

**Unabhängige
Patientenberatung
Bremen**



Tätigkeitsbericht

2008

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Tätigkeitsbericht 2008

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Die Unabhängige Patientenberatung Bremen	2
2. Die UPB im Jahr 2008	3
3. Allgemeine Beratungstätigkeit	6
3.1. Budgetierung/Schwerpunkt Heilmittel	6
3.2. Krankenversicherung für alle ...Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung	7
3.3. Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Zusammenhang mit der Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit	8
3.4. Patientenverfügung	9
3.5. Medizinische Versorgungslücken	10
4. Bremerhaven	12
5. Bremen Nord	13
6. Psychotherapie	14
7. Zahnberatung	15
7.1. Zahnärztliche Fachberatung in den Räumen der UPB	15
7.2. Zahnberatung durch die Mitarbeiterinnen der UPB	15
8. Pflege	18
8.1. Aus dem Beratungsjahr	18
8.2. Informationsbedarf	18
8.3. Probleme mit Pflegedienstleistern	18
8.4. Pflegegutachten/MDK	19
8.5. Konflikte im familialen Hilfesystem	20
8.6. Ausblick	20
9. Öffentlichkeitsarbeit	20
10. Resümee	22

1. Die Unabhängige Patientenberatung Bremen

Das Jahr 2008 ist für die Unabhängige Patientenberatung Bremen ein ganz besonderes Jahr: 10 Jahre zuvor hat die Beratungsstelle ihre Arbeit aufgenommen.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen, die Krankenkassen im Lande Bremen, die Ärztekammer Bremen und die Krankenhausgesellschaft Bremen gründen 1997 als Träger den Verein „Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e.V.“; wenig später kommen der Magistrat Bremerhaven, die Zahnärztekammer Bremen und die Psychotherapeutenkammer Bremen dazu – ein bundesweit in dieser vielfältigen Trägerschaft bis heute einmaliges Projekt. Über die Grenzen durchaus nicht immer einheitlicher Interessen der einzelnen Träger hinaus besteht Einigkeit, dass Patientenberatung eine wichtige Aufgabe im Gesundheitssystem ist, dass die Zusammenarbeit mit gut informierten, aufgeklärten und selbstbewussten Patienten, die Entscheidungen im Sinne des Shared decision making mitgestalten und mittragen, nicht nur zu einer besseren Qualität der Behandlung beiträgt, sondern auch Anstöße und Hinweise zur Verbesserung des Systems gibt. Die Finanzierung der Arbeit der Beratungsstelle erfolgt auf der Grundlage einer gemeinsamen Finanzierungsvereinbarung von allen Partnern des Trägervereins.

Mitglieder des Vorstandes 2008 sind:

Vorsitzender: Herr Dr. med. Klaus-Dieter Wurche; Ärztekammer Bremen

Stellvertreter: Herr Walter Eggers; Krankenhausgesellschaft Bremen
Herr Michael Lempe; hkk Bremen

Beisitzer: Frau Antje Kehrbach; Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Herr Norbert Kaufhold; AOK Bremen/Bremerhaven

Geschäftsführung: Frau Dr. Heike Delbanco

Am 1. Januar 1998 hat die Beratungsstelle unter der Leitung von Herrn Jürgen Moroff (bis Ende 2005) ihre Arbeit aufgenommen.

Patienten wollen sich nicht nur beschweren, sondern vor allen Dingen mit sich selbst und einem Problem innerhalb des Gesundheitswesens weiter kommen und Klarheit schaffen. Die Vorstellung ist nicht, den Ratsuchenden eine fertige Lösung zu präsentieren. Die Idee war und ist, durch Klärung der Sachlage, Informationen und Hinweise dazu beizutragen, dass die Patientinnen und Patienten selbst- und eigenständig an der Lösung ihres Problems weiterarbeiten können.

Die Aufgabe der UPB ist die Beratung, Information und Unterstützung von Patientinnen, Patienten und anderen Beteiligten des Gesundheitswesens. Diese Aufgaben beinhalten auch die Recherche von Basis- und weiterführenden Informationen im Einzelfall sowie die Begleitung in Konfliktgesprächen.

Durch Vorträge und Broschüren zu aktuellen Themen erreicht die UPB über den Einzelfall hinaus die interessierte Öffentlichkeit. Auffallende allgemeine Probleme werden unter absoluter Wahrung der Vertraulichkeit in die Institutionen zurück gespiegelt, so dass dort die Möglichkeit besteht, Ursachen festzustellen und Abläufe zu verbessern im Interesse der Patienten und der Behandlung.

Die UPB ist an 27 Stunden in der Woche direkt erreichbar. Außerhalb der Öffnungszeiten werden die Anfragen per Anrufbeantworter, Fax oder Email entgegen genommen und direkt am nächsten Arbeitstag beantwortet. 80% der Beratungen erfolgen telefonisch oder schriftlich; 20% der Patienten suchen um eine persönliche Beratung nach. Die Beratung ist für die Ratsuchenden kostenlos.



Die Mitarbeiterinnen der UPB

Bis Ende 2008 sind fünf Teilzeitkräfte auf insgesamt 2,9 Vollzeitstellen in der Beratung tätig. Durch den Wegfall der Pflegeberatung Ende 2008 reduziert sich die Arbeitszeit auf 2,4 Vollzeitstellen. Das Team besteht zurzeit aus einer Juristin, einer Medizinerin, einer Sozialpädagogin und einer Krankenschwester/ med. Dokumentationsassistentin. Die unterschiedlichen Professionen und langjährigen beruflichen Vorerfahrungen der Beraterinnen und deren Austausch untereinander gewährleisten eine qualitativ hochwertige Arbeit. Die UPB ist an zahlreichen Arbeitsgruppen und

Gremien des Gesundheitssystems im Lande Bremen aktiv beteiligt. Neben der inhaltlichen Mitarbeit kann die UPB so zusätzlich die ihr gestellte Aufgabe erfüllen, die Institutionen des Bremer Gesundheitssystems über wahrgenommene Probleme zu informieren. Dazu dienen auch die jährlich erscheinenden Jahresberichte.

Das Land Bremen ist an der Weser entlang gestreckt; so sind oft erhebliche Wege innerhalb der Stadt zurück zu legen. Die UPB kann ihre Beratung an 3 verschiedenen Stadtorten – Bremen-Mitte, Bremen-Nord und Bremerhaven - anbieten und sichert so eine wohnortnahe Erreichbarkeit für viele Menschen.

In den vergangenen 10 Jahren werden insgesamt etwa 40.800 Beratungen durchgeführt. Grund genug, inne zu halten und über das bisher Erreichte nach zudenken. Aber auch ein Grund zum Feiern.

Am 16. April 2008 feierte die Unabhängige Patientenberatung Bremen mit Patientinnen und Patienten und geladenen Gästen.



Frau Ihnen, Herr Moroff, Frau Drewes-Kirchhoff, Frau Goetz

Der Vormittag war den Patienten gewidmet: Wir hielten in unseren Räumen vier Vorträge zu den Themen Patientenverfügung, Heil- und Kostenplan des Zahnarztes, Pflegebedürftigkeit und Patientenrechte. Die zahlreich erschienenen Patienten hatten neben den Vorträgen die Möglichkeit, sich bei „Sekt und Selters“ über unsere Arbeit zu informieren.

Am Nachmittag waren die Akteure des Bremer Gesundheitswesens eingeladen, unter dem Thema „10 Jahre Unabhängige Patientenberatung Bremen: Rückblick, Einblick, Ausblick – Durchblick?“ mit uns im Gästehaus der Universität zu feiern.

Nach einführenden Worten unseres Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Wurche und einem Glückwunsch und Grußwort von Frau Senatorin Rosenkötter gestattete uns unser langjähriger Leiter, Herr Jürgen Moroff, mit ihm einen Rückblick auf die ersten 8 Jahre Arbeit in der UPB zu werfen. Die Mitarbeiterinnen der UPB nahmen anschließend das Publikum mit in die alltägliche Arbeit der Beratung und Frau Prof. Marie-Luise Dierks von der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover stellte als Gastrednerin einen Ausblick in die Zukunft der Patientenberatung vor.

Allen Mitwirkenden sei an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich gedankt für das gute Gelingen dieses für die UPB so besonderen Tages.



Festvortrag von Frau Prof. Dierks

2. Die UPB im Jahr 2008

Die nachfolgenden Berichte spiegeln die Erfahrungen der Beraterinnen aus dem Jahr 2008 wider. Sie sind ein Resümee der in der Beratung wahrgenommenen Probleme. Die Wahrnehmungen der Mitarbeiterinnen der UPB sind nicht stets repräsentativ für das Geschehen im Bremer und/oder im bundesweiten Gesundheitssystem. Die UPB ist aber immer ein Anlaufpunkt, an dem sich manches – nicht jedes - neu auftretende Problem des Systems kristallisiert.

Zunächst die der Datenbank entnommenen Zahlen im Verhältnis zu den Vorjahresdaten:

Tabelle 1: Herkunft der Ratsuchenden im Jahr 2008

Person	HB	HB umzu	Brhv	Brhv umzu	Unbekannt	weiter weg	Summe
Institution	66	3	9	1	4	11	94
männlich	646	100	101	46	196	89	1178
weiblich	1504	191	156	85	299	142	2377
ohne Angabe	8	2	1	1	8	0	20
prof. Helfer	41	3	4	1	6	5	60
Summe	2265	299	271	134	513	247	3729

Im Jahr 2008 haben die Mitarbeiterinnen der UPB insgesamt 3729 Personen in insgesamt 5871 Einzelgesprächen beraten. Wie auch in den vergangenen Jahren sind 2/3 der Ratsuchenden weiblich.

Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass 77% der Beratungen telefonisch erfolgten; 18 % der Gespräche wurde mit den Ratsuchenden in einem persönlichen Termin geführt.

Tabelle 2: Daten über die Art und Weise der Beratung 2008

Beratungsart	HB	HB umzu	Brhv.	Brhv. umzu	weiter weg	unbekannt	Summe
telefonisch	2885	359	362	167	287	472	4532
persönlich	723	53	108	37	13	110	1044
schriftlich	164	7	12	6	31	45	265
außer Haus	25	-	3	-	2	-	30
Summe	3797	419	485	210	333	627	5871

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

Beratungsart	2008	2007	2006	2005	2004	2003
telefonisch	4532	4918	4431	3951	4469	3685
persönlich	1044	1085	860	770	807	488
schriftlich	265	262	203	223	131	251
außer Haus	30	58	58	22	14	12
Summe	5871	6323	5552	4966	5521	4436

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

Person	2008	2007	2006	2005	2004	2003
weiblich	2377	2667	2604	2672	2779	2214
männlich	1178	1273	1243	1284	1329	1018
Institution	94	101	120	106	165	140
prof. Helfer	60	69	79	60	69	104
ohne Angaben	20	31	34	121	115	12
Summe	3729	4141	4080	4243	4457	3488

Es ist festzustellen, dass die Verteilungsmuster der Art der Beratungen und der Anzahl der Personen im Verlauf der Jahre in ihren Relationen konstant geblieben sind.

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

Leistungen der UPB	2008	2007	2006
Information	3726	3788	3827
Klärung	1418	1361	535
Recherche	880	653	509
Terminvergabe	849	940	727
Kenntnisnahme	666	735	525
Zusendung	577	611	568
Unterstützung bei Durchsetzung	283	208	128
Verweis	165	173	190
Psychosoziale Beratung	84	110	105
Konfliktschlicht. Tätigkeit	15	40	22

Wie in den Vorjahren liegt der Schwerpunkt der Arbeit in Information und Klärung von Sachlagen für die Ratsuchenden. Bemerkenswert ist die Zunahme der Recherche; das mag ein Hinweis darauf sein, dass die Anfragen komplexer und komplizierter werden, so dass die Beraterinnen häufiger zunächst recherchieren müssen und nicht immer aus dem Stehgreif die Antwort liefern können.

Tabelle 6: Themen der Allgemeinen Beratung 2008 (ohne Anfragen im Zusammenhang mit Pflege und Zahnberatung)

Probleme	2008	2007	2006
gesetzliche Vorgaben	634	612	606
Fragen nach Fachausrichtung, Schwerpunkt oder Arzt	529	526	559
Sonstiges Allgemein	440	288	28
Haftpflichtprobleme	368	292	334
Umgang mit Pat. in der Praxis (amb.)	366	426	307
Fragen zur Verordnungsfähigkeit best. Verfahren	330	269	347
gesetzliche Betreuung	223	239	203
Fragen nach diagnostischen/ therapeutischen Verfahren	198	221	281
Fragen nach einem Krhs. bzw. -abteilung oder anderer Institution	196	251	206
Fragen nach Krankheiten	168	221	130
kein Rufkontakt mögl.	164	169	148
Recht auf eigene Unterlagen	154	128	147
psych./psychosomatische Störungen	143	221	185
Gebührenordnungsfragen	142	157	212
Broschüren	117	186	119
Umgang mit Pat. im Krhs.(stat.)	112	129	93
Fragen zur UPB	95	160	196
Zuzahlungen und Befreiungen	71	73	124
Psychiatrie	71	67	36
Umgang mit Pat. in einer Institution	69	95	96
Fragen nach Medikamenten	68	91	96
Lebensberatung	53	83	91
Anfragen aus dem öffentlichen Raum	42	51	52
Organisationsprobleme in der Arztpraxis	21	9	15
Schweigepflicht	19	26	25
Organisationsprobleme im Krhs.(stat.)	18	11	17
Kontakte ins Gesundheitssystem	12	20	28
Ärztlicher Notfalldienst	12	6	10
Arztkontakte/ Reaktionen auf Nachfragen der UPB	11	17	13

3. Allgemeine Beratungstätigkeit

3.1. Budgetierung/Schwerpunkt Heilmittel

Kurz gefasst:

Ärzte unterliegen in den Verordnungen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln so genannten Richtgrößenvereinbarungen. Zunehmend erleben Patientinnen und Patienten, dass ihnen die Verordnung dieser budgetierten Therapeutika wegen Budgetüberschreitungen verweigert werden. Im Jahr 2008 rückt speziell die Verordnung von Lymphdrainagen in den Mittelpunkt.

Auch im Jahr 2008 ist die Situation für die niedergelassenen Ärzte im Bereich der Arznei- und Verbandmittel- sowie Heilmittelversorgung ihrer Patienten unverändert.

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen Richtgrößenvereinbarungen zu schließen haben. In diesen Vereinbarungen wird geregelt, für wie viel Euro ein Arzt einer bestimmten Fachgruppe im Quartal durchschnittlich je Patient, getrennt nach Rentnern einerseits und anderen Patienten andererseits, Arznei- und Verbandmittel bzw. Heilmittel verordnen darf.

So durften z.B. hausärztliche Internisten für Rentner Arznei- und Verbandmittel im Wert von 132,92 € je Quartal und Person verordnen, für andere Versicherte € 60,57, Orthopäden hingegen € 16,39 bzw. € 7,25. Für die Verordnung von Heilmitteln stand hausärztlichen Internisten in Bremen 2008 ein Budget von € 12,41 für Rentner und von € 5,49 für sonstige Patienten je Quartal zur Verfügung, bei den Orthopäden waren es € 35,05, bzw. 26,71 (Quelle: www.kvhb.de/recht/kvhb.php).

Verordnen Ärzte dauerhaft und erheblich in größerem Wert, wird überprüft, ob dies gerechtfertigt war. Schlimmstenfalls müssen Ärzte für entsprechende Überschreitungen selbst aufkommen.

Auch die für die Patienten daraus resultierende Problematik ist im Jahr 2008 unverändert.

In vielen Fällen, wobei wir besonders viele Rückmeldungen von Patientinnen erhielten, die nach einer Krebs-Operation oder aus anderen Gründen unter Lymphödemen litten und daher Lymphdrainagen brauchten, wurde Patienten von ihren Ärzten mitgeteilt: Ich verordne dieses Medikament oder jenes Heilmittel nicht mehr, weil mein Budget überschritten ist.

Unverändert auch die Auskünfte der Krankenkassen, wenn die Versicherten sich daraufhin an diese wandten: wenn der Arzt das Medikament/das Heilmittel für medizinisch notwendig hält, kann er es verordnen und es wird von den Kassen bezahlt.

Im Gesetz ist tatsächlich verankert, dass die gesetzlich krankenversicherten Patienten einen Anspruch auf bestimmte Leistungen haben, wozu im Falle einer Erkrankung auch die ärztliche Behandlung und damit einhergehend die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln gehört. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Nicht notwendige und unwirtschaftliche Leistungen dürfen Ärzte als Leistungserbringer nicht verordnen. Im Umkehrschluss folgt daraus eben auch: wenn die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln bzw. Heilmitteln medizinisch notwendig ist, muss der Arzt sie auch ausstellen. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit findet dann z.B. bei der Auswahl des zu verordnenden Medikamentes Berücksichtigung.

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass es unter Umständen für Ärzte schwer ist, die Richtgrößen tatsächlich einzuhalten. Dennoch bleibt festzuhalten: sofern der Grund für die Verweigerung einer Arznei- oder Heilmittelverordnung durch einen Arzt tatsächlich die Überschreitung des Budgets ist, werden die Widersprüchlichkeiten im System auf dem Rücken der Patienten ausgetragen.

Dies ist jedoch unter vielerlei Gesichtspunkten absolut nicht akzeptabel, die hier nicht weiter ausgeführt werden müssen, da sie für alle Beteiligten offensichtlich sind.

Solange nicht eine grundsätzliche Veränderung der gesetzlichen Situation eintritt, bleiben mehrere Dinge wünschenswert:

Ärzte, die eine Budgetüberschreitung und die daraus resultierenden Folgen für sich fürchten, sollten dies offen gegenüber ihren Patienten kommunizieren und die Problematik nicht verschleiern (z.B. „ich darf das nicht verordnen“). Die meisten Patienten begrüßen es, wenn offen und ehrlich mit ihnen gesprochen wird, statt dass verschleiernde Formulierungen gewählt werden. Viele empfinden durchaus Verständnis für die Situation der Ärzte. Eine offene Kommunikation der Problematik kann dazu beitragen, dass das Problem in noch größerem Ausmaß an die Öffentlichkeit getragen und damit Druck zu einer Lösung der Problematik aufgebaut wird.

Ärzte sollten ihren Patienten deutlich mitteilen, wenn sie eine gewünschte Verordnung verweigern, weil sie sie für medizinisch nicht notwendig halten. Zur Verantwortung, die ein Arzt im Rahmen einer

Behandlung übernimmt, gehört auch, dass er deutlich macht, dass und aus welchen Gründen er weitere oder bestimmte Maßnahmen nicht für medizinisch notwendig hält. Krankenkassen sollten ihren Versicherten entsprechende Unterstützung bieten, wenn diese sich an ihre Krankenkassen wenden und nachweisen können, dass ihnen eine medizinisch notwendige Behandlung aus Budgetgründen verweigert wird. Die lapidare, oben bereits wiedergegebene Mitteilung der Krankenkassen auf entsprechende Beschwerden ihrer Versicherten – „wenn es verordnet wird, bezahlen wir es auch“ - lässt die Versicherten mit dem Problem allein. In den meisten Fällen müssen die Patienten dann entscheiden, ob sie das Medikament/das Heilmittel privat bezahlen (können?), ob sie – etwa nach Ablehnung einer Kostenübernahme für ein Privatrezept durch die Kasse – die weitere juristische Klärung suchen, oder ganz oder zeitweise ohne Behandlung bleiben. Patienten sollten sich in jedem Fall mit entsprechenden Erlebnissen an die Unabhängige Patientenberatung Bremen wenden, aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern, ihre Krankenkassen, und die Bundesbeauftragte für die Belange der Patientinnen und Patienten informieren, in der Hoffnung, dass dies sowohl im System selbst als auch in der Öffentlichkeit den entsprechenden Druck zu einer Regelung dieser Problematik aufbaut. Die UPB ist gern bereit, Unterstützung zu bieten.

3.2. Krankenversicherung für alle ...Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Kurz gefasst:

Alle Einwohner der Bundesrepublik sollen einen Versicherungsschutz im Krankheitsfall haben. Zum 1. April 07 wurde die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, zum 1. Januar 09 folgt die Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Die Einführung der Versicherungspflicht in der GKV führte im vergangenen Jahr bereits zu einigen Problemen – im Jahr 2008 fokussieren sich die Probleme hier auf zum Teil erhebliche Beitragsrückforderungen und deren Auswirkungen.

Wie bereits im Jahr 2007 haben uns erstaunlich viele Menschen, die bisher ohne Krankenversicherung gelebt hatten und seit 01. 04. 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, um Rat und Information gebeten.

Im Jahr 2008 kamen im Zusammenhang mit dieser Auffang-Versicherungspflicht immer wieder Fragen zu den Beitragsnachforderungen bei verspäteter Meldung sowie zum Ruhen der Ansprüche auf Leistungen bei Beitragsrückständen auf.

Angesichts der vielen Fälle, in denen die Betroffenen tatsächlich nicht wussten, dass seit 01. 04 .2007 eine allgemeine Versicherungspflicht besteht und damit Beiträge nicht nur für die Zukunft gezahlt, sondern im Einzelfall auch für die Vergangenheit nachentrichtet werden müssen, scheinen die derzeitigen Regelungen zum Ruhen der Ansprüche aus dem SGB V bzw. zur Stundung/zum Erlass von Nachforderungen nicht angemessen.

Zur Höhe der Nachforderung ist fraglich, warum Menschen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtmitglieder werden, bis zum Eintritt der Verjährung der Nachforderungen die nachgeforderten Beiträge in voller Höhe zu entrichten haben, während in der privaten Pflichtversicherung, die zum 01. 01. 2009 eingeführt wurde, die Beitragsnachforderung ab dem 6. Monat auf ein Sechstel der Höhe reduziert wird und damit unterhalb des Mindestbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt.

Die Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung ruhen, sobald ein Versicherter mit Beitragsanteilen für 2 Monate in Rückstand ist und auf eine Mahnung hin nicht gezahlt hat. Dieses Ruhen dauert solange an, bis sämtliche Rückstände sowie die Beiträge, die auch während der Ruhensphase anfallen, gezahlt worden sind. Viele Menschen erleben so, dass sie nun auf der einen Seite mit hohen Schulden belastet sind, auf der anderen Seite jedoch nur sehr eingeschränkt Leistungen für diese Zeit erhalten – nämlich lediglich bei akuten Erkrankungen und Schmerzen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Nicht alle Betroffenen erfüllen die Voraussetzungen einer Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII, die jeweils dazu führt, dass die Leistungen sofort wieder aufgenommen werden. In einzelnen Fällen kommt das Problem hinzu, dass während eines Insolvenzverfahrens selbst eine freiwillige Ratenzahlung kaum möglich ist.

Im Jahr 2008 war nicht geklärt, ob im Falle des Ruhens von Leistungen wegen Beitragsrückständen die Leistungen für familienversicherte Angehörige ebenfalls ruhen – in vielen Fällen hätte dies die familienversicherten Kinder betroffen.

Nachdem das Bundesgesundheitsministerium zunächst die Ansicht vertreten hatte, dass auch die familienversicherten Angehörigen vom Ruhen betroffen seien, hat sich das Bundesgesundheitsministerium im Anschluss an einen Beschluss des Sozialgerichts Koblenz in einem einstweiligen Verfahren nunmehr der Ansicht angeschlossen, dass die familienversicherten Angehörigen nicht vom Ruhen der Leistungen betroffen sind.

Nicht unproblematisch ist auch die Praxis der Krankenkassen, ihre Versicherten bei Eintritt des Ruhens der Leistungen aufzufordern, ihre Krankenversicherungskarte zurückzugeben. Die Betroffenen sollen statt dessen in den Fällen, in denen trotz Ruhens der Leistungen ausnahmsweise Ansprüche bestehen, bei akuten Erkrankungen und Schmerzen sowie Schwangerschaft und Mutterschaft, sich jeweils an ihre Krankenkasse mit der Bitte um Ausfertigung eines entsprechenden Bescheinigung zu wenden, die dann dem jeweiligen Arzt vorgelegt werden und ihm anzeigen soll, dass ein Anspruch auf Behandlung besteht.

3.3. Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Zusammenhang mit der Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit

Kurz gefasst:

Arbeitsunfähige Versicherte, die Krankengeld beziehen, müssen sich einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterziehen, wenn die Krankenkasse sie dazu auffordert, weil sie Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit hat oder um ggf. Rehabilitationsmaßnahmen auch bei anderen Trägern einzuleiten. Nicht immer erfolgen diese Begutachtungen in einem der Situation wirklich angemessenen zeitlichen und menschlichen Rahmen. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten ergibt sich daraus eine Reihe von Fragen und Problemen.

Im Jahresbericht 2007 haben wir darauf hingewiesen, dass sich arbeitsunfähige Versicherte als Folge eines ausgeprägten „Krankengeld-Managements“ der Krankenkassen zunehmend unter Druck gesetzt sehen, ihre Arbeitsunfähigkeit entweder selbst zu rechtfertigen – obwohl durch einen Arzt festgestellt – oder möglichst alsbald zu beenden.

Im Jahr 2008 erhielten wir vermehrt Anfragen arbeitsunfähiger Versicherter, denen nach einer Begutachtung durch den MDK mitgeteilt wurde, sie seien ab sofort wieder arbeitsfähig oder denen eine nur noch relativ kurze Zeit des Weiterbestehens der Arbeitsunfähigkeit „zugebilligt“ wurde, häufig kürzer, als ihr behandelnder Arzt zuvor bescheinigt hatte.

In vielen Fällen klagten die betroffenen Patienten darüber, dass die Untersuchungen, die durch die Ärzte des MDK vorgenommen worden waren, nur kurz und/oder oberflächlich gewesen seien.

Oftmals wurde auch berichtet: „Ich bin schriftlich aufgefordert worden, den MDK aufzusuchen. Ich sollte Behandlungsunterlagen und Röntgenbilder wenn möglich mitbringen. Hab ich gemacht – der begutachtende Arzt hat aber nicht einmal einen Blick darauf geworfen“.

Angesichts vieler übereinstimmender Schilderungen unterschiedlichster Patienten, die Untersuchung hätte einschließlich Befragung und Gespräch nur 10 Minuten gedauert, ist die Frage erlaubt, ob es in der Kürze dieser Zeit realistisch möglich ist, sich ein gutachterliches, unabhängiges Bild zur Frage des Bestehens von Arbeitsfähigkeit oder –unfähigkeit zu machen - insbesondere bei Menschen mit umfangreichen und komplexen, manchmal auch noch nicht ursächlich geklärten Beschwerdebildern.

Für die betroffenen Menschen ergeben sich dann in der Folge viele Fragen.

Sie haben den Eindruck, dass sie als Simulanten hingestellt werden.

Es stellt sich die Frage, ob ihr behandelnder Arzt die Situation vielleicht wirklich falsch eingeschätzt hat oder vielleicht „gar keine Ahnung hat, denn diese Ärzte wussten ja anscheinend schon nach 10 Minuten, was mit mir los ist!“

Sie erleben, dass manche behandelnden Ärzte auf einmal aufgeben und mitteilen: „da kann ich auch nichts machen“, womit sich die Patienten jeder weiteren Unterstützung beraubt sehen.

Sie fühlen sich ungerecht behandelt – „wie kann jemand nach 5 – 10 Minuten beurteilen, ob ich arbeitsfähig oder nicht bin?“.

Sie sehen sich vor die Frage gestellt: „Wenn ich jetzt wieder arbeiten gehen muss, und es geht nicht: darf mein Arzt mich dann überhaupt wieder arbeitsunfähig schreiben oder muss ich mich tatsächlich dann irgendwie zur Arbeit quälen?“

Die behandelnden Ärzte haben entsprechend den Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die

Möglichkeit, ein Zweitgutachten zu beantragen, sofern sie anderer Meinung als der MDK sind. Dies setzt voraus, dass die Ärzte unverzüglich schriftlich ihre abweichende Einschätzung zum Bestehen der Arbeitsunfähigkeit dem MDK begründen. Angesichts der Belastung der niedergelassenen Ärzte mit Verwaltungsaufwand aller Art, wird von dieser Möglichkeit häufig genug kein Gebrauch gemacht.

Die betroffenen Patienten können zwar selbst Widerspruch gegen eine solche Entscheidung einlegen/einen Anspruch auf Weiterzahlung von Krankengeld geltend machen. Für sie besteht aber im Einzelfall evtl. das Problem, dass sie bis zur Entscheidung ohne Krankengeldbezug sind. Diese Situation finanziell durchzustehen, ist ausschließlich denjenigen Patienten möglich, die diesen Einkommensausfall anderweitig auffangen können.

Natürlich können die behandelnden Ärzte, wenn die Arbeit aufgenommen wird und sich herausstellt, dass sie wegen der Erkrankung nicht geleistet werden kann, erneut Arbeitsunfähigkeit bescheinigen – aber nicht alle Patienten erhalten diese Informationen.

Es bleibt daher zu fordern, dass die begutachtenden Ärzte beim MDK mit den Menschen, die sich dort zur Begutachtung vorstellen müssen, der Situation angemessener umgehen – schließlich hat ihre Entscheidung für die Betroffenen evtl. einschneidende Auswirkungen, so notwendig und berechtigt es generell auch ist, Fragen zum tatsächlichen Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit abzuklären.

Dazu gehört auch, dass die Betroffenen Gelegenheit bekommen, ihre Beschwerden, ihren Erkrankungsverlauf und die Behandlung zu schildern, ebenso wie die Tätigkeiten, die sie an ihrer Arbeitsstelle tatsächlich ausführen müssen – arbeitsunfähig ist man schließlich nicht automatisch, weil man an einer Erkrankung leidet, sondern weil die Erkrankung es unmöglich macht, die Arbeit ganz oder teilweise auszuüben. Weiter gehört dazu, dass Unterlagen, die mitgebracht werden sollen, tatsächlich angesehen und berücksichtigt werden.

3.4. Patientenverfügung

Kurz gefasst:

Durch sehr persönliche Eindrücke vom Umgang mit Sterben, Pflegebedürftigkeit, Behinderung und Tod in ihrem familiären oder nachbarschaftlichen Umfeld geprägt, wollen Menschen Vorsorge treffen für mögliche vergleichbare Situationen, in die sie selber geraten könnten. Sie möchten ihren Willen dazu schriftlich festhalten. Der Bundestag will im Jahr 2008 über entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen für diese Patientenverfügungen entscheiden – und hat am 16. Juni 2009 entschieden.

Ein über die Jahre beständig stark nachgefragtes Thema ist die Patientenverfügung. Die Menschen kommen inzwischen nicht mehr zu uns mit dem unspezifischen Wunsch, „ich möchte nicht an irgendwelchen Schläuchen hängend sterben“, sondern in der Regel mit einem sehr konkreten Erfahrungshintergrund, mit einem Erleben des medizinisch – pflegerischen Umgangs mit Menschen aus ihrem eigenen Bekannten- und Verwandtenkreis in Situationen, in denen diese nicht mehr selbst bestimmen konnten. Fast jeder hat das Bild eines Schwagers/ Freundes oder der Mutter vor dem inneren Auge bei den Fragen nach Erstellung einer Patientenverfügung. Es zeigt sich hier ein deutlicher Wandel von der allgemeinen, unspezifischen Idee, eine Patientenverfügung - wie etwa ein Testament - als eine vermeintliche Notwendigkeit erstellen zu müssen, hin zu ganz konkreten Vorstellungen wie es in jedem Fall nicht sein soll, wenn sie selbst in eine entsprechende Situation geraten.

Auch auf bundespolitischer Ebene wird das Thema Patientenverfügung (im Folgenden: PV) diskutiert. Im Bundestag hat es erste Aussprachen zu diesem Thema gegeben; inzwischen liegen drei verschiedene Gesetzesentwürfe vor; die Diskussion wird fraktionsübergreifend geführt, kein Abgeordneter ist also an eine „Parteilinie“ gebunden.

Schauen wir uns die 3 Entwürfe hinsichtlich einzelner, besonders bedeutsamer Punkte an:

1.) Entwurf von Herrn Stünker, unterstützt von über 200 Abgeordneten:

- Voraussetzung zur Gültigkeit ist die schriftliche Form der PV;

- der in der PV festgelegte Wille des Patienten ist zu beachten, unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung;

- schwerwiegende Entscheidungen eines Betreuers/Bevollmächtigten bedürfen *im Zweifel über den Patientenwillen* der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

2.) Entwurf von Herrn Bosbach, unterstützt von über 100 Abgeordneten:

- Voraussetzung für die Gültigkeit der PV mit Maßgaben zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ist eine ärztliche Beratung, die dokumentiert und notariell beglaubigt sein muss und nicht älter als 5 Jahre sein darf oder durch eine neue ärztliche Beratung bestätigt werden muss;

- eine PV ohne vorausgegangene und notariell beglaubigte ärztliche Beratung ist für den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme nur verbindlich bei einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit oder bei einer Situation, in der der Patient mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Bewusstsein nicht wieder erlangen wird (sogenannte Reichweitenbegrenzung);

- ohne PV kann eine lebenserhaltende Maßnahme nur beendet werden, wenn eine unheilbare, tödlich verlaufende Erkrankung vorliegt und es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht;

- bei Dissens über die jeweilige Situation entscheidet das Vormundschaftsgericht

3.) Entwurf von Herrn Zöllner, unterstützt von 33 Abgeordneten:

- eine PV soll schriftlich erfolgen, kann aber auch auf Äußerungen der betroffenen Person zurückgehen;

- der Arzt prüft, welche Behandlung medizinisch indiziert ist und erörtert dies in Hinblick auf den verbindlichen Willen des Patienten mit dem Betreuer. In Zweifelsfällen sollen Arzt und Betreuer weitere Personen aus dem Umfeld des Patienten zur Ermittlung des Patientenwillens hinzuziehen;

- bei weiterer Uneinigkeit entscheidet das Vormundschaftsgericht.

Unsere auf den Erfahrungen des Beratungsalltags in der UPB zum Thema PV beruhenden Anmerkungen hierzu – unabhängig davon, wie der Bundestag entscheiden wird.

Viele Menschen wünschen sich zur Erstellung einer PV ein einfaches Formular, in dem nur an der richtigen Stelle entsprechende Kreuzchen gemacht werden müssen. Die PV setzt jedoch eine Auseinandersetzung mit den individuellen Vorstellungen zu den Themen langfristige Pflegebedürftigkeit, Art und Weise des Sterbens, Umgang mit möglicher eigener Behinderung und Einschränkung und dem Thema Tod voraus.

Sicher ist eine Beratung an dieser Stelle wünschenswert und hilfreich; sie darf jedoch nicht zur ausschließenden Voraussetzung gemacht werden, da in Zeiten steigender Pflegebedürftigkeit viele Menschen diese Auseinandersetzung in ihrem Alltag längst geführt haben und führen mussten.

Zudem sollten den Patienten zusätzliche Wege und Kosten wie sie für eine notarielle Beglaubigung notwendig sind, erspart werden; viele Menschen würden durch zusätzliche Kosten von der Erstellung einer PV abgehalten, da sie die zusätzlichen Kosten nicht aufbringen können oder wollen.

Von Ärzten und Pflegekräften, die sich häufig bei ihren Entscheidungen für oder gegen eine Therapie mit Patientenverfügungen auseinander setzen müssen (z. B. Intensivmedizinern), hören wir, dass es für die Interpretation sehr hilfreich ist, wenn der Betreffende sein persönliches, religiöses, ethisches, moralisches Wertebild mit aufgeschrieben hat oder in der PV geschildert hat, was ihn bewogen hat, eine PV zu erstellen.

(Manchmal überholen auch uns die aktuellen Ereignisse: Am 18. Juni 2009 hat der Bundestag mit großer Mehrheit den Entwurf von Herrn Stünker verabschiedet)

Oft ergibt sich in den Gesprächen zum Thema PV Unkenntnis über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht; selten ist bekannt, was eine solche Vollmacht regelt. Allzu häufig wissen Ratsuchende nicht, dass Angehörige nicht automatisch füreinander entscheidungsberechtigt sind (Ehepartner für einander; Eltern für volljährige Kinder; Kinder für Eltern; Geschwister füreinander), sondern dass es dazu einer schriftlichen Vollmacht oder der Einsetzung als Betreuer bedarf. Dieser Umstand sollte sehr viel deutlicher als bisher in die Diskussion um das Thema PV mit aufgenommen werden.

3.5. Medizinische Versorgungslücken

Kurz gefasst:

Wir leben und bewegen uns in dem eng gestrickten Netz eines hoch ausgebildeten und in der Regel sehr gut funktionierenden Gesundheitssystems. Die Medizin eröffnet durch Neu- und Weiterentwicklungen immer mehr Möglichkeiten, kranken Menschen länger und differenzierter zu helfen. Auch von Geburt an schwerkranke und behinderte Menschen haben heute eine längere Lebenserwartung als noch vor einigen Jahren. Dadurch ergeben sich manchmal neue Probleme, die – bislang unerkannt - erst einmal als solche überhaupt bemerkt werden müssen, damit dann Lösungen gesucht werden können.

Wir möchten an dieser Stelle über Versorgungslücken berichten, die zunehmend in den Beratungen benannt werden.

1.) allgemeine medizinische Versorgung bei Menschen mit geistiger und/oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung:

Geistig beeinträchtigte Menschen benötigen in der Regel mehr Zeit, die Frage eines Arztes oder eines Therapeuten zu erfassen und zu beantworten; häufig kommen Sprech- und Sprachprobleme dazu.

Ebenso benötigen sie mehr Zeit, zu begreifen, dass eine bestimmte Untersuchung notwendig vorgenommen werden muss; oft können sie nicht wirklich erfassen, worin diese Untersuchung besteht. Die nächste Hürde ist, die Notwendigkeit einer Therapie nachzuvollziehen. Selbst wenn sie in Begleitung einer Betreuerin/ eines Freundes zum Arzt kommen, wollen und müssen sie in die therapeutische Situation mit einbezogen werden. Das kostet Zeit. Zeit, in der der Arzt, der Therapeut keinen anderen Patienten behandeln kann; Zeit, die der Arzt derzeit nicht bezahlt bekommt. Und das löst Druck und Unbehagen auf beiden Seiten aus.

Oft genug besteht auf Seiten der Behandelnden große Unsicherheit im Umgang mit geistig Beeinträchtigten: Berichtet, erzählt mir der Patient alles, was ich wissen muss, um sachgerecht behandeln zu können? Wie muss ich ihn ansprechen? Versteht er mich überhaupt? Kann ich mich einfach so nähern oder schlägt mir dann möglicherweise aggressive Abwehr entgegen?

Häufig genug werden Symptome aufgrund von Unsicherheit und Berührungsängsten (durchaus im doppelten Sinn des Wortes) nicht erkannt, nicht wahrgenommen oder falsch interpretiert.

Körperlich eingeschränkte Menschen benötigen oft ebenfalls mehr Zeit, wenn sie Schwierigkeiten im Bereich der Motorik haben. Sie können sich nicht mit gleicher Schnelligkeit wie ein nicht-beeinträchtigter Patient an- und ausziehen, brauchen mehr Zeit, auf die Untersuchungs- und Liege, auf den gynäkologischen Stuhl zu kommen. Zusätzlich sind die Räume in den Praxen oft nicht groß genug und nicht barrierefrei. Körperlich eingeschränkte Menschen benötigen häufig dauerhaft Rezepte für Heilmittel und Medikamente, was das Budget des Arztes überdurchschnittlich belastet (vgl. oben 3.1).

All dies führt dazu, dass behinderte Menschen es häufig schwer haben einen Arzt zu finden, der bereit ist, sie zu behandeln. Oder sie gehen gar nicht erst zum Arzt, obwohl sie erkrankt sind, weil die geistigen und räumlichen Barrieren so groß sind und sie den Ärzten nicht zur Last fallen wollen.

An dieser Stelle sei eine Patientin, die im Rollstuhl sitzt, zitiert: „Ich möchte, dass meine Gynäkologin ausreichend bezahlt wird, wenn sie mich behandelt, damit ich nicht immer ein schlechtes Gewissen haben muss, wenn ich 30 Minuten brauche, um überhaupt auf den Stuhl zu kommen und meine Ärztin in der Zeit keine anderen Patientinnen behandeln kann.“

Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden. Alle – Ärzte, Krankenkassen und Politiker – sind gefragt.

2.) zahnärztliche Versorgung für Menschen mit Beeinträchtigungen:

Die zahnärztliche Versorgung geistig beeinträchtigter Menschen stellt eine besondere Herausforderung dar. Zunächst bedarf es häufig mehrerer Besuche in der Praxis, bevor diese Personen ihre Scheu und Angst soweit überwunden haben, dass sie auch nur auf dem Behandlungsstuhl Platz nehmen und das Licht angeschaltet werden kann.

Sofern wirklich eine Behandlung notwendig ist, kann diese in der überwiegenden Zahl der Fälle nur in Vollnarkose durchgeführt werden. In den meisten Zahnarztpraxen gibt es nicht die Möglichkeit einer Behandlung in Vollnarkose, so dass ein Wechsel des Zahnarztes ansteht – mit allen Schwierigkeiten, die das für den Patienten (s.o.) bedeutet. Meist kann der neue Zahnarzt nicht die dauerhafte Betreuung eines solchen Patienten übernehmen - die Zahnärzte, bei denen eine Versorgung in Vollnarkose möglich ist, sind in der Regel mit kieferchirurgischen Praxen assoziiert. Diese arbeiten überwiegend als „Operationspraxen“ und begleiten Patienten nur selten langfristig.

Es gibt auch die Möglichkeit, dass der betroffene Patient mit seinem Zahnarzt in die kieferchirurgische Klinik eines Krankenhauses geht; dort findet der Zahnarzt aber nicht einen entsprechend beweglichen Zahnbehandlungsstuhl vor, sondern einen Operationstisch; zudem fehlt dem Zahnarzt dort sein eigenes, vertrautes Instrumentarium, sodass seine Arbeit möglicherweise nicht so reibungslos ablaufen wird, wie er es gewohnt ist.

3.) Versorgung behinderter, junger Erwachsener am Lebensende:

Viele von Geburt an geistig und/oder körperlich beeinträchtigte Menschen erreichen heute das Erwachsenenalter, haben aber dennoch eine reduzierte Lebensprognose. Am Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter gibt es häufig Schwierigkeit mit der medizinischen Versorgung. Die Erwachsenen-Mediziner sind nicht für Menschen mit angeborenen Beeinträchtigungen und junge Erwachsene mit einer unheilbaren Neuerkrankung ausgebildet und (noch nicht) auf sie eingestellt. Die Kinderärzte sind aufgrund des Alters der Betroffenen eigentlich nicht mehr zuständig. Trotzdem bleiben viele erwachsene Behinderte bei den Kinderärzten in Behandlung, bei denen sie schon als Kinder waren.

Schwierig wird es aber mit der Versorgung von jungen erwachsenen Behinderten und jungen Erwachsenen mit einer unheilbaren Neuerkrankung am Lebensende. Das Lebensende ist – wie bei Kindern - oft charakterisiert durch die Zunahme der Frequenz von schweren gesundheitlichen Krisen, die zunächst vollständig und immer wieder überwunden werden können, aber irgendwann zum Tode führen – im Gegensatz zum Lebensende eines Erwachsenen mit einer unheilbaren Erkrankung, der

langsam und kontinuierlich dem Tode entgegen geht. In den Krisen ist keine Einrichtung so richtig passend für diese jungen Menschen. Die Intensivstationen der Kinderkliniken sind den Umgang mit behinderten Menschen gewohnt und wissen Äußerungen, Symptome etc. zu deuten, sind aber für die Menschen ab einem bestimmten Alter nicht mehr zuständig und in Zeiten des Personalabbaus auch nicht in der Lage, zusätzlich erwachsene Behinderte mit zu tragen. Die „normalen“ Intensivstationen sind mit Behinderten häufig völlig überfordert und können sie nicht adäquat betreuen, da sie die Symptome nicht interpretieren können und nicht über das nötige Know-how für das Handling solcher Patienten verfügen.

Das Kinderhospiz darf nur behinderte Kinder (bis 18 Jahre) und deren Familien in Krisen begleiten. Die Palliativmedizin ist eingerichtet auf die Symptombekämpfung unheilbar erkrankter Erwachsener – in der Regel Tumorpatienten - nicht aber auf die akute Krisenüberwindung und -begleitung junger Behinderter.

So bleiben die Beeinträchtigten oft in den Lebens- und Wohneinrichtungen mit den Betreuern oder bei ihren Eltern zu Hause und niemand teilt die Verantwortung für das Geschehen mit den Betreuern und Eltern; niemand trägt sie. Hier ist es dringend an der Zeit, dass sich „Erwachsenen“ - Intensivmediziner, Palliativmediziner und mögliche Finanziers dieses Problems annehmen und Ideen zu einer besseren Versorgung entwickeln.

Eine von mehreren möglichen Lösungen wäre der Ausbau des Kinderhospizes zu einem Hospiz für Jugendliche und junge Erwachsene (16 bis 27 Jahre); im Kinderhospiz Balthasar in Olpe ist dies bereits Wirklichkeit geworden.

4.) ambulante Versorgung vorübergehend Pflegebedürftiger:

Wird ein Patient mit einer Erkrankung, einem Zustand aus dem Krankenhaus entlassen, in dem er pflegebedürftig ist (z. B. Unterarmbruch beidseits; Z. n. kompliziertem Kniegelenksbruch mit der Notwendigkeit das Bein 3 Monate zu entlasten), die Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich aber nicht länger als 6 Monate anhalten, steht er einem großen Problem gegenüber. Er kann sich zwar eine Menge Hilfen wie eine Nachbarschaftshilfe für den Haushalt, einen ambulanten Pflegedienst für die persönliche, körperliche Pflege bestellen und organisieren, aber er muss diese Hilfe in der Regel aus eigener Tasche bezahlen.

Finanzielle Zuschüsse aus der Pflegeversicherung (SGB XI) kann er nicht in Anspruch nehmen, da er nicht dauerhaft, d. h. länger als 6 Monate pflegebedürftig sein wird.

Häusliche Krankenpflege (SGB V) kann auch nicht verordnet werden, da die häusliche Krankenpflege in diesen Fällen meist nur die Behandlungspflege, nicht aber die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst; selbst wenn dies jedoch bei der entsprechenden Krankenkasse vorgesehen ist, dann in aller Regel nur für recht kurze Zeit und/oder wenn zusätzlich bestimmte familiäre Konstellationen gegeben sind.

Er kann auch nicht in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung entlassen werden, da auch hier die *dauerhafte* Pflegebedürftigkeit Voraussetzung ist.

So bleibt diesem Patienten nur, zur Unterstützung auf einen hoffentlich noch bestehenden Familien – und Freundeskreis zurück zu greifen. Oder er verfügt über finanzielle Reserven, die ihm die Inanspruchnahme der professionellen Hilfe eventuell über Wochen/Monate möglich macht. Unversorgt bleiben allzu oft die alten Menschen, deren soziales Umfeld altersbedingt reduziert ist und die nur über wenig Geld verfügen. Es ist zwar möglich, bei geringen eigenen finanziellen Mitteln finanzielle Unterstützung vom zuständigen Sozialhilfeträger zu erhalten (in Bremen dem Amt für Soziale Dienste) – oft nimmt die Überprüfung der Voraussetzungen dort jedoch so viel Zeit in Anspruch, dass eine nahtlose Versorgung über die Beauftragung von professioneller Hilfe bei unzureichenden eigenen Geldmitteln nicht ermöglicht wird.

Schon im Jahre 2004 hat es in Bremen eine Tagung zu diesem Thema mit vielen Akteuren des Bremer Gesundheitssystems gegeben; allen Anwesenden war diese Versorgungslücke schon zu diesem Zeitpunkt nicht neu. Sicher ist diese Lücke auch kein Bremer Problem, sondern braucht eine bundesweite neue gesetzliche Lösung.

4. Bremerhaven

Auch im Jahr 2008 standen die Mitarbeiterinnen der UPB jeweils dienstags in der Zeit von 11.00 bis 16.00 h Bürgerinnen und Bürgern aus Bremerhaven und der näheren Umgebung für persönliche Beratungen zur Verfügung – das Beratungsangebot wird vom Magistrat Bremerhaven mit finanziert.

An allen anderen Tagen ist die UPB für Anrufer aus Bremerhaven telefonisch über die Bremerhavener Rufnummer per Rufweiterleitung



zum Ortstarif erreichbar und zwar im selben zeitlichen Umfang wie für Anruferinnen und Anrufer aus Bremen oder sonstigen Orten auch.

Über die Rufweiterleitung lassen sich nicht alle Anrufer aus Bremerhaven erfassen. Im Jahr 2008 erreichten uns 882 Anrufe über die Rufweiterleitung der Bremerhavener Telefonnummer.

Tabelle 7: anfragende Personen aus Bremerhaven und Umgebung

Anfragende Personen	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Brhv.	271	305	288	359	333	289
Umgebung Brhv.	134	152	161	229	185	131
Gesamt	405	457	449	588	518	420

Tabelle 8: Anzahl der Beratungen Bremerhavener Bürger

Anzahl der Beratungen	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Brhv.	485	498	431	425	400	374
Umgebung Brhv.	210	257	223	256	222	166
Gesamt	695	755	654	681	622	540

Die UPB dankt „Leben mit Krebs e.V.“, dass sie die Beratung in den Räumlichkeiten des Vereins durchführen kann.

Nachdem das gesamte Erdgeschoss des Hauses – und damit auch der bisher von uns genutzte Raum – jetzt von einer Einrichtung der Kinderbetreuung genutzt wird, finden unsere Beratungen jetzt im ersten Stock des Hauses statt. Eine neu eingerichtete Rampe macht es Gehbehinderten und Rollstuhlfahrern nun möglich, ohne Hindernisse ins Erdgeschoss zu gelangen. In absehbarer Zeit wird „Leben mit Krebs“ einen Fahrstuhl einbauen können. Dann sind „Leben mit Krebs“ und damit auch wir in der 1. Etage für alle Menschen mit Gehbehinderung leicht erreichbar.

Die Fragen und Probleme, mit denen die Ratsuchenden in Bremerhaven an uns herantreten, unterscheiden sich in ihrer Verteilung nicht von denen der Menschen aus Bremen.

Allerdings fällt in der Beratung in Bremerhaven auf, dass mehr Menschen in Zusammenhang mit und aufgrund ihrer Erkrankung in existentielle finanzielle Not geraten. Dieser Eindruck der Mitarbeiterinnen korreliert mit den Erwerbslosenzahlen der Stadt Bremerhaven.

Da es in Bremerhaven für manche speziellen medizinischen Bereiche, wie z.B. die Reproduktionsmedizin, keinen oder nur einen Spezialisten gibt, sind Menschen, die entsprechende Spezialisten außerhalb Bremerhavens ambulant aufsuchen wollen und nicht über ausreichendes Einkommen verfügen, aufgrund der eingeschränkten Regelungen zur Fahrkostenübernahme faktisch oft von solchen Angeboten der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen.



Beratung in Bremerhaven

5. Bremen Nord

Zunächst ein Dank an die Bremer Krebsgesellschaft, die uns auch in diesem Jahr ihre Räumlichkeiten in Bremen-Nord in der Reeder-Bischoff-Straße freitags vormittags zur Verfügung gestellt hat.

Patienten aus Bremen-Nord, die Schwierigkeiten haben, nach Bremen-Mitte zu gelangen, können so die Möglichkeit einer persönlichen Beratung nutzen. Das sind z.B. Angehörige, die einen pflegebedürftigen Menschen versorgen, sowie Patienten, die aufgrund einer Knie/Fußverletzung nicht mobil sind oder aus anderen Gründen nicht nach Bremen fahren können. Für die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle ist dies ein zusätzlicher Aufwand, die Beratungen finden deshalb nur nach vorheriger Terminvereinbarung statt.

Aus den Gesprächen mit Patienten aus Bremen Nord ergaben sich so 24 persönliche Terminen in Bremen-Nord; davon hatten 9 Termine Pflege zum Thema, 9 Termine betrafen Fragen allgemeiner Art und 6 Patienten hatten Termine zu Zahnfragen.

6. Psychotherapie

Kurz gefasst:

Insgesamt haben wir im letzten Jahr mit 143 Personen Gespräche/Beratungen zu psychotherapeutischen Fragen geführt, einige wenige über einen längeren Zeitraum.

Zu psychotherapeutischen Themen ergaben sich im Berichtsjahr folgende Schwerpunkte:

1. Die Wahl der Therapieform ist ebenso wie das konkrete Vorgehen bei der Suche nach einem fachlich geeigneten Therapeuten für viele Ratsuchende schwierig.

Ein Beratungsgespräch mit uns klärt die verschiedenen Fragen und gibt Anhaltspunkte, wie die Patienten sich an eine Psychotherapie und die Suche nach einem entsprechend fachlich ausgebildeten Therapeuten/Therapeuten annähern können. Die Suche selbst ist nach wie vor sehr aufwendig, obwohl die Homepage „psych-info“ schon Erleichterung bietet.

Unabhängige davon haben Patienten oft eine Scheu vor dem ersten Kontakt mit einem Therapeuten. Da ist ein vorheriges unverbindliches Gespräch mit unserer Beratungsstelle oft der erste Schritt.

2. Die Anzahl der Anfragen von Patienten, in denen es um die Berechtigung eines von ihrem Therapeuten geltend gemachten Anspruchs auf Ausfallhonorare wegen kurzfristig/unverschuldet abgesagter Termine ging, war zwar rückläufig - aber es bleiben Missverständnisse, die sich aus der Situation ergeben und insofern von dem betroffenen Patienten negativ wahrgenommen werden.

Durch eindeutige schriftliche Regelungen haben sich die Konflikte darüber vermindert. In den Beratungsgesprächen können wir häufig auf einen Vertrag hinweisen und damit auch die Situation klären und erläutern. Das nimmt viel Konfliktpotential aus der therapeutischen Beziehung.

3. Die Möglichkeiten des Vorgehens bei einem vermuteten Behandlungsfehler sind bereits in der `körperlichen` Medizin komplex, der Weg bis zur evtl. Durchsetzung eines Anspruchs der Patienten schwierig und lang – dies gilt aufgrund ihrer Besonderheiten umso mehr für den Behandlungsfehler in der psychotherapeutischen Behandlung, die jedoch eben aufgrund dieser Besonderheiten nicht weniger fehleranfällig ist als die Behandlung in der `körperlichen` Medizin. Die Bereitschaft der Patienten, der Vermutung eines Behandlungsfehlers ist generell gewachsen und macht sich nun auch im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung bemerkbar. In sieben Fällen sprachen Patienten einen vermuteten Behandlungsfehler an. Das ist eindeutig mehr als in den letzten Jahren.

Die Empfehlung, sich nach unserem Beratungsgespräch an die Psychotherapeutenkammer zu wenden, um sich um Klärung und Schlichtung zu bemühen, wird in der Regel aus Angst energisch verneint. An diesem Punkt bedarf es analog der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern der Schaffung einer unabhängigen Schlichtungsstelle.

4. Das Einsichtsrecht in psychotherapeutische Unterlagen ist vielfach bearbeitet und vieles – nicht alles – ist zu diesem Problemkreis geklärt worden. Die Kenntnis um die Rechte der Patienten in diesem Punkt scheint auch auf Seiten der Behandler gewachsen zu sein, so dass sich die Nachfragen zu diesem Thema deutlich reduziert haben.

5. Nicht immer gelingt es Patient und Therapeut, die Beziehung für die oft lange Dauer einer Therapie fruchtbar zu gestalten. Ist ein Wechsel des Therapeuten aus Sicht der Patienten notwendig, entstehen vielfältige Fragen, die oft ein längeres Beratungsgespräch nach sich ziehen. Neben den rein rechtlichen und finanzierungstechnischen Fragen bringen die Patienten Gesprächsbedarf zu dem mit, was vorgefallen ist, um es selbst besser einordnen zu können.

7. Zahnberatung

7.1. Zahnärztliche Fachberatung in den Räumen der UPB

Seit 2002 haben Patienten die Möglichkeit, sich in den Räumen der UPB kostenfrei zu Fragen rund um das Thema „Zähne“ durch Zahnärzte fachlich beraten zu lassen.

Das Angebot wird ermöglicht durch eine Kooperation mit der Zahnärztekammer Bremen. Die Kammer klärt ab, welche niedergelassenen Zahnärzte zur Durchführung der Beratungen bereit sind und organisiert auch die Terminvergabe.

Die Beratung dient der fachlichen Abklärung genereller Fragen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Eine Überprüfung der von anderen Zahnärzten gestellten Diagnosen, also eine Zweitmeinung im eigentlichen Sinne, ist nicht möglich, da keine Untersuchungsmöglichkeiten bestehen.



Tabelle 9: Anfragen der Zahnärztlichen Fachberatung

Anfragen	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Zahnersatz	44	37	63	74	70	45
Implantatversorgung	29	44	31	39	25	28
Sonstiges	28	23	17	20	22	11
Füllungsmaterialien und Therapien	5	6	14	14	19	9
Honorarabrechnungen	2	2	4	13	4	9
Parodontaltherapie	12	10	7	11	14	9
kieferorthopädische Behandlung	0	5	3	7	5	7
Gutachtenerstellung	2	7	3	7	13	4
freie Zahnarztwahl	3	2	0	5	5	1
fortbildungsbezogene Interessengebiete	0	2	2	1	0	2
Behandlung immobilisierter Pat./ Behindertenbehandlung	0	0	0	0	0	0
Gesamt	125	138	144	191	177	125

7.2. Zahnberatung durch die Mitarbeiterinnen der UPB

Neben der oben beschriebenen Beratung aus fachlich medizinischer Sicht beantworten die Mitarbeiterinnen der UPB viele Fragen der Patienten, die z.B. Probleme mit dem Verständnis ihres Heil- und Kostenplanes haben, einen fachlich speziell ausgerichteten Zahnarzt suchen, oder Probleme während oder nach einer Behandlung haben.

Den nachfolgenden Tabellen sind die Zahl der Anfragen und Leistungen der Mitarbeiterinnen der UPB zu einzelnen Themen sowie die Anfragen und Leistungen im Bereich der Zahnberatung insgesamt im Jahr 2008 im Vergleich zu den Vorjahren zu entnehmen.

Tabelle 10: Häufigkeit der Probleme

Problem	2008	2007	2006	2005	2004
Zahnersatz	231	197	176	130	170
Fehlerhaftigkeit (mögl.)	167	138	98	88	118
Fragen z. Abrechnung	124	128	165	160	187
Broschüre HKP	23	123	-	-	-
Sonstiges	138	102	51	48	84
Fragen z. Kieferorthopädie	49	73	48	54	42
Verweis an ZÄK	37	66	98	96	127
Behandlerwechsel	46	65	38	23	37
Fragen z. Behandlungsmethoden, Zahnerkrankungen	54	56	39	34	18
Fragen z. privaten Leistungen	46	50	33	23	32
Fragen zu Füllungsmaterialien	20	36	10	23	20
Fragen nach best. ZA, Fachgebiet, Schwerpunkt	22	24	24	18	20
Gesetzliche Grundlagen	22	22	15	31	13
Gesamt	979	1080	795	728	868

Tabelle 11: Häufigkeit der Leistungen

Leistung	2008	2007	2006
Information	515	555	494
Klärung	246	249	67
Kenntnisnahme	71	115	58
Zusendung	62	94	27
Recherche	122	80	47
Verweis	70	69	95
Unterstützung bei Durchsetzung psychosoziale Beratung	25	24	8
Konfliktschlichtungsorientierte Tätigkeit	6	5	5
	2	2	1

Kurz gefasst:

Im Bereich der Zahnmedizin melden sich die Patientinnen und Patienten bei uns auffallend häufig mit reinem Verständnis- und Informationsbedarf, der in den Praxen der niedergelassenen Zahnärzte nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden konnte: Fragen zum Verständnis der Heil- und Kostenplanes und damit zur angebotenen Versorgung und deren Alternativen, zum Ablauf des Genehmigungsverfahrens für den HKP.

Hinter den Anfragen zum Thema **Zahnersatz** stehen vorrangig Fragen zum Verständnis der Heil- und Kostenpläne (im Folgenden: HKP). Ohne Veränderung zu den Vorjahren besteht ein erheblicher Informationsbedarf der Patienten zum Verständnis der geplanten Maßnahmen. Auch zur Frage der entstehenden Kosten, sowie dazu, wie die Wahl der Versorgungsform die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen und Krankenversicherer bzw. den beim Patienten verbleibenden Eigenanteil beeinflusst, werden Informationsdefizite beklagt.

Seit 2005 können Patienten den Festbetragszuschuss dazu verwenden, prothetische Versorgungen einzukaufen, die über die Regelleistung, auf die sich der Festbetragszuschuss bezieht, hinausgehen. Die Kosten für diese zusätzlichen Leistungen verbleiben allein bei den Patienten. Wie in den Vorjahren fällt hier auf, dass auch Menschen, von denen dem Zahnarzt bekannt ist, dass sie nur über geringes Einkommen, z.B. ausschließlich Grundsicherungsleistungen, verfügen, solche über die Regelleistung hinausgehenden Leistungen direkt angeraten werden. Selbstverständlich kommt es vor, dass Patienten über ihre finanziellen Möglichkeiten hinaus leben oder eine Anspruchshaltung („das muss doch wohl das Amt übernehmen“) haben. Oft entsteht jedoch in unserer Beratung der Eindruck, dass entweder über die Regelleistung gar nicht informiert wurde oder die Regelleistung als minderwertig und eigentlich nicht akzeptabel nach normalen Standards geschildert wird. Ein Hinweis darauf, dass die prothetischen Regelleistungen, wie alle anderen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht nur den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit, sondern auch denen der Angemessenheit und Zweckmäßigkeit entsprechen müssen, erfolgt oft nicht.

Im Jahr 2008 ist aufgefallen, dass etliche Zahnärzte den HKP nicht den Patienten übergeben, damit diese dann die Genehmigung und Festsetzung der Zuschüsse durch ihre Krankenkasse einholen, sondern der Krankenkasse direkt übersenden. Die Krankenkassen ihrerseits schicken dann die genehmigten HKP direkt an die Zahnärzte zurück.

Im Idealfall – wenn der HKP dem Patienten erklärt wurde und diesem all seine Fragen dazu beantwortet wurden – ist dieses Vorgehen ein Service der Praxen für die Patienten. Im nicht so idealen Falle – wenn der HKP nicht mit dem Patienten besprochen wurde oder noch Fragen offen geblieben sind - wird es Patienten bei diesem Vorgehen zunächst unmöglich gemacht, sich mit dem HKP, der ja nichts als ein Behandlungsvorschlag verbunden mit einem Kostenvoranschlag ist, auseinander zu setzen oder Vergleiche anzustellen.

Es wäre daher wünschenswert, dass diese Vorgehensweise in jedem Fall mit dem Patienten abgeklärt und ihm auch in jedem Falle eine Kopie des HKP mitgegeben wird.

Auffällig ist unter dem Beratungspunkt Zahnersatz im Jahr 2008 auch die im Vergleich zu den Vorjahren durch die Beraterinnen festgestellte massive Tendenz zu einer Versorgung mit implantatgetragendem Zahnersatz – häufig werden alternative Versorgungsmöglichkeiten nicht einmal erwähnt. Angesichts des Unbehagens, dass viele Patienten uns gegenüber bei dem Gedanken an eine Versorgung mit Implantaten formulieren, entsteht der Eindruck, dass in den Praxen selbst nicht

immer der zeitliche Raum für die Formulierung dieses Unbehagens oder auch Fragen zu Risiken oder Alternativen dieser Versorgung zur Verfügung steht.

Kurz gefasst:

Zahnersatz ist eine komplexe Leistung. Wenn Patientinnen und Patienten Mängel an prothetischen Leistungen beklagen, entstehen Fragen: Wer hat bei einem nicht passenden neuen Zahnersatz ggf. Nachbesserungen bis hin zur Neuanfertigung durchzuführen? Wer hat die Kosten dafür zu tragen? Wer kann eine unabhängige Einschätzung der Situation beitragen?

Unter dem Stichwort **Fehlerhaftigkeit** finden sich Fragen der Patienten zu Problemen nach einer prothetischen Behandlung, mit Füllungen, aber auch zu Behandlungsfehlern.

Probleme nach einer prothetischen Versorgung sind nicht selten. Angesichts der grundsätzlichen Komplexität vieler dieser Leistungen ist dies auch prinzipiell nicht verwunderlich. Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist daher verankert, dass Zahnärzte mangelhafte Füllungen und Zahnersatz zwei Jahre kostenfrei für den Patienten und die Krankenkasse nachzubessern und ggf. zu erneuern haben. Die Krankenkassen ihrerseits können sog. Gutachterverfahren einleiten, wenn Patienten über eine ihres Erachtens nicht zufriedenstellende prothetische Versorgung berichten.

Im letzten Jahr ist aufgefallen, dass einzelne Zahnärzte insbesondere nach mehrmaligen Nachbesserungen – z.B. durch Beschleifen von Kronen, Brücken, Prothesen, die nicht richtig „passen“ – den gesetzlich krankenversicherten Patienten entgegen dieser Regelung Kosten in Rechnung gestellt haben.

Im Umgang der Krankenkassen mit Fragen der Mängelbeseitigung beklagten Patienten im letzten Jahr häufig, dass ihnen ein Wechsel des behandelnden Zahnarztes, nachdem im Gutachterverfahren Mängel an der Prothetik festgestellt worden waren, verwehrt wurde. Diese Zustimmung sollten gesetzlich Krankenversicherte einholen, da ihre Krankenkasse sonst die Kosten für die Behandlung durch einen anderen Zahnarzt jedenfalls in aller Regel nicht übernehmen wird – der ursprünglich behandelnde Zahnarzt müsste ja kostenfrei nachbessern, so dass kein weiteren Kosten für die Krankenkasse entstünden.

Die Rechtsprechung erkennt jedoch einen Anspruch des Patienten auf Wechsel des behandelnden Zahnarztes an, sofern ihm eine Rückkehr zu dem ursprünglich behandelnden Zahnarzt nicht zumutbar ist. Eine solche Unzumutbarkeit liegt z.B. vor, wenn auch mehrfache Nachbesserungen nicht zu einem Erfolg geführt haben und/oder der Zahnarzt die Nachbesserungen den Patienten doch in Rechnung gestellt hat. In der Beratung erlebten wir jedoch, dass auch derartig begründete Anträge auf Zustimmung zum Wechsel des Behandlers von den Krankenkassen abgelehnt wurden, so dass die Patienten entweder Widerspruch einlegen mussten oder resigniert wieder den ursprünglich behandelnden Zahnarzt aufsuchten. Oft wurde die Entscheidung zeitlich so lange hinausgezögert, bis der ursprünglich behandelnde Zahnarzt entschieden hatte, ob er gewillt war, seine bereits erhaltenen Honorare zurück zu zahlen. Im Falle einer solchen Honorarrückzahlung wurde dann den Patienten „grünes Licht“ für den Wechsel gegeben.

Kurz gefasst:

Zahnärztliche Rechnungen müssen bestimmten formalen Kriterien genügen, die den Ratsuchenden in aller Regel nicht bekannt sind. Dazu gehört auch die Frage nach der Verwirkung eines Kostenanspruchs.

Im Bereich der Fragen der Patienten zur **Abrechnung** nach erfolgter Behandlung fielen im vergangenen Jahr zwei Fälle auf, in denen die Abrechnung von Leistungen für „Privatpatienten“ seitens der Praxis über mehrere Jahre vergessen worden war, obwohl die Patienten dort weiterhin in Behandlung waren. In derartigen Fällen kann der Anspruch auf Bezahlung des Honorars verwirkt sein, auch wenn eine Verjährung des Anspruchs nach der Systematik des BGB und der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) erst nach Erstellung einer Rechnung in Betracht kommt, welche ja eben nicht erfolgt war.

In dem einen Fall versuchte die Praxis dieses Problem zu umgehen, indem die Patientin aufgefordert wurde, einen Betrag in Höhe von rund 600,- € in bar zu zahlen, ohne dass zuvor eine Rechnung erstellt worden war, mit dem Hinweis, bei dem Gesamtbetrag sei man ihr schon entgegen gekommen. In dem anderen Fall wurden die Behandlungsmaßnahmen einfach neu datiert und zwar aus dem Jahr 2002 in das Jahr 2008, womit der Einwand der Verwirkung, der u.a. einen längeren Zeitablauf erfordert, ohne dass ein Honorar geltend gemacht wurde, ausgeschlossen werden sollte.

Grundsätzlich bleibt nur der Hinweis, dass zahnärztliche Honorarrechnungen bestimmten formalen Kriterien genügen müssen, die in der GOZ niedergelegt, den Patienten jedoch in aller Regel nicht bekannt sind.

8. Pflege

8.1. Aus dem Beratungsjahr

Kurz gefasst:

Nach 6 Jahren intensiver Beratungsarbeit für und mit Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen wird die Pflegeberatung in der UPB über das Jahr 2008 hinaus nicht weiter finanziert werden, da in Bremen Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Anlass genug, die Schwerpunkte der Arbeit aus diesen Jahren zusammenzufassen, einzelne Auffälligkeiten zu benennen und für die Patienten eine Perspektive zu entwickeln, in welchen Bereichen der Pflege die UPB auch zukünftig beraten wird können.

Tabelle 12:

Inanspruchnahme der Beratung von Pflegebedürftigen und Ihren Angehörigen

	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Kontakte	727	509	564	379	629	588
Personen	433	382	367	280	420	408

Im Jahresvergleich ergibt sich, dass die Anzahl der Nachfragen Schwankungen unterlag. Besonders deutlich sind die Jahre 2005 und 2008. In beiden Jahren hat es so gut wie keine Öffentlichkeitsarbeit zur Pflegeberatung gegeben. In 2005 war das Ziel, die Bewährung der UPB in diesem Beratungssegment herauszufinden, während in 2008 die Zukunft ungewiss war. Die Steigerung der Ratsuchenden und der geführten Gespräche über die Jahre - und insbesondere eben auch im Jahr 2008 ohne weitere Öffentlichkeitsarbeit - zeigt die gute Annahme der Beratung der UPB und gleichzeitig auch den wachsenden Bedarf nach unabhängiger Beratung. Deutlich wird jedoch auch, dass die Verankerung/Wahrnehmung von Pflegeberatung in der Bevölkerung der Kontinuität der beratenden Institution bedarf.

Die Angehörigen sind diejenigen, die bei Pflege multifunktional gefragt sind, direkte Pflgetätigkeiten und/oder das Management übernehmen. Die Anforderungen sind immens hoch und die Probleme vielfältig. Eine unabhängige Beratung wahrnehmen zu können, bei der zugehört wird, bei der die Probleme und Lösungsschritte sortiert werden, bei der man sich fachlichen Rat und Tipps holen kann, ist für alle wichtig gewesen. Angehörige sind dabei nicht nur Ehegatten oder Kinder, sondern auch etwa die Cousine oder Nichte, die Aufgaben übernehmen, weil es entweder keine näheren Angehörigen gibt oder diese weit entfernt wohnen. Für diese Angehörigen ist die Beratung besonders wichtig, weil sie unter einem anderen Rechtfertigungsdruck stehen, alles richtig gemacht zu haben. Die Anforderungen an pflegende Angehörige haben wir im Jahresbericht 2007 ausführlich beschrieben.

8.2. Informationsbedarf

Trotz einer großen Zahl von Veröffentlichungen gibt es immer wieder Informationsbedarf zu Fragen, die in den allgemeinen Informationsbroschüren nicht berücksichtigt sind. „Wie funktioniert eigentlich Verhinderungspflege? Wie kann ich die besonderen Gelder für einen zusätzlichen Pflegebedarf abrechnen? Was ist ein Leistungskomplex? Warum wird in dem Gutachten die Begleitung nicht berücksichtigt?“

Diese und viele Fragen mehr haben wir im Jahresbericht 2006 dargelegt. Auf etliche dieser Fragen haben wir in unserer Broschüre „Pflegebedürftig“ Antworten gegeben, die wir Mitte des Jahres mit einem Zusatzblatt zu den Neuregelungen in der Pflegeversicherung versehen hatten. Mittlerweile ist die stark nachgefragte Broschüre nicht mehr vorrätig und wird auch nicht neu aufgelegt.

Oft dienen die Fragen nach Informationen den Ratsuchenden auch als Gesprächseinstieg für die Schilderung von Konflikten, die sich aus der Pflegesituation für die Beteiligten ergeben. So kann sich aus einer Frage nach der Abrechnung von Verhinderungspflege eine Beschwerde über einen ambulanten Pflegedienst ergeben, ein familialer Konflikt wird dargelegt, ein Finanzierungsproblem oder eine unhaltbare ambulante Versorgung, die im Interesse aller dringend verändert werden muss. Diese Themen werden nur offenbar, wenn sich aus dem Gespräch bereits Vertrauen in die Institution und in die Fachlichkeit der Mitarbeiter der Institution entwickelt hat.

8.3. Probleme mit Pflegedienstleistern

Es gibt sehr viele Unsicherheiten zur richtigen Auswahl des Pflegeheimes. Empfehlungen und Tipps werden erwartet - bieten konnten wir ein Gespräch über die persönlichen Kriterien der Auswahl eines

Pflegeheimes. Dies hat nahezu allen Ratsuchenden sehr geholfen, auch im Hinblick darauf, dass sie „das“ optimale Pflegeheim nicht finden werden.

Die Frage nach dem besten Pflegedienst ist ähnlich gelagert, die Antwort ist aber durchaus differenzierter, da die Pflege in der Privatsphäre (ehemals häufig die familiäre Privatsphäre) stattfindet und der Pflegebedürftige mit der professionellen Pflegekraft oftmals allein ist.

Außerdem gibt es um eine ambulante Pflege herum sehr viel zu organisieren und der Ratsuchende muss lernen, dass ambulante Pflege ohne das Fundament der familialen Pflege kaum reibungslos funktioniert. Hier entstehen viele Konfliktfelder, die bereinigt werden können, wenn es frühzeitig zur Konfliktschlichtung kommt. Dies haben wir in der Vergangenheit als Aufgabe gesehen und mit entsprechendem Engagement betrieben.

Rechnungen, die nicht verstanden werden, bergen ein großes Konfliktpotential in sich, da missverständliche/falsche Rechnungen Misstrauen schüren. Hier bedarf es oft zeitaufwändiger Aufklärungsarbeit, um Rechnungen im Detail zu erläutern. Jeder Pflegedienst und jedes Pflegeheim hat ein eigenes Abrechnungssystem entwickelt, obwohl es viele Vorgaben gibt, die eine verständliche Darstellung möglich machen sollten.

Sehr viel schwieriger sind die Vertragswerke, die den Rechnungen zugrunde gelegt sind. Viele Dienste haben sehr individuelle Vertragsgestaltungen – manchmal werden auch heute noch Menschen gepflegt, ohne dass ein schriftlicher Vertrag geschlossen wurde oder Verträge werden nachträglich geschlossen...

Der Alltag eines ambulanten Pflegedienstes ist geprägt von Leben, d.h. von plötzlichen Ereignissen, von Zeitverschiebungen, von Stimmungen und Tagesformen der Mitarbeiterinnen und der Patienten – leider werden Pannen, die dadurch passieren, nicht immer mit der gebotenen Sorgfalt und dem entsprechenden Respekt kommuniziert. Die Konflikte, die sich an diesen Stellen entwickeln, sind recht häufig und können sich ohne Klärung zwischen den Partnern enorm entwickeln.

Beratungsgespräche, die von schweren Vorwürfen gegenüber Professionellen geprägt sind, entwickeln sich manchmal aus Gesprächen oder zu Gesprächen zur Trauerbearbeitung: Ist jemand schuld an dem Tod meines Angehörigen, hätte ich selbst etwas tun können, um dieses Ereignis zu verhindern?

Als Fazit dieser Beratungstätigkeit ist festzustellen, dass der Umgang mit Pflegedienstleistern für Angehörige eine hochkomplexe Angelegenheit ist. Für dieses Problemfeld sollte unbedingt und dringend weiterhin ein Beratungsangebot, wie es die UPB in den vergangenen sechs Jahren vorgehalten hat, zur Verfügung stehen. Andernfalls werden sich die Konflikte andere Wege bahnen.

8.4. Pflegegutachten/MDK

Stellt ein Pflegebedürftiger einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse, wird in der Regel der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragt, ein entsprechendes Gutachten mit der Empfehlung einer Pflegestufe zu erstellen. Der Gutachter (Ärztin oder Pflegekraft) soll – den Richtlinien zur Erstellung eines Pflegegutachtens folgend – den individuellen Hilfebedarf unter Berücksichtigung der persönlichen, kulturellen und sozialen Situation in der Regel nach Durchführung eines Hausbesuches beschreiben.

Sind Pflegebedürftige – oder Angehörige – mit der festgestellten Pflegestufe nicht einverstanden, finden sie häufig den Weg in die Unabhängige Patientenberatung Bremen.

Nach Aufklärung über die Möglichkeit des (schriftlichen) Widerspruchs kommt es zu einem Gespräch über das Gutachten, die tatsächliche Situation des Betroffenen und häufig genug über das Setting der Begutachtung selber:

Fast einstimmig wird uns erzählt, es sei nicht zu einem Gespräch im eigentlichen Sinn des Wortes gekommen; der Gutachter habe nicht zugehört und sei schon gar nicht auf Erzähltes eingegangen. Aus den Berichten der Betroffenen drängt sich der Eindruck auf, dass sich das „Gespräch“ nur zu häufig nicht als zwischenmenschliche Kommunikation im eigentlichen Sinne darstellt, sondern eher den starren Regeln folgt, die durch Schema und Fragen des Gutachtenformulars vorgegeben sind. Dieser Eindruck hat sich deutlich verfestigt, nachdem eine UPB - Mitarbeiterin bei einigen Begutachtungen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen anwesend sein konnte.

Bei der Durchsicht der Gutachten fällt eine merkwürdige Uniformität der Formulierungen mit erstaunlich wenig Variationsbreite auf. Ein Gutachten über ein etwas älteres, behindertes Kind enthält fast gleiche Formulierungen wie ein Gutachten über einen demenzkranken, alten Mann. Dies ist umso erstaunlicher, als in den Richtlinien zur Erstellung eines Pflegegutachtens ausdrücklich festgeschrieben ist, dass der individuelle Hilfebedarf zu beschreiben ist. Der ist jedoch natürlich abhängig von „der individuellen Schädigung und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten, von den individuellen Ressourcen, der individuellen Lebenssituation (z.B. umweltbezogenen Kontextfaktoren, soziales Umfeld) und der individuellen Pflegesituation (z. B. personenbezogene Kontextfaktoren wie

Lebensgewohnheiten)“ - Zitat aus den Richtlinien der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit.

Möglicherweise ist die Uniformität der Gutachten einem großen Zeitdruck der Gutachter geschuldet. Dieser Zeitdruck mag auch Ursache dafür sein, dass häufig genug keine Untersuchung der Pflegebedürftigen hinsichtlich der motorischen Möglichkeiten und/oder geistigen Fähigkeiten stattfand.

8.5. Konflikte im familialen Hilfesystem

Immer noch wird der größte Teil der Pflegeleistungen im familialen Hilfesystem erbracht. Es ist zu vermuten, dass der größte Teil der Pflegegeldempfänger Ehepartner sind, die als direkte Haushaltsangehörige alle Pflegetätigkeiten übernehmen. Konfliktrichtig wird das System z.B. dann, wenn diese Person diese Arbeit nicht mehr vollständig oder gar nicht mehr leisten kann. Dann sind Kinder oder andere Angehörige gefragt. Neben Klärung der Geschwisterpositionen kann es hier auch um den Konflikt zwischen der Wunschvorstellung gehen, den Pflegebedürftigen zwar gern versorgen zu wollen, es aber tatsächlich im Alltag nicht zu können. Es kann um finanzielle Dinge gehen, die völlig ungeklärt sind und darum, dass niemand der Nachkommen im Umfeld der pflegebedürftigen Person wohnt. Die familiären Verhältnisse können emotional und örtlich so zerrissen sein, dass die Übernahme der Pflegeverantwortung mit erheblichen Problemen verknüpft ist. Konfliktrichtig ist das Familiensystem auch, wenn sich eine Pflegebedürftigkeit derart schleichend verändert, dass die sich entwickelnden Probleme schwer wahrzunehmen sind.

Vor allem Beratung im familialen System braucht Zeit und Fachlichkeit. Es steht außer Frage, dass es ein notwendiges Beratungssegment ist und die Beratung eine präventive Wirkung entfalten kann. Die Voraussetzungen für diese Beratung sind bei der UPB nahezu optimal: Fachlichkeit hinsichtlich Pflege, Ausbildung der Beraterinnen und die entsprechenden Räumlichkeiten.

8.6. Ausblick

In nur 6 Jahren hat sich die Pflegeberatung bei der Unabhängigen Patientenberatung Bremen in der Öffentlichkeit so etabliert, dass im Jahr 2008 mehr als 430 Personen ohne weitere Öffentlichkeitsarbeit die Beratungsstelle aufsuchen oder anrufen und vielfache Fragen oder Probleme zu besprechen haben. Obwohl oder weil die UPB als Institution ein besonders niedrigschwelliges Beratungsangebot zur Pflege hat, werden keine sachfremden Fragen in der Pflegeberatung an uns herangetragen – es stellte sich heraus, dass bei jedem Ratsuchenden, der eingangs des Gesprächs formulierte, eine Frage zur/ein Problem im Bereich der Pflege zu haben, dies auch zutraf.

Es hat sich auch bewährt, die Pflegeberatung bei der UPB anzusiedeln – Patienten unterscheiden nicht nach den verschiedenen Systemen und pflegebedürftige Menschen haben oftmals Fragen und Beratungsbedarf im gesamten Gesundheitssystem.

Die komplexen Fragen unterschiedlichster Personen können nur in einem interdisziplinären, erfahrenen Team beantwortet werden.

Für die Zukunft wird die UPB Menschen mit Pflegefragen an die Pflegestützpunkte verweisen.

9. Öffentlichkeitsarbeit

Kurz gefasst:

[Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die Aktivitäten der UPB außerhalb der eigentlichen Beratungsarbeit sowie die Präsentation der UPB im öffentlichen Raum.](#)

Die Präsentation in der Öffentlichkeit ist ein wichtiges Instrument der UPB, um stets neu wahrgenommen zu werden und auf diese Art immer wieder für Patienten, Ratsuchende und professionelle Akteure des Gesundheitswesens auf der Suche nach einer Problemlösung oder Information präsent zu sein sowie diejenigen auf uns aufmerksam zu machen, die um das Beratungsangebot noch nicht wissen. Die Mitarbeiterinnen halten einen Moment inne, um über den allgemeinen Inhalt der alltäglichen Beratung nachzudenken, vom Einzelfall zu abstrahieren und dahinter stehende grundsätzliche Aussagen zu erkennen.

Zudem kann die UPB durch öffentliche Auftritte Schwierigkeiten, Konflikte und ungelöste Themen, die in der persönlichen Beratungssituation geschildert werden und hinter denen sich oft genug ein systematisches Problem verbirgt, in das Gesundheitswesen rückspiegeln.

Die Mitarbeiterinnen der UPB werden von verschiedensten Gruppen und Institutionen eingeladen und gebeten, in Vorträgen zu aktuellen Themen zu informieren und Stellung zu nehmen oder auch „nur“ die Arbeit der UPB vorzustellen.

Insgesamt haben die Mitarbeiterinnen im Jahr 2008 ca. 20 Vorträge gehalten zu Themen wie „Patientenrechte“, „Patientenverfügung“, „Pflegeversicherung“, „Heil- und Kostenplan des Zahnarztes“, „IGe-Leistung“, „Behandlungsfehler“, „Unabhängige Beratung“.

Im September diskutierte eine Mitarbeiterin der UPB beim Pflegefachtag im Klinikum Bremen-Ost als Podiumsgast bei der abschließenden Podiumsdiskussion mit.

Im Jahr 2008 hat die UPB deutlich mehr Hör- und Rundfunkinterviews gegeben: das NordWestRadio sendete ein einstündiges Interview mit zwei Beraterinnen aus Anlass des zehnjährigen Jubiläums der Unabhängigen Patientenberatung. Radio Bremen 1 interviewte in einer Live-Sendung eine Mitarbeiterin zum Thema „Patientenverfügung“; daran schloss sich eine Telefonfrageaktion für die Hörerinnen und Hörer an. Der WDR-Hörfunk zeichnete ein Interview auf zum Thema „Wie finde ich einen guten Zahnarzt“, das in mehreren verschiedenen Formaten beim Bayrischen Rundfunk, beim WDR und im NDR - Info ausgestrahlt wurde. Und wiederum im NordWestRadio wurde ein Interview mit der UPB zum Thema „Kassenwechsel im Zeichen des Gesundheitsfonds?“ ausgestrahlt.

Im April wurde die Leiterin der UPB als Studiogast bei Radio Bremen Fernsehen/buten un binnen eingeladen um zum Thema „Wartezeit in Arztpraxen; Privatpatienten und gesetzlich versicherte Patienten“ Stellung zu beziehen.

Zu der guten Vernetzung im Bremer Gesundheits- und Pflegewesen, die der Arbeit der UPB und damit den Ratsuchenden zu gute kommt, trägt auch die aktive Mitarbeit der UPB in verschiedenen 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 Gleichstellung der Frau), Forum Gewalt in der Pflege, Interkulturelles Netzwerk Gesundheit am Krankenhaus, Arbeitsgruppe Sozial-Medizinische Ambulanz, Klinisches Ethikkomitee am Klinikum Bremen-Ost.

Im Februar 2008 hat das BIPS – Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin der Universität Bremen – in Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Bremen und der Ärztekammer Bremen zu einem Fachtag zu evidenzbasierter Patientinneninformation eingeladen. Verschiedene Berufsgruppen, Vortragende und Beratungseinrichtungen ließen sich zum Thema „Informierte Patientin? Aber wie? Welche Aufgaben können Patientinneninformationen in der Praxis erfüllen?“ informieren, arbeiteten und diskutierten anschließend in verschiedenen Arbeitsgruppen miteinander. Alle Teilnehmer haben von den unterschiedlichen Herangehensweisen an die gestellten Arbeitsfragen profitiert und traten in einen regen Dialog mit einander und den Referenten.

Im Jahr 2008 hat sich die Unabhängige Patientenberatung auf 4 großen öffentlichen Veranstaltungen mit einem Stand präsentiert:

im März beim Internationalen Frauentag im Rathaus, im Juni beim Tag der pflegenden Angehörigen in der Universität, im September auf der Seniors in der Messehalle, im November auf dem Hausärztetag im Hotel Atlantic.

Regelmäßig erreichen die UPB Anfragen von Presse, Hörfunk und Fernsehen zu Tages- und wochenaktuellen Themen. Die UPB ist für diese Medien eine Quelle für Informationen zu allgemeinen und speziellen Fragen des Gesundheits- und Pflegewesens geworden, nicht zuletzt, weil die UPB auf eine langjährige Erfahrung mit Patientenberatung zurückblicken kann und die Erfahrungen immer wieder neu in die aktuelle Arbeit Eingang finden.

10. Resümee

Der Tätigkeitsbericht 2008 – dem Jahr des 10-jährigen Bestehens der UPB – ist umfangreicher als alle vorherigen. Und dass, obwohl wir mit besorgtem Blick auf den Umfang einige schon geschriebene Artikel wieder heraus genommen haben (z.B. Einzelfallschilderungen; Arzt - Patient - Kommunikation aus dem Blickwinkel der Beraterinnen; Auffälligkeiten in der psychiatrischen Versorgung).

Dies mag zum Einen der Tatsache geschuldet sein, dass wir in unserem Jubiläumsjahresbericht zeigen wollen, wo die UPB aktuell steht, wie sie strukturiert und organisiert ist.

Zum Anderen ist das Gesundheits- und Pflegesystem komplizierter und verästelter geworden. Die Wege der Entscheidungen sind vielfältiger und damit häufig undurchschaubar: Die Krankenkassen können direkt mit Arzneimittelherstellern Rabatte aushandeln; Ärztgruppen steigen aus dem System der Selbstverwaltung aus; durch integrierte Versorgungsverträge sind neue Versorgungsformen – neben der klassischen ambulant oder stationären Versorgung – möglich geworden. All diese Veränderungen haben direkt oder indirekt Auswirkungen auf die Patienten.

Für die Betroffenen ist das System kaum noch bis gar nicht mehr zu durchschauen und stellt auch für die Beraterinnen der UPB eine zunehmende Herausforderung dar. Die Zahl der notwendigen und manchmal sehr umfangreichen Recherchen zur Beantwortung der Fragen nimmt in der UPB zu.

Gleichzeitig wollen Patientinnen und Patienten nicht mehr einfach nur hinnehmen und „mit sich geschehen“ lassen. Sie begeben sich selber auf die Suche nach Informationen und erhalten sie auf vielfältige Art: beim Arzt, beim Apotheker, in Zeitschriften, im Internet. Nur: Welche Information hat welchen Stellenwert?

Ärzte haben in der Regel nicht mehr die Zeit – oder sie nehmen sie sich nicht mehr – alle Fragen der Patienten ausführlich und zu deren Zufriedenheit zu beantworten.

So hat die UPB immer mehr zu berichten aus der alltäglichen Beratungsarbeit. Die Aufgabe Fragen zu beantworten, eingeholte Informationen auf Wichtigkeit für den einzelnen Patienten zu sortieren, mögliche Wege aus vermeintlich festgefahrenen Situationen aufzuweisen und manchmal einfach nur zuzuhören, bleibt in hohem Maßen in dem sich ändernden System bestehen. Es muss daher auch weiterhin eine unabhängige Patientenberatung in Bremen – und bundesweit – geben!

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Patientenberatung wozu?

- Sie suchen einen Arzt für Ihre spezielle Erkrankung? **Wir informieren**
- Sie haben Probleme mit Ihrer Krankenversicherung oder anderen Kostenträgern? **Wir beraten vertraulich**
- Sie brauchen Auskünfte zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht? **Wir unterstützen**
- Sie verstehen den Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes nicht? **Wir beraten**
- Welche Rechte haben Sie gegenüber Arzt, Kostenträgern und anderen Institutionen? **Wir recherchieren**
- Sie haben den Verdacht falsch behandelt worden zu sein? **Wir beraten für Sie kostenfrei**
- Sie suchen einen Psychotherapeuten? Was ist zu bedenken?

Wer wir sind:
Die UPB ist ein 10-jähriges Bundesnetzwerk von unabhängigen, gemeinnützigen Beratungsstellen in allen Bundesländern.

Unser Verein:
Der Verein der Unabhängigen Patientenberatung Bremen ist ein eingetragener Verein mit Sitz in Bremen.

Mitglieder des Vereins sind:
Die UPB ist ein 10-jähriges Bundesnetzwerk von unabhängigen, gemeinnützigen Beratungsstellen in allen Bundesländern.

So erreichen Sie uns:

Bremen	Bremen Nord	Bremerhaven
Telefon: 04 21 77 214	Telefon: 04 21 14 17 214	Telefon: 04 74 99 23 999
Unabhängige Patientenberatung Bremen Bremser Höfchen 14 28205 Bremen	Unabhängige Patientenberatung Bremen Hafenstraße 1 28125 Bremen	Unabhängige Patientenberatung Bremen Kuhlenhof 1 27508 Bremerhaven

Plakat der Beratungsstelle

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

Dateneingabe

Frau Ina Raschke
Frau Katja Krug

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
----------	-------------------------

In Bremen Nord

In den Räumen der Bremer Krebsgesellschaft
Reeder-Bischoff-Straße 47b
28757 Bremen
Freitag

Nur nach vorheriger Absprache

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