

MONITOR PATIENTENBERATUNG



Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?

Berichtszeitraum: 01.01.2022–31.12.2022

Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V.
Berichtszeitraum: 01.01.2022–31.12.2022

Quellenangaben und Literaturhinweise sind in den Fußnoten angegeben. In der PDF-Version (zu finden unter **www.patientenberatung.de**) sind die entsprechenden URLs hinterlegt.

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

Impressum

Herausgeber

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt im Sinne des Pressegesetzes

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer

Projektleitung

Dr. med. Miriam Mailahn (redaktionelle Leitung)
Heike Morris, Dr. med. Johannes Schenkel (fachliche Leitung)
Markus Hüttmann (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)

Redaktion

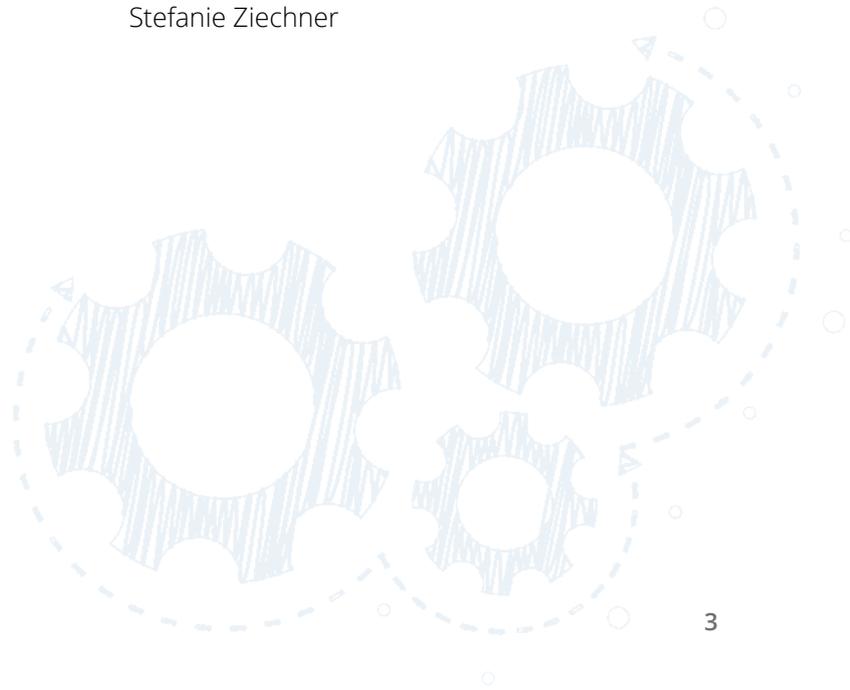
Petra Heinevetter
Lea Knaus
Anja Lehmann
Matthias Rank

Svenja Schwab
Anne Speck
Marcel Weigand

Weitere Mitwirkende

Saskia Constabel
Dr. rer. nat. Jonas Dietrich
Barbara Ellerbrock
Lena Fox
Isabel Gruner-Babic
Marco Grzybowski
Barbara Heuchl
Thomas Hübner
Christel Kehr-Fuckel
Thomas Lerch
Heike Luis
Nicole Masaka

Thi To Uyen Nguyen
Monika Nuhst
Nadezda Pampalova
Raquel Reng
Alina Rimke
Sophia Schmedding
Anabel Schreiber
Beate Sommerfeld
Katharina Steinfurth
Driss Wartini
Stefanie Ziechner



VORWORT	6
1 DIE UPD IN 2022	8
Exkurs: Die Patientenberatung und der Ukraine-Krieg	17
2 DIE BERATUNG IN ZAHLEN	18
3 CORONA – DIE PATIENTENBERATUNG IM DRITTEN PANDEMIEJAHR	26
4 BERATUNGSTHEMEN A-Z	32
4.1 Arzneimittel und pharmazeutische Beratung	33
<i>Dauerthema:</i> Arzneimitteltherapiesicherheit – Wechselwirkungen und Nebenwirkungen verunsichern Ratsuchende	34
<i>Exkurs:</i> Elektronischer Medikationsplan – Verschenkte Patientensicherheit durch schleppende Digitalisierung	35
<i>Dauerthema:</i> Warum müssen Patientinnen und Patienten ihre Medikamente selbst bezahlen?	36
<i>Dauerthema:</i> Pille danach – was tun bei Verhütungspanne?	37
<i>#Corona-Pandemie:</i> Informationslücken bei Paxlovid	38
<i>Im Fokus:</i> Lieferengpässe betreffen zunehmend mehr Medikamente	39
4.2 Behandlungsfehler	40
<i>Dauerthema:</i> Ärztliche Kommunikation – Schweigen ist nicht immer Gold	41
<i>Dauerthema:</i> Die Last mit der Beweislast	42
4.3 eHealth	43
4.4 Heil- und Hilfsmittel	45
<i>Im Fokus:</i> Krankenkassen lassen Versicherte bei Inkontinenzversorgung allein	45
4.5 Impfen	48
<i>#Corona-Pandemie:</i> Neue Impfstoffe und geschlossene Impfzentren	49
4.6 Individuelle Gesundheitsleistungen	51
<i>Dauerthema:</i> Neutrale Informationen zu Risiko und Nutzen fehlen	51
<i>Dauerthema:</i> Ärztinnen und Ärzte klären nicht ausreichend auf	52
<i>Im Fokus:</i> Unseriöse Angebote für verzweifelte Menschen	52
4.7 Krankenkassen	55
4.7.1 Verwaltungspraxis der Krankenkassen	55
<i>Dauerthema:</i> Wenn die Reha-Aufforderung zur Belastung wird	55
<i>Im Fokus:</i> Unzulässige Anforderung des gesamten Reha-Entlassberichts	56
<i>Weiter aktuell:</i> Ärzteschaft kennt sich mit Verwaltungsprozessen nicht aus	58
4.7.2 Krankengeld	59
<i>Im Fokus:</i> Krankenkassen drängen zu telefonischen Auskünften	60
<i>Neue Entwicklung:</i> Elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit geklärt und angekommen	61
4.7.3 Mitgliedschaft und Beiträge	62
<i>Im Fokus:</i> Beitragsnachforderungen überraschen hauptberuflich Selbstständige	63
<i>Exkurs:</i> Medizinische Versorgung für ukrainische Schutzsuchende schnell geregelt ...	64
4.8 Medizinprodukte	67
<i>#Corona-Pandemie:</i> Fragen rund um Masken und Tests	68
4.9 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten	69
<i>Dauerthema:</i> Kopie der Patientenakte – zahlen oder nicht zahlen?	70
<i>Im Fokus:</i> Anspruch auf Korrektur falscher Diagnosen – gut gedacht, schlecht gemacht	71

4.10 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht	72
<i>Dauerthema:</i> Bevollmächtigte und betreuende Personen werden nicht ausreichend in die Behandlung einbezogen.....	73
<i>Dauerthema:</i> Zwangsweise Unterbringung in psychiatrischer Klinik.....	74
<i>Im Fokus:</i> Wenn Ärztinnen und Ärzte die Behandlung einstellen wollen.....	74
<i>Neue Entwicklung:</i> Eheleute sind im Notfall vertretungsberechtigt.....	77
4.11 Pflege	77
<i>Dauerthema:</i> Pflegekassen informieren unzureichend über Leistungen.....	78
<i>Im Fokus:</i> Wenn Pflegedienste an Feiertagen nicht kommen.....	79
<i>Im Fokus:</i> Entlassmanagement funktioniert oft nicht.....	81
4.12 Psychosoziale Beratung	83
4.13 Rehabilitation	86
4.14 Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten	86
<i>#Corona-Pandemie:</i> Gestiegener Beratungsbedarf zu Long COVID.....	89
4.15 Zahnmedizin	89
<i>Dauerthema:</i> Nutzen und Kostenübernahme der professionellen Zahnreinigung.....	91
<i>Dauerthema:</i> Viele Fragen zu Heil- und Kostenplan und Zahnarztrechnung.....	91
<i>Dauerthema:</i> Ärger um außervertragliche Leistungen in der Kieferorthopädie.....	92
<i>Im Fokus:</i> Wenn bei der Wurzelbehandlung das Instrument abbricht.....	93
4.16 Zugang zum Gesundheitswesen	95
<i>Exkurs:</i> Wohnortnahe Versorgung – wie weit sind Patientinnen und Patienten bereit zu fahren?.....	96
<i>Dauerthema:</i> Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen.....	96
<i>Dauerthema:</i> Schwieriger Zugang zu Psychotherapie.....	97
<i>Im Fokus:</i> Terminservicestellen erfüllen ihren Auftrag nicht.....	98
<i>Im Fokus:</i> Ärztinnen und Ärzte verweigern Behandlung aufgrund PKV-Basistarif.....	100
<i>2022 weiter aktuell:</i> Haarentfernung bei transidenten Menschen – Anspruch läuft ins Leere.....	102
<i>2022 weiter aktuell:</i> Fehlende Sprachmittlung – Risiko und Barriere in der Versorgung.....	103
<i>#Corona-Pandemie:</i> Zunehmend zugespitzte Zugangsprobleme.....	104
ANHANG Methodik und Themenauswahl des Monitors Patientenberatung.....	105
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	107

VORWORT



Thorben Krumwiede

Geschäftsführer

Sieben Jahre UPD – sieben Jahre Einsatz für Patientinnen und Patienten

Nahezu 1.000.000-mal: So oft hat das Beratungsteam der UPD hilfesuchende Menschen in den letzten Jahren informiert und beraten – verständlich, neutral, qualifiziert, kostenfrei und mit viel Empathie. Zeit für einen Blick zurück darauf, was die Unabhängige Patientenberatung seit 2016 erreicht und geleistet hat.

Da wäre zunächst natürlich die Beratungsarbeit selbst: Rund 140.000 Beratungen pro Jahr hat die UPD erbracht – von Fragen zur Augenheilkunde über Unterstützung bei Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse oder Anliegen rund um das Thema Pflege bis hin zur Zahnmedizin. Gut erreichbar über das Telefon, die Online-Beratung, im persönlichen Gespräch vor Ort oder in den UPD-Beratungsmobilen haben sich die Beraterinnen und Berater der UPD stets so viel Zeit genommen, wie für die Klärung der jeweiligen Anfrage nötig war. Immer mit dem Ziel vor Augen: Nicht nur das individuelle Anliegen soll geklärt werden, sondern die Beratung soll den Menschen auch das nötige Rüstzeug an die Hand geben, damit sie sich in Zukunft besser im Dickicht des deutschen Gesundheitswesens zurechtfinden und Entscheidungen über ihre Gesundheit selbstbestimmt und eigenverantwortlich treffen können. Darüber hinaus wurde jede Beratung dokumentiert, um auf einer umfassenden Datenbasis Rückschlüsse auf Problemlagen und Missstände im Gesundheitswesen ziehen zu können.

Ein umfassendes Qualitätsmanagement hat sichergestellt, dass die Beratung stets auf Grundlage von wissenschaftlicher Evidenz und aktueller Rechtsprechung erfolgte. Über die fachliche Kompetenz hinaus lag auch immer ein großes Augenmerk auf der allgemeinen beraterischen Kompetenz: die verständliche Vermittlung von komplexen medizinischen oder rechtlichen Fakten wie auch der richtige Umgang mit Ratsuchenden, die sich in schwierigen und zum Teil existenziellen Lebenssituationen befinden. Eine über die Jahre aufgebaute umfassende Wissensdatenbank stellte für das Beratungsteam eine unverzichtbare Ressource dar und sorgte auch bei aktuellen Lagen wie der Corona-Pandemie dafür, dass das Beratungsteam stets auf dem neusten Stand war.

Im Jahr 2022, über das der vorliegende Monitor berichtet, waren hinsichtlich der Corona-Pandemie zunehmend die Themen Post COVID und Long COVID präsent. Bemerkbar gemacht haben sich auch die multiplen anderen Krisen der Gegenwart: Zwischen Ukraine-Krieg, Inflations- und Energiekrise haben die Beraterinnen und Berater der UPD noch nie zuvor so viele und intensive Gespräche zu psychosozialen Themen geführt. Auch die Integration von Geflüchteten aus der Ukraine in die gesundheitliche Versorgung war ein Thema in der Beratung. Mehr dazu lesen Sie in den entsprechenden Abschnitten in diesem Monitor.

Über die Beratung hinaus hat sich die UPD auch im Rahmen ihrer Rückmeldefunktion kontinuierlich für Verbesserungen im Gesundheitswesen eingesetzt. So wurde beispielsweise nach mehrfachen Hinweisen durch die UPD die sogenannte Krankengeldlücke durch den Gesetzgeber geschlossen, bei der

es in bestimmten Fällen zur Streichung des Krankengeldes und damit zum Verlust der Lebensgrundlage für Betroffene kommen konnte. Auch bei anderen Problemlagen, auf die die UPD immer wieder hingewiesen hat, wurde in den letzten Jahren nachgebessert. So können Pflegende mittlerweile den Anspruch auf Kostenerstattung für Verhinderungspflege auch nach dem Tod des Pflegebedürftigen geltend machen. Patientinnen und Patienten haben leichteren Zugang zur umfassenden Behandlung von Parodontalerkrankungen und die rechtlichen Regelungen bei Lieferengpässen von Medikamenten wurden patientenfreundlicher gestaltet.

In der aktuellen Laufzeit hat die UPD zahlreiche neue Kooperationen geschaffen. So wurden neue Austausch- und Rückmeldekanäle mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesamt für Soziale Sicherung etabliert. Außerdem wirkt die UPD am neuen nationalen Gesundheitsportal gesund.bund.de mit, kooperiert mit wissenschaftlichen Einrichtungen und arbeitet mit der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) zusammen.

Das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen hat sich die UPD schon früh auf die Fahnen geschrieben: mit verständlichen Patienteninformationen, mit patientengerechten, informativen Webinaren zu digitalen Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte, dem E-Rezept oder den „Gesundheits-Apps“ und natürlich mit den geschulten Beraterinnen und Beratern im individuellen Beratungsgespräch. Nach der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im März 2023 vorgestellten Digitalisierungsstrategie sollen die digitalen Anwendungen nun endlich breit im Versorgungsalltag ankommen. Die UPD hat es in den letzten Jahren als eine wichtige Aufgabe gesehen, die Bürgerinnen und Bürger über die neuen digitalen Anwendungen zu informieren und auf ihren flächendeckenden Einsatz vorzubereiten.

Zum Abschluss dieses Vorworts sei noch ein Blick in die Zukunft der Unabhängigen Patientenberatung erlaubt, in den sich sowohl Sorge als auch Hoffnung mischen: Im März dieses Jahres beschloss der Bundestag ein Gesetz zur Neuaufstellung und Verstetigung der UPD in Form einer unabhängigen Stiftung bürgerlichen Rechts ab dem 1. Januar 2024. Das bisherige Modell aus wiederkehrenden Neuausschreibungen mit wiederholtem Ab- und Wiederaufbau ist damit Geschichte.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist völlig unklar, wie es mit den qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den qualitätsgesicherten Beratungsstrukturen weitergeht. Über vage Absichtserklärungen hinaus gibt es keine konkreten Regelungen für einen gelungenen Übergang von der jetzigen UPD in die neue Stiftung. Zum Zeitpunkt der Endredaktion dieses Monitors im April 2023 lagen leider immer noch kein verbindlicher Plan für einen geordneten Übergang und kein inhaltliches Konzept für die neue UPD-Stiftung vor. Damit droht ein Verlust der Beratungsstrukturen und vor allem eine Abwanderung der beratungserfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gerade auch im Sinne der hilfeschuchenden Menschen bleibt daher zu hoffen, dass sich schnell eine Lösung findet und ein Bruch im Beratungsangebot vermieden wird.



Thorben Krumwiede

1 DIE UPD IN 2022



Im Jahr 2022 hat die UPD knapp 124.000-mal Menschen zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen beraten. Details zu den Beratungszahlen und -themen geben die Kapitel

2, 3 und 4. Aber auch in der Zusammenarbeit mit bewährten und neuen Netzwerkpartnern, in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie im Wissens- und Qualitätsmanagement ist viel passiert.

Die Zukunft der UPD in der politischen Diskussion

2022 war für die UPD erneut ein wichtiges Jahr: Nachdem 2021 die Förderperiode der aktuellen UPD bis Ende 2023 verlängert wurde, hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2022 einen Gesetzesentwurf zur Neuaufstellung der UPD ab 2024 vorgelegt.

Um die Unabhängigkeit und Neutralität der UPD zu stärken, soll die UPD in eine Stiftung bürgerlichen Rechts umgewandelt werden. Außerdem soll die UPD verstetigt werden, um wiederkehrende Neuausschreibungen und den damit einhergehenden zeit- und kostenintensiven Ab- und Wiederaufbau von Beratungskompetenz und Beratungsstrukturen zu vermeiden. Die Fördersum-

me soll dabei deutlich von neun auf 15 Millionen Euro im Jahr erhöht werden, die Finanzierung soll weiterhin durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen sowie den Verband der Privaten Krankenversicherung erfolgen.

Zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Monitors sind viele wichtige Fragen zum UPD-Gesetz ungeklärt. Eine konkrete inhaltliche Ausrichtung der zukünftigen UPD fehlt und ein Übergang der jetzigen Beratungsstrukturen ist nicht geregelt. Vor allem aber bedeutet diese unsichere Situation für das Beratungsteam der UPD trotz wohlmeinender Absichtserklärungen der Politik eine fehlende berufliche Perspektive für die Zeit ab 2024.

UPD entwickelt Zukunftsmodell auf Grundlage einer Nutzerbefragung

Bereits 2021 hatte die UPD ein inhaltliches Weiterentwicklungskonzept für die kommende Laufzeit vorgelegt. 2022 präsentierte die UPD dann ein aktualisiertes Konzept unter dem Titel „Modell 2024 – Weiterentwicklung der UPD“ und stellte es im Oktober 2022 Medien und Fachöffentlichkeit vor.

Ein wichtiger Teil dieses aktualisierten Modells sind die Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung.¹ Die Umfrage zeigte: Bei zwölf Prozent der Befragten ist die UPD bekannt. Potenzielle Ratsuchende haben hohe Erwartungen an die Neutralität und Unabhängigkeit der UPD. Ein Drittel der Befragten geht davon aus, dass sie mehr als ein Beratungsgespräch zur Klärung ihres Anliegens brauchen würden. Außerdem geben immerhin 17 Prozent der Befragten an, voraussichtlich eine fortlaufende Beratung zu benötigen. Dieses Anliegen wurde schon im Modell 2023 als Konzept der begleitenden Beratung mit aufgenommen. Im Modell 2024 wurde das Konzept um eine Definition und Kriterien dazu

erweitert, ab wann eine begleitende Beratung eingesetzt wird.

Weitere Kernpunkte des Modells sind unter anderem neue Beratungskanäle per Live-Chat und Video-Beratung, der Ausbau des Webinar-Angebots sowie eine Kombination von gut erreichbarer telefonischer Beratung und niedrigschwellig zugänglicher persönlicher Beratung vor Ort. Um die Bekanntheit der UPD zu steigern, sollten in Zukunft auf (ablehnenden) Bescheiden von Kostenträgern verpflichtende Hinweise auf das Beratungsangebot enthalten sein. Damit wird Versicherten bei Konflikten mit Kostenträgern direkt eine unabhängige Anlaufstelle aufgezeigt. Als Teil ihrer Rückmeldefunktion sollte die UPD Missstände nicht mehr nur benennen, sondern auch aktiv Verbesserungsvorschläge machen und damit in der gesundheitspolitischen Diskussion präsenter sein. Die Qualität des Beratungs- und Informationsangebots sollte systematisch gemessen und evaluiert werden.

¹ [Unabhängige Patientenberatung Deutschland: \(Nicht-\) Nutzerbefragung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung durchgeführt von Kantar Public, Mai 2022](#)



„ Das Beratungsteam der UPD setzt sich immer zum Ziel, die Menschen nicht nur zu ihrem unmittelbaren Anliegen zu informieren und zu beraten, sondern auch über ihre Rechte und Möglichkeiten im komplexen deutschen Gesundheitssystem aufzuklären. Damit verbessern wir die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung dauerhaft und stärken die Stellung der Patientinnen und Patienten im System. Gleichzeitig wird die UPD damit ihrer Rolle als Seismograf im Gesundheitswesen gerecht und kann gegenüber Politik und Öffentlichkeit kommunizieren, was die Menschen bewegt und verunsichert. Für die Zukunft ist es daher sehr wichtig, dass die UPD als gut erreichbare, qualifizierte und unabhängige Anlaufstelle mit hochqualifizierten Beraterinnen und Beratern für alle Menschen im Land durchgehend erhalten bleibt. “

Thorben Krumwiede

Geschäftsführer

Monitor Patientenberatung gemeinsam mit dem Patientenbeauftragten in der Bundespressekonferenz vorgestellt

Anders als in den Vorjahren wurde der Monitor Patientenberatung in 2022 auf einer Pressekonferenz im Haus der Bundespressekonferenz vorgestellt.

In der gemeinsam mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartze durchge-

führten Pressekonferenz stellte UPD-Geschäftsführer Thorben Krumwiede zentrale Erkenntnisse des Monitors etwa zu fragwürdigen Geschäftspraktiken von Krankenkassen, zur schwierigen Suche nach Psychotherapieplätzen und zur Notwendigkeit von Sprachmittlung (Dolmetschen) im Gesundheitswesen als Kassenleistung vor.

Digitale Fachveranstaltung zum Monitor Patientenberatung

In 2022 hat die UPD den Monitor Patientenberatung erstmals im Rahmen einer gesonderten digitalen Veranstaltung der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Zentrale Erkenntnisse konnten direkt mit Akteurinnen und Akteuren aus Politik und Gesundheitswesen debattiert werden. Nach einem Grußwort des Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartze diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus der Gesundheitsforschung zusammen mit der UPD auf einem Panel zum Thema „Lessons Learned: Gesundheitskommunikation zu Corona und Co“, welche Lehren aus den kommunikativen Versäumnissen

während der Corona-Pandemie für die Zukunft gezogen werden sollten.

Auf einem zweiten, mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Politik, Medien, Krankenkassen und Aufsichtsbehörden besetzten Panel zum Thema Qualitätstransparenz bei Krankenkassen wurde kontrovers darüber debattiert, mit welchen Instrumenten sich endlich verständlich und leicht vergleichbar Transparenz über die Versorgungs- und Servicequalität von Krankenkassen herstellen lässt.

UPD fordert mehr Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen

Das Thema Qualitätstransparenz griff die UPD auch in einem im Februar 2022 veröffentlichten Positionspapier auf.² Dabei ging es nicht nur um

Krankenkassen, sondern um alle relevanten Sektoren im deutschen Gesundheitssystem. Denn: Mit Qualitätsdaten und Transparenz sieht es

² Unabhängige Patientenberatung Deutschland: [Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen](#). Positionspapier. Stand: 23.02.2022

quer durch das Gesundheitswesen dürrig aus. Die UPD fordert daher eine Gesamtstrategie für Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen. Diese Strategie sollte vom Nutzen für die Patientinnen und Patienten ausgehen und sich, statt nur auf vorhandene Datenquellen zurückzugreifen, die Frage stellen: Welche Qualitätsdaten

werden eigentlich gebraucht und müssen erhoben werden? Auf eine ausreichende Datengrundlage aufbauend wäre ein weiterer wichtiger Baustein nach Ansicht der UPD ein übersichtliches, verständliches, umfassendes und intuitives Vergleichsportal für Leistungserbringer und Kostenträger.

Empowerment im Fokus

Gute Beratung braucht mehr als medizinisches oder rechtliches Fachwissen. Aus diesem Grund legt die UPD einen besonderen Fokus darauf, auch die feldunabhängige Beratungskompetenz der Beraterinnen und Berater zu schulen. Dazu gehören unter anderem Strategien für die richtige Kommunikation mit Ratsuchenden, Techniken der Wissensvermittlung und die Reflexion über die eigene Beraterrolle.

ihre Interessen zu formulieren, sich selbstbestimmt für die eigenen Ziele einzusetzen und durch die Nutzung der eigenen persönlichen und sozialen Ressourcen, ihr Leben (wieder) selbst zu gestalten.

Der Schwerpunkt im Bereich feldunabhängige Beratungskompetenz lag 2022 auf dem Thema Empowerment. Empowerment beschreibt allgemein die Befähigung Einzelner oder Gruppen,

Die bisherigen Angebote wie interne Sprechstunden, Austauschrunden und externe Supervision wurden 2022 weitergeführt und beispielweise durch Schulungen zu den Themen Stimmtraining, verständliches Schreiben und Umgang mit Ratsuchenden in schwierigen emotionalen Situationen ergänzt.

Das UPD-Wiki bewährt sich

Seit 2020 baut das Wissensmanagement-Team der UPD eine interne Datenbank auf, die allen Beraterinnen und Beratern einheitliche und aktuelle Informationen zu wichtigen Beratungsthemen schnell auffindbar und strukturiert anbietet. Das Wiki auf Basis der Confluence-Software enthält unter anderem Schulungen, FAQs (häufig gestell-

te Fragen) und ausführliche Verweise auf ausgewählte Informationsquellen. Während zunächst die sich dynamisch ändernden Regelungen und Empfehlungen in Zusammenhang mit der Coronapandemie das zentrale Thema im Wiki waren, konnte es 2022 für viele medizinische und rechtliche Beratungsthemen ausgebaut werden.

Kontinuierlicher Ausbau der Netzwerk- und Kooperationstätigkeit

Die UPD vernetzt sich auf lokaler, regionaler und Bundesebene fortlaufend mit Akteuren und Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie angrenzenden Bereichen. Dabei sammeln die Beraterinnen und Berater beraterrelevantes Wissen über die Angebote und Strukturen im Gesundheits- und Sozialwesen in ihrer Stadt und ihrer Region und tauschen sich mit anderen Einrichtungen aus. Sie informieren über das Beratungsangebot der UPD und bieten ihre Mitarbeit zum Beispiel bei Vorträgen und Webinaren zu patientenrelevanten Themen, dem Erstellen

von Informationsmaterial oder anderen gemeinsamen Projekten an.

Dieser kontinuierliche Austausch ermöglicht den Beraterinnen und Beratern der UPD, Ratsuchende auf weitere hilfreiche Unterstützungs- und Beratungsangebote in ihrer Nähe hinzuweisen, während andere Einrichtungen wiederum das Angebot der UPD kennen und bei Bedarf darauf verweisen können. Damit können die UPD und andere Beratungseinrichtungen wie beispielsweise die Ergänzende Unabhängige Teilhabebe-

ratung (EUTB) gegenseitig aufeinander verweisen und sich ergänzen. Die UPD wird so ihrer Lotsenfunktion im Gesundheitswesen gerecht.

Das Spektrum der Netzwerkkontakte reicht von Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen über Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Heilmittel-

erbringer, Ärzteverbände und Kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger wie Kranken- und Pflegekassen sowie Schuldner- und Arbeitslosenberatungen bis hin zu Behörden wie etwa Bürger- und Gesundheitsämtern oder politischen Mandatsträgerinnen und -trägern wie lokalen Abgeordneten.



„ Vernetzen bedeutet für uns, von den Erfahrungen anderer zu lernen und unsere Erfahrungen mit anderen zu teilen. Oft entstehen durch diesen Austausch Mehrwerte für alle. “

Marcel Weigand

Leiter Kooperationen und digitale Transformation

Fortgeführte Kooperationen: Digital-Kompass und gesund.bund.de

Die Kooperation mit dem vom Bundesgesundheitsministerium betriebenen nationalen Gesundheitsportal gesund.bund.de wurde in 2022 weiter fortgeführt und ausgebaut. Die UPD berät das Redaktionsteam von gesund.bund.de bei der Erstellung patientenorientierter Texte zu sozialversicherungsrechtlichen Themen wie zum Beispiel zum Thema Krankengeld und prüft die Texte auf fachliche Richtigkeit.

Auch die sogenannten digitalen Stammtische wurden fortgeführt. Auf den vom Digital-Kompass³ veranstalteten Stammtischen stellen Beraterinnen und Berater der UPD verschiedene Gesundheitsthemen vor und beantworten dazu

Fragen. Die Träger des Digital-Kompass hatten das Projekt im Verlauf des Jahres vorübergehend eingestellt. Erfreulicherweise wird es mittlerweile wieder fortgeführt – auch für 2023 sind wieder Webinare zu Digitalisierungsthemen im Gesundheitswesen wie der elektronischen Patientenakte (ePA), dem E-Rezept oder Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) geplant. Aber auch andere Themen wie Impfungen oder das Auffinden von guten Gesundheitsinformationen im Internet, Pflege oder Behandlungsfehler werden abgedeckt. Die kostenfreien digitalen Stammtische richten sich an ein älteres und wenig digitalaffines Publikum.

Neue Kooperationen: Universität Witten/Herdecke und Volkshochschulverband Baden-Württemberg

Mit dem Volkshochschulverband Baden-Württemberg hat die UPD in 2022 einen weiteren Kooperationspartner für die gemeinsame Information von Patientinnen und Patienten gefunden. Im Rahmen der Kooperation bieten die UPD und der Verband gemeinsam Webinare zu unterschiedlichen Themen an, von Reiseimpfungen über Gesetzesänderungen in der Pflege bis zum Umgang mit dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler.

Das gemeinsame Ankündigen und Bewerben der Webinare ermöglicht es der UPD und dem Volkshochschulverband, einen großen Kreis von Interessierten anzusprechen. Auch mit Volkshochschulen aus anderen Regionen, Sozialverbänden und öffentlichen Einrichtungen wie Bibliotheken werden Webinare gemeinsam angeboten und durchgeführt.

³ Der [Digital-Kompass](#) ist eine Initiative unterschiedlicher Träger, die Angebote rund um Internetthemen für Seniorinnen und Senioren bereitstellt.

Eine neue Kooperation hat die UPD auch mit dem Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen an der Universität Witten/Herdecke vereinbart. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UPD wurden in Online-Didaktik geschult, um interne Fortbildungen und externe Webinare via Internet besser durchführen zu können. Unter dem Dach der Kooperation sollen vor allem die zahlreichen von der UPD auf ihrer Website angebotenen Patientinformationen zu ge-

sundheitlichen, gesundheitsrechtlichen sowie zu Digitalisierungsthemen evaluiert werden. Neben der individuellen Beratung von Ratsuchenden ist dieses Angebot eine weitere wichtige Säule, mit der die UPD zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung beiträgt. Ziel ist es, die Patientinformationen der UPD zu optimieren und so noch mehr Patientinnen und Patienten den Zugang zum Gesundheitssystem und ihnen zustehenden Leistungen zu erleichtern.

Gemeinsame Netzwerktreffen verschiedener Standorte

Neben der kontinuierlichen Netzwerkarbeit in den einzelnen Beratungsstellen vor Ort haben in 2022 wieder eine Reihe Standorte digitale Netzwerktreffen durchgeführt. Das digitale Format hat sich während der Corona-Pandemie nicht nur als Gesundheitsschutz für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewährt, sondern ermöglicht auch eine einfache und bequeme Teilnahme für eine größere Zahl von Interessierten über längere Distanzen hinweg. Die Netzwerktreffen dienen dazu, bestehende Kontakte zu pflegen, neue Kontakte zu knüpfen und über die Arbeit der UPD und ihre Beratungsstelle vor Ort zu informieren. Außerdem berichten die Beraterinnen und Berater mit Unterstützung durch die Zentrale in Berlin über besonders relevante aktuelle Themen aus der Beratung sowie über andere wichtige Themen aus dem Gesundheitswesen, wie beispielsweise die neuesten Entwicklungen im Bereich eHealth.

Umfeld der UPD-Beratungsstelle die Gelegenheit, ihre Arbeit vorzustellen und Fragen dazu zu beantworten. Dabei kann es sich um das örtliche Gesundheitsamt, einen Pflegestützpunkt, ein Projekt zur verständlichen Information von Patientinnen und Patienten oder eine Beschwerdestelle für Probleme im Pflegebereich handeln.

Mehrere geografisch benachbarte Standorte haben in 2022 ihre Treffen zusammen durchgeführt, um regionale Netzwerkkontakte untereinander und mit den Netzwerkpartnern besser abstimmen zu können und gezielt mehr Kontakte auf Landesebene wie etwa Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen anzusprechen. Dazu gehörten unter anderem die Standorte in Mecklenburg-Vorpommern (Schwerin, Neubrandenburg, Rostock) und die Beratungsstellen in Sachsen (Leipzig und Dresden).

Auf jedem Netzwerktreffen hat außerdem eine Einrichtung aus dem lokalen oder regionalen

Neues Format: Newsletter für Netzwerk- und Kooperationspartner

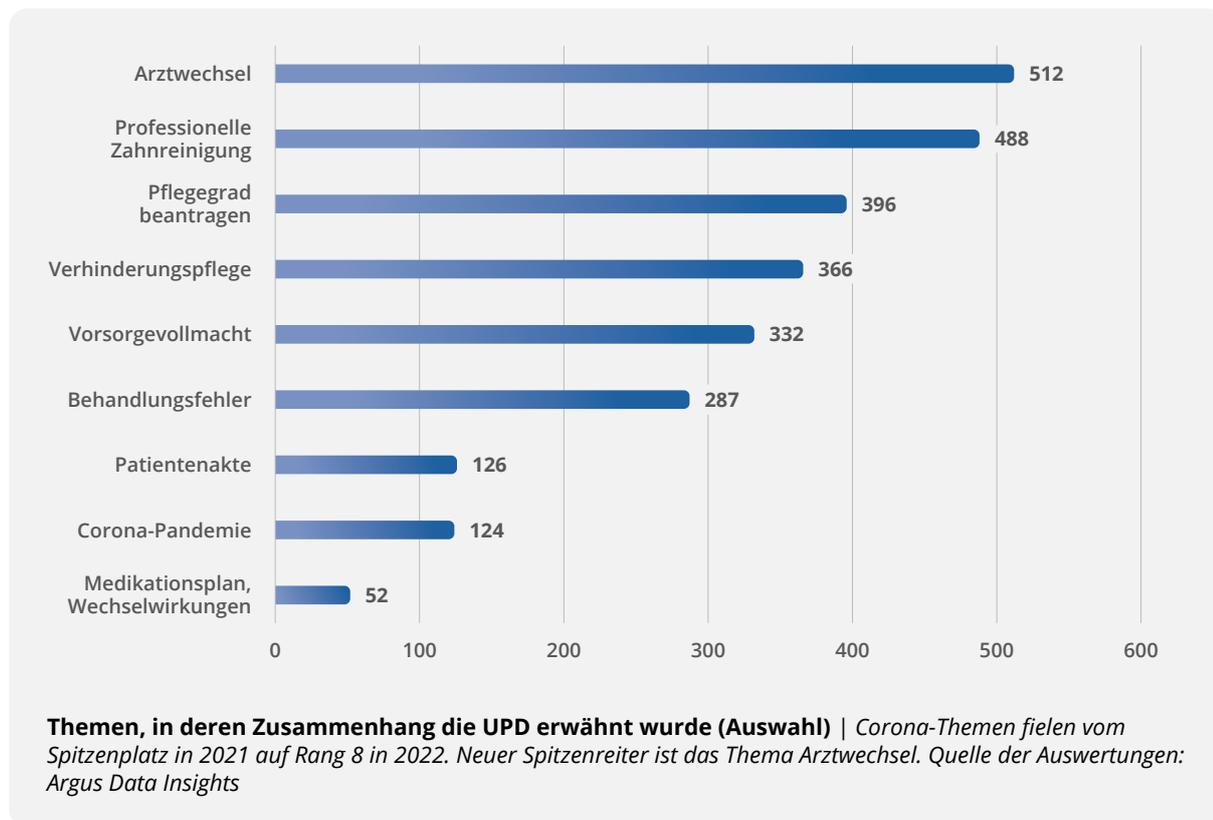
An der Schnittstelle zwischen Presse-, Öffentlichkeits- sowie der Netzwerkarbeit hat die UPD im Mai 2022 mit einem Newsletter ein neues Format etabliert. Zunächst viermal im Jahr informiert der Newsletter in lockerer Sprache über Aktuelles rund um die Arbeit der UPD, über Veröffentlichungen und Veranstaltungen sowie über wichtige Entwicklungen und Debatten im Gesundheitswesen. Jeder Newsletter gibt einer Person

oder Institution aus dem Gesundheitswesen und angrenzenden Bereichen die Gelegenheit, in einem knappen Frage-Antwort-Format die eigene Arbeit vorzustellen und wichtige Themen zu beleuchten. Der Newsletter richtet sich vor allem an die Kooperations- und Netzwerkpartner der UPD, ein Abonnement steht aber allen Interessierten offen.

Medienecho: UPD bei den Themen Arztwechsel und Zahnreinigung am häufigsten erwähnt

In 2022 hat sich die Corona-Pandemie zwar wieder in den Top Ten der Themen wiedergefunden, in deren Zusammenhang Medien die UPD am häufigsten erwähnt haben. War sie allerdings im vergangenen Jahr noch mit Abstand auf Platz eins, so reichte es 2022 nur noch für Platz acht. An der Spitze lag dieses Jahr das Thema Arztwechsel mit 512 Erwähnungen. Vielfach Beachtung fand auch das Thema professionelle Zahnreinigung (Platz zwei mit 488 Erwähnungen). Hier hatte die UPD

das zahnärztliche Mantra, alle Patientinnen und Patienten müssten zweimal jährlich zur professionellen Zahnreinigung erscheinen, mit Verweis auf die spärliche Evidenz in Zweifel gezogen. Das fand viel Echo in den Medien – und auch bei einigen Vertreterinnen und Vertretern der Zahnärzteschaft, die wenig erfreut waren. Auf Platz drei folgten Veröffentlichungen zum Thema Pflegegrad beantragen.



Medianfragen: UPD bleibt bei einer Vielzahl von Themen gefragte Ansprechpartnerin

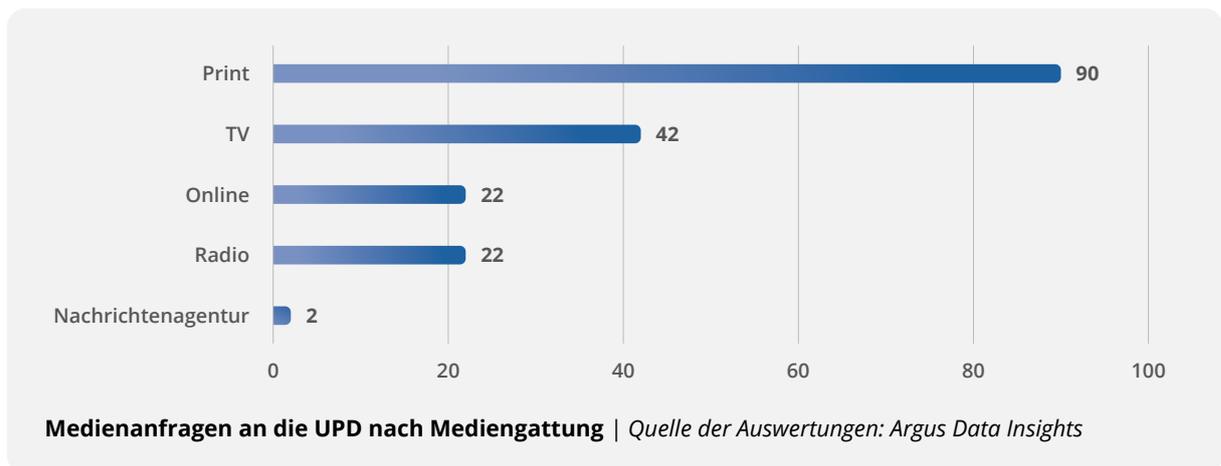
Insgesamt 178-mal meldeten sich Medien unterschiedlichster Gattung und Größe in 2022 bei der UPD. Kurze telefonische Anfragen, etwa nach dem Beratungsspektrum oder den Öffnungszeiten der UPD, sind hier nicht mit eingerechnet. Ins Auge fällt der relativ hohe Anteil der Fernsehfragen, in deren Folge Vertreterinnen und Vertreter der UPD entweder live, aufgezeichnet, per Videoschleife oder als Studiogast auf dem Bildschirm zu sehen waren. Thematisch reichten die Anfragen

vom Zugang zur Patientenakte über Probleme bei der Facharzt- und Psychotherapeutesuche bis zur Position der UPD zu großen gesundheitspolitischen Vorhaben wie der Krankenhausreform und dem GKV-Stabilisierungsgesetz.

Die Anzahl, die thematische Bandbreite und die hohe Diversität der anfragenden Medien (von Lokalblättern über Fachmedien bis zu großen überregionalen Medien wie dem SPIEGEL oder

der Süddeutschen Zeitung) zeigen, dass die UPD als unabhängige Ansprechpartnerin geschätzt wird, die sowohl zu fachlichen als auch zu gesundheitspolitischen Themen kompetent und schnell Stellung nehmen kann. Oft sind Medien

daran interessiert, wie bestimmte Entwicklungen im Gesundheitssystem in der UPD-Beratung ankommen: Die Seismografen-Funktion der UPD wird damit auch über die tagtägliche Pressearbeit verwirklicht.



Viel Aufmerksamkeit für kritische Veröffentlichung zur Homöopathie

Im Februar 2022 gab die UPD eine neue Patienteninformation zum Thema Homöopathie heraus. Das zum Lesen, Herunterladen und Ausdrucken gedachte Infoblatt stellt die mangelnde wissenschaftliche Evidenz für homöopathische Verfahren dar, weist auf mögliche Gefahren durch Homöopathie hin und wirft einen kritischen

Blick auf die Übernahme von homöopathischen Leistungen durch Krankenkassen. Die Patienteninformation und die dazugehörige Pressemitteilung fanden viel Beachtung – auch und gerade in den sozialen Medien auf Facebook und Twitter, wo alternativmedizinische Verfahren seit längerem kontrovers diskutiert werden.

Hohe Reichweite durch vielfältige Presseformate

In der aktiven Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat die UPD in 2022 im Vergleich zum Vorjahr verstärkt auf Presse- und Materndienste gesetzt. Presse- und Materndienste werden Medien in der Regel für ein Jahr zur Veröffentlichung angeboten, beziehen sich jeweils auf ein fachliches Thema, haben einen Servicecharakter und weisen im Text auf das Informations- und Beratungsangebot der UPD hin. Diese Dienste betreffen Themen mit langfristiger Relevanz, sodass sie über einen längeren Zeitraum veröffentlichungsfähig bleiben. Mit acht Pressediensten hat die UPD in 2022 durch 337 Veröffentlichungen über zehn Millionen Leserinnen und Leser erreicht.

HörBars handelt es sich um vorproduzierte Radiobeiträge zu verschiedenen fachlichen Themen wie der Leistungserbringersuche oder der elektronischen Patientenakte. Mit ihnen konnten durchschnittlich 1,4 Millionen Hörerinnen und Hörer pro Stunde erreicht werden, die Zahl der Ausstrahlungen stieg stark von 133 auf 301.

Dazu kamen bewährte Formate wie der Fall des Monats sowie die Social-Media-Kanäle der UPD: Auf Facebook konnte die Follower-Zahl auf 10.307 (Vorjahr: 7.423) ausgebaut werden, die Reichweite stieg deutlich auf über 781.000 (Vorjahr: 464.000). Der Twitter-Account der UPD spricht vor allem die Fachöffentlichkeit an und hat die Zahl der Follower auf 1.070 erhöhen können (Vorjahr: 882 Follower).

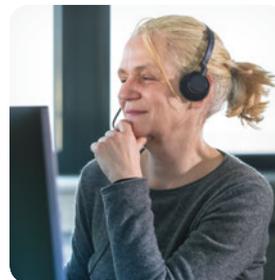
Das in 2021 erstmals eingeführte Format der HörBar wurde erfolgreich fortgeführt: Bei den

Große Resonanz auf Telefonaktionen zu Pflege Themen

Erstmals hat die UPD in 2022 das Format SPRECHZEIT erprobt. Im Rahmen von zwei Sonder-Telefonaktionen wurden Ratsuchende dazu eingeladen, zu einer festgelegten Zeit und zu einem spezifischen Thema über eine eigens eingerichtete Sonder-Telefonnummer die UPD zu kontaktieren. In der ersten Aktion ging es um die Neuregelungen der Pflegereform 2022, in der zweiten um die Möglichkeit einer Auszeit für pflegende Angehörige durch die sogenannte Verhinderungspflege.

Die Aktionen wurden im Vorfeld ausführlich beworben, unter anderem in kostenlosen Anzeigenblättern mit hoher Reichweite. Im Nachgang erschien in den gleichen Medien ein Nachbericht. In beiden Aktionen zusammen wurden via Printmedien über 13 Millionen Leserinnen und Leser

erreicht, online erzielten die Vor- und Nachberichte über elf Millionen Klicks. Während der Aktion selbst gab es über 6.000 Anrufe.



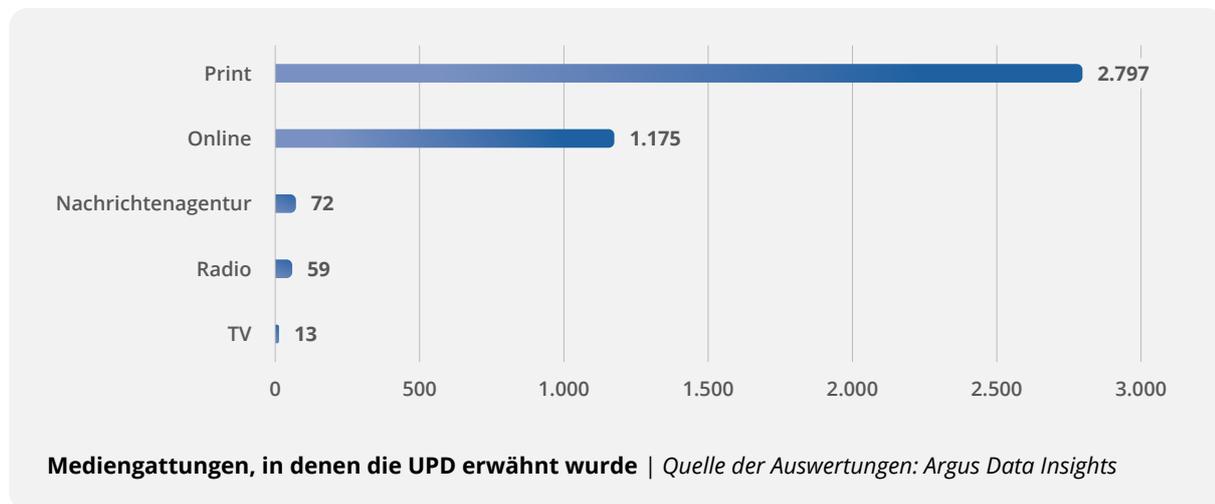
Bei vielen der Anruferinnen und Anrufer handelte es sich um Betroffene, die selbst Angehörige pflegen und bisher kaum Informationen zu Unterstützung- und Entlastungsmöglichkeiten hatten. Die Telefonaktionen zeigen: In der Bevölkerung gibt es einen enormen Beratungsbedarf zu pflegerischen Themen, der deutlich über das hinaus zu gehen scheint, was bisher in der UPD ankommt (siehe auch Kapitel 4.11).

Viel Berichterstattung über die UPD

Durch die andauernde politische Diskussion um die Zukunft der UPD und den Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Umwandlung der UPD in eine Stiftung war die UPD auch 2022 selbst erneut vielfach Gegenstand der Berichterstattung. Insgesamt 1.202 Veröffentlichungen berichteten über die UPD als Institution. Inhaltlich standen dabei die Debatten um das zukünftige organisatorische Modell für die UPD sowie die Finanzierung im Mittelpunkt. Dabei wurde eine Vielzahl von Politikerinnen und Politi-

kern, Institutionen und auch die UPD befragt und zitiert.

Insgesamt wurde die UPD im Berichtsjahr in 4.116 Veröffentlichungen erwähnt, was ein deutliches Plus darstellt (2020: 2.969 Publikationen). Trotz der Diskussion um die Neuaufstellung der UPD hatte die große Mehrzahl der Veröffentlichungen einen neutralen oder positiven Grundton.



EXKURS

Die Patientenberatung und der Ukraine-Krieg

Seit Beginn des Krieges im Februar 2022 flohen viele Menschen aus der Ukraine nach Deutschland. Zu den großen Herausforderungen gehörte die medizinisch-pflegerische Versorgung der geflüchteten Menschen.

Auch die UPD leistete ihren Beitrag zur Hilfe. Den Ratsuchenden kamen hierbei insbesondere das Angebot russischsprachiger Beratung und die breite fachliche Aufstellung der

UPD zugute. Darüber hinaus kooperierte die UPD mit anderen Institutionen und stellte zum Beispiel dem Krebsinformationsdienst juristische Informationen zur Versorgung Geflüchteter zur Verfügung. Bei einem von Handicap International e. V. organisierten Webinar mit über 200 Teilnehmenden informierten UPD-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Hilfsmittelversorgung für schwerbehinderte geflüchtete Menschen.

Beratungsthemen: von Arztsuche über Corona bis zu Asylbewerberleistungen

In den Beratungen ging es unter anderem um die Suche nach Arztpraxen mit ukrainischen oder russischen Sprachkenntnissen oder um Schwierigkeiten, für ukrainische Medikamente vergleichbare Präparate in Deutschland zu finden. Auch Fragen zur COVID-19-Impfung und zu Testmöglichkeiten für Geflüchtete beantwortete die UPD. Beratungsbedarf gab es darüber hinaus beim Nachweis der Masernimmunität für den Schul- oder Kindergartenbesuch: Viele Geflüchtete hatten Dokumente verloren oder zurückgelassen und konnten keine ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen.

Für die Versorgung der geflüchteten Menschen spielten aber auch Regelungen eine Rolle, die nicht zu den klassischen Beratungsthemen der UPD gehören, zum Beispiel zu Asylbewerberleistungen. Hier stellte die UPD, wie schon in der Pandemie, ihre Fähigkeit unter Beweis, sich kurzfristig auf neue Beratungsszenarien einzustellen. Ab Juni 2022 hat der Gesetzgeber die Geflüchteten dann umfassend in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden (siehe Kapitel 4.7.3).

Weniger Anfragen als erwartet, aber starke psychosoziale Belastung

Zahlenmäßig wurde das UPD-Beratungsangebot in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung Ukraine-Geflüchteter nicht so häufig genutzt wie zunächst erwartet: Die Beraterinnen und Berater dokumentierten hierzu etwas über 200 Beratungen. Möglicherweise hat das mit der großen Zahl an regionalen Hilfsangeboten zu tun, die sich in allen Bundesländern schnell entwickelten und die Bedarfe schon vor Ort aufgreifen konnten.

Dennoch war der Krieg insbesondere durch die psychosoziale Belastung in vielen Beratungsgesprächen in der UPD präsent – nicht nur bei Geflüchteten. Auch in Beratungen zu

anderen Themen schilderten Ratsuchende vermehrt Ängste und Verunsicherung im Hinblick auf den Krieg und seine Folgen, wie zum Beispiel Energiekrise und Inflation (siehe auch Kapitel 4.12).



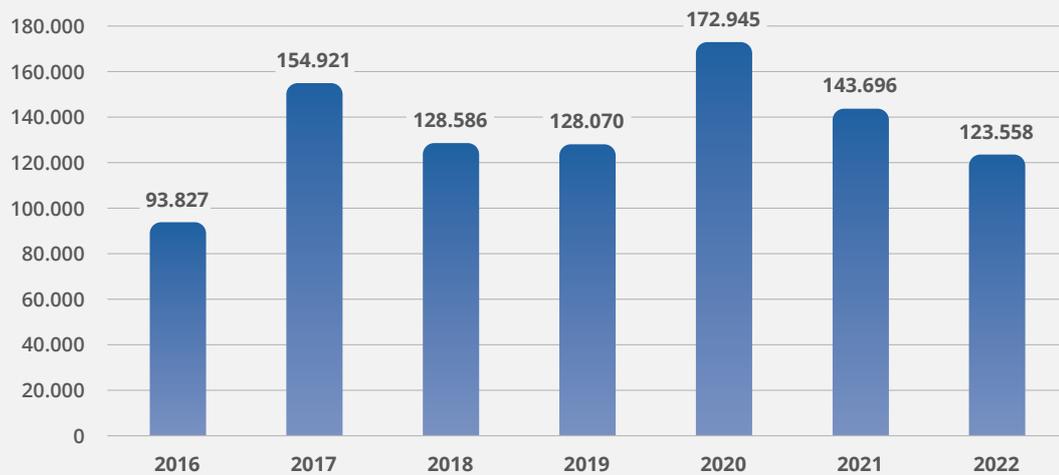
2 DIE BERATUNG IN ZAHLEN



Über 10.000 Beratungen im Monat

Die UPD berät Menschen zu Fragen rund um ihre gesundheitliche Versorgung. Etwa 124.000 Beratungen hat das UPD-Team im Jahr 2022 dokumentiert. Das sind rund 20.000 Beratungen weniger als im Jahr 2021, was vor allem auf einen

Rückgang der Beratungszahlen rund um die Corona-Pandemie zurückzuführen ist (siehe Kapitel 3). Die Beratungszahlen lagen nun ungefähr in der Größenordnung der Vor-Pandemie-Jahre.



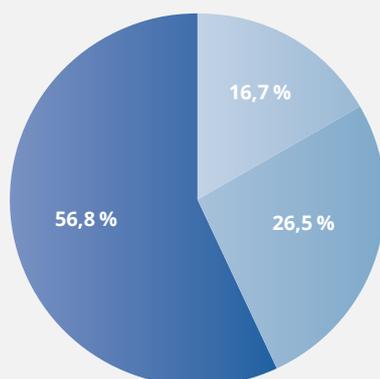
Beratungszahlen im Jahresvergleich 2016–2022 | Die Beratungszahlen pendelten sich 2022 wieder auf einem ähnlichen Niveau wie vor der Pandemie ein.

Die meisten Beratungen hatten einen rechtlichen Schwerpunkt

Für die Statistik erfassen die Beraterinnen und Berater, ob es sich schwerpunktmäßig um rechtliche oder medizinische Anfragen handelt – auch wenn viele Fragen beide Aspekte berühren.

zentual gesehen sind die allgemeinen Beratungen um etwa 3 Prozent zurückgegangen und die rechtlichen und medizinischen Anfragen jeweils um 1,5 Prozent angestiegen.

2022 gab es rund 70.200 rechtliche, 32.700 medizinische und 20.600 allgemeine Beratungen. Pro-



- Allgemeine Beratung
- Medizinische Beratung
- Rechtliche Beratung

Beratungsbereiche 2022 | Beratungen mit rechtlichem Schwerpunkt machten unverändert den größten Teil aus. N = 123.558 (70.237 rechtliche, 32.735 medizinische und 20.586 allgemeine Beratungen)

Themen rechtlicher Beratungen

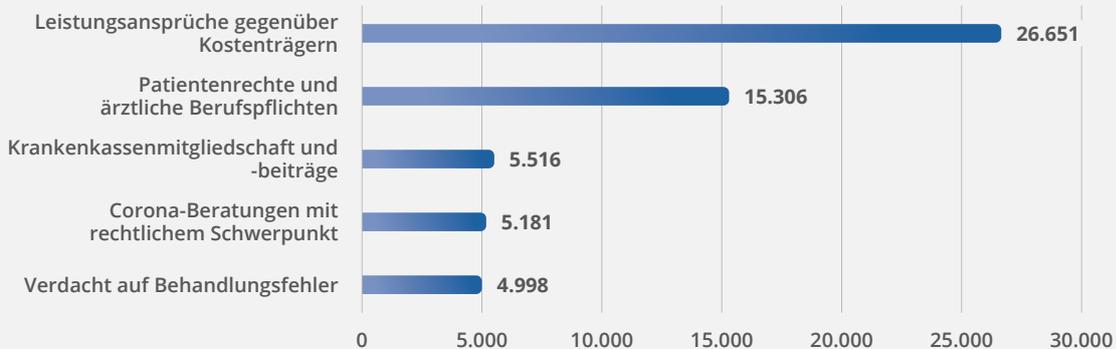
Einen rechtlichen Schwerpunkt hatten gut 70.000 Beratungen – etwa 10.000 Beratungen weniger als im Jahr zuvor (2022: 70.237 Beratungen, 2021: 80.037 Beratungen). Dabei sind vor allem rechtliche Fragen rund um die Corona-Pandemie zurückgegangen: von fast 13.000 Beratungen im Jahr 2021 auf etwas über 5.000 rechtliche Corona-Beratungen 2022. Ansonsten ergab sich eine ähnliche thematische Reihenfolge wie in den Vorjahren.

Die rechtlichen Beratungen umfassen vor allem folgende Bereiche:

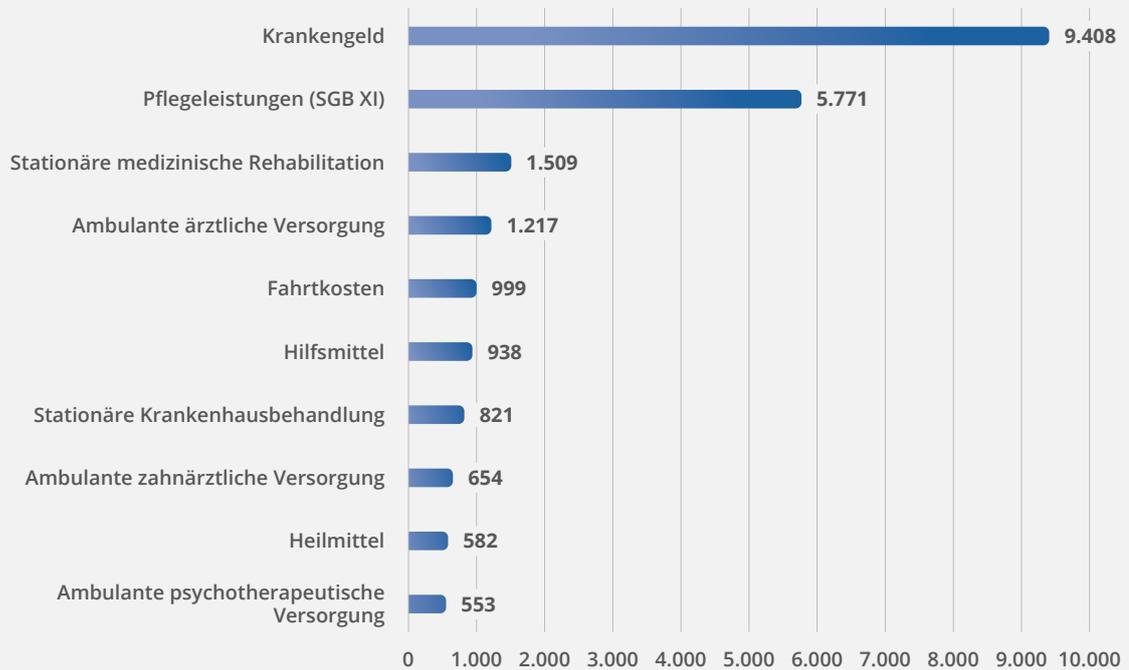
1. Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern (knapp 27.000 Beratungen). Das Thema lag wie in den Vorjahren mit Abstand auf Platz eins in der rechtlichen Beratung. Die Anfragen betrafen eine Vielzahl meist abgelehnter Leistungen, vor allem bei Krankenkassen, aber auch bei anderen Kostenträgern wie beispielsweise den Pflegekassen. An der Spitze lagen wie im Vorjahr die Beratungsthemen Krankengeld (siehe Kapitel 4.7.2), pflegerische Versorgung (siehe Kapitel 4.11) und stationäre medizinische Rehabilitation (siehe Kapitel 4.13).
2. Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten (gut 15.000 Beratungen). Hierunter fallen zum

Beispiel Fragen rund um die Patientenakte, Behandlungspflichten, das Recht auf freie Arztwahl und das Thema Zweitmeinung (siehe Kapitel 4.9).

3. Krankenkassenmitgliedschaft und -beiträge (rund 5.500 Beratungen). In diesem Bereich geht es zum Beispiel um Statusfragen zur Versicherung, Krankenkassenwechsel, die Rechtmäßigkeit der Beitragserhebung oder das Vorgehen bei Beitragsschulden (siehe Kapitel 4.7.3).
4. Beratungen mit rechtlichem Schwerpunkt rund um die Corona-Pandemie (gut 5.000 Beratungen). Fragen in diesem Zusammenhang betrafen rechtliche Aspekte zur COVID-19-Impfung, aber auch Reiseregulungen, Quarantäne und Isolierung, Genesenen-, Test- und Impfnachweis, die sogenannten G-Regelungen und vieles mehr (siehe Kapitel 3).
5. Verdacht auf Behandlungsfehler (knapp 5.000 Beratungen). Hierunter fallen alle Anfragen, bei denen Ratsuchende einen Behandlungsfehler vermuten und sich zu ihren rechtlichen Möglichkeiten beraten lassen (siehe Kapitel 4.2).



Die fünf häufigsten rechtlichen Beratungsthemen | Beratungen zu Leistungsansprüchen machten rund 40 Prozent aller rechtlichen Beratungen aus. Andere große Bereiche waren der Themenkomplex Patientenrechte (knapp 25 Prozent), Fragen rund um die Krankenkassen-Mitgliedschaft (ca. 9 Prozent) und Beratungen zum Verdacht auf Behandlungsfehler (8 Prozent).



Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern: die zehn häufigsten Beratungsthemen | *Wie in den Vorjahren standen Fragen zum Thema Krankengeld, zur pflegerischen Versorgung und zur stationären medizinischen Rehabilitation im Vordergrund.*

Schwerpunkte medizinischer Beratungen

Im Jahr 2022 gab es knapp 33.000 Beratungen zu medizinischen Themen. Das sind etwa 3.000 Beratungen weniger als im Vorjahr, der prozentuale Anteil stieg geringfügig (2022: 32.735 Beratungen, 26,5 Prozent; 2021: 36.077 Beratungen, 25,1 Prozent).

Wie bereits im vergangenen Jahr haben vor allem die Beratungszahlen rund um medizinische Fragen zur Corona-Pandemie abgenommen (etwa 7.000 Beratungen weniger als im Vorjahr), während die Beratungszahlen in den anderen medizinischen Bereichen tendenziell gestiegen sind.

Die medizinische Beratung umfasst sechs große Bereiche:

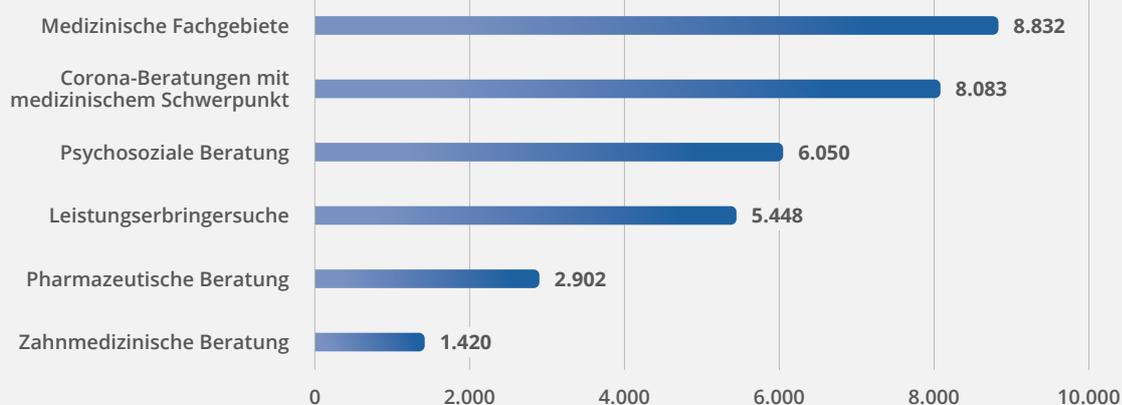
1. Anfragen in den medizinischen Fachgebieten (knapp 9.000 Beratungen). Dieser Bereich umfasst Fragen zu Risikofaktoren, Ursache, Früherkennung, Vorsorge, Untersuchung, Therapie und Prognose von Krankheiten. Auch

Fragen zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und pflegfachliche Fragen werden in den jeweiligen Fachgebieten erfasst. Eine Aufstellung nach Fachgebieten und ICD-Codes bietet das Kapitel 4.14.

2. Beratungen mit medizinischem Schwerpunkt rund um die Corona-Pandemie (gut 8.000 Beratungen). Medizinische Beratungen betrafen die COVID-19-Erkrankung selbst (Symptome, Diagnostik, Behandlung, Prognose, Schutzmaßnahmen) – insbesondere jedoch medizinische und pharmakologische Fragen rund um die Impfung (siehe Kapitel 3).
3. Die psychosoziale Beratung (über 6.000 Beratungen). Die Zahl psychosozialer Beratungen ist im Berichtsjahr um 1.000 Beratungen gestiegen, während es insgesamt deutlich weniger Beratungen gab. Die gesteigerte psychosoziale Belastung war für die Beraterinnen und Berater stark spürbar (siehe Kapitel 4.12).

Die Beratung in Zahlen

- Die Leistungserbringersuche (knapp 5.500 Beratungen). Dieser Bereich umfasst alle Fragen, bei denen Ratsuchende nach Arztpraxen, Kliniken, Psychotherapieplätzen und sonstigen Anlaufstellen im Gesundheitssystem suchen (siehe Kapitel 4.16).
- Die pharmazeutische Beratung (knapp 3.000 Beratungen). Die pharmazeutische Beratung umfasst sowohl rechtliche als auch medizinische Fragen rund um das Thema Arzneimittel (siehe Kapitel 4.1).
- Zahnmedizinische Beratung (knapp 1.500 Beratungen). Medizinische Fragen in diesem Bereich betreffen zum Beispiel Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen (siehe Kapitel 4.15).



Medizinische Beratungsbereiche einschließlich psychosozialer Beratung | Während im vergangenen Jahr die medizinischen Fragen rund um die Corona-Pandemie noch an der Spitze standen, machten 2022 die Beratungen in den einzelnen medizinischen Fachgebieten den größten Anteil aus. N = 32.735 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)

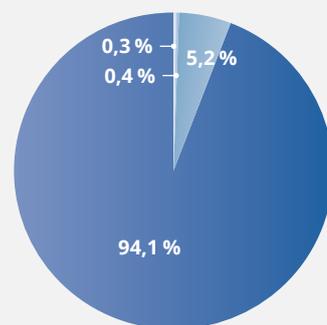
Fast 95 Prozent telefonische Beratungen

Wie in den vergangenen Jahren wandten sich mit Abstand die meisten Ratsuchenden – fast 95 Prozent – telefonisch an die UPD (2022: 116.287 telefonische Beratungen, 2021: 134.583 telefonische Beratungen).

Online-Beratungen machten rund fünf Prozent aus (2022: 6.433 Online-Beratungen, 2021: 8.642 Online-Beratungen).

Die regionalen Beratungsstellen dokumentierten im Berichtsjahr 515 Beratungen. Sie konnten nach den pandemiebedingten Schließungen ihre Arbeit zum Teil ab Sommer 2022 wieder aufnehmen.

Per Briefpost wurden 2022 insgesamt 323 Beratungen durchgeführt (2021: 385 Beratungen).



- Beratung per Post
- Beratung in regionaler Beratungsstelle
- Online-Beratung
- Telefonische Beratung

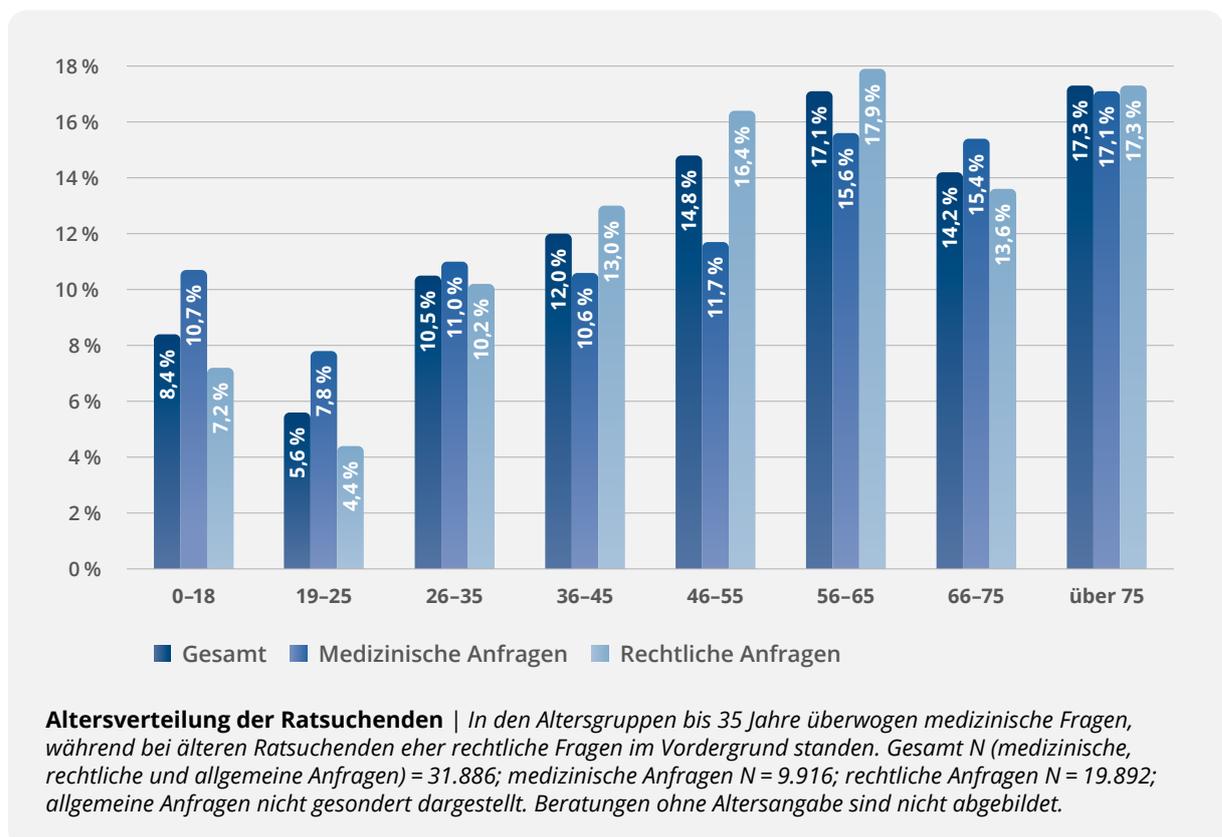
Beratungswege 2022 | Fast 95 Prozent der Beratungen erfolgten telefonisch. N = 123.558

Altersverteilung und Erwerbssituation der Nutzerinnen und Nutzer

Das Beratungsteam erfasst anonymisiert und auf freiwilliger Basis statistische Daten der Ratsuchenden. Bei hohem Beratungsaufkommen wird teilweise auf die Abfrage verzichtet, um Wartezeiten zu verkürzen. Die Angaben liegen also nur für einen Teil der Beratungen vor, spiegeln aber stichprobenartig die Zusammensetzung der Nutzerinnen und Nutzer wider.

Das Altersspektrum reicht von Minderjährigen bis ins hohe Lebensalter. Die meisten Ratsuchenden sind in den Altersgruppen ab 46 Jahren. Hinsichtlich des Erwerbsstatus entspricht die Statistik fast

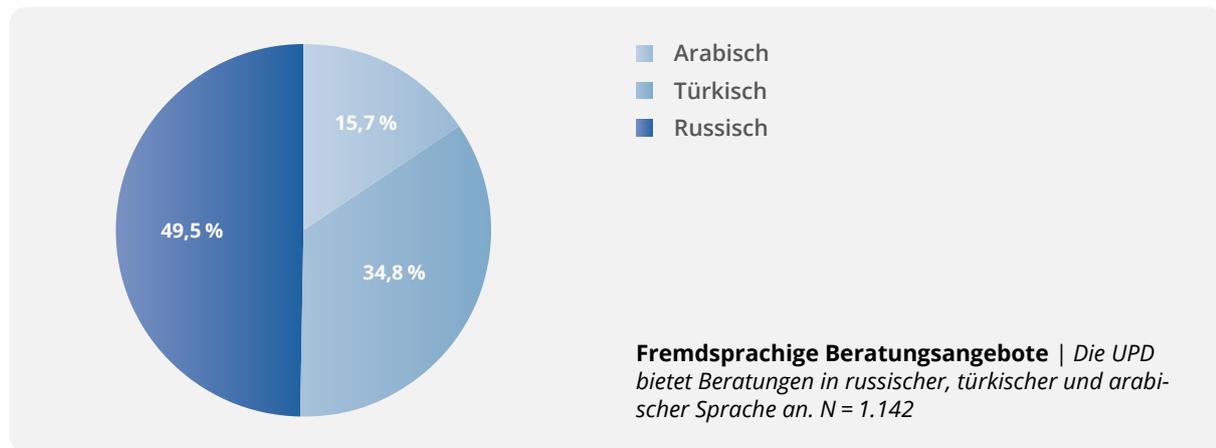
exakt dem Vorjahr: Rund drei Viertel aller Beratungen haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (ca. 42 Prozent) und Rentnerinnen und Rentner (ca. 31 Prozent) in Anspruch genommen. Die drittgrößte Gruppe bildeten mit knapp zehn Prozent Erwerbslose, gefolgt von Kindern, Schülerinnen und Schülern, Auszubildenden oder Studierenden mit insgesamt knapp neun Prozent. Rund drei Prozent entfielen jeweils auf Selbstständige und Erwerbsgeminderte. Hausfrauen und -männer machten ein Prozent der Beratungen aus, Beamtinnen und Beamte lagen ebenso wie Asylsuchende bei unter einem Prozent.



Beratung auf Türkisch, Arabisch und Russisch

Für Menschen, die mit der deutschen Sprache nicht oder nur wenig vertraut sind, bietet die UPD eine fremdsprachige Beratung auf Türkisch, Arabisch und Russisch an. Dafür schalten die Beraterinnen und Berater entweder einen Dolmetscherdienst ein oder sie verfügen selbst über entsprechende Sprachkenntnisse.

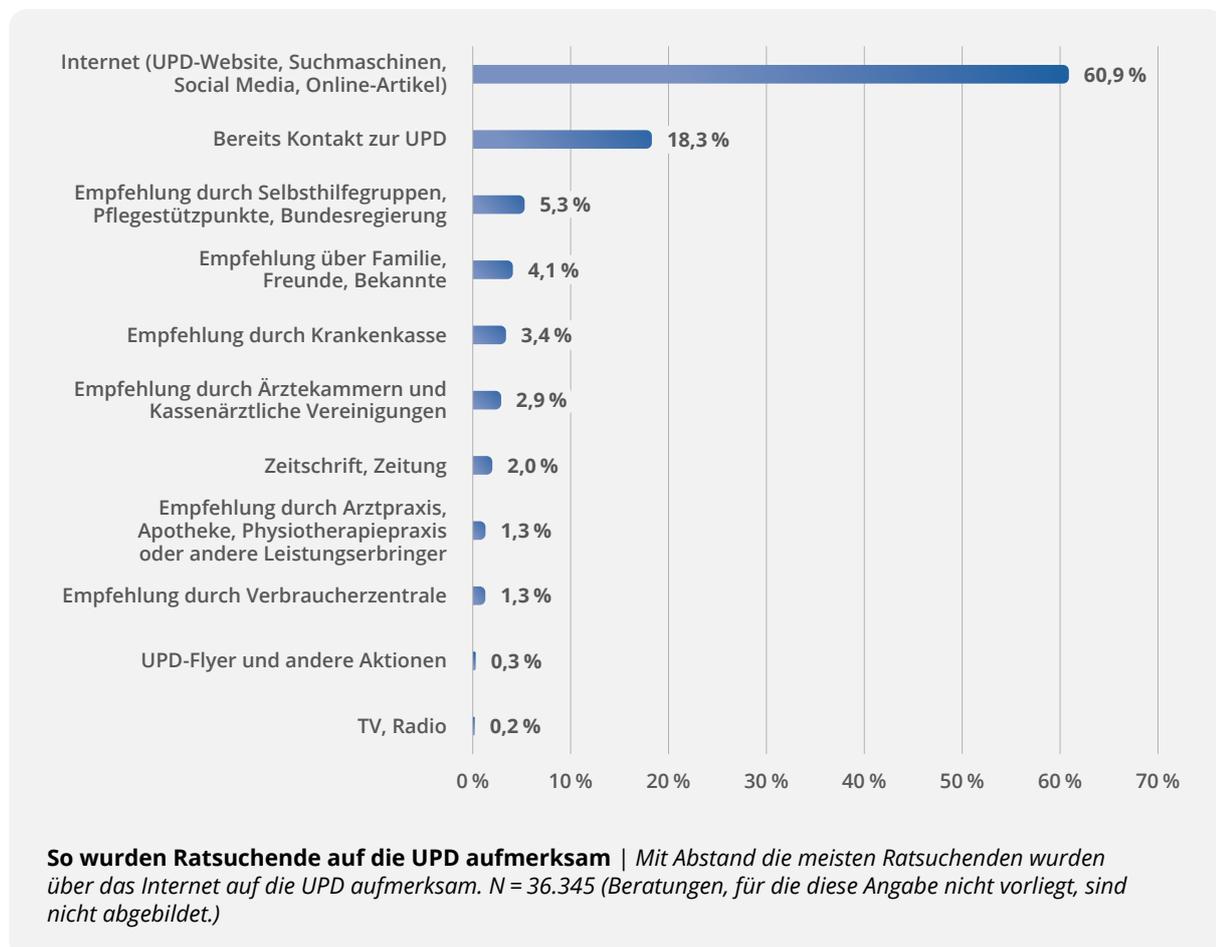
2022 gab es 1.142 fremdsprachige Beratungen (2021: 1.209 Beratungen). Den größten Anteil machte mit fast 50 Prozent die russische Beratung aus (2021: 46,6 Prozent). Auf die arabischsprachige Beratung entfielen rund 15 Prozent (2021: 15,4 Prozent), die türkischsprachige Beratung machte knapp 35 Prozent aus (2021: 38 Prozent).



Wie Ratsuchende auf die UPD aufmerksam wurden

Die meisten Ratsuchenden erfahren durch das Internet von dem Beratungsangebot der UPD (2022: 61 Prozent; 2021: 64 Prozent), zum Beispiel über die Informationen auf der Website und die umfangreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Auch viele andere Anbieter von Gesundheitsinformationen weisen auf das UPD-Beratungsangebot hin. Über 18 Prozent der Ratsuchenden haben die UPD 2022 zum wiederholten Mal genutzt (2021: 15,1 Prozent).

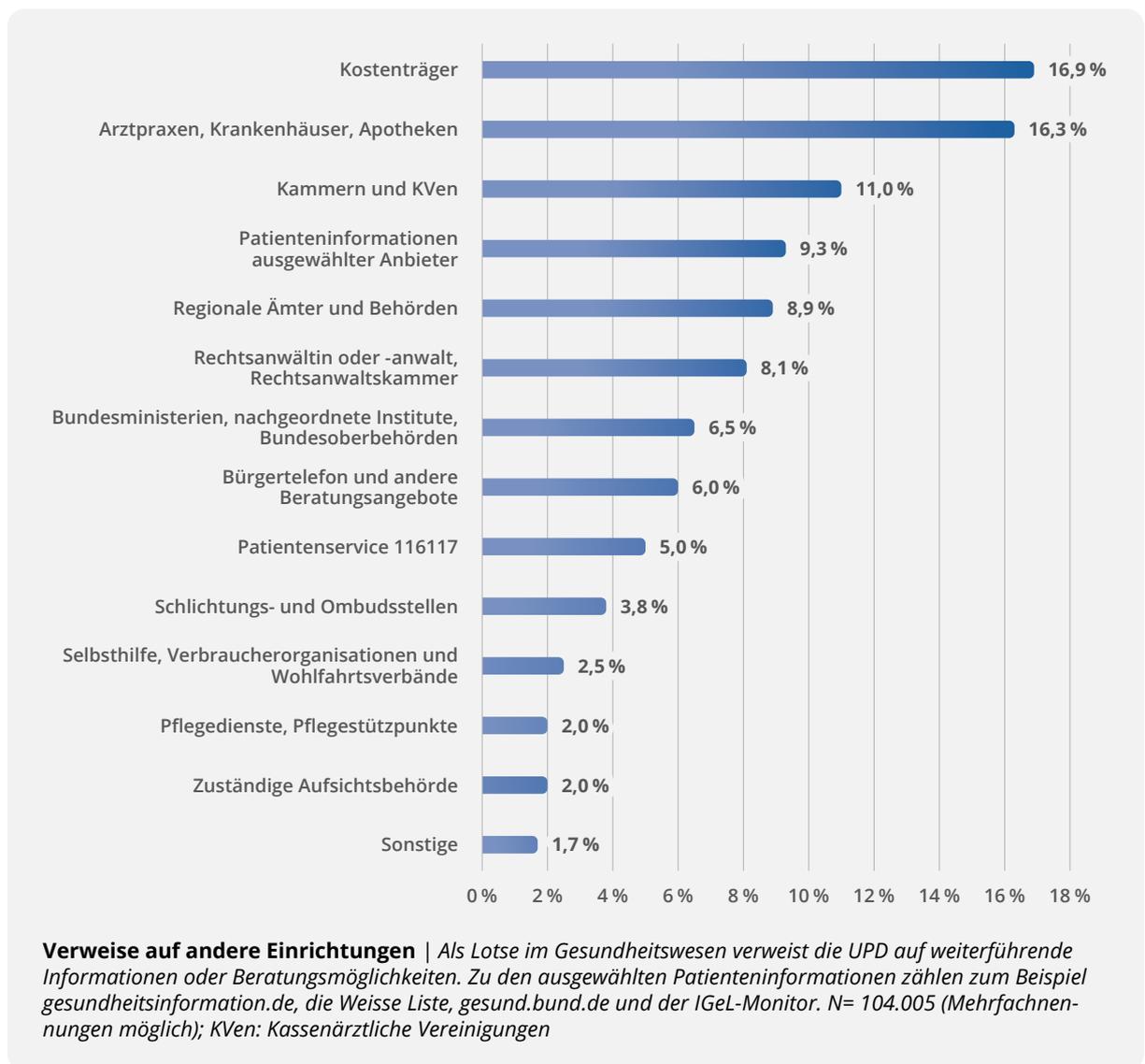


UPD als Lotse: Verweise auf andere Einrichtungen

Die UPD erfasst systematisch alle Verweise auf andere Institutionen, die das Beratungsteam im Laufe eines Beratungsgesprächs gibt. 2022 haben die Beraterinnen und Berater über 100.000 Verweise auf andere Einrichtungen gegeben.

Häufig benennt das UPD-Team die entsprechenden Leistungserbringer oder Kostenträger als zuständige Anlaufstellen für die individuelle gesundheitliche Versorgung. Hinweise auf geeignete Portale zur Leistungserbringersuche und auf gute Gesundheitsinformationen im Internet gehören ebenso zum Beratungsalltag wie Angaben zu geeigneten Anlaufstellen bei Ver-

dacht auf Behandlungsfehler oder Konflikten mit Kostenträgern oder Leistungserbringern. Indem die UPD in der Beratung gezielt auf ergänzende lokale, regionale und überregionale Beratungs- und Informationsangebote verweist, trägt sie zur eigenständigen Orientierung der Ratsuchenden im deutschen Gesundheitssystem bei und stärkt damit ihre Gesundheitskompetenz.



3 CORONA – DIE PATIENTENBERATUNG IM DRITTEN PANDEMIEJAHR

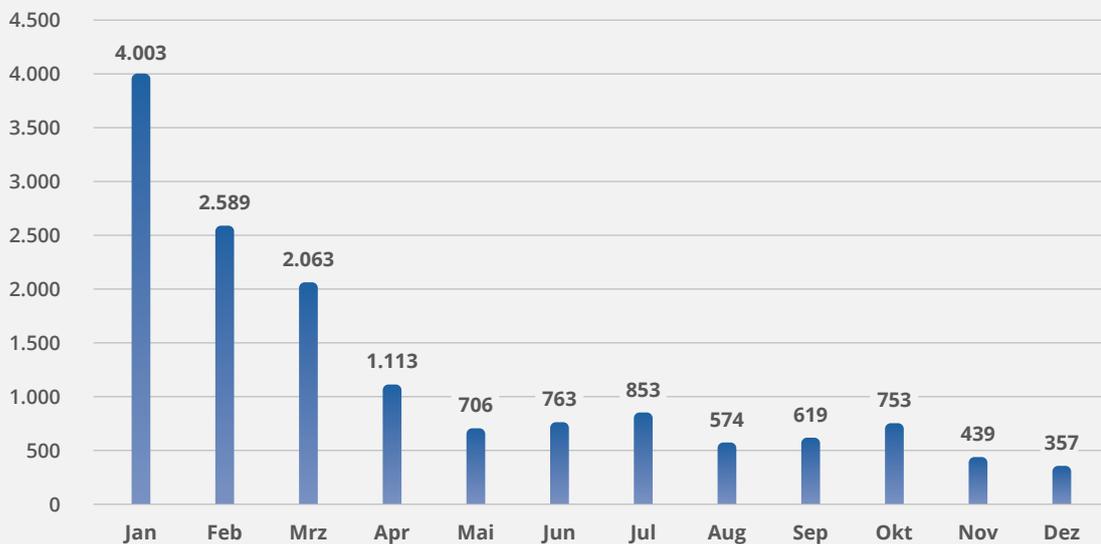


Weniger Beratungsbedarf als in den Vorjahren, deutlich abnehmend im Jahresverlauf

Im dritten Jahr der Corona-Pandemie lässt sich mit knapp 15.000 Corona-Beratungen ein Rückgang der Fragen an die Patientenberatung im Vergleich mit den Vorjahren verzeichnen (2021: gut 37.000 Beratungen, 2020: über 50.000 Beratungen).

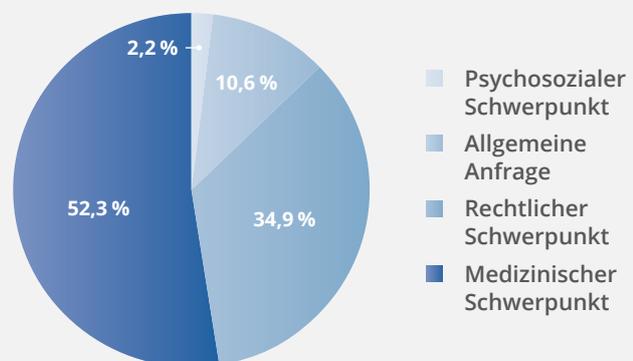
verhältnismäßig viele Anfragen, zum Ende des Jahres spielte das Thema eine deutlich geringere Rolle. Im Januar machten die Corona-Beratungen 33 Prozent aller Beratungen aus, im Dezember nur noch 4 Prozent.

Deutlich ist der abnehmende Trend im Verlauf des Jahres: In den ersten Monaten gab es noch



Anzahl der Corona-Beratungen im Jahresverlauf | Insgesamt beriet die UPD 14.832-mal rund um Corona. Die meisten Anfragen gab es in den ersten Monaten des Jahres.

Gut 50 Prozent der Fragen hatten einen medizinischen Schwerpunkt, knapp 35 Prozent einen rechtlichen Schwerpunkt und etwa 10 Prozent waren allgemeine Anfragen. Die psychosoziale Beratung spielte in diesem Jahr sowohl in den Corona-Beratungen als auch allgemein eine zunehmend große Rolle: Sie stand in gut 2 Prozent der Corona-Beratungen thematisch im Zentrum, nahm aber auch bei vielen der fachlichen Beratungen einen großen Raum ein (siehe auch Kapitel 4.12).



Schwerpunkte der Corona-Beratungen | Die meisten Beratungen betrafen medizinische Fragen. (N gesamt = 14.832; Allgemeine Beratung 1.568; Medizinische Beratung 7.758; Psychosoziale Beratung 325; Rechtliche Beratung 5.181)

Beratungsthemen: COVID-19-Impfung weiterhin größtes Beratungsthema

Die Anfragen rund um die Corona-Pandemie betrafen wie in den Vorjahren ein breites Spektrum gesundheitsrechtlicher und gesundheitlicher Fragen. Zusammenfassend standen 2022 die folgenden Themen im Vordergrund:

- **COVID-19-Impfung:** Die Impfung nahm unter den Corona-Anfragen weiterhin den ersten Platz ein – knapp 8.000 Corona-Beratungen hatten in irgendeiner Form mit dem Thema Impfen zu tun. Fragen, mit denen sich Ratsuchende in diesem Zusammenhang an die UPD wandten, betrafen die STIKO-Empfehlungen und Impfschemata, neu zugelassene Impfstoffe, den Zugang zur Impfung, die Wirksamkeit gegenüber Virus-Varianten, Nebenwirkungen, Komplikationen oder Impfschäden, die (einrichtungsbezogene) Impfpflicht und vieles mehr (siehe Kapitel 4.5).
- **Corona-Tests:** Über 4.000-mal hat das Beratungsteam in Zusammenhang mit Corona-Tests beraten – unter anderem zu Kostenübernahme und Zuständigkeiten. Über Beratungen zum Thema Corona-Tests berichtet das Kapitel 4.8.
- **Quarantäne und Isolierung:** Rund 2.500 Beratungen gab es zu den Themen Isolierung und Quarantäne. Sowohl die Regelungen zur Quarantäne von Kontaktpersonen als auch zur Isolation von Infizierten haben sich im Laufe des Jahres wiederholt geändert.

Die Quarantänepflicht für Kontaktpersonen wurde ab dem Frühjahr entschärft. Dabei gab es regional unterschiedliche Regelungen hinsichtlich Länge und Beendigung der Quarantäne. Viele Länder verkürzten außerdem die Isolationspflicht für Menschen mit positivem Corona-Test unter bestimmten Voraussetzungen. Zum Ende des Jahres haben einige Bundesländer die Isolationspflicht komplett abgeschafft, während diese in anderen zunächst fortbestand.

Immer wieder waren Ratsuchende unsicher, welche Regelungen für sie galten, welches Verhalten medizinisch sinnvoll schien, ob sie als Infizierte oder Kontaktpersonen arbeiten gehen müssen oder wie sie sich verhalten sollen, wenn sie selbst oder Menschen im engen Umfeld infiziert waren.

- **Reiseregulungen:** Die Reiseregulungen hinsichtlich der Corona-Pandemie entspannten sich bereits zum Jahresbeginn erheblich. Seit Januar verzeichnete das RKI keine Virus-Varianten-Gebiete und seit März keine Hochrisikogebiete mehr. Fragen zur Coronavirus-Einreiseverordnung und andere Reisetemen gingen daher im Jahr 2022 ebenfalls deutlich zurück (knapp 1.000 Beratungen).
- **Masken:** Auch medizinische oder pharmazeutische Fragen zum Umgang mit Schutzmasken wurden 2022 deutlich seltener an die UPD herangetragen (etwas über 500 Beratungen). Weiterhin relevant war für einige Ratsuchende das Thema Maskenpflicht, insbesondere in Arztpraxen (siehe Kapitel 4.8).
- **Impf- und Genesenenstatus:** In den ersten Monaten des Jahres gab es bezüglich der rechtlichen Definitionen von „vollständig geimpft“ oder „genesen“ einige Veränderungen, die für Verwirrung, Unmut und Fragen an die UPD sorgten. 2022 beriet das UPD-Team fast 500-mal zum Impf- und Genesenenstatus.

Zum Jahresanfang galten in vielen Bereichen noch die sogenannten G-Regelungen. Der Status vollständig geimpft, genesen und/oder getestet war zum Beispiel relevant für den Zugang zu kulturellen und sozialen Einrichtungen, aber auch in Hinsicht auf die Quarantäneregulungen für Kontaktpersonen. Ab dem 15.01.2022 wurde der Genesenenstatus von sechs auf drei Monate verkürzt und Menschen, welche mit dem Janssen-Impfstoff einmalig geimpft waren, benötigten nun eine zweite

Impfdosis für den Status eines vollständigen Impfschutzes. Damit verloren von einem Tag auf den anderen viele Betroffene ihren Status als vollständig geimpft beziehungsweise genesen – ohne Ankündigung und mit zum Teil erheblichen Auswirkungen für die Betroffenen.

Eine Besonderheit: Die Coronavirus-Einreiseverordnung und die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung verwiesen ab Januar für den Impfstatus direkt auf die Angaben des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und für den Genesenenstatus auf die Definitionen des Robert Koch-Instituts (RKI). Das bedeutete, dass diese Behörden festlegten, wer als vollständig geimpft beziehungsweise genesen galt. Die Bekanntmachung erfolgte über die jeweiligen Internetseiten dieser Behörden.

Damit adressierte die Politik das Problem, über das auch die UPD in den beiden Pandemie-Jahren zuvor wiederholt berichtet hatte: dass es problematisch ist, wenn wissenschaftliche Empfehlungen und rechtliche Verordnungen bei der Pandemie-Bekämpfung voneinander abweichen.⁴

Dieses Vorgehen wurde allerdings von mehreren Gerichten insofern für rechtswidrig erklärt, als dass die Behörden nicht vom Gesetzgeber ermächtigt seien, hierüber zu entscheiden.⁵ Dies dürfe nur die Bundesregierung. Der Verordnungsgeber hat auf die Entscheidungen der Rechtsprechung reagiert und im März in der Einreiseverordnung die Anforderungen an den Impf- und Genesennachweis wieder selbst definiert, was wiederum zu abweichenden Definitionen in den beiden Verordnungen führte. Im März 2022 wurden dann die Definitionen des Impf- und Genesennachweises im Infektionsschutzgesetz verankert und damit zumindest wieder verordnungsübergreifend vereinheitlicht.

Im Jahresverlauf verlor der rechtliche Impf- oder Genesenenstatus erheblich an Bedeutung, da die einschränkenden Schutzmaßnahmen sukzessive zurückgefahren wurden.

- **Long COVID:** Weiterhin wandten sich Ratsuchende an die UPD auf der Suche nach Informationen bei langanhaltenden Beschwerden nach einer COVID-19-Erkrankung. Während die anderen Beratungszahlen rund um Corona zurückgingen, vervierfachten sich die Beratungen zu Long COVID (über 500 Beratungen). Im Vordergrund stand dabei das Problem, dass Ratsuchende keine geeigneten Anlaufstellen für ihre Beschwerden fanden (siehe Kapitel 4.14).
- **Paxlovid:** Zur Behandlung der COVID-19-Erkrankung kamen durch das seit Februar 2022 verfügbare Paxlovid neue Fragen hinzu – viele Menschen setzten Hoffnung in das Medikament, hatten aber Schwierigkeiten es zu bekommen oder Fragen zur Anwendung. Rund 70-mal hat das Team zu Paxlovid beraten (siehe Kapitel 4.1).
- **Corona-Apps:** Ca. 70 Beratungen betrafen die Corona-Warn-App und die CovPass-App. Dabei ging es zum Beispiel um die abgelaufene Gültigkeit von Impfzertifikaten (siehe Kapitel 4.3).
- **Zugang zum Gesundheitswesen:** Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitswesen zeigten sich in der Corona-Pandemie an verschiedensten Stellen, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung. Bei den Anfragen an die UPD ging es unter anderem um schwer zu erreichende Anlaufstellen, fehlende spezialisierte Angebote oder unklare Zuständigkeiten (siehe Kapitel 4.16).

⁴ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021: Kapitel 3, Seite 34-35](#) und [Monitor Patientenberatung 2020, Kapitel 3, Seite 31 ff.](#)

⁵ Zum Beispiel [Verwaltungsgericht Ansbach \(18. Kammer\), Beschluss vom 11.02.2022, Aktenzeichen 18 S 22.234](#) und [Verwaltungsgericht Osnabrück, Beschluss vom 04.02.2022, Aktenzeichen 3 B 4/22](#)

FAZIT

Bereits in den vergangenen Jahren hat die UPD die Rückschlüsse aus den Corona-Beratungen zusammengefasst, die sich auch in diesem Jahr, in dem die Pandemie langsam ausklang und der Beratungsbedarf deutlich zurückging, bestätigt haben.

Im Vordergrund standen demnach drei Kernthemen: die Verwirrung durch uneinheitliche, schwer verständliche Regelungen, Defizite bei der Kommunikation und ein erschwerter Zugang zur medizinischen Versorgung.

Uneinheitliche Regelungen und Empfehlungen sorgten weiter für Unverständnis

Regional unterschiedliche Regelungen sorgten im Laufe der Pandemie immer wieder für Unmut, Unverständnis und Verwirrung – in 2022 zum Beispiel, als zum Ende des Jahres einige Bundesländer die Isolationspflicht für Infizierte abschafften, während andere diese beibehielten. Diese wissenschaftlich nicht begründbaren Unterschiede führten dazu, dass Ratsuchende die Maßnahmen als willkürlich empfanden und das Vertrauen in Sinn und Angemessenheit der Schutzmaßnahmen geschwächt wurde.

Darüber hinaus wichen rechtliche Regelungen zum Teil erneut von wissenschaftlichen Empfehlungen der Bundesbehörden wie dem Robert Koch-Institut ab. Der Gesetzgeber hat zum Anfang des Jahres versucht, Politik und

Auch im dritten Jahr der Pandemie hatten Ratsuchende noch Fragen dazu, wie sie sich im Falle einer Infektion verhalten sollten und wer sich wie lange isolieren muss. Das zeigt: Selbst zu dieser grundlegenden Frage der Pandemie ist es nicht gelungen, den Menschen flächendeckend die notwendige Information verständlich und leicht auffindbar zu vermitteln. Das gleiche gilt für viele andere Fragen rund um die Pandemie.

wissenschaftliche Empfehlungen besser zu verzahnen, indem er im Gesetzestext direkt auf die Empfehlungen der Bundesbehörden verwiesen hat. Dieses Vorgehen ist an formaljuristischen Hürden gescheitert. So kam es auch 2022 zu Differenzen zwischen rechtlichen Regelungen und Empfehlungen der Bundesbehörden, und zeitweilig sogar zu unterschiedlichen Definitionen des Geimpft- oder Genesenenstatus in unterschiedlichen Verordnungen.

Aus Beratungssicht wäre es sinnvoll, verbindliche und bundesweit geltende Regelungen zu etablieren, die sich an nachvollziehbaren Kriterien orientieren und die Empfehlungen der Bundesbehörden berücksichtigen.

Strukturierte Informationskanäle im Gesundheitssystem fehlten

Während der Pandemie bei allen versorgungsrelevanten Themen auf dem Laufenden zu bleiben, stellte nicht nur für Patientinnen und Patienten eine Herausforderung dar, sondern auch für die Ärzteschaft und andere Akteure im Gesundheitswesen. Denn es gab kontinuierlich neue Informationen, die alle an unterschiedlichen Stellen veröffentlicht wurden.

Ärztinnen und Ärzte mussten sich Änderungen der STIKO-Empfehlungen, den jeweiligen Zulassungsstatus von Impfstoffen, rechtliche Regelungen, Informationen zu Abrechnungsfragen und medizinische Empfehlungen von vielen unterschiedlichen Informationsquellen wie dem PEI, dem RKI, den medizinischen Fachgesellschaften, der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesell-

schaften (AWMF) und den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammensuchen. Es gab keinen einheitlichen Kanal, über den Leistungserbringer im Gesundheitswesen aktiv auf für die Versorgung relevante Neuerungen aufmerksam gemacht wurden.

Aus Beratungssicht sind ein durchdachtes Kommunikationskonzept und eine einheitliche Kommunikation aller beteiligten Akteure erforderlich – optimalerweise im Rahmen eines nationalen Gesundheitsportals, das von allen Akteuren als die zentrale Informationsquelle anerkannt wird. Ein solches Portal sollte auch

für Ärztinnen und Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen handlungspraktische Informationen anbieten. Ein solches umfassendes Gesundheitsportal wäre nicht nur in der Pandemie, sondern auch in anderen Kontexten wünschenswert, etwa beim Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (Kapitel 4.6) oder der Arztsuche (siehe Kapitel 4.16).

Das Gesundheitsportal gesund.bund.de konnte einige der Fragen adressieren, hat sich aber im Laufe der Pandemie bisher nicht als grundlegende Informationsquelle etabliert.

Probleme beim Zugang zum Gesundheitswesen unter dem Brennglas

In der Pandemie haben sich verschiedene, auch aus anderen Zusammenhängen bekannte Probleme beim Zugang zum Gesundheitswesen verstärkt gezeigt. Hierzu gehörten insbesondere Schwierigkeiten, in der ambulanten Versorgung qualifizierte Anlaufstellen für spezialisierte Fragen zu finden, zum Beispiel bei komplexen Impffragen oder für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Long COVID.

Zum Pandemiealltag gehörten darüber hinaus Schwierigkeiten, Anlaufstellen wie die 116117 oder die Gesundheitsämter zu erreichen, sowie Zugang zu Corona-Testverfahren oder die COVID-19-Impfung zu bekommen. Auch niedrigschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote waren nicht ausreichend vorhanden.



4

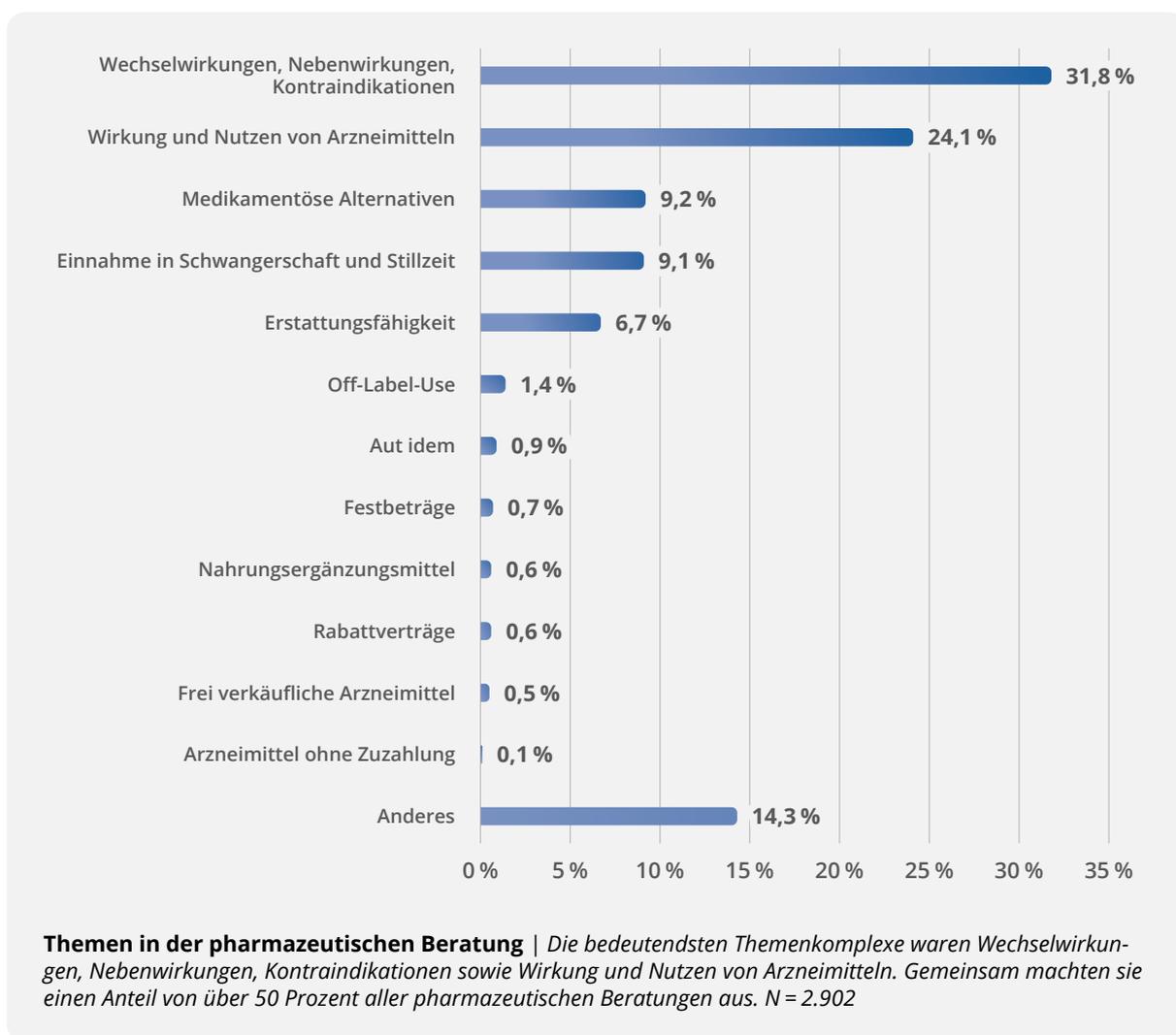
BERATUNGSTHEMEN A-Z



4.1 Arzneimittel und pharmazeutische Beratung

Wie im Vorjahr führte das Team der UPD knapp 3.000 pharmazeutische Beratungen durch. Die meisten Beratungen drehten sich um Wechsel-

wirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen von Arzneimitteln.



Beratungszahlen nach Medikamentengruppen

Besonders häufig erkundigten sich Ratsuchende nach Medikamenten, die am Nervensystem wirken (724 Beratungen). Dazu gehören insbesondere Antipsychotika, Antidepressiva und Schmerzmittel.

Am zweithäufigsten beriet das Team zu Arzneimitteln, die Infektionen behandeln oder vorbeugen können. Zu den sogenannten Antiinfektiva gehören Mittel gegen bakterielle oder virale Infektionen sowie Impfstoffe.



ATC-Code	ATC-Bedeutung	Anteil an Gesamt (%)
N	Nervensystem	28,0
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	20,1
C	Kardiovaskuläres System	14,6
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	7,9
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	5,8
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	5,0
B	Blut und blutbildende Organe	3,8
M	Muskel- und Skelettsystem	2,9
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	2,6
V	Varia	2,3
R	Respirationstrakt	2,1
D	Dermatika	2,1
S	Sinnesorgane	1,6
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellentien	1,2

Häufig angefragte Medikamentengruppen | Bezeichnungen nach ATC-Klassifikation (Anatomisch-Therapeutische-Chemische Klassifikation). COVID-19-Impfstoffe sind hier nicht berücksichtigt. N = 2.588

DAUERTHEMA:

Arzneimitteltherapiesicherheit – Wechselwirkungen und Nebenwirkungen verunsichern Ratsuchende

Wie in den Vorjahren drehten sich 2022 die meisten pharmazeutischen Beratungen um die Sicherheit der Arzneimitteltherapie. Besonders häufig wollen Ratsuchende wissen, ob es Wechselwirkungen in der Medikation gibt, welche Nebenwirkungen auftreten können und ob es für sie besser geeignete Medikamente ohne Neben- oder Wechselwirkungen gibt.

Das UPD-Team bespricht mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit den Ratsuchenden. Die Beraterinnen und Berater erläutern, welche Maßnahmen empfohlen sind, um die Sicherheit der Arzneimittelanwendung zu erhöhen. So können viele Medikamente trotz Wechselwirkungen kombiniert werden, solange die Therapie ausreichend überwacht wird, beispielsweise anhand von Blutwerten. Auch wenn Wechselwirkungen so gut wie möglich vermieden

werden sollten, spricht nicht jede Wechselwirkung per se gegen eine gemeinsame Einnahme.

In vielen Gesprächen stellt sich heraus, dass Unsicherheit bezüglich der täglichen Anwendung der Medikamente besteht. Hierbei geht es oft um Einnahmezeitpunkte und den zeitlichen Abstand zum Essen. So wundern sich Ratsuchende beispielsweise, warum sie ihren Eisenmangel mit hochdosierten Kapseln nicht in den Griff bekommen. Im Gespräch stellt sich heraus, dass sie die Kapseln immer während einer Mahlzeit einnehmen, wodurch sie kaum noch wirken können.

Das Team gibt Tipps für eine effektivere Anwendung und regt an, diese bei der Ärztin oder dem Arzt anzusprechen. Hier zeigt sich für das Beratungsteam großes Potenzial, die Therapiesicherheit und -effektivität zu verbessern.

Elektronischer Medikationsplan – verschenkte Patientensicherheit durch schleppende Digitalisierung

Die UPD berät sehr häufig zu Arzneimitteltherapiesicherheit bei Multimedikation. Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit gibt es neben dem bundeseinheitlichen Medikationsplan auf Papier auch digitale Anwendungen wie beispielsweise elektronische

Medikationspläne oder elektronische Rezepte. In der Versorgungspraxis in Deutschland sind diese allerdings bisher kaum etabliert und damit vielen Patientinnen und Patienten unbekannt (siehe Kapitel 4.3).

Umsetzung von Gesetzen seit 16 Jahren verschleppt – Ziele nicht erreicht

2001 ist der cholesterinsenkende Arzneistoff Cerivastatin (Handelsname Lipobay) vom Markt genommen worden, nachdem es aufgrund einer Wechselwirkung mit einem mit einem anderen Medikament zu zahlreichen Todesfällen gekommen ist. Diese Wechselwirkung zu erkennen und zu untersuchen war schwierig, da Informationen zur gesamten Medikation von Patientinnen und Patienten damals nicht strukturiert und digital vorlagen. 2003 ist daher ein Gesetz beschlossen worden mit dem Ziel, im Jahr 2006 für alle krankenversicherten Menschen eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) auszugeben. Auf dieser können die jeweiligen Medikamente abgespeichert werden, um so die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern.⁶

se konnten leider bisher nicht in allen Versorgungsprozessen digitalisiert werden, obwohl dies ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit wäre. Gegenwärtig müssen in Deutschland bei der Arzneimitteltherapie die Medikamente noch viel zu häufig händisch von System zu System übertragen werden. Hierbei kann es zu Fehlern kommen. Werden Medikamente in verschiedenen Arztpraxen verordnet, fehlt vielen Ratsuchenden aber auch behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Überblick. Auch in den nahezu 3.000 pharmazeutischen Beratungen der UPD wurden die Medikamente meist mühsam von den ratsuchenden Menschen diktiert. Sofern Medikationspläne zumindest auf Papier vorlagen und zur UPD übertragen wurden, stellte sich in den Beratungen häufig heraus, dass diese unvollständig oder veraltet waren.

Auch 16 Jahre später ist dieses Ziel noch nicht flächendeckend erreicht. Medikationsprozes-

Schlecht koordinierte Lösungsansätze

Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (gematik GmbH) ist in Deutschland für die sogenannte Telematikinfrastruktur verantwortlich. Die Telematikinfrastruktur ist die zentrale Plattform für Daten und digitale Anwendungen im Gesundheitswesen. Dort werden den Versicherten aktuell mehrere separate digitale Anwendungen angeboten, die Medikationsdaten speichern und die Arzneimitteltherapie verbessern sollen.

Die Medikamente können im elektronischen Medikationsplan (eMP) direkt auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Auch der Notfalldatensatz auf der eGK enthält Informationen zur Medikation. Allerdings führen Änderungen im eMP nicht zu einer automatischen Aktualisierung im Notfalldatensatz. Auch das elektronische Rezept wird nicht automatisch mit dem eMP abgeglichen und ein in die elektronische Patientenakte

6 [Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung \(GKV-Modernisierungsgesetz - GMG\)](#)

(ePA) kopierter Medikationsplan muss ebenfalls bei jeder Aktualisierung erneut in die ePA kopiert werden.

Bei den aktuell angebotenen digitalen Anwendungen erscheint es also fragwürdig, ob

diese bereits einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit leisten können. Auch das E-Rezept kann derzeit kaum Mehrwerte für die Arzneimitteltherapiesicherheit bieten, da es fast ausschließlich auf Papier ausgedruckt wird.

Studie weist auf Schaden für Patientinnen und Patienten hin

Wie groß der potenzielle Schaden durch die fehlende Digitalisierung in den Medikationsprozessen ist, verdeutlicht eine kürzlich veröffentlichte Studie (AdAM⁷): Eine konsequente digitale Unterstützung des Medikationsprozesses sowie zusätzliche qualitätssichernde Maßnahmen bewirkten, dass in dem Beobachtungszeitraum unter den Patientinnen und Patienten, die gleichzeitig mehrere Medikamente einnahmen, deutlich weniger verstarben.

In dem Projekt wurden Ärztinnen und Ärzte bei der Pharmakotherapie multimorbider Men-

schen umfassend unterstützt. Somit sind die beobachteten Effekte nicht nur der Digitalisierung der Prozesse zuzuschreiben. Die Studie zeigt jedoch eindrücklich die Bedeutung der Digitalisierung als Grundlage für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Ein Bericht rechnet die beobachteten Effekte der Studie auf etwa 18 Millionen Menschen hoch, die in Deutschland von dieser neuen Versorgungsform profitieren könnten.⁸ So könnten bis zu 70.000 Todesfälle pro Jahr verhindert werden.

DAUERTHEMA:

Warum müssen Patientinnen und Patienten ihre Medikamente selbst bezahlen?

Regelmäßig wenden sich Ratsuchende an das UPD-Team, weil sie Geld für ihre Medikamente bezahlen müssen. Sie möchten wissen, wie der Betrag zustande kommt, warum die Krankenversicherung nicht zahlt oder ob es günstigere Alternativen gibt.

Besonderer Beratungsbedarf besteht, wenn Ärztinnen und Ärzte Dauermedikamente plötzlich auf einem Privat Rezept verordnen. Dann müssen Ratsuchende die Kosten selbst tragen und nicht wie zuvor die Krankenversicherung. Diese Situation schildern beispielsweise Ratsuchende,

die Vitamin D zur regelmäßigen Einnahme ärztlich verordnet bekommen. Oft wird der Wechsel auf ein Privat Rezept nicht erklärt oder begründet. Ratsuchende reagieren verständnislos, besorgt und teilweise wütend.

Das Team erklärt Hintergründe zur Preisbildung von Medikamenten, wann die Therapie Kassenleistung ist und welche Beträge von Versichererten zu zahlen sind, beispielsweise Zuzahlungen⁹ oder Mehrkosten¹⁰. Welche Gründe in der Arztpraxis zum Wechsel von Kassen- auf Privat Rezept führen, kann das UPD-Team anhand geltender

⁷ [AdAM – Anwendung digital-gestütztes Arzneimittel- und Versorgungsmanagement](#). Projektbeschreibung beim Gemeinsamen Bundesausschuss [Zugriff: 22.02.2023]

⁸ D. Grandt, V. Lappe, I. Schubert. [Barmer Arzneimittelreport 2022](#).

⁹ Versicherte zahlen ab einem Alter von 18 Jahren eine gesetzliche Zuzahlung – in der Regel zwischen fünf und zehn Euro pro Medikament.

¹⁰ Mehrkosten entstehen, wenn die Kosten für Medikamente die Festbeträge überschreiten.

Gesetze oder Richtlinien oft nicht nachvollziehen. Die Beraterinnen und Berater ermutigen die Ratsuchenden, das offene Gespräch mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu suchen und sich die Situation

erklären zu lassen. Bei Bedarf können sich Ratsuchende erneut bei der UPD melden und sich über weitere medizinische oder rechtliche Handlungsmöglichkeiten informieren.

Weiterhin unfaire Mehrkosten-Regel

Noch immer stehen einige Ratsuchende vor dem Dilemma, sich eine dringend benötigte Therapie aufgrund von Mehrkosten nicht leisten zu können. Mehrkosten fallen bei einigen Medikamenten zusätzlich zur Zuzahlung an und können Betroffene finanziell stark belasten. Wurde ein Medikament mit Rabattvertrag verordnet, gibt es bereits eine Ausnahme, sodass Patientinnen und Patienten anfallende Mehrkosten nicht mehr zahlen müssen.¹¹ Bei Medikamenten ohne Rabattvertrag gilt dies jedoch nicht: Fallen Mehrkosten an, müssen Betroffene diese aus eigener Tasche zahlen – auch, wenn keine günstige Alternative

verfügbar ist, entweder wegen Lieferproblemen oder weil keine austauschbaren Medikamente auf dem Markt sind.¹²

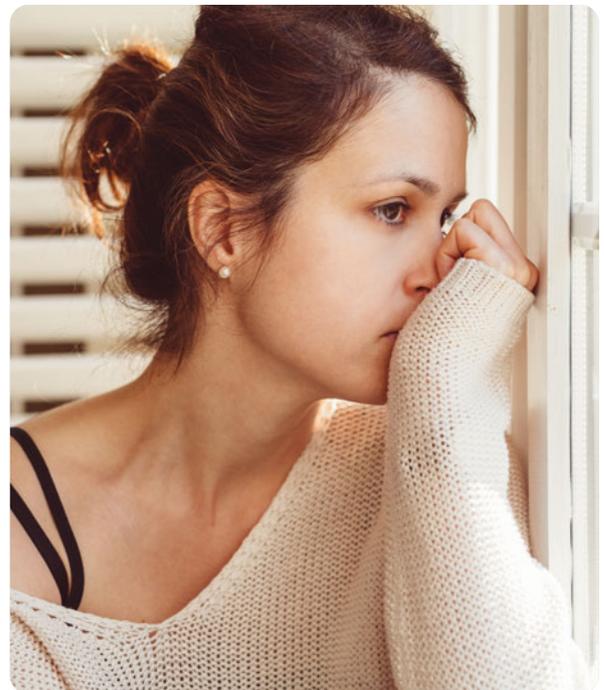
Auf diese Problemlage hat die UPD bereits im Vorjahr aufmerksam gemacht und hält weiterhin an der Forderung fest, dass Patientinnen und Patienten grundsätzlich die Mehrkosten nicht bezahlen müssen, wenn es keine geeigneten und günstigen Alternativen gibt.¹³ Es sollte immer eine geeignete Therapie ohne Mehrkosten möglich sein.

DAUERTHEMA:

Pille danach – was tun bei Verhütungspanne?

Regelmäßig – besonders samstags – wenden sich Ratsuchende nach einer Verhütungspanne an die UPD. Die Betroffenen möchten wissen, ob eine Schwangerschaft möglich sei und ob jetzt Zeit für die Pille danach ist. Die Beraterinnen und Berater erklären, wie und wann eine Frau schwanger werden kann und das Wirkprinzip der Pille danach. Ratsuchende bekommen die Information, dass das Medikament in der Apotheke rezeptfrei erhältlich ist und in welchen Situationen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten dafür übernehmen.

In Beratungen zu Verhütungspannen zeigt sich dem UPD-Team der Vorteil von anonymen Beratungen deutlich. Vielen Ratsuchenden fällt es in einem anonymen Gespräch oder bei einer schriftlichen Beratung leichter, Fragen rund um dieses Thema zu stellen.



¹¹ §129 Absatz 4c Satz 3 SGB V

¹² Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat hierzu einen Gesetzesentwurf vorgelegt ([Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz](#); Referentenentwurf vom 14. Februar 2023).

¹³ Siehe [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.1, Seite 39

#CORONA-PANDEMIE:

Informationslücken bei Paxlovid

Das Medikament Paxlovid (Wirkstoffe Nirmatrelvir/Ritonavir) wurde mit dem Ziel zugelassen, Krankenhauseinweisungen und Todesfälle aufgrund einer Corona-Infektion zu verringern. Die Europäische Arzneimittelagentur bewertet das Sicherheitsprofil positiv und berichtet von im Allgemeinen leichten Nebenwirkungen.¹⁴

Jedoch ist die Therapie mit Paxlovid für viele Patientinnen und Patienten problematisch: Das Medikament führt bei vielen gängigen Medikamenten zu Wechselwirkungen. Die Liste mit Wirkstoffen, mit denen Paxlovid sicherheitshalber nicht kombiniert werden sollte, ist lang.^{15,16}

Dispensierrecht für Ärztinnen und Ärzte ab August 2022

Das verschreibungspflichtige Paxlovid ist seit Januar 2022 in Europa zugelassen und seitdem über Apotheken erhältlich. Im August erhielten Hausärztinnen und Hausärzte das sogenannte Dispensierrecht für Paxlovid: Sie dürfen seither Paxlovid direkt an Infizierte abgeben und eine bestimmte Menge des Medikaments in der Praxis vorrätig halten.¹⁷

Aus Sicht der Patientenberatung ist es problematisch, wenn der Gesetzgeber neue Regelungen wie das Dispensierrecht für Paxlovid beschließt, ohne dass ausreichend Informationen hierzu in der Ärzteschaft ankommen. Auch wenn Informationsangebote für Ärztinnen und Ärzte geschaffen wurden,¹⁸ schienen die Hilfestellungen nicht ausreichend in der Fläche anzukommen.

Im Fall von Paxlovid geht es nicht nur um die Informationen oder Schulung zu einem neuen

Ratsuchende richteten vor allem Fragen zu Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Paxlovid an die UPD. Einige wollten wissen, wo sie das Medikament bekommen können, wenn es ihnen in ihrer Arztpraxis nicht angeboten wurde. Viele Ratsuchende schilderten Unsicherheit ihrer Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung. So berichteten einige, dass ihnen Paxlovid vorsichtshalber nicht gegeben wurde, ohne konkrete Prüfung auf Wechselwirkungen. Andere Ratsuchende erzählten, dass sie eine Packung in die Hand bekamen und sich selbstständig nach Wechselwirkungen bei ihren Fachärztinnen und -ärzten erkundigen sollten.

Medikament, sondern auch darum, Wechselwirkungen in der gesamten Medikation zu erkennen – auch mit Medikamenten, die andere behandelnde Ärztinnen und Ärzte verordneten. Wenn Patientinnen und Patienten ein Arzneimittel direkt in ihrer Arztpraxis erhalten, müssen sie es nicht wie üblich in der Apotheke abholen. Dadurch entfällt der zusätzliche prüfende Blick des Apothekenpersonals, um Wechselwirkungen zu erkennen.

Aus Beratungssicht verdeutlicht das Beispiel von Paxlovid wie wichtig es ist, dass sich die Ärzteschaft bei politischen Entscheidungen fortbildet, damit sie diese in der Praxis möglichst reibungslos im Sinne der Patientensicherheit umsetzen kann. Andernfalls kann es langfristig zu einem Vertrauensverlust bei Patientinnen und Patienten kommen.

¹⁴ European public assessment report (EPAR) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA): Paxlovid. Stand: 25.01.2023

¹⁵ Fachinformation Paxlovid, Stand: Dezember 2022

¹⁶ Fachgruppe COVRIIN: [Hinweise zu Arzneimittelwechselwirkungen von Paxlovid™ \(Nirmatrelvir/Ritonavir\)](#), Stand: 14.11.2022

¹⁷ Nummer 2.3 [Allgemeinverfügung zum Bezug und zur Anwendung monoklonaler Antikörper und zum Bezug und zur Abgabe antiviraler, oral einzunehmender Arzneimittel gegen COVID-19 vom 16. August 2022](#)

¹⁸ Zum Beispiel: [Fachgruppe – COVRIIN: Fachberatung zu COVID-19 an der Schnittstelle Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin](#); Bundesärztekammer: [Coronavirus SARS-CoV-2 Informationen für Ärztinnen und Ärzte](#); [Infektiologisches Beratungsangebot für Ärztinnen und Ärzte durch die nächstgelegenen STAKOB- oder DGI-Zentren](#)

IM FOKUS:

Lieferengpässe betreffen zunehmend mehr Medikamente

“ Ich habe Probleme, weil mein Medikament gegen Brustkrebs nicht mehr erhältlich ist. Ich nehme Tamoxifen seit meiner Operation täglich ein. Nun sagen Apotheken mir, dass es keine Tabletten mehr gibt. Wo kann ich Tamoxifen herbekommen? Was mache ich, wenn meine Packung leer ist und ich noch keine neuen Tabletten habe? ”

Das berichten Ratsuchende

Lieferengpässe von Medikamenten sind ein regelmäßiges Beratungsthema bei der UPD. Im ersten Quartal 2022 zeigten sich die Probleme gehäuft durch die Lieferengpässe tamoxifenhaltiger Medikamente, welche für viele Frauen das Mittel der Wahl nach einer Brustkrebsoperation darstellen. Entsprechend viele Patientinnen waren von dem Lieferengpass betroffen. Wie auch bei anderen

Lieferengpässen erkundigten sich Ratsuchende nach Bezugsmöglichkeiten, Therapiealternativen und ab wann das Medikament wieder lieferbar ist. Sie berichten von ihren Sorgen um eine sichere und wirksame Therapie. Manchmal werden die Gespräche emotional, Ratsuchende fühlen sich hilflos oder äußern ihre Wut.

So berät das Team

Die Beraterinnen und Berater prüfen zunächst, ob für das Medikament ein Lieferengpass offiziell gemeldet ist. Oft liegen dann auch Informationen darüber vor, wann das Arzneimittel voraussichtlich wieder lieferbar ist. So lässt sich abschätzen, wie viel Zeit mindestens zu überbrücken ist, bis das gewohnte Medikament wieder regulär im Handel sein wird.

Ist ein Medikament nicht verfügbar, können Ratsuchende und UPD-Team prüfen, welche der folgenden Optionen im individuellen Fall möglich sind:

- Reicht der Medikamentenvorrat des oder der Ratsuchenden, um den Lieferengpass zu überbrücken?
- Möglicherweise haben noch weitere Apotheken Medikamente auf Lager. Das Team gibt den Tipp, möglichst viele Apotheken zu kontaktieren. Eine zentrale Übersicht über die Vorräte einzelner Apotheken gibt es nicht.
- Ratsuchende können das Arztgespräch suchen und nach einer Therapiealternative fragen.

Fachlicher Hintergrund

Anfang 2022 entstand ein Lieferengpass tamoxifenhaltiger Medikamente. Der Produktionsausfall eines Herstellers mit hohem Marktanteil konnte nicht durch die anderen Anbieter ausgeglichen werden.¹⁹ Am 11. Februar 2022 veranlasste dies das Bundesministerium für Gesundheit, einen Versorgungsmangel auszurufen.²⁰

In der Folge konnten Tamoxifen-Medikamente aus dem Ausland importiert werden und die Versorgungslücke vorübergehend füllen.²¹ Anfang Mai meldete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die Versorgungslage habe sich stabilisiert.

¹⁹ Informationsschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit an die betroffenen Akteure im Gesundheitswesen, Betreff: [Versorgungsmangel tamoxifenhaltiger Arzneimittel](#) vom 22.02.2022

²⁰ [Bundesanzeiger Bekanntmachung](#) nach § 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes vom 11. Februar 2022

²¹ Anordnung gemäß § 52b Absatz 3d Arzneimittelgesetz über [Maßnahmen zur Abmilderung des Versorgungsengpasses mit tamoxifenhaltigen Fertigarzneimitteln](#)

FAZIT

Das UPD-Team berät bereits seit Jahren Ratsuchende, weil ihre Medikamente nicht oder nur begrenzt verfügbar sind. Zunehmend geht es um Medikamente, die von einer breiten Patientengruppe benötigt werden. So scheinen immer mehr Ratsuchende von Lieferproblemen betroffen zu sein – die Problematik spitzt sich zu und wird wahrscheinlich auch im kommenden Berichtsjahr 2023 eine große Rolle in den Beratungen spielen.

Das Beispiel Tamoxifen hat gezeigt, welche schwerwiegenden Folgen Lieferengpässe für die Versorgung haben – aber auch wie effektiv politische Maßnahmen entgegenwirken können. Aus UPD-Sicht ist es jedoch wünschenswert, Lieferengpässen entgegenzuwirken, bevor ein flächendeckendes Versorgungsproblem entsteht.²²

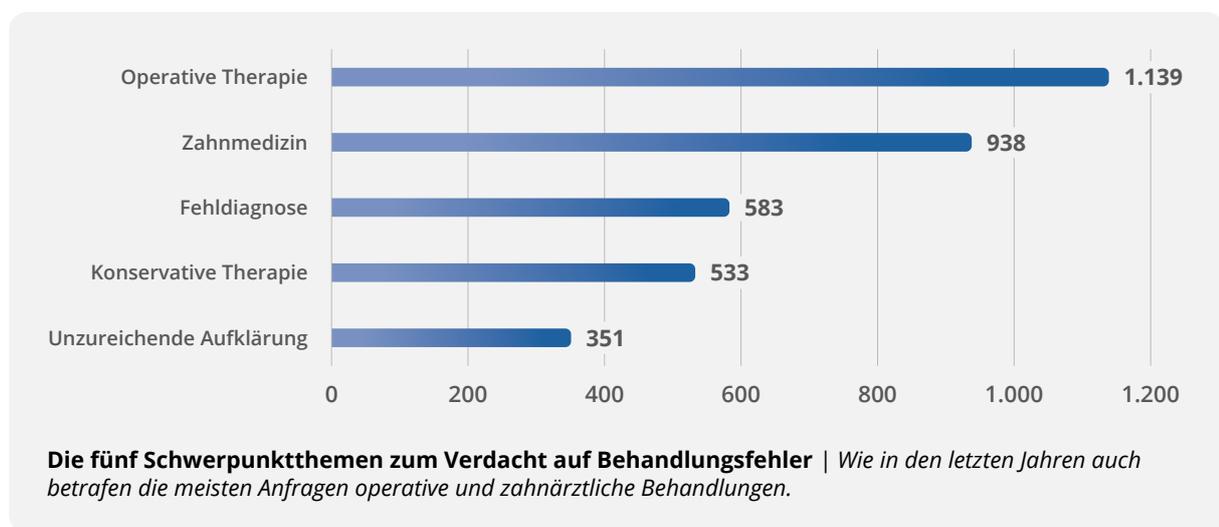
4.2 Behandlungsfehler

Zum Verdacht auf Behandlungsfehler hat das Rechtsteam der UPD im Jahr 2022 in knapp 5.000 Fällen beraten. Die Anzahl der Beratungen ist fast identisch zum Vorjahr (2022: 4.998 Beratungen; 2021: 4.973 Beratungen). Der vermutete Behandlungsfehler ist damit das fünfthäufigste rechtliche Beratungsthema bei der UPD.



Der größte Teil der Beratungen bezog sich – wie auch in den vergangenen Jahren – auf den Bereich der operativen Eingriffe, gefolgt von den Beratungen zu vermuteten Behandlungsfehlern beim Zahnarzt oder der Zahnärztin. Vermutete

Fehldiagnosen sowie Fehler bei konservativen Therapien belegten die Plätze drei und vier. Und auch die unzureichende ärztliche Aufklärung gehörte nach wie vor zu den fünf häufigsten Themen bei den Behandlungsfehlerberatungen.



²² Das Bundesministerium für Gesundheit hat im ersten Quartal 2023 einen Entwurf für ein Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln vorgelegt ([Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz](#); Referentenentwurf vom 14. Februar 2023).

Wie berät die UPD bei Verdacht auf Behandlungsfehler?

Ratsuchende wenden sich an die UPD, wenn sie vermuten, Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein. Sie möchten wissen, ob ihre gesundheitlichen Einschränkungen auf einen Fehler in der ärztlichen Behandlung zurückzuführen sind und wie sie vorgehen können, um gegebenenfalls eine Entschädigung zu erhalten. Die Beraterinnen und Berater erklären, was ein Behandlungsfehler ist. Sie erläutern die Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruches und wie man diesen geltend machen kann. Zudem teilen sie den Ratsuchenden mit, wo und wie sie gutachterlich feststellen lassen können, ob es sich um einen Behandlungsfehler handelt.

Häufig erfolgt parallel auch eine Beratung durch das medizinische Team. Die Beraterinnen und Berater können dabei nicht abschließend prüfen, ob in den von Ratsuchenden geschilderten Fällen tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt. Oftmals ist es für Betroffene aber hilfreich, allgemeine medizinische Zusammenhänge und Hintergründe zu verstehen und zum Beispiel Arztbriefe und andere Unterlagen zu ihrer Behandlung erklärt zu bekommen.

DAUERTHEMA:

Ärztliche Kommunikation – Schweigen ist nicht immer Gold

Ständig wiederkehrendes Thema in den Behandlungsfehlerberatungen ist die mangelhafte Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten. Ratsuchende beklagen sich sehr häufig darüber, dass die Ärztin oder der Arzt nicht offen mit ihnen darüber gesprochen hat, wenn bei der Behandlung etwas schiefgelaufen ist.

Nach aktueller Rechtslage sind Behandelnde nicht verpflichtet, Betroffene über den Verdacht auf einen möglichen Behandlungsfehler von sich aus zu informieren. Das müssen sie nur auf konkrete Nachfrage der Patientin oder des Patienten tun

oder wenn eine Gefahr für die Gesundheit der Betroffenen abgewendet werden muss.²³

Außerdem unterbleibt eine umfassende Information der Patientin oder des Patienten möglicherweise häufig aus Sorge um den Versicherungsschutz. Insbesondere in Kliniken sind Ärztinnen und Ärzte offenbar dazu angehalten, einen Behandlungsfehler keinesfalls einzugestehen oder offen mit Patientinnen und Patienten zu kommunizieren. Scheinbar hält sich immer noch das Gerücht, dass die Haftpflichtversicherungen der Ärzteschaft ausdrücklich jegliche Äußerungen verbieten, die auf einen Behandlungsfehler schließen lassen.

Die Bedeutung des Anerkenntnisverbots

Tatsächlich war früher im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) das sogenannte Anerkenntnisverbot geregelt. Danach war der Versicherungsnehmer – also die Ärztin beziehungsweise der Arzt oder das Krankenhaus – nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftungsanspruch anzuerkennen oder zu befriedigen. Dieses Anerkenntnisverbot sollte den Versicherer davor schützen, dass der Versicherungsnehmer

Schadensersatz zusagt, ohne dass der Versicherer dessen Berechtigung geprüft hat.

Das Anerkenntnisverbot ist mittlerweile aufgehoben worden. Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2008 das VVG dahingehend geändert, dass der Versicherungsnehmer einen gegen ihn erhobenen Haftpflichtanspruch anerkennen darf – ohne deshalb den Deckungsanspruch gegenüber der

²³ Informationspflicht: [§ 630c Absatz 2 Satz 2 BGB](#)

Haftpflichtversicherung zu verlieren.²⁴ Der Versicherer ist daran allerdings nicht gebunden. Er muss nur dann leisten, wenn der Anspruch auch bestanden hätte, ohne dass die Ärztin oder der Arzt diesen anerkannt hat.

Die Neuregelung führte zwar für Versicherungsnehmer zu einer Besserstellung. Aber selbst als das Anerkenntnisverbot noch existierte, bedeutete das nicht, dass Ärztinnen und Ärzte, die einen Behandlungsfehler zugaben, ihren Versicherungsschutz verloren. Es ist noch lange keine Anerkenntnis, wenn die Ärztin oder der Arzt der Patientin oder dem Patienten wahrheitsgemäß einen Sachverhalt mitteilt. Ein Anerkenntnis liegt erst dann vor, wenn sich die Ärztin oder der Arzt persönlich ausdrücklich dazu verpflichtet, der Patientin oder dem Patienten Schadensersatz zu zahlen.

Es war und ist Ärztinnen und Ärzten also nicht verboten, einen Behandlungsfehler einzugestehen. Sie sollten lediglich darauf achten, nicht die Zahlung von Schadensersatz zuzusichern. Ein empathisches Gespräch dagegen ist möglich, sinnvoll und richtig. Patientinnen und Patienten offen und ehrlich zu erläutern, was vorgefallen ist,

Mitgefühl zu zeigen und mit ihnen über mögliche Lösungswege zu sprechen, dürfte die Situation entspannen und könnte dabei helfen, rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Umso unglücklicher ist es aus Sicht der Patientinnen und Patienten, dass die 2013 eingeführte Informationspflicht der Behandelnden hier nicht anknüpft und eine umfassende Offenbarungspflicht vorsieht, sondern darauf reduziert worden ist, nur auf Nachfrage Auskunft geben zu müssen.

Aus den Behandlungsfehlerberatungen der UPD wird deutlich, dass für viele Ratsuchende ein klärendes Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt und eine Entschuldigung wesentlich wichtiger wären als eine materielle Entschädigung. Wenn dies verweigert wird, bleiben bei Patientinnen und Patienten ein Vertrauensverlust und große Verunsicherung zurück. Sie wissen sich dann oft nicht anders zu helfen, als den Rechtsweg zu gehen. Eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation würde nicht nur zur Stärkung des Vertrauensverhältnisses beitragen, sondern auch dabei helfen, langwierige und kostenintensive Gerichtsprozesse zu vermeiden.

DAUERTHEMA:

Die Last mit der Beweislast

Wollen Patientinnen und Patienten aufgrund eines vermuteten Behandlungsfehlers Schadensersatzansprüche durchsetzen, müssen sie beweisen, dass

- ein Behandlungsfehler vorliegt,
- beim Betroffenen ein Gesundheitsschaden eingetreten ist und
- der Fehler ursächlich für den Schaden gewesen ist (sogenannter Kausalzusammenhang).

Die Anforderungen an die Beweislast zur gerichtlichen Durchsetzung solcher Ansprüche sind sehr hoch. Der Beweis muss zur „vollen richterlichen



Überzeugung“ erbracht werden. Dies ist für die Betroffenen – insbesondere im Hinblick auf den Kausalzusammenhang – oft nicht möglich. Die

²⁴ Anerkenntnis des Versicherungsnehmers: [§ 105 VVG](#)

Haftung der Ärztin oder des Arztes entfällt dann vollständig. Dies empfinden Patientinnen und Patienten als ungerecht. Viele scheuen aufgrund dieser hohen Anforderungen eine gerichtliche Auseinandersetzung, denn sie schätzen ihre Situation als chancenlos ein.

Die UPD befürwortet deshalb die im Koalitionsvertrag verankerte Absicht, die „Stellung der Patientinnen und Patienten im bestehenden

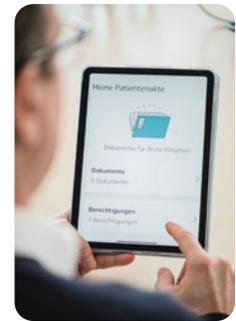
Haftungssystem zu stärken“.²⁵ Konkret möchte der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten das Beweismaß hinsichtlich der Kausalität zwischen Fehler und Schaden von der richterlichen Überzeugung auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit absenken.²⁶ Im Interesse der Patientinnen und Patienten begrüßt die UPD dieses Ansinnen und fordert den Gesetzgeber auf, entsprechend tätig zu werden.

4.3 eHealth

Anfragen zu digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen hatten im Jahr 2022 nur einen kleinen Anteil am gesamten Beratungsgeschehen. Die Inhalte der Anfragen waren vielfältig und betrafen häufig sowohl rechtliche als auch medizinische Aspekte.

In den Beratungen übersetzten die Beraterinnen und Berater die technischen Begrifflichkeiten in

eine verständliche Sprache und gingen auf die Vorbehalte oder Erwartungen der Ratsuchenden ein. Für digitale Anwendungen, die bereits in der Praxis verfügbar sind, zeigten sie den Ratsuchenden Beschaffungswege auf.



Elektronische Patientenakte – Fragen zu Datentransfer und Datenschutz

Die Fragen zur elektronischen Patientenakte (ePA) bezogen sich unter anderem auf die bereits bestehenden Möglichkeiten für den Informations-transfer zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Die Ratsuchenden fragten, ob Ärztinnen und Ärzte die ePA auf Wunsch mit Daten füllen müssen. Sie berichteten, dass ihre Praxen trotz Aufforderung die Daten zum Teil nicht in die ePA einpflegten. Die Beraterinnen und Berater informierten über den gesetzlich geregelten Anspruch auf Übertragung von Behandlungsdaten in die ePA.²⁷ Sie erläuterten, welche Dokumente in die ePA aufgenommen werden können.²⁸ Sie verwiesen die Ratsuchenden auch auf die Ombudsstellen für elektronische Patientenakten²⁹ und auf die Möglichkeit einer Beschwerde bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Wie bereits im Vorjahr fragten Ratsuchende, ob die Nutzung der ePA freiwillig ist und inwieweit die Verfügungshoheit über die eigenen Daten sichergestellt ist. Das sich noch in der politischen Entscheidungsfindung befindliche Opt-out-Prinzip³⁰ sorgte bei einigen Ratsuchenden für Unsicherheit. Sie wollten wissen, ob dieses bereits gelte.

Patientinnen und Patienten können in der ePA ihren Medikationsplan speichern. In Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit kann es problematisch sein, dass Informationen zur Medikation an verschiedener Stelle gespeichert sind, die nicht automatisch miteinander abgeglichen werden (siehe auch Kapitel 4.1).

²⁵ [Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands \(SPD\), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten \(FDP\)](#), Seite 87

²⁶ [Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten: Patientenrechte](#) [Zugriff: 16.04.2023]

²⁷ Anspruch auf Übertragung von Behandlungsdaten in die ePA: [§ 347 Absatz 2 Nummer 2 SGB V](#)

²⁸ Dateninhalte der ePA: [§ 341 Absatz 2 SGB V](#)

²⁹ Ombudsstelle der Krankenkasse: [§ 342 Absatz 3 SGB V](#)

³⁰ Opt-out-Prinzip bedeutet, dass die ePA für alle Versicherten automatisch eingerichtet wird. Wer das nicht möchte, kann aktiv widersprechen.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in der Versorgung angekommen

Fragen zur elektronischen Meldung der Arbeitsunfähigkeit sind merklich zurückgegangen. Deutlich seltener wandten sich Ratsuchende an die UPD, weil die Krankenkasse das Krankengeld mit der Begründung ablehnte, die Arztpraxis habe die

elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) nicht übermittelt. Es besteht inzwischen Klarheit, dass die Versäumnisse der Arztpraxen für die Versicherten nicht nachteilig sein dürfen (siehe Kapitel 4.7.2).

Wenig Fragen zu E-Rezept und digitalen Gesundheitsanwendungen

Anfragen zum E-Rezept gab es wenige. Gleiches trifft auf die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelisteten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) zu. Die Fragen

zu DiGA bezogen sich zumeist auf die Indikation oder Anwendbarkeit auf das jeweils geschilderte Krankheitsbild und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Digitalisierung im Kontext der Corona-Pandemie

Anfragen zu digitalen Lösungen mit Bezug zur Corona-Pandemie waren im Jahr 2022 rückläufig. Im Vordergrund standen Fragen zum digitalen Nachweis eines vollständigen Impfstatus. Die Fragen bezogen sich unter anderem auf die Abbil-

dung und Aktualisierung des Nachweises in der Corona-Warn-App oder CovPass-App (siehe auch Kapitel 4.5). Andere Ratsuchende fragten nach, ob und wie mehrere Personen die App gemeinsam nutzen können.

Online-Terminvereinbarung und ärztliche Rechnung trotz Terminabsage

Viele Patientinnen und Patienten nutzen mittlerweile die Möglichkeit, Arzttermine online zu buchen. In diesem Zusammenhang wandten sich Ratsuchende mit Fragen zum Thema Ausfallhonorar an die UPD. Ratsuchende schilderten, dass sie einen Termin mit einer Praxis über einen Online-Dienstleister vereinbart hatten. Der Dienstleister bot die Möglichkeit, den Termin online zu stornieren. Ratsuchende sagten den Termin ausschließlich bei der Arztpraxis ab, ohne ihn jedoch online zu stornieren. Die Arztpraxis

stellte für die Ratsuchenden überraschend ein Ausfallhonorar in Rechnung. Die Beraterinnen und Berater informierten die Ratsuchenden zur umstrittenen Rechtsthematik des Ausfallhonorars.



Fehlende Unterstützung für Nutzerinnen und Nutzer digitaler Anwendungen

Nach wie vor äußern Ratsuchende in den Gesprächen ihren Unmut über das Fehlen flankierender Beratungs- und Unterstützungsleistungen. Solche sind nicht vorhanden oder schwer auffindbar. Dies betrifft nach wie vor auch die Ombudsstellen für elektronische Patientenakten bei den Krankenkassen. Bei einigen Kassen erfordert deren Auffinden einen großen Rechercheaufwand.

Die Ratsuchenden nehmen den persönlichen Gesundheits- und Versorgungsnutzen der Digi-

talisierung oft nicht wahr. Die Schilderungen der Ratsuchenden variieren bei Digitalisierungsthemen zwischen Unkenntnis, Skepsis und nur in wenigen Fällen Ungeduld. Die Frage „Wann kann ich das endlich nutzen?“ wird selten gestellt.

Die UPD kann dazu beitragen, der Bevölkerung die Vorteile der Digitalisierung zu vermitteln. Sie kann offene Fragen beantworten, seien sie rechtlich oder medizinisch. Leider tragen Betroffene ihre Fragen selten an die UPD heran.

4.4 Heil- und Hilfsmittel

Im Berichtszeitraum haben die Beraterinnen und Berater in etwa 1.500 Beratungen zu Leistungsansprüchen im Zusammenhang mit Heil- und Hilfsmitteln informiert (2022: 1.520 Beratungen, 2021: 1.868 Beratungen).

Die Beratungen im Bereich Heilmittel, also Logopädie sowie Physio- und Ergotherapie, sind im Vergleich zum Vorjahr gesunken (2022: 582 Beratungen, 2021: 808 Beratungen). In den Anfragen ging es oft um den Umfang der möglichen Verordnungen in der individuellen gesundheitlichen

Situation oder auch um Schwierigkeiten, Praxen zu finden, die auch Hausbesuche durchführen (siehe Kapitel 4.16). Die im Jahr 2021 neu gefasste Heilmittel-Richtlinie scheint aus Beratungssicht im Versorgungsalltag angekommen zu sein.^{31, 32}

Auch die Anfragen zur Hilfsmittelversorgung sind mit gut 900 Beratungen leicht zurückgegangen (2022: 938 Beratungen, 2021: 1.060 Beratungen). Sie betrafen verschiedenste Hilfsmittel von Brille über Pflegebetten bis zu Windeln.

IM FOKUS:

Krankenkassen lassen Versicherte bei Inkontinenzversorgung allein

„Meine Mutter hat von ihrem Hausarzt ein Rezept für Inkontinenzartikel erhalten. Der Mitarbeiter des Sanitätshauses sagt, wir müssten etwas dazu zahlen, obwohl meine Mutter von den Zuzahlungen befreit ist. Wir wollen aber keine besonderen Produkte haben, lediglich die Kassenleistung, da meine Mutter nur eine kleine Rente bezieht. Wir haben bei der Krankenkasse nachgefragt. Dort erhielten wir bei der Hotline die Auskunft, dass keine Kosten anfallen. Was ist denn jetzt richtig? Im Moment bekommt meine Mutter keine Windelhosen, obwohl eine Verordnung vorliegt. Wir kaufen sie selbst in der Drogerie.“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten häufig von Schwierigkeiten bei der Versorgung mit aufsaugendem Inkontinenzmaterial. Einige Hilfsmittellieferanten informieren die Ratsuchenden, dass die Krankenkasse lediglich eine Versorgungspauschale

für die verordneten Inkontinenzmittel zahlt. Für diese Pauschale ist nur eine bestimmte Stückzahl lieferbar. Alle darüber hinausgehenden Kosten müssten die Versicherten selbst tragen, weil die Anbieter sonst „draufzahlen“ würden.

Wenden sich die Ratsuchenden in dieser Situation an ihre Krankenkassen, werden sie häufig an die Hilfsmittellieferanten zurückverwiesen und mit dem Problem allein gelassen.

Andere Ratsuchende berichten, dass die Qualität der Inkontinenzhilfen unzureichend ist, die Inkontinenzartikel laufen aus oder sind undicht. Die Leistungserbringer behaupten, dass die gelieferte Qualität den üblichen Kriterien entspricht und eine bessere Versorgung mit Mehrkos-



31 Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.4, Seite 49 f.

32 [Heilmittel-Richtlinie \(HeilM-RL\)](#), Stand: 1. Januar 2021

ten verbunden ist. Wenn Versicherte sich über die Qualität der Hilfsmittelversorgung bei ihrer Krankenkasse beschweren, erhalten sie oft keine Unterstützung.

Die Ratsuchenden fragen häufig nach, ob und wie sie herausfinden können, wie andere Krankenkassen die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln handhaben, weil sie sich von einem möglichen Kassenwechsel eine Erleichterung bei der Versorgung versprechen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren darüber, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für medizinisch notwendige Hilfsmittel im erforderlichen Umfang und der nötigen Qualität übernehmen. Hierfür ist es wichtig, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Verordnung für die Hilfsmittelversorgung so konkret wie möglich ausstellt.³³ Das benötigte Hilfsmittel und die erforderliche Anzahl müssen erkennbar sein. Wenn die Verordnung nicht dieser Form entspricht, sollten die Anfragenden zuerst die Ärztin oder den Arzt bitten, die Verordnung zu ändern.

Wenn die Verordnung eindeutig ist, zahlen die Versicherten bei einer medizinisch notwendigen und ausreichenden Versorgung von Inkontinenzmitteln nur die gesetzlichen Zuzahlungen. Erst

Die Anfragenden sind verunsichert und wissen nicht, wie sie eine ausreichende und qualitativ angemessene Versorgung bekommen können, ohne dass sie selbst einen Teil der Kosten dafür tragen müssen. Oft entscheiden sie sich aus der Situation heraus, die Mehrkosten selbst zu tragen oder lassen die angebotene Stückzahl vom Leistungserbringer liefern und kaufen in der Drogerie die darüber hinaus benötigten Hilfsmittel auf eigene Kosten zu.

wenn eine höherwertige Versorgung vereinbart wird, müssen sie die Mehrkosten selbst tragen.³⁴

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UPD informieren die Anfragenden, dass sie bei ihrer Krankenkasse eine schriftliche Beschwerde über den Hilfsmittelversorger und die Qualität der Hilfsmittel einreichen können. Die Krankenkassen müssen die Einhaltung der vereinbarten Versorgungsverträge und deren gesetzlichen Grundlagen überwachen und ihren Versicherten weiterhelfen.³⁵ Wenn sie abgewiesen werden, können sie sich an die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse wenden.



Fachlicher Hintergrund

Gesetzlich Versicherte erhalten eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln, soweit es medizinisch notwendig ist. Die Kassen haben hierbei auf das Wirtschaftlichkeitsgebot zu achten. Die Versorgung mit Hilfsmitteln wurde im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) im Jahr 2017 neu geregelt.³⁶ Dazu gehörten Qualität, Vertragsgestaltung sowie Informationspflichten der Leistungserbringer und

Krankenkassen. Die Krankenkassen überwachen seitdem auch die vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer.

Für die Versorgung mit Inkontinenzmaterial schließen Krankenkassen und Leistungserbringer in der Regel Verträge mit Versorgungspauschalen. Eine valide Information zu den jeweils vereinbarten Pauschalen ist nicht möglich, da

³³ Verordnung von Hilfsmitteln: [§ 7 Hilfsmittel-Richtlinie \(HilfsM-RL\)](#), Stand: 1. April 2021

³⁴ Hilfsmittelversorgung: [§ 33 Absatz 1 und Absatz 8 SGB V](#)

³⁵ Verträge für die Hilfsmittelversorgung: [§ 127 SGB V](#)

³⁶ [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.1.4, Seite 54 ff.

die Kassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht nachkommen, die Vertragsinformationen und Preise zu veröffentlichen.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)³⁷ hat sich bereits im Jahr 2020 mit dem Vertragswesen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung befasst.³⁸ Im Oktober 2022 hat es einen Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung veröffentlicht.³⁹ Darin wurden große Defizite in der Versorgung mit Hilfsmitteln festgestellt.

Es wurden auch Beschwerden von Leistungserbringern beim BAS eingereicht. Die betriebswirtschaftlichen Entscheidungen der Leistungserbringer liegen nicht in der Zuständigkeit der Krankenkassen. Die unzureichenden Versorgungspauschalen thematisiert das BAS in seinem Sonderbericht. Es wurde auf eine Anpassung des Preisniveaus hingewiesen. Eine Prüfung der Preisvorstellungen der Kassen ist jedoch nicht die Aufgabe der Aufsichtsbehörde.

Die vom Gesetzgeber geforderte Transparenz für die Versicherten wird nicht umgesetzt. Nach Prüfung des BAS hat bislang keine gesetzliche Krankenkasse entsprechende Verträge auf den

Internetseiten veröffentlicht. Die Versicherten können sich nicht selbstbestimmt über die Versorgung von Hilfsmitteln informieren. Die dafür notwendigen Informationen sind ihnen nicht frei zugänglich – auch fünf Jahre nach Einführung des Gesetzes.

Das BAS hat weiterhin festgestellt, dass eine Mehrzahl der Kassen ihrer gesetzlichen Pflicht zur Prüfung der Qualität der Versorgung nicht nachkommt. Leistungserbringer müssen ihre Kunden vor der Versorgung zu dem Hilfsmittel beraten und dieses dokumentieren. Im Falle einer höherwertigen Versorgung müssen die Leistungserbringer auch über die zu tragenden Mehrkosten informieren und dies entsprechend dokumentieren.

Wenn sich Versicherte bei ihrer Krankenkasse über die Qualität der Versorgung oder Mehrkosten beschweren, ist es Aufgabe der Krankenkasse, die Versorgung zu prüfen und Leistungserbringer gegebenenfalls zu sanktionieren. Die geschilderten Erfahrungen der Ratsuchenden decken sich mit der Feststellung des BAS, dass die Krankenkassen ihrer Überprüfungspflicht nicht in ausreichendem Umfang nachkommen.



37 Das BAS führt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesunmittelbar sind die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt.

38 Rundschreiben des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 17. Juni 2020 „Gesetzliche Krankenversicherung – Vertragswesen“; Aktenzeichen 211-59998.505-1870/2019

39 [Sonderbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Oktober 2022](#)

FAZIT

Die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln begleitet die Versicherten oft über einen langen Zeitraum. Sie ist sehr individuell und lässt sich nicht standardisieren. Sie kann bei entsprechend guter Qualität und ausreichender Menge die Lebensqualität der betroffenen Menschen und die ihrer versorgenden Angehörigen stark verbessern.

Eine pauschale Preisgestaltung im Bereich der Inkontinenzversorgung wird aus Beratungssicht dem individuellen Bedarf der Versicherten nicht gerecht. Wenn sich die vereinbarten Pauschalen an einer minimalen Versorgung orientieren, ist eine bedarfsgerechte Versorgung nicht möglich. Die Versorgung der Versicherten darf jedoch nicht darunter leiden, dass die Kassen keinen angemessenen Preis

für eine medizinisch notwendige Versorgung ihrer Versicherten zahlen möchten. Hier ist dringend eine Vertragsgestaltung erforderlich, die sich nicht allein an wirtschaftlichen Gesichtspunkten orientiert.

Im Sinne der Transparenz und Versichertenfreundlichkeit müssen die wesentlichen Vertragsinformationen und Preise für die Verbraucherinnen und Verbraucher veröffentlicht werden. Bei aktuell 96 Krankenkassen ist es wünschenswert, wenn diese Informationen über eine zentrale Stelle, wie beispielsweise über die Krankenkassenliste des GKV-Spitzenverbands abrufbar sind.⁴⁰ Nur so kann sichergestellt werden, dass die Versicherten diese Informationen finden und vergleichen können.

4.5 Impfen

Verglichen mit 2021 waren die Impfanfragen rückläufig. Besonders deutlich zeigte sich dies bei Beratungen zum Thema COVID-19-Impfung (2022: rund 7.700 Beratungen, 2021: rund 19.000 Beratungen).

Zusätzlich gab es 2.781 Beratungen zu anderen Impfungen, beispielsweise gegen Masern, Hepatitis B, Herpes Zoster, Humane Papillomaviren (HPV) oder Tetanus.

Verglichen mit den Vorjahren, in denen strengere coronabedingte Reiseeinschränkungen galten, fanden außerdem mehr Beratungen zu Reiseimpfungen statt. Ratsuchende erkundigten sich hauptsächlich nach empfohlenen Impfungen für ihr Reiseziel, Impfschemata und nach geeigneten Anlaufstellen zum Thema Reisemedizin.

Ratsuchende informieren sich bei der UPD häufig über die Indikationen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen von Impfungen und empfohlene

Impfschemata. Besonderer Beratungsbedarf entsteht, wenn es zu Abweichungen vom empfohlenen Impfschema gekommen ist, beispielsweise aufgrund von Krankheit, Lieferproblemen oder persönlichen Wünschen der Ratsuchenden.

Die Impfberatungen decken auch rechtliche Themen ab: Fragen zu vermuteten Impfschäden, der Impfpflicht gegen Masern und die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung spielen in vielen Beratungen eine zentrale Rolle.



⁴⁰ [Krankenkassenliste des GKV-Spitzenverbandes](#) [Zugriff: 24.04.2023]



#CORONA-PANDEMIE:

Neue Impfstoffe und geschlossene Impfzentren

In 2022 erhielten weitere COVID-19-Impfstoffe die Zulassung.⁴¹ Die STIKO aktualisierte ihre Impfeempfehlungen achtmal: im Januar erschien die 17. Aktualisierung, zum Ende des Jahres die 24. Aktualisierung.⁴²

Am häufigsten beriet das Team der UPD zu mRNA-Impfstoffen von Biontech. Ratsuchende

wollten wissen, welche Impfeempfehlungen für sie gelten. Die Empfehlungen unterschieden sich nach Alter, Gesundheitszustand, bisherigen Impfungen und bereits durchgestandenen Corona-Infektionen. Hier fiel es vielen Ratsuchenden schwer, den Überblick zu behalten.

COVID-19-Impfstoffe gegen Virus-Varianten

Im dritten und vierten Quartal drehten sich viele Anfragen um die an neue Varianten des Coronavirus angepassten Impfstoffe. Vor deren Zulassung wollten Ratsuchende wissen, ob sie eine anstehende Auffrischungsimpfung so lange hinauszögern sollen, bis sie einen angepassten Impfstoff bekommen können. Nach der Zulassung riefen Ratsuchende an, die sich so schnell wie möglich mit einem angepassten Impfstoff impfen lassen wollten. Sie interessierte meist der Mindestabstand zur vorherigen Impfung oder ob sie eine fünfte Impfung erhalten können. Im Berichtszeitraum gab es keine Impfeempfehlung der STIKO zu einer fünften Impfung. Laut STIKO sollen Ärztinnen und Ärzte individuell mit Risikopatienten

entscheiden, ob eine fünfte Impfung sinnvoll ist. Dies führte zu unterschiedlichen ärztlichen Einschätzungen und verunsicherte Patientinnen und Patienten. Ratsuchende fragten auch, wie groß der Mehrwert der angepassten Impfungen gegenüber Impfstoffen ist, die auf der ursprünglichen Virus-Variante basieren.



Erschwerter Zugang zur COVID-19-Impfung

Während des Jahres 2022 schlossen viele Bundesländer ihre Impfzentren. Die Impfungen führten danach vorrangig Arztpraxen durch. Jedoch stellten auch viele Arztpraxen im Laufe des Jahres ihre COVID-19-Impfungen ein. Besonders zum Jahresende hin häuften sich Beratungen, weil Ratsuchende keine impfende Arztpraxis fanden. Niedergelassene Praxen waren oft nicht in der Lage, andere Anlaufstellen für eine Impfung zu benennen. Ratsuchende wussten dadurch nicht, wo sie zum Beispiel eine empfohlene Auffrischungsimpfung bekommen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen einiger Bundesländer stellten hierzu

Listen mit Anlaufstellen bereit, in vielen Bundesländern war jedoch keine gezielte Suche möglich.

Auffallend wenige Ratsuchende erkundigten sich nach der Möglichkeit der Impfung in einer Apotheke. Eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes im Dezember 2021 ermöglicht es Apotheken COVID-19-Impfungen durchzuführen.⁴³ Diese Möglichkeit schien bei Ratsuchenden noch weitgehend unbekannt zu sein. Aus Sicht der Beraterinnen und Berater half diese Regelung im Berichtsjahr nicht dabei, die entstandene Versorgungslücke zu schließen.

⁴¹ Paul-Ehrlich-Institut: [COVID-19-Impfstoffe](#) [Zugriff: 20.02.2023]

⁴² [Impfeempfehlungen zur COVID-19-Impfung der STIKO](#)

⁴³ [Impfberechtigung von Apotheken: §20b Infektionsschutzgesetz \(IfSG\) in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung](#)

Ratsuchende fühlten sich bei der Suche nach einer Möglichkeit sich impfen zu lassen allein gelassen. Hier zeigte sich ein Bruch in der Versorgungssituation, wurden doch der Zugang zur COVID-19-Impfung zuvor besonders gefördert und die Impfungen vorangetrieben. Daher wünschten Ratsuchende Unterstützung vom UPD-Team.

Impf-Nebenwirkungen und Post-Vac-Syndrom

Einige Ratsuchende meldeten sich bei Beschwerden nach einer COVID-19-Impfung. Sie fragten, ob es sich um Nebenwirkungen handeln könne und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Das Spektrum reichte von kurzzeitig auftretenden Beschwerden bis hin zu andauernden Beeinträchtigungen. In dem Zusammenhang erkundigten sich Ratsuchende auch nach dem Post-Vac-Syndrom. Der Begriff ist medizinisch nicht eindeutig definiert. Darunter lassen sich gesundheitliche Störungen zusammenfassen, die mit unterschiedlichem Abstand nach der Impfung auftreten, beispielweise chronisches Erschöpfungssyndrom, Kreislaufbeschwerden und Long COVID-ähnliche Symptome (siehe Kapitel 4.14).

Digitaler Impfnachweis

In 2022 sorgten die in Apps hinterlegten digitalen Impfnachweise für Verwirrung: Trotz aktuellem Impfstatus erhielten Personen, deren Zertifikat älter als ein Jahr war, eine Warnmeldung ihrer App. Ratsuchende wollten wissen, ob sie nun weitere Impfungen benötigen. Das UPD-Team

Impfschaden und Impfpflicht

Das UPD-Team beriet auch zum Vorgehen bei vermuteten Impfschäden und zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Die Beraterinnen und Berater erklärten, was ein Impfschaden ist, wer dafür haftet und wo die Ratsuchenden einen Antrag auf Entschädigung stellen können.

In Bezug auf die Impfpflicht erläuterte das UPD-Team, für welche Berufsgruppen diese galt, wie der Impf- beziehungsweise Genesenenstatus nachgewiesen werden konnte und welche Aus-

Für komplexe Impffragen standen auch im dritten Jahr der Pandemie kaum spezialisierte Anlaufstellen zur Verfügung – zum Beispiel bei Fragen zu Risiken der Impfung bei bestimmten Vorerkrankungen oder zum Umgang mit Komplikationen oder Beschwerden nach erfolgter Impfung.

Bisher ist nicht bekannt, wie das Beschwerdebild des Post-Vac-Syndroms entsteht.

Personen, die nach einer COVID-19-Impfung dauerhaft beeinträchtigt waren, wandten sich auf der Suche nach Ansprechpartnern an das UPD-Team. Sie berichteten oft, bei ihren Ärztinnen und Ärzten auf Unverständnis zu stoßen. Es schien schwer Anlaufstellen zu finden, die sich mit dem Thema auseinandersetzen konnten und wollten. Hier sahen die Beraterinnen und Berater einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung für Personen mit unklaren Symptomen, die nach einer COVID-19-Impfung aufgetreten sind.

erklärte, dass sich diese Meldung auf das Zertifikat bezieht und nicht auf den Impfstatus selbst. Im Gespräch erläuterten die Beraterinnen und Berater die Impfeempfehlungen der STIKO und wie das digitale Zertifikat erneuert werden kann.

nahmen von der Impfpflicht bestanden. In diesen Beratungen kamen auch oft arbeitsrechtliche Fragen ins Spiel. Diesbezüglich verwiesen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden an das Bürger-telefon Arbeitsrecht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.



4.6 Individuelle Gesundheitsleistungen

Insgesamt 657 Beratungen zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) hat die UPD 2022 durchgeführt, teils mit rechtlichem und teils mit medizinischem Schwerpunkt. Das sind deutlich weniger als im Vorjahr (2021: 806 Bera-

tungen). In Zusammenhang mit IGeL geht es zum Beispiel um Fragen zu Risiko und Nutzen, zur Kostenübernahme, zur Rechnung oder zu den Aufklärungspflichten der Ärztinnen und Ärzte.

IGeL ist nicht gleich IGeL: ein unübersichtliches Sammelsurium

Der Begriff IGeL bezeichnet medizinische Leistungen, die von der Krankenkasse nicht finanziert werden und daher von Versicherten selbst bezahlt werden müssen.

Dabei kann es sich um medizinische Leistungen handeln, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fallen, wie zum Beispiel kosmetische Operationen oder der Nachweis von Sporttauglichkeit. Bei diesen IGeL fällt Patientinnen und Patienten die Entscheidung in der Regel leicht, sie spielen in der Beratung eine untergeordnete Rolle.

Andere Leistungen sind IGeL, weil zu ihrem Nutzen und Risiken keine ausreichenden wissenschaftlichen Daten vorliegen oder weil Studien keinen Nutzen oder sogar einen möglichen Schaden gezeigt haben. Hierzu gehören zum Beispiel viele Angebote zur Früherkennung von Krankheiten oder komplementärmedizinische Verfahren. Die meisten Anfragen zu IGeL fallen in diesen Bereich, der für Patientinnen und Patienten schwer zu durchschauen ist. In der ärztlichen Praxis dürfen auch Verfahren angewendet werden, bei denen Wirkung oder Nutzen nicht nachgewiesen

sind. Das kann den besonderen Wünschen von Betroffenen entsprechen und in individuellen Fällen sinnvoll sein. Andererseits unterliegen diese Leistungen keiner Qualitätskontrolle – und vor allem auch keiner finanziellen Kontrolle. IGeL sind daher für Ärztinnen und Ärzte ein lukratives Geschäft. Das Angebot ist vielfältig und es kommen ständig neue IGeL hinzu – für Patientinnen und Patienten ist es schwer, Risiko und Nutzen zu beurteilen und Qualität und Kosten der Leistungen einzuschätzen.

Eine Sonderstellung nehmen neuartige, vielversprechende Verfahren ein, die im ambulanten Bereich ebenfalls nur als IGeL angeboten werden können, bis die oft langwierige Prüfung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgt ist und abrechnungsorganisatorische Details geklärt sind. Das erweckt bei den Betroffenen oft den Eindruck einer Zwei-Klassen-Medizin, da nur Menschen mit ausreichend Geld die Leistung in Anspruch nehmen können, und kann sehr belastend sein. Aus UPD-Sicht ist es daher dringend erforderlich, dass der G-BA neue Verfahren schnell prüft und gegebenenfalls in den Leistungskatalog aufnimmt.

DAUERTHEMA:

Neutrale Informationen zu Risiko und Nutzen fehlen

Viele Menschen sind bereit, Geld für ihre Gesundheit auszugeben, wenn es sinnvoll scheint. Häufig fehlen Patientinnen und Patienten aber neutrale und umfassende Informationen, um Risiken und Nutzen der angebotenen IGeL einzuschätzen.

Die Beraterinnen und Berater erläutern, warum es sich um eine IGeL handelt und welche Leistun-

gen gegebenenfalls alternativ als Kassenleistung infrage kommen. Auf Grundlage aufbereiteter evidenzbasierter Informationsquellen, wie dem IGeL-Monitor oder den Gesundheitsinformationsseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), informiert das Beratungsteam über Nutzen und Risiko der Leistung. Für viele Leistungen sind jedoch keine

qualitativ hochwertigen Informationen verfügbar. Aus Beratungssicht wäre eine unabhängige und

neutrale Stelle, die evidenzbasierte Informationen zu allen IGeL anbietet, dringend erforderlich.



“ Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet zahlreiche Möglichkeiten, die Patientinnen und Patienten zu empowern. Verlässliche und verständliche Gesundheitsinformationen werden einfacher zugänglich. Diese Chance muss genutzt werden, damit Patientinnen und Patienten besser informierte Entscheidungen treffen können. ”

Dr. med. Johannes Schenkel

Ärztlicher Leiter

DAUERTHEMA:

Ärztinnen und Ärzte klären nicht ausreichend auf

Ärztinnen und Ärzte haben eine Aufklärungspflicht: Sie müssen Patientinnen und Patienten sachlich, umfassend und verständlich über die geplante Maßnahme aufklären, insbesondere über Risiken und mögliche Nebenwirkungen. Darüber hinaus müssen sie mögliche Alternativen aufzeigen und Betroffene informieren, wie viel die Behandlung voraussichtlich kosten wird.⁴⁴ Für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, können Vertragsärztinnen und -ärzte von gesetzlich Versicherten nur dann eine Ver-

gütung fordern, wenn vor der Behandlung eine schriftliche Zustimmung der Versicherten vorliegt.

Regelmäßig wenden sich Ratsuchende an die UPD, die überrascht sind, dass sie für eine Leistung bezahlen sollen oder nicht mit der Höhe der Kosten gerechnet haben. Das UPD-Team informiert über Patientenrechte und Berufspflichten in dem Zusammenhang und erläutert Betroffenen, wo sie sich gegebenenfalls über Verstöße beschweren können.

IM FOKUS:

Unseriöse Angebote für verzweifelte Menschen

“ Ich habe eine Augenarztpraxis gefunden, die Kuren gegen die altersbedingte Makuladegeneration anbietet, mit der das Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden kann. Das wäre ziemlich teuer – aber wenn ich damit verhindern kann, blind zu werden, ist es mir das Geld wert. Was meinen Sie? ”

Das berichten Ratsuchende

Immer wieder wenden sich Ratsuchende an die UPD, die von Ärztinnen und Ärzten kostenintensive Behandlungspakete als IGeL angeboten bekommen oder im Internet auf diese stoßen.

Häufig geht es dabei um schwere Erkrankungen, wie im oben genannten Fall die altersbedingte

Makuladegeneration (AMD), an der Betroffene erblinden können, oder zum Beispiel um Krebserkrankungen. Wie bei der AMD handelt es sich oft um Erkrankungen, für die die evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten begrenzt sind. Andere Fälle betreffen langwierige unspezifische Beschwerden, für die Ratsuchende keine sie zu-

⁴⁴ § 630e BGB; § 630c BGB

friedenstellende Diagnose oder Therapie finden – zum Beispiel anhaltende Magen-Darm-Beschwerden, Erschöpfungszustände oder chronische Schmerzen. Hier werden oft teure Laboruntersuchungen als Paket angeboten. Auch in allergologischen und umweltmedizinischen Zusammenhängen treten solche Angebote gehäuft auf. Die Maßnahmen kommen in den meisten Fällen

So berät das UPD-Team

Das Beratungsteam erläutert, welche wissenschaftlich basierte Diagnostik oder Behandlung für die jeweilige Erkrankung in Frage kommen und welche Leistungen die Krankenkasse übernimmt. Gemeinsam mit den Ratsuchenden schauen sie sich die vorgeschlagenen Leistungen an und recherchieren, ob wissenschaftliche Bewertungen zu Risiko und Nutzen vorliegen.

Die Beraterinnen und Berater geben Hinweise, wie Ratsuchende gute Gesundheitsinformationen erkennen und von unseriösen Angeboten unterscheiden können. Sie erläutern Ratsuchen-

Fachlicher Hintergrund

Die AMD ist eine chronische Erkrankung der Augen, die zu Erblindung führen kann. Für eine Form der Erkrankung – die trockene Makuladegeneration – gibt es bisher keine wirksame Behandlung. Bei der Behandlung der feuchten AMD stehen bestimmte Medikamente im Vordergrund, die in das Auge gespritzt werden.⁴⁵

In dem oben geschilderten Fallbeispiel wurden der Ratsuchenden Kombinationen aus unterschiedlichen Therapieverfahren angeboten, die monatlich oder quartalsweise angewendet werden sollten (siehe Abbildung Seite 54). Nach Angaben der Betroffenen sollte die Behandlung ca. 2.000 Euro pro Quartal kosten. Für keines der genannten Verfahren ist ein Nutzen bei der AMD

aus dem alternativ- oder komplementärmedizinischen Bereich.

Ratsuchende wollen von der UPD wissen, ob es sich lohnt, die Therapien zu machen und ob ihnen diese helfen können. In vielen Fällen schildern die Ratsuchenden diese als letzte Hoffnung in einer sie stark belastenden Situation.

den, was sie bei einer Entscheidung für oder gegen eine IGeL oder bei der Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren beachten sollten und wann besondere Vorsicht geboten ist. Dafür nutzen sie zum Beispiel die IGeL-Checkliste des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin.⁴⁵

Die Beraterinnen und Berater ermuntern Ratsuchende, Ärztinnen und Ärzte ihres Vertrauens für eine zweite Einschätzung hinzuzuziehen und unterstützen sie gegebenenfalls dabei, spezialisierte Anlaufstellen für eine bestmögliche Behandlung zu finden.

wissenschaftlich nach evidenzbasierten Kriterien nachgewiesen. Sie werden in der entsprechenden Leitlinie nicht erwähnt.⁴⁷

In der evidenzbasierten Medizin sind randomisiert kontrollierte Studien der Goldstandard, um die Wirksamkeit medizinischer Verfahren nachzuweisen. Andere Studienarten und reine Erfahrungswerte haben eine geringere Aussagekraft. Evidenzbasierte Informationen zu Risiken und Nutzen geben immer an, wie zuverlässig die jeweilige Datenlage ist.

Komplementärmedizinische Verfahren versprechen oft Heilung oder Linderung, ohne dass die wissenschaftliche Datenlage angegeben wird.

⁴⁵ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). *Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte*. 2. Auflage. Berlin: ÄZQ, 2012.

⁴⁶ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – gesundheitsinformation.de: [Altersabhängige Makuladegeneration \(AMD\)](#). Aktualisiert am 20. November 2020

⁴⁷ Leitlinie Nummer 21 des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands e. V. und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e. V. [Altersabhängige Makuladegeneration AMD](#). Stand: 30. Oktober 2015

Häufig verwenden Anbieter Formulierungen aus der wissenschaftlichen Medizin – sie sprechen von Studien, Zertifikaten, Fachgesellschaften oder Kompetenzzentren – ohne, dass diese den wissenschaftlichen Kriterien gerecht werden. Für Laien ist die Abgrenzung oft schwierig.

Risiken und Nebenwirkungen werden in den meisten Fällen nicht thematisiert, obwohl diese auch bei komplementärmedizinischen Verfahren auftreten können, wenn zum Beispiel Substanzen

intravenös angewendet werden. Darüber hinaus können diese Methoden schaden, wenn zu ihren Gunsten auf wirksame Behandlungen verzichtet wird. Nicht zuletzt richten sie bei Betroffenen oft erheblichen finanziellen Schaden an.

Gerade, wenn Ärztinnen und Ärzte solche Verfahren anbieten, gehen viele Betroffene davon aus, dass es sich um wirkungsvolle medizinische Behandlungsmethoden handelt.

FAZIT

Es gehört in der UPD zum Beratungsalltag, dass Ratsuchende um Informationen zu Risiken und Nutzen unterschiedlicher IGeL bitten. Einige Leistungen fallen dabei auf, weil es sich um besonders dreiste, teure und der wissenschaftlichen Datenlage widersprechende Angebote handelt.

Die Beispiele zeigen: Gesundheitskompetenz ist wichtig, damit Patientinnen und Patienten in unserem Gesundheitswesen unwirksame oder potenziell schädliche Angebote erkennen können und keinen finanziellen oder sogar gesundheitlichen Schaden nehmen.

Gleichzeitig ist es aus Beratungssicht unerlässlich, dass die Ärzteschaft gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften evidenzbasierte Informationen zu allen IGeL zur Verfügung stellt, um in dem unübersichtlichen Angebot Transparenz zu schaffen. Auch wenn nur wenige Ärztinnen und Ärzte die Not von Betroffenen in dieser Form ausnutzen, besteht ansonsten das Risiko, das Vertrauen der Menschen in die Medizin zu verspielen.

Die altersbedingte Makuladegeneration

Die altersbedingte Makuladegeneration ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, hierbei werden Abbauprodukte des Stoffwechsels nicht ausreichend abtransportiert. Dadurch verliert die Mitte des Sehens an Funktion. Das betrifft die Makula den Bereich, den wir nutzen, um Dinge zu fixieren. Es fällt somit immer schwerer zu lesen oder Gesichter zu erkennen. Man unterscheidet zwischen zwei Formen. Die trockene Makuladegeneration oder der feuchten Makuladegeneration.

Trockene Makuladegeneration: Die nicht ausreichend abtransportierten Abbauprodukte, sammeln sich in sogenannte Drusen an und führen zu einer Funktionsstörung im Bereich der Makula.

Feuchte Makuladegeneration: Da die Stoffaustausch des Auges stark reduziert ist, bildet das Auge manchmal neue Blutgefäße aus. Diese neu gebildeten Blutgefäße sind fragil und verlieren Flüssigkeit. Diese sammelt sich im Bereich der Makula an und kann zu einer massiven Sehbeeinträchtigung führen.

Makula Kuren

Wir haben für Sie drei verschiedene auf die Makuladegeneration spezialisierte Kuren zusammengestellt. Diese dienen der Verbesserung Ihrer allgemeinen Stoffwechsellätigkeit und zusätzlich wird die Durchblutung anregt. Unser Ziel ist es, das Fortschreiten der altersbedingten Makuladegeneration zu verlangsamen. Unsere Kuren haben nicht nur eine positive Wirkung auf Ihre Augen, sondern auch auf Ihren gesamten Körper.

Übersicht der Kur Angebote

Tageskur:

Dauer: 1 Tag
Behandlung: Macuria Makula Tee, Berner Magnetfeldmatte, Photobiomodulation, Sauerstofftherapie, Procain-Basen Infusion
Empfehlung: 1x im Monat

Routine Kur:

Dauer: 2 Tage
Behandlung: individuelle Zusammenstellung aus Macuria Makule Tee, Macuria Saft, Berner Magnetfeldmatte, Photobiomodulation, Sauerstofftherapie, Procain-Basen Infusion
Empfehlung: 1x im Quartal

Wochenkur:

Dauer: 5 Tage (Montag bis Freitag)
Behandlung: individuelle Zusammenstellung aus Macuria Makule Tee/ Saft, Berner Magnetfeldmatte, Photobiomodulation, Sauerstofftherapie, Procain-Basen Infusion, Nahrungsergänzungsmittel
Empfehlung: 1x im Quartal

Flyer einer Augenarztpraxis, den eine Ratsuchende an die UPD geschickt hat | Die empfohlene Kur sollte 2.000 Euro kosten. Für keine der Maßnahmen ist wissenschaftlich belegt, dass sie bei der Behandlung der AMD einen Nutzen hat.

4.7 Krankenkassen

Die meisten rechtlichen Beratungen hatten mit dem Thema Krankenkassen zu tun. In mehr als 26.000 Beratungen ging es um Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern (siehe Kapitel 2). Davon betrafen 9.400 Beratungen das Thema Krankengeld (siehe Kapitel 4.7.2). In über 5.500

Beratungen ging es um die Themen Mitgliedschaft und Beiträge (siehe Kapitel 4.7.3). In vielen Beratungen spielte die Verwaltungspraxis der Krankenkassen eine Rolle, wenn sich diese zum Beispiel unrechtmäßig verhielten und Versicherte unter Druck setzten (siehe Kapitel 4.7.1).

4.7.1 Verwaltungspraxis der Krankenkassen

Wie in den Vorjahren spielte auch in diesem Berichtszeitraum die Kommunikation zwischen Versicherten und Krankenkassen in der Beratung eine große Rolle. Das spiegelte sich nicht zuletzt im psychosozialen Anteil der Beratungsgespräche wider. Viele Versicherte waren extrem unsicher im Umgang mit ihrer Krankenkasse und fürchteten den Verlust von Leistungen.

Insbesondere psychisch erkrankte Ratsuchende fühlten sich durch engmaschige Telefonanrufe ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt. Die Anrufe erfolgten häufig ohne die erforderliche Einwilligung.⁴⁸ Ratsuchende berichteten, dass ihr Wunsch schriftlich zu kommunizieren, von der Krankenkasse abgelehnt wurde. Weiterhin lehnten Krankenkassen schriftlich eingereichte Anträge auf Leistungen am Telefon ab.⁴⁹ Ratsuchende,



die ein Widerspruchsverfahren führten, erhielten leider auch in diesem Jahr für sie verwirrende Zwischennachrichten.⁵⁰ Wie in den Vorjahren versandten Krankenkassen Bescheide ohne die erforderliche Rechtsbehelfsbelehrung, sodass Versicherte unsicher waren, ob sie Widerspruch einlegen können.⁵¹

DAUERTHEMA:

Wenn die Reha-Aufforderung zur Belastung wird

Auch im Jahr 2022 wurden Ratsuchende, die Krankengeld bezogen, von ihrer Krankenkasse mit für sie unverständlichen und beunruhigenden Schreiben aufgefordert, einen Reha-Antrag zu stellen.⁵² Nicht selten waren hiervon psychisch kranke Versicherte betroffen, für die diese Aufforderung eine besondere Belastung bedeutete. Die Aufforderung setzt ein ärztliches Gutachten voraus, wonach die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet

oder gemindert sein muss. Dieses Gutachten war den Betroffenen nicht bekannt. Oft erfüllte auch die sozialmedizinische Beurteilung des Medizinischen Dienstes nicht die Anforderungen an ein Gutachten, obwohl die vom Bundessozialgericht formulierten Vorgaben für ein solches Gutachten bereits seit dem Jahr 2020 im Gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld enthalten sind.⁵³

⁴⁸ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.7.1, Seite 67 und [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.6.2, Seite 64 ff.

⁴⁹ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.7.1, Seite 64; [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.6.1, Seite 59 f.

⁵⁰ Siehe [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.7.1, Seite 64 und [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.6.1, Seite 62

⁵¹ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.4.1, Seite 56 ff.

⁵² Siehe [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.7.1, Seite 65 f.

⁵³ [Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld vom 07.09.2022](#), Seite 261

IM FOKUS:

Unzulässige Anforderung des gesamten Reha-Entlassberichts

„ Ich werde in ein paar Tagen eine Reha beginnen, die die Deutsche Rentenversicherung bezahlt. Von der Krankenkasse erhalte ich zurzeit Krankengeld. Sie fordert mich nun auf, eine Einverständniserklärung zur Anforderung des vollständigen Reha-Entlassungsberichts abzugeben. Wenn ich das nicht mache, droht sie mir mit Streichung des Krankengeldes. Aber ich weiß doch noch nicht, was in dem Bericht stehen wird. So wie ich das kenne, können auch Angaben zu meinem Lebensumfeld und Gesprächen mit Psychologen darin sein. Ich möchte nicht, dass diese Daten an die Krankenkasse gehen. Muss ich das Einverständnis dazu abgeben? „

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten, dass sie von ihrer Krankenkasse aufgefordert werden, ihr Einverständnis zur Anforderung des vollständigen Reha-Entlassungsberichts zu geben. Aus den Schreiben wird nicht deutlich, ob die Krankenkasse die Daten für sich anfordert oder ob sie vorhat, sie an den Medizinischen Dienst weiterzugeben oder diesem vorzulegen. Eine nähere Begründung, wofür die Daten benötigt werden, gibt es ebenfalls nicht.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über Aufbau und Inhalt des Reha-Entlassungsberichts sowie darüber, welche Daten die Krankenkasse unter welchen Voraussetzungen verlangen darf, wenn sie nicht selbst der Reha-Träger ist. Sie weisen die Ratsuchenden auf ihr Recht hin, den Entlassbericht zunächst zu kennen und eine Kopie davon zu verlangen. Erst wenn die Patientinnen und Patienten den

Nicht selten berichten Ratsuchende, dass sie diese Aufforderung zur Einwilligung bereits vor Antritt der Reha erhalten. Sollten sie nicht einwilligen, würde die Krankenkasse als Folge fehlender Mitwirkung die Zahlung von Krankengeld einstellen. Ratsuchende verunsichert sowohl die Sorge, welche Daten über sie übermittelt werden, als auch der mögliche Verlust des Krankengeldes.

Inhalt kennen, können sie in die Übermittlung ihrer Daten wirksam einwilligen.

Darüber hinaus erklärt das Beratungsteam, was Mitwirkungspflichten sind und in welchen Fällen diese gefordert werden dürfen. Es erläutert auch die Folgen bei Nichtmitwirkung sowie die Voraussetzungen von Sanktionen.

Fachlicher Hintergrund

Der Reha-Entlassungsbericht besteht aus mehreren Teilen, den Basisinformationen auf Blatt 1 und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mit Diagnosen sowie einem ausführlichen Teil.⁵⁴ Blatt 1 enthält alle Daten, die die Krankenkasse für ihre Zwecke benötigt, zum Beispiel persönliche Daten der Versicherten, Diagnosen, Behandlungsergebnisse und Angaben darüber, ob die Betroffenen arbeitsfähig oder arbeitsunfähig aus der

Reha entlassen wurden. Der weitere ausführliche Bericht enthält Angaben zum gesamten Krankheitsverlauf mit Anamnese – auch zum sozialen Lebensumfeld – und intime Daten zum Beispiel aus psychotherapeutischen Gesprächen.

Bei den Daten im Entlassungsbericht handelt es sich um sensible Sozialdaten. Welche Sozialdaten Krankenkassen für ihre Zwecke erheben und spei-

⁵⁴ Deutsche Rentenversicherung: [Formularpaket Ärztlicher Entlassungsbericht](#) [Zugriff: 20.02.2023]

chern dürfen, ist gesetzlich klar geregelt.⁵⁵ Die besonders sensiblen Daten aus einem Reha-Entlassbericht gehören nicht dazu. Krankenkassen haben nur Recht auf Einblick in den Kurzbericht, also in die erste Seite des Reha-Entlassberichts. Die Klinik darf die erste Seite des Berichts nur nach vorheriger Einwilligung des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin an die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst übermitteln.

Eine Übermittlung des vollständigen Entlassberichts an die Krankenkasse ist mangels einer Erhebungsbefugnis unzulässig. Dies darf auch nicht durch das Einholen einer Einwilligungserklärung unterlaufen werden.⁵⁶

Benötigt der Medizinische Dienst im Einzelfall den vollständigen Entlassbericht oder Teile daraus für eine sozialmedizinische Begutachtung, fordert er ihn selbst an. Verlangt die Krankenkasse den Entlassbericht zur Vorlage beim Medizinischen Dienst, kann der Bericht nur direkt an den Medizinischen Dienst gesandt werden.⁵⁷

Die routinemäßige Einholung der Einwilligung ist

unzulässig. Einwilligungen im Rahmen der Mitwirkungen darf die Krankenkasse nur verlangen, wenn Angaben von Tatsachen im Einzelfall für die Leistung, zum Beispiel für die Zahlung von Krankengeld, erheblich sind.⁵⁸ Zudem dürfen Sozialleistungen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, wenn die Krankenkasse den Betroffenen eine angemessene Frist gesetzt hat. Eine Aufforderung zur Einwilligung mit Sanktionsandrohung im Vorfeld einer Reha ist damit ausgeschlossen.

Bevor die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden den Reha-Bericht selbst kennen und von ihrem Recht Gebrauch gemacht haben, ihn einzusehen und auf Wunsch auch ausgehändigt zu bekommen, können sie sich keinen Überblick über die Daten verschaffen und über die Weitergabe nicht wirksam entscheiden.

Wird im Rahmen von Sozialleistungen von Versicherten eine Mitwirkung verlangt, haben diese das Recht auf Information, wozu welche Daten konkret benötigt werden. Im Übrigen können sie ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.⁵⁹

FAZIT

Gerade bei einem Reha-Entlassungsbericht stehen besonders sensible Gesundheitsdaten im Mittelpunkt. In der Beratung entsteht der Eindruck, dass die Krankenkassen großes Interesse an den Daten haben. Aber sie haben nicht das Recht, dass ihnen diese übermittelt werden. Die notwendige Einwilligung der Versicherten darf sich nur auf Angaben beziehen, die die Krankenkasse beziehungsweise der Medizinische Dienst zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Einzelfall benötigen. Das heißt: Krankenkassen dürfen ihre Versicherten in ihren Schreiben lediglich auffordern, in die Übersen-

dung von Blatt 1 des Reha-Berichts einzuwilligen. Nur wenn der Medizinische Dienst den vollständigen Bericht für eine Begutachtung im Einzelfall benötigt, dürfen Versicherte zur Einwilligung in dessen Übersendung aufgefordert werden. Hierbei müssen Krankenkassen und Medizinischer Dienst transparent machen, zu welchem Zweck die Daten benötigt werden und dass der vollständige Bericht nur vom Medizinischen Dienst eingesehen wird, keinesfalls aber von der Krankenkasse. Diese Rechtslage darf die Krankenkasse nicht durch Einholung einer Einwilligung unterlaufen.

⁵⁵ Sozialdaten bei den Krankenkassen: [§ 284 SGB V](#)

⁵⁶ So auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz, [Sozialdatenschutz – Die Bürger und ihre Daten im Netz der sozialen Sicherheit \(Info 3\)](#), Seite 50, Stand: April 2020

⁵⁷ Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst: [§ 276 SGB V](#)

⁵⁸ Angabe von Tatsachen: [§ 60 SGB I](#)

⁵⁹ Bedingungen der Einwilligung: [Artikel 7 Absatz 3 Datenschutzgrundverordnung \(DSGVO\)](#)

Ihre Reha-Maßnahme ab
Bitte füllen Sie die Einwilligungserklärung aus

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

wenn Ihre Reha-Maßnahme beendet ist, kümmern wir uns gern um Ihr Krankengeld. Dafür benötigen wir Unterlagen von Ihrer Klinik.

Bitte füllen Sie die beigefügte Einwilligungserklärung aus und schicken Sie uns diese so schnell wie möglich zurück. Die Einwilligungserklärung bezieht sich ausschließlich auf den ausführlichen Entlassungsbericht der oben genannten Reha-Maßnahme. Sie können die Erklärung jederzeit widerrufen. Auf der Rückseite dieses Schreibens finden Sie weitere Informationen dazu.

Bei Fragen melden Sie sich gern bei uns.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Friendly Grüße
[REDACTED]

Beispielhaftes Schreiben einer Krankenkasse | Diese fordert die Versicherte auf, als Voraussetzung für die Prüfung von Krankengeld in die Übermittlung des ausführlichen Entlassungsberichts einzuwilligen. Dafür gibt es keine Rechtsgrundlage.

Hinweise:

Die Rechte und Pflichten der Krankenkassen und der Versicherten sind in den Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt. Ihre Gesundheit zu erhalten, wieder herzustellen oder zu bessern, steht für [REDACTED] im Mittelpunkt. Wir begleiten und betreuen Sie also auch nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme.

Damit wir Ihre Leistungsansprüche und die Zahlung von Krankengeld zeitgerecht für Sie prüfen können, benötigen wir den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik. Die dort enthaltenen Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis und werden ausschließlich für die Erfüllung der genannten Aufgaben genutzt.

Außerdem ist der Entlassungsbericht für eine sozialmedizinische Beratung beziehungsweise Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) nach § 276 SGB V erforderlich. Dieser wird dann zu Händen des MD angefordert im Rahmen des sogenannten **Mitteilungsmanagements** (Bericht wird direkt von der Klinik an den MD übermittelt).

Deshalb ist es für Sie und uns wichtig, dass Sie die ausgefüllte Einwilligungserklärung an uns senden. Nur so können wir Ihre Leistungsansprüche prüfen und Ihnen das Krankengeld auszahlen. Der § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I besagt, dass eine Mitwirkung Ihrerseits zur Leistungsprüfung zu erfolgen hat.

Eine Speicherung der Unterlagen erfolgt beim MD, entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen, für maximal 5 Jahre.

2022 WEITER AKTUELL:

Ärzeschaft kennt sich mit Verwaltungsprozessen nicht aus

Weiterhin beklagten Ratsuchende, dass Ärztinnen und Ärzte sich mit den für die Ratsuchenden wesentlichen sozialrechtlichen Regelungen zu wenig auskennen.

Einige typische Beispiele:

- Ärztinnen und Ärzte füllten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unzureichend aus. Sie nannten zum Beispiel eine alte Diagnose mit – wodurch die aktuelle Erkrankung nicht als neue Erkrankung galt und damit kein neuer Anspruch auf Krankengeld entstand.⁶⁰
- Bei der Ärzteschaft hielt sich hartnäckig die Auffassung, dass eine rückwirkend festgestellte Arbeitsunfähigkeit den Anspruch auf Krankengeld von Beginn an sichert, obwohl der Anspruch erst am Tag der Feststellung entsteht.

- Ärztinnen und Ärzte kündigten den Behandlungsvertrag, nachdem Krankenkassen wiederholt telefonische Ermittlungen anstellten.
- Ärztinnen und Ärzte gingen der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen dadurch aus dem Weg, dass sie den Patientinnen und Patienten mitteilten, dass sie sie nicht mehr krankschreiben dürften – dies hätte der Medizinische Dienst untersagt.

Ärztinnen und Ärzte können bei einer vom Medizinischen Dienst abweichenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit eine Zweitmeinung beantragen.⁶¹ Ratsuchende, die nach einer Beratung in der UPD ihre Ärztinnen und Ärzte darauf ansprachen, berichteten, dass diese von dieser Möglichkeit nichts wissen. Es ist naheliegend,

⁶⁰ *Monitor Patientenberatung 2021*, Kapitel 4.9, Seiten 83, 84

⁶¹ *Zweitmeinung: § 6 Absatz 2 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie*

dass Ärztinnen und Ärzte die Richtlinien des G-BA nicht ausreichend kennen.

Schon im letzten Jahr hat die UPD gefordert, dass Ärztinnen und Ärzte sich regelmäßigen Schulungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterziehen sollten, was wegen des hohen Verwaltungs- beziehungsweise Zeitaufwandes schwer durchführbar erscheint.⁶² Wenn Ärztin-

nen und Ärzte für rechtliche Schulungen kaum Zeit finden, könnte stattdessen auch ihr Praxispersonal entsprechend geschult werden. Patientinnen und Patienten, die eigentlich Anspruch auf Leistungen haben, dazu aber die Mithilfe ihrer behandelnden Arztpraxen benötigen, dürfen durch Mängel in der Verwaltungspraxis nicht die Leidtragenden sein.

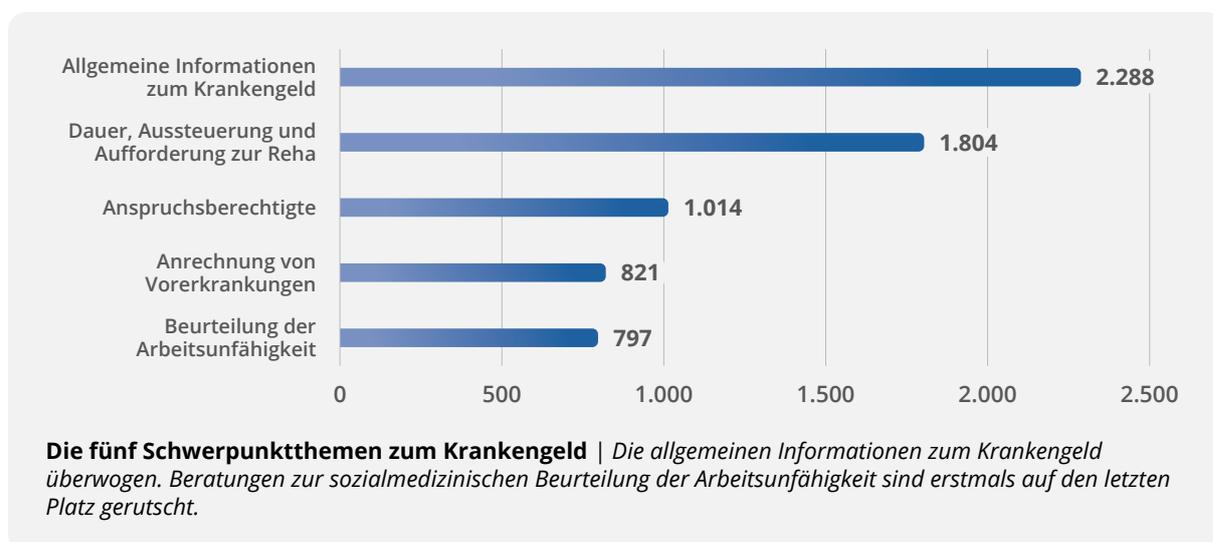
4.7.2 Krankengeld

Insgesamt ging es im vergangenen Jahr in ca. 9.400 Beratungen um das Thema Krankengeld. Damit setzte sich in den Anfragen zu diesem Beratungsthema eine rückläufige Tendenz fort – ein erneuter Rückgang um etwa 2.400 Beratungen im Vergleich zum Vorjahr (2022: 9.408 Beratungen, 2021: 11.834 Beratungen).

Neben den allgemeinen Informationen zum Krankengeld (über 2.000 Beratungen) waren Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zur Reha die am stärksten nachgefragten Themen (ca. 1.800 Beratungen), gefolgt von ca. 1.000 Beratungen zum Thema Anspruchsberechtigte und rund 800 Beratungen zur Anrechnung von Vorerkrankungen. Wie bereits im Vorjahr zeigte sich erneut ein deutlicher Rückgang bei den Beratungen zur sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeits-

unfähigkeit (2022: 797 Beratungen; 2021: 1.398 Beratungen). Auffällig waren aber die Anfragen zu den die Begutachtung vorbereitenden Fragen der Krankenkassen, welche die Versicherten sehr verunsicherten (siehe: Im Fokus: Krankenkassen drängen zu telefonischen Auskünften).

Mit Umsetzung der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von den Arztpraxen an die Krankenkassen waren Fragen zur rechtzeitigen Arbeitsunfähigkeits-Meldung kaum noch zu verzeichnen. Auch die Probleme, die Versicherten entstanden waren, wenn die Praxen die Daten nicht oder verspätet meldeten, sind durch die Rechtsprechung behoben (siehe: Neue Entwicklung: Elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit geklärt und angekommen).



IM FOKUS:

Krankenkassen drängen zu telefonischen Auskünften

„Ich bin krankgeschrieben und erhalte Krankengeld. Die Krankenkasse schreibt mir nun, dass sie meine Arbeitsunfähigkeit überprüfen will. Deshalb soll ich ihr mitteilen, ob ich in absehbarer Zeit wieder arbeite und ob Therapien die Wiederaufnahme der Arbeit hindern. Ich soll auch entscheiden, ob die Krankenkasse mich anrufen kann. Ich weiß doch noch gar nicht, wie es weitergeht und ob ich weiter krankgeschrieben werde. Ich habe Angst, dass die Krankenkasse das Krankengeld nicht weiterzahlt. Kann sie es mir wegnehmen, wenn ich nicht will, dass sie mich anruft?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten, dass die Schreiben der Krankenkasse mit Fragen zur Wiederaufnahme ihrer Arbeit sie sehr beunruhigen. Sie fühlen sich unter Druck gesetzt und fürchten, dass sie den Anspruch auf das Krankengeld verlieren, wenn sie der telefonischen Datenerhebung nicht zustimmen. Manche Ratsuchende berichten, dass die Krankenkasse nur schreibt, dass sie sie gern

anrufen würde und nach ihrer Einwilligung fragt, ohne dass die Ratsuchenden wissen, worum es geht. Viele Ratsuchende fühlen sich ihren Krankenkassen ausgeliefert, wollen sie nicht verärgern und wissen nicht, was es mit der Befragung auf sich hat und was passiert, wenn sie nicht zustimmen.

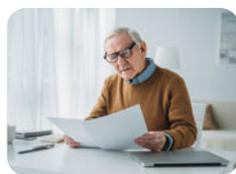
So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die gesetzliche Neuregelung und darüber, welche Fragen die Krankenkassen ihren Versicherten stellen dürfen. Sie erklären ihnen, dass die Zustimmung zur telefonischen Datenerhebung freiwillig ist und eine Ablehnung keine negativen Folgen für die Versicherten ha-

ben darf. Sie erläutern den Ratsuchenden den rechtlichen Hintergrund, wann der Medizinische Dienst (MD) zur Prüfung der Arbeitsunfähigkeit beauftragt wird und warum die Befragung durch die Krankenkasse vom Gesetz eingeführt wurde. Und sie erklären den Unterschied zur Einwilligung zum Krankengeld-Fallmanagement.

Fachlicher Hintergrund

Die gesetzliche Regelung, wonach die Krankenkasse ihren arbeitsunfähigen Versicherten bestimmte Fragen stellen darf, dient der Krankenkasse zur Klärung, ob sie eine gutachtliche Stellungnahme des MD zur Prüfung der Arbeitsunfähigkeit einholen muss.⁶³ Damit sollen unnötige Beauftragungen vermieden werden.⁶⁴



Zur Erhebung der Daten gilt ein dreistufiges Verfahren:

1. Verarbeitung bereits vorhandener Daten
2. Datenerhebung bei den Versicherten
3. Anfragen an den Aussteller der AU-Bescheinigung

Grundsätzlich soll die Krankenkasse nur die bereits rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten.⁶⁵

⁶³ § 275 Absatz 1b SGB V wurde mit Wirkung vom 20.07.2021 durch das [Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz \(GVWG\)](#) vom 11.07.2021 eingefügt.

⁶⁴ [Bundestag-Drucksache 19/30560](#), Seite 52

⁶⁵ Sozialdaten bei den Krankenkassen: [§ 284 Absatz 1 SGB V](#)

Hierzu gehört zum Beispiel die Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung.

Sollten die Daten nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen die Versicherten fragen,

- ob eine Wiederaufnahme der Arbeit in naher Zukunft absehbar ist
- und ob konkret bevorstehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen der Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen, zum Beispiel eine bevorstehende Operation.

Diese Angaben dürfen die Krankenkassen nur schriftlich oder elektronisch erheben. Ausnahmsweise ist eine telefonische Erhebung dann zulässig, wenn die Versicherten darin vorher schriftlich

oder elektronisch eingewilligt haben. Das Erfordernis der vorherigen Einwilligung soll vermeiden, dass sich Versicherte bei einer telefonischen Anfrage der Krankenkasse durch den Überraschungseffekt unter Druck gesetzt fühlen.⁶⁶

Die Krankenkasse muss jede telefonische Erhebung bei Versicherten protokollieren. Versicherte haben das Recht auf eine Kopie des Protokolls.⁶⁷ Darauf muss die Krankenkasse ihre Versicherten hinweisen. Nach der Entscheidung, ob der MD beauftragt wird, sind die erhobenen Daten zu löschen.

Datenerhebungen für das Krankengeldfallmanagement bedürfen nach wie vor der Einwilligung der Versicherten.⁶⁸

FAZIT

Wenn die Krankenkassen prüfen wollen, ob sie den Medizinischen Dienst beauftragen, dürfen sie bestimmte Daten bei den Versicherten nur dann am Telefon erheben, wenn die Versicherten vorher schriftlich eingewilligt haben. Diese gesetzliche Vorschrift darf nicht dadurch unterlaufen werden, dass Kranken-

kassen eine allgemeine Einwilligung einholen und diese für weitere Zwecke nutzen. Krankenkassen sollten Versicherte deutlich und verständlich informieren, zu welchem Zweck Daten konkret benötigt werden und in was Versicherte genau einwilligen.

NEUE ENTWICKLUNG:

Elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit geklärt und angekommen

Im Lauf des Berichtszeitraums sind die Fragen zum Ruhen von Krankengeld bei elektronischer Meldung der Arbeitsunfähigkeit merklich zurückgegangen. Die Krankenkassen hatten das Ruhen des Krankengeldes aufgrund verspäteter Meldung der Arbeitsunfähigkeit angeordnet, obwohl Ärztinnen und Ärzte bereits gesetzlich verpflichtet waren, die Arbeitsunfähigkeitsdaten direkt an die Krankenkassen zu übermitteln.⁶⁹ Die erfreuliche

Entwicklung beruht wohl auf mehreren Gründen:

1. Die Rechtsprechung bestätigte in mehreren Urteilen, dass Verspätungen der elektronisch übermittelten Arbeitsunfähigkeitsdaten nicht zulasten der Versicherten gehen sollen.⁷⁰ Ab dem 01. Januar 2021 haben Versicherte für den Bezug von Krankengeld nicht mehr die Verpflichtung, ihre Arbeitsunfähigkeit der Kran-

⁶⁶ Bundestag-Drucksache 19/30560, Seite 53

⁶⁷ Auskunftrecht: Artikel 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

⁶⁸ Krankengeld – Anspruch auf Beratung und Hilfe: § 44 Absatz 4 SGB V

⁶⁹ Monitor Patientenberatung 2021, Kapitel 4.7.2, Seite 70 f.

⁷⁰ Sozialgericht Dresden, Urteil vom 19. Januar 2022, Aktenzeichen S 45 KR 575/21 und Sozialgericht Köln, Urteil vom 08. März 2022, Aktenzeichen S 23 KR 1875/21

kenkasse zu melden.⁷¹ Eine Vereinbarung der Spitzenverbände könne die gesetzliche Regelung zur Verpflichtung der elektronischen Datenübermittlung ab dem 01. Januar 2021 nicht aufschieben.

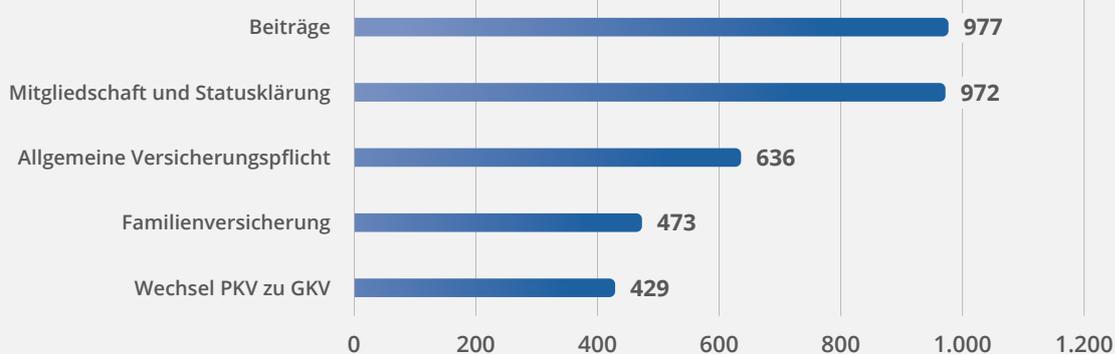
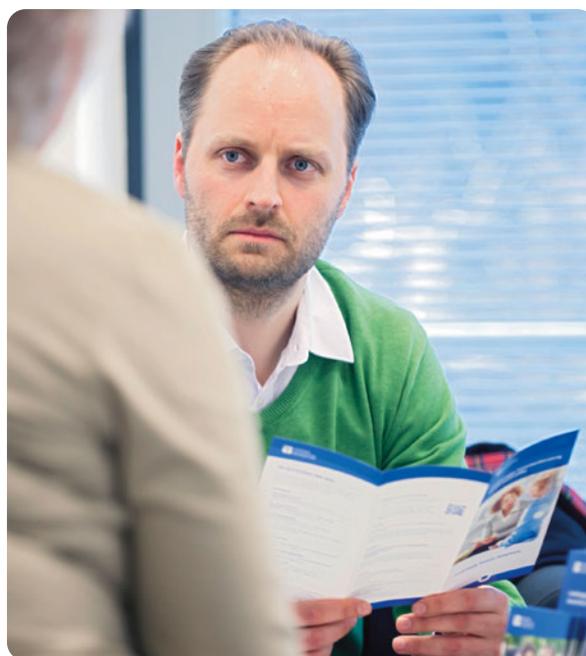
2. Diese Aussagen wurden in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld vom 07.09.2022 aufgenommen.⁷²

4.7.3 Mitgliedschaft und Beiträge

Im Beratungszeitraum haben die Beraterinnen und Berater etwas über 5.500 Beratungen (2022: 5.516 Beratungen, 2021: 6.703 Beratungen) zu den Themen Mitgliedschaft und Beiträge durchgeführt.

Im Jahr 2022 war das Thema Beiträge mit knapp 1.000 Beratungen der Spitzenreiter, hier gab es ähnlich viele Anfragen wie im Vorjahr (2021: 983 Beratungen). Damit verwies es das Thema Mitgliedschafts- und Statusfragen mit ebenfalls knapp 1.000 Beratungen auf den zweiten Rang (2021: 1.157 Beratungen). Die Beratungen zur allgemeinen Versicherungspflicht, zur Familienversicherung und zum Wechsel von der privaten Krankenversicherung (PKV) in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vervollständigen erneut die fünf häufigsten Anfragethemen.

3. Die Arztpraxen verfügen inzwischen über die notwendige technische Ausstattung, sodass sie die Daten digital übermitteln können und das Ersatzverfahren mit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse in Papierform kaum noch anwenden.



Die fünf Schwerpunktthemen zu Mitgliedschaft und Beitragsfragen | Fragen zu Krankenkassenbeiträgen sowie zu Mitgliedschaft und Versichertenstatus standen an der Spitze der Beratungen.

⁷¹ Rechtslage ab dem 1. Januar 2021: siehe § 49 Absatz 1 Nummer 5 zweite Alternative SGB V in Verbindung mit § 295 Absatz 1 SGB V

⁷² [Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld](#) vom 07.09.2022, Seite 222

IM FOKUS:

Beitragsnachforderungen überraschen hauptberuflich Selbstständige

“ Ich war im Jahr 2018 einige Monate selbstständig und als freiwilliges Mitglied bei der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Diese Phase ist für mich längst abgeschlossen. Inzwischen bin ich wieder versicherungspflichtig. Jetzt will meine Krankenkasse einige tausend Euro als Beitragsnachzahlung von mir. Ich hätte meinen Steuerbescheid nicht eingereicht. Darf die Kasse das von mir fordern? Kann ich dagegen etwas machen? ”

Das berichten Ratsuchende

Zahlreiche Ratsuchende berichten, dass sie von ihren Krankenkassen Anfang 2022 Schreiben mit einer Nachforderung von Beiträgen für das Jahr 2018 erhalten haben. Die Nachforderungen beziehen sich auf Zeiten, in denen die betreffenden Personen hauptberuflich selbstständig tätig waren. Für diese Zeiträume erfolgt die Festsetzung mit dem Höchstbeitrag. Die Ratsuchenden wurden aufgefordert, den Differenzbetrag zu zahlen. Dies betrifft vor allem Versicherte, die nicht dauerhaft hauptberuflich selbstständig waren. Die Mehrzahl der Ratsuchenden kann nicht nachvollziehen, dass die Krankenkasse den

Einkommenssteuerbescheid als Nachweis der Einnahmen benötigt. Die Ratsuchenden berichten von unterschiedlichen Vorgehensweisen der Krankenkassen: Ein Teil der Anfragenden wurde vor Jahresablauf 2021 von ihren Kassen – mit unterschiedlichen Vorlaufzeiten – angeschrieben, andere haben keine Post erhalten.

Viele der Anrufenden sagen, dass sie nicht wissen, wie sie die geforderten Mittel aufbringen können und sehen sich mit möglichen finanziellen Engpässen konfrontiert.

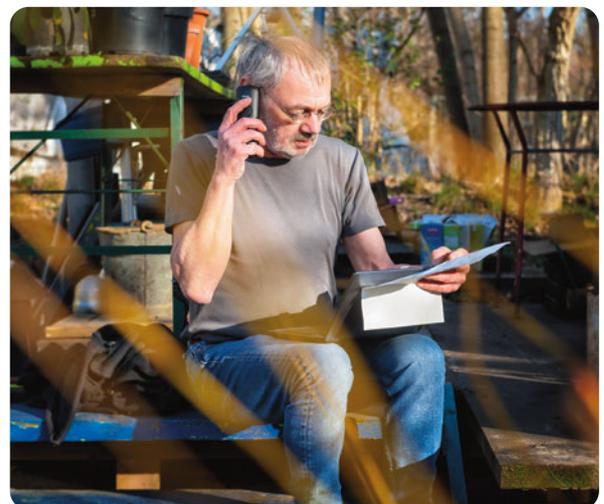
So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die gesetzlichen Grundlagen der Beitragsfestsetzung bei hauptberuflich selbstständigen Versicherten.⁷³ Sie erläutern die vom Gesetzgeber eingeführte Frist von drei Jahren zum Nachweis des Arbeitseinkommens und die Regelungen der endgültigen Beitragsfestsetzung.

Die Möglichkeit eines Widerspruchs wird den Ratsuchenden erklärt. Zu beachten ist jedoch, dass die verstrichene Frist zur Einreichung des Einkommenssteuerbescheides dadurch nicht geheilt werden kann.

Die Ratsuchenden werden über mögliche Folgen von Beitragsschulden informiert.⁷⁴ Das Be-

ratungsteam erläutert, wie Versicherte diese vermeiden können.



⁷³ Beitragspflichtige Einnahmen für freiwillige Mitglieder: § 240 Absatz 4a SGB V, Stand: 01.01.2018

⁷⁴ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.7.3, Seite 72; [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.6.3, Seite 67 f., [Monitor Patientenberatung 2018](#), Kapitel 3.1.6, Seite 59 ff.; [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 4.1.5, Seite 49 ff.

Fachlicher Hintergrund

Im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) wurde die Beitragsfestsetzung für hauptberuflich selbstständige freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2018 neu geregelt. Die Beiträge aus Arbeitseinkommen⁷⁵ werden seitdem vorläufig festgesetzt. Eine endgültige Festsetzung der Beiträge nimmt die Krankenkasse nach den tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen vor. Hierfür muss der Steuerbescheid des maßgeblichen Kalenderjahres innerhalb von drei Jahren auf Verlangen der Krankenkasse von den Versicherten eingereicht werden.

Freiwillige Mitglieder erhalten von ihrer Krankenkasse regelmäßig einen Fragebogen zur Feststellung oder Überprüfung der beitragspflichtigen Einnahmen. Für diesen Fragenbogen sind bestimmte Mindestinhalte festgelegt.⁷⁶ Der Frage-

bogen enthält den Hinweis, dass der Steuerbescheid eingereicht werden muss.

Die Kasse berücksichtigt das auf dem Steuerbescheid ausgewiesene Arbeitseinkommen bei der Beitragsfestsetzung. Liegt der Steuerbescheid nicht innerhalb von drei Jahren vor, erfolgt die endgültige Beitragsfestsetzung mit dem Höchstbeitrag.

Am 1. Januar 2022 war diese Frist erstmalig seit Einführung dieser Regelung überschritten. Die Krankenkassen haben an hauptberuflich selbstständig Versicherte, die ihre Einkünfte nicht anhand ihres Steuerbescheides nachgewiesen haben, endgültige Festsetzungsbescheide versandt und Beitragsnachforderungen für das Jahr 2018 geltend gemacht.

FAZIT

Vielen hauptberuflich selbstständig Versicherten ist nicht bewusst, welche Konsequenz folgt, wenn sie den Steuerbescheid nicht innerhalb der Frist von drei Jahren bei ihrer Krankenkasse einreichen. Nach den Schilderungen der Ratsuchenden sind die Schreiben der Krankenkassen für Laien oft schwer verständlich. Hier ist aus Sicht der UPD ein

einheitliches Verfahren der Krankenkassen erforderlich, das die Versicherten mit einem angemessenen Vorlauf in eindeutiger und klarer Weise darauf aufmerksam macht, dass der Steuerbescheid innerhalb von drei Jahren einzureichen ist. Auch mögliche Folgen müssen in nachvollziehbarer Weise erläutert werden.

EXKURS

Medizinische Versorgung für ukrainische Schutzsuchende schnell geregelt

Schon wenige Tage nach Beginn des Krieges reagierte die Europäische Union auf die große Zahl von Geflüchteten aus der Ukraine und gewährte den Menschen Schutz nach der sogenannten Massenzustrom-Richtlinie. Dieses seit 2001 mögliche Verfahren wurde damit

erstmalig aktiviert. Die geflüchteten Menschen erhielten ohne individuelles Asylverfahren eine Aufenthaltserlaubnis und hatten unter anderem Anspruch auf medizinische Versorgung zulasten öffentlicher Träger.

⁷⁵ [Arbeitseinkommen: § 15 SGB IV](#)

⁷⁶ [Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder inklusive Anlage 1, Stand: 23. Juni 2021](#)

Im Laufe des Jahres beriet die UPD ukrainische Ratsuchende oder Menschen, die diesen Hilfe leisteten (siehe auch Kapitel 1). Die Frage-

stellungen drehten sich vor allem um den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und um mögliche Leistungen.

Anfangs eingeschränkte Leistungen

Die Betroffenen konnten anfangs keine Leistungen und Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Die medizinische Versorgung war Asylbewerbern gleichgestellt und damit beschränkt auf die erforderliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen.⁷⁷ Die Beschränkung auf das existenziell Notwendige gilt nicht durchgängig, so zum Beispiel nicht

bei Leistungen für werdende Mütter.⁷⁸ Aber auch diese Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig. Die Inanspruchnahme der Leistungen war nur über die Beantragung von Behandlungsscheinen für den jeweiligen Behandlungsfall oder in einigen Bundesländern über die elektronische Gesundheitskarte durch die örtlich zuständigen Sozialhilfeträger möglich.⁷⁹

Schnelle Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung

Mit Beginn des Monats Juni 2022 erweiterten sich die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung.⁸⁰ Die in Deutschland aufgenommenen Geflüchteten aus der Ukraine wurden anerkannten Asylsuchenden gleichgestellt. Ihnen wurde der Weg in das Grundsicherungssystem des Sozialgesetzbuch Buch II und

über dieses in die Pflichtversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht.⁸¹ Darüber hinaus wurde ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt.⁸² Des Weiteren war nun die Inanspruchnahme von Hilfen zur Gesundheit nach Sozialhilferecht möglich.⁸³

Schnittstelle Krankenversicherung und Ausländerrecht

Der Zugang zur umfangreicheren gesundheitlichen Versorgung über die Krankenkassen knüpft an ausländerrechtliche Voraussetzungen und Begrifflichkeiten an. Dies betrifft die Aufenthaltserlaubnis, das Bestehen eines vorläufigen Aufenthaltsrechts (Fiktionsbescheinigung), die erkennungsdienstliche Behandlung und den Eintrag in das Ausländerzentralregister. Der gesetzliche Auftrag der UPD beinhaltet nicht die Beratung zu ausländerrecht-

lichen Fragestellungen. Diese mussten aber als Voraussetzung für Leistungen der gesundheitlichen Versorgung im Beratungsgespräch benannt und erforderlichenfalls erläutert werden. Wenn eine vertiefende ausländerrechtliche Beratung erforderlich war, verwiesen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden an die örtlichen Behörden und Stellen zur Migrationsberatung.⁸⁴

77 Akute Erkrankungen und Schmerzzustände: [§ 4 Absatz 1 Satz 1 Asylbewerberleistungsgesetz \(AsylbLG\)](#)

78 Werdende Mütter und Wöchnerinnen: [§ 4 Absatz 1 Satz 2 AsylbLG](#)

79 Krankenbehandlung für nicht Versicherte: [§ 264 Absatz 1 des SGB V](#)

80 [Gesetz zur Regelung eines Sofortzuschlages und einer Einmalzahlung in den sozialen Mindestsicherungssystemen sowie zur Änderung des Finanzausgleichsgesetzes und weiterer Gesetze](#)

81 Grundsicherung für Personen, denen vorübergehender Schutz gewährt wird: [§ 74 SGB II](#)

82 Freiwillige Versicherung für Personen, denen vorübergehender Schutz gewährt wird: [§ 417 SGB V](#)

83 Sozialhilfe für Personen, denen vorübergehender Schutz gewährt wird: [§ 146 SGB XII](#)

84 [Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationsberatung](#) [Zugriff: 15.04.2023]



„ Mit unserer Information und Beratung wollen wir die Ratsuchenden nicht nur bei ihrem individuellen Anliegen unterstützen, sondern ihnen auch die nötigen Mittel an die Hand geben, um souverän und informiert gegenüber Kostenträgern aufzutreten. Nur Patientinnen und Patienten mit der nötigen Rechtskompetenz können selbstbewusst ihre Rechte einfordern. “

Heike Morris

Juristische Leiterin

GESAMTFAZIT Krankenkassen

Die meisten rechtlichen Anfragen bei der UPD haben nach wie vor mit Leistungen und Handlungsweisen der Krankenkassen zu tun. Viele der Themen, auf die die UPD in früheren Berichten hingewiesen hat, sind weiter aktuell, zum Beispiel:

- ❖ Krankenkassen versenden im Widerspruchsverfahren verwirrende Zwischennachrichten, die den Versicherten suggerieren, es sei schon alles entschieden und besser, den Widerspruch zurückzunehmen.
- ❖ Krankenkassen teilen gravierende Entscheidungen am Telefon mit, wie der sofortige Wegfall des Krankengeldes.
- ❖ Die rechtliche Bedeutung von Bescheiden der Krankenkassen – also zum Beispiel eine verbindliche Ablehnung – ist ohne die erforderliche Rechtsbehelfsbelehrung für Versicherte nicht erkennbar.
- ❖ Krankenkassen fordern Versicherte auf, in die Übermittlung des gesamten Reha-Berichts einzuwilligen, obwohl die routinemäßige Einholung des gesamten Berichts ohne Einwilligung unzulässig ist (siehe auch Kapitel 4.7.1).
- ❖ Krankenkassen rufen gehäuft bei vorwiegend psychisch Kranken im Krankengeldbezug an – ohne die erforderliche Einwilligung.

Diese Liste ließe sich noch mit weiteren Beispielen füllen. Einige dieser Verhaltensweisen

sind schlicht rechtswidrig, andere zumindest verbraucherfeindlich. Rundschreiben mit Ermahnungen der Aufsichtsbehörden brachten kaum Besserung. Es entsteht dadurch der Eindruck, dass gesetzliche Vorgaben und Ermahnungen der Aufsichtsbehörde ohne entsprechende Sanktionen nicht wirksam sind.

Positiv hervorzuheben ist, dass in einem anderen Bereich Rechtsprechung und technischer Fortschritt zu einer Verbesserung führten: Wenn Arztpraxen verspätet Arbeitsunfähigkeitsdaten übermitteln, hat das keine Nachteile mehr für das Krankengeld von Versicherten.

Insgesamt sollte aus Sicht der UPD das Aufsichts- und Sanktionierungssystem einer Reform unterzogen werden. Ein erster Schritt dazu könnte sein, verpflichtend mehr Transparenz bei den Krankenkassen zu schaffen, indem diese ihre Daten im Leistungs-, Beschwerde- und Widerspruchsbereich offenlegen müssen. Auch sollten zumindest alle ablehnenden Bescheide einen Hinweis auf die Beratungsmöglichkeit durch die UPD enthalten. Daneben sollte die Möglichkeit einer anonymen Beschwerde- und Anzeigemöglichkeit geschaffen werden, wo auch zum Beispiel Mitarbeitende der Krankenkassen offensichtliches Fehlverhalten anzeigen können.

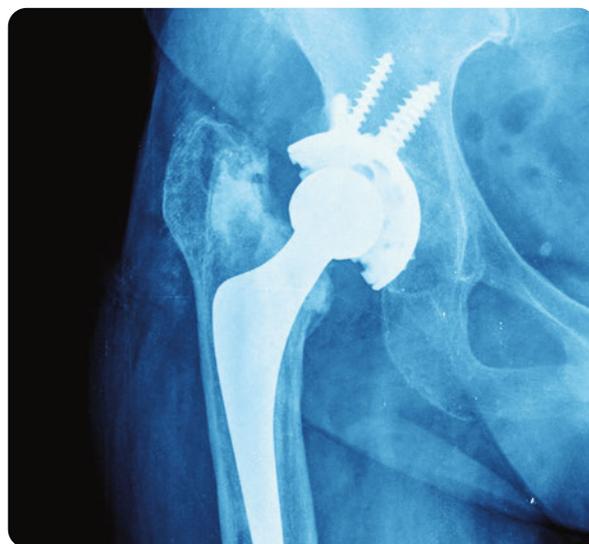
4.8 Medizinprodukte

Medizinprodukte sind Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung, die vom Hersteller für die Anwendung beim Menschen bestimmt sind und primär physikalisch wirken. Hierzu gehören zum Beispiel medizinische Geräte, Prothesen, Verbandmittel, Implantate und Herzschrittmacher – aber auch Corona-Tests und Schutzmasken.

Abseits von Beratungen rund um die Corona-Pandemie ähnelten die Themen zu Medizinprodukten denen der Vorjahre:⁸⁵ Ratsuchende meldeten sich, um zu erfahren, wie sicher und wirkungsvoll einzelne Produkte sind oder wenn es ihnen schwerfiel, Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Medizinprodukten einzuschätzen. Während der Gespräche erklärten die Beraterinnen und Berater oft, wie die jeweiligen Medizinprodukte wirken und wie Marktzulassung und anschließende Überwachung geregelt sind.

Beispielsweise fragten Ratsuchende, wie lange ein Stent im Körper verbleiben kann und wann und ob er ausgetauscht werden sollte. Andere

erkundigten sich nach Tabletten zur Fettreduktion, die als Medizinprodukte in Drogeriemärkten erhältlich sind. Ratsuchende wollten wissen, ob Wechselwirkungen mit ihren Medikamenten auftreten können. In anderen Fällen benötigten sie eine Beratung, weil sie beispielsweise vermuteten, dass die implantierten künstlichen Linsen in ihren Augen fehlerhaft sind.



Immer noch kein Implantateregister

Am 1. Januar 2020 ist das Implantateregistergesetz in Kraft getreten, welches als Grundlage für die Errichtung des Implantateregisters dient. Dieses zentrale und bundesweite Register soll die Sicherheit und Qualität von Implantaten und die medizinische Versorgung mit Implantaten verbessern. So sollen beispielsweise Komplikationen mit Implantaten früher identifiziert und die betroffenen Patientinnen und Patienten schneller informiert werden können.

Der Testbetrieb des Registers ist im Sommer 2021 angelaufen, zunächst für die Erfassung von Brustimplantaten. Die Aufnahme des Regelbetriebs verzögert sich. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gibt als Begründung marktbedingte Engpässe bei der Chip-Herstellung

und -Lieferung an. Der Regelbetrieb soll nun erst zum 1. Januar 2024 aufgenommen werden.⁸⁶

Damit verschiebt sich auch der Zeitplan für die Erfassung der als nächstes für die Aufnahme in das Register vorgesehenen Hüft- und Knieprothesen. Für diese Implantate soll der Regelbetrieb nun erst zum 1. Januar 2025 starten.

Im Sinne der Patientensicherheit ist es wichtig, dass der Regelbetrieb des Registers so schnell wie möglich aufgenommen wird. Daher sollte dies zum Beginn des Jahres 2024 auch tatsächlich passieren und sich nicht weiter verzögern. Zudem sollte das Register – nach Aufnahme der Brustimplantate – zügig um die weiteren vorgesehenen Implantat-Typen ergänzt werden.

⁸⁵ *Monitor Patientenberatung 2020*, Kapitel 4.7, Seite 68 f. und *Monitor Patientenberatung 2021*, Kapitel 4.8, Seite 75 ff.

⁸⁶ Bundesministerium für Gesundheit. [Implantateregister Deutschland](#) [Zugriff: 22.02.2023]

#CORONA-PANDEMIE:

Fragen rund um Masken und Tests

Wie in den vorherigen Berichtsjahren beriet die UPD vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zu den Testmöglichkeiten und zu Schutzmasken. Der Beratungsbedarf zu diesen Themen war – wie bei allen Themen rund um die Pandemie –

im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (Corona-Tests: 2022 gut 4.000 Beratungen, 2021 ca. 9.500 Beratungen; Schutzmasken: 2022 rund 500 Beratungen, 2021 ca. 1.500 Beratungen).

Hauptsächlich rechtliche Fragen zu Masken

Fragen zu Qualität, Handhabung und Nutzen der Masken spielten 2022 eine untergeordnete Rolle.

Ratsuchende wandten sich hauptsächlich mit rechtlichen Anliegen an die UPD, beispielweise zur Maskenpflicht in Arztpraxen. Menschen, die aus verschiedenen Gründen keine Maske tragen konnten oder wollten, berichteten von Schwierigkeiten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu finden, und ließen sich zu Berufspflichten und Patientenrechten und zum pragmatischen Vorgehen in diesem Zusammenhang beraten.⁸⁷

abgeschafft wurde, in der Bahn aber nicht, oder bei regional unterschiedlichen Regelungen. Bei Fragen in diesem Zusammenhang ließen sich zwei grundsätzliche Ansätze unterscheiden: Es gab Ratsuchende, die beunruhigt waren, wenn andere Menschen keine Maske mehr trugen – und es gab Ratsuchende, die sich dagegen wehren wollten, dass sie weiterhin eine Maske tragen sollten.

Die Maskenpflicht wurde im Berichtsjahr nach und nach gelockert. Das geschah nicht immer nach medizinisch nachvollziehbaren Kriterien, zum Beispiel, als in Flugzeugen die Maskenpflicht



Unklare Zuständigkeiten bei Corona-Tests

Medizinische Fragen zur Anwendung und Aussagekraft von Corona-Tests traten 2022 eher in den Hintergrund. Anfang des Jahres fragten Ratsuchende in diesem Zusammenhang vor allem danach, ob die verfügbaren Tests auch auf die Virus-Variante Omikron anspringen.

Aufgrund der hohen Fallzahlen drohte es am Anfang des Jahres zu einem Engpass an PCR-Testkapazitäten zu kommen, sodass politisch eine Priorisierung bei der Testung diskutiert wurde.⁸⁸ Immer wieder wandten sich Ratsuchende an die UPD, deren Ärztinnen und Ärzte trotz Symptomen oder positivem Schnelltest keine PCR-Tests durchführten. Viele Betroffene wünschten den PCR-Test weiterhin zur diagnostischen Sicherheit und unter der Vorstellung, dass dieser auch zukünftig für rechtliche Regelungen relevant sein könne. Sie wollten wissen, an wen sie sich für einen PCR-Test wenden können.

Viele Ratsuchende schilderten Unsicherheit durch unterschiedliche Zuständigkeiten: In welchen Situationen sollten sie sich an ein Testzentrum wenden, in welchen an die Arztpraxis? Einige Ratsuchende berichteten, dass dieses auch Leistungserbringern zum Teil nicht klar gewesen zu sein schien, sodass Betroffene hin und her geschickt wurden.

⁸⁷ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.9, Seite 81 f.

⁸⁸ Gesundheitsministerkonferenz: [Beschlüsse der Videokonferenz 22.01.2022](#), TOP: 4.1 Priorisierung der Testkapazitäten

Wer bezahlt PCR- oder Schnelltest?

Vielen Ratsuchenden war unklar, wer die Kosten für Tests vor stationärer Aufnahme in eine Klinik oder Reha-Einrichtung trägt. Solche Tests konnten die Betroffenen grundsätzlich ohne eigene Kosten in Anspruch nehmen. Ratsuchende berichteten jedoch häufig, dass sie den Test zunächst selbst bezahlt hatten in der Annahme, die Krankenkasse würde die Kosten im Nachhinein erstatten. Jedoch ist eine nachträgliche Kostenerstattung gesetzlich nicht vorgesehen – Betroffene blieben in der Regel auf den Kosten sitzen.

Zumindest für die Fälle, in denen Patientinnen und Patienten stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden sollten und in diesem Zusammenhang auf das Coronavirus getestet wurden, gibt es eine klare gesetzliche Kostenregelung.⁸⁹ Die Testkosten werden mit einem Zusatzentgelt

finanziert und das Krankenhaus kann sie direkt gegenüber der Krankenkasse des Versicherten abrechnen. Einzelheiten hinsichtlich der Abrechnung und der Höhe des Zusatzentgeltes wurden in einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt.⁹⁰ Diese Regelung half in der Beratung allerdings auch nicht weiter, wenn die Ratsuchenden bereits eine Testung auf eigene Kosten vorgenommen hatten.

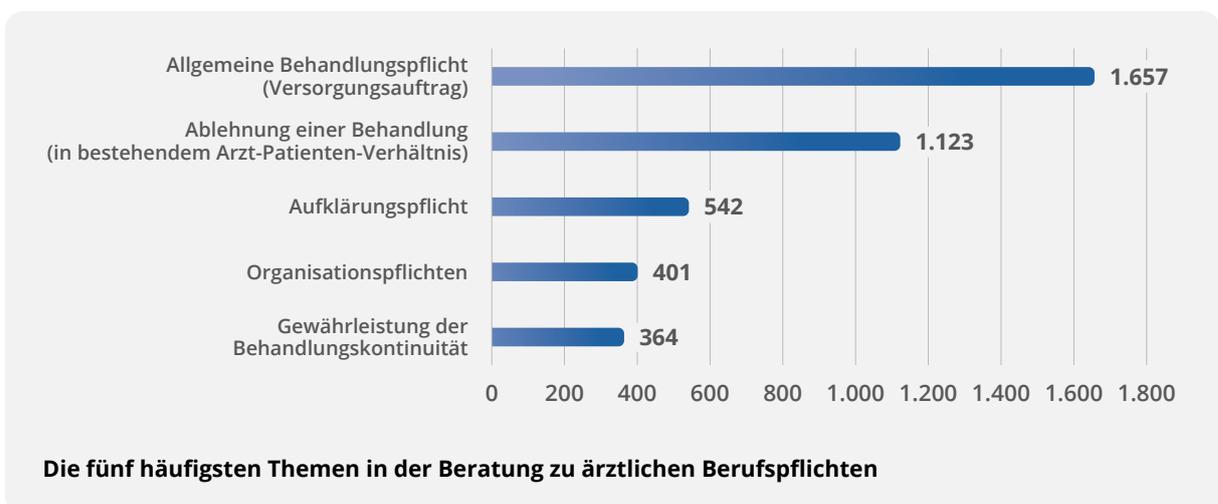
Ende Juni wurden mit der neuen Coronavirus-Testverordnung die kostenlosen Bürgertests auf bestimmte Situationen begrenzt und für andere Situationen eine Eigenbeteiligung eingeführt. Auch hier kam es immer wieder zu Fragen, wer Anspruch auf einen kostenlosen Test hat und wie Betroffene diesen Anspruch nachweisen können.

4.9 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten

Im Jahr 2022 hat das Team der UPD zu den Themen Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten in fast 15.000 Fällen beraten.

Das häufigste Thema im Bereich Berufspflichten – insgesamt knapp 6.500 Beratungen – war wie gewohnt der ärztliche Versorgungsauftrag mit über 1.500 Beratungen. Auch zum Thema Ablehnung

einer Behandlung in einem bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnis gab es wieder viele Anfragen (über 1.000 Beratungen). Die mangelhafte ärztliche Aufklärung belegte Platz drei in der Rangfolge mit gut 500 Beratungen. Auch zu den Themen Organisationspflichten und Gewährleistung von Behandlungskontinuität gab es viele Beratungen.

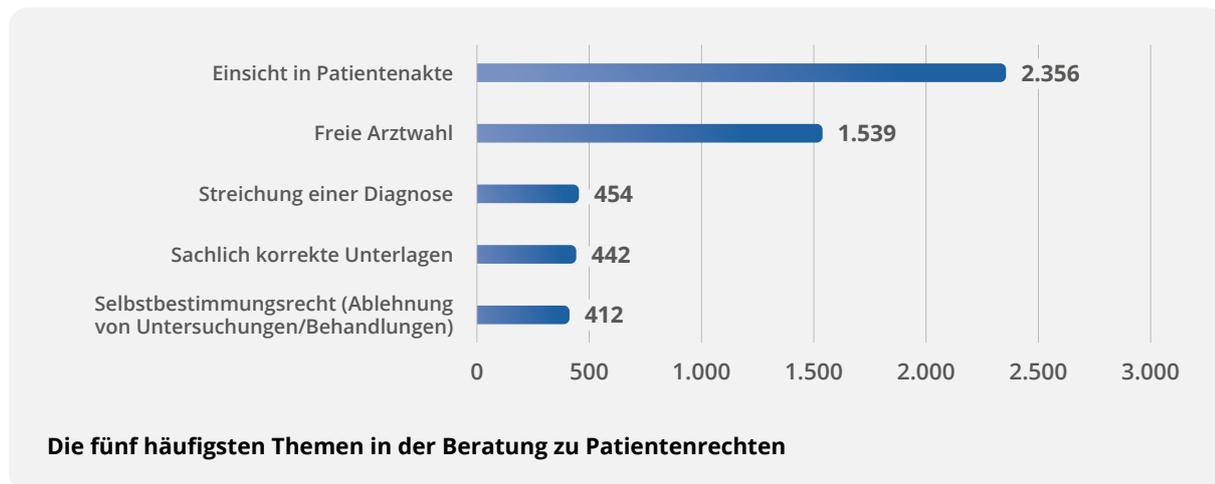


⁸⁹ § 26 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

⁹⁰ Vereinbarung nach § 26 Absatz 2 KHG über ein Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

Zu Patientenrechten haben die Beraterinnen und Berater in insgesamt fast 7.000 Fällen beraten. Die Einsicht in die Patientenakte war mit über 2.000 Beratungen erneut das am häufigsten nachgefragte Thema (siehe auch: Dauerthema: Kopie der Patientenakte – zahlen oder nicht

zahlen?). An zweiter Stelle standen nach wie vor die Beratungen zur freien Arztwahl. Fast gleichauf sind die Beratungen zur Streichung ärztlicher Diagnosen aus der Patientenakte sowie die Fragen zur sachlichen Korrektheit von Unterlagen, die häufig Arzt- und Entlassbriefe betreffen.



DAUERTHEMA:

Kopie der Patientenakte – zahlen oder nicht zahlen?

Nach wie vor beschäftigt viele Ratsuchende die Frage, ob sie für eine Kopie ihrer Patientenakte bezahlen müssen. Denn das können im Einzelfall – je nach Umfang der Akte – nicht unerhebliche Beträge sein. Diese Frage kann durch die Beraterinnen und Berater der UPD leider immer noch nicht rechtssicher beantwortet werden. Zwar hat der Europäische Gesetzgeber in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) eine Rechtsnorm geschaffen, die Patientinnen und Patienten einer kostenlose Erstkopie ihrer Akte gewährt.⁹¹ Aber dieser Regelung steht weiterhin die nationale Vorschrift im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) entgegen, wonach die Patientin oder der Patient die Kopierkosten zu tragen hat.⁹²

In den Vorjahren hat die UPD immer wieder auf die unklare Rechtslage hingewiesen und den Ge-

setzgeber zur Klarstellung aufgefordert.⁹³ Für die Ratsuchenden ist es verwirrend und nicht nachvollziehbar, dass zwei sich widersprechende Regelungen für ein und denselben Sachverhalt existieren.

Eine Klärung durch den Gesetzgeber erfolgte bislang zwar nicht. Aber die bisher ergangene Rechtsprechung zu diesem Thema ist überwiegend patientenfreundlich. Sofern sich Patientinnen und Patienten bei ihrem Auskunftsverlangen ausdrücklich auf Artikel 15 Absatz 3 der DSGVO berufen, müsse ihnen eine Kopie der Patientendokumentation kostenlos herausgegeben werden.⁹⁴

Die Beraterinnen und Berater klären die Ratsuchenden über die unklare Rechtslage auf. Sie weisen auf die bisher ergangene Rechtsprechung hin

⁹¹ Kopierkosten Patientenakte: [Artikel 15 Absatz 3 DSGVO](#)

⁹² Kopierkosten Patientenakte: [§ 630g Absatz 2 BGB](#)

⁹³ Siehe [Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1.7, Seite 60](#), [Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.6, Seite 75](#); [Monitor Patientenberatung 2020, Kapitel 4.8, Seite 75](#); [Monitor Patientenberatung 2021, Kapitel 4.9, Seite 80 f.](#)

⁹⁴ zum Beispiel: [Landgericht Dresden, Urteil vom 29.05.2000, Aktenzeichen: 6 O 76/20](#); [Landgericht Görlitz, Urteil vom 18.03.2022, Aktenzeichen: 5 O 2/21](#)

und empfehlen den Ratsuchenden, dass sie sich bei der Anforderung einer Kopie ihrer Patientenakte gegenüber der Ärztin, dem Arzt oder der Kli-

nik ausdrücklich auf Artikel 15 Absatz 3 DSGVO berufen sollen.

IM FOKUS:

Anspruch auf Korrektur falscher Diagnosen – gut gedacht, schlecht gemacht

„ Ich hatte bei meiner Krankenkasse eine Auskunft über die Abrechnungsdaten meiner Ärzte angefordert. Bei der Durchsicht ist mir aufgefallen, dass meine Gynäkologin mehrmals irgendwelche Diagnosen abgerechnet hat, von denen ich überhaupt nichts weiß und die ich auch nicht habe. Meine Krankenkasse teilte mir auf meine Nachfrage mit, dass ich die Falschdiagnosen berichtigen lassen könne, wenn ich ein Schreiben meiner Gynäkologin einreiche, in welchem sie bestätigt, dass die Diagnosen falsch sind. Ich habe meine Gynäkologin darum gebeten. Sie hat natürlich abgelehnt. Ist ja auch klar. Damit würde sie ja zugeben, falsche Diagnosen gestellt und abgerechnet zu haben. Ist es denn überhaupt rechtens, dass die Krankenkasse so einen Nachweis verlangt? „

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten, dass sie – beispielsweise, wenn sie eine Versichertenanmeldung bei ihrer Krankenkasse anfordern – entdecken, dass eine behandelnde Ärztin oder ein Arzt gegenüber der Krankenkasse Diagnosen abgerechnet hat, die den Ratsuchenden völlig unbekannt sind. Sie sind entsetzt und wollen diese umgehend löschen lassen. Denn eine bei der Krankenkasse gespeicherte Falschdiagnose kann für Versicherte gravierende Folgen haben, zum Beispiel, wenn sie eine private Berufsunfähigkeitsversicherung

abschließen wollen oder vor einer Verbeamtung stehen. Die Krankenkasse teilt den Ratsuchenden mit, dass eine Berichtigung möglich sei, wenn sie einen ärztlichen Nachweis einreichen, der belegt, dass die Diagnose falsch ist. Allerdings müsse dieser Nachweis von der Ärztin oder dem Arzt erbracht werden, die oder der die ursprüngliche Diagnose gestellt und abgerechnet hat. Dies gelingt in den meisten Fällen nicht, da die Diagnose stellenden Ärztinnen und Ärzte sich weigern, einen entsprechenden Nachweis auszustellen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden, dass sie gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Berichtigung einer Falschdiagnose haben, wenn sie die Unrichtigkeit der Diagnose durch einen ärztlichen Nachweis belegen können. Dies ist gesetzlich geregelt. Im Gesetz steht allerdings nicht, dass der die Diagnose stellende Arzt oder die Ärztin diesen Nachweis erbringen muss. Theoretisch könnte der Nachweis also auch von jeder anderen Ärztin oder jedem anderen Arzt erbracht werden. Wenn die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Diagnose ursprünglich gestellt hat, sich weigert, deren Unrichtigkeit zu belegen, könnten Ratsuchende sich auch an andere Ärztinnen oder Ärzte wen-

den, um den Nachweis zu bekommen. Praktisch dürfte jedoch auch dies kaum realisierbar sein.

Das Team erklärt Ratsuchenden gegebenenfalls auch, wie Diagnosen zustande kommen und dass es nicht immer eindeutig möglich ist, eine Diagnose abschließend als falsch oder richtig zu bewerten. Gerade bei psychiatrischen Diagnosen – um die es häufig geht – kann es sein, dass Betroffene die Situation anders einschätzen als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Und auch Ärztinnen und Ärzte können hinsichtlich einer Diagnose zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen.

Fachlicher Hintergrund

Im Oktober 2020 ist das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) in Kraft getreten. Hiermit wurden die Auskunftsrechte von Versicherten im SGB V neu geregelt. Gesetzlich Versicherte haben seitdem gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Berichtigung falscher Diagnosen. Die Unrichtigkeit der Diagnose muss allerdings durch einen ärztlichen Nachweis belegt werden.⁹⁵

Laut Gesetzesbegründung zum PDSG muss den ärztlichen Nachweis in der Regel die Ärztin oder der Arzt erbringen, die oder der die ursprüngliche Diagnose gestellt und abgerechnet hat. Grund: Diese Ärztin beziehungsweise dieser Arzt ist für die ursprüngliche Diagnose verantwortlich und

wird ein berechtigtes Interesse an der Korrektur der Diagnose haben.⁹⁶

Dies schließt aber nicht aus, dass auch eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt den Nachweis erbringen kann. Denn aufgrund der Fehldiagnose kann das Vertrauensverhältnis zwischen der oder dem Versicherten und der Ärztin oder dem Arzt gestört sein. Außerdem haben Patientinnen und Patienten zivilrechtlich keinen Anspruch darauf, dass Ärztinnen und Ärzte eine Diagnose widerrufen, die sich als falsch erwiesen hat. Denn in der Regel handelt es sich um eine medizinische Wertung und damit eine Meinungsäußerung.⁹⁷

FAZIT

Der Anspruch der Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Berichtigung einer falschen Diagnose läuft ins Leere. Denn den geforderten ärztlichen Nachweis über die Unrichtigkeit der Diagnose können Versicherte häufig nicht erbringen. Die Ärztinnen und Ärzte, die die Diagnose ursprünglich gestellt haben, korrigieren diese in den meisten Fällen nicht. Patientinnen und Patienten haben der Ärztin oder dem Arzt gegenüber auch keinen zivilrechtlichen Anspruch auf Widerruf einer Diagnose. Zudem finden Patientinnen und Patienten in

der Regel auch keine anderen Ärztinnen oder Ärzte, die ihnen bescheinigen, dass die Diagnose der Kollegin oder des Kollegen falsch war. Für Versicherte wurde ein Anspruch geschaffen, den sie in der Regel faktisch nicht durchsetzen können.

Von den rechtlichen Regelungen abgesehen, scheint es aus Beratungssicht außerdem wichtig, die Ärzteschaft dafür zu sensibilisieren, welche Konsequenzen die von ihnen kodierten Diagnosen für Betroffene haben können.

4.10 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht

Die UPD hat im Jahr 2022 über 1.200-mal zum Thema Vorsorgedokumente beraten (2022: 1.231 Beratungen; 2021: 1.161 Beratungen). 278 Anfragen betrafen die Vorsorgevollmacht (2021: 374 Anfragen). Die Anfragen zur Patientenverfügung beliefen sich auf insgesamt 281 (2021: 263 Anfragen). Die Ratsuchenden wollten wissen, unter welchen Voraussetzungen die Vorsorge-

dokumente gültig sind. Ihnen war wichtig, dass andere Personen das Vorsorgedokument problemlos akzeptieren und dieses entsprechend ihrer Wünsche eingesetzt wird. Die Beraterinnen und Berater der UPD erläuterten die Möglichkeiten der inhaltlichen Ausgestaltung.

Darüber hinaus hat die UPD 455-mal Fragestel-

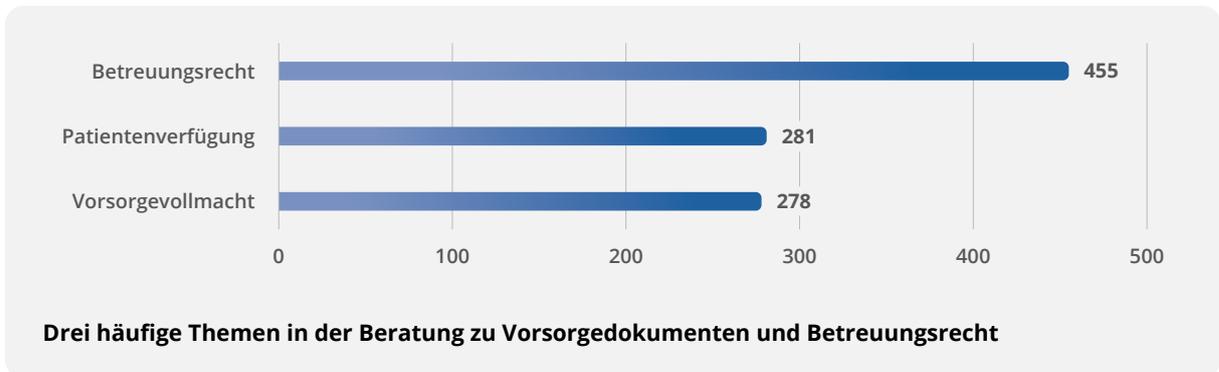
⁹⁵ Berichtigungsanspruch: [§ 305 Absatz 1 Satz 6 SGB V](#)

⁹⁶ [Bundestag-Drucksache 19/18793](#), Seite 98

⁹⁷ [Bundesgerichtshof \(BGH\), Urteil vom 03.05.1988, Aktenzeichen: VI ZR 276/87](#)

lungen zum Betreuungsrecht beantwortet (2021: 436 Beratungen). Diese bezogen sich in vielen Fällen darauf, unter welchen Voraussetzungen

eine betreuende Person eingesetzt wird, welche Aufgaben diese hat und wann Zwangsmaßnahmen rechtmäßig sind.



DAUERTHEMA:

Bevollmächtigte und betreuende Personen werden nicht ausreichend in die Behandlung einbezogen

Betreuende und bevollmächtigte Ratsuchende berichten regelmäßig, dass sie in die Behandlung einwilligungsunfähiger Patientinnen und Patienten nicht ausreichend einbezogen werden. Dieses Problem wurde durch die pandemiebedingten Zugangsbeschränkungen zu Kliniken vorübergehend verschärft – es bestand aber schon davor und besteht weiter.

So behandeln Ärztinnen und Ärzte, ohne die bevollmächtigte oder betreuende Person zuvor aufzuklären und eine Einwilligung einzuholen. Sie kommunizieren Informationen über den Behandlungsverlauf und Zustand der Patientin oder des Patienten nicht. Auch ausdrückliche Anfragen bleiben oft ohne Reaktion.

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, bevollmächtigte oder betreuende Personen vor konkreten Behandlungen aufzuklären,⁹⁸ sie über den Therapieverlauf zu informieren,⁹⁹ mit ihnen den Patientenwillen zu erörtern¹⁰⁰ und von ihnen eine Einwilligung vor der konkreten Behandlung einzuholen.¹⁰¹

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden die ärztlichen Pflichten. Sie raten Betroffenen, sich gegebenenfalls an das Qualitäts- und Beschwerdemanagement der Klinik oder an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher zu wenden. Über einzelne Ärztinnen und Ärzte können sie sich bei der zuständigen Landesärztekammer beschweren. Sollten gesundheitliche Schäden eingetreten sein, wird den Ratsuchenden eine Beratung zur Arzthaftung bei einem vermuteten Aufklärungsfehler angeboten.



98 Aufklärung des Vertreters: § 630e Absatz 4 BGB

99 Therapeutische Informationspflicht: § 630c Absatz 2 BGB

100 Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens: § 1901b Absatz 1 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

101 Einwilligung des Vertreters: § 630d Absatz 1 Satz 2 BGB

DAUERTHEMA:

Zwangswise Unterbringung in psychiatrischer Klinik

Regelmäßig wenden sich Menschen an die UPD, die gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wurden. Das Beratungsgespräch findet dann für die Ratsuchenden unter erschwerten Bedingungen statt. Oftmals sprechen die Betroffenen über ein öffentliches Stationstelefon und können nicht auf Dokumente zugreifen.

Die untergebrachten Personen wollen die Station schnellstmöglich verlassen. Dies ist ihr dringlichstes Anliegen. Meist ist die Unterbringung mit Maßnahmen der Zwangsbehandlung verbunden oder es haben bereits weitere freiheitsentziehende Maßnahmen stattgefunden, wie Fixierungen oder medikamentöse Ruhigstellung.

Die Beraterinnen und Berater versuchen im Gespräch zu ergründen, ob bereits eine Betreuung oder Bevollmächtigung vorliegt. Danach richtet

sich die gesetzliche Grundlage der Maßnahme. Es gibt die betreuungsrechtliche Unterbringung oder die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den landesrechtlichen Regelungen über Hilfen bei psychischen Krankheiten.^{102, 103} Diese Differenzierung ist wichtig, da die betreuungsrechtliche Unterbringung nur bei einer Eigengefährdung oder zu Behandlungszwecken zulässig ist, während die öffentlich-rechtliche Unterbringung auch bei Fremdgefährdung möglich ist.

Die Beraterinnen und Berater erläutern auch Fragen zum Verfahrensrecht. Diese betreffen unter anderem die Begutachtung, die Anhörung, die Bestellung eines Verfahrenspflegers, die Verfahrensbeteiligung einer Person des Vertrauens und mögliche Rechtsbehelfe. Darüber hinaus haben die Gespräche oftmals auch psychosoziale Beratungsanteile.

IM FOKUS:

Wenn Ärztinnen und Ärzte die Behandlung einstellen wollen

„Ich bin verzweifelt und weiß nicht, was ich machen soll. Meine Mutter wird in einem Krankenhaus beatmet und über eine Magensonde ernährt. Das geschieht schon seit längerer Zeit. Die Ärzte haben heute mit mir gesprochen. Sie wollen sie nicht weiterbehandeln, weil das keinen Sinn mehr macht. Ich betreue meine Mutter. Muss ich jetzt entscheiden, ob die Geräte abgestellt werden? Ich will das nicht. Ich will, dass sie weiterbehandelt wird. Was soll ich jetzt tun?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende wenden sich an die UPD, weil die intensivmedizinische Behandlung von schwerstkranken Angehörigen eingestellt werden soll. Die Patientin oder der Patient kann sich in dieser Situation nicht mehr dazu äußern und die Angehörigen sind meist bevollmächtigt oder als betreuende Person eingesetzt. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verlangen von ihnen, dass

diese dem Behandlungsabbruch zustimmen. Sie selbst wollen aber, dass ihre Angehörigen weiter mit maximalem medizinischem Einsatz behandelt werden.



¹⁰² Genehmigung des Betreuungsgerichts: § 1906 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

¹⁰³ Zum Beispiel Voraussetzungen der Unterbringung: [§ 15 Absatz 2 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten \(PsychKG\)](#) [Berlin](#)

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater klären mit den Betroffenen zunächst möglichst genau die jeweilige Situation. Sie erklären, unter welchen Bedingungen eine Behandlung eingestellt werden kann. Sie erläutern den Ratsuchenden die Bedeutung einer Patientenverfügung und wann diese wirksam und bindend ist. Sie erläutern auch, wie der mutmaßliche Wille ermittelt wird und welche Bedeutung er hat, wenn eine Patientenverfügung fehlt oder sie die vorliegende Situation nicht erfasst.

Das Team ermutigt die Ratsuchenden, das Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu suchen, um gemeinsam eine Entscheidung

im Sinne der Patientin oder des Patienten zu treffen. Viele Kliniken haben Ethikkommissionen, an die sich Ratsuchende außerdem wenden können. Auch Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher können gegebenenfalls in den Gesprächen unterstützen.

Darüber hinaus erklären die Beraterinnen und Berater, welche rechtlichen Möglichkeiten betreuende und bevollmächtigte Personen haben, wenn sie mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen.

Fachlicher Hintergrund

Bei der Frage, ob eine Behandlung abgebrochen werden kann, ist rechtlich zwischen Sachverhalten mit fehlender Indikation und solchen mit ablehnendem Patientenwillen zu unterscheiden.

Bei einem Wegfall der Indikation können Ärztinnen und Ärzte die Behandlung abbrechen. Die betreuende beziehungsweise bevollmächtigte Person muss die vormals erteilte Einwilligung in die Behandlungsmaßnahme in diesem Fall nicht widerrufen. Ärztinnen und Ärzte sind nicht zu wirkungslosen Therapien verpflichtet.¹⁰⁴ Die fehlende Indikation stellt eine Grenze der Behandlungspflicht dar. Dies betrifft insbesondere den Zeitraum nach dem Einsetzen der unmittelbaren Sterbephase.¹⁰⁵ Die ärztliche Beurteilung ist hierbei an den Fachstandard gebunden.¹⁰⁶

Anders stellt sich die Situation dar, wenn Ärztinnen und Ärzte die Behandlung einstellen wollen, weil sie davon ausgehen, dass dies dem Patienten-

wunsch entspricht. Der Behandlungsabbruch setzt in diesem Fall voraus, dass die bevollmächtigte oder betreuende Person die vormals erteilte Einwilligung in die Behandlung widerruft.

Aus medizinischer Sicht sind Patientenwille und Indikation häufig eng miteinander verwoben. Die Indikation berücksichtigt, ob eine Weiterbehandlung für den Patienten oder die Patientin mit Blick auf den möglichen Schaden und Nutzen angemessen ist.¹⁰⁷ Das ist eine sehr individuelle Abwägung.

Die betreuende beziehungsweise bevollmächtigte Person und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssen Indikation und Patientenwillen gemeinsam erörtern.¹⁰⁸ Ärztinnen und Ärzte müssen ebenso wie die bevollmächtigten oder betreuenden Personen bei ihren Entscheidungen dem Patientenwillen entsprechen.¹⁰⁹ Dies gilt auch für Entscheidungen über einen Behand-

¹⁰⁴ Geeignete Behandlungsmaßnahmen: § 11 Absatz 1 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

¹⁰⁵ Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang. 108, Heft 7, A346, 18. Februar 2011*

¹⁰⁶ Fachlicher Standard: § 630a Absatz 2 BGB

¹⁰⁷ Siehe zum Beispiel auch: *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Stand: 27.08.2019*

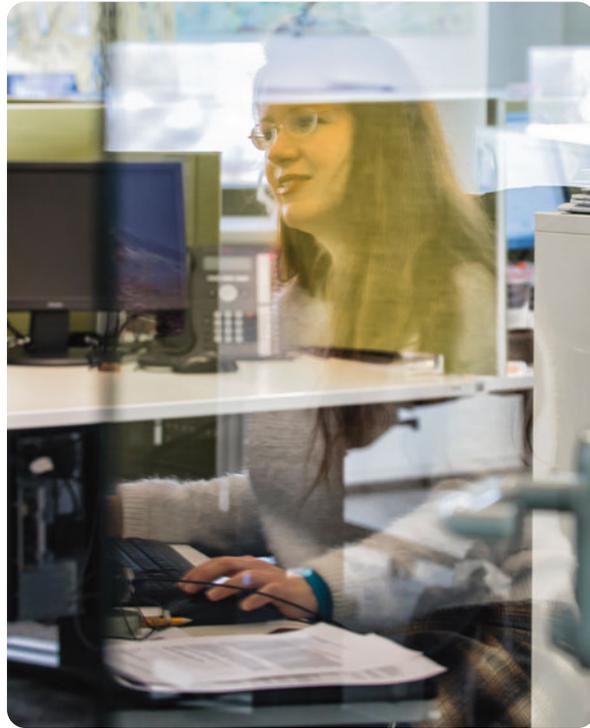
¹⁰⁸ Erörterung des Patientenwillens: § 1901b Absatz 1 Satz 2 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

¹⁰⁹ Bindung an den Willen der betreuten Person: § 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

lungsabbruch.¹¹⁰ Greift keine Patientenverfügung, sind die Behandlungswünsche und gegebenenfalls der mutmaßliche Wille zu ermitteln.¹¹¹

Wenn der Patientenwille zwischen den Beteiligten umstritten ist, bleibt der betreuenden oder bevollmächtigten Person im äußersten Fall die Möglichkeit, vor einem Amtsgericht eine Leistungsverfügung gegen die Klinik zu erwirken und so die Weiterbehandlung einstweilen sicherzustellen.

Die Klinik kann ihrerseits ein betreuungsgerichtliches Einschreiten anregen, wenn sie die Verweigerung des Widerrufs als Pflichtverletzung der betreuenden oder bevollmächtigten Person wahrnimmt.¹¹² Das Betreuungsgericht kann gegebenenfalls die Erklärung des Widerrufs erzwingen, wenn es zu dem Schluss kommt, dass die Patientin oder der Patient die Fortführung der Behandlung nicht gewollt hätte.¹¹³



FAZIT

Wenn die Behandlung schwerstkranker Menschen eingestellt werden soll, kann verständlicherweise sowohl bei betreuenden oder bevollmächtigten Personen als auch bei Ärztinnen und Ärzten Unsicherheit auftreten. Immerhin geht es um das Leben eines Menschen.

Die Ratsuchenden vernachlässigen oftmals aus der eigenen Gefühlslage heraus die Bedeutung des Patientenwillens. Ärztinnen und Ärzte scheuen bei fraglicher Indikation angesichts möglicher strafrechtlicher Konsequenzen oft einen selbstverantworteten Behandlungsabbruch und tragen die Entscheidung an die Angehörigen heran.

Wünschenswert wären Informations- und Schulungsmöglichkeiten zur Bedeutung und

zur Ermittlung des Patientenwillens, gerade für den Bereich der ehrenamtlichen Betreuung und Vorsorgebevollmächtigung. Die mit der Reform des Betreuungsrechtes geregelte verpflichtende Anbindung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer an anerkannte Betreuungsvereine zur Begleitung und Unterstützung wird mit großer Wahrscheinlichkeit keine umfassende Abhilfe schaffen. Ehrenamtliche, welche zugleich nahe Familienangehörige sind, sind von dieser Anbindung ausgenommen.¹¹⁴

Hilfreich wäre es auch, durch leicht zugängliche Informationen die Existenz und Aufgabe von Ethikkommissionen an den Kliniken bekannter zu machen und diese standardmäßig in die Entscheidung mit einzubeziehen.

¹¹⁰ Widerruf der Einwilligung: § 1904 Absatz 2 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

¹¹¹ Mutmaßlicher Wille: § 1901a Absatz 2 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

¹¹² Gerichtliche Aufsicht: §§ 1908i Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit 1837 Absatz 2 Satz 1 BGB jeweils in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

¹¹³ Zwangsgeld: § 1837 Absatz 3 Satz 1 BGB in der bis zum 31.12.2022 geltenden Fassung

¹¹⁴ Begleitung und Unterstützung: [§ 22 Absatz 2 Betreuungsorganisationsgesetz \(BtOG\)](#)

NEUE ENTWICKLUNG:

Eheleute sind im Notfall vertretungsberechtigt

Ratsuchende wandten sich im Jahre 2022 mit Fragen an die UPD, welche das Notvertretungsrecht der Ehegatten betreffen.¹¹⁵ Der Gesetzgeber führte mit Beginn des Jahres 2023 ein auf Notfälle beschränktes Vertretungsrecht der Eheleute füreinander ein, wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder einer Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge nicht mehr besorgen kann. Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass eine vorläufige Betreuung angeordnet werden muss.¹¹⁶ Die Ratsuchenden waren sich teilweise unsicher, ob die Regelung 2022 schon gilt. Sie fragten auch, unter welchen Voraussetzungen die Vertretungsmacht eintritt und welche Grenzen diese hat. Häufig fragten

sie, ob auch getrennt lebende Eheleute von der Regelung betroffen sind und ob es möglich ist, die Vertretungsmacht zu verhindern.

Die Beraterinnen und Berater erläuterten die Voraussetzungen und die Reichweite der Vertretungsmacht. Sie berieten 2022 unter Bezugnahme auf den Gesetzestext und die Gesetzesbegründung, da Kommentierungen zur Regelung noch nicht zugänglich waren. Sie wiesen die Ratsuchenden auf die Möglichkeit hin, in das Zentrale Vorsorgeregister¹¹⁷ einen Widerspruch gegen die Vertretung durch den Ehegatten einzutragen.¹¹⁸ Ärztinnen und Ärzte können das Register künftig einsehen.¹¹⁹



4.11 Pflege

Das rechtliche Beratungsteam hat im Jahr 2022 in über 6.200 Fällen zur Pflege beraten (2022: 6.258 Beratungen; 2021: 5.099 Beratungen).

Viele Ratsuchende wenden sich an die UPD, wenn erstmalig das Thema Pflegebedürftigkeit im Raum steht. Sie brauchen allgemeine und übergreifende Informationen. Bei Menschen, die bereits einen Pflegegrad haben, stehen oft konkrete Einzelthemen im Vordergrund.

2022 lag der Fokus wie bereits im Vorjahr auf der Pflegebegutachtung, dem Entlastungsbetrag und der Verhinderungspflege, dicht gefolgt vom Pflegegeld. Im Ranking der häufigsten Beratungsthemen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern belegten die mehr als 5.700 Beratungen zu Pflegeleistungen hinter dem Krankengeld den zweiten Platz.

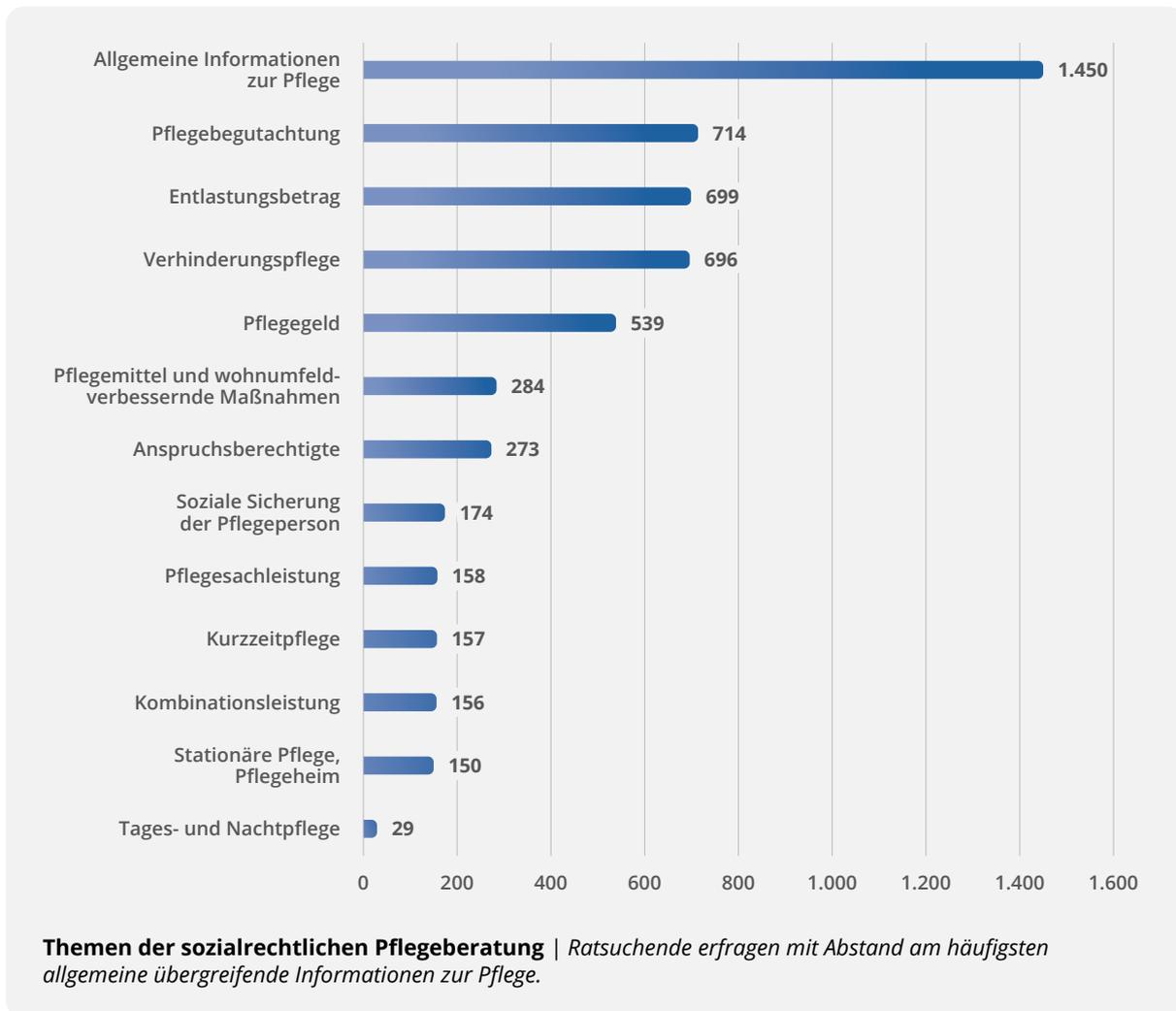
¹¹⁵ Ehegattennotvertretungsrecht: [§ 1358 BGB](#)

¹¹⁶ [Bundestag-Drucksache 19/24445](#), Seite 155

¹¹⁷ [Das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer](#) ist die offizielle Registrierungsstelle für Vorsorgeangelegenheiten in Deutschland. Es dient dazu, Betreuungsgerichte und behandelnde Ärztinnen und Ärzte über das Vorhandensein von Vorsorgeregulungen zu informieren.

¹¹⁸ Widerspruch Notvertretungsrecht: [§ 78a Absatz 1 Bundesnotarordnung \(BNotO\)](#)

¹¹⁹ Auskunft an Ärzte: [§ 6 Absatz 1 Nummer 2 Verordnung über das Zentrale Vorsorgeregister \(VRegV\)](#)



Neben rechtlichen Anliegen hatten Ratsuchende auch medizinische Fragen zu pflegerischen Themen. Die pflegefachlichen Anfragen werden statistisch unter den Krankheitsbildern erfasst

und hier nicht abgebildet. Oftmals ging es dabei um die pflegerische Versorgung von Angehörigen zu Hause.

DAUERTHEMA:

Pflegekassen informieren unzureichend über Leistungen

Ratsuchende schildern, dass Pflegekassen nicht ausreichend über alle Leistungen informieren, die es gibt – aus Beratungssicht scheinen sie vermeiden zu wollen, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige Leistungen beanspruchen.¹²⁰ Dabei müssen Pflegekassen Versicherte und pflegende Angehörige informieren. Die Informations-

pfligt beinhaltet individuelle Auskünfte über die möglichen Pflegeleistungen.¹²¹ Bereits im Monitor Patientenberatung 2021 regte die UPD an, die Pflegekassen gesetzlich zu verpflichten, das Beratungsangebot durch verständliche und mehrsprachige Merkblätter mit Informationen über das gesamte Leistungsspektrum zu ergänzen und diese

¹²⁰ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.11, Seite 88 ff.

¹²¹ Informations- und Aufklärungspflicht der Pflegekassen: [§ 7 Absatz 2 SGB XI](#)

an die Antragstellerinnen und Antragsteller zu versenden. Alle Bescheide der Pflegekassen sollten zudem einen Hinweis auf das Beratungsangebot der UPD enthalten.¹²²

In den Beratungen 2022 entstand der Eindruck, dass die Kassen selbst grundlegende Leistungsauskünfte nicht geben. Teilweise rieten die Kassen sogar von einer Antragstellung ab. Dies geschah unter anderem bei Anfragen zur Verhinderungspflege oder dem Entlastungsbetrag, der jedem Pflegebedürftigen zusteht. Die Kassen gaben die

Auskunft, es gäbe kein Geld, wenn nahe Angehörige die Verhinderungspflege leisten. Über das Verhinderungspflegegeld und dessen Aufstockungsmöglichkeiten informierten sie nicht.¹²³ Individuelle Beratungsmöglichkeiten, wie etwa die Pflegestützpunkte, fangen die geschilderten Informationsdefizite nicht hinreichend auf. Deren Angebot ist den Ratsuchenden oftmals nicht bekannt, obwohl die Pflegekassen bei einem Leistungsantrag über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt informieren müssen.

IM FOKUS:

Wenn Pflegedienste an Feiertagen nicht kommen

„ Ich habe Pflegegrad 3. Zu mir kommt täglich ein Pflegedienst, auch am Wochenende. Jetzt hat die Leiterin angerufen und gesagt, dass an den Osterfeiertagen niemand kommt. Die Medikamente für die Tage stellen sie mir im Voraus. Ich soll in meiner Familie fragen, ob jemand nach mir schaut. Ich habe gefragt, warum keiner kommt. Sie hat gesagt, die Personalbesetzung ist zu dünn und ständig an der Leistungsgrenze. Sie will das Personal behalten, das sie hat und es wird an Feiertagen wahrscheinlich jetzt immer so sein. Dass einfach keiner kommt, kann doch nicht sein. Das steht auch nicht im Vertrag, dass an Feiertagen niemand kommt. Mein Sohn wohnt weit weg. Der kann nicht einfach mal so vorbeischauen. Darf der Pflegedienst das? Kann ich dagegen etwas tun? „

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten mittlerweile regelmäßig, dass ambulante Pflegedienste die Versorgung zeitweise aussetzen. Diese Versorgungslücken fallen häufig auf Feiertage. Die Pflegedienste handeln hierbei nicht etwa spontan wegen plötzlicher Personalausfälle, sondern geplant. Sie teilen den Pflegebedürftigen mit zeitlichem Vorlauf mit, dass an den betreffenden Tagen niemand kommt. Ob sie hierbei eine Auswahl unter den Pflegebedürftigen treffen und nach welchen Kriterien, bleibt unklar.

Der Verweis auf die Familie hilft oftmals nicht weiter. Diese ist nicht immer vorhanden oder verfügbar. Auch können nicht alle Angehörigen ohne Weiteres eine pflegerische Versorgung übernehmen. Der kurzfristige Wechsel zu einem

anderen Pflegedienst ist meist nicht möglich. Häufig herrscht eine örtliche Unterversorgung an verfügbaren Leistungserbringern. Auch Kurzzeit-Pflegeplätze sind oft nicht vorhanden.

Die Ratsuchenden fühlen sich willkürlich behandelt und ausgeliefert. Sie fürchten, sie müssten die ungeplanten Absagen der Pflegedienste hinnehmen, weil sie ansonsten den Pflegedienst verlieren. Auf der anderen Seite bedürfen sie der pflegerischen Hilfe und wollen auf diese nicht verzichten.



¹²² [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.11, Seite 89

¹²³ Geldleistung bei Verhinderungspflege durch nahe Angehörige: [§ 39 Absatz 3 Satz 1 SGB XI](#)

So berät das UPD-Team

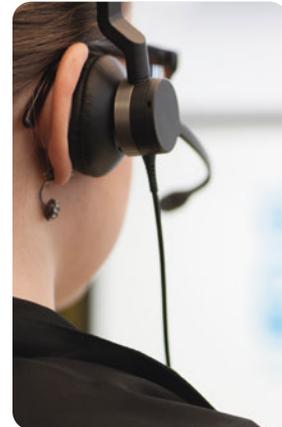
Die Beraterinnen und Berater der UPD erklären den Ratsuchenden, dass Pflegedienste verpflichtet sind, den Pflegevertrag zu erfüllen. Auch die Häufigkeit der Pflegeeinsätze ist gewöhnlich vertraglich festgelegt. Personalmangel oder Schonung des Pflegeteams sind keine Gründe dafür, die Pflegeleistung nicht zu erbringen. Die Pflegebedürftigen können die vereinbarte Pflegeleistung einfordern.

Das Beratungsteam erläutert den Ratsuchenden ihre rechtlichen Möglichkeiten. Diese können sie dem Pflegedienst zunächst androhen und bei endgültiger Leistungsverweigerung auch umsetzen.

Um eine Pflegeleistung kurzfristig zu erzwingen, können Ratsuchende auch eine einstweilige Leistungsverfügung vor dem Amtsgericht erwir-

ken. Oftmals handelt es sich um vulnerable Ratsuchende, die ihre rechtlichen Möglichkeiten nicht ohne Weiteres umsetzen und sich auch keinen Anwalt leisten können.

Die Ratsuchenden werden zudem auf die schwierige Lage hingewiesen, dass sich durch rechtliche Schritte, um kurzfristig die Pflegesituation zu entspannen, langfristig das Risiko vergrößern kann, dass der Pflegedienst den Vertrag kündigt. Sie sollten sich deshalb schon vorab und regelmäßig nach freien Kapazitäten bei anderen Pflegediensten erkundigen.



Fachlicher Hintergrund

Aufgrund des Pflegevertrages gibt es einen klaren vertraglichen Anspruch auf die vereinbarten Dienst- beziehungsweise Pflegeleistungen. Zu wenig Personal befreit im Allgemeinen auch nicht von den vereinbarten Pflegeleistungen. Dies gilt insbesondere, wenn der Pflegedienst nur bei einzelnen Pflegebedürftigen die Leistung einstellt, während er sie bei anderen erbringt.

Die Möglichkeit einer klageweisen Durchsetzung der Pflegeleistung käme jeweils zu spät. Die pflegebedürftige Person wäre auf Schadensersatzan-

sprüche verwiesen. Auch der einstweilige Rechtsschutz ist nur bedingt geeignet. Hier muss eine Notlage glaubhaft gemacht werden. Die Betroffenen müssen das Zivilgericht überzeugen, dass sie dringend auf die Pflegeleistung angewiesen sind und andernfalls erhebliche Nachteile erleiden.

Die Möglichkeit eines aufsichtsbehördlichen Einschreitens fehlt. Auch wenn der betreffende Pflegedienst der Gewerbeaufsicht unterliegt, wird diese nicht für die Durchsetzung von vertraglichen Ansprüchen sorgen.

FAZIT

Der Mangel an Pflegekräften macht sich auch bei den ambulanten Pflegediensten bemerkbar und resultiert mittlerweile sogar in einer zeitweisen Nichtversorgung. Die Mittel zur durchgreifenden Behebung des Pflegekräftemangels sind seit langem in der politischen Diskussion. Abhilfe wurde bisher nicht geschaffen.

Es wäre förderlich, wenn aufsichtsbehördliche Strukturen für den ambulanten Pflegebereich geschaffen würden, die sich solcher Probleme annehmen. Die zivilrechtlichen Möglichkeiten sind für die vulnerablen Betroffenen sperrig und mit Kostenrisiken verbunden.

IM FOKUS:

Entlassmanagement funktioniert oft nicht

„Meine Mutter ist im Krankenhaus. Sie ist gesetzlich versichert. Ihr Zustand hat sich in der Klinik verschlechtert. Sie kann auch nicht in eine Reha. Ich habe eine Vollmacht. Sie hat vorläufig den Pflegegrad 2 bekommen. Wir können sie aber nicht pflegen. Sie soll in drei Tagen entlassen werden. Ich habe auf ihrer Station gesagt, dass wir für die Pflege keine Zeit haben. Ich habe gefragt, ob das Krankenhaus mir einen Pflegedienst vermitteln kann und ob meine Mutter eventuell etwas länger in der Klinik bleiben kann. Die Ärztin hat gemeint, dass wir uns darum kümmern müssen und dass meine Mutter entlassen wird, weil die Behandlung beendet ist. Darf die Klinik meine Mutter einfach so entlassen, obwohl wir sie zu Hause nicht versorgen können?“

Das berichten Ratsuchende

Bei den Ratsuchenden handelt es sich meist um Angehörige, teilweise aber auch um die stationär behandelten Patientinnen und Patienten selbst. Häufig wurde deren Pflegebedarf erstmals im Laufe des stationären Aufenthaltes festgestellt oder der Pflegebedarf hat sich so verändert, dass die Pflegeperson ihn nicht mehr abdecken kann.

Die Betroffenen suchen im Krankenhaus Unterstützung. Dortige Ansprechpartner weisen die Verantwortung für die pflegerische Anschlussversorgung zurück. Die Nachfragenden sollen sich selbst kümmern. Die Bitte um eine verlängerte Versorgung in der Klinik wird mit dem Verweis auf das Ende des stationären Behandlungsbedarfs abgewiegelt. Der Hinweis auf die Möglichkeit der

stationären Übergangspflege erfolgt meist nicht. Fragen Betroffene diese Möglichkeit konkret nach, wird sie vom Klinikpersonal verneint. Dieses begründet die Ablehnung meist damit, dass diese Versorgung neu, vertraglich noch gar nicht geregelt, in der Klinik noch nicht verfügbar oder nicht abrechenbar sei.



So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden Inhalt und Zweck des Entlassmanagements. Sie weisen darauf hin, dass gegenüber dem Krankenhaus ein Anspruch auf Sicherung der erforderlichen Anschlussversorgung besteht und gegenüber der Kranken- und Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung.

Die Ratsuchenden können das Krankenhaus auf die bestehenden Verpflichtungen hinweisen und deren Erfüllung einfordern. Die Ratsuchenden sollten immer den Kontakt zum Sozialdienst des Krankenhauses aufnehmen. Diesem kommt eine zentrale organisierende Rolle zu, insbeson-

dere, wenn es um die pflegerische Anschlussversorgung geht. Sie können darüber hinaus das Beschwerde- und Qualitätsmanagement des Krankenhauses nutzen. Wenn eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher vorhanden ist, können Betroffene auch diese kontaktieren.

Hier wenden Ratsuchende allerdings regelmäßig ein, dass ihnen die genannten Möglichkeiten in Eilsituationen nicht weiterhelfen. Die Beschwerdestelle gibt keine Rückmeldung und viele Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher haben nur selten Sprechzeiten.

Fachlicher Hintergrund

Die Verpflichtungen der Kliniken richten sich nach den Regelungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation, deren Teil das Entlassmanagement ist.^{124, 125}

Hervorzuheben ist die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Kontaktaufnahme mit der zuständigen Kranken- und Pflegekasse. Dies gilt insbesondere, wenn in der stationären Behandlung ein neuer oder ein geänderter Pflegebedarf eingetreten ist.¹²⁶ Bei antragsabhängigen Leistungen leitet die Krankenkasse beziehungsweise die Pflegekasse das Antrags- beziehungsweise Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht wahr.¹²⁷

Die Möglichkeiten der pflegerischen Anschlussversorgung sind vielfältig. Sie betreffen unter anderem die ambulanten und stationäre Leistungen nach SGB XI, die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit zulasten der Krankenkasse¹²⁸ sowie die häusliche Krankenpflege¹²⁹ und Haushaltshilfe.¹³⁰ Aufgabe der Kranken- und Pflege-

kassen ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa auch ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen zu kontaktieren und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.¹³¹

Wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht mehr geboten ist, aber eine notwendige Anschlussversorgung außerhalb der Klinik nicht sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch des oder der Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Übergangspflege.¹³² Seit November 2021 besteht diese auf maximal zehn Tage beschränkte Möglichkeit der pflegerischen Weiterversorgung im behandelnden Krankenhaus. Aktuell gibt es noch nicht in jedem Bundesland zwischen den Kliniken und Krankenkassen die notwendigen Verträge, welche insbesondere die Details für die Erbringung und Vergütung der Leistung regeln. Die Möglichkeit der Übergangspflege wird daher leider in sehr wenigen Krankenhäusern überhaupt angeboten.



¹²⁴ Entlassmanagement als Leistung der GKV: [§ 39 Absatz 1a SGB V](#); [§ 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V](#)

¹²⁵ [Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung \(Rahmenvertrag Entlassmanagement\) und Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung \(Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha\)](#)

¹²⁶ Rechtzeitige Kontaktaufnahme zur Krankenkasse: [§ 3 Absatz 6 Satz 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement](#)

¹²⁷ Einleitung Antragsverfahren durch Kranken- oder Pflegekasse: [§ 3 Absatz 6 Satz 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement](#)

¹²⁸ Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit: [§ 39c SGB V](#)

¹²⁹ Häusliche Krankenpflege: [§ 37 SGB V](#)

¹³⁰ Haushaltshilfe: [§ 38 SGB V](#)

¹³¹ Organisation der erforderlichen Versorgung: [§ 10 Absatz 1 Satz 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement](#)

¹³² Übergangspflege im Krankenhaus: [§ 39e SGB V](#)

FAZIT

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein Anspruch auf ein Entlassmanagement. Dieses setzen die Kliniken oft nicht um. Die Bedeutung der bei der stationären Aufnahme erklärten Einwilligung in das Entlassmanagement ist den Betroffenen oftmals nicht klar und sie fordern ihr Recht nicht ein.

Das Entlassmanagement ist detailliert geregelt. Aus Beratungssicht scheint jedoch eine Unterversorgung an stationären und ambulanten Leistungserbringern die Umsetzung erheb-

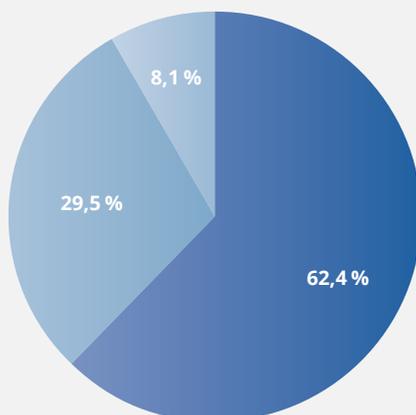
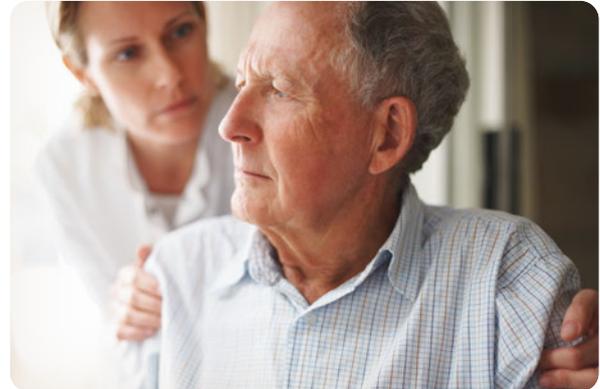
lich zu behindern. Wo kein aufnahmebereiter Pflegedienst ist, kann auch keiner organisiert werden. Gleiches gilt für die stationären Einrichtungen. Die Möglichkeit der zehntägigen Übergangspflege im Krankenhaus schafft kurzfristige Abhilfe, löst aber das Grundproblem – den Mangel an Pflegekräften – nicht. Zudem mangelt es bislang an einer flächendeckenden Umsetzung. Es ist jedoch nicht hinnehmbar, dass die Kliniken das Problem gänzlich ohne eigene Bemühungen an die Patientinnen und Patienten weiterreichen.

4.12 Psychosoziale Beratung

Über 6.000 psychosoziale Beratungen haben die Beraterinnen und Berater 2022 dokumentiert. Damit wurde der Höchstwert vom vergangenen Jahr noch einmal deutlich überschritten (2021: 5.370 Beratungen; 2020: 4.084 Beratungen).

Die psychosoziale Beratung spielt bei fachlichen Beratungen zu den unterschiedlichsten Themen eine wichtige Rolle. Alle Beraterinnen und Berater der UPD sind daher in psychosozialer Beratung geschult und nehmen diese als Querschnittsaufgabe wahr. Wenn die psychosoziale Belastung im Zentrum des Anliegens steht oder besonders ausgeprägt ist, übernimmt das psychosoziale

Fachteam aus Psychologinnen und Psychologen die Beratung.



- **Krankheits- und Lebensbewältigung** (zum Beispiel Umgang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Ängsten oder Trauer)
- **Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld** (zum Beispiel krankheitsbedingte Konflikte mit Angehörigen, soziale Isolation oder eingeschränkte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder Konflikte mit Leistungserbringern)
- **Wirtschaftliche und soziale Absicherung** (zum Beispiel Existenzängste, wenn das Krankengeld endet und eine Erwerbsminderungsrente ansteht)

Schwerpunkte der psychosozialen Beratung |
N = 6.050 (ohne fehlende Angabe)

Die folgenden Themen aus 2022 erscheinen den Beraterinnen und Beratern besonders berichtenswert:

Geballte Belastung durch Krankheit, Corona-Pandemie und Ukraine-Krieg

Ein großer Teil der Menschen, die sich an die UPD wenden, befindet sich in emotional belastenden Situationen. Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, die Ratsuchende selbst oder ihr enges Umfeld betreffen, verursachen Verunsicherung, Ängste, Trauer und Verzweiflung. Deutlich häufiger als zuvor berichteten Ratsuchende 2022 von Existenzängsten, weil ihre soziale und wirtschaftliche Absicherung gefährdet war – zum Beispiel, wenn es Probleme beim Bezug von Kranken- oder Pflegegeld gab.

Beraterinnen und Berater berichten von zunehmend langen und intensiven Gesprächen mit Ratsuchenden mit schweren Belastungen. Die Ratsuchenden schilderten zum Beispiel, ihren Lebensmut verloren zu haben oder sie hatten Angst,

ihre Rechnungen nicht bezahlen zu können oder sich nicht mehr ausreichend mit Lebensmitteln versorgen zu können. Andere fürchteten, dass das Gesundheitssystem an seine Grenzen kommt und ihre gesundheitliche Versorgung nicht mehr gesichert ist.

Ursachen für den zunehmenden psychosozialen Beratungsbedarf dürften zum einen die auch 2022 anhaltenden oder nachwirkenden Belastungen durch die Corona-Pandemie sein. Zum anderen spiegelten die Beratungen die Ängste der Menschen durch den Ukraine-Krieg und die damit verbundenen Belastungen wie die Energiekrise, Inflation und steigende Lebenshaltungskosten wider.

Die Not pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige sind einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt: Sie erleben, wie ein nahestehender Mensch krank und hilfsbedürftig ist. Sie sind durch ihre pflegerischen Aufgaben oft am Rand ihrer Kräfte. Darüber hinaus müssen sie sich mit einer Vielzahl sozialrechtlicher Regelungen auseinandersetzen (siehe auch Kapitel 4.11). In vielen Beratungen zu Pflegethemen geht es daher nicht nur um konkrete sozialrechtliche oder medizinische Informationen, sondern auch darum, die Belastungssituation der Betroffenen zu thematisieren. Das Beratungsteam versucht, pflegende Angehörige dabei zu unterstützen,

auf ihre eigenen Kräfte und Grenzen zu achten, Ressourcen zu aktivieren und Entlastungsangebote zu nutzen.



Zermürbende Suche nach Ansprechpartnern

Viele Menschen wenden sich an die UPD auf der Suche nach geeigneten Anlaufstellen für ihr medizinisches Problem (siehe Kapitel 4.16). Diese Menschen haben in vielen Fällen bereits eine lange Odyssee hinter sich. Psychisch kranke Menschen bringen oft nicht die Kraft auf, die Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz zu bewältigen. Menschen

mit chronischen Erkrankungen sind verzweifelt, wenn ihre weitere Versorgung gefährdet scheint, weil sie keine Hausarztpraxis finden. So kann die aufwendige Suche nach Ansprechpartnern selbst eine psychische Herausforderung werden. Nach vielen erfolglosen Anfragen für einen Termin oder einen Platz in einer Hausarztpraxis bleibt das Gefühl zurück, abgelehnt und unerwünscht zu sein.

Wut und Verzweiflung bei vermutetem Behandlungsfehler

Vermuten Ratsuchende, falsch behandelt worden zu sein, wünschen sie sich oft zunächst ein klärendes Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt (siehe auch Kapitel 4.2). Verweigern dann die Behandelnden die weitere Kommunikation,

führt dies zu großer Enttäuschung. Nicht selten wird dann aus Verunsicherung Wut und Ärger. Dann sind Ratsuchende auf der Suche nach einer Beschwerdemöglichkeit oder einem Rechtsweg.

Psychosoziale Beratung: Was ist das?

Psychosoziale Beratung bedeutet für die UPD eine professionell-unterstützende Form der Interaktion, die darauf abzielt, Problemlösungskompetenzen der Ratsuchenden zu stärken. Die Beraterinnen und Berater unterstützen Ratsuchende dabei, Strategien zu entwickeln, um psychische und soziale Probleme zu bewältigen. Sie bestärken sie, ihre Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse besser zu erkennen und zu formulieren. Gemeinsam mit den Ratsuchenden überlegen sie, welche Ressourcen Betroffenen zur Verfügung stehen, um die jeweilige Problemsituation zu bewältigen.

Darüber hinaus machen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auf weiterführende

psychosoziale Unterstützungsangebote und Anlaufstellen im Gesundheitssystem aufmerksam. So gibt es zum Beispiel für viele Erkrankungen wie Demenz, Krebserkrankungen oder psychische Erkrankungen spezifische Unterstützungsangebote oder Selbsthilfegruppen.

Die psychosoziale Unterstützung ist ein wesentlicher Bestandteil der UPD-Beratung. Der Beratungsalltag zeigt, dass psychosoziale Aspekte im medizinischen Versorgungsalltag oft unberücksichtigt bleiben oder keinen Raum finden, aber für die Ratsuchenden sehr wichtig sind.



4.13 Rehabilitation

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UPD haben im Jahr 2022 insgesamt rund 2.000-mal zum Thema Rehabilitation beraten. Die Anzahl der Anfragen ist im Vergleich zum Vorjahr erneut zurückgegangen (2022: 2.025 Beratungen, 2021: 2.346 Beratungen).

Ratsuchende wollten zum Beispiel wissen, ob sie einen Anspruch auf eine Reha-Maßnahme haben, wer die Kosten trägt, ob sie selber etwas zuzahlen müssen und wie sie die Reha beantragen können. Andere Ratsuchende erkundigten sich, ob bei einer Reha auch die Fahrtkosten übernommen werden und was passiert, wenn sie die Reha abbrechen. In vielen Fällen meldeten sich Ratsuchende, bei denen der Kostenträger den Reha-Antrag abgelehnt hatte. Sie wollten wissen, wie sie gegen diese Entscheidung vorgehen können.

Das Beratungsteam informierte auch über Wunsch- und Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl

einer Rehaklinik und erklärte die Unterschiede verschiedener Formen der Rehabilitation.

Das Thema Rehabilitation hat darüber hinaus viele Schnittstellen zu anderen Beratungsthemen. Häufig fragten Ratsuchende zum Beispiel, ob Krankenkassen den ausführlichen Reha-Entlassungsbericht anfordern dürfen (siehe Kapitel 4.7.1). Auch bei der Suche nach geeigneten Einrichtungen unterstützte das UPD-Team regelmäßig (siehe Kapitel 4.16). Auch das Thema Entlassmanagement spielte in diesem Kontext eine Rolle – Betroffene schilderten Schwierigkeiten an der Schnittstelle zwischen der stationären und ambulanten Versorgung (siehe auch Kapitel 4.11). In Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gab es immer wieder Fragen, wo Ratsuchende einen PCR-Test vor Aufnahme in eine Reha-Klinik machen lassen konnten und wer die Kosten dafür trägt (siehe Kapitel 4.8).

4.14 Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten

Knapp 9.000-mal haben die Beraterinnen und Berater in den verschiedenen medizinischen Fachgebieten beraten – über 1.000 Beratungen mehr als im Vorjahr. Bei diesen Anfragen ging es um Ursachen und Risikofaktoren, Vorsorge und

Früherkennung, Untersuchung, Behandlung und Prognose von Krankheiten, um Risiko und Nutzen medizinischer Maßnahmen, um das Verständnis von Befunden und Arztberichten und vieles mehr.

Evidenzbasierte Information und Shared Decision-Making als Grundprinzipien

Die medizinische Beratung dient dazu, Ratsuchenden grundlegende medizinische Zusammenhänge zu erläutern, ihnen Zugang zu evidenzbasierten Informationen zu verschaffen und sie bei Entscheidungen bezüglich ihrer medizinischen Versorgung zu unterstützen.

Häufig wenden sich zum Beispiel Ratsuchende mit der Frage an die UPD, welche Behandlung in ihrer Situation die richtige ist. Die Beraterinnen und Berater erläutern mögliche Vorgehensweisen und die evidenzbasierte Datenlage zu deren Risiken und Nutzen. Sie klären mit Ratsuchenden deren Wünsche, Präferenzen, Ängste oder Vorbehalte gegenüber den Behandlungsmöglich-

keiten und erarbeiten mit ihnen, welche Fragen sie mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten klären müssen, um eine Entscheidung fällen zu können. Die UPD trägt damit dazu bei, das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) im Versorgungsalltag zu unterstützen.

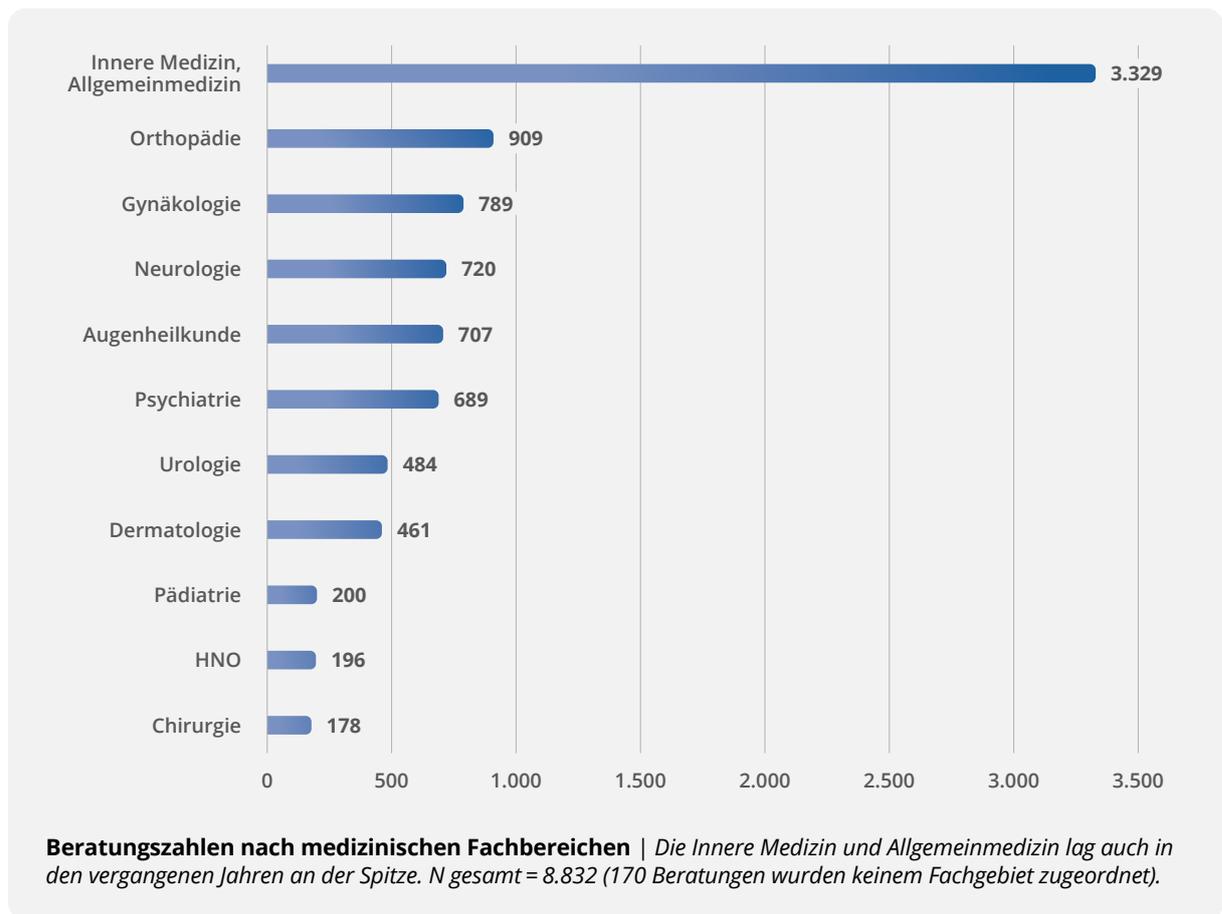


Am häufigsten nachgefragt: Innere Medizin, Orthopädie und Gynäkologie

Die meisten Beratungen gab es 2022 wie auch in den Vorjahren in den Bereichen Innere Medizin/Allgemeinmedizin (rund 3.300 Beratungen), gefolgt von der Orthopädie (rund 900 Beratungen). Gynäkologie, Neurologie, Augenheilkunde und Psychiatrie gehörten auch in den Vorjahren zu den größten Beratungsfeldern.

In das Fachgebiet Innere Medizin/Allgemeinmedizin fallen in der Statistik auch reisemedizinische Anfragen – zum Beispiel Impfpfehlungen für geplante Reiseziele oder Malariaschutz. Diese nahmen im Zuge der wegfallenden pandemie-

bedingten Reisebeschränkungen im Jahr 2022 wieder zu.



Beratungsanlässe nach ICD-10-Codes

In der medizinischen Beratung werden die Anfragethemen auch nach ICD-10-Codes erfasst. Mit rund 1.100 Nennungen lagen die Krankheiten des Verdauungssystems wie im Vorjahr an der Spitze, gefolgt von Krankheiten des Muskel-

Skelett-Systems und des Bindegewebes und psychischen Störungen (jeweils ca. 750 Beratungen).

ICD-Kapitel	Beratungen
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	316
Neubildungen (C00-D48)	169
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	55
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen (E00-E90)	299
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	749
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	531
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	716
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	77
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	554
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	218
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	1.116
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	180
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	773
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	637
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	11
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	7
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	41
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	447
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	331

Medizinische Beratungsthemen nach ICD-10-Codes (Auswahl) | *N_{gesamt} = 7.227 (Mehrfachnennungen möglich, Corona-Beratungen und fehlende Angaben bei den ICD-Codes nicht abgebildet)*

Neu in Deutschland: Mpox/Affenpocken

Mpox/Affenpocken sind eine Viruserkrankung, die vor allem in West- und Zentralafrika auftritt. Seit Mai 2022 wurden in verschiedenen Ländern außerhalb Afrikas Fälle ohne Reiseanamnese in Endemiegebiete registriert, darunter auch in Deutschland. Die WHO hat den internationalen Mpox-/Affenpocken-Ausbruch im Juli zur gesundheitlichen Notlage mit internationaler Tragweite erklärt.

Mit 44 Beratungen kamen in diesem Zusammenhang relativ wenig Fragen in der Beratung an.

Manche Menschen hatten Angst, dass nach Corona nun eine weitere Pandemie folgt. Ratsuchende fragten nach Übertragungswegen, Krankheitszeichen, Diagnostik und Quarantänebeziehungsweise Isolationsregeln. Den größten Teil der Anfragen machte auch in diesem Zusammenhang das Thema Impfung aus – wie wirksam die Impfung ist, wer sich impfen lassen sollte und wie Ratsuchende Zugang zu der Impfung bekommen können.

#CORONA-PANDEMIE:

Gestiegener Beratungsbedarf zu Long COVID

Die Impfung war nach wie vor das größte COVID-19-Beratungsthema. Neu in diesem Zusammenhang waren Fragen zu dem sogenannten Post-Vac-Syndrom (siehe Kapitel 4.5). Nach Behandlungsmöglichkeiten von COVID-19 fragten Ratsuchende eher selten – wenn, dann ging es vor allem um das neue Medikament Paxlovid (siehe Kapitel 4.1). Fragen rund um Corona-Tests kamen weiterhin häufig auf, zum Beispiel zu Zuständigkeiten und Kostenübernahme (siehe Kapitel 4.8).

Die Beratungen zum Thema Long COVID haben 2022 deutlich zugenommen (2022: 537 Beratungen; 2021: 137 Beratungen). Das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das nationale Gesundheitsportal haben umfassende, evidenzbasierte Informationen zu diesem Thema bereitgestellt, die die UPD Ratsuchenden vermitteln konnte. Bei den meisten Anfragen handelte es sich um

Ratsuchende, die fürchteten, dass sie selbst oder Angehörige von Long COVID betroffen seien und sich von ihren Ärztinnen und Ärzten oder auch ihrem persönlichen Umfeld nicht ernst genommen oder nicht kompetent behandelt fühlten. Sie wollten wissen, wie man Long COVID erkennt und behandelt und wie sie kompetente Anlaufstellen finden können (siehe auch Kapitel 4.16).

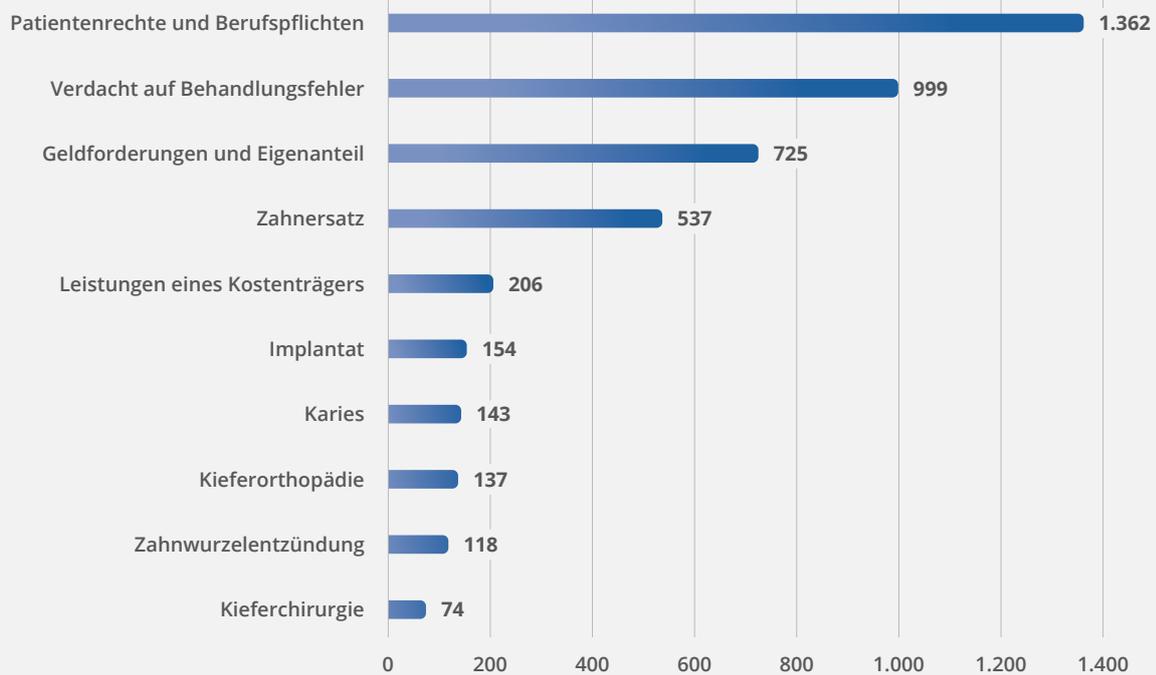
Wie bei vielen anderen medizinischen Fragestellungen erlebten die Beraterinnen und Berater häufig, wie schwer es Menschen fällt, die Grenzen medizinischer Behandlungsmöglichkeiten zu akzeptieren. Viele Ratsuchende hatten die Vorstellung, dass sie nur endlich jemand finden müssten, der sich auskennt, damit ihnen geholfen werden kann. In diesem Zusammenhang fragten Ratsuchende auch nach komplementärmedizinischen Therapieverfahren und warum die Krankenkasse diese nicht übernehmen würde, wenn Betroffenen doch sonst nicht geholfen werden könne.

4.15 Zahnmedizin

In knapp 5.500 Beratungen ging es 2022 um zahnmedizinische Fragestellungen (2021: gut 4.300 Beratungen). Der Großteil der Beratungen hatte einen rechtlichen Schwerpunkt (knapp 4.000 Beratungen), ca. 1.500 Beratungen betrafen medizinische Fragen.

Viele Fragen in der Zahnmedizin berühren sowohl medizinische als auch rechtliche Aspekte – zum Beispiel Fragen zu Vor- und Nachteilen bestimmter Verfahren und deren Kostenübernahme. Oder es geht bei Komplikationen einer Behandlung sowohl um rechtliche Möglichkeiten bei einem vermuteten Behandlungsfehler als auch um die weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Wie in den Vorjahren waren die drei häufigsten Themen der Beratungen Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten, der Verdacht auf zahnärztliche Behandlungsfehler und der Themenkomplex Geldforderungen und Eigenanteil.





Die zehn Schwerpunktthemen rund um die zahnmedizinische Versorgung | Insgesamt gab es in diesem Bereich 3.968 Beratungen mit rechtlichem Schwerpunkt (aufgeführt nach rechtlichem Themenkomplex) und 1.420 Anfragen mit medizinischem Schwerpunkt.

Rechnung ohne Aufklärung und Probleme beim Zahnarztwechsel

Oft versäumten Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre wirtschaftliche Aufklärungspflicht und überraschten gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit privaten Forderungen. Oder sie ließen sich erst nach der Behandlung eine Vereinbarung über Mehrkosten unterschreiben. Auch wenn – wie bei Zahnfüllungen – die Forderung ohne eine vor Beginn der Behandlung getroffene schriftliche Vereinbarung nichtig ist, hat eine solche Auseinandersetzung Auswirkungen auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis. Das Vertrauen ist gestört. Aber beide Seiten sind aufgrund der gesetzlichen Gewährleistung zwei Jahre aneinander gebunden. Zahnärztinnen und -ärzte übernehmen für Füllungen und Zahnersatz eine zweijährige Gewähr und müssen Nachbesserungen oder Erneuerung kostenfrei vornehmen.¹³³

Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass sie für diese Zeit an die Zahnärztin oder

den Zahnarzt gebunden sind und nur in sehr wenigen Ausnahmefällen in dieser Zeit wechseln dürfen. Manche Ratsuchende berichteten in wiederholten Beratungsgesprächen von einem hohen Leidensdruck,

besonders dann, wenn eine Reihe von Nachbesserungen nicht zum Erfolg führte und die Krankenkasse dem Zahnarztwechsel trotzdem nicht zustimmte. In einigen Fällen stimmte die Krankenkasse dem Zahnarztwechsel auch dann nicht zu, wenn ein Mängelgutachten festgestellt hat, dass der Zahnersatz neu angefertigt werden muss. Ratsuchende berichteten, dass in eigener Initiative aufgesuchte Zahnärztinnen oder Zahnärzte in die laufende Behandlung nicht eingreifen.



¹³³ Zahnärztliche Gewährleistung: [§ 136a Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V](#)

Zu vielen Fragen fehlen evidenzbasierte Informationen

Viele medizinische Beratungen im Bereich Zahnheilkunde bezogen sich auf Vor- und Nachteile unterschiedlicher zahnmedizinischer Diagnostik- und Behandlungsmethoden – insbesondere, wenn Ratsuchende die Leistungen selbst bezahlen mussten.

Aus Beratungs- und Patientensicht ist es problematisch, dass es zu vielen Fragen im zahnmedizinischen Bereich keine systematisch aufgearbeiteten evidenzbasierten Daten gibt. Das gilt für die kieferorthopädische Versorgung (siehe unten)

ebenso wie zum Beispiel für die Behandlung der craniomandibulären Dysfunktion (CMD) oder toxikologisch-allergologische Fragestellungen.

Viele Ratsuchende äußern in der Beratung die Befürchtung, dass ihnen ihre Zahnärztinnen und -ärzte aus finanziellen Gründen Leistungen vorschlagen, die nicht erforderlich oder überteuert sind. Sie befürchten eine Fehl- oder Überversorgung. In vielen Beratungen klingt daher die Frage nach einer ärztlichen Zweitmeinung an, die sich viele Ratsuchende auch von der UPD erhoffen.

Suche nach spezialisierten Anlaufstellen oft schwierig

Wie in anderen medizinischen Bereichen auch wenden sich viele ratsuchende Menschen an die UPD auf der Suche nach geeigneten Leistungserbringern (siehe auch Kapitel 4.16). Dabei geht es zum Beispiel um Zahnärztinnen und -ärzte, die auf Implantate oder Wurzelbehandlungen spezialisiert sind, die in Vollnarkose behandeln, die sich besonders gut mit CMD oder Allergien auf zahnärztliche Materialien auskennen oder die sich auf die Behandlung von Angstpatienten, älteren Menschen oder Menschen mit Behinderungen spezialisiert haben.

Die Beraterinnen und Berater geben medizinische Hintergrundinformationen zu den angefragten Themen und recherchieren in ausgewählten Datenbanken, zum Beispiel der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder von Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Neutrale Informationen zu diesen Fragen sind in der Regel nur eingeschränkt verfügbar.

DAUERTHEMA:

Nutzen und Kostenübernahme der professionellen Zahnreinigung

Fragen rund um die professionelle Zahnreinigung (PZR) kommen weiterhin regelmäßig in der Patientenberatung an (2022: 159 Beratungen; 2021: 182 Beratungen). Ratsuchende wollen wissen, ob eine PZR sinnvoll ist, wie häufig diese erfolgen soll und unter welchen Voraussetzungen

die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Die früher häufig vorkommenden Fragen zu PZR im Rahmen einer Parodontose-Behandlung sind seit in Kraft treten der neuen Richtlinie im Juli 2021 zurückgegangen.¹³⁴

DAUERTHEMA:

Viele Fragen zu Heil- und Kostenplan und Zahnarztrechnung

Patientinnen und Patienten können die Kosten der zum Teil sehr teuren Zahnbehandlungen nur schwer überschauen. Es fällt ihnen schwer, die im

Heil- und Kostenplan enthaltenen Informationen zu verstehen und zu beurteilen, ob die vorgeschlagene Versorgung für sie geeignet ist. Auch

¹³⁴ [Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen \(PAR-Richtlinie\)](#), in Kraft getreten am: 13.05.2022

wenn die UPD keine Heil- und Kostenpläne individuell prüfen kann, hilft es vielen Ratsuchenden, die einzelnen Positionen erklärt zu bekommen. Gesetzlich Versicherten erläutern die Beraterinnen und Berater auch, welche Kosten die Krankenkasse übernimmt. Aus Beratungssicht wäre es wichtig, den Heil- und Kostenplan transparenter und verständlicher zu gestalten, damit Patientinnen und Patienten ihn für eine informierte Entscheidung nutzen können.

Viele Ratsuchende wenden sich auch nach erfolgter Behandlung mit Fragen zur Zahnarztrechnung an die UPD. Häufig geht es dabei um Fälle, in denen die Rechnung deutlich höher ist als im Heil- und Kostenplan veranschlagt. Bei privaten zahnärztlichen Rechnungen ist zum Beispiel für viele Ratsuchende die Faktorerhöhung nicht nachvollziehbar, die im Ermessen der Zahnärztinnen und -ärzte liegt, ohne dass es transparente Vorgaben gibt.¹³⁵

DAUERTHEMA:

Ärger um außervertragliche Leistungen in der Kieferorthopädie

So gut wie alle Ratsuchenden, die sich mit Fragen zur kieferorthopädischen Behandlung an die Patientenberatung wenden, sollen bei der Behandlung einen erheblichen Betrag selbst bezahlen. Vielen Ratsuchenden ist nicht klar, welchen Nutzen oder Vorteil diese Leistungen für sie bringen. Aus Beratungssicht wäre es wichtig, Patientinnen und Patienten regelhaft evidenzbasierte und neutrale Informationen zu den kieferorthopädischen Leistungen zugänglich zu machen, um sie bei der Entscheidung zu unterstützen.

Darüber hinaus gab es wie in den Vorjahren eine große Zahl rechtlicher Fragestellungen in diesem Bereich, zum Beispiel zu Patientenrechten, Berufspflichten und rund um die Kosten der Behandlung. So berichten Ratsuchende zum Beispiel häufig, dass Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden ihnen die Möglichkeiten der Regelversorgung nicht ausreichend darstellen, oder ihnen suggerieren, dass das Kassenmodell qualitativ minderwertiger sei. Besonders kritisch sind die Fälle, in denen Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden ihren Patientinnen und Patienten das Kassenmodell noch nicht mal anbieten.

Immer wieder kommen in diesem Zusammenhang auch Fragen zu sogenannten Alignern – transparente, herausnehmbare Zahnschienen, die auf dem Gebiss liegen und Fehlstellungen korrigieren sollen. Ratsuchende wollen wissen,

ob diese Methode sicher und wirksam sei. Wie in vielen zahnmedizinischen Bereichen gibt es zu dieser Methode kaum Evidenz. Darüber hinaus wird das Verfahren häufig außerhalb von Praxen über das Internet angeboten, ohne dass Zahnärztinnen und -ärzte direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten haben. Im Falle von Komplikationen oder Verdacht auf Behandlungsfehler ergeben sich dabei immer wieder Fragen zu Ansprechpartnern, Verantwortlichkeiten, Patientenrechten und Haftungsfragen.

Die Vertragszahnärztinnen und -ärzte sollten ihrer Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patientinnen und Patienten deutlicher nachkommen. Dazu gehört auch die Information über die Kosten – sowohl die Kassenleistung als auch Privatleistungen. Sie müssen die Regelversorgung anbieten. Patientinnen und Patienten dürfen nicht zu einer Privatleistung gezwungen sein. Werden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung als Aufsichtsbehörde Pflichtverletzungen der Zahnärzteschaft bekannt, sollte sie diesen wirksam nachgehen.



¹³⁵ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.15, Seite 107 f.

IM FOKUS:

Wenn bei der Wurzelbehandlung das Instrument abbricht

„Bei mir wurde kürzlich eine Wurzelbehandlung durchgeführt. Dabei ist ein Stück des Bohrers abgebrochen und im Zahn stecken geblieben. So was kann ja mal passieren – aber jetzt soll ich die Kosten selber zahlen, um das Teil entfernen zu lassen. Das kann doch nicht sein, oder? Ist das nicht außerdem ein Behandlungsfehler, weswegen ich Schmerzensgeld fordern könnte?“

Das berichten Ratsuchende

Immer wieder bitten Patientinnen und Patienten um Beratung, bei denen während einer zahnärztlichen Wurzelbehandlung ein Instrument abgebrochen ist. Betroffene fragen nach möglichen Komplikationen und möchten wissen, ob und wie das Fragment, das im Zahn stecken geblieben ist, entfernt werden kann. Einige Ratsuchende vermuten einen Behandlungsfehler und wollen

wissen, wie sie dagegen vorgehen können. Bei Ratsuchenden, die das Instrumententeil entfernen lassen wollen, treten häufig Fragen zur Kostenübernahme auf. Sie sind aufgebracht, dass sie neben den Schmerzen und dem Aufwand, den die Komplikation mit sich bringen kann, auch noch die Kosten für eine endodontologische Entfernung selber zahlen sollen.

So berät die UPD

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Unterschied zwischen einer Komplikation, die auch bei fachgerechter Behandlung auftreten kann, und einem Behandlungsfehler. Sie informieren darüber, in welchen Fällen das abgebrochene Instrumententeil aus medizinischer Sicht im Wurzelkanal verbleiben kann und wann es entfernt werden sollte. Vermuten Ratsuchende einen Behandlungsfehler, erklärt das Beratungsteam das rechtliche Vorgehen und unter welchen Voraussetzungen Schadensersatzforderungen möglich sind.

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über mögliche medizinische Vor-

gehensweisen und welche davon die Krankenkasse bezahlt. Bei Bedarf unterstützt das Team Ratsuchende dabei, geeignete Praxen zu finden, um das Fragment entfernen zu lassen. Sie erläutern zum Beispiel, welche Suchmöglichkeiten bestehen, um Praxen zu finden, die auf das Gebiet Endodontologie spezialisiert sind.

Die Beraterinnen und Berater ermutigen Ratsuchende, mit den behandelnden Zahnärztinnen und -ärzten die Situation und das Vorgehen zu besprechen und sich gegebenenfalls eine Zweitmeinung einzuholen.

Fachlicher Hintergrund

Ein Instrumentenbruch gehört zu den bekannten Komplikationen und Risiken der Wurzelkanalbehandlung, da die Instrumente sehr fein und die Wurzelkanäle oft stark gekrümmt sind. Mögliche Ursachen sind auch Überbeanspruchung oder Verschleiß der Instrumente oder anatomische Besonderheiten der Wurzelkanäle.

Ob und wie ein abgebrochenes Instrumententeil entfernt werden muss, hängt von der individuellen Situation ab – unter anderem davon, ob das Teil Beschwerden verursacht, wo es im Wurzelkanal liegt und von den anatomischen Gegebenheiten. Wenn keine Beschwerden auftreten, kann das Bruchstück gegebenenfalls be-

lassen werden. Häufig ist jedoch eine Entfernung sinnvoll oder wird von Betroffenen gewünscht. Mögliche Beschwerden durch das abgebrochene Fragment sind unter anderem Infektionen in der Zahnwurzel oder Entzündungen in der Kieferhöhle, wenn das Instrumentenfragment dorthin gelangt.

In einigen Fällen können Zahnärztinnen und Zahnärzte das abgebrochene Instrumentenstück endodontologisch – also vom Zahn her durch die Wurzelkanäle – entfernen. Dies machen vor allem spezialisierte endodontologische Praxen und häufig nicht die Praxis selbst, in der der Instrumentenbruch passiert ist. Für Betroffene stellt sich zum einen das Problem, eine geeignete Praxis zu finden, zum anderen werden derartig spezialisierte endodontologische Leistungen in der Regel nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Eine Alternative zur endodontologischen Entfernung ist die Operation. Dabei wird die Zahnwurzel von außen mit einem Schnitt durch den Kieferknochen geöffnet. Die Operation wird in der Regel von Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen durchgeführt und von der Kasse übernommen, wenn die Entfernung medizinisch notwendig ist. Sie stellt einen minimalinvasiven Eingriff dar – mit den üblichen Operationsrisiken wie Schmerzen, Blutungen oder Infektionen.

Evidenzbasierte Leitlinien, die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Vorgehensweisen darstellen, gibt es nicht. Im Archiv der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde findet sich lediglich eine Stellungnahme von 2007, die Hinweise zur Prävention und zum Verhalten im Falle eines Bruchs gibt.¹³⁶

Da bei aller Sorgfalt der zahnärztlichen Behandlung ein Instrument abbrechen kann, handelt es sich nach überwiegender Rechtsprechung nicht um einen Behandlungsfehler.



Aufgrund der Häufigkeit dieser Komplikation müssen Zahnärztinnen und Zahnärzte aber vor Beginn der Behandlung ihre Patientinnen und Patienten darüber aufklären, dass es zu einem Instrumentenabbruch kommen kann, bei dem möglicherweise die Instrumentenspitze im Zahn verbleibt. Die Unterlassung dieser Eingriffsaufklärung kann einen Behandlungsfehler darstellen.¹³⁷

Ein Behandlungsfehler kommt auch dann in Betracht, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt nicht bemerkt hat, dass ein Wurzelkanalaufbereitungsinstrument abgebrochen ist und den Patienten oder die Patientin nicht darüber informiert hat. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt ist verpflichtet, die Vollständigkeit und Unversehrtheit der Instrumente nach der Behandlung zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass keine Teile im Körper der Patientin oder des Patienten zurückgeblieben sind. Das gilt insbesondere bei Wurzelbehandlungen, zumal auch bei sachgerechter Handhabung ein Bruch des Instruments nicht ausgeschlossen werden kann. Verbleibt eine Instrumentenspitze im Zahn, ist in der Regel eine weitere Beobachtung notwendig. Wurde die sogenannte Sicherungsaufklärung unterlassen, stellt dies einen Behandlungsfehler dar.

Nur dann, wenn ein nachgewiesener Behandlungsfehler ursächlich zu einem Gesundheitsschaden geführt hat, haben Betroffene Anspruch auf Schadensersatz.

¹³⁶ Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung/DGZ, der Arbeitsgruppe Endodontologie und Traumatologie der DGZ/AGET und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/DGZMK. [Die Fraktur von Wurzelkanalinstrumenten](#). 2007.

¹³⁷ Zum Beispiel Oberlandesgericht Köln, Urteil vom 16.06.1999, Aktenzeichen 5 U 160/97

FAZIT

Instrumentenbrüche sind bei Wurzelkanalbehandlungen eine bekannte Komplikation. Nur in wenigen Fällen können Patientinnen und Patienten Schadensersatzansprüche aus einem vermuteten Behandlungsfehler geltend machen.

In vielen Fällen kann das abgebrochene Teil aus medizinischer Sicht in der Zahnwurzel verbleiben, in anderen Fällen muss es entfernt werden. Es kann endodontologisch oder operativ entfernt werden – je nach Lage, anatomischen Gegebenheiten und Patientenwunsch. Nutzen und Risiko der möglichen Vorgehensweisen müssen in jedem Fall individuell abgewogen werden. Evidenzbasierte Infor-

mationen für eine informierte Entscheidung zwischen den möglichen Vorgehensweisen fehlen leider weitgehend.

Die endodontologische Entfernung müssen Patientinnen und Patienten selbst bezahlen, während die Operation bei entsprechender Indikation von den Krankenkassen übernommen wird. Patientinnen und Patienten empfinden dies oft als ungerecht. Aus Beratungssicht wäre es wünschenswert, hier eine patientenorientiertere Lösung zu finden: Wenn eine Entfernung des abgebrochenen Instruments medizinisch notwendig ist, sollte auch eine endodontologische Behandlung zulasten der Krankenkassen erfolgen können.

4.16 Zugang zum Gesundheitswesen

Viele Menschen wenden sich auf der Suche nach geeigneten Anlaufstellen für ihr individuelles medizinisches Problem an die UPD. Im Sinne ihrer Lotsenfunktion unterstützt die UPD Ratsuchende bei der Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nach Kliniken und weiteren medizinischen Leistungserbringern.

Schwierigkeiten scheinen zuzunehmen

Dem Eindruck der Beraterinnen und Berater nach haben Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung zugenommen. Diese betreffen Hausärztinnen und -ärzte genauso wie Facharztpraxen, Psychotherapieplätze, Physiotherapie und andere Heilmittel, Pflegedienste, aber auch Beratungsstellen (Pflegerberatung, Seelsorge). Zunehmend haben Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten, überhaupt Leistungserbringer zu finden. Auch an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung trat das Problem häufig in Erscheinung: Für frisch aus dem Krankenhaus entlassene Patientinnen und Patienten ist es oft sehr schwierig, weiterführende Versorgung zu bekommen, zum Beispiel eine

Fast 5.500 Anfragen zur Leistungserbringersuche haben die Beraterinnen und Berater 2022 dokumentiert, etwa 1.500 Beratungen mehr als im Vorjahr (2022: 5.448 Beratungen, 2021: 3.895 Beratungen). Im Kontext der insgesamt gesunkenen Beratungszahl weist die Steigerung darauf hin, dass dieses Thema an Bedeutung zunimmt.

Kurzzeitpflege, Pflegedienste oder Heilmittel wie Physiotherapie oder Logopädie.



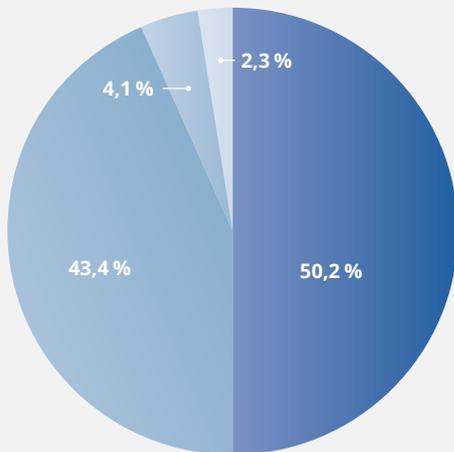
EXKURS

Wohnortnahe Versorgung – wie weit sind Patientinnen und Patienten bereit zu fahren?

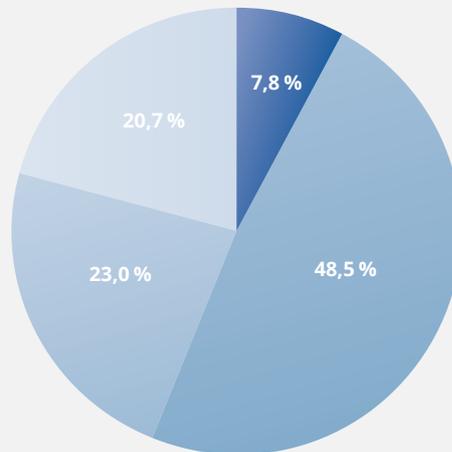
Bei der Leistungserbringersuche erfasst das Beratungsteam, in welchem Umkreis Ratsuchende nach einer Klinik beziehungsweise Arztpraxis suchen wollen. Dabei zeigt sich: Viele Menschen sind bereit, für ihre medizinische Versorgung weite Wege auf sich zu nehmen. Für eine geeignete Klinik würden über

40 Prozent der Ratsuchenden 50 km und mehr fahren, rund 20 Prozent sogar an jeden Ort in Deutschland. Zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hingegen möchte mehr als die Hälfte der Ratsuchenden nicht weiter als 10 km anfahren. Nur etwa 6 Prozent wären bereit, zu einer Praxis weiter als 50 km zu fahren.

Arztpraxen



Krankenhäuser



■ Bis zu 10 km ■ Bis zu 50 km ■ Bis zu 200 km ■ Bundesweit

Maximale Entfernung bei der Suche nach Arztpraxen und Krankenhäusern | Über die Hälfte der Ratsuchenden wünschten sich eine Praxis im Umkreis von 10 km von ihrer Wohnadresse. N = 1.043. Bei der Suche nach einer geeigneten Klinik sind viele Ratsuchende bereit, größere Entfernungen zurückzulegen. N = 551

DAUERTHEMA:

Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen

Häufig wenden sich Ratsuchende an die UPD auf der Suche nach spezialisierten oder besonders qualifizierten Kliniken oder Arztpraxen. Die Beraterinnen und Berater zeigen Ratsuchenden, wie sie nach geeigneten Anlaufstellen recherchieren können und erläutern Aussagekraft, Nutzen und Einschränkungen unterschiedlicher Suchmöglichkeiten. Sie nutzen dabei nach Möglichkeit qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale Suchportale wie die Weisse Liste, das Nationale Gesundheitsportal gesund.bund.de, Angebo-

te der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und der berufsständischen Kammern. Da sich viele Suchanfragen darüber nicht beantworten lassen, kommen darüber hinaus Angebote von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kompetenznetzen, bundesweiten Selbsthilfegruppen und anderen Anbietern zum Einsatz.

Insbesondere im niedergelassenen Bereich fehlen transparente und öffentliche Qualitätsindikatoren,

mit deren Hilfe Patientinnen und Patienten geeignete Praxen auswählen können.¹³⁸ Daten zu apparativer Ausstattung, spezialisierten Leistungen, Hygiene, Barrierefreiheit sowie Behandlungsfällen von Praxen liegen den KVen vor, werden aber nicht systematisch veröffentlicht. Während Angaben zu Barrierefreiheit und Fremdsprachen von den beiden bundesweiten Suchportalen gesund.bund.de und Patientenservice 116117 angeboten werden, fehlen dort Informationen zu Spezialisierung und Leistungsangebot. Viele der Fragen, die an die UPD herangetragen werden, lassen sich mit diesen Portalen nicht beantworten.

Die Suchmöglichkeiten der KVen sind sehr unterschiedlich: Einige Bundesländer bieten Suchmöglichkeiten nach Schwerpunkten oder qualitätsgesicherten Leistungen, andere lediglich nach Facharzttrichtung und Zusatzbezeichnung. Eine

KV hat gar kein eigenes Suchportal und verweist auf den Patientenservice 116117. Das bedeutet: Wenn Ratsuchende zum Beispiel eine Augenarztpraxis suchen, die eine intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM) anbietet, gibt es bei sieben KVen keine Möglichkeit, diese systematisch zu suchen. Neun KVen bieten eine entsprechende Suchmöglichkeit, die allerdings für Laien häufig schwer erkennbar ist. Aus Beratungssicht ist es unverständlich, warum die KVen nicht verpflichtet werden, ihre Daten zu veröffentlichen und diese in einem umfassenden, gut verständlichen und nutzerfreundlichen Portal angeboten werden. Aus Sicht der UPD ist das im Juni 2021 in Kraft getretene Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) ein erster wichtiger Schritt. Diesem müssten aber weitere folgen, um die Qualitätstransparenz im ambulant-ärztlichen Bereich zu verbessern.

DAUERTHEMA:

Schwieriger Zugang zu Psychotherapie

Menschen, die eine Psychotherapie benötigen, haben oft große Schwierigkeiten, einen Therapieplatz zu finden – wie in den Vorjahren ausführlich berichtet.¹³⁹ Therapiepraxen haben lange Wartezeiten oder nehmen keine neuen Patientinnen und Patienten an. Betroffene, die durch ihre psychische Erkrankung oft nur eingeschränkt dazu in der Lage sind, müssen sich intensiv um einen Platz bemühen.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) scheint aus Beratungssicht die Situation nicht relevant verbessert zu haben. Viele Ratsuchende kennen zwar inzwischen die Terminservicestellen (TSS), häufig können diese jedoch auch nicht weiterhelfen. Die TSS vermitteln grundsätzlich keine dauerhaften Therapieplätze, sondern lediglich Ersttermine für die psychothe-

rapeutische Sprechstunde, für die Akutbehandlung und die probatorischen Sitzungen. Und auch diese Termine werden nach Berichten der Ratsuchenden häufig nicht vermittelt. In einigen Fällen berichten Ratsuchende, dass die Krankenkasse das Kostenerstattungsverfahren abgelehnt hat, da sich Betroffene ja an die TSS wenden könnten.¹⁴⁰



¹³⁸ Siehe auch *Unabhängige Patientenberatung Deutschland: [Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen](#). Positionspapier. Stand: 23.02.2022*

¹³⁹ Zum Beispiel *Monitor Patientenberatung 2019*, Kapitel 8.9, Seite 93; *Monitor Patientenberatung 2018*, Kapitel 4.3.3, Seite 78 ff.; *Monitor Patientenberatung 2017*, Kapitel 3.1.5, Seite 57 f.

¹⁴⁰ Über das Kostenerstattungsverfahren können gesetzlich Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für eine Therapie bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung erstattet bekommen. Diese Möglichkeit können Betroffene bei der Krankenkasse beantragen, wenn sie ansonsten keinen Therapieplatz finden.

IM FOKUS:

Terminservicestellen erfüllen ihren Auftrag nicht

„Ich habe eine schwerbehinderte Tochter, die regelmäßig ärztlich behandelt werden muss. Vor einiger Zeit hat unsere Kinderarztpraxis zugemacht und ich finde einfach keine neue. Ich habe alle Praxen in der Nähe angerufen, sie nehmen keine neuen Patienten auf. Die Terminservicestelle kann mir auch nicht helfen – sie vermittelt zwar Einzeltermine, aber ich kann mit meiner Tochter ja nicht ständig zu anderen Ärzten rennen. Was kann ich tun?“

Das berichten Ratsuchende

Häufig wenden sich Ratsuchende an die UPD, weil sie Schwierigkeiten haben, Termine in Arztpraxen zu bekommen. Das betrifft Facharzttermine, aber zunehmend auch die Suche nach einer kontinuierlichen haus- und kinderärztlichen Versorgung – zum Beispiel, wenn Ratsuchende umgezogen sind, die bisher besuchten Praxen schließen oder wenn nach der Geburt eines Kindes eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt gesucht wird.

Ratsuchende, die keine Hausärztin oder keinen Hausarzt finden können, berichten oft von Folgeproblemen: So können sie zum Beispiel keine Überweisungen für Facharzttermine bekommen und keine Folgerezepte für langfristig erforderliche Medikamente.

Die meisten der Ratsuchenden berichten, dass sie bereits versucht haben, über die Terminservicestellen (TSS) Termine zu bekommen. Gerade in Hinsicht auf die kontinuierliche haus- und kinderärztliche Versorgung fühlen sich die TSS nach Aussagen der Ratsuchenden in der Regel nicht zuständig. Andere berichten, dass ihnen

die TSS auch keine einzelnen Facharzttermine vermitteln konnte, und auch keine weiteren Handlungsmöglichkeiten genannt hat.

Ratsuchende, die offene Sprechstunden aufgesucht haben, berichten unter anderem von sehr langen Wartezeiten oder dass sie abgewiesen wurden, weil ihr medizinisches Anliegen nicht akut genug sei. Andere geben an, sie hätten Schwierigkeiten, Arztpraxen mit offenen Sprechstunden zu finden oder die Termine zu erfahren. Selbst wenn Ratsuchende über die TSS oder die offenen Sprechstunden Hilfe für akute Probleme bekommen haben, bleibt häufig die Schwierigkeit bestehen, dass die langfristige Versorgung nicht gewährleistet ist.

Viele Ratsuchende sind emotional stark belastet durch die Situation, sich mit ihren gesundheitlichen Beschwerden alleingelassen zu fühlen und haben Angst, keine Hilfe zu finden. Sie wenden sich an die UPD in der Hoffnung, dass diese ihnen Praxen mit freien Kapazitäten nennen kann.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern die gesetzlich festgelegten Aufgaben der TSS und geben Ratsuchenden Tipps, wie sie vorgehen können, wenn die TSS diese Leistungen nicht erbringt. Betroffene können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des TSS konkret auf den gesetzlich festgelegten Auftrag hinweisen, um ein Gespräch mit Vorgesetzten bitten und sich gegebenenfalls bei der Kassenärztlichen Vereinigung beschweren.

Alle diese Schritte führen jedoch in der Regel nicht dazu, dass Ratsuchende die benötigte Versorgung bekommen. Daher überlegen die UPD-Beraterinnen und -Berater mit Betroffenen, welche weiteren Möglichkeiten sie haben, an Termine zu kommen. Hierzu gehören zum Beispiel die elektronische Terminvereinbarung bei der TSS oder Kassenärztlichen Vereinigung, Terminvermittlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

und gegebenenfalls private Online-Portale für Arzttermine. Unter Umständen kommen auch Videosprechstunden als Alternative infrage. Für Facharzttermine können sich Patientinnen und Patienten zunächst an ihre Hausarztpraxis wenden, die einen Facharzttermin organisieren kann (Hausarztvermittlungsfall).

Für akute Fälle wird auf die offenen Sprechstunden hingewiesen, die bestimmte Facharztgruppen anbieten müssen, und auf die Möglichkeit, auch ohne Termin eine Praxis aufzusuchen.

Fachlicher Hintergrund

Lange Wartezeiten auf Facharzttermine sind ein seit vielen Jahren bekanntes Problem. Mit dem 2019 in Kraft getretenen Terminservice-Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber versucht, die Situation zu verbessern.

Dem Gesetz nach ist die Terminservicestelle verpflichtet, Termine bei Fach-, Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten innerhalb eines bestimmten

Bei entsprechend dringlichen Situationen kann auch der kassenärztliche Bereitschaftsdienst oder der Notdienst als Anlaufstelle infrage kommen. Ansonsten bleibt Betroffenen in der Regel nur, möglichst viele Praxen zu kontaktieren und gegebenenfalls weitere Fahrtwege in Kauf zu nehmen.

Die Beraterinnen und Berater versuchen Ärger, Frustration und Verzweiflung aufzufangen und Betroffene zu motivieren, weiter hartnäckig alle Suchmöglichkeiten zu nutzen.

Zeitraums und Umkreises zu vermitteln. Wenn dies nicht möglich ist, muss sie einen ambulanten Termin im Krankenhaus vermitteln. Darüber hinaus soll die TSS laut Gesetztext bei der Suche nach Hausärztinnen und Hausärzten unterstützen. Außerdem enthält das Gesetz weitere Regelungen, um die Versorgung zu verbessern, zum Beispiel die Verpflichtung für ausgewählte Fachrichtungen, offene Sprechstunden anzubieten.



FAZIT

Aus Sicht der UPD-Beratung haben Schwierigkeiten bei der Arztsuche im Jahr 2022 weiter deutlich zugenommen und betreffen zunehmend auch die kontinuierliche haus- und kinderärztliche Versorgung. Während diese Probleme in den vergangenen Jahren vor allem aus dem ländlichen Bereich und von Menschen mit eingeschränkter Mobilität berichtet wurden, kommen in der Beratung nun auch Fragen aus dem städtischen Raum und aus allen Bevölkerungsgruppen an. Viele Ratsuchende haben die verfügbaren Möglichkeiten bereits ohne Erfolg ausgeschöpft, sodass auch die UPD-Beratung ihnen häufig nicht konkret weiterhelfen kann.

Die Regelungen des TSVG laufen in vielen Fällen ins Leere. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TSS kennen zum Teil ihre Vermittlungsaufgaben nicht, erklären sich für nicht zuständig oder haben schlichtweg keine Termine, die sie vermitteln können. Ambulante Termine

in Krankenhäusern wurden nach Berichten der Ratsuchenden so gut wie nie angeboten. Auch auf den Internetseiten der 116117 und der Kassenärztlichen Vereinigungen wird auf die Möglichkeit einer Terminvermittlung für ambulante Behandlung im Krankenhaus nicht hingewiesen. Die im TSVG festgelegte Unterstützung bei der Suche nach einem Hausarzt ist nicht genauer definiert und beschränkt sich – wenn überhaupt – darauf, Adresslisten von Praxen zu nennen.

Insgesamt konnte das TSVG die langfristige hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung aus Sicht der UPD bisher nicht verbessern. Sowohl von Seiten der Politik als auch der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht hier aus Beratungssicht Nachbesserungsbedarf, um die bestehenden gesetzlichen Regelungen umzusetzen und auch die langfristige Versorgung zu gewährleisten.

IM FOKUS:

Ärztinnen und Ärzte verweigern Behandlung aufgrund PKV-Basistarif

„Ich bin 56 Jahre alt und privat krankenversichert im Basistarif. Ich brauche dringend eine orthopädische Behandlung, finde aber keinen Arzt. Viele winken direkt ab und sagen, zu diesem Tarif würden sie nicht behandeln. Das übliche Arzthonorar zahlt meine Krankenversicherung aber nicht. Da müsste ich immer den Rest selber tragen. Das kann ich mir aber nicht leisten. Ich bin arbeitslos. Dürfen die Ärzte denn einfach alle die Behandlung ablehnen? Sowa darf es doch nicht geben. Sind Ärzte nicht verpflichtet, kranke Menschen zu behandeln? Ich weiß nicht mehr weiter! Können Sie mir helfen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die im Basistarif versichert sind, berichten, dass sie Schwierigkeiten haben, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die sie zu den entsprechenden Konditionen behandeln. Manchmal sagen Ärztinnen und Ärzte den Ratsuchenden konkret, dass sie zu diesem Tarif nicht behandeln würden. Oft wird die Behandlung auch einfach ohne Begründung abgelehnt. Die Ratsuchenden

vermuten aber, dass es daran liegt, dass sie im Basistarif versichert sind. Eine Behandlung zum üblichen Arzthonorar können sie nicht in Anspruch nehmen. Denn sie können es sich in der Regel nicht leisten, den Restbetrag, der von ihrer Versicherung nicht übernommen wird, selbst zu zahlen. Sie sehen sich in einer ausweglosen Situation und sind verzweifelt.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden zunächst, dass diese verpflichtet sind, sich von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt behandeln zu lassen. Die Vertragsärztinnen und -ärzte ihrerseits können eine Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten aber ablehnen. Sie sind per Gesetz lediglich dazu verpflichtet, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten zu behandeln.

Fachlicher Hintergrund

Die privaten Krankenversicherungen sind seit 2009 verpflichtet, einen brancheneinheitlichen PKV-Basistarif anzubieten – zum Beispiel für privatversicherte Selbstständige, die arbeitslos werden, oder für ältere, kranke Menschen, die ihre Prämien nicht mehr bezahlen können. Nach den gesetzlichen Vorgaben müssen die Vertragsleistungen des PKV-Basistarifs in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein – ebenso die Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte. Deshalb stehen im Gesetz konkrete Gebührensätze.¹⁴¹ Vertragsärztinnen oder -ärzte dürfen Leistungen, die sie für diese Versicherten erbringen, höchstens bis zum 1,8-fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung stellen.

Das Gesetz sieht außerdem vor, dass durch Verträge von diesen vorgegebenen Gebührensätzen abgewichen werden kann.¹⁴² Von dieser Möglichkeit haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherung Gebrauch gemacht und noch niedrigere Steigerungsfaktoren vereinbart, als sie gesetzlich für den Basistarif vorgegeben waren.¹⁴³ Nach dieser Vereinbarung dürfen Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung von Versicherten im Basistarif höchstens den 1,2-fachen Gebührensatz der GOÄ abrechnen. Der durchschnittliche Gebüh-

Diesen Widerspruch können die Beraterinnen und Berater nicht auflösen. Sie können den Ratsuchenden lediglich die Rechtslage erklären und ihnen mitgeben, dass sie sich bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beschweren können.

rensatz liegt bei 2,3. Ärztinnen und Ärzte erhalten für die Behandlung von im Basistarif Versicherten also viel weniger Geld als für die Behandlung von Privatversicherten mit regulären Tarifen.

Im Basistarif Versicherte sind gemäß ihren Versicherungsbedingungen verpflichtet, sich von einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin behandeln zu lassen.¹⁴⁴

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zwar verpflichtet, die ärztliche Versorgung für im Basistarif versicherte Personen sicherzustellen (erweiterter Sicherstellungsauftrag).¹⁴⁵ Das bedeutet aber für die einzelne Vertragsärztin oder den einzelnen Vertragsarzt nicht, dass sie oder er verpflichtet ist, Versicherte im Basistarif zu behandeln.

Das Bundesverfassungsgericht hat bereits im Jahr 2008 festgestellt, dass es ohne gesonderte zusätzliche Regelung keine Behandlungspflicht der Vertragsärztinnen und -ärzte für Basistarif-Versicherte gibt. Das SGB V sehe vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Versorgung der in diesen Tarifen versicherten Personen sicherzustellen haben. Dieser Sicherstellungsauftrag würde sich aber nicht direkt an die Vertragsärztinnen und -ärzte richten. Von Gesetzes wegen

¹⁴¹ Inhalt und Umfang der Sicherstellung: [§ 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V](#)

¹⁴² [§ 75 Absatz 3b SGB V](#)

¹⁴³ [Vereinbarung zwischen der KBV und dem PKV-Verband bezüglich der Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte vom 28.01.2010](#)

¹⁴⁴ [§ 4 Absatz 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif \(AVB/BT\) 2009](#)

¹⁴⁵ [§ 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V](#)

seien diese nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet.¹⁴⁶ Da sich die Versorgung der Basistarif-Versicherten außerhalb des Systems vertragsärztlicher Versorgung

vollziehe, führe die Übertragung des diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags nicht zu einer Behandlungsverpflichtung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes auf diese Patientengruppe.¹⁴⁷

FAZIT

Im PKV-Basistarif Versicherte stecken in einer Zwickmühle. Sie sind verpflichtet, sich von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt behandeln zu lassen. Vertragsärztinnen und -ärzte sind aber nicht verpflichtet, Basistarif-Versicherte zu behandeln. Sie können deren Behandlung ablehnen. Das tun sie auch in vielen Fällen, weil ihnen die Bezahlung ihrer Leistungen zu gering ist. Dies führt dazu, dass Basistarif-Versicherte ohne ärztliche Behandlung dastehen, obwohl der gesetzliche Sicherstellungsauftrag auch für diese Versicherten-gruppe besteht.

Diese Situation ist aus Beratungssicht nicht hinnehmbar. Hier muss der Gesetzgeber

tätig werden. Er sollte eine Regelung schaffen, die Vertragsärztinnen und -ärzte dazu verpflichtet, auch Basistarif-Versicherte zu behandeln. Obwohl dies faktisch wahrscheinlich die Versorgung dieser Versicherten auch nicht verbessern würde. Denn die Beratungserfahrung zeigt, dass Vertragsärztinnen und -ärzte teilweise auch die Behandlung von GKV-Versicherten ablehnen, obwohl sie dazu gesetzlich verpflichtet sind. Ein anderer Lösungsansatz wäre, dass die Gebührensätze für die Behandlung von Basistarif-Versicherten angehoben werden, oder zumindest die Möglichkeit einer abweichenden Vertragsgestaltung aus dem Gesetz gestrichen wird.

2022 WEITER AKTUELL:

Haarentfernung bei transidenten Menschen – Anspruch läuft ins Leere

Nach wie vor rufen transidente Menschen bei der UPD an, die eine Mann-zu-Frau-Umwandlung hinter sich haben und nun auf Probleme stoßen, die dauerhafte Haarentfernung auf Kosten ihrer gesetzlichen Krankenkasse durchführen zu lassen. Sie finden keine Vertragsärztinnen oder -ärzte, die eine Epilation durchführen. Wenn eine Kosmetikerin oder ein Kosmetiker die Haare entfernt, übernimmt die Krankenkasse hierfür die Kosten nicht.

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten grundsätzlich nur übernehmen dürfen, wenn die Haarentfernung von einem Arzt

oder einer Ärztin durchgeführt wird (sogenannter Arztvorbehalt). Viele Vertragsärztinnen und -ärzte bieten die Behandlung jedoch nicht an, da sie die Vergütung zu niedrig finden. Dadurch entsteht faktisch eine Versorgungslücke. Gesetzlich Versicherte können eine ihnen zustehende Leistung tatsächlich nicht in Anspruch nehmen.¹⁴⁸



¹⁴⁶ Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung: [§ 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V](#)

¹⁴⁷ [Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 05.05.2008, Aktenzeichen: 1 BvR 808/08](#)

¹⁴⁸ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2020](#), Seite 103 ff.

2022 WEITER AKTUELL:

Fehlende Sprachmittlung – Risiko und Barriere in der Versorgung

Nach wie vor fehlt es an einem gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung bei der gesundheitlichen Versorgung. Die UPD hat bereits im Monitor Patientenberatung 2021 ausführlich von den Unsicherheiten und Risiken berichtet, die dadurch für Betroffene und Behandelnde entstehen.¹⁴⁹ Ratsuchende mit fehlenden Deutschkenntnissen berichten weiterhin von Schwierigkeiten wie zum Beispiel einer nur lücken- und eventuell auch fehlerbehafteten Übersetzung durch zufällig anwesendes Personal oder Angehörige. Nachfragen unterblieben oft aus Scham und Unsicherheit. Es bleibt weiter dem Zufall überlassen, ob ratsuchenden Betroffenen zum Beispiel vor einer Operation (ausnahmsweise) ein lokales professionelles Angebot der Sprachmittlung zur Verfügung steht, die Klinik selbst Personal hierfür ausgebildet hat oder wie so oft nur unzureichend

qualifizierte oder minderjährige Familienangehörige der Ratsuchenden spontan für die Sprachmittlung herangezogen werden.

Politik und Institutionen haben im letzten Jahr diese Problematik aufgegriffen. So hat die Regierungskoalition in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen, dass „Sprachmittlung (...) im Kontext notwendiger medizinischer Behandlungen Bestandteil des SGB V wird“.¹⁵⁰ Im Nachgang verabschiedete auch der 126. Deutsche Ärztetag im Mai 2022 die Forderung nach einer schnellen Umsetzung der Aufnahme der Sprachmittlung als Bestandteil des SGB V.¹⁵¹

Bis Redaktionsschluss ist kein Gesetzesvorhaben zur Aufnahme einer solchen Regelung in das SGB V aufgenommen worden.



¹⁴⁹ [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.16, Seiten 110 f.

¹⁵⁰ [Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP](#), Seite 85

¹⁵¹ [126. Deutscher Ärztetag vom 24.05. – 27.05.2022](#), Beschluss zu TOP I c - 06

#CORONA-PANDEMIE:

Zunehmend zugespitzte Zugangsprobleme

Im Kontext der Corona-Pandemie zeigten sich einige Probleme beim Zugang zum Gesundheitswesen besonders deutlich, die auch aus anderen Zusammenhängen bekannt sind.

Auch 2022 berichteten Ratsuchende über Schwierigkeiten, die zuständigen Anlaufstellen zu erreichen, seien es der Patientenservice 116117, die Gesundheitsämter, die Hausarztpraxis oder spezialisierte Versorgungseinrichtungen. Rund um Long COVID haben die Beratungszahlen im Berichtsjahr deutlich zugenommen – auch hier ging es oft darum, geeignete Ansprechpartner zu finden, wenn Ratsuchende bei ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht weiterkamen (siehe auch Kapitel 4.14).

In 2022 schlossen viele der Corona-Testzentren und die Regelungen zur Kostenübernahme änderten sich. Ratsuchende – und deren Schilderung nach zum Teil auch Leistungserbringer – waren unsicher, wer in welcher Situation für die Testung zuständig war, sodass Betroffene von der UPD wissen wollten, wohin sie sich in ihrer individuellen Situation für einen Test wenden können. Besonders häufig trat dieses Problem vor stationärer Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine Reha-Einrichtung auf (siehe auch Kapitel 4.8).

Auch der Zugang zur Impfung war 2022 weiterhin ein Beratungsthema: Neben den Impfzentren stellten auch viele Arztpraxen die Impfung gegen

COVID-19 ein, und spezialisierte Anlaufstellen für komplexe Impffragen standen auch im dritten Jahr der Pandemie nicht zur Verfügung (siehe Kapitel 4.5).

Beim Zugang zur Behandlung einer Coronavirus-Infektion hatten Ratsuchende Schwierigkeiten, zum Beispiel, wenn ihre Ärztin oder ihr Arzt das Medikament Paxlovid nicht verschreiben wollte (siehe auch Kapitel 4.1).

Darüber hinaus ergaben sich für einige Menschen durch die Maskenpflicht und die G-Regelungen Probleme beim Zugang zur ärztlichen Versorgung in Praxen. Patientinnen und Patienten, die von der Maskenpflicht befreit waren, hatten zum Teil Schwierigkeiten, Praxen zu finden, die sie ohne Maske aufsuchen konnten (siehe Kapitel 4.8). Einige Vertragsärztinnen und -ärzte verweigerten außerdem die Behandlung für Menschen, die nicht den Status vollständig geimpft oder genesen hatten – obwohl die Rechtslage eindeutig war, dass diese Menschen nicht abgewiesen werden durften. Dies folgte aus dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der Vertragsärztinnen und -ärzte. Besonders relevant wurde das Problem, als die Anforderungen für den Status vollständig geimpft beziehungsweise genesen sich Anfang Januar kurzfristig änderten und viele Menschen quasi über Nacht diesen Status verloren (siehe auch Kapitel 3).

ANHANG

Methodik und Themenauswahl des Monitors Patientenberatung

Der jährlich erscheinende Monitor Patientenberatung beschreibt die Probleme und Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem aus Patientensicht. Auf Basis der Beratungsdokumentation und der Erfahrungen der Beraterinnen und Berater zeigt die Patientenberatung darin ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend Problemlagen im Gesundheitssystem aus Beratungssicht auf.

Der Monitor Patientenberatung erhebt keinen Anspruch auf eine Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung. Er kann aber Politik, Öffentlichkeit und Akteuren im Gesundheitswesen

Hinweise darauf geben, welche Veränderungen dazu beitragen können, das Gesundheitssystem patientenorientierter zu gestalten. Der Monitor Patientenberatung wird gemäß § 65b Sozialgesetzbuch Fünftes Buch erstellt, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten übergeben und der Öffentlichkeit präsentiert. Der Bericht zeigt anonymisiert auf, welche Fragestellungen und Herausforderungen Ratsuchende im Berichtsjahr besonders beschäftigt haben und liefert so wertvolle Erkenntnisse, an welchen Stellen im Gesundheitssystem Probleme auftreten.

Standardisierte Datenauswertung und Fokusgruppen

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

Die UPD dokumentiert alle Beratungen in strukturierter Form. Hierzu gehören eine thematische Einordnung und – als freiwillige Angabe – demografische Daten der Ratsuchenden. Wenn einzelne Themen besonders häufig in der Beratung auftauchen, ist das ein Indikator dafür, dass Ratsuchende in diesem Bereich immer wieder auf Unklarheiten oder Schwierigkeiten stoßen.

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

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

Für den Monitor Patientenberatung 2022 wurden die statistischen Daten der standardisierten Beratungsdokumentation im Januar 2023 ausgelesen und ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse der Fokusgruppen wurden weitere Daten analysiert, zum Beispiel Volltextsuchen zu bestimmten Schlagworten über die Freitextdokumentationen. In der Zusammenschau bieten die statistischen Auswertungen und Ergebnisse aus den Fokusgruppen eine geeignete Orientierung, um häufige und wichtige Themen aus der Beratung zu identifizieren.

Beratungsthemen A-Z: Dauerthemen, Fokusthemen, aktuelle Entwicklungen

Der Monitor behandelt in alphabetischer Reihenfolge und fachübergreifend die großen Themenkomplexe aus der Beratung. Jedes Kapitel enthält einen Einleitungsteil mit statistischen Angaben zur Beratungshäufigkeit einzelner Themenbereiche. Themen, die bereits in den vorausgegangenen Berichtsjahren behandelt wurden und un-

verändert fortbestehen, werden gegebenenfalls kurz zusammengefasst und es wird auf die vorangegangenen Berichte verwiesen.

Themen, die in den bisherigen Berichtsjahren regelmäßig eine Rolle spielten, sind als Dauerthemen gekennzeichnet. Entwicklungen aus dem

vergangenen Jahr, die erneut aufgegriffen werden, sind mit dem Hinweis „2022 weiter aktuell“ gekennzeichnet. Im Berichtsjahr erstmalig aufgetretene Themen tragen die Überschrift „Neue Entwicklung“. Die Kapitel „Im Fokus“ vertiefen Einzelthemen, die aus Beratungssicht eine besondere Relevanz haben – zum Beispiel, weil sie besonders häufig sind, eine Problemlage anschaulich verdeutlichen oder für Betroffene besonders schwerwiegende Folgen haben. Bei vielen

Themen finden sich zudem zusammenfassende Beobachtungen („Fazit“). Diese ergeben sich immer aus der Patientenperspektive.

Gesonderte Abschnitte („#Corona-Pandemie“) stellen dar, welche Fragestellungen oder Probleme Ratsuchende im Kontext der Corona-Pandemie zu dem jeweiligen Themenbereich an die UPD herangetragen haben.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AMD	Altersbedingte Makuladegeneration
AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMD	Craniomandibuläre Dysfunktion
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendungen
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
eMP	elektronischer Medikationsplan
ePA	elektronische Patientenakte
EUTB	Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
HPV	Humane Papillomaviren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
PCR	Polymerase Chain Reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Private Krankenversicherung
PZR	Professionelle Zahnreinigung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch (zum Beispiel SGB I: Sozialgesetzbuch Erstes Buch)
STIKO	Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut
TSS	Terminservicestelle
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

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

Das Beratungsangebot der UPD

Telefonische Beratung

Tel.: 0800 0117722

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

Neben der deutschsprachigen Beratung bieten wir eine telefonische Patientenberatung in drei weiteren Sprachen an:

Beratung in türkischer Sprache

Tel.: 0800 0117723

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

Beratung in russischer Sprache

Tel.: 0800 0117724

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

Beratung in arabischer Sprache

Tel.: 0800 33221225

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

Die Patientenberatung ist unkompliziert auf vielen Wegen erreichbar – telefonisch, aber auch online, in unseren regionalen Beratungsstellen oder per Post.

Über das gesamte Beratungsangebot informiert die Website www.patientenberatung.de. Dort finden sich gegebenenfalls auch Hinweise, wenn sich die Öffnungszeiten oder Beratungsangebote kurzfristig ändern.