

**Unabhängige
Patientenberatung
Bremen**



Tätigkeitsbericht

2009

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Tätigkeitsbericht 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Die Unabhängige Patientenberatung Bremen - UPB	2
2. Die UPB im Jahr 2009	3
2.1. Kooperation mit der Verbraucherzentrale Bremen	3
2.2. Zahlen	3
3. Allgemeine Beratungstätigkeit	7
3.1. Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung - gesetzliche Leistungen privat bezahlen	7
3.2. Privat versichert – problemlos versichert (im Gegensatz zum „Kassenpatienten“)?	9
3.3. Das Unbehagen der Patienten am erlebten Umgang mit ihren Daten	11
3.4. Kommunikationsprobleme	12
3.5. Einzelbeispiele	14
4. Bremerhaven	15
5. Psychotherapie	16
6. Zahnberatung	17
6.1. Zahnärztliche Fachberatung in den Räumen der UPB	17
6.2. Zahnberatung durch die Mitarbeiterinnen der UPB	17
7. Pflege	20
8. Öffentlichkeitsarbeit	20

Vorgelegt vom
Vorstand des Vereins
Mai 2010

1. Die Unabhängige Patientenberatung Bremen - UPB

Die Unabhängige Patientenberatung Bremen hat im Jahr 1998 ihre Arbeit aufgenommen.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen, die Ärztekammer Bremen, die Krankenkassen im Lande Bremen und die Krankenhausgesellschaft Bremens gründen 1997 als Träger den gemeinnützigen Verein „Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e. V.“; wenig später kommen der Magistrat der Stadt 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 aller Partner des Trägervereins.

Mitglieder des Vorstandes 2009 sind:

Vorsitzender:	Herr Dr. med. Klaus-Dieter Wurche; Ärztekammer Bremen
Stellvertreter:	Herr Walter Eggers; Krankenhausgesellschaft Bremen Herr Michael Lempe; hkk Bremen
Beisitzer:	Frau Antje Kkehrbach; Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Herr Norbert Kaufhold; AOK Bremen/Bremerhaven
Geschäftsführung:	Frau Elisabeth Goetz; UPB
Leitung	Frau Anette Drewes-Kirchhoff; UPB

27 Stunden in der Woche erreichen Ratsuchende die Mitarbeiterinnen der UPB direkt. Außerhalb der Öffnungszeiten werden die Anfragen per Anrufbeantworter, Fax oder Email entgegen genommen und schnellst möglich beantwortet. Die Beratung ist für die Ratsuchenden kostenlos.

Die UPB ist an 3 Standorten im Lande Bremen persönlich erreichbar: Bremen Stadt, Bremen-Nord und Bremerhaven.

Im Jahr 2009 werden die Pflegestützpunkte in Bremen eingerichtet; dadurch entfällt die Pflegeberatung bei der UPB und damit 22,5 Wochenarbeitsstunden einer Beraterin. Zusätzlich übernimmt eine Mitarbeiterin mit 5 Stunden pro Woche die Geschäftsführung des Vereins.

2009 sind vier Teilzeitkräfte auf insgesamt 2,3 Vollzeitstellen in der Beratung tätig (incl. Sekretariatsarbeit); hinzu kommen

die 5 Wochenstunden für Geschäftsführungsaufgaben. 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 Beratungstätigkeit stehen die Mitarbeiterinnen auf Anfrage für Vorträge und Fortbildungen zur Verfügung und informieren die Öffentlichkeit durch Pressemitteilungen, Broschüren und Interviews über wissenschaftliche Neuerungen und Probleme von öffentlichem Interesse.

2. Die UPB im Jahr 2009

Die Berichte spiegeln die Arbeit und die Erfahrungen der Beraterinnen aus dem Jahr 2009 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 Gesundheits-

system – so wird z. B. das Thema Schweinegrippe - 2009 ein großes Thema in den Medien - in der UPB von den Patienten als Problem fast gar nicht thematisiert. Die UPB ist aber beständig ein Anlaufpunkt, an dem sich manches - nicht jedes – neu auftretende Problem des Systems kristallisiert.

2.1. Kooperation mit der Verbraucherzentrale Bremen

2009 nehmen die Unabhängige Patientenberatung Bremen und die Verbraucherzentrale Kontakt mit einander auf mit dem Ziel die Kompetenzen, Erfahrungen und Aufgaben der jeweiligen Beratungen im Bereich Gesundheit zu koordinieren zur gegenseitigen Ergänzung. Ende des Jahres verabschieden beide Einrichtungen eine Kooperationsvereinbarung: Die gegenseitige Information über alle in der eigenen Beratung wahrgenommenen Themen und Problembereiche, die für PatientInnen und VerbraucherInnen von allge-

meiner Bedeutung sind, wird ebenso vereinbart wie eine Zusammenarbeit in der Öffentlichkeitsarbeit. Ratsuchende werden an den jeweils anderen Kooperationspartner verwiesen, sofern sich die Fragen auf dessen Kompetenz-, Erfahrungs- und Aufgabenfeld beziehen.

Die Kooperation wird in einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung zum Thema Patientenverfügung in der Arbeitnehmerkammer im November der Öffentlichkeit vorgestellt.

2.2. Zahlen

An dieser Stelle die der Datenbank entnommenen Zahlen.

Tabelle 1: Herkunft der Ratsuchenden im Jahr 2009

Person	HB	HB umzu	Brhv	Brhv umzu	Unbekannt	weiter weg	Summe
Institution	64	1	8	2	2	9	86
männlich	656	88	105	38	161	64	1112
weiblich	1412	227	175	111	321	121	2367
ohne Angabe	9	1	1	-	4	-	15
prof. Helfer	28	3	4	3	15	3	56
Summe	2169	320	293	154	503	197	3636

Im Jahr 2009 haben die Mitarbeiterinnen der UPB insgesamt 3636 Personen beraten. Nahezu 60% der Ratsuchenden kommen aus Bremen und Umgebung;

12% der Anfragenden leben in Bremerhaven und Umgebung; 19% der Anfragenden wohnen im übrigen Bundesgebiet (9% ohne Angabe zum Ort)

Tabelle 2: Daten über die Art und Weise der Beratung 2009:

Beratungsart	HB	HB umzu	Brhv.	Brhv. umzu	weiter weg	unbekannt	Summe
telefonisch	2713	390	352	209	228	453	4345
persönlich	620	58	108	31	10	70	897
schriftlich	124	23	10	12	17	51	237
außer Haus	16	1	3	2		-	22
Summe	3473	472	473	254	255	574	5501

Den Zahlen der Tabelle ist zu entnehmen, dass 16% der Beratungen in einem persönlichen Gespräch erfolgen, 4% der Beratungen werden schriftlich – per Post und/oder Email - durchgeführt und der überwiegende Teil – 80% - der Fragen wird in einem telefonischen Gespräch geklärt.

Die Unabhängige Patientenberatung führt insgesamt 21,5 Beratungen pro Tag durch: davon 17 Beratungen telefonisch, 1 Beratung schriftlich und 3,5 Beratungen persönlich. Für eine persönliche Beratung

wird ein Zeitrahmen von 45 – 60 Minuten eingeplant.

In Bremerhaven und umzu finden 2% mehr Beratungen in persönlichen Gesprächen statt (19%) als in Bremen Stadt und um zu (17%); dafür ist die Zahl der schriftlichen und telefonischen Beratungen in Bremerhaven um je 1% geringer als in Bremen; das korreliert mit einem subjektiven Eindruck der Beraterinnen: In Bremerhaven kommen deutlich mehr Patienten spontan ohne vorherige telefonische Terminabsprache vorbei.

Tabelle 3: Art der Beratung im Vergleich zu den Vorjahren:

Beratungsart	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
telefonisch	4345	4532	4918	4431	3951	4469	3685
persönlich	897	1044	1085	860	770	807	488
schriftlich	237	265	262	203	223	131	251
außer Haus	22	30	58	58	22	14	12
Summe	5501	5871	6323	5552	4966	5521	4436

Im Jahr 2009 bleibt die Zahl der Beratungen mit 5501 konstant hoch; dabei ist zu beachten, dass diese Arbeit nach dem Wegfall einer Teilzeitstelle mit insgesamt 22,5 Wochenstunden jetzt nur noch von 4 Teilzeitmitarbeiterinnen bewältigt wird. Durchschnittlich hat jede Mitarbeiterin im Jahr 1375 Beratungen vorgenommen;

zieht man Urlaub und Krankheitstage ab, verbleiben für jede Mitarbeiterin 11,5 Beratungen pro Tag.

Ersichtlich ist eine Abnahme der persönlichen Beratungen von 17,2% im Jahre 2007, über 17,8% im Jahr 2008 auf 16% im Jahr 2009.

Tabelle 4: Anzahl der Personen – im Vergleich zu den Vorjahren

Person	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
weiblich	2367	2377	2667	2604	2672	2779	2214
männlich	1112	1178	1273	1243	1284	1329	1018
Institution	86	94	101	120	106	165	140
prof. Helfer	56	60	69	79	60	69	104
ohne Angaben	15	20	31	34	121	115	12
Summe	3636	3729	4141	4080	4243	4457	3488

Zur Erläuterung: Als Beratung einer **Institution** definieren wir allgemeine Beratungen von Institutionen des Gesundheitswesens, die Fragen an uns richten. Beratungen eines **professionellen Helfers** finden dann statt, wenn ein Professioneller des Gesundheitssystems aus einer Institution in der UPB nachfragt, um für einen be-

stimmten Patienten etwas in Erfahrung zu bringen oder zu klären.

Ca. 65% der Personen, die bei der UPB anrufen, sind Frauen, 30% sind männlichen Geschlechts; diese Relation ist in fast allen Jahren nahezu konstant ohne große Schwankungen

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

Leistungen der UPB	2009	2008	2007	2006
Information	3565	3726	3788	3827
Klärung	1457	1418	1361	535
Recherche	747	880	653	509
Terminvergabe	763	849	940	727
Kenntnisnahme	523	666	735	525
Zusendung	467	577	611	568
Unterstützung bei Durchsetzung	277	283	208	128
Verweis	260	165	173	190
Psychosoziale Beratung	77	84	110	105
Konfliktschlicht. Tätigkeit	12	15	40	22

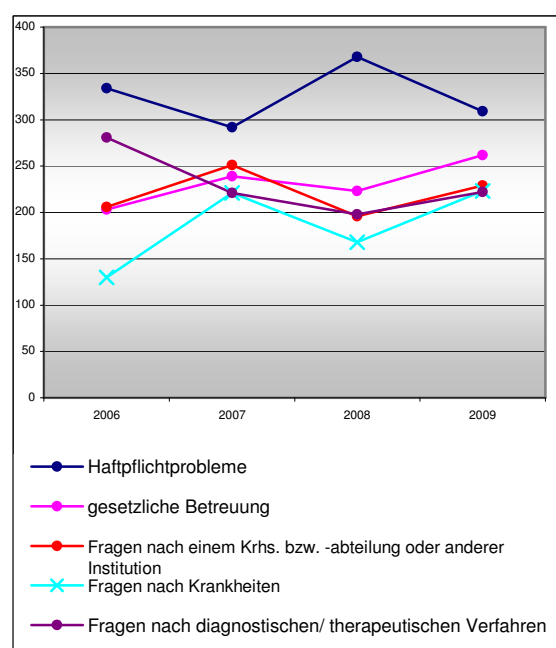
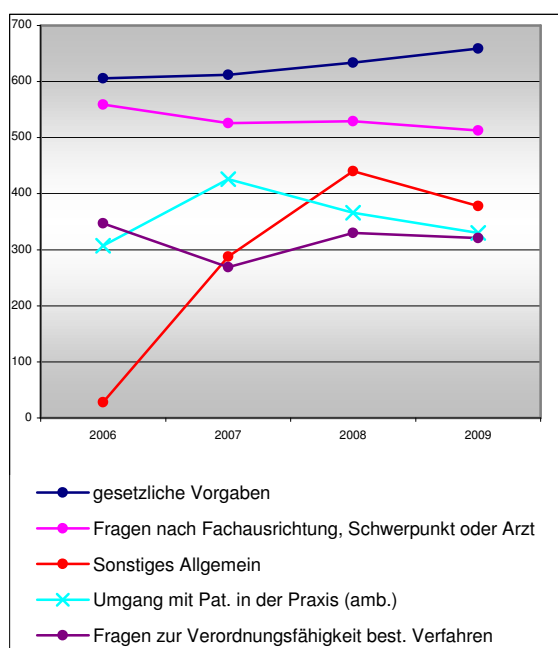
Tabelle 6: Themen der Allgemeinen Beratung 2009 (ohne Anfragen im Zusammenhang mit Pflege und Zahnberatung)

Probleme	2009	2008	2007	2006
gesetzliche Vorgaben	659	634	612	606
Fragen nach Fachausrichtung, Schwerpunkt oder Arzt	513	529	526	559
Sonstiges Allgemein	378	440	288	28
Umgang mit Pat. in der Praxis (amb.)	330	366	426	307
Fragen zur Verordnungsfähigkeit best. Verfahren	321	330	269	347
Haftpflichtprobleme	309	368	292	334
gesetzliche Betreuung	262	223	239	203
Fragen nach einem Krhs. bzw. -abteilung oder anderer Institution	229	196	251	206
Fragen nach Krankheiten	223	168	221	130
Fragen nach diagnostischen/ therapeutischen Verfahren	222	198	221	281
kein Rufkontakt mögl.	191	164	169	148
Gebührenordnungsfragen	165	142	157	212
Broschüren	152	117	186	119
psych./psychosomatische Störungen	137	143	221	185
Umgang mit Pat. im Krhs.(stat.)	121	112	129	93
Recht auf eigene Unterlagen	115	154	128	147
Fragen nach Medikamenten	103	68	91	96
Psychiatrie	103	71	67	36
Umgang mit Pat. in einer Institution	88	69	95	96
Zuzahlungen und Befreiungen	88	71	73	124
Fragen zur UPB	88	95	160	196
Lebensberatung	77	53	83	91
Anfragen aus dem öffentlichen Raum	60	42	51	52
Organisationsprobleme in der Arztpraxis	30	21	9	15
Organisationsprobleme im Krhs.(stat.)	25	18	11	17
Schweigepflicht	13	19	26	25
Ärztlicher Notfalldienst	10	12	6	10
Arztkontakte/ Reaktionen auf Nachfragen der UPB	8	11	17	13
Kontakte ins Gesundheitssystem	7	12	20	28

Die Reihenfolge der nachgefragten Themen hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Die 10 erst genannten Themen – gesetzliche Vorgaben, Fragen nach einem Spezialisten oder geeignetem Arzt für die Anfragenden, Fragen zu möglicherweise fehlerhafter Behandlung, zum Umgang mit Patienten im ambulanten Bereich, Fragen zu IGeL-eistungen, das

Thema der gesetzlichen Betreuung incl. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Fragen zu Krankheiten, zu Medikamenten und zum Recht eines Patienten auf die eigenen Behandlungsunterlagen – sind in den letzten vier Jahren – und auch davor – in jeweils unterschiedlicher Reihenfolge die häufigst nachgefragten Themen gewesen.

Graphische Darstellung der 10 häufigsten Themen



Ein Blick auf die graphische Darstellung lässt vielleicht einige Aussagen zu:

- Die Fragen zu gesetzlich geregelten Vorgaben sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Zur Erklärung ist ein genauerer Blick in unsere Datenbank hilfreich: Eine Fülle von unterschiedlichen Problemen, mit denen die UPB konfrontiert ist, finden sich hier: sehr viele Fragen im Zusammenhang mit dem Krankengeld, Fragen zum Verfahren zur Feststellung eines GdB beim Versorgungsamt, Erklärungen zum Widerspruchsverfahren gegen von Leistungsträgern aller Art erstellten Bescheiden sind in dieser Rubrik subsumiert ebenso wie Fragen zur „Chronikerregelung“, Fahrtkostenerstattung, Finanzierung von Haushaltshilfen und Wahlmöglichkeiten für eine Reha-Klinik bei genehmigter Rehabilitation. 2009 sind außerdem in dieser Rubrik sehr viele Fragen aufgetaucht zu Rückkehrrecht und -pflicht in die Krankenkasse sowie den Bemessungsgrundlagen für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- Auffallend im Kurvenverlauf ist die Zunahme der Zahl der Beratungen, die mit dem Stichwort „Sonstiges Allgemein“ kodiert werden (dies ist immer

dann der Fall, wenn die Anfrage nicht in die übrigen Kodierkategorien passt). Auch hier ist ein detaillierter Blick in die Datenbank notwendig: 2009 werden dort vor allem Probleme und Informationen zu Versicherungen eingeordnet, also eher die Fragen, die die Grenze unseres Beratungsangebotes erreichen; z. B. Fragen zum Übergang von Rehabilitation in die Rentenversicherung; verschiedenste Fragen zu Arbeitsunfähigkeit; Fragen zur gesetzlichen/privaten Krankenversicherung nach einem Auslandsaufenthalt. Aber auch Fragen zur Behandlung durch Heilpraktiker und deren Bezahlung, Probleme in der Auseinandersetzung mit einer Unfallversicherung oder einer BG, die geltend gemachte Ansprüche nicht anerkennen. Immer wieder ein Thema: Patienten, die mit einem Arztbericht nicht einverstanden sind (in der Regel, wenn dieser subjektive Bemerkungen über den Patienten enthält), erfragen Möglichkeiten, eine Änderung des Briefes herbei führen zu können.

- Die Anfragen zum Thema Behandlungsfehler/Haftpflicht sind mit Schwankungen ein kontinuierlich nachgefragtes Thema. In der Beratung ist es ein relativ zeitaufwendiges, fast immer nur in einem persönlichen Gespräch zu bearbeitendes Thema, gilt

es doch hier zwischen Komplikation und Fehler so weit wie möglich zu unterscheiden. Häufig genug stehen hinter den Vermutungen der Patienten zu einer fehlerhaften Behandlung ausgeprägte Kommunikationsprobleme zwischen den Betroffenen und ihren ärztlichen Therapeuten.

- Die Anfragen zum Betreuungsrecht haben vor allem 2009 zugenommen. Dies wundert nicht, da mit Wirkung zum 1. September 2009 das neue „Patientenverfügungsgesetz“ ins Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommen worden ist. Zudem werden Patienten in zunehmendem Maße auf die Existenz einer Patientenverfügung angesprochen, z.B. vor einer Aufnahme in ein Pflegeheim oder vor einer größeren Operation.
- Für uns bemerkenswert ist auch die Zunahme der Fragen nach Krankheiten und nach Medikamenten, sowie die Anzahl der Schilderungen von Organisationsproblemen in der Praxis. Ist dies Ausdruck eines immer größer werdenden Druckes auf die Arzt-Patient-Beziehung, so dass der Arzt meint, nicht mehr genug Zeit zu haben (oder definitiv nicht mehr genug Zeit hat) für eine dem Patienten ausreichende Aufklärung? In Deutschland dauert ein Kontakt in einer Praxis zwischen Arzt

und Patient durchschnittlich 7 Minuten; in einigen anderen europäischen Ländern 15 Min.; durchschnittlich kann ein Patient 15 Sekunden reden, bevor der Arzt ihn unterbricht.

- Positiv zu vermerken in unserer Statistik sind die niedrigen Anfragezahlen zur Schweigepflicht und zum ärztlichen Notdienst. Offensichtlich ist den Behandelnden überwiegend klar, welcher Stellenwert die Schweigepflicht nicht nur in der Rechtsprechung hat. Die in den letzten Jahren durchweg niedrigen Zahlen im Bereich des ärztlichen Notdienstes sind bemerkenswert, da es sich doch um einen Bereich der Medizin handelt, in dem aufgrund der besonderen Situation Kommunikationsprobleme und Missverständnisse vorprogrammiert erscheinen. Entweder sind die Patienten froh, in dieser besonderen Situation in der Regel zu einer ungewöhnlichen Tageszeit einen Ansprechpartner zu finden und/oder der ärztliche Notdienst ist wirklich gut in seiner Funktion – auch in menschlicher Hinsicht – organisiert und/oder zum ärztlichen Notdienst gehört ein sehr gutes Beschwerdemanagement, so dass die Patienten nicht mehr in die UPB kommen (müssen).

3. Allgemeine Beratungstätigkeit

3.1. Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung - gesetzliche Leistungen privat bezahlen

Im Jahr 2009 erreichten uns in zunehmendem Maße Anfragen zur Möglichkeit der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dabei stellte sich heraus, dass nur wenige Anfragende um die finanziellen Folgen wussten, die die Wahl von Kostenerstattung für sie haben würde.

Kostenerstattung meint das Prinzip, dass Patienten eine Leistung (sei es die Behandlung durch einen Arzt/Zahnarzt/Psychotherapeuten, ein Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel oder eine andere Behandlungsleistung)

zunächst selbst `einkaufen`. Die Patienten bezahlen die Rechnung selbst und reichen sie dann zur Erstattung bei ihrer Kasse ein.

Nach diesem System funktioniert derzeit die private Krankenversicherung.

In der Regel erhalten gesetzlich krankenversicherte Patienten die ihnen zustehenden Leistungen derzeit (z.B. ambulante, stationäre Behandlung, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel) als Sachleistungen – sie erhalten keine Rechnung, die sie vorab bezahlen müssen. Vielmehr rechnen die Erbringer der Sachleistungen (z.B. Apo-

theaker, Sanitätshäuser, Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten) die Kosten mit der dafür zuständigen Stelle ab.

Die derzeitige Systematik der gesetzlichen Krankenversicherung sieht die Kostenerstattung im Wesentlichen in vier Fällen vor:

- **Kostenerstattung bei Systemversagen:** wenn die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. In diesem Fall bekommt der Versicherte, der sich die Leistung selbst beschafft, also `eingekauft` hat, seine Kosten, soweit sie notwendig waren, erstattet (§ 13 Abs. 3 SGB V),
- Erstattung der **Kosten einer im EU-/EWR-Ausland erfolgten ambulanten Behandlung** (§ 13 Abs. 4 SGB V), und die
- **beiden Fälle der Wahl von Kostenerstattung**
 - entweder für den einzelnen Versicherten und ggf. beschränkt auf z.B. ambulante oder stationäre Behandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V),
 - oder eines von der jeweiligen Krankenkasse angebotenen Kostenerstattungstarifs für den Versicherten und ggf. all seine familienversicherten Angehörigen unter den jeweiligen Bedingungen des Tarifs der einzelnen Krankenkasse.

Wählt ein gesetzlich Krankenversicherter Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder einen Kostenerstattungstarif sollte ihm klar sein, dass dies für ihn erhebliche finanzielle Folgen haben kann.

Sachleistungen werden nach anderen Maßstäben, Verträgen und Gebührenregelungen abgerechnet, als dieselben Leistungen, die derselbe gesetzlich krankenversicherte Patient erhält, wenn er Kostenerstattung gewählt hat.

Ein Versicherter, der Kostenerstattung wählt, wird vom Arzt, Zahnarzt, oder Psychotherapeuten als Privatpatient behandelt. Die Abrechnung dieser ärztlichen und therapeutischen Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung, die auch für die Abrechnung der Behandlungen von Pri-

vatpatienten Anwendung findet. Dem Versicherten werden zudem für die weitere Versorgung (z.B. mit Arzneimitteln) Privatrezepte ausgestellt, die ebenfalls anders abgerechnet werden, als dies im Wege der Sachleistung geschehen würde.

Die Krankenkasse erstattet aber die Kosten nicht in Höhe dieser Rechnungen.

Hat ein Versicherter Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt, erstattet die Krankenkasse die Kosten, die sie für diese Leistung in der Form der Sach- oder Dienstleistung hätte aufwenden müssen. Abgezogen werden außerdem ein Abschlag für die zusätzlich entstehenden Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie die Zuzahlungen, die die Krankenversicherten auch bei der Sachleistung zu tragen hätten.

Wählt ein Versicherter einen Kostenerstattungstarif nach § 53 Abs. 4 SGB V, erstattet die Kasse lediglich in Höhe des Anteils an den Kosten der Sachleistung, der jeweils im Tarif vereinbart wurde.

Es bleibt somit ein u.U. erheblicher Betrag, den der Versicherte nicht erstattet bekommt, den er selbst zahlen und tragen muss.

Den meisten Versicherten ist auch nicht klar, dass sie zwar hinsichtlich der Bezahlung wie Privatpatienten behandelt werden, aber nicht hinsichtlich der Art der Behandlung.

Die Versicherten dürfen sich auch im Falle der Wahl von Kostenerstattung ausschließlich durch Kassenärzte/-zahnärzte/-therapeuten behandeln lassen, also nicht reine „Privatärzte“ oder Privatkliniken auswählen. Auch werden nur die Leistungen erstattet, die auch sonst für gesetzlich Krankenversicherte im Wege der Sachleistung erbracht und abgerechnet werden dürfen.

Leistungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen sind, werden also im Rahmen der Kostenerstattung ebenfalls nicht übernommen.

Auch Wahlleistungen wie „Chefarztbehandlung“ oder „Einzel-/Zweibettzimmer“ werden im Wege der Kostenerstattung nicht übernommen.

3.2. Privat versichert – problemlos versichert (im Gegensatz zum „Kassenpatienten“)?

In den vergangenen Jahren haben wir diverse Male über Probleme gesetzlich krankenversicherter Patienten mit ihren Leistungsträgern, den Krankenkassen, berichtet.

Jetzt soll auch einmal über die zunehmenden Probleme der privat Versicherten berichtet werden.

Die Anzahl der privat versicherten Ratsuchenden, die sich an uns wandten, war und ist immer noch – entsprechend der Relation gesetzlich Krankenversicherter zu privat Krankenversicherten in der Gesamtbevölkerung – erheblich kleiner als die der gesetzlich Krankenversicherten. Wir stellten jedoch in den letzten Jahren fest, dass die Anfragen zu Erstattungsproblemen mit den privaten Krankenversicherern stetig zunahmen.

Privat versicherte Patienten schließen mit ihrem Arzt (Zahnarzt, Psychotherapeuten) einen Behandlungsvertrag ab. Aus dem Behandlungsvertrag schulden sie direkt dem Arzt das Behandlungshonorar (Behandlungen gesetzlich krankenversicherter Patienten im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung rechnet der Arzt nicht mit diesen Patienten ab, sondern über die Kassenärztlichen Vereinigung oder - bisher noch ausnahmsweise – über die Krankenkasse). Die Rechnung reichen privat Versicherte dann – i.d.R. nach Bezahlung aus eigener Tasche – bei ihrer privaten Versicherung zur Erstattung ein. Die Höhe der durch die Versicherung zu erstattenden Summe kann je nach Tarif und/oder Leistung durchaus niedriger liegen als die Rechnungssumme.

Es kommt zunehmend vor, dass Versicherungen die Erstattung der bezahlten Rechnungen ganz oder teilweise verweigern – die Patienten dann also erhebliche Beträge, bis in den vier- bzw. fünfstelligen Bereich, selbst tragen sollen/müssen.

Ein häufig vorgetragener Grund der Versicherer:

„Die vom Arzt abgerechneten Leistungen waren medizinisch nicht notwendig.“

Durchaus nicht allen privat Versicherten ist bewusst, dass auch die privaten Krankenversicherungen nicht alles anerkennen und erstatten, was im Einzelfall ärztlicherseits möglich und machbar ist. Vielmehr ist in den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB-KK) und damit verbindlich für jeden Tarif, geregelt, dass der Versicherungs- und damit Erstattungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall ist.

Was aber bedeutet 'medizinisch notwendige Heilbehandlung' und wer bestimmt abschließend, wann eine Heilbehandlung medizinisch notwendig war?

Der Patient selbst kann es nicht beurteilen und die Versicherer berufen sich auf von ihnen beigezogene oder angestellte Ärzte als Experten.

Weitere Begründungen:

- „die Abrechnung ist nicht korrekt. Für die vom Arzt erbrachte Leistung hätte nicht die Ziffer X der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte abgerechnet werden dürfen, sondern die Ziffer Y. Wir erstatten daher die Summe Z weniger“.
Die Summe Z kann sich durchaus im dreistelligen Bereich bewegen. Im Falle einer umfangreichen Behandlung wird diese Begründung nicht selten mehrfach vorgetragen
- „die Abrechnung ist nicht korrekt, weil die vom Arzt abgerechnete Leistung gar nicht hätte separat abgerechnet werden dürfen (Beispiel: die im Rahmen dieser umfangreichen Operation separat abgerechnete besondere Naht, ist keine besondere Naht, sondern gehört einfach zum Umfang dieser Op dazu. Die Op wurde aber bereits als Ganzes oder in kleineren Teilen mit bestimmten Gebührenziffern abgerechnet und dazu gehört die Naht dann eben auch.) Wir erstatten daher die Summe Z für die Abrechnungsziffer Y gar nicht“.

Auch dies kann leicht innerhalb einer Rechnung mehrfach dreistellige Summen betreffen.

Die Patienten sitzen wirklich zwischen den Stühlen:

Sollen sie sich an ihren Arzt wenden und von ihm einen Teil des bereits bezahlten Honorars zurückfordern oder – wenn noch nicht bezahlt – sich einer möglichen Zahlungsklage ihres Arztes aussetzen?

Oder sollen sie ihrerseits ihren Versicherer auf Leistung verklagen?

In beiden Fällen droht ein erhebliches Prozesskostenrisiko.

Über die Ärztekammern können sich Patienten Stellungnahmen zu dem individuell fraglichen Honorar einholen. Aber die Stellungnahmen der Ärztekammern müssen weder von den Ärzten noch von den privaten Versicherungen anerkannt werden.

Noch gravierender wirken sich die Fälle aus, in denen die private Versicherung vom Vertrag insgesamt zurück tritt oder ihn kündigt.

Auch hier treten die Anfragen vermehrt auf.

Derjenige, der eine private Versicherung abschließen möchte, wird von der Krankenversicherung zunächst einmal – wie in jeder anderen privaten Versicherung auch – als Risiko kalkuliert. Da private Versicherungen private Unternehmen sind und damit – anders als gesetzliche Krankenversicherungen – Gewinne erwirtschaften dürfen, wird geschaut, wie groß das Risiko ist, dass dieser potentielle Kunde auch Geld kostet. Ist das Risiko zu groß, lehnt die private Krankenversicherung den Vertragsabschluß ab. Ist das Risiko groß, aber noch hinnehmbar, wird entweder ein Risikoausschluss vereinbart (die Behandlung einer bestimmten Erkrankung ist dann eben von der Versicherung nicht umfasst) oder ein Aufschlag auf die Prämie kalkuliert.

Um das Risiko einschätzen zu können, braucht die Versicherung Informationen über den Gesundheitszustand des potentiellen Kunden. Dazu werden den Kunden bei Krankheitsvollversicherungen Fragebögen vorgelegt, die dieser so genau als möglich beantworten sollte. Auskünfte der behandelnden Ärzte werden oft nicht gleich erbeten.

Im vergangenen Jahr wurden uns mehrere Fälle vorgetragen, in denen privat Versi-

cherte sich kurz nach Abschluss einer privaten Krankenversicherung einer ärztlichen Behandlung unterziehen mussten; die Versicherung verlangte nach Vorlage der Rechnungen durch die Patienten dann plötzlich Auskünfte behandelnder Ärzte, auch aus länger zurück liegenden Behandlungen. Wurden in den Auskünften Beschwerden oder Behandlungen zu dem jetzt vorliegenden Krankheitsbild erwähnt, erfolgte der Rücktritt vom Vertrag. Begründung: Der Versicherte ist seiner vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht nachgekommen.

In der Regel werden diese Versicherten – so der Rücktritt des Versicherers wirksam erfolgte, was ggf. rechtlich überprüft werden sollte - nur noch eine private Versicherung im Basistarif abschließen können. Dies bedeutet: Leistungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung aber – unabhängig vom tatsächlichen Einkommen – grundsätzlich zu Beiträgen, die dem Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

Insbesondere im Bereich der Zahn-Zusatzversicherung stellt sich für Patienten oft heraus, dass der Teufel – gerade bei Versicherungen – im Detail, sprich in den Versicherungsbedingungen, steckt.

Der Teufel nennt sich: „Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung“. Ein Versicherungsfall beginnt jedoch nicht erst mit der eigentlichen Heilbehandlung, wie es der medizinische Laie verstehen würde. Geht man z.B. zum Zahnarzt und der stellt fest: da ist was und wir müssen bald was machen – dann wird ein Versicherer möglicherweise entdecken, dass zu dem Zeitpunkt schon Behandlungsbedürftigkeit und damit ein Versicherungsfall vorlag. Lag dieser Zeitpunkt vor dem Vertragsschluss, wird sich der Versicherer freuen: er wird die Kosten nicht erstatten - und ist dazu auch nicht verpflichtet, wenn es denn stimmt, dass zu dem Zeitpunkt schon Behandlungsbedürftigkeit vorlag.

Ob der Versicherer recht hat? Der Patient kann es feststellen, indem er ihn auf Zahlung verklagt, ein Risiko, das nicht jeder eingehen will und kann.

3.3. Das Unbehagen der Patienten am erlebten Umgang mit ihren Daten

Die Diskussion um die Einführung der E-Card und der Frage der Sicherheit der auf dieser Karte gespeicherten Daten, hat die Patienten für den Umgang mit ihren Gesundheitsdaten weiter sensibilisiert.

Gesundheitsdaten zählen zu den Daten, an deren best möglichem Schutz die Menschen ein besonders großes Interesse haben; aber auch zu den Daten, an denen Dritte ein besonders großes Interesse haben (können): angefangen vom Arbeitgeber, über private Versicherungen und soziale Leistungsträger bis hin zu Wirtschaftsunternehmen wie z.B. Banken, Arzneimittelherstellern und -vertrieben etc.

Wir möchten in diesem Bericht nicht auf datenschutzrechtliche Fragen eingehen. Wir möchten lediglich über einige Erlebnisse von Patienten berichten, die z.T. auch deutlich machen, welch großer Markt sich im Umgang mit Gesundheitsdaten erschlossen hat und weiter erschließen wird.

Mehrfach erhielten wir derartige Anfragen von Patienten:

„Meine Krankenkasse bietet mir die Teilnahme an einem Disease-management-Programm (DMP) betreffend COPD, Bluthochdruck, Diabetes an.“ Im nächsten Satz folgte dann entweder:

- „ich wusste gar nicht, dass ich an COPD, Bluthochdruck, Diabetes leide. Mein Arzt hat mir nichts davon gesagt. Wieso und woher weiß die Krankenkasse etwas, was noch nicht einmal ich weiß?“, oder es folgte:
- „wenn ich an diesem Programm teilnehme, sollen alle Daten aus meiner Teilnahme an `Datenstellen` weitergeleitet, zusammengeführt und ausgewertet werden. Was passiert da eigentlich genau?“

In einem Einzelfall: „Meine Krankenkasse hat angefragt, ob ich an einem DMP teilnehmen will. Ich habe nicht reagiert, daraufhin hat die Kasse meinen Arzt angeschrieben.“

Während der Krankengeldzahlung häufen sich Fragen wie:

- „meine Krankenkasse hat mir einen umfangreichen Fragebogen zugeschickt, nachdem ich das erste Mal einen Zahlschein zur Auszahlung von Krankengeld vorgelegt habe. Man will von mir wissen, welche Gründe für die Kündigung meines Arbeitsvertrages (die während der Arbeitsunfähigkeit erfolgte) vorlagen, ob ich mit der Kündigung einverstanden gewesen sei oder ob ich Klage erhoben habe. Warum will meine Kasse das wissen und was passiert weiter mit diesen Informationen?“
- In einem anderen Fall: „Ich bin zwar schon länger arbeitsunfähig, aber noch in der Entgeltfortzahlung, beziehe also noch gar kein Krankengeld. Meine Krankenkasse schreibt mich jetzt an und bittet mich, einen Fragebogen auszufüllen. Erfragt werden u.a. Angaben zur Größe des Betriebs, ob ein Betriebsrat sowie ein Betriebsarzt vorhanden sei, welche Tätigkeit ich ausübe, ob ich damit zufrieden sei. Was soll das und was machen die damit?“
- oder: „Der Entlassungsbericht aus der stationären medizinischen Rehabilitation enthält Äußerungen zu einem dort diagnostizierten psychischen Leiden/kommt zu dem Ergebnis, dass ich suchterkrankt sei oder dass meine Symptomatik `psychosomatisch` bedingt sei. Muss ich davon ausgehen, dass weitere Personen/Institutionen diesen Bericht sehen werden, dass sich diese Feststellungen in meinen `Akten` festsetzen und auf Dauer manifestieren? Wie kann ich verhindern, dass sich diese - meines Erachtens falschen - Feststellungen durch mein Patientenleben ziehen und andere Leistungsträger/Behandler aus den Akten diese falschen Informationen und Eindrücke über mich gewinnen? Kann ich das überhaupt verhindern?“

Besonders nachdrücklich illustriert jedoch folgender, in unserer Beratung lediglich einmal berichtete Fall, das Unbehagen von Patienten:

Eine ältere Dame, deren Krebserkrankung zum fünften Mal auflebte, fragt an: „Meine

Krankenkasse informiert mich ungefragt über ein Programm zur Unterstützung bei und Bewältigung von Depressionen. Bei Interesse bietet man mir an, meine Daten an die Firma, die dieses Programm durchführt, zu übermitteln. Ich fühle mich doch stark schockiert über diese Anfrage, zumal ich privat und sozial gut aufgefangen bin und nichts, aber auch gar nichts, aus meinen ärztlichen Behandlungen auf eine derartige, durch die Krebserkrankung ausgelöste, Reaktion hinweisen kann. Ich finde den Gedanken unerträglich, dass meine Daten von meiner Kasse ungefragt unter derartigen Gesichtspunkten ausgewertet werden. Außerdem interessiert mich, was das denn für ein Angebot ist und wer hinter dieser Firma steht.“

Die Recherche ergab, dass die konkrete Firma zu einem Unternehmen gehört, das

u.a. auch einen großen, medizinisch ausgerichteten Fachbuchverlag betreibt sowie weitere Firmen mit medizinisch ausgerichtetem Hintergrund.

In allen diesen Fällen kommt eine weitere Facette hinzu: grundsätzlich mögen all diese Angebote/Nachfragen geeignet sein, den Interessen der Patienten tatsächlich zu dienen – ebenso sind sie jedoch vom Grundsatz her mindestens genau so geeignet, Einsparungen bei Leistungsträgern zu ermöglichen.

Was den Betroffenen unklar bleibt: worauf liegt der Interessenfokus der anfragenden Leistungsträger – auf der Unterstützung der Betroffenen oder auf den Einsparpotentialen?

3.4. Kommunikationsprobleme

Der Begriff Kommunikation leitet sich aus dem Lateinischen „communicare“ ab – übersetzt: teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen.

Kommunikation führt im Idealfall genau zu dem, was die Übersetzung ins Deutsche an Bedeutung transportiert: dass wir uns dem Anderen mitteilen mit unseren Anliegen, Wünschen, Problemen, dass der Kommunikationspartner und wir am Ende des Prozesses ein gemeinsames Verständnis für den Anderen, sein Anliegen erreicht und hierauf basierend gemeinsam eine mögliche Lösung erarbeitet haben.

Misslingt dieser Prozess, wird nicht nur - wenigstens auf einer Seite - ein Gefühl des Scheiterns, des Unverständnisses, des Nichtverstandenseins zurückbleiben, sondern auch die mögliche Lösung eines Problems scheitern. Die Gefahr, dass ein Kommunikationsprozess misslingt, ist umso größer, je größer das Gefälle zwischen den Partnern des Prozesses ist. Patienten erleben im Kontakt mit Ärzten häufig ein besonders großes Kommunikationsgefälle. Die Gründe, dass sich Menschen nach einem Besuch als „Sprachlos in der Sprechstunde“ empfanden, konnte die UPB in einem Gespräch mit dem „Weser-Kurier“ („Weser-Kurier“ vom 17.01.2010) darlegen: Ärzte

- haben in der Regel einen großen Vorsprung an Fachwissen, kommunizie-

ren aber häufig in einer Fachsprache, die vom Patienten nicht verstanden wird. Sie haben oftmals nicht gelernt, sich dem Patienten in seiner Sprache, die dieser spricht und versteht (und hiermit ist keine Fremdsprache gemeint), verständlich zu machen.

- arbeiten oft unter großem Zeitdruck und/oder in arbeitsteiligen und damit besonders für Kommunikationsstörungen anfälligen Prozessen, mit der Gefahr, dass Informationen nicht, zu spät oder unvollständig weitergegeben werden, und
- sind sich der Tatsache, dass sie als Behandler auf die gelungene Kommunikation mit dem Patienten angewiesen sind, damit sie einerseits ihre Aufgaben fachlich zutreffend und effektiv erfüllen können und die Therapie andererseits vom Patienten auch akzeptiert, verstanden und damit befolgt wird, nicht in jedem Fall bewusst. Daraus wiederum resultiert häufig ein unzureichendes Bemühen um das Gelingen von Kommunikationsprozessen. Am Ende einer solchen Spirale können durchaus Haftungsfragen z.B. aus Behandlungsfehlern stehen.



Kommunikationsprobleme tauchen jedoch für Patienten nicht nur mit dem behandelnden Arzt auf, sondern auch mit Leistungsträgern und anderen Professionellen im Gesundheitssystem – teils aus genau den selben Gründen.

Selbst wenn sich nicht aus jedem fehlgeschlagenen Gespräch eine Haftung aus fehlerhafter ärztlicher Behandlung oder institutioneller Beratung ergibt: die Reibungs-, Wirksamkeits- und Effizienzverluste aus fehler- oder mangelhafter Kommunikation können erheblich sein.

Vier Beispiele aus dem vergangenen Jahr – von Tragik bis Komik.

1. und 2.

Zwei Frauen werden in zwei unterschiedlichen Kliniken eingeliefert und behandelt werden. Bei beiden wird ein Verdacht auf Tumorherde in der Lunge festgestellt. Bei den Frauen wird dieser Verdacht während des stationären Aufenthaltes nicht mitgeteilt.

Der einen Dame wird bei Entlassung ein vorläufiger Bericht mitgegeben, aus dem sie Kenntnis von dieser Verdachtsdiagnose erhält. Da sie unmittelbar vor einem Wochenende entlassen wurde, kann sie alles, was in einem solchen Moment dringlichst an Information gewünscht wird, erst nach dem Wochenende mit ihrem behandelnden Arzt besprechen. Ein Wochenende voller Angst und Sorgen vor dem Hintergrund einer potentiell – wie man auch als Laie weiß – lebensbedrohlichen Erkrankung.

Die andere Dame wird ohne vorläufigen Bericht entlassen. Sie erfährt von dem Verdacht per Zufall dadurch, dass sie sich aus anderem Grunde von ihrem behandelnden Arzt Kopien von Behandlungsunterlagen erbeten hatte. Sie muss von dieser Diagnose Kenntnis nehmen, während sie in der Straßenbahn sitzt, mehrere Monate, nachdem der Verdacht dokumentiert wurde, mehrere Monate später, in denen keine weiteren Maßnahmen ergriffen wurden.

Dass das Misslingen von Kommunikation in derartigen Fällen absolut nicht hinnehmbar ist, muss nicht weiter ausgeführt zu werden.

3.

Eine weitere Frau meldet sich bei uns. Sie habe einen Antrag auf erneute Genehmigung von Funktionstraining gestellt. Man habe ihren Antrag abgelehnt. Die Begründung der Krankenkasse hat die Patientin wie folgt verstanden: „Wir übernehmen kein weiteres Funktionstraining, weil Sie nicht geistig oder psychisch krank oder behindert sind.“ Der Rückschluss dieser Frau und daraus folgend komplettes Unverständnis: „Man bekommt nur Funktionstraining, wenn man geistig oder psychisch krank oder behindert ist. Da ich schon ein Mal Funktionstraining bekommen habe, geht meine Krankenkasse davon aus, dass ich geistig oder psychisch krank oder behindert bin. Das ist aber bei mir nicht der Fall. Welche Daten liegen dieser über mich vor? Was kann ich dagegen tun, dass Daten zu meiner Person gespeichert wurden und was kann ich gegen die Ablehnung des Antrages tun?“ Des Rätsels Lösung war für uns sehr einfach zu finden und wir konnten die Patientin dann auch beruhigen: Eine Verlängerung der Leistungsdauer ist nur in Ausnahmefällen möglich, u.a. wenn die langfristige Durchführung des Funktionstrainings in Eigenverantwortung wegen geistiger oder psychischer Krankheiten/Behinderungen nicht oder noch nicht möglich ist.

4.

Wirklich komisch kann man folgende Anfrage eines Patienten finden:

„Mein Zahnarzt will mir rund 240,- € für die Zerstörung einer klinischen Krone in Rechnung stellen? Kann das sein und ist das wirklich zulässig, dass es so teuer ist, eine Krone kaputt zu machen? Und was, um Himmels willen, kostet mich dann erst die neue Krone?“

Auch hier ist des Rätsels Lösung bei genauerer Nachfrage einfach: im Heil- und Kostenplan für die Krankenkasse wegen geplantem Zahnersatz waren entsprechend den Festzuschuss-Richtlinien Maßnahmen für erhaltungswürdige Zähne vorgesehen. In einigen dieser Fälle lautet der Text der Festzuschuss-Richtlinien für den Befund „erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone“. Das verwendete Programm sah jedoch aus unerfindlichen Gründen an

dieser Stelle den Text vor: „Zerstörung der klinischen Krone“.

Die Fälle 3 und 4 erscheinen komisch – und sind es auch zunächst. Bei genauem Hinsehen ist das Ganze nicht mehr nur komisch, sondern auch teuer.

Es wird Verwaltungs-/Personalaufwand notwendig, weil Kommunikation misslungen ist, weil komplexe Sachverhalte und deren sprachliche Vermittlung nicht korrelierten, weil niemand sich die Mühe gemacht hat, mit Menschen, die sich nicht auskennen (müssen!), verständlich zu

3.5. Einzelbeispiele

In dem Wissen, dass sich hinter den vielen Zahlen unserer Statistik Menschen verbergen, die mit ihrem Problem, mit ihren Fragen nicht weitergekommen sind und sich deswegen an die UPB gewandt haben wollen wir an dieser Stelle die im Jahresbericht 2007 erstmals durchgeführte Veröffentlichung von Einzelfallschilderungen wieder aufgreifen. Die jeweiligen Probleme sind in dieser Form nur 1x in den Beratungen aufgetreten, aber es geht bei diesen „Fällen“ entweder um ein grundsätzliches Problem oder die „Fälle“ stellen ein solches Extrem dar, dass wir denken, sie sind es wert, veröffentlicht zu werden.

Zahnreinigung:

Mitte des Jahres legt uns eine Frau einen Heil- und Kostenplan eines Zahnarztes vor für eine geplante Zahnersatzversorgung mittels einer Vollprothese für den Oberkiefer- und einer Teilprothese für den Unterkieferbereich. Der Patientin wird im Heil- und Kostenplan ein voraussichtlicher Eigenanteil von 9.600,- € avisiert. Die Kosten für die zur Durchführung der Behandlung geplante Vollnarkose sind in dem Kostenvoranschlag noch nicht enthalten. Anhand des Heil- und Kostenplanes und dem begleitenden Gespräch stellt sich u. a. heraus, dass der Patientin eine Zahnreinigung vorgeschlagen worden ist an 13 Zähnen, die anschließend gezogen wer-



sprechen bzw. für sie verständlich zu schreiben.

Berücksichtigt man weiter, dass wir nur vier Beispiele aus unserem Alltag herausgesucht haben, dass viele weitere Betroffene sich nicht an uns wenden, und dass der Ärger, das Unverständnis etc. dann in vielen Fällen in den betroffenen Institutionen bearbeitet werden muß, verlieren diese Sachverhalte ihre gesamte Komik. Sie können dann aber immerhin noch trefflich dazu dienen, die Situation wirklich bildhaft darzulegen – und haben darin dann auch letzten Endes wenigstens eine gute Seite.

den sollen; Kosten allein dafür lt. HKP: 895,-€.

Hier erübrigt sich ein erläuternder Kommentar.

MRSA- Infektion:

(MRSA – Keim: Methicillin resistenter Staphylococcus aureus, ein Hautkeim, der in einer Wunde Entzündungen auslösen kann und der gegen bestimmte Antibiotika unempfindlich ist).

Eine Ehefrau wendet sich mit Bitte um Unterstützung an die UPB: ihr Ehemann liege im Krankenhaus und solle entlassen werden, da eine weitere Behandlung wegen einer Infektion mit einem MRSA- Keim momentan nicht stattfinden könne. Die Ehefrau schildert diese Situation dem Hausarzt mit der Bitte um weitere Behandlung. Dieser lehnt mit Hinweis auf diesen Keim die weitere Behandlung ab, der Mann dürfe nicht in die Praxis kommen und er, der Hausarzt, werde auch auf gar keinen Fall einen Hausbesuch durchführen, da er sich und seine Patienten nicht anstecken wolle.

Nicht nur, dass dieser Hausarzt offensichtlich nicht informiert ist, wie mit einem Patienten mit einer Infektion mit diesem Keim in der häuslichen Situation umzugehen ist und in wie weit der Patient überhaupt eine „Gefahrenquelle“ für seine Umgebung ist, dieser Hausarzt ist nicht willens, sich zu informieren und dazu zu lernen; statt dessen lässt er „seinen“ Patienten – für den er eine Verantwortung trägt bezüglich dessen medizinischer Versorgung - in einer schwierigen Situation einfach allein.

4. Bremerhaven

Immer dienstags von 11:00 bis 16:00 Uhr steht den Bremerhavener Bürgerinnen und Bürgern eine Beraterin in unserem Büro in der Kurfürstenstraße in Bremerhaven zur persönlichen Beratung zur Verfügung. An allen anderen Tagen ist für unsere Bremerhavener Telefonnummer eine kostenlose Rufumleitung geschaltet, so dass eingehende Anfragen direkt in der Zentra-

le in Bremen bearbeitet oder Termine vereinbart werden können. Wir bedanken uns bei „Leben mit Krebs e. V.“, dass wir den Büroraum nutzen können.

In 2009 haben wir 447 Personen beraten, davon kamen 139 Personen zum persönlichen Gespräch.

Tabelle 7: anfragende Personen aus Bremerhaven und Umgebung im Jahresvergleich

Anfragende Personen	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Brhv.	293	271	305	288	359	333	289
Umgebung Brhv.	154	134	152	161	229	185	131
Gesamt	447	405	457	449	588	518	420

Tabelle 8: Anzahl der Beratungen Bremerhavener Bürger im Jahresvergleich

Anzahl der Beratungen	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Brhv.	473	485	498	431	425	400	374
Umgebung Brhv.	254	210	257	223	256	222	166
Gesamt	727	695	755	654	681	622	540

Die vorwiegenden Gesprächsthemen bezogen sich auf Fragen nach gesetzlichen Vorgaben, oft im Zusammenhang mit der Verordnungsfähigkeit bestimmter Verfahren, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, oder auch Fragen nach angebotenen Ige-Leistungen. Für den Patienten heißt dies:

- „Ich habe das Medikament jahrelang verordnet bekommen und nun erhalte ich ein anderes, das ich nicht vertrage.“
- „Jahrelang habe ich gute Inkontinezzartikel für meine pflegebedürftige Mutter erhalten – jetzt hat die Krankenkasse den Anbieter gewechselt. Die Windeln allerdings sind schlecht und ich brauche doppelt so viele, die mir aber die Krankenkasse nicht in der Menge bezahlt!“

- „Muss ich die PSA-Wert-Bestimmung bei der Vorsorgeuntersuchung selbst bezahlen und warum?“

Die Fragen sind ein großer Teil der Sorgen und Nöte von Patienten, die 2009 in der Beratungsstelle in Bremerhaven persönlich bzw. telefonisch mit Anrufern aus Bremerhaven und umzu bearbeitet wurden. Dabei werden Lücken, Probleme und Konflikte im Gesundheitssystem in Bremerhaven bearbeitet und in die Institutionen rückgemeldet.

Die jährlich stattfindende Gesundheitswoche ist mittlerweile ein fester Bestandteil des gesundheitlichen Informationsangebotes in Bremerhaven. Auch die Unabhängige Patientenberatung Bremen ist jedes Jahr dabei – in diesem Jahr mit einem Vortrag zur Patientenverfügung, der auf sehr viel Interesse stieß.

5. Psychotherapie

Insgesamt haben wir im letzten Jahr 124 Personen zu psychotherapeutischen Fragen beraten, davon einige wenige auch über einen längeren Zeitraum. Zu psychotherapeutischen Themen ergaben sich im Berichtsjahr folgende Fragen und Aussagen:

1. „Wie suche ich einen Therapeuten? Können Sie mir dabei behilflich sein? Ich kann nicht alle aus dem Branchenbuch durchtelefonieren – wie kann ich die Suche eingrenzen? Was muss ich dabei beachten?“

Ein Beratungsgespräch mit uns klärt die verschiedenen Fragen und gibt Anhaltspunkte, wie die Patienten die entsprechend fachlich ausgebildeten Therapeutin/Therapeuten finden können. Die Homepage www.psych-info erleichtert die Suche. Allerdings ist die Kontaktaufnahme nach wie vor sehr aufwendig, weil Psychotherapeuten unterschiedliche Zeiten ihrer Erreichbarkeit anbieten und diese zudem noch zeitlich sehr eng gesteckt sind (z.B. 10 Minuten zur vollen Stunde). An dieser Stelle wünschen wir uns für die Patienten eine möglichst einheitliche Erreichbarkeit – das würde die Suche sehr erleichtern.

2. „Ich komme mit meinem Therapeuten nicht mehr zurecht – ich möchte diesen wechseln. Unter welchen Voraussetzungen ist dies möglich?“

Zum Therapeutenwechsel kommen immer wieder 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.

3. „Warum muss ich ein Ausfallhonorar bezahlen, wenn ich doch die Stunde einen Tag vorher abgesagt habe und ich krank war?“

Die Fragen zum Ausfallhonorar haben sich deutlich verringert, aber es bleiben Missverständnisse, die sich aus der Situation ergeben und insofern von dem betroffenen Patienten selektiv wahrgenommen wer-

den. Durch eindeutige schriftliche Regelungen haben sich die Konflikte darüber vermindert. In den Beratungsgesprächen können wir in der Regel auf diesen Vertrag hinweisen und damit auch die Situation klären.

4. „Ich möchte meine Unterlagen einsehen, ist das möglich?“

Zum Thema Einsichtsrecht in die psychotherapeutischen Unterlagen ist mittlerweile viel gearbeitet und vieles deutlicher geworden, so dass sich die Nachfragen zu diesem Thema deutlich reduziert haben. Nichtsdestotrotz entstehen immer wieder Situationen, in denen der Patient nur mit unserer Unterstützung Einsicht in seine Unterlagen nehmen kann.

5. „Ich habe den Eindruck, der Psychotherapeut hat mich falsch behandelt. Was kann ich tun?“

Der Nachweis eines Behandlungsfehlers in der Psychotherapie ist eine hochkomplexe Angelegenheit. Es gibt kaum Gerichtsurteile, auf die die Beraterinnen sich in der speziellen Beratung beziehen können. Unsere Beratung kann lediglich ein Gesprächsangebot sein, den Ratsuchenden intensiv über Möglichkeiten eines solchen Weges aufzuklären und mit ihm seine persönlichen Potentiale für einen möglichen Klageweg zu klären. Vorgerichtliche Wege, um zivilrechtliche Haftungsfragen zu klären, stehen bei ärztlichen Psychotherapeuten über die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern zur Verfügung, allerdings gibt es bisher keine äquivalente Einrichtung der Psychotherapeutenkammern.

Andere Fälle von Streitigkeiten und Beschwerden, in denen es noch nicht um Haftungsfragen geht, werden durch einen Ausschuss der Psychotherapeutenkammer Bremen bearbeitet. Für den Patienten kann es zur Klärung beitragen, seinen Fall bei dem Beschwerdeausschuss der Psychotherapeutenkammer Bremen vorzutragen, um die Sachlage, evt. auch für weitere Schritte, zu klären.

Allerdings stellen wir fest, dass die Patienten, die sich an uns wenden, eine unabhängige Stelle suchen, um ihre Beschwerde (ein subjektiv empfundener Behandlungsfehler durch eine psychotherapeutische Behandlung) vorzutragen.

Die Zahl der Nachfragen im psychotherapeutischen Bereich ist etwas zurückgegangen - dies ist u.a. auch der Tatsache

geschuldet, dass manche Probleme wie z.B. Ausfallhonorar oder das Einsichtsrecht in die Unterlagen mittlerweile klarer sind, so dass für den Patienten weniger Fragen entstehen, mit denen er sich an die Patientenberatung wenden möchte. Leicht zugenommen haben die Kontakte, in denen von Behandlungsfehlern in der Psychotherapie die Rede ist.

6. Zahnberatung

6.1. Zahnärztliche Fachberatung in den Räumen der UPB

Seit inzwischen 8 Jahren können sich Patienten in der UPB kostenfrei von Zahnärzten rund um das Thema „Zähne“ fachkompetent beraten lassen. Dieses Angebot ist möglich durch eine Kooperation der Zahnärztekammer Bremen mit der UPB. Die Kammer klärt ab, welche niedergelassenen Zahnärzte für eine Beratung zur Verfügung stehen und organisiert die Terminvergabe;



die UPB stellt ihre Räume zur Verfügung und sorgt für eine Ankündigung der Termine in der lokalen Presse.

Die Beratung dient der fachlichen Abklärung genereller Fragen; eine Zweitmeinung im eigentlichen Sinne, also der „Überprüfung“ einer von anderen Zahnärzten gestellten Diagnose und vorgeschlagenen Behandlung ist nicht möglich.

Die Tabelle 9 gibt einen Überblick über die von den Zahnärzten durchgeführten Beratungen im Vergleich zu den Vorjahren:

Tabelle 9: Anfragen der Zahnärztlichen Fachberatung

Anfragen	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Zahnersatz	52	44	37	63	74	70	45
Implantatversorgung	24	29	44	31	39	25	28
Sonstiges	17	28	23	17	20	22	11
Füllungsmaterialien und Therapien	3	5	6	14	14	19	9
Honorarabrechnungen	5	2	2	4	13	4	9
Parodontaltherapie	5	12	10	7	11	14	9
kieferorthopädische Behandlung	2	0	5	3	7	5	7
Gutachtenerstellung	4	2	7	3	7	13	4
freie Zahnarztwahl	1	3	2	0	5	5	1
fortbildungsbezogene Interessengebiete	1	0	2	2	1	0	2
Behandlung immobilier Pat./ Behindertenbehandlung	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	114	125	138	144	191	177	125

6.2. Zahnberatung durch die Mitarbeiterinnen der UPB

Innerhalb des Gesundheitswesens werden Zahnmedizin und Medizin häufig getrennt voneinander betrachtet; dies äußert sich z. B. auch in der völlig getrennten Ausbildung und Selbstverwaltung der Mediziner und Zahnmediziner. Für die Mitarbeiterinnen der UPB gehen diese beiden Bereiche ineinander über, überlappen sich. Medizi-

nische und zahnmedizinische Behandlungen werden vom gleichen Kostenträger finanziert, häufig ergeben sich somatischen Beschwerden ursächlich aus Problemen mit den Zähnen und umgekehrt. Nicht zuletzt kommen aber Medizin und Zahnmedizin im Patienten zusammen.

Neben der oben beschriebenen Beratung aus fachlich zahnmedizinischer Sicht beantworten die Mitarbeiterinnen der UPB zahlreiche Fragen der Patienten, helfen bei Nicht-Verstehen des Heil- und Kostenplanes oder allgemein einer vorgeschlagenen Behandlung, weisen Wege auf bei Schwierigkeiten vor oder nach einer zahnärztlichen Behandlung.

Tabelle 10 und Tabelle 11 weisen die Zahl der Anfragen und die thematischen Inhalte der Anfragen und Leistungen der Mitarbeiterinnen der UPB im Vergleich zu den Vorjahren aus.



Tabelle 10: Häufigkeit der Probleme

Problem	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Zahnersatz	181	231	197	176	130	170
Fehlerhaftigkeit (mögl.)	173	167	138	98	88	118
Fragen z. Abrechnung	112	124	128	165	160	187
Broschüre HKP	14	23	123	-	-	-
Sonstiges	103	138	102	51	48	84
Fragen z. Kieferorthopädie	44	49	73	48	54	42
Verweis an ZÄK	52	37	66	98	96	127
Behandlerwechsel	57	46	65	38	23	37
Fragen z. Behandlungsmethoden, Zahnerkrankun-	62	54	56	39	34	18
Fragen z. privaten Leistungen	33	46	50	33	23	32
Fragen zu Füllungsmaterialien	16	20	36	10	23	20
Fragen nach best. ZA, Fachgebiet, Schwerpunkt	29	22	24	24	18	20
Gesetzliche Grundlagen	29	22	22	15	31	13
Gesamt	905	979	1080	795	728	868

Tabelle 11: Häufigkeit der Leistungen

Leistung	2009	2008	2007	2006
Information	457	515	555	494
Klärung	253	246	249	67
Kenntnisnahme	58	71	115	58
Zusendung	32	62	94	27
Recherche	70	122	80	47
Verweis	67	70	69	95
Unterstützung bei Durchsetzung	36	25	24	8
psychosoziale Beratung	5	6	5	5
Konfliktschlichtungsorientierte Tätigkeit	0	2	2	1

Wie schon in den vergangenen Jahren sind die Fragen zum Zahnersatz, zur möglichen Fehlerhaftigkeit und zu Fragen der Abrechnung quantitativ führend.

Hinter den Fragen zum **Zahnersatz** stehen vorrangig Fragen zum Verständnis des Heil- und Kostenplanes. Wie schon in den vergangenen Jahren müssen wir an dieser Stelle wieder darauf aufmerksam machen, dass Zahnärzte eine Beratungs- und Aufklärungspflicht haben und auch – wie auch in der normalen Medizin – über Alternativen aufklären müssen. In wie weit

Zahnärzte dieser Aufklärungspflicht nachkommen und die Patienten diese Aufklärung schlicht nicht verstanden haben oder die Patienten eine Aufklärung nicht als solche wahrgenommen haben, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Für uns ist deutlich, dass es doch immer noch viele Patienten in unserer Beratung gibt, die de facto nicht informiert sind über die bei ihnen geplante Behandlung und deren Kosten.

Bemerkenswert bei der Beratung der UPB zum Thema Zahnersatz ist die deutliche

Zunahme der Empfehlung der Zahnärzte zu einer Implantat

getragenen Versorgung, bei der auf die Patienten ein nicht unerheblicher finanzieller Eigenanteil zu kommt. Immer wieder wird auch Patienten, die über keine großen finanziellen Möglichkeiten verfügen, z.B. ALG II –Empfängern eine Implantat getragene Versorgung angetragen, ohne dass sie auf eine andere Versorgungsmöglichkeit – nämlich die Regelleistung – hingewiesen worden sind, die zum großen Teil oder sogar ganz von der Krankenkasse bezahlt wird.



Auch zum Stichwort **Fehlerhaftigkeit** haben sich die Probleme und Fragen im Vergleich zu den Vorjahren nicht wesentlich verändert.

Es ist selbstverständlich, dass bei einer so komplexen Behandlung und Versorgung wie sie eine prothetische Versorgung darstellt, nicht in jeden Fall auf Anhieb alles zur vollen Zufriedenheit aller Beteiligten ablaufen kann. Leider erhalten Patienten häufig immer noch nicht die Informationen über mögliche Wege, die sie gehen können, wenn der Zahnersatz nicht passend erscheint oder nicht passend ist.

Nur wenige Zahnärzte weisen die gesetzlich versicherten Patienten auf die Möglichkeit eines Mängelgutachtens – erstellt durch einen von der Krankenkasse benannten Gutachter - hin. Dabei bietet das Gutachten für beide Seiten die Möglichkeit einer unabhängigen Einschätzung und kann somit entscheidend zur Entschärfung eines Konfliktes beitragen.

Ebenso ist den Patienten die prinzipielle Bindung innerhalb der Gewährleistungsfrist an den Zahnersatz erstellenden Zahnarzt nicht bekannt. Hier könnte mehr Aufklärung z. B. durch die Krankenkassen bei Prüfung und Genehmigung eines Heil- und Kostenplans sehr helfen.

Auch beim 3. großem Thema – den **Fragen zur Abrechnung** – ist keine große inhaltliche Veränderungen zu den Fragen der Vorjahre zu bemerken. „Die Rechnung weicht ganz erheblich vom Heil- und Kos-

tenplan ab. Darf dass in diesem Umfang so sein?“ „Warum wird eine Untersuchung abgerechnet, die an diesem Termin gar nicht stattgefunden hat?“ „Warum werden diese gesamten Positionen nicht von der Krankenkasse bezahlt?“ Das sind einige der bei uns gestellten Fragen.

Bemerkenswert ist, dass die Zahl der Anfragen durch Patienten zur Verweigerung der Kostenübernahme eines Teils der Kosten nach stattgefundener Behandlung durch private Krankenversicherungen oder private Zahnzusatzversicherungen deutlich steigt.

Offensichtlich nehmen die Privatversicherungen inzwischen eine sehr genaue Prüfung der eingehenden Rechnungen für Zahnbehandlungen vor und lehnen häufiger eine Übernahme eines Teils der Kosten ab. Und so beginnt in der Regel ein reger Briefverkehr zwischen dem Zahnarzt (respektive der Abrechnungsstelle) und der jeweiligen Versicherung. Der Patient steht dazwischen – über ihn läuft der Briefwechsel - und kann für sich nicht klären, wer Recht hat, erlebt aber dann oft, dass für ihn ungeplante und ungeahnte Kosten übrig bleiben.

Auffallend im Jahr 2009 ist eine Zunahme der Fragen zu **Zahnzusatzversicherungen**. Die UPB kann hier nur allgemeine Hinweise geben, worauf beim Abschluss einer solchen Versicherung zu achten ist: Gibt es Ausschlüsse, d.h. werden bestimmte Zähne oder bestimmte Behandlungsmethoden aus einer Leistung ganz ausgeschlossen? Sind Sperrfristen im Vertrag enthalten, z. B. Beginn einer Leistung erst 1 Jahr nach Vertragsbeginn? Auf was beziehen sich die Leistungen? Auf die Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen oder auf die Gesamtkosten?

Einen detaillierten Überblick und einen Vergleich über die Leistungen der einzelnen Anbieter können wir nicht geben. Dazu können wir auf unseren Kooperationspartner - die Verbraucherzentrale Bremen - verweisen. Dort kann eine individuelle Beratung unter Abwägen des individuellen Nutzen und der entstehenden Kosten durchgeführt werden.

7. Pflege

Nachdem die Unabhängige Patientenberatung Bremen in den Jahren 2003 bis 2008 eine unabhängige Pflegeberatung für Patienten und Angehörige angeboten hatte, wurde dieses Beratungssegment in 2009 aufgrund der Einrichtung der Pflegestützpunkte nicht mehr bedient. Das Bundesland Bremen hat sich entschieden, Pflege-

stützpunkte einzurichten und eine umfassende Beratung für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen herzustellen.

Im Jahr 2009 sind auch ohne weitere Werbung 303 Personen mit Fragen aus dem Bereich Pflege an die UPB herangetreten.

Tabelle 12: Inanspruchnahme der Beratung von Pflegebedürftigen und Ihren Angehörigen

	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Kontakte	392	727	509	564	379	629	588
Personen	303	433	382	367	280	420	408

Wir haben die Fragen größtenteils durch den Verweis an den jeweils zuständigen Pflegestützpunkt bearbeitet – einige Personen allerdings kamen zurück, weil sie ihr Anliegen dort nicht richtig aufgenommen fanden. Es handelte sich um komplizierte Beschwerden hinsichtlich Pflegedienstleistungen o.ä. Ratsuchende wurde dann bei uns entsprechend unterstützt.

Die Mitarbeiterinnen der Unabhängigen Patientenberatung Bremen begrüßen ausdrücklich die Einrichtung der Pflegestütz-

punkte. Die Rückmeldungen der Patienten sind positiv, die praxisnahe Arbeit (alles aus einer Hand/Vermittlung von Pflegedienstleistungen etc.) erleichtert den Berg an Arbeit, mit dem pflegende Angehörige zu tun haben, erheblich.

Nichtsdestotrotz hat sich gezeigt, dass die UPB in ihrer Funktion als Einrichtung, in der man sich Rat und Unterstützung holen kann, um einer Beschwerde nachzugehen, genutzt wird.

8. Öffentlichkeitsarbeit

Die Präsentation in der Öffentlichkeit ist für die Unabhängige Patientenberatung ein wichtiger Bestandteil der Arbeit.

Zum Einen wird die Einrichtung auf diese Art den Patienten, den Ratsuchenden immer wieder neu präsentiert und ins Gedächtnis gerufen, damit die Menschen sich bei akutem Bedarf an das Beratungsangebot der UPB erinnern.

Zum Anderen können so unabhängige Informationen über Neuregelungen, neue Gesetze u.a. in eine breite Öffentlichkeit getragen werden.

Zum Dritten gibt es über die Öffentlichkeitsarbeit auch die Möglichkeit, auf Schwachstellen, Missstände und Mängel innerhalb des Gesundheitssystems, die den Mitarbeiterinnen während der Beratung auffallen, aufmerksam zu machen.

Und nicht zuletzt steht den Medien in der Unabhängigen

Patientenberatung Bremen ein von Leistungsträgern unabhängiger Ansprechpartner zur Verfügung für Fragen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen.

Ein wichtiges Ereignis für die Öffentlichkeitsarbeit ist im Jahr 2009 die Auftaktveranstaltung zum Beginn der Kooperation der UPB mit der Verbraucherzentrale Bremen.

Mit Ende des Jahres 2009 wird eine Kooperationsvereinbarung zwischen der UPB und der Verbraucherzentrale Bremen geschlossen zur besseren Nutzung der vorhandenen Kapazitäten und gegenseitigen



Ergänzung der Angebote gesundheitlicher Beratung.

Mit einer gemeinsam gestalteten und vorbereiteten Veranstaltung zum Thema „Patientenverfügung“ wird der Beginn dieser Kooperation der Öffentlichkeit präsentiert. Die zahlreich erschienenen Gäste werden zunächst in 2 Vorträgen über den aktuellen Stand informiert. Nach einer Pause stehen dem Publikum verschiedene Referenten aus dem Bereich Hospiz, ambulante, hausärztliche Versorgung, Intensivmedizin und direkt Betroffene zu allen Fragen zur Verfügung. Nicht zuletzt auch wegen hervorragender Moderation erleben alle Beteiligten einen interessanten und sehr intensiven Nachmittag.

2009 erarbeitet die UPB (Frau Drewes-Kirchhoff) in Zusammenarbeit mit dem DPWV (Herrn Wenzel) und Frau Prof. Becker-Schwarze (Uni Fulda) eine Broschüre zum Thema „Ihre Rechte als Patient“ - ein umfassender, leicht verständlicher Wegweiser durch das Gesundheitssystem. Diese Broschüre wird über den Paritätischen Gesamtverband als Herausgeber im C. H. Beck Verlag verlegt und über den Buchhandel vertrieben.

Zu Beginn des Jahres wird der Flyer „Wir über uns“ aktualisiert und neu gestaltet. Er ist auf der Homepage www.patientenberatung-bremen.de eingestellt und steht als Download zur Verfügung, kann aber auch direkt über unser Sekretariat bestellt werden.

Im Jahr 2009 werden die Mitarbeiterinnen der UPB von verschiedensten Gruppen und Institutionen wie dem Amt für Soziale Dienste, einer Betreuungsstelle, der Hochschule Bremen eingeladen und gebeten, in Vorträgen zu aktuellen Themen zu informieren und Stellung zu nehmen:
Insgesamt haben die Mitarbeiterinnen im Laufe des Jahres 2009 ca. 20 Vorträge



gehalten zu Themen wie „Patientenrechte“, „Patientenverfügung“ und vielen mehr. An diversen Veranstaltungen des Bremer Gesundheitswesens ist die UPB mit Informationsständen präsent.

Auch in diesem Jahr fragt der Hörfunk bei der UPB um Interviews an. So kommt es u.a. mit dem WDR-Hörfunk zu einem langen Gespräch zum Thema „Die neuen Wahltarife“. Es gibt diverse Anfragen zu Beginn des Jahres zur Frage der Zweiklassenmedizin durch unterschiedliche Versicherungsformen (gesetzlich – privat versichert)



In den Print-Medien wird vor allen Dingen das Erscheinen des Jahresberichtes 2008 als Grundlage für mehrere Artikel genommen. Aber auch über das Thema „IGeL“ – individuelle Gesundheitsleistungen – wird nach einem Interview mit einer Mitarbeiterin berichtet.

Der Weser-Kurier lädt die UPB im Rahmen einer Reihe von Expertentalks auf der HanseLife ein, einen Nachmittag zum Thema „Behandlungsfehler“ zu gestalten.

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:

- Bremer Forum gegen Gewalt in der Pflege und Betreuung
- Klinisches Ethikkomitee am Klinikum Bremen – Ost
- Forum Frauengesundheit bei der ZGF (Zentrale für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau)
- IGMR



**Öffnungszeiten und Mitarbeiterinnen der
Unabhängigen Patientenberatung Bremen****Patientenberaterinnen**

Frau Anette Drewes-Kirchhoff
Frau Elisabeth Goetz
Frau Adele Ihnen

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