

**Unabhängige
Patientenberatung
Bremen**



Tätigkeitsbericht

2007

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Tätigkeitsbericht 2007

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Die Unabhängige Patientenberatung im Jahr 2007	2
2.	Einzelfallschilderungen aus dem Jahr 2007	4
3.	Allgemeine Beratungstätigkeit der Patientenberatung im Jahr 2007	5
	3.1. Teure Patienten und...	5
	... die Auswirkungen der Budgetierung ärztlicher Leistungen	5
	... aut-idem und Rabattverträge	6
	... verschobene Patienten	6
	... Anmerkungen	6
	3.2. Krankenversicherung für alle	7
	3.3. Akteneinsicht im Verwaltungsverfahren	8
	3.4. Avastin/Lucentis	8
	3.5. Krankengeld-Management	10
4.	Bremerhaven	11
	4.1. Pflegeberatung in Bremerhaven	12
5.	Bremen Nord	12
6.	Psychotherapie	12
	6.1. Zugangsbarrieren zu den Leistungen der Psychotherapie	12
	Zeitnahe Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen	13
	6.2. Einsicht in Behandlungsunterlagen	14
7.	Zahnberatung	14
	7.1. Zahnärztliche Fachberatung in den Räumen der UPB	14
	7.2. Zahnberatung durch die UPB	15
	7.3. Kieferorthopädie	17
8.	Beratung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen	18
	8.1. Aus dem Berichtsjahr	18
	8.2. Zu den Tätigkeiten der Patientenberaterinnen	18
	8.3. Das Gutachterverfahren in der Pflegeversicherung	18
	8.4. Beratungsfragen pflegender Angehöriger	19
	8.5. Gewalt in Pflege und Betreuung	21
9.	Entwicklung der Homepage	22
10.	Öffentlichkeitsarbeit der UPB	22

1. Die Unabhängige Patientenberatung im Jahr 2007

Die „Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e.V.“ steht seit dem 1. Januar 1998 für Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Träger der Unabhängigen Patientenberatung ist ein Verein, in dem die Ärztekammer, der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft, die Seestadt Bremerhaven, die Zahnärztekammer und die Psychotherapeutenkammer Mitglied sind. Die Finanzierung der Unabhängigen Patientenberatung erfolgt auf der Grundlage einer Finanzierungsvereinbarung gemeinsam von allen Partnern des Trägervereins.

Mitglieder des Vorstandes sind:

-als Vorsitzender:

Herr Dr. med. Klaus-Dieter Wurche,
Ärztekammer Bremen

-als stellvertretende Vorsitzende:

Herr Walter Eggers,
Krankenhausgesellschaft Bremen
Herr Michael Lempe,
Handelskrankenkasse Bremen

-als Beisitzer:

Frau Antje Kehrbach (ab 01.08. 2007)
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesund-
heit, Jugend und Soziales

Herr Norbert Kaufhold,
AOK Bremen/Bremerhaven

Geschäftsführung:

Frau Dr. Heike Delbanco

Im Jahr 2007 waren fünf Teilzeitkräfte in der Patientenberatung tätig.

Die Beratungstätigkeit in Bremerhaven, die 2007 im siebten Jahr angeboten wurde, wird von den Bremerhavener Bürgerinnen und Bürgern gut angenommen. Die Mitarbeiterinnen der UPB sind einen Tag pro Woche in Bremerhaven persönlich vor Ort anwesend (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 begann im Oktober 2001. In den Räumen der Unabhängigen Patientenberatung findet neben dem Beratungsangebot durch die Mitarbeiter einmal monatlich eine kostenlose Beratung durch niedergelassene Zahnärzte statt. Die Beratungstermine werden über die Zahnärztekammer organisiert und vergeben.

Seit Oktober 2002 hat die UPB ihr Angebot um die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erweitert, die sich in der Zwischenzeit gut etabliert hat.

Seit Februar 2007 berät die UPB nach vorheriger Terminvereinbarung in Bremen-Nord in den Räumen der Bremer Krebsgesellschaft.

Die nachfolgenden Texte spiegeln überwiegend die Erfahrungen der Patientenberaterinnen im Jahr 2007 wider. Sie sind ein – gelegentlich auch subjektiv gefärbtes – Resümee der im Zuge der Beratungsarbeit wahrgenommenen Probleme. Dabei muss es sich nicht immer um Massenphänomene handeln. Es wird auch über einzelne Fälle berichtet, die besonders auffällig waren. 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.

Tabelle 1: Herkunft der Ratsuchenden im Jahr 2007

Person	HB	HB umzu	Brhv	Brhv umzu	Unbekannt	weite weg	Summe
Institution	64	6	15		9	7	101
männlich	741	104	91	57	176	104	1273
weiblich	1721	222	192	95	290	147	2667
ohne Angabe	13	3	3		8	4	31
prof. Helfer	48	5	4		10	2	69
Summe	2587	340	305	152	493	264	4141

Im Jahr 2007 berieten die Mitarbeiterinnen der UPB 4141 Personen in insgesamt 6323 Einzelgesprächen. Damit ist sowohl die Zahl der ratsuchenden Personen als auch die Zahl der geführten Gespräche erneut angestiegen (2006: 4080 Personen und 5543 Gespräche).

Aus der folgenden Tabelle lässt sich die Art und Weise der Anfragen entnehmen. Dabei ist zu erkennen, dass der überwiegende Teil aller Anfragen telefonisch erfolgte.

Tabelle 2: Daten über die Art und Weise der Beratung 2007

Beratungsart	HB	HB umzu	Brhv.	Brhv. umzu	weiter weg	unbekannt	Summe
telefonisch	3183	418	353	201	301	462	4918
persönlich	779	49	113	42	22	80	1085
schriftlich	144	15	13	14	27	49	262
außer Haus	33	2	10	0	0	13	58
Summe	4139	484	489	257	350	604	6323

Tabelle 3: Art der Beratung – im Vergleich mit den letzten Jahren

Beratungsart	2007	2006	2005	2004	2003
telefonisch	4918	4431	3951	4469	3685
persönlich	1085	860	770	807	488
schriftlich	262	203	223	131	251
außer Haus	58	58	22	14	12
Summe	6323	5552	4966	5521	4436

Tabelle 4: Anzahl der Personen – im Vergleich mit den letzten Jahren

Person	2007	2006	2005	2004	2003
weiblich	2667	2604	2672	2779	2214
männlich	1273	1243	1284	1329	1018
Institution	101	120	106	165	140
prof. Helfer	69	79	60	69	104
ohne Angabe	31	34	121	115	12
Summe	4141	4080	4243	4457	3488

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss, in welcher Form die Beraterinnen der UPB tätig geworden sind.

Tabelle 5: Art und Häufigkeit der Leistung im Zusammenhang mit allgemeinen Beratungen (ohne Beratungen zu Zahnbehandlungen und Pflege)

Leistungen der UPB	2007	2006
Information	3788	3827
Klärung	1361	535
Terminvergabe	940	727
Kenntnisnahme	735	525
Recherche	653	509
Zusendung	611	568
Unterstützung bei Durchsetzung	208	128
Verweis	173	190
Psychosoziale Beratung	110	105
Konfliktschlicht. Tätigkeit	40	22

Auch im Jahr 2007 nahm die allgemeine Beratungsarbeit der UPB für den einzelnen ratsuchenden Patienten den größten Raum ein. Aus den nachfolgenden Zahlen lässt sich ersehen, mit welchen Fragen und Problemen sich die Patientinnen und Patienten an die Beratungsstelle wandten.

Tabelle 6: Themen der allgemeinen Beratung 2007 (ohne Anfragen im Zusammenhang mit Zahnberatung und Pflege)

Probleme	2007	2006
gesetzl. Vorgaben	612	606
Fragen nach Fachausrichtung, Schwerpunkt oder Arzt	526	559
Umgang mit Pat. in der Praxis (amb.)	426	307
Haftpflichtprobleme	292	334
Sonstiges Allgemein	288	28
Fragen zur Verordnungsfähigkeit best. Verfahren	269	347
Fragen nach einem Krhs. bzw. -abteilung oder anderer Institution	251	206
gesetzliche Betreuung	239	203
Fragen nach Krankheiten	221	130
Fragen nach diagnostischen/ therapeutischen Verfahren	221	281
psych./psychosomatische Störungen	221	185
Broschüren	186	119
kein Rufkontakt mögl.	169	148
Fragen zur UPB	160	196
Gebührenordnungsfragen	157	212
Umgang mit Pat. im Krhs.(stat.)	129	93
Recht auf eigene Unterlagen	128	147
Umgang mit Pat. in einer Institution	95	96
Fragen nach Medikamenten	91	96
Lebensberatung	83	91
Zuzahlungen und Befreiungen	73	124
Psychiatrie	67	36
Anfragen aus dem öffentlichen Raum	51	52
Schweigepflicht	26	25
Kontakte ins Gesundheitssystem	20	28
Arztkontakte/ Reaktionen auf Nachfragen der UPB	17	13
Organisationsprobleme im Krhs.(stat.)	11	17
Organisationsprobleme in der Arztpraxis	9	15
Ärztlicher Notfalldienst	6	10

Die Einzelheiten im Zusammenhang mit der Beratung zu Zahnbehandlungen ergeben sich aus den Tabellen 9-11.

2. Einzelfallschilderungen aus dem Jahr 2007

Ein Jahresbericht gibt in der Regel einen quantitativen Überblick über die Arbeit einer Einrichtung und formuliert aus alltäglichen praktischen Einzelsituationen qualitative, abstraktere Erkenntnisse. In dem Wissen, dass sich hinter den vielen Zahlen Menschen verbergen, die an einem Punkt nicht weitergekommen sind, und sich deswegen an uns wandten, stellen wir diesem Jahresbericht Einzelfallschilderungen voran. Sie sind genau so nur einmal in der Beratung aufgetreten. In jedem dieser einzelnen „Fälle“ geht es um ein grundsätzliches Problem oder um ein solches Extrem, dass wir denken, der Fall ist es wert, veröffentlicht zu werden.

Schaden nach Augenoperation:

Einer älteren Dame wurde bei einer Augenoperation das Unterlid verletzt, so dass die Kante des Unterlids nicht mehr dem Augapfel anlag, sondern nach außen zeigte, ektropioniert war. Die Frau hatte zunächst in einem Gespräch mit dem Augenarzt auf die Situation hingewiesen und um eine Erläuterung gebeten. Der Augenarzt erklärte der Patientin, bei jeder Operation gäbe es Komplikationen, das könne immer wieder mal passieren. Die Patientin bat um ihre Unterlagen und suchte Rat und Beratung bei uns. Nach Durchsicht der gesamten Unterlagen und ausführlicher Schilderung der Patientin des Operationsherganges wurde deutlich, dass es sich keinesfalls um eine *Komplikation* handelte. Die Patientin schrieb einen Brief an den Augenarzt, der sich in Reaktion auf den Brief bei ihr entschuldigte und den nötigen Korrekturingriff am Unterlid auf seine Kosten alsbald durchführte. So konnte eine weitere Eskalation der Auseinandersetzung vermieden werden.

Datenschutz:

Im Frühjahr meldete sich eine chronisch erkrankte Frau, die von ihrer Krankenkasse ein Schreiben erhalten hatte: Aufgrund einer Neustrukturierung der Krankenkasse sei es notwendig geworden, dass sie beiliegenden Zettel bis zu einem bestimmten Termin ausgefüllt zurücksenden müsse. Auf dem Zettel wurden umfangreiche Angaben zu allen Ärzten, die die Patientin behandelten mit Adresse und Telefonnummern, alle Medikamente, die die Patientin einnahm mit exakter Dosierung und Dauer der Einnahme, alle Krankenhausaufenthalte mit ursächlicher Diagnose der letzten Jahre abgefragt. Zusätzlich sollte die Patientin eine Schweigepflichtsenbindung für alle ihre Ärzte pauschal ausstellen. Das Schreiben enthielt keinen Hinweis auf Freiwilligkeit der Angaben.

Die Krankenkasse hatte die Patientin in den folgenden Tagen nach Eingang der Post mehrfach telefonisch zu Hause kontaktiert und sie sehr dringend aufgefordert, diesen Zettel sofort auszufüllen und zurückzusenden. Die Patientin fragte bei uns nach, ob sie verpflichtet sei, all diese Angaben zu machen und was passieren könne, wenn sie der Aufforderung nicht nachkäme. Wir reichten die Unterlagen mit Zustimmung der Patientin an den Datenschutzbeauftragten im Lande Bremen weiter. Im August erhielten wir Rückmeldung vom Bundesdatenschutzbeauftragten, der die entsprechende Krankenkasse auf die Nichtvereinbarkeit einer solchen Anfrage mit dem Datenschutz hingewiesen hatte und von der Kasse eine Versicherung erhalten hatte, dass in Zukunft eine datenschutzkonforme Abwicklung solcher Fälle vorgenommen würde. Die Mitarbeiter würden zusätzlich entsprechend geschult werden.

Entscheidung im Grenzbereich:

Im Sommer suchte uns eine Frau auf, die für ihren schwer an Demenz erkrankten Mann eine weitgehende Entscheidung fällen sollte, da der Ehemann ihr in gesunden Zeiten eine Vorsorgevollmacht für gesundheitliche Angelegenheiten ausgestellt hatte. Der Ehemann war aufgrund seiner vorangeschrittenen Demenz nicht mehr in der Lage, mit ihr zu kommunizieren; er konnte sich auch schon lange nicht mehr versorgen und bedurfte 24 Stunden rund um die Uhr der Beaufsichtigung. Ihm sollte aufgrund immer wieder auftretender Herzrhythmusstörungen mit schon mehrfach überlebtem Kammerflimmern (es war eben ständig jemand bei ihrem Mann) ein Elektroschockgerät, ein Defibrillator dauerhaft eingepflanzt werden. Die Frau musste für ihren Mann entscheiden, ob *mit* dem Gerät sein zu dem Zeitpunkt sehr eingeschränktes Leben im Notfall des Kammerflimmerns weiter erhalten/verlängert werden sollte oder ob er *ohne* das Gerät beim nächsten Kammerflimmern möglicherweise sterben würde. Die Frau benötigte zur Entscheidungsfindung ein ausführliches und persönliches Gespräch, in dem alle Seiten und möglichen Folgen der vorgeschlagenen Behandlung sehr offen und ohne Scheu benannt wurden.

Individuelle Gesundheitsleistung; IGeL:

Eine Patientin war mit Beschwerden im Oberkieferbereich zu ihrem Zahnarzt gegangen. Der Zahnarzt vereinbarte einen weiteren Termin und bat die Patientin durch die Sprechstundenhilfe, sie möge einen Zettel unterschreiben. Die Unterschrift sei für und vor einer weiteren Behandlung unbedingt notwendig.

Diesen Zettel zeigte uns die Patientin. Es handelte sich um eine Vereinbarung zu einer professionellen Zahnreinigung, eine so genannte individuelle Gesundheitsleistung, kurz IGeL, deren Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen wird. Eine solche Leistung darf nicht zur Voraussetzung für eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse gemacht werden.

3. Allgemeine Beratungstätigkeit der Patientenberatung im Jahr 2007

3.1. Teure Patienten und...

... die Auswirkungen der Budgetierung ärztlicher Leistungen

Wie auch im Vorjahr schlugen die Richtgrößenvorgaben für die niedergelassenen Ärzte direkt auf die Versorgung der Patienten durch. Die wesentlichen Problemkreise stellen sich gegenüber dem Vorjahr unverändert dar.

Im Bereich der Heilmittelversorgung ist es für chronisch erkrankte/schwer erkrankte/multimorbide Patienten häufig schwierig, an eine adäquate Versorgung mit den benötigten Heilmitteln wie physiotherapeutischen Leistungen, Ergo- und Logopädie zu gelangen. Patienten sind daher vermehrt dazu übergegangen, sich eine ganze Reihe von behandelnden Ärzten zu „halten“, die dann jeweils reihum mit der Bitte um Verordnung der benötigten Heilmittel „behelligt“ werden.

Auch konnten wir die Tendenz beobachten, dass Patienten durch ihre Ärzte vermehrt angeraten wurde, Anträge auf Leistungen zur stationären/ambulanten medizinischen Rehabilitation zu stellen, ohne

dass vorher ambulante Maßnahmen wirklich ausgeschöpft wurden. Die Krankenkassen lehnen in diesen Fällen die beantragte Maßnahme der medizinischen Rehabilitation mit dem Argument ab, es seien zunächst die ambulant möglichen Maßnahmen (z. B. Heilmittelerbringung) auszuschöpfen. Die Patienten wurden so faktisch in eine Auseinandersetzung mit den Kassen als Leistungsträgern gedrängt, obwohl der Gesetzgeber Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation tatsächlich erst subsidiär zu diesen ambulanten Behandlungsmaßnahmen vorgesehen hat.

Häufig wurde gerade im Bereich der Arzneimittelversorgung unverblümt die Verweigerung der gewohnten Medikation mit dem begrenzten Budget gerechtfertigt, teils sogar explizit darauf hingewiesen, dass gerade eine Regressforderung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung vorliege, der betreffende Arzt daher nunmehr bei den Medikamentenverordnungen einsparen werde.

... aut-idem und Rabattverträge

Ärzte haben die Möglichkeit, einem Patienten mit einem Rezept entweder ein ganz bestimmtes namentlich benanntes Medikament und auch nur dieses zu verordnen, oder ausdrücklich zuzulassen, dass der Apotheker auch andere, wirkstoffgleiche Medikamente herausgeben darf – dies ist die sog. aut-idem (lat. für: „das Gleiche“) Verordnung.

Will der Arzt die aut-idem-Verordnung ausschließen, muss er dies auf dem Rezept durch Ankreuzen des aut-idem Kästchens kenntlich machen („nec idem“).

Hat der Arzt eine aut-idem-Verordnung ausgestellt, muss der Apotheker entweder eines der drei preisgünstigsten wirkstoffgleichen Medikamente herausgeben oder ein wirkstoffgleiches Medikament, für das die jeweilige Krankenkasse mit den Herstellern einen Rabattvertrag geschlossen hat.

Vermehrt bekamen wir Rückmeldungen von Patienten, dass bei aut-idem-Verordnungen – insbesondere seit der Einführung der Rabattverträge – ständig wechselnde Medikamente tatsächlich beim Patienten „ankamen“.

Dies führt nicht nur bei älteren/beeinträchtigten/multimorbiden Patienten zu Verwirrung.

Immer wieder berichteten Patienten, dass die „anderen“, wirkstoffgleichen Medikamente gar nicht oder nicht so gut vertragen werden, wie die bisher verordneten. Dies kann z.B. an unterschiedlichen Füllstoffen oder auch den Inhaltsstoffen z.B. der Kapseln selbst oder dem Überzug glasierter Tabletten etc. liegen; auch andere Ursachen für eine solche Unverträglichkeit oder schlechtere Verträglichkeit des Medikaments bei quantitativ und qualitativ gleichen Arzneimittel-Wirkstoffen sind möglich.

Auf Nachfrage seitens der Patienten wird dann teils von Ärzten – fälschlich – erklärt, man dürfe keine anderen Medikamente verordnen. Oft wird jedoch auch hier auf die mögliche erhöhte Budgetbelastung bei einer anderen Verordnung verwiesen.

In einem Extremfall wurde einem Patienten in Bremerhaven, der ein aut-idem-Medikament nicht vertrag, auf Nachfrage von seiner Ärztin sogar schlicht erwidert: „in Bremerhaven kreuzt kein Arzt das aut-idem-Kästchen an“ (und schließt damit die Möglichkeit der Herausgabe wirkstoffgleicher Medikamente aus).

... verschobene Patienten

Mehrfach wurde uns von Patienten, die akut schwer und aufwendig behandlungsbedürftig erkrankt waren, berichtet, dass der bisherige Hausarzt, dessen Praxis zwar weiter von der eigenen Wohnung entfernt lag, bis dato jedoch keine Probleme mit der Versorgung und Behandlung gehabt bzw. geäußert hatte, nun empfahl, sich einen räumlich näher gelegenen Hausarzt zu suchen. In einem Fall wurde dem betreffenden Patienten seitens des Hausarztes sogar schriftlich mitgeteilt, „er möge sich zum 01.04.2007 einen neuen Hausarzt wählen“.

... Anmerkungen

Von allen Beteiligten – oft auch und gerade den Patienten – wird Verständnis für die allgemeine Kostensituation der GKV sowie für die niedergelassenen Ärzte in ihrer – zwangsweisen – Verantwortung der Aufteilung knapper Mittel aufgebracht.

Auch ist es sicher immer noch so, dass es sich nicht bei jeder Dauermedikation/-therapie um eine wirklich medizinisch notwendige Leistung gehandelt hat, die unter den eingeschränkten finanziellen Rahmenbedingungen nicht mehr aufrecht erhalten werden kann und soll (die im Übrigen eigentlich auch nie hätte begonnen werden dürfen).

Trotz allem bleibt zu fordern, dass Patienten dort, wo sie einer medizinisch notwendigen Leistung bedürfen, diese auch erhalten, ohne darum bitten, betteln oder feilschen zu müssen.

Ebenso bleibt zu fordern, dass den Patienten ggf. auch wahrheitsgemäß erläutert wird, wenn die bisherige Medikation/Therapie nicht aus medizinisch zwingenden Gründen, sondern aus sonstigen Erwägungen des Arztes erfolgt ist; denn Patienten, die über lange Zeit eine bestimmte Behandlung er-

halten haben, können und müssen davon ausgehen und darauf vertrauen können, dass diese Behandlung nicht nur eine Verlegenheitslösung des Arztes war, sondern medizinisch notwendig.

Zum Abschluss noch die Schilderung eines – zugegebenermaßen – im Jahr 2007 singulären Falles, der uns durch eine Patientin geschildert wurde:

Bei einer Patientin mit Z. n. dreifacher Mamma-Op heilten die Nähte nicht problemlos ab, die Wunden nästen stellenweise. Der behandelnde Arzt weigerte sich, sterile Verbände zur Verfügung zu stellen/zu verordnen, die Arzthelferin empfahl, die Wunde mit einem Tiefkühlbeutel abzudecken.

3.2. Krankenversicherung für alle

Versicherungspflicht in der gesetzlichen/ privaten Krankenversicherung

Erstaunlich häufig – in Relation zu der von der Bundesregierung geschätzten Gesamtanzahl betroffener Menschen ohne eine bestehende Krankenversicherung – wurde unsere Einrichtung zu den Fragen der ab 01.04.2007 bestehenden Krankenversicherungspflicht in der GKV und dem modifizierten Standardtarif in der PKV zu Rate gezogen.

In der GKV bestehen die Probleme für die Betroffenen

- in den – im Falle einer Meldung nach dem 01.04.07 – nachzuzahlenden Beiträgen,
- und in der Finanzierung der ganz normalen laufenden Beiträge.

Dies hat nach unseren Erfahrungen aus den Beratungen häufig dazu geführt, dass Versicherte auf eine Meldung bei der GKV verzichtet haben oder eben eine Meldung abgegeben haben, jedoch die Beiträge nicht zahlen (können). Dieser Eindruck wird durch die aktuelle Berichterstattung im laufenden Jahr bestätigt.

Hinsichtlich etwa geschuldeter rückständiger Beiträge kam es auch zu Rückständen, die nicht durch das Verhalten der Versicherten verschuldet waren.

In einem Fall hatte ein bis 31.03.2007 über den zuständigen Sozialhilfeträger Versicherter die Feststellung seiner Versicherungspflicht bereits Anfang März bei einer großen Bremer Krankenkasse beantragt. Eine Bestätigung des Bestehens der Versicherungspflicht und eine Versichertenkarte erhielt er jedoch erst im Laufe des Juni 2007, verbunden mit einer Forderung der „rückständigen“ Beiträge für die Monate April bis einschließlich Juni 2007. Auch eine schriftliche Darlegung des konkreten Ablaufes und die Bitte um eine analoge Anwendung der Möglichkeiten des § 186 Abs. 11 SGB V konnte die Kasse nicht von ihrer Forderung abbringen. Zeitgleich gab es natürlich Probleme mit dem Sozialhilfeträger, weil in diesem Falle rückwirkend Ansprüche angemeldet wurden. Schlussendlich war auch dem Versicherten das Verhalten der Kasse nicht annäherungsweise zu vermitteln (und auch uns nicht verständlich), der sich bis zum Erhalt seiner Versichertenkarte nicht getraut hatte, einen Arzt aufzusuchen – die Versichertenkarte, die er für seinen bisherigen Status als Versicherter über den Sozialhilfeträger bis 31.03.2007 verwandt hatte, war von der Kasse zum 01.04.2007 eingefordert worden, zusätzlich war ihm vom Sozialhilfeträger mitgeteilt worden, dass er über diesen ab 01.04.2007 nicht mehr versichert sei.

Das Fazit des Versicherten lag auf der Hand: ich muß/soll für etwas bezahlen, das ich de facto nicht ohne finanzielles Risiko (nämlich eine private Abrechnung des Arztes zu erhalten) in Anspruch nehmen konnte.

Es mag sich hier um einen Einzelfall gehandelt haben, bei uns ist er als solcher aufgetaucht.

Dieser und auch weitere Fälle haben den Eindruck erweckt, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht generell gut auf die Umstellung vorbereitet waren.

In der PKV haben wir bei Bearbeitung der entsprechenden Fälle zum Einen nicht den Eindruck gewonnen, dass man dort auf den „modifizierten Standardtarif“ besser vorbereitet war, als die GKV auf die Pflichtversicherung. Hier drängte sich außerdem der Eindruck auf, dass sich die Vorbereitung der Versicherer insbesondere darauf konzentrierte, den am Standardtarif Interessierten den Weg in die PKV möglichst schwer, wenn nicht sogar unüberwindlich, zu gestalten.

Allein auf die Frage, welcher Versicherer zuständig sei, kam es nicht selten zu konträren Aussagen. Auch der Versuch, mit dem als zuständig ermittelten Versicherer in näheren Kontakt zu treten, der dann in die Unterzeichnung des Vertrages münden sollte, erwies sich häufig als problematisch; Rückrufe erfolgten nicht, Unterlagen wurden nicht übersandt. Der Abschluss eines Vertrages im Standardtarif, also für die PKV mit einem eindeutig „schlechten Risiko“, konnte sich auf diese Art und Weise über Monate hinziehen.

In den Prämienberechnungen wurde der Hinweis auf die außerhalb des Standardtarifes zu erhebende Prämie teils so ausgestaltet, dass die Betroffenen einen komplett falschen – und sehr abschreckenden – Eindruck von der Höhe der zu zahlenden Prämien bekamen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Bundesregierung Ihre Absicht, möglichst alle Menschen ohne Krankenversicherung in eine Versorgung einzubeziehen, auch mit diesen beiden Instrumenten wohl nicht erreicht. Insbesondere die Menschen, die – ohne zu berücksichtigende Krankenversicherungsbeiträge – ein Einkommen knapp oberhalb der Grundsicherungsregelsätze nach SGB XII haben, gehen nach unseren Beobachtungen zum Teil lieber das Risiko ein, weiter ohne Krankenversicherung zu leben, bzw. im Krankheitsfall mit den entsprechenden „Sanktionen“ aus der GKV und der PKV konfrontiert zu werden, als aktuell unter die Einkommensgrenzen der Grundsicherung und damit auf das finanzielle Regelsatzniveau abzusinken.

3.3. Akteneinsicht im Verwaltungsverfahren

Die UPB wurde auch im Jahr 2007 häufig um Rat gefragt, wenn Leistungsträger/ Kostenerbringer – also insbesondere Kranken-, Pflege- und Rentenversicherer – die Erbringung beantragter Leistungen abgelehnt hatten.

Die Patienten, die mit der Entscheidung nicht einverstanden waren und uns um Rat fragten, stellten die Frage: Kann ich gegen diese Entscheidung noch etwas unternehmen? Wie gehe ich sinnvoll vor, ich weiß ja gar nicht, was der Entscheidung zugrunde liegt?

Die Frage, „kann ich gegen die Entscheidung überhaupt etwas tun“, sollte eigentlich überhaupt nicht mehr gestellt werden müssen, resultiert jedoch unverändert daraus, dass durchaus nicht alle Leistungsträger ihre Entscheidung mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen und durchaus nicht alle Versicherten anderweitig über die Möglichkeit der Durchführung eines Widerspruchsverfahrens informiert sind.

Wenn diese Frage geklärt ist, besteht häufig die Sorge bei den Versicherten, einen Widerspruch überhaupt nicht sinnvoll begründen zu können – schließlich kann man den Bescheiden oft nicht oder nur rudimentär entnehmen, auf welcher Informationsbasis der Leistungsträger entschieden hat, wie soll man also argumentieren?

Um das Recht auf Akteneinsicht nach § 25 SGB X wissen nur die wenigsten Versicherten. Selbst wenn Versicherte sich zur Erhebung des Widerspruchs an die Leistungsträger wenden, werden sie nur in den seltensten Fällen hierzu informiert und beraten.

Die Patienten werden in der Beratung durch uns auf diese Möglichkeit und die genauen Modalitäten (Recht auf Einsicht in die Originalunterlagen, Recht auf Fertigung von Kopien) hingewiesen.

Doch selbst wenn die Patienten sich derart informiert an die Leistungsträger mit dem Antrag/der Bitte auf Gewährung von Akteneinsicht wandten – ggf. sogar schriftlich – kam es immer wieder vor, dass Leistungsträger die Einsicht in die Verwaltungsakten ganz oder wenigstens teilweise verweigerten.

Dies war insbesondere, jedoch nicht nur, dann der Fall, wenn Einsicht in Gutachten des MDK oder in Mängelgutachten zu erbrachten zahnprothetischen Leistungen verlangt wurde.

Eine Krankenkasse fiel in diesem Zusammenhang dadurch auf, dass den Patienten, die sich an uns gewandt hatten, nahezu durchgängig auf Sachbearbeiterebene mitgeteilt wurde, ein Anspruch auf Einsicht in diese Unterlagen bestehe einfach nicht.

Nach einer entsprechenden Anfrage der UPB wurde bestätigt, dass ein solcher Anspruch – bis auf evtl. einige extreme Ausnahmen – sehr wohl besteht und seither ermöglicht dieser Leistungsträger seinen Versicherten die Einsichtnahme in die Unterlagen ohne Probleme.

3.4. Avastin/Lucentis

Die altersbedingte feuchte Makula-Degeneration (AMD), die laut WHO häufigste Erblindungsursache in Deutschland, wurde bisher im Rahmen des sog. „off-label-use“ mit intravitrealen (ins Auge erfolgenden) Injektionen des Medikamentes Avastin (Wirkstoff Bevacizumab) behandelt. „Off-label-use“ deswegen, weil Avastin nach deutschem Arzneimittelrecht nicht zur Behandlung dieser Erkrankung zugelassen ist.

Hersteller des Medikamentes Avastin ist die Firma Roche.

Seit 2007 ist das Medikament Lucentis (Wirkstoff Ranibizumab) der Firma Novartis ausdrücklich für die Behandlung der AMD zugelassen.

Die Wirkstoffe Bevacizumab und Ranibizumab sind sehr ähnliche „monoklonale Antikörper, die den Wachstumsfaktor VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) abfangen, der die Bildung von Blutgefäßen (in der Retina) stimuliert.“ (<http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docid=104054>)

Nach Zulassung von Lucentis darf nach ständiger Rechtsprechung Avastin von den Ärzten nicht mehr für die Behandlung der AMD verwandt werden.

Ein Problem für die Krankenkassen und damit die Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten: die Kosten für Avastin liegen bei ca. € 40,- - 50,- je Injektion, die für Lucentis liegen bei rund € 1.300 – 1.500,- je Injektion.

Interessanterweise beabsichtigt die Fa. Roche nach allen bisherigen Statements nicht, die Erweiterung der Zulassung für ihr Medikament Avastin auf die Behandlung der AMD zu beantragen.

Ebenso interessanterweise ist die Fa. Novartis, die das teure Medikament Lucentis herstellt, an der Fa. Roche, die das preiswerte Medikament Avastin herstellt, beteiligt.

Interessant ist sicher auch – für die Krankenkassen als Kostenträger wie für die Versicherten/Beitragszahler¹ als eigentliche Finanziers der gesetzlichen Krankenversicherung-, dass die jährlichen Kosten, die allein für das Medikament Lucentis selbst – ohne die Kosten für die ärztlichen Leistungen – von den Krankenkassen aufzuwenden sind, Anfang 2007 auf 7 Milliarden € geschätzt wurden.

Noch interessanter wird das Ganze dann, wenn man berücksichtigt, dass derzeit in Studien geprüft werden soll, ob der Wirkstoff Ranibizumab (Avastin) nicht möglicherweise sogar eine längere Verweildauer im Körper hat als Bevacizumab (Lucentis), ergo die Patienten evtl. seltener Injektionen erhalten müssten, somit natürlich auch weniger den Gefahren, die jede Injektion naturgemäß mit sich bringt, ausgesetzt werden müssten.

Für die betroffenen Patienten brachte die Zulassung von Lucentis Anfang des Jahres 2007 zunächst erhebliche Probleme mit sich.

Da im Gebührenkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung dem „EBM“ (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) die Erbringung der eigentlichen ärztlichen Leistung, die intravitreale Injektion nebst Nachsorge, nicht verzeichnet war (und auch bis heute nicht verzeichnet ist), mussten (und müssen) Patienten die Kostenübernahme für die eigentliche ärztliche Behandlung bei den Krankenkassen beantragen.

Die Krankenkassen weigerten sich dann außerdem zunächst, die reinen Medikamentenkosten, also für das Lucentis selbst, zu übernehmen, obwohl es sich bei Lucentis ja nunmehr um ein für die Behandlung der AMD zugelassenes und damit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreibungsfähiges Medikament handelt, denn: Avastin ist ja preiswerter. Die Ärzte wiederum waren zu Recht der Ansicht, dass sie Avastin – das ja für die Behandlung der AMD nicht zugelassen war und ist – nicht mehr verordnen durften. Die betroffenen Patienten mussten die Kostenübernahme von Lucentis daher erst massiv einfordern. Dieses Verfahren stellte für Patienten, denen akut die Diagnose AMD mit den Folgen, die ohne Behandlung eintreten würden, mitgeteilt worden war, natürlich eine erhebliche, auch seelische, Belastung dar, zumal der Beginn der Behandlung nach Diagnose möglichst bald erfolgen soll, also auch Zeitdruck besteht.

Nachdem sich diese Situation weitgehend geklärt hatte, bestand nach wie vor das Problem, dass die eigentliche ärztliche Leistung, die Injektion und die Nachbehandlung, grundsätzlich von den Ärzten privat abgerechnet werden (musste), da keine Möglichkeit einer Abrechnung über den EBM bestand. Die Krankenkassen weigerten sich jedoch, die privat abgerechneten Leistungen in voller Höhe zu übernehmen, sondern setzten Beträge an, die sich aus analog herangezogenen, vergleichbaren EBM-Behandlungen errechneten.

Den Patienten blieb – und bleibt teils bis heute – ein Restbetrag, den sie privat zu tragen hatten, was nicht allen Patienten überhaupt bzw. ohne Probleme möglich war und ist.

Mittlerweile haben einzelne Krankenkassen mit Ärzten Verträge geschlossen, die den Ärzten eine Verordnung von Avastin ermöglichen sollen. Im Gegenzug hierzu erhalten diese Ärzte eine höhere Vergütung für die eigentlichen ärztlichen Leistungen. Auch andere Strategien, die wiederum die Applikation von Lucentis preiswerter gestalten sollen, werden von den Krankenkassen verfolgt. Dies soll hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

Das Problem in all den Fällen, in denen weiter Avastin verabreicht wird, ist der Umgang mit möglichen haftungsrechtlichen Fragen.

Auch wenn (s.o.) möglicherweise die Verabreichung von Avastin sicherer sein sollte als die von Lucentis, bleibt doch die Haftung des Arztes bei der Verwendung des nicht für die Behandlung der AMD zugelassenen Avastin problematisch, wenn es infolge der Behandlung zu Schäden beim Patienten kommt. Die neueren Verträge der Krankenkassen mit Ärzten, die die Möglichkeit einer weiteren Verwendung von Avastin vorsehen, sollen diese Problematik aufnehmen und absichern. Allerdings ist dies für die betroffenen Patienten – wenn überhaupt – nur schwer nachprüfbar.

Genauso problematisch bleibt die Situation unter haftungsrechtlichen Aspekten für die Ärzte, wenn sich bestätigen sollte, dass Avastin sicherer in der Anwendung ist. Aus dem Behandlungsvertrag würde dann dem Patienten eigentlich der „gesicherte medizinische Standard“ geschuldet werden. Dieser

Standard wäre dann jedoch die Verordnung eines nicht für die Behandlung zugelassenen Medikamentes, das (s.o.) – zumindest derzeit - nicht mehr im Rahmen eines off-label-use zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf.

Ebenso undurchschaubar bleibt für Patienten derzeit die Lage im Hinblick auf die Frage, welches Medikament denn nun geeigneter für die Behandlung der AMD ist: problematisch insbesondere dann, wenn eine Behandlung mit Avastin aufgrund eines bestehenden Vertrages zwischen Kassen und Ärzten empfohlen wird.

3.5. Krankengeld-Management

Im Jahr 2007 geriet die Leistung Krankengeldzahlung deutlich in die Aufmerksamkeit der Mitarbeiterinnen der UPB.

Die Modalitäten zur Zahlung von Krankengeld sind bereits von der Gesetzeslage wie auch aufgrund der dazu ergangenen Rechtsprechung nicht unproblematisch ausgestaltet, so dass es bereits in den Vorjahren vorkam, dass z.B. Fragen zur Dauer des Krankengeldbezuges bei Hinzutreten weiterer Krankheiten und anderen Fallgestaltungen an die UPB gerichtet wurden.

Im letzten Jahr geriet jedoch die Art und Weise, in der manche Krankenkassen mit Krankengeldbeziehern umgehen, in den Focus der Aufmerksamkeit.

Nahezu alle Krankenkassen betreiben aktiv ein sog. Krankengeldmanagement, indem i.d.R. ein spezielles Team von Sachbearbeitern sich darum bemühen soll, Bezieher von Krankengeld möglichst umfassend hinsichtlich der bestehenden Möglichkeiten auf dem Weg – wenn möglich - zur Arbeitsfähigkeit, ansonsten zu den anderweitig bestehenden Versorgungswegen zu betreuen und zu beraten. Natürlich ist klar, dass neben den Interessen der Versicherten hier auch eigene Interessen der Kassen verfolgt werden – eine möglichst zügige Gesundung oder Wiedereingliederung der Versicherten hat, ebenso wie eine möglichst alsbaldige Abklärung, ob überhaupt noch eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und nicht evtl. bereits eine Erwerbsminderung anzunehmen ist, häufig den Nebeneffekt, dass eine Verkürzung der Dauer oder Verringerung der Höhe des Krankengeldbezuges erreicht wird. Oftmals werden mit dem Krankengeldmanagement auch beide Ziele verfolgt und erreicht, in diesen Fällen ist ein Krankengeldmanagement auch aus Sicht der Patienten zu begrüßen.

Zunehmend meldeten sich bei uns Krankenversicherte, die sich von den zuständigen Sachbearbeitern regelrecht unter Druck gesetzt bzw. verfolgt fühlten.

Aussagen wie, „ich mag schon gar nicht mehr ans Telefon gehen, weil ich Angst habe, dass meine Krankenkasse wieder dran ist“, „ich habe richtig Angst, was mir jetzt schon wieder abgefordert wird“, „ich fühle mich gezwungen, mich für meine immer noch bestehende Krankheit und damit Arbeitsunfähigkeit zu rechtfertigen“, „ich möchte nicht immer mit einem Sachbearbeiter über alle Details meiner Erkrankung sprechen“, wurden getroffen.

Patienten berichteten teils davon,

- dass sie nahezu jeden Tag angerufen würden, was denn die Ärzte nun gesagt hätten, was denn nun veranlasst worden sei, was denn nun weiter geplant sei.
- dass aktiv Vorschläge gemacht wurden, ob man nicht z.B. weitere/andere Fachärzte hinzuziehen wolle und solle.
- dass – informell – Druck aufgebaut wurde, eine Leistung der medizinischen Rehabilitation anzudenken, eine Wiedereingliederung anzugehen.

Von den derart betroffenen Patienten wird auch vielfach berichtet, dass die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen auch mit einem drohenden Unterton avisiert wurde („ggf. muss man dann überprüfen lassen, ob überhaupt noch Arbeitsunfähigkeit vorliegt“).

Insbesondere chronisch kranke Menschen bzw. Menschen, die von einer schweren Akuterkrankung mit körperlichen/geistigen Residuen betroffen sind, werden im Übrigen oft von ihren Krankenkassen aufgefordert, eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder der beruflichen Teilhabe zu beantragen. Diese Aufforderungen werden nach unserem Eindruck zunehmend früher – teils auch nach erst sehr kurzer Dauer der Arbeitsunfähigkeit – und auch massiver drängend an die Patienten herangetragen.

Ein wesentlicher Hintergrund für eine solche Aufforderung durch die Krankenversicherer ist, dass ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation/Teilhabe u.U. in einen Rentenanspruch umgedeutet werden kann.

In unserem gegliederten Sozialversicherungssystem ist eigentlich vorgesehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung das Krankengeld als Lohnersatzleistung für die Versicherten nur erbringt, sofern (akute) Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Besteht jedoch bei einem Betroffenen eigentlich schon eine (dau-

erhafte) Erwerbsminderung, ist für diesen Fall grundsätzlich die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, die evtl. eine Erwerbsminderungsrente leistet.

Der Gesetzgeber hat daher ausdrücklich ein Verfahren vorgesehen, die betroffenen Krankenversicherten in den Rentenbezug zu „überführen“. Gelingt diese „Überführung“ in den Rentenbezug, müssen die Krankenversicherer entweder gar kein oder nur noch einen Teil des Krankengeldes weiterzahlen. Für die betroffenen Krankenversicherten ist dies – zumindest im Falle der Gewährung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung – sehr häufig mit erheblichen Einkommenseinbußen verbunden, da die Höhe einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oftmals unter dem ausgezahlten Krankengeldbetrag liegt.

Das Verfahren, das der Gesetzgeber den Krankenversicherungen bei einer „Überführung“ eines Krankenversicherten in den Rentenbezug vorsieht, beinhaltet natürlich auch die Einhaltung bestimmter Formalien.

Diese Formalien eben werden jedoch im – mündlichen – Drängen auf die Stellung eines Reha- oder Teilhabeantrages eindeutig nicht eingehalten und i.d.R. die Versicherten auch nicht auf die Möglichkeit der Umdeutung hingewiesen. Zwar haben die Betroffenen im Falle eines solchen nicht verfahrenskonformen Vorgehens die Möglichkeit, der Umdeutung des Reha-/Teilhabeantrages in einen Rentenantrag zu widersprechen, ohne dass der Krankenversicherer dies sanktionieren könnte – anders als im Falle des förmlich korrekten Vorgehens. Aber durchaus nicht alle Patienten wissen um diese Möglichkeit und durchaus nicht alle Patienten sehen sich weiter in der Lage, diese Auseinandersetzung mit dem System durchzustehen, insbesondere dann, wenn körperliche, geistige und seelische Ressourcen schon durch die Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen beansprucht werden.

4. Bremerhaven

Immer dienstags steht den Bremerhavener Bürgerinnen und Bürger von 11:00 Uhr bis 16:00 Uhr eine Beraterin in unserem Büro in der Kurfürstenstrasse in Bremerhaven zu einer persönlichen Beratung zur Verfügung. An den übrigen Tagen ist für unsere Bremerhavener Telefonnummer eine kostenlose Rufumleitung geschaltet, so dass eingehende Anfragen direkt von Bremen aus beantwortet werden können.

Tabelle 7: anfragende Personen aus Bremerhaven und Umgebung

anfragende Personen	2007	2006	2005	2004	2003
Brhv.	305	288	359	333	289
Umgebung Brhv.	152	161	229	185	131
Gesamt	457	449	588	518	420

Tabelle 8: Anzahl der Beratungen Bremerhavener Bürger

Anzahl der Beratungen	2007	2006	2005	2004	2003
Brhv.	498	431	425	400	374
Umgebung Brhv.	257	223	256	222	166
Gesamt	755	654	681	622	540

Die Zahl der Beratungen ist im letzten Jahr deutlich gestiegen; die Zahl der anfragenden Personen ist relativ konstant geblieben, d. h. die Menschen, die in Bremerhaven zu uns kommen, suchen uns zunehmend häufiger auf.

Mit insgesamt 755 Beratungsgesprächen in Bremerhaven nimmt die Beratung einen Anteil von 12% an unserer Gesamttätigkeit ein; in Bremerhaven wurden knapp 20% aller Anfragen in einem persönlichen Gespräch vor Ort geführt.

In den Tabellen nicht enthalten sind die Gespräche, die mit Bremerhavener Bürgerinnen und Bürger telefonisch in unserem Bremer Büro geführt wurden. Laut Auflistung des Telefonanbieters wurden 2007 insgesamt 755 Anrufer über die Rufweiterleitung von Bremerhaven nach Bremen vermittelt.

Seit September 2006 bieten wir auch in Bremerhaven Beratung zum Thema Pflege an.

2007 wurden ca. 11% der an die UPB gerichteten Pflegefragen von Personen aus dem Raum Bremerhaven an uns herangetragen.

4.1. Pflegeberatung in Bremerhaven

In Rahmen des Projektes „Leuchtturm“, Beratung für Familien mit Angehörigen, die an Demenz erkrankt sind, wurde vom Magistrat der Stadt Bremerhaven ein Forum installiert. Das erste Ziel des Forums war, ein Notruftelefon wie auch in Bremen vorhanden, einzurichten. Die Unabhängige Patientenberatung Bremen hat in diesem Forum mitgearbeitet. Im Dezember 2007 schließlich wurde die UPB von dem (zuständigen) Stadtrat, schriftlich angefragt, ob die UPB den Betrieb des Notruftelefons für Angehörige von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung übernehmen kann. Die UPB hat sich hierzu bereit erklärt.

5. Bremen Nord

Zusätzliche persönliche Beratung in Bremen-Nord seit Februar 2007 in den Räumen der Bremer Krebsgesellschaft

Bremen-Nord mit dem Zentrum Vegesack erfasst von Bremen-Lesum bis Bremen-Farge ein Einzwohnergebiet von ca. 100.000 Bremern und Bremerinnen. Hinzu kommen die umliegenden Dörfer, die durch ihre Einfamilienhausbebauungen zum „Speckgürtel“ Bremens zählen. Das Klinikum Bremen-Nord ist als Krankenhaus mit zahlreichen Fachkliniken eine bedeutende Einrichtung des Gesundheitswesens in Bremen-Nord. Der Zusammenschluss zahlreicher ambulant tätiger Ärzte im Ärztenetz Bremen-Nord mit Vorträgen zu verschiedenen Gesundheitsfragen bringt auch den Bremen-Nordern moderne Gesundheitsinfrastruktur in den Bezirk. Die großen regionalen Krankenkassen betreiben Filialen in Bremen-Nord, um ihre Versicherten persönlich beraten zu können.

Eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln dauert ca. eine halbe Stunde vom Zentrum Vegesack aus – Grund genug, eine persönliche Beratung in Bremen-Nord anzubieten für Patienten und pflegende Angehörige, die nicht „in die Stadt fahren können“.

Die Bremer Krebsgesellschaft hat in 2006 Räumlichkeiten in Vegesack eröffnet und uns freundlicherweise angeboten, diese Räumlichkeiten in der Reeder-Bischoff-Straße 47b mit zu nutzen. Auftakt war ein Vortrag zum Gutachterverfahren in der Pflegeversicherung. Der UPB stehen nun die Räume drei Stunden pro Woche zu einem festen Termin in Vegesack zur Verfügung.

Noch im Laufe der ersten Versuchswochen entstand die Idee einer „on-demand-Beratung“, d.h. wir führen die Beratung nur durch, wenn Bedarf besteht, also persönliche Termine vereinbart sind. Wir nehmen die Termine flexibel wahr, wenn die Besetzung in der Zentrale dies zulässt. Melden sich Patienten mit einem Wunsch nach persönlicher Beratung oder erweist sich ein Problem als zu umfangreich, um es telefonisch zu bearbeiten, wird der Termin für die Reeder-Bischoff-Straße für einen der kommenden Freitage vereinbart; alle weiteren Termine werden dann für eben diesen Freitag vermerkt. Auf diese Weise werden die Termine gesammelt und wir müssen nicht jeden Freitag vor Ort sein. Die Koordination erfolgt durch unser Sekretariat.

In 2007 nahmen 50 Personen zu allen in der UPB angebotenen Themenbereichen die persönliche Beratung wahr. Nach anfänglicher Werbung ist die persönliche Beratung durch den hohen Bekanntheitsgrad der UPB in Bremen ein Selbstläufer.

Abschließend sei an dieser Stelle Frau Rösler, Frau Zelder-Schlegel und der Bremer Krebsgesellschaft herzlich gedankt für ihr großzügiges Entgegenkommen.

6. Psychotherapie

6.1. Zugangsbarrieren zu den Leistungen der Psychotherapie

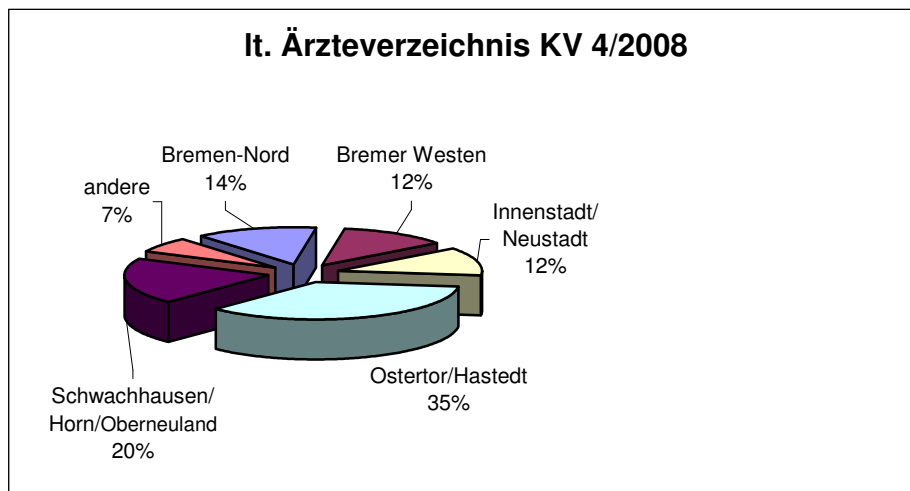
Örtliche Verteilung psychotherapeutischer Leistungen

Nachdem im Bereich Psychiatrie durch die Schaffung der Behandlungszentren der Schritt in eine Regionalisierung geschafft wurde, ist dies im Bereich der ambulanten Psychotherapie als einzige kassenfinanzierte Leistung leider nicht der Fall. Immer wieder berichten Patienten davon, dass ihnen nach längerer Diagnostik ihrer Beschwerden, von ihrem Arzt eine Psychotherapie angeraten wird.

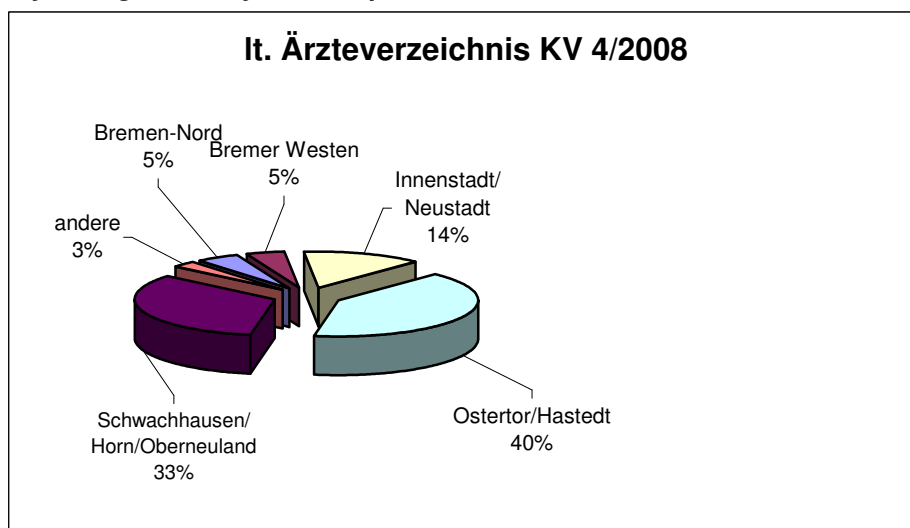
Problematisch wird es dann, wenn ein Patient eine wohnortnahe Versorgung benötigt, z.B. aufgrund von Berufstätigkeit, aufgrund von Beaufsichtigung kleiner Kinder oder aufgrund der Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen zuhause.

Unsere Recherche hat ergeben, dass die Verteilung von ärztlichen und psychotherapeutischen Psychologen in den Regionen Bremens sehr unterschiedlich ist.

Ärzte, die Psychotherapie anbieten in Bremen



Psychologische Psychotherapeuten in Bremen



Das Gesamtangebot für psychotherapeutische Behandlung für GKV-Versicherte liegt in Bremen bei ca. 375 Praxen, die allerdings in sehr unterschiedlicher Stundenzahl den Patienten psychotherapeutische Leistungen anbieten.

In dem Bereich der Innenstadt, Neustadt, Ostertor/Hastedt, Schwachhausen/Horn/Oberneuland, Findorff/Walle und im Außenbezirk Horn-Lehe und Oberneuland befinden sich ca. 125 ärztliche und ca. 205 psychologische Praxen, d.h. ungefähr 330 Praxen, also ca. 88 % aller psychotherapeutischen Angebote befinden sich im Umkreis von ca. 6-7 km um den Innenstadtbereich. Das entspricht nicht einer wohnortnahen, patientengerechten Versorgung. Eine Psychotherapie umfasst regelmäßige z.T. wöchentlich stattfindende Termine. Lange Wege sind Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht zumutbar. Vor allem auch Kinder und Jugendliche sind angewiesen auf kurze Wege, die sie allein tätigen können, gerade wenn es ihnen gesundheitlich nicht so gut geht.

Hier sind alle Beteiligten aufgefordert, im Sinne einer besseren Patientenversorgung sich sowohl hinsichtlich einer zeitnahen Versorgung wie auch einer nahen räumlichen Erreichbarkeit zu bemühen.

Zeitnaher Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen

Es gibt keine Liste, auf der vermerkt ist, welche Psychotherapeuten derzeit einen Therapieplatz zur Verfügung stellen können. Damit wird die Suche nach einem Therapeuten zur Sisypusarbeit, der sich jeder Patient erst stellen muss.

Viele Patienten scheuen sich erst einmal, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Wenn sie einen Einstieg gefunden haben, gelingt es ihnen oft nicht, entsprechend ihrer gesundheitlichen Verfassung, ihrer persönlichen Lebenssituation und ihres Bedarfes zeitnah einen Psychotherapeuten ihrer Wahl aufsuchen zu können. Die Hürden sind groß! Die Patienten können alleine oder mit unserer Hilfe Hinweise auf möglicherweise geeignete Psychotherapeuten über www.psych-info.de erhalten. Aber sie müssen dann mit allen Psychotherapeuten Kontakt aufnehmen, um evt. zu erfahren, dass sie mit mindestens einem halben Jahr Wartezeit zu rechnen haben.

Es gibt keine einheitlichen Regeln, wann ein Psychotherapeut telefonisch erreichbar ist. Therapeut X ist immer 10 Minuten vor der vollen Stunde erreichbar, Therapeut Y nur freitags zwischen 12.00 Uhr und 12.30 Uhr, Therapeut Z nur mittwochs zwischen 9.00 Uhr und 9.30 Uhr. Die Zeitkorridore der Erreichbarkeit sind sehr eng, und wenn es dem Patienten nicht gelingt, in diesem Zeitraum mit dem Therapeuten zu sprechen, dann kann schon wieder eine Woche vergangen sein. Ein Patient, dem es psychisch sowieso schon nicht gut geht, der berufstätig ist oder mit anderen Aufgaben gefordert ist, muss viel Beharrungsvermögen aufbringen.

Hier wäre eine einheitlichere Lösung im Sinne eines patientenorientierten Angebotes wünschenswert.

Nach wie vor gilt für Patienten in Bremen, die einen Psychotherapeuten für eine Therapie suchen, sich auf eine längere Wartezeit einzustellen. Wie passt das zusammen mit der Tatsache, dass für Bremen zahlenmäßig eine deutliche Überversorgung besteht (ca. 160%)? Eine Ursache mag darin liegen, dass bisher in die Zahlen der Versorgungsarithmetik keinen Eingang findet, ob ein Sitz zu 100% ausgelastet und angenommen wird oder nur anteilig verwendet wird, also bei den Versorgungszahlen nicht berücksichtigt wird, ob der Therapeut mit voller Stundenzahl/ Woche arbeitet oder z. B. nur 10 Std./Woche therapeutisch tätig ist. Hier sind alle Beteiligten (Psychotherapeutenkammer, KV, Ärztekammer) sowohl auf Landes- wie auch auf Bundesebene gefragt, sich zusammenzutun und für eine schnellere und damit bessere Versorgung der Patienten eine Regelung zu finden.

6.2. Einsicht in Behandlungsunterlagen

Im psychotherapeutischen Bereich war auch im vergangenen Jahr das Recht des Patienten auf Einsicht in seine Behandlungsunterlagen Thema.

Auch hier ist die Rechtslage eindeutig: der Patient hat auch im psychotherapeutischen Bereich ein Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen soweit es sich um objektive Daten handelt und soweit nicht die Fortführung der Therapie durch die Einsicht gefährdet ist (der sog. therapeutische Vorbehalt). Nur sind gerade im psychotherapeutischen Bereich und insbesondere natürlich in analytisch orientierten Therapien die Dokumentationen häufig notwendigerweise gefüllt mit subjektiven Einschätzungen und Bemerkungen des Therapeuten, so dass nach Überdecken der subjektiven Aufzeichnungen ein unverständliches, rudimentäres Dokument zurückbleibt, das keine wirkliche Aussage oder Beurteilung mehr zulässt. Die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) empfiehlt hierzu eine „duale Gestaltung“ der Krankenunterlagen, also die Trennung in einen subjektiven und einen objektiven Teil der Patientenakte. Möglicherweise lässt sich diese Empfehlung in gleicher Weise für den ambulanten Bereich aussprechen und umsetzen.

In einer Nebenbemerkung sei noch auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts hingewiesen (BVerfG, NJW 2006, 1116), das die langjährige Rechtsprechung zum Thema Einsichtsrecht der Patienten in Krankenunterlagen – für das Fach Psychiatrie - infrage stellt: Sowohl die Beschränkung des Einsichtsrechts auf objektive Befunde als auch der faktische im Ermessen des Therapeuten stehende „therapeutische Vorbehalt“ könnten künftig wegfallen, sollte sich diese Rechtsprechung verstetigen.

Im Jahresbericht 2006 hatten wir auf das Problem der Einsichtsrechte in der Psychotherapie bereits hingewiesen. Im „Psychotherapeutenjournal 4/2007“ erschien ein ausführlicher Artikel zur Dokumentationspflicht des Therapeuten und dem Akteneinsichtsrecht des Patienten. Das Problem an und für sich bleibt für den Patienten jedoch bisher erhalten.

7. Zahnberatung

7.1. Zahnärztliche Fachberatung in den Räumen der UPB

An jedem 4. Donnerstag im Monat haben Patienten die Möglichkeit, sich in unseren Räumen von einem Zahnarzt beraten zu lassen. Dieses Angebot ist vor 5 Jahren in Kooperation mit der Zahnärztekammer – ZÄK - etabliert worden und wird von den Patienten genutzt. Die ZÄK organisiert die Terminvergabe (Tel.: 333 03 66) und spricht die Zahnärzte an; die UPB stellt die Räume zur Verfügung.

Es handelt sich bei diesem Angebot nicht um eine so genannte zweite Meinung, da in unseren Räumen kein Behandlungsstuhl und kein Instrumentarium zur Verfügung stehen, aber es bietet die Möglichkeit für Patienten, einen kostenlosen, fachkompetenten Rat zu ihrer Frage, ihrem Problem zu erhalten.

In nachfolgender Tabelle sind die Zahl der Anfragen zur Beratung durch die Zahnärzte und die Anzahl der angefragten Themen im Vergleich zu den Vorjahren dargestellt.

Tabelle 9: Anfragen in der zahnärztlichen Fachberatung

Anfragen	2007	2006	2005	2004	2003
Zahnersatz	37	63	74	70	45
Implantatversorgung	44	31	39	25	28
Sonstiges	23	17	20	22	11
Füllungsmaterialien und Therapien	6	14	14	19	9
Honorarabrechnungen	2	4	13	4	9
Parodontaltherapie	10	7	11	14	9
kieferorthopädische Behandlung	5	3	7	5	7
Gutachtenerstellung	7	3	7	13	4
freie Zahnarztwahl	2	0	5	5	1
fortbildungsbezogene Interessengebiete	2	2	1	0	2
Behandlung immobil Pat./ Behindertenbehandlung	0	0	0	0	0
Gesamt	138	144	191	177	125

Mit 138 Beratungen im Jahr 2007 zeigt sich eine leicht rückläufige Tendenz. Das mag u. a. daran liegen, dass die Ankündigung der zahnärztlichen Fachberatung in der regionalen Presse nicht immer genau 1 Woche vor dem entsprechenden Beratungstermin platziert werden konnte; immer wenn dies gelingt, ist die Zahl der Anfragen zur Beratung deutlich höher als an Tagen, an denen die Vorankündigung mit größerem oder kleinerem Abstand erscheint.

Für uns interessant ist auch die Reaktion der Zahnärzte, die die Beratung durchführen auf die Fragen und Probleme der Patienten: einige sind immer wieder erstaunt, wie viel Beratungs- und Aufklärungsarbeit zu leisten ist, die eigentlich in der jeweiligen Behandlungssituation hätte erbracht werden müssen.

7.2. Zahnberatung durch die UPB

Neben der fachärztlichen Beratung durch die Zahnärzte beantworten auch die Beraterinnen Fragen der Patienten zum Thema Zahnmedizin und zeichnen Lösungsmöglichkeiten bei Problemen auf. Die folgende Tabelle zeigt die Zahl der Anfragen und die Anzahl der Fragen zu einzelnen Themen im Vergleich zu den Vorjahren.

Tabelle 10: Häufigkeit der Probleme

Problem	2007	2006	2005	2004
Zahnersatz	197	176	130	170
Fehlerhaftigkeit (mögl.)	138	98	88	118
Fragen z. Abrechnung	128	165	160	187
Broschüre HKP	123	-	-	-
Sonstiges	102	51	48	84
Fragen z. Kieferorthopädie	73	48	54	42
Verweis an ZÄK	66	98	96	127
Behandlerwechsel	65	38	23	37
Fragen z. Behandlungsmethoden, Zahnerkrankungen, Medikamenten	56	39	34	18
Fragen z. privaten Leistungen	50	33	23	32
Fragen zu Füllungsmaterialien	36	10	23	20
Fragen nach best. ZA, Fachgebiet, Schwerpunkt	24	24	18	20
Gesetzliche Grundlagen	22	15	31	13
Gesamt	1080	795	728	868

Tabelle 11: Häufigkeit der Leistung

Leistung	2007	2006
Information	555	494
Klärung	249	67
Kenntnisnahme	115	58
Zusendung	94	27
Recherche	80	47
Verweis	69	95
Unterstützung bei Durchsetzung	24	8
psychosoziale Beratung	5	5
Konfliktschlichtungsorientierte Tätigkeit	2	1

Mit insgesamt 1080 Anfragen im Bereich der Zahnmedizin ist im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. Der Anteil der Zahnberatung an der Gesamtzahl der Beratungen ist mit rund 17% im Vergleich zum Vorjahr (14%) gestiegen.

Wie schon in den vergangenen Jahren werden die meisten Fragen zu den Themen „Zahnersatz“, „Fehlerhaftigkeit“ und „Fragen zur Abrechnung“ gestellt.

Beim Thema **Zahnersatz** handelt es sich überwiegend um Fragen zu den Kosten: warum muss ein so hoher Betrag durch die Patienten selbst finanziert werden; warum zahlt die Krankenkasse nicht mehr; gibt es keine andere – billigere – Versorgungsmöglichkeit. Häufig stellt sich im Gespräch heraus, dass die Patienten den Heil- und Kostenplan vom Zahnarzt nur ausgehändigt, jedoch nicht erläutert bekommen haben. Manche Patienten berichten auch, die Erläuterungen des Zahnarztes nicht verstanden zu haben.

Insbesondere der so genannte „befundbezogene Festzuschuss“ der Krankenkasse – also die Beteiligung der Krankenkassen an einem Zahnersatz nicht nach erbrachter Leistung, sondern nach erhobenem Befund – und der Steigerungsfaktor für privat zu zahlende Leistungen sind Punkte, die in der Regel den Patienten unbekannt sind und ohne die ein Heil- und Kostenplan nicht zu verstehen ist.

Immer häufiger werden Fragen zu Laborarbeiten im Ausland oder auch zu sog. Billiganbietern in Deutschland gestellt. Die Patienten möchten eine Einschätzung, was von diesen Laboren zu halten ist. Hier wird expliziert eine Firma immer wieder namentlich nachgefragt, die mit sehr günstigen Herstellungskosten und umfangreicher Garantieleistung intensiv Werbung macht.

Wir können keine inhaltliche Bewertung vornehmen, aber wir können daraufhin weisen, dass bei Laborarbeiten im Ausland vorher eindeutig geklärt sein sollte, wer die Haftung bei möglichen Materialfehlern übernimmt, wer die Ansprüche geltend macht, wo der zuständige Gerichtsstand ist und ob deutsches oder ausländisches Recht Anwendung findet.

Bei Erstellung eines Zahnersatzes im Ausland bleibt der Hinweis, dass die Patienten zu den Material- und den Zahnarztkosten die Aufwandskosten (Reise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten) addieren müssen, um eine Vergleichbarkeit herzustellen; bei der Notwendigkeit von Nachbesserungen kommen weitere nicht vorhersehbare Aufwandskosten hinzu. Auch hier ist die Frage der Haftung vorher zu klären.

Hinter der Rubrik **Fehlerhaftigkeit** verbergen sich Fragen, Beschwerden und Probleme von Patienten nach Erstellen eines Zahnersatzes, mit dessen Ergebnis die Patienten nicht einverstanden sind. Häufig haben sie einen Teil der Kosten für den Zahnersatz selber finanzieren müssen, häufig sind sie auch bereit, den Zahnarzt nachbessern zu lassen. Aber irgendwann ist ihre Geduld erschöpft und sie wollen dann die ausstehende Rechnung nicht bezahlen und/oder den Zahnarzt wechseln. In den Gesprächen zur Situation stellt sich häufig ein deutliches Kommunikationsproblem zwischen Zahnarzt und Patient heraus: der Patient äußert immer wieder Beschwerden, Probleme mit dem Zahnersatz, der Zahnarzt bessert nach, werden dann die Probleme nicht besser, ziehen sich beide Parteien zurück und arbeiten eher gegeneinander als mit-1einander an der Lösung des Problems.

Schwierig ist dann die Regelung, dass der Zahnarzt nicht ohne weiteres gewechselt werden kann in der Gewährleistungszeit. Die Regelung als solche macht einen Sinn, ist im gelebten Alltag für die Pa-

tienten – und sicher auch für die Zahnärzte – schwer umzusetzen, denn wer begibt sich schon gern auf den Behandlungsstuhl eines Zahnarztes, mit dem er sich aktuell im Dissens befindet. Sowohl bei den Fragen zum Zahnersatz wie bei den Fragen zur möglichen fehlerhaften Behandlung treffen wir im Gespräch sehr schnell und häufig auf das Bedürfnis nach einer unabhängigen Meinung zur vorgeschlagenen Therapie, zur vorgeschlagenen Nachbesserung des Zahnersatzes bei Problemen. Den Patienten ist mit dem Hinweis auf die Möglichkeit zum Einholen einer weiteren Meinung durch einen anderen Zahnarzt manchmal schon weitergeholfen.

Zunehmend werden wir zu Rate gezogen bei einer vorgeschlagenen Versorgung mit Implantaten: Macht es einen Sinn, dass ein über 80-jähriger Patient einen implantat-gestütztem Zahnersatz erhält? Warum muss ich zu einem Zahnarzt und Kieferchirurgen gehen und warum kann mein Nachbar die gesamte Versorgung durch seinen Zahnarzt machen lassen? Warum beteiligt sich die Krankenkasse an den Kosten für das Einbringen der Implantate nicht? Auch an dieser Stelle leisten wir erhebliche Aufklärungs- und Informationsarbeit.

Bei den **Fragen zur Abrechnung** werden uns Rechnungen nach abgeschlossener Behandlung vorgelegt, bei denen die endgültigen Kosten die im Heil- und Kostenplan avisierten Kosten deutlich übersteigen. Auch hier ist der Steigerungsfaktor und seine Bedeutung den Patienten häufig genug nicht klar.

2007 haben wir eine Informationsbroschüre „**Alles über den Heil- und Kostenplan – HKP**“ entwickelt und veröffentlicht. Sie gibt in allgemein verständlicher Sprache Informationen über den formalen Aufbau, über die wesentlichen Inhalte und die Bedeutung der einzelnen Rubriken eines Heil- und Kostenplanes.

So können wir den Patienten nach persönlicher Beratung ihres individuellen Heil- und Kostenplanes noch ein Schriftstück an die Hand geben, um in Ruhe das Besprochene nachlesen und nachvollziehen zu können.

Die Broschüre wurde nach Ankündigung in der Presse sehr häufig nachgefragt; am Tage nach der Pressemeldung stieg die Zahl der Clicks auf unserer Homepage exponentiell an.

7.3. Kieferorthopädie

Die Zahl der Beratungen zum Thema Kieferorthopädie ist von 2006 (48 Beratungen) um rund 50% im Jahr 2007 (73 Beratungen) gestiegen.

Viele Fragen drehen sich – wie schon in den vergangenen Jahren - um die Klassifizierung der Kiefer- und Zahnregulierung, die den Eltern der betroffenen Kinder ihren Angaben zufolge nicht erklärt wurde. Behandlung von Fehlstellungen der Kategorien I und II sind privat zu bezahlen, die Regulierung der Fehlstellungen der Kategorien III - V werden von den Krankenkassen übernommen.

Gestiegen ist die Anzahl der Fragen zu den privat zu leistenden Zusatzleistungen – den so genannten individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL-eistungen - bei einer von der Krankenkasse finanzierten Behandlung. Häufig werden den Patienten zusätzliche Leistungen nicht nur angeboten, sondern zur Bedingung vor Beginn einer kassenfinanzierte Behandlung gemacht.

Oder es wird bei den Eltern Angst aufgebaut: wenn sie die IGeL-eistungen nicht in Anspruch nähmen, seien sie gegebenenfalls für einen schlechteres Ergebnis der Regulierung verantwortlich; zum Teil werden den Eltern dazu Bilder von „gruseligen“ (Zitat einer Mutter) Zahnfehlstellungen gezeigt.

Immer wieder wird auch vom Aufbau eines zeitlichen Druckes berichtet; nach Aushändigung des Behandlungsplanes wird den Eltern vermittelt, dass die Behandlung sofort zu beginnen sei, sonst „sei alles verloren“ (wörtliches Zitat); die Eltern trauen sich in dieser Situation nicht mehr, noch eine 2. Meinung eines anderen Behandlers einzuholen angesichts der doch anhaltend langen Wartezeit für einen Termin bei einem Kieferorthopäden.

Für uns kristallisiert sich im Jahr 2007 eine relativ neue Thematik in der Kieferorthopädie heraus: Einige Kieferorthopäden sind dazu übergegangen, nach einem vereinbarten Kostenvoranschlag mit den Eltern eine monatlich zu zahlende Rate zur Vergütung für den Zeitraum der Behandlung (im Bereich der Kieferorthopädie in der Regel mehrere Jahre) oder pauschale Abschlagszahlungen zu vereinbaren.

Es kommen 2007 mehrere Ratsuchende zu uns, die festgestellt haben, dass sie mit den Ratenzahlungen schon weit mehr als die veranschlagten Gesamtkosten bezahlt haben, obwohl die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Da sie aber auch in der Regel keine formgerechten Rechnungen erhalten haben über die tatsächlich erbrachten Leistungen, stehen sie vor der Schwierigkeit, nicht nachvollziehen zu können, was ist schon bezahlt ist, was noch kommen wird und wodurch die Kostensteigerungen gerechtfertigt sind.

8. Beratung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen

8.1. Aus dem Berichtsjahr

Im Berichtsjahr 2007 hatten wir 512 Gesprächskontakte mit 382 Personen zum Thema Pflege, 58 Gespräche wurden mit Bürgern aus Bremerhaven und dem Umland geführt. Der größte Teil der Kontakte fand telefonisch statt, allerdings wurden mehr persönliche Termine zur Klärung komplexer Strukturen nachgefragt. Aus diesem Grund wurde auch die Beratung in Bremen-Nord von Pflegebedürftigen selbst und ihren Angehörigen gut genutzt.

Tabelle 12:
Inanspruchnahme der Beratung von Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen 2003 bis 2007

	2007	2006	2005	2004	2003
Kontakte	509	564	379	629	588
Personen	382	367	280	420	408

Tabelle 13: Daten über die Art und Weise der Beratung

	2007	2006
Telefonische Gespräche	325	418
Persönliche Termine	145	109
Schriftliche Bearbeitung	17	11
Hausbesuche, Kontakte zum Pflegesystem und Vorträge	25	42
Summe	512	580

8.2. Zu den Tätigkeiten der Patientenberaterinnen

Die Themenschwerpunkte der Anfragen in der Pflege haben sich im letzten Jahr nicht wesentlich zu denen der Jahre davor geändert und sind insofern bereits in den vorigen Tätigkeitsberichten ausführlich beschrieben worden. Allerdings ist die Qualität der Anfragen eine andere: Die Menschen kommen immer häufiger zum persönlichen Gespräch und stecken immer häufiger in handfesten Konflikten mit Dienstleistern, um die Finanzierung von Pflege, wegen der Abrechnung von Pflege und mit ihren ganz persönlichen Belastungen, die sich durch die Pflege ergeben. Das erfordert neben der Aufgabe, eine niedrigschwellige Einrichtung für alle Anfragen der von Pflege betroffenen Menschen zu sein, eine manchmal längerfristige Begleitung von Angehörigen oder Betroffenen. Deshalb haben wir in diesem Jahr Themen ausgewählt, die uns in Beziehung auf diese veränderte Qualität der Anfragen beschäftigt haben.

8.3. Das Gutachterverfahren in der Pflegeversicherung

Im Jahr 2007 wurde die UPB mehrere Male gebeten, zum Thema Gutachterverfahren in der Pflegeversicherung Vorträge zu halten. Nachdem das Format des Vortrages entwickelt war und einige Male mit Betroffenen diskutiert wurde, ergaben sich folgende Informationsbedarfe und Kritikpunkte bei den Zuhörern, betroffenen Pflegebedürftigen mit einer Pflegeeinstufung oder pflegenden Angehörigen:

Fast alle Zuhörer und Zuhörerinnen hatten die enge Eingrenzung des Begriffs Pflege im SGB XI nicht für ihre eigene Situation realisiert und es bedurfte intensiver Erläuterungen, um die Grenzen der Pflegeversicherung deutlich zu machen. Immer wieder wurde seitens der Angehörigen argumentiert, dass der Betreuungsaufwand so hoch sei und dafür Argumente angeführt, die für die Pflegeversicherung nicht relevant sind („ich muss für ihn zur Bank gehen“, „er kann doch nicht alleine Formulare ausfüllen“ etc.). Aufklärung über den Begriff der Pflege, so wie dieser im SGB XI beschrieben ist, kann es anscheinend nicht genug geben.

Viele Zuhörer und Zuhörerinnen störten sich an der kurzen Zeit, die für das Gutachten zur Verfügung steht. Sie wollen alles genau erklären und damit eben auch Dinge, die für die Pflegeeinstufung nicht relevant sind. Allerdings waren nach der Aufklärung über die Funktion des Gutachtens, über die Instrumente des Gutachtens und über die Verantwortung, die ein Gutachter trägt, die Zuhörer und Zuhörerinnen etwas milder gestimmt. Dadurch, dass der Gutachter in ihre Häuslichkeit kommt, scheint ihm

mehr die Funktion des Sozialarbeiters zugeordnet zu werden. Diese Rolle hat der Gutachter selbstverständlich nicht und dann entsteht Enttäuschung, vor allem, wenn das Gutachten im Ergebnis für den Antragsteller nicht zufriedenstellend ist. Eine Aufklärung der verschiedenen Abschnitte des Gutachtens zu Beginn könnte hierbei hilfreich sein, auch wenn berücksichtigt werden muss, dass die Antragsteller und ihre Angehörigen aufgeregt sind und vielleicht deshalb auch vieles nicht verstehen oder wieder vergessen.

Viele Begutachtete stören sich vor allem an der elektronischen Verarbeitung vor Ort. Der Laptop ist in dieser Generation kein tägliches Arbeitswerkzeug, es wird bemängelt, dass der Gutachter nur mit „seiner Maschine“ beschäftigt war. Diese „Maschine“ wird als etwas sehr Trennendes zu dem Menschen, der das Gutachten durchführt, angesehen. Gewohnte zwischenmenschliche Kontaktaufnahme erschwert sich. Natürlich gibt es auch Skepsis, dass der Antragsteller die intimsten Dinge preisgeben muss und diese sofort elektronisch verarbeitet werden. Außerdem hat der Antragsteller keine Chance, einen Blick auf das Gutachtenformular zu werfen. Wünschenswert wäre, dem Antragsteller nicht erst das Gutachten zu zeigen, wenn es geschrieben ist, sondern ihm zu Beginn des Besuches einen Blick zu gestatten und einen Überblick über die verschiedenen Abschnitte zu geben.

Viele Angehörige meinen, dass sie besonders viel Informationen weitergeben müssen, im Unwissen darüber, dass möglicherweise der größte Teil dieser Informationen nicht relevant ist. Deshalb ist unser Rat, das Gespräch aufzuteilen und sowohl dem Gutachter die volle Aufmerksamkeit dem Antragsteller gegenüber zuzulassen als auch als Angehöriger selbst um Gehör zu bitten – aber nicht gleichzeitig.

Die Beteiligten wissen, dass es im Gutachten um die Fähigkeiten der Bewältigung des Alltags geht – und die Empfehlung ist, diesen Alltag so wie üblich und unverändert stattfinden zu lassen, damit der Gutachter sich ein Bild machen kann.

Selbstverständlich ist es auch die Aufgabe des Gutachters, sich davon zu überzeugen, dass die geforderte Pflege in den Räumlichkeiten stattfinden kann oder entsprechend ggf. Umbaumaßnahmen anzusprechen. Auch wird der Gutachter sich überzeugen, dass die Pflegeperson augenscheinlich in der Lage ist, die Pflege zu übernehmen.

Wenn man diese Themen eingangs zu dem Gutachten auffächert, werden viele Antragsteller besser verstehen, was die Gutachter dort tun und worauf es ankommt.

Auch hier gilt wieder, wie in vielen unserer Beratungsgespräche, dass Kommunikation mit dem Patienten/Kunden Missverständnisse aus dem Weg räumen kann und für beide Seiten eine aufgeklärte/aufklärende Situation schafft. Eine gelungene Eingangskommunikation kann Beschwerden und damit unnötige Widerspruchsverfahren verhindern.

8.4. Beratungsfragen pflegender Angehöriger

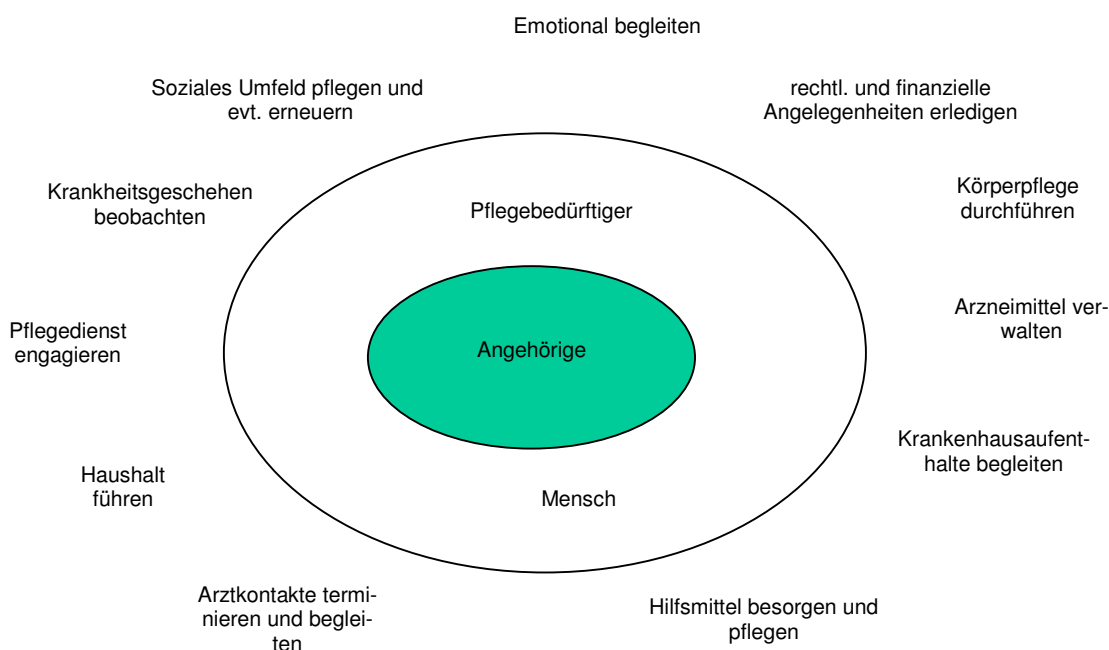
Im Zusammenhang mit dem Audit „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ wurde die Unabhängige Patientenberatung gebeten, an der Hochschule Bremen einen Vortrag zu halten über die Fragen, die an die Beratungsstelle gestellt werden. Ausschnitte des Vortrages, dessen Inhalte sich direkt aus unseren Erfahrungen entwickelt wurden, sollen an dieser Stelle wiedergegeben werden.

Wer sind pflegende Angehörige ?

(nicht in der Definition des SGB XI, sondern in der gesellschaftlich wichtigen Position):

Pflegende Angehörige sind in erster Linie Ehepartner und Töchter. Söhne spielen in der direkten Pflege kaum eine Rolle (4 % aller Pflegegeldbezieher sind männliche Nachkommen). Das heißt aber nicht, dass sie sich nicht kümmern. Schließlich werden 50 Anfragen in der Pflege von männlichen Angehörigen getätigt. Schwiegertöchter und Schwiegersöhne übernehmen diese Rolle ähnlich wie ihre Ehepartner, sind aber nicht mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet. Aber auch Enkel und Enkelinnen, Nichten und Neffen, Schwestern und Brüder sind mit der Situation eines pflegebedürftigen Angehörigen beschäftigt und haben Beratungsbedarf.

Was tun pflegende Angehörige?

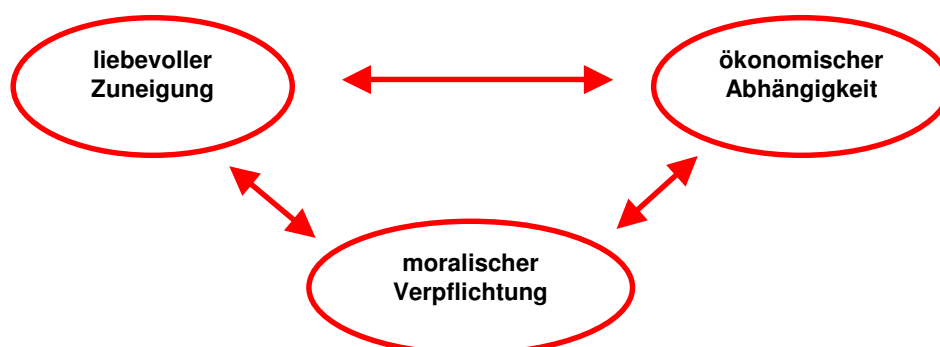


Pflege als gesellschaftliche und familiäre Aufgabe ist mehr als die Übernahme der Körperpflege und die Versorgung mit Nahrung. Menschen, die „nur“ einige dieser Tätigkeiten übernehmen und z.B. die Körperpflege an einen Pflegedienst übertragen haben, sind trotzdem pflegende Angehörige, wie aus den vielfältigen Aufgaben zu ersehen ist. Vieles benötigt leider viel mehr Zeit und Energie, als es ein Alltag – vor allem auch ein Alltag Berufstätiger – zulässt. Allein die Begleitung zum Arzt kann schnell mal 2-3 Stunden Zeit erfordern.

Pflege im Familiensystem ist immer das Fundament, damit ambulante Pflegedienste in der Häuslichkeit ihre professionelle Arbeit verrichten können. Über die Pflegeversicherung und auch privat ist es kaum zu finanzieren, wenn alle o.g. Tätigkeiten als bezahlte Arbeit verrichtet werden.

Was passiert in diesen privaten/persönlichen Beziehungen?

Pflegende Angehörige befinden sich im Spannungsbogen zwischen



Diese drei Elemente sind die wesentlichen Anteile des Motors, um die Rolle als pflegende Angehörige anzunehmen. Sehr unterschiedlich gewichtet, je nach Beziehung zu dem Menschen, den man pflegt. Die unterschiedliche Gewichtung, die sich täglich, stündlich und im Verlauf des Pflegeprozesses entwickelt, möchte ich an einem Beispiel deutlich machen:

Eine Ehefrau pflegt ihren Mann, der an Demenz erkrankt ist. Die Erkrankung hat sich langsam in ihr Leben geschlichen: zunächst unmerklich, dann immer deutlicher. In liebevoller Zuwendung hat sie lange gepflegt, dann – nach ca. 8 Jahren – verschlechterte sich sein Zustand rapide. Aus ökonomi-

scher Abhängigkeit (unser Erspartes ist doch für unsere Enkelkinder) und vor allem moralischer Verpflichtung (ich kann doch meinen Mann nicht alleine lassen) lässt sie nicht zu, dass ihr Mann in ein Heim zieht, obwohl sie die Pflege nicht mehr leisten kann, da er sehr unruhig ist und sein Wach-Schlafrhythmus sehr gestört ist. Schließlich erleidet sie einen Herzinfarkt und ihr Mann kommt in die Kurzzeitpflege. Beide leben nach diesem Ereignis nicht mehr lange.

Dies ist nur ein Ausschnitt aus dem Vortrag. Die eigentlichen Beratungsfragen sind im Jahresbericht 2006 ausführlich dargestellt und zeigen die Bandbreite unserer niedrigschwelligen Beratung.

8.5. Gewalt in Pflege und Betreuung

Im Nachgang zu der Broschüre des Bremer Forums gegen Gewalt in Pflege und Betreuung (s. Jahresbericht 2006) kamen auch im ersten Halbjahr 2007 zahlreiche Anfragen sowohl von ambulanten Pflegediensten als auch Krankenpflegeschulen und anderen Pflegeeinrichtungen, Fortbildungen zu diesem Thema durchzuführen.

Inhaltlich wurde deutlich, dass professionelle Pflegekräfte alltäglich mit Gewalt in der Pflege konfrontiert sind und sich immer wieder alte/neue Fragen entwickeln. Wie geht man mit der Situation um, wenn sich ein pflegebedürftiger Mensch nicht duschen lassen möchte, die Pflegekraft jedoch wegen dieser Verrichtung gekommen ist und diese auch so abrechnen muss? Welche Möglichkeiten bestehen, gewaltfrei auf den Patienten einzuwirken? Welche Beschwerden gibt es seitens der Patienten, wenn sich eine Pflegekraft nicht richtig verhalten hat? Wie werden diese Beschwerden bei der Leitung des Pflegedienstes bearbeitet? In welchem Spannungsfeld befindet sich die Pflegekraft, wenn sie einem Diabetiker die Kekse wegnimmt, weil klar ist, dass diese seiner Gesundheit des pflegebedürftigen Menschen erheblich abträglich sind? Wie gehen die Einrichtungen der ambulanten Pflege mit aggressiven pflegebedürftigen Menschen um? Welche Partner gibt es im Pflegeprozess, um eine sich entwickelnde Gewaltspirale einzudämmen? Wann bleibt nur noch eine Kündigung des Pflegevertrages? Wie verhält es sich mit der „inneren Kündigung“ einer Pflegekraft, die sich als Opfer und Täter zugleich fühlt?

Es hat sich in den Fortbildungen gezeigt, dass die Personen, die mit Gewalt konfrontiert werden, Gesprächsbedarf haben, um Lösungswege für die individuell gegebene Situation erarbeiten zu können. Leider bleibt im Pflegealltag oft zuwenig Zeit, so dass jede einzelne Pflegekraft allein mit derartigen Situationen umgehen lernen muss. Aber allein schon das offene Ansprechen dieses Themas, dass man als Täter oder Opfer mit gewalttätigem Handeln konfrontiert ist, ist ein wichtiger Schritt für das Pflegepersonal.

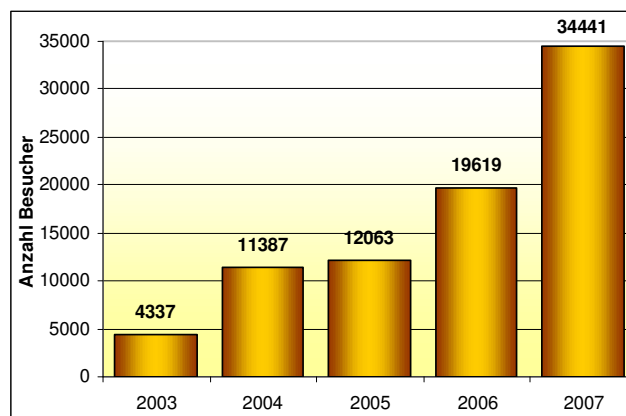
Sehr viel schwieriger wird es, wenn es darum geht, in den Familien Gewalt zu beobachten. An dieser Stelle fehlt es den Pflegekräften bisher an Parametern, zu erkennen, wenn jemand Opfer von Gewalt wird und das Problem dann – über die Leitungsebene – offen ansprechen zu lassen. Hier sind sowohl die Gutachterinnen des Medizinischen Dienstes gefragt als auch die Pflegekräfte, die Beratungsbesuche nach SGB XI vornehmen. Sie erhalten einen kurzen, aber unabhängigen Eindruck der Pflegesituation. In Gesprächen mit diesen Diensten wurde allerdings deutlich, dass sie diese Aufgabe nicht verantwortlich übernehmen können, weil sie einen anderen Auftrag haben, der sich auch nicht mehr erweitern lässt.

Bei Problemen in der familialen Pflege konnte die Broschüre nicht die gewünschte Wirkung entfalten. Wahrscheinlich ist das direkte Gespräch erforderlich, um Menschen überhaupt auf dieses Thema zu stoßen. Deshalb sind Fortbildungen für Professionelle, die den Familien regelmäßig begegnen und mit denen sie im Gespräch sind, einer wichtiger Baustein zur Erkennung, Bearbeitung und Bewältigung derartiger Situationen.

Das Bremer Forum gegen Gewalt in Pflege und Betreuung hat beschlossen, die Broschüre zunächst einmal wirken zu lassen. Nach der Herausgabe der Broschüre sind viele neue Mitglieder zum Forum dazugekommen. Die Gruppe muss sich erst einmal neu zusammenfinden und eine neue arbeitsfähige Struktur schaffen.

9. Entwicklung der Homepage

Wie schon im vergangenen Jahr, konnten wir für das Jahr 2007 wieder einen kräftigen Anstieg der Besucherzahl auf unserer Homepage beobachten. Im Verhältnis zu 2006 ist die Anzahl der Zugriffe auf unsere Homepage im Internet um 75% gestiegen.



Auf unserer Homepage stellen wir die Einrichtung Unabhängige Patientenberatung Bremen, die Beratungsinhalte sowie das Team vor.

Unter dem Punkt „Aktuelles“ stellen wir aktuelle Themen und Terminankündigungen ein, wie zum Beispiel die Termine der Zahnberatung durch Zahnärzte, die Termine und Namen der Beraterinnen in Bremerhaven und Bremen-Nord oder auch Ankündigungen zu Vorträgen.

Zunehmend veröffentlichen wir unter „Aktuelles“ auch referierte Vorträge.

Unter dem Punkt „Broschüren“ sind unsere Informationen zu besonders häufig von Patienten nachgefragten Themen/Problemen zu finden sowie auch unsere Tätigkeitsberichte ab dem Jahr 2004.

Die am häufigsten auf der Homepage abgefragten Broschüren im Jahr 2007 waren:

Pflegebedürftig	(1941 Seitenaufrufe)
Alles frei	(1766)
Der Heil- und Kostenplan	(1712) erst seit April 07 eingestellt
Gewalt in der Pflege	(1345)
Checkliste Pflegedienst	(1100)

10. Öffentlichkeitsarbeit der UPB

Die Unabhängige Patientenberatung ist im 10. Jahr ihres Bestehens gut und breit im Bremer Gesundheitswesen verankert.

Die Mitarbeiterinnen werden immer wieder eingeladen und gebeten, in Vorträgen zu aktuellen Themen zu informieren und Stellung zu nehmen.

Die Institutionen, die bei uns um Referate nachfragen, reichen von Selbsthilfegruppen über Altenpflegeschulen, der VHS bis hin zur Hochschule Bremerhaven und der Universität Bremen.

Insgesamt haben die Mitarbeiterinnen im Jahr 2007 - wie auch im Vorjahr - 22 Vorträge gehalten. Davon waren allein 10 Vorträge und Fortbildungsveranstaltungen dem Bereich der Pflege zuzuordnen. In diesem Bereich wurden zu Themen wie „Was tun, wenn der Gutachter kommt“, „Pfleger Angehörige“, „Gewalt in der Pflege“ und „Die Pflegeversicherung“ referiert.

In diesem Jahr hat sich die UPB an 4 großen öffentlichen Veranstaltungen mit einem Stand präsentiert:

- im März bei „Bremen alt erleben“ im Rathaus
- im Juni beim „Fachtag Demenz“ auf dem Marktplatz
- im September bei der „Gesundheitswoche Bremerhaven“ in der Hochschule Bremerhaven
- im November beim „Hausärztetag“ im Hotel Atlantic

Durch die Vorträge und Informationsstände wurden insgesamt weit mehr als 750 Personen erreicht.

Auch in der regionalen Presse Bremens, Bremerhavens und des Umlandes fand die Unabhängige Patientenberatung Bremen im Jahr 2007 regelmäßig Erwähnung:

Die Norddeutsche berichtete über die neu eingerichtete „on-demand“- Beratung in Bremen Nord. Im Weser-Kurier wurde das Erscheinen unserer neuen Broschüre „Alles über den Heil- und Kostenplan vom Zahnarzt - HKP“ angekündigt; zu Beginn des Jahres 2007 stand die UPB als Interviewpartner für eine große Reportage zum Thema Pflege – pflegende Angehörige zur Verfügung.

Die Syker Kreiszeitung widmete sich in mehreren Beiträgen der Arbeit der UPB.

Ebenso berichtete das Ärztejournal Bremen in einem Artikel über unsere Arbeit in den letzten Jahren.

Zu einer guten Vernetzung im Bremer Gesundheits- und Pflegewesen trägt auch die Mitarbeit der UPB in regelmäßig arbeitenden Arbeitskreisen und Gremien bei. Hauptziel ist dabei die Vertretung der Sicht der Patienten in den einzelnen Problemfeldern. In folgenden Arbeitskreisen sind die Mitarbeiterinnen der UPB aktiv tätig:

- IGMR (Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen)
- Forum Frauengesundheit bei der ZGF (Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau)
- Forum Gewalt in der Pflege
- Arbeitsgruppe Sozial-Medizinische Ambulanz

Regelmäßig erreichen die UPB Anfragen von Presse, Hörfunk und Fernsehen. Die UPB ist für diese Medien eine Quelle für allgemeine und spezielle Fragen des Gesundheits- und Pflegewesens geworden und wird in diesem Zusammenhang häufig in Artikeln und Beiträgen erwähnt.

Öffnungszeiten und Mitarbeiterinnen der
Unabhängigen Patientenberatung Bremen

Patientenberaterinnen

Frau Anette Drewes-Kirchhoff
Frau Elisabeth Goetz
Frau Adele Ihnen
Frau Heike Ohlrogge

Mitarbeiterin im Sekretariat

Frau Frauke Schäfer

Studentische Hilfskraft

Frau Ina Raschke

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
kontakt@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