

MONITOR PATIENTENBERATUNG



Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?

Berichtszeitraum: 01.01.2021-31.12.2021

Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V.
Berichtszeitraum: 01.01.2021–31.12.2021

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

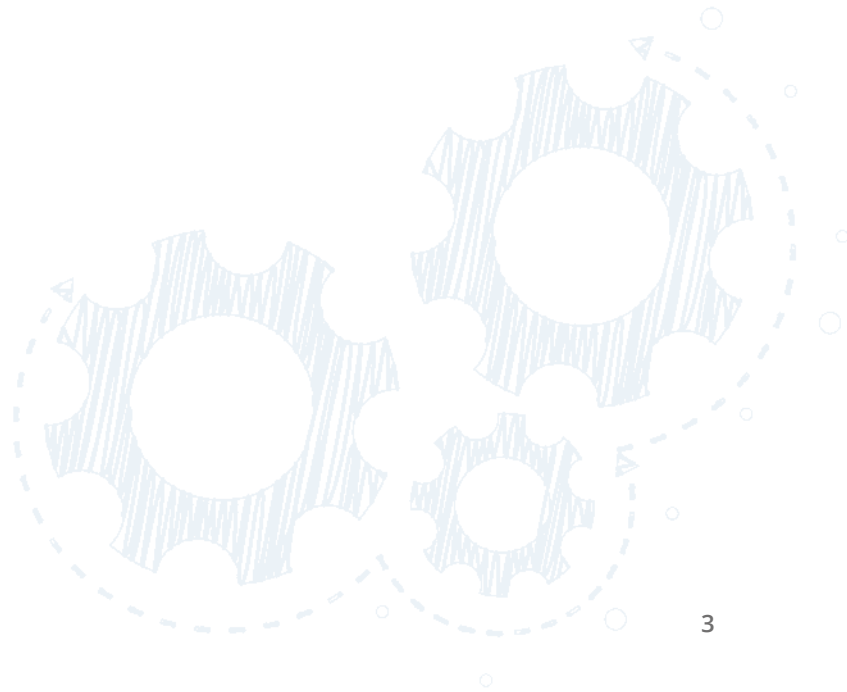
Petra Heinevetter
Lea Knaus
Anja Lehmann
Matthias Rank

Annekathrin Schrödl
Anne Speck
Marcel Weigand

Weitere Mitwirkende

Jonas Dietrich
Isabel Gruner-Babic
Barbara Heuchl
Daniel Lange
Thomas Lerch
Heike Luis
Nicole Masaka
Monika Nuhst
Nadezda Pampalova
Martina Rauhut

Raquel Reng
Alina Rimke
Tina Scherer
Justyna Sikora-Arnold
Beate Sommerfeld
Torsten Speck
Eric Sulze
Daria Take
Driss Wartini



VORWORT	6
1 DIE UPD IN 2021	8
2 DIE BERATUNG IN ZAHLEN	18
3 CORONA – DIE PATIENTENBERATUNG IM ZWEITEN PANDEMIEJAHR	28
4 BERATUNGSTHEMEN A-Z	36
4.1 Arzneimittel und pharmazeutische Beratung	37
<i>Dauerthema:</i> Arzneimitteltherapiesicherheit – Wechselwirkungen und Nebenwirkungen verunsichern Ratsuchende	38
<i>Dauerthema:</i> Warum müssen Patientinnen und Patienten Medikamente selbst bezahlen?	39
<i>Im Fokus:</i> Zusätze in Arzneimitteln beunruhigen Ratsuchende	40
4.2 Behandlungsfehler	41
<i>Dauerthema:</i> Ärztinnen und Ärzte kommunizieren zu wenig	42
<i>Dauerthema:</i> Die Last mit der Beweislast	43
<i>Im Fokus:</i> Behandlungsfehler in der Pflege	43
4.3 eHealth	46
<i>Im Fokus:</i> Datenschutzbedenken bei der elektronischen Patientenakte	47
4.4 Heil- und Hilfsmittel	49
<i>Neue Entwicklung:</i> Unsicherheit rund um die neue Heilmittel-Richtlinie	49
<i>Dauerthema:</i> Heilmittel werden nicht ausreichend verschrieben	50
<i>Dauerthema:</i> Probleme mit der Hilfsmittelversorgung	50
<i>Im Fokus:</i> Wer bestimmt die Sehschärfe?	51
4.5 Impfen	53
<i>#Corona-Pandemie:</i> Die COVID-19-Impfung – das zentrale Thema 2021	54
<i>Im Fokus:</i> Spezialisierte Anlaufstellen für komplexe Impffragen fehlen	59
4.6 Individuelle Gesundheitsleistungen	61
<i>Dauerthema:</i> Neutrale Informationen zu Risiko und Nutzen fehlen	61
<i>Dauerthema:</i> Ärztinnen und Ärzte klären nicht ausreichend auf	61
<i>Im Fokus:</i> Wenn Ärztinnen und Ärzte behaupten, dass die Kasse die Kosten später erstattet	62
4.7 Krankenkassen	63
4.7.1 Verwaltungspraxis der Krankenkassen	63
<i>Dauerthema:</i> Verwirrende Zwischennachrichten	64
<i>Dauerthema:</i> Krankenkassen lehnen Anträge am Telefon ab	64
<i>Im Fokus:</i> Wenn die Reha-Aufforderung zur Belastung wird	65
<i>2021 weiter aktuell:</i> Anrufe der Krankenkasse belasten Versicherte	67
4.7.2 Krankengeld	67
<i>Im Fokus:</i> Urlaub im Inland – unnötiger Stress beim Krankengeld	68
<i>Im Fokus:</i> Ruhen des Krankengeldes bei elektronischer Meldung der Arbeitsunfähigkeit	70
4.7.3 Mitgliedschaft und Beiträge	71
<i>Dauerthema:</i> Wenn Ratsuchende zu wenig Geld für die Versicherung haben	72
<i>Dauerthema:</i> Wie kommen Menschen, die nicht krankenversichert sind, zurück in das System?	72
<i>Exkurs:</i> Krankenversicherung bei Urlaubsreisen in der EU oft nicht umfassend	73

4.8 Medizinprodukte	75
<i>#Corona-Pandemie:</i> Medizinprodukte im Pandemie-Alltag – Schutzmasken und Schnelltests	77
4.9 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten	77
<i>Dauerthema:</i> Diagnosen dürfen nicht aus Patientenakten gelöscht werden	78
<i>Dauerthema:</i> Wenn Ratsuchende sich über Ärztinnen und Ärzte beschweren wollen.....	79
<i>Dauerthema:</i> Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?	80
<i>#Corona-Pandemie:</i> Umgang mit 2G-/3G-Regeln erschwert Zugang zur Versorgung	81
<i>#Corona-Pandemie:</i> Bedeutung von Attesten im Alltag	82
<i>Im Fokus:</i> Wenn Ratsuchende auf Verordnungen und ärztliche Bescheinigungen angewiesen sind	83
4.10 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht	85
<i>Dauerthema:</i> Betreuungspersonen werden nicht ausreichend in die Behandlung einbezogen	85
<i>Dauerthema:</i> Zwangsbehandlungen betreuter Personen	86
<i>#Corona-Pandemie:</i> Wenn Betreuungspersonen die Impfung verweigern.....	86
<i>#Corona-Pandemie:</i> Wenn Betreuungspersonen keinen Zugang zu Betreuten haben.....	87
4.11 Pflege	88
<i>Neue Entwicklung:</i> Verhinderungspflege – Antrag auf Kostenerstattung auch nach dem Tod möglich.....	89
<i>Dauerthema:</i> Pflegekassen beraten unzureichend zu Leistungen	89
<i>Im Fokus:</i> Ärztlicher Versorgungsauftrag im Pflegeheim nicht gesichert	90
<i>#Corona-Pandemie:</i> Situation in Pflegeheimen belastend	92
<i>#Corona-Pandemie:</i> Sonderregelungen bestehen weiter fort.....	92
4.12 Psychosoziale Beratung	93
4.13 Rehabilitation	95
4.14 Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten	95
<i>Im Fokus:</i> Herzkatheteruntersuchung – Unsicherheit zum Nutzen bei chronischer koronarer Herzkrankheit.....	98
<i>Im Fokus:</i> Inhaltliche Qualitätskontrolle in Arztpraxen unzureichend	100
<i>#Corona-Pandemie:</i> Corona-Tests beschäftigen Ratsuchende	101
4.15 Zahnmedizin	102
<i>Dauerthema:</i> Viele Fragen zu Heil- und Kostenplan und Zahnarztrechnung.....	104
<i>Dauerthema:</i> Ärger um außervertragliche Leistungen in der Kieferorthopädie	104
<i>Im Fokus:</i> Intransparente Faktorerhöhung in der Zahnarztrechnung	105
4.16 Zugang zum Gesundheitswesen	107
<i>Exkurs:</i> Wohnortnahe Versorgung – wie weit sind Patientinnen und Patienten bereit zu fahren?.....	108
<i>Dauerthema:</i> Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen.....	108
<i>Dauerthema:</i> Schwieriger Zugang zu Psychotherapie.....	109
<i>Im Fokus:</i> Fehlende Sprachmittlung – Risiko und Barriere in der Versorgung.....	110
ANHANG Methodik und Themenauswahl des Monitors Patientenberatung.....	112
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	114

VORWORT



Thorben Krumwiede
Geschäftsführer

2021: ein turbulentes Jahr mit Licht und Schatten im deutschen Gesundheitswesen

Kleine Spritze, große Wirkung: Im zurückliegenden Beratungsjahr hat das Thema Corona erneut eine große Rolle gespielt, vor allem die COVID-19-Impfung und die damit verbundenen medizinischen und rechtlichen Fragen. Die oftmals sehr kurzfristigen und überraschenden Änderungen der Impfverordnung und der Infektionsschutzmaßnahmen – Stichwort 2G-/3G-Regeln – haben in 2021 viele Menschen verunsichert und sie ratsuchend zur UPD geführt. Die gesellschaftlichen Debatten und Spannungen rund um die Pandemie, die Infektionsschutzmaßnahmen und die Impfkampagne haben sich auch im Beratungsallday der UPD bemerkbar gemacht.

Aber auch zu den klassischen Beratungsthemen von Arzneimitteln über mögliche Behandlungsfehler, das Krankengeld und andere Krankenkassenthemen bis hin zu Patientenrechten haben wir wieder viele Ratsuchende beraten. Leider blieb uns auch zum wiederholten Mal das fragwürdige Verwaltungshandeln von Krankenkassen als Thema erhalten. So haben sich manche Kassen beim Thema „Krankengeld im Urlaub“ nicht mit Ruhm bekleckert. Auch verwirrende und oft unzulässige Zwischennachrichten in Widerspruchsverfahren und die ungewollte telefonische Kontaktaufnahme zu Versicherten waren 2021 wieder ein häufiger Anlass für Ärger bei unseren Ratsuchenden. Insgesamt geht es hier zu langsam und zu wenig patienten- oder genauer versichertenorientiert voran. Wir hoffen, dass die Kassen zukünftig die Kritik an diesem Vorgehen stärker berücksichtigen.

Als neues Kapitel haben wir das Thema „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ in den Monitor aufgenommen. Neue Anwendungen und Verfahren wie die elektronische Patientenakte (ePA), Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) oder das E-Rezept bieten große Chancen und Erleichterungen für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Beschäftigten im Gesundheitswesen. In der Praxis hapert es aber leider – nicht zum ersten Mal – an verschiedenen Stellen: Neue digitale Möglichkeiten werden zu spät oder technisch unausgereift eingeführt, die Angebote sind auf Patientenseite zu wenig bekannt und werden kaum angenommen. Das liegt auch, aber nicht nur an einer verbesserungswürdigen digitalen Gesundheitskompetenz in Teilen der Bevölkerung.

Besonders wichtig ist es uns auch, auf Probleme hinzuweisen, die zwar seltener, deswegen aber nicht minder relevant sind. Ein Beispiel dafür ist das Thema Sprachmittlung im Gesundheitswesen: Menschen mit mangelnden Deutschkenntnissen können schnell Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung bekommen, denn gerade in Krankenhäusern mangelt es oft an Übersetzerinnen und Übersetzern sowie Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Das kann die Besprechung von schwerwiegenden Diagnosen und wichtigen Behandlungen an der Sprachbarriere scheitern lassen. Eine Regelung für die Übernahme der Kosten der Sprachmittlung für Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Deutschkenntnisse gibt es außerhalb des Asylverfahrens nicht.

Wo hakt es aktuell im Gesundheitswesen? Welche Themen waren im vergangenen Jahr besonders wichtig und haben besonders viel Beratungsbedarf nach sich gezogen? An welchen Stellen sollten Politik und Selbstverwaltung Verbesserungen in Angriff nehmen? Der Monitor Patientenberatung gibt dazu aus Patientensicht – zusätzlich zu unserer ganzjährigen Kommunikationsarbeit – einmal im Jahr in gebündelter Form eine Übersicht und vor allem eine ausführliche Rückmeldung an Politik, Öffentlichkeit und die Entscheidungsträgerinnen und -träger im Gesundheitswesen. Das Ziel des vorliegenden Monitors ist es, den Leserinnen und Lesern Antworten auf diese und andere Fragen zu bieten – und damit das deutsche Gesundheitswesen noch stärker in Richtung derjenigen zu orientieren, für die es da ist: die Patientinnen und Patienten.

Wir informieren über Missstände und Problemlagen im deutschen Gesundheitssystem auf Basis der subjektiven Berichte unserer Ratsuchenden. Das macht die Darstellung besonders praxisnah und stellt die Belange der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Grundsätzlich gilt: Unsere Daten erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität im wissenschaftlichen Sinne. Gleichzeitig können wir aber bei über 140.000 Beratungen im Jahr 2021 fundierte Aussagen dazu treffen, zu welchen Themen und mit welchen Problemen sich Ratsuchende besonders häufig an uns gewandt haben.

Für Akteure aus der Politik, der Selbstverwaltung und dem Gesundheitswesen insgesamt stellt dieser Bericht in mehrfacher Hinsicht einen wertvollen Schatz an Informationen dar: Der Monitor Patientenberatung macht deutlich, wo im deutschen Gesundheitswesen besonders oft der Schuh drückt – diese Erkenntnisse können Hinweise auf unzureichende Kommunikation bei bestimmten gesundheitlichen Themen oder aber auch auf politischen Handlungsbedarf geben.

Unser Gesundheitssystem ist sehr komplex und leistungsfähig, gleichzeitig mangelt es an einigen Stellen aber an der notwendigen Patientenorientierung. Unser Monitor führt die Perspektive und damit die Sorgen und Nöte von Patientinnen und Patienten vor Augen und hilft dabei, sie besser zu verstehen. Wir hoffen, dass wir mit dem Inhalt dieses Monitors den relevanten Akteuren und Institutionen Impulse dazu geben können, Rahmenbedingungen, Prozesse und Kommunikation an den Stellen zu verbessern oder vielleicht auch ganz neu zu denken, bei denen es auf Grundlage der Ergebnisse dieses Monitors nötig erscheint.

Das Jahr 2021 hat auf der einen Seite gezeigt, wie stark unser Gesundheitssystem ist und wie wichtig eine gut funktionierende und eine einfach zugängliche gesundheitliche Versorgung für eine moderne Gesellschaft ist. Auch in den Hochphasen der Pandemie am Anfang und Ende des Jahres hielt unser Gesundheitssystem stand, und ein großer Teil der Bevölkerung konnte Erst-, Zweit- und Drittimpfungen gegen COVID-19 erhalten. Auf der anderen Seite haben wir jedoch feststellen müssen, dass die Kommunikation zu Gesundheitsthemen wie auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zwei Großbaustellen sind, an denen wir noch viel zu arbeiten haben.

Wir hoffen, dass wir mit dieser Ausgabe des Monitors Patientenberatung einen wahrnehmbaren Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Sinne der Patientinnen und Patienten leisten können, und wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine interessante Lektüre!



Thorben Krumwiede

1

DIE UPD IN 2021



Das Jahr 2021 war für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ein ebenso turbulentes wie arbeitsintensives Jahr. In über 140.000 Beratungen hat die UPD Ratsuchende bei Fragen rund um ihre gesundheitliche Versorgung unterstützt. Über die Beratungszahlen und -themen berichten die Kapitel 2, 3 und 4. Aber

auch abseits des Beratungsalltags ist viel passiert – ob bei der Umsetzung der Corona-Schutzmaßnahmen im Betrieb, der Weiterentwicklung von Beratungskompetenz und Wissensmanagement oder in der Netzwerkarbeit sowie in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Arbeitsalltag in der Pandemie – Schutzmaßnahmen, Homeoffice und Videokonferenzen

Die Corona-Pandemie hatte erneut spürbare Auswirkungen auf den Arbeitsalltag in der UPD: Wie schon im Vorjahr konnten die UPD-Beratungsmobile ihre Touren leider nicht durchführen. Auch die meisten der 30 regionalen Beratungsbüros mussten coronabedingt geschlossen bleiben. Nur einige wenige Beratungsstellen konnten unter Einhaltung der jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz für einen begrenzten Zeitraum öffnen.

Auch in der UPD-Zentrale in Berlin galten weiterhin die üblichen Corona-Schutzmaßnahmen: Das Maskentragen auf den Gängen, das Einhalten von

Abständen an den Arbeitsplätzen und in den Aufenthaltsräumen sowie die strikte Kontaktreduktion zwischen verschiedenen Beratungsteams, um bei einem Infektionsfall arbeitsfähig zu bleiben, waren in 2021 bekannt und geübt. Darüber hinaus wurde in 2021 auch ein Schnelltest-Angebot in der Zentrale eingerichtet. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiteten wie im Vorjahr mobil. Um einer möglichen Vereinigung in der mobilen Arbeit entgegenzuwirken und den kollegialen und fachlichen Austausch zu bewahren, wurden mehrere wöchentliche Austauschrunden via Videokonferenz etabliert.

Die Zukunft der UPD in der politischen Diskussion

2021 brachte auch für die UPD selbst einige wichtige Weichenstellungen. Das Beratungsangebot für Bürgerinnen und Bürger wird nicht, wie ursprünglich geplant, zum 1. Januar 2023 erneut ausgeschrieben, sondern soll zukünftig ohne Laufzeitbeschränkung verstetigt werden. Kurz vor der Sommerpause und der Bundestagswahl hat der Bundestag die dafür nötige Änderung der gesetzlichen Regelung beschlossen und der Verlängerung der Laufzeit um ein Jahr bis Ende 2023 zugestimmt.¹ Damit soll vermieden werden, dass bewährte Beratungsstrukturen abermals zerschlagen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer geballten, über mehrere Jahre aufgebauten fachlichen und methodischen Beratungskompetenz verloren werden. Die Abschaffung der wiederkehrenden Ausschreibung ist ein

wichtiges Signal für Patientinnen und Patienten sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UPD.

Auch im Koalitionsvertrag der Ende 2021 gebildeten neuen Bundesregierung findet die UPD Erwähnung. Im Abschnitt Patientenrechte heißt es, die UPD solle in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen überführt werden. Die konkrete Ausgestaltung bleibt zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Monitors noch offen: Diskutiert werden unter anderem ein Stiftungsmodell sowie unterschiedliche Finanzierungsmodelle, die die bisherige Finanzierung durch den GKV-Spitzenverband ablösen könnten.²

¹ § 65b SGB V: Im Hinblick auf eine zukünftige institutionelle Neuausrichtung wird die Verbraucher- und Patientenberatung ab dem Jahr 2023 für zwölf Monate von der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH unter der Trägerschaft des Fördermittelnehmers der Jahre 2016 bis 2022 durchgeführt.

² Die UPD ist in ihrer aktuellen Form eine gemeinnützige Einrichtung in Form einer gGmbH und arbeitet im gesetzlichen Auftrag (§ 65b SGB V). Die UPD wird gemäß einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Sanvartis GmbH durch die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH als Träger geführt. Weitere Informationen zu Struktur, Finanzierung, Trägerschaft und Qualitätssicherung bietet die UPD-Website www.patientenberatung.de.

Bereits im März 2021 hat die UPD selbst ihr Konzept „Modell 2023“ gegenüber der Fachöffentlichkeit und der Presse vorgestellt. Neben der Verstärkung des Beratungsangebots sieht das Konzept auch eine noch stärkere Orientierung am Bedarf der Bürgerinnen und Bürger, die Einführung neuer Beratungsformate in Form von

Livechats, Videosprechstunden und Webinaren und eine im Einzelfall noch stärker begleitende und unterstützende Beratung vor. Darüber hinaus soll die Rückmeldefunktion ausgebaut und die Vernetzung und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit mit bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens intensiviert werden.

Professionelles Wissensmanagement: Ausbau des UPD-Wikis

Um die Beratungsarbeit mit einer für alle Beraterinnen und Berater einheitlichen, aktuellen und einfach zugänglichen Wissens- und Datenbasis zu unterstützen, hat die UPD bereits in 2020 ein internes UPD-Wiki geschaffen. In 2021 hat das UPD-Redaktionsteam im Rahmen eines professionellen Wissensmanagements das Wiki stark ausgebaut und um viele neue Funktionen erweitert. Systematisch wurden Wissensbereiche

zu wichtigen Beratungsthemen angelegt und mit Links zu Quellen, Schulungen und externen Verweisstellen versehen. Musterantworten und FAQs (häufig gestellte Fragen) unterstützen das Beratungsteam in individuellen Beratungssituationen. Eine Blog-Funktion bringt das Beratungsteam zum Beispiel über neue Entwicklungen und politische Entscheidungen in der Corona-Pandemie in kürzester Zeit auf den neusten Stand.

Feldunabhängige Beratungskompetenz gestärkt

Gute Beratung braucht mehr als medizinisches oder rechtliches Fachwissen. Aus diesem Grund hat die UPD auch 2021 den Bereich feldunabhängiger Beratungskompetenz weiter gestärkt. Spezielle interne Sprechstunden zu den Themen Kommunikation und Beratungskompetenz, Austauschrunden zum Umgang mit herausfordernden Beratungssituationen und ein offenes externes Supervisionsangebot unterstützen die Beraterinnen und Berater teamübergreifend und

unabhängig von ihrem Beratungsfeld. Regelmäßige Peer-Review-Verfahren fördern den kollegialen Austausch. Auf dem Schulungsplan standen 2021 regelmäßig allgemeine beraterische Themen wie aktives Zuhören, Techniken der Wissensvermittlung oder das Selbstverständnis in der Rolle als Beratende. Ein neues Konzept für die schriftliche Beratung trägt dazu bei, diese noch stärker als bisher verständlich, patientenorientiert und handlungsbezogen zu gestalten.



„ Für uns ist es wichtig, Menschen nicht nur zu ihren Fragen und Anliegen zu beraten, sondern ihnen auch die Zusammenhänge und ihre Rechte im Gesundheitswesen zu erklären. Denn nur so kann die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden dauerhaft gestärkt werden. Gleichzeitig geben wir wertvolle Hinweise, an welchen Stellen es im Gesundheitssystem noch Verbesserungsbedarf gibt. Mit diesem mehrgleisigen Ansatz leisten wir als UPD einen wichtigen Beitrag dazu, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken. “

Thorben Krumwiede
Geschäftsführer



Netzwerkarbeit auf allen Ebenen ausgebaut

Webinare, Round Tables und digitale Netzwerktreffen: Trotz der andauernden Corona-Pandemie hat die UPD auch im zweiten Pandemiejahr ihre Kooperations- und Netzwerktätigkeiten ausgebaut. Mit ihrer Netzwerkarbeit knüpft sie auf lokaler, regionaler und Bundesebene Kontakte zu Akteuren und Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen und darüber hinaus. Im Rahmen einer konstruktiven Zusammenarbeit tauschen die Beraterinnen und Berater Wissen und Erfahrung über Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten in ihrer Stadt und ihrer Region sowie über fachliche Themen aus. Sie verknüpfen die Angebote der UPD mit ergänzenden und weiterführenden Angeboten anderer Organisationen, erstellen Patienteninformationen und führen gemeinsame Veranstaltungen wie Webinare, Schulungen, Vor-

träge oder Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten durch. Die Bandbreite an Netzwerkpartnern reicht von Selbsthilfegruppen über Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Heilmittelerbringer, Ärzteverbände und Kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger wie Kranken- und Pflegekassen sowie Schuldner- und Arbeitslosenberatungen bis hin zu Behörden und Politik. Die Lotsenfunktion der UPD wird durch die Netzwerkarbeit entscheidend unterstützt: Der Austausch auf allen Ebenen hilft den Beraterinnen und Beratern dabei, Ratsuchende auf Institutionen und weiterführende Informationsangebote zu verweisen, die die Beratung der UPD ergänzen und den Ratsuchenden bei ihren individuellen Anliegen weiterhelfen können.

Neue Kooperationen auf Bundesebene

Auch auf Bundesebene wurden Vernetzung und Kooperation ausgebaut. In Projekten mit Heilmittelerbringer-Verbänden wie dem Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) oder dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) wurde spezielles Informationsmaterial erstellt, mit dem Mitglieder der Verbände Patientinnen und Patienten auf das Beratungsangebot der UPD aufmerksam machen können, zum Beispiel bei Fragen zu Heilmittelverordnungen. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), der Agentur für Arbeit oder der Ergänzenden unabhängigen Teilhabe-

beratung (EUTB) wurden Schulungen zu beratungsrelevanten Themen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UPD organisiert. Im September richtete die UPD einen Round Table zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aus: Unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der Verbraucherzentrale NRW e.V., des Spitzenverbandes Fachärzte und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) diskutierten darüber, was beim Thema IGeL bisher nicht rund läuft und wie Patientinnen und Patienten über Sinn und Unsinn von IGeL in- und außerhalb der Arztpraxen besser informiert werden können.

Mitarbeit bei gesund.bund.de und Gesundheitsnetzwerken

Neu ist auch die Kooperation mit dem Nationalen Gesundheitsportal gesund.bund.de, das vom Bundesgesundheitsministerium betrieben wird und im letzten Jahr gestartet ist. Dort steuert die UPD patientenorientierte Texte zu sozialrechtlichen Themen wie dem Einlegen von Widersprüchen gegen Entscheidungen der Krankenkasse bei. Ein Ausbau der Zusammenarbeit zu weiteren Themen ist geplant.

Darüber hinaus bringt die UPD sich über Fördermitgliedschaften beim Deutschen Netzwerk

Gesundheitskompetenz e. V. (DNGK) sowie beim Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) aktiv in die Initiativen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ein und gibt wichtige Impulse für eine bessere Versorgung und Information von Patientinnen und Patienten. Ende 2021 wurde die UPD in die Planungsgruppe des Programms „Verlässliches Gesundheitswissen“ des DNGK aufgenommen.

Verstärkte Zusammenarbeit mit der EUTB und integrierte Beratung

Die Zusammenarbeit mit bestehenden Kooperationspartnern wie der EUTB wurde in 2021 weiter ausgebaut. An vielen Standorten haben sich UPD-Beraterinnen und -Berater über digitale Netzwerktreffen und auch den individuellen persönlichen Kontakt mit den EUTB-Beratungsstellen in ihrer Stadt und ihrer Region vernetzt, um Ratsuchende noch besser zu unterstützen oder an geeignete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner verweisen zu können. Mit der

EUTB-Beratungsstelle in Münster hat die UPD in 2021 darüber hinaus ein besonderes Projekt gestartet: Im Rahmen des Projekts „Integrierte Beratung“ besuchen UPD-Beraterinnen und -Berater regelmäßig die EUTB-Beratungsstelle vor Ort und bieten dort Beratung an. Für Ratsuchende ermöglicht diese Kooperation den Zugang zu einem breiten, auf kurzem Wege gut erreichbaren Beratungsangebot zu vielen verschiedenen Themen.

Digitale Netzwerktreffen

Trotz der Pandemie hat die UPD auch 2021 Netzwerktreffen mit Akteuren und Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie angrenzenden Bereichen veranstaltet – um die Gesundheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu schützen, wie schon in 2020 virtuell in Form von Videokonferenzen. Mit Erfolg: Auf insgesamt 11 Netzwerktreffen haben sich 18 UPD-Standorte vorgestellt und mit Netzwerkpartnern vor Ort und in der Region ausgetauscht. Darüber hinaus nutzt die UPD Netzwerktreffen, um Erkenntnisse aus der Beratung an andere Akteure im Gesundheitswesen weiterzugeben.

Im Sommer veranstaltete die UPD in Nordrhein-Westfalen ein digitales Netzwerktreffen, unter anderem mit dem Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen

und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die Beteiligten diskutierten über fragwürdige Verwaltungspraxen von Krankenkassen. Außerdem stellte die UPD in Kooperation mit der EUTB einen beispielhaften fiktiven Beratungsfall vor, bei dem sich beide Beratungsinstitutionen mit ihren jeweiligen Beratungsschwerpunkten gegenseitig unterstützten und ergänzten.

Darüber hinaus hatten andere Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen die Gelegenheit, sich im Rahmen der Treffen vorzustellen – von Brandenburger Pflegestützpunkten über städtische Beschwerdestellen im Pflegebereich bis zu patientenzentrierten Projekten wie dem Online-Portal „Was hab ich?“. Inhaltlich standen bei den Treffen neben Ergebnissen aus dem Monitor Patientenberatung 2020 unter anderem Patientenrechte und fragwürdige Verwaltungs-

praxen von Krankenkassen, die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen und natür-

lich die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf die Arbeit der UPD im Mittelpunkt.

Digitaler Stammtisch

Das Thema Digitalisierung spielte 2021 bei der UPD eine noch prominentere Rolle. Auf sogenannten digitalen Stammtischen erklärten Beraterinnen und Berater alles Wichtige rund um Themen wie die elektronische Patientenakte (ePA), das E-Rezept, den digitalen Impfpass oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Der Digitale Stammtisch wird vom Digital-Kompass durchgeführt – einer Initiative unterschiedlicher

Träger, die Angebote rund um Internetthemen für Seniorinnen und Senioren bereitstellt.³ Dort ist die UPD mittlerweile mehrmals pro Monat zu Gast und informiert die vorwiegend älteren Interessierten nicht nur über die Digitalisierung im Gesundheitswesen, sondern zum Beispiel auch über die COVID-19-Impfung oder die Frage, wie Ratsuchende im Internet an gute Gesundheitsinformationen kommen.



“ Die digitale Transformation kann im Gesundheitswesen nur gelingen, wenn neben der Technologie auch die digitale Gesundheitskompetenz gestärkt wird. Durch nutzerorientierte Beratung, Informationen und Webinare leistet die UPD einen aktiven Beitrag für eine erfolgreiche Transformation. ”

Marcel Weigand

Leiter Kooperationen und digitale Transformation

Relaunch der UPD-Website

In 2021 wurde die Internetpräsenz der UPD überarbeitet und um mehrere Funktionen erweitert. Die Patienteninformationen aus den unterschiedlichen Bereichen wurden in einem gemeinsamen Themenbereich A bis Z zusammengeführt, klarer strukturiert und mit neuen Such- und Filterfunktionen versehen. In einem neu geschaffenen Netzwerk-Bereich bietet die

UPD über ein Kontaktformular die Möglichkeit, die Berliner Zentrale oder eines der regionalen Beratungsbüros für verschiedene Netzwerk- und Kooperationsanliegen zu kontaktieren. In einem eigenen Veranstaltungsbereich kündigt die UPD Webinare, Netzwerktreffen, Round Tables und andere Veranstaltungen an.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Corona dominierte weiterhin

Die Corona-Pandemie war in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auch in ihrem zweiten Jahr ein dominierendes Thema: Corona war das mit Abstand häufigste Thema, in dessen Zusammenhang die UPD in den Medien erwähnt wurde. Über das Jahr hinweg erhielt die Pressestelle der

UPD viele Anfragen zu Themen wie FFP2-Masken und Attesten zur Befreiung von der Maskenpflicht, der COVID-19-Impfung inklusive Zugang zur Impfung und möglichen Impfschäden oder Nebenwirkungen, Corona-Tests, pandemiebedingten Verschiebungen von Operationen,

³ Der [Digital-Kompass](#) ist ein Projekt der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen) und von Deutschland sicher im Netz e. V. in Partnerschaft mit der Verbraucher Initiative mit Förderung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz.

der möglichen Erstattung von Fahrtkosten zum Impfzentrum und mehr. Darüber hinaus wurde das Beratungsangebot der UPD wieder in vielen Medienberichten als Anlaufstelle für Fragen rund um Corona-Themen genannt.

Ihre wichtige Funktion als eine Art Seismograf für die Sorgen und Nöte von Patientinnen und Patienten hat die UPD auch in der Pandemie unter

Beweis gestellt. In ihrer Beratung bekam sie sehr schnell die Auswirkungen von Veränderungen in der Corona-Pandemie und den begleitenden Maßnahmen zu spüren. Damit konnte die UPD ihrer Rückmeldefunktion nicht nur über diesen Monitor, sondern auch über die kurzfristige, tagesaktuelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gerecht werden.

Digitalisierung des Gesundheitswesens auch in der Pressearbeit prominent

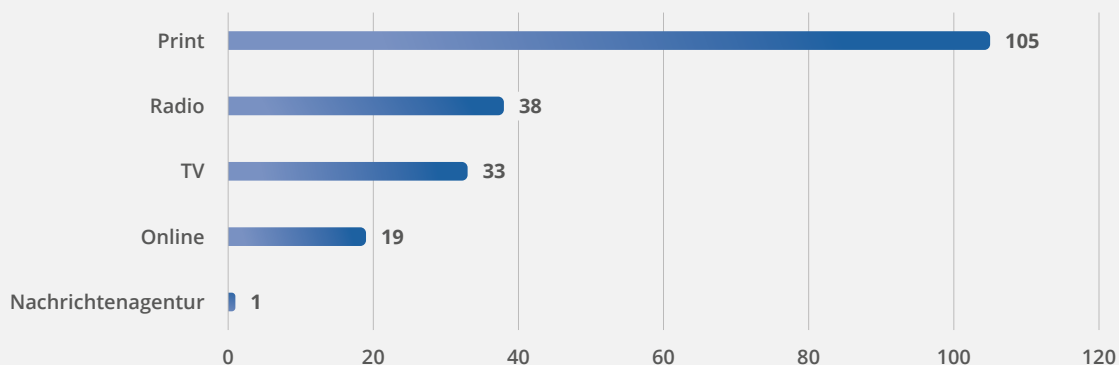
In 2021 hat die UPD die diversen Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen kontinuierlich auf die Agenda gesetzt. Zu eHealth-Themen wie der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), der elektronischen Patientenakte (ePA) oder dem digitalen Impfnachweis wurden neue oder aktualisierte Patienteninformationen veröffentlicht. Über Pressemitteilungen, Interviews und mehr hat die UPD den Blick auf Digitalisierungsthemen gelenkt, auf Probleme in diesem Zusammenhang aufmerksam gemacht und auf das Beratungsangebot der UPD hinge-

wiesen. Denn: Die Corona-Pandemie und die Impfkampagne in 2021 haben vor Augen geführt, wie wichtig eine rasch voranschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens ist, aber auch gezeigt, wie mangelhaft es aktuell in Deutschland um ebendiese bestellt ist. Die UPD wird dieses Thema daher weiter kommunikativ vorantreiben und gleichzeitig Patientinnen und Patienten sowohl in der Beratung als auch über die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit neue digitale Themen näherbringen und verständlich erklären.

Medienanfragen an die UPD nahmen zu

Medienanfragen an die UPD haben sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert: Mit insgesamt 196 Anfragen lag die Zahl deutlich höher als in 2020 (141 Anfragen). Andere Gesundheitsthemen spielten im Vergleich zu Corona-Themen immer noch eine kleinere Rolle als vor der Pande-

mie. Durch die schnelle und ausführliche Beantwortung von Medienanfragen etabliert sich die UPD in den Augen der Medien zunehmend als verlässliche Ansprechpartnerin zu Gesundheitsthemen.



Medienanfragen an die UPD nach Mediengattung | Quelle der Auswertungen: Argus Data Insights



Ausbau der aktiven Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Präsentation des Monitors Patientenberatung 2020 im Rahmen einer Pressekonferenz in den Räumen der Patientenbeauftragten der Bundesregierung musste auch 2021 coronabedingt ausfallen. Dies hat zu einem im Vergleich zu den Vorpandemiejahren geringerem Medieninteresse am Patientenmonitor geführt. Die UPD hat viele relevante Themen aus dem Monitor sowohl bereits im Vorfeld als auch im Nachgang seiner Veröffentlichung gespielt: Mit 34 Pressemitteilungen (Vorjahr: 15), die zu 923 Veröffentlichungen mit einer Reichweite von fast 108 Millionen (Vorjahr: 156 Veröffentlichungen mit rund 10 Millionen Reichweite) geführt haben, konnte die Effektivität der über den Monitor Patientenberatung hinausgehenden aktiven Presse- und Öffentlichkeitsarbeit deutlich gestärkt werden. Mit der „HörBar“ wurde außerdem erfolgreich ein neues Format eingeführt: Mit vorproduzierten Radiobeiträgen zu verschiedenen fachlichen Themen wie dem Krankengeldbezug im Urlaub oder der elektronischen Patientenakte konnten 1,5 Millionen

Hörerinnen und Hörer pro Durchschnittsstunde erreicht werden. Dazu kamen bewährte Formate wie der Fall des Monats zu aktuellen Themen aus der medizinischen oder rechtlichen Beratung sowie Pressedienste im Print- und Online-Bereich, die Medien als informative, serviceorientierte Texte zu bestimmten Themen aus den Bereichen Recht und Medizin das ganze Jahr über zur Veröffentlichung angeboten wurden.

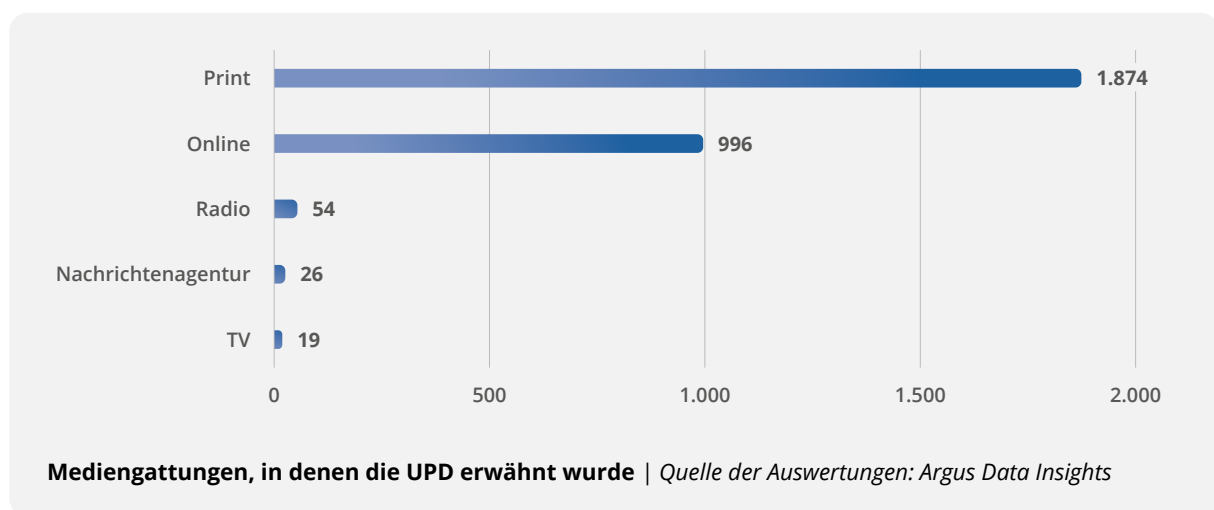
Im Bereich Social Media hat die UPD im Vergleich zu 2020 ihre Präsenz weiter ausgebaut: Auf Facebook konnte mit insgesamt 121 Beiträgen (Vorjahr: 112 Beiträge) und einem Ausbau der Follower-Anzahl auf 7.423 (Vorjahr: 4.519 Follower) die Reichweite auf fast 464.000 Nutzerinnen und Nutzer gesteigert werden, was mehr als einer Verfünffachung der Reichweite im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Der Twitter-Account der UPD richtet sich dagegen eher an die Fachöffentlichkeit und konnte seine Followerschaft auf 882 erhöhen (Vorjahr: 600 Follower).



Von Behandlungsfehler bis Widerspruch – Erwähnungen der UPD in den Medien

Insgesamt erwähnten im Berichtsjahr 2.969 Publikationen die UPD (2020: 4.429 Publikationen). Der Rückgang erklärt sich vor allem mit der fast komplett ausgefallenen lokalen Berichterstattung im Zuge der coronabedingt ausgesetzten Mobiltouren und geschlossenen regionalen Beratungsbüros. Darüber hinaus wurde die Beratungshotline der UPD während der ruhigeren Phasen der Pandemie im Zuge der medialen Berichterstattung über die Corona-Pandemie seltener genannt.

Print-Medien lagen weiter an der Spitze, wenn sie die UPD auch seltener als im Vorjahr erwähnten (2021: 1.874 Erwähnungen; 2020: 3.125 Erwähnungen), gefolgt von Online-Medien (2021: 996 Erwähnungen; 2020: 3.125 Erwähnungen). Zugelegt haben Beiträge in Nachrichtenagenturen (2021: 26 Beiträge; 2020: 19 Beiträge).

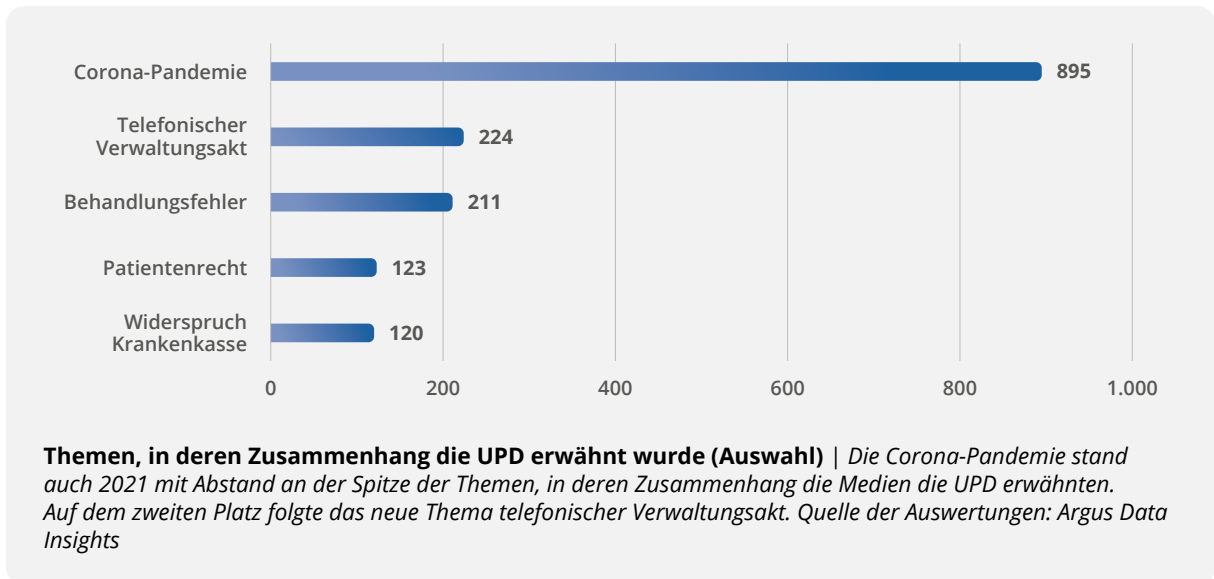


Am häufigsten wurde die UPD auch 2021 in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie genannt. Hinzu kommen Dauerbrennerthemen wie Widersprüche, wenn Krankenkassen Leistungen

ablehnen, Behandlungsfehler und Patientenrechte. Verstärkte Aufmerksamkeit bekam das Thema des telefonischen Verwaltungsakts durch Krankenkassen – das heißt, dass die Kassen Entschei-

dungen wie die Ablehnung einer Leistung mündlich per Telefon mitteilen. Dieses Thema platzierte die UPD über kritische Veröffentlichungen in der Öffentlichkeit. Es wurde daraufhin unter anderem von Nachrichtenagenturen wie der dpa mit in die Berichterstattung aufgenommen.

Die häufige Erwähnung der UPD in der Presse zeigt: Die UPD ist mittlerweile vielen Medien auf lokaler, regionaler und Bundesebene als potenzielle Anlaufstelle für ratsuchende Menschen und als fachlich kompetente Institution bekannt.



UPD war selbst Gegenstand der Berichterstattung

Aufgrund der auch öffentlich geführten Debatte um die Zukunft und Weiterentwicklung der UPD in 2021, der im Sommer getroffenen politischen Vorentscheidung und der Erwähnung der UPD im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung war auch die UPD selbst wieder Gegenstand der Berichterstattung, vor allem in diversen Fachmedien (737 Veröffentlichungen; Vorjahr: 447 Veröffentlichungen). Inhaltlich ging es dabei vor allem um die Diskussion um eine Verstetigung oder

eine Neuausschreibung der UPD und die Frage, in welcher Form und mit welchem Trägermodell eine Verstetigung erfolgen kann. Letztere Frage rückte vor allem in den Vordergrund, nachdem der Bundestag im Sommer die aktuelle Förderperiode der UPD um ein Jahr bis Ende 2023 verlängerte, damit mehr Zeit für die Entwicklung sowie die politische und organisatorische Umsetzung eines verstetigten Modells zur Verfügung steht.

Pandemiebedingt kaum lokale und regionale Berichterstattung

Negativ auf die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wirkte sich wie im Vorjahr aus, dass die UPD-Beratungsmobile ihre Touren coronabedingt ganzjährig einstellen mussten und lokale und regionale Medien damit keine Beratungstouren ankündigen oder über diese berichten konnten. Auch die 30 regionalen Beratungsbüros der UPD blieben, mit wenigen temporären Ausnahmen, aufgrund der Pandemie das Jahr über geschlossen. Vor der Pandemie waren die Angebote der regionalen

Beratungsbüros und vor allem die Mobiltouren für lokale Medien ein Anlass, nicht nur über den Stopp des Mobils auf dem heimischen Rathaus- oder Marktplatz, sondern auch allgemein über das Beratungsangebot der UPD sowie relevante Gesundheitsthemen zu berichten. Damit trugen sie dazu bei, die UPD den Menschen vor Ort näherzubringen und sie bekannter zu machen (2021: keine Berichte über die UPD-Mobile; 2020: 168 Berichte; 2019: 447 Berichte).

2

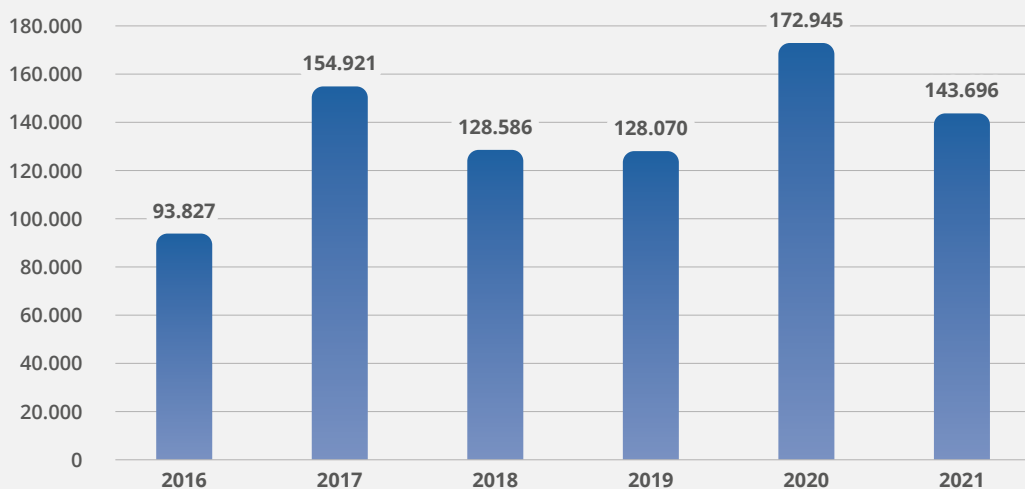
DIE BERATUNG IN ZAHLEN



Rund 460 Beratungen täglich

Die Hauptaufgabe der UPD ist es, Menschen zu Fragen rund um ihre gesundheitliche Versorgung zu beraten. Etwa 144.000 Beratungen hat das UPD-Team im Jahr 2021 dokumentiert. Das sind knapp 30.000 Beratungen weniger als im

Jahr 2020, was vor allem auf einen Rückgang der Corona-Beratungszahlen gegenüber dem Vorjahr zurückzuführen ist. Gleichzeitig sind es rund 15.000 Anfragen mehr als in den letzten beiden Jahren vor der Pandemie.



Beratungszahlen im Jahresvergleich 2016–2021 | Im Vergleich zu dem Rekordjahr 2020 sind die Beratungszahlen zurückgegangen, aber noch immer auf hohem Niveau.

Die meisten Beratungen betrafen rechtliche Fragen

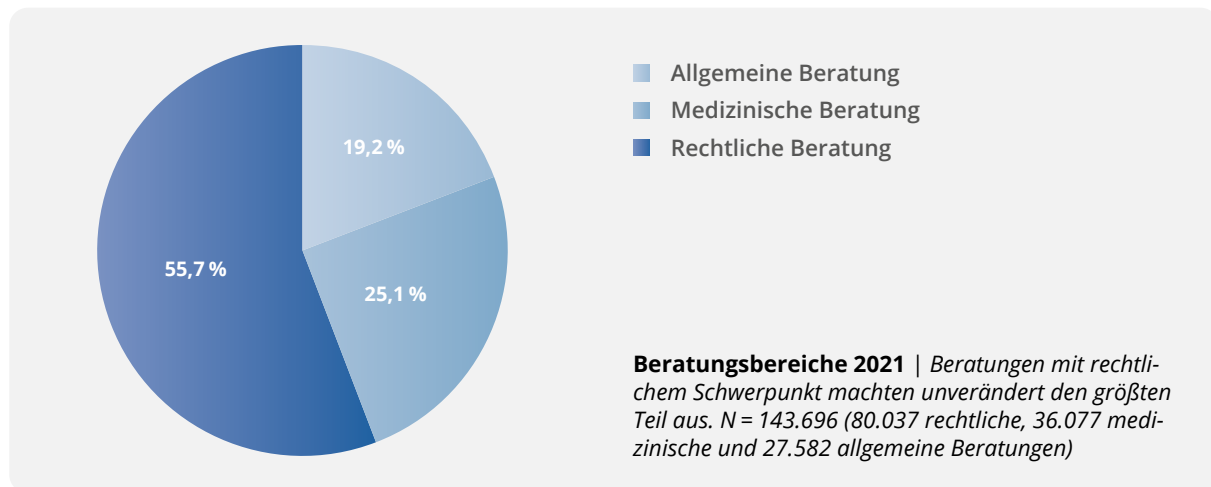
Für die Statistik erfassen die Beraterinnen und Berater, ob es sich schwerpunktmäßig um rechtliche oder medizinische Anfragen handelt – auch

wenn viele Fragen beide Aspekte berühren. 2021 gab es rund 80.000 rechtliche, 36.000 medizinische und 27.500 allgemeine Beratungen.⁴ Die prozentuale Verteilung ist im Vergleich zum Vorjahr weitgehend gleich geblieben: rund 55 Prozent rechtliche Beratungen, 25 Prozent medizinische Beratungen und 20 Prozent allgemeine Beratungen.



Der vergleichsweise hohe Anteil allgemeiner Beratungen erklärt sich daraus, dass die UPD in der Pandemie stärker noch als sonst ihre Lotsenfunktion wahrnimmt und auf andere Beratungseinrichtungen verweist – zum Beispiel auf die Corona-Hotlines der Bundesländer bei Fragen zu länderspezifischen Regelungen.

⁴ Als allgemeine Anfragen werden alle Fragen erfasst, bei denen die UPD keine fachlichen Informationen oder Beratungen gibt, sondern im Sinne ihrer Lotsenfunktion an andere zuständige Institutionen verweist. Auch Fragen zum Beratungsangebot, zu den Servicezeiten oder der Organisation der UPD werden unter allgemeinen Anfragen erfasst.



Schwerpunkte rechtlicher Beratungen

Insgesamt gut 80.000 Beratungen hatten einen rechtlichen Schwerpunkt. Das sind etwa 13.000 Beratungen weniger als im vergangenen Jahr (2021: 80.037 Beratungen; 2020: 93.851 Beratungen). Der prozentuale Anteil ist nahezu unverändert bei ca. 55 Prozent (2021: 55,7 Prozent; 2020: 54,3 Prozent).

Die rechtlichen Beratungen umfassen vor allem folgende Bereiche:

- 1.** Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern (rund 30.000 Beratungen). Das Thema lag mit Abstand auf Platz eins in der rechtlichen Beratung. Die Anfragen betrafen eine Vielzahl meist abgelehnter Leistungen bei unterschiedlichen Kostenträgern (siehe unten).
- 2.** Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten (knapp 16.000 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. Beratungen mit rechtlichem Schwerpunkt rund um die Corona-Pandemie (knapp 13.000 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).

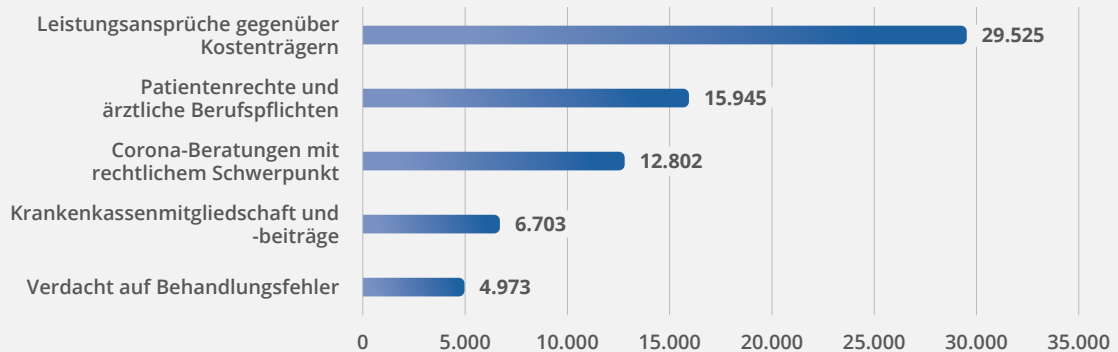
4. Krankenkassenmitgliedschaft und -beiträge (rund 6.700 Beratungen). In diesem Bereich geht es zum Beispiel um Statusfragen zur Versicherung, Krankenkassenwechsel, die Rechtmäßigkeit der Beitragserhebung oder das Vorgehen bei Beitragsschulden (siehe Kapitel 4.7.2).

5. Verdacht auf Behandlungsfehler (rund 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).



„*Insbesondere Menschen mit schweren Erkrankungen oder Pflegebedarf werden auf dem Weg zu Leistungen der Kranken- und Pflegekasse nach wie vor Hürden in den Weg gestellt. Das darf auch in der Corona-Pandemie nicht untergehen. Unsere Aufgabe ist es, Betroffenen das passende Rüstzeug zu geben und auch solche Themen in Politik und Gesellschaft wieder in den Fokus zu rücken.*“

Heike Morris
Juristische Leiterin

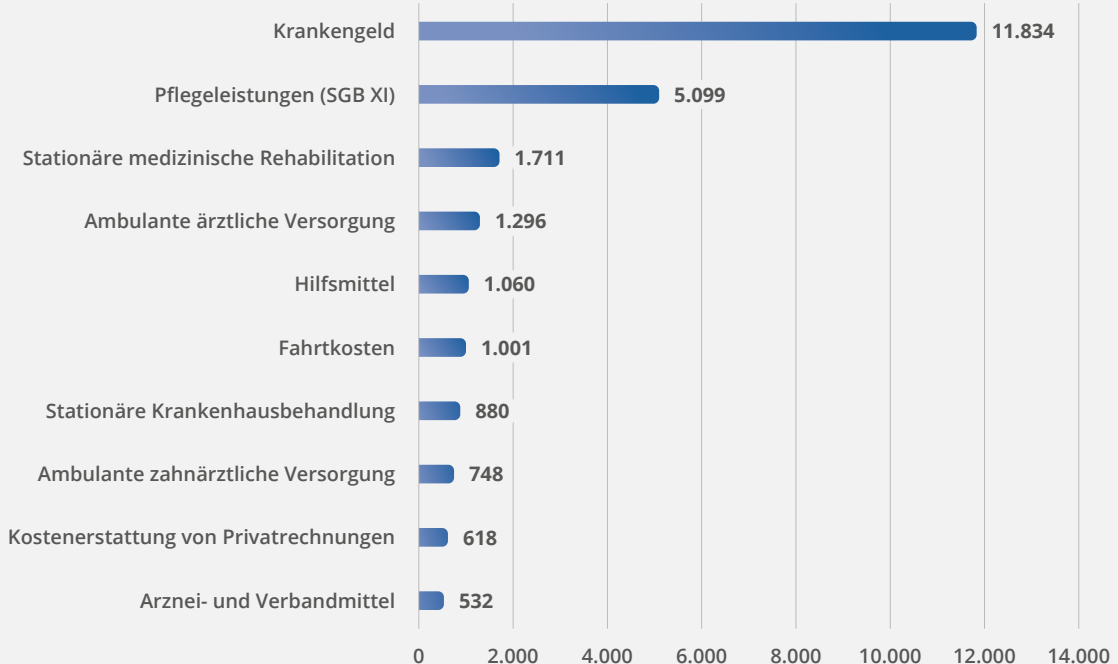


Die fünf häufigsten rechtlichen Beratungsthemen | Beratungen zu Leistungsansprüchen machten rund 40 Prozent aller rechtlichen Beratungen aus (2.176 Beratungen sind als Mehrfachnennung den Corona-Beratungen mit rechtlichem Schwerpunkt und einem weiteren aufgeführten Themengebiet zugeordnet).

Krankengeld weiterhin größtes Beratungsthema bei Leistungsansprüchen gegen Kostenträger

Leistungsansprüche gegen Kostenträger stellen den größten Themenblock in der rechtlichen Beratung dar (2021: 29.525 Beratungen; 2020: 36.716 Beratungen). Die Anfragen betrafen Leistungen der Krankenkassen, aber auch anderer

Kostenträger wie den Pflegekassen. An der Spitze lagen wie im Vorjahr die Beratungsthemen Krankengeld (siehe Kapitel 4.7.1), pflegerische Versorgung (siehe Kapitel 4.11) und stationäre medizinische Rehabilitation (siehe Kapitel 4.13).



Die häufigsten Themen im Bereich Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern | Wie in den Vorjahren standen Fragen zum Thema Krankengeld, zur pflegerischen Versorgung und zur stationären medizinischen Rehabilitation im Vordergrund.

Schwerpunkte medizinischer Beratungen

Im Jahr 2021 gab es insgesamt rund 36.000 Beratungen zu medizinischen Themen. Das sind etwa 8.000 Beratungen weniger als im Vorjahr, der prozentuale Anteil blieb mit rund 25 Prozent etwa gleich (2021: 36.077 Beratungen, 25,1 Prozent; 2020: 44.789 Beratungen, 25,9 Prozent). Abgenommen haben vor allem die Beratungszahlen rund um das Thema Corona, während psychosoziale Beratungen zugenommen haben.

Die medizinische Beratung umfasst sechs große Bereiche:

- 1.** Beratungen mit medizinischem Schwerpunkt rund um die Corona-Pandemie (über 15.000 Beratungen). Im zweiten Jahr der Pandemie zeigte sich weiterhin Beratungsbedarf zur COVID-19-Erkrankung selbst (Symptome, Prognose, Schutzmaßnahmen) – insbesondere jedoch zu medizinischen und pharmakologischen Fragen rund um die Impfung (siehe Kapitel 3 und 4.5).
- 2.** Anfragen in den medizinischen Fachgebieten (knapp 8.000 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

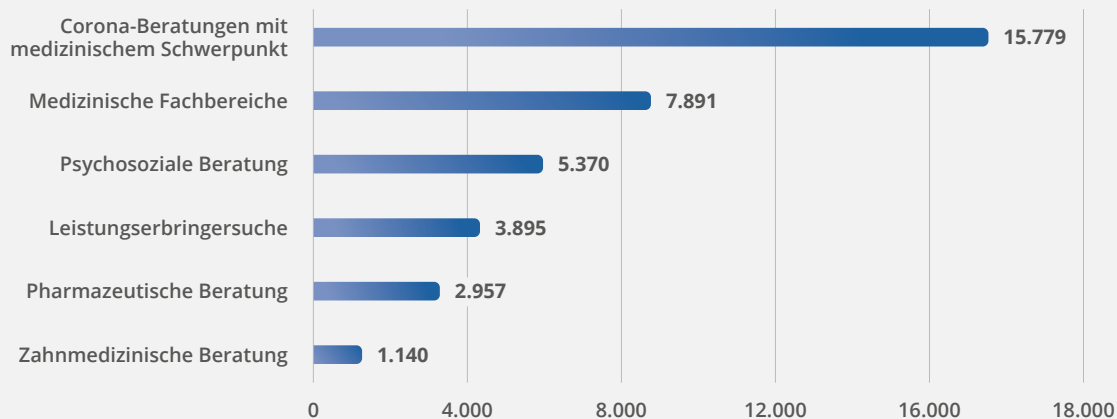
Fachgebieten erfasst. Eine Aufstellung nach Fachgebieten und ICD-Codes bietet das Kapitel 4.14.

- 3.** Die psychosoziale Beratung (über 5.000 Beratungen). Die Zahl psychosozialer Beratungen ist im Berichtsjahr gestiegen, während es insgesamt und auch in den anderen medizinischen Bereichen weniger Beratungen gab. Dies ist vermutlich eine Folge der gesteigerten psychosozialen Belastungen durch die Pandemie (siehe Kapitel 4.12).

- 4.** Die Leistungserbringersuche (knapp 4.000 Beratungen). Dieser Bereich umfasst alle Fragen, bei denen Ratsuchende nach Arztpraxen, Kliniken, Psychotherapieplätzen und sonstigen Anlaufstellen im Gesundheitssystem suchen (siehe Kapitel 4.16).

- 5.** 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).

- 6.** Zahnmedizinische Themen (gut 1.000 Beratungen). Medizinische Fragen in diesem Bereich betreffen zum Beispiel Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen (siehe Kapitel 4.15).



Medizinische Beratungsbereiche einschließlich psychosozialer Beratung | Im zweiten Jahr der Pandemie dominierte weiterhin das Beratungsthema COVID-19 die medizinische Beratung. $N = 37.032$ (fehlende Angaben werden nicht abgebildet; bei 226 medizinischen Beratungen fehlt eine Themenzuordnung; 1.181 Beratungen sind als Mehrfachnennung den Corona-Beratungen und einem weiteren aufgeführten Fachgebiet zugeordnet)



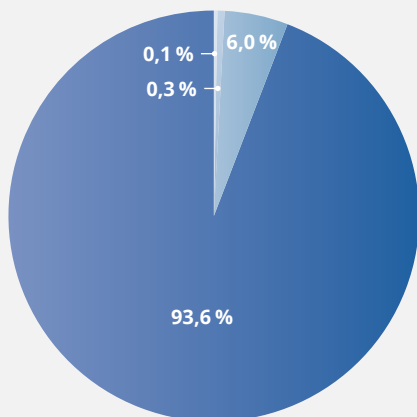
Beratungswege: fast immer telefonisch

Von den rund 144.000 Beratungen im Gesamtjahr entfielen über 134.000 auf telefonische Beratungen. Das Telefon war daher mit rund 94 Prozent weiterhin der mit Abstand häufigste Beratungsweg (2021: 134.583 telefonische Beratungen, 93,6 Prozent; 2020: 162.833 Beratungen, 94,2 Prozent).

In 8.642 Fällen stellten Ratsuchende ihre Fragen an die UPD online über die UPD-Website. Der Anstieg aus dem Vorjahr hat sich damit fortgesetzt (2020: 8.479 Beratungen; 2019: 7.537 Online-Beratungen). Mit rund 6 Prozent aller Beratungen war die Online-Beratung damit der zweithäufigste Beratungsweg (2020: 4,9 Prozent).

Die regionalen Beratungseinrichtungen waren aufgrund der Pandemie im Berichtsjahr fast durchgehend geschlossen – dort gab es insgesamt nur 86 Beratungen (0,1 Prozent). Die Touren der UPD-Beratungsmobile sind pandemiebedingt komplett entfallen. 2020 gab es in den regionalen Beratungsstellen und in den Mobilien zusammen 1.255 Beratungen (0,7 Prozent), in den Jahren zuvor waren es deutlich mehr (2019: 4.265 Beratungen, 3,4 Prozent).

Nur sehr wenige Ratsuchende wählten den Postweg (2021: 385 Beratungen; 2020: 378 Beratungen).



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

Beratungswege | *Wie in den Vorjahren erfolgten die allermeisten Beratungen telefonisch. Die UPD-Mobile fielen im Berichtsjahr komplett weg, und auch die regionalen Beratungsbüros waren pandemiebedingt mit kurzen Unterbrechungen geschlossen. N = 143.696*

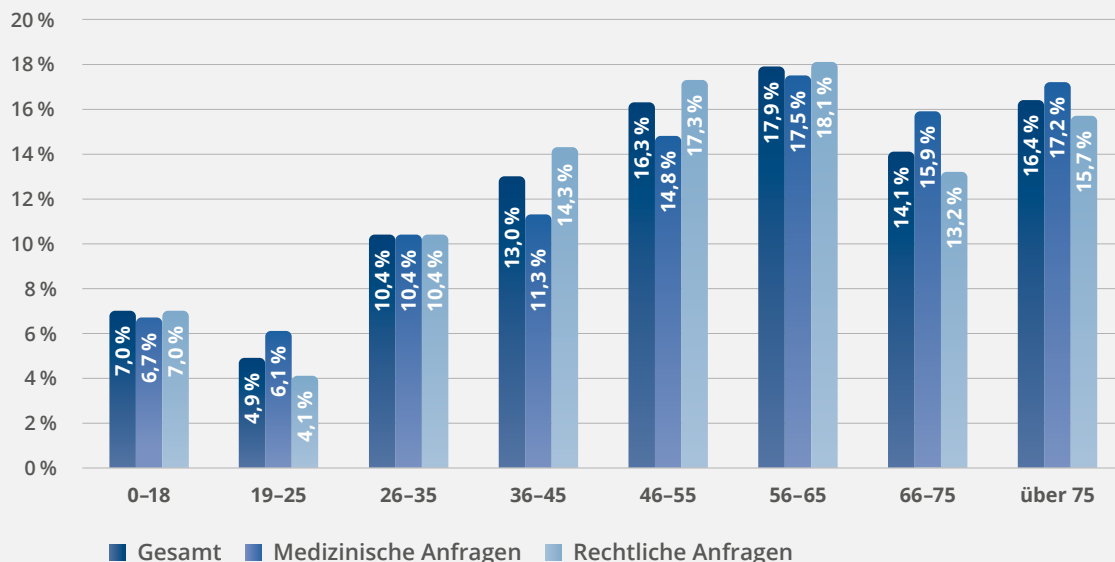
Heterogene Zielgruppe

Das Beratungs- und Informationsangebot der UPD richtet sich an alle Menschen, die Unterstützung im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Versorgung benötigen. Dies gilt unabhängig davon, ob oder wie sie versichert sind und ob sie krank oder gesund sind. Dabei werden nicht nur Betroffene beraten, sondern – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben – auch Angehörige oder Personen aus dem sozialen Umfeld.

Die Zielgruppe der UPD zeichnet sich durch große Heterogenität aus. Das Angebot richtet sich insbesondere auch an vulnerable Zielgruppen, die aufgrund ihrer Lebenssituation Schwierigkeiten haben, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden oder sich für ihre Patientenrechte einzusetzen. Zu den Personen, bei denen ein Risiko für eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz besteht, zählen zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund, geringem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, chronischer Krankheit und höherem Alter.⁵

Die Beraterinnen und Berater erfassen bei jeder Beratung anonymisiert statistische Daten der Ratsuchenden. In den Hochphasen der Pandemie wurde zeitweise darauf verzichtet, diese Angaben abzufragen, um Wartezeiten zu verkürzen und mehr Anrufe bearbeiten zu können. Die statistischen Daten aus dem Jahr 2021 sind – wie im Vorjahr – nicht vollständig, können aber dennoch eine Übersicht darüber geben, von welchen Personengruppen das Angebot genutzt wurde.

Wie in den vergangenen Jahren haben auch 2021 mehr Frauen die Beratung in Anspruch genommen als Männer – rund zwei Drittel der Ratsuchenden sind weiblich. Die meisten Ratsuchenden sind in den Altersgruppen ab 46 Jahren. In der Altersgruppe 19 bis 25 Jahre überwiegen die medizinischen Themen, Ratsuchende zwischen 36 und 65 haben vor allem rechtliche Fragen, und bei Menschen ab 66 Jahren stehen wieder medizinische Fragen im Vordergrund.

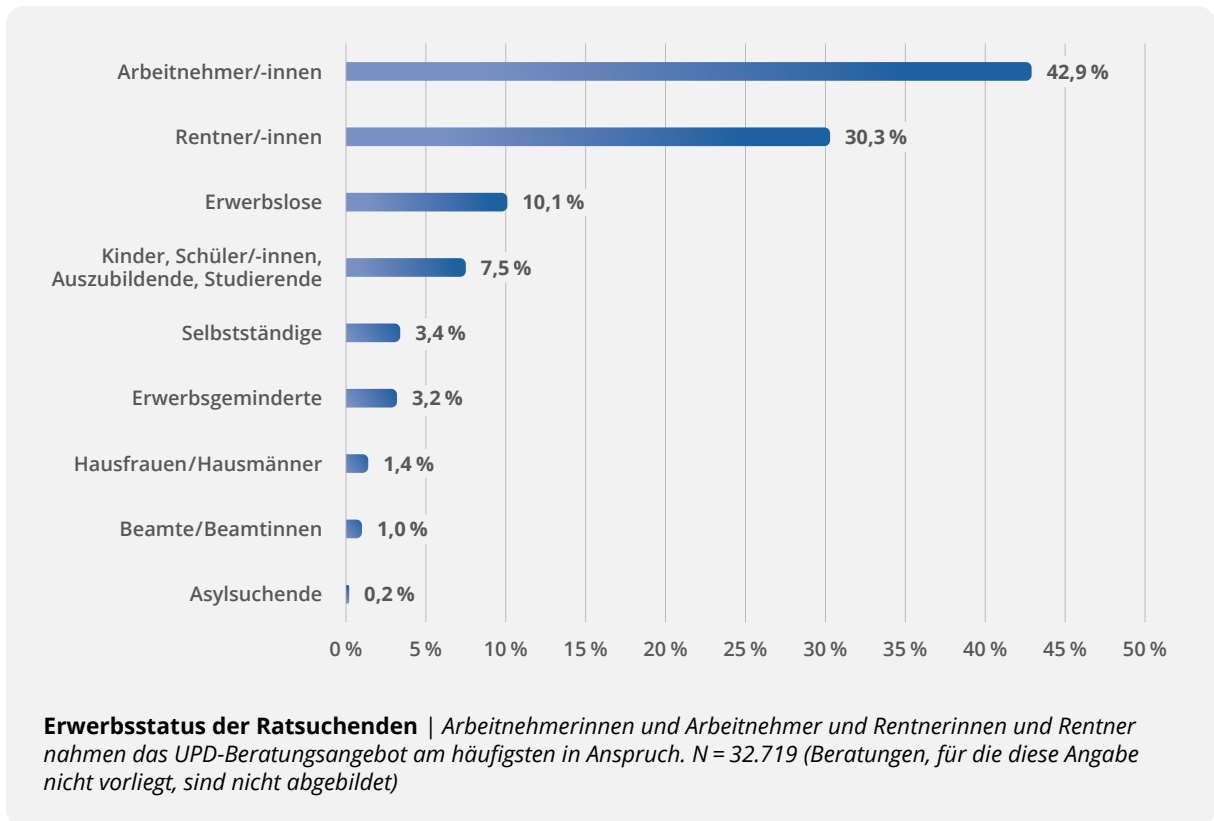


Altersverteilung der Ratsuchenden | In der Altersgruppe zwischen 36 und 65 überwogen rechtliche Fragen, während bei Ratsuchenden ab 65 Jahren medizinische Fragen im Vordergrund standen. Gesamt N (medizinische, rechtliche und allgemeine Anfragen) = 39.325; medizinische Anfragen N = 12.365; rechtliche Anfragen N = 23.633 (Beratungen, für die keine Altersangabe vorliegt, sind nicht abgebildet)

⁵ Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. *Health Literacy in the German population – results of a representative survey*. Deutsches Ärzteblatt International 2017; 114: 53-60

Rund drei Viertel aller Beratungen haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (ca. 43 Prozent) und Rentnerinnen und Rentner (ca. 30 Prozent)

in Anspruch genommen. Die drittgrößte Gruppe bildeten mit rund 10 Prozent Erwerbslose.

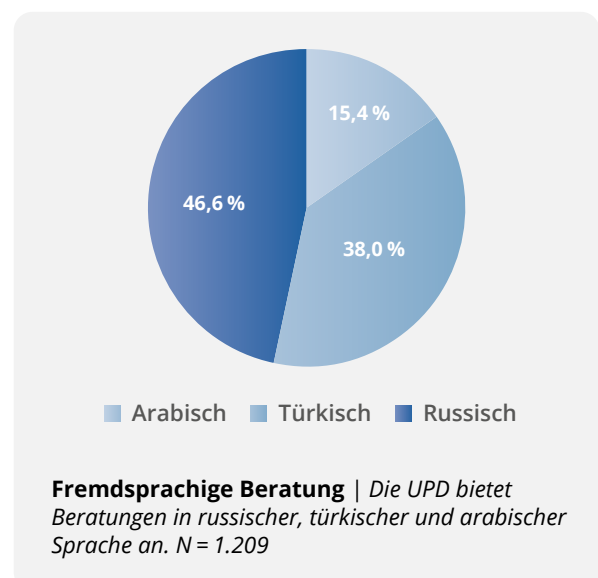


Fremdsprachige Beratungsangebote

Für Menschen, die mit der deutschen Sprache nicht oder nur wenig vertraut sind, stellt das Gesundheitswesen eine besondere Herausforderung dar. Die UPD bietet daher auch Beratungen auf Türkisch, Arabisch und Russisch an. Diese führen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkenntnissen durch oder die Beraterinnen und Berater schalten einen Dolmetscherdienst ein.

Die UPD hat 2021 1.209 fremdsprachige Beratungen durchgeführt (2020: 1.107 Beratungen). Den größten Anteil hatte mit rund 47 Prozent die russischsprachige Beratung. Anteilsmäßig ging die russischsprachige Beratung damit zurück (2020: 57,9 Prozent), während der Anteil türkischer und arabischer Beratungen gestiegen ist. Beratungen in türkischer Sprache machten 2021 38 Prozent

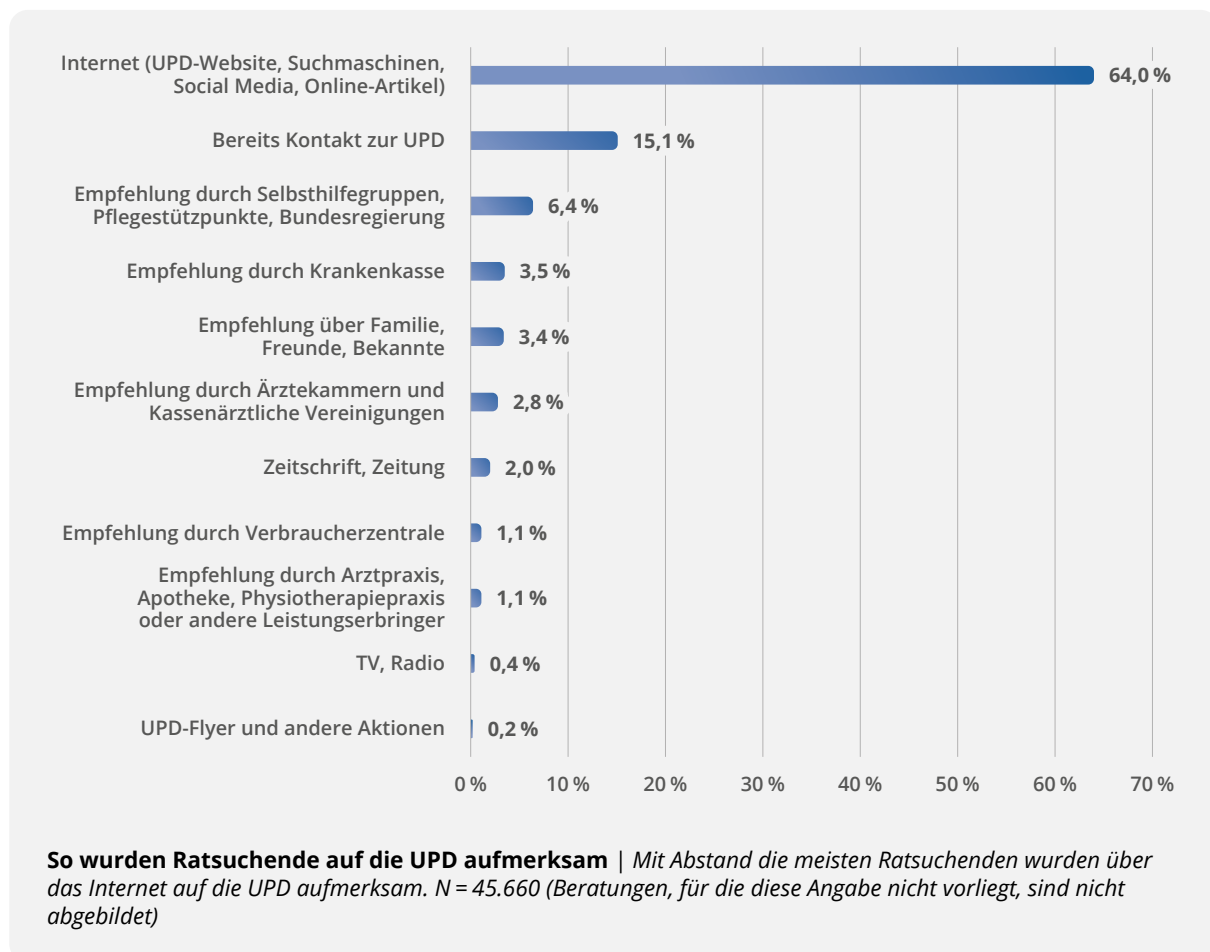
aus (2020: 32,6 Prozent), arabischsprachige Beratungen rund 15 Prozent (2020: 9,5 Prozent).



Ratsuchende wurden vor allem über das Internet auf die UPD aufmerksam

Wie in den Vorjahren wurden auch 2021 die meisten Ratsuchenden über das Internet auf die UPD aufmerksam (2021: 64 Prozent; 2020: 68 Prozent). Dabei spielt die umfangreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der UPD ebenso eine Rolle wie die vielen Verweise, die andere Informationsanbieter auf das UPD-Beratungsangebot geben. So weisen zum Beispiel das Nationale Gesundheitsportal gesund.bund.de und die Corona-Informationssseiten des Bundesministeriums für Gesundheit auf die UPD-Beratung hin.

Printmedien (Zeitschriften- und Zeitungsartikel) und TV- oder Radiobeiträge machten mit zusammen 3,4 Prozent nur einen sehr geringen Teil aus. 13,5 Prozent der Ratsuchenden kamen auf Empfehlungen – aus dem privaten Umkreis oder über andere Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen. 15,1 Prozent hatten bereits Kontakt zur UPD – eine Steigerung um 3,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr.



UPD als Lotse: Verweise auf andere Einrichtungen

Die UPD erfasst systematisch alle Verweise auf andere Institutionen, die sich im Laufe eines Beratungsgesprächs ergeben. 2021 haben die Beraterinnen und Berater der UPD bei rund 62 Prozent der Beratungen auf mindestens eine andere Einrichtung oder Institution im Gesund-

heitswesen verwiesen – insgesamt erfolgten fast 130.000 Verweise.

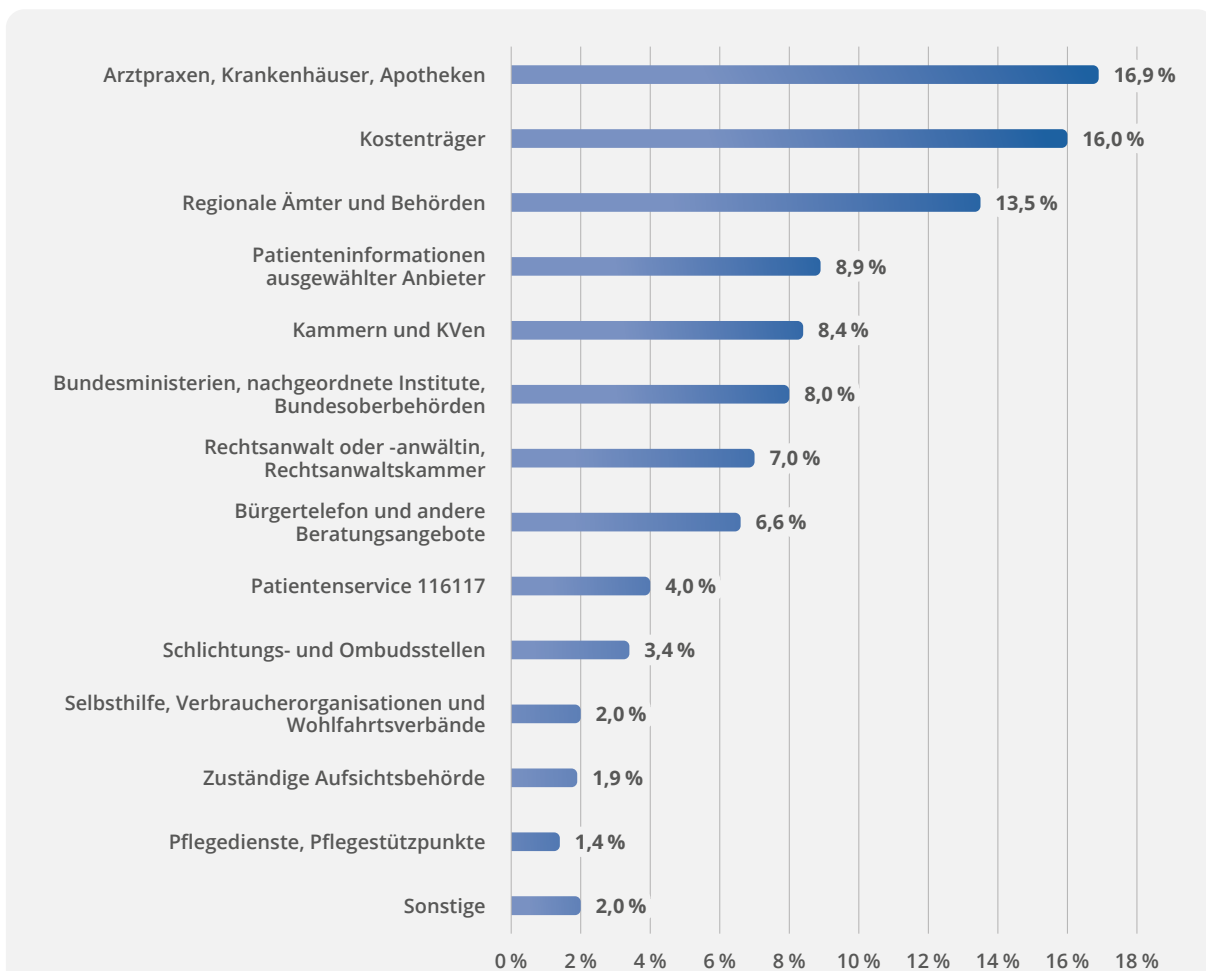
Häufig verweist das UPD-Team auf Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken, die in der Beratung als direkte Anlaufstellen für die individuelle

gesundheitliche Versorgung genannt werden. In vielen Fällen wurde auch auf die jeweiligen Kostenträger als Ansprechpartner zur Problemlösung hingewiesen. Regionale Ämter und Behörden, auf die coronabedingt im Berichtsjahr häufig verwiesen wurde, waren zum Beispiel die Gesundheitsämter und die Corona-Hotlines der Bundesländer.

Das sehr diverse Spektrum an Institutionen spiegelt die große Breite der UPD-Beratungsthemen wider: So erläutern die Beraterinnen und Berater bei Fragen nach geeigneten Arztpraxen oder Krankenhäusern beispielsweise die Suchmöglichkeiten der Weissen Liste und mögliche Auswahl-

kriterien für Kliniken oder Praxen. Bei vermuteten Behandlungsfehlern wird auf Einrichtungen wie die Schlichtungsstellen der zuständigen Landesärztekammern hingewiesen und zu Handlungsmöglichkeiten bei dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler beraten.

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 leistet damit auch auf diese Weise einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten in Deutschland.



Verweise auf andere Einrichtungen | Als Lotse im Gesundheitswesen verweist die UPD auf weiterführende Informationen oder Beratungsmöglichkeiten. In 88.477 Beratungen (62 Prozent) erfolgte mindestens ein Verweis. Zu den ausgewählten Patienteninformationen zählen zum Beispiel gesundheitsinformation.de, die Weisse Liste, gesund.bund.de und der IGeL-Monitor. N = 129.964 (Mehrfachnennungen möglich); KV: Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung

3 CORONA – DIE PATIENTENBERATUNG IM ZWEITEN PANDEMIEJAHR



Das Thema Corona hat auch 2021 die Beratung der UPD geprägt: Gut 37.000-mal hat die UPD in diesem Zusammenhang beraten. Zu den bereits bekannten medizinischen und rechtlichen Fragen rund um COVID-19 stieß 2021 das große Thema Impfen dazu. Wie im Vorjahr wandten sich Ratsuchende an die UPD-Beratung, weil sie durch die sich schnell ändernden Empfehlungen und Regelungen verunsichert waren. Dabei waren viele Fragen deutlich komplexer als 2020: Die rechtlichen Regelungen wurden zunehmend unübersichtlicher und medizinische, pharmakologische und epidemiologische Erkenntnisse wuchsen stetig an. Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die an der Versorgung beteiligten Akteure war es zunehmend schwierig, rechtliche Regelungen und medizinische Empfehlungen zu überschauen.

Bei vielen Fragestellungen konnte das UPD-Team Ratsuchenden mit Informationen weiterhelfen, sie zu Handlungsmöglichkeiten beraten oder zu den geeigneten Anlaufstellen für ihre Fragen lotsen. Wie auch im vergangenen Jahr bestand bei

vielen Ratsuchenden darüber hinaus großer Gesprächsbedarf, um ihr persönliches Schicksal, ihre Sorgen, ihren Unmut oder ihre Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung und im Alltag der Pandemie zu schildern. Auch die gesellschaftlichen Debatten und Spannungen rund um die Pandemie, die Corona-Maßnahmen und die COVID-19-Impfung fanden sich in den Anfragen an die UPD und in den Beratungsgesprächen wieder. Durch verständnisvolles Zuhören und gegebenenfalls psychosoziale Beratungen konnten die Beraterinnen und Berater viele Menschen in belastenden Situationen unterstützen.

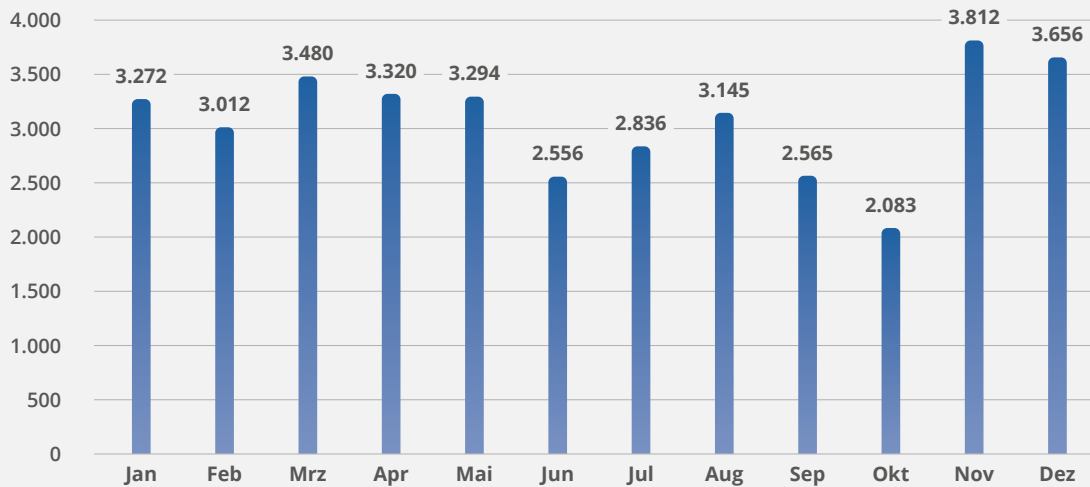
Über das Jahr verteilt gab die UPD regelmäßig Rückmeldung zu Problemlagen, die im Kontext der Pandemie in den Beratungen auffielen. Die bewährten Austauschrunden mit anderen Beratungseinrichtungen und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) wurden 2021 fortgeführt; darüber hinaus machte die UPD durch Pressemitteilungen auf Problemlagen aufmerksam.



Corona-Beratungszahlen

Gut 37.000-mal hat die UPD in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beraten. Das sind rund 15.000 Fragen weniger als im Vorjahr (2021: 37.031 Beratungen; 2020: 52.501 Beratungen). Insgesamt war die Beratungsnachfrage im gesamten Jahr auf hohem Niveau. Im Gegensatz zum Beginn der Pandemie zeigt sich im Jahresverlauf

2021 kein klarer Zusammenhang zwischen Pandemieverlauf und Beratungszahlen mehr. Der Beginn der vierten Pandemiewelle ging jedoch nach einer leicht rückläufigen Beratungsnachfrage im Oktober wieder mit einem deutlichen Anstieg im November und Dezember einher.



Anzahl der Corona-Beratungen im Jahresverlauf | Die Anfragen waren durchgehend auf hohem Niveau. Nach einem leichten Abfall im Sommer und Herbst nahmen die Beratungszahlen mit der vierten Pandemiewelle im November wieder zu. Insgesamt beriet die UPD 37.031-mal rund um Corona.

In Zusammenhang mit Corona dominierten die medizinischen Themen: Während nur etwa 25 Prozent der gesamten UPD-Beratungen einen medizinischen Schwerpunkt hatten (siehe Kapitel 2), lag der Anteil bei den Corona-Beratungen mit 42,6 Prozent deutlich höher. 34,6 Prozent der Corona-Beratungen hatten einen rechtlichen Schwerpunkt und 22,8 Prozent waren allgemeine Anfragen. Als allgemeine Anfrage dokumentiert die UPD Beratungen, bei denen keine fachliche

Beratung stattfindet. Im Zusammenhang mit Corona betraf das zum Beispiel Fragen zu regionalen Regelungen oder Themen außerhalb des Beratungsspektrums, wie zum Beispiel arbeitsrechtliche Fragen mit Pandemiebezug. In diesen Fällen gibt die UPD nur allgemeine Informationen und verweist auf geeignete Anlaufstellen wie die Corona-Hotlines der Bundesländer, Bürgertelefone oder Informationsangebote zuständiger Behörden.

Nutzerinnen und Nutzer der Corona-Beratung

Die Altersverteilung der Ratsuchenden zu Corona-Themen entsprach in etwa der Verteilung bei anderen Anfragen – mit einem leichten Überwiegen jüngerer Altersgruppen und der Altersgruppe 66 bis 75 Jahre bei den Corona-Beratungen. Auch die Aufschlüsselung nach Erwerbsstatus liefert ein ähnliches Ergebnis: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer waren mit rund 45 Prozent die stärkste Gruppe (Corona-Beratungen: 46 Prozent; Beratungen gesamt: 42,9 Prozent), gefolgt von Rentnerinnen und Rentnern (Corona-Beratungen: 30,7 Prozent; Beratungen gesamt: 30,3 Prozent).



Corona-Beratungsthemen

Die Beratungsthemen im Kontext der Pandemie umfassten auch 2021 ein sehr breites Spektrum an gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Zusammenfassend standen folgende große Themenkomplexe im Vordergrund:

- **COVID-19-Impfung:** In den meisten Corona-Beratungen des Jahres 2021 ging es um die Impfung gegen COVID-19 (über 19.000 Beratungen). Die neu zugelassenen Impfstoffe, wiederholt aktualisierte STIKO-Empfehlungen und sich ändernde gesetzliche Regelungen führten zu einer Vielzahl rechtlicher und medizinischer Fragestellungen. Ratsuchende wollten zum Beispiel wissen, wie wirksam und sicher die Impfstoffe sind, welche Nebenwirkungen auftreten können, welche und wie viele Impfungen in ihrer individuellen Situation empfohlen sind, wann sie als vollständig geimpft gelten und wer im Falle von Impfschäden haftet. Während Ratsuchende zum Anfang des Jahres vor allem nach Wegen suchten, schnellstmöglich eine Impfung zu bekommen, häuften sich zum Jahresende Fragen von Menschen, die Bedenken gegenüber der Impfung hatten. Die Beratungsthemen rund um die COVID-19-Impfung sind in Kapitel 4.5 ausführlich dargestellt.
- **Corona-Tests:** Der zweite große Themenkomplex waren Beratungen rund um Corona-Testverfahren (ca. 9.500 Beratungen). Hier standen insbesondere die Antigen-Tests im Vordergrund, die 2021 zunehmend in Testzentren, aber auch durch Laien eingesetzt wurden. Viele Fragen hatten Ratsuchende auch zur Aussagekraft von Antikörper-Tests und zu Anspruch und Zugang zu Corona-Testverfahren. Die Beratungen zu Corona-Tests bildet das Kapitel 4.14 genauer ab.
- **Reiseregulungen:** Rund 4.500-mal beriet das UPD-Team zu Reiseregulungen und -empfehlungen in der Pandemie. Ratsuchende wollten zum Beispiel wissen, ob sie sich bei Rückkehr aus ihrem Reiseland testen lassen oder in Quarantäne müssen, was bei Durchreisen gilt oder

was passiert, wenn das Robert Koch-Institut (RKI) ihr Zielland während des Aufenthaltes in eine andere Risikokategorie einstuft.

- **Quarantäne und Isolierung:** Die Fragestellungen der rund 4.500 Beratungen in diesem Bereich ähnelten denen aus dem Vorjahr: Medizinische Fragen drehten sich vor allem darum, wer, warum und wie lange abgesondert werden soll – insbesondere in akuten Situationen nach einem Risikokontakt oder wenn das zuständige Gesundheitsamt nicht erreichbar war. Juristische Fragestellungen betrafen vor allem Zuständigkeiten und Verwaltungsabläufe rund um die Absonderungsmaßnahmen und Entschädigungsregeln.

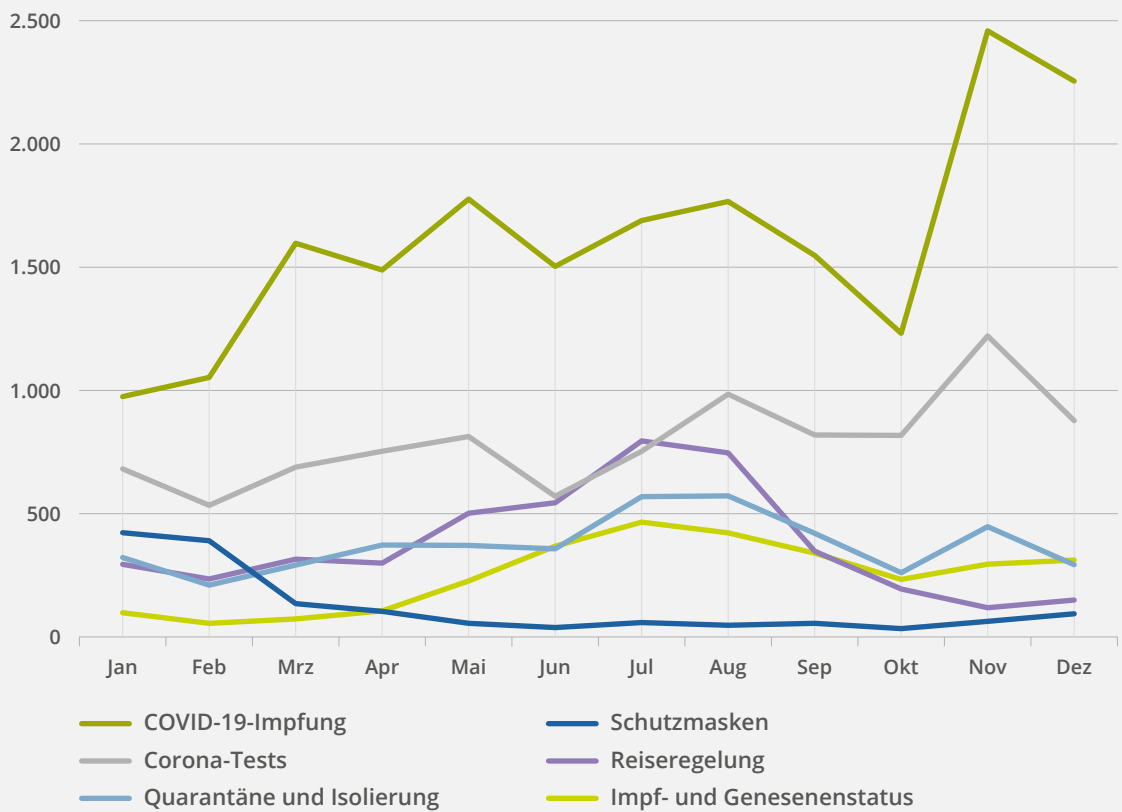


- **Impf- und Genesenenstatus:** Zu diesem Themenkomplex hat die UPD gut 600-mal beraten. Mit der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom Mai 2021 spielte der Status als genesene oder geimpfte Person in vielen Bereichen des täglichen Lebens eine wichtige Rolle. Ratsuchende wandten sich mit vielen Fragen zu den G-Regeln (2G, 2G+, 3G, 3G+) an die UPD. Auch diese Regelungen wurden im Laufe des Jahres zunehmend kompliziert und unterschieden sich regional. Eine besondere Rolle spielte in diesem Zusammenhang der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung: Ratsuchende berichteten zum Beispiel, dass Ungeimpften der Zutritt zu Arztpraxen verweigert wurde. Da Betroffene nicht immer auf andere Praxen ausweichen konnten oder wollten, war ihre medizinische Versorgung zum Teil nicht sichergestellt (siehe Kapitel 4.9).

- ☉ **Masken:** Zu Beginn des Jahres 2021 spielten Masken noch häufig eine Rolle in der Beratung, im Laufe des Jahres war das Thema stark rückläufig. Fragen betrafen zum Beispiel Fälschungen von Qualitätssiegeln und organisatorische Probleme bei der Ausgabe kostenloser Masken für Risikogruppen zum Jahresanfang (siehe Kapitel 4.8). Insgesamt gab es 2021 ca. 1.500 Beratungen zum Thema Schutzmasken.
- ☉ **Psychosoziale Belastungen:** In der Wahrnehmung der UPD-Beraterinnen und -Berater hat die psychosoziale Belastung der Ratsuchenden durch die Pandemie im Vergleich zum Vorjahr noch einmal deutlich zugenommen – das zeigen zum einen die gestiegenen Beratungszahlen in diesem Bereich, zum anderen waren die Gespräche häufig auch länger und emotionaler (siehe Kapitel 4.12).



- ☉ **Sonderregelungen für die ambulante Versorgung:** Ein weiteres wichtiges Beratungsthema waren die im Rahmen der Pandemie erlassenen Sonderregelungen, zum Beispiel zu telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Pflegebegutachtungen, Videosprechstunden oder Folgeverordnungen für Hilfsmittel. Ratsuchende benötigten Informationen zu den Regelungen und dazu, wo sie diese finden können – nach ihren Schilderungen wussten Leistungserbringer das oft selbst nicht.
- ☉ **Corona-Apps:** Mit der Corona-Warn-App und der CovPass-App spielten Apps erstmalig eine große Rolle in Zusammenhang mit gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen (siehe auch Kapitel 4.3). Ratsuchende wollten zum Beispiel wissen, wie sie mit Risikowarnungen per App umgehen sollen, oder meldeten sich bei Unklarheiten zu dem in der App abgebildeten Impf- oder Genesenenstatus.
- ☉ **Zugang zum Gesundheitssystem:** Die Pandemie beeinflusste auch andere Bereiche der Gesundheitsversorgung: So wandten sich zum Beispiel Betroffene an die UPD, wenn geplante Operationen abgesagt wurden oder wenn sie selbst aus Angst vor einer Infektion Bedenken hatten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dieses Thema prägte vor allem die erste Welle der Pandemie, trat aber mit steigenden Corona-Inzidenzen Ende 2021 erneut auf. Ratsuchende äußerten dabei 2021 zunehmend Unverständnis darüber, medizinisch gegenüber an COVID-19 Erkrankten zurückzustecken, die sich nicht impfen ließen.
- ☉ **Reha:** Auch Reha-Behandlungen waren in diesem Zusammenhang ein häufiges Thema. So meldeten sich zum Beispiel Ratsuchende, die eine Aufforderung zur Reha bekommen hatten, aber diese aus Angst vor einer Coronavirus-Infektion nicht antreten wollten. Diese Frage war für Ratsuchende unter Umständen existenziell, weil sonst Zahlungen eingestellt wurden.
- ☉ **Pflege:** Pflegebedürftige und ihre Angehörigen waren in besonderem Maße durch die Pandemie betroffen. Eine Übersicht über coronabezogene Fragen in diesem Zusammenhang, zum Beispiel zu Entlastungsbetrag und Besuchsregelungen, gibt das Kapitel 4.11.
- ☉ **Erkrankung und Verlauf:** Klinische Fragen zu Übertragung, Symptomen, Behandlungsmöglichkeiten und Risikofaktoren für einen schweren Verlauf spielten 2021 in der Corona-Beratung eine untergeordnete Rolle. Die meisten Fragen in diesem Zusammenhang betrafen 2021 Long COVID. Ratsuchende, die nach einer COVID-19-Erkrankung anhaltend unter Beschwerden litten, erkundigten sich zum Beispiel nach Behandlungsmöglichkeiten und hatten oft Schwierigkeiten, geeignete Anlaufstellen zu finden.



Ausgewählte Corona-Beratungsthemen im Jahresverlauf | Die Impfung gegen COVID-19 war über das gesamte Jahr das dominierende Thema, gefolgt von Fragen zu Corona-Tests.



FAZIT

Durch die Vielzahl der Beratungen und die interdisziplinäre Ausrichtung der UPD mit juristischer, sozialrechtlicher, medizinischer und psychologischer Fachkompetenz leistete die UPD auch 2021 einen wichtigen Beitrag dazu, Menschen zu unterstützen, die Herausforderungen durch die Pandemie zu bewältigen.

In der Beratung zeigten sich dabei auch positive Auswirkungen und Chancen, die die Pandemie für unser Gesundheitssystem mit sich bringt. So wurde die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangebracht, zum Beispiel in Hinsicht auf das Angebot von Videosprechstunden. Auch die coronabedingten Sonderregelungen wie die telefonische Krankschreibung waren für Ratsuchende oft hilfreich. Im Interesse der Patientinnen und Patienten wäre es wünschenswert, diese neuen Versorgungsprozesse auch nach der Pandemie beizubehalten.

Aus Beratungssicht verdeutlicht die Pandemie aber auch einige bekannte Problemlagen unseres Gesundheitssystems, auf die die UPD bereits in den vergangenen Jahren hingewiesen hat. Andere Aspekte sind spezifisch für die pandemische Situation und können eventuell Hinweise für die Bewältigung zukünftiger ähnlicher Ereignisse geben. Aus den Fragen und Nöten, die Ratsuchende in die Beratung eingebracht haben, lassen sich einige grundlegende Problemfelder ableiten.

⊗ **Uneinheitliche Kommunikation führte zu Verunsicherungen.** Erhebliche Schwierigkeiten bereitete den Ratsuchenden die uneinheitliche Kommunikation von Politik und wissenschaftlichen Einrichtungen wie der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Vielen Ratsuchenden waren die unterschiedlichen Aufgaben der Beteiligten nicht klar: Sie konnten nicht einordnen, was es zum

Beispiel bedeutet, wenn die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) einen Impfstoff zulässt, der Gesetzgeber einen Anspruch auf die Impfung formuliert, die STIKO aber die Impfung nicht empfiehlt. Aus Beratungssicht ist ein durchdachtes Kommunikationskonzept und eine einheitliche Kommunikation aller beteiligten Akteure in einer Pandemie erforderlich.

- ⊗ **Föderalismus erschwerte Information und Verständnis der Bevölkerung.** Viele Fragen bezogen sich auf regionale Regelungen, sodass die UPD lediglich auf die entsprechenden Länderhotlines verweisen konnte. Das war sowohl für die Beraterinnen und Berater als auch für die Ratsuchenden frustrierend. Inhaltlich war für Ratsuchende häufig nicht nachvollziehbar, warum in einem Bundesland andere Regelungen galten als in einem anderen. Die föderalistische Struktur und die zum Teil widersprüchlichen Regelungen verwirrten Ratsuchende. Sie schwächten außerdem das Vertrauen in die Maßnahmen, da Regelungen als willkürlich empfunden wurden. Aus Beratungssicht wäre es sinnvoll, verbindliche und bundesweit geltende Regelungen zu etablieren, die sich an nachvollziehbaren Kriterien orientieren.
- ⊗ **Empfehlungen und Regelungen waren auch für Profis oft unklar.** Rechtliche Regelungen waren häufig so komplex strukturiert und offen für verschiedene Auslegungen, dass die Beratung zur Rechtslage für die Volljuristinnen und -juristen der UPD eine Herausforderung darstellte. Medizinische Empfehlungen hinterließen auch bei den Ärztinnen und Ärzten der UPD häufig Fragezeichen. Die Anfragen von Ratsuchenden zeigten, dass es Leistungserbringern, Kostenträgern und anderen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten

ähnlich ging. Aus Beratungssicht wäre es wichtig, die Informationen gut verständlich zu formulieren. Darüber hinaus sollten sie über festgelegte Kanäle an die Beteiligten kommuniziert werden, damit diese schnell und zuverlässig alle neuen Informationen bekommen.

- ❖ **Anlaufstellen fehlten oder waren schwer erreichbar.** Der Zugang zur medizinischen Versorgung war in der Pandemie für viele Menschen erschwert. Die Versorgungsstrukturen schienen aus Beratungssicht auch im zweiten Pandemiejahr nicht ausreichend aufgebaut zu sein. Die Schwierigkeiten, spezialisierte Anlaufstellen in der ambulanten Versorgung zu finden, sind der UPD auch aus anderen Zusammenhängen bekannt. In der Pandemie fehlte es vor allem an Anlaufstellen für komplexe Fragen rund um die Impfung. Aber auch niedrigschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote waren nicht ausreichend vorhanden. Darüber hinaus haben Ratsuchende auch 2021 immer wieder berichtet, dass Arztpraxen, die Gesundheitsämter und der Patientenservice 116117 häufig schwer erreichbar waren. Die Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen im Falle einer Pandemie scheint in dieser Hinsicht aus Patientensicht verbesserungsbedürftig.
- ❖ **Patientenrechte müssen auch in der Pandemie gewährleistet sein.** Patientinnen und Patienten, die sich durch Regelungen in der Pandemie in ihren Rechten

eingeschränkt fühlten, hatten wenig Möglichkeiten, verfahrensrechtlich dagegen vorzugehen. Es gab keine Anlaufstellen oder geregelte Vorgehensweisen, um Anträge zu stellen oder Rechte prüfen zu lassen. Das galt zum Beispiel für die Impfpriorisierung, die Zuteilung kostenloser Masken oder bei Besuchsverboten im Krankenhaus. Aus Sicht der Patientenberatung ist es auch während einer Pandemie wichtig, entsprechende Verfahrensrechte auszuarbeiten, Betroffene mit stärkeren Rechten auszustatten und niedrigschwellige Unterstützungsangebote zur Wahrnehmung ihrer Rechte zu schaffen.

- ❖ **Gesundheits- und Risikokompetenz sind verbesserungsbedürftig.** Viele Menschen haben Schwierigkeiten, verzerrte, tendenziöse oder falsche Gesundheitsinformationen in der Presse oder in sozialen Medien einzuordnen und zuverlässige Informationsquellen zu erkennen. Die vielen Mythen und die reißerische Berichterstattung rund um die Corona-Pandemie haben dieses langjährig und auch aus anderen Zusammenhängen bekannte Problem 2021 eindrucksvoll verdeutlicht. Vielen Ratsuchenden fällt es darüber hinaus schwer, medizinische Risiken realistisch einzuordnen, zum Beispiel das Risiko einer Coronavirus-Infektion mit den Risiken der Impfung anhand belegter Daten zu vergleichen. Die in Deutschland vergleichsweise niedrige Impfquote ist vermutlich mit beiden Aspekten im Zusammenhang stehend zu sehen.



“ Die COVID-19-Impfkampagne hat unser Gesundheitssystem logistisch und kommunikativ stark herausgefordert. Für viele Menschen gab es Hürden beim Zugang zur Impfung. Wünschenswert wäre eine zeitnahe und umfassende Analyse der Kampagne, um insbesondere im Bereich Gesundheitskommunikation die nötigen Lehren zu ziehen und diese zu verbessern – nicht nur für künftige Pandemien! ”

Dr. med. Johannes Schenkel
Ärztlicher Leiter

4

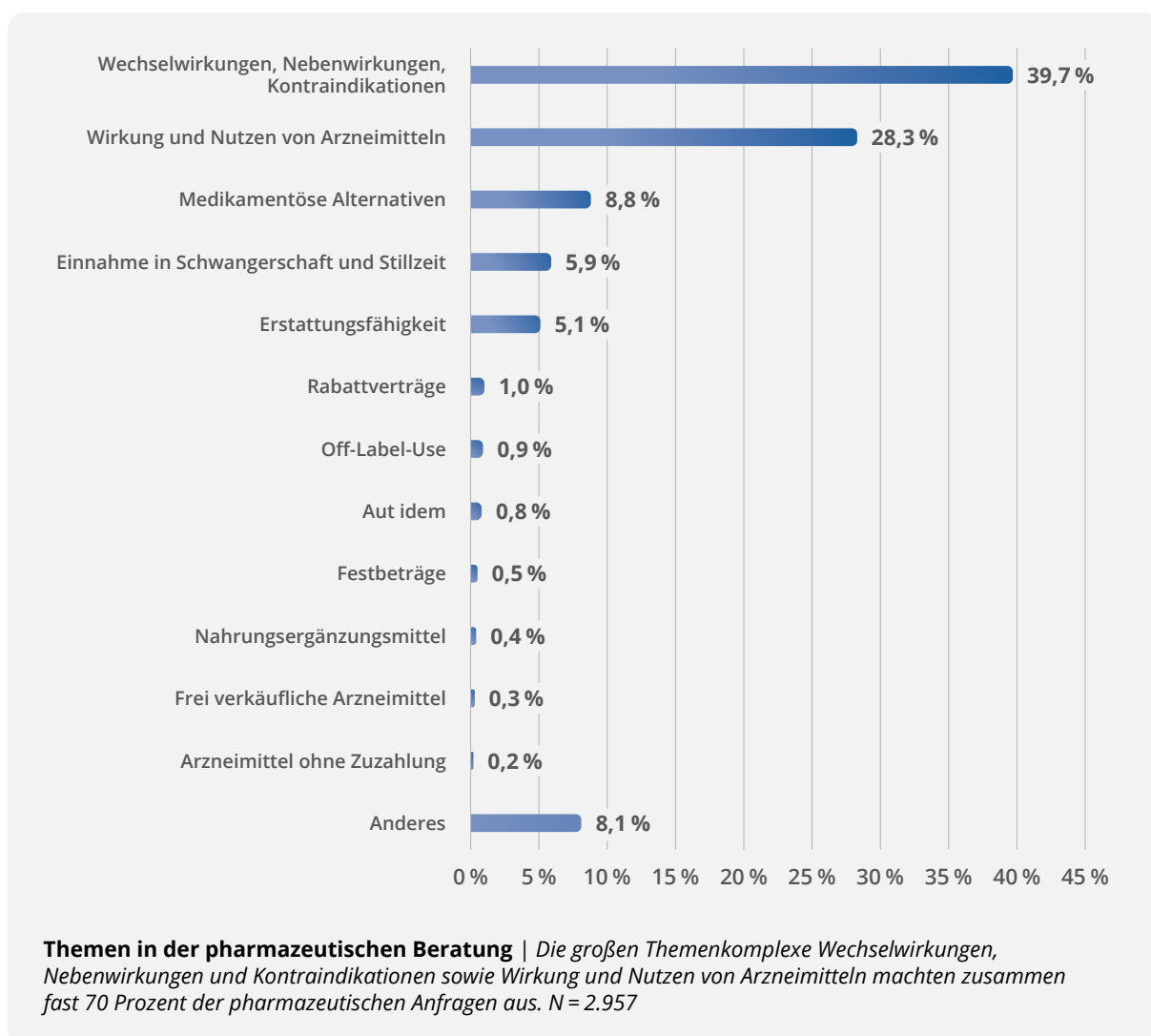
BERATUNGSTHEMEN A-Z



4.1 Arzneimittel und pharmazeutische Beratung

Im Berichtsjahr gab es knapp 3.000 Beratungen mit pharmazeutischem Schwerpunkt. Die meisten Beratungen betrafen Nebenwirkungen,

Wechselwirkungen und Kontraindikationen von Arzneimitteln.



Beratungszahlen nach Medikamentengruppen

Die häufigsten Fragen stellten Ratsuchende zu der Medikamentengruppe Antiinfektiva (994 Beratungen), zu der neben Antibiotika (109 Beratungen) die Impfstoffe (851 Beratungen) gehören. In Anbetracht der Corona-Pandemie verwundert es nicht, dass besonders viele Ratsuchende pharmazeutischen Beratungsbedarf zu Impfstoffen hatten (siehe auch Kapitel 4.5 und 3). Entsprechend stieg der Informationsbedarf zu der Medikamentengruppe der Antiinfektiva von knapp

25 Prozent im Jahr 2020 auf 38 Prozent im Berichtsjahr 2021.

Am zweithäufigsten erkundigten sich Ratsuchende nach Medikamenten für das Nervensystem, wie Arzneimittel gegen psychotische Erkrankungen, Depressionen oder Angststörungen. Danach folgten Beratungen zu Medikamenten, die auf das Herz-Kreislauf-System (kardiovaskuläres System) wirken.

ATC-Code	ATC-Bedeutung	Anteil an Gesamt (%)
J	Antibiotika zur systemischen Anwendung	38,0
N	Nervensystem	20,8
C	Kardiovaskuläres System	10,1
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	6,0
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	4,4
B	Blut und blutbildende Organe	3,7
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	3,3
M	Muskel- und Skelettsystem	2,8
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	2,5
V	Varia	2,4
R	Respirationstrakt	2,3
D	Dermatika	1,9
S	Sinnesorgane	1,5
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellentien	0,3

Häufig angefragte Medikamentengruppen | Bezeichnungen nach ATC-Klassifikation (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation). N = 2.619

DAUERTHEMA:

Arzneimitteltherapiesicherheit – Wechselwirkungen und Nebenwirkungen verunsichern Ratsuchende

Der Themenkomplex Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln war, wie in den letzten Jahren, weiterhin der häufigste Anlass für pharmazeutische Beratungen (2021: 1.174 Beratungen; 2020: 995 Beratungen).

Insbesondere Ratsuchende, die eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen, befürchten, dass sich die Medikamente gegenseitig beeinflussen. Auch aus Sorge um Wechselwirkungen mit der COVID-19-Impfung fragen viele Ratsuchende bei der UPD an. Zahlreiche Ratsuchende beklagen, dass bei der medikamentösen Versorgung durch mehrere Facharztgruppen niemand die gesamte Medikation im Blick hat. Dies ist mit der Sorge verbunden, dass insbesondere bei der Verordnung der Medikation durch mehrere Ärztinnen und Ärzte der Überblick verloren geht und Wechselwirkungen auftreten.

Das pharmazeutische Beratungsteam berät ratsuchende Menschen zu der jeweiligen Medikation und möglichen Wechselwirkungen und gibt Tipps, wie sie die Anpassung der Medikation mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten besprechen können. Auch die Bedeutung von übersichtlichen Einnahmeplänen wie dem bundeseinheitlichen oder dem elektronischen Medikationsplan ist Gegenstand der Beratung.

Andere Ratsuchende wenden sich aufgrund körperlicher Beschwerden an die UPD und fragen, ob ihre Medikamente diese Beschwerden verursachen. Sie möchten in diesen Fällen wissen, zu welchem Medikament sie wechseln können, um die Nebenwirkung zu vermeiden.

Das Beratungsteam informiert verständlich über Risiken und Nutzen von Arzneimitteln, erläutert

mögliche Nebenwirkungen und die Inhalte des Beipackzettels. Bei Verdacht auf Nebenwirkungen weisen die Beraterinnen und Berater auf die Möglichkeit hin, die Beschwerden bei der zuständigen

Behörde zu melden. Sie nennen gegebenenfalls medikamentöse Alternativen, die Ratsuchende anschließend mit ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt besprechen können.

DAUERTHEMA:

Warum müssen Patientinnen und Patienten Medikamente selbst bezahlen?

Patientinnen und Patienten müssen in der Apotheke häufig für ihre Medikamente Geld bezahlen. Das führte auch in diesem Berichtszeitraum zu einem hohen Beratungsaufkommen bei der UPD. Das Beratungsteam erläutert, warum diese Kosten entstehen und welche Handlungsmöglichkeiten die Ratsuchenden haben.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Arzneimittel nur, wenn sie wirtschaftlich und indikationsgemäß verordnet werden. Versicherte zahlen ab einem Alter von 18 Jahren eine gesetzliche Zuzahlung – in der Regel zwischen fünf und zehn Euro pro Medikament. Diese Regelung ist fast allen Betroffenen bekannt. Versicherte, die wenig Geld haben, können die Befreiung von der Zuzahlung beantragen.

Konflikte entstehen vor allem, wenn unerwartet über die gesetzliche Zuzahlung hinaus weitere Kosten anfallen. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe: Unter anderem können die Kosten für Medikamente die Festbeträge überschreiten, sogenannte Mehrkosten. In manchen Fällen handelt es sich um OTC-Medikamente (nicht verschreibungspflichtige Medikamente), die Patientinnen und Patienten in der Regel selbst bezahlen müssen.

Die Beraterinnen und Berater klären, was die zusätzlichen Kosten verursacht, und suchen mit den Ratsuchenden nach Alternativen. Immer wieder berichten Ratsuchende jedoch, dass sie erforderliche Medikamente nicht ohne Mehrkosten

bekommen. Im Berichtsjahr 2021 betraf dies zum Beispiel das Lithium-Präparat Hypnorex, weil Importpräparate nicht lieferbar waren und nur das teurere Originalpräparat verfügbar war.

Aus Sicht der UPD sollten Patientinnen und Patienten grundsätzlich die Festbetragsdifferenz nicht bezahlen müssen, wenn es keine geeigneten und günstigeren Alternativen für ein medizinisch notwendiges Medikament gibt. Dies ist bei bestehenden Rabattverträgen bereits der Fall. Eine einheitliche Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen vom April 2020⁶ auch in den Fällen, in denen keine Rabattverträge, aber Festbeträge bestehen, hat nun auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)⁷ in seinem Schreiben von Januar 2022 an die bundesunmittelbaren Krankenkassen eingefordert. Es sieht hierin ein Systemversagen und deshalb einen direkten Anspruch der Versicherten auf das teurere Medikament ohne weitere Mehrkosten. In den Fällen, in denen Versicherte die Differenz selbst gezahlt haben, rät das BAS, sich die Kosten von der Kasse erstatten zu lassen.⁸



⁶ § 129 Absatz 4c Satz 3 SGB V

⁷ 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.

⁸ [Rundschreiben des BAS vom 19. Januar 2022](#); Aktenzeichen: 211-5411.3-1982/2020

IM FOKUS:

Zusätze in Arzneimitteln beunruhigen Ratsuchende

“ Im Beipackzettel meiner Medikamente habe ich den Bestandteil Titandioxid gefunden. Das ist krebserregend und bereits in einigen Ländern, wie Frankreich, verboten. Nach Auskunft meiner Krankenkasse gibt es aber keine Medikamente ohne Titandioxid. Können Sie mir sagen, warum dieser gesundheitsschädliche Bestandteil bei uns immer noch erlaubt ist? ”

Das berichten Ratsuchende

Viele Ratsuchende wenden sich an die pharmazeutische Beratung der UPD mit Sorgen um Zusatzstoffe in Arzneimitteln. Sie befürchten zum Beispiel, dass der Hilfsstoff Titandioxid Krebs auslöst, und haben Angst um ihre Gesundheit. Sie

fragen auch, warum der Stoff in vielen Ländern verboten, aber in Medikamenten weiterhin zu finden ist. Ein anderer Zusatzstoff, nach dem sich Ratsuchende häufig erkundigen, ist Aluminium in Impfstoffen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erklären, dass sich Titandioxid sowohl in Nahrungsmitteln als auch in Medikamenten befindet. Sie erläutern den Unterschied zwischen Nahrungsmittelzusätzen und Hilfsstoffen in Arzneimitteln und warum es diesbezüglich unterschiedliche Regelungen gibt. Sie informieren über den aktuellen Wissensstand zu den Risiken von Titandioxid in Arzneimitteln und geben die Empfehlungen der EU-Behörden und

des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR)⁹ wieder. Zudem unterstützen die Beraterinnen und Berater Ratsuchende, gesundheitliche Risiken realistisch einzuordnen. Sie greifen die Ängste der Ratsuchenden auf, von denen Berichte über zusätzliche Stoffe in Lebens- oder Arzneimitteln oft als besonders bedrohlich wahrgenommen werden. Denn das gefühlte Risiko übersteigt das wissenschaftlich belegte Risiko meist erheblich.

Fachlicher Hintergrund

Hilfsstoffe in Arzneimitteln sind oft nötig, um den Wirkstoff in einer bestimmten Darreichungsform (zum Beispiel Filmtablette) zu verpacken. Ohne Hilfsstoffe wäre eine stabile und patientengerechte Einnahme vieler Wirkstoffe nicht möglich. Titandioxid (E171) wird in Medikamenten meist in kleinen Mengen als Lichtschutz in Überzügen verwendet.

gilt das ab 2022.¹⁰ Das Verbot beruht auf einer Untersuchung zu den gesundheitlichen Risiken von Titandioxid in Lebensmitteln und Kosmetika durch die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA).¹¹ Die Untersuchung ergab zwar keinen eindeutigen Beweis für ein erhöhtes Krebsrisiko, die Zweifel konnten aber auch nicht ausgeräumt werden.

Lebensmitteln, vorrangig Süßigkeiten wie Desserts und Kaugummis, wird zum Teil Titandioxid als Weißpigment zugefügt. In Frankreich ist Titandioxid in Lebensmitteln seit Januar 2020 verboten, für die gesamte europäische Union

In Arzneimitteln darf Titandioxid in allen europäischen Ländern weiterhin verwendet werden. Ein Verbot von Titandioxid in Arzneimitteln könnte zum jetzigen Zeitpunkt zu einem Versorgungsengpass führen, so die Europäische Arzneimittel-

⁹ Bundesinstitut für Risikobewertung. [Titandioxid – gibt es gesundheitliche Risiken?](#) 12.05.2021

¹⁰ Europäische Kommission. [Titandioxid soll als Zusatzstoff in Lebensmitteln ab 2022 verboten werden.](#) 08.10.2021

¹¹ European Food Safety Authority. [Titandioxid: E171 gilt bei Verwendung als Lebensmittelzusatzstoff nicht mehr als sicher.](#) 06.05.2021

Agentur (EMA).¹² Obwohl ein gesundheitliches Risiko nicht ausgeschlossen werden kann, wird Titandioxid in Lebensmitteln und in Arzneimitteln aus verschiedenen Gründen unterschiedlich bewertet: Die Menge an Titandioxid, die – je nach Ernährungsstil – durch Lebensmittel aufgenommen wird, kann um einiges höher sein als die kontrollierbare Menge, die über Arzneimittel aufgenommen wird. Zudem gibt es Titandioxid in unterschiedlichen Partikelgrößen. Die Forschenden vermuten eine gesundheitliche Auswirkung von Nanopartikeln (unter 100 nm). In Medika-

menten befindet sich der Stoff meist in größeren Partikeln (200–300 nm).¹³ Ob die Partikelgröße tatsächlich einen Einfluss hat, muss noch genauer untersucht werden. Auch die Kontrollmechanismen von Arzneimitteln und Lebensmitteln unterscheiden sich. Die Herstellung von Medikamenten erfolgt unter strengen Regeln, den sogenannten GMP-Richtlinien.¹⁴ Produktionsfirmen müssen dabei Hilfsstoffe benutzen, die Qualität, Sicherheit und Unbedenklichkeit der Arzneiform gewährleisten. Bei Lebensmitteln hat man diese Kontrollinstanzen nicht.

FAZIT

Die Angst vor der schädlichen Wirkung bestimmter Substanzen nimmt in der Öffentlichkeit und in den UPD-Beratungen viel Raum ein. Für Ratsuchende ist schwer nachvollziehbar, wieso Stoffe in Lebensmitteln verboten sind, aber in Arzneimitteln weiterhin enthalten bleiben – wie im Beispiel von Titandioxid.

Im Vergleich zu Lebensmitteln ist der Titandioxid-Gehalt in Arzneimitteln geringer, kontrollierbar und aufgrund größerer Partikel möglicherweise weniger gesundheitsschädlich. Daher ist die Substanz aktuell in Arzneimitteln noch erlaubt, in Lebensmitteln jedoch verboten. Die unterschiedlichen Regelungen

sind nachvollziehbar, für die meisten Patientinnen und Patienten aber schwer verständlich oder gar nicht bekannt.

Für Verbraucherinnen und Verbraucher ist eine objektive Risikokommunikation aller Beteiligten und der Presse wichtig. Gerade zu toxikologischen Fragen gibt es wenig frei verfügbare, verständliche und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen, obwohl in diesem Bereich bei vielen Menschen Verunsicherung und Ängste bestehen – nicht nur in Hinsicht auf Arzneimittel-Hilfsstoffe, sondern zum Beispiel auch in Zusammenhang mit umweltmedizinischen Fragen.¹⁵

4.2 Behandlungsfehler

Zum Thema Verdacht auf Behandlungsfehler hat die UPD im Jahr 2021 in knapp 5.000 Fällen beraten (2021: 4.973 Beratungen; 2020: 5.662 Beratungen).

Ratsuchende wenden sich an die UPD, wenn sie vermuten, von einem Behandlungsfehler betrof-

fen zu sein. Sie möchten wissen, wie und wo sie prüfen lassen können, ob es sich tatsächlich um einen Behandlungsfehler handelt und wie sie weiter vorgehen können. Das juristische Beratungsteam erläutert, was ein Behandlungsfehler ist und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um einen Schadensersatzanspruch gel-

¹² European Medicines Agency (EMA). [Final Feedback from EMA to the EU Commission request to evaluate the impact of the removal of titanium dioxide from the list of authorised food additives on medicinal products](#). 08.09.2021

¹³ Bundesinstitut für Risikobewertung. [Titandioxid – gibt es gesundheitliche Risiken?](#) 12.05.2021

¹⁴ GMP steht für Good Manufacturing Practice (Gute Herstellungspraxis). In Deutschland ist die Anwendung der Guten Herstellungspraxis bei der Herstellung von Arzneimitteln und Wirkstoffen in der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) geregelt.

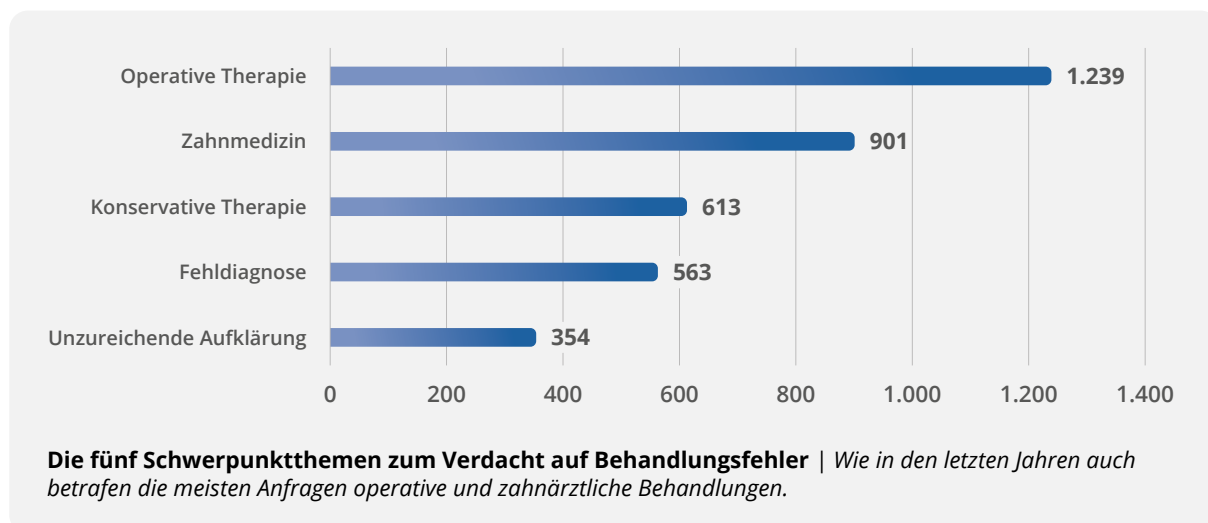
¹⁵ [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.15, Seite 101 ff.

tend zu machen. Das Team legt den Betroffenen Begutachtungsmöglichkeiten dar und erklärt die Verfahrensabläufe.

Die Situation ist für die Ratsuchenden oft sehr belastend. In den Beratungen geht es daher auch viel um die Ängste und Sorgen der Betroffenen, denn ein Behandlungsfehler kann nicht nur das aktuelle, sondern unter Umständen auch das zukünftige Leben der Betroffenen stark beeinflussen. Die Beraterinnen und Berater geben den Ratsuchenden durch empathisches Zuhören die Möglichkeit, ihre Nöte zu kommunizieren.

Wie auch in den vergangenen Jahren bezog sich der größte Teil der Beratungen auf operative Ein-

griffe. An zweiter Stelle standen – ebenso wie in den letzten Jahren – die Beratungen zu vermuteten Behandlungsfehlern bei der Zahnärztin oder beim Zahnarzt. Fehler in der konservativen Therapie und vermutete Fehldiagnosen haben die Plätze getauscht, liegen aber nach wie vor nah beieinander. Die Beratungen zum Thema unterlassene oder unzureichende ärztliche Aufklärung haben im Vergleich zum Vorjahr abgenommen. Sie gehören aber weiterhin zu den fünf Beratungsschwerpunkten im Bereich Behandlungsfehler, denn auch die fehlerhafte Aufklärung stellt einen solchen dar.



DAUERTHEMA:

Ärztinnen und Ärzte kommunizieren zu wenig

Die mangelhafte Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten ist in den Beratungen zu Behandlungsfehlern ständiges Thema. Ratsuchende beklagen sich häufig darüber, dass die Ärztin oder der Arzt nicht offen mit ihnen darüber gesprochen hat, wenn ein Fehler passiert ist. Sie sind deshalb frustriert und fühlen sich alleingelassen. Sie sehen oft keinen anderen Weg, als rechtliche Schritte gegen die Ärztin, den Arzt oder das Krankenhaus einzu-

leiten. Aus Beratungssicht könnten solche Rechtsstreitigkeiten viel häufiger vermieden werden, wenn eine offene und direkte Kommunikation zur Selbstverständlichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis würde. Ärztinnen und Ärzte sind außerhalb von Notsituationen nur dann verpflichtet, erkennbare Behandlungsfehler zu offenbaren, wenn die Patientin oder der Patient ausdrücklich nachfragt.¹⁶ Diese Regelung sorgt bei den Patientinnen und Patienten für großes Unverständnis.

¹⁶ § 630c Absatz 2 Satz 2 BGB

DAUERTHEMA:

Die Last mit der Beweislast

In der Regel muss derjenige, der von einem anderen Schadensersatz verlangt, sämtliche Voraussetzungen für das Vorliegen des Schadensersatzanspruches beweisen. Das gilt auch, wenn Schadensersatzansprüche aufgrund eines vermuteten Behandlungsfehlers geltend gemacht werden. Das bedeutet für Betroffene, dass sie grundsätzlich in der Pflicht sind zu beweisen, dass

- ☞ ein Behandlungsfehler vorliegt,
- ☞ beim Betroffenen ein Gesundheitsschaden eingetreten ist und
- ☞ der Fehler ursächlich für den Schaden gewesen ist.

Dieser Umstand ist für viele Ratsuchende schwer zu verstehen. Sie fühlen sich unterlegen und glauben, dass sie in einer rechtlichen Auseinandersetzung mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt bzw. einem Krankenhaus chancenlos sind. Insbesondere ist es häufig schwer nachzuweisen, dass der Fehler die Ursache für den Schaden gewesen ist.



IM FOKUS:

Behandlungsfehler in der Pflege

„*Meine Mutter (87) befindet sich in einem Pflegeheim. Aufgrund der Corona-Situation und weil wir weit entfernt wohnen, können wir sie nicht so oft besuchen. Als wir letztens dort waren, haben wir festgestellt, dass sie sich wund gelegen hat. Sie hat uns erzählt, dass sie das Pflegepersonal auf ihre Schmerzen angesprochen hat. Die reagieren aber meistens genervt und haben sich nicht darum gekümmert. Sollten wir rechtliche Schritte unternehmen? Steht meiner Mutter eventuell ein Schmerzensgeld zu?*“

Das berichten Ratsuchende

Häufig vermuten Ratsuchende fehlerhafte Behandlungen durch Pflegepersonal im Pflegeheim oder bei einem Pflegedienst. Hierbei geht es zum Beispiel um Mangelernährung, unzureichende Flüssigkeitsaufnahme, Wundliegen oder Medikationsfehler. Ratsuchende schildern ihren Eindruck, dass das Pflegepersonal oftmals überfordert ist. An die UPD wenden sich in der Regel die

Angehörigen, Betreuerinnen oder Betreuer oder Bevollmächtigte der Betroffenen. Sie fragen im Namen ihrer pflegebedürftigen Angehörigen, wie sie die Situation der oder des Pflegebedürftigen verbessern können, und prangern den Pflegenotstand an. Darüber hinaus möchten sie wissen, welche rechtlichen Möglichkeiten es gibt, gegen einen Pflegefehler vorzugehen.

So berät das UPD-Team

Zunächst versuchen die Beraterinnen und Berater herauszufinden, was das vordergründige Anliegen der Ratsuchenden ist. Wenn sich die pflegebedürftige Person in einem Heim befindet und das primäre Ziel ist, dass die Person in der Einrichtung verbleibt, aber besser betreut werden soll, raten die Beraterinnen und Berater zunächst, das Gespräch mit dem Pflegepersonal zu suchen. Wenn dies nicht hilft, sollten die Ratsuchenden sich an die Heimleitung wenden. Eventuell kann auch die Heimaufsicht eingeschaltet werden. Das Beratungsteam nennt den Ratsuchenden gegebenenfalls die zuständige Aufsichtsbehörde.

Für den Fall, dass die Ratsuchenden den Pflege-mangel dem Heim bereits angezeigt haben, dieser aber nicht beseitigt wird, weisen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden darauf hin, dass sie den Heimvertrag fristlos kündigen können. Dies sollten sie allerdings erst tun, wenn sie ein neues Pflegeheim gefunden haben. Das Beratungsteam gibt gegebenenfalls Tipps für die Suche nach einem neuen Heimplatz.

Insbesondere in den Fällen, in denen die oder der Pflegebedürftige nicht mehr in dem betroffenen Pflegeheim wohnt oder verstorben ist, wenden sich Angehörige mit der Frage nach möglichem Schadensersatz an die UPD. Sofern die Gesundheit der Pflegebedürftigen geschädigt wurde und eine Pflegeperson dafür verantwortlich ist, besteht unter Umständen ein Anspruch auf Schadensersatz. Dieser kann zum einen die erlittenen



materiellen Einbußen (zum Beispiel Umzugskosten) und zum anderen ein Schmerzensgeld umfassen.

Die Beraterinnen und Berater erläutern den Ratsuchenden, was ein Pflegefehler ist, sowie die Voraussetzungen, die vorliegen müssen, um einen Schadensersatzanspruch geltend zu machen. Sie erklären, dass die oder der Pflegebedürftige den Pflegefehler sowie den daraus entstandenen Schaden beweisen muss und wie sie oder er diesen Beweis führen kann. Abschließend machen die Beraterinnen und Berater auf die Verjährungsfrist aufmerksam und erläutern, dass Schadensersatzansprüche nach Ablauf dieser Frist in der Regel nicht mehr durchgesetzt werden können.

Fachlicher Hintergrund

Eine stationäre Pflegeeinrichtung ist – neben der Zurverfügungstellung von Wohnraum – verpflichtet, die vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen.¹⁷ Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner können aus wichtigem Grund, zum Beispiel aufgrund von

Pflegemängeln, den Pflegevertrag fristlos kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist.¹⁸

Ein Anspruch auf Schadensersatz setzt voraus, dass die Pflege fehlerhaft durchgeführt wurde

¹⁷ § 7 Absatz 1 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)

¹⁸ § 11 Absatz 3 WBVG

und die Pflegekraft dabei zumindest fahrlässig gehandelt hat. Zudem muss die oder der Pflegebedürftige aufgrund der fehlerhaften Behandlung einen körperlichen Schaden erlitten haben.

Ob die Pflege fehlerhaft durchgeführt wurde, lässt sich anhand von Expertenstandards beurteilen. Expertenstandards sind Instrumente, die unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und pflegepraktischer Erfahrungen detailliert beschreiben, wie pflegerisches Handeln in der ambulanten und stationären Pflege auszugestaltet ist.¹⁹ Sie sind für Pflegende verbindlich und sollen die Qualität in der Pflege sichern.²⁰ Wenn diese Standards nicht eingehalten wurden, liegt ein Pflegefehler vor, der die Haftung der Pflegeperson beziehungsweise des Pflegedienstes oder Pflegeheimes zur Folge haben kann.

Geschädigte können durch ein Sachverständigen Gutachten den Pflegefehler sowie den Kausal-

zusammenhang zwischen Fehler und Schaden feststellen lassen. Dieses gewährt eine erste Einschätzung und lässt einen Rückschluss auf mögliche Erfolgsaussichten vor Gericht zu. Ein solches Gutachten erhalten gesetzlich Versicherte kostenlos vom Medizinischen Dienst (MD).²¹ Das Gutachten wird anhand der Pflege- und Behandlungsdokumentation erstellt. Betroffene können ihre Unterlagen selbst beim Pflegedienst oder Pflegeheim anfordern. Alternativ können sie diese über den MD anfordern lassen. Sofern die Betroffenen privat pflegeversichert sind, gibt es für sie leider keine Möglichkeit, den vermuteten Pflegefehler kostenfrei begutachten zu lassen.

Schadensersatzansprüche verjähren grundsätzlich nach drei Jahren.²² Diese Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres zu laufen, in dem die oder der Pflegebedürftige erkrankt hat oder hätte erkennen können, dass die Pflegeperson bei der Pflege vom Pflegestandard abgewichen ist.

FAZIT

Die Anzahl der Beratungen zu vermuteten Pflegefehlern nimmt dem Eindruck des Beratungsteams nach kontinuierlich zu. In diesem Kontext bringen die Ratsuchenden auch oft den Personalmangel in der Pflege mit ins Spiel. Betroffene eines Pflegefehlers haben – im Vergleich zum ärztlichen Behandlungsfehler – weniger Möglichkeiten, diesen kostenfrei begutachten zu lassen. Betroffene eines ärztlichen Behandlungsfehlers können sich sowohl an den MD als auch an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der (Landes-) Ärztekammern wenden. Für Betroffene eines Pflegefehlers gibt es hingegen nur die Möglichkeit der Begutachtung durch den MD – und auch das nur, wenn sie gesetzlich krankenversichert sind.

Zudem sind die Betroffenen in der Regel darauf angewiesen, weiterhin durch das Pflegeheim oder den Pflegedienst betreut zu werden, da sie kurzfristig keinen neuen Heimplatz oder Pflegedienst finden. Dieser Umstand führt dazu, dass Betroffene oder deren Angehörige entweder gar nicht oder erst nach Auszug oder Tod rechtlich wegen eines Pflegefehlers gegen das Pflegeheim beziehungsweise den Pflegedienst vorgehen.

Aus Sicht der UPD könnten Behandlungsfehler in der Pflege zu einem nicht unerheblichen Teil vermieden werden, wenn die Personalsituation verbessert werden könnte. Eine einfache Lösung dieser Problematik ist vor dem Hintergrund des Pflegenotstandes nicht erkennbar.

¹⁹ Siehe [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandards und Auditinstrumente](#)

²⁰ [§ 113a SGB XI](#)

²¹ [§ 115 Absatz 3 Satz 7 SGB XI](#) in Verbindung mit [§ 66 SGB V](#)

²² [§ 195 BGB](#)

4.3 eHealth

Der fortschreitende Prozess der Digitalisierung des Gesundheitssystems eröffnet neue fachübergreifende Beratungsfelder. Durch die vorangetriebene Vernetzung der Beteiligten und die Vielzahl der bereits möglichen Anwendungen entsteht Beratungsbedarf zu medizinischem Nutzen, Datenschutz, Versicherungsleistungen, technischen Voraussetzungen und den geplanten Umsetzungsstufen.

Die UPD ist hierfür durch ihre breite fachliche Ausrichtung sehr gut aufgestellt. Die Ratsuchenden sind oftmals nicht technikaffin. Die Beraterinnen und Berater beschränken sich in solchen

Fällen nicht allein auf die Vermittlung der fachlichen Information. Sie erläutern den Ratsuchenden in einfach verständlicher Sprache die Begrifflichkeiten und deren Bedeutung. Sie gehen auf die Ängste und Vorbehalte der Ratsuchenden im Umgang mit den technischen Neuerungen ein und vermitteln die Vorteile digitaler Hilfen.



Digitalisierung im Kontext der Corona-Pandemie

Maßgeblichen Einfluss auf die Verbreitung digitaler medizinischer Anwendungen nahm im letzten Jahr die Corona-Pandemie. Im Vordergrund der Anfragen standen hierbei die digitalen Ansätze zur Eindämmung des Infektionsgeschehens, wie zum Beispiel die Corona-Warn-App und die digitalen Impf-, Genesenen- und Testnachweise. Die Videosprechstunde als infektionsvermeidende Kommunikationsmöglichkeit bei ärztlichen und insbesondere bei psychotherapeutischen Behandlungen kam ebenfalls häufiger in der Beratung vor.

Die Ratsuchenden wandten sich auch an die UPD, weil sie die Meldungen der Corona-Warn-App nicht interpretieren konnten und weil ihnen unklar war, welche rechtlichen und medizinischen

Konsequenzen aus der Anzeige folgten. Die Beraterinnen und Berater erläuterten den Informationsgehalt der Anzeige und die daraus folgenden Handlungsempfehlungen. Rein technische Anfragen zur Corona-Warn-App waren selten und bezogen sich zumeist darauf, wo und wie Ratsuchende die App bekommen können. Der Datenschutz wurde nur vereinzelt problematisiert.

Ratsuchende thematisierten die Corona-Warn-App und die CovPass-App auch im Zusammenhang mit den digitalen Nachweisen zum Status der Impfung, Genesung oder Testung. Viele Anfragen bezogen sich auf das Einlesen der Daten mittels des QR-Codes und die Ausnahmeregelungen für vollständig Geimpfte und Genesene, die aus dem digitalen Nachweis folgten.

Digitale Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Im Laufe des Jahres 2021 wurden einige digitale Anwendungen in die vertragsärztliche Versorgung zumindest partiell eingeführt. Dies geschah teilweise in Testphasen. Vor dem Hintergrund des technischen Aufwandes gestand man den Praxen zudem Übergangsphasen und Ersatzverfahren zu. In der Beratung spielten diese Themen nur eine untergeordnete Rolle. Beratungsgespräche zum elektronischen Rezept (E-Rezept), das seit dem 1. Juli 2021 in ausgewählten Praxen eine

Testphase durchlief, waren selten. Beratungen zum Krankengeld bezogen sich gelegentlich auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (siehe auch Kapitel 4.7.2).

Zu den beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelisteten digitalen Gesundheitsanwendungen fragten Ratsuchende nur vereinzelt an.

Mögliche Gründe für eine zögerliche Annahme der digitalen Möglichkeiten

2021 lässt die Tendenz erkennen, dass der bisher geringe Beratungsbedarf zu den digitalen Anwendungen dem Ausbau der digitalen Infrastruktur und der Vielfalt der in der Versorgungspraxis tatsächlich verfügbaren Anwendungen folgt. Die potenziellen Nutzerinnen und Nutzer scheinen die digitalen Neuerungen jedoch nur zögerlich anzunehmen. Die Beraterinnen und Berater nehmen in den Gesprächen mit den Ratsuchenden wahr, dass flankierende Hilfe-, Erklärungs- und Unterstützungsleistungen oftmals nicht auffindbar, nicht vorhanden oder verbesserungswürdig sind. Dies betrifft zum

Beispiel die von den Krankenkassen vorzuhaltenden Ombudsstellen für elektronische Patientenakte (ePA). Von den Ratsuchenden wird der Digitalisierungsprozess oftmals als technisch getriebene Entwicklung wahrgenommen und nicht als versorgungsorientiert. Es scheint, als würde in der Entwicklung oft nicht die Nutzerperspektive eingenommen. Dies findet sich bereits in den Begrifflichkeiten wieder, die für viele Ratsuchende unverständlich sind. Der persönliche Gesundheits- und Versorgungsnutzen der Digitalisierung ist den Ratsuchenden zudem oft nicht deutlich.

IM FOKUS:

Datenschutzbedenken bei der elektronischen Patientenakte

„Ich bin mit verschiedenen Erkrankungen bei mehreren Ärzten in Behandlung. Mir ist wichtig, dass die Therapien und meine Medikamente aufeinander abgestimmt sind. Das ist für mich aber sehr aufwendig. Ich muss in den Praxen darauf drängen, dass mir Befunde und Berichte geschickt werden. Meine Bitten stoßen manchmal auf Unmut oder werden sogar abgelehnt. Ich habe von der elektronischen Patientenakte gehört. Mit der soll man Behandlungsunterlagen selbst verwalten können. Ich habe aber Bedenken wegen des Datenschutzes. Könnten andere ohne meine Zustimmung auf die elektronische Patientenakte zugreifen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende thematisieren den Schutz ihrer Gesundheitsdaten bei Verwendung der elektronischen Patientenakte (ePA). Sie äußern den Wunsch, die ePA zu nutzen. Sie sind sich zugleich aber unsicher, ob sie alleine über ihre Daten bestimmen können. Die Ratsuchenden wollen wissen, wer auf die ePA zugreifen kann und wofür die Daten verwendet werden. Sie hätten zum Beispiel auch davon gehört, dass die Daten der

ePA zu Forschungszwecken verkauft werden. Einige Ratsuchende lehnen die Nutzung der ePA aus datenschutzrechtlichen Bedenken von vornherein ab und wollen wissen, ob der Gebrauch der ePA verpflichtend ist.

Andere Ratsuchende haben technische Fragen zur ePA oder wollen wissen, ob Behandelnde verpflichtet sind, die ePA zu befüllen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater der UPD informieren die Ratsuchenden darüber, dass diese selbst entscheiden können, ob sie die ePA nutzen oder nicht. Sie geben insbesondere auch Auskunft über die Modalitäten zur Einsicht in die Inhalte der ePA. Sie informieren darüber, welchen Berufsgruppen der Zugriff zeitlich beschränkt gewährt werden kann und dass niemand Ein-

sicht nehmen kann, wenn die Betroffenen dieses Recht nicht aktiv eingeräumt haben.

Das Beratungsteam erläutert, dass ärztliche oder psychotherapeutische Praxen auf Wunsch ihrer Patientinnen oder Patienten medizinische Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in die ePA eintragen müssen.

Die Beraterinnen und Berater der UPD treten auch dem Gerücht entgegen, dass Daten aus der ePA verkauft werden. Sie informieren die Ratsuchenden über die Möglichkeit der freiwilligen und pseudonymisierten Datenspende zu Forschungszwecken ab dem Jahr 2023.

Soweit möglich, beantworten die Beraterinnen und Berater auch Fragen zur technischen Umset-

Fachlicher Hintergrund

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen die ePA seit dem 1. Januar 2021 ihren Versicherten in Form einer kostenfreien App für mobile Endgeräte wie Smartphone oder Tablet bereitstellen. Falls Versicherte kein mobiles Endgerät besitzen oder aber die App der Krankenkasse nicht verwenden wollen, können sie dennoch die ePA nutzen, allerdings mit Funktionseinschränkungen. Seit dem 1. Januar 2022 müssen die Krankenkassen die Nutzung über stationäre Endgeräte wie Desktop-PCs gewährleisten. Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen seit dem 1. Juli 2021 die ePA lesen und befüllen können. Die Nutzung der ePA ist für die Versicherten freiwillig.²⁴

Patientinnen und Patienten können in der ePA selbst ausgewählte Dokumente und Daten ablegen oder diese mit medizinischen Anwendungen wie zum Beispiel dem elektronischen Medikationsplan, dem elektronischen Notfalldatensatz oder dem elektronischen Arztbrief befüllen lassen. Sie können von der ärztlichen Praxis die Befüllung der ePA mit Daten aus dem Praxisverwaltungssystem verlangen. Patientinnen und Patienten können die Inhalte der ePA eigenständig löschen und von der Krankenkasse auch die vollständige Löschung der ePA verlangen.

Der Zugriff von anderen Personen oder Stellen auf die Inhalte der ePA setzt immer die Einwilli-

gung der ePA. Wenn die Beantwortung spezielles technisches Fachwissen erfordert, verweisen sie die Ratsuchenden auf die Krankenkassen als Anbieter der ePA-App und auf die Informationsseiten der zuständigen Institution (gematik – Nationale Agentur für Digitale Medizin²³).

gung und Freigabe durch die Patientin oder den Patienten mittels einer persönlichen Identifikationsnummer und der elektronischen Gesundheitskarte voraus.²⁵ Es wird protokolliert, wer wann auf welche Daten zugegriffen hat.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, welchen medizinischen Berufsgruppen der Zugriff auf die ePA-Inhalte erlaubt werden kann. Krankenkassen und Betreiber können nicht auf die ePA-Inhalte zugreifen.²⁶ Leistungserbringer benötigen für den Zugriff zudem ihren elektronischen Heilberufsausweis.

Patienten und Patientinnen können den Zugriff inhaltlich und zeitlich beschränken. Sie konnten 2021 den Zugriff ausschließlich auf solche Dokumente beschränken, die sie selbst hochgeladen hatten. Umgekehrt bestand die Möglichkeit, genau diese Dokumente vom Zugriff auszuklamern. Seit Anfang 2022 ist eine Auswahl der freigegebenen Inhalte auf Einzeldokumentenebene möglich.

Ab dem Jahr 2023 können gesetzlich Versicherte freiwillig ePA-Inhalte für Forschungszwecke zur Verfügung stellen.²⁷ Die sogenannte Datenspende setzt eine vorherige informierte Einwilligung voraus. Die Information beinhaltet auch den Hinweis auf die Pseudonymisierung und Verschlüsselung der freigegebenen Daten und die

²³ gematik GmbH. [ePA – Persönliche Daten, persönliche Entscheidungen](#) [Zugriff: 31.03.2022]

²⁴ [§ 341 Absatz 1 Satz 2 SGB V](#)

²⁵ [§ 353 SGB V](#)

²⁶ [§ 344 Absatz 2 Satz 2 SGB V](#)

²⁷ [§ 342 Absatz 2 Ziffer 4b SGB V](#)

Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung. Das Forschungsdatenzentrum stellt die gesammelten

Daten bestimmten Nutzungsberechtigten auf Antrag anonymisiert zur Verfügung.

FAZIT

Ratsuchende wenden sich mit Datenschutzbedenken gegenüber der elektronischen Patientenakte an die UPD. Die Beraterinnen und Berater versuchen, den Ratsuchenden deren Ängste vor dem befürchteten Verlust der eigenen Datenhoheit bei Verwendung der ePA zu nehmen. Hintergrund der unbegründeten Vorbehalte ist oftmals ein Mangel an Aufklärungs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Die Beraterinnen und Berater der UPD vermitteln

die rechtlichen Rahmenbedingungen der ePA ebenso wie die grundlegenden technischen Voraussetzungen der Nutzung und klären über das der ePA innewohnende Potenzial auf. Mehr unabhängige Informationen in einfach verständlicher Sprache, die auch für technikferne Personen geeignet sind und den vorhandenen Schutz der ePA-Daten herausstellen, könnten die Akzeptanz der ePA unter den Versicherten verbessern.

4.4 Heil- und Hilfsmittel

Im Jahr 2021 haben die Beraterinnen und Berater knapp 2.000 Anfragen zu Leistungsansprüchen in Zusammenhang mit Heil- und Hilfsmitteln beantwortet (2021: 1.868 Beratungen; 2020: 1.994 Beratungen).²⁸

Die Anzahl der Beratungen im Bereich Heilmittel ist mit rund 800 Beratungen im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (2021: 808 Beratungen; 2020: 688 Beratungen). Bei den Anfragen geht es meist darum, ob Ratsuchende in ihrer individuellen Situation einen Anspruch auf Heilmittel wie Physiotherapie, Ergotherapie oder

Logopädie haben, in welchem Umfang und wie sie diese bekommen können.

Die Anfragen zu Hilfsmitteln sind mit rund 1.000 Beratungen weiterhin rückläufig (2021: 1.060 Beratungen; 2020: 1.306 Beratungen). Sie betreffen die unterschiedlichsten Hilfsmittel – von Brillen und Sehhilfen über Inkontinenzartikel bis hin zu Sauerstoffgeräten und Rollstühlen. Neben Leistungsansprüchen geht es in diesem Zusammenhang häufig um Fragen zu Zuständigkeiten.

NEUE ENTWICKLUNG:

Unsicherheit rund um die neue Heilmittel-Richtlinie

Seit dem 1. Januar 2021 gilt eine inhaltlich reformierte Heilmittel-Richtlinie²⁹. Diese ist Grundlage für die Verordnung von Physiotherapie, Ergotherapie und anderen Heilmitteln. Es gibt nun keinen Regelfall mehr, der eine maximale Anzahl der Anwendungen festlegt. Stattdessen gibt es eine orientierte Behandlungsmenge, von

der die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Bedarfsfall abweichen können (Verordnungsfall). Die Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls entfällt. Die Verordnungen sind nun als Verordnungsfall zusammengefasst. Ein neuer Regelfall begann zuvor nach einem behandlungs-

²⁸ Andere Fragen zu diesem Bereich, zum Beispiel zur Bedienung von Hilfsmitteln oder zur Leistungserbringersuche von Heilmittelanbietern, sind in dieser Statistik nicht erfasst, sondern den entsprechenden anderen Kapiteln zugeordnet.

²⁹ [Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung \(Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL\)](#)

freien Intervall von drei Monaten, wohingegen nun der Verordnungsfall eine Pause von sechs Monaten vorsieht.

Die Änderungen führen zu neuen Fragestellungen der Ratsuchenden, zum Beispiel, in welchen Abständen Verordnungen nach der neuen Richtlinie möglich sind und welche Veränderungen sich für die langfristigen Heilmittel ergeben.

Zusammengefasst lässt sich die Mehrzahl der Anfragen auch nach der Reform darauf zurückführen, dass Ärztinnen und Ärzte in der Praxis zum Teil nicht informiert sind und eine Verordnung von Heilmitteln mit unzutreffenden Begründungen ablehnen, obwohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausführliche Informationen zu der neuen Richtlinie zur Verfügung stellt.³⁰

DAUERTHEMA:

Heilmittel werden nicht ausreichend verschrieben

Unverändert berichten Ratsuchende, dass Ärztinnen und Ärzte eine Verordnung von medizinisch notwendigen Heilmitteln, wie zum Beispiel Physiotherapie oder Ergotherapie, ablehnen.³¹

Die Ärztinnen und Ärzte begründen ihre Ablehnung oft damit, dass ihr Budget nicht ausreicht. Für die Vergütung von Heilmitteln gibt es Rahmenvorgaben, die das Budget begrenzen. Jedoch sind nicht alle verordnungsfähigen Heilmittel diesem Budget zuzuordnen. Die sogenannten langfristigen Heilmittelverordnungen und besondere Verordnungsbedarfe für Patientinnen und Patienten mit dauerhaftem Behandlungsbedarf bei langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen werden extrabudgetär abgerechnet. Ärztinnen und Ärzte nutzen diese Möglichkeit aufgrund fehlender Kenntnis oft nicht, wenn sie Heilmittel verordnen.

Ratsuchende schildern auch, dass Ärztinnen und Ärzte Verordnungen mit der Begründung ablehnen, sie dürften keine Heilmittel verordnen, ein anderer Facharztbereich sei zuständig oder sie könnten frühestens nach sechs Monaten eine neue Verordnung ausstellen. Es gibt keine gesetzliche Grundlage für diese Aussagen. Alle genannten Aussagen lassen vermuten, dass Ärztinnen und Ärzte unsicher sind und im Zweifel lieber keine Heilmittel verordnen. Wünschenswert wäre, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine verpflichtende Beratung oder Fortbildung in Anspruch nehmen müssen, um bei der Verordnung von Heilmitteln die Ansprüche der Patientinnen und Patienten nicht aus Unkenntnis zu beschneiden.

DAUERTHEMA:

Probleme mit der Hilfsmittelversorgung

Ratsuchende berichten häufig von Schwierigkeiten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung. Oft ist unklar, wie es weitergeht, wenn ihre Ärztin oder ihr Arzt ihnen ein Hilfsmittel verordnet hat. Sie wissen zum Beispiel nicht, ob die Verordnung zur Krankenkasse muss oder in welches Sanitätshaus sie gehen können.

Darüber hinaus wenden sich Ratsuchende an die UPD, um zu klären, wen sie in Konfliktfällen ansprechen können. Das betrifft zum Beispiel Ratsuchende, die für ein Hilfsmittel mehr als die übliche Zuzahlung zahlen sollen, obwohl sie keine Sonderwünsche haben, die Mehrkosten rechtfertigen. Auch wenn Hilfsmittel fehlerhaft sind

³⁰ Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder haben die vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte frühzeitig über die Veränderungen aufgeklärt und auf der [Themenseite Heilmittel](#) der KBV Informationen zur Verfügung gestellt.

³¹ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.3, Seite 47 f.

oder kaputtgehen, ist für Patientinnen und Patienten oft unklar, wer zuständig ist: Die Sanitätshäuser und Hilfsmittellieferanten verweisen die Betroffenen an die Krankenkasse, die Krankenkasse hingegen verweist ihre Versicherten zurück an die Hilfsmitteldienstleister.

Die geeignete Anlaufstelle bei Streitfragen ist für die betroffenen Patientinnen und Patienten oft unklar. Dabei sind das Vertragswesen, die Zuständigkeiten und die einzelnen Aufgaben der Vertragspartner im Rahmen der Hilfsmittelversorgung klar geregelt. Wenn es zu Problemen kommt, ist es Aufgabe der Krankenkasse, das Vorgehen der Leistungserbringer zu prüfen. Die

Krankenkassen sind dafür zuständig, die Verstöße von Leistungserbringern durch Stichproben- oder Auffälligkeitsprüfungen zu untersuchen und gegebenenfalls zu sanktionieren. Für die Versicherten ist letztendlich immer die Krankenkasse der Ansprechpartner. Wenn diese nicht handelt, können sich Ratsuchende bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren.

Wie bereits das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in einem Rundschreiben von Juni 2020 festgestellt hat, setzen die Kassen viele dieser Aufgaben nicht umfassend um.³² In der Beratung konnte die UPD trotz dieses Schreibens bisher keine positive Entwicklung feststellen.

IM FOKUS:

Wer bestimmt die Sehschärfe?

„ Ich habe seit Jahren eine Brille. Meine Augenärztin möchte für die Überprüfung meiner Sehschärfe eine Privatrechnung stellen. Muss ich das selbst bezahlen? Und soll ich vielleicht besser zum Optiker gehen? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten häufig, dass Augenärztinnen oder Augenärzte privatärztliche Rechnungen ausstellen, wenn sie Sehwerte für eine Brille bestimmen. Alternativ schicken sie ihre Patientinnen und Patienten in Optikergeschäfte. Ratsuchende

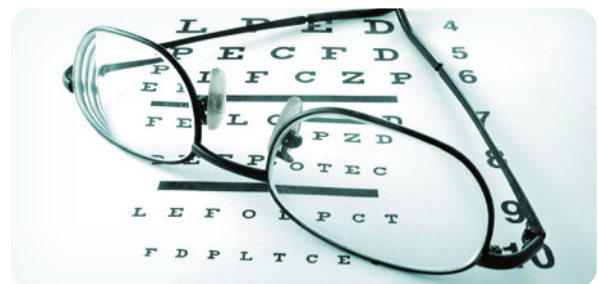
wissen nicht, wer für die Untersuchung zuständig ist, in welchen Fällen die Krankenkasse sie bezahlt und ob es einen Unterschied macht, die Werte in einer Praxis oder einem Optikergeschäft bestimmen zu lassen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden darüber, dass die Bestimmung der Sehwerte grundsätzlich eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse ist, und erläutern die Abrechnung über die augenärztliche Grundpauschale.

Ratsuchenden, die den Sehtest bei einem Optikergeschäft durchführen lassen, empfehlen die Beraterinnen und Berater, vorab die Kosten zu klären. Ob und wie viel Geld diese für die Leistungen berechnen, ist unterschiedlich. Darüber

hinaus erläutern sie, in welchen Fällen die Bestimmung im Fachgeschäft nicht ausreicht, sondern eine ärztliche Verordnung erforderlich ist.



³² Rundschreiben des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 17. Juni 2020 „Gesetzliche Krankenversicherung – Vertragswesen“; Aktenzeichen 211-59998.505-1870/2019

Fachlicher Hintergrund

Im Rahmen der fachärztlichen Versorgung im Bereich Augenheilkunde gibt es eine Grundpauschale für die Behandlung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten. In dieser Grundpauschale sind neben vielen anderen Leistungen auch die Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen, die Kontrolle vorhandener Sehhilfen und auch das Ausstellen von Sehhilfenverordnungen als Leistungsinhalt aufgeführt.³³

Grundsätzlich müssen Ärztinnen und Ärzte zur Abrechnung der Grundpauschale nicht alle darin enthaltenen Leistungen durchführen. Sie können diese, je nach medizinischer Indikation und der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten, auswählen. In der Grundpauschale enthaltene Leistungen dürfen Ärztinnen und Ärzte jedoch nicht gesondert abrechnen oder Patientinnen und Patienten privat in Rechnung stellen.

Gesetzliche Krankenkassen übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen einen Festbetrag für Sehhilfen.³⁴ Hierfür ist eine ärztliche Verordnung die

Voraussetzung. Wenn Versicherte also eine Brille allein aufgrund der Prüfung durch die Optikerin oder den Optiker anfertigen lassen, gewährt die Kasse keinen Zuschuss. Sollte sich bei der Prüfung in einem Optikerfachgeschäft herausstellen, dass die Voraussetzungen für einen Zuschuss zu einer Sehhilfe vorliegen, müssen die Patientinnen und Patienten die augenärztliche Praxis aufsuchen, um sich eine Verordnung für die Brille ausstellen zu lassen. Ansonsten kann eine Sehhilfe auch mit den in einem Optikerfachgeschäft ermittelten Werten gefertigt werden.



FAZIT

Immer wieder berichten gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in der Beratung, dass sie in ihrer Augenarztpraxis für die Untersuchung der Sehstärke für eine Brille bezahlen sollen oder an Optikerfachgeschäfte verwiesen werden. Dabei gehört die Bestimmung der Sehstärke zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Die Untersuchung ist Teil der augenärztlichen Grundpauschale und kann nicht gesondert abgerechnet werden.

Im Sinne einer patientengerechten Versorgung kann es nicht sein, dass Ärztinnen und Ärzte eine Untersuchung, die zum Leistungskatalog der Krankenkasse gehört, privat abrechnen oder sie nicht erbringen, obwohl sie medizinisch indiziert ist. Detailregelungen der Abrechnung – zum Beispiel ob die Leistung im Rahmen einer Fallpauschale oder einzeln abgerechnet wird – dürfen nicht zulasten von Patientinnen und Patienten gehen.

³³ Online-Version des EBM 2022 (KBV): [Grundpauschale 06210-06212](#)

³⁴ [Leistungspflicht bei Sehhilfen § 33 Absatz 2 SGB V](#) in Verbindung mit [Abschnitt B der Hilfsmittel-Richtlinie](#)

4.5 Impfen

Impfen war das dominierende Thema im Berichtsjahr. Insgesamt führte die UPD über 19.000 Beratungen rund um die COVID-19-Impfung durch.

Andere Impfungen, wie Masern-, Pneumokokken- und Grippeimpfungen, spielten eine untergeordnete Rolle (2021: 336 Beratungen; 2020: 647 Beratungen).

Anfragen an die UPD zum Thema Impfen – ob Standardimpfungen oder COVID-19-Impfungen

Impfberatung zu Standardimpfungen

Anfragen zu Standardimpfungen, die die Ständige Impfkommission (STIKO) in Deutschland empfiehlt, reichen in der UPD-Beratung von Indikationen und Kontraindikationen der Impfung über Impfschemata bis hin zu Details der Impfstoffzusammensetzung. Viele Ratsuchende haben auch Fragen zu Abweichungen vom Impfkalender der STIKO. Diese Abweichungen können zum Beispiel auf persönlichen Wünschen oder medizinischen Besonderheiten beruhen oder organisatorische Gründe haben, wenn Impftermine wegen

betreffend – sind zum Teil stark emotional oder ideologisch geprägt. Die Ratsuchenden haben häufig Ängste oder ablehnende Haltungen gegenüber Impfungen. Das UPD-Team nimmt medizinische Bedenken ernst und erklärt anhand evidenzbasierter Informationen Nutzen und Risiken von Impfungen sowie gegebenenfalls rechtliche Regelungen in diesem Zusammenhang.

Krankheit verschoben werden müssen oder Kinderarztpraxen ausgelastet sind.

Am häufigsten ging es 2021 bei den Standardimpfungen um die Impfungen gegen Masern. Hier gab es weiterhin in Bezug auf die Masernimpfpflicht Beratungsbedarf.³⁵ Die Impfberatungen zu Pneumokokken und Grippe, die im ersten Pandemiejahr stärker gefragt waren, spielten 2021 nur noch eine untergeordnete Rolle.



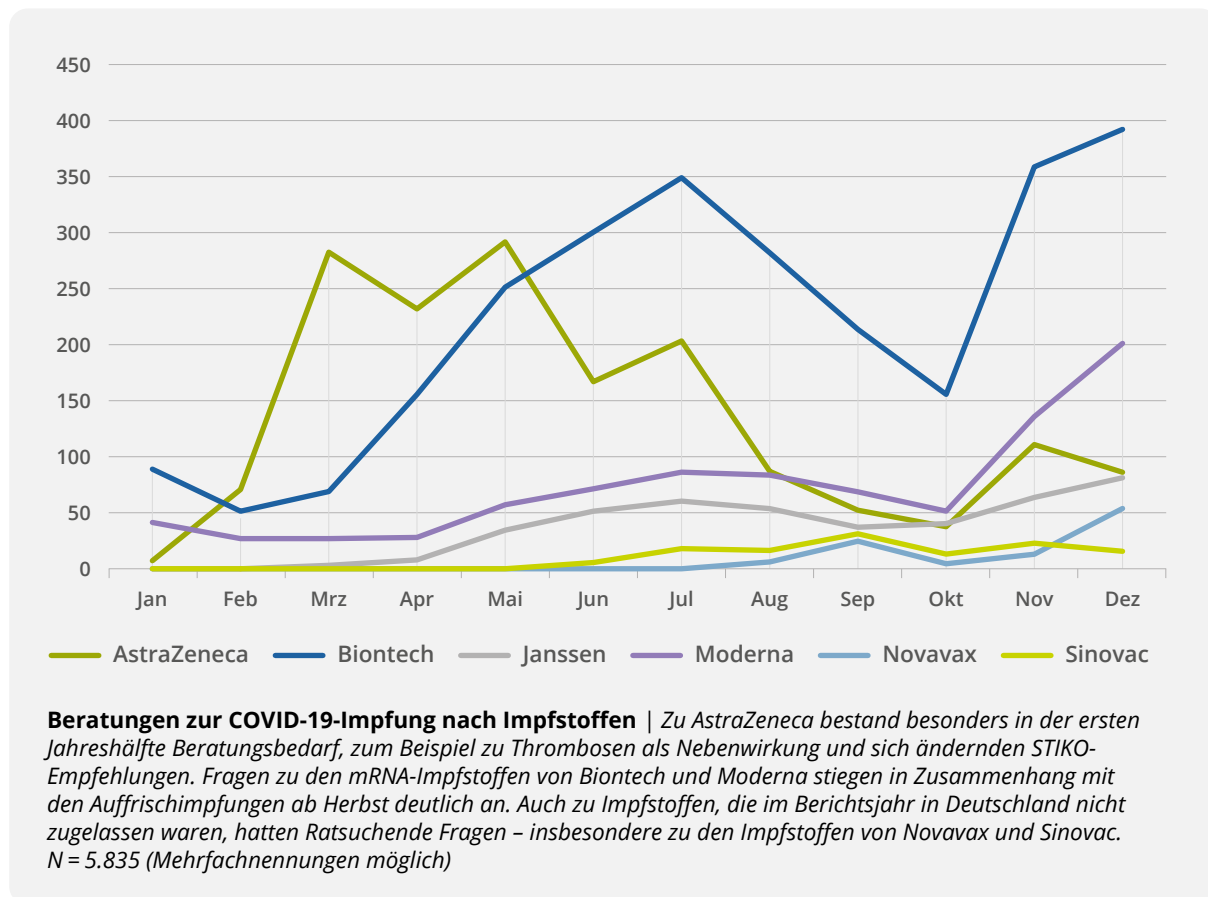
³⁵ [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.4, Seite 49 f.; [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.1, Seite 25 f.

#CORONA-PANDEMIE:

Die COVID-19-Impfung – das zentrale Thema 2021

Über 19.000 Beratungen führte die UPD rund um das Thema COVID-19-Impfung durch. Die gesellschaftliche Bedeutung der Impfung in der Pandemie äußerte sich bei der UPD nicht nur durch eine Vielzahl von medizinischen Fragestellungen (10.861 Beratungen), sondern auch durch 8.511 Beratungen rund um die Impfung mit juristischem Schwerpunkt.

Die Impfkampagne gegen COVID-19 begann in Deutschland Ende Dezember 2020. Seitdem wurden in Deutschland bis Ende 2021 vier Impfstoffe zugelassen, die Impfeempfehlung der STIKO 16-mal aktualisiert und die Coronavirus-Impfverordnung 14-mal angepasst. Diese dynamische Situation führte zu einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen in der Patientenberatung.



Fragen zur Wirksamkeit der Impfung

Über das gesamte Jahr spielten Fragen zur Wirksamkeit der Impfstoffe in der Beratung eine wichtige Rolle. Zunächst wollten Ratsuchende vor allem wissen, wie gut der Impfschutz ist, welcher Impfstoff am besten wirkt, wie sie den aus ihrer Perspektive besten Impfstoff bekommen können und ob homologe oder heterologe Impfschemata besseren Schutz bieten. Viele Menschen

hatten dabei Schwierigkeiten, die in Studien und in der Presse veröffentlichten Statistiken zur Wirksamkeit richtig einzuordnen. Beratungsbedarf bestand auch bei der Frage, ob man sich trotz Impfung infizieren kann und ob die Impfstoffe gegen die im Laufe des Jahres neu aufgetretenen Virusvarianten wirken.

Viel Angst vor Nebenwirkungen

In der medizinischen Beratung standen häufig Fragen zur Sicherheit der Impfstoffe im Vordergrund. Ratsuchende wollten wissen, welche Risiken mit der Impfung verbunden sind und ob sie trotz Vorerkrankungen geimpft werden können.

Anfangs ging es häufig ganz grundsätzlich um die Risiken der neuartigen mRNA-Impfstoffe und der zuvor ebenfalls wenig bekannten Vektorimpfstoffe. Ratsuchende hatten zum Beispiel Bedenken, ob die Sicherheit trotz der schnellen Zulassung



ausreichend geprüft sei und ob mögliche Langzeitfolgen oder Spätkomplikationen durch die Impfstoffe auftreten können.

Fragen zu konkreten Impfkomplicationen und Nebenwirkungen häuften sich insbesondere, wenn in diesem Zusammenhang neue Erkenntnisse bekannt wurden. Hierzu gehörten zum Beispiel die Sinusvenenthrombosen als seltene, aber schwerwiegende Komplikation der Vektorimpfstoffe und die Myokarditis infolge von Impfungen mit mRNA-Impfstoffen. Häufig befürchtete Nebenwirkungen waren außerdem unter anderem allergische Reaktionen, Reaktivierungen von Zoster-Erkrankungen, das Guillain-Barré-Syndrom und Thrombosen.

Fragen zur Sicherheit der Impfstoffe nahmen in der zweiten Jahreshälfte noch einmal zu. Einschränkungen für Ungeimpfte verstärkten den Druck, sich impfen zu lassen. In diesem Zusammenhang wandten sich vor allem Menschen an die UPD, die aufgrund von Vorerkrankungen medizinische Bedenken hatten, sich impfen zu lassen. Häufig zeigte sich in den Gesprächen, dass auch bei den impfenden Ärztinnen und Ärzten in diesem Zusammenhang große Unsicherheit bestand.

Priorisierung bei Impfstoffknappheit – in Deutschland eine neue Situation

Zu Beginn der Impfkampagne meldeten sich bei der UPD viele Menschen, die dringend gegen COVID-19 geimpft werden wollten und Unterstützung beim Zugang zur Impfung wünschten. Da es in Deutschland zunächst nicht ausreichend Impfstoff gab, um alle Menschen zu impfen, sollten besonders gefährdete Menschen bevorzugt geimpft werden. Die STIKO gab eine Priorisierungsempfehlung heraus. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelte eine Priorisierung in der Coronavirus-Impfverordnung.

Ratsuchende wollten von der UPD wissen, in welche Priorisierungsstufe sie gehörten oder wie sie eine höhere Priorisierung erreichen könnten.

Viele Ratsuchende fühlten sich in ihrer individuellen Situation durch die allgemeinen Empfehlungen und Regelungen nicht berücksichtigt oder benachteiligt. Darüber hinaus sorgte für Verwirrung, dass die gesetzlichen Regelungen von den Priorisierungsempfehlungen der STIKO in Details abwichen. Zunächst gab es keine Möglichkeiten für Betroffene, gegen eine aus ihrer Sicht unangemessene Einstufung vorzugehen. Im Laufe der Monate etablierten die Bundesländer Härtefallkommissionen, an die sich Betroffene wenden konnten. Im Juni 2021 hob der Gesetzgeber die gesetzlichen Vorgaben zur Priorisierung auf, so dass das Thema Priorisierung in der Beratung entfiel.

Zugang zur Impfung oft mit Barrieren verbunden

Auch organisatorische Fragen zum Zugang zur Impfung wurden häufig gestellt: Wer impft, wie bekomme ich einen Termin, wie komme ich zum Impfzentrum? Da die Impfkampagnen in den Bundesländern unterschiedlich organisiert waren, musste die UPD in diesen Fällen auf die Länderhotlines und Informationen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verweisen. Auffällig war, dass die Zugangswege gerade für ältere Menschen – für die die Impfung besonders wichtig war – große Hindernisse bargen, da die Anmeldung aufgrund überlasteter Telefonhotlines anfangs häufig nur online möglich war.

Fragen zum Zugang zur Impfung nahmen im Laufe des Jahres ab, als ausreichend Impfstoff zur Verfügung stand und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sich zunehmend an der Impfkampagne beteiligten. In der zweiten Jahreshälfte stiegen die Anfragen noch einmal an, als die Impfempfehlung auf Kinder und Jugendliche ausgeweitet und die Empfehlung zur Auffrischimpfung ergänzt wurde.



*** Möchten Sie sich für einen Impftermin für eine Person oder für einen Gruppentermin für bis zu fünf Personen registrieren?**


Bitte beachten Sie:
Vergaben für Gruppentermine für bis zu fünf Personen sind nur im selben Impfzentrum möglich. Werden die Personen aufgrund des Wohnortes unterschiedlichen Impfzentren zugeteilt, können keine gemeinsamen Termine vergeben werden.

Ich möchte eine Person zu einem Impftermin registrieren
 Ich möchte bis zu fünf Personen für einen Impftermin registrieren (bitte beachten Sie in jedem Fall die Hinweise zu Gruppenterminen oben auf der Seite)

* E-Mail-Adresse * Bestätigung E-Mail-Adresse

Ich habe die obigen Hinweise gelesen und verstanden und bestätige, dass keine der genannten Kontraindikationen vorliegen.
 Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung gelesen habe und dieser zustimme.
 Hiermit bestätige ich, dass ich kein Roboter bin.

* Um das Formular vor Missbrauch zu schützen, bitten wir Sie die Zeichen vom nachfolgendem Bild (CAPTCHA-Code) einzugeben.



Screenshot eines nicht barrierefreien Zugangs zu einem Impfportal | Gerade ältere Menschen, die sich bei sehr schwierigem Zugang zur Impfung Anfang 2021 online um einen Impftermin bemühten, waren von visuell komplexen Captchas oder Bestätigungen, kein Roboter zu sein, überfordert.

Sich ändernde STIKO-Empfehlungen verwirren Ratsuchende

Selten hat es in Deutschland Situationen gegeben, in denen medizinische Empfehlungen so häufig aktualisiert und geändert wurden wie im vergangenen Jahr. So hat zum Beispiel die STIKO den Impfstoff von AstraZeneca im Januar zunächst

nur für unter 60-Jährige empfohlen, da die Datenlage nicht ausreichte, um die Wirksamkeit bei älteren Menschen zu beurteilen. Seit April wurde der Impfstoff dann nur noch für Menschen über 60 Jahren empfohlen, da bei jüngeren das

Risiko für schwerwiegende Nebenwirkungen durch Gerinnungsstörungen festgestellt wurde. Die Empfehlungen zu Anzahl, Abständen und Kombinationen von Impfungen veränderten sich im Laufe des Jahres ebenso wie die Impfempfehlungen für Kinder und Jugendliche.

Diese Änderungen ergaben sich aus den schnell wachsenden medizinischen Erkenntnissen. Für

viele Ratsuchende waren sie jedoch schwer nachvollziehbar und führten zu Verunsicherung. Darüber hinaus erfolgten die STIKO-Empfehlungen oft erst zeitverzögert gegenüber politischen Absichtsaussäuerungen oder rechtlichen Regelungen.



Hinweise auf Informationslücken bei Ärztinnen und Ärzten

Häufig wandten sich Ratsuchende an die UPD, weil ihre Ärztinnen und Ärzte ihnen bei komplexeren Impffragen nicht weiterhelfen konnten. Zu einigen Fragestellungen gab es gerade zu Beginn der Impfkampagne noch keine Empfehlungen. In anderen Fällen waren Betroffene verunsichert, weil das ärztliche Vorgehen nicht den STIKO-Empfehlungen entsprach. Das kam zum Beispiel in Hinsicht auf fragliche Impfkontraindikationen vor, aber auch bei der Kombination von unterschiedlichen Impfstoffen, bei Impfabständen oder wenn Ärztinnen und Ärzte vor einer Impfung entgegen der STIKO-Empfehlung Antikörper-Titer bestimmten.

Ärztinnen und Ärzte können grundsätzlich aus medizinischen oder organisatorischen Gründen im individuellen Fall von STIKO-Empfehlungen abweichen. In vielen Fällen schienen bei Ärztinnen und Ärzten jedoch Informationslücken zu bestehen – was in Anbetracht der wiederholten Aktualisierungen und Erweiterungen der STIKO-Empfehlung sowie der Komplexität und Vielzahl der im Laufe des Jahres veröffentlichten Studien, Leitlinien und Stellungnahmen nicht verwunderlich ist. Aus Beratungssicht problematisch war, dass es keine spezialisierten Anlaufstellen gab, an die Menschen mit komplexen Impffragen verwiesen werden konnten.

Unterschiedliche Botschaften aus Politik und Wissenschaft

Besonders viel Impfberatungsbedarf ergab sich bei der UPD immer dann, wenn Politik, Wissenschaft und Behörden in Hinsicht auf die Impfung uneinheitliche Botschaften vermittelten.

Vielen Ratsuchenden waren die unterschiedlichen Aufgaben der Beteiligten nicht klar: Sie konnten nicht einordnen, welche Bedeutung die Zulassung eines Impfstoffes, der gesetzliche Anspruch auf eine Impfung, politische Absichtserklärungen und die Empfehlungen der STIKO jeweils haben.

So propagierte die Politik bereits eine Impfung von Kindern und Jugendlichen und regelte den rechtlichen Anspruch, bevor die Impfstoffe für diese Altersgruppe zugelassen waren und die STIKO eine Empfehlung diesbezüglich gab. Für Eltern war diese Situation schwer nachvollziehbar, und nach Schilderung der Ratsuchenden gingen

auch Ärztinnen und Ärzte sehr unterschiedlich damit um. An die UPD wandten sich Eltern, die ihre Kinder impfen lassen wollten, während ihre Ärztinnen und Ärzte dies mit Hinweis auf die fehlende Zulassung und Empfehlung ablehnten. Andere Ratsuchende berichteten wiederum, dass ihre Ärztinnen und Ärzte dringend zu der Impfung rieten, sie aber selbst Bedenken hätten.

Eine ähnlich uneinheitliche Kommunikation gab es zu der Auffrischimpfung, bei der die politische Kampagne ebenfalls vor der Zulassung der Impfstoffe für die Auffrischung und vor der STIKO-Empfehlung begann.

Ratsuchende wünschten in diesen Situationen sowohl eine medizinische Einschätzung, ob sie die Impfung durchführen lassen sollten oder nicht, als auch rechtliche Informationen, zum Beispiel zu Off-Label-Use und Haftungsfragen.

Was tun bei Verdacht auf Impfkomplicationen oder Impfschäden?

Viele Ratsuchende wandten sich an die UPD, wenn nach der COVID-19-Impfung gesundheitliche Beschwerden auftraten. Zahlreiche Betroffene waren überzeugt, dass die Beschwerden durch die Impfung verursacht wurden, und wollten zum Beispiel wissen, wie sie diese behandeln können, an wen sie sich wenden können, ob weitere Impfungen möglich sind und wie sie Entschädigungsleistungen bekommen können. Die Beraterinnen und Berater erklärten die Unterschiede zwischen Impfreaktionen, Impfkomplicationen und Impfschäden. Sie informierten zur aktuellen Datenlage bekannter Nebenwirkungen und zeigten Betroffenen, wo sie ihren Verdacht auf Impfnebenwirkungen im Sinne der Pharmakovigilanz melden können. Sie erklärten auch, dass

ein zeitlicher Zusammenhang nicht unbedingt bedeutet, dass die Impfung auch die Ursache der Beschwerden ist und dass – in Anbetracht der millionenfachen Impfung – rein statistisch bei einem Teil der Geimpften in den Wochen danach mit gesundheitlichen Problemen zu rechnen ist, auch wenn diese nicht mit der Impfung in Zusammenhang stehen.

Das Beratungsteam erläuterte Betroffenen gegebenenfalls die Möglichkeiten, einen Impfschaden geltend zu machen. Anlaufstellen für eine spezialisierte medizinische Einschätzung konnte das Beratungsteam jedoch in der Regel nicht nennen (siehe „Im Fokus: Spezialisierte Anlaufstellen für komplexe Impffragen fehlen“).

Impfungen als Voraussetzung für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Die COVID-19-Impfung war – im Gegensatz zu den meisten anderen Impfungen in Deutschland – keine rein gesundheitliche Maßnahme, sondern hatte massive Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben. Viele Fragen von Ratsuchenden drehten sich um die sogenannten G-Regeln – 2G, 2G+, 3G, 3G+. Ratsuchende wollten wissen, welche Regeln wo galten und ob diese Regeln rechtmäßig seien. Auch das Thema Impfpflicht kam in

der Beratung an – bereits zum Jahresanfang, als eine mögliche Impfpflicht noch nicht abzusehen war, und verstärkt am Ende des Jahres, als die politischen Stimmen für eine Impfpflicht zunahmen. Darüber hinaus waren Atteste über medizinische Kontraindikationen gegen die COVID-19-Impfung ein häufiges Beratungsthema, so wie im Jahr zuvor die Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht (siehe auch Kapitel 4.9).

Impfstoffe, die im Berichtsjahr in Deutschland noch nicht zugelassen waren

Häufig wandten sich Ratsuchende an die UPD auch mit Fragen zu Impfstoffen, die in Deutschland im Berichtsjahr noch nicht zugelassen waren. Das betraf zum Beispiel Menschen, die im Ausland mit einem anderen Impfstoff geimpft worden waren und die Impfung in Deutschland anerkennen lassen wollten. Da in Hinsicht auf die rechtlichen Regelungen nur in Deutschland zugelassene Impfstoffe zählten, mussten Betroffene eine komplette neue Impfserie bekommen, um als geimpfte Personen zu gelten. Im Laufe des Jahres ergänzte die STIKO entsprechende Empfehlungen. Andere Ratsuchen-

de hatten Bedenken gegenüber den Vektor- und mRNA-Impfstoffen und wollten wissen, wann und wie konventionelle proteinbasierte Totimpfstoffe verfügbar sein würden.



IM FOKUS:

Spezialisierte Anlaufstellen für komplexe Impffragen fehlen

„ Ich bin 62 Jahre alt und habe aufgrund einer aktiven Autoimmunerkrankung große Angst vor einer Corona-Infektion. Mein Arzt rät mir allerdings von einer Impfung ab und sagt, sie ist in meinem Fall zu riskant. Was kann ich nun tun? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende mit verschiedenen Vorerkrankungen wenden sich an die UPD mit der Frage, ob eine COVID-19-Impfung in ihrem Fall möglich und sicher ist. Das betrifft Menschen mit Autoimmunerkrankungen wie Rheumatoider Arthritis oder Multipler Sklerose, Menschen mit Allergien, mit Krebserkrankungen, mit Erkrankungen des Nervensystems, mit Gürtelrose und vielem mehr. Häufig melden sich auch Ratsuchende, die nach einer Impfung Impfreaktionen gezeigt haben oder seit der Impfung unter gesundheitlichen Problemen leiden und sich fragen, ob eine erneute Impfung vertretbar ist.



Viele Ratsuchende berichten, dass ihre Ärztinnen und Ärzte ihnen in solchen Situationen von der Impfung abraten, da diese zu riskant sei. Anderen

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern Empfehlungen, Kontraindikationen und Warnhinweise entsprechend der STIKO-Empfehlungen und der Fachinformationen der Impfstoffe. Darüber hinaus informieren sie zu Nebenwirkungen und Risiken anhand von Informationen des Robert Koch-Instituts (RKI) und den Sicherheitsberichten des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI).

Auch auf Stellungnahmen oder Leitlinien von wissenschaftlichen Fachgesellschaften weist das Beratungsteam hin, wenn diese Empfehlungen zur COVID-19-Impfung bei bestimmten Vorerkrankungen geben.

Betroffenen geben Ärztinnen und Ärzte die Auskunft, sie können die individuelle Situation nicht bewerten, und lassen Ratsuchende mit der medizinischen Entscheidung allein. Auch Impfzentren schicken Ratsuchende mit Vorerkrankungen aus diesen Gründen weg.

Für Ratsuchende besonders unbefriedigend ist es, wenn ihre Ärztinnen und Ärzte zwar von der Impfung abraten, ihnen aber auch keine Bescheinigung über medizinische Kontraindikationen ausstellen.

Viele Ratsuchende haben den Wunsch, sich impfen zu lassen, aber sind durch die Bedenken ihrer Ärztinnen und Ärzte verunsichert. Betroffene erhoffen sich von der UPD konkrete Antworten, ob sie geimpft werden können oder nicht, oder wollen wissen, an welche Einrichtungen sie sich mit komplizierteren Impffragen wenden können.

Das Team unterstützt mit diesen Informationen die Entscheidungsfindung, thematisiert Ängste und hilft Ratsuchenden, die Risiken einer Coronavirus-Infektion gegenüber der Impfung abzuschätzen. Für die individuelle Entscheidung verweist das Team auf die jeweiligen Fachärztinnen und Fachärzte und rät Betroffenen, sich gegebenenfalls eine zweite Einschätzung zu holen. Menschen mit dem Verdacht auf Allergien gegen Bestandteile der Impfstoffe weist das Team auf die vom RKI veröffentlichten allergologischen Zentren als Anlaufstellen hin.

Fachlicher Hintergrund

Entsprechend der STIKO-Empfehlungen und der Fachinformationen der Impfstoffe gegen COVID-19 gibt es nur sehr wenige absolute Kontraindikationen gegen die COVID-19-Impfung. Für die meisten Patientinnen und Patienten ist nach Einschätzung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch oder gerade bei Vorerkrankungen das Risiko durch COVID-19 höher als das Risiko einer Impfkomplication. Dennoch ist es verständlich, dass sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten in individuellen und komplexen Fällen Bedenken gegenüber der Impfung haben und sich eine spezialisierte, kompetente Anlaufstelle wünschen.

Geimpft wird vor allem in Hausarztpraxen, für die es schwierig ist, fachärztliche impfspezifische Fragen aus den unterschiedlichen Fachgebieten zu überblicken. Auch die Corona-Impfzentren sind darauf ausgerichtet, schnell und unkompliziert viele Impfungen durchzuführen. Der Begriff Zentrum steht in diesem Fall also nicht – wie sonst häufig in der Medizin – für besondere Fachkompetenz. Komplizierte Fälle werden nach Erfahrung der UPD auch dort eher abgewiesen. Dieses Vorgehen ist aus Sicht einer effizienten Impfkampagne zwar nachvollziehbar, stellt aber für Patientinnen und Patienten ein strukturelles Problem dar.

FAZIT

In der Beratung zu COVID-19-Impfungen schildern Ratsuchende immer wieder Situationen, in denen impfende Ärztinnen und Ärzte in komplexen Impffragen unsicher sind – insbesondere in Hinsicht auf die Sicherheit der Impfung bei Vorerkrankungen oder früheren Impfnebenwirkungen.

Die Beraterinnen und Berater geben in diesen Fällen die vorhandenen Informationen, Empfehlungen und Stellungnahmen der zuständigen Behörden und wissenschaftlicher Fachgesellschaften in patientengerechter Form wieder. Wichtig wäre es jedoch in den meisten Fällen, Ratsuchende an spezialisierte Einrichtungen verweisen zu können. Außer den vom RKI benannten allergologischen Zentren gibt es keine spezialisierten Anlaufstellen, an die Betroffene sich mit ihren Fragen wenden können. Und auch die allergologischen Zentren sind nach Schilderung der Ratsuchenden oft schwer erreichbar.

Dieses Problem fehlender spezialisierter Anlaufstellen kennen Beraterinnen und Berater

auch in Zusammenhang mit anderen Impfungen. Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der COVID-19-Impfung war es aber im Berichtsjahr besonders dringlich.

Aus Beratungssicht wäre es wichtig, spezialisierte Anlaufstellen für komplexe Impffragen zu schaffen und auffindbar zu machen. Dies könnte zum Beispiel durch Zusatzqualifikationen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zum Thema Impfen realisiert werden. In Impfzentren könnten Strukturen geschaffen werden, bei denen die impfenden Ärztinnen und Ärzte schwierige Fälle weiterleiten können – analog zu Oberärzten in Kliniken. Eine Sprechstunde am Impfzentrum mit Fachärztinnen oder Fachärzten bei besonders schwierigen Fällen und eine Anlaufstelle für Beschwerden nach Impfungen könnten das Vertrauen zusätzlich stärken. Die bestehenden allergologischen Zentren sollten für Betroffene besser erreichbar sein und das Angebot gegebenenfalls ausgeweitet werden.

4.6 Individuelle Gesundheitsleistungen

Zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gab es gut 800 Beratungen. Auch im Jahr 2021 stellten die Ratsuchenden überwiegend Fragen, die bereits aus den Vorjahren bekannt

sind. Die Beratungszahlen sind im Vergleich zurückgegangen (2021: 806 Beratungen; 2020: 1.062 Beratungen).

DAUERTHEMA:

Neutrale Informationen zu Risiko und Nutzen fehlen

Patientinnen und Patienten sind unsicher im Hinblick auf Risiko und Nutzen der angebotenen IGeL. Ihnen fehlt der Zugang zu neutralen und umfassenden Informationen über den medizinischen Nutzen der angebotenen Untersuchungen und Behandlungen. Sie befürchten, dass diese Leistungen vor allem den wirtschaftlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte dienen. Die Beraterinnen und Berater erläutern, warum eine Leistung eine IGeL ist und welche Kassenleistungen möglicherweise als Alternative infrage kommen.

Auf Basis von evidenzbasierten Informationsquellen erläutern sie den Nutzen und die Risiken der jeweiligen Leistung. In der Beratung weisen sie die Ratsuchenden auf Informationsplattformen wie beispielsweise den IGeL-Monitor oder die Gesundheitsinformationsseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hin. Eine unabhängige und neutrale Stelle, die Informationen zu allen angebotenen IGeL anbietet, wäre aus Patientensicht hilfreich – ist aber nach wie vor nicht verfügbar.

DAUERTHEMA:

Ärztinnen und Ärzte klären nicht ausreichend auf

Die ärztlichen Aufklärungs- und Informationspflichten sind oft Inhalt von rechtlichen Beratungen, wenn es um IGeL geht. Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Patientinnen und Patienten sachlich, umfassend und verständlich über die geplante Maßnahme aufklären – hierzu gehören insbesondere Informationen zu den Risiken, möglichen Nebenwirkungen und Behandlungsalternativen. Sie müssen ihnen die voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten vor Beginn der Behandlung in Textform mitteilen, wenn sie wissen, dass ein Dritter, wie zum Beispiel die Krankenkasse, nicht für die Leistung aufkommt. Die Beraterinnen und Berater erläutern, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten IGeL erbringen wollen, vorab einen schriftlichen Behandlungsvertrag über die gewünschte Leistung schließen müssen.³⁶



Unterbleibt dies, dürfen die Ärztinnen und Ärzte keine Vergütung für die erbrachte IGeL fordern. Die Beraterinnen und Berater erläutern den Betroffenen, dass sie sich bei einem Verstoß gegen eine der genannten Pflichten bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Ärztekammer beschweren können. Das Thema Aufklärungspflicht bei IGeL wurde bereits in den vergangenen Monitoren Patientenberatung ausführlich dargestellt.³⁷

³⁶ § 3 Absatz 1 Satz 3 BMV-Ä

³⁷ [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.5, Seite 52 ff.; [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.3, Seite 27 ff.; [Monitor Patientenberatung 2018](#), Kapitel 4.3.6, Seite 94 f.; [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.3.3, Seite 93 ff.

IM FOKUS:

Wenn Ärztinnen und Ärzte behaupten, dass die Kasse die Kosten später erstattet

“ In meiner Familie sind in der Vergangenheit mehrfach Frauen an Brustkrebs erkrankt. Meine Gynäkologin hat sicherheitshalber einen Ultraschall der Brust durchgeführt, um mir meine Ängste zu nehmen. Die Untersuchung musste ich selber zahlen. Ich erhielt in der Praxis den Rat, die Rechnung bei meiner Krankenkasse einzureichen. Meine Krankenkasse hat die Erstattung abgelehnt. Können Sie mir sagen, wie die Rechtslage ist? ”

Das berichten Ratsuchende

Immer wieder wenden sich Menschen an die UPD, denen ihre Ärztinnen und Ärzte IGeL angeboten haben mit dem Hinweis, dass die Rechnung nachträglich zur Erstattung bei der Krankenkasse eingereicht werden kann. Die zuständige Krankenkasse lehnt eine Kostenerstattung in der Regel ab. Ratsuchende berichten dieses Vorgehen zum Beispiel auch in Zusammenhang mit der Bestimmung

von PSA-Werten oder Vitamin-D-Spiegeln im Blut, Hyaluronsäure-Injektionen oder einer Vollnarkose für die Zahnarztbehandlung.



So berät die UPD

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die gesetzlichen Regelungen der Kostenübernahme von Leistungen durch die Kasse. Sie erläutern den Unterschied zwischen IGeL und Kassenleistung und warum die Krankenkasse nicht für alle Leistungen aufkommt. Zusätzlich erklären sie die Grundsätze der Kos-

tenerstattung durch die Krankenkasse und weisen vorsorglich darauf hin, dass die Ratsuchenden Widerspruch gegen eine Ablehnung einlegen können. Bestandteil der IGeL-Beratungen sind häufig auch medizinische Informationen zu Risiken und Nutzen der jeweiligen IGeL.

Fachlicher Hintergrund

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen. Diese Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, wobei Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen. Diese medizinisch notwendigen Leistungen werden dann direkt über die elektronische Gesundheitskarte des Versicherten abgerechnet.

Für Leistungen, die als IGeL angeboten werden, stellen Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen

und Patienten die Kosten auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat in Rechnung. Eine nachträgliche Kostenerstattung durch die Krankenkasse ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Viele Leistungen, wie zum Beispiel die oben geschilderte Ultraschalluntersuchung der Brust, werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse bezahlt – sind diese nicht erfüllt, müssen Patientinnen und Patienten die Untersuchung selbst bezahlen. Die Therapieverantwortung liegt beim Behandelnden. Wenn eine Leistung nicht bei jeder Indikation von der Kran-

kenkasse getragen wird, ist es die Aufgabe der Praxis abzuklären, ob eine Abrechnung über die Krankenkassen möglich ist.

Eine Ausnahme ist, wenn die Krankenkasse die gewünschte Leistung als Satzungsleistung für ihre Versicherten anbietet.³⁸ Die Kriterien, nach denen die Satzungsleistungen gewährt werden,

sind unterschiedlich. Manchmal können nur ausgewählte Vertragspartnerinnen und -partner die Leistung erbringen und diese direkt abrechnen. In anderen Fällen kann die Rechnung nachträglich zur Erstattung eingereicht werden. Es ist sinnvoll, sich diesbezüglich bei der Krankenkasse zu informieren, bevor die Leistung in Anspruch genommen wird.

FAZIT

In der UPD-Beratung schildern Patientinnen und Patienten, dass ihnen in der Arztpraxis gesagt wird, sie könnten privat in Rechnung gestellte Kosten für IGeL bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Die Ärztinnen und Ärzte suggerieren damit, dass eine nachträgliche Erstattung voraussichtlich erfolgt. In der Regel bleiben die Betroffenen jedoch auf den Kosten sitzen.

Ärztinnen und Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sollte klar sein,

dass die Krankenkassen die Kosten in der Regel nicht nachträglich erstatten. Ein solches Vorgehen belastet das Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis und schadet dem Ansehen der Ärzteschaft. Aus Patientensicht wäre es wichtig, dass alle Vertragsärztinnen und -ärzte die Abrechnungsregelungen kennen und über die Kosten umfassend und richtig aufklären.

4.7 Krankenkassen

Viele rechtliche Beratungen bei der UPD drehen sich rund um das Thema Krankenkassen. In fast 30.000 Beratungen ging es 2021 um Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern (siehe Kapitel 2). Davon betrafen 12.000 Beratungen das Thema Krankengeld (siehe Kapitel 4.7.2). Bei über 6.700 Beratungen ging es um Fragen zu Mit-

gliedschaft und Beiträgen (siehe Kapitel 4.7.3). Die Verwaltungspraxis der Krankenkassen spielte in vielen Themengebieten eine Rolle, wenn zum Beispiel Versicherte von ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt wurden oder telefonisch Entscheidungen der Krankenkasse erhielten.

4.7.1 Verwaltungspraxis der Krankenkassen

Die Kommunikation zwischen Krankenkassen und Versicherten war auch in diesem Berichtszeitraum in der Beratung der UPD ein Dauerthema. Ratsuchende sind oft von den Leistungen ihrer Krankenkasse abhängig. Sie berichteten, dass sie sich von Zwischennachrichten und Anrufen ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt fühlten. Insbesondere psychisch Erkrankte fühlten sich dazu

gedrängt, einen Reha-Antrag zu stellen. In dieser Situation wandten sie sich an die UPD.



³⁸ Satzungsleistungen können von den Krankenkassen als zusätzliche Leistungen für ihre Versicherten angeboten werden. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen nicht durch den G-BA ausgeschlossen sind. [§ 11 Absatz 6 SGB V](#)

DAUERTHEMA:

Verwirrende Zwischennachrichten

Auch im Jahr 2021 erhielten Ratsuchende, die ein Widerspruchsverfahren führten, von ihrer Krankenkasse Zwischennachrichten, die für sie verwirrend waren und sie unter Druck setzten.³⁹ Einige Zwischennachrichten waren inhaltlich so ausführlich gestaltet, dass erst aus dem letzten Absatz die maßgebliche Frage zu erkennen war, ob der Widerspruch zurückgenommen werden würde. Die Rücknahme hätte zur Folge, dass die Versicherten gegen den Bescheid der Kranken-

kasse nicht mehr gerichtlich vorgehen können. Ein Schreiben des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), in dem es Ende August 2020 die Krankenkassen nachdrücklich darauf hingewiesen hatte, die Versichertenrechte zu beachten und Verwaltungsverfahren einzuhalten, hat mangels Umsetzung nach der UPD-Beratungserfahrung für die Versicherten nicht zu einer Entlastung geführt.⁴⁰

DAUERTHEMA:

Krankenkassen lehnen Anträge am Telefon ab

Weiterhin kontaktierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen ihre Versicherten per Telefon und teilten ihnen eine Entscheidung über einen Antrag mit. Das ist rechtlich erlaubt⁴¹, aber Ratsuchende verstehen die Entscheidung häufig nicht und sind ratlos, ob und wie sie dagegen

vorgehen können.⁴² Es wäre wünschenswert, wenn insbesondere ablehnende Bescheide den Versicherten von vornherein schriftlich in verständlicher und nachvollziehbarer Weise mit einer Rechtsbehelfsbelehrung erteilt würden.



³⁹ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2020, Kapitel 4.6.1, Seite 62](#)

⁴⁰ Rundschreiben des Bundesamtes für Soziale Sicherung an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 24. August 2020, Aktenzeichen 211-4140-4292/2013 [Widerspruchsverfahren bei gesetzlichen Krankenkassen](#)

⁴¹ [§ 33 Absatz 2 SGB X](#)

⁴² Zuletzt [Monitor Patientenberatung 2020, Kapitel 4.6.1, Seite 59](#)

IM FOKUS:

Wenn die Reha-Aufforderung zur Belastung wird

“ Ich bin wegen einer Depression krankgeschrieben und erhalte Krankengeld. Jetzt bekam ich von der Krankenkasse die Aufforderung zur Reha. Wenn ich den Antrag nicht stelle, wird das Krankengeld gestrichen. Ich fühle mich durch dieses Schreiben massiv unter Druck gesetzt, was meine Symptome der Depression eher wieder verschlimmert. Das Letzte, was ich mir während der Pandemie vorstellen kann, ist, mehrere Wochen lang mit fremden Menschen zusammenzuleben. Mir fallen Treffen mit Freunden schon schwer genug. Vor allem hatte ich in den letzten Wochen den Eindruck, dass ich in der wöchentlichen ambulanten Psychotherapie endlich Fortschritte mache. Die Therapie jetzt zu unterbrechen, wäre in meinen Augen kontraproduktiv. Muss ich den Antrag wirklich stellen? ”

Das berichten Ratsuchende

Vermeehrt wenden sich Ratsuchende an die UPD, die mit einer psychischen Erkrankung im Krankengeldbezug sind und aufgefordert werden, einen Reha-Antrag zu stellen. Sie verstehen die Schreiben der Kasse oft nicht, fühlen sich unter Druck gesetzt und fürchten, ihren Kranken-

geldanspruch zu verlieren oder in die Rente zu rutschen. Sie verstehen nicht, warum sie den Antrag stellen sollen, wenn sie zum Beispiel erst sehr kurze Zeit krankgeschrieben sind oder wenn sie sich gerade in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater hören in diesen für die Betroffenen oft belastenden Anliegen zu und fangen die Ratsuchenden emotional auf, um dann das konkrete Anliegen zu klären. Oft erklären sie zunächst, was der Inhalt des Schreibens der Krankenkasse bedeutet. Sie erläutern, unter welchen Voraussetzungen die Krankenkasse ihre Versicherten auffordern darf, einen Reha-Antrag

zu stellen. Sie erklären weiterhin, was es bedeutet, dass Versicherte nicht mehr frei über den Antrag entscheiden dürfen, und welche Folgen es hat, wenn sie den Antrag nicht stellen. Die Beraterinnen und Berater weisen Ratsuchende darauf hin, dass diese das Recht haben, das hierfür wichtige ärztliche Gutachten zu kennen, und erklären, welche Wirkung ein Widerspruch hat.

Fachlicher Hintergrund

Wenn nach einem ärztlichen Gutachten die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erheblich gemindert oder gefährdet ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer diese Versicherten einen Reha-Antrag stellen müssen. Folgen Versicherte dieser Aufforderung nicht, entfällt ihr Anspruch auf Krankengeld, wenn die Frist abgelaufen ist.⁴³ Hintergrund dieser Regelung ist, dass bei Erwerbsminderung Rentenleistungen Vorrang

vor Krankengeld haben⁴⁴ und die Krankenkasse die Möglichkeit haben muss, die Krankengeldzahlung zu beenden, wenn ein anderer Träger leistungspflichtig ist. Der Reha-Antrag gilt dann zum Beispiel als Rentenanspruch, wenn die Reha nicht erfolgreich war, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert hat.⁴⁵

Das ärztliche Gutachten muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen: So muss das Gutachten

⁴³ § 51 SGB V

⁴⁴ § 50 Absatz 1 Nummer 1 SGB V

⁴⁵ § 116 Absatz 2 Nummer 2 SGB VI

neben den mindestens summarisch wiedergegebenen Befunden auch Aussagen zu konkreten Leistungseinschränkungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Versicherten, enthalten sowie eine Prognose dazu, ob der Zustand der erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit noch voraussichtlich sechs Monate andauern wird. In sehr vielen Fällen erfüllen die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes die Voraussetzungen an ein ärztliches Gutachten nicht, obwohl auch das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankengeld seit dem 3. Dezember 2020 explizit auf diese Inhalte hinweist.⁴⁶

Die Krankenkassen müssen zudem eigenes Ermessen ausüben, indem sie alle Umstände des Einzelfalls sorgfältig abwägen und in der Aufforderung zum Reha-Antrag erkennen lassen, wie sie ihren Entscheidungsspielraum genutzt haben. Auch diese Voraussetzung erfüllen viele Bescheide der Krankenkassen nicht und sind damit rechtswidrig.

Für die Versicherten bewirkt eine Aufforderung nach § 51 SGB V, dass sie in ihren Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Sie können



den Antrag nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse zurücknehmen oder beschränken.⁴⁷ Wollen sie zum Beispiel die Reha nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt antreten oder in eine andere Klinik, müssen sie dafür die Zustimmung der Krankenkasse beantragen und erhalten, wenn sie nicht ihren Anspruch auf Krankengeld verlieren wollen.

Sie können gegen die Aufforderung zwar Widerspruch einlegen und die Krankenkasse muss zunächst das Krankengeld weiterzahlen. Aber die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs verlängert nicht die Zehn-Wochen-Frist.⁴⁸ Bleibt der Widerspruch erfolglos, kann die Krankenkasse das über die Frist hinaus gezahlte Krankengeld zurückfordern.

FAZIT

Für viele Ratsuchende bedeutet die mit Einschränkungen und Folgen belegte Aufforderung, einen Reha-Antrag zu stellen, eine große Belastung. Sie fürchten um ihre Existenzgrundlage, verstehen nicht, warum bereits nach kurzer Krankschreibung ein Reha-Antrag als Rentenanspruch gelten soll und sie zum Beispiel gezwungen sein können, eine begonnene Psychotherapie zu unterbrechen, um eine stationäre Reha zu machen.

Krankenkassen sollten bei der Aufforderung zum Reha-Antrag unbedingt die geltenden

Regeln einhalten, nur echte Gutachten anwenden, ihr Ermessen nachvollziehbar ausüben und ihre Bescheide verständlich schreiben. Denn auch wenn der Widerspruch gegen eine Aufforderung Erfolg hat, kann allein das Verfahren viele Ratsuchende in ihrem Gesundheitsprozess zurückwerfen und nicht zuletzt das Vertrauen in die Krankenversicherung zerstören.

⁴⁶ Punkt 8.2.1 Gemeinsames Rundschreiben vom 3. Dezember 2020 zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII

⁴⁷ Bundessozialgericht, Urteil vom 7. Dezember 2004, Aktenzeichen B 1 KR 6/03 R

⁴⁸ Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2014, Aktenzeichen B 1 KR 31/13 R

→ 2021 WEITER AKTUELL:

Anrufe der Krankenkasse belasten Versicherte

Ratsuchende, die Krankengeld beziehen, berichten weiterhin regelmäßig von Anrufen der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter ihrer Krankenkasse. Die UPD hat bereits im Monitor Patientenberatung 2020 ausgeführt, wie belastend dieses Vorgehen von Versicherten – insbesondere von psychisch Erkrankten – empfunden wird.⁴⁹

Zunächst hat das BAS die bundesunmittelbaren Krankenkassen aufgefordert, zugunsten einer verstärkten Sensibilität im Umgang mit Versicherten im Krankengeldbezug, insbesondere bei Personen mit psychischen Erkrankungen, die direkte telefonische Kontaktaufnahme zu vermeiden.⁵⁰

Seit dem 20. Juli 2021 dürfen Krankenkassen bestimmte Daten zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben, es sei denn, dass die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben.⁵¹ Jede telefonische Erhebung ist zu protokollieren.

Trotzdem erhalten Versicherte weiterhin ohne vorherige Einwilligung Anrufe ihrer Krankenkasse. Die Krankenkassen sollten sich an die gesetzlichen Vorgaben halten und in diesem Rahmen die psychischen Belastungen der Versicherten berücksichtigen. Auch aus Sicht der Patientenberatung sollten Krankenkassen grundsätzlich auf Anrufe bei psychisch kranken Versicherten verzichten.



4.7.2 Krankengeld

In knapp 12.000 Beratungen ging es um das Thema Krankengeld – ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um fast 2.400 (2021: 11.834 Beratungen; 2020: 14.212 Beratungen). Trotzdem bleibt Krankengeld eines der am häufigsten nachgefragten Themen in der Patientenberatung. Beraterinnen und Berater berichten, dass zum Thema Krankengeld deutlich speziellere und kompliziertere Anfragen an die UPD gerichtet wurden als in den Vorjahren.

Mit rund 2.500 Beratungen zu Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zur Reha waren die Anfragen zu diesem Teilbereich im Vergleich zum Vorjahr etwa gleichbleibend (2021: 2.506 Bera-

tungen; 2020: 2.680 Beratungen). Auffällig waren die komplexen Fragen zu Aufforderungen zur Reha vor allem psychisch Erkrankter, ohne dass die gesetzlichen Vorgaben für diese Aufforderung erfüllt waren (siehe Kapitel 4.7.1).

Auch die Anzahl der Beratungen zur Anrechnung von Vorerkrankungen war mit rund 1.000 Beratungen fast unverändert (2021: 1.042 Beratungen; 2020: 1.060 Beratungen). Ein deutlicher Rückgang bestand bei den Beratungen zur sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (2021: 1.398 Beratungen; 2020: 1.941 Beratungen). Mit ca. 2.500 Beratungen sind auch die Anfragen zu allgemeinen Informationen zum

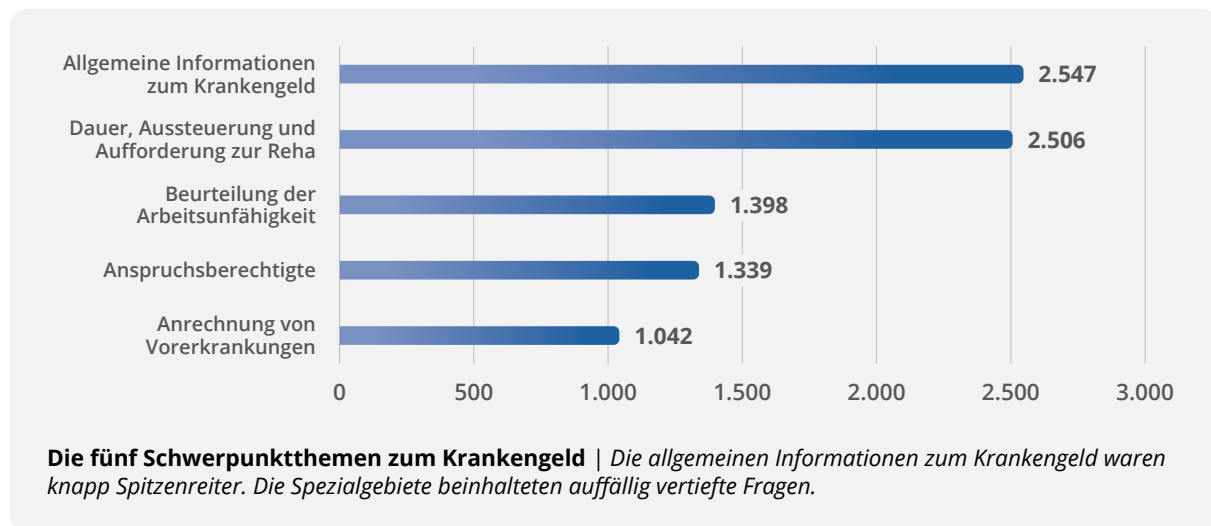
⁴⁹ [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.6.2, Seite 64, 65

⁵⁰ [Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 10. Februar 2021](#); Aktenzeichen 211-5120-593/2016

⁵¹ [§ 275 Absatz 1b SGB V](#), eingefügt mit Wirkung vom 20. Juli 2021 durch Gesetz vom 11. Juli 2021 (Bundesgesetzblatt Teil I, Seite 2754)

Krankengeld gesunken (2021: 2.547 Beratungen; 2020: 3.305 Beratungen). Leicht rückläufig waren auch die Beratungen zum Thema Anspruchsberechtigte (2021: 1.339 Beratungen; 2020: 1.420 Beratungen). In den Anfragen von Versicherten,

die während des Krankengeldbezugs im Inland verreisen wollten, wurde deutlich, dass Krankenkassen die Gewährung des Krankengeldes zu Unrecht von ihrer Zustimmung abhängig machen (siehe unten).



IM FOKUS:

Urlaub im Inland – unnötiger Stress beim Krankengeld

„Weil ich Krankengeld bekomme, habe ich meine Krankenkasse darüber informiert, dass ich für ein paar Tage an die Ostsee fahren will. Mein Arzt befürwortet die Reise. Aber die Krankenkasse will das erst noch prüfen. Sie sagt, wer Urlaub machen kann, ist nicht krank und bekommt auch kein Krankengeld. Ist das rechtmäßig?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die Krankengeld beziehen, berichten, dass sie vor einem geplanten Inlandsurlaub die Krankenkasse informiert haben und von den Antworten verunsichert sind. Sie schildern zum Beispiel, dass die Krankenkasse den Anspruch auf Krankengeld vom Medizinischen Dienst prüfen lassen will. Andere Ratsuchende berichten,

dass die Krankenkasse das Krankengeld während des Urlaubs ablehnt. Einige Betroffene zeigen in der Beratung Schreiben ihrer Krankenkasse, die den ausdrücklichen Hinweis enthalten, dass Reisen im In- und Ausland vor Antritt zustimmungspflichtig seien und daher rechtzeitig beantragt werden müssten.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater informieren die Ratsuchenden darüber, dass sie nicht dazu verpflichtet sind, der Krankenkasse Reisen im Inland mitzuteilen. Sie empfehlen den Ratsuchenden, gegen die Ablehnung des Krankengeldes Widerspruch einzulegen und sich die

Rechtsgrundlagen für die Antragspflicht von der Krankenkasse schriftlich geben zu lassen. Die Beraterinnen und Berater erläutern, dass die Ratsuchenden nur bei Reisen ins Ausland die Zustimmung der Krankenkasse einholen müssten.



Ergänzend weisen sie auf die allgemeinen Pflichten hin, die Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse haben, wenn sie Leistungen beziehen.

Fachlicher Hintergrund

Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, wenn sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten. Bei Reisen ins Ausland müssen Versicherte daher die Zustimmung der Krankenkasse beantragen, damit das Krankengeld während der Auslandsreise weitergezahlt wird.⁵² Für Reisen im Inland gibt es keine derartige gesetzliche Regelung. Daher sind Versicherte weder verpflichtet, die Krankenkasse über Inlandsreisen zu informieren, noch eine entsprechende Zustimmung zu beantragen.

Sie ermutigen Ratsuchende, die sich beschweren möchten, und nennen ihnen bei Bedarf die Anschrift der jeweiligen Aufsichtsbehörde.

Versicherte sollten aber ihre Mitwirkungspflichten beachten.⁵³ Sie sollten während der Abwesenheit von ihrem Wohnort ihre Erreichbarkeit für die Krankenkasse sicherstellen. Zum Beispiel kann die Krankenkasse verlangen, dass Versicherte persönlich in der Geschäftsstelle der Krankenkasse erscheinen.⁵⁴ Auch zu einer persönlichen Untersuchung durch den Medizinischen Dienst müssen Betroffene erscheinen.⁵⁵

FAZIT

Einzelne Krankenkassen machen ihre Krankengeldzahlung an Versicherte, die im Inland verreisen wollen, von ihrer Zustimmung abhängig. Sie fordern Versicherte auf, rechtzeitig einen entsprechenden Antrag zu stellen. Dafür gibt es keine Rechtsgrundlage. Die Zustim-

mung der Krankenkassen ist nur bei einem Aufenthalt im Ausland erforderlich. Krankenkassen sollten sich an das geltende Recht halten. Es bleibt zu hoffen, dass die Beschwerden der Betroffenen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen führen.

⁵² [§ 16 Absatz 4 SGB V](#)

⁵³ [§§ 60 ff. SGB I](#)

⁵⁴ [§ 61 SGB I](#)

⁵⁵ [§ 275 Absatz 1 Nummer 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 62 SGB I](#)

IM FOKUS:

Ruhen des Krankengeldes bei elektronischer Meldung der Arbeitsunfähigkeit

„ Ich hatte festgestellt, dass die Krankenkasse noch kein Krankengeld überwiesen hat. Auf Nachfrage meinte der Sachbearbeiter am Telefon, ich hätte meine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht an die Kasse geschickt. Deshalb würde das Krankengeld ruhen. Ich habe aber im Radio gehört, dass meine Ärztin die Bescheinigung direkt digital an die Kasse schickt und ich mich um nichts kümmern muss. Was gilt denn jetzt und was kann ich gegen die Entscheidung der Krankenkasse tun? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende teilen mit, dass ihre Krankenkasse für eine bestimmte Zeit kein Krankengeld überweist,

weil sie ihre Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht innerhalb einer Woche gemeldet haben.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die neuen gesetzlichen Regelungen, wonach die Ärztinnen und Ärzte die Arbeitsunfähigkeitsdaten direkt an die Krankenkassen übermitteln. Sie weisen auf die Unklarheiten hin, die sich aus verschiedenen Übergangsregelungen ergeben.

Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auf, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zunächst zur Sicherheit wie bisher selbst an die Krankenkasse zu übermitteln, wenn die Ärztin oder der Arzt ihnen den Papiernachweis übergibt.⁵⁶

In Anlehnung an die Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) fordern die

Gleichzeitig weisen sie die Ratsuchenden darauf hin, Widerspruch gegen das Ruhen des Krankengeldes einzulegen und sich in der Begründung auf die gesetzlichen Regelungen zu beziehen.

Fachlicher Hintergrund

Ein Ruhen des Krankengeldes ist ausgeschlossen, wenn die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren erfolgt.⁵⁷

Übergangsregelung vereinbart, nach der Praxen bis Ende 2021 das alte Muster für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier nutzen konnten.

Seit dem 1. Januar 2021 sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnose unmittelbar elektronisch an die Krankenkassen zur übermitteln.⁵⁸

Aber Verzögerungen bei der notwendigen Technik führten erst zu einer Verschiebung des Pflichttermins auf den 1. Oktober 2021.⁵⁹ Darüber hinaus hatte die KBV mit den Krankenkassen eine



⁵⁶ KBV. Patienteninformation: [So funktioniert die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung](#). Stand: 13.01.2022

⁵⁷ § 49 Absatz 1 Nummer 5 zweite Alternative SGB V

⁵⁸ § 295 Absatz 1 Satz 10 SGB V

⁵⁹ [Vordruck-Vereinbarung zwischen der KBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vom 1. Juli 2020](#)

Da die technischen Probleme weiterhin bestanden, beschloss die KBV in einer Richtlinie eine weitere Übergangsregelung bis zum 30. Juni 2022.⁶⁰ Demnach können Praxen bei Bedarf die Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. Juni 2022 nach dem alten Verfahren bescheinigen.⁶¹

Nach der Gesetzesbegründung sollen Verspätungen der elektronisch übermittelten Arbeitsunfähigkeitsdaten nicht zu Rechtsfolgen zulasten der Versicherten führen.⁶²

So hat auch das Sozialgericht Dresden in einem aktuellen Urteil entschieden, dass die verspätete Einführung der elektronischen Meldung von

Krankschreibungen nicht zulasten der Versicherten geht.⁶³ Die Vereinbarungen der Verbände der Kassenärzte und Krankenkassen wirkten nicht gegenüber den Versicherten. Die Möglichkeit, den Systemwechsel über den 1. Januar 2021 hinaus weiter aufzuschieben, habe im Gesetz keinen Niederschlag gefunden – auch nicht für den Fall der verspäteten Herstellung der technischen Voraussetzungen. Es spiele auch keine Rolle, ob den Versicherten die Schwierigkeiten bekannt waren.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Die unterlegene Krankenkasse hat die Möglichkeit, sich wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache direkt an das Bundessozialgericht zu wenden.

FAZIT

Das Gesetz schreibt die direkte digitale Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von den Arztpraxen an die Krankenkassen vor. Dem stehen die Vereinbarungen der Verbände der Kassenärzte und Krankenkassen gegenüber, nach denen übergangsweise die alten Papiermuster weiter genutzt werden können. Diese widersprüchlichen Regelungen führen zu einer großen Verunsicherung – auch in der Beratung der UPD. Sie belasten vor allem Versicherte, die kein Krankengeld er-

halten, wenn die Arbeitsunfähigkeitsmeldung gar nicht oder verspätet bei der Krankenkasse eingeht. Kassen sehen hier die Verantwortung bei der oder dem Versicherten. Das Sozialgericht Dresden hat in diesem Fall eine Verantwortung der Versicherten abgelehnt. Eine schnelle höchstrichterliche Klärung wäre daher sehr zu begrüßen. Grundsätzlich sollten untergesetzliche Vereinbarungen und Regelungen im Einklang mit dem Gesetz stehen.

4.7.3 Mitgliedschaft und Beiträge

Die UPD hat im Jahr 2021 insgesamt rund 6.700 Beratungen zum Mitgliedschafts- und Beitragsrecht durchgeführt (2021: 6.703 Beratungen; 2020: 8.165 Beratungen).

Der Spitzenreiter war auch in diesem Berichtszeitraum mit über 1.000 Anfragen das Thema Mitgliedschaft und Versichertenstatus. Auf dem zweiten Rang lag wie im Vorjahr das Thema

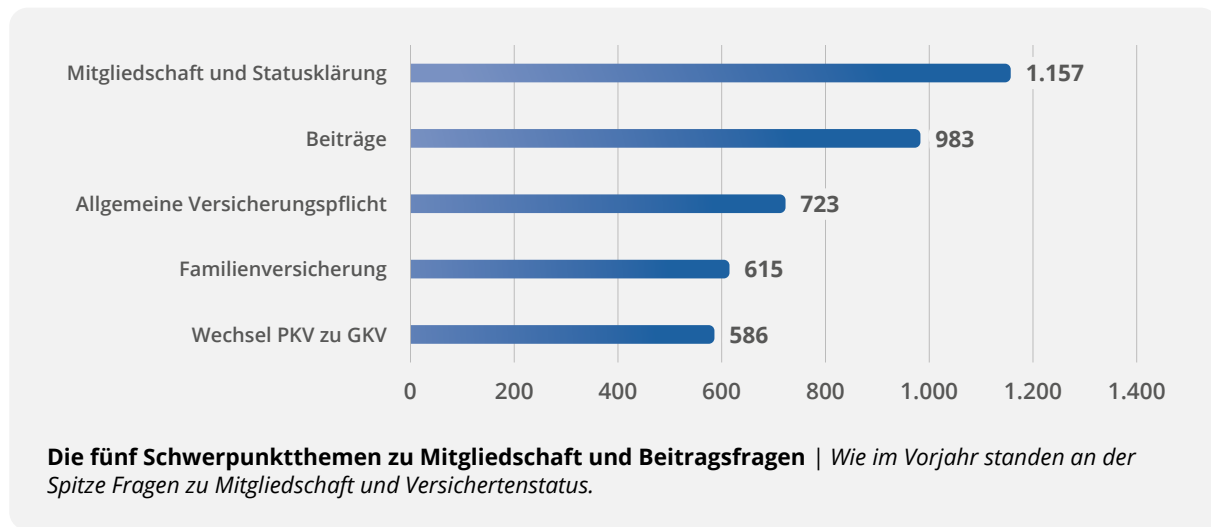
Beiträge mit knapp 1.000 Beratungen. Das Spektrum der Fragen in diesem Bereich reicht von Beitragsschulden über die Beitragseinstufung bis zur Rechtmäßigkeit von Beitragserhebungen. Die Themen allgemeine Versicherungspflicht, Familienversicherung und Wechsel von der PKV in die GKV sind auch weiterhin unter den fünf häufigsten Anfragethemen.

⁶⁰ [Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 Nummer 1 SGB V zur Durchführung von Anlage 2 und 2b zum BMV-Ä](#)

⁶¹ [Praxisinfo der KBV zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung](#). Stand: Januar 2022

⁶² [Bundestagsdrucksache 19/6337](#) Seite 145 zu § 49 SGB V

⁶³ [Sozialgericht Dresden, Urteil vom 19. Januar 2022, Aktenzeichen S 45 KR 575/21](#)



DAUERTHEMA:

Wenn Ratsuchende zu wenig Geld für die Versicherung haben

Versicherte können aufgrund von laufenden Beiträgen oder Beitragsschulden aus der Vergangenheit in finanzielle Überforderung geraten. Sind Versicherte mit ihren Beiträgen für zwei Monate im Rückstand und zahlen trotz Mahnung nicht, ruhen die Leistungen der GKV. Ausgenommen sind Leistungen zur Früherkennung, die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie die Versorgung bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Um den Anspruch auf Leistungen durch die Kasse aufrechtzuerhalten, haben die Betroffenen nur wenige Möglichkeiten. Stellt das zuständige Sozialamt oder Jobcenter Hilfebedürftigkeit fest,

bleibt der Leistungsanspruch bestehen. Ansonsten können die Krankenkassen mit ihren Versicherten eine Ratenzahlung vereinbaren. Nach wie vor berichten Ratsuchende, dass die vorgegebenen Rahmenbedingungen der Kassen für Ratenzahlungsvereinbarungen schwer zu erfüllen sind. Die Kassen beachten dabei die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Betroffenen selten. Noch immer fehlt ein gesetzlich vorgegebener Rahmen für eine mögliche Ratenzahlung, der sich an den realistischen Möglichkeiten der Versicherten orientiert und damit den Weg aus der Schuldenfalle erleichtert. Über diese Thematik wurde bereits in verschiedenen Monitoren Patientenberatung berichtet.⁶⁴

DAUERTHEMA:

Wie kommen Menschen, die nicht krankenversichert sind, zurück in das System?

Ratsuchende fragen nach dem Zugang zur Krankenversicherung in Deutschland. Auch lange Jahre, nachdem die allgemeine Versicherungspflicht in Deutschland eingeführt wurde, erreichen die UPD Anfragen zur Wiederaufnahme einer Kran-

kenversicherung.⁶⁵ In der Regel bestand für die betroffene Person bereits vor der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht keine Krankenversicherung mehr. Oft sind es Angehörige oder Freunde, die sich zu diesem Thema beraten

⁶⁴ [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.](#)

⁶⁵ [Allgemeine Versicherungspflicht in der GKV seit dem 1. April 2007, § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, Allgemeine Versicherungspflicht in der PKV seit dem 1. Januar 2009, § 193 Absatz 3 VVG](#)

lassen. Für die Betroffenen selbst ist die Situation mit viel Scham behaftet oder sie können sich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst um ihre Angelegenheiten kümmern.

Ein neuer Krankenversicherungsschutz ist mit Kosten verbunden. Das Geld haben die betroffenen Personen oft nicht. Sie kümmern sich meist erst dann um eine Krankenversicherung, wenn sie dringend eine medizinische Behandlung brauchen oder bereits Behandlungskosten für eine akute Erkrankung entstanden sind. Das erschwert

die dringliche Situation zusätzlich. Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die gesetzlichen Grundlagen und erläutern die Möglichkeit, beim zuständigen Jobcenter oder Sozialamt die Hilfebedürftigkeit überprüfen zu lassen. Wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Gesetzes sind und laufende Leistungen der Grundsicherung beziehen, schließt dies die Beiträge zur Krankenversicherung in der GKV und der PKV mit ein. Die Leistungen werden nicht eingeschränkt, auch wenn es Beitragsrückstände gibt.

EXKURS

Krankenversicherung bei Urlaubsreisen in der EU oft nicht umfassend

Immer wieder wenden sich gesetzlich versicherte Ratsuchende an die UPD, wenn sie im europäischen Ausland eine ungeplante medizinische Behandlung erhalten haben und später versuchen, die Kosten von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen. In einigen Fällen wurden die Kosten im Ausland teilweise über die Europäische Krankenversicherungskarte abgerechnet. Ansonsten erhielten die Patientinnen und Patienten privatärztliche Rechnungen. Reichen sie die privaten Rechnungen bei der Krankenkasse ein, erstatten diese oft nur einen Bruchteil der Kosten oder lehnen die Kostenerstattung ab. Die Beraterinnen und Berater erläutern Ratsuchenden, welche Regelungen gelten, wenn sie im Ausland eine Behandlung über die Europäische Krankenversicherungskarte oder als Privatleistung in Anspruch nehmen und welche Besonderheiten für einen Rücktransport nach Deutschland gelten.

Sie erläutern Ratsuchenden, die mit der Höhe der Kostenerstattung oder der Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse nicht einverstanden sind, wie sie gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen können.

Im Rahmen der Lotsenfunktion verweisen die Beraterinnen und Berater auf die Beratungsmöglichkeiten bei der nationalen Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.⁶⁶

Nicht zuletzt geben die Beraterinnen und Berater den Hinweis, dass mit einer Reisekrankenversicherung die Finanzierungslücke für Behandlungen im Ausland und einen medizinisch notwendigen Rücktransport nach Deutschland geschlossen werden kann.

Die rechtlichen Regelungen hängen davon ab, ob die Leistung über die Europäische Krankenversicherungskarte oder als Privatpatientin oder -patient abgerechnet wurde.

Werden gesetzlich Versicherte im europäischen Ausland über die Europäische Krankenversicherungskarte behandelt, haben sie Anspruch auf die Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen nach den Regeln im Behandlungsland. Leistungen, die im Aufenthaltsland nicht vorgesehen sind, werden nicht übernommen. Dies gilt auch, wenn Versicherte diese medizinischen Leistungen in Deutsch-

⁶⁶ Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. [Ungeplante Behandlungen im EU-Ausland](#) [Zugriff: 09.03.2022]

land problemlos über ihre Krankenkasse erhalten. Mögliche zusätzlich anfallende Kosten für die Behandlung tragen die Versicherten allein. Eine nachträgliche Kostenerstattung für im Ausland über die Europäische Krankenversicherungskarte in Anspruch genommene Leistungen ist durch die Krankenkasse in Deutschland nicht vorgesehen.

Einen Überblick über die Versorgungssituation in dem Aufenthaltsland bieten die Merkblätter der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA).⁶⁷

Verzichten gesetzlich Versicherte im europäischen Ausland auf den Einsatz der Europäischen Krankenversicherungskarte, werden sie als Privatpatienten behandelt. In diesen Fällen zahlen die Patientinnen und Patienten die Behandlungskosten direkt an den Behandelnden. Die privatärztlichen Rechnungen aus dem Behandlungsland können die Versicher-

FAZIT

Nicht jede medizinisch notwendige Leistung im europäischen Ausland ist für gesetzlich Versicherte vollumfänglich abgesichert. Versicherte erhalten oft nur einen kleinen Teil der tatsächlich entstandenen Kosten zurück. Das ist vielen Ratsuchenden nicht bekannt. Aus Beratungssicht scheint es wichtig, Versicherte

ten zur nachträglichen Kostenerstattung bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen. Die Krankenkasse kann eine deutsche Übersetzung der Rechnungsunterlagen verlangen, wofür den Versicherten zusätzliche Kosten entstehen können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassen prüfen die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Behandlung im Ausland, ob es sich um eine Kassenleistung in Deutschland handelt und wie hoch diese Kassenleistung ist. Die Kasse erstattet im Regelfall die Kosten für die Kassenleistung in Deutschland abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen, zum Beispiel für Arznei- oder Hilfsmittel. Sind die nachgewiesenen Kosten niedriger als in Deutschland, werden die tatsächlichen Kosten erstattet.

Kosten, die für einen medizinisch erforderlichen Rücktransport nach Deutschland entstehen, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht.⁶⁸

auf dieses Risiko im Vorfeld aufmerksam zu machen. Wenn erst mal etwas passiert ist, bleiben Betroffene in der Regel auf den Kosten sitzen. Eine entsprechende Auslandskrankenversicherung auch bei Reisen innerhalb Europas kann diese Finanzierungslücke schließen.



⁶⁷ DVKA, *Touristen* [Zugriff: 09.03.2022]

⁶⁸ § 60 Absatz 4 SGB V

GESAMTFAZIT Krankenkassen

Ein großer Teil der rechtlichen Anfragen bei der UPD hat mit Leistungen oder Vorgehensweisen der Krankenkassen zu tun. Konflikte entstehen vor allem dann, wenn sich Versicherte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkasse unter Druck gesetzt fühlen, keine oder falsche Informationen erhalten oder wenn Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter beantragte Leistungen am Telefon ablehnen, ohne dass der Grund für die Ablehnung nachvollziehbar ist.

Einige der von den Ratsuchenden geschilderten Probleme mit ihren Krankenkassen sind nicht nur der Patientenberatung, sondern auch den Aufsichtsbehörden und anderen maßgeblichen Institutionen seit Jahren bekannt. So erhielten zum Beispiel auch im vergangenen Jahr Ratsuchende, die ein Widerspruchsverfahren führten, irreführende Zwischennachrichten, die sie verunsicherten.

Insbesondere psychisch kranke Versicherte im Krankengeldbezug berichteten weiterhin von quälenden Anrufen. Wiederholt hat die UPD im Monitor Patientenberatung darüber berichtet und auf entsprechende Rundschreiben des BAS an die Krankenkassen hingewiesen.⁶⁹ Es entsteht der Eindruck, dass die Wirksamkeit aufsichtsrechtlicher Maßnahmen begrenzt ist.

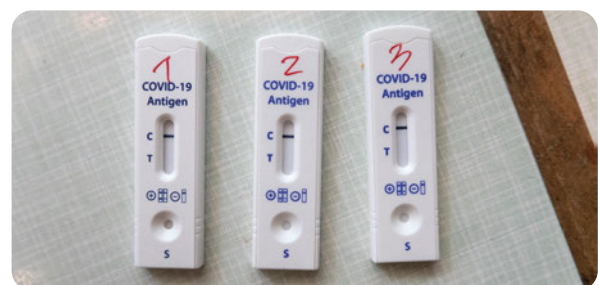
Der mündliche Verwaltungsakt sollte vom Gesetzgeber reguliert werden. Aus Sicht der Patientenberatung ist nicht nachvollziehbar, warum Krankenkassen Leistungsanträge ihrer Versicherten telefonisch ablehnen dürfen.

Es bleibt zu hoffen, dass neue gesetzliche Regelungen – zum Beispiel zur Erhebung von Arbeitsunfähigkeitsdaten (siehe Kapitel 4.7.1, „2021 weiter aktuell: Anrufe der Krankenkasse belasten Versicherte“) – Abhilfe schaffen.

4.8 Medizinprodukte

Medizinprodukte sind Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung, die vom Hersteller für die Anwendung beim Menschen bestimmt sind und primär physikalisch wirken.⁷⁰ Hierzu gehören zum Beispiel medizinische Geräte, Prothesen, Verbandmittel, Implantate und Herzschrittmacher, aber auch Testverfahren wie die in der Corona-Pandemie umfangreich eingesetzten Schnelltests. Manche Medizinprodukte werden für die gleichen Anwendungsbereiche wie Arzneimittel und in ähnlichen Darreichungsformen angeboten (siehe Seite 76). Auch diese Präparate wirken vor allem physikalisch und nicht pharmakologisch, metabolisch oder immunologisch wie viele Arzneimittel.

Das Spektrum an Produkten und ihrer Anwendung ist groß. Die rechtlichen Regelungen sind komplex und haben sich im Laufe des Jahres 2021 zum Teil geändert.⁷¹ Die Anfragen an die UPD rund um das Thema Medizinprodukte waren vielfältig und zeigen einige grundsätzliche Fragen in diesem Bereich auf.



⁶⁹ Siehe zum Beispiel [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.6.1, Seite 62

⁷⁰ Bundesministerium für Gesundheit. [Medizinprodukte](#) [Zugriff: 02.03.2022]

⁷¹ Schrittweise Ablösung Medizinproduktegesetz (MPG) ab dem 26. Mai 2021 durch [Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz \(MPDG\)](#) in Verbindung mit [Verordnung \(EU\) 2017/745](#)

Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Medizinprodukten schwer einschätzbar

Ratsuchende wenden sich an die UPD mit Fragen zu Wirksamkeit, Risiken und Nebenwirkungen von Medizinprodukten. Wenn Medizinprodukte zurückgerufen werden oder Ratsuchende durch fehlerhafte Produkte gesundheitliche Probleme befürchten, wollen sie wissen, wie sie sich verhalten sollen, welche rechtlichen Ansprüche sie haben und wie sie diese geltend machen können. Diese Situation beschreibt der Patientenmonitor 2020 ausführlich am Beispiel fehlerhafter Verhütungsspiralen.⁷² In anderen Fällen wollen Ratsuchende vorab wissen, welche Medizinprodukte in ihrer Situation besonders gut oder sicher sind – zum Beispiel vor einem geplanten Gelenkersatz.

Die Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Medizinprodukten sind für Patientinnen und Patienten schwer einschätzbar. Zwar wird das CE-Kennzeichen⁷³ in der Europäischen Union verwendet, es bedeutet jedoch nur, dass das Medi-

zinprodukt bestimmte gesetzlich geregelte technische und medizinische Anforderungen erfüllt. Über die Wirksamkeit sagt das CE-Siegel nichts aus. Anders als Arzneimittel sind für Medizinprodukte keine Zulassungsstudien erforderlich, die einen Wirksamkeitsnachweis beinhalten.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht fortlaufend eine Liste mit Rückrufen fehlerhafter Produkte. Diese ist aber nur wenigen Betroffenen bekannt.⁷⁴ Das 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Errichtung eines Implantatregisters, das die Sicherheit der Produkte verbessern soll, hat bisher keine Wirkung gezeigt: Das Register wurde bislang nicht veröffentlicht.

Aus Beratungssicht scheint es erforderlich zu sein, Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit von Medizinprodukten besser transparent und vergleichbar zu machen.

Arzneimittel und arzneimittelähnliche Medizinprodukte – gleich angewendet, aber unterschiedlich geregelt

Einige Medizinprodukte werden wie Arzneimittel angewendet: als Tabletten eingenommen, auf die Haut aufgetragen, in die Augen getropft. Hierzu gehören zum Beispiel befeuchtende Augentropfen und Gele für die Haut, Nasensprays und Läusemittel aus Silikonölen.⁷⁵



Ratsuchenden und zum Teil auch Fachkreisen ist häufig nicht klar, dass es sich nicht um Arzneimittel, sondern um Medizinprodukte handelt. Das führt vor allem in Zusammenhang mit der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen zu Unklarheiten, mit denen Ratsuchende sich an die UPD wenden.

Krankenkassen übernehmen in der Regel nur die Kosten für Arzneimittel. Stoffe und Zubereitungen, die als Medizinprodukte für die Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind in der Regel nicht ordnungsfähig. Es gibt aber einige Ausnahmen, in denen Medizinprodukte wie Arzneimittel zulasten der GKV verordnet werden können. Das regelt die Arzneimittel-Richtlinie.⁷⁶

⁷² [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.7, Seite 69 f.

⁷³ CE: Conformité Européenne – Europäische Konformität

⁷⁴ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. [Rückruf-Meldung](#) [Zugriff: 02.03.2022]

⁷⁵ Siehe zum Beispiel auch: [Stiftung Warentest: Medikamente im Test. Medizinprodukte sind keine Arzneimittel](#). 15.02.2022

⁷⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss. [Medizinprodukte in der Arzneimittelversorgung](#) [Zugriff: 02.03.2022]

Einige Medizinprodukte, deren Anwendung in medizinischen Leitlinien empfohlen wird, sind in diesen Ausnahmen nicht enthalten. Beispielsweise werden Gele und glyzerinhaltige Feuchtigkeitsscremes zur Nachbehandlung nach Chemotherapie bei Endometriumkarzinom ausdrücklich in der S3-Leitlinie empfohlen.⁷⁷ Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten diese Produkte allerdings nicht.

Es gibt auch Präparate unterschiedlicher Hersteller mit den gleichen Inhaltsstoffen, die einmal als Medizinprodukt und einmal als Arzneimittel eingestuft sind. Das eine Präparat kann also zulasten der Kasse verordnet werden, das andere nicht. Auch Ärztinnen und Ärzten ist diese Unterscheidung

nicht immer klar, sodass sie diese eventuell bei der Verordnung nicht berücksichtigen.

Aus Sicht der UPD darf die unter medizinischen Gesichtspunkten irrelevante Unterscheidung zwischen Arzneimitteln und Medizinprodukten nicht zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Die Anforderungen an die therapeutische Wirksamkeit und die Kostenübernahmeregelungen sollten bei arzneimittelähnlichen Medizinprodukten den Arzneimitteln entsprechen. Darüber hinaus sollten Präparate, die in hochwertigen S3-Leitlinien empfohlen werden, grundsätzlich von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden – unabhängig davon, ob es sich um Medizinprodukte oder Arzneimittel handelt.

#CORONA-PANDEMIE:

Medizinprodukte im Pandemie-Alltag – Schutzmasken und Schnelltests

Medizinprodukte – wie beispielsweise Masken und Schnelltests – sind wichtige Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie. Insgesamt wandten sich im Berichtsjahr viele Menschen mit Fragen rund um Corona-Tests (9.529 Beratungen) und Masken (1.519 Beratungen) an die UPD.

Die Fragestellungen rund um Corona-Schnelltests beschreibt das Kapitel 4.14 „Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten“.

Masken spielten vor allem zu Beginn des Jahres 2021 noch häufig eine Rolle in der Beratung. Für hohes Beratungsaufkommen sorgten dabei zum

Beispiel die organisatorischen Schwierigkeiten bei der Abgabe kostenloser FFP2-Masken an Risikopatientinnen und -patienten Anfang des Jahres. Ratsuchende hatten die erforderlichen Coupons nicht bekommen, fühlten sich benachteiligt, wenn sie keine Masken erhielten, oder konnten nicht nachvollziehen, auf welcher Datenlage die Empfängerinnen und Empfänger ausgewählt wurden. Auffallend war, dass viele Ratsuchende in dem Thema sehr emotional reagierten, obwohl es um verhältnismäßig geringe Geldbeträge ging. Im Verlauf des Jahres waren die Anfragen zum Thema Masken rückläufig. Ende 2021 waren Masken kein relevantes Beratungsthema mehr.

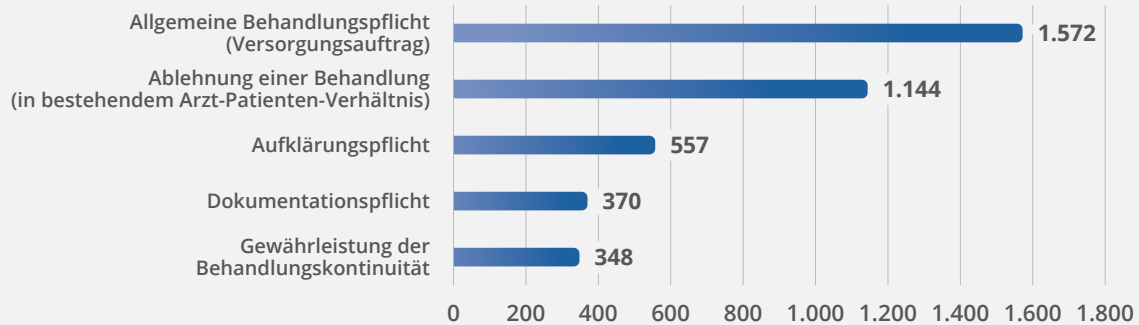
4.9 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten

Im Jahr 2021 ging es in knapp 16.000 Beratungen um die Schwerpunkte ärztliche Berufspflichten und Patientenrechte. Dies entspricht in etwa dem Jahr 2020.

Das häufigste Thema im Bereich Berufspflichten (insgesamt 6.231 Beratungen) war – wie auch im vergangenen Jahr – der ärztliche Versorgungsauftrag mit 1.572 Anfragen. Auch die Ableh-

nung einer Behandlung in einem bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnis war wieder häufiges Beratungsthema (1.144 Beratungen). 557 Ratsuchende bemängelten die ärztliche Aufklärung. Diese habe in vielen Fällen gar nicht oder nur unzureichend stattgefunden. Auch zu Fragen in Bezug auf die ärztliche Dokumentationspflicht und zur Gewährleistung von Behandlungskontinuität wurde 2021 oft beraten.

⁷⁷ Leitlinienprogramm Onkologie. [Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom \(S3-Leitlinie\)](#). April 2018

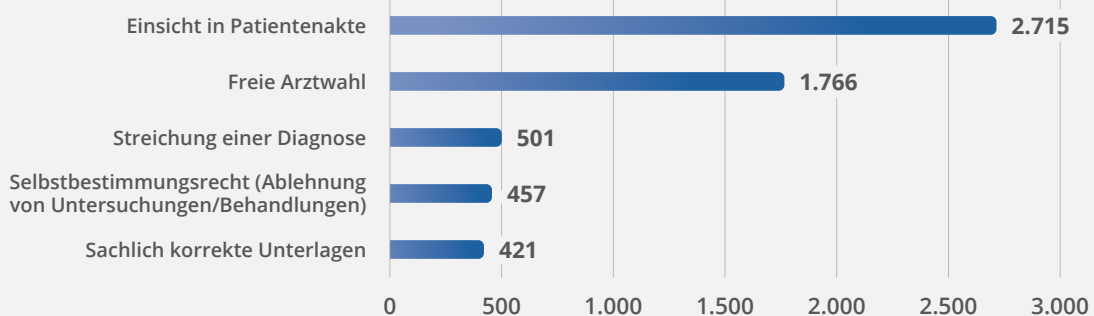


Die fünf häufigsten Themen in der Beratung zu ärztlichen Berufspflichten

Zu Patientenrechten haben die Beraterinnen und Berater in insgesamt 7.623 Fällen beraten. Das Thema Einsicht in die Patientenakte war mit 2.715 Beratungen erneut das am häufigsten nachgefragte (siehe auch „Dauerthema: Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?“). Fast genauso viele Ratsuchende wie im Vorjahr erkundigten sich nach ihrem Recht auf freie Arztwahl. Die Anfragen zur Streichung ärztlicher Diagnosen aus der

Patientenakte sind in 2021 leicht angestiegen – ein Dauerthema in der UPD-Beratung (siehe unten).

Viele Ratsuchende wollten außerdem wissen, ob sie das Recht haben, vorgeschlagene Behandlungen abzulehnen, und ob dies mit Konsequenzen für sie verbunden ist. Fragen zur sachlichen Korrektheit von Unterlagen betreffen häufig Arzt- und Entlassbriefe.



Die fünf häufigsten Themen in der Beratung zu Patientenrechten

DAUERTHEMA:

Diagnosen dürfen nicht aus Patientenakten gelöscht werden

Zum Thema Streichung einer (falschen) Diagnose aus der Patientenakte gab es im Jahr 2021 wieder viele Anfragen (501 Beratungen). Ratsuchende beklagen sich darüber, dass sie beim Blick in ihre Patientenakte oder aufgrund der Auskunft ihrer Krankenkasse festgestellt haben, dass Diagnosen

dokumentiert oder bei der Krankenkasse abgerechnet wurden, die den Ratsuchenden bis dahin völlig unbekannt waren.

Ratsuchende, die davon überzeugt sind, dass die Diagnosen falsch sind, möchten wissen, wie sie

diese aus der Patientenakte oder bei der Krankenkasse löschen lassen können. Die Beraterinnen und Berater erklären, dass die Streichung einer ärztlichen Diagnose aus der Patientenakte nicht möglich ist. Eine ärztliche Diagnose wird von der höchstrichterlichen Rechtsprechung als Meinungsäußerung beziehungsweise Werturteil angesehen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, ihre subjektive Meinung zu revidieren. Die Beraterinnen und Berater empfehlen den Ratsuchenden, zunächst das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt zu suchen und sich die gestellten Diagnosen erläutern zu lassen. Die Ärztin oder der Arzt kann die Diagnose berichtigen oder ändern, wenn weiterhin der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt. Es ist nicht zulässig, Inhalte komplett aus der Akte entfernen zu lassen.

Gegenüber ihrer Krankenkasse haben gesetzlich Versicherte die Möglichkeit, einen Antrag auf Berichtigung der falschen Diagnosedaten zu stellen.⁷⁸ Allerdings müssen sie dem Antrag einen

ärztlichen Nachweis über die Unrichtigkeit der Diagnose beifügen. Dieser soll in der Regel von den Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden, die die ursprüngliche Diagnose gestellt und abgerechnet haben.⁷⁹ Da Betroffene jedoch keinen Anspruch darauf haben, dass die Ärztin oder der Arzt die Diagnose widerruft, kann der Berichtigungsanspruch gegen die Krankenkasse ins Leere laufen.

Aus Sicht der Patientenberatung ist es deshalb geboten, einen Rechtsanspruch für Patientinnen und Patienten auf Löschung einer objektiv falschen Diagnose aus der Patientenakte zu schaffen. Denn zum einen kann eine falsche Diagnose zu Problemen bei der Weiterbehandlung durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt führen oder den Abschluss einer Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung erschweren oder gar verhindern. Zum anderen wäre ein entsprechender Rechtsanspruch sehr hilfreich für gesetzlich Versicherte, um ihren Berichtigungsanspruch gegenüber der Krankenkasse durchsetzen zu können.

DAUERTHEMA:

Wenn Ratsuchende sich über Ärztinnen und Ärzte beschweren wollen

Im Jahr 2021 hat das UPD-Team in über 6.000 Fällen zu ärztlichen Berufspflichten beraten. Wenn es um die Verletzung dieser Pflichten geht, weisen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auf die Möglichkeit einer Beschwerde bei der Ärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) hin. Sie erläutern das Beschwerdeverfahren und verweisen an die zuständige Organisation.

Häufig berichten Ratsuchende, die sich bereits an die entsprechende Kammer oder KV gewandt haben, dass man sie abgewiesen hat, weil diese die Interessenvertretung der Ärzteschaft und nicht die der Patientinnen und Patienten sei. Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden in solchen Fällen darüber, dass die Kammern und KVen auch die Aufgabe haben, die Einhaltung der berufsrechtlichen und vertrags-

ärztlichen Regeln zu überwachen und damit auch die Interessen von Patientinnen und Patienten wahrzunehmen.



⁷⁸ [§ 305 Absatz 1 Satz 6 SGB V](#)

⁷⁹ [Bundestagsdrucksache 19/18793](#), Seite 98

Die Ärztekammern überwachen, dass die Mitglieder ihre Berufspflichten erfüllen.⁸⁰ Diese Pflichten sind in den ärztlichen Berufsordnungen verankert. Sofern Betroffene sich über die Verletzung dieser allgemeinen – für alle Ärztinnen und Ärzte geltenden – Berufspflichten beschweren möchten, können sie sich an die zuständige Ärztekammer wenden. Die KVen überwachen die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten.⁸¹ Diese sind unter anderem im Bundesmantelvertrag der Ärzte festgelegt. Verstoßen Vertragsärztinnen oder -ärzte gegen diese Pflichten, haben Betroffene die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die zuständige KV zu wenden.

Die Beraterinnen und Berater ermutigen die Ratsuchenden, ihre Beschwerde schriftlich bei der zuständigen Organisation einzureichen. In diesem Fall muss die Kammer oder die KV die Beschwerde bearbeiten und kann sie nicht wegen Unzuständigkeit abweisen. Allerdings haben in der Regel weder Kammer noch KV die Verpflichtung, den Ratsuchenden eine Auskunft zum

Beschwerdeverfahren oder zum Ergebnis des Verfahrens zu erteilen.⁸² Das heißt: Sie werden nicht erfahren, ob und falls ja welche Maßnahmen gegen die Ärztin oder den Arzt in die Wege geleitet wurden. Der fehlende Auskunftsanspruch schreckt viele Ratsuchende davon ab, ein Beschwerdeverfahren in die Wege zu leiten. Sie haben das Gefühl, mit einer Beschwerde nichts ausrichten zu können.

Ein gesetzlich festgeschriebener Auskunftsanspruch wäre für beschwerdeführende Patientinnen und Patienten wünschenswert. Außerdem sollten sich Kammern und KVen ihrer gesetzlichen Aufgaben bewusst sein und Beschwerden nicht wegen angeblicher Unzuständigkeit abweisen. Mehr Transparenz im Beschwerdeverfahren sowie eine ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung würden aus Sicht der Patientenberatung das Vertrauen von Patientinnen und Patienten in die berufsständischen Organisationen – und damit in die Ärzteschaft – stärken.

DAUERTHEMA:

Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?

Bei den Beratungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte geht es immer wieder auch um die Frage, ob die Ratsuchenden die Kopie ihrer Patientenakte bezahlen müssen. Bereits im Jahr 2018 wurde mit der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) eine Rechtsgrundlage geschaffen, die Patientinnen und Patienten den Anspruch auf eine kostenlose Kopie gewährt.⁸³ Demgegenüber steht aber die nationale Regelung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), nach der die Kopierkosten von der Patientin oder dem Patienten zu erstatten sind.⁸⁴ Bereits in den Moni-

toren 2018, 2019 und 2020 hatte die UPD auf die unklare Rechtslage und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Beratung hingewiesen und den Gesetzgeber zur Klärung aufgefordert.⁸⁵ Leider ist eine solche auch im Jahr 2021 noch nicht erfolgt.

Mittlerweile gibt es zwar einzelne Urteile, die Patientinnen und Patienten das Recht einräumen, ihre Patientendokumentation in Kopie unentgeltlich vom Behandelnden zu erhalten. Auch die juristische Kommentarliteratur schließt sich –

⁸⁰ Siehe zum Beispiel [§ 7 Absatz 1 Nummer 2 Berliner Heilberufekammergesetz](#)

⁸¹ [§ 75 Absatz 2 Satz 2 SGB V](#)

⁸² Ausnahme: [§ 6 Absatz 2 Berliner Heilberufekammergesetz](#): „Beschwerdeführende Personen in berufsrechtlichen Verfahren, die als Patientinnen oder Patienten [...] betroffen sind, haben einen Auskunftsanspruch zum Sachstand. Das Ergebnis der Prüfung teilt ihnen die zuständige Kammer von Amts wegen mit. Die Information, ob und falls ja, welche berufsrechtlichen Maßnahmen ergriffen wurden, ist nicht davon umfasst.“

⁸³ [Artikel 15 Absatz 3 DSGVO](#)

⁸⁴ [§ 630g Absatz 2 Satz 2 BGB](#)

⁸⁵ 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

zumindest in Teilen – dieser Auffassung an. Das Verhältnis von § 630g BGB und Artikel 15 DSGVO ist damit aber noch nicht geklärt. Haben die Ratsuchenden Fragen zu den Kopierkosten,

erläutern die Beraterinnen und Berater die unklare Rechtslage und weisen auf die Tendenzen in Rechtsprechung und Kommentarliteratur hin.

#CORONA-PANDEMIE:

Umgang mit 2G-/3G-Regeln erschwert Zugang zur Versorgung

Bedingt durch die Corona-Pandemie kam in der Beratung im Jahr 2021 häufig das Problem an, dass Arztpraxen Patientinnen und Patienten nicht behandeln wollten, wenn diese die 3G-Regel nicht erfüllten, also nicht geimpft oder genesen waren oder keinen negativen Corona-Test vorweisen konnten. Viele Ratsuchende fühlten sich dadurch diskriminiert und fragten bei der UPD nach, ob ein solches Verhalten rechtens ist.

Die Beraterinnen und Berater erklärten in diesen Fällen, dass der Gesetzgeber besondere Schutzmaßnahmen in das Infektionsschutzgesetz (IfSG) aufgenommen hat, um die Corona-Pandemie einzudämmen. Zu diesen Schutzmaßnahmen gehört beispielsweise die Pflicht zur Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises in bestimmten Situationen.⁸⁶

Diese Maßnahmen waren für Arztpraxen allerdings nur verbindlich, wenn sie zum Beispiel durch eine landesrechtliche Rechtsverordnung angeordnet wurden. Für die Information, was in den landesrechtlichen Regelungen konkret verankert war, konnten die Beraterinnen und Berater oft nur auf die örtlichen Gesundheitsämter und insbesondere die Corona-Hotlines der einzelnen Bundesländer verweisen.

Wenn Bundesländer keine entsprechenden Zugangsbeschränkungen zu Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel Arzt- oder Zahnarztpraxen) durch eine landesrechtliche Verordnung geregelt haben, gilt, dass Vertragsärztinnen und -ärzte eine grundsätzliche Behandlungspflicht gegen-

über gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten haben.⁸⁷ Sie dürfen eine Behandlung nur in begründeten Fällen ablehnen.⁸⁸

Ob im Einzelfall ein begründeter Fall vorlag, wenn eine Arztpraxis die Einhaltung der 2G- oder 3G-Regel verlangte und Ratsuchende dies ablehnten, konnten die Beraterinnen und Berater in der Beratung nicht abschließend klären. Mögliche Gesundheitsgefährdungen des Personals und anderer müssen dabei gegen die Interessen des Betroffenen abgewogen werden. Sofern eine Abwägung ergibt, dass die Ärztin oder der Arzt die Lage durch geeignete und zumutbare Schutzmaßnahmen (zum Beispiel Schutzkleidung, Desinfektionsmaßnahmen) beherrschen könnte, dürfte sie oder er – aus Sicht der Patientenberatung – die Behandlung selbst bei bekannter Infektion mit dem Coronavirus nicht ablehnen. In Notfällen dürfte eine Behandlung in keinem Fall abgelehnt werden.⁸⁹

Die Beraterinnen und Berater ermutigten die Ratsuchenden, gegebenenfalls nochmals das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt zu suchen, um gemeinsam eine Lösung zu finden (zum Beispiel Videosprechstunde, telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung). Ansonsten könnte die oder der Ratsuchende einen Arztwechsel in Betracht ziehen.

Sofern die Ratsuchenden der Ansicht waren, ohne triftigen Grund von der Behandlung ausgeschlossen worden zu sein, machten die Beraterinnen und Berater auch auf die Beschwerdemöglichkeit

⁸⁶ [§ 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2a IfSG](#)

⁸⁷ [§ 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V](#)

⁸⁸ [§ 13 Absatz 7 BMV-Ä](#)

⁸⁹ [§ 7 Absatz 2 \(Muster-\)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte \(MBO-Ä\)](#)

bei der zuständigen KV aufmerksam. Sie wiesen aber gleichzeitig darauf hin, dass eine Beschwerde aller Wahrscheinlichkeit nach nicht dazu führen werde, dass die oder der Ratsuchende dann die gewünschte Behandlung erhalten werde. Im

Gegenteil: Eine Beschwerde kann zur Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient führen, was wiederum die Ablehnung der Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt rechtfertigen würde.

#CORONA-PANDEMIE:

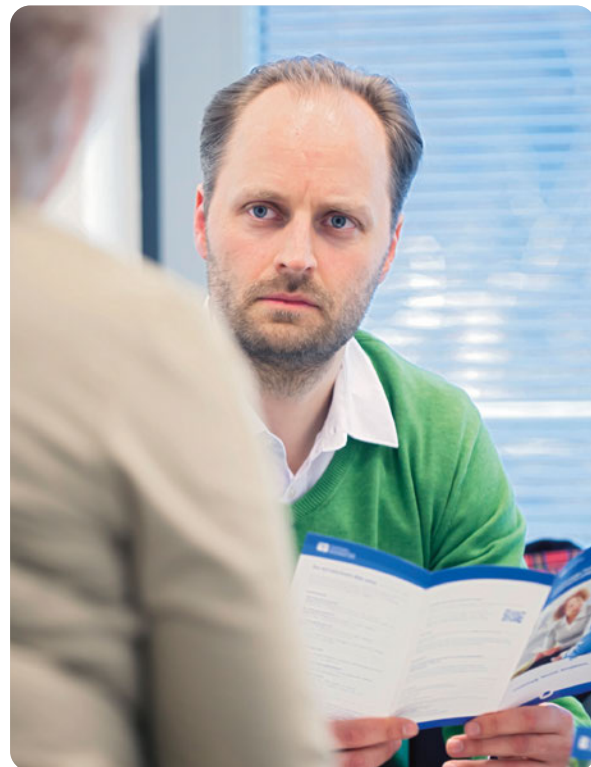
Bedeutung von Attesten im Alltag

Häufig kam in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie die Frage auf, ob Ratsuchende einen Anspruch darauf haben, dass ihnen ihre Ärztin oder ihr Arzt ein Attest ausstellt, das vom Tragen einer Maske befreit oder eine Impfunfähigkeit bescheinigt.

Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht dürfen Ärztinnen und Ärzte nur ausstellen, wenn die Patientin oder der Patient eine gesundheitliche Beeinträchtigung hat, die das Tragen einer Maske unmöglich macht. Atteste, die die Impfunfähigkeit bescheinigen, dürfen sie nur ausstellen, wenn die Patientin oder der Patient aus ärztlicher Sicht wegen einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

Die Beraterinnen und Berater erklärten den Ratsuchenden, dass es von der individuellen medizinischen Einschätzung der Ärztin oder des Arztes abhängt, ob sie oder er ein entsprechendes Attest ausstellt. Ärztinnen und Ärzte müssen bei der Ausstellung von Attesten mit der notwendigen Sorgfalt verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung aussprechen.⁹⁰ Unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte können dabei zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen. Sie dürfen aber keine Gefälligkeitsatteste ausstellen. Anderenfalls drohen berufsrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen.

In der Beratung entstand oft der Eindruck, dass in der Ärzteschaft große Verunsicherung hinsichtlich des Ausstellens von Attesten herrschte. Ratsuchende schilderten, dass Ärztinnen und Ärzte die Ausstellung von Attesten teilweise verweigerten, weil sie rechtliche Konsequenzen für sich



selbst fürchteten. In Bezug auf die Impfung schilderten Ratsuchende, dass ihre Ärztinnen oder Ärzte medizinische Bedenken gegen die Impfung hätten, aber kein Attest zum Nachweis der Impfunfähigkeit ausstellten, da sie Angst vor rechtlichen Folgen hatten. Dies stellte wiederum für die Ratsuchenden eine äußerst unbefriedigende und verunsichernde Situation dar (siehe auch Kapitel 4.5 zum Impfen).

Sofern sich eine Ärztin oder ein Arzt im Einzelfall weigerte, ein entsprechendes Attest auszustellen, konnten die Beraterinnen und Berater den Ratsuchenden nur den Hinweis geben, eine andere Praxis aufzusuchen.

⁹⁰ § 25 MBO-Ä

IM FOKUS:

Wenn Ratsuchende auf Verordnungen und ärztliche Bescheinigungen angewiesen sind

„ Ich war sieben Monate krankgeschrieben. Nach kurzer Unterbrechung wurde ich erneut krankgeschrieben, aber wegen etwas ganz anderem. Nun erhielt ich einen Brief der Krankenkasse, dass mein Krankengeld bald enden wird, weil die vorangegangenen Arbeitsunfähigkeitstage mit angerechnet werden. Es stimmt, dass gleichzeitig beide Diagnoseschlüssel auf der Arbeitsunfähigkeit verwendet werden. Trotzdem verstehe ich das nicht, da ich ja keinerlei Beschwerden von der damaligen Erkrankung mehr habe. Wie kann das sein? Was kann ich jetzt tun? Kann mein Arzt die Krankmeldungen noch korrigieren? “

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die Leistungen ihrer gesetzlichen Krankenkasse benötigen und auf die entsprechenden Bescheinigungen ihrer Ärztinnen und Ärzte angewiesen sind, berichten von vielfältigen Schwierigkeiten. Zum Beispiel:

- ❖ Versicherten im Krankengeldbezug stellt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus, auf der eine alte Diagnose mit genannt ist – mit der Folge, dass die aktuelle Erkrankung nicht als neue Erkrankung gilt und kein neuer Anspruch auf Krankengeld entsteht.
- ❖ Ärztinnen und Ärzte beruhigen ihre Patientinnen und Patienten, die eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen – sie könnten sie auch bis zu drei Tage rückwirkend krankschreiben. Dadurch kann es zu einem Ruhen des Krankengeldes kommen.
- ❖ Patientinnen und Patienten, für die aus ärztlicher Sicht eine stationäre Reha medizinisch notwendig ist, erhalten zwar den ärztlich aus-

gefüllten Antrag. Aber es fehlen zum Beispiel notwendige Angaben zu konkreten Rehabilitationszielen. So kann der Antrag vom Medizinischen Dienst nicht unmittelbar geprüft werden und wird von der Krankenkasse eher abgelehnt.



So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater informieren die Ratsuchenden über die rechtlichen Grundlagen der jeweiligen Leistungen. Sie ermuntern Ratsuchende, die unzureichende oder fehlerhafte ärztliche Bescheinigungen erhalten haben, sich zunächst für eine Ergänzung oder Korrektur an

die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte zu wenden. In den Fällen, in denen eine Leistung abgelehnt wurde, weisen die Beraterinnen und Berater auf die Möglichkeit hin, Widerspruch einzulegen und die notwendigen Angaben im Widerspruchsverfahren zu ergänzen.

Fachlicher Hintergrund

Die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, Reha oder Heil- oder Hilfsmittel verordnen oder Überweisungen ausstellen – dafür müssen Vertragsärztinnen und -ärzte bestimmte Formulare verwenden.⁹¹ Wie die Formulare auszufüllen sind und was in die einzelnen Felder einzutragen ist, ist in den Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung ausdrücklich geregelt.⁹²

In Hinsicht auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist darin zum Beispiel erläutert, wann „Erstbescheinigung“ für eine neue Erkrankung anzukreuzen ist. Die aktuell vorliegenden Diagnosen sind anzugeben.⁹³ Ausnahmsweise können Ärztinnen und Ärzte rückwirkend für in der Regel bis zu drei Tage die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.⁹⁴ Aber da der Anspruch auf Krankengeld von dem Tag der ärztlichen Feststellung

der Arbeitsunfähigkeit an entsteht,⁹⁵ erhalten die Versicherten für die rückwirkend bescheinigten Tage der Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeld.

In einem Reha-Antrag sind von den Ärztinnen und Ärzten bestimmte Angaben zu machen. Diese sind in den Erläuterungen im Einzelnen aufgeführt.⁹⁶ Danach sind unter anderem rehabilitationsrelevante Beeinträchtigungen zu benennen sowie eine Positionierung der Ärztin oder des Arztes, welche Ziele sie beziehungsweise er unter Beachtung der Kontext- und Risikofaktoren für realistisch hält – sowohl hinsichtlich der Funktionsschädigungen als auch der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe. Die Reha-Ziele sollten möglichst konkret beschrieben werden. Die mit der Patientin oder dem Patienten formulierten alltagsrelevanten Reha-Ziele sind zu dokumentieren.

FAZIT

Versicherte sind auf die ordnungsgemäße Ausstellung der für die Kassenleistung notwendigen Formulare angewiesen. Vertragsärztinnen und -ärzte sind gemäß dem Bundesmantelvertrag verpflichtet, die entsprechenden Angaben zu machen. Aber häufig sind den Ärztinnen und Ärzten die umfangreichen Regelungen im Einzelnen nicht bekannt. Vor allem können sie die sozialrechtlichen Zusammenhänge und Folgen für ihre Patientinnen und Patienten nicht überblicken, wie zum Beispiel den Verlust von Krankengeld aufgrund

einer rückwirkenden oder fehlerhaft bescheinigten Arbeitsunfähigkeit oder die Ablehnung einer Reha-Maßnahme aufgrund eines unzureichend begründeten Antrags. Andererseits sind sie wenig bereit, Korrekturen vorzunehmen. Patientinnen und Patienten sind die Leidtragenden, insbesondere bei existenzsichernden Leistungen wie Krankengeld. Vertragsärztinnen und -ärzte sollten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßig geschult werden.

⁹¹ § 34 BMV-Ä

⁹² KBV, *Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung*, Stand: Oktober 2021

⁹³ § 5 Absatz 1 Satz 4 *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung* nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (*Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie*)

⁹⁴ § 5 Absatz 3 *Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie*

⁹⁵ § 46 SGB V

⁹⁶ Seite 105 ff. *Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung*

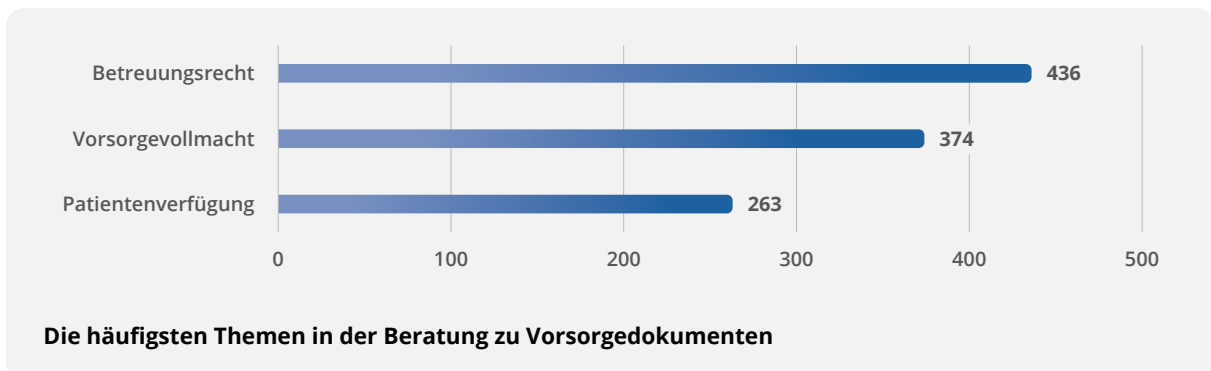
4.10 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht

Die UPD hat im Jahr 2021 erneut über 1.000-mal zum Thema Vorsorgedokumente beraten (2021: 1.161 Beratungen; 2020: 1.233 Anfragen). Davon betrafen 374 Anfragen die Vorsorgevollmacht (2020: 532 Anfragen).

Die Ratsuchenden erfragten oftmals die formalen und inhaltlichen Anforderungen an eine wirksame Vollmacht. Sie wollten sicherstellen, dass die Vollmacht problemlos akzeptiert, aber auch nach ihren Wünschen ausgeübt wird. Das juristische Beratungsteam erläutert, worauf zu achten ist, damit andere (zum Beispiel die Bank) die Vollmacht problemlos anerkennen und gleichzeitig sichergestellt ist, dass die Wünsche, Vorstellungen und Weisungen der Ausstellenden berücksichtigt werden.

Die Anfragen zur Patientenverfügung beliefen sich auf insgesamt 263 (2020: 509 Anfragen). Die Ratsuchenden erfragten häufig, wie sie die Situationen, für die die Verfügung gelten soll, konkretisieren und die Behandlungswünsche festlegen sollen. Die Beraterinnen und Berater der UPD erläuterten die Möglichkeiten der inhaltlichen Ausgestaltung.

Die UPD hat 436-mal betreuungsrechtliche Fragestellungen beantwortet (2020: 557 Anfragen). Diese bezogen sich in vielen Fällen auf das gerichtliche Verfahren und die Rechte und Pflichten im Verhältnis zwischen der betreuten und der betreuenden Person.



🔄 DAUERTHEMA:

Betreuungspersonen werden nicht ausreichend in die Behandlung einbezogen

Nach wie vor wenden sich Betreuungspersonen mit Fragen rund um die Gesundheitsvorsorge an die UPD. Sie thematisieren ihre mangelnde Einbeziehung in die ärztliche Behandlung der von ihnen betreuten Person. So berichten sie, dass Ärztinnen und Ärzte einwilligungsunfähige Patientinnen oder Patienten behandeln, ohne dass sie als Betreuungsperson zuvor über diese Behandlung aufgeklärt wurden und in sie eingewilligt haben. Die Beraterinnen und Berater der UPD erläutern den Ratsuchenden, dass eine ärztliche Behand-

lung nur nach Aufklärung und nachfolgender Einwilligung beginnen darf. Die medizinische Indikation allein erlaubt noch nicht den Eingriff. Dies gilt selbst dann, wenn die oder der Betreute in einer Patientenverfügung die Einwilligung erklärt hat. Die indizierte Maßnahme muss auch in diesen Fällen zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und der Betreuungsperson unter Berücksichtigung des Patientenwillens erörtert werden.⁹⁷ Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil die Betreuungsperson

⁹⁷ § 1901a Absatz 1 BGB in Verbindung mit § 1901b Absatz 1 Satz 2 BGB

prüfen muss, ob die in einer Patientenverfügung erklärte Einwilligung wirksam ist und die konkrete Behandlungssituation erfasst.

Wenn Ratsuchende im Zusammenhang mit einer Aufklärungspflichtverletzung über gesundheitliche Schädigungen berichten, erläutern die Beraterinnen und Berater zudem die Möglichkeit,

Schadensersatzansprüche prüfen zu lassen und durchzusetzen. Die ärztliche Aufklärungspflicht und das Einwilligungserfordernis sind auch in den ärztlichen Berufsordnungen verankert. Insofern weisen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der zuständigen Ärztekammer hin.

DAUERTHEMA:

Zwangsbehandlungen betreuter Personen

Immer wieder holen betreute Personen, die zwangsbehandelt wurden, sowie deren Angehörige bei der UPD juristischen Rat ein. Die Beraterinnen und Berater der UPD weisen die Ratsuchenden darauf hin, dass bei Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person trotz Betreuung eine Behandlung gegen den Willen nicht zulässig ist. Eine Behandlung gegen den natürlichen Willen sieht das Betreuungsrecht nämlich nur für einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten vor. In solchen Fällen darf die Betreuungsperson in eine Behandlung nur unter strengen Voraussetzungen einwilligen und muss sich dies stets vom Betreuungsgericht genehmigen lassen.⁹⁸ Insbesondere erläutert das Rechtsteam den Ratsuchenden hierbei, dass die Einwilligung nur dann zulässig

ist, wenn die ärztliche Zwangsmaßnahme dem mutmaßlichen Willen der betreuten Person oder deren Festlegungen in einer Patientenverfügung entspricht.

Den Ratsuchenden wird auch die Möglichkeit der Beschwerde gegen die gerichtliche Genehmigung des Betreuungsgerichts erläutert. Ist die Zwangsbehandlung mit einer freiheitsentziehenden Unterbringung verbunden, können die Betroffenen oft nur unter erschwerten Bedingungen Kontakt zur UPD aufnehmen. Sie müssen zum Beispiel ein öffentliches Stationstelefon nutzen, haben oftmals keine Rückrufmöglichkeit und können keine Unterlagen hinzuziehen.

#CORONA-PANDEMIE:

Wenn Betreuungspersonen die Impfung verweigern

Ratsuchende wandten sich mit der Frage an die UPD, ob Betreuungspersonen für den vollständigen Corona-Impfschutz bei betreuten Personen sorgen müssen. Bemerkenswert ist hierbei, dass sich auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit diesem Beratungsanliegen an die UPD wandten, oftmals vor dem Hintergrund, dass über die Schutzimpfung kein Einvernehmen mit der betreuenden Person hergestellt werden konnte. Die ärztlichen Ratsuchenden erfragten die Rechtslage und wollten wissen, ob sie selbst etwas unternehmen könnten, um die Impfung ihrer Patientinnen oder Patienten zu veranlassen.

Die Beraterinnen und Berater erläuterten, dass betreute Personen, die selbst einwilligungsfähig sind, auch selbst erklären können, ob sie geimpft werden wollen oder nicht. Etwas anderes gilt bei Einwilligungsunfähigkeit: Ist eine wirksame Patientenverfügung vorhanden, muss sich die Betreuungsperson auch an diese halten. Ist keine wirksame Patientenverfügung vorhanden, ist der mutmaßliche Impfwille maßgeblich. Ärztin oder Arzt und betreuende Person müssen in jedem Fall die Impfung unter Berücksichtigung des Patientenwillens erörtern.

⁹⁸ § 1906a BGB

Sind sich die Gesprächspartner darüber einig, ob die betreute Person die Impfung will oder nicht will, müssen sie den Patientenwillen umsetzen.⁹⁹ Für den Fall, dass sie keine Einigkeit über den Impfwillen erzielen können, entscheidet grundsätzlich die betreuende Person. Die Genehmigung des Betreuungsgerichts ist erforderlich, wenn aufgrund der Impfung oder Nichtimpfung die Gefahr besteht, dass die betreute Person stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Im Falle der Nichtimpfung kann sich die Gefahr zum Beispiel daraus ergeben, dass Betreute einer Risi-

kogruppe angehören. Sofern eine Gefahr für die betreute Person besteht, muss die Betreuungsperson beim Betreuungsgericht einen Antrag auf Genehmigung ihrer Entscheidung stellen.

Auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder sonstige Dritte können ein Einschreiten des Betreuungsgerichts anregen.¹⁰⁰ Diese Möglichkeit besteht, wenn Betreuungspersonen aus ärztlicher Sicht nicht gemäß dem Patientenwillen handeln. Das Betreuungsgericht kann eine verweigerte Einwilligung der Betreuungsperson durch eine gerichtliche Entscheidung ersetzen.

#CORONA-PANDEMIE:

Wenn Betreuungspersonen keinen Zugang zu Betreuten haben

Das Jahr 2021 war von Einschränkungen aufgrund der Pandemie geprägt. Diese Einschränkungen betrafen unter anderem die Besuchsmöglichkeiten in stationären Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen. In einigen Fällen berichteten Betreuungspersonen von ausnahmslosen Besuchsverboten. Der Zugang zu den von ihnen betreuten Personen wurde ihnen verwehrt, auch wenn sie ihre gerichtliche Bestellung nachwiesen und einen Corona-Test durchführten. Dies war besonders schwerwiegend, wenn andere Kommunikationskanäle nicht vorhanden waren oder nicht genutzt werden konnten.

Die Beraterinnen und Berater erläuterten den Ratsuchenden, dass das Infektionsschutzrecht als Schutzmaßnahme gegen die Verbreitung der Coronavirus-Infektion auch vorsieht, dass das Betreten oder der Besuch von Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens untersagt oder beschränkt wird. Solche Schutzmaßnahmen dürfen aber nicht zur vollständigen Isolation von einzelnen Personen führen. Ein Mindestmaß an sozialen Kontakten muss gewährleistet bleiben.¹⁰¹ Soweit die Landesverordnungen Besuchsverbote regelten, war diese Grenze der Ermächtigungs-

grundlage zu beachten. Einige Landesverordnungen regelten ausdrücklich Ausnahmen vom Besuchsverbot für die Ausübung einer rechtlichen Betreuung oder Vorsorgevollmacht.

Einige Einrichtungen gingen jedoch unter Berufung auf ihr Hausrecht über das Maß der vom Gesetzgeber geforderten Besuchsbeschränkungen hinaus. Die Beraterinnen und Berater verwiesen darauf, dass eine totale Besuchssperre mit der Ausübung einer Betreuung kollidieren kann. Betreuende Personen haben Pflichten und unterliegen der Aufsicht der Betreuungsgerichte. Sie treffen Entscheidungen für Menschen, wenn diese dazu nicht mehr in der Lage sind. Die Entscheidungsfindung erfordert den persönlichen Kontakt, das Gespräch und unter Umständen auch die Inaugenscheinnahme. Bevor die Betreuungsperson wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht sie diese grundsätzlich mit der betreuten Person, und sie ist gehalten, den erforderlichen persönlichen Kontakt zur betreuten Person zu halten.¹⁰² Ein persönlicher Eindruck vom Zustand der betreuten Person kann zudem erforderlich sein, wenn es um die Einwilligung in die Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten geht.

⁹⁹ [§ 1904 Absatz 4 BGB](#)

¹⁰⁰ [§ 1908i Absatz 1 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 1837 BGB](#)

¹⁰¹ [§ 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 15, Absatz 2 Satz 2 IfSG](#)

¹⁰² [§ 1901 Absatz 3 Satz 3 BGB](#) und [§ 1908b Absatz 1 Satz 2 BGB](#)

Die Beraterinnen und Berater rieten – soweit noch nicht geschehen –, das Gespräch mit den Verantwortlichen wie der Stations- oder Heimleitung zu suchen und ihnen zu erläutern, dass der persönliche Kontakt Voraussetzung der Entscheidungsfindung im Rahmen der Betreuung ist. Wenn dies nicht weiterhalf, wiesen die Beraterinnen und Berater auf die Möglichkeiten der Beschwerde bei den zuständigen Trägern und Aufsichtsinstitutionen hin. Bei besonderer Dringlichkeit und unaufschiebbaren Rechtsgeschäften verwiesen sie auf die Möglichkeit gerichtlichen Rechtsschutzes. Wenn es sich um Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft handelte, bestand die Möglichkeit, einstweiligen Rechtsschutz vor den Verwaltungsgerichten zu beantragen. Bei privaten Trägern konnte die Möglichkeit einer zivilprozessualen Verfügungsverfügung erwogen werden. Die Erfolgsaussichten solcher Verfahren konnten die Beraterinnen und Berater nicht abschließend beurteilen, zumal es sich bei

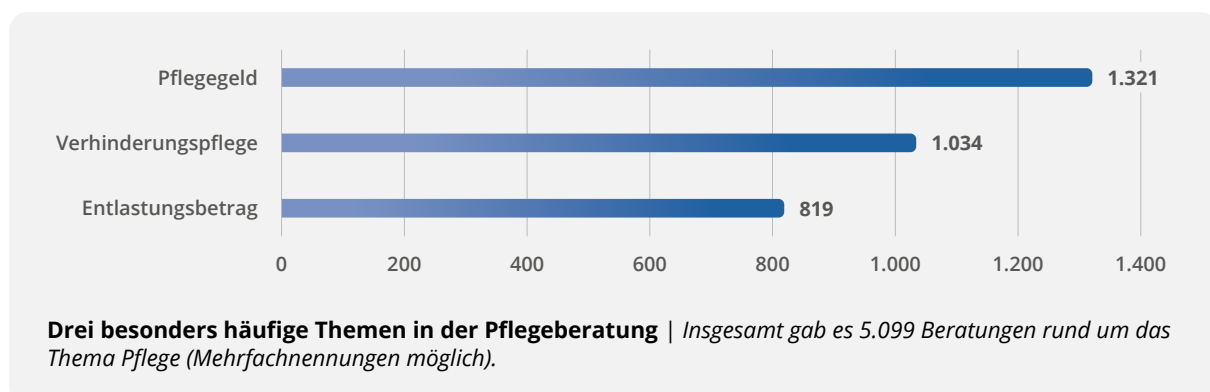
den zugrunde liegenden Corona-Regelungen um rechtliches Neuland handelte. Hier verwiesen sie in der Beratung auf die Möglichkeit, anwaltliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.



4.11 Pflege

Das sozialrechtliche Beratungsteam hat zum Thema Pflege im Jahr 2021 in gut 5.000 Fällen beraten (2021: 5.099 Beratungen; 2020: 6.289 Beratungen). Schwerpunkte waren – wie auch im letzten Jahr – die Themen Pflegegeld, Verhinde-

runbspflege und Entlastungsbetrag. Oft nehmen pflegende Angehörige Kontakt zur UPD auf und haben Beratungsbedarf, seltener die Pflegebedürftigen selbst.



Neben den sozialrechtlichen Fragestellungen zum Thema Pflege hatten die Ratsuchenden oft auch Fragen zur Pflege selbst. Diese werden in der UPD-Statistik unter den Krankheitsbildern erfasst, ohne Hinweis darauf, dass es sich um eine pflegerische Frage handelt. Die Anzahl der pflege-

fachlichen Anfragen lässt sich daher nicht konkret benennen. Inhaltlich geht es bei diesen Anfragen oft um die pflegerische Versorgung von Wunden, den Umgang mit Demenzkranken oder andere pflegfachliche Problemstellungen bei der Versorgung von Angehörigen zu Hause.

NEUE ENTWICKLUNG:

Verhinderungspflege – Antrag auf Kostenerstattung auch nach dem Tod möglich

Im Monitor 2020 berichtete die UPD darüber, dass pflegende Angehörige nach dem Tod der gepflegten Person Kostenerstattung für Verhinderungspflege rückwirkend nicht mehr beantragen konnten. Aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift hat die Pflegekasse pflegenden Angehörigen das Geld im Nachhinein nicht erstattet, wenn nicht der Antrag schon zu Lebzeiten gestellt wurde.¹⁰³ Für die pflegenden Angehörigen konnten dadurch Erstattungsbeträge von bis zu mehreren Tausend Euro verloren gehen. Die UPD fordert daher, dass der Gesetzgeber eine praktikable Lösung für dieses Problem finden sollte. Dieser

Forderung ist der Gesetzgeber erfreulicherweise gefolgt. Er hat im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GWVG) einen Anspruch auf rückwirkende Kostenerstattung nach dem Tod des Berechtigten im SGB XI verankert.¹⁰⁴ Seit dem 20. Juli 2021 können pflegende Angehörige innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten rückwirkende Kostenerstattung für Verhinderungspflege sowie für weitere Leistungen (zum Beispiel für Dienstleistungen im Rahmen des Entlastungsbetrages) beantragen.

DAUERTHEMA:

Pflegekassen beraten unzureichend zu Leistungen

In den Beratungen zum Thema Pflege zeigt sich immer wieder, dass die Pflegekassen nur unzureichend über Pflegeleistungen aufklären. Obwohl die Kassen gesetzlich dazu verpflichtet sind, ihre Versicherten über die Leistungen der Pflegekassen zu informieren und sie über ihre Ansprüche aufzuklären,¹⁰⁵ geschieht dies in vielen Fällen nicht. Trotz vorangegangener Beratung kennen zum Beispiel Pflegebedürftige, die in der Häuslichkeit versorgt werden, den ihnen zustehenden monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro nicht. Auch sind vielen Ratsuchenden die Pflegestützpunkte und deren Angebot nicht bekannt. Darüber hinaus läuft der Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater¹⁰⁶ oftmals ins Leere.

Auch pflegende Angehörige werden nur unzureichend beraten. Es macht den Eindruck, dass die pflegenden Angehörigen nur selten – trotz

vorangegangener Beratung durch die Pflegekasse – einen wirklichen Überblick über ihre Ansprüche haben. Viele wissen nicht, welche Leistungen ihnen im Einzelnen zur Unterstützung bei der Pflege zustehen. Sie sind überrascht zu hören, dass es zum Beispiel Pflegekurse gibt, die außerhalb der Pandemie sogar passgenau in der häuslichen Umgebung angeboten werden, und sie einen eigenen Anspruch auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen haben. Viele Ratsuchende empfinden die mangelnde Unterstützung und Entlastung durch die Pflegekasse als belastend. Sie sind ausgebrannt und haben Angst, durch die belastende Situation selbst pflegebedürftig zu werden.

Der Gesetzgeber sollte die Pflegekassen verpflichten, das Beratungsangebot¹⁰⁷ durch Merkblätter mit Informationen über das gesamte Leistungsspektrum zu ergänzen, die an die Antragstellerinnen und Antragsteller zu versenden sind. Die

¹⁰³ § 59 SGB I

¹⁰⁴ § 35 Satz 3 SGB XI

¹⁰⁵ § 7 SGB XI

¹⁰⁶ § 7a SGB XI

¹⁰⁷ § 7b Absatz 1 SGB XI

Merkblätter sollten verständlich und optimalerweise mehrsprachig verfasst sein. Zusätzlich sollten sie auf den Internetseiten der Pflegekassen leicht

auffindbar sein. Alle Bescheide der Pflegekassen sollten darüber hinaus einen Hinweis auf das Beratungsangebot der UPD enthalten.

IM FOKUS:

Ärztlicher Versorgungsauftrag im Pflegeheim nicht gesichert

„Mein Vater lebt in einem Pflegeheim. Er leidet an Demenz und ist auf ärztliche Versorgung angewiesen. Ich habe eine Vorsorgevollmacht. Es gibt einen Hausarzt, der regelmäßig ins Heim kommt. Mit dem bin ich aber total unzufrieden. Er verändert beispielsweise ständig die Medikation, ohne mich darüber zu informieren. Er hat meinem Vater auch schon mal Psychopharmaka verschrieben, ohne dass ich etwas davon wusste. Das ist doch ein Unding! Ich habe auch schon versucht, mit dem Arzt und den Pflegekräften zu reden, werde aber immer abgewimmelt. Was kann ich tun? Habe ich das Recht, einen anderen Arzt für meinen Vater zu verlangen?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende – in den meisten Fällen die (bevollmächtigten) Angehörigen oder Betreuungspersonen der Patientinnen und Patienten – berichten, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte in Pflegeheimen oftmals über die Köpfe der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen hinweg Behandlungen durchführen. Eine ärztliche Aufklärung findet nicht statt. Zudem wird die notwendige Einwilligung in die ärztliche Maßnahme nicht eingeholt.

Ein weiteres Problem stellt die fachärztliche Versorgung dar. Zum Beispiel findet eine Betreuung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde so gut wie nicht statt. Die Heim-

bewohnerinnen und -bewohner müssen dann im Bedarfsfall eine Facharztpraxis aufsuchen. Dazu sind sie allein oft gar nicht in der Lage. Das Pflegepersonal kann sie in der Regel aber nicht zu Arztbesuchen begleiten, da die personellen Kapazitäten hierfür nicht vorhanden sind. Wenn die Patientin oder der Patient mit dem Taxi in die Arztpraxis fahren muss oder gar einen Krankentransport benötigt, stellt sich zudem die Frage nach der Kostenübernahme.

Die Ratsuchenden fühlen sich oft ausgeliefert und fragen bei der UPD nach Möglichkeiten, wie die ärztliche Versorgung im Pflegeheim verbessert werden kann.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erklären den Ratsuchenden, dass Ärztinnen und Ärzte gewisse Pflichten gegenüber den von ihnen betreuten Heimbewohnerinnen und -bewohnern haben. So müssen sie unter anderem ihre Patientinnen und Patienten aufklären, bevor sie eine Behandlung durchführen,¹⁰⁸ und deren Einwilligung in die Maßnahme einholen.¹⁰⁹ Sofern eine pflegebedürftige Person ihre Rechte nicht mehr selbst wahrnehmen kann, muss die Ärztin oder der

Arzt die Betreuerinnen und Betreuer oder Bevollmächtigten aufklären und deren Einwilligung einholen. Das UPD-Team kann die Ratsuchenden hier nur ermutigen, bei Problemen das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt zu suchen. Sollte dies nicht zielführend sein, sollten sie sich an die Heimleitung wenden. Wenn die Probleme weiter bestehen, können Betroffene sich auch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt suchen. Das Recht auf freie Arztwahl besteht auch in einem

¹⁰⁸ § 630e BGB

¹⁰⁹ § 630d BGB

Pflegeheim.¹¹⁰ Selbst wenn es eine Heimgärtin oder einen Heimgarzt gibt, können die Bewohnerinnen und Bewohner Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen, die nicht Kooperationspartner der Einrichtung oder dort angestellt sind. Allerdings müssen die Betroffenen beziehungsweise deren Angehörige oder Betreuungspersonen sich selbst um eine entsprechende ärztliche Versorgung kümmern. Es ist äußerst schwierig, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden, der nur für eine einzige Person zum Hausbesuch ins Heim kommt.

Bei einer Aufklärungspflichtverletzung können Betroffene unter Umständen sogar Schadensersatzansprüche gegen die Ärztin oder den Arzt

geltend machen. Zudem besteht die Möglichkeit der Beschwerde bei der zuständigen (Landes-) Ärztekammer.



Fachlicher Hintergrund

Zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt wird bei Beginn der Behandlung ein Behandlungsvertrag geschlossen. Das gilt auch dann, wenn die Ärztin oder der Arzt einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim geschlossen

hat oder dort angestellt ist. Das heißt: Alle Pflichten, die aus dem Behandlungsvertrag resultieren, gelten auch für die ärztliche Behandlung in einem Pflegeheim.

FAZIT

Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen läuft nach der UPD-Beratungserfahrung nicht optimal. Zwar gibt es in vielen Fällen Heimgärtinnen und -ärzte, die zumindest die hausärztliche Versorgung sicherstellen. Jedoch besteht häufig das Problem, dass der Austausch zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient beziehungsweise deren Angehörigen sowie dem Pflegepersonal nicht funktioniert. Die Bewohnerinnen und Bewohner und deren (bevollmächtigte) Angehörige werden in ärztliche Entscheidungen nicht einbezogen. Die UPD kann hier nur dazu aufrufen, dass alle Beteiligten die Patientenrechte ernst nehmen. Dies ist essenziell für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, vor allem dann, wenn Patientinnen und Patienten ihre Rechte

nicht mehr selbst wahrnehmen können und daher besonders schutzbedürftig sind.

Zudem gibt es aus Sicht der Patientenberatung in Pflegeheimen eine fachärztliche Unterversorgung. Hier muss dringend etwas getan werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass eine vulnerable Personengruppe, die eine (fach-) ärztliche Versorgung besonders dringend benötigt, davon zu großen Teilen ausgeschlossen ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der Pflicht, ihren Versorgungsauftrag auch in Pflegeheimen umzusetzen. Ein möglicher Ansatzpunkt wäre zum Beispiel, die Kostenerstattung für Fahrten vom Pflegeheim in die Arztpraxis zu erleichtern.

#CORONA-PANDEMIE:

Situation in Pflegeheimen belastend

Die auch schon im Jahr 2020 bestehenden Kontaktbeschränkungen in Pflegeheimen führten auch in 2021 wieder zu vielen schwer erträglichen persönlichen Situationen.¹¹¹ Ratsuchende durften ihre Angehörigen nur unter großen Einschränkungen oder gar nicht besuchen. Das war – insbesondere für demenzkranke Patientinnen und Patienten und deren Angehörige – schwer zu verstehen und auszuhalten. Oftmals galten in den Heimen strengere Vorschriften als in den Corona-Landesverordnungen vorgesehen. Die Einrichtungen beriefen sich dabei auf ihr Hausrecht. Dies führte zu Unsicherheiten und Unverständnis aufseiten der Ratsuchenden.

Teilweise äußerten Ratsuchende ihre Sorge über ungeimpftes Personal im Pflegeheim. Auch wurden aus ihrer Sicht oft zu wenig Testungen in Heimen durchgeführt. Sie befürchteten aufgrund dessen ein erhöhtes Ansteckungsrisiko für ihre Angehörigen.

Der UPD wurden auch Fälle bekannt, in denen Bewohnerinnen und Bewohner nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in das Heim

zurückkehren durften, weil sie positiv auf das Coronavirus getestet wurden. Die Ratsuchenden waren in diesen Fällen hilflos und verzweifelt, weil sie nicht wussten, wo sie ihre Angehörigen unterbringen sollten.



#CORONA-PANDEMIE:

Sonderregelungen bestehen weiter fort

Bereits im Jahr 2020 hatte der Gesetzgeber Maßnahmen verabschiedet, die Pflegebedürftige und pflegende Angehörige während der Pandemie unterstützen und entlasten sollten. Viele dieser Maßnahmen wurden bis zum Ende des Jahres 2021 und darüber hinaus verlängert.

Darunter fielen beispielsweise die Verbesserungen zum Pflegeunterstützungsgeld – eine Lohnersatzleistung für Angehörige, die vorübergehend gezwungen sind, die häusliche Pflege zu übernehmen. So konnten berufstätige Angehörige, die einen akuten Pflegefall in der Familie hatten,

weiterhin für bis zu 20 Tage (statt zehn) der Arbeit fernbleiben und erhielten für diesen Zeitraum ein Pflegeunterstützungsgeld.

Auch konnten Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich weiterhin auch für sonstige Hilfen, die der Sicherstellung ihrer Versorgung dienen, verwenden. Diese Hilfen können mit professioneller Unterstützung aber auch von Angehörigen oder Nachbarinnen und Nachbarn erbracht werden. Einige Pflegekassen verlangen jedoch Nachweise, dass die Pflegebedürftigen vergeblich professio-

¹¹¹ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.10, Seite 85

nelle Anbieter kontaktiert haben, bevor sie eine Kostenerstattung für Leistungen durch Angehörige oder Nachbarinnen und Nachbarn bewilligen. Dieses Vorgehen ist nicht nur für Betroffene ärgerlich und mühsam, sondern entspricht auch nicht den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.¹¹²

Die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgten weiterhin ohne Untersuchung der Versicherten in ihrem Wohnbereich – meist telefonisch –, wenn das Risiko bestand, dass sich Versicherte oder Gutachterinnen und

Gutachter anderenfalls anstecken könnten. Dies stieß bei vielen Ratsuchenden auf Unmut, da sie der Ansicht waren, dass sich eine Gutachterin oder ein Gutachter am Telefon nicht dasselbe umfassende Bild machen könne wie bei der Begutachtung in der Häuslichkeit.



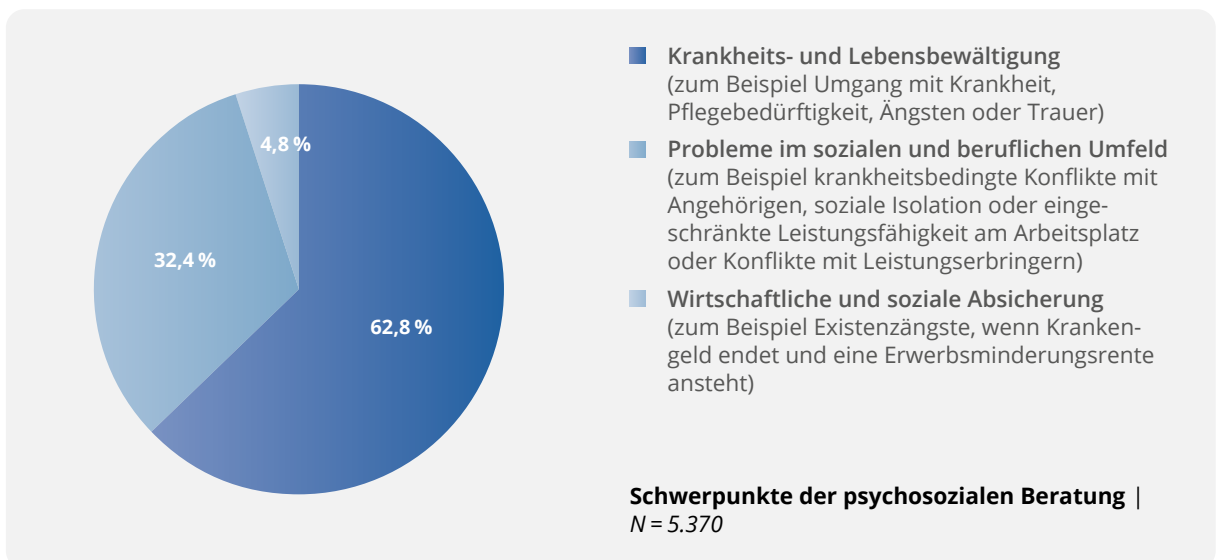
4.12 Psychosoziale Beratung

Die meisten Fragen, mit denen sich Menschen an die UPD wenden, haben unmittelbare Auswirkungen auf ihre Lebensqualität und betreffen zum Teil existenzielle Notlagen. Ratsuchende sind häufig emotional belastet, ängstlich, verzweifelt, verärgert, überfordert. Manchmal steht die psychosoziale Belastung im Zentrum des Anliegens. In anderen Fällen begleitet oder überlagert sie fachliche Themen aus dem medizinischen oder rechtlichen Bereich.

Alle Beraterinnen und Berater der UPD sind in psychosozialer Beratung geschult und nehmen

diese als Querschnittsaufgabe wahr. Die Psychologinnen und Psychologen des psychosozialen Fachteams stehen zur Verfügung, wenn eine tiefer gehende psychosoziale Beratung erforderlich ist.

Über 5.000 psychosoziale Beratungen wurden im Berichtsjahr 2021 dokumentiert. Die Beratungszahlen in diesem Bereich waren damit deutlich höher als im Vorjahr (2021: 5.370 Beratungen; 2020: 4.084 Beratungen). Eine große Rolle spielte dabei die psychosoziale Belastung vieler Menschen durch die Corona-Pandemie.



¹¹² Vergleiche Ziffer 2 Absatz 1 der [Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zum Einsatz des Entlastungsbetrages für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 zur Überwindung von infolge der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässe in der häuslichen Pflege nach § 150 Absatz 5b Satz 3 SGB XI vom 29. Mai 2020 in der Fassung vom 14. Juli 2021](#)

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.

Psychosozialer Beratungsbedarf in der Corona-Pandemie weiter gestiegen

Der Patientenmonitor 2020 hat ausführlich über die psychosozialen Belastungen berichtet, die Ratsuchende in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie schildern.¹¹³ Dazu gehören Einsamkeit durch Kontaktbeschränkungen, Ängste vor der Erkrankung, Trauer um Verstorbene, Ärger oder Verzweiflung, wenn die Maßnahmen der Pandemiebekämpfung das Leben der Ratsuchenden einschränken.

Die Probleme ziehen sich durch alle Altersklassen. Als besonders belastend wurden Besuchseinschränkungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern empfunden.¹¹⁴ Zugenommen haben Beratungen zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder in der Schule und zu sozialen Konflikten in Zusammenhang mit der Pandemie, wenn zum Beispiel unterschiedliche Ansichten zum Thema Impfen oder zu anderen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung bestanden. Beratungen zu Problemen im sozialen und beruflichen Umfeld machten 2021 32 Prozent der psychosozialen Beratungen aus, im Vorjahr hingegen nur 23 Prozent.

Nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater ist der psychosoziale Beratungsbedarf im zweiten Pandemiejahr insgesamt weiter gestiegen. Das zeigen die höheren Beratungszahlen, häufig waren die Gespräche aber auch länger und intensiver. Sowohl bei der Gesprächsannahme als auch im medizinischen und rechtlichen Fachteam wurde deutlich, dass viele Ratsuchende unter großem emotionalen Druck stehen. Betroffene suchten dabei eher den Austausch und die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung als professionelle psychologische Unterstützung. Aus Beratungssicht wäre es wichtig, hier niedrigschwellige Unterstützungsangebote und Anlaufstellen für Betroffene zu schaffen.



¹¹³ Siehe [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.11, Seite 86 f.

¹¹⁴ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.10, Seite 84

4.13 Rehabilitation

Im Berichtszeitraum wurden gut 2.300 Anfragen zum Thema Rehabilitation beraten. Die Anzahl der Beratungen ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen (2021: 2.346 Beratungen; 2020: 3.667 Beratungen).

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Bereich der Rehabilitation wurden bereits im letzten Monitor Patientenberatung erläutert.¹¹⁵ Coronabedingt waren 2020 stationäre Reha-Einrichtungen nicht durchgängig und zum Teil nur eingeschränkt geöffnet. Durch die begrenzten Möglichkeiten zur Rehabilitation im vorausgegangenen Jahr entstand ein Rückstau. Die Wartezeiten für eine Rehabilitationsmaßnahme haben sich erheblich verlängert. In diesem Zusammen-

hang wurden vermehrt Anfragen an die UPD gerichtet.

Ratsuchende berichteten weiterhin, dass sie sich bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen durch ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte oft im Stich gelassen fühlen. Sie schilderten zum Beispiel, dass Ärztinnen und Ärzte die erforderlichen Formulare unzureichend oder gar nicht ausfüllen oder nicht bereit waren, die Anträge für die Deutsche Rentenversicherung online zu stellen, da der Aufwand zu groß sei (siehe dazu auch Kapitel 4.9, „Im Fokus: Wenn Ratsuchende auf Verordnungen und ärztliche Bescheinigungen angewiesen sind“).

4.14 Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten

2021 gab es rund 7.900 medizinische Beratungen in den verschiedenen Fachgebieten. Die Anzahl ist mit dem Vorjahr nur eingeschränkt vergleichbar, da in 2021 medizinische Beratungen zum Themenkomplex Corona nicht mehr dem

Fachgebiet Innere Medizin zugerechnet, sondern losgelöst von einem Fachgebiet dokumentiert wurden. Die Verteilung der Anfragen auf die verschiedenen Fachgebiete ist gegenüber 2020 weitgehend unverändert.

Evidenzbasierte Informationen vermitteln und die Entscheidungsfindung unterstützen

Die medizinische Beratung betrifft Ursachen und Risikofaktoren, Vorsorge und Früherkennung, Untersuchung, Behandlung und Prognose von Krankheiten. Viele Ratsuchende wünschen sich Informationen zu Risiken und Nutzen medizinischer Maßnahmen. Häufig geht es auch darum, Befunde von Labor- oder Röntgenuntersuchungen zu verstehen oder medizinische Zusammenhänge zu klären. Die Beraterinnen und Berater

vermitteln in der Beratung evidenzbasierte Informationen. Darüber hinaus klären sie mit den Betroffenen deren Wünsche, Präferenzen, Ängste oder Vorbehalte und zeigen Handlungsmöglichkeiten auf. Damit unterstützen sie Patientinnen und Patienten, gemeinsam mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine für sie passende Entscheidung treffen zu können.

Am häufigsten nachgefragt: Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie

Die meisten medizinischen Anfragen betrafen das Thema Corona – knapp 15.000-mal hat das medizinische Team hierzu beraten (siehe Kapitel 3).

Von Corona abgesehen betrafen rund 3.200 Beratungen das Fachgebiet Innere Medizin/Allge-

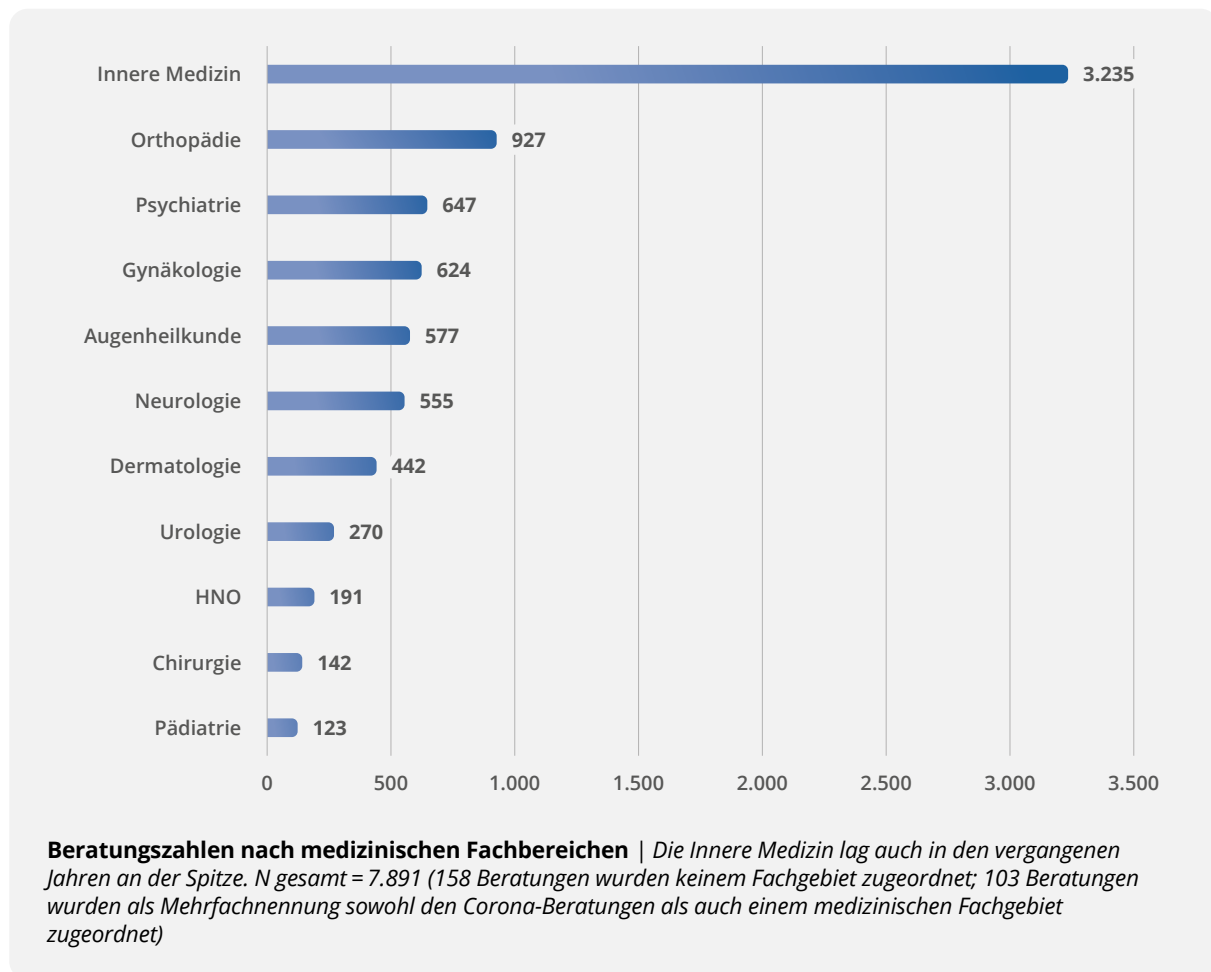
meinmedizin. Die Orthopädie war mit gut 900 Beratungen das zweithäufigste angefragte Fachgebiet, bei ähnlichen Fallzahlen wie im Vorjahr (2021: 927 Beratungen; 2020: 962 Beratungen). Im Fachgebiet Psychiatrie zeigte sich schon im letzten Jahr ein Anstieg der Beratungszahlen, der

¹¹⁵ [Monitor Patientenberatung 2020](#), Kapitel 4.12, Seite 87 f.

Beratungsthemen A-Z

sich 2021 fortgesetzt hat (2021: 647 Beratungen; 2020: 564 Beratungen). Damit lag das Fachgebiet 2021 auf Platz drei, während es in den letzten Jahren weniger Beratungen als die Gynäkologie und Augenheilkunde hatte.

Bei allen anderen Fachgebieten sind die Beratungszahlen leicht zurückgegangen, die Reihenfolge blieb aber weitgehend erhalten.



Beratungsanlässe nach ICD-10-Codes



In den statistisch erfassten ICD-Diagnosen standen die Krankheiten des Verdauungssystems mit gut 900 Beratungen an der Spitze, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit gut 800 Beratungen, psychi-

schen und Verhaltensstörungen mit rund 650 Beratungen und Krankheiten des Auges und der Augenahangsgebilde mit knapp 600 Beratungen.

Die psychischen Erkrankungen standen erstmals auf Platz drei, während die Häufigkeitsreihenfolge der ICD-Gruppen ansonsten weitgehend den Vorjahren entsprach – bei insgesamt etwas niedrigeren Fallzahlen.

Bei den ICD-Codierungen wurden im Berichtsjahr 2021 die Corona-Beratungen statistisch nicht berücksichtigt.

ICD-Kapitel	Beratungen
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	221
Neubildungen (C00-D48)	170
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	72
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen (E00-E90)	299
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	659
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	343
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	590
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	87
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	472
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	163
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	922
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	222
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	815
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	524
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	11
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	2
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	45
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	401
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	274
Gesamtergebnis	6.292

Medizinische Beratungsthemen nach ICD-10 Codes (Auswahl) | *N* gesamt = 6.292 (Mehrfachnennungen möglich, Corona-Beratungen und fehlende Angaben bei den ICD-Codes nicht abgebildet)

Reisemedizin: in Corona-Zeiten weniger gefragt

In das Fachgebiet Innere Medizin fallen in der Statistik auch reisemedizinische Anfragen – zum Beispiel Impfeempfehlungen für geplante Reiseziele oder Malariaschutz. Diese waren 2021 kaum gefragt. Zu den coronaspezifischen Reiseregulungen dagegen wurde sehr häufig beraten (siehe Kapitel 3).



IM FOKUS:

Herzkatheteruntersuchung – Unsicherheit zum Nutzen bei chronischer koronarer Herzkrankheit

„Bei mir besteht der Verdacht, dass meine Blutgefäße am Herz verengt sind. Mein Arzt rät mir zu einer Herzkatheteruntersuchung. Ich habe ziemliche Angst davor, gibt es nicht eine andere Möglichkeit? Muss die Untersuchung wirklich sein?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, bei denen eine Herzkatheteruntersuchung geplant ist, haben häufig Fragen zu Risiko und Nutzen der Untersuchung. Sie fühlen sich diesbezüglich oft nicht ausreichend aufgeklärt. Darüber hinaus wollen sie wissen, ob es nicht andere, weniger invasive Möglichkei-

ten zur Abklärung der chronischen koronaren Herzerkrankung (KHK) gibt. Sie fragen zum Beispiel nach MRT- oder CT-Untersuchungen des Herzens und der Gefäße, die aber nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern, welche Untersuchungen die Nationale Versorgungsleitlinie bei Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit empfiehlt.¹¹⁶ Sie weisen Ratsuchende auf die zugehörige Patientenleitlinie hin, die Risiko und Nutzen der Herzkatheteruntersuchung und anderer Untersuchungsverfahren darstellt.¹¹⁷

Gleichzeitig ermutigen sie die Betroffenen, ihre Bedenken der Ärztin oder dem Arzt gegenüber anzusprechen und die Informationen aus der Leitlinie mit diesen zu besprechen. Sie weisen Betroffene auch auf die Möglichkeit hin, sich eine zweite Einschätzung zu holen.

Fachlicher Hintergrund

Der Begriff Herzkatheter bezeichnet ein Verfahren, bei dem ein Draht (der Katheter) in eine Arterie in der Leiste oder des Handgelenks eingeführt und bis zum Herz vorgeschoben wird. Der Herzkatheter kann als Untersuchung eingesetzt werden, um zum Beispiel Verengungen der Herzgefäße darzustellen. Er kann aber auch der Behandlung dienen – mithilfe des Herzkatheters können Ärztinnen und Ärzte Engstellen der Herzgefäße aufdehnen oder Stents zur Überbrückung einsetzen.

Die Herzkatheteruntersuchung gehört nach einer Literaturrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu den Prozeduren und Eingriffen, bei denen eine mögliche Überversorgung¹¹⁸ in Deutschland besonders intensiv diskutiert wird.¹¹⁹ Auch die Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. und die Initiative „Klug entscheiden“ sehen ein Überversorgungsrisiko bei Herzkatheteruntersuchungen.¹²⁰

¹¹⁶ Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) *Chronische KHK*. 5. Auflage, 2019, Version 1

¹¹⁷ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): *KHK – brauche ich eine Herzkatheteruntersuchung?* [Zugriff: 09.03.2022]

¹¹⁸ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen definiert Überversorgung als „eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus, das heißt, eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen“. Zitiert nach: Bertelsmann Stiftung. *Überversorgung – eine Spurensuche*. November 2019

¹¹⁹ IQWiG. *Ärztliche Zweitmeinung: 15 Vorschläge für eine Ausweitung des Verfahrens*. 26.03.2021

¹²⁰ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. *Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden*. S2e-Leitlinie. Stand: Juni 2019



Die Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen KHK nennt eine Vielzahl von Situationen, in denen explizit keine Herzkatheterdiagnostik durchgeführt werden soll, zum Beispiel wenn die Wahrscheinlichkeit, dass eine stenosierende (verengende) KHK vorliegt, gering ist oder die bildgebenden Untersuchungsverfahren keine Hinweise auf eine verminderte Durchblutung in den Herzgefäßen zeigen.

Bei Menschen mit deutlichen Hinweisen auf eine chronische stabile KHK sollten der Leitlinie

entsprechend je nach individueller Situation bildgebende Untersuchungen zum Einsatz kommen, wie zum Beispiel Stress-Echokardiografie, Myokard-Perfusions-SPECT, Stress-Perfusions-MRT, Dobutamin-Stress-MRT oder CT-Koronarangiografie. Unter den empfohlenen Verfahren sind die CT-Koronarangiografie, das Stress-Perfusions-MRT und das Dobutamin-Stress-MRT mit dem Hinweis gekennzeichnet, dass sie aktuell keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

FAZIT

Es gibt Hinweise, dass in Deutschland Herzkatheteruntersuchungen häufiger durchgeführt werden, als medizinisch nötig wäre. In der UPD-Beratung lässt sich in der Regel nicht klären, ob in der individuellen Situation eine Überversorgung vorliegt oder nicht. Auffällig ist aber, dass Betroffene die vorhandenen, sehr guten und evidenzbasierten Informationsangebote (Patientenleitlinie, Entscheidungshilfe) zu dem Thema nicht kennen und diese dankbar aufgreifen. Ärztinnen und Ärzte sollten diese Informationsmaterialien systematisch bei geplanten Untersuchungen einsetzen. Darüber hinaus wäre es aus Beratungssicht wünschenswert, dass die Herzkatheteruntersuchung wie vom IQWiG vorgeschlagen in das Zweitmeinungsverfahren des

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgenommen wird.¹²¹ So kann eine Überversorgung reduziert werden und Betroffene gewinnen mehr Sicherheit.



Hinzu kommt, dass in der Nationalen Versorgungsleitlinie für verschiedene Situationen diagnostische Verfahren empfohlen werden, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Für Betroffene ist nicht nachvollziehbar, warum Untersuchungen, die in einer Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen werden, nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Hier ist es aus Beratungssicht dringend erforderlich, dass der G-BA prüft, ob diese in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden.¹²²

¹²¹ Laut einer [Pressemitteilung des G-BA](#) werden ab 2022 jährlich zwei neue Leistungen in das Zweitmeinungsverfahren aufgenommen. Grundlage dafür ist die Liste des IQWiG. Noch ist unklar, wann die Herzkatheteruntersuchung an die Reihe kommt.

¹²² Am 17.02.2022 gab der G-BA als [Presseerklärung](#) bekannt, dass die Methodenbewertung für die CT-Koronarangiografie aufgenommen wird.

IM FOKUS:

Inhaltliche Qualitätskontrolle in Arztpraxen unzureichend

 *Mein Arzt hat mir nach einem Sieben-Minuten-Gespräch die Diagnose Somatisierungsstörung gegeben. Darf er das? Sind dafür nicht ausführlichere Untersuchungen erforderlich?* 

Das berichten Ratsuchende

Viele Ratsuchende wenden sich an die UPD, wenn sie Zweifel haben, ob sie von ihren Ärztinnen und Ärzten den ärztlichen Standards entsprechend behandelt werden. Dabei geht es zum Beispiel darum, ob die durchgeführten Untersuchungen ausreichend und die vorgeschlagenen Behandlungen geeignet sind. Immer wieder taucht auch die Frage auf, welche Facharzttrichtung welche

Diagnosen stellen darf – insbesondere in Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen.

In Zusammenhang mit der Corona-Pandemie berichten Ratsuchende zum Beispiel von Ärztinnen und Ärzten, die ihnen grundsätzlich von der COVID-19-Impfung abgeraten haben.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater helfen den Ratsuchenden, gute Gesundheitsinformationen zu dem geschilderten Problem zu finden, und erläutern ihnen gegebenenfalls entsprechende Leitlinienempfehlungen. Sie empfehlen Betroffenen, mit ihren Ärztinnen und Ärzten Rücksprache zu halten und ihre Zweifel anzusprechen. Darüber hinaus erläutern sie ihnen die Möglichkeiten, eine zweite Einschätzung einzuholen. Sie klären, welche Facharztgruppen geeignete Anlaufstellen für das jeweilige gesundheitliche Problem sind und wie Ratsuchende entsprechende Praxen finden können.

In rechtlicher Hinsicht erklären die Beraterinnen und Berater, dass Ärztinnen und Ärzte prinzipiell alle Diagnosen stellen dürfen, ohne dass es dafür rechtliche Vorgaben gibt. Auch über Untersuchungen und Behandlungen können Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Therapiehoheit individuell entscheiden – Leitlinien dienen als Richtschnur, von denen sie aber auch abweichen können. Patientinnen und Patienten können sich lediglich beschweren, wenn sie den Eindruck haben, dass die Ärztin oder der Arzt sich unangemessen verhalten hat.

Fachlicher Hintergrund

Die Berufsverordnung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, auf Qualität zu achten. Kontrolliert werden kann das im ambulanten Bereich kaum.

Um sich niederzulassen, müssen Ärztinnen und Ärzte in der Regel eine Facharztqualifikation haben. Sind Ärztinnen und Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und praktizieren, unterliegt ihre fachliche Arbeit nur noch in eingeschränktem Maße strukturierten externen Qualitätskontrollen. Während Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus in einem Team arbeiten und sich kontinuierlich fachlich austauschen können,

arbeiten viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte alleine in einer Praxis – ohne Vier-Augen-Prinzip oder kollegiale Qualitätskontrolle. Für die Qualitätsberichte, die Krankenhäuser jährlich erstellen müssen, gibt es im ambulanten Bereich kein vergleichbares Instrument. Kontrollen durch Gesundheitsämter oder Behörden beziehen sich vor allem auf Bereiche wie Hygienemanagement und Arbeitssicherheit.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben verschiedene Instrumente zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich etabliert. Dazu zäh-

len zum Beispiel verpflichtende Fortbildungen (Continuing Medical Education, CME) und zusätzliche Qualitätsanforderungen für bestimmte Untersuchungen und Behandlungen. Auch Fehlerberichtssysteme, Disease-Management-Programme, Qualitätszirkel und Peer-Reviews werden von den KVen unterstützt.¹²³

Die Teilnahme an den meisten inhaltlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist freiwillig.

Qualitätsindikatoren werden nicht veröffentlicht. Beschwerden laufen häufig ins Leere (siehe auch Kapitel 4.9). Für Patientinnen und Patienten gibt es kaum Möglichkeiten, die fachliche Qualität einer Praxis einzuschätzen (siehe auch Kapitel 4.16, „Dauerthema: Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen“).

FAZIT

Viele Menschen wenden sich an die UPD, wenn sie Zweifel an der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in ihrer Arztpraxis haben. In der Beratung lässt sich in der Regel nicht klären, ob im Einzelfall Qualitätsdefizite vorliegen oder nicht. Aus Beratungssicht erscheint es jedoch problematisch, dass es im ambulanten Bereich kaum transparente,

öffentlich zugängliche Qualitätsindikatoren gibt, die Patientinnen und Patienten bei der Auswahl einer Arztpraxis berücksichtigen können. Aus Sicht der UPD wäre es wichtig, die inhaltliche Qualitätssicherung im ambulanten Bereich stärker zu verankern, zu kontrollieren und für Patientinnen und Patienten transparent zu machen.

#CORONA-PANDEMIE:

Corona-Tests beschäftigen Ratsuchende

Corona-Testverfahren wie PCR-Test, Antigen-Test und Antikörper-Test spielten 2021 sowohl in der medizinischen als auch in der rechtlichen Beratung erneut eine große Rolle (rund 9.500 Beratungen). Medizinische Fragen betrafen zum Beispiel die korrekte Durchführung der Tests

und die Interpretation der Ergebnisse, rechtliche Fragen drehten sich vor allem um den Anspruch auf Tests, die Kostenübernahme und rechtliche Regelungen zu Testnachweisen, zum Beispiel für Reiserückkehrer oder im Rahmen der 3G-Regelungen.

PCR-Tests

Zu PCR-Tests kamen im Vergleich zum Vorjahr deutlich weniger Fragen bei der UPD an. Der 2020 im Patientenmonitor beschriebene schwierige

Zugang zum PCR-Test zeigte sich über das Jahr kaum noch und nahm erst zum Jahresende mit steigenden Corona-Inzidenzen wieder etwas zu.

Antigen-Schnelltests

Fragen zu Antigen-Tests haben im Beratungsjahr 2021 deutlich zugenommen. Ratsuchende fragten zum Beispiel nach Zugang und Kostenübernahme, insbesondere in Zusammenhang mit den kostenlosen Bürgertests, die zwischenzeitlich

ausgesetzt und dann wieder eingeführt wurden.

Im Laufe des Jahres kamen Schnelltests auf den Markt, die von Laien selbst angewandt werden können. In diesem Zusammenhang stellten

¹²³ Kassenärztliche Bundesvereinigung: [Qualität in der ambulanten Versorgung](#) [Zugriff: 09.03.2022]

Ratsuchende Fragen zu Anwendung, Aussagekraft und Qualität. Häufig hatten Ratsuchende auch Sorgen, dass die Tests falsch-positiv oder

Antikörper-Tests

Viele Ratsuchende fragten, ob man mit Antikörpern im Blut nachweisen kann, ob sie eine Coronavirus-Infektion durchgemacht haben und ob bei ihnen ein Immunschutz besteht.

Die Antikörper-Tests waren nach Einschätzung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zum Anfang des Jahres noch nicht ausreichend spezifisch, um eine vorangegangene Infektion sicher nachzuweisen. Das änderte sich jedoch im Laufe der Zeit. In diesem Zusammenhang klafften wissenschaftliche Erkenntnisse und Rechtslage vorübergehend auseinander: Als qualitativ hochwertige Antikörper-Tests verfügbar waren, kündigte die STIKO eine entsprechende Änderung der Empfehlung an – Antikörper-Nachweise sollten als Beleg für eine durchgemachte Infektion gewertet werden. Diese Änderung wurde allerdings aufgrund der damit verbundenen rechtlichen Probleme zunächst nicht umgesetzt – denn rechtlich galt nur die PCR-Testung als Nachweis.

falsch-negativ ausfallen, und trauten den Ergebnissen nicht.

Fragen gab es auch zur Kostenübernahme der Antikörper-Tests. Diese wurden häufig als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten, Ratsuchende mussten den Test also selbst bezahlen. Die Tests werden zwar bei medizinischer Notwendigkeit von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, die medizinische Notwendigkeit war aber in vielen Fällen unklar.

Auch Antikörper-Titer waren ein weiteres großes Beratungsthema: Ratsuchende wollten wissen, ob sich anhand des Antikörper-Titers (vereinfacht also der Menge vorhandener Antikörper) ableiten lässt, ob sie gegen die Erkrankung geschützt sind oder (weitere) Impfungen benötigen. In den Medien kursierten diesbezüglich Schwellenwerte. Auch Ärztinnen und Ärzte setzten nach Schilderung der Ratsuchenden Antikörper-Tests in diesem Sinne ein und rieten Ratsuchenden bei hohen Titern von einer Impfung ab, obwohl dies nicht der STIKO-Empfehlung entsprach.

4.15 Zahnmedizin

Im Jahr 2021 hat die UPD gut 4.300-mal zu Themen rund um die zahnmedizinische Versorgung beraten. Die Beratungszahlen in diesem Bereich lagen damit geringfügig unter dem vergangenen Jahr (2021: 4.318 Beratungen; 2020: 4.688 Beratungen). Fragen mit rechtlichem Schwerpunkt (3.178 Beratungen) überwogen deutlich gegenüber medizinischen Fragen (1.140 Beratungen). Viele Beratungsthemen stellten sich im Vergleich zu den Vorjahren unverändert dar.

Rechtliche Beratungen betrafen vor allem Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten und den Verdacht auf zahnärztliche Behandlungsfehler. Der drittgrößte Themenkomplex bezog sich auf Geldforderungen und Eigenanteile. Zudem ging es häufig um Gewährleistung bei Zahnersatz.¹²⁴



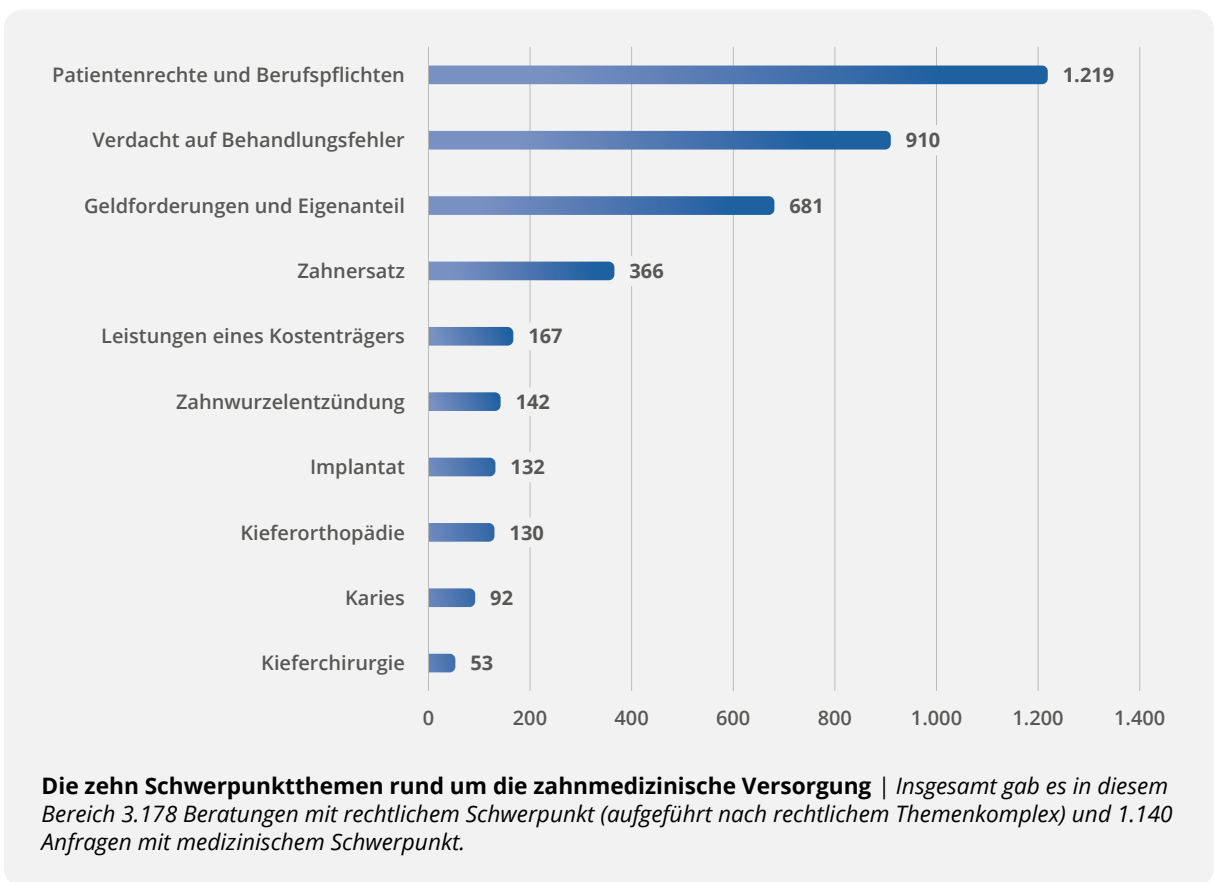
¹²⁴ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.4.2, Seite 82 ff.; [Monitor Patientenberatung 2018](#), Kapitel 4.2.2, Seite 68 ff.

Medizinische Fragen drehten sich um Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsverfahren und um Risiko und Nutzen einzelner Maßnahmen. Dies betraf vor allem Bereiche, in denen viele Leistungen privat zu zahlen sind, zum Beispiel bei Implantaten, Wurzelkanalbehandlungen und in der Kieferorthopädie.

Zum Thema craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) fragten Ratsuchende weiterhin nach Be-

handlungsmöglichkeiten, schilderten kostenintensive und wenig evidenzbasierte Maßnahmen, die ihnen empfohlen wurden, und suchten nach geeigneten Anlaufstellen (84 Beratungen).¹²⁵

Fragen zur professionellen Zahnreinigung und Parodontalbehandlung haben tendenziell im Berichtsjahr abgenommen – möglicherweise infolge der im Juli 2021 in Kraft getretenen neuen PAR-Richtlinie.¹²⁶



Suche nach spezialisierten Anlaufstellen

Auch im zahnmedizinischen Bereich wenden sich häufig Menschen an die UPD, die geeignete Anlaufstellen für ihr jeweiliges gesundheitliches Problem suchen. Patientinnen und Patienten mit Zahnarztangst fragen zum Beispiel nach Praxen, die Erfahrung in diesem Bereich haben und gegebenenfalls eine Behandlung in Vollnarkose anbieten. Betroffene suchen die beste Praxis für eine

Implantatversorgung in ihrer Region oder Zahnärztinnen oder Zahnärzte, die keine Amalgamfüllungen verwenden. Neutrale Informationen zu diesen Fragen sind in der Regel kaum verfügbar (siehe auch „Dauerthema: Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen“).

¹²⁵ Siehe auch [Monitor Patientenberatung 2021](#), Kapitel 4.14, Seite 95 ff.

¹²⁶ [Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen](#); in Kraft getreten: 01.07.2021

Gesundheitliche Auswirkungen zahnmedizinischer Materialien

Toxikologische und allergologische Themen spielen in der zahnmedizinischen Beratung regelmäßig eine Rolle – Ratsuchende haben Beschwerden, die sie auf zahnmedizinische Materialien zurückführen, und wollen wissen, wie sie diese abklären und behandeln lassen können. Das Team berät zum Vorgehen bei Verdacht auf Allergien oder Materialunverträglichkeiten und

gibt den aktuellen Kenntnisstand zur gesundheitlichen Belastung durch Materialien wie zum Beispiel Amalgam wieder. In vielen Fällen wünschen sich Ratsuchende darüber hinaus Informationen zu alternativmedizinischen und nicht evidenzbasierten Vorgehensweisen aus der sogenannten Umweltzahnmedizin.

Psychosoziale Aspekte

Auch in der zahnmedizinischen Beratung hat das UPD-Team den Eindruck, dass psychosozialer Beratungsbedarf zunimmt (siehe auch Kapitel 4.12). Viele Betroffene schildern lange Leidenswege, sind mit den Umständen der Behandlung unzufrieden oder fühlen sich in ihrer individuellen

Situation von den behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht angemessen versorgt. Hier steht häufig weniger der Bedarf nach gezielten Informationen im Vordergrund als der Wunsch, in ihrer belastenden Situation gehört und verstanden zu werden.

DAUERTHEMA:

Viele Fragen zu Heil- und Kostenplan und Zahnarztrechnung

Zahnbehandlungen können teuer sein. Betroffene können die Kosten oftmals schwer überschauen und Risiko und Nutzen einzelner Leistungen schwer einschätzen. Viele Ratsuchende wünschen sich daher von der UPD vor der Behandlung eine Prüfung des Heil- und Kostenplans. Nach der Behandlung drehen sich viele Fragen um die Zahnarztrechnung, insbesondere in Fällen, in denen die Zahnarztrechnung die im Heil-

und Kostenplan angegebenen Beträge erheblich überschreitet oder Ratsuchende unerwartet eine unverständliche Rechnung bekommen. Das Beratungsteam erläutert den Heil- und Kostenplan, erklärt gesetzlich Versicherten, welche Kosten die Krankenkasse übernimmt, und informiert die Ratsuchenden über die Berufspflichten der Zahnärztinnen und Zahnärzte.

DAUERTHEMA:

Ärger um außervertragliche Leistungen in der Kieferorthopädie

130 Anfragen von Ratsuchenden zum Thema Kieferorthopädie hatten einen medizinischen Schwerpunkt, zum Beispiel Fragen zu Risiken und Nutzen einzelner Maßnahmen. Ratsuchenden ist beispielsweise oft nicht klar, ob und wenn ja welchen Nutzen oder Vorteil zusätzliche, selbst zu zahlende 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. In den Gesprächen berichten gesetzlich versicherte Ratsuchende, dass Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden häufig außervertragliche Leistungen anbieten, ohne die Möglichkeiten der Regelversorgung darzustellen. Zahnärztinnen und Zahnärzte – und damit auch Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden – sind gesetzlich verpflichtet, vor der kieferortho-

pädischen Behandlung eine schriftliche Vereinbarung mit den Patientinnen und Patienten zu treffen. In dieser sind die Kassenleistung und die selbst zu tragenden Kosten aufgeschlüsselt

nach Leistungen gegenüberzustellen.¹²⁷ Dennoch berichten Ratsuchende weiterhin von Schwierigkeiten, eine kieferorthopädische Behandlung als Kassenleistung zu bekommen.

IM FOKUS:

Intransparente Faktorerhöhung in der Zahnarztrechnung

„Ich bin von einer Rechnung von meinem Zahnarzt böse überrascht worden. Meine private Zusatzversicherung erstattet nur bis zum 2,3-fachen Satz. Der Zahnarzt hat aber einen höheren Faktor berechnet. Ich verstehe das nicht. Es war eine ganz normale Behandlung, die auch nicht lange gedauert hat. Hätte der Zahnarzt mir das nicht vorher sagen müssen?“

Das berichten Ratsuchende

Nicht selten beklagen sich Ratsuchende, die eine Privatrechnung von ihrer Zahnärztin oder ihrem Zahnarzt erhalten haben, über hohe und unverständliche Rechnungen. Viele Ratsuchende verstehen die Zahnarztrechnung nicht und wünschen sich von der UPD eine Überprüfung der einzelnen Positionen. Sie wollen wissen, in

welchen Fällen die Zahnärztin oder der Zahnarzt welchen Steigerungsfaktor ansetzen kann. Gesetzlich krankenversicherte Ratsuchende berichten, dass sie nicht darüber aufgeklärt wurden, dass sie etwas selbst bezahlen müssen, und dass sie daher eine Rechnung nicht erwartet haben.

So berät das UPD-Team

Die UPD-Beraterinnen und -Berater erläutern, unter welchen Voraussetzungen Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre Leistungen privat in Rechnung stellen dürfen. Sie informieren die Ratsuchenden darüber, auf welcher Basis die Abrechnung erfolgen muss und was die Rechnung enthalten muss, damit die Zahlung fällig wird. Übersteigt der Steigerungsfaktor den 2,3-fachen Satz, fordern sie die Ratsuchenden auf, eine nachvollziehbare Begründung und Erläuterung dafür von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt einzuholen. Gesetzlich versicherten Ratsuchenden zeigen die Beraterinnen und Berater das System der Schnittstellen zwischen der Abrechnung mit der Krankenkasse und den privat abgerechneten Leistungen auf. Für zukünftige Behandlungen bestärken sie die Ratsuchenden darin, den Steigerungssatz der Honorarbemessung mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt vorab zu besprechen sowie Kostenvoranschläge und schriftliche Vereinbarungen zu prüfen und erst dann zu unterschreiben.



Die Beraterinnen und Berater weisen die Ratsuchenden darauf hin, dass eine Rechnungsprüfung im Einzelnen vom Beratungsumfang der UPD nicht gedeckt ist und dass insbesondere eine Überprüfung, wann ein Steigerungsfaktor in welcher Höhe angemessen ist, nicht möglich ist.

127 § 29 Absatz 7 SGB V

Fachlicher Hintergrund

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten jeweils über die Mehrkosten eine Privatrechnung von ihrer Zahnärztin oder ihrem Zahnarzt.¹²⁸ Darüber soll vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden.¹²⁹

Grundlage für die private Zahnarztrechnung ist die – staatlich festgelegte – Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Diese gilt sowohl für die Abrechnung mit Privatpatienten als auch für die Abrechnung von Privatleistungen mit gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten.

Die GOZ enthält einen umfangreichen Leistungskatalog und weist für jede Behandlung einen Basisbetrag zur Kalkulation des zahnärztlichen Honorars, den Einfachsatz, aus. Für die Berücksichtigung des individuellen Zeitaufwands und der Schwierigkeit einer Behandlung bei der Abrechnung sind Steigerungsfaktoren angegeben, mit denen der Einfachsatz multipliziert wird. Für eine Behandlung ohne Komplikationen gilt der Steigerungsfaktor 2,3 als Richtwert. Ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur dann zu-

lässig, wenn Besonderheiten wie Schwierigkeit – die auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalls begründet sein kann – oder Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder Umstände bei der Ausführung das rechtfertigen.¹³⁰ Dann kann der Faktor bis zu 3,5 betragen. Dies muss die Zahnärztin oder der Zahnarzt in der Rechnung auf die einzelne Leistung bezogen und für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründen und auf Verlangen näher erläutern.¹³¹ Ein mehr als 3,5-facher Steigerungssatz muss bereits vor der Behandlung schriftlich vereinbart werden.

Im Übrigen wird eine Vergütung erst dann fällig, wenn der Patientin oder dem Patienten eine ordnungsgemäße Rechnung erteilt wurde, die neben dem Datum der Leistung die Gebührennummer, die Bezeichnung der Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und Steigerungssatz und gegebenenfalls die Begründung für das Überschreiten des Gebührensatzes enthält.

FAZIT

Ratsuchende, die eine private zahnärztliche Rechnung erhalten, verstehen diese oft nicht und können insbesondere den für den Preis maßgeblichen Steigerungsfaktor nicht nachvollziehen. Zahnärztinnen und Zahnärzte haben den Faktor innerhalb des Gebührenrahmens nach billigem Ermessen zu bestimmen, also nicht willkürlich, sondern unter Berücksichtigung der Interessen beider Seiten, dem in vergleichbaren Fällen Üblichen und den Umständen des Einzelfalls. Für dieses Ermessen gibt es aber keine transparenten Kriterien. Zum Beispiel gibt es keine Definition dafür, wann enge Platzverhältnisse eine erhöhte Schwierigkeit rechtfertigen. Für Ratsuchende ist nicht nachvollziehbar, ab wann von einem erhöhten Zeitaufwand ausgegangen werden kann. Das bedeutet für Patientinnen und Patienten neben der Intransparenz ein hohes wirtschaftliches Risiko. Aus Beratungssicht sollte transparent sein, welchen durchschnittlichen Steigerungssatz Zahnärztinnen und Zahnärzte berechnen. Diese Information könnten Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Praxis berücksichtigen. Manche Landes Zahnärztekammern bieten Rechnungsprüfungen an. Aber es sollte unabhängige Rechnungsprüfungsstellen für alle Patientinnen und Patienten geben.

¹²⁸ § 55 SGB V

¹²⁹ § 8 Absatz 7 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

¹³⁰ § 5 Absatz 2 GOZ

¹³¹ § 10 Absatz 3 GOZ

4.16 Zugang zum Gesundheitswesen

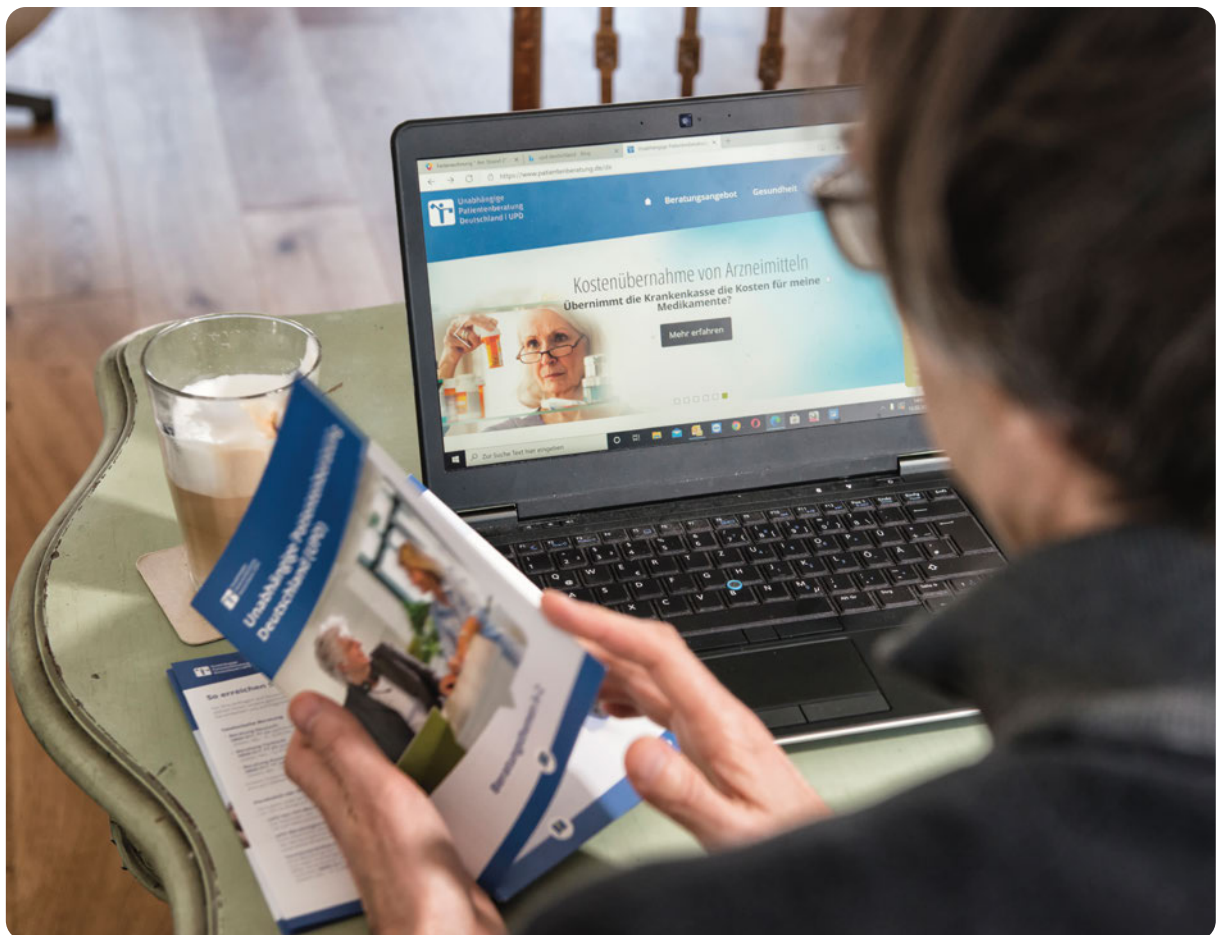
Die UPD hat im Gesundheitssystem eine Lotsenfunktion. Diese nehmen Ratsuchende rege in Anspruch: Knapp 4.000 Anfragen betrafen die Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nach Kliniken und weiteren medizinischen Leistungserbringern. Die Beratungszahlen sind dabei im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig (2021: 3.895 Beratungen; 2020: 4.434 Beratungen).

Ratsuchende fragen nach geeigneten Anlaufstellen für ihr medizinisches Problem oder suchen nach bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahren. Häufig wünschen sie sich konkrete Empfehlungen für besonders qualifizierte oder spezialisierte Anbieter.

Die UPD bietet bei diesen Fragestellungen Hilfe zur Selbsthilfe – Ratsuchende sollen die Kompetenz erhalten, selbst nach geeigneten Anlauf-

stellen zu recherchieren. Der Schwerpunkt der Beratung liegt darauf, Ratsuchenden die verfügbaren Informationen zugänglich zu machen und Aussagekraft, Nutzen und Einschränkungen unterschiedlicher Suchmöglichkeiten zu erläutern.

Für die Leistungserbringersuche weisen die Beraterinnen und Berater – soweit verfügbar – auf qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale Suchportale hin. Dazu gehören zum Beispiel die Weisse Liste, das Nationale Gesundheitsportal gesund.bund.de, Angebote der Kassenärztlichen (KV) oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und der berufsständischen Kammern. Je nach Fragestellung erläutert das Beratungsteam darüber hinausgehende Suchmöglichkeiten von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kompetenznetzen, bundesweiten Selbsthilfegruppen und anderen Anbietern.



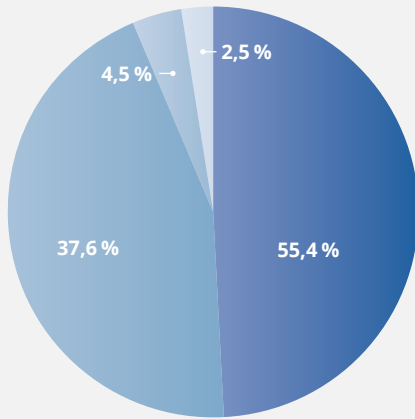
EXKURS

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

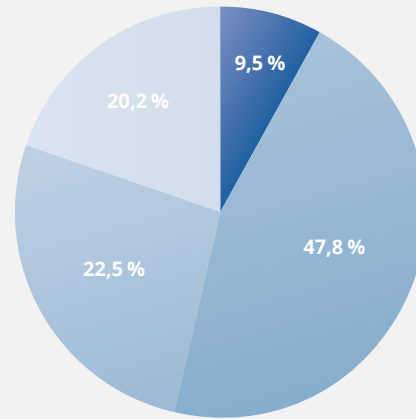
Viele Menschen sind bereit, für ihre medizinische Versorgung weite Wege auf sich zu nehmen. Das zeigt sich insbesondere an den Anfragen zur Kliniksuche: Bis 200 km oder sogar an jeden Ort in Deutschland würden über 40 Prozent der Ratsuchenden für eine ge-

eignete Klinik fahren. Zu niedergelassenen Praxen möchte mehr als die Hälfte der Ratsuchenden nicht weiter als 10 km anfahren. Nur etwa 7 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 = 969. Bei der Suche nach einer geeigneten Klinik sind viele Ratsuchende bereit, größere Entfernungen zurückzulegen. N = 774

DAUERTHEMA:

Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen

Viele Ratsuchende wenden sich an die UPD, weil sie besonders qualifizierte Anlaufstellen für ihr spezifisches gesundheitliches Problem suchen – seien es geeignete Kliniken für einen planbaren operativen Eingriff, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit besonderer Kompetenz zu bestimmten Krankheitsbildern oder spezialisierte Reha-Kliniken.

beispielsweise in der Weissen Liste nutzerfreundlich aufbereitet sind.¹³² Darüber hinaus können Zertifikate oder Mitgliedschaften in medizinischen Kompetenznetzen Hinweise auf Spezialisierungen geben. Im ambulant-ärztlichen Bereich und auch bei Vorsorge- und Reha-Einrichtungen fehlen entsprechende Angebote.

In der stationären Versorgung ermöglichen die Qualitätsberichte einen Vergleich von Krankenhäusern im Hinblick auf ausgewählte Kriterien, die

Transparente und öffentliche Qualitätsindikatoren könnten dazu beitragen, die inhaltliche Qualitätskontrolle im niedergelassenen Bereich zu verbessern (siehe auch Kapitel 4.14, „Im Fokus:

¹³² Weisse Liste gemeinnützige GmbH. [Projekt Weisse Liste – Wegweiser im Gesundheitswesen](#)

Inhaltliche Qualitätskontrolle in Arztpraxen unzureichend“). Daten zu apparativer Ausstattung, spezialisierten Leistungen, Hygiene, Barrierefreiheit sowie Behandlungsfallzahlen von Praxen liegen den KVen vor. Aus Patientenberatungssicht wäre es hilfreich, wenn sie diese Angaben veröffentlichen würden.

Das im Juni 2021 in Kraft getretene Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz

(DVPMG) verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, zukünftig Basisdaten der ambulanten Versorgung zu veröffentlichen. Aus Sicht der UPD ist das Gesetz ein erster wichtiger Schritt – dem jedoch dringlich weitere folgen müssen, um die Qualitätstransparenz im ambulanz-ärztlichen Bereich zu verbessern.

DAUERTHEMA:

Schwieriger Zugang zu Psychotherapie

Über den für viele Ratsuchende schwierigen Zugang zur ambulanten Psychotherapie hat die UPD in früheren Monitoren bereits wiederholt berichtet.¹³³ Betroffene müssen sich oft lange um einen Therapieplatz bemühen. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat aus Beratungssicht keine relevante Verbesserung gebracht und die Situation in einigen Fällen eher noch verschärft:

Krankenkassen lehnen nun zum Teil das Kostenerstattungsverfahren¹³⁴ mit der Begründung ab, dass Betroffene sich ja an die Terminservicestelle wenden könnten. Terminservicestellen können jedoch keine dauerhaften Therapieplätze vermitteln, sondern lediglich Ersttermine für die psychotherapeutische Sprechstunde, für die Akutbehandlung und die probatorischen Sitzungen.



¹³³ 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 ff.

¹³⁴ 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:

Fehlende Sprachmittlung – Risiko und Barriere in der Versorgung

„Meine Mutter ist seit zwei Tagen wegen Unterleibschmerzen im Krankenhaus. Sie spricht nur arabisch – mein Mann und ich übersetzen normalerweise beim Arzt. Gestern war unser zwölfjähriger Sohn bei ihr zu Besuch, als ein Arzt mit meiner Mutter über die nun notwendige Operation sprechen wollte. Er bat unseren Sohn zu übersetzen. Dieser verstand jedoch das meiste Medizinische gar nicht richtig, aber traute sich auch nicht nachzufragen. Es ging auch viel um intime Details, was beiden sehr unangenehm war. Letztlich unterschrieb meine Mutter, dass sie über alles informiert wurde und keine Fragen mehr hat. Unser Sohn kam total verunsichert nach Hause und hat Angst, etwas falsch gemacht zu haben. Auch weiß meine Mutter gar nicht richtig, was jetzt mit ihr passieren soll. Ich bin noch immer geschockt und denke, dass es nicht rechtens sein kann, ein Kind zu bitten, in einer solchen Situation zu übersetzen. Muss sich nicht das Krankenhaus irgendwie darum kümmern?“

Das berichten Ratsuchende

An die UPD wenden sich Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen, die aufgrund fehlender Deutschkenntnisse Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung haben. Sie berichten zum Beispiel, dass im Krankenhaus – auch minderjährige – Angehörige oder spontan nicht-medizinisches Krankenhauspersonal (zum

Beispiel aus der Küche) im Arztgespräch übersetzen sollen. Mitunter geht es hierbei um die Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, um die Beratung zu schwierigen Behandlungsentscheidungen oder um die Anamnese intimer Details. Die Ratsuchenden fühlen sich oft überrumpelt und ohnmächtig.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden darüber, dass in Deutschland kein (gesetzlicher) Anspruch auf eine professionelle Sprachmittlung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung besteht. Andererseits darf die Behandlung grundsätzlich erst nach einer mündlichen Aufklärung und nachfolgender Einwilligung beginnen. Dies ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch die Behandelnden eine schwierige Situation.

Die Beraterinnen und Berater ermutigen die Ratsuchenden, selbst vorzusorgen und zu Beginn einer Behandlung zu erfragen, ob zum Beispiel die Klinik eine professionelle Sprachmittlung organisiert oder sie sich selbst darum kümmern sollen. In diesen Fällen sollten gleich die Kontaktdaten der ausgewählten Person hinterlegt werden.

Anderenfalls besteht die Gefahr, dass auf nicht ausreichend geeignete Sprachmittlerinnen und

Sprachmittler zurückgegriffen wird oder die Behandlung nicht begonnen wird, weil niemand zum Übersetzen zur Verfügung steht. Auch die Gefahr, dass Behandlungsentscheidungen auf Grundlage falscher Informationen getroffen werden, kann so verringert werden.

Hat schon ein Gespräch ohne geeignete Sprachmittlung stattgefunden, so sollte dies dem Krankenhaus so schnell wie möglich mitgeteilt werden, um ein Gespräch mit einer für die Sprachmittlung geeigneten Person nachzuholen.



Fachlicher Hintergrund

Während der Anspruch auf Kostenübernahme für Gebärdensprachmittlung im Rahmen ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen ausdrücklich gesetzlich geregelt ist,¹³⁵ gibt es keinen vergleichbaren Anspruch auf Übernahme der Kosten der Sprachmittlung für Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Deutschkenntnisse.¹³⁶

Eine Behandlung darf nur beginnen, wenn die Patientin oder der Patient mündlich über die Behandlung aufgeklärt wurde und eingewilligt hat. Wenn zum Beispiel durch schlechte Sprachmittlung für die Behandlung wesentliche Inhalte falsch dargestellt oder weggelassen wurden, haben die Ärztinnen und Ärzte nicht verständlich aufgeklärt und die Einwilligung ist nicht wirksam. Ein solcher Aufklärungsfehler kann dann nach der Behandlung zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen führen, obwohl nur versucht wurde, in einer misslichen Situation unbürokratisch zu helfen.



FAZIT

Eine sichere sprachliche Verständigung ist Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung. Betroffene haben keinen gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung. Daher gibt es bei der Sprachmittlung im Regelfall nur Kompromisslösungen. Vorstöße, die Sprachmittlung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, sind bisher ergebnislos geblieben.¹³⁷ Einige Kliniken haben mittlerweile eigene fremdsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern ausgebildet, die sie aus medizinischem Fachpersonal rekrutieren. Auch sind erste bundesweite Netzwerke

an professionellen Sprachmittlungsdiensten, die unterschiedliche Trägerschaften und Finanzierungsstrukturen aufweisen, entstanden.¹³⁸ Dennoch gibt es nach wie vor bei Weitem noch kein flächendeckendes Angebot an professioneller Sprachmittlung.

Um den negativen Einfluss von Sprachbarrieren auf den Zugang zu medizinischer Versorgung, die Behandlungsqualität und den Behandlungserfolg zu reduzieren, sollte ein flächendeckendes einheitliches Angebot an Sprachmittlung aufgebaut und als Leistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden.

¹³⁵ § 17 Absatz 2 SGB I

¹³⁶ Eine Ausnahme gilt für Asylbewerber: Nach § 6 Absatz 1 Asylbewerberleistungsgesetz können Dolmetscherkosten übernommen werden, wenn die Hinzuziehung im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist.

¹³⁷ Zum Beispiel Positionspapier „[Sprachmittlung: Voraussetzung für die Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen](#)“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Juli 2020

¹³⁸ TransVer. [Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen X.0 – von Widerständen und Neuanfängen](#). Digitales Forum am 22. und 23. Juni 2021

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 Hin-

weise 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 2021 wurden die statistischen Daten der standardisierten

Beratungsdokumentation im Januar 2022 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.

Im Berichtsjahr 2021 wurde auf die Darstellung der systematisch erfassten Problemlagen in Form der Akteur- und Problemlagendokumentation verzichtet. Das in der vorangegangenen Förderperiode entwickelte Dokumentationssystem bildet insbesondere die in der Pandemie beobachteten Probleme, die Menschen bei der Nutzung unseres Gesundheitssystems haben, unzureichend ab. Die Analyse der erhobenen Daten lieferte keinen Mehrwert gegenüber den oben beschriebenen Daten- und Informationsquellen.

Um die Corona-Beratungen schneller zu dokumentieren und die Analyse dieses bedeutenden Beratungsthemas zu verbessern, wurde im zweiten Quartal 2021 die Beratungsdokumentation um eine eigene Corona-Dokumentationsmaske

ergänzt. Im Zuge dieser Umstellung sind Beratungen teilweise als Mehrfachnennungen sowohl dem Thema Corona als auch medizinischen oder gesundheitsrechtlichen Themen zugewiesen. Die Mehrfachnennungen sind im Monitor an den

relevanten Stellen ausgewiesen und betreffen nur vereinzelt die dargestellten Beratungszahlen zu Einzelthemen. Die ausgewiesene Gesamtberatungsanzahl (N = 143.696) beinhaltet keine Mehrfachnennungen.

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 unverändert 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 „2021 weiter aktuell“ gekennzeichnet. Im Berichtsjahr erstmalig auf-

getretene 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

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ATC-Klassifikation	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
BAS	Bundesamt für soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag – Ärzte
CT	Computertomografie
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DNGK	Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e. V.
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
EFSA	European Food Safety Authority (Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit)
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ePA	elektronische Patientenakte
EUTB	Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzerkrankung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MD	Medizinischer Dienst
mRNA	messenger ribonucleic acid (Boten-Ribonukleinsäure)
MRT	Magnetresonanztomografie
OTC-Medikamente	Over-the-counter-Medikamente (frei verkäufliche Medikamente)
PCR	polymerase chain reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch (zum Beispiel SGB I: Sozialgesetzbuch Erstes Buch)
STIKO	Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WBG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz



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 Beratungsmobilen und regionalen Beratungsstellen oder per Post.

Über das Online-Beratungsangebot, die 30 regionalen Beratungsstellen und die rund 100 Standorte, die regelmäßig von einem der drei UPD-Beratungsmobile angesteuert werden, informiert die Website www.patientenberatung.de.

Dort finden sich gegebenenfalls auch Hinweise, wenn sich die Öffnungszeiten oder Beratungsangebote aufgrund der Corona-Pandemie kurzfristig ändern.