

MONITOR PATIENTENBERATUNG



Wie können wir Ihnen
weiterhelfen?

Berichtszeitraum: 01.01.2020 - 31.12.2020

Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V.
Berichtszeitraum: 01.01.2020 - 31.12.2020

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

Jann G. Ohlendorf (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)

Redaktion

Annika Haucke

Petra Heinevetter

Markus Hüttmann

Lea Knaus

Anja Lehmann

Annekathrin Schrödl

Svenja Schwab

Anne Speck

Marcel Weigand

Weitere Mitwirkende

Tina de Boer

Andreas Dandlberger

Jonas Dietrich

Isabel Gruner-Babic

Thomas Hübner

Daniel Lange

Thomas Lerch

Nicole Masaka

Monika Nuhst

Nadezda Pampalova

Martina Rauhut

Raquel Reng

Franziska Reschke

Alina Rimke

Linda Samhat

Tina Scherer-Matuschke

Annette Schubert

Justyna Sikora-Arnold

Beate Sommerfeld

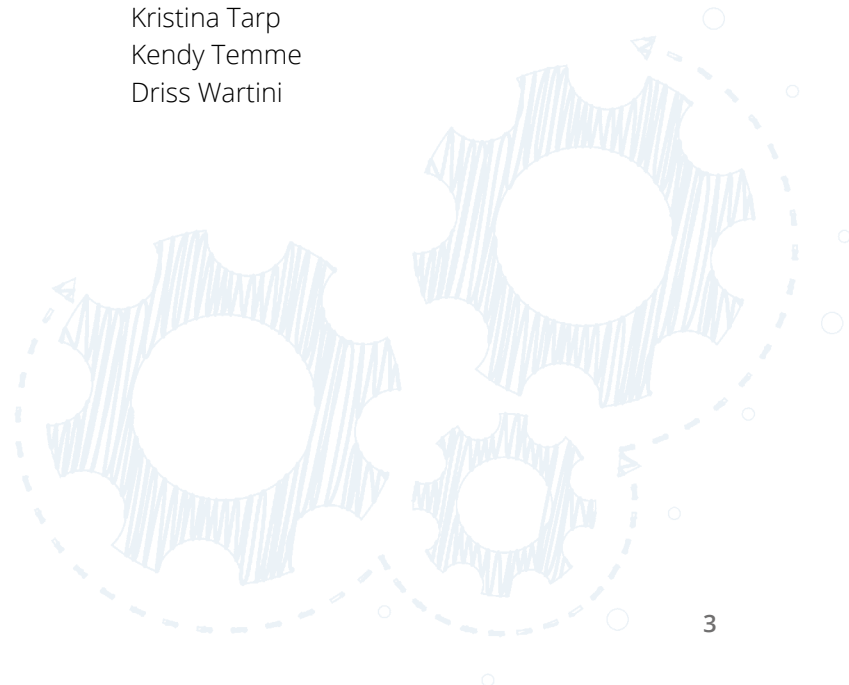
Torsten Speck

Eric Sulze

Kristina Tarp

Kendy Temme

Driss Wartini



VORWORT	6
1 ÜBER DIE UPD	8
1.1 Auftrag und Finanzierung	9
1.2 Qualität und Qualitätssicherung	10
2 TÄTIGKEITSBEREICHE	11
2.1 Beratung	12
2.1.1 Beratungszahlen und -bereiche	12
2.1.2 Schwerpunkte rechtlicher Beratungen	13
2.1.3 Schwerpunkte medizinischer Beratungen	15
2.1.4 Beratungskanäle	16
2.1.5 Zielgruppe	18
2.2 Berichterstattung	21
2.2.1 Methodik und Themenauswahl des Monitor Patientenberatung	21
2.2.2 Problemlagen im Gesundheitssystem	22
2.3 Netzwerkarbeit und Digitalisierung	24
2.4 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	26
3 CORONA – DIE PATIENTENBERATUNG IN PANDEMIE-ZEITEN	31
3.1 Informieren, beraten, lotsen – und ganz viel zuhören	32
3.2 Corona-Beratungszahlen und Schwerpunkte	34
3.3 Nutzerinnen und Nutzer der Corona-Beratung	39
3.4 Fazit	40
4 BERATUNGSTHEMEN A–Z	42
4.1 Arzneimittel und pharmakologische Beratung	43
<i>Exkurs:</i> Das Wiederholungsrezept – eine Dauerbaustelle	45
<i>#Corona-Pandemie:</i> Fragen zu Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten	46
4.2 Behandlungsfehler	46
4.3 Heil- und Hilfsmittel	47
<i>#Corona-Pandemie:</i> Folgeverordnungen für Hilfsmittel per Post	48
4.4 Impfen	49
<i>2020 weiter aktuell:</i> Masern-Impfung	49
<i>Im Fokus:</i> Verteilungsprobleme beim Grippe-Impfstoff	50
<i>#Corona-Pandemie:</i> Steiler Anstieg der Corona-Impfberatungen ab Dezember	52
4.5 Individuelle Gesundheitsleistungen	52
4.6 Krankenkasse	53
4.6.1 Verwaltungspraxis der Krankenkassen	53
<i>Im Fokus:</i> Genehmigungsfiktion – Rechtsunsicherheit und Benachteiligung finanziell schwacher Versicherter durch neues Urteil des Bundessozialgerichts	54
<i>2020 weiter aktuell:</i> Was sich Krankenkassen einfallen lassen, um Fristen zu umgehen	56
<i>Im Fokus:</i> Krankenkassen kommen Anspruch auf Haushaltshilfe nicht nach	57
<i>Im Fokus:</i> Wenn Krankenkassen eine Entscheidung telefonisch mitteilen	59
<i>Im Fokus:</i> Undurchsichtige Begutachtungen	60
<i>2020 weiter aktuell:</i> Wenn Zwischennachrichten im Widerspruchsverfahren unzulässig sind	62

4.6.2 Krankengeld	63
<i>Im Fokus:</i> Krankengeldfallmanagement in der Kritik	64
<i>Im Fokus:</i> Wiederholte Wartezeit auf Krankengeld bei Selbstständigen	66
4.6.3 Mitgliedschaft und Beiträge	67
<i>Neue Entwicklung:</i> Spürbar weniger Beratungen nach Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze	68
<i>2020 weiter aktuell:</i> Probleme in Zusammenhang mit Ratenzahlung	68
4.7 Medizinprodukte	69
<i>Im Fokus:</i> Wenn die Verhütungsspirale fehlerhaft ist	70
<i>#Corona-Pandemie:</i> Masken – Sicherheit, Fälschungen und eine unklare Verordnung	72
4.8 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten	74
<i>2020 weiter aktuell:</i> Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?	75
<i>Dauerthema:</i> Diagnosen dürfen nicht aus Patientenakten gelöscht werden	75
<i>Im Fokus:</i> Wenn Ärztinnen und Ärzte den Hausbesuch verweigern	76
<i>Dauerthema:</i> Wenn Ratsuchende sich über Ärztinnen und Ärzte beschweren wollen	78
<i>#Corona-Pandemie:</i> Maskenpflicht in der Arztpraxis	79
4.9 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht	80
<i>Exkurs:</i> Sterbehilfe und Suizidhilfe	80
4.10 Pflege	82
<i>Im Fokus:</i> Abrechnung von Verhinderungspflege nach dem Tod der Pflegebedürftigen	82
<i>#Corona-Pandemie:</i> Gesetzliche Änderungen und Situation in Pflegeheimen	84
4.11 Psychosoziale Beratung	85
<i>#Corona-Pandemie:</i> Psychosoziale Belastungen nehmen zu	86
4.12 Rehabilitation	87
<i>#Corona-Pandemie:</i> Rehabilitation trotz Corona?	87
4.13 Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten	88
<i>#Corona-Pandemie:</i> Viele Fragen zu einer neuen Erkrankung	91
4.14 Zahnmedizin	93
<i>Dauerthema:</i> Außervertragliche Leistungen in der Kieferorthopädie	94
<i>Dauerthema:</i> Nutzen und Kostenübernahme der professionellen Zahnreinigung	95
<i>Im Fokus:</i> Craniomandibuläre Dysfunktion – viel Leid und wenig Evidenz	95
<i>#Corona-Pandemie:</i> Lücke im Bonusheft	97
4.15 Zugang zum Gesundheitssystem	98
<i>Exkurs:</i> Wohnortnahe Versorgung oder hohe Spezialisierung – wie weit wollen Patientinnen und Patienten fahren?	99
<i>Dauerthema:</i> Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen	99
<i>Dauerthema:</i> Schwieriger Zugang zu Psychotherapie	100
<i>Im Fokus:</i> Anlaufstellen für umweltmedizinische Fragen sind schwer zu finden	101
<i>Im Fokus:</i> Dauerhafte Haarentfernung bei transidenten Menschen	103
<i>#Corona-Pandemie:</i> Der schwierige Weg zum PCR-Test	105
Abkürzungsverzeichnis	107

VORWORT



Thorben Krumwiede

Geschäftsführer

2020: Ein besonderes Jahr – und eine Chance für mehr Patientenorientierung

War 2020 – das Jahr, in dem eine Pandemie unser Land und die gesamte Welt herausgefordert hat – auch aus Beratungssicht ein besonderes Jahr? Lassen sich auch in Pandemiezeiten langfristige Trends und Herausforderungen für das Gesundheitswesen ableiten?

Beide Fragen können wir mit einem klaren „ja“ beantworten. Das Thema Corona hat das vergangene Kalenderjahr geprägt. Mehr als 50.000-mal haben wir zu diesem Thema beraten und dabei sehr viel über das persönliche Leid erfahren, das die Pandemie in der Bevölkerung verursacht hat. Es ist uns gelungen, schnell und flexibel auf die veränderten Bedingungen zu reagieren. Die sich sehr dynamisch verändernden Informationen und rechtlichen Regelungen haben wir umgehend in der Beratung verfügbar gemacht. In der Pandemie hat die Patientenberatung damit eine besondere Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Es freut mich, dass diese Leistung auf viel Anerkennung gestoßen ist!

Unsere Erfahrungen mit Beratungen zu Corona haben wir im Monitor in einem eigenen Kapitel gebündelt – und zusätzlich in den fachlichen Kapiteln aufgeführt, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf das jeweilige Beratungsthema hatte. Hier zeigten sich konkrete strukturelle Probleme mangelnder Patientenorientierung, zum Beispiel bei der am Ende des Jahres angelaufenen Organisation der Impftermine. Außerhalb der Corona-Beratung traten weiterhin Probleme im Gesundheitswesen auf, die wir schon in den Vorjahren registriert hatten – teils durch die Pandemie überlagert, teils sogar verstärkt. Ein Beispiel dafür ist die anhaltende Schwierigkeit von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die Hausbesuche leisten.

Mit dem Monitor halten wir dem Gesundheitswesen einmal im Jahr in aufbereiteter Form den Spiegel vor – aus eindeutig parteiischer Perspektive. Wir wollen möglichst unverfälscht und mit der damit verbundenen Subjektivität das Gesundheitswesen und seine Nutzung aus der Sicht derjenigen darstellen, für die es da ist: die Patientinnen und Patienten. Dabei verfolgen wir ein eindeutiges Ziel: Wir wollen dazu beitragen, dass das deutsche Gesundheitswesen patientenorientierter wird.

Für unseren problemorientierten Blick auf das Gesundheitswesen werten wir unsere Beratungsdokumentation systematisch aus und identifizieren in Fokusgruppen mit unseren Beraterinnen und Beratern Schlüsselthemen aus der Beratung.

Unsere Daten erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität im wissenschaftlichen Sinne, und unsere Darstellung der Probleme basiert auf den Berichten der Ratsuchenden.

Damit sind sie überaus praktisch und lebensnah – und immer in gewisser Weise subjektiv. Für die Akteure des Gesundheitswesens bieten wir mit dem Monitor und unserer Rückmeldung einen doppelten Nutzen:

Erstens benennen wir die in der Beratung auftauchenden konkreten Probleme der Ratsuchenden in unserem Gesundheitssystem. Manche Probleme sind dabei bedeutsam, weil sie besonders häufig auftreten. Andere – zum Beispiel, wenn Krankenkassen sich nicht an gesetzliche Regeln halten – sind so gravierend, dass sie auch in Einzelfällen nicht auftreten sollten.

Zweitens kann unser Monitor den Akteuren dabei helfen, die Situation von Patientinnen und Patienten besser zu verstehen und einzuordnen. Aufgrund der sehr ausdifferenzierten, aber teils schwer nutzbaren Strukturen wird unser Gesundheitswesen dem Anspruch an ein Höchstmaß an Patientenorientierung kaum gerecht. Für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen können Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens aus dem Monitor Impulse für eine Reflexion über Verhaltensmuster und etablierte – aber deshalb längst nicht immer bewährte – Organisationsabläufe ableiten.

Leider bot der Umgang von Krankenkassen mit Leistungsanträgen auch in diesem Jahr wieder vielfach Anlass für Beratungen. Wirkliche Besserung ist nicht in Sicht. Aber zumindest gibt es mehr Kassen, die sich um Transparenz und Patientenorientierung bemühen wollen. Mit dem Verwaltungsakt per Telefon beschreiben wir im Monitor diesmal eine neue Ausprägung des Verwaltungshandelns der Kassen, über das sich Versicherte in der Beratung häufig beklagt haben. Es ist zwar rechtlich in vielen Fällen zulässig, Versicherte telefonisch zu informieren; patientenorientiert ist diese Vorgehensweise aber nicht.

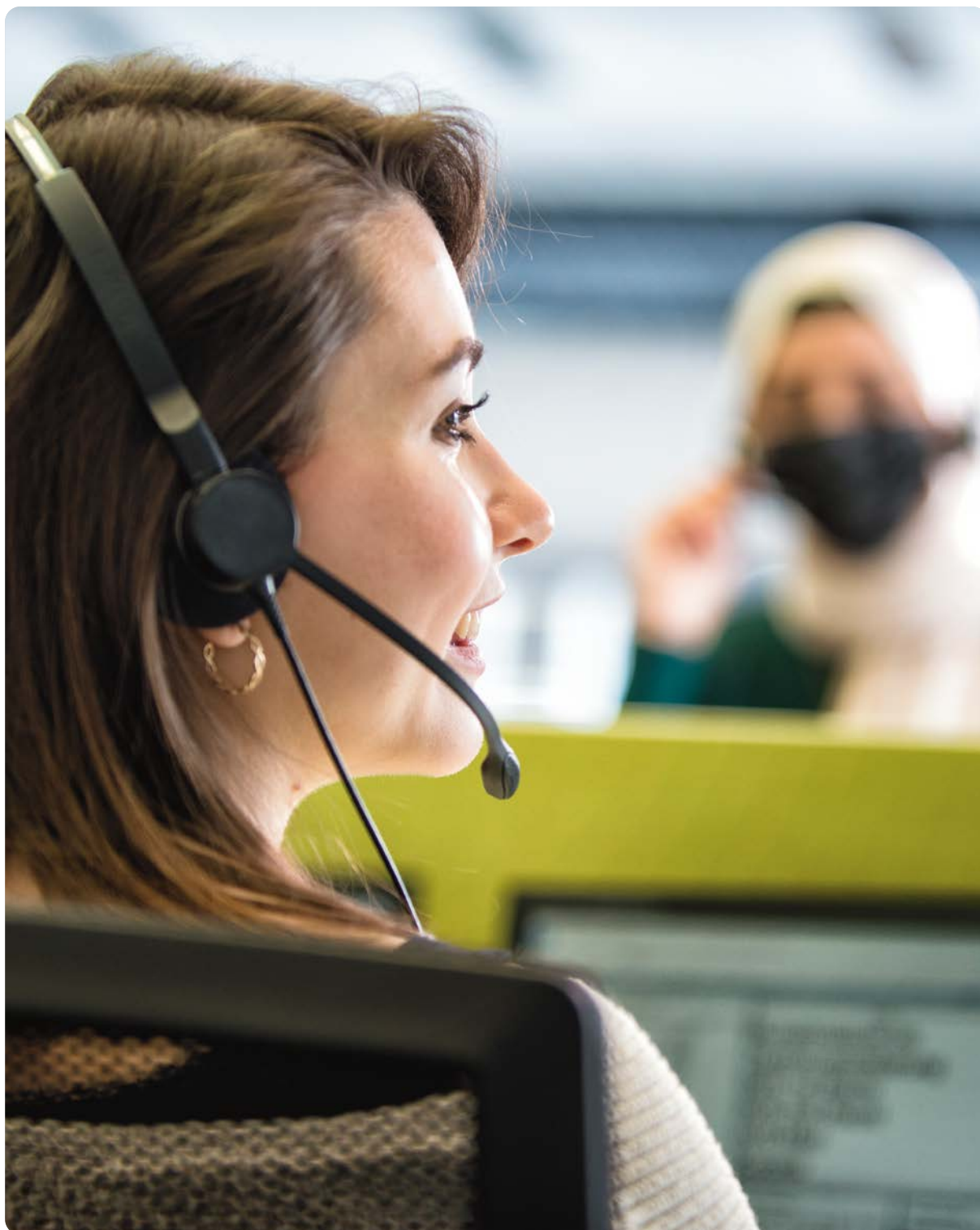
2020 haben wir erstmals Probleme von transidenten Menschen in den Monitor aufgenommen. Diese Gruppe ist zahlenmäßig klein, aber in unserem Gesundheitssystem besonderen Herausforderungen ausgesetzt. Dies zeigt unser Beispiel zum Thema Epilation im Rahmen der Geschlechtsangleichung. Bis zu einem sensiblen Umgang mit den Betroffenen muss unser Gesundheitswesen sich offenbar noch deutlich weiterentwickeln.

Die Corona-Pandemie hat uns 2020 als Gesellschaft vor Augen geführt, wie wichtig und wie entscheidend Gesundheit und ein gutes Gesundheitswesen für unsere Gesellschaft sind. Als Patientenberatung wünschen wir uns, dass bei der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens das Wohl der Patientinnen und Patienten eine Schlüsselrolle spielt. Dem Monitor Patientenberatung wünschen wir daher viel Resonanz und veränderungsfreudige Leserinnen und Leser!



Thorben Krumwiede

1 ÜBER DIE UPD



1.1 Auftrag und Finanzierung

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist eine gemeinnützige Einrichtung, die Menschen in Deutschland zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen informiert und berät. Darüber hinaus macht die UPD Politik und Öffentlichkeit auf Probleme im Gesundheitssystem aufmerksam, die in den Beratungen deutlich werden. Damit trägt sie dazu bei, die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu steigern und das Gesundheitssystem patientenorientierter und -freundlicher zu gestalten.

Die UPD arbeitet im gesetzlichen Auftrag.¹ Sie finanziert sich über Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung durch den GKV-Spitzenverband und zusätzliche Fördermittel für die fremdsprachliche Beratung vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband). Die Unabhängigkeit und Neutralität der Patientenberatung ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben und wird durch eine Auditorin, die die Tätigkeit der UPD begleitet, regelmäßig bestätigt. Alle Ratsuchenden, die sich an die UPD wenden, können darauf vertrauen, dass sie unabhängig beraten werden. Weder Krankenkassen, Behörden, Ärztinnen und Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe noch wirtschaftliche Interessenvertretungen beeinflussen die Inhalte der Beratung.

Ratsuchende können die UPD unkompliziert und auf vielen Wegen erreichen: per Telefon, Post oder online über die UPD-Website. Darüber hinaus gibt es Beratungsstellen in aktuell 30 Städten sowie drei UPD-Beratungsmobile, die regelmäßig rund 100 weitere Standorte in Deutschland ansteuern – diese Angebote standen im Berichtsjahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie jedoch nur eingeschränkt zur Verfügung.

In der Beratung vermitteln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ratsuchenden das nötige gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Wissen, um Entscheidungen informiert, souverän und eigenverantwortlich zu treffen und ihre Rechte

als Patientin oder Patient zu kennen und wahrzunehmen. Alle Informationen basieren auf neutralen und qualitätsgesicherten Quellen. Für medizinische Informationen gilt der Anspruch, dass sie den aktuellen medizinischen Wissensstand unverzerrt und zuverlässig darstellen und den Anforderungen der Guten Praxis Gesundheitsinformation (GPGI) und der evidenzbasierten Medizin entsprechen.² Für die gesundheitsrechtlichen Informationen in der Patientenberatung werden viele Anforderungen der GPGI analog angewendet – insbesondere hinsichtlich Aktualität, Transparenz und Neutralität.



Die Beraterinnen und Berater unterstützen Ratsuchende dabei, Entscheidungen zu treffen. Nach den Grundsätzen der partizipativen Entscheidungsfindung zeigen sie beispielsweise Handlungsalternativen auf und klären mit Ratsuchenden deren Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen. Das UPD-Team unterstützt Ratsuchende bei der Bewältigung ihrer individuellen Situation, zum Beispiel bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder in Konflikten mit ihrer Kranken-

¹ Mit § 65b SGB V wird die Förderung von neutralen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung verpflichtend vorgeschrieben.

² Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.: [Gute Praxis Gesundheitsinformation 2.0](#), Stand 21.07.2016. [Zugriff 19.3.2021]

kasse oder Ärztinnen und Ärzten. Außerdem hilft die UPD als Lotse im Gesundheitssystem dabei, geeignete Anlaufstellen bei gesundheitlichen oder gesundheitsrechtlichen Problemen zu finden. Das Ziel der Beratung ist es, die Gesundheitskompetenz von Ratsuchenden zu stärken, sodass diese eigenständig Lösungen finden können.

Die zweite große Aufgabe der UPD besteht darin, Politik und Öffentlichkeit über Probleme im Gesundheitswesen zu informieren, die im Rahmen der Beratungen auffallen. Dies geschieht kontinuierlich durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch die regionale und überregionale Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Institutionen und durch den jährlich veröffentlichten Monitor Patientenberatung.

Der Monitor Patientenberatung stellt häufige und besonders relevant erscheinende Beratungsthemen aus dem Berichtsjahr dar und beschreibt anschaulich, wie Ratsuchende das Gesundheitswesen erleben. Er bietet eine problemorientierte Darstellung von Fragen und Themen, die in der Beratung registriert werden. Die Daten und Zahlen im Monitor können aufgrund der Methodik (siehe Kapitel 2.2.1) keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung oder wissenschaftliche Genauigkeit erheben. Dennoch geben sie wichtige Hinweise darauf, in welchen Zusammenhängen Ratsuchende auf Hindernisse bei ihrer gesundheitlichen Versorgung stoßen und wo sie Unterstützung benötigen, um ihre Rechte als Patient oder Patientin durchzusetzen und die bestmögliche medizinische Versorgung zu bekommen.

1.2 Qualität und Qualitätssicherung

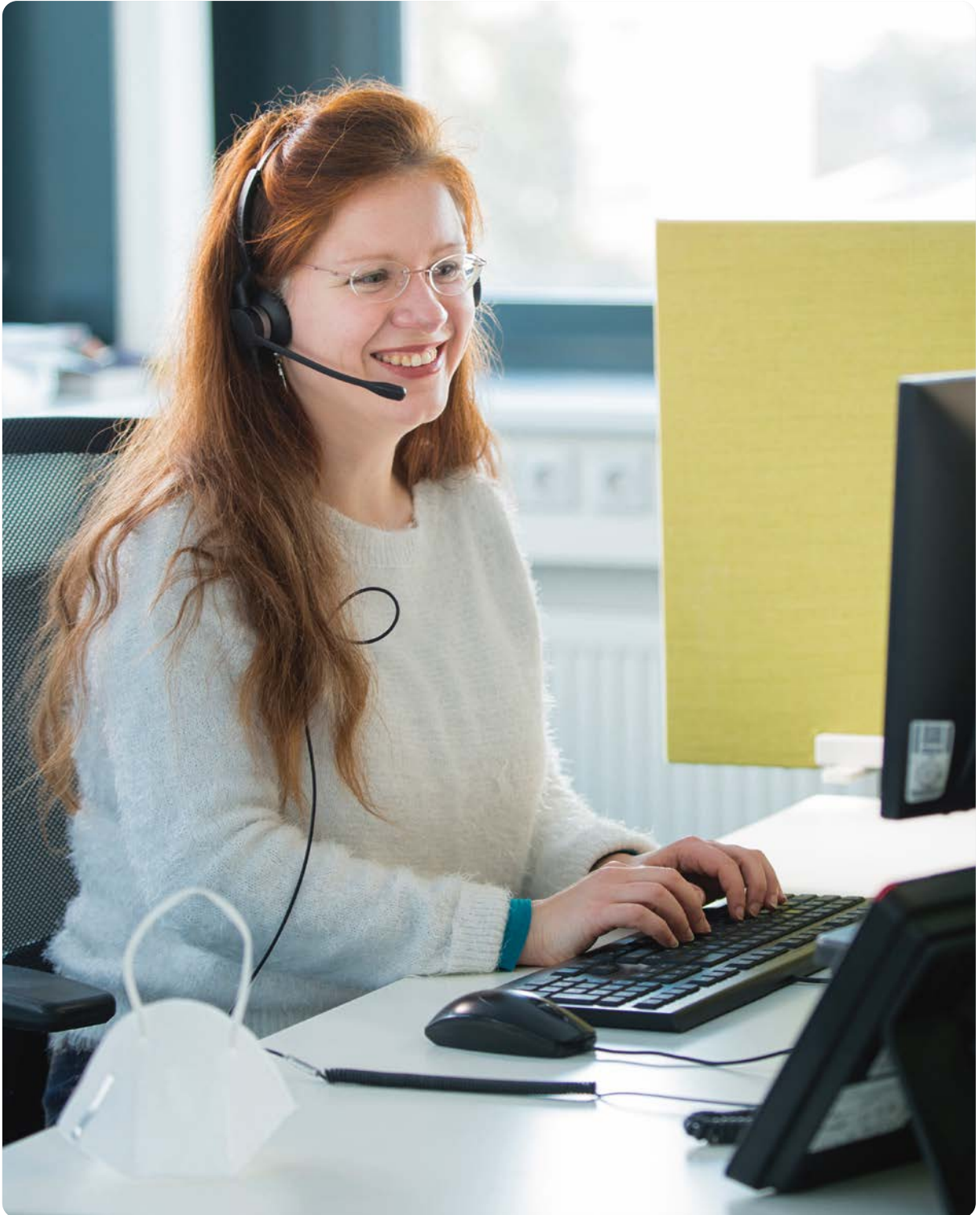
In der UPD arbeiten Menschen mit vielen unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, was eine breit aufgestellte interdisziplinäre Beratung ermöglicht. Zum rechtlichen Team gehören Juristinnen und Juristen, Sozialversicherungsfachangestellte und andere geschulte Beraterinnen und Berater. Der medizinische Bereich besteht aus ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Beraterinnen und Beratern, Fachkräften aus der Pflege und anderen Gesundheitsfachberufen. Darüber hinaus gibt es ein psychosoziales Team aus Psychologinnen und Psychologen. Ende 2020 beschäftigte die UPD 129 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden regelmäßig Schulungen und Fortbildungen statt. Ein systematisches Beschwerdemanagement trägt dazu bei, die Qualität des Angebotes ständig zu verbessern. Im Beratungsjahr 2020 wurde ein neues, fach- und beratungsteamübergreifendes Wissensmanagement-System auf Wiki-Basis eingeführt. Die neue Wissensdatenbank bündelt die verschiedenen Informationsquellen übersichtlicher, bildet die Qualitätssicherungsprozesse der UPD optimal ab und ist für das Beratungsteam leichter durchsuchbar. Beraterinnen und Berater

können damit von allen Standorten aus auf qualitätsgesicherte Informationen zugreifen. Gerade in den herausfordernden Zeiten der Corona-Pandemie erwies sich diese Datenbank als essenziell, um alle Beraterinnen und Berater auf dem neuesten Stand der sich schnell ändernden medizinischen Empfehlungen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu halten.

Ein externes wissenschaftliches Institut prüft und bewertet kontinuierlich die Beratungsqualität, eine Auditorin prüft Unabhängigkeit und Neutralität. Das Qualitätsmanagement der UPD ist „für die Erbringung von Beratungsleistungen zu medizinischen, gesundheitsrechtlichen sowie sozialrechtlichen Fragen für Verbraucher, Patienten und Ratsuchende“ nach DIN EN ISO 9001:2015 und DIN EN ISO 18295-1:2017 durch den TÜV Nord zertifiziert. Mit einem Beirat, dem unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen angehören, steht der UPD zusätzliche Expertise zur Seite. Der Beirat tagt unter der Leitung der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

2 TÄTIGKEITSBEREICHE



2.1 Beratung

2.1.1 Beratungszahlen und -bereiche

Die Hauptaufgabe der UPD ist es, Menschen zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen zu informieren und zu beraten (siehe Kapitel 1).

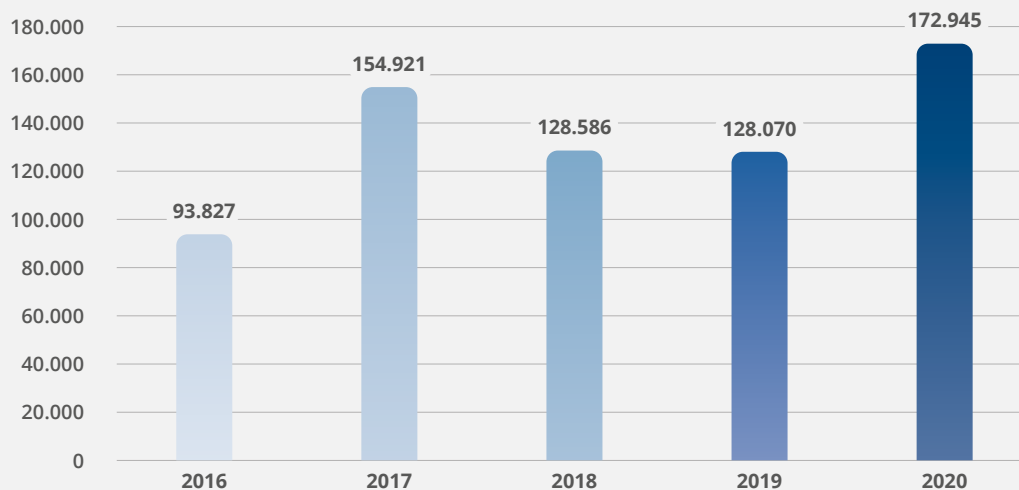
Im Jahr 2020 hat die UPD insgesamt 172.945 Beratungen durchgeführt. Das sind rund 45.000 Beratungen mehr als im Vorjahr (2019: 128.070 Beratungen). Die Steigerung ist vor allem auf die vielen Anfragen im Kontext der Corona-Pandemie zurückzuführen. Der Anteil der Corona-Beratungen an allen Beratungen lag über das gesamte Jahr 2020 verteilt bei rund 30 % (siehe Kapitel 3).

Viele Fragen von Ratsuchenden beinhalten sowohl rechtliche als auch medizinische Aspekte. Für die Statistik erfassen die Beraterinnen und Berater, ob es sich schwerpunktmäßig um rechtliche oder medizinische Anfragen handelt.



In allen Bereichen hat sich die absolute Anzahl von Beratungen gegenüber dem Vorjahr erhöht: bei rechtlichen Anfragen um rund 10.000 Beratungen (2020: 93.851 Beratungen; 2019: 83.240

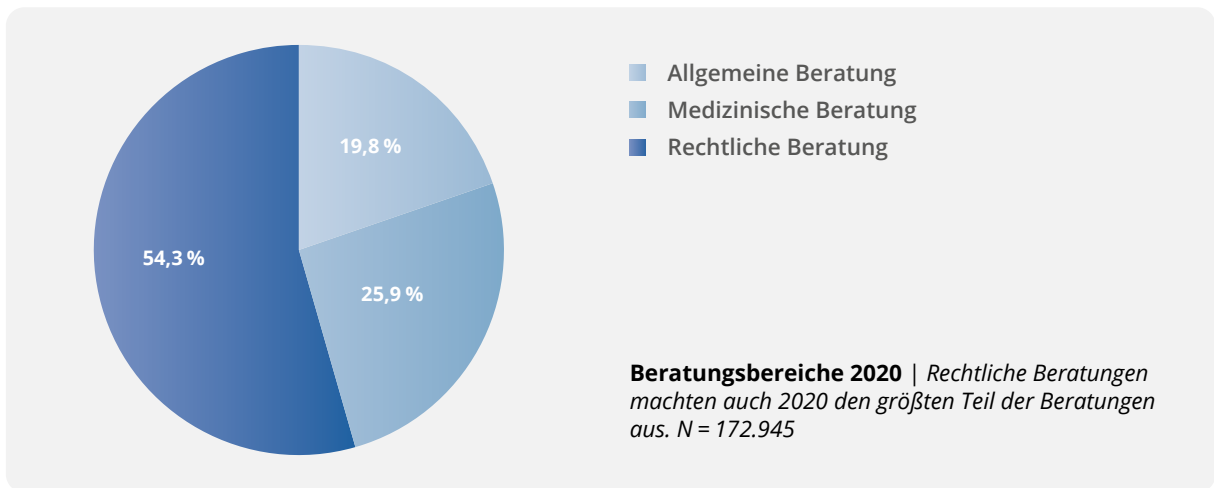
Beratungen), bei medizinischem Anfragen um rund 20.000 (2020: 44.789 Beratungen; 2019: 25.435 Beratungen) und bei allgemeinen Anfragen um rund 15.000 (2020: 34.305 Beratungen,



Beratungszahlen im Jahresvergleich 2016 – 2020 | Mit 172.945 Beratungen hebt sich das Jahr 2020 deutlich von den Vorjahren ab. Es gab rund 45.000 Beratungen mehr als im Vorjahr und einen prozentualen Anstieg um rund 12 % im Vergleich zu dem bisher beratungsstärksten Jahr 2017. Grund für den deutlichen Anstieg ist die Corona-Pandemie.

2019: 19.395 Beratungen). 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, den Servicezeiten oder der Organisation der UPD werden unter allgemeinen Anfragen erfasst. Die rechtliche Beratung machte auch 2020 mit 54,3 % den größten Anteil aus. 25,9 % der Anfragen hatten einen medizinischen Schwerpunkt. Bei 19,8 % handelte es sich um allgemeine Fragen.

Prozentual ist der Teil der rechtlichen Beratungen um 10 % zurückgegangen, während die medizinischen Beratungen 6 % und die allgemeinen Anfragen 4 % zugelegt haben. Das erklärt sich vor allem durch die Corona-Pandemie: Hier standen medizinische Themen häufig im Vordergrund der Beratung. Außerdem verwies die UPD häufiger auf andere Beratungseinrichtungen – zum Beispiel auf die Corona-Hotlines der Bundesländer bei Fragen zu länderspezifischen Regelungen.

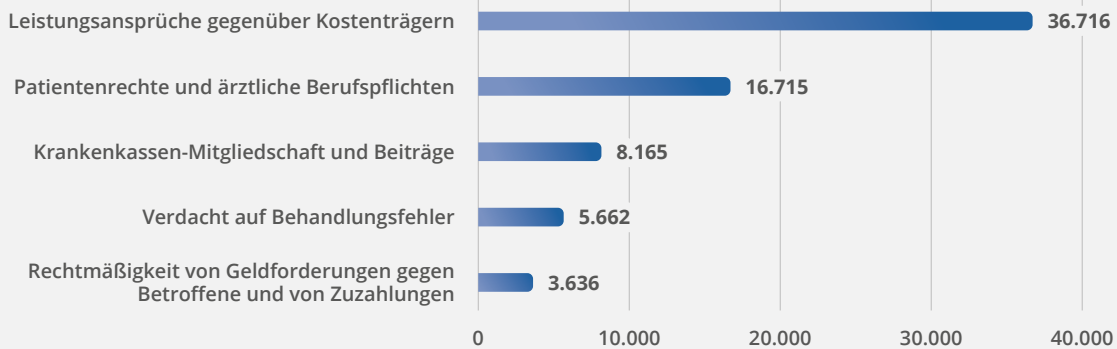


2.1.2 Schwerpunkte rechtlicher Beratungen

Insgesamt 93.851 Beratungen (54,3 % aller Anfragen) hatten einen rechtlichen Schwerpunkt. Die rechtlichen Beratungen umfassen vor allem folgende Bereiche:

- 1.** Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern (36.716 Beratungen). Die Beratungen in diesem Bereich sind 2020 leicht zurückgegangen (2019: 38.329). Trotzdem bleibt das Thema mit Abstand auf Platz eins in der rechtlichen Beratung. Die Anfragen betreffen eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen und unterschiedliche Kostenträger (siehe unten).
- 2.** Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten (16.715 Beratungen). Hierunter fallen zum Beispiel Fragen rund um die Patientenakte, Behandlungspflichten, das Recht auf freie Arztwahl und das Thema Zweitmeinung (siehe Kapitel 4.8).

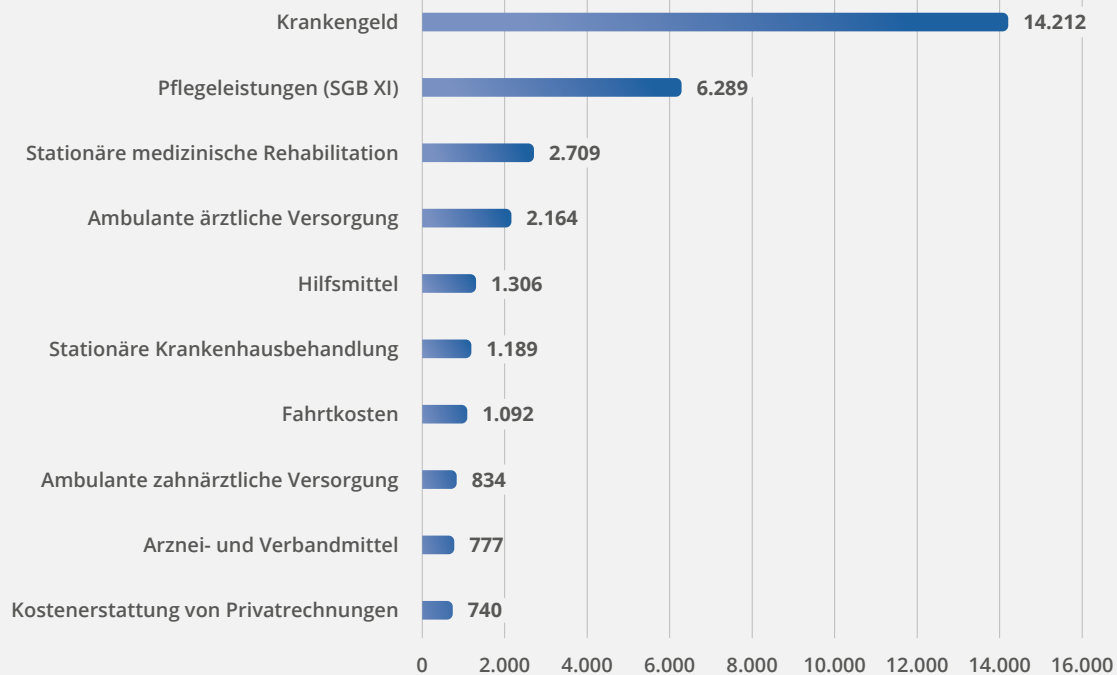
- 3.** Krankenkassen-Mitgliedschaft und Beiträge (8.165 Beratungen). In diesem Bereich geht es zum Beispiel um Statusfragen zur Versicherung, Krankenkassenwechsel, die Rechtmäßigkeit der Beitragserhebung oder das Vorgehen bei Beitragsschulden (siehe Kapitel 4.6.3).
- 4.** Verdacht auf Behandlungsfehler (5.662 Beratungen). Hierunter fallen alle Anfragen, bei denen Ratsuchende einen Behandlungsfehler vermuten und sich zu ihren rechtlichen Möglichkeiten beraten lassen (siehe Kapitel 4.2).
- 5.** Rechtmäßigkeit von Geldforderungen gegen Betroffene und von Zuzahlungen (3.636 Beratungen). Dieses Thema spielt vor allem im Bereich Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und Zahnmedizin eine Rolle (siehe Kapitel 4.5 und 4.14).



Die fünf häufigsten rechtlichen Beratungsthemen | Beratungen zu Leistungsansprüchen machten rund 40 % aller rechtlichen Beratungen aus. Andere große Bereiche waren der Themenkomplex Patientenrechte (ca. 20 %), Fragen rund um die Krankenkassen-Mitgliedschaft (ca. 9 %) und Beratungen zum Verdacht auf Behandlungsfehler (6 %).

Leistungsansprüche gegen Kostenträger stellen den größten Themenblock in der rechtlichen Beratung dar (36.716 Beratungen). Die Anfragen betreffen Leistungen der Krankenkassen, aber auch anderer Kostenträger. An der Spitze liegen

die Beratungsthemen Krankengeld (siehe Kapitel 4.6.2), pflegerische Versorgung (siehe Kapitel 4.10) und stationäre medizinische Rehabilitation (siehe Kapitel 4.12).



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.

2.1.3 Schwerpunkte medizinischer Beratungen



Im Jahr 2020 gab es insgesamt 44.789 Beratungen zu medizinischen Themen (25,9% aller Anfragen). Das sind rund 20.000 Beratungen mehr als im Vorjahr. Der Anstieg erklärt sich vor allem durch die hohen Beratungszahlen rund um die Corona-Pandemie.

Die medizinische Beratung umfasst fünf große Bereiche:

1. Anfragen in den medizinischen Fachgebieten (31.094 Beratungen). Dieser Bereich umfasst Fragen zu Risikofaktoren, Ursache, Früherkennung, Vorsorge, Untersuchung, Therapie und Prognose von Krankheiten. Auch Fragen zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und pflegefachliche Fragen werden in den jeweiligen Fachgebieten erfasst. In den medizinischen Fachgebieten machte die Innere Medizin mit Abstand den größten Teil aus. Dies war auch in den Vorjahren der Fall,

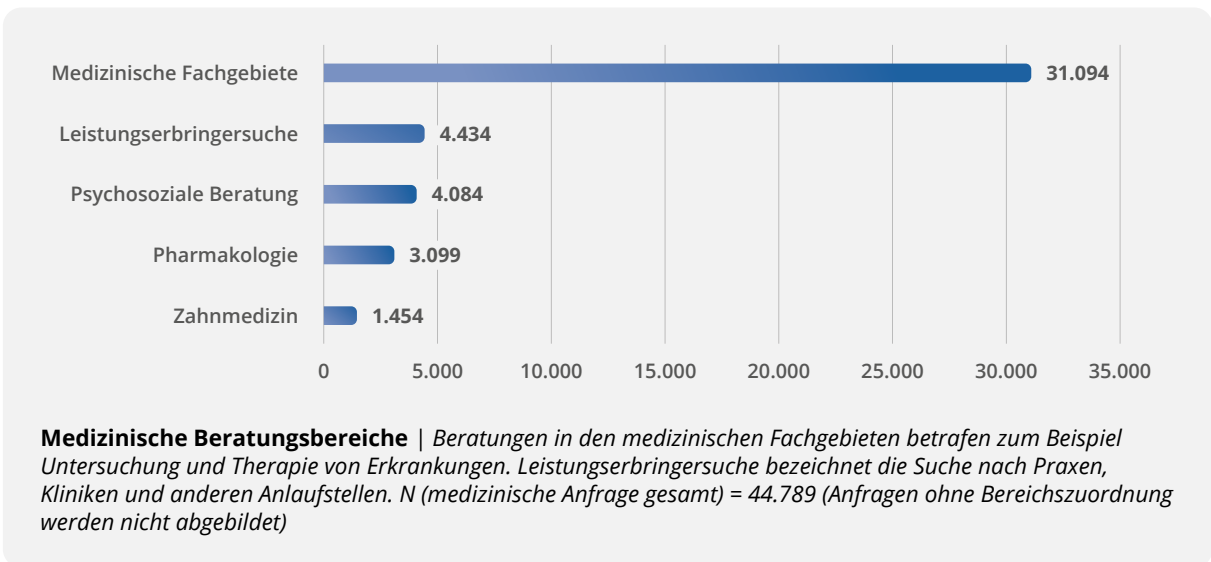
wurde aber durch die Corona-Pandemie erheblich verstärkt. Eine Aufstellung nach Fachgebieten und ICD-Codes gibt Kapitel 4.13.

2. Die Leistungserbringersuche (4.434 Beratungen). Dieser Bereich umfasst alle Fragen, bei denen Ratsuchende nach Arztpraxen, Kliniken, Psychotherapieplätzen und sonstigen Anlaufstellen im Gesundheitssystem suchen (siehe Kapitel 4.15).

3. Die psychosoziale Beratung (4.084 Beratungen). Zur medizinischen Abteilung gehört ein Team aus Psychologinnen und Psychologen, das diese Aufgabe schwerpunktmäßig wahrnimmt und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schult. Die psychosoziale Beratung ist eine Querschnittsaufgabe des gesamten UPD-Teams (siehe Kapitel 4.11).

4. Die pharmazeutische Beratung (3.099 Beratungen). Die pharmazeutische Beratung umfasst sowohl rechtliche als auch medizinische Fragen rund um das Thema Arzneimittel (siehe Kapitel 4.1).

5. Zahnmedizinische Themen (1.454). Medizinische Fragen in diesem Bereich betreffen zum Beispiel Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen (siehe Kapitel 4.14).



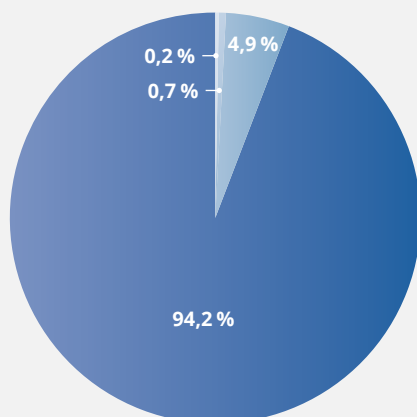
2.1.4 Beratungskanäle



Im Berichtsjahr 2020 konnten die UPD-Mobile coronabedingt nur am Anfang des Jahres unterwegs sein.

Von den 172.945 Beratungen im Gesamtjahr entfielen 162.833 auf telefonische Beratungen. Das entspricht 94,2 % (2019: 90,4 %). Das Telefon war damit weiterhin mit Abstand der wichtigste Beratungsweg. Die Corona-Pandemie hat diesen Trend verstärkt, da die regionalen Beratungseinrichtungen aufgrund der Pandemie überwiegend geschlossen waren und die Touren der Beratungsmobile ab März 2020 eingestellt wurden. 2020 gab es in den regionalen Beratungsstellen und in den Mobilien zusammen daher nur 1.255 Beratungen (2019: 4.265 Beratungen).

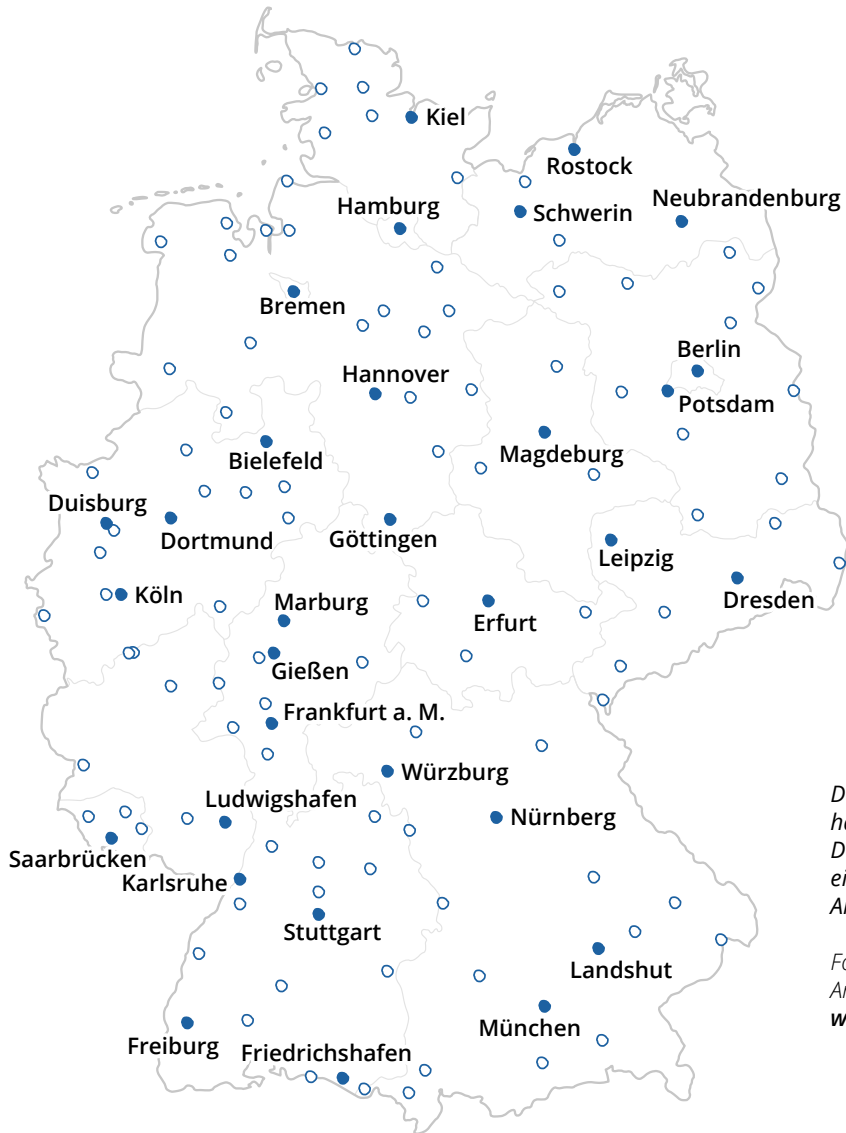
In 8.479 Fällen stellten Ratsuchende ihre Fragen an die UPD online über die UPD-Website. Das sind rund 900 Anfragen mehr als im Vorjahr (2019: 7.537 Online-Beratungen). Mit knapp 5 % aller Beratungen war die Online-Beratung damit der zweithäufigste Beratungsweg. Nur sehr wenige Ratsuchende wählten den Postweg (378 Beratungen; 2019: 436).



- Beratung per Post
- Beratung in regionaler Beratungsstelle oder UPD-Mobil
- Online-Beratung
- Telefonische Beratung

Beratungskanäle | *Das Telefon war wie in den Vorjahren mit Abstand der häufigste Beratungskanal. Die Corona-Pandemie hat diesen Trend noch verstärkt. Die UPD-Mobile und regionalen Beratungsbüros standen pandemiebedingt den Großteil des Jahres leider nicht zur Verfügung. N = 172.945*

Die Beratungsstellen der UPD



Dank der UPD-Mobile haben viele Ratsuchende in Deutschland die Möglichkeit, eine Vor-Ort-Beratung in Anspruch zu nehmen.

Fortlaufend aktualisierte Angaben zu den Stationen unter www.patientenberatung.de

● **Beratungsstandorte:**

Berlin, Bielefeld, Bremen, Dortmund, Dresden, Duisburg, Erfurt, Frankfurt am Main, Freiburg im Breisgau, Friedrichshafen, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Köln, Landshut, Leipzig, Ludwigshafen, Magdeburg, Marburg, München, Neubrandenburg, Nürnberg, Potsdam, Rostock, Saarbrücken, Schwerin, Stuttgart, Würzburg

○ **Stationen der UPD-Mobile 2020**

Aachen, Augsburg, Bad Elster, Bad Homburg, Bad Liebenwerda, Bad Mergentheim, Bad Neuenahr, Bad Neuenahr-Ahrweiler, Bad Tölz, Bad Zwischenahn, Balingen, Brandenburg a.d. Havel, Bayreuth, Brilon, Bremerhaven, Bocholt, Chemnitz, Cottbus, Cuxhaven, Darmstadt, Deggendorf, Dessau-Roßlau, Dingolfing, Donauwörth, Eberswalde, Eisenach, Emden, Flensburg, Frankfurt/Oder, Fulda, Gera, Görlitz, Goslar, Halberstadt, Hameln, Hamm, Heide, Heilbronn, Homburg, Hoyerswerda, Husum, Kaiserslautern, Kempten, Koblenz, Konstanz, Limburg a. d. Lahn, Lindau, Lingen, Lippstadt, Lübeck, Lüneburg, Luckenwalde, Mühlhausen, Münster, Neustadt a.d. Weinstraße, Neuss, Nördlingen, Offenburg, Osnabrück, Paderborn, Parchim, Passau, Peine, Perleberg, Prenzlau, Rastatt, Regensburg, Rendsburg, Rosenheim, Rothenburg o.d. Tauber, Schleswig, Schwäbisch Hall, Schwedt/Oder, Schweinfurt, Siegen, Soltau, Stendal, St. Wendel, Suhl, Trier, Ulm, Uelzen, Vechta, Villingen, Waiblingen, Walsrode, Weiden, Wetzlar, Wiesbaden, Wilhelmshaven, Wismar, Wolfsburg

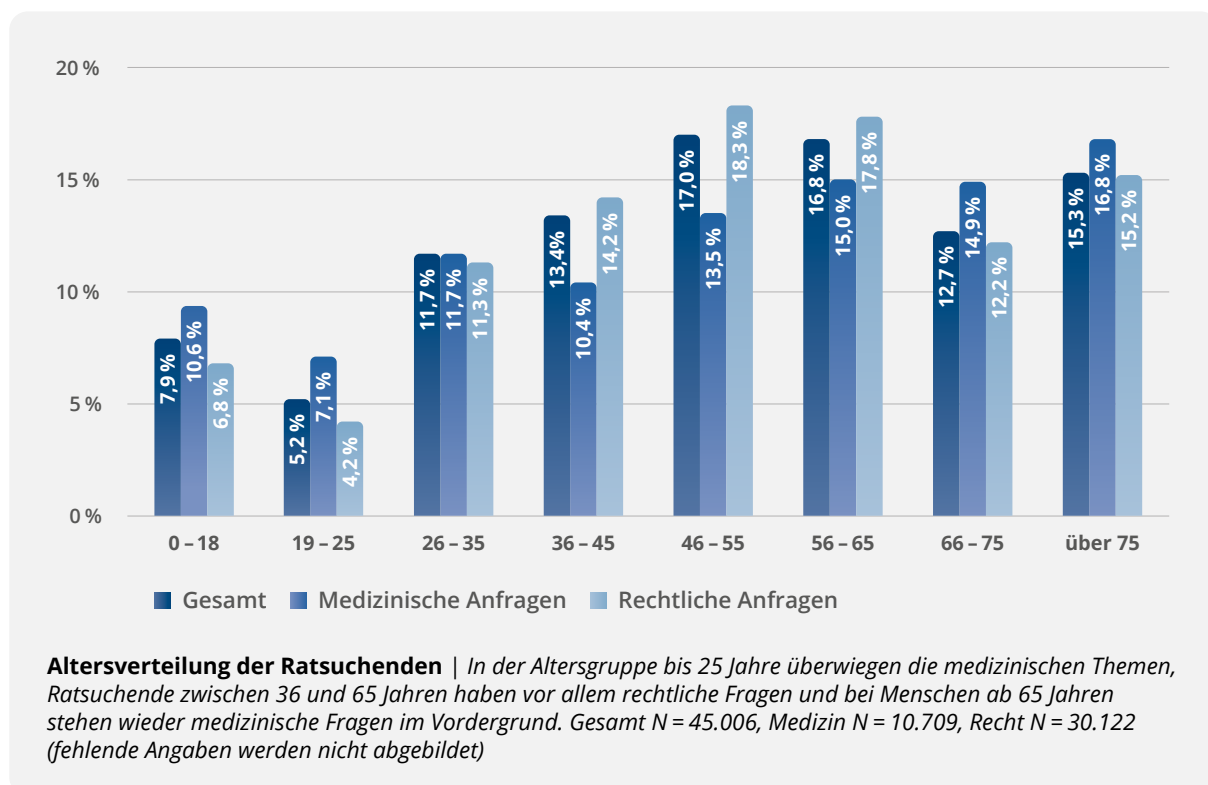
2.1.5 Zielgruppe

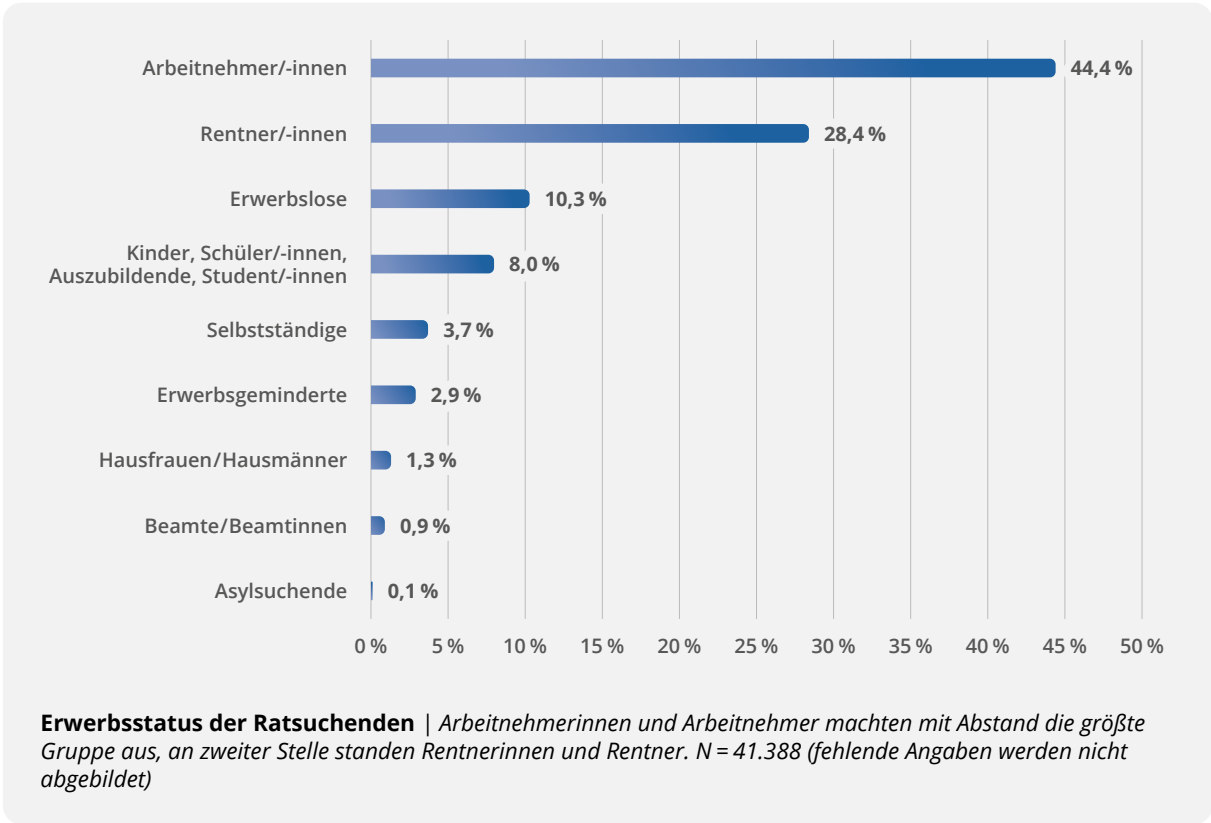
Das Beratungs- und Informationsangebot richtet sich an alle Menschen, die Unterstützung bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Versorgung benötigen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie gesetzlich, privat oder nicht versichert sind und ob sie krank oder gesund sind. Dabei werden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

Die Zielgruppe des Beratungsangebots zeichnet sich durch große Heterogenität aus. Die UPD richtet ihr Angebot 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 großes Risiko für eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz besteht, zählen Menschen mit Migrationshintergrund, geringem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, chronischer Krankheit und höherem Alter.

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 2020 sind also nicht vollständig, können aber dennoch eine Übersicht darüber geben, von welchen Personengruppen das Angebot genutzt wurde.

Wie in den vergangenen Jahren auch haben 2020 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 Jahre. In der Altersgruppe bis 25 Jahre überwiegen die medizinischen Themen, Ratsuchende zwischen 36 und 65 haben vor allem rechtliche Fragen und bei Menschen ab 65 Jahren stehen wieder medizinische Fragen im Vordergrund.



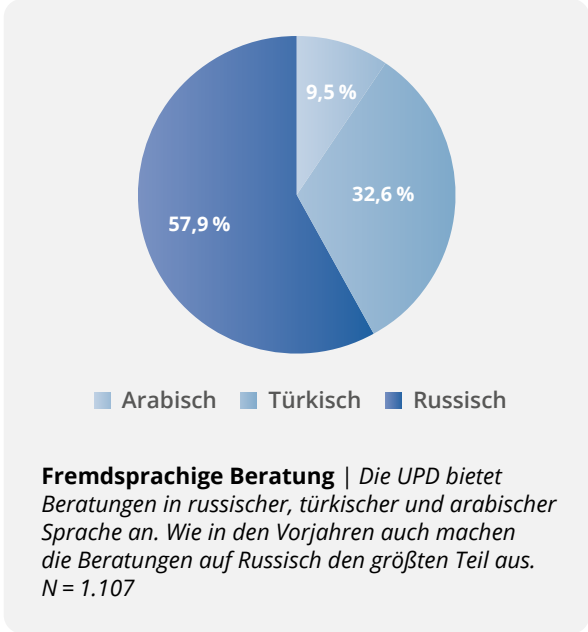


Rund drei Viertel aller Beratungen haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (knapp 45 %) und Rentnerinnen und Rentner (ca. 28 %) in

Anspruch genommen. Die drittgrößte Gruppe bildeten mit rund 10 % 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 2020 1.107 fremdsprachige Beratungen durchgeführt (2019: 1.080). Den größten Anteil hatte dabei mit rund 60 % die russischsprachige Beratung. Während die Beratungen in türkischer Sprache im Vergleich zum Vorjahr leicht anstiegen, waren die arabischsprachigen und russischsprachigen Beratungen etwas rückläufig.



Vulnerable Zielgruppen: Psychisch kranke Menschen in der Beratung

Menschen mit psychischen Erkrankungen stoßen im Gesundheitswesen oft auf Schwierigkeiten. Das gilt insbesondere für Alleinstehende, die keine Unterstützung durch Angehörige oder andere Menschen in ihrer Umgebung haben. Beraterinnen und Berater erleben die Not dieser Menschen häufig in den Gesprächen.

Die statistischen Daten erlauben keine Aussage dazu, wie groß der Anteil psychisch kranker Menschen unter den Ratsuchenden ist. Im medizinischen Bereich sind 564 Beratungen im Fachgebiet Psychiatrie dokumentiert. Bei Fragen, die schwerpunktmäßig rechtlicher Natur sind – zum Beispiel zum Thema Krankengeld, anderen Leistungsansprüchen oder Patientenrechten – und auch bei psychosozialen Beratungen und Leistungserbringersuchen erfasst die Statistik die zugrunde liegende Diagnose nicht. Nach dem subjektiven Eindruck der Beraterinnen und Berater sind überproportional viele der Ratsuchenden von psychischen Erkrankungen betroffen.

Im medizinischen Bereich fragen Ratsuchende zum Beispiel nach Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen, Risiken und Nebenwirkungen von Psychopharmaka und spezialisierten Anlaufstellen für ihre Erkrankung. Häufiges Beratungsthema ist auch der schwierige Zugang zu einer Psychotherapie. Im rechtlichen Bereich wenden sich psychisch Kranke zum Beispiel an die UPD, weil Ärztinnen und Ärzte ihnen die Einsicht in die Behandlungsunterlagen verweigern. Die freie Arztwahl im Kontext psychiatrischer Erkrankung ist ebenfalls ein regelmäßiges Beratungsthema. Auch nach einer Zwangseinweisung in eine Klinik rufen Menschen von der Krankenstation aus bei

der UPD an und fragen nach ihren rechtlichen Möglichkeiten. Im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen gibt es häufig Fragen zum Thema Krankengeld und anderen Leistungsansprüchen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben es häufig noch schwerer als andere, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen (also zum Beispiel Fragebögen auszufüllen), aber auch Aussagen der Krankenkassen zu hinterfragen, Widerspruch einzulegen und sich für ihre Rechte einzusetzen. Auch wenn die Beraterinnen und Berater rechtliche Möglichkeiten erläutern, wird oft bereits in der Beratung klar, dass die Betroffenen diese nicht umsetzen werden. Diese Menschen haben oft den Wunsch nach tatkräftiger weiterführender Unterstützung und benötigen diese aus Sicht der Beraterinnen und Berater auch dringend.

Die Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen sind regional sehr unterschiedlich. Für Beraterinnen und Berater ist es daher oft schwer, Ratsuchenden geeignete Anlaufstellen an die Hand zu geben. Aus Sicht der UPD wäre es wünschenswert, psychisch Kranken niedrigschwellige, weiterführende Begleitmöglichkeiten anbieten und diese in einem umfassenden Verzeichnis leicht auffinden zu können. Denkbar wären zum Beispiel Patientenlotsen, die Betroffene bei der Organisation der Versorgung ihrer Erkrankung unterstützen. Nach einer von der Patientenbeauftragten der Bundesregierung veranlassten Studie deuten internationale Erfahrungen und Modellprojekte in Deutschland auf positive Effekte durch Patientenlotsen für chronisch kranke Menschen in komplexen Versorgungssituationen und ihre Angehörigen hin.³

³ IGES Institut: [Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen](#). Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Berlin, April 2018. [Zugriff 16.3.2021]

2.2 Berichterstattung

2.2.1 Methodik und Themenauswahl des Monitor 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 beansprucht keine Repräsentativität. Er kann aber der Politik, Öffentlichkeit und Akteuren im Gesundheitswesen Hinweise darauf geben, welche Veränderungen in der Praxis dazu beitragen können, das Gesundheitssystem patientenorientierter zu gestalten. Der Monitor Patientenberatung wird gemäß § 65b SGB V erstellt, der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten vorgelegt und der Öffentlichkeit präsentiert. Der Bericht zeigt anonymisiert auf, welche Fragestellungen und Herausforderungen Ratsuchende im Berichtsjahr in den Beratungsgesprächen besonders beschäftigt haben und liefert so wertvolle Erkenntnisse, an welchen Stellen im Gesundheitssystem Probleme auftreten.

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 2020 wurden die statistischen Daten der standardisierten Beratungsdokumentation im Januar 2021 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.

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 vorausgegan-

nen 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 „2020 weiter aktuell“ gekennzeichnet. Die Kapitel „Im Fokus“ vertiefen Einzelthemen, die aus Beratungssicht eine besondere Relevanz haben – zum Beispiel, weil sie neu aufgetreten 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. Aus Problemaufriss, Beschreibung der Beratungspraxis und Fazit soll klar ersichtlich werden, wer im Gesundheitswesen angesprochen sein sollte, um ein in der Beratung identifiziertes Problem mildern oder lösen zu können.

Ein gesonderter Abschnitt stellt dar, welche Fragestellungen oder Probleme Ratsuchende im Kontext der Corona-Pandemie zu dem jeweiligen Themenbereich an die UPD herangetragen haben.



“ *Patientenorientierung ist mehr als nur ein abstrakter Wunsch. Patientenorientierung sollte handlungsleitend sein: Mit dem Monitor beschreiben wir anschaulich den Handlungsbedarf im Gesundheitswesen und was die Akteure unternehmen können, um das Gesundheitswesen im Sinne der Patientenorientierung zu verbessern.* ”

Thorben Krumwiede
Geschäftsführer

2.2.2 Problemlagen im Gesundheitssystem

Beraterinnen und Berater haben die Möglichkeit, standardisiert eine Problemlage im Gesundheitssystem zu dokumentieren, wenn der Beratungsanlass ihrer Einschätzung nach auf eine definierbare Schwäche oder fehleranfällige Struktur des Gesundheitssystems zurückzuführen ist. Die Problemlagen-Dokumentation basiert also auf der subjektiven Einschätzung der Beraterinnen und Berater.

Die Dokumentation sieht sechs definierte Problemlagen vor, die zum Teil weiter spezifiziert werden können:

1. Falsche oder unvollständige Information: Diese Problemlage dokumentieren Beraterinnen und Berater zum Beispiel, wenn Ärztinnen und Ärzte nicht über mögliche Behandlungsalternativen informieren. Im rechtlichen Bereich wird diese Problemlage zum Beispiel angegeben, wenn eine Krankenkasse falsche oder unvollständige

Informationen zur Kostenübernahme bestimmter Leistungen gibt oder wenn die Krankenkasse unzulässige Zwischennachrichten ohne Rechtsbehelfsbelehrung verschickt.

2. Zugang zur gesundheitlichen Versorgung: Diese Problemlage bezieht sich auf Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem. Das können Wartezeiten, eingeschränkte Mobilität oder unklare Regelungen sein. Auch wenn die Terminservicestelle keinen Termin vermittelt oder Versicherte im Basistarif keine Ärztinnen oder Ärzte für eine Behandlung finden, dokumentieren die Beraterinnen und Berater diese Problemlage. Darüber hinaus fallen in diese Kategorie Situationen, in denen Kostenträger oder Leistungserbringer Leistungen unberechtigt ablehnen.

3. Mängel bei der Qualität der Versorgung: Unter diese Problemlage fallen zum Beispiel die Missachtung von Hygieneregeln und Behandlungs-

standards, Mängel bei der Ausstattung und den Räumlichkeiten gesundheitlicher Einrichtungen, fehlende Qualifikationen von Personal oder unzureichende Koordination verschiedener Leistungserbringer, zum Beispiel unterschiedlicher Fachärztinnen und Fachärzte oder von ambulanter und stationärer Versorgung.

4. Akteur hat sich unangemessen verhalten: Diese Problemlage beschreibt Fälle, in denen Kostenträger, Leistungserbringer oder andere Akteure Druck auf die Ratsuchenden ausüben, zum Beispiel, wenn sie einen Antrag einfordern oder Leistungen aufdrängen, ohne eine Bedenkzeit einzuräumen.

5. Versicherungsschutz – Zugang und Finanzierung: Die Problemlage dokumentieren Beraterinnen und Berater in Situationen, in denen Zugang und Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes aufgrund gesetzlicher Regelungen gefährdet sind. Das betrifft zum Beispiel Privatversicherte, die von der Beitragshöhe in der privaten Krankenversicherung überfordert sind.

6. Überversorgung: Diese Problemlage umfasst Situationen, in denen die Beraterinnen und Berater den Eindruck haben, dass in dem geschilderten Fall eine medizinische Behandlung nicht

notwendig ist und eine Überversorgung vorliegt. Häufige Beispiele finden sich in Zusammenhang mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und in der Zahnmedizin.

Die Grenzen der einzelnen Problemlagen sind fließend. Viele Beratungen können in verschiedene Bereiche eingeordnet werden. Der Berater oder die Beraterin wählt subjektiv die Problemlage und den im Vordergrund stehenden Aspekt aus. Aufgrund der hohen Subjektivität sind die dokumentierten Problemlagen als Indikator zu verstehen, ohne Anspruch auf statistische Genauigkeit zu erheben.

Während der Hochphasen der Corona-Pandemie hat sich die UPD entschieden, Problemlagen und andere statistische Angaben nicht mehr zu erfassen. Auf diese Weise wurden Wartezeiten für die Ratsuchenden verkürzt und mehr Anfragen beantwortet. Das erklärt, warum im Jahr 2020 rund 1.000 Problemlagen weniger als 2019 dokumentiert wurden, obwohl es mehr Beratungen gab und die Pandemie eine Vielzahl von Problemen im Gesundheitssystem verursacht oder verschärft hat. Über diese berichten wir in Kapitel 3 und unter den jeweiligen Themenbereichen in Kapitel 4.

Problemlage	Anzahl	Anteil (%)
Information über gesundheitliche Versorgung	2.515	23
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung	2.443	22
Andere Problemlagen	2.258	21
Akteur hat sich unangemessen verhalten	1.494	14
Qualität der gesundheitlichen Versorgung	1.416	13
Versicherungsschutz: Zugang und Finanzierung	409	4
Überversorgung (Zweifel, ob medizinische Behandlung notwendig)	378	3
Gesamt	10.913	100

Dokumentierte Problemlagen im Berichtsjahr 2020 | Bei insgesamt 10.913 Beratungen wurde eine Problemlage dokumentiert. Problemlagen im Kontext der Corona-Pandemie sind in der Statistik nicht erfasst.

2.3 Netzwerkarbeit und Digitalisierung

Virtuelle Netzwerktreffen, digitale Stammtische und ein neues Netzwerkkonzept: Auch im von der Corona-Pandemie geprägten Jahr 2020 und den damit verbundenen Einschränkungen hat die Patientenberatung ihre Netzwerkarbeit weiter ausgebaut, neue Kontakte geknüpft sowie neue Formate erprobt und erfolgreich umgesetzt. Im Rahmen der Netzwerkarbeit sucht die UPD den gegenseitigen Austausch und die konstruktive Zusammenarbeit mit den verschiedensten Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen und mit anderen Informations- und Beratungseinrichtungen. Das Spektrum reicht dabei von Selbsthilfegruppen über Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Leistungserbringer und Kostenträger bis hin zu Behörden und Politik. Die Lotsenfunktion der UPD wird durch die Netzwerkarbeit entscheidend unterstützt: Der Austausch auf allen Ebenen hilft den Beratern und Beraterinnen dabei, Ratsuchende auf Institutionen und weiterführende Informationsangebote zu verweisen, die die Beratung der UPD ergänzen und den Ratsuchenden bei ihren individuellen Anliegen weiterhelfen können. Bestehende Austauschkanäle, wie etwa mit der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), wurden ausgebaut und neue wie beispielsweise mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung und der Bundesagentur für Arbeit geschaffen.

Alle Verweise auf andere Institutionen, die sich im Laufe eines Beratungsgesprächs ergeben, werden in der UPD systematisch erfasst: 2020 haben die Beraterinnen und Berater der UPD insgesamt 108.124-mal auf mindestens eine andere Einrich-

tung oder Institution verwiesen. Am häufigsten wurde auf regionale Ämter und Behörden verwiesen – darin verbergen sich vor allem Verweise auf die Corona-Hotlines der Bundesländer, die im Berichtsjahr häufig gegeben wurden. Sehr häufig handelt es sich um Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken, die nach der Beratung als direkte Anlaufstellen für die individuelle gesundheitliche Versorgung genannt werden. In vielen Fällen wurde auf die jeweiligen Kostenträger als Ansprechpartner zur Problemlösung hingewiesen.

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

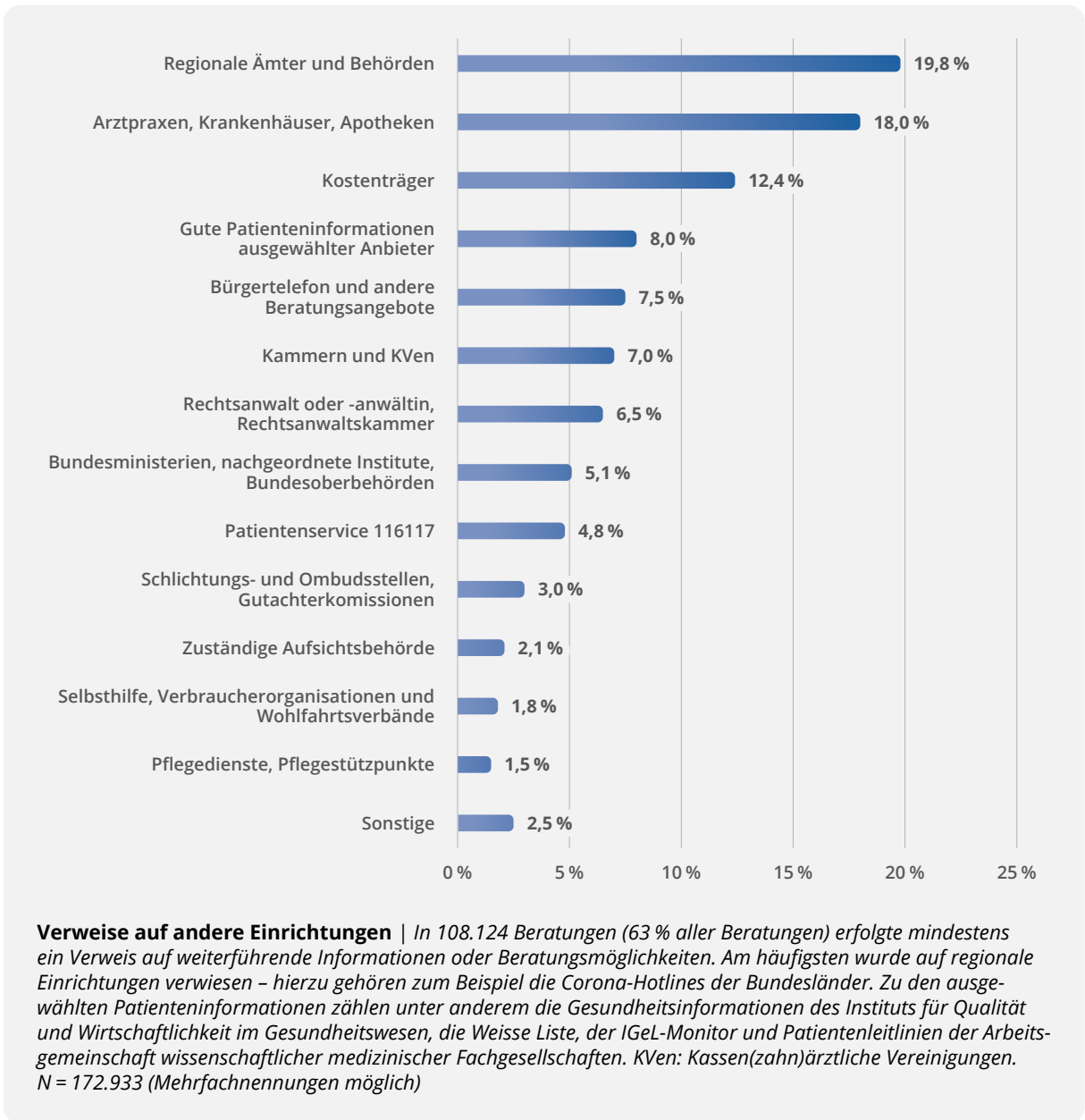
Indem die UPD in der Beratung gezielt auf ergänzende lokale, regionale und überregionale Beratungs- und Informationsangebote verweist, trägt sie zur souveränen und eigenverantwortlichen Orientierung der Ratsuchenden im deutschen Gesundheitssystem bei. Auf der anderen Seite informiert die UPD Kooperationspartner wie etwa Pflegestützpunkte oder die EUTB über das Beratungsangebot, damit Ratsuchende von der Beratungsleistung der UPD profitieren können.



„*Netzwerkarbeit bedeutet zunehmend auch, interaktive digitale Formate aufzubauen. Ob Online-Veranstaltungen oder Austausch und Information in sozialen Medien – wir haben neue Wege beschritten, ohne dabei die bisherigen Formen der Zusammenarbeit zu vernachlässigen.*“

Marcel Weigand

Leiter Kooperationen und digitale Transformation



Die UPD veranstaltet an vielen Beratungsstandorten regelmäßig Netzwerktreffen mit Akteuren und Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Bedingt durch die Corona-Pandemie fanden Netzwerktreffen in 2020 erstmals virtuell in Form von Videokonferenzen statt – und waren trotz der ungewohnten Umstände dank reger Teilnahme ein Erfolg. Neben Ergebnissen aus dem Monitor Patientenberatung 2019 standen dabei Austausch und Diskussionen zu Patientenrechten, der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und natürlich zur Corona-Pandemie und ihren Auswirkungen auch auf die

Arbeit der Patientenberatung im Mittelpunkt. Im Rahmen eines neuen Netzwerkkonzepts hat die UPD Netzwerk-Coachings eingeführt. In diesen Trainings werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der regionalen Beratungsstellen individuell und systematisch zur Netzwerkarbeit geschult und unterstützt.

Das Thema Digitalisierung spielte 2020 auch an anderen Stellen in der Netzwerkarbeit der UPD eine prominente Rolle: Im Rahmen regelmäßiger digitaler Stammtische erklärten Beraterinnen und Berater alles Wichtige rund um Themen wie die

elektronische Patientenakte (ePA) oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Den digitalen Stammtisch veranstaltet die UPD in Zusammenarbeit mit dem Digital-Kompass, einer Initiative unterschiedlicher Träger, die Angebote rund um Internetthemen für Seniorinnen und Senioren bereitstellt. In Zusammenarbeit mit der Bundes-

arbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) und der gematik wurden Informationsmaterialien mit wichtigen Fragen und Antworten beispielsweise zu Apps auf Rezept und zur ePA erstellt. Diese richten sich vor allem an ältere Menschen mit wenig Digitalerfahrung.

2.4 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



„2020 war aus Kommunikationssicht nicht nur ein Corona-Jahr, sondern auch ein Jahr, in dem viele Menschen erstmals die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen persönlich erleben konnten, zum Beispiel mit Videosprechstunden. Beim Weg Deutschlands in die Zukunft des Gesundheitswesens will die UPD auch durch Information und Medienarbeit dazu beitragen, dass die Perspektive der Patientinnen und Patienten berücksichtigt wird. Wir wollen vor allem diejenigen unterstützen und aufklären, die bei der Nutzung vor besonderen Hürden und Herausforderungen stehen.“

Jann Gerrit Ohlendorf
Pressesprecher

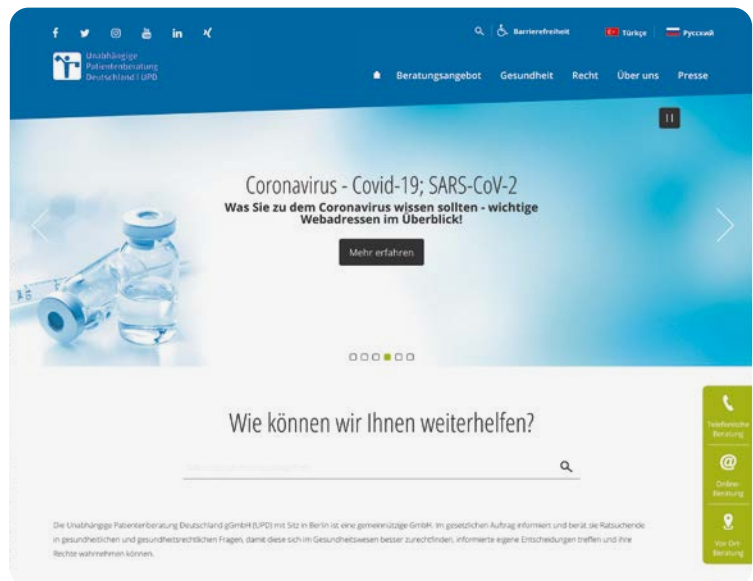
Die Corona-Pandemie hat vom Frühjahr 2020 an die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Patientenberatung geprägt. Seit März war Corona das alles dominierende Medienthema. Viele Beiträge, insbesondere im Internet, wiesen dabei auf das Beratungsangebot der UPD hin. Dieser positiven Entwicklung stand über einen längeren Zeitraum des Jahres allerdings ein deutlich geringeres Interesse an anderen Gesundheitsthemen gegenüber.

Dennoch zeigte sich auch im ersten Jahr der Pandemie: Für Medien aus allen Regionen und unterschiedliche Redaktionen aus ganz Deutschland ist die UPD bei der Klärung gesundheitsrechtlicher und gesundheitlicher Fragen eine geschätzte Ansprechpartnerin. Das Themenspektrum reichte dabei von Arztbewertungsportalen und neuen Möglichkeiten durch Videosprechstunden über das Erkennen von Falschmeldungen in der Pandemie und Auswirkungen von gesetzlichen Änderungen auf die Heilmittelversorgung bis hin zu Patientenrechten und digitalen Gesundheitsanwendungen.

Mit Blick auf die ab 2021 auch für Patientinnen und Patienten Schritt für Schritt real werdende Digitalisierung im Gesundheitswesen nutzte die UPD das Jahr 2020, um sich intern vorzubereiten und vorausschauend Informationen für Beratung und Netzwerkarbeit bereitzustellen, begleitet von Interviews und Mediengesprächen. Dabei sieht die UPD Digitalisierung vor allem dann als Chance an, wenn diese mit höchstmöglichem Patientennutzen vorangetrieben wird – und findet mit dieser Position erfreulich Gehör. Digitalisierungsthemen waren daher 2020 erstmals in nennenswerter Zahl in der Medienresonanz der UPD auffindbar.

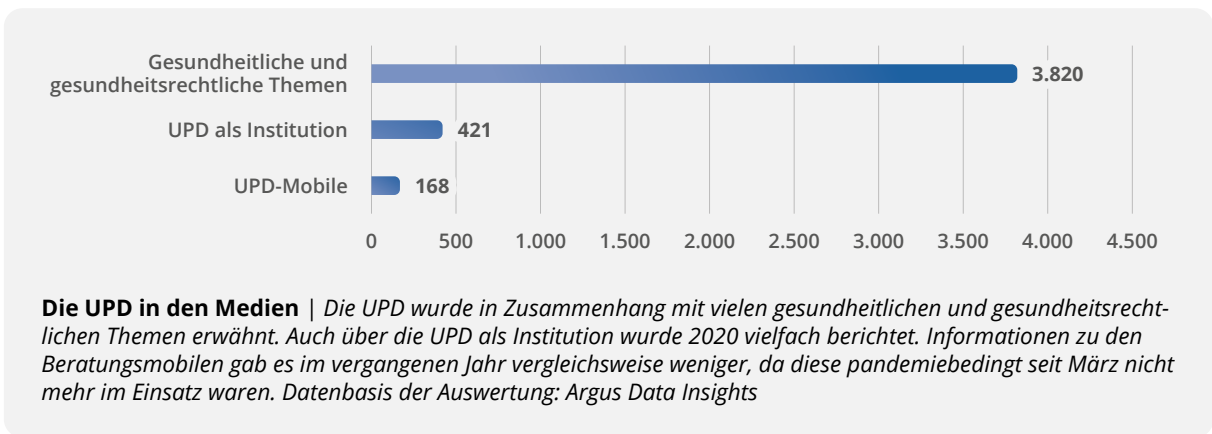
Die UPD bereitet Informationsangebote an die Medien zielgerichtet auf, etwa zu Themen wie „Was der Beipackzettel verrät“, zur Krankenkassenwahl oder dem Entlassmanagement. Unter den „Fällen des Monats“ fand das Thema Fluoridsubstitution für Säuglinge und Kleinkinder besonders viel Beachtung. Diese Angebote tragen zur Sichtbarkeit der vielfältigen Beratungsthemen ebenso bei wie Informationen über die Social-Media-Kanäle der UPD.

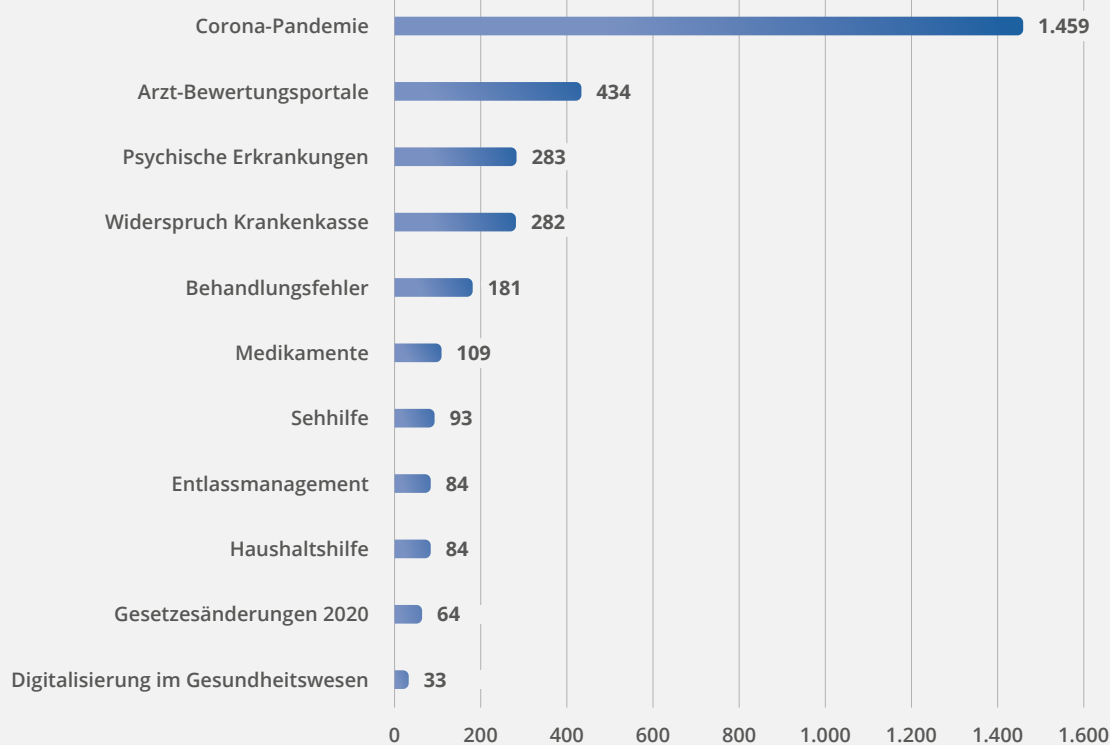
Die Präsentation des Monitors Patientenberatung 2019, in den Vorjahren mit einer Pressekonferenz in den Räumen der Patientenbeauftragten der Bundesregierung begleitet, musste 2020 coronabedingt entfallen. Doch 40 Veröffentlichungen bezogen sich auch im Vorjahr direkt auf den Monitor, wobei ein Thema wieder besonders viel Resonanz hervorrief: der Umgang von Krankenkassen mit Widersprüchen. Dieses Thema wurde auch als "Fall des Monats" veröffentlicht und von vielen Medien aufgegriffen. Das machte deutlich, dass die UPD damit ein Thema beleuchtet, das viele Menschen in Deutschland interessiert. Wie leistungsbereit, korrekt in den Verfahren und respektvoll im Umgang mit den Versicherten eine Krankenkasse ist, erleben die Versicherten erst, wenn sie Betroffene sind. Den Erfahrungen der Beraterinnen und Berater und den Schilderungen der Ratsuchenden zufolge ist der Umgang vieler Krankenkassen mit Widersprüchen und Leistungsanträgen weiterhin wenig patientenorientiert. Als Reaktion auf Medienberichte über die in der Beratung der UPD wiederholt registrierten Missstände machte der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Erwin Rüdell, einen interessanten Vorschlag. Er schlug vor, dass die Krankenkassen zukünftig in ihrer Korrespondenz zu diesen Angelegenheiten verpflichtend auf die Beratungsangebote der UPD verweisen müssen.



2020 ist die UPD darüber hinaus beispielsweise mit kritischen Hinweisen auf Falschmeldungen in der Corona-Pandemie, Fehl- und Überversorgung in der Zahnmedizin, Probleme rund um das Dauerrezept und fragwürdige Gesundheitsversprechen von CBD-Präparaten aktiv auf Medien und Öffentlichkeit zugegangen, um auf Grundlage der Beratungserfahrung auf aktuelle Problemlagen im Gesundheitswesen aufmerksam zu machen. Diese kritischen Rückmeldungen wurde von der Fachöffentlichkeit mitunter kontrovers, aber vielfach auch konstruktiv aufgegriffen und diskutiert.

In Zusammenhang mit gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Themen wurde die UPD insgesamt 3.820-mal in Veröffentlichungen erwähnt, am häufigsten in der Berichterstattung rund um die Corona-Pandemie.





Themen, in deren Zusammenhang die UPD in den Medien erwähnt wurde (Auswahl) | Die Corona-Pandemie stand 2020 thematisch mit Abstand an der Spitze. Digitalisierung im Gesundheitswesen trat als Themenschwerpunkt neu in Erscheinung. Datenbasis der Auswertungen: Argus Data Insights

Die UPD-Beratungsmobile mussten 2020 ihre Touren pandemiebedingt einstellen und die meisten regionalen Beratungsstellen blieben den Großteil des Jahres geschlossen. Gerade die Stopps der Mobile auf den Marktplätzen und anderen zentralen Orten sind in den Vorjahren immer wieder ein Anlass dafür gewesen, dass lokale Medien nicht nur auf die Beratungsmöglichkeiten hingewiesen, sondern zugleich auch relevante Gesundheitsthemen aufgegriffen haben. Diese Berichte und Artikel, die die Beratungsleistung der UPD den Menschen in ihrem persönlichen Umfeld anschaulich machen, gingen 2020 deutlich zurück (2020: 168 Berichte über die UPD-Mobile, 2019: 447 Berichte).

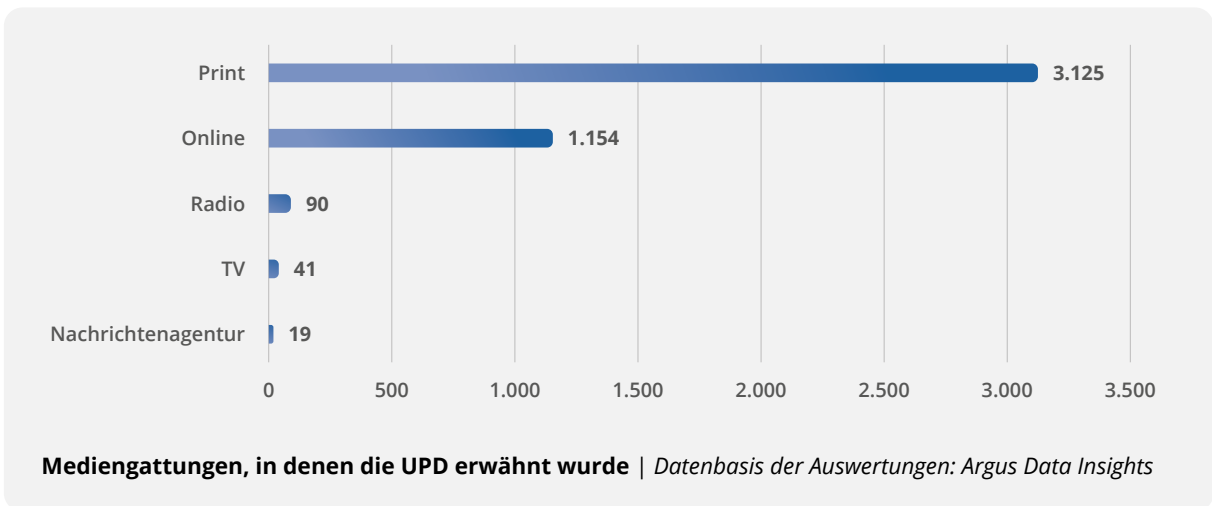
Schließlich war 2020 die UPD selbst auch immer wieder Gegenstand von Berichterstattung (421 Veröffentlichungen). Zum Jahresende zeichnete sich ab, dass die Politik die Weichen für eine Verstärkung des Beratungsangebots stellen könnte.



In welcher Ausgestaltung eine Patientenberatung zukünftig arbeiten sollte, war Thema zahlreicher Berichte, in denen sich unter anderem die unterschiedlichen Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und grundsätzliche gesundheitspolitische Vorstellungen spiegelten.

Insgesamt erwähnten im Berichtsjahr 4.429 Publikationen die UPD (2019: 4.458 Publikationen). Betrachtet man die Mediengattungen, liegen Print-Medien an der Spitze, wenn sie die UPD auch seltener als im Vorjahr erwähnten (2020: 3.125 Print-Publikationen, 2019: 3.479). Hier machen sich vor allem die ausgefallenen regionalen

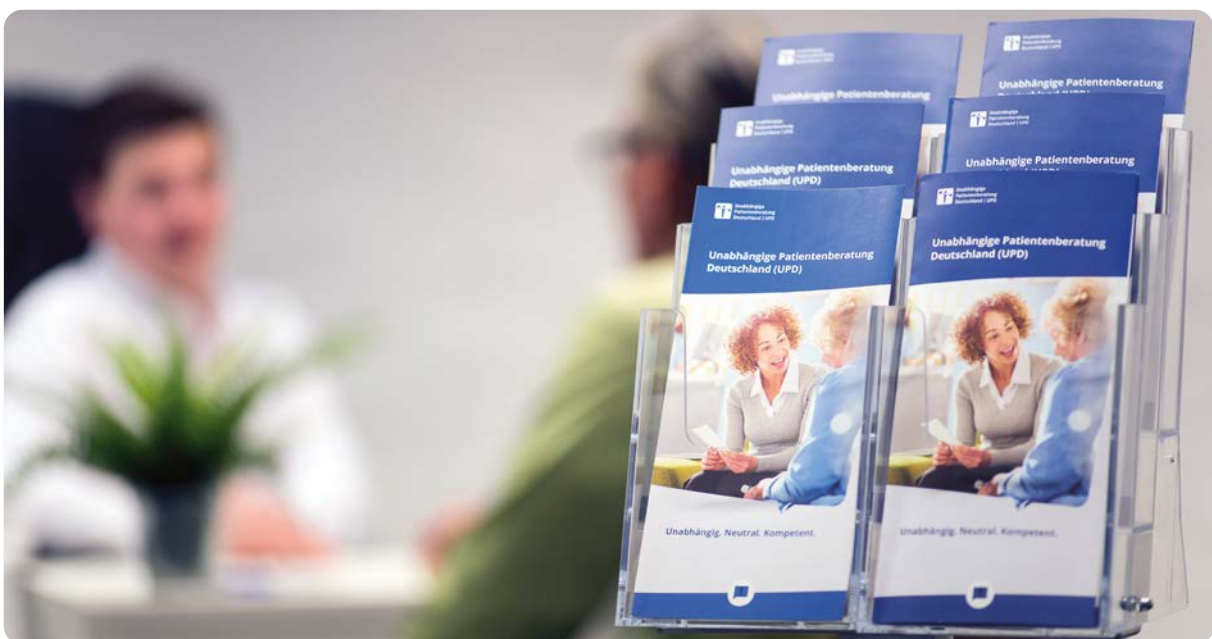
Berichte über die UPD-Beratungsmobile bemerkbar. Zugelegt haben TV-Beiträge (2020: 41 Beiträge, 2019: 35), Radio-Beiträge (2020: 90 Beiträge; 2019: 85) und Online-Publikationen (2020: 3.125 Erwähnungen; 2019: 836). Berichte in Nachrichtenagenturen haben sich rückläufig entwickelt (2020: 19 Berichte, 2019: 23).



Mediananfragen an die UPD

Die Mediananfragen sind 2020 deutlich zurückgegangen. Während in der Pandemie die UPD vielfach als Beratungsstelle genannt wurde, spielten andere Gesundheitsthemen, zu denen die UPD in den Vorjahren viele Anfragen erhalten hatte,

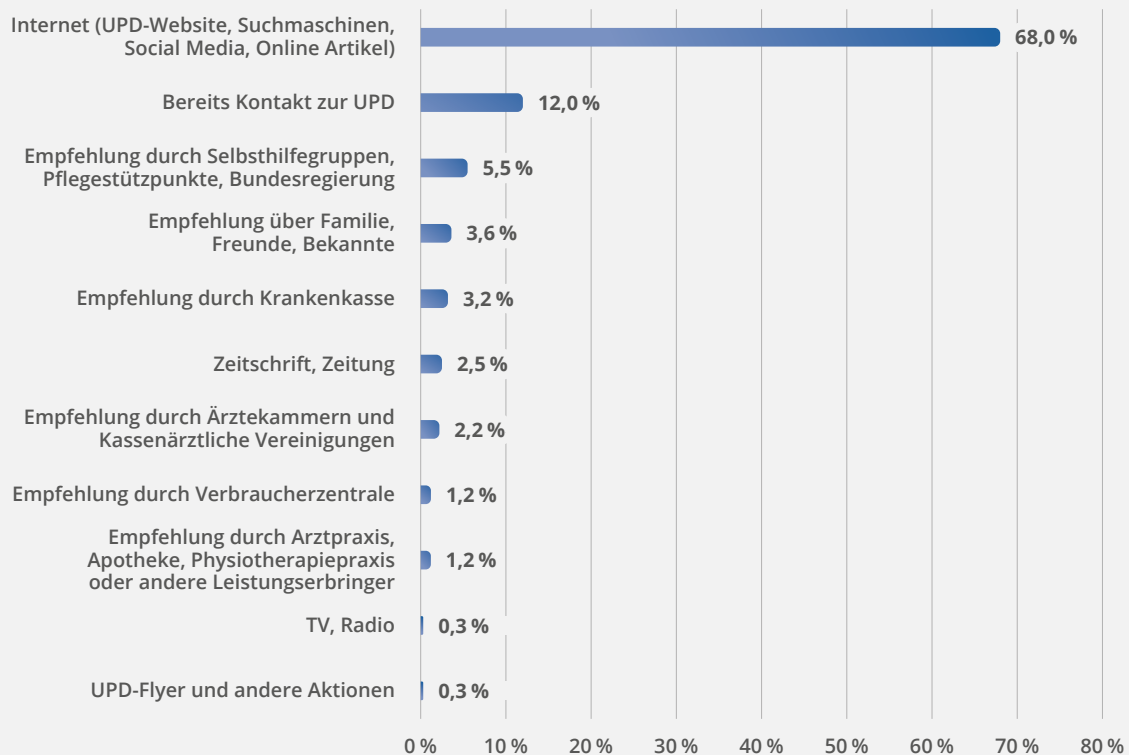
kaum eine Rolle. Insgesamt standen 241 Anfragen (2019) 142 Anfragen (2020) gegenüber. 2019 wurden mit 140 Anfragen allein in der Kategorie Print annähernd so viele Anfragen registriert wie 2020 über alle Mediengattungen hinweg.



Wie Ratsuchende auf die UPD aufmerksam werden

Ziel der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist es auch, Menschen auf das Beratungsangebot der UPD aufmerksam zu machen. Die Beraterinnen und Berater erfassen als freiwillige Angabe, wie Ratsuchende auf die UPD aufmerksam geworden sind. Mit Abstand am häufigsten nannten die Nutzerinnen und Nutzer das Internet als Informationsquelle. Dies war auch in den Vorjahren der Fall, hat sich aber 2020 deutlich verstärkt (2020: 68 %, 2019: 52,9 %). Hierin spiegelt sich der vielfache Verweis auf das UPD-Beratungs-

angebot von diversen Informationsangeboten zur Corona-Pandemie (zum Beispiel durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Patientenbeauftragte). Printmedien (Zeitschriften- und Zeitungsartikel) und TV- oder Radiobeiträge machen nur einen geringen Prozentsatz aus. Rund 15 % der Ratsuchenden kamen auf Empfehlungen – aus dem privaten Umkreis oder über andere Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen. 12 % hatten bereits Kontakt zur UPD und nutzten die Beratung erneut (2019: 16 %).



So wurden Ratsuchende auf die UPD aufmerksam | *Online first – die meisten Ratsuchenden gaben auch 2020 an, im Internet auf die UPD aufmerksam geworden zu sein. N = 61.392 (fehlende Angaben werden nicht abgebildet)*

3 CORONA - DIE PATIENTENBERATUNG IN PANDEMIE-ZEITEN



Das Jahr 2020 stand in Deutschland und vielen anderen Teilen der Welt weitgehend im Zeichen der Corona-Pandemie.⁴ Dieses gilt eindeutig auch für die Patientenberatung. Die erste Corona-Anfrage erreichte die UPD am 22.1.2020. Darin ging es um einen Reiserückkehrer aus Wuhan mit Erkältungssymptomen. Am Ende des Jahres verzeichnete die UPD 52.501 Beratungen rund um das Thema Coronavirus und die Covid-19-Erkrankung. Der Anteil der Corona-Beratungen lag damit über das gesamte Jahr 2020 verteilt bei rund 30 %.

Die Pandemie hat – wie in vielen anderen Unternehmen auch – den Arbeitsalltag und die Arbeitsgestaltung erheblich verändert. Gleichzeitig hat sie die Bekanntheit und die Beratungszahlen der UPD gesteigert und neue, herausfordernde Themen in die Beratung gebracht.

Um Beraterinnen und Berater zu schützen und das Beratungsangebot zu sichern, hat die UPD bereits im März umfassende Maßnahmen er-

griffen und diese im Laufe der Pandemie immer wieder an neue Erkenntnisse und Entwicklungen angepasst.

In den regionalen Beratungsstellen und bei den Touren unserer Beratungsmobile war das Angebot durch die Pandemie bedingt 2020 stark eingeschränkt. Die regionalen Beratungsstellen waren ab März 2020 weitgehend geschlossen. An einzelnen Standorten fand die Beratung von August bis Oktober unter strengen und an die individuellen Räumlichkeiten angepassten Hygieneregeln wieder statt. Eine anonyme Beratung war dabei in den regionalen Büros vorübergehend nicht möglich, da Kontaktdaten für eine eventuelle Kontaktpersonennachverfolgung dokumentiert werden mussten. Die UPD-Beratungsmobile standen ab März 2020 still, da in ihnen die Abstands- und Hygieneregeln nicht adäquat umsetzbar waren.

3.1 Informieren, beraten, lotsen – und ganz viel zuhören

Bereits im März 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf seiner Informationsseite die UPD als Hotline für Fragen rund um das Coronavirus angegeben. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine Hotlines der Bundesländer und keine spezialisierten Corona-Beratungsangebote in anderen Ministerien und Behörden. Während andere Angebote erst aufgebaut werden mussten, standen die Strukturen der UPD direkt zur Verfügung. Die UPD hat sich schnell auf die massiv gestiegenen Anfragezahlen eingestellt und war auch in Hochphasen grundsätzlich gut erreichbar. Durch das starke Anrufaufkommen und einen Spitzenwert an Beratungsanfragen kam es im März zu längeren telefonischen Wartezeiten. Ab April hatte sich die UPD auf die geänderten Rahmenbedingungen eingestellt.

Das Grundkonzept der Beratung hat sich auch in der Pandemie nicht geändert: Ratsuchende sollen dabei unterstützt werden, selbst Lösungen für ihre gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Probleme zu finden. Informieren, beraten, lotsen – das waren auch weiter zentrale Aufgaben der Patientenberatung. Hinzu kam in weitaus stärkerem Maß als sonst die psychosoziale Beratung und Unterstützung: den Menschen zuzuhören, ihren Ängsten oder auch ihrem Unmut Gehör zu schenken, ihre Situation mit ihnen zu besprechen und ihnen dadurch zu helfen, mit den Belastungen in der Pandemie umzugehen.

Viele Ratsuchende konnten in der Pandemie wegen der wachsenden Belastung des Gesundheitssystems die zuständigen Ansprechpartner für ihre konkreten Fragen nicht erreichen.

⁴ Ein Hinweis zur Nomenklatur: Die offizielle Bezeichnung für das neuartige Coronavirus ist SARS-CoV-2 (Abkürzung für englisch severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2). Die offizielle Bezeichnung für die Erkrankung ist COVID-19 (Abkürzung für englisch coronavirus disease 2019). Der Monitor Patientenberatung verwendet der Einfachheit halber und zur besseren Verständlichkeit in der Regel die Bezeichnungen Coronavirus und Covid-19-Erkrankung.

Obwohl die UPD für Ratsuchende keine Quarantäne anordnen, keinen Corona-Test veranlassen und kein Homeoffice ermöglichen konnte, war sie für Betroffene als erreichbare Institution häufig ein Rettungsanker. Auch wenn die Beraterinnen und Berater das konkrete Anliegen nicht final klären konnten, halfen sie vielen Ratsuchenden: indem sie zuhörten. Darüber hinaus klärten sie mit den Ratsuchenden Handlungsmöglichkeiten und Ansprechpartner, halfen ihnen, Gesetze, Verordnungen und medizinische Zusammenhänge zu verstehen und unterstützten sie dabei, sich eigenverantwortlich angemessen zu verhalten.

Im medizinischen Bereich hat die UPD insbesondere zu den Hochphasen der Pandemie zum Teil eine stark lotsende Beratung durchgeführt, um zur Entlastung des Gesundheitssystems beizutragen. Im rechtlichen Bereich hat die UPD zu Beginn der Pandemie das Beratungsgebiet zum Teil über ihren Kernbereich hinaus ausgedehnt. Neben sozialrechtlichen Fragen hat sie Ratsuchenden auch Basisinformationen zum Beispiel zu arbeitsrechtlichen und reiserechtlichen Aspekten gegeben, die mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang standen.

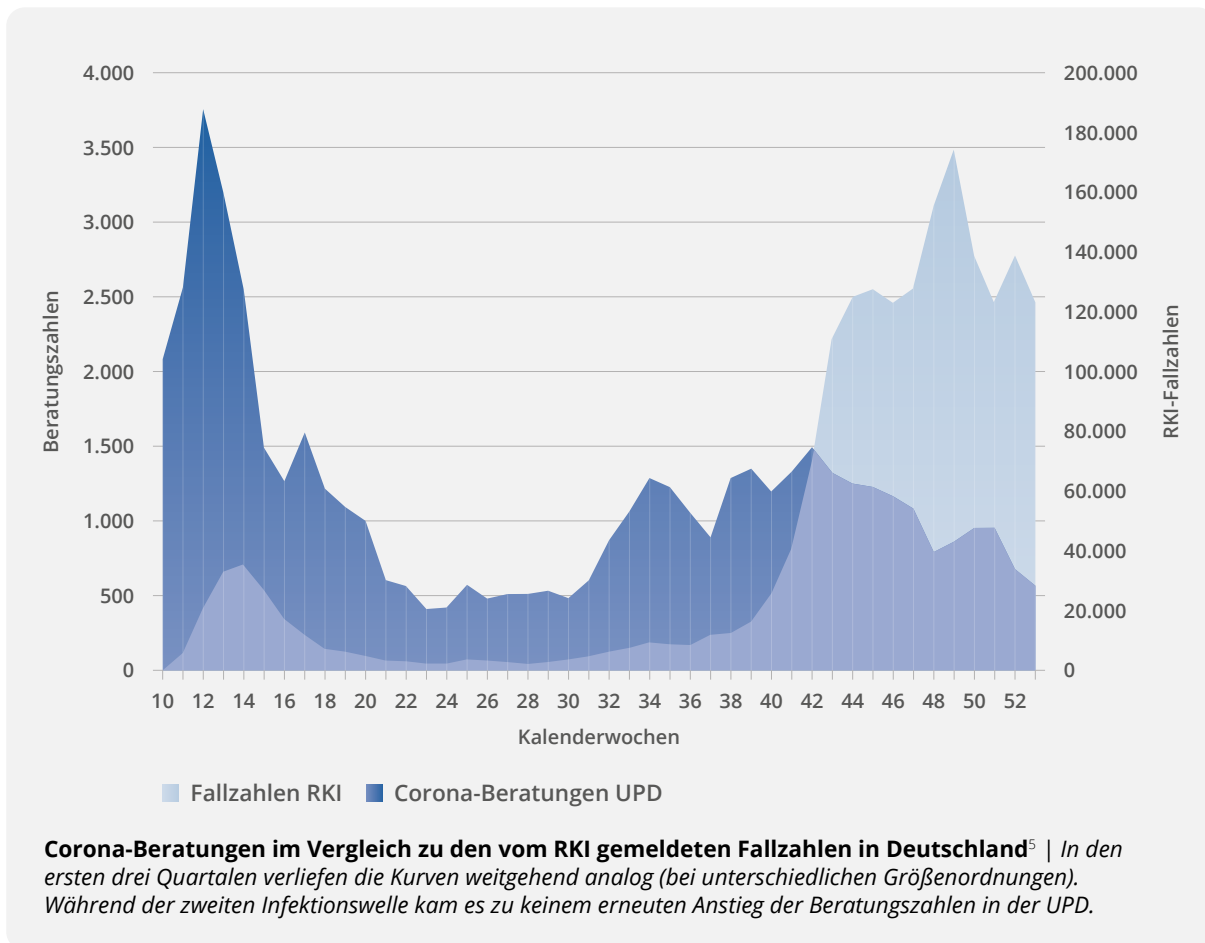
Die interdisziplinäre Ausrichtung aus medizinischer und rechtlicher Beratung erwies sich als besonders hilfreich. Die Pandemie – ein primär medizinisches Problem – wurde mithilfe einer Vielzahl von juristischen Regelungen bekämpft. Regelungen und Verordnungen können aber nicht jede individuelle Situation umfassend abdecken – die rechtliche Beratung ging daher häufig Hand in Hand mit Erläuterungen von medizinischen Zusammenhängen und Hintergründen. Um dieser interdisziplinären Herausforderung gerecht zu werden, gab es eine wöchentlich tagende Corona-Projektgruppe, die sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Fachteams – medizinisch, rechtlich und interdisziplinäre Beratungskompetenz – zusammensetzte. Die Projektgruppe erstellte im Laufe des Berichtsjahres eine Vielzahl von interdisziplinären Beratungshilfen und führte Schulungen für den Umgang mit besonders herausfordernden Situationen, zum Beispiel mit sogenannten “Corona-Leugnern”,

durch. Zweimal wöchentlich fanden darüber hinaus Corona-Austauschrunden für das gesamte Team statt, in denen die Beraterinnen und Berater Fragen stellen und sich untereinander austauschen konnten.

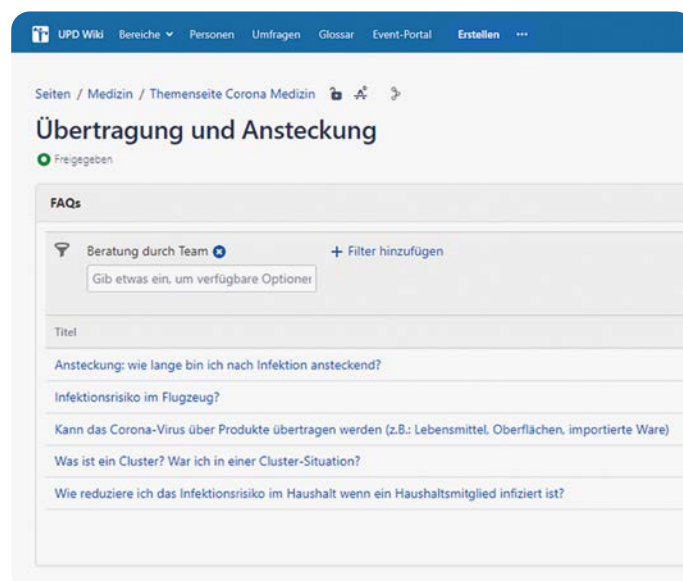
Im Zuge der Corona-Pandemie wurde noch einmal besonders deutlich, wie wichtig und gleichzeitig schwer es ist, gute Gesundheitsinformationen von Fake News und reißerischen Medienberichten zu unterscheiden. Zum Ursprung des Virus, zu Selbstdiagnostik, Schutz vor einer Infektion und Behandlungsmöglichkeiten kursierten eine Vielzahl aus wissenschaftlicher Sicht nicht belegter oder nicht korrekter Behauptungen in der Presse und in den sozialen Medien. Dieses Phänomen ist aus vielen anderen gesundheitlichen Themen bekannt: Presseberichte stellen zum Beispiel frühe Forschungsprojekte als durchschlagende neue Therapie dar oder schüren Ängste, indem sie tragische Einzelfallberichte zu seltenen Komplikationen groß herausstellen. Auch über Verordnungen und rechtliche Regelungen wurde in der Öffentlichkeit häufig politisch gefärbt diskutiert, wenn zum Beispiel über eine drohende Impfpflicht spekuliert wurde. Die Beratungsgrundsätze der UPD – neutrale Information nach aktueller Rechtslage und wissenschaftlicher Evidenz – waren in der Corona-Pandemie besonders wichtig. Auf ihrer Website veröffentlichte die UPD eine Sammlung von Links zu guten Gesundheitsinformationen in Bezug auf die Pandemie.

Auch ihre zweite große Aufgabe – die Rückmeldung von Problemlagen – hat die UPD in der Pandemie intensiv wahrgenommen. In regelmäßigen Austauschrunden mit anderen Beratungseinrichtungen und dem BMG hat die UPD die Erkenntnisse aus den Beratungen an die Politik übermittelt, um auf Lücken und Unklarheiten in den Regelungen hinzuweisen. Der vorliegende Patientenmonitor fasst die Themen und Problemlagen zusammen, die im Berichtsjahr rund um die Corona-Pandemie in der Patientenberatung aufgefallen sind.

3.2 Corona-Beratungszahlen und Schwerpunkte



Im Jahresverlauf wurden insgesamt 52.501 Beratungen rund um das Thema Coronavirus durchgeführt. In den ersten drei Quartalen ähnelte die Kurve der Anfragen bei der UPD zum Thema Corona dem vom Robert Koch-Institut (RKI) dokumentierten Verlauf der gemeldeten Coronavirus-Infektionen (ähnlicher Kurvenverlauf bei anderer Dimension der Beratungsanzahl beziehungsweise Anzahl der Infizierten). Während der zweiten Erkrankungswelle im letzten Quartal zeigte sich dieser Zusammenhang nicht mehr. Gründe hierfür sind vermutlich im Laufe des Jahres zusätzlich hinzugekommene Beratungseinrichtungen, bessere Verfügbarkeit von Informationen und ein zunehmend gesättigtes Informationsbedürfnis.



Das UPD-Wiki | Ausschnitt aus dem 2020 neu aufgesetzten Wissensmanagement-System.

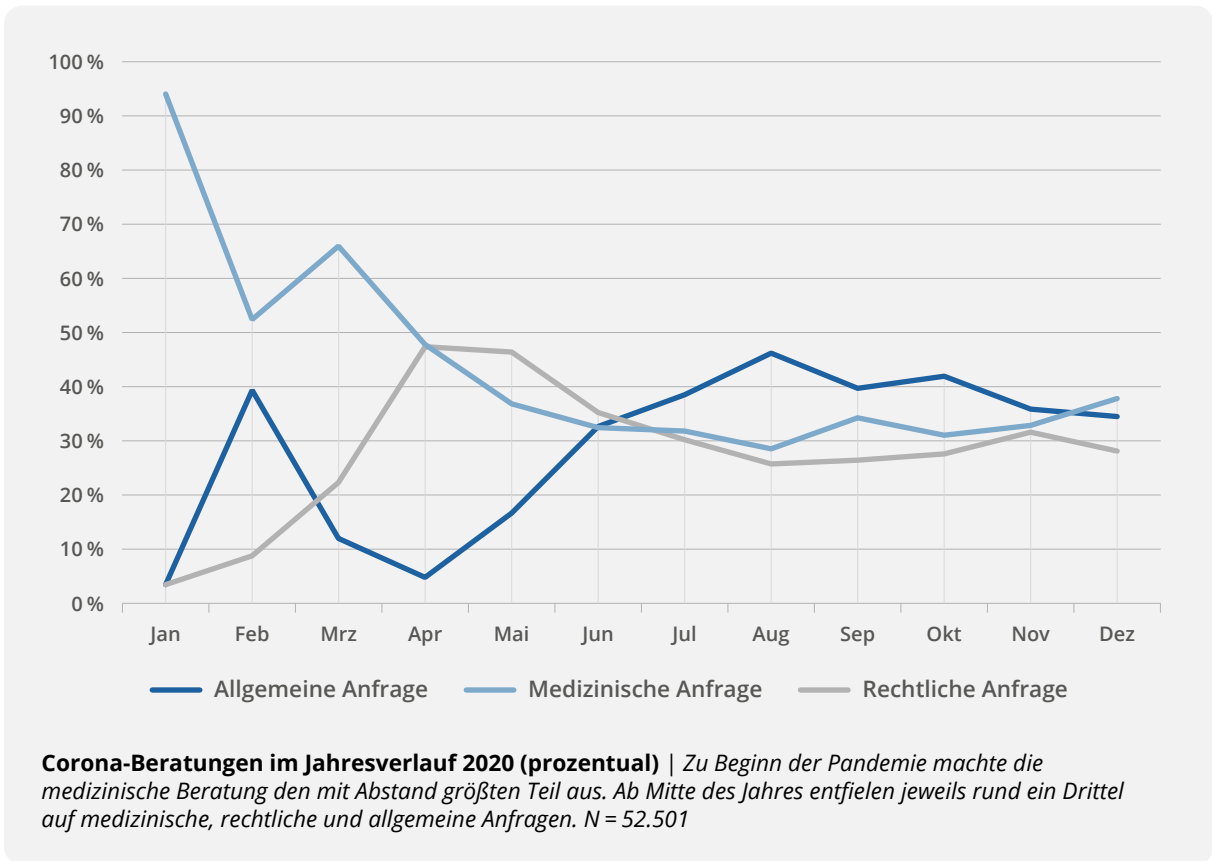
⁵ RKI: [COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche](#). [Zugriff 1.3.2021]

Rechtliche und medizinische Schwerpunkte

Im Verlauf der Corona-Pandemie haben sich Ratsuchende mit einem sehr heterogenen Spektrum medizinischer und gesundheitsrechtlicher Fragen an die UPD gewandt. Die breite Spanne der Beratungsthemen und die in der Öffentlichkeit diskutierten unterschiedlichen Umgangsweisen mit der Pandemie und politischen Haltungen spiegeln sich auch unter Ratsuchenden wider. An die UPD wandten sich Menschen mit großer Angst vor der Erkrankung, die alle Risiken vermeiden wollten. Andere Ratsuchende wollten gegen die Einschränkungen vorgehen, die sie als überzogen oder unangemessen empfanden. Nur in Einzelfällen nutzten Verschwörungstheoretiker und Corona-Leugner das Beratungsangebot.

Während der ersten Erkrankungswelle war die Beratung sehr stark von medizinischen Fragestellungen geprägt. Im weiteren Verlauf der Pandemie und insbesondere mit dem zunehmenden Maß an Rechtsverordnungen und Gesetzen kamen vermehrt gesundheitsrechtliche Beratun-

gen hinzu. Ab Mitte des Jahres verteilten sich die Anfragen zu ungefähr gleichen Teilen auf medizinische, rechtliche und allgemeine Beratungen. Als allgemeine Beratung erfassen die Beraterinnen und Berater alle Anfragen, bei denen keine fachlich-inhaltliche Beratung erfolgt, sondern auf andere Institutionen verwiesen wird. Hierzu gehören zum Beispiel Verweise auf die Corona-Hotlines der Bundesländer bei Fragen zu regionalen Regelungen.



Die medizinische Beratung betraf unter anderem die folgenden Themenkomplexe:

- ❖ Covid-19-Erkrankung allgemein: Hoher Informationsbedarf bestand zum Beispiel zu Infektionswegen, Symptomen, Verlauf und Therapie der Erkrankung.
- ❖ Risikogruppen: Ratsuchende wollten unter anderem wissen, ob sie oder ihre Angehörigen mit ihren individuellen Erkrankungen zur Risikogruppe für einen schweren Verlauf gehören und wie vulnerable Gruppen geschützt werden können.
- ❖ Risikokontakte: Viele Menschen wandten sich an die UPD, wenn in ihrem Umfeld Coronavirus-Infektionen auftraten und sie sich fragten, ob sie nun Kontaktpersonen sind. Auch zu den Verhaltensempfehlungen nach Risikokontakt gab es Fragen.
- ❖ Masken: Die Wirksamkeit, aber auch das Risiko beim Tragen unterschiedlicher Schutzmasken wie Alltagsmasken und FFP-Masken waren ein häufiges Anfragethema. In anderen Beratungen ging es darum, wie man Masken korrekt anwendet und woran man gefälschte Produkte erkennt.
- ❖ Allgemeine Schutzmaßnahmen: Ratsuchende wandten sich mit Fragen zur Umsetzung von Hygienemaßnahmen und Kontaktreduktion an die UPD, zum Beispiel an ihrem individuellen Arbeitsplatz oder bei Infektion von Haushaltsmitgliedern.
- ❖ Quarantäne und Isolierung: Medizinische Beratungen in diesem Bereich erfolgten vor allem zu Fragen, wer in welcher Situation warum und wie lange abgesondert werden soll, wie die Maßnahmen konkret umgesetzt werden und unter welchen Voraussetzungen die Quarantäne beziehungsweise Isolierung aufgehoben werden kann.
- ❖ Corona-Tests: Dieses Thema beinhaltete Anfragen zu den verschiedenen Testverfahren (PCR, Antigen-Tests, Antikörper-Tests), unter anderem zur Durchführung, ihrer Aussagekraft und zum Zugang zu Tests.
- ❖ Zugang zum Gesundheitssystem in der Pandemie: In diesem Themenbereich fielen sowohl Fragen zur Versorgung bei Verdacht auf Coronavirus-Infektion – wer ist in welcher Situation der geeignete Ansprechpartner? – als auch der Zugang zur Versorgung anderer Erkrankungen während der Pandemie. Betroffene wandten sich zum Beispiel 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.
- ❖ Corona-Impfung: Fragen zur Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen gegen Corona, zu einzelnen Impfstoffen und zu den Impfeempfehlungen nahmen vor allem am Jahresende stark zu.



Die gesundheitsrechtliche Beratung der UPD war unter anderem von folgenden Themen geprägt:

- ❖ Pflege: Viele Beratungen betrafen zum Beispiel die Besuchsverbote in stationären Pflegeheimen.
- ❖ Kostenübernahme von Corona-Tests: Viele Ratsuchende erkundigten sich danach, ob und unter welchen Umständen sie Anspruch auf einen Corona-Test haben und wer die Kosten übernimmt.
- ❖ Berufspflichten und Patientenrechte: In Zusammenhang mit der Corona-Pandemie traten hier zum Beispiel Fragen zur Behandlungspflicht auf, wenn Patienten oder Patientinnen in einer Arztpraxis keine Maske trugen.



- ❖ Juristische Fragestellungen zu Quarantäne und Isolierung: In diesem Bereich ging es unter anderem um Zuständigkeiten und Verwaltungsabläufe rund um die Absonderungsmaßnahmen, um Entschädigungsregeln und um Details zur Umsetzung – ob Betroffene zum Beispiel ihren Hund ausführen oder den Müll runterbringen dürfen.
- ❖ Sonderregelungen für die ambulante Versorgung: Ein häufiges Beratungsthema waren die im Rahmen der Pandemie erlassenen Sonderregelungen, zum Beispiel zu telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Videosprechstunden oder Folgeverordnungen für Hilfsmittel.
- ❖ Reiseregulungen: Viele Menschen kontaktierten die UPD, um sich zu informieren, welche Regelungen bei Auslandsreisen oder Rückkehr

aus Risikogebieten zu beachten sind. Anfragen bezogen sich auch häufig auf die im Laufe des Jahres erlassenen, föderal äußerst heterogenen innerdeutschen Reiseregulungen.

- ❖ Reha: Viele Beratungen betrafen geplante Reha-Maßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen während der Corona-Pandemie. Ratsuchende wollten insbesondere wissen, ob sie die Reha wegen der Pandemie verschieben können und ob es dafür Fristen gibt.
- ❖ Lockdown-Maßnahmen: Viele Anfragen bezogen sich auf die von Bund und Ländern beschlossenen Maßnahmen während der Lockdowns von März bis Mai und ab November. Bei diesen Beratungen wurde abschließend immer an die Corona-Hotlines der Bundesländer verwiesen, da die Umsetzung der Maßnahmen den Ländern oblag und diese regelmäßig in den einzelnen Ländern abwichen.
- ❖ Masken: Ratsuchende wandten sich mit rechtlichen Fragen zur Maskenpflicht an die UPD. Im Dezember kam eine Vielzahl von Anfragen zum Anspruch auf kostenfreie FFP-2-Masken nach der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung und deren Verteilung hinzu.
- ❖ Corona-Impfverordnung: Ab Dezember stiegen Fragen zur Corona-Impfung stark an, insbesondere zum Zugang und zur Priorisierung bei der Impfung.

In dem Kapitel „Beratungsthemen A–Z“ wird detaillierter auf die Corona-spezifischen Aspekte zu den einzelnen Themengebieten eingegangen, sofern sich dort aus Beratungssicht berichtenswerte Aspekte ergeben haben.

Die Beratungen waren häufig fachübergreifend und erfolgten multidisziplinär, also zum Beispiel sowohl durch das rechtliche als auch durch das medizinische Team.

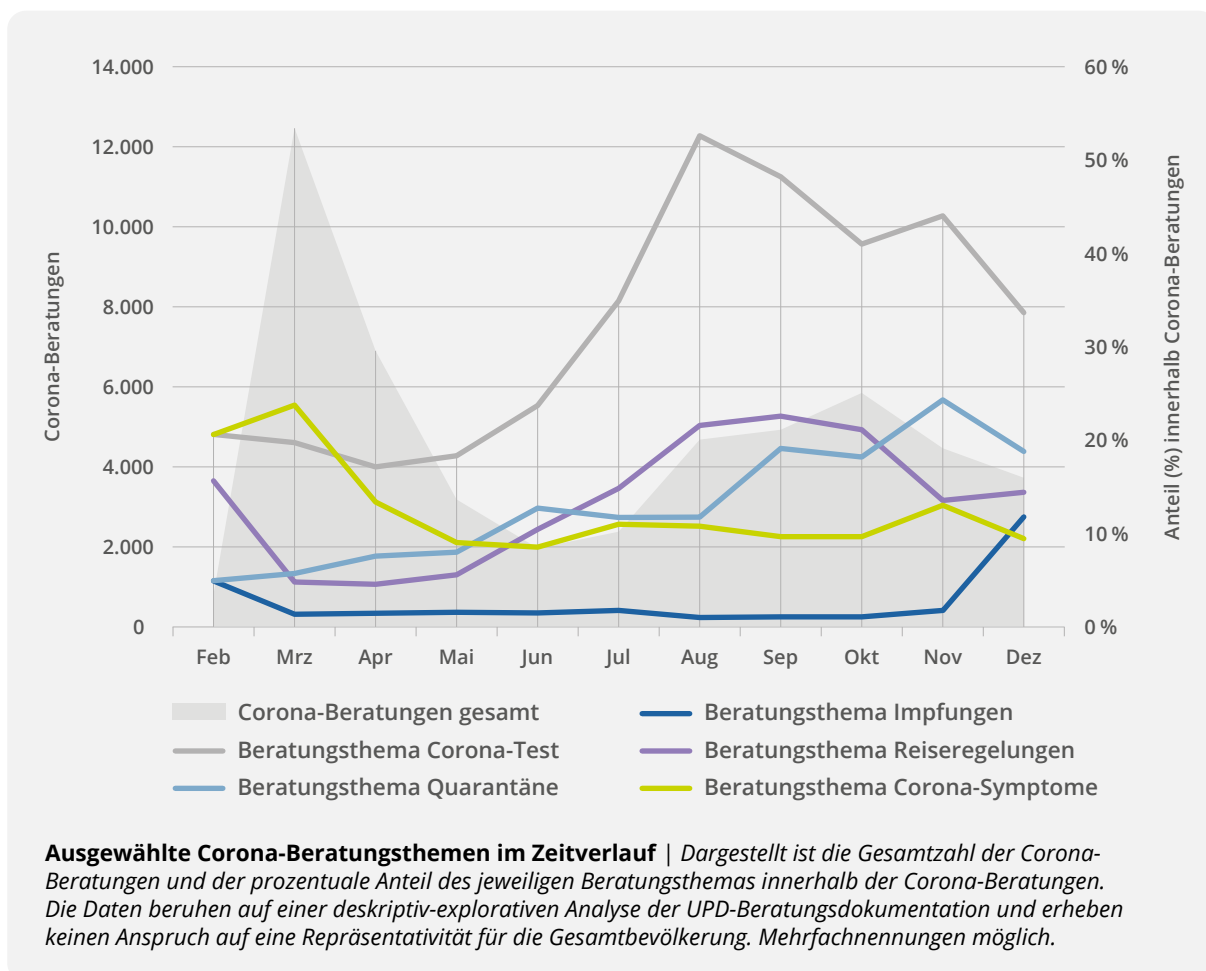
Corona-Beratungsthemen im Jahresverlauf

Die Anfragethemen haben sich entsprechend der Pandemie-Lage sowie der Entwicklung der Pandemie-Bekämpfung über das Jahr verändert:

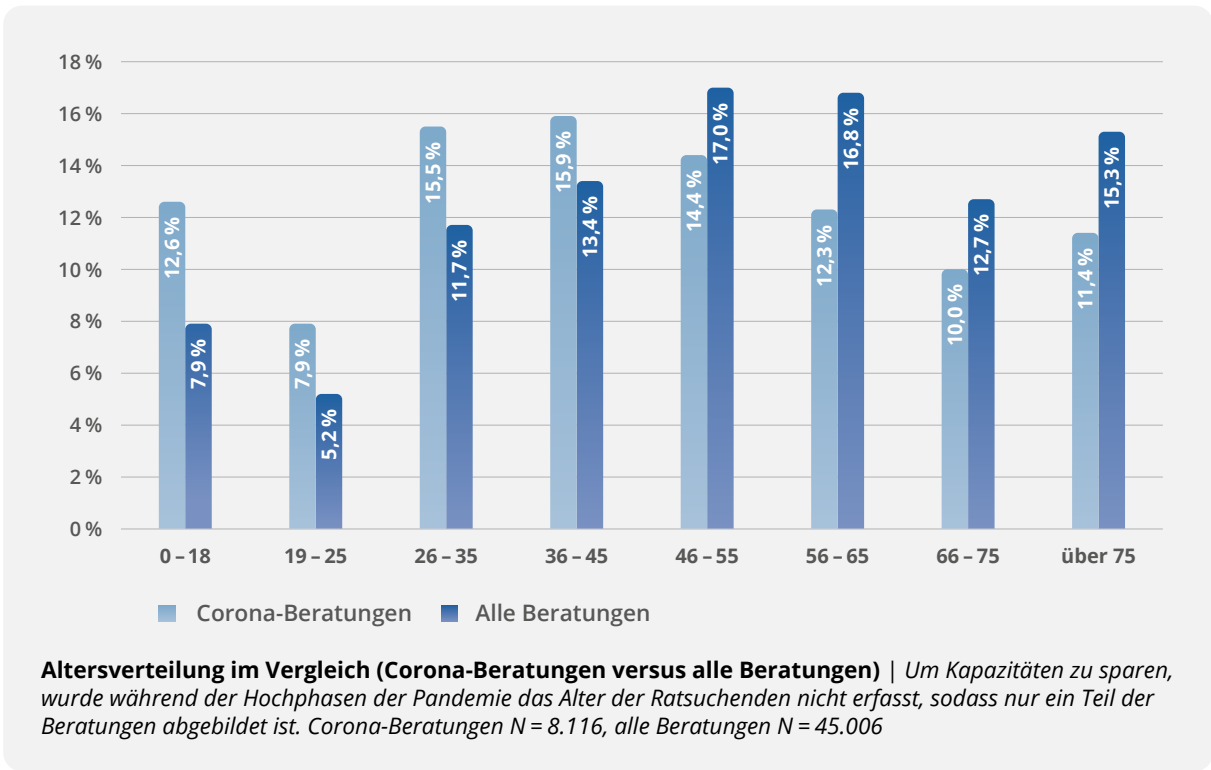
- Zu Corona-Symptomen bestand insbesondere während der ersten Pandemie-Welle ein hoher Beratungsbedarf, der sich im Laufe der Pandemie dann auf einen niedrigeren und gleichbleibenden Anteil einpendelte.
- Die Fragen rund um Corona-Tests nahmen in der zweiten Jahreshälfte erheblich zu – insbesondere im Zusammenhang mit den Tests für Reiserückkehrer im Sommer. Im Fokus standen hier Fragen insbesondere zum Zugang zu Tests für Reisende.
- Nach der ersten Erkrankungswelle verzeichnete die UPD im Frühsommer eine starke Bera-

tungsnachfrage zu den Reise Regelungen mit einem Höhepunkt zu Beginn der Herbstferien. Viele Anfragen in dieser Zeit bezogen sich auf die für Ratsuchende verwirrenden, kurz vor den Ferien erlassenen innerdeutschen Reise Regelungen. Mit Beginn der zweiten Erkrankungswelle hat das Thema in der Beratung wieder etwas an Bedeutung verloren.

- Im Verlauf der Pandemie zeigte sich zunehmend Beratungsbedarf zum Thema Quarantäne und Isolierung – höchstwahrscheinlich der zunehmenden Zahl von diesen Maßnahmen betroffener Menschen geschuldet.
- Das Thema Impfen spielte im Jahresverlauf eine eher geringe Rolle und stieg dann im Dezember angesichts des nahenden Beginns der Impfungen steil an.

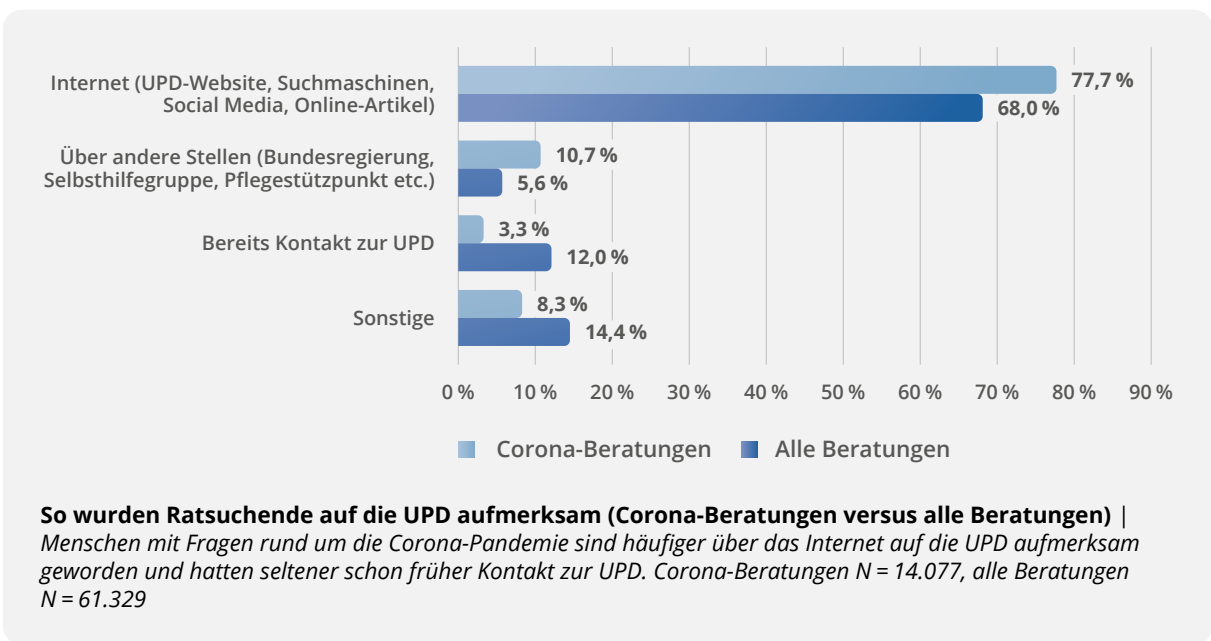


3.3 Nutzerinnen und Nutzer der Corona-Beratung



Ratsuchende, die die Corona-Beratung in Anspruch nahmen, waren vermehrt in den jüngeren Altersklassen. Die Geschlechtsverteilung der Ratsuchenden entsprach weitgehend der bei anderen Anfragen: gut 60 % weiblich, knapp 40 % männlich. Arbeitnehmerinnen und Arbeitneh-

mer machten mit 57,7 % einen deutlich größeren Anteil aus (alle Anfragen: 44,4 %), während sich prozentual weniger Rentnerinnen und Rentner zu Corona-Themen beraten ließen (alle Anfragen: 28,4 %, Corona-Anfragen 19,3 %).



3.4 Fazit



“ Die Pandemie hat das Thema Gesundheitskompetenz unter ein Brennglas gelegt: In der sich hochdynamisch verändernden Informationslage konnte die UPD in der Beratung beobachten, wie schwer es vielen Menschen fällt, auf dem Laufenden zu bleiben und die Informationen auf die eigene Situation anzuwenden. Wünschenswert wäre, dass die in der Pandemie entwickelten Verbesserungsansätze im Angebot guter Gesundheitsinformationen über die Pandemie hinaus wirken. ”

Dr. med. Johannes Schenkel

Ärztlicher Leiter

Informieren, beraten, lotsen und Probleme rückmelden – dieses waren auch in der Corona-Pandemie zentrale Aufgaben der Patientenberatung. Stärker als sonst standen darüber hinaus psychosoziale Aspekte im Vordergrund: In vielen Situationen konnten die Beraterinnen und Berater rechtliche und medizinische Fragen nicht abschließend beantworten, aber durch Zuhören und psychosoziale Unterstützung Menschen helfen, mit den Belastungen durch die Pandemie besser klarzukommen.

Im Januar 2020 sind erste Anfragen zu dem damals noch weitgehend unbekanntem Coronavirus bei der UPD eingetroffen. Im Laufe des Jahres hat die UPD dann über 52.000 Beratungen rund um die Pandemie dokumentiert – etwa 30 % aller Anfragen im Berichtsjahr drehten sich um dieses Thema.

Die bewährten Strukturen der UPD konnten schnell an die neue Situation angepasst werden. Die Beraterinnen und Berater waren auch zu Hochphasen der Pandemie gut erreichbar, um medizinische Zusammenhänge zu erläutern, Ansprechpartner zu klären, beim Verständnis rechtlicher Regelungen zu helfen, Handlungsoptionen zu erörtern und psychosoziale Unterstützung zu leisten.

Das Themenspektrum gesundheitlicher und gesundheitsrechtlicher Corona-Fragen an die UPD war sehr breit. Viele der Themen gehörten zu den klassischen Themen der Patientenberatung: zum Beispiel Risiken und Nutzen von medizinischen

Maßnahmen, Ansprüche gegenüber Kostenträgern und Patientenrechte. Aber auch neue, sonst eher selten in der UPD beratene Themen kamen hinzu, zum Beispiel Fragen zum Infektionsschutzgesetz, zu Quarantäne und Isolierung und zu Reisebeschränkungen.



Darüber hinaus kam es so gravierend zu Kapazitätsengpässen im Gesundheitssystem, wie es die meisten Menschen in Deutschland bisher nicht erlebt haben – bei den Beratungs-Hotlines, in den Gesundheitsämtern, bei den verfügbaren Testmöglichkeiten oder Impfstoffen.

Viele Ratsuchende wollten sich in der Pandemie angemessen und richtig verhalten, waren aber irgendwann frustriert von ständig wechselnden, regional unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Verordnungen und Regelungen. Diese Situation war auch für die rechtlichen Berate-

rinnen und Berater herausfordernd. In einigen Fällen traten Verordnungen in Kraft, bevor sie auf den Internetseiten der Landesregierungen veröffentlicht wurden. Aus Beratungssicht wäre es hilfreich, wenn die Länder ihre Verordnungen rechtzeitig und nach einer einheitlichen Struktur veröffentlichen, sodass diese leicht auffindbar sind. Bei Änderungen der gesetzlichen Regelungen würde außerdem die Veröffentlichung einer Leseversion das Verständnis erleichtern.

Hochwertige medizinische Informationen wurden während der Pandemie vom Robert Koch-Institut, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und anderen Institutionen zur Verfügung gestellt. In den Beratungsgesprächen wurde aber auch die Notwendigkeit ergänzender individueller Beratung deutlich: FAQs und andere Informationsangebote können nicht jede Konstellation abdecken, die in der Realität auftaucht, und viele Menschen haben Schwierigkeiten, geeignete Informationsangebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Hier konnte die UPD einen großen Beitrag leisten, gute Gesundheitsinformationen aus der Vielzahl von Medienberichten den Betroffenen zugänglich zu machen und auf ihre individuelle Situation zu übertragen.

Der UPD-Grundsatz der nichtdirektiven Beratung stieß in den Krisenzeiten an seine Grenzen: In vielen Fällen wäre direktivere persönliche Unterstützung gefragt und auch möglich gewesen. Die Rolle der Patientenberatung in einer Pandemie-Situation könnte zukünftig in



die Planung zur Pandemiebekämpfung aufgenommen werden, um die bestehenden Strukturen noch effizienter in einer Krisensituation einsetzen zu können.

Der Rückmeldefunktion von Problemlagen konnte die UPD in der Pandemie durch einen regelmäßigen Austausch mit dem BMG gut gerecht werden – in Hochphasen der Pandemie wurden Auslastung und Beratungsthemen sowie Sorgen und Nöte der Bürgerinnen und Bürger direkt rückgemeldet.



„Gesundheitskompetenz ist in vielen Fällen untrennbar mit Rechtskompetenz verwoben: Nur wer die Rechtslage kennt, kann das Gesundheitssystem bestmöglich nutzen. In der Corona-Pandemie zeigte sich das besonders deutlich durch die ständig wechselnden, sich regional unterscheidenden und teilweise sogar widersprechenden Regelungen – von Reiserückkehr über Quarantäne bis hin zur Impffreihefolge.“

Heike Morris
Juristische Leiterin

4

BERATUNGSTHEMEN A-Z

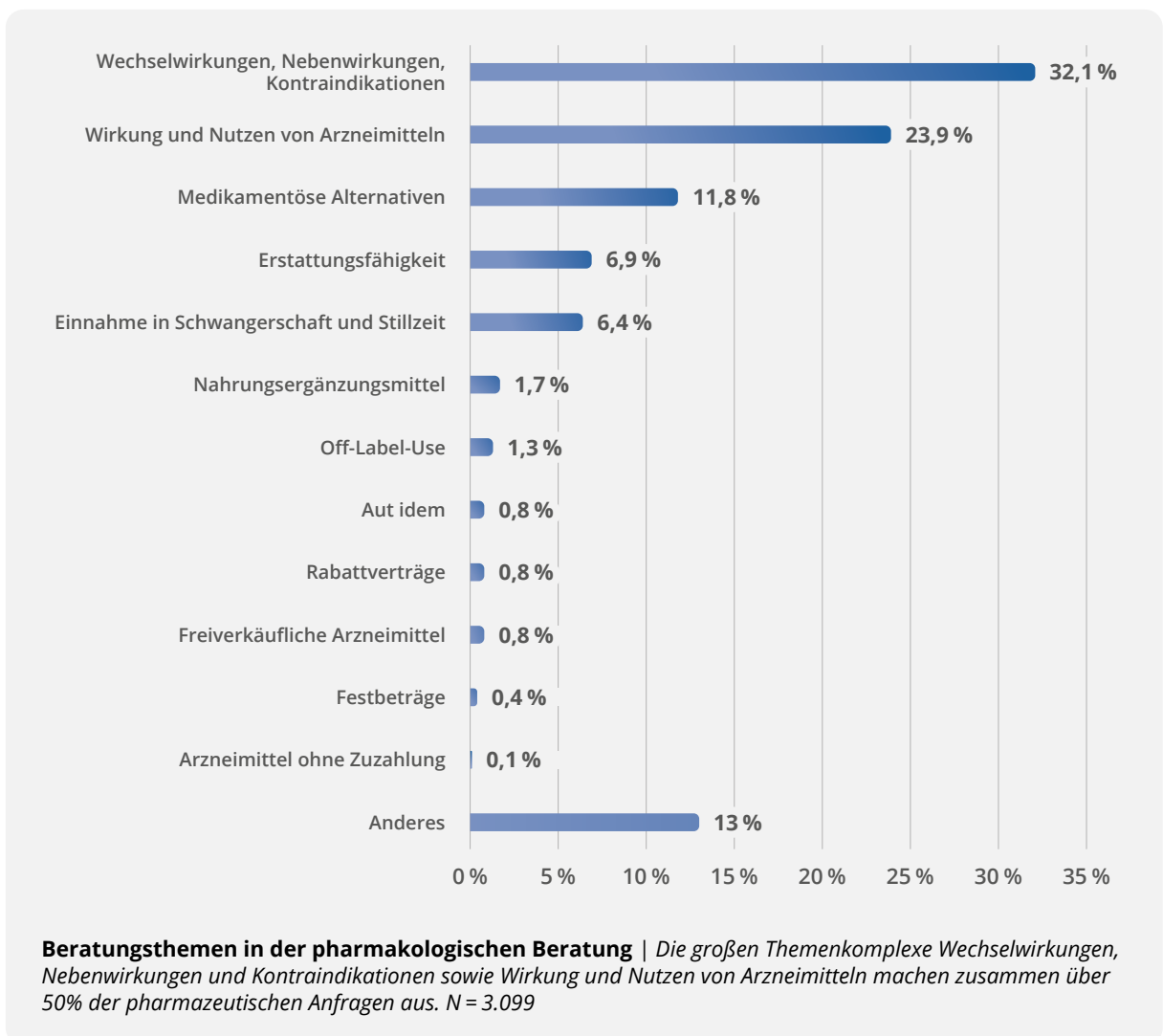


4.1 Arzneimittel und pharmakologische Beratung

2020 führte das pharmazeutische Team 3.099 Beratungen durch (Vorjahr: 3.180). Der Großteil der medizinisch-pharmazeutischen Fragen betraf Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen sowie Wirkung und Nutzen von Arzneimitteln. Rechtliche Fragen zum Thema Arzneimittel drehten sich am häufigsten um die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten.

Der Themenkomplex Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln war wie im vorherigen Jahr der häufigste Anlass für pharmazeutische Beratungen (2020: 995, 2019: 1.114 Beratungen). Insbesondere wenn unterschiedli-

che Facharztgruppen an der Medikation beteiligt sind, haben Ratsuchende oft das Gefühl, dass niemand die gesamte Medikation im Blick hat. Dieses Problem ist seit Jahren in der Beratung relevant⁶ – eine Besserung zeichnete sich auch in 2020 nicht ab.



⁶ siehe auch: [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.1, Seite 40 sowie [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.3.4, Seite 96 ff.

Beratungszahlen nach Medikamentengruppen

Am häufigsten hatten Ratsuchende Fragen zu der Medikamentengruppe Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (671 Beratungen; knapp 25 % der pharmakologischen Anfragen). Hierzu gehören beispielsweise Impfstoffe (492 Beratungen) und Antibiotika (143 Beratungen). 2019 nahm diese Gruppe hinter Arzneimitteln für das Nervensystem noch den zweiten Platz ein.⁷ Der Platzwechsel lässt sich vor allem durch deutlich mehr Beratungen zum Thema Impfen erklären (2019: 233 Beratungen zu Impfstoffen, 211 Beratungen zu Antibiotika). Die Beraterinnen und Berater registrierten, dass sich die Menschen be-

sonders im Kontext der Corona-Pandemie intensiver mit dem Thema Impfen auseinandersetzen als zuvor (siehe auch Kapitel 4.4).

Am zweithäufigsten erkundigten sich Ratsuchende nach Medikamenten für das Nervensystem, darunter Arzneimittel gegen Angststörungen, psychotische Erkrankungen oder Depressionen. Danach folgen Beratungen zu Medikamenten, die das Herz-Kreislauf-System (kardiovaskuläres System) betreffen. Hier erkundigten sich Ratsuchende verhältnismäßig häufig nach Arzneimitteln zur Behandlung von Bluthochdruck.

ATC-Code	ATC-Bedeutung	Anteil an Gesamt (%)
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	24,7
N	Nervensystem	21,1
C	Kardiovaskuläres System	13,2
A	Allimentäres System und Stoffwechsel	8,6
V	Varia	5,6
M	Muskel- und Skelettsystem	4,7
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	3,7
B	Blut und blutbildende Organe	3,5
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	3,3
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	3,1
R	Respirationstrakt	2,8
D	Dermatika	2,8
S	Sinnesorgane	2,2
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellentien	0,7

Häufig angefragte Medikamentengruppen | Bezeichnungen nach ATC-Klassifikation (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation). N= 2.717

Die Anzahl der Beratungen zu schweren Nebenwirkungen der Antibiotika-Therapie mit Fluorchinolonen hat in 2020 verglichen mit dem Vorjahr abgenommen (2020: 81, 2019: 196 Beratungen). Weiterhin erkundigten sich Ratsuchende, ob Fluorchinolone ihre Symptome verursachen könnten. Sie fragten aus Angst vor Nebenwirkun-

gen nach möglichen antibiotischen Alternativen. Die Problematik der fehlenden Ansprechpartner bei vermuteten Spätkomplikationen einer Fluorchinolon-Therapie war weiterhin aktuell. Außerdem erkundigten sich Ratsuchende nach rechtlichen Möglichkeiten wie Schadensersatzansprüchen. Die diesjährigen Anfragen ähnelten

⁷ [Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.1, Seite 39.](#)

inhaltlich denen der beiden Vorjahre.⁸ 2019 hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Anwendungsgebiete von Fluorchinolonen eingeschränkt und präzisiert. Vorgegangen war ein europaweites Risikobewertungsverfahren dieser Arzneimittelgruppe.⁹

Weiterhin interessierten sich Ratsuchende für medizinisches Cannabis. 2020 hat das UPD-Team 728-mal zu diesem Thema beraten. Seit 2017 nehmen die Beratungszahlen zu Cannabis ab (2017: 3.678, 2019: 954 Beratungen). Ratsuchende wollten vor allem wissen, welche Ärztin oder welcher Arzt Cannabis verordnet.

Bei Fragen zum Thema CBD – einem der wirkbestimmenden Bestandteile von Cannabis – standen weiterhin CBD-Produkte im Vordergrund, die keine Arzneimittel sind, sondern zum Beispiel als Lebensmittel angeboten werden, aber von Ratsuchenden für gesundheitliche Zwecke eingesetzt werden. Über die Problematik wenig verlässlicher Informationen zu Zusammensetzung, Sicherheit und Wirksamkeit dieser Produkte berichtet der Monitor Patientenberatung 2019 ausführlich.¹⁰

EXKURS

Das Wiederholungsrezept – eine Dauerbaustelle

Seit März 2020 können Ärztinnen und Ärzte Verordnungen für Medikamente ausstellen, mit denen Patientinnen und Patienten bis zu dreimal innerhalb eines Jahres von ihrer Apotheke ihr Medikament bekommen können: das Wiederholungsrezept. Für chronisch Kranke, die auf eine gleichbleibende Medikation angewiesen sind, sollen so Arztbesuche entfallen, die nur dem Ausstellen eines Rezepts dienen.

Bisher sind die Einzelheiten der konkreten Umsetzung nicht geklärt. So besteht zum Beispiel keine einheitliche Vorgabe zur gesetzlich vorgeschriebenen Kennzeichnung der Wiederholungsrezepte und die Abrechnung von Teilabgaben ist nicht geklärt. Dadurch ist die Mehrfachverordnung noch nicht in der Versorgung angekommen.

Chronisch kranke Patientinnen und Patienten müssen sich also weiterhin einmal im Quartal eine Verordnung über ihre Dauermedikation von einer Arztpraxis ausstellen lassen – auch wenn der Arztbesuch ansonsten nicht

notwendig ist. Aus Sicht der Patientenberatung könnten Wiederholungsrezepte hier die medikamentöse Dauerversorgung chronisch Kranker erleichtern. Darüber hinaus könnte das Wiederholungsrezept dazu beitragen, Konfliktsituationen in der Arztpraxis zu reduzieren: Häufig herrscht Uneinigkeit, ob die hausärztliche Praxis Folgerezepte ausstellen kann, wenn ansonsten keine fachärztliche Vorstellung notwendig ist.

Ratsuchende haben sich 2020 sehr selten nach der Möglichkeit erkundigt, ein Wiederholungsrezept ausgestellt zu bekommen. Die UPD sieht das als Zeichen dafür, dass diese Option bei den Betroffenen bisher nicht bekannt ist. Im Sinne von Patientinnen und Patienten ist daher erstrebenswert, die Möglichkeit für Wiederholungsverordnungen zeitnah in der Praxis zu etablieren oder umzusetzen. So sollten Kennzeichnung und Abrechnungsmodalitäten von Wiederholungsrezepten nunmehr zeitnah geklärt werden.

⁸ *Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.1, Seite 42 sowie Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.3.5, Seite 92.*

⁹ *BfArM: Fluorchinolone: Schwere und langanhaltende Nebenwirkungen im Bereich Muskeln, Gelenke und Nervensystem, aktueller Stand 02.05.2019. [Zugriff 21.01.2021]*

¹⁰ *Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.1, Seiten 41 und 45 ff.*

#CORONA-PANDEMIE:

Fragen zu Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten

Ratsuchende erkundigten sich bei der UPD nach Nahrungsergänzungsmitteln, die vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus schützen oder sich zur Behandlung eignen. Fragen bezogen sich auf die Vitamine D und C oder auch auf Cannabis-Präparate wie CBD und viele andere Substanzen. Ratsuchende fragten auch nach möglichen Arzneimitteln, um eine Covid-19-Erkrankung zu behandeln. Die Fragen betrafen oft Medienberichte über vielversprechende Wirkstoffe, die in Studien geprüft wurden. Abgesehen von der Neuartigkeit der Erkran-

kung spiegelten die Anliegen der Ratsuchenden Themen, die auch aus anderen Zusammenhängen in der pharmakologischen Beratung bekannt sind: Sie drehen sich um Nutzen und Risiko von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln – insbesondere, wenn Werbung oder Medienberichte Hoffnung auf einen Nutzen machen, aber keine ausreichenden evidenzbasierten Daten und Empfehlungen vorliegen.

Pharmakologische Anfragen zum Thema Impfen im Kontext der Pandemie beschreibt Kapitel 4.4.

4.2 Behandlungsfehler

Im Jahr 2020 hat die UPD zum Thema Verdacht auf Behandlungsfehler in insgesamt 5.662 Fällen beraten. Damit haben die Anfragen zu diesem Thema leicht abgenommen (2019: 6.154 Anfragen).

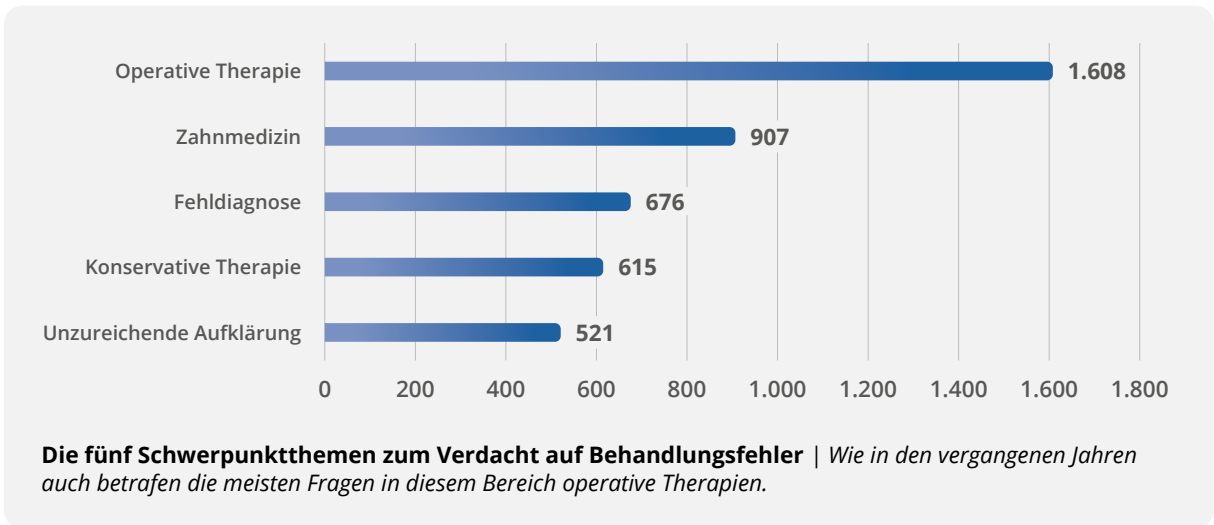


Ratsuchende wenden sich an die UPD, wenn sie den Verdacht haben, von einem Behandlungsfehler betroffen zu sein. Sie schildern ihre Situation und fragen, ob möglicherweise ein Behandlungsfehler vorliegt und wie sie sich weiter verhalten können. Das juristische Beratungsteam erläutert den Betroffenen, was ein Behandlungsfehler ist, welche rechtlichen Handlungsmöglichkeiten sie haben und erklärt die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Wege.

Wie auch in den vergangenen Jahren bezog sich der größte Teil der Beratungen auf den Bereich der operativen Eingriffe. An zweiter Stelle standen – genau wie im letzten Jahr – die Beratungen zu vermuteten Behandlungsfehlern bei der Zahnärztin oder beim Zahnarzt. Vermutete Fehldiagnosen sowie Fehler in der konservativen Therapie belegten, wie im letzten Jahr, die Plätze drei und vier. Zugenommen haben die Beratungen zum Thema unterlassene oder unzureichende ärztliche Aufklärung. Denn auch die fehlerhafte Aufklärung kann einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellen.

Ein Dauerbrenner in den Behandlungsfehlerberatungen war nach wie vor die mangelhafte Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten. Ratsuchende beklagten sich zum einen häufig darüber, dass die Ärztin oder der Arzt nicht offen mit ihnen darüber gesprochen hat, wenn etwas schief gelaufen ist. Zum anderen bemängelten sie die Kommunikation insgesamt. Ausführliche Antworten auf ihre Nachfragen bekamen Patientinnen und Patienten von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt aus Zeitgründen selten. Ratsuchende fühlten sich dann oft nicht ausreichend informiert, hilflos und allein gelassen.¹¹

¹¹ siehe auch: [Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1, Seite 54](#) sowie [Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.1, Seite 49](#).



4.3 Heil- und Hilfsmittel

Rund um das Thema Heil- und Hilfsmittel hat die UPD im Berichtszeitraum 1.994-mal beraten (2019: 2.478 Beratungen). Fragen zum Thema Hilfsmitteln waren mit 1.306 Beratungen im Ver-

gleich zum Vorjahr rückläufig (2019: 1.627 Beratungen), ebenso Fragen zum Thema Heilmittel (2020: 688, 2019: 851 Beratungen).

Heilmittel

Ratsuchende berichteten, dass Ärztinnen und Ärzte eine Verordnung von Heilmitteln wie zum Beispiel Physiotherapie ablehnten, obwohl sie die medizinische Notwendigkeit eigentlich bestätigten. Sie hätten nur ein begrenztes Budget zur Verfügung – so die Begründung in der Praxis. Manche Ärztinnen und Ärzte versuchten, auf die sogenannte langfristige Heilmittelverordnung auszuweichen, die ihr Budget nicht belastet.

Für chronisch Kranke mit einem dauerhaften Behandlungsbedarf können sie über einen längeren Zeitraum Heilmittel verordnen. Handelt es sich um Erkrankungen, die nicht bereits in Anlage 2 der Heilmittelverordnung gelistet sind, muss die Krankenkasse den Antrag genehmigen. Da diese die Genehmigung nur in eng begrenzten Fällen erteilt, erhielten Versicherte auch auf diesem Weg nicht die notwendigen Heilmittel. Sie hatten nur die Möglichkeit, eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt aufzusuchen, um eine Heilmittelverordnung zu erhalten.



Wieder andere Ärztinnen und Ärzte sind sich nicht darüber im Klaren, was langfristige Heilmittelverordnungen bedeuten und dass diese ihr Budget nicht belasten. Zwar hatten Patientinnen und Patienten Erkrankungen, die auf der Diagnoseliste in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie stehen, womit ein langfristiger Heilmittelbedarf eigentlich von vornherein als genehmigt gilt. Trotzdem verordneten die Ärztinnen und Ärzte die notwendigen Heilmittel nicht. Hier konnte die Beratung der UPD unmittelbar weiterhelfen.

Ob die ab 1. Januar 2021 gültige neue Heilmittel-Richtlinie Erleichterung verschafft, bleibt abzuwarten.¹² Zwar entfallen ab diesem Tag Verordnungen außerhalb des Regelfalls und die damit verbundenen möglichen Genehmigungsverfahren. Reicht die orientierende Behandlungsmenge nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen,

Hilfsmittel

Die Beratung zu Hilfsmitteln betraf vorwiegend Fragen zu Elektro-Rollstühlen, mobilen Sauerstoffgeräten und deren Stromkosten sowie Fragen zu Brillen und anderen Sehhilfen.

Grundsätzlich zeigte sich, dass für Versicherte mit einer erstmaligen Hilfsmittelverordnung das Zusammenspiel von Sanitätshaus, Ärztin oder Arzt und Krankenkasse undurchsichtig und unklar ist. Viele Ratsuchende wussten nicht, dass die ärztliche Verordnung noch nicht bedeutet, dass die Krankenkasse auch die Kosten übernimmt. Sowohl Krankenkassen als auch Sanitätshäuser haben eine entsprechende Informationspflicht: Trotzdem kam es vor, dass Versicherte sich das Hilfsmittel beschafft haben, ohne dass die Verordnung der Krankenkasse zur Prüfung vorgelegt wurde. Ratsuchende konnten letztlich nicht nachvollziehen, warum die Krankenkasse den Antrag auf Kostenübernahme ablehnte. Die Beraterinnen und Berater der UPD berieten sie zu den Voraussetzungen des Anspruchs auf das

kann die Heilbehandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse fortgesetzt werden. Aber nur dann, wenn schwere und dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigungen vorliegen, erkennt die Krankenkasse darüber hinaus einen langfristigen Heilmittelbedarf an.



jeweilige Hilfsmittel und informierten sie über die Möglichkeit, Widerspruch gegen die Ablehnung einzulegen.

Anders liegen die Probleme von Ratsuchenden, die zum Beispiel als chronisch Kranke oder behinderte Menschen mit den Antrags- und Prüfverfahren verordneter Hilfsmittel im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung vertraut sind. Sie verfügen zwar über eine ausgeprägte Systemkenntnis. Aber sie kämpfen um eine dauerhafte Versorgung und führen nicht selten zermürbende Widerspruchsverfahren.

#CORONA-PANDEMIE:

Folgeverordnungen für Hilfsmittel per Post

Ratsuchende, die für bestimmte Hilfsmittel eine Folgeverordnung benötigten, hatten Sorge, sich in der Praxis anzustecken, und fragten, was sie tun können. Sonderregelungen zur Kontaktreduzierung halfen ihnen.¹³ Folgeverordnungen für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (zum Beispiel Inkontinenzhilfen oder Stoma-

Artikel), konnten die Ärztinnen oder Ärzte nach einem Telefonat ausstellen und ihren Patientinnen oder Patienten mit der Post schicken. Die Frist, innerhalb derer die Versicherten die Hilfsmittelversorgung nach Ausstellung der Verordnung beginnen müssen, wurde auf 28 Kalendertage erweitert.¹⁴

¹² Seit dem 1. Januar 2021 ist eine grundlegend überarbeitete Heilmittel-Richtlinie in Kraft. Statt der komplizierten Systematik von Erst- und Folgeverordnung sowie Verordnung außerhalb des Regelfalls gibt es nun einen Ordnungsfall und daran geknüpft eine sogenannte orientierende Behandlungsmenge.

¹³ § 11a Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

¹⁴ § 8 Absatz 2 Hilfsmittel-Richtlinie

4.4 Impfen

Das UPD-Team führte 1.053 medizinische und 492 pharmakologische Beratungen zum Thema Impfen durch – insgesamt ergibt das 1.545 Beratungen rund um das Thema Impfen.

In den medizinischen Impfberatungen machten Standard-Impfungen, welche die Ständige Impfkommission (STIKO) in Deutschland empfiehlt, mit 647 Beratungen den Großteil aus (Vorjahr: 442). Am häufigsten ging es dabei um die Impfung gegen Pneumokokken (148 Beratungen), gegen Masern (81 Beratungen), gegen Grippe (54 Beratungen), Tetanus (47 Beratungen) oder Zoster (30 Beratungen).

406-mal behandelten medizinische Impfberatungen das Thema Reiseimpfungen. Beratungen zu Reiseimpfungen werden häufig durch weitere reisemedizinische Themen ergänzt, zum Beispiel zur Malaria-Prophylaxe (siehe auch Kapitel 4.13).

Die Themen der pharmakologischen und medizinischen Impfberatung überlappen sich zum Teil – sie reichen von Indikation und Kontraindikation über Nutzen und Risiken bis hin zu Fragen der praktischen Durchführung und zu Details in der Impfstoffzusammensetzung. Viele Ratsuchende haben auch Fragen zu Abweichungen vom Impfkalender der STIKO, sei es aus organisatorischen Gründen, aufgrund medizinischer Besonderheiten (zum Beispiel Frühgeborene) oder persönlicher Wünsche.

In den Beratungen zu Impft Themen wirken manche Ratsuchende sehr emotional, teilweise ängstlich oder auch stark ablehnend. Die Gespräche sind oft auch ideologisch geprägt. Das UPD-Team nimmt die Bedenken ernst und erklärt anhand evidenzbasierter Informationen Nutzen und Risiken von Impfungen.

Pneumokokken- und Grippe-Impfung in der Pandemie

In 2020 waren die vielen Nachfragen zur Impfung gegen Pneumokokken und gegen Influenza besonders auffällig. Dies ist vermutlich damit zu erklären, dass die Impfbereitschaft in Bezug auf andere Atemwegserkrankungen im Kontext der Corona-Pandemie gestiegen ist.

Sowohl für die Pneumokokken- als auch für die Grippe-Impfung berichteten Ratsuchende, dass sie nicht geimpft werden konnten, weil der Impfstoff nicht verfügbar war. Bei diesen Anfragen prüft das Beratungsteam, ob das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) entsprechende Lieferengpässe verzeichnet.

Für den Pneumokokken-Impfstoff Pneumovax23 listete das PEI langfristige Lieferengpässe.¹⁵ Das Beratungsteam erläutert in solchen Situationen die Hintergründe und Vorgehensweisen bei Lieferengpässen für Impfstoffe. In Hinsicht auf die Pneumokokken-Impfung wurde beispielsweise auf die Empfehlung des Robert Koch-Instituts (RKI) zum Vorgehen bei knappen Impfstoffreserven für Pneumovax23 hingewiesen.¹⁶ Für Grippe-Impfstoffe listete das PEI keinen Lieferengpass – hier lag eher ein Verteilungsproblem vor (siehe Seite 50).

↔ 2020 WEITER AKTUELL:

Masern-Impfung

Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die medizinischen Anfragen zum Thema Masernimpfung nahezu verdoppelt (2020: 81 Beratungen, 2019:

43 Beratungen) – über alle Teams hinweg wurde 2020 rund um die Masernimpfung 273-mal beraten. Mit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes

¹⁵ PEI: [Lieferengpässe von Human-Impfstoffen](#). [Zugriff 17.3.2021]

¹⁶ RKI: [Mitteilungen der STIKO zum Impfen bei eingeschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen](#). [Zugriff 17.3.2021]

zum 01.03.2020 müssen bestimmte Personengruppen einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder ab Vollendung des ersten Lebensjahres eine Immunität gegen Masern aufweisen (§ 20 IfSG). Ohne den Nachweis darf zum Beispiel ein Kind nicht in einen Hort aufgenommen werden.

Bei der Impfung gegen Masern werden in Deutschland Kombinations-Impfstoffe verwendet, da keine Mono-Präparate auf dem Markt sind. Weiterhin wünschten sich Ratsuchende Einzelimpfstoffe.¹⁷ In einigen anderen Ländern sind Mono-Impfstoffe gegen Masern erhältlich. Einige Ratsuchende wollten wissen, ob eine Impfung, die im Ausland durchgeführt wurde, hierzulande anerkannt wird. Andere erkundigten

sich danach, ob sie Mono-Impfstoffe importieren lassen und hier verabreicht bekommen können.

Ratsuchende wollten auch wissen, in welchen Situationen medizinisch von einer Masernimpfung abgeraten wird. Die Beraterinnen und Berater erläutern Kontraindikationen, Risiken und Nebenwirkungen der Masernimpfung anhand evidenzbasierter Gesundheitsinformationen.

Ratsuchende erkundigten sich auch nach verfahrensrechtlichen Möglichkeiten – beispielsweise danach, wie sie sich gegen den von Kita, Schule oder Arbeitgeber geforderten Impfnachweis wehren können oder welche rechtlichen Folgen es hätte, sich oder seine Kinder nicht impfen zu lassen.

IM FOKUS:

Verteilungsprobleme beim Grippe-Impfstoff

„Ich bin 64 Jahre alt und lasse mich jedes Jahr gegen Grippe impfen. Dieses Jahr konnte meine Hausärztin mich nicht impfen, weil sie keine Impfstoffe mehr hatte. Dabei ist es doch gerade mit Corona besonders wichtig! Was kann ich tun, um doch geimpft zu werden?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende wenden sich an die UPD, weil sie Schwierigkeiten haben, eine Grippeimpfung zu bekommen. Sie berichten, dass die aufgesuchte Praxis schon alle Impfdosen verbraucht hat. Ratsuchende sind darüber zum Teil sehr auf-

gebracht, weil im Rahmen der Corona-Pandemie verstärkt für die Grippeimpfung geworben und die Wichtigkeit dieser Impfung betont wird. Gerade Risikopatienten sind verzweifelt, wenn sie nun keine Impfung bekommen können.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern die Hintergründe der Bestellung, Herstellung und Auslieferung von Grippe-Impfstoffen. Sie weisen darauf hin, dass die Verfügbarkeit von Impfstoff regional sehr unterschiedlich ist und empfehlen Betroffenen, in verschiedenen Praxen zu fragen, ob diese noch Impfstoff vorrätig haben. Angestellte können zusätzlich beim Arbeitgeber nachfragen, ob eine betriebsärztliche Impfung möglich ist. Auch Apotheken sind mögliche Anlaufstellen – sie können mit dem Großhandel und Herstellern klären,

ob mit weiteren Lieferungen zu rechnen ist. Unter Umständen können Betroffene in Apotheken auch einen Grippe-Impfstoff auf Privatrezept bekommen, hier sollten sie gegebenenfalls vorab die Kostenübernahme klären.

Da Impfstoffe in Wellen auf den Markt kommen, raten die Beraterinnen und Berater außerdem, in einiger Zeit erneut mit der Praxis oder der Apotheke Kontakt aufzunehmen. Darüber hinaus zeigen sie Betroffenen die Möglichkeit, beim PEI

¹⁷ [Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.1, Seite 47.](#)

zu melden, wenn ein Grippe-Impfstoff nicht erhältlich ist.¹⁸ Ansonsten weist das UPD-Team auf die in der Pandemie empfohlenen Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen hin, die nicht nur das

Ansteckungsrisiko für das Coronavirus, sondern auch für andere Atemwegsinfektionen wie die Grippe senken.

Fachlicher Hintergrund

Die RKI-Empfehlung für die Grippe-Impfung hat sich durch die Pandemie nicht geändert, sie gilt unter anderem für alle Personen ab 60 Jahre, Personen mit Risikoerkrankungen und bei erhöhtem beruflichem Risiko. Politik und Wissenschaft haben im Rahmen der Corona-Pandemie die Bedeutung der Grippe-Impfung insbesondere für Risikopersonen betont. Das Ziel war, schwere Grippe-Fälle zu vermeiden und dadurch die Krankenhäuser zu entlasten.

Grippeimpfstoffe werden jedes Jahr an die voraussichtlich zirkulierenden Virus-Varianten angepasst. Apotheken und Praxen bestellen Anfang des Jahres nach dem voraussichtlichen Bedarf Impfstoffe bei den Herstellern, die dann entsprechend produziert werden. Die Impfstoff-Herstellung ist langwierig, sodass die Hersteller nicht kurzfristig mehr Impfstoffe zur Verfügung stellen können. Durch die vermehrte Nachfrage kam es 2020 nach Angaben des PEI zu zeitlich begrenz-

ten lokalen oder regionalen Engpässen. Ein Versorgungsengpass lag nach PEI-Angaben aber nicht vor.

Das PEI veröffentlicht eine Liste der freigegebenen Grippe-Impfstoff-Chargen.¹⁹ Informationen über Bestellung, Auslieferung und darüber, wie viele Dosen verimpft wurden, gibt es nicht. Bestellungen vom Apothekengroßhandel und Lieferungen der Hersteller sind nicht nachverfolgbar, sodass zum Beispiel nicht bekannt ist, wie viele Chargen in welchen Bundesländern ankommen. Praxen und Apotheken bestellen Impfstoffe nach eigenem Ermessen und Erfahrungen aus dem Vorjahr. Es ist möglich, dass in einer Praxis kein Impfstoff mehr vorrätig ist, während die Apotheke nebenan auf ihren Impfdosen sitzen bleibt. Die Beraterinnen und Berater haben keine Möglichkeit herauszufinden, ob und wo noch Impfstoffe verfügbar sind.

FAZIT

Fragen zur Grippe-Impfung haben im Berichtsjahr 2020 deutlich zugenommen. Ein häufiges Thema war dabei, dass kein Impfstoff verfügbar war. In der Corona-Pandemie haben Politik und Wissenschaft vermehrt für die Grippe-Impfung geworben – umso frustrierender war es für Personen, für die eine Impfempfehlung vorlag, diese dann nicht bekommen zu können. Laut PEI kam es 2020 zu regionalen und zeitlich begrenzten Engpässen für Grippe-Impfstoffe – ein grundsätzlicher Versorgungsengpass bestand aber nicht. Er-

fahrungsgemäß gibt es regelmäßig regionale Engpässe mit Grippe-Impfstoffen, die in diesem Jahr in Folge der Corona-Pandemie noch stärker in Erscheinung traten.

Aus Beratungssicht wäre es hilfreich, Lieferungen und Verbrauch von Grippe-Impfstoffen zentral nachvollziehen zu können, um zu verhindern, dass es in einigen Regionen zu Engpässen kommt, während anderswo Impfdosen nicht aufgebraucht werden.

¹⁸ PEI: [Wenn ein Grippe-Impfstoff nicht erhältlich ist – Aufruf zur Online-Meldung](#). [Zugriff 17.3.2021]

¹⁹ PEI: [Impfstoff-Dosen 2020/2021](#). [Zugriff 17.3.2021]

#CORONA-PANDEMIE:

Steiler Anstieg der Corona-Impfberatungen ab Dezember

Anfragen zu Impfungen gegen Atemwegserkrankungen wie Pneumokokken-Infektion und Grippe haben – wie oben dargestellt – in der Patientenberatung im Kontext der Corona-Pandemie zugenommen.

Die Beratungen zu einer möglichen Impfung gegen die Covid-19-Erkrankung stiegen ab Dezember stark an, als in Europa die ersten Impfstoffe zum Einsatz kamen. Die Corona-Impfverordnung trat am 15.12.2020 in Kraft. Am 21.12.2020 hat die europäische Arzneimittelbehörde EMA die Zulassung des ersten Impfstoffes empfohlen. Am gleichen Tag hat die EU-Kommission diesem Impfstoff die Zulassung erteilt, am 27.12.2020 wurde in Deutschland mit den Impfungen begonnen.

Die Anfragen zum Thema Impfen waren zunächst geprägt von Angst vor einer möglichen Impfpflicht und von Bedenken, ob der schnelle Zulassungsprozess ausreichende Sicherheit gewährt.

Zum Jahreswechsel zeichnete sich ab, dass die Corona-Impfung im Jahr 2021 voraussichtlich eins der großen Beratungsthemen sein wird. Fragen betrafen nun zunehmend allgemeine Informationen zur Impfung: wie wirksam sie ist, welche Nebenwirkungen auftreten können und ob die Impfung trotz Vorerkrankungen individuell geeignet ist. Viele Fragen betrafen außerdem die Reihenfolge beziehungsweise Priorisierung bei der Impfung und den Zugang – häufig als Beschwerde vorgebracht. Dabei ging es zum Beispiel um Probleme bei der Terminvereinbarung, insbesondere die nicht altersgerechte Gestaltung der Internetbuchung und die eingeschränkte Erreichbarkeit der Telefon-Hotlines. Auffallend war die emotionale Prägung vieler Anfragen rund um die Corona-Impfungen. Hier spiegelte sich die besonders belastende Situation für Ratsuchende durch die Pandemie und die Priorisierung – einer Situation, die die meisten Menschen in unserem Gesundheitssystem so noch nicht erlebt haben.

4.5 Individuelle Gesundheitsleistungen

Das Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) war mit insgesamt 1.061 Beratungen sowohl in der rechtlichen als auch in der medizinischen Beratung der UPD ein häufiges Beratungsthema. Gegenüber dem Vorjahr (2019: 1.237 Beratungen) lässt sich ein leichter Rückgang beobachten.

Die Fragen der Ratsuchenden zum Thema IGeL stellten sich weitgehend unverändert zu den vorausgegangenen Jahren dar. Wie in den Vorjahren zeigte sich:

- Häufig fehlen Patientinnen und Patienten neutrale und umfassende Informationen zu Risiken und Nutzen der angebotenen Leistungen. Sie befürchten zum Teil, dass finanzielle Interessen der Ärztinnen und Ärzte eine größere Rolle spielen könnten als medizinische Überlegungen. Die Beraterinnen und Berater

erläutern, warum es sich um eine IGeL handelt und welche Leistungen gegebenenfalls alternativ als Kassenleistung infrage kommen. Sie informieren über Nutzen und Risiken der jeweiligen Leistungen auf Grundlage evidenzbasierter Informationsquellen. Dabei weisen sie die Ratsuchenden auf Informationsplattformen wie beispielsweise den IGeL-Monitor oder Gesundheitsinformationsseiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hin. Eine unabhängige und neutrale Stelle, die Informationen zu allen IGeL anbietet, ist nach wie vor nicht verfügbar. Aus Patientensicht wäre eine solche Informationsstelle hilfreich.

- Eine besondere Situation in diesem Zusammenhang ist die Anerkennung neuer Behandlung- und Untersuchungsmethoden: Es kommt vor, dass der Gemeinsame Bun-

desausschuss (G-BA) vielversprechende neue Verfahren noch nicht geprüft und bewertet hat. Diese sind dann bis zur Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung im ambulanten Bereich oft nur als IGeL erhältlich. Anders ist es im stationären Bereich: Hier können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch ohne positiven Beschluss des G-BA erbracht werden. Zwar dürfen Krankenkassen zur Fortentwicklung der Versorgung freiwillig Leistungen erbringen, welche vom G-BA nicht ausgeschlossen sind. Hiervon machen aber nur wenige Krankenkassen Gebrauch. Für Betroffene bedeutet das unter Umständen, dass es eine Behandlungsmöglichkeit geben könnte, die jedoch ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigt.

- ◆ Rechtliche Anfragen zum Thema IGeL betreffen häufig die Aufklärungspflicht von Ärztinnen und Ärzten: Hiernach müssen diese Patientinnen und Patienten sachlich, umfassend und verständlich über die geplante Maßnahme – insbesondere über Risiken und mögliche Nebenwirkungen – aufklären und ihnen mögliche Alternativen aufzeigen. Die Beraterinnen und Berater der UPD erläutern auch, dass Ärztinnen und Ärzte die voraussichtliche Höhe der

Behandlungskosten nennen müssen. Wenn Vertragsärztinnen und -ärzte – also Ärztinnen oder Ärzte mit einer Kassenzulassung – IGeL gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbringen wollen, müssen sie darüber einen schriftlichen Behandlungsvertrag schließen. Denn sie können eine Vergütung für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, nur fordern, wenn vor der Behandlung eine schriftliche Zustimmung der oder des Versicherten vorliegt. Das Beratungsteam erläutert, dass sich Betroffene bei Verstoß gegen die genannten Pflichten bei der zuständigen Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung beschweren können. In den Monitoren Patientenberatung der vergangenen Jahre hat die UPD die Beratung rund um das Thema IGeL ausführlicher dargestellt.²⁰

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie spielten IGeL eine untergeordnete Rolle. Fragen traten gelegentlich zu Corona-Tests auf: Ratsuchende fragten zum Beispiel, in welchen Situationen sie den Test selbst bezahlen müssen und wie sie einen Test als Selbstzahlerleistung bekommen können. Dieses Thema wird im Kapitel „Zugang zum Gesundheitssystem“ dargestellt.

4.6 Krankenkasse

Die meisten rechtlichen Beratungen bei der UPD haben mit dem Thema Krankenkasse zu tun. Viele Beratungen betreffen jedes Jahr die Verwaltungspraxis der Krankenkassen, wenn diese zum Beispiel Fristen nicht einhalten oder sich unrechtmäßig verhalten (siehe Kapitel 4.6.1).

Im Berichtsjahr 2020 ging es in über 14.000 Fällen um Fragen rund um das Thema Krankengeld (siehe Kapitel 4.6.2). Über 8.000 Beratungen betrafen das Thema Mitgliedschaft und Beiträge (siehe Kapitel 4.6.3).

4.6.1 Verwaltungspraxis der Krankenkassen

Im Idealfall sollte es wie folgt ablaufen, wenn Versicherte Leistungen von ihrer Krankenkasse benötigen: Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung beantragen sie diese Leistung, die Krankenkasse prüft den Antrag, genehmigt ihn, wenn die

Voraussetzungen erfüllt sind, und am Ende erhalten die Versicherten die beantragte Leistung. In der Praxis kommt es nach Rückmeldungen der Ratsuchenden, die sich deshalb an die UPD wenden, auf diesem Weg jedoch fast immer zu

²⁰ [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.3., Seite 27 ff.; [Monitor Patientenberatung 2018](#), Kapitel 4.3.6, Seite 94 ff.; [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.3.3, Seite 93 ff.

Hürden – die Bandbreite ist groß. Die Krankenkasse muss sich dabei an klare Regeln halten: Sie muss etwa innerhalb bestimmter Fristen entscheiden, Leistungen innerhalb des Leistungskatalogs zwingend gewähren, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, und die Versicherten vollständig und transparent aufklären und beraten. Das betrifft nicht nur Ansprüche und Rechte der Versicherten: Krankenkassen müssen auch transparent machen, wenn sie zum Beispiel den Medizinischen Dienst (MD)²¹ beauftragen oder warum sie wie entscheiden.

Leider zeigte sich im Jahr 2020 erneut, dass einige Krankenkassen sich nicht vollständig an die gesetzlichen Vorgaben hielten und insbesondere beim Thema Transparenz noch viel Luft nach oben ist. In einigen Fällen erweckte das Verhalten der Krankenkassen sogar den Eindruck, dass diese bewusst etwas verschleiern wollten: zum Beispiel, wenn sie eine Entscheidung telefonisch

erlassen oder im Widerspruchsverfahren Zwischennachrichten versendet haben. Was nicht nur die UPD, sondern auch die Fachpresse überraschte: Das Bundessozialgericht hat mit einem neuen Urteil dann sogar dazu beigetragen, dass die Rechte der Versicherten noch stärker eingeschränkt werden (siehe unten).

Im Jahr 2020 berichteten Ratsuchende auch: Unterlagen, die sie per Post an die Krankenkasse versendet hatten, seien nach Auskunft der Sachbearbeiter nie bei der Krankenkasse angekommen. Dies zeigte sich in verschiedenen Zusammenhängen, zum Beispiel in den Beratungen zu zahnmedizinischen Themen, aber auch dann, wenn es um Krankengeld- und sonstige Leistungsanträge von Versicherten ging. Die Gründe dafür sind für die UPD im Einzelnen nicht nachvollziehbar.

IM FOKUS:

Genehmigungsfiktion: Rechtsunsicherheit und Benachteiligung finanziell schwacher Versicherter durch neues Urteil des Bundessozialgerichts

„Ich habe bei meiner Krankenkasse die Kostenübernahme für eine motorbetriebene Bewegungsschiene beantragt, die ich dringend benötige. Die prüfen jetzt seit Wochen. Ich beziehe Arbeitslosengeld II und kann sie auf keinen Fall selbst bezahlen. Was kann ich tun?“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie benötigen eine medizinisch notwendige Leistung und reichen einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse ein. Die Krankenkasse informiert sie daraufhin telefonisch, dass sie nicht innerhalb von drei Wochen über den Antrag entscheiden kann. Andere Ratsuchende berichten, die Krankenkasse habe ihnen mitgeteilt, dass der Medizinische Dienst den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen prüfen könne. Manche Ratsuchende entscheiden sich daraufhin, die beantragte Leistung selbst zu bezahlen.

Die Ratsuchenden sind verunsichert: Einige von ihnen wissen zwar, dass die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Zeit über ihren Antrag auf eine Leistung entscheiden muss. Sie können aber nicht einschätzen, was es bedeutet, wenn ihre Krankenkasse telefonisch mitteilt, dass sie die Fristen nicht einhalten oder der Medizinische Dienst den Antrag nicht rechtzeitig prüfen kann. Andere Ratsuchende sind verwirrt, weil sie nicht wissen, ob die Krankenkasse auch innerhalb von drei oder fünf Wochen über ihren Widerspruch entscheiden muss. Entscheiden sich Ratsuchen-

²¹ Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird seit dem MDK-Reformgesetz einheitlich unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst (MD) geführt.

de, die Leistung selbst zu beschaffen, möchten sie wissen, ob die Krankenkasse die Kosten erstatten wird. Viele Ratsuchende sind besorgt, weil sie wirtschaftlich nicht in der Lage sind, sich die

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die Fristen, innerhalb derer die Krankenkassen über einen Antrag auf Leistungen entscheiden müssen. Sie erklären, unter welchen Voraussetzungen die Fristen verlängert sein können und welche Handlungsmöglichkeiten Versicherte haben, wenn die Krankenkasse die Frist ohne hinreichenden Grund überschritten hat. Gilt die beantragte Leistung aufgrund einer Fristüberschreitung als genehmigt, konnten die Beraterinnen und Berater bis zum Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Mai 2020²² erklären, dass Ratsuchende damit einen Anspruch auf die

Fachlicher Hintergrund

Stellen Versicherte bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Sach- oder Dienstleistungen, muss die Krankenkasse hierüber zügig beziehungsweise innerhalb kurzer Fristen entscheiden: Diese betragen drei beziehungsweise bei Einschaltung des MD fünf Wochen (§ 13 Absatz 3a SGB V). Kann sie die Fristen nicht einhalten, muss die Krankenkasse dies rechtzeitig schriftlich begründen. Die Gründe dürfen nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen. Gründe im Verantwortungsbereich der Krankenkassen, die nicht zu einer Verlängerung der Frist führen, sind zum Beispiel Arbeitsüberlastungen ihrer Beschäftigten oder Verzögerungen durch die Gutachter. Versäumt die Krankenkasse diese Fristen und hat sie die Verzögerung nicht hinreichend begründet, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V).

Bis Mitte des Jahres hatten Versicherte in diesem Fall einen eigenständig durchsetzbaren Anspruch auf die Leistung, zum Beispiel auf Versorgung mit

Leistung vorab selbst zu beschaffen, die sie aber dringend benötigen – insbesondere dann, wenn es zum Beispiel um teure Arzneimittel geht.

Leistung haben oder sich diese selbst beschaffen können, um dann die Erstattung der Kosten zu verlangen.

Seit dem Urteil weisen die Beraterinnen und Berater darauf hin, dass die Betroffenen nur die Möglichkeit haben, die Leistung vorab selbst zu bezahlen und von ihrer Krankenkasse die Erstattung der Kosten zu verlangen. Sie erläutern, dass dies nur in dem Zeitfenster von Überschreitung der Frist bis zur (verspäteten) bindenden Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag gilt.

einem Medikament. Konnte die Krankenkasse die Leistung nicht als Sachleistung erbringen, war der Anspruch der Versicherten auf Freistellung von der Zahlungspflicht und auf Zahlung der Krankenkasse an den Leistungserbringer gerichtet.²³ Versicherte konnten die beantragte Leistung beanspruchen, auch wenn die Krankenkasse später den Antrag ablehnte.

Dies gilt seit dem Urteil des BSG vom 26. Mai 2020 nicht mehr.²⁴ Danach haben Versicherte bei Eintritt der Genehmigungsfiktion keinen Anspruch auf Naturalleistung. Sie haben nur ein (vorläufiges) Recht darauf, sich die Leistung selbst zu beschaffen und die Beschaffungskosten von der Krankenkasse erstatten zu lassen. Das bedeutet, dass die Regelung nur für diejenigen Versicherten Wirkung entfaltet, die in der Lage sind, die entsprechenden Kosten vorzuschießen. Zudem hat die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Antrags auf Leistungen nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes: Die Krankenkasse ist

²² BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Aktenzeichen B 1 KR 9/18 R

²³ zum Beispiel BSG, Urteil vom 26. Februar 2019, Aktenzeichen B 1 KR 26/16 R – Rn 11

²⁴ BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Aktenzeichen B 1 KR 9/18 R

nach der Entscheidung des BSG weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den Antrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen. Sobald sie über den Antrag bindend entschieden hat, endet das Recht, sich die Leistung auf Kosten der Krankenkasse selbst zu beschaffen.

Die ganze Härte des Urteils zeigt sich bei der Beantragung kostspieliger einmaliger Anschaffungen wie zum Beispiel einem teuren Gerät zur Behandlung der Schlafapnoe. Kann sich die finanziell gut gestellte Person nach Fristablauf – aber vor Entscheidung – das beantragte Gerät selbst beschaffen, so kann hier die Kostenerstat-

tung von der Krankenkasse verlangt und das Gerät behalten werden. Kann nicht in Vorleistung gegangen werden, so ist die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Lehnt die Krankenkasse nun verspätet ab, haben die Versicherten nur die Möglichkeit, Widerspruch zu erheben.

Die für die Genehmigungsfiktion geltenden Entscheidungsfristen sind nicht auf den Widerspruch anwendbar, den Versicherte gegen die Entscheidung der Krankenkasse einlegen können.²⁵ Die Krankenkasse muss also nicht innerhalb von drei beziehungsweise fünf Wochen über den Widerspruch der Versicherten entscheiden.

FAZIT

Das BSG hat mit seinem Urteil die patientenfreundliche Rechtsprechung zur Genehmigungsfiktion weitgehend zurückgenommen, die es über Jahre entwickelt hatte.

Die Fristenregelung sollte die Patientenrechte im Verwaltungsverfahren gegenüber den

Krankenkassen stärken. Für den großen Teil der finanzschwachen Versicherten ist die Regelung mit der überraschenden Kehrtwende des BSG zu einem "Papiertiger" geworden. Da es für das Widerspruchsverfahren keine festen Entscheidungsfristen gibt, müssen sie oftmals sehr lange auf ihre Leistung warten.

↔ 2020 WEITER AKTUELL:

Was sich manche Krankenkassen einfallen lassen, um Fristen zu umgehen

Bereits im Monitor Patientenberatung 2019 hat die UPD darauf hingewiesen, dass einige Krankenkassen nach Aussagen von Ratsuchenden versuchten, die gesetzlichen Fristen der Genehmigungsfiktion zu umgehen.²⁶ Auch im Berichtsjahr schilderten viele Ratsuchende weiterhin ähnliche Sachverhalte:

So berichteten Ratsuchende, dass Krankenkassen während laufender Bearbeitungsfristen Unterlagen anforderten, die ihnen bereits vorlagen. Auch schilderten manche, dass ihre Krankenkasse die Einschaltung des MD angekündigt hätte, diesen aber dann nicht einmal innerhalb



²⁵ BSG, Urteil vom 24. April 2018, Aktenzeichen B 1 KR 10/17 R

²⁶ [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.4.1., Seite 58ff.

der fünf Wochen kontaktiert hätte: Nach Ablauf der Frist hätten sie dann mitgeteilt, dass noch Unterlagen gefehlt hätten.

Weitere Ratsuchende berichteten, dass die Krankenkasse ihnen einen Tag vor Fristablauf telefonisch mitgeteilt habe, dass es zu einer Verzögerung kommen werde, ein Schreiben aber unterwegs sei. In manchen Fällen würden sie den Antrag dann auch telefonisch ablehnen. Hierdurch

gewinnen die Ratsuchenden teilweise den Eindruck, dass die Krankenkassen erst aktiv werden, wenn sie merken, dass die Frist verstreicht und vermuten dahinter ein systematisches Vorgehen.

Insgesamt haben die Beraterinnen und Berater der UPD den Eindruck, dass Ratsuchende weiterhin kritikwürdiges Verhalten von einigen Krankenkassen erleben – zum Beispiel, wenn die Krankenkassen Fristen umgehen.

IM FOKUS:

Krankenkassen kommen Anspruch auf Haushaltshilfe nicht nach

„Ich war längere Zeit im Krankenhaus und bin noch ziemlich angeschlagen. Ich kann meinen Haushalt unmöglich alleine führen. Da ich alleine bin, kann mir auch zu Hause keiner helfen. Die Klinik hat im Rahmen des Entlassmanagements Haushaltshilfe verordnet. Der Sachbearbeiter meiner Krankenkasse hat aber gesagt, dass ich doch einfach eine Nachbarin fragen oder selbst einen Pflegedienst beauftragen kann. Die Kasse würde dann dafür auch fünf Euro pro Stunde zahlen. Mir scheint das ziemlich wenig. Ich kenne auch niemanden und schaffe es gerade nicht, jemanden zu suchen. Meine Freundin sagt, ich soll bei der UPD nachfragen, ob die Krankenkasse sich nicht darum kümmern muss und was sie zahlen muss, wenn ich doch eine Nachbarin oder Freundin frage. Das wäre mir eine große Hilfe.“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten: Sie können wegen einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einer Reha-Klinik oder wegen gesundheitlicher Einschränkungen den Haushalt nicht weiterführen und/oder ihr Kind betreuen und möchten von der Krankenkasse Hilfe erhalten. Die Krankenkasse verweist sie jedoch darauf, dass die Ratsuchenden sich selbst jemanden suchen sollen und sie die Kosten bis zu einer bestimmten Höhe übernimmt. In vielen Fällen sind die Betroffenen körperlich oder seelisch nicht in der Lage, sich

selbst darum zu kümmern, brauchen aber dringend Unterstützung. Oder sie stellen fest, dass die Krankenkasse nur Kosten in Höhe unter dem Mindestlohn übernehmen will und finden hierfür keine Hilfe. Einige haben davon gehört, dass sie einen Anspruch darauf haben, dass die Kasse ihnen eine Haushaltshilfe stellt. Sie sind verwirrt, weil die Krankenkasse sich weigert, ihnen eine Kraft zu stellen, ohne einen Grund anzugeben. In dieser Situation wenden sie sich an die UPD.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erklären den Ratsuchenden, dass sie einen Anspruch darauf haben, dass die Krankenkasse ihnen die Haushaltshilfe stellt. Sie erläutern den Ratsuchenden die Voraussetzungen für den Anspruch und wie sie den Antrag stellen können. Zudem weisen sie die Ratsuchenden darauf hin, dass die Krankenkasse verpflichtet ist, sie zu beraten und bei der Suche

nach einer geeigneten Haushaltshilfe zu unterstützen. Außerdem erklären sie, dass die Kassen die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe erstatten müssen. Zuletzt erläutern die Beraterinnen und Berater die Möglichkeit, gegen eine ablehnende Entscheidung Widerspruch einzulegen.

Fachlicher Hintergrund

Versicherte haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 1 SGB V). Das gilt zum Beispiel dann, wenn

- 1. sie wegen einer Krankenhausbehandlung, einer medizinischen Vorsorgeleistung, einer medizinischen Reha oder bei häuslicher Krankenpflege den Haushalt nicht weiterführen können, 2. ein Kind im Haushalt lebt, das unter zwölf Jahre alt oder behindert ist und 3. keine weitere Person im Haushalt lebt, die den Haushalt weiterführen kann.
- 1. ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht möglich ist und sie 2. nicht pflegebedürftig mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 sind und 3. keine weitere Person im Haushalt lebt, die den Haushalt weiterführen kann.
- die Krankenkasse durch Satzung bestimmt, dass auch in weiteren als den im Gesetz genannten Fällen ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht (§ 38 Abs. 2 SGB V).

Der Anspruch besteht grundsätzlich auf eine Sachleistung: Die Krankenkasse muss also eine geeignete Haushaltshilfe bereitstellen. Dazu kann sie eigene Personen einstellen oder Verträge mit geeigneten Leistungsanbietern schließen. Sie kann anstelle der Sachleistung in zwei Fällen ausnahmsweise die Kosten für eine von den Versicherten selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe erstatten (§ 38 Abs. 4 SGB V):

1. Die Krankenkasse kann keine Haushaltshilfe stellen (zum Beispiel, weil sie nicht schnell genug ist) oder

2. es besteht ein anderer Grund, davon abzuweichen (zum Beispiel, weil der Versicherte den Wunsch dazu äußert oder eine preiswertere Kraft organisieren kann).

Nur in diesen Fällen darf die Krankenkasse davon abweichen, eine geeignete Haushaltshilfe zu beschaffen und muss dann die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe erstatten. Laut den Spitzenverbänden soll die Erstattung auf einen Höchstbetrag von 2,5 % der monatlichen Bezugsgröße begrenzt werden (im Jahr 2020: 10 Euro pro Stunde).²⁷

Das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) hat bereits mehrfach die Sicherstellung der Versorgung mit einer Haushaltshilfe aufsichtsrechtlich geprüft.

Im Februar 2021 äußerte sich das BAS in einem Rundschreiben: Es habe sich gezeigt, dass nicht alle Krankenkassen flächendeckende Verträge mit Leistungserbringern geschlossen haben. Es sei fraglich, ob die Beratungsqualität gegenüber den Versicherten in allen Fällen zufriedenstellend ist. Das BAS regt den Kassen gegenüber an, den Versicherten Merkblätter und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Arbeitsanweisungen zur Verfügung zu stellen: Auf diese Weise sollen die Krankenkassen ihre Versicherten darüber informieren, dass sie die Haushaltshilfe als Sachleistung in Anspruch nehmen und diese letztlich nur alternativ auf Kosten der Krankenkasse selbst beschaffen können.²⁸ Die Aufsichtsbehörde fordert die Krankenkassen auf, bei der Berechnung der Kostenerstattung den Empfehlungen der Spitzenverbände zu folgen. Sofern Versicherte einen Pflegedienst beauftragen, sollen die Kosten für den ortsüblichen Lohn einer Pflegekraft erstattet werden.

²⁷ Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9.12.1988 zu § 38 SGB V

²⁸ Schreiben des BAS vom 4. Februar 2021, Aktenzeichen 211-5152.5-2875/2016

FAZIT

Beantragen Versicherte bei ihrer Krankenkasse eine Haushaltshilfe, verweisen einige Krankenkassen direkt auf die Möglichkeit, sich diese auf Kosten der Kasse selbst zu beschaffen. Das BAS hat sich als zuständige Aufsichtsbehörde bereits dieser Problematik angenommen. Flächendeckende Verträge sind noch nicht überall vorhanden. Es ist erfreulich, dass das BAS hier aktiv geworden ist. Nach den Schilderungen der Ratsuchenden

scheinen die Krankenkassen jedoch weiterhin an ihrem Vorgehen festzuhalten. Wurde in der Vergangenheit ins Feld geführt, es gäbe zu wenige Anbieter solcher Leistungen, so kann dies heute im Regelfall nicht mehr gelten: Denn zwischenzeitlich gibt es den monatlichen Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige, den diese für haushaltsnahe Dienstleistungen aufwenden können.

IM FOKUS:

Wenn Krankenkassen eine Entscheidung telefonisch mitteilen

“ Ich bin seit einiger Zeit krankgeschrieben und bekomme Krankengeld. Gestern hat mich eine Sachbearbeiterin der Krankenkasse angerufen und gesagt: „Wir wollen nur vorsorglich Bescheid sagen. Das Krankengeld wird ab Donnerstag eingestellt. Gehen Sie schon mal zur Arbeitsagentur.“ Ich bin total verzweifelt. Ich bin doch noch krankgeschrieben! Wie soll ich meine Miete bezahlen, wenn ich kein Krankengeld mehr bekomme? Es ist so schon schwierig genug. Was soll ich tun? “

Das berichten Ratsuchende

Einige Ratsuchende berichten: Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter ihrer Krankenkasse rufen sie an und teilen ihnen in einem kurzen Telefonat mit, dass die Krankenkasse ihren Antrag auf eine Leistung abgelehnt hat oder die Zahlung von Krankengeld einstellt. Zum Beispiel handelt es sich dabei um umfangreiche Anträge auf Kostenübernahme für eine Reha-Maßnahme, die die Ratsuchenden

mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt ausgefüllt haben. Die Ratsuchenden sind dadurch sehr verunsichert, verstehen die Entscheidung nicht und wissen nicht, was sie nun tun können. Geht es um die Einstellung der Zahlung von Krankengeld, haben manche Ratsuchende Existenzängste, weil sie von dem Krankengeld leben müssen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden, dass die Krankenkasse grundsätzlich einen Bescheid mündlich erlassen kann. Sie empfehlen den Ratsuchenden aber, unverzüglich eine schriftliche Bestätigung zu verlan-

gen. Ergänzend weisen sie darauf hin, dass die Krankenkasse in dem schriftlichen Bescheid ihre Entscheidung begründen muss. Sie erklären, dass die Ratsuchenden in jedem Fall Widerspruch einlegen können.

Fachlicher Hintergrund

Eine Behörde kann einen Verwaltungsakt auch mündlich erlassen (§ 33 Abs. 2 SGB X). Diesen muss sie schriftlich bestätigen, wenn Betroffene

hieran ein berechtigtes Interesse haben und die schriftliche Bestätigung unverzüglich verlangen. Für das berechtigte Interesse genügt es, dass

Betroffene einen Nachweis für die Entscheidung der Kasse haben möchten.

Die Krankenkasse muss einen schriftlich bestätigten Verwaltungsakt begründen (§ 35 Abs. 1 SGB X). Dafür muss die Krankenkasse ihre wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Entscheidungsgründe mitteilen. Eine bloße Wiederholung der gesetzlichen Voraussetzungen mit dem abschließenden Hinweis, dass diese nicht vorliegen, reicht nicht aus. Bei Ermessensentscheidungen –

also wenn sie einen gewissen Spielraum für eine eigene Entscheidung hat – gilt: Die Begründung muss die Umstände erkennen lassen, von denen sie bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist. Sie muss also ihre Erwägungen zur Recht- und Zweckmäßigkeit ihrer Entscheidung erläutern. Die Betroffenen sollten dadurch die Möglichkeit haben, zu beurteilen, ob zum Beispiel eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung Erfolg verspricht.

FAZIT

Oft teilen Krankenkassen Betroffenen ablehnende Entscheidungen telefonisch mit. Sie überrumpeln die Betroffenen, weil diese so schnell nicht in der Lage sind, mögliche Gründe nachzuvollziehen. In vielen Fällen begründen die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter ihre Entscheidung auch gar nicht. Sind Ratsuchende auf die Leistung angewiesen und müssen davon leben, können solche telefoni-

schen Mitteilungen sehr besorgniserregend sein. Betroffene wissen oftmals nicht, wie sie sich wehren können. Ein ordnungsgemäßer schriftlicher Bescheid mit Begründung und Rechtsbehelfsbelehrung würde mehr Rechtssicherheit schaffen. Denn nur, wenn sie den Grund für eine Entscheidung der Krankenkasse kennen, können Betroffene ihre Rechte gezielt wahrnehmen.

IM FOKUS:

Undurchsichtige Begutachtungen

„*Ich bin wegen zwei schweren Bandscheibenvorfällen krankgeschrieben. Dann bekam ich einen Brief von meiner Krankenkasse, dass die Arbeitsunfähigkeit demnächst enden sollte. Ich frage mich, ob das rechtens ist, weil weder für mich nachvollziehbare medizinische Gründe genannt werden noch wer mit welcher Qualifikation diese Aberkennung der Arbeitsunfähigkeit feststellte.*“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten mitunter über fehlerhafte gutachtliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes (MD): Zum Teil enthalten die Gutachten nachweislich falsche Daten und Namen. In anderen Fällen geben die Gutachten Angaben der Ratsuchenden in einer persönlichen Begutachtung falsch wieder. Oft gibt es auch das Problem, dass der MD keine aktuellen Befunde, sondern veraltete Unterlagen für die Begutachtung heranzieht.

Andere Ratsuchende sind überrascht, dass die Krankenkasse eine sozialmedizinische Beurteilung eingeholt hat. Manchmal ist ihnen diese gar nicht bekannt und sie fragen sich, wie der MD zu einer bestimmten Aussage gekommen ist. Manche haben eine Kopie der Begutachtung angefordert: Hieraus sei nicht immer zu erkennen, welcher Arzt oder welche Ärztin welcher Fachrichtung den Sachverhalt begutachtet hat.

Andere Ratsuchende berichten, dass Gutachter aus einer Fachrichtung kamen, die nicht zu ihrer Erkrankung passten, dass zum Beispiel ein Augenarzt einen Darmverschluss begutachtete.

In den meisten Fällen fühlen Ratsuchende sich ohnmächtig und der Beurteilung des MD aus-

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden darüber, in welchen Fällen es gesetzlich vorgesehen ist, den MD einzubeziehen. Sie erklären die Rolle des MD als beratendes Organ der Kranken- und Pflegekassen in medizi-

Fachlicher Hintergrund

Muss die Krankenkasse einen Sachverhalt ermitteln, bestimmt sie selbst Art und Umfang der Ermittlungen von Amts wegen (§ 20 SGB X). Dazu gehört auch die Einholung von Auskünften (§ 100 Abs. 1 SGB X). Darüber hinaus ist sie verpflichtet, sich unter bestimmten Voraussetzungen an den MD zu wenden (§ 275 SGB V).

Oft hängt der Anspruch auf eine ärztlich verordnete Leistung oder Krankengeld von der sozialmedizinischen Beurteilung des MD ab. Hat die Krankenkasse einen Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit abgelehnt, ohne den MD zu befragen, gilt seit Januar 2020: Sie muss eine gutachtliche Stellungnahme des MD einholen, bevor sie einen Widerspruchsbescheid erlässt (§ 275 Absatz 3b SGB V). Ebenso gilt seitdem, wenn die Krankenkasse einen Leistungsantrag ablehnt: Sie muss Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des MD und die wesentlichen Gründe für ihre Entscheidung in verständlicher und nachvollziehbarer Form mitteilen. Zudem muss sie auf die Beschwerdemöglichkeit bei der unabhängigen Ombudsperson hinweisen (§ 275 Absatz 3c SGB V).

Begutachtungsanleitungen zeigen, welche Prüfkriterien der MD anwendet. Der MD Bund ist befugt, Richtlinien zu erlassen, die für den MD verbindlich sind (§ 283 Absatz 2 SGB V). Versicherte

geliefert. Sie können nicht nachvollziehen, wieso eine von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt veranlasste Maßnahme durch den MD abgelehnt wird.

Einige Ratsuchende, die eine Begleitperson zum Begutachtungstermin mitnehmen wollten, berichteten, dass ihnen dies untersagt worden sei.

nischen und pflegerischen Fragen. Sie bestärken Ratsuchende in ihrem Recht auf Akteneinsicht. Nicht zuletzt verweisen die Beraterinnen und Berater auf die Begutachtungsanleitungen des MD, die für diesen verbindlich sind.



haben das Recht auf Akteneinsicht und damit das Recht, die Begutachtungen des MD in Kopie zu verlangen. So können sie erkennen, wie ausführlich der MD die Frage der Krankenkasse beantwortet hat, auf welchen Dokumenten die Begutachtung beruht und ob sich der MD bei unklarer Sachlage zusätzliche Informationen zur Beurteilung eingeholt hat.

Bestenfalls lassen die Unterlagen erkennen, ob der Gutachter oder die Gutachterin zu dem Fachgebiet der beantragten Leistung passt. Die gutachtliche Argumentation lässt sich so nachvollziehen und mit der ärztlichen Begründung abgleichen.

Versicherte haben keinen Rechtsanspruch auf eine Begleitperson zu einer persönlichen Begutachtung durch den MD. Sie sind auf das jeweilige Entgegenkommen des MD angewiesen.

FAZIT

Versicherte sind das schwächste Glied im System. Von ihren Ärztinnen und Ärzten benötigen sie bei Anträgen auf Leistungen eine fachliche Begründung, damit eine sachgerechte Begutachtung überhaupt möglich ist. Auf der anderen Seite sind sie auf ordnungsgemäße Begutachtungen des MD angewiesen. Dazu gehört, dass Gutachterinnen und Gutachter mit entsprechender fachlicher Qualifikation die Fälle bearbeiten. Leider berichten Ratsuchende der UPD immer wieder von fehler- und lückenhaften Gutachten.

Dass die Krankenkassen seit Januar 2020 verpflichtet sind, den Versicherten das Ergebnis einer Begutachtung in verständlicher und nachvollziehbarer Form mitzuteilen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wünschenswert wäre zudem, dass die Krankenkassen den Versicherten regelmäßig und ungefragt eine Kopie der gutachtlichen Stellungnahme zur Verfügung stellen. Aus Sicht der Patientenberatung sollte eine Begleitung bei persönlicher Untersuchung grundsätzlich möglich und klar geregelt sein.

2020 WEITER AKTUELL:**Wenn Zwischennachrichten im Widerspruchsverfahren unzulässig sind**

Im Jahr 2020 gab es bei der UPD 10.510 Beratungen rund um das Thema Widerspruch und damit weniger als im Vorjahr (2019: 13.233). Dieses Thema war immer noch relevant: Einige Krankenkassen versendeten im Widerspruchsverfahren weiterhin unzulässige Zwischennachrichten. Die UPD hat bereits in den Monitoren Patientenberatung der Jahre 2017, 2018 und 2019 darüber berichtet.²⁹

Erfreulich ist, dass einige Akteure im Gesundheitswesen die Kritik der UPD aufgegriffen haben. So wies das BAS als Aufsichtsbehörde in seinem mittlerweile dritten Schreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen erneut darauf hin, dass es im Austausch mit weiteren Institutionen weiterhin Beschwerden zum Thema feststellen musste: Einige Krankenkassen fordern nach Schilderungen von Versicherten diese auf, ihnen mitzuteilen, ob sie den Widerspruch aufrechterhalten wollen, obwohl kein neuer Sachverhalt oder sonst relevanter Anlass vorliegt.³⁰ In diesen Fällen formulieren sie ihre Schreiben oft so, dass

sie ihre Versicherten im Glauben lassen, die Ablehnung des Widerspruchs sei bereits beschlossen und informieren teilweise auch nicht darüber, dass Versicherte gegen den Bescheid nicht mehr gerichtlich vorgehen

können, wenn sie ihren Widerspruch zurücknehmen. Obwohl das BAS in dem Schreiben Ende August 2020 die Krankenkassen nachdrücklich darauf hinweist, die Versichertenrechte zu beachten und Verwaltungsverfahren einzuhalten, nahmen zum Ende des Berichtsjahres solche Zwischenbescheide nach Erfahrung der Beraterinnen und Berater wieder zu.

Es wäre daher wünschenswert, wenn die Problematik noch stärker in den Fokus der Akteure im Gesundheitswesen rückt, um ein solches Verhalten dauerhaft und nachhaltig zu unterbinden.



²⁹ [Monitor Patientenberatung 2017, Kapitel 3.1.1, Seite 36 ff.](#); [Monitor Patientenberatung 2018, Kapitel 4.1.1., Seite 37 ff.](#); [Monitor Patientenberatung 2019, Kapitel 8.4., Seite 55.](#)

³⁰ [Schreiben des Bundesamtes für Soziale Sicherung an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 24. August 2020, Aktenzeichen 211-4140-4292/2013](#); [Gesetzliche Krankenversicherung – Verwaltungsverfahren – Ergänzung zu dem Rundschreiben, Hinweise zur Durchführung des Widerspruchsverfahrens bei gesetzlichen Krankenkassen vom 27. Juni 2018, Aktenzeichen 211-4140-4292/2013](#)

4.6.2 Krankengeld

In 14.212 Beratungen ging es um das Thema Krankengeld, etwa 500 mehr als im Vorjahr (2019: 13.834). Damit bleibt das Krankengeld eines der am häufigsten nachgefragten Themen in der Patientenberatung.

Zwar sind im Vergleich zum Vorjahr die Beratungen zu Dauer, Aussteuerung und Aufforderung zur Reha mit einer Anzahl von 2.680 deutlich rückläufig (2019: 3.689). Dafür sind die Beratungen mit allgemeinen Informationen zum Krankengeld mit 3.305 an die erste Stelle gerückt (2019: 2.519). Mögliche Ursachen hierfür könnten die sehr dynamische Situation rund um die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit während der Corona-Pandemie, die durch die Pandemie bedingten Einschränkungen im Bereich der Rehabilitation oder auch vermehrte Fragen zur Berechnung des Krankengeldes bei Bezug von Kurzarbeitergeld sein. Beratungen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind mit 1.941 unverändert auf einem hohen Niveau (2019: 1.934 Beratungen).

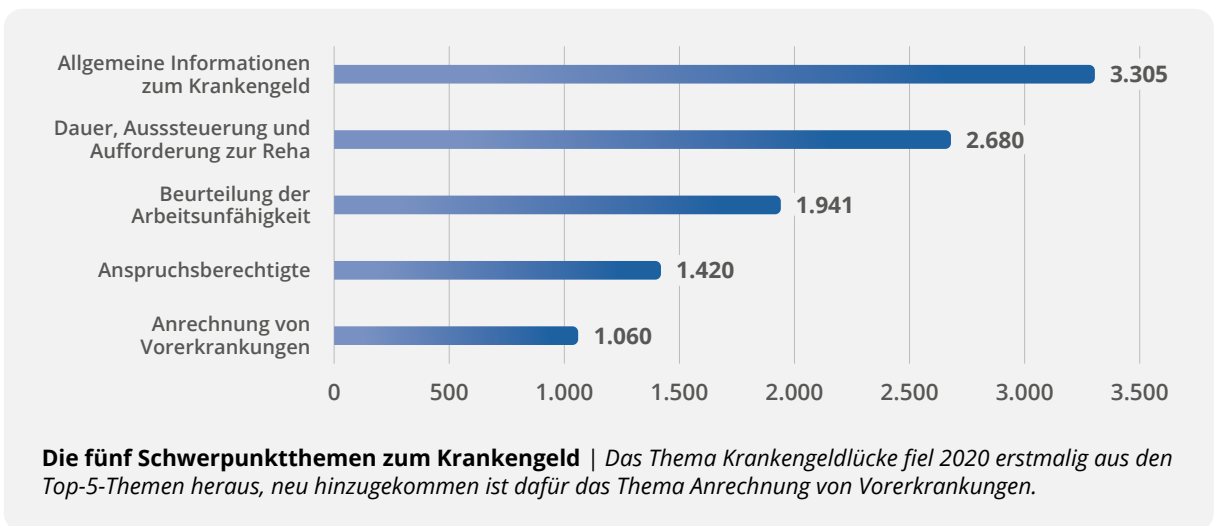
In den Beratungen zum Krankengeld tauchten dabei immer wieder Themen auf, die nicht neu sind: Beispielsweise gerieten Ratsuchende durch falsch verstandenes Krankengeld-Fallmanagement unter Druck (siehe Kapitel 4.6.2) oder sie konnten die notwendige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) nicht nachvollzie-



hen (siehe Kapitel 4.6.1). Auch riefen bei der UPD zutiefst verunsicherte Ratsuchende an, weil ihre Krankenkasse ihnen telefonisch mitgeteilt hatte, dass sie ihr Krankengeld eingestellt hat (siehe Kapitel 4.6.1).

Mit 1.060 Beratungen ist das Thema Anrechnung von Vorerkrankungen in den Vordergrund gerückt. Die Beraterinnen und Berater informieren und beraten in diesem Fall, wie Krankenkassen sogenannte Blockfristen bilden und unter welchen Voraussetzungen dabei Vorerkrankungen angerechnet werden.

Dagegen verstärkt sich die erfreuliche Entwicklung durch die gesetzlichen Regelungen zur Schließung der sogenannten Krankengeldlücke: Die Beratungszahlen sind im Verhältnis zum Vorjahr um etwa die Hälfte auf 548 gesunken (2019: 1.012 Beratungen).




IM FOKUS:

Krankengeldfallmanagement in der Kritik

“ Seit 2019 befinde ich mich im Krankengeldbezug nach einer großen Herzoperation. Jede Woche werde ich von der Krankenkasse angerufen. Ich habe mittlerweile mit vier verschiedenen Sachbearbeitern gesprochen und weiß schon gar nicht mehr, wer für mich zuständig ist. Oft sind es mehrere Anrufversuche täglich, neulich waren es vier! Beim letzten Anruf hat mir die Dame geraten, das Arbeitsverhältnis zu kündigen und mich beim Arbeitsamt zu melden. Sie hat mir zig Fragen gestellt, zum Beispiel: „Was ist die Prognose der Ärzte? Merken Sie eine Besserung? Wer unterstützt Sie zuhause? Wann waren Sie zuletzt beim Arzt? Bei welchem Arzt? Wann gehen sie erneut zum Arzt?“ Ich war fix und fertig! Ein weiterer Anruf geht über meine jetzigen Kräfte hinaus. ”

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die Krankengeld beziehen, berichten regelmäßig von Anrufen der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter ihrer Krankenkassen. Immer wieder kommt es vor, dass diese sie zum Beispiel auffordern, ihr Arbeitsverhältnis zu kündigen. Sie sagen dann zu ihnen Dinge wie: „Stellen Sie sich nicht so an. Liegen Sie den Versicherten nicht auf der Tasche.“ In einigen Fällen informieren sie die Ratsuchenden darüber, dass sie nach der Aussteuerung für dieselbe Erkrankung nie wieder Krankengeld beanspruchen dürfen. Sie teilen ihnen mit, dass sie die Arbeitsunfähigkeit nur dann anerkennen würden, wenn die Ratsuchenden die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung persönlich vorbeibringen. Sie entscheiden das

Krankengeld einzustellen, ohne den MD zu befragen. Darüber hinaus kommt es vor, dass sie sich auf eine Stellungnahme des MD beziehen, die sie nicht einmal eingeholt haben. Arbeitsunfähige Versicherte, die verreisen wollen, fordern sie auf, Urlaub bei ihrem Arbeitgeber zu nehmen.

Die Ratsuchenden empfinden solche Aussagen als unfreundlich und respektlos. Oft fürchten sie sich sogar vor den Anrufen der Krankenkassen. Sie haben Angst, ihr Krankengeld zu verlieren und etwas falsch zu machen und wissen nicht, ob die Krankenkasse diese Dinge von ihnen verlangen darf.



So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater hören in diesen oft emotional belasteten Anliegen zu und klären das konkrete Anliegen der Betroffenen. Sie erklären die Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld, was den Krankenkassen dabei rechtlich erlaubt ist und was nicht und was die Versicherten tun können. Sie erläutern die Mitwirkungspflichten von Versicherten, die Krankengeld beantragt haben oder Krankengeld erhalten und die Folgen fehlender Mitwirkung. Sie bestärken

die Ratsuchenden darin, eine für sie verträgliche Kommunikationsform zu wählen und sich fragliche Aussagen und Aufforderungen schriftlich geben zu lassen. Nicht zuletzt weisen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden darauf hin, dass sie in jedem Fall gegen die Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einlegen und sich in bestimmten Fällen bei der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen beschweren können.

Fachlicher Hintergrund

Versicherte, die Krankengeld beziehen, haben das Recht auf individuelle Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch ihre Krankenkasse (§ 44 Absatz 4 SGB V). Das Angebot ist für die Versicherten freiwillig. Die Krankenkasse muss sie vorher darüber schriftlich informieren und die schriftliche Einwilligung der Versicherten einholen. Die schriftliche Information muss den Hinweis enthalten, dass die Versicherten ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können. Nehmen Versicherte das Angebot nicht an, darf dies keine leistungsrechtlichen Konsequenzen haben.

wegen fehlender Mitwirkung erst dann versagen oder entziehen, wenn sie zuvor auf diese Folge schriftlich hingewiesen hat (§ 66 Absatz 3 SGB I). Es gehört nicht zu den Mitwirkungspflichten der Versicherten sicherzustellen, dass sie für ihre Krankenkasse telefonisch erreichbar sind. Fühlen sie sich durch die wiederholten Anrufe belastet, können sie verlangen, nur noch schriftlich mit der Krankenkasse zu kommunizieren.

Davon zu unterscheiden sind Mitwirkungspflichten von Versicherten, wenn sie Krankengeld beantragt haben oder beziehen. So müssen sie zum Beispiel alle Tatsachen angeben, die für die Zahlung von Krankengeld erheblich sind (§ 60 Absatz 1 Nr.1 SGB I). Auskünfte, die für den konkreten Fall keine Rolle spielen, darf die Krankenkasse nicht verlangen. Unspezifische Fragen nach dem Befinden oder persönlichen Verhältnissen, zum Krankheitsverlauf, zu Prognosen sowie zur Zukunft des Arbeitsverhältnisses gehören in aller Regel nicht dazu; sie eignen sich nicht, um Informationen zu liefern, die die Krankenkasse zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt. Die Krankenkasse muss ihren Versicherten immer begründen können, für welchen Zweck sie die geforderten Daten zwingend benötigt. Entsprechend haben die Versicherten das Recht auf Information und Beratung gegenüber ihrer Krankenkasse (§§ 13–15 SGB I). Diese darf das Krankengeld

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld (§ 46 Satz 1 SGB V). Die Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen, ist eine ärztliche Aufgabe. Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Krankenkassen dürfen die Arbeitsunfähigkeit nicht selbst beurteilen und daraufhin die Zahlung des Krankengeldes einstellen. Sie dürfen auch keine arbeitsrechtlichen Maßnahmen verlangen und davon abhängig machen, ob die Krankenkassen Krankengeld zahlen. Um Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen oder zur Sicherung des Behandlungserfolges ist die Krankenkasse verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen (§ 275 Absatz 1 Nr. 3a) und b) SGB V). Diese Stellungnahme können Versicherte im Rahmen ihres Rechts auf Akteneinsicht in Kopie verlangen (§ 25 SGB X). So können Versicherte sicher sein, dass der MD den Vorgang geprüft hat, die Gründe für seine Entscheidung besser nachvollziehen und diese mit den Ärztinnen oder Ärzten besprechen, die sie krankschreiben.

FAZIT

Nach den Berichten der Ratsuchenden, die Krankengeld beziehen, rufen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen sie wiederholt an, fragen sie aus und sind dabei teilweise unfreundlich und respektlos. Zusammenfassend entsteht für Ratsuchende ein Bild von Schikane und Überschreitung von Kompetenzen beim Krankengeldbezug. Die UPD beobachtet in der Beratung stark kritikwürdiges Verhalten von Krankenkassen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern, durch das Versicherte im Krankengeldbezug regelrecht müde gemacht werden. Die Betroffenen haben regel-

mäßig den Eindruck, dass es den Krankenkassen in diesen Fällen darum geht, sie so schnell wie möglich und in rücksichtsloser Form aus dem Krankengeldbezug herauszudrängen. Entsprechendes Vorgehen sollte konsequent unterbunden werden. Das BAS betont, dass Krankenkassen bei der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Abs. 4 SGB V keinerlei Druck auf arbeitsunfähige Versicherte ausüben dürfen.³¹ Es empfehle sich ohnehin, direkte telefonische Kontaktaufnahmen – insbesondere bei Personen mit Diagnosen im psychotherapeutischen Bereich – zu vermeiden.

IM FOKUS:**Wiederholte Wartezeit auf Krankengeld bei Selbstständigen**

„*Ich bin selbstständiger Handwerker und hatte einen Bandscheibenvorfall. Nachdem ich zwei Wochen Krankengeld erhalten hatte, habe ich wieder versucht zu arbeiten, um meinen Betrieb aufrecht zu erhalten. Aber es ging nicht. Deshalb musste ich mich doch wieder krankschreiben lassen und habe Krankengeld beantragt, aber die Krankenkasse hat die Zahlung abgelehnt und gesagt, sie würde wieder erst ab der siebten Woche zahlen. Ist das rechtmäßig?*“

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die hauptberuflich selbstständig tätig sind, berichten: Sie haben eine Wahlerklärung abgegeben, nach der ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll, damit sie im Krankheitsfall abgesichert sind. Zusätzliche Krankengeld-Wahltarife können sie sich nicht leisten. Sie berichten, dass die Krankenkasse jedes Mal eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen verlangt, bevor sie Krankengeld

zahlt. Die Ratsuchenden sind darüber verwundert, weil das Formular der Wahlerklärung darauf nicht hinweist. Einige Ratsuchende berichten, dass sie nur vorübergehend versucht haben, ihrer Tätigkeit nachzugehen, bevor sie sich für dieselbe Krankheit wieder krankschreiben lassen mussten und dass sie so – obwohl ihre Versicherung den Anspruch auf Krankengeld umfasst – trotz langer Erkrankung kaum Krankengeld erhielten.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden über die gesetzlichen Regelungen. Außerdem empfehlen sie vorsorglich Wider-

spruch einzulegen und sich zur Begründung auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu beziehen.³²

³¹ Schreiben des BAS vom 10. Februar 2021, Aktenzeichen 211 – 5120-593/2016 zur gesetzeskonformen Umsetzung der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Abs. 4 SGB V

³² BSG, Urteil vom 28. März 2019, Aktenzeichen B 3 KR 15/17 R

Fachlicher Hintergrund

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige können sich mit Anspruch auf Krankengeld versichern, indem sie eine entsprechende Wahlerklärung gegenüber der Krankenkasse abgeben. Ihr Anspruch auf Krankengeld entsteht dann von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an (§ 46 Satz 4 SGB V).

Krankheitszeiten werden dabei allerdings nicht addiert. Nach Auffassung der Krankenkassen muss jeder einzelne Zeitraum mindestens sechs Wochen dauern: Arbeiten Versicherte also zwischenzeitlich, beginne jeweils erneut die sechswöchige Wartezeit, da das Krankengeld nur nach einer ununterbrochenen Dauer der Arbeitsunfähigkeit gezahlt werde.

Das BSG hat dagegen anders entschieden: Selbstständige, die eine Wahlerklärung abgegeben haben, haben zwar ab der siebten Woche Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit einen Krankengeldanspruch. Dieser erfordert

aber nicht, dass diese Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen bestanden hat.³³

Das BSG argumentiert, dass nach dem Gesetzeswortlaut beides möglich sei – sowohl eine Addition der Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume als auch die Annahme, dass Versicherte jeweils für einen ununterbrochenen Zeitraum von 42 Tagen (sechs Wochen) wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig sein müssen. Eine Sechswochen-Frist müsste im Gesetzestext genannt sein. Auch der Regelung zur Dauer des Krankengeldes liege das Verständnis zugrunde, dass die Arbeitsunfähigkeits-Zeiten – wie bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern – keineswegs zusammenhängend verlaufen müssen (§ 48 SGB V). Für das BSG hat die Gleichbehandlung mit Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen in der Gesetzesbegründung eine wesentliche Rolle gespielt: So sollte für beide das Krankengeld ab der siebten Woche beginnen und der gleiche Beitragssatz gelten.

FAZIT

Selbstständige, die sich über eine Wahlerklärung mit einem Anspruch auf Krankengeld versichert haben, berichten der UPD: Ihre Krankenkassen verlangen jedes Mal eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen, bevor sie Krankengeld zahlen. Das BSG sieht diese Voraussetzung nicht als erfor-

derlich an. Hier braucht es aus Patientenberatungssicht Rechtssicherheit – am besten eine gesetzliche oder untergesetzliche Klarstellung, indem das Urteil in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld³⁴ aufgenommen wird.

4.6.3 Mitgliedschaft und Beiträge

Im Jahr 2020 hat die UPD insgesamt in 8.165 Fällen Fragen rund um Mitgliedschaft und Beiträge beantwortet (2019: 7.762). Spitzenreiter war anders als im Vorjahr das Thema Mitgliedschaft und Statusklärung mit 1.381 Beratungen (2019: 1.021). Knapp dahinter folgten die Beratungen zu Beiträgen, wie zum Beispiel der Rechtmäßig-

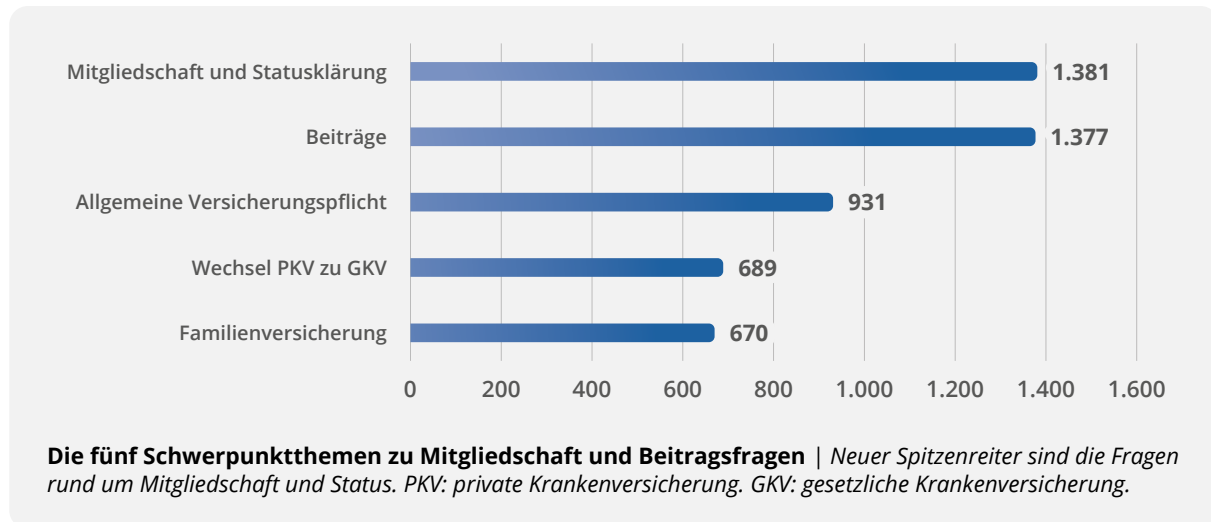
keit der Beitragserhebung oder der Beitragseinstufung. In diesen Bereich fallen auch die Beratungen zu Beitragsschulden, die im Berichtsjahr aber deutlich abgenommen haben, weil die Mindestbemessungsgrundlage gesenkt wurde (siehe unten). In den 689 Beratungen (2019: 892) zum Thema Wechsel von der privaten Kranken-

³³ BSG, Urteil vom 28. März 2019, Aktenzeichen B 3 KR 15/17 R

³⁴ Gemeinsames Rundschreiben vom 18./19.06.2019 zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII

versicherung (PKV) in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hatten die Ratsuchenden zum Beispiel Fragen zu Vorversicherungszeiten und

Auslandsaufenthalten. Das fünfthäufigste Thema bildete wie im Vorjahr das Thema Familienversicherung mit 670 Beratungen (2019: 636).



NEUE ENTWICKLUNG:

Spürbar weniger Beratungen nach Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze

Anfang 2019 wurde die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für freiwillig versicherte Selbstständige (das Mindesteinkommen, das für die Bemessung des monatlichen Beitrags zugrunde gelegt wird) deutlich herabgesenkt: von 2.283 Euro auf 1.038 Euro. Der durchschnittliche monatliche Mindestbeitrag sank von 356 Euro auf 160 Euro – und damit wurden Selbstständige mit geringem Einkommen, die freiwillig gesetzlich versichert sind, erheblich entlastet. Im selben Jahr machte sich dies in der UPD-Beratung noch nicht so deut-

lich bemerkbar, weil viele Beratungen sich noch auf die Situation der Ratsuchenden vor der Gesetzesänderung bezogen hatten. Das war im Jahr 2020 anders: Da der Mindestbeitrag sank, wurde die Entstehung von Beitragsschulden verhindert. So gab es im Jahr 2020 nur 593 Beratungen rund um das Thema Beitragsschulden. Gegenüber 991 Beratungen im Jahr 2019 gingen die Zahlen damit um fast die Hälfte zurück. Dies ist aus Sicht der UPD ein sehr erfreuliches Ergebnis.

2020 WEITER AKTUELL:

Probleme in Zusammenhang mit Ratenzahlung

Was für viele Ratsuchende dagegen weiter schwierig zu sein scheint, ist die Vereinbarung einer Ratenzahlung mit den Krankenkassen. So haben einige Ratsuchende mit Beitragsschulden im Jahr 2020 geschildert, dass ihre Krankenkasse eine Ratenzahlung verweigere oder aber unverhältnismäßig hohe monatliche Raten verlange, die sie sich nicht leisten könnten. Manche

Krankenkassen verlangen, dass die Ratsuchenden ihre Gesamtforderung in Raten innerhalb von zwölf Monaten begleichen. Bei diesem Zeitraum stützen sich die Krankenkassen jedoch auf die Regelungen zur Stundung von Beiträgen. Damit ist den Betroffenen nicht geholfen. Sie müssen eine hohe monatliche Summe aufbringen, die sie sich oftmals nicht leisten können.

Problematisch ist, dass es keine gesetzlichen Vorgaben gibt, nach denen eine Krankenkasse verpflichtet ist, eine Ratenzahlungsvereinbarung abzuschließen und/oder realistische Monatsraten festzulegen. Die Beraterinnen und Berater

der UPD können den Betroffenen hier nur empfehlen, einen schriftlichen Antrag auf Ratenzahlung zu stellen und eine schriftliche Bestätigung über das Ergebnis ihres Antrags einzufordern.

GESAMTFAZIT Krankenkassen

Wie auch im vergangenen Jahr gab es im Berichtsjahr wieder viele Beratungen zu Themen aus dem Bereich der Krankenkassen, die nach Berichten der Ratsuchenden durch einen grundsätzlichen Mangel an Patientenorientierung im Umgang mit Versicherten ausgelöst wurden. Es zeigte sich, dass Krankenkassen in den geschilderten Fällen gesetzliche Regelungen nicht immer konsequent umsetzten, bewusst umgingen oder Kompetenzen überschritten. Das zeigte sich zum Beispiel beim Thema Krankengeld – etwa, wenn Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter medizinische Zusammenhänge selbst bewerteten. Aber auch bei sonstigen Leistungsansprüchen handelten Krankenkassen manchmal nicht rechtmäßig: So wendeten einige Krankenkassen

die Regeln der Genehmigungsfiktion weiterhin nicht korrekt an. Auch berieten manche Krankenkassen Versicherte nicht ausreichend darüber, dass diese einen Anspruch darauf haben, dass die Krankenkasse ihnen statt der Kostenübernahme selbst eine Haushaltshilfe stellt: Auf dieses Problem ist auch das BAS aufmerksam geworden und hat alle Krankenkassen in einem Rundschreiben aufgefordert, ihre Beratungen zu optimieren. Es bleibt zu hoffen, dass die betroffenen Krankenkassen hierauf reagieren und ihr Verhalten ändern. Denn für Ratsuchende ist es schwer, ihre Rechte wahrzunehmen, wenn die Krankenkassen sie nicht transparent darüber informieren und Verstöße gegen klare Regeln folgenlos bleiben.

4.7 Medizinprodukte

Das Thema Medizinprodukte hat im Berichtsjahr an Bedeutung gewonnen. Denn unter Medizinprodukte fallen nicht nur Implantate oder medizinische Geräte, sondern zum Teil auch Schutzmasken, die im Corona-Jahr eine besondere Bedeutung hatten (siehe Seite 72).

Die Anfragen bei der UPD rund um das Thema Medizinprodukte waren vielfältig: Es gab Fragen dazu, ob bestimmte Implantate (zum Beispiel Gelenkprothesen) Probleme bei MRT-Untersuchungen verursachen können und welche Informationen in einem Implantat-Pass stehen müssen. Auch die Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten war ein Beratungsthema. Andere Ratsuchende erkundigten sich nach Risiken und Nebenwirkungen von Medizinprodukten, zum Beispiel nach krebserregenden Stoffen in



Brustimplantaten. In rechtlicher Hinsicht gab es Fragen, wie Betroffene sich bei Produktrückrufen verhalten sollten, welche rechtlichen Ansprüche sie bei Komplikationen haben und wie sie diese geltend machen können. Ein Beispiel hierfür aus dem Berichtsjahr 2020 sind fehlerhafte Verhütungsspiralen (siehe Seite 70).

Wie bereits im vergangenen Jahr beschrieben, zeigte sich auch im Berichtsjahr, dass die Informationslage zu einzelnen Produkten sehr schlecht

ist. Zwar gibt es eine Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) von Produktrückrufen. Diese ist den Betroffenen aber nur selten bekannt. Am 1. Januar 2020 ist das Gesetz zur Errichtung eines Implantateregisters in Deutschland in Kraft getreten. Hierdurch sollen Patientinnen und Patienten mit Implantaten bei

Komplikationen mit dem Produkt künftig schneller informiert werden. Leider hat das Gesetz bisher keine Wirkung gezeigt: Die Zuständigkeit für das Implantateregister ist zwischenzeitlich auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergegangen.³⁵ Das Register selbst wurde aber bislang nicht veröffentlicht.

IM FOKUS:

Wenn die Verhütungsspirale fehlerhaft ist

“ Seit Jahren verhüte ich mit einer Kupferspirale. Bei der Entfernung hat mein Arzt festgestellt, dass bei der Spirale ein Arm abgebrochen ist – bei der Spirale lag wohl ein Materialfehler vor. Er möchte den abgebrochenen Teil jetzt unter Vollnarkose entfernen. Ich verstehe nicht, wie das passieren konnte! Kann ich Schadensersatz von meinem Arzt verlangen? ”

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende berichten, dass sie – entweder per Zufall oder durch ihre Ärzte und Ärztinnen – von einem Produktfehler bei der von ihnen verwendeten Kupferspirale erfahren haben.



In manchen Fällen hat der Arzt oder die Ärztin bereits festgestellt, dass ein Arm der Spirale abgebrochen ist. Nun muss über das weitere Vorgehen entschieden werden – ob das Bruchstück zum Beispiel operativ unter Vollnarkose entfernt werden muss. Einige Ratsuchende sind entsetzt, weil ihnen ein Produkt eingesetzt wurde, das sich im Nachhinein als fehlerhaft erwiesen hat. Viele der betroffenen Frauen haben Angst vor der Operation und möglichen Schmerzen. Sie möchten wissen, ob sie einen Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld haben.

Andere Ratsuchende, die die Kupferspirale noch verwenden und bisher keine Auffälligkeiten bemerkt haben, sind verunsichert, was die Rückrufaktion für sie bedeutet.

Manche Patientinnen wissen auch nicht, welche Art von Kupferspirale sie haben und ob sie von dem Problem betroffen sind.

So berät das UPD-Team

Zunächst klären die Beraterinnen und Berater mit den Ratsuchenden, ob die von ihnen verwendete Kupferspirale von dem Problem betroffen ist.

Genaue Informationen zu der individuell verwendeten Spirale erhalten Betroffene bei der Arztpraxis, in der die Spirale gelegt wurde.

³⁵ BMG: [Implantateregister Deutschland](#). [Zugriff 17.3.2021]

Das Beratungsteam zeigt, wo auf der Internetseite des BfArM Ratsuchende Warnungen und Rückrufe von Medizinprodukten einsehen und anhand der Chargennummer recherchieren können, ob ihre Spirale betroffen ist und welche Einschätzung das BfArM gibt.

Ratsuchenden, bei denen die Spirale gebrochen ist, erläutern die Berater und Beraterinnen die rechtlichen Grundlagen für eine Schadensersatzforderung. Wenn zum Beispiel eine Operation in Vollnarkose notwendig ist, sollten sich die Ratsuchenden das schriftlich von ihrem Arzt oder

ihrer Ärztin bestätigen lassen und das fehlerhafte Produkt zu Beweis Zwecken aufbewahren. Sie empfehlen ihnen, sich für weitere Schritte an eine Fachanwältin oder einen Fachanwalt für Medizinrecht zu wenden, der auf Arzt- und Produkthaftung spezialisiert ist.

Frauen, die eine entsprechende Spirale verwenden, aber bisher keine Probleme damit haben, erklären die medizinischen Beraterinnen und Berater die möglichen Vorgehensweisen. Sie empfehlen ihnen, den Arzt oder die Ärztin für eine Risikoeinschätzung und Kontrolle aufzusuchen.

Fachlicher Hintergrund

Kupferspiralen sind mit Kupferdraht umwickelte Kunststoffstäbchen in T- oder Ankerform, die zur Verhütung einer Schwangerschaft in die Gebärmutter eingesetzt werden. Als Medizinprodukte unterliegen sie der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, die die Informationskette vom Hersteller zu Betroffenen regelt, wenn zum Beispiel Funktionsstörungen oder Materialfehler auftreten.

Von Februar 2018 bis Juni 2019 riefen Hersteller auf Aufforderung des BfArM bestimmte Kupferspiralen wegen eines Produktfehlers zurück: Bei den Spiralen waren vermehrt Brüche der Seitenarme gemeldet worden. Die Brüche waren zunächst nur bei Manipulation, also zum Beispiel beim Entfernen der Spirale, aufgefallen. In einer Kundeninformation vom September 2019 wies der Hersteller dann darauf hin, dass Brüche auch spontan – also ohne Manipulation – vorkommen können. Er riet Ärztinnen und Ärzten, betroffene Frauen bei der nächsten Kontrolluntersuchung über die Situation aufzuklären und gab Hinweise zum Vorgehen, falls es zum Bruch kommt.³⁶ Das BfArM stufte diese vom Hersteller getroffenen Maßnahmen als unzureichend ein und empfahl allen Trägerinnen, ihre behandelnde Ärztin beziehungsweise ihren Arzt aufzusuchen und die korrekte Lage der Spirale prüfen zu lassen.³⁷

Die Betroffenen haben folgende rechtliche Möglichkeiten: Entsteht durch ein fehlerhaftes (Medizin-) Produkt am Körper oder der Gesundheit von Betroffenen ein Schaden, muss der Hersteller ihnen diesen ersetzen (§ 1 ProdHaftG). Zudem können Betroffene parallel dazu nach der sogenannten Produzentenhaftung (§ 823 Abs. 1 BGB) vom Hersteller Schadensersatz verlangen, wenn sie einen Schaden erleiden, weil die Hersteller schuldhaft ein fehlerhaftes Produkt in den Verkehr gebracht haben. Auch können Betroffene Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machen, wenn die Hersteller rechtswidrig und schuldhaft gegen ein Gesetz verstoßen, das den Individualschutz bezweckt (§ 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 4 MPG).

Auch gegenüber Ärztinnen oder Ärzten können Betroffene einen Schadensersatzanspruch haben, wenn diese die Maßnahmen aus den Kundeninformationsschreiben nicht umsetzen. Der Arzt oder die Ärztin muss die Betroffenen pflichtwidrig weder rechtzeitig über das fehlerhafte Medizinprodukt informiert noch zur Überprüfung einbestellt haben.

³⁶ BfArM: *Maßnahmen von Herstellern. Dringende Sicherheitsinformation zu den Intrauterinpeessaren Ancora, Novaplus und Gold-T normal von Eurogine S.L.*, [Zugriff 13.3.2021]

³⁷ BfArM: *Empfehlungen des BfArM: Brüche der Seitenarme bei Intrauterinpeessaren*. Stand 20.12.2019, [Zugriff 17.3.2021]

FAZIT

Wenn es zu Vorkommnissen, Rückrufen oder Warnungen in Zusammenhang mit fehlerhaften Medizinprodukten kommt, kann es Lücken bei Informationsketten geben: Betroffene erfahren häufig nur zufällig von der Situation. Zwar können Betroffene die Informationen beim BfArM einsehen. Die Beratung der UPD zeigt aber, dass Ratsuchende hiervon in vielen Fällen gar nichts wissen oder das BfArM gar nicht kennen. Auch informieren die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte die Betroffenen nicht immer zuverlässig. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat auf die Informa-

tionslücke bei fehlerhaften Medizinprodukten bereits hingewiesen.³⁸

Wer ein fehlerhaftes Medizinprodukt eingesetzt bekommen und dadurch einen Schaden erlitten hat, hat die Möglichkeit, Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld geltend zu machen. Insgesamt sollte effektiver sichergestellt werden, dass Betroffene in jedem Fall zeitnah informiert werden und die Informationskette nicht beim Arzt oder der Ärztin oder sogar vorher endet.

#CORONA-PANDEMIE:**Masken – Sicherheit, Fälschungen und eine unklare Verordnung**

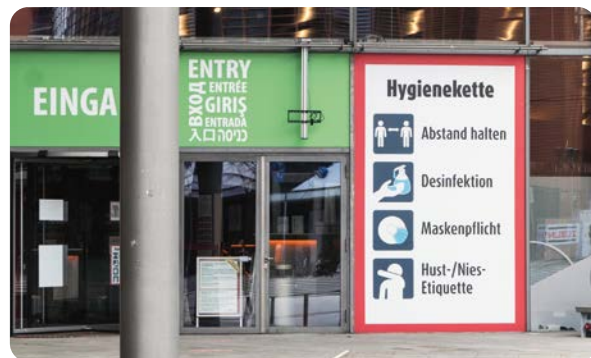
Die Corona-Pandemie brachte 2020 ein neues Thema in die Beratung: Masken zum Infektions-

schutz. Insgesamt führten die Beraterinnen und Berater hierzu 1.692 Beratungen durch.

Kehrtwende zur Maskenpflicht

In den ersten Monaten der Pandemie empfahlen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Robert Koch-Institut (RKI) das Tragen einer Maske nur bei Erkältungssymptomen. Da Studien zunehmend Hinweise auf einen Nutzen von Masken auch bei asymptomatischen Personen erbrachten, weiteten sie die wissenschaftlichen Empfehlungen schrittweise aus.

Bereits vor der wissenschaftlichen Empfehlung hatten Politikerinnen und Politiker regional eine Maskenpflicht für bestimmte Situationen in der Öffentlichkeit eingeführt. Die Regelungen zur Maskenpflicht änderten sich im Pandemieverlauf regelmäßig und waren regional unterschiedlich. Ratsuchende wollten von der UPD wissen, wie sie sich den Regeln entsprechend verhalten können, aber auch, wie sie sich von der Maskenpflicht befreien lassen können. Die Beraterinnen und Berater erläuterten die bundesweit



geltenden Rechtsgrundlagen und verwiesen für Auskünfte zu regionalen Vorschriften an die Corona-Hotlines der Bundesländer.

Auffällig in dem Zusammenhang war, dass – wie in anderen Situationen der Pandemie auch – politische Entscheidungen und wissenschaftliche Empfehlungen zum Masken-Tragen nicht immer übereinstimmten.

³⁸ Aktionsbündnis Patientensicherheit: [Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken](#). [Zugriff 17.3.2021]

Maskenarten und ihre Anwendung

In der Pandemie spielten vor allem drei Maskentypen eine Rolle: sogenannte Alltagsmasken aus Stoff, medizinische Masken (OP-Masken) und partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-Masken; nach Filterleistung unterteilt in FFP1, 2 und 3). Unterschiedliche Bezeichnungen sorgten dabei zum Teil für Verwirrung. So sind FFP-Masken – die als persönliche Schutzausrüstung (PSA) für den Umgang mit gesundheitsgefährdenden Substanzen im Arbeitsschutz entwickelt wurden – nach Angaben des BfArM keine medizinischen Masken, werden aber im Alltagssprachgebrauch und in rechtlichen Verordnungen häufig dazu gezählt.³⁹

Ratsuchende wollten wissen, wie sich die Mas-

kenarten voneinander unterscheiden, wie gut die Schutzwirkung ist und welche Risiken beim Tragen bestehen. Außerdem fragten Ratsuchende nach der konkreten Handhabung der Masken, zum Beispiel, ob FFP-Masken wiederverwendbar sind. Da Alltagsmasken keiner Norm unterliegen und FFP-Masken wie oben beschrieben keine Medizinprodukte sind, gab es für diese Masken zunächst keine medizinischen Anwendungshinweise. Im Laufe der Pandemie entwickelten Institutionen wie das BfArM und das RKI Empfehlungen zur Handhabung der unterschiedlichen Maskenarten. Auch diese änderten sich zum Teil, zum Beispiel bezüglich der thermischen Wiederaufbereitung von FFP2-Masken.

Kostenlose FFP2-Masken

Der Gesetzgeber hat mit der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung im Dezember 2020 festgelegt, besonders gefährdete Personengruppen kostenlos mit FFP2-Masken zu versorgen.⁴⁰ Eine Vielzahl von Fragen zu dem Anspruch auf kostenlose Masken und zu der konkreten Umsetzung kam bei der UPD an. Diese waren zum Teil sehr emotional gefärbt: Einige Ratsuchende empfanden die Regelung als ungerecht – zum Beispiel, wenn sie eine Grunderkrankung hatten, die in

der Verordnung nicht berücksichtigt war. Problematisch war, dass auch viele rechtliche Aspekte bis zum Ende des Berichtsjahres unklar blieben: Beispielsweise war nicht geregelt, wie sich Ratsuchende verhalten können, die eine fehlerhafte Maske erhalten haben. Auch ob und wo Kinder, die unter den aufgeführten Erkrankungen leiden, eine für sie passende Maske erhalten können, war nicht geklärt.

Gefälschte Masken

Nach Medienberichten über gefälschte Masken häuften sich Fragen, wie Ratsuchende ordnungsgemäß hergestellte und funktionstaugliche FFP2-Masken erkennen können. Der Bedarf von FFP2-Masken stieg 2020 so stark an, dass ein Versorgungsengpass entstand, dem der Gesetzgeber mithilfe einer Verordnung entgegengewirkte: Es durften sogenannte Corona-Pandemie-Atemschutz-Masken (CPA-Masken) auf den deutschen Markt gebracht werden.⁴¹ Die CPA-Masken wurden einem vereinfachten Bewertungsverfahren

unterzogen. Nach erfolgreicher Prüfung durften diese Masken dann ohne Konformitätsbewertung und ohne Anbringung einer CE-Kennzeichnung auf dem deutschen Markt bereitgestellt werden. Für Ratsuchende war die Situation unübersichtlich, weil die Masken sich in Aussehen und Kennzeichnung unterschieden. Das UPD-Team erläuterte in diesem Zusammenhang die rechtlichen Regelungen, Anzeichen für Fälschungen und wo bekannt gewordene Fälschungen beziehungsweise zugelassene Zertifizierungsstellen gelistet sind.

³⁹ BfArM: [Hinweise des BfArM zur Verwendung von Mund-Nasen-Bedeckungen, medizinischen Gesichtsmasken sowie partikelfiltrierenden Halbmasken \(FFP-Masken\)](#), aktueller Stand: 22.01.2021. [Zugriff 02.02.2021]

⁴⁰ Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 14.12.2020; geändert durch: Erste Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung vom 04.02.2021.

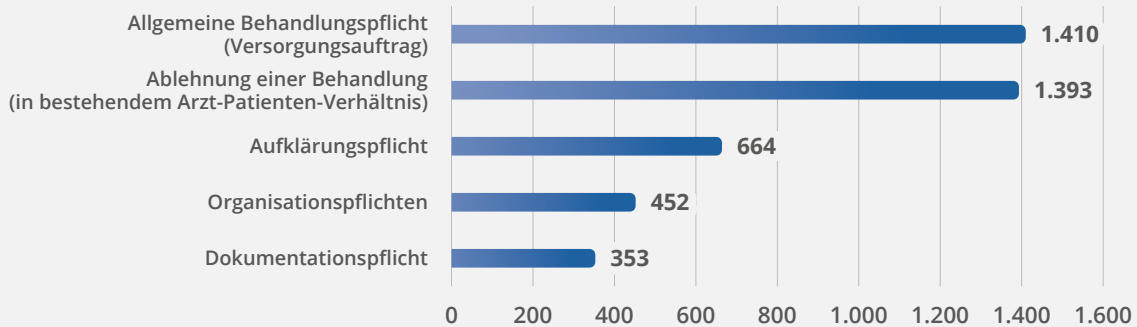
⁴¹ Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie.

4.8 Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten

Im Jahr 2020 ging es in 16.715 Beratungen um die Schwerpunkte ärztliche Berufspflichten und Patientenrechte (2019: 14.185 Beratungen).

Das häufigste Thema im Bereich Berufspflichten (insgesamt 8.467 Beratungen) war der ärztliche Versorgungsauftrag mit 1.410 Anfragen. Auch die Ablehnung einer Behandlung in einem bestehen-

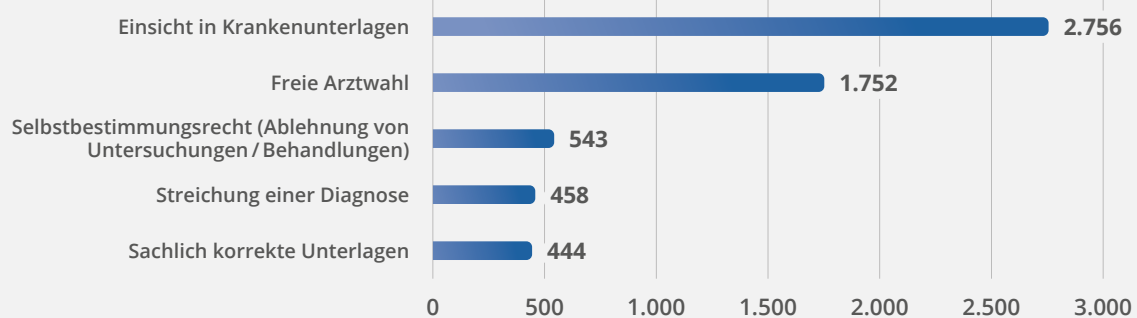
den Arzt-Patienten-Verhältnis war ein häufiges Beratungsthema (1.393 Beratungen). 664 Ratsuchende bemängelten die ärztliche Aufklärung. Diese habe in vielen Fällen gar nicht oder nur unzureichend stattgefunden. Auch mangelnde Sorgfalt in Bezug auf Organisationspflichten in Arztpraxis und Krankenhaus waren häufige Beratungsthemen (452 Beratungen).



Die fünf häufigsten Themen in der Beratung zu ärztlichen Berufspflichten.

Zu Patientenrechten haben die Beraterinnen und Berater in insgesamt 8.077 Fällen beraten. Das häufigste Beratungsthema war erneut mit 2.756 Beratungen das Thema Einsicht in Krankenunterlagen. Die Beratungszahlen sind hier im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht angestiegen (2019: 2.537). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Rechtslage in Bezug auf die Kopierkosten der Patientenakte weiterhin unklar

ist (siehe unten). Fast genauso viele Ratsuchende wie im Vorjahr erkundigten sich nach ihrem Recht auf freie Arztwahl. Viele Ratsuchende wollten wissen, ob sie das Recht haben, vorgeschlagene Behandlungen abzulehnen und ob dies mit Konsequenzen für sie verbunden ist. Zum Dauerberatungsthema „Streichung einer ärztlichen Diagnose aus der Patientenakte“ blieb die Anzahl der Beratungen fast unverändert zum Vorjahr.



Die fünf häufigsten Themen in der Beratung zu Patientenrechten.

→ 2020 WEITER AKTUELL:

Patientenakte – wer zahlt die Kopierkosten?

Bei den Beratungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte ging es fast immer auch um die Frage, ob die Ratsuchenden die Kopie ihrer Patientenakte bezahlen müssen. Mit Inkrafttreten der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Jahr 2018 wurde eine Rechtsgrundlage geschaffen, die Patientinnen und Patienten den Anspruch auf eine kostenlose Kopie gewährt. Demgegenüber steht aber die nationale Regelung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), nach der die Kopierkosten von der Patientin oder dem Patienten zu erstatten sind. Bereits in den Monitoren 2018 und 2019 hatte die UPD auf die unklare Rechtslage und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Beratung hingewiesen und

den Gesetzgeber um Klärung gebeten.⁴² Leider hat dieser auch im Jahr 2020 noch keine Klarheit geschaffen.

Mittlerweile gibt es jedoch einige Gerichte, die Patientinnen und Patienten das Recht einräumen, ihre Patientendokumentation in Kopie unentgeltlich vom Behandelnden zu erhalten.⁴³ Auch die juristische Kommentarliteratur schließt sich – zumindest in Teilen – dieser Auffassung im Ergebnis an.⁴⁴ Haben die Ratsuchenden Fragen zu diesem Thema, erläutern die Beraterinnen und Berater die unklare Rechtslage, weisen aber auch auf die Tendenzen in Rechtsprechung und Kommentarliteratur hin.

😊 DAUERTHEMA:

Diagnosen dürfen nicht aus Patientenakten gelöscht werden

Auch im Jahr 2020 gab es zum Thema Streichung einer (falschen) Diagnose aus der Patientenakte wieder viele Anfragen (458 Beratungen). Die Probleme der Ratsuchenden sind dieselben wie in den Vorjahren auch: Häufig machen sie gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse ihren Auskunftsanspruch in Bezug auf die im letzten Quartal in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen geltend und erfahren dabei, dass ihre behandelnde Ärztin oder ihr Arzt Diagnosen abgerechnet hat, von denen die Ratsuchenden bis dahin gar nichts wussten. Sie sind davon überzeugt, dass diese Diagnosen nicht korrekt sind und allein dem Zweck der (Falsch-) Abrechnung dienen.

Die Ratsuchenden möchten wissen, wie sie die falsche Diagnose wieder „loswerden“ können. Die Beraterinnen und Berater erklären, dass dies nicht so ohne Weiteres möglich ist. Eine ärztliche Diagnose wird von der höchstrichterlichen Recht-

sprechung als Meinungsäußerung beziehungsweise Werturteil angesehen. Und: Keine Ärztin und kein Arzt kann gezwungen werden, ihre oder seine subjektive Meinung zu revidieren.

Durch das Patientendatenschutzgesetz hat der Gesetzgeber im Oktober 2020 eine Rechtsgrundlage geschaffen, die es Versicherten ermöglicht, bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Berichtigung falscher Diagnosedaten zu stellen (§ 305 Abs. 1 S. 6 SGB V). Dem Antrag müssen Versicherte allerdings einen ärztlichen Nachweis über die Unrichtigkeit der Diagnose beifügen. Dieser soll laut Gesetzesbegründung in der Regel von dem Arzt oder der Ärztin erbracht werden, der oder die die ursprüngliche Diagnose gestellt und abgerechnet hat.⁴⁵ Da Patientinnen und Patienten jedoch keinen Anspruch gegen die Ärztin oder den Arzt auf Widerruf einer Diagnose haben, könnte der Berichtigungsanspruch gegen die Kranken-

⁴² *Monitor Patientenberatung 2018*, Kapitel 4.1.7, Seite 60; *Monitor Patientenberatung 2019*, Kapitel 8.6, Seite 75.

⁴³ LG Dresden, Urteil vom 29.05.2020, Aktenzeichen 6 O 76/20

⁴⁴ Palandt/Weidenkaff, § 630g BGB, Rn. 4

⁴⁵ BT-Drs. 19/18793, S. 98

kasse ins Leere laufen. Aus Patientenberatersicht ist der neu geschaffene Berichtigungsanspruch ein erster Schritt in die richtige Richtung, geht aber noch nicht weit genug.

Geboten wäre deshalb aus Sicht der Patientenberatung weiterhin, einen Rechtsanspruch für Pati-

entinnen und Patienten auf Löschung einer objektiv falschen Diagnose aus der Patientenakte zu schaffen. Denn eine falsche Diagnose kann zu Problemen bei der Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt oder eine Ärztin führen oder den Abschluss einer Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung erschweren oder gar verhindern.

IM FOKUS:

Wenn Ärztinnen und Ärzte den Hausbesuch verweigern

„*Meine 82-jährige Mutter ist pflegebedürftig und kann kaum noch aus ihrem Bett aufstehen. Sie schafft es natürlich erst recht nicht, in die Praxis ihres Hausarztes zu gehen. Gerade hat sie Husten und Fieber und wir wollten das abklären lassen. Wir haben den Hausarzt gebeten, zu meiner Mutter nach Hause zu kommen, da sie nicht mehr in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen. Die Praxishelferin hat gesagt, dass der Arzt keine Hausbesuche macht, erst recht nicht wegen einer Erkältung. Darf der Hausarzt das? Was sollen wir denn jetzt machen? Es kann doch nicht sein, dass meine Mutter jetzt ohne ärztliche Versorgung bleibt.*“

Das berichten Ratsuchende

Gesetzlich versicherte Ratsuchende oder deren Angehörige berichten: Sie können ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt nicht in der Praxis aufsuchen, weil sie zum Beispiel bettlägerig sind. Deshalb haben sie um einen Hausbesuch gebeten. Dies lehnte die Ärztin oder der Arzt bezie-

hungsweise deren Personal ab, zum Beispiel mit dem Argument, dass hierfür keine Zeit ist oder sie grundsätzlich keine Hausbesuche machen. Die Ratsuchenden fühlen sich oft hilflos: Sie benötigen ärztliche Hilfe, können aber aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine Praxis aufsuchen.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater klären die Ratsuchenden darüber auf, dass die behandelnden Hausärztinnen und -ärzte gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten grundsätzlich verpflichtet sind, Hausbesuche durchzuführen. Sie zeigen ihnen ihr Beschwerderecht bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf und stellen Vor- und Nachteile einer Beschwerde gegenüber.

In einer Akutsituation können die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden nur auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst beziehungsweise die Terminservicestellen (116 117) verweisen.

Fachlicher Hintergrund

Regelmäßige Hausbesuche, um bettlägerige, gebrechliche und pflegebedürftige Patientinnen

und Patienten zu behandeln, gehören zur hausärztlichen Versorgung und sind grundsätzlich



Aufgabe der behandelnden Hausärztinnen und -ärzte (§ 17 Abs. 6 S. 1 BMV-Ä, § 2 Abs. 3 Anlage 5 BMV-Ä). Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf einen Hausbesuch, wenn ihnen das Aufsuchen der Ärztin oder des Arztes in deren Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist (§ 17 Abs. 7 BMV-Ä) und wenn eine Krankenbehandlung (zum Beispiel Diagnostik oder therapeutische Maßnahmen) notwendig ist (§ 27 Abs. 1 SGB V).



Auch Fachärztinnen und -ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, Hausbesuche durchzuführen, wenn bei Versicherten, die sie behandeln, wegen einer Erkrankung aus deren Fachgebiet ein Besuch notwendig ist (§ 17 Abs. 6 S. 2 BMV-Ä).

Grundsätzlich können Ärztinnen und Ärzte Hausbesuche auf Zeiten vor oder nach ihrer Sprechstunde legen. Wenn sie aber nicht sicher sind, ob sie die Hausbesuche aufschieben können, müssen sie diese auch während der Sprechstunde durchführen.

Vertragsärztinnen und -ärzte können Hausbesuche ablehnen, wenn sich die Wohnung der Patientin oder des Patienten außerhalb ihres Praxisbereichs befindet. Eine genaue Kilometerangabe findet sich hierzu im Bundesmantelvertrag nicht. Wie weit der übliche Praxisbereich reicht, hängt von der Siedlungsstruktur und der Arztdichte ab.

Wenn Ärztinnen oder Ärzte Hausbesuche unberechtigt verweigern, haben Betroffene die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) über dieses Verhalten zu beschweren. Allerdings führt eine Beschwerde in aller Regel nicht dazu, dass der Hausarzt oder die Hausärztin dann den Hausbesuch durchführt. Eine Beschwerde hat Vor- und Nachteile: Zum einen kann sie (langfristig gesehen) sinnvoll sein, denn nur, wenn viele Betroffene sich beschweren, können die KVen dem ärztlichen Fehlverhalten nachgehen und dies gegebenenfalls ahnden. Dann besteht die Hoffnung, dass die Ärzteschaft ein Problembewusstsein entwickelt und sich die Situation vielleicht bessert. Zum anderen kann eine Beschwerde aber auch dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Ratsuchendem gestört wird. Im schlimmsten Fall kann dies sogar zur Folge haben, dass der Arzt oder die Ärztin den Behandlungsvertrag kündigt.

FAZIT

Obwohl Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich verpflichtet sind, Hausbesuche durchzuführen, kommen sie dieser Pflicht gegenüber den Ratsuchenden in sehr vielen Fällen nicht nach. Patientinnen und Patienten sehen sich dann in einer für sie ausweglosen Situation. Sie brauchen ärztliche Hilfe, sind aber zu krank um die Arztpraxis aufzusuchen. Eine Beschwerde bei der KV hilft ihnen in der akuten Situation nicht weiter und kann zudem zum Vertrauensbruch mit dem Arzt oder der Ärztin führen. Letztlich bleibt in der Akutsituation nur

der Anruf beim ärztlichen Bereitschaftsdienst, obwohl dieser für solche Fälle eigentlich nicht zuständig ist. Der ärztliche Bereitschaftsdienst soll Menschen zu Zeiten helfen, in denen die Arztpraxen geschlossen sind, also in der Nacht, am Wochenende oder an Feiertagen. Trotz eindeutiger Rechtslage stellt die UPD in ihren Beratungen immer wieder fest, dass dieser wichtige Teil des Versorgungsauftrages nicht erfüllt wird und Anreiz- und Ahndungsmodelle verbesserungswürdig sind.

DAUERTHEMA:

Wenn Ratsuchende sich über Ärztinnen und Ärzte beschweren wollen

Im Jahr 2020 berieten die Beraterinnen und Berater 8.467-mal zu ärztlichen Berufspflichten. In solchen Fällen erläuterten sie oft auch das Beschwerdeverfahren vor der Ärztekammer oder der KV und verwiesen die Ratsuchenden an die dafür zuständige Organisation. Häufig berichteten die Ratsuchenden den Beraterinnen und Beratern, dass sie sich bereits an die Kammer oder die KV gewandt hatten. Dort habe man sie aber mit der Begründung abgewiesen, sie seien die Interessenvertretung der Ärzteschaft und nicht die der Patientinnen und Patienten. Sie wurden dann von dort an die UPD verwiesen.



Die Beraterinnen und Berater informieren die Ratsuchenden in solchen Fällen darüber, dass die Kammern und KVen nicht nur die Interessen ihrer Mitglieder wahrnehmen. Vielmehr haben sie auch im Interesse der Allgemeinheit und damit auch der Patientinnen und Patienten die Aufgabe, die Einhaltung der berufsrechtlichen und vertragsärztlichen Regeln zu überwachen. Die Ärztekammern überwachen die Erfüllung der Berufspflichten ihrer Mitglieder. Diese 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. 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, sich mit einer schriftlichen Beschwerde an die zuständige Kammer oder KV zu wenden. Wenn sie die Beschwerde schriftlich einreichen, muss die zuständige Organisation diese auch bearbeiten. Daneben informieren die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auch darüber, dass sie in der Regel keinen Auskunftsanspruch gegenüber der Kammer oder der KV haben.⁴⁶ Das heißt: Sie werden nicht erfahren, ob und falls ja welche Maßnahmen gegen den Arzt oder die Ärztin in die Wege geleitet wurden. Die Ratsuchenden empfinden das Beschwerdeverfahren daher oft als „zahnlosen Tiger“. Sie haben das Gefühl, mit einer Beschwerde nichts ausrichten zu können.

Ein gesetzlich festgeschriebener Auskunftsanspruch könnte aus Sicht der UPD die Situation verbessern. Denn es ist verständlich, dass Patientinnen und Patienten, die sich über einen Arzt oder eine Ärztin beschweren, auch wissen möchten, ob und welche Konsequenzen dies für den Arzt oder die Ärztin hat. Außerdem sollten sich Kammern und KVen ihrer gesetzlichen Aufgaben bewusst sein und entsprechend handeln. Denn wenn Kammern und KVen Patientinnen und Patienten, die sich beschweren möchten, mit der Begründung der Unzuständigkeit abweisen, kann dies zum Vertrauensverlust in diese Organisationen führen.

⁴⁶ Ausnahme: § 6 Abs. 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.“

#CORONA-PANDEMIE:

Maskenpflicht in der Arztpraxis

Bedingt durch die Corona-Pandemie hat die UPD im Jahr 2020 sehr häufig zu einem neuen Thema im Zusammenhang mit ärztlichen Berufspflichten

und Patientenrechten beraten: Es gab viele Fragen zur Pflicht zum Tragen einer Maske in der Arztpraxis.

Wenn die Patientin oder der Patient Angst vor Ansteckung hat

Zum einen kam vermehrt die Frage auf, ob Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, in ihrer Praxis eine Maske zu tragen: Ratsuchende waren irritiert, wenn diese ohne Maske praktizierten und fragten bei der UPD nach. Die Maskenpflicht in Arztpraxen ist in den Corona-Schutzverordnungen der Bundesländer nicht einheitlich geregelt. In den Verordnungen einiger Bundesländer ist dies explizit vorgesehen, in anderen dagegen nicht. Für konkrete Auskünfte hierzu verweist die UPD an die Corona-Hotline des jeweiligen Bundeslandes. Sofern eine Maskenpflicht in Arztpra-

xen in einem Bundesland ausdrücklich geregelt ist, müssen sich auch Ärztinnen und Ärzte daran halten. Ist eine ausdrückliche Maskenpflicht nicht vorgesehen, entscheidet die Arztpraxis individuell in ihrem Hygienekonzept, ob Ärztinnen und Ärzte, anderes Personal und Patientinnen und Patienten eine Maske tragen müssen. Grundsätzlich gilt: Ärztinnen und Ärzte müssen die geltenden Hygienestandards einhalten. Wenn Ratsuchende das Gefühl haben, dass Ärztinnen und Ärzte diese Standards nicht befolgen, können sie sich bei der zuständigen Ärztekammer beschweren.

Wenn die Ärztin oder der Arzt Angst vor Ansteckung hat

Zum anderen hatten Ratsuchende das Problem, dass ein Arzt oder eine Ärztin, bei dem sie sich in Behandlung begeben wollten, die Behandlung ablehnte, weil sie keine Maske trugen. Und das, obwohl sie ein Attest eines anderen Arztes oder einer anderen Ärztin zur Befreiung von der Maskenpflicht vorlegten. Häufig schilderten Ratsuchende auch das Problem, dass ihr Arzt oder ihre Ärztin sie nur behandeln wollte, wenn sie einen negativen Corona-Test vorlegen würden. Sie wollten von der UPD wissen, ob dies rechtens ist. Die Beraterinnen und Berater erklären in diesen Fällen, dass Ärztinnen und Ärzte eine

Behandlung in begründeten Fällen ablehnen dürfen. Ob der Schutz anderer vor einer Ansteckung ein ausreichender Grund für die Ablehnung von Patientinnen und Patienten ist, kann die UPD nicht abschließend beantworten. Hier versuchen die Beraterinnen und Berater in erster Linie mit praktischen Hinweisen weiterzuhelfen: So könnten die Ratsuchenden versuchen, mit der Praxis zu klären, ob ein Besuch ohne Maske zu bestimmten Sprechzeiten/Randzeiten oder eine Videosprechstunde möglich ist. Sie weisen außerdem auf die Möglichkeit hin, sich telefonisch krankschreiben zu lassen.



4.9 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht

Insgesamt 1.233-mal hat die UPD Ratsuchende zu Vorsorgegedokumenten beraten. Viele Fragen betrafen die Vorsorgevollmacht. Diese Beratungen sind mit 532 Beratungen deutlich angestiegen (2019: 384). Unsicherheit bestand zum Beispiel darüber, ob die Vollmacht notariell beglaubigt sein muss und ob es sinnvoll ist, mehrere Personen mit den gleichen Aufgaben zu bevollmächtigen. Die Beratungen zur Patientenverfügung sind mit 509 Beratungen im

Vergleich zum Vorjahr etwa gleich hoch geblieben (2019: 578 Beratungen).

Einen deutlichen Anstieg verzeichneten die Beratungen zur gesetzlichen Betreuung. 557-mal hat die UPD im Jahr 2020 Fragen rund um dieses Thema beantwortet (2019: 469 Beratungen). Dies ist die höchste Beratungszahl in diesem Bereich seit 2015.

Rechtliche Betreuung

Viele Fragen betrafen das Verfahren selbst. Beraterinnen und Berater informierten Ratsuchende über die Voraussetzungen und den Ablauf des Verfahrens. In einigen Fällen wendeten sich Ratsuchende an die UPD, wenn Angehörige, die keine Vorsorgevollmacht erteilt hatten, plötzlich im Krankenhaus lagen und nicht ansprechbar waren. Das UPD-Team erläutert, dass in solchen Eilfällen das Gericht durch einstweilige Anordnung einen vorläufigen Betreuer bestellen kann.

Vom Gericht bestellte Betreuungspersonen, die diese Aufgabe ehrenamtlich ausführen – zumeist Angehörige –, berichteten, dass sie von Kliniken ignoriert wurden. Obwohl sie sich als gesetzliche Betreuungspersonen ausgewiesen sowie ihren Ausweis vorgelegt und eine Kopie zur Patientenakte gegeben hatten, erhielten sie keine Auskunft zum Gesundheitszustand oder Einsicht in die Patientenakte. Eingriffe, wie zum Beispiel eine Magensonde durch die Bauchdecke legen, führten Ärztinnen und Ärzte durch, ohne die erforderli-

che Einwilligung der Betreuungsperson einzuholen. Die Beraterinnen und Berater informieren in diesen Beratungen über die Rechte von Betroffenen und wie sie diese durchsetzen können.

Auch betreute Personen selbst suchten Rat bei der UPD. Sie wollten wissen, wie sie ihre Betreuungsperson wechseln oder die Betreuung beenden können, weil sie sich nicht gut vertreten fühlten oder weil sie der Auffassung waren, dass sie keine Betreuung benötigen. Andere Ratsuchende befanden sich in einer Unterbringungsmaßnahme, zum Beispiel in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer geschlossenen Station eines Altenheimes. Den Beraterinnen und Beratern in der UPD ist in solchen Fällen mehr als eine allgemeine Beratung zu den rechtlichen Regelungen einer Unterbringung – aufgrund der Grenzen des Beratungsauftrags – nicht möglich. Wünschenswert wäre aus Sicht der UPD, wenn es unabhängige Ansprechpartner für diese betreuten Personen gäbe.

EXKURS

Sterbehilfe und Suizidhilfe

In 102 Beratungen ging es um die Themen Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung (auch bezeichnet als Suizidhilfe, assistierter Suizid).

Der Begriff der Sterbehilfe umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Sachverhalte. Die aktive

Sterbehilfe, also die Sterbehilfe durch aktives Tun (zum Beispiel durch Verabreichen eines tödlich wirkenden Medikaments), ist strafbar (§ 216 StGB). Davon abzugrenzen ist die passive Sterbehilfe beziehungsweise der gerechtfertigte Behandlungsabbruch. In diesem

Fall werden lebensverlängernde Maßnahmen entsprechend dem Willen des Patienten oder der Patientin nicht aufgenommen, nicht fortgesetzt oder abgebrochen. Bei der indirekten Sterbehilfe werden einer tödlich erkrankten oder sterbenden Person zum Beispiel Mittel zur Schmerzlinderung gegeben, die als unbeabsichtigte Folge eine lebensverkürzende Wirkung haben. Ebenso wie die passive Sterbehilfe ist auch die indirekte Sterbehilfe nicht strafbar.

In den Beratungen zur Beihilfe zur Selbsttötung fragten Ratsuchende zum Beispiel nach Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung und Adressen in Deutschland, ob Ärztinnen und Ärzte zur Beihilfe verpflichtet sind und wie sie sich geeignete Medikamente beschaffen können. Insbesondere nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 stiegen die Anfragen bei der UPD zum Thema Suizidhilfe und assistierte Selbsttötung an.⁴⁷ Die Beraterinnen und Berater erläuterten auf Nachfrage die Urteilsgründe. So schließt das Recht auf selbstbestimmtes Sterben die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen.⁴⁸ Das Recht ist nicht auf schwere oder unheilbare Krankheiten beschränkt. Im Weiteren erklären die Beraterinnen und Berater den Unterschied zwischen der erlaubten Beihilfe zum Suizid und der Sterbehilfe beziehungsweise Tötung auf Verlangen. Die Beraterinnen und Berater erläutern Ratsuchenden, die sich von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin ein tödlich wirkendes Medikament wünschen, dass niemand zur Suizidhilfe verpflichtet ist.

Ratsuchende fragten auch nach medizinischen Aspekten der Sterbehilfe: Welche Wirk-

stoffe zum Tod führen können, wie die Einnahme erfolgt und wie der Tod eintritt. Gefragt wurde auch, wo Betroffene die Medikamente bekommen können, welche Wirkstoffe freiverkäuflich sind, woher sie gegebenenfalls ein Rezept bekommen und ob sie die Medikamente im Internet kaufen können. Ratsuchende wiesen die Beraterinnen und Berater auf Internetseiten hin, auf denen Medikamente zur Sterbehilfe verkauft oder angeboten werden. Einige Ratsuchende berichten, dass sie beim BfArM eine betäubungsmittelrechtliche Erlaubnis beantragt haben, eine tödliche Dosis eines Betäubungsmittels zu erwerben. Die Anträge wurden entweder abgelehnt oder es wurde schlichtweg über ihre Anträge nicht entschieden.

Die Beraterinnen und Berater weisen Ratsuchende, die erwägen, entsprechende Medikamente im Internet zu kaufen, auf die Risiken dieser Angebote hin und erklären, wie sie nicht-legale Internetapotheken erkennen können. Auch über die aktuelle Rechtslage und die Rolle des BfArM informiert das Beratungsteam.

Die Berater und Beraterinnen gehen häufig in Kombination mit einer psychosozialen Beratung auf die Fragestellungen ein. Sie informieren einerseits über die Faktenlage – von ebenso großer Bedeutung ist, dass sie die Ratsuchenden durch offene Beratungsgespräche und den Hinweis auf die verschiedenen Formen der Palliativversorgung entlasten und ihnen weiterhelfen. Insgesamt handelte es sich hier um besonders anspruchsvolle psychosoziale Beratungen.

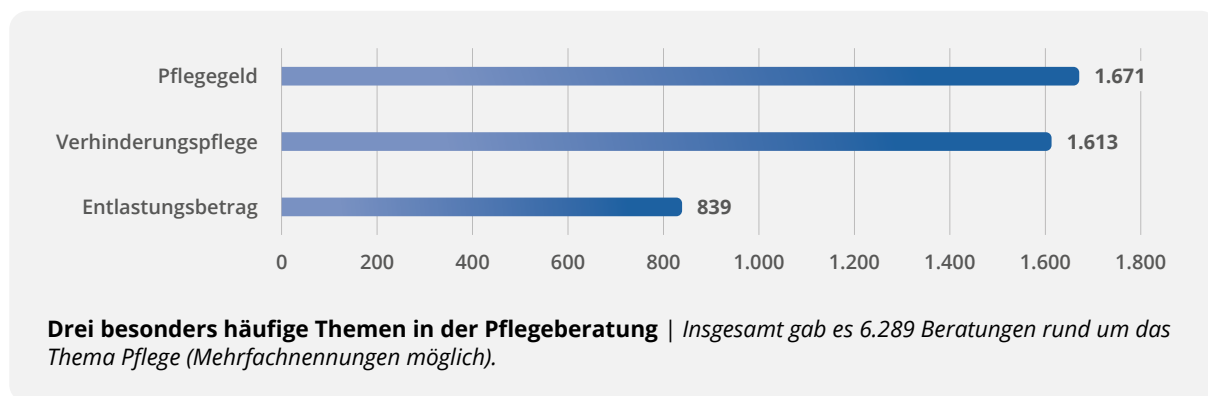
⁴⁷ Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht – Aktenzeichen 2 BvR 2347/15 und weitere – den § 217 des Strafgesetzbuches in der Fassung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärt. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

⁴⁸ Der Staat hat unter anderem dafür Sorge zu tragen, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht. Zur gesetzlichen Regelung der Beihilfe zum Suizid im Einzelnen liegen bereits zwei Gesetzentwürfe vor. In Konsequenz aus dem BVerfG-Urteil hat der Deutsche Ärztetag am 05.05.2021 entschieden: § 16 Satz 3 der (Muster-) Berufsordnung, wonach Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen, wird aufgehoben.

4.10 Pflege

Das Thema Pflege beschäftigte die sozialrechtlichen Beraterinnen und Berater der UPD im Jahr 2020 in insgesamt 6.289 Beratungen (2019: 6.525). Schwerpunkte waren die Themen Pflegegeld mit 1.671 Beratungen (2019: 1.815) und Verhinderungspflege mit 1.613 Beratungen (2019: 2.416). Mit einigem Abstand folgte mit 839 Beratungen (2019: 689) das Thema Entlastungsbetrag.

Die gestiegenen Zahlen zum Entlastungsbetrag könnten mit den Corona-Sonderregelungen in diesem Bereich zusammenhängen (siehe unten). Die Abnahme der Beratungen im Bereich Verhinderungspflege könnte damit zu tun haben, dass pflegende Angehörige 2020 wegen Corona nicht in den Urlaub fahren konnten.



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 ohne Hinweis darauf erfasst, dass es sich um eine pflegerische Frage handelt. Daher lässt sich die Zahl der pflegefachlichen Anfragen für viele Themen nicht konkret benennen. Zu den pflegefachlichen Themen gehören zum Beispiel Fragen zur

Sturzprophylaxe, pflegerischen Versorgung von Wunden und zum Umgang mit Demenzerkrankten.

Ein Dauerthema in der medizinischen Pflegeberatung ist der Umgang mit MRSA (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) und anderen multiresistenten Erregern. Hierzu hat die UPD 2020 insgesamt 225-mal beraten (2019: 294 Beratungen).

IM FOKUS:

Abrechnung von Verhinderungspflege nach dem Tod der Pflegebedürftigen

„Ich habe drei Jahre lang meinen Mann gepflegt. Er hatte Pflegegrad 4. Während dieser Zeit bin ich zweimal für eine Woche in den Urlaub gefahren. In diesen beiden Wochen hat sich die Schwester meines Mannes um ihn gekümmert. Weil ich so gestresst war, hatte ich es nicht gleich geschafft, die Verhinderungspflege für die Zeit, in der ich im Urlaub war, zu beantragen. Nun ist mein Mann ganz plötzlich verstorben. Ich habe dann erst nach seinem Tod den Antrag auf Verhinderungspflege bei der Pflegekasse gestellt. Die Kasse hat den Antrag abgelehnt. Sie sagt, weil der Antrag erst nach dem Tod des Versicherten gestellt wurde, sei eine Leistungsübernahme nicht möglich. Ich verstehe das nicht. Ich dachte immer, dass Verhinderungspflege auch rückwirkend beantragt werden kann. Soll ich Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid einlegen?“

Das berichten Ratsuchende

Sie haben einen Angehörigen gepflegt und haben während dieser Zeit manchmal Urlaub gemacht oder waren selbst krank. Während ihrer Abwesenheit hat sich jemand anders um die pflegebedürftige Person gekümmert. Der oder die Pflegebedürftige ist nun überraschend verstorben. Die Ratsuchenden haben dann nach dem Tod des Angehörigen rückwirkend Verhinderungspflege bei der Pflegekasse beantragt. Die Pflegekasse

lehnte den Antrag ab mit der Begründung, dass dieser zu Lebzeiten des Pflegebedürftigen hätte gestellt werden müssen. Die Ratsuchenden sind irritiert. Sie waren davon ausgegangen, dass sie Verhinderungspflege nicht im Voraus beantragen müssen und die Pflegekasse diese auch nicht vorab genehmigen muss, sondern sie den Antrag auch im Nachhinein stellen können. Sie bitten die UPD um Aufklärung.

So berät die UPD

Die Beraterinnen und Berater erklären den Ratsuchenden, dass der Anspruch auf Verhinderungspflege nicht besteht, wenn Angehörige den Antrag erst nach dem Tod des Versicherten stellen. Sie können die Ratsuchenden nur darauf hinweisen, dass nur dann, wenn zu Lebzeiten ein

formloser Antrag auf Verhinderungspflege gestellt wird, ein solcher Anspruch auch besteht und sie bei eventuell weiteren Pflegetätigkeiten in der Zukunft einen solchen Antrag sicherheitshalber bereits dann stellen sollten, wenn sie erwägen, Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen.

Fachlicher Hintergrund

Verhinderungspflege kann in der Regel auch im Nachhinein beantragt werden. Anders verhält es sich allerdings, wenn der oder die Pflegebedürftige verstorben ist.

Ein Anspruch auf Geldleistungen im Rahmen der Rechtsnachfolge besteht nur dann, wenn dieser Anspruch zum Zeitpunkt des Todes entweder

- bereits festgestellt oder
- ein Verwaltungsverfahren anhängig war (§ 59 SGB I).

Festgestellt wird ein Anspruch durch Verwaltungsakt, das heißt, die Pflegekasse hat über einen Antrag bereits per Bescheid entschieden. Ein Verwaltungsverfahren ist erst dann anhängig, wenn ein Antrag gestellt wurde. Beide Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn die Angehörigen den Antrag auf Verhinderungspflege erst nach dem Tod des Versicherten stellen.

Die Pflegekasse entscheidet also rechtmäßig, wenn sie einen Antrag auf Verhinderungspflege ablehnt, der erst nach dem Tod der Versicherten gestellt wird, denn in diesem Fall sind die Voraussetzungen des § 59 SGB I nicht erfüllt.

FAZIT

Einen Antrag auf Verhinderungspflege müssen Angehörige nicht vorab stellen. Es reicht aus, wenn sie im Nachgang zur Verhinderungspflege die Erstattung der Kosten bei der Pflegekasse beantragen. Verstirbt jedoch die oder der Pflegebedürftige vor der Beantragung der Verhinderungspflege, ist es rechtlich nicht möglich, dass die Pflegekasse den

Angehörigen das Geld erstattet. Dies wissen die Angehörigen aber in der Regel nicht. Der Schaden kann sich auf bis zu mehrere 1.000 Euro belaufen.

Der Rat, den Antrag vorab zu stellen, kommt in den beschriebenen Fällen natürlich zu spät. Deshalb sind solche Beratungen sowohl für

die Ratsuchenden als auch für die Beraterinnen und Berater sehr unbefriedigend.

Daher wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzgeber eine Möglichkeit schaffen würde, dass pflegende Angehörige die Kosten-erstattung für eine vorausgegangene Verhinderungspflege auch noch nach dem Tod der

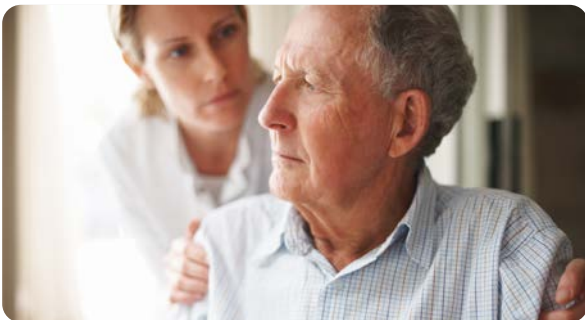
pflegebedürftigen Person beantragen können. Mindestens jedoch sollten die Pflegekassen verpflichtet werden, Versicherte und ihre Angehörigen ausdrücklich über das Thema aufzuklären. Im Zuge der anstehenden Reform des Leistungsrechts im SGB XI sollte eine praktikable Lösung gefunden werden.

#CORONA-PANDEMIE:

Gesetzliche Änderungen und Situation in Pflegeheimen

Corona-Sonderregelungen

Die Corona-Pandemie ist für viele pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige mit besonderen Unsicherheiten und Belastungen verbunden. Daher hat der Gesetzgeber Maßnahmen verabschiedet, die Pflegebedürftige und pflegende Angehörige während der Dauer der Pandemie schützen und entlasten sollen.



Ratsuchende, meist pflegende Angehörige, meldeten sich 2020 bei der UPD, weil sie von gesetzlichen Änderungen gehört hatten. Sie wussten aber nicht genau, worum es sich konkret handelte und ob sie von diesen Änderungen betroffen waren.

In diesen Fällen konnte die UPD gute Aufklärungsarbeit leisten und den Ratsuchenden wertvolle Informationen an die Hand geben.

So wurden beispielsweise die Möglichkeiten ausgeweitet, den Entlastungsbetrag in Anspruch zu nehmen. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege

haben einen monatlichen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro. Dieser Betrag kann nur für ganz bestimmte Leistungen, zum Beispiel von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag, etwa auch im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen eingesetzt werden. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können diesen Betrag vorübergehend auch für andere Hilfen in Anspruch nehmen, wenn dies wegen coronabedingter Engpässe erforderlich ist. Dies können beispielsweise nachbarschaftliche Hilfen sein.

Außerdem wurde der Erstattungsbetrag für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, angehoben. Hierzu zählen zum Beispiel Einmalhandschuhe, Schutzmasken oder Desinfektionsmittel. Normalerweise steht den Pflegebedürftigen hierfür ein Betrag von monatlich bis zu 40 Euro zur Verfügung. Dieser wurde auf bis zu 60 Euro erhöht.

Berufstätige Angehörige, die einen akuten Pflegefall in der Familie haben, können kurzfristig unbezahlt bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben, um die Pflege zu organisieren. Als Lohnersatzleistung erhalten sie für diese Zeit Pflegeunterstützungsgeld. Während der Corona-Pandemie wird das Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 20 Tage gezahlt. Berufstätige Angehörige haben damit das Recht, der Arbeit wegen einer akuten Pflegesituation für die Dauer von 20 Tagen fernzubleiben.

Besuchsverbote in Pflegeheimen

In vielen Pflegeheimen galten während der Pandemie Besuchsverbote. Angehörige, die deshalb bei der UPD anriefen, waren oft verzweifelt und machten sich sehr große Sorgen um ihre Familienmitglieder. Besonders schlimm war die Situation für demenzkranke Patientinnen und Patienten und deren Angehörige. Demenzkranke können eine derartige Situation schwer verstehen und es ist schwierig, auf anderen Wegen mit ihnen in Kontakt zu bleiben. In manchen Einrichtungen

durften Angehörige nicht einmal von Sterbenden Abschied nehmen.

Aus Patientenberatungssicht muss es das Ziel sein, mithilfe geeigneter und an die individuelle Situation angepasster Mittel (wie Schutzkleidung, Hygienemaßnahmen und Tests) Besuche möglich zu machen, wie es auch die Handreichung des Pflegebevollmächtigten vom Dezember 2020 darstellt.⁴⁹

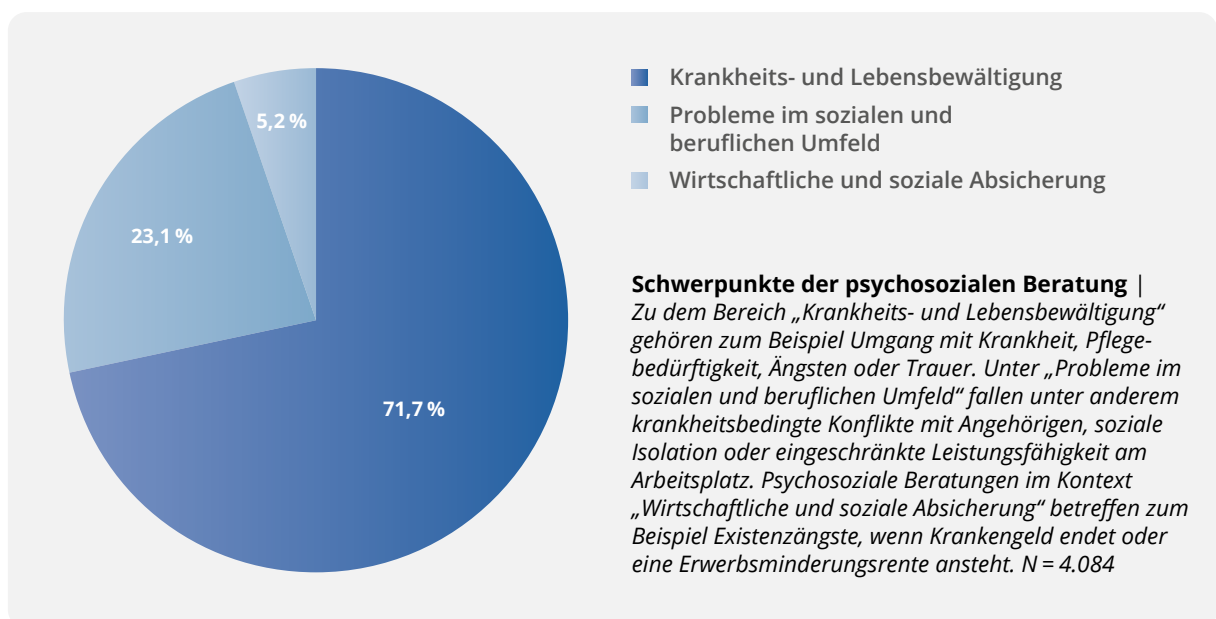
4.11 Psychosoziale Beratung

Die meisten Fragen im gesundheitlichen und (sozial-) rechtlichen Bereich betreffen unmittelbar die eigene Lebensqualität und Zukunft. Rat-suchende, die sich an die UPD wenden, sind häufig emotional belastet: Sie sind ängstlich, verzweifelt, verärgert, überfordert oder befinden sich in einer persönlichen Notlage.

Manchmal steht die psychosoziale Belastung im Zentrum des Anliegens. In anderen Fällen begleitet oder überlagert sie inhaltlich-fachliche Themen. Alle Beraterinnen und Berater der UPD sind daher in psychosozialer Beratung geschult und

nehmen diese als Querschnittsaufgabe wahr. Wenn eine tiefergehende psychosoziale Beratung erforderlich ist, übernehmen die Psychologinnen und Psychologen des psychosozialen Fachteams die Beratung.

Insgesamt 4.084 psychosoziale Beratungen wurden im Berichtsjahr 2020 dokumentiert. Die Anzahl ist gegenüber dem Vorjahr (3.591 Beratungen) deutlich gestiegen. Ein möglicher Grund hierfür ist die psychosoziale Belastung vieler Menschen durch die Corona-Pandemie.



⁴⁹ Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege: [Besuche sicher ermöglichen – Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie](#), Dezember 2020. [Zugriff 17.3.2021]

Psychosoziale Beratung bedeutet für die UPD eine professionell-unterstützende Form der Interaktion, die darauf abzielt, Menschen bei der Bewältigung von psychischen und/oder sozialen Problemen zu unterstützen. Wenn Menschen durch solche Probleme in ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt sind und es ihnen alleine nicht gelingt, die Probleme mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen, sind sie auf Unterstützung angewiesen. Die psychosoziale Beratung hat das Ziel, Problemlösungskompetenzen zu fördern und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

In der psychosozialen Beratung unterstützen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden dabei, eigene Ängste und andere Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse besser zu erkennen und zu formulieren. Gemeinsam mit den Ratsuchen-

den überlegen sie, welche Ressourcen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten Betroffenen zur Verfügung stehen, um die jeweilige Problemsituation zu bewältigen. Darüber hinaus machen die Beraterinnen und Berater die Ratsuchenden auf weiterführende 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 Versorgungsalltag oft unberücksichtigt bleiben oder keinen Raum finden, aber für die Ratsuchenden sehr wichtig sind.

#CORONA-PANDEMIE:

Psychosoziale Belastungen nehmen zu

In der Corona-Pandemie haben sich die psychosozialen Belastungen dem subjektiven Eindruck des Beratungsteams nach verschärft. In Zusammenhang mit der Pandemie ging es häufig um fehlenden Kontakt zu kranken Angehörigen und eingeschränktes Besuchsrecht in Heimen (siehe Kapitel 4.10). Ältere Menschen, die sich zum Schutz vor einer Coronavirus-Infektion zu Hause isolierten, schilderten ihre Einsamkeit und Ängste. Für viele Beraterinnen und Berater besonders berührend waren Gespräche mit Menschen, die um verstorbene Angehörige trauerten – ob an einer Coronavirus-Infektion oder anderen Erkrankungen – und weder im Krankenhaus noch mit einer Trauerfeier den eigenen Wünschen entsprechend Abschied nehmen konnten. Verzweifelt waren oft auch Patientinnen und Patienten, bei denen wegen der Pandemie Reha-Maßnahmen, geplante Operationen oder andere Behandlungen abgesagt wurden, auf die sie zum Teil lange gewartet hatten.

Die Belastungen durch die Pandemie und die Einschränkungen durch die rechtlichen Regelun-

gen führten zu Verunsicherung, Frustration und Aggression bei vielen Ratsuchenden – insbesondere, wenn Verordnungen unklar waren oder sich schnell veränderten. Häufig empfanden Ratsuchende Situationen in der Pandemie auch als ungerecht: Der Kollege darf ins Homeoffice, die Nachbarin bekommt eine kostenlose Schutzmaske, die Bewohner anderer Bundesländer dürfen noch verreisen – das Gefühl, benachteiligt zu werden, fand in vielen psychosozialen Gesprächen ein Ventil. Auch existenzielle wirtschaftliche Ängste kamen gehäuft zur Sprache – unter anderem von Selbstständigen, die in durch die Pandemie bedrohten Bereichen arbeiteten, oder in Zusammenhang mit Kurzarbeit. Fachlich gehörten viele dieser Fragen nicht in das Beratungsspektrum der UPD, aber die Betroffenen konnten zumindest durch eine psychosoziale Beratung aufgefangen werden.

4.12 Rehabilitation

Die Fragen zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen haben mit 2.709 Beratungen im Vergleich zum Vorjahr zugenommen (2019: 2.457). Insgesamt betrafen 3.667 Beratungen das Thema Rehabilitation in allen ihren Formen. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie fragten viele Ratsuchende nach der Möglichkeit, ihre bereits bewilligte Reha-Maßnahme zu verschieben (siehe unten).



Menschen, die selbst Angehörige pflegen, berichteten weiterhin: Die Krankenkasse lehnte ihren Antrag auf eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mit dem Hinweis ab, dass ambulante Maßnahmen ausreichen würden.⁵⁰ Dabei haben pflegende Angehörige einen Anspruch auf eine stationäre Maßnahme auch dann, wenn eine ambulante Reha ausreichen würde. Der Grundsatz ambulant vor stationär gilt für sie nicht.

Ratsuchende, die einen Antrag auf eine Rehabi-

litationsmaßnahme stellen, sind darauf angewiesen, dass der Arzt oder die Ärztin Angaben zum genauen Rehabilitationsziel macht sowie Ausführungen zur konkreten Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit bestätigt. Spätestens dann, wenn Ratsuchende gegen eine Ablehnung Widerspruch einlegen wollen, benötigen sie die fachliche ärztliche Unterstützung. Manche Ratsuchende beklagten, dass ihre Ärzte keine Zeit hatten oder sie ohne Begründung nicht weiter unterstützten.



#CORONA-PANDEMIE:

Rehabilitation trotz Corona?

Die Corona-Pandemie hat sich auch auf Rehabilitations-Maßnahmen ausgewirkt. Waren zeitweise Rehabilitations-Einrichtungen sogar geschlossen, hatten auch die Rehabilitanden nicht selten den Wunsch, ihre Reha zu verschieben. Sie fürchteten sich vor einer Ansteckung während der Maßnahme. Andererseits hatten sie Sorge, dass ihr Platz in der Rehabilitationseinrichtung dann nicht gesichert war. Befanden sie sich bereits in einer Reha-Maßnahme, mussten sie feststellen, dass Bäder geschlossen waren oder geplante Anwendungen nicht stattfanden.

War die Deutsche Rentenversicherung Kostenträger der Reha-Maßnahme, gestaltete sich eine Verschiebung unproblematisch. Es gab ausdrücklich keine Verpflichtung, die Reha-Maßnahme anzutreten. Die Ratsuchenden konnten einen Antrag auf Verschiebung bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger stellen. Eine Verschiebung

bis zu neun Monaten war ohne Weiteres möglich. Eine Ausnahme galt für Anschlussheilbehandlungen (AHB), also Reha-Maßnahmen, in denen der zeitlich-medizinische Zusammenhang zwischen der Akutbehandlung und der Reha-Maßnahme wichtig war. Als Richtwert hierfür galten sechs Wochen, die um bis zu zwei Wochen überschritten werden konnten.

Ratsuchende, deren Reha-Maßnahme von ihrer Krankenkasse bewilligt worden war, konnten eine Verschiebung zunächst bis zu drei Monaten beantragen. Die Krankenkasse prüfte im Einzelfall, ob eine Verschiebung möglich war. Sie beriet Versicherte, welche gesundheitlichen und gegebenenfalls finanziellen Nachteile durch eine Verschiebung entstehen konnten, zum Beispiel weil sich der Arbeitsunfähigkeitszeitraum dadurch verlängerte. Auch hier sollte eine AHB in der Regel nicht länger als um sechs Wochen verschoben werden,

⁵⁰ siehe [Monitor Patientenberatung 2019](#), Kapitel 8.7, Seiten 88 und 89.

weil der Zusammenhang zwischen Akutbehandlung und Reha-Maßnahme sehr wichtig ist. Einige Kassen verlangten, dass die Versicherten nach der Verschiebung einen neuen Antrag stellen mussten. Auch wenn die Kassen auf die vorhandenen Unterlagen zurückgriffen, bedeutete dies ein Mehraufwand für die Versicherten.

Bestimmte Ratsuchende, die von ihrer Krankenkasse aufgefordert wurden, einen Antrag auf eine Reha-Maßnahme zu stellen, standen unter größerem Druck: Hintergrund war, dass ein ärztliches Gutachten bescheinigte, dass ihre Erwerbs-

fähigkeit erheblich gemindert oder gefährdet war. Sie benötigten für die Verschiebung einer Maßnahme die Zustimmung der Krankenkasse, um ihren Krankengeldanspruch nicht zu gefährden. Einerseits sollte die Reha die drohende Erwerbsminderung abwenden. Auf der anderen Seite war Ziel eines schnellen Reha-Beginns, die Krankengeldzahlungen zu begrenzen. Deshalb forderte die Deutsche Rentenversicherung Bund alle Reha-Einrichtungen auf, diese Versicherten unbedingt bevorzugt einzuladen und vorzuziehen, wenn andere Rehabilitanden ihre Maßnahme absagten.⁵¹

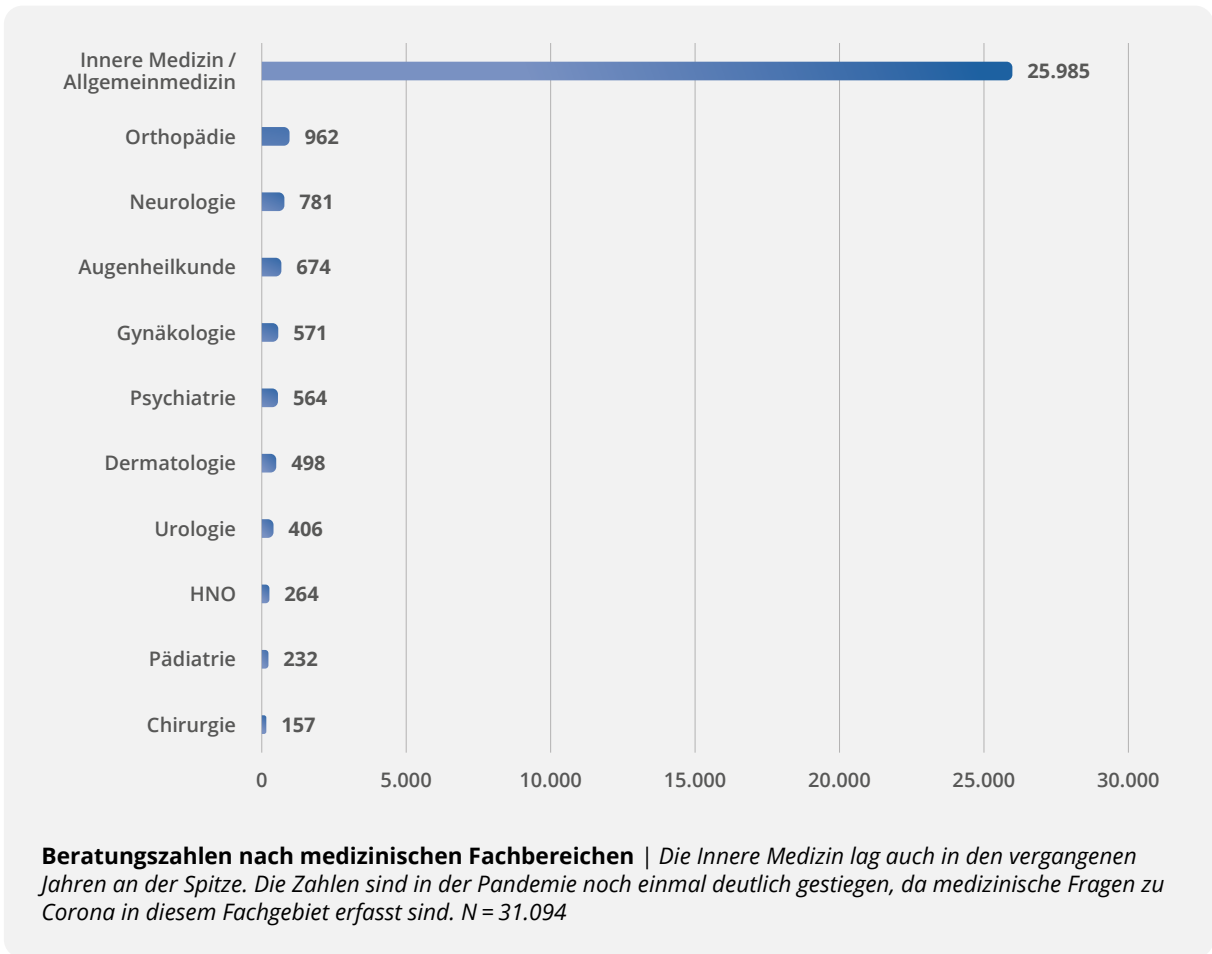


4.13 Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten

2020 gab es 31.094 medizinische Beratungen in den verschiedenen Fachgebieten. Die Zahl der Anfragen hat sich im Vergleich zum Vorjahr ungefähr verdreifacht (2019: 10.099 Beratungen). Die meisten Anfragen betrafen das Fachgebiet Innere Medizin/Allgemeinmedizin (25.985 Beratungen). Dort hat sich die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr verfünffacht (2019: 4.185 Beratungen). Hier sind die vielen medizinischen Fragen rund um die Corona-Pandemie abgebildet. In den meisten anderen Fachgebieten sind die Anfragen im

Vergleich zu 2019 leicht zurückgegangen, zum Beispiel in der Orthopädie (962 gegenüber 1.322 Beratungen), Augenheilkunde (674 gegenüber 896 Beratungen) und Neurologie (781 gegenüber 842 Beratungen). Diese drei belegen wie im Vorjahr die Fachgebiete mit den meisten Anfragen nach der Inneren Medizin. Abgesehen von der Inneren Medizin sind lediglich im Fachgebiet Psychiatrie die Beratungszahlen leicht gestiegen (564 gegenüber 436 Beratungen).

⁵¹ Rundschreiben Nr. 48 der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vom 21.10.2020 Aktenzeichen 8022-2-33-2020



Fragen der Ratsuchenden in den verschiedenen medizinischen Fachgebieten betrafen Ursachen, Risikofaktoren, Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten sowie Untersuchungsverfahren, Therapieoptionen und Prognose. Viele Ratsuchende wünschten sich von den Beraterinnen und Beratern Informationen zu Risiken und Nutzen medizinischer Maßnahmen. Häufig ging es auch darum, Befunde von Labor- oder Röntgenuntersuchungen zu verstehen oder medizinische Zusammenhänge durch die Beraterinnen und Berater zu klären. Ziel der Beratungen ist es, Betroffenen evidenzbasierte Informationen zu ver-

mitteln, ihre Wünsche, Präferenzen, Ängste oder Vorbehalte zu klären und zu formulieren und Patientinnen und Patienten so zu unterstützen, dass sie gemeinsam mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten eine für sie passende Entscheidung treffen können.

In das Fachgebiet Innere Medizin fallen in der Statistik auch reisemedizinische Anfragen. Diese sind 2020 – vermutlich durch die Reiseeinschränkungen durch Corona – stark zurückgegangen (2020: 406 Beratungen, 2019: 839 Beratungen). Reisemedizinische Fragen betrafen vor allem Impfpfehlungen für die geplanten Reiseziele (siehe Kapitel 4.4) und den Schutz vor Malaria. Die reisemedizinische Beratung der UPD basiert auf den medizinischen Hinweisen des Auswärtigen Amtes, den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit



e. V. Im Sinne der Lotsenfunktion der UPD verweisen Beraterinnen und Berater darüber hinaus auf spezialisierte reisemedizinische Angebote, zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte mit entsprechenden Fortbildungen oder spezialisierte Ambulanzen an Kliniken.

Die Corona-Pandemie spiegelt sich auch in den statistisch erfassten ICD-Diagnosen der Beratungsanlässe wider. Hier standen die Infektionskrankheiten 2020 mit Abstand an der Spitze (23.153 Beratungen; 2019: 787 Beratungen). Die drei 2019 am häufigsten angefragten Fach-

gebiete folgten – in identischer Reihenfolge – mit weitem Abstand und leicht zurückgegangenen Beratungszahlen: Krankheiten des Verdauungssystems (2020: 1.138 Beratungen, 2019: 1.279 Beratungen), Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (2020: 900 Beratungen, 2019: 1.162 Beratungen) und Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (2020: 710 Beratungen, 2019: 893 Beratungen). Gestiegen sind auch die Beratungszahlen für “Psychische und Verhaltensstörungen” und “Krankheiten des Atmungssystems” – auch dies ist vermutlich im Kontext der Pandemie zu verstehen.

ICD-Kapitel	Anzahl der Beratung
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	23.153
Neubildungen (C00-D48)	226
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	74
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen (E00-E90)	287
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	658
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	522
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	710
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	96
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	538
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	448
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	1.138
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	216
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	900
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	654
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	6
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	5
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	69
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	697
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	365

Medizinische Beratungsthemen nach ICD-10 Codes (Auswahl) | Die Infektionskrankheiten standen 2020 thematisch aufgrund der Corona-Pandemie mit Abstand an der Spitze. N gesamt = 30.762 (Mehrfachnennungen möglich, fehlende Angaben bei den ICD-Codes nicht abgebildet)

#CORONA-PANDEMIE:

Viele Fragen zu einer neuen Erkrankung

Fragen rund um die Corona-Pandemie machten 2020 den größten Teil der medizinischen Beratung aus. Insbesondere während der ersten Erkrankungswelle war die Beratung sehr stark von

medizinischen Fragestellungen geprägt – zu den Symptomen, Übertragungswegen, dem Krankheitsverlauf, der Prognose und vielen weiteren Themen.

Symptome – wann zum Arzt?

Die Symptome einer leichten Covid-19-Erkrankung sind unspezifisch – unter anderem Husten, Fieber und Schnupfen und viele andere klassische Infektsymptome wie Kopf- und Gliederschmerzen, Übelkeit, Durchfall, Hautauschlag. Viele Ratsuchende mit diesen oder anderen Symptomen fragten das UPD-Beratungsteam, ob eine Coronavirus-Infektion vorliegen könnte und wie sie diese von anderen Erkrankungen unterscheiden könnten. Sie wollten auch wissen, wie sie sich weiter verhalten sollten, ob sie zum Beispiel in eine Praxis oder Klinik gehen sollten. Dabei gab es Ratsuchende, die trotz nur leichtgradiger Symptome stark beunruhigt waren und dringend eine Möglichkeit zur Abklärung wünschten. Und es gab Ratsuchende, die trotz Symptomen einer möglichen Coronavirus-Infektion nirgends hingehen wollten, aus Angst, sich in einer Arztpraxis oder Klinik zu infizieren. Insbesondere zu den Hochphasen der Pandemie hat die UPD auf Grund-

lage der RKI-Vorgaben und der Handlungsleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin eine stärker lotsende Beratung durchgeführt und damit aktiv zur Entlastung des Gesundheitssystems beigetragen. So haben die Beraterinnen und Berater Ratsuchenden konkret gesagt, ob auf Grundlage der Schilderungen zum Beispiel eine Testindikation vorliegt, sie das Gesundheitsamt kontaktieren oder sie sich häuslich isolieren sollten. Auch auf die CovApp⁵² der Charité Berlin wiesen die Beraterinnen und Berater hin, die Betroffene unterstützen kann, die Notwendigkeit eines Arztbesuchs oder Coronavirus-Tests besser einzuschätzen.

Im Laufe des Jahres kamen vermehrt auch Anfragen zu Manifestationen einer Coronavirus-Infektion außerhalb der Atemwege (zum Beispiel am Nervensystem, Herz oder der Niere) und zu Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung.

Maßnahmen und ihre konkrete Umsetzung

Wie das Virus übertragen wird und welche Schutzmaßnahmen es gibt, waren weitere häufige Fragen gerade zu Anfang der Pandemie. Auch hier kamen neue Erkenntnisse hinzu – neben der Tröpfcheninfektion rückte zunehmend die Übertragung durch Aerosole in den Vordergrund und die Empfehlungen zu Schutzmaßnahmen wurden angepasst. Viele Fragen betrafen den Nutzen, aber auch die konkrete Umsetzung der Maßnahmen – sei es zum Thema Hände waschen und Anwendung von Desinfektionsmitteln, zu Masken (siehe Kapitel 4.7), zum Abstandhalten und Kontaktbeschränkungen, zu Quarantäne und Isolierung, zum Lüften oder der Corona-Warn-App. In



der Beratung erläuterte das UPD-Team den medizinischen Wissensstand zum jeweiligen Thema und die rechtlichen Regelungen diesbezüglich.

⁵² Charité – Universitätsmedizin Berlin: [CovApp](#). [Zugriff 19.3.2021]

Wichtig war häufig auch eine Entscheidungshilfe in sehr individuellen persönlichen Fragen, wie zum Beispiel: Ist der Besuch der chronisch kranken Mutter zum Geburtstag wichtiger für ihr Wohlbefinden als das Risiko einer Ansteckung? Sollen die Großeltern noch auf den Enkel aufpassen?

Solche Fragen ließen sich nicht pauschal beantworten. Die Beraterinnen und Berater unterstützten Ratsuchende dabei, ihre Ängste, Prioritäten und Wünsche zu verstehen, Risiken einzuschätzen und die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Handlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Schwierigkeiten bei der Bewertung von Risikokontakten

Risikokontakte waren ein weiteres großes Beratungsthema. Viele Ratsuchende kontaktierten die UPD, wenn sie im näheren Umfeld einen Corona-Fall hatten – zum Beispiel mit jemandem zusammen gewesen waren, der kurz darauf als Kontaktperson in Quarantäne musste. Solche Kontakte über Dritte wurden von Ratsuchenden vielfach mit der vom RKI definierten Kontaktart der Kategorie 2 verwechselt. Ein solcher Kontakt über Dritte war für Betroffene oft verunsichernd, ohne dass es spezifische Handlungsempfehlungen für diese Situation gab.

örtliche Gesundheitsamt – diese angeordnet hat oder regionale Regelungen andere Wege vorsehen (wegen Überlastung der Gesundheitsämter wurden in einigen Regionen besondere Regelungen für Kontaktpersonen erlassen). Aus medizinischer Sicht ist nach Risikokontakt mit hohem Infektionsrisiko eine umgehende Quarantäne sinnvoll. Gemeinsam mit den Betroffenen klärten die Beraterinnen und Berater zum Beispiel, ob Möglichkeiten bestanden, trotz Fehlen der offiziellen Quarantänebenachrichtigung vom Arbeitsplatz fern zu bleiben (Urlaub, Homeoffice, Abbau von Überstunden) und wie sie sich bei unvermeidlichen Kontakten verhalten können. Rund um Quarantäne und Isolierung drehten sich eine Vielzahl weiterer Anfragen – zur konkreten Umsetzung (was darf ich, was darf ich nicht?), zu dem Ansteckungsrisiko innerhalb eines Haushaltes, zur Dauer von Quarantäne und Isolierung, wann Infizierte nicht mehr ansteckend sind und wie man das herausfinden kann.

Auch Menschen, die wussten, dass sie einen hochgradigen Risikokontakt hatten, aber das zuständige Gesundheitsamt nicht erreichen konnten, wandten sich an die UPD. In diesen Fällen ging es neben rechtlichen und medizinischen Aspekten häufig darum, pragmatische und individuelle Handlungsmöglichkeiten auszuloten: Rechtlich gesehen beginnt die Quarantäne erst, wenn die zuständige Behörde – in der Regel das

Teststrategie und unterschiedliche Testverfahren

Fragen zu Corona-Tests machten einen großen Teil der Corona-Beratung aus (Vergleich Kapitel 4.15). Sie betrafen vorwiegend PCR-Tests und zum Ende des Jahres auch Antigen-Schnelltests; Antikörper-Tests spielten eine eher untergeordnete Rolle.⁵³ Medizinische Fragen bezogen sich vor allem darauf, welche unterschiedlichen Testverfahren es gibt, wie diese genau durchgeführt werden, welcher Test in welcher Situation sinnvoll ist und wie aussagekräftig die verschiedenen Verfahren sind. Es meldeten sich auch Ratsuchende

bei der UPD, die per E-Mail oder App positive Testergebnisse übermittelt bekommen hatten und verunsichert waren, wie sie sich nun verhalten sollten. Andere Ratsuchende sorgten sich um das Risiko falsch positiver oder falsch negativer Testergebnisse. Ein großes Beratungsthema war die Schwierigkeit, geeignete Anlaufstellen für einen PCR-Test zu finden (siehe Kapitel 4.15).

⁵³ Der PCR-Test (PCR: polymerase chain reaction; Polymerase-Kettenreaktion) weist das Genmaterial des Virus zum Beispiel in einem Rachenabstrich nach und ist der wichtigste Test bei der Diagnostik der akuten Coronavirus-Infektion. Antigen-Schnelltests weisen bestimmte Eiweiße des Virus nach. Sie werden vor allem als Schnelltests angewendet, die innerhalb kurzer Zeit direkt abgelesen werden, sind aber weniger zuverlässig als die PCR. Antikörper-Tests weisen Antikörper im Blut Infizierter nach, sie sind also nur ein indirekter Virusnachweis.

Besondere Herausforderungen für Risikogruppen

Viele Ratsuchende wandten sich auch mit Fragen zu Risikogruppen für einen ungünstigen Verlauf an die UPD. Menschen mit chronischen Erkrankungen baten um eine Einschätzung, ob sie zu einer Risikogruppe gehören. Das hatte oft nicht nur für das subjektive Bedrohungsgefühl Bedeutung, sondern manchmal auch für ganz praktische Aspekte – zum Beispiel für besondere Vorsichtsmaßnahmen am Arbeitsplatz, für kostenlose FFP2-Masken (siehe Kapitel 4.1) und für die Impf-Priorisierung (siehe Kapitel 4.4). Wie in vielen Bereichen der Pandemie veränderten sich die wissenschaftlichen Einschätzungen durch neue Forschungsergebnisse im Laufe des Jahres – zum Beispiel in Bezug auf Schwangere. Das RKI

hatte in seinem Steckbrief von Anfang an darauf hingewiesen, dass die aufgeführten Risikofaktoren nicht abschließend sind und das individuelle Risiko nicht anhand einer bestimmten Diagnose, sondern der individuellen Gesamtsituation beurteilt werden muss. Die Beraterinnen und Berater unterstützten Ratsuchende, indem sie die Hintergründe und den aktuellen Wissensstand zu Risikofaktoren für einen schweren Verlauf erläuterten. Sie klärten mit Ratsuchenden, welche Entscheidung für diese von der Risikoeinschätzung abhing, wo sie eine individuelle Beurteilung bekommen und wie sie sich bestmöglich gegen eine Coronavirus-Infektion schützen können.

4.14 Zahnmedizin

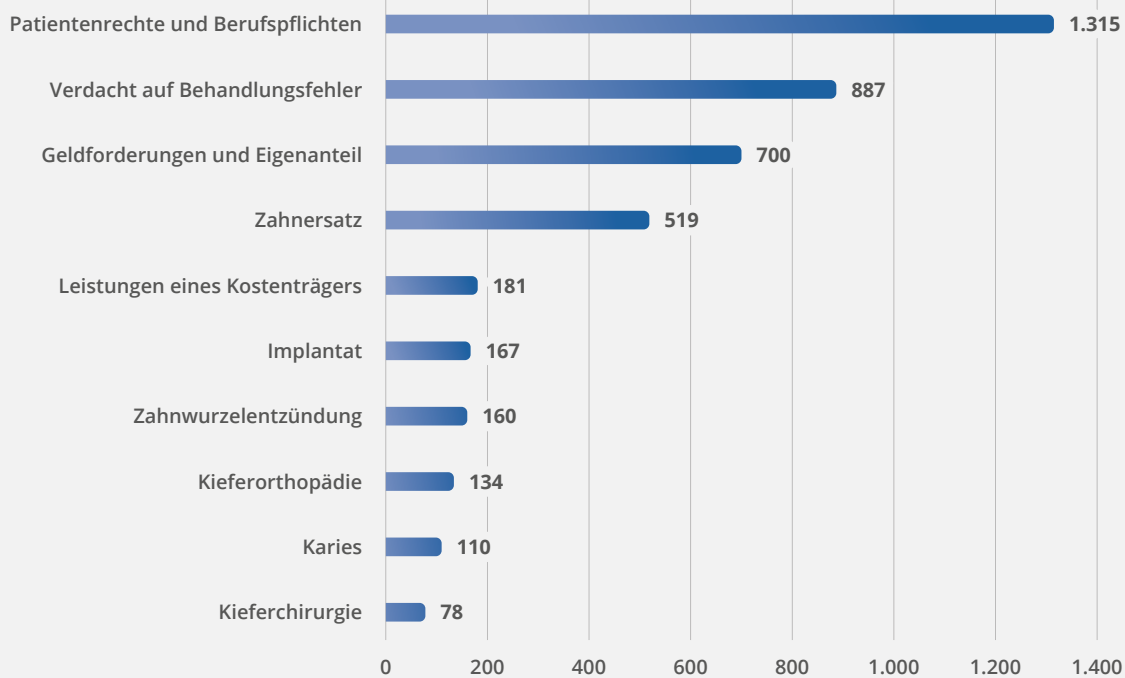
Im Jahr 2020 hat die UPD 4.688-mal zu Themen rund um die zahnmedizinische Versorgung beraten, nur geringfügig weniger als im vergangenen Jahr (2019: 4.763). Viele Beratungsthemen stellten sich im Vergleich zu den Vorjahren unverändert dar. Fragen mit rechtlichem Schwerpunkt (3.234 Beratungen) waren etwa doppelt so häufig wie Fragen mit medizinischem Schwerpunkt (1.454 Beratungen).



Rechtliche Fragestellungen betrafen vor allem Patientenrechte und ärztliche Berufspflichten sowie Geldforderungen und Eigenanteile. Hier standen die bekannten Probleme im Vordergrund, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte ihrer Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung nicht nachkamen und im Heil- und Kostenplan angegebene Beträge in der tatsächlichen Zahnarztrechnung erheblich überschritten. Zudem ging es häufig um Gewährleistung bei Zahnersatz. Diese Themen wurden bereits im Monitor Patientenberatung aus den Jahren 2017 und 2018 ausführlich beschrieben.⁵⁴ Auch der Verdacht auf Behandlungsfehler spielte in der zahnmedizinischen Beratung eine große Rolle.

Medizinische Fragen (1.454 Beratungen) 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 (siehe Seite 94).

⁵⁴ siehe [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.4.2, Seite 82 ff.; [Monitor Patientenberatung 2018](#), Kapitel 4.2.2, Seite 68 ff.



Die zehn Schwerpunktthemen rund um die zahnmedizinische Versorgung | Insgesamt gab es in diesem Bereich 3.234 Beratungen mit rechtlichem Schwerpunkt (aufgeführt nach rechtlichem Themenkomplex) und 1.454 Anfragen mit medizinischem Schwerpunkt.

DAUERTHEMA:

Außervertragliche Leistungen in der Kieferorthopädie

134 Anfragen mit medizinischem Schwerpunkt zum Thema Kieferorthopädie hat die UPD 2020 beantwortet, zum Beispiel zu Risiken und Nutzen einzelner Maßnahmen. Hinzu kommen eine große Zahl rechtlicher Fragestellungen in dem Bereich, zum Beispiel zu Patientenrechten, Berufspflichten und selbst zu zahlenden Leistungen. In den Gesprächen berichten Ratsuchende, dass Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden häufig außervertragliche Leistungen anbieten, ohne die Möglichkeiten der Regelversorgung darzustellen. Dabei hat der Gesetzgeber bereits im Mai 2019 die gesetzliche Regelung geschaffen, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte (zu denen die Kieferorthopäd/-innen gehören) vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung mit den Patientinnen und Patienten treffen müssen. In dieser sind die Kassenleistung und die selbst zu tragenden Kosten aufgeschlüsselt nach Leis-

tungen gegenüberzustellen (§ 29 Abs. 7 SGB V). Ratsuchenden ist oft nicht klar, ob und wenn ja welchen Nutzen oder Vorteil die selbst zu zahlenden Leistungen für sie bringen. Aus Beratungssicht wären Maßnahmen wünschenswert, um Patientinnen und Patienten regelhaft evidenzbasierte und neutrale Informationen zu den einzelnen Leistungen zugänglich zu machen.

Eine besondere Situation stellt die Kombination kieferorthopädischer Maßnahmen mit einem kieferchirurgischen Eingriff dar. Diese Kombinationsbehandlung wird bei Erwachsenen mit entsprechend ausgeprägten Fehlstellungen gegebenenfalls von der Krankenkasse übernommen. Ratsuchende berichteten der UPD, dass ihnen ihre Ärztinnen oder Ärzte die Kombinationsbehandlung anboten, sodass die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Oder

Betroffene wünschen die Behandlung selbst, um die Kosten für die Behandlung nicht tragen zu müssen – auch wenn vielleicht alleinige kieferorthopädische Maßnahmen aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ausreichen würden.

Aus Beratungssicht besteht hier ein Anreiz zur Überversorgung, der für Betroffene mit einer Belastung durch unnötige operative Eingriffe einhergehen kann.

🔄 DAUERTHEMA:

Nutzen und Kostenübernahme der professionellen Zahnreinigung

Die Fragen, welchen Nutzen die professionelle Zahnreinigung (PZR) hat und ob die Krankenkasse Kosten für diese übernimmt, waren 2020 weiterhin häufig und haben sogar zugenommen (193 Beratungen; 2019: 139 Beratungen). Die Frage der Kostenübernahme stellt sich besonders häufig im Kontext einer Parodontose-Behandlung, bei der Betroffene die PZR in der Regel als Selbst-

zahlerleistung durchführen lassen müssen, bevor die Krankenkasse die Parodontose-Behandlung übernimmt – wie bereits in den Monitoren 2017 und 2018 dargestellt.⁵⁵ Die Fragen zur PZR haben in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie möglicherweise zugenommen, da Ratsuchende den Nutzen mit dem Risiko einer Coronavirus-Infektion bei einem Praxisbesuch abwogen.

🎯 IM FOKUS:

Craniomandibuläre Dysfunktion – viel Leid und wenig Evidenz

“ Ich leide unter einer schweren craniomandibulären Dysfunktion. Die Schmerzen machen mich wahnsinnig! Ich bin von einem Zahnarzt zum anderen gelaufen und jeder sagt was anderes, aber helfen konnte mir keiner. Im Internet habe ich dann einen Spezialisten gefunden, der für viel Geld eine Funktionsanalyse durchgeführt hat. Jetzt schlägt er eine noch viel teurere Behandlung vor, die ich gar nicht bezahlen kann. Wie kann es sein, dass ich mit diesem schlimmen medizinischen Problem so allein gelassen werde?! ”

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die unter einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) leiden, schildern oft einen langen Leidensweg. Sie berichten von Schwierigkeiten, eine kompetente Behandlung zu finden. Neben Zahnärztinnen und Zahnärzten suchen sie orthopädische und neurologische Facharztpraxen auf, versuchen alternativmedizinische Heilverfahren und Physiotherapie. Ratsuchende fragen nach spezialisierten Anlaufstellen für ihre Beschwerden. Sie schildern außerdem geplante Untersuchungen oder Behandlungen, die sie selbst bezahlen sollen und fragen, ob diese erforderlich und sinnvoll sind und ob es Möglichkeiten gibt, die Kosten durch die Krankenkasse erstattet zu bekommen. Zu den am häufigsten angefrag-

ten Verfahren gehören Funktionsanalysen. In diesem Zusammenhang ist Ratsuchenden zum Teil nicht klar, dass es sich nur um Diagnostik handelt und sich gegebenenfalls weitere selbst zu zahlende Maßnahmen für die Behandlung anschließen können. Bei den Behandlungsverfahren fragen Ratsuchende zum Beispiel nach dem Nutzen einer Komplettsanierung der Backenzähne. Sie berichten auch von teuren Komplettpaketen aus orthopädischen, zahnmedizinischen und physiotherapeutischen Maßnahmen. Ratsuchende sind durch die chronischen Schmerzen oft sehr verzweifelt und bereit, alle Maßnahmen auszuprobieren, die Linderung versprechen.

⁵⁵ siehe [Monitor Patientenberatung 2017](#), Kapitel 3.2.4, Seite 85; [Monitor Patientenberatung 2018](#), Kapitel 4.2.2, Seite 71.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern zunächst einmal den komplexen medizinischen Hintergrund von CMD-Beschwerden und informieren zur wissenschaftlichen Datenlage hinsichtlich Erfolgsaussichten und Risiken der verschiedenen Behandlungsmethoden. Sie erläutern den Ratsuchenden, welche Maßnahmen regulär von den Krankenkassen bezahlt werden. Für andere Verfahren weisen sie darauf hin, dass die Möglichkeit einer Kostenübernahme als Einzelfallentscheidung besteht und ein entsprechender Antrag von den Betroffenen gestellt werden kann – dieser allerdings erfahrungsgemäß meist erfolglos bleibt.

Bei Fragen nach Spezialistinnen und Spezialisten erklärt das Beratungsteam das prinzipielle Problem fehlender neutraler und umfassen-

der Suchmöglichkeiten für Spezialisierungen im niedergelassenen Bereich (siehe Kapitel 4.15). Mit entsprechenden Erläuterungen weisen die Beraterinnen und Berater Ratsuchende auf die Arztsuche der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) hin. Diese wissenschaftliche Fachgesellschaft – eine Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) – bietet auf ihrer Internetseite die Möglichkeit, nach unterschiedlichen Qualifikationen (Zertifizierung nach DGFDT, Master of Science, Absolventen eines standardisierten Weiterbildungs-Curriculums) zu suchen. Auch einzelne kassenzahnärztliche Vereinigungen oder Landes Zahnärztekammern bieten diese spezielle Suchmöglichkeit an.

Fachlicher Hintergrund

Der Begriff CMD ist eine Sammelbezeichnung für verschiedene Schmerzen und Beschwerden, bei denen vor allem die Kaumuskulatur und Kiefergelenke betroffen sind. Die genaue Ursache ist unklar, es wird von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren ausgegangen. Diskutiert werden unter anderem Verletzungen, Entzündungen und Abnutzungserscheinungen des Kiefergelenks, muskuläre Ursachen (Verspannung, Überanstrengung der Kaumuskulatur), Zähneknirschen und psychische Faktoren.

Neben der zahnärztlichen Untersuchung und dem Anamnesegespräch werden bei Hinweisen auf funktionelle Störungen umfangreiche Funktionsanalysen durchgeführt, bei denen die Kaumuskulatur und die Kiefergelenke untersucht werden und die Bewegungsmuster des Unterkiefers erfasst werden. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Funktionsanalysen in der Regel nicht.

Die Behandlung erfolgt je nach Schweregrad interdisziplinär. Sie umfasst unter ande-

rem Schienentherapie und Physiotherapie, Schmerzmedikamente, Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie oder kann prothetisch, kieferorthopädisch, kieferchirurgisch oder als Kombinationstherapie erfolgen. Zu den irreversiblen invasiven Behandlungsformen gehören das Abschleifen von Zähnen mit anschließendem Zahnersatz und mund-, kiefer-, gesichtschirurgische Eingriffe. Die gängigen therapeutischen Maßnahmen bei chronischen Schmerzsyndromen wie Schmerzmedikamente, Entspannungsverfahren und Verhaltenstherapie werden von den Krankenkassen in der Regel übernommen. Spezielle zahnmedizinische, kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen müssen Betroffene häufig selbst bezahlen.

Zu Risiken und Nutzen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der CMD liegen wenig evidenzbasierte Informationen vor. Zur Funktionsdiagnostik gibt es eine auf Expertenmeinung basierende Leitlinie (S2k-Leitlinie).⁵⁶ Die DGZMK veröffentlicht auf ihrer Internetseite Patienteninformationen zu den Themen Kiefer-

⁵⁶ DGZMK: [S2k-Leitlinie Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse](#). Stand: 15.12.2015 (in Überarbeitung), gültig bis 14.12.2020.

gelenkschmerz⁵⁷ und chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerz⁵⁸ mit allgemeinen Informationen. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) greift die CMD in ihrem Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf.⁵⁹ Keine

der Veröffentlichungen gibt klare Informationen zur Evidenzlage von Risiken und Nutzen einzelner Verfahren, sie können Ratsuchenden damit nicht als Entscheidungshilfe dienen.

FAZIT

Chronische Schmerzsyndrome unklarer Ursache stellen in vielen medizinischen Fachgebieten eine Herausforderung dar. Im Berichtsjahr 2020 hat die UPD 92-mal zur CMD – einem der häufigsten chronischen Schmerzsyndrome in der Zahnmedizin – beraten (219: 119 Beratungen). Leid und finanzielle Belastung für Betroffene sind erheblich: Die angebotenen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sind nicht nur teuer, sondern umfassen auch

irreversible Maßnahmen wie das Abschleifen der Zähne, die großen gesundheitlichen Schaden anrichten können. Für Patientinnen und Patienten ist es schwierig, evidenzbasierte Informationen zum Thema CMD und spezialisierte Anlaufstellen zu finden. Aus UPD-Sicht wäre es wichtig, dass die entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften Transparenz bezüglich der Studienlage schaffen und Evidenz generieren.

#CORONA-PANDEMIE:

Lücke im Bonusheft

Aus Sorge vor einer Infektion entschieden sich Versicherte, während der Pandemie die jährliche zahnärztliche Untersuchung auszulassen. Dadurch würde eine Lücke in ihrem Bonusheft entstehen, in das die Zahnarztpraxis die regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolltermine einträgt. Versicherte fürchteten deshalb, dass die Krankenkasse den höheren Zuschuss zum Zahnersatz nicht zahlt, wenn zum Beispiel eine Krone oder Brücke notwendig wird.

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten erhalten von der Krankenkasse einen höheren Zuschuss für die Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie ihr Bonusheft regelmäßig führen. Können Versicherte regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen über einen Zeitraum von fünf Jahren lückenlos nachweisen, erhöht sich der Festzuschuss (seit dem 01.10.2020) von 60 % auf 70 % der durchschnittlichen Kosten der Regel-

versorgung. Können sie die Kontrolluntersuchungen über zehn Jahre nachweisen, erhöht sich der Zuschuss auf 75 %.

Seit dem 01.10.2020 gilt, dass ein einmaliges Versäumnis der Untersuchung innerhalb des Zehn-Jahres-Zeitraums in bestimmten Ausnahmefällen ohne Folgen bleiben kann.⁶⁰ Dafür muss der Patient oder die Patientin neben einer regelmäßigen Zahnpflege gegenüber der Krankenkasse ausreichend begründen, warum er oder sie in dem Jahr nicht zum Zahnarzt oder zur Zahnärztin gehen konnte.

Was als ausreichende Begründung gegenüber der Krankenkasse gilt, ist nicht näher geklärt. Es ist zu befürchten, dass der Fall von Kasse zu Kasse oder abhängig von verschiedenen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern innerhalb einer Kasse unterschiedlich beurteilt wird.

⁵⁷ DGZMK: [Patienteninformation Kiefergelenkschmerz](#). [Zugriff 19.3.2021]

⁵⁸ DGZMK: [Patienteninformation Chronischer Kiefer- und Gesichtsschmerz](#). [Zugriff 19.3.2021]

⁵⁹ BZÄK: [Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde](#). [Zugriff 19.3.2021]

⁶⁰ RGL: § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 6 SGB V

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer rieten davon ab, Vorsorgeuntersuchungen während der Corona-Pandemie zu verschieben.⁶¹ Die Bedenken der Ratsuchenden sind dennoch nachvollziehbar. Aus Patientenberatungssicht ist die Möglichkeit, aufgrund der Pandemie einen zahnärzt-

lichen Kontrolltermin ohne finanzielle Nachteile in das Folgejahr zu verschieben, zu begrüßen. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt, dass eine coronabedingte Lücke im Bonusheft in 2020 nicht zum vollständigen Verlust des Bonusanspruchs führt.⁶² Es bleibt abzuwarten, wie die Krankenkassen diese Empfehlung umsetzen.

4.15 Zugang zum Gesundheitssystem

Die UPD hat im Gesundheitssystem eine Lotsenfunktion. Diese wird rege in Anspruch genommen: 4.434 Beratungen betrafen die Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nach Kliniken und weiteren medizinischen Leistungserbringern. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl allerdings deutlich zurückgegangen (2019: 6.407 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 Beraterinnen und Berater benutzen für die Leistungserbringersuche – soweit verfügbar – qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale

Suchportale. Dazu gehören zum Beispiel die Weisse Liste, Angebote der Kassenärztlichen (KV) oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und der berufsständischen Kammern. Darüber hinaus nutzen sie Suchmöglichkeiten von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kompetenznetzen, bundesweiten Selbsthilfegruppen und anderen Anbietern. Der Schwerpunkt der Beratung liegt darauf, Ratsuchenden die verfügbaren Informationen zugänglich zu machen und Aussagekraft, Nutzen und Einschränkungen unterschiedlicher Suchmöglichkeiten zu erläutern. Die UPD bietet also eine Hilfe zur Selbsthilfe – Ratsuchende sollen die Kompetenz erhalten, selbst nach geeigneten Anlaufstellen zu recherchieren.



⁶¹ KZBV (Pressemitteilung): [Regelmäßig geführtes Bonusheft bei Zahnersatz bares Geld wert](#). Berlin, 15. September 2020. [Zugriff 19.3.2021]

⁶² GKV-Spitzenverband: [Fokus: Sonderregelungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus](#). [Zugriff 19.3.2021]

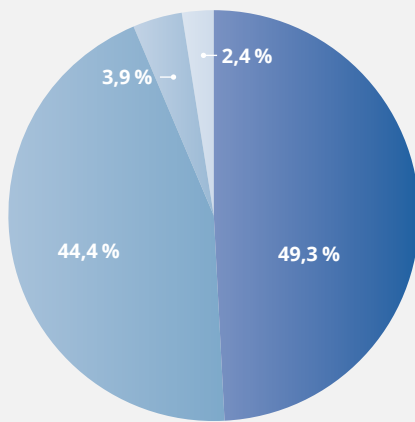
EXKURS

Wohnortnahe Versorgung oder hohe Spezialisierung – wie weit wollen Patientinnen und Patienten fahren?

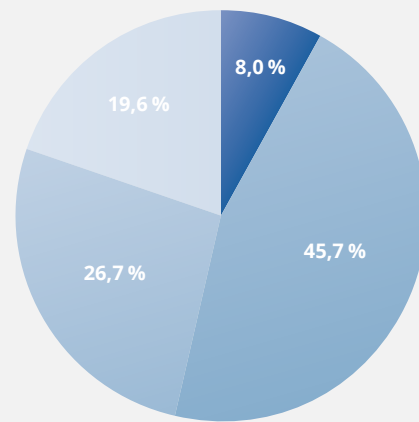
Bei der Suche nach Praxen und noch deutlicher bei der Suche nach qualifizierten Kliniken sind viele Menschen bereit, auch weite Wege auf sich zu nehmen, um die für sie beste Behandlung zu erhalten. Das zeigen die

Anfragen zur Leistungserbringersuche: Bis 200 Kilometer oder sogar an jeden Ort in Deutschland würden viele der Ratsuchenden für eine geeignete Klinik 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 | Rund die Hälfte der Ratsuchenden wünschten sich eine Praxis im Umkreis von zehn Kilometern, weitere 45 % würden bis 50 Kilometer weit fahren. N = 865; Bei der Suche nach einer geeigneten Klinik sind viele Ratsuchende bereit, größere Entfernungen zurückzulegen. N = 1.231

DAUERTHEMA:

Informationen zur Qualität und Spezialisierung von Leistungserbringern fehlen

Ratsuchende wenden sich häufig auf der Suche nach besonders qualifizierten Anlaufstellen für ihr spezifisches gesundheitliches Problem an die UPD. Das betrifft sowohl Kliniken, zum Beispiel für einen planbaren operativen Eingriff als auch den ambulanten Bereich, wenn Ratsuchende zum Beispiel nach Ärztinnen und Ärzten mit besonderer Kompetenz zu bestimmten Krankheitsbildern suchen.

gleich von Krankenhäusern im Hinblick auf ausgewählte Kriterien. Darüber hinaus können unter anderem Zertifikate oder Mitgliedschaften in medizinischen Kompetenznetzen Hinweise auf Spezialisierungen geben. Vergleichbare Informationen und Angebote fehlen im ambulanz-ärztlichen Bereich und anderen Bereichen wie zum Beispiel Reha-Kliniken. Als zunehmend problematisch erwies sich die Suche nach Ärztinnen und Ärzten, die Hausbesuche machen. Sowohl bei der Weissen Liste als auch bei den meisten KVen lässt sich nach diesem Kriterium nicht mehr suchen. Obwohl sie dazu verpflichtet sind,

In der stationären Versorgung ermöglichen die zum Beispiel in der Weissen Liste nutzerfreundlich aufbereiteten Qualitätsberichte einen Ver-

machen viele Ärztinnen und Ärzte keine Hausbesuche (siehe Kapitel 4.8). Umso wichtiger ist es aus Sicht der UPD, dass diese Informationen angeboten werden.

Für die Suche nach geeigneten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Leistungserbringern benötigen Patientinnen und Patienten qualitätsgesicherte, umfassende und neutrale Informationen. Diese gibt es aktuell jedoch nur eingeschränkt und nicht für alle Versorgungsbereiche. Aus Patientensicht wäre es hilfreich, wenn die KVen Daten zu apparativer Ausstattung, spezialisierten/qualitätsgesicherten Leistungen, Hygiene, Barrierefreiheit sowie Behandlungsfallzahlen veröffentlichen würden. So könnten Ratsuchende die für ihre Erkrankung und Bedürfnisse geeignete Praxis leichter finden.

Das Problem spiegelte sich auch im Kontext der Corona-Pandemie: Die ambulante Versorgung von Covid-19-Erkrankten leisteten vor allem die Hausarztpraxen. Auch hier konnten die Fragen nach besonders spezialisierten ambulanten Anlaufstellen zunächst nicht beantwortet werden. Im Laufe des Jahres richteten Unikliniken zunehmend Spe-

zialsprechstunden ein, auf die die Beraterinnen und Berater hinweisen konnten. Darüber hinaus wiesen einzelne KVen zum Beispiel Praxen aus, die Corona-Tests anboten. Ratsuchende wandten sich auch an die UPD auf der Suche nach spezialisierten Reha-Kliniken für Menschen, die nach einer Coronavirus-Infektion lang andauernd unter Symptomen litten. Private Reha-Kliniken warben zum Teil mit einer Spezialisierung auf diese Fälle, ohne dass die Qualifikation anhand transparenter Qualitätskriterien nachvollziehbar war.

Rechtsgutachten und Ländervergleichsstudien (zum Beispiel IGES Institut⁶³, Bertelsmann Stiftung⁶⁴ und Münch Stiftung⁶⁵) zeigen, dass eine bessere Informationsgrundlage für die Arztsuche realisierbar wäre, denn die Daten liegen den KVen vor. Der Entwurf für das Digitale-Versorgungs- und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, zukünftig Basisdaten und qualitätsbezogene Daten der ambulanten Versorgung zu veröffentlichen.⁶⁶ Aus Sicht der UPD ist der Gesetzentwurf ein erster wichtiger Schritt – dem noch weitere folgen sollten, um die Qualitätstransparenz im ambulanten-ärztlichen Bereich zu verbessern.

DAUERTHEMA:

Schwieriger Zugang zu Psychotherapie

Der schwierige Zugang zur ambulanten Psychotherapie ist ein Thema, das seit Jahren in der UPD-Beratung ankommt und über das in früheren Monitoren bereits berichtet wurde.⁶⁷ Das 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat aus Beratungssicht keine relevante Verbesserung gebracht. Terminservicestellen können Betroffenen zwar Ersttermine für die Akutbehandlung, die psycho-

therapeutische Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen vermitteln. Sie können jedoch keine dauerhaften Therapieplätze verschaffen. Der Zugang zur Richtlinienpsychotherapie bleibt nach Rückmeldungen der Ratsuchenden weiter schwierig, und sie müssen sich lange darum bemühen, einen Platz zu bekommen. Im Berichtsjahr 2020 zeichnete sich ab, dass diese Regelung in einigen Fällen die Situation noch verschärft.

⁶³ IGES Institut: *Informierte Arztsuche Projektergebnisse*. Berlin, 13. November 2020. [Zugriff 19.3.2021]

⁶⁴ Bertelsmann Stiftung: *Daten, Analysen, Perspektiven*. Nr. 3, 2018: *Public Reporting über Arztpraxen - Open-Data-Politik schafft mehr Transparenz für Patienten*. [Zugriff 19.3.2021]; *Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung - Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland*. Mai 2018. [Zugriff 19.3.2021]; *Rechtsfragen der externen Nutzung von Datensätzen aus der Leistungserbringung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser*. Rechtsgutachten erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung; September 2017. [Zugriff 19.3.2021]; *Public Reporting in der ambulanten Versorgung. Expertise zur rechtlichen Umsetzung*. 1. Auflage 2020. [Zugriff 19.3.2021]

⁶⁵ Stiftung Münch: *Qualität der ambulanten Versorgung*. 12. Januar 2021. [Zugriff 19.3.2021]

⁶⁶ Gesetzentwurf der Bundesregierung: *Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege*. [Zugriff 19.3.2021]

⁶⁷ 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 57ff.

Ratsuchende berichteten, dass Krankenkassen das Kostenerstattungsverfahren mit der Begründung abgelehnt hätten, dass Betroffene sich ja nun an die Terminservicestelle wenden könnten. Über das Kostenerstattungsverfahren können gesetzlich Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für eine Therapie bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung erstattet bekommen.

Auch die Corona-Pandemie hat den Zugang zu einer Psychotherapie zusätzlich erschwert.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schränkten das Präsenzangebot für Therapien zum Teil ein oder nahmen keine neuen Patientinnen und Patienten an. Im Laufe des Jahres wurden die Möglichkeiten für telefonische Angebote und Videosprechstunden erweitert, doch nicht alle Betroffenen und nicht alle Praxen hatten die nötigen technischen Möglichkeiten oder hielten diese Variante im individuellen Kontext für geeignet.

IM FOKUS:

Anlaufstellen für umweltmedizinische Fragen sind schwer zu finden

“ *Ich leide seit vielen Monaten unter Kopfschmerzen und Müdigkeit. Jetzt wurden bei mir im Blut erhöhte Giftstoffbelastungen festgestellt. Mein Hausarzt sagt, er kennt sich damit nicht aus. Wo kann ich mich hinwenden?* ”

Das berichten Ratsuchende

114-mal hat das medizinische Team im Berichtsjahr 2020 zu umweltmedizinischen Themen beraten. Ratsuchende wenden sich dabei mit verschiedenen umweltmedizinischen Fragestellungen an die UPD. Sie berichten zum Beispiel, dass sie unter lang andauernden unspezifischen Beschwerden (wie Kopfschmerzen und Erschöpfung) oder unter spezifischen chronischen Erkrankungen (wie Allergien oder Autoimmunerkrankungen) leiden und umweltmedizinische Ursachen vermuten – zum Beispiel chronische Vergiftungen mit Schwermetallen oder anderen toxischen Stoffen. Dabei geht es regelmäßig auch um Substanzen aus dem zahnmedizinischen Kontext, zum Beispiel Amalgam-Füllungen oder andere Dentalmaterialien. Ratsuchende wollen wissen, welche Giftstoffe ihre Beschwerden auslösen können, wie man diese nachweisen kann und fragen nach Behandlungsmethoden. Sie erkundigen sich auch nach der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, zum Beispiel für Laboruntersuchungen oder eine Chelat-Therapie. In einigen Fällen haben Ratsuchende bereits Laboruntersuchungen durchführen lassen und wollen in der Beratung die Bedeutung

der Befunde erläutert haben. Betroffene fragen auch nach alternativmedizinischen Verfahren zu Diagnostik und Behandlung und wollen wissen, ob diese – oft teuren und selbst zu bezahlenden Verfahren – sinnvoll sind. Ratsuchende haben oft schon eine Vielzahl unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte aufgesucht und lange Leidenswege hinter sich. In fast allen Gesprächen zu umweltmedizinischen Fragestellungen beklagen Ratsuchende, dass sie keine kompetenten Ansprechpartner für ihre Fragen finden und wollen wissen, wo sie sich hinwenden können.



So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater klären mit den Ratsuchenden, welche Symptome oder Beschwerden im Vordergrund stehen und welche Facharztrichtung grundsätzlich zur Abklärung infrage kommt. Sie erläutern die Komplexität umweltmedizinischer Diagnostik und dass ein Laborwert allein für eine Diagnose in der Regel nicht ausreicht. Wenn konkrete Gefahrstoffe angegeben werden, recherchieren sie in der GESTIS-Stoffdatenbank⁶⁸, um Informationen über die von den entsprechenden chemischen Stoffen ausgehenden Gefährdungen zu geben. Je nach Fragestellung greift das Beratungsteam zum Beispiel auf Informationen des Umweltbundesamtes, des Bundesinstituts für Risikobewertung, des

Bundesamtes für Strahlenschutz oder auf entsprechende AWMF-Leitlinien zu.

Für spezialisierte umweltmedizinische Anlaufstellen verweist die UPD auf die Umweltmedizinische Beratungsstelle des Umweltbundesamtes⁶⁹, auf Spezialambulanzen an Unikliniken und gegebenenfalls auf die Gesundheitsämter. Die Beraterinnen und Berater erläutern auch die Suchmöglichkeit bei der Weissen Liste nach niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin, die sich allerdings in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung nicht mehr findet.

Fachlicher Hintergrund

Dass Umweltfaktoren wie Lärm, Asbest, Feinstaub und bestimmte toxische Substanzen die Gesundheit beeinträchtigen können, ist bekannt. Darüber hinaus werden Umweltfaktoren als (Mit-) Verursacher vieler verschiedener Erkrankungen diskutiert. Viele Menschen empfinden die große Zahl an immer neuen chemischen Substanzen und physikalischen Faktoren in unserer Umwelt als bedrohlich.

Symptome, die Betroffene schildern, sind oft unspezifisch. Sie lassen sich nur durch Anamnese und Untersuchung häufig schwer von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen abgrenzen.

Die Labordiagnostik auf umweltmedizinische Schadstoffe ist komplex. Mit dem Human-Bio-monitoring können Körperflüssigkeiten (zum Beispiel Blut) und Gewebe auf Schadstoffe untersucht werden. Dieses wird vor allem in der Arbeitsmedizin eingesetzt, in der die Schadstoffe bekannt sind, mit denen Betroffene Umgang haben. Für die Arbeitsmedizin gibt es Referenz- und Grenzwerte, die sich aber nicht einfach in den in-

dividuellen Kontext übertragen lassen. Auch der ursächliche Zusammenhang zwischen Symptomen und einem auffälligen Laborwert ist im Einzelfall schwer festzustellen. Hinzu kommt, dass umweltmedizinische Leistungen kaum durch die Krankenkassen vergütet werden, auch wenn die Diagnostik im Zusammenhang mit einer Abklärung von manifesten Erkrankungen indiziert ist.

Im deutschen Gesundheitssystem ist die Umweltmedizin im Facharzt Hygiene und Umweltmedizin und in der Arbeitsmedizin sowie gegebenenfalls der Toxikologie verankert – alle drei Bereiche sind für Patientinnen und Patienten ambulant schwer zugänglich. Die Zusatzbezeichnung Umweltmedizin ist seit 2003 nicht mehr in der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgeführt. Laut der aktuellen Musterweiterbildungsordnung sollen umweltmedizinische Aspekte in den unterschiedlichen Fachgebieten als Querschnittsaufgabe enthalten sein. Es gibt damit keine Möglichkeit mehr, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Spezialisierung in diesem Bereich gezielt zu suchen. Die Beratungsstellen in den Umweltbundesämtern haben häufig kei-

⁶⁸ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.: [GESTIS-Stoffdatenbank, Gefahrstoffinformationssystem der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung](#). [Zugriff 19.3.2021]

⁶⁹ Umweltbundesamt: [Umweltmedizinische Beratungsstellen](#). Stand 14.9.2018. [Zugriff 19.3.2021]

nen medizinischen Fokus, und die Spezialambulanzen, die es an einigen Unikliniken gibt, haben lange Wartezeiten.

Die Kommission für Umweltmedizin und Environmental Public Health am Robert Koch-Institut

kommt in ihrer Stellungnahme von 2020 zu dem Schluss, dass eine flächendeckende umweltmedizinische Versorgung in Deutschland weder im niedergelassenen Bereich noch im öffentlichen Gesundheitsdienst und den Universitätskliniken realisiert ist.⁷⁰

FAZIT

Umweltmedizinische Fragestellungen erleben Beraterinnen und Berater häufig als schwierige Konstellation. Ratsuchende haben lange Leidensgeschichten mit meist unspezifischen, sie aber stark beeinträchtigenden Symptomen. Die toxikologische Diagnostik ist komplex und muss in der Regel von Ratsuchenden selbst bezahlt werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kennen sich in diesem Bereich häufig nicht ausreichend aus und es

gibt kaum spezialisierte umweltmedizinische Anlaufstellen. Dem gegenüber steht ein Wildwuchs an nicht-evidenzbasierten und alternativmedizinischen Verfahren. Aus Patientenberatungssicht besteht in diesem Bereich eine Unterversorgung und es wäre wichtig, mehr und niedrigschwellig erreichbare Anlaufstellen für Menschen mit umweltmedizinischen Fragestellungen zu schaffen.

IM FOKUS:

Dauerhafte Haarentfernung bei transidenten Menschen

“ Ich bin eine Trans-Frau. Die geschlechtsangleichenden Operationen habe ich bereits hinter mir. Die hat meine Krankenkasse bezahlt. Jetzt möchte ich auch meine Körperbehaarung dauerhaft entfernen lassen. Meine Krankenkasse sagt, sie würde die Kosten nur übernehmen, wenn ein Arzt die Behandlung durchführt. Ich finde aber keinen Arzt, der das macht. Ich wollte es dann bei einer Kosmetikerin machen lassen. Dafür übernimmt die Krankenkasse die Kosten aber nicht. Ich verstehe das nicht! Die Kosten für die teure Operation übernimmt die Kasse, die Kosten für die Haarentfernung aber nicht? Eine Privatbehandlung kann ich mir nicht leisten. Was kann ich denn jetzt noch tun? So kurz vor dem Ziel kann die Krankenkasse mich doch nicht einfach hängen lassen. Können Sie mir helfen? ”

Das berichten Ratsuchende

Ratsuchende, die sich im Prozess geschlechtsangleichender Maßnahmen vom Mann zur Frau befinden, berichten: Sie haben die geschlechtsangleichenden Operationen bereits hinter sich gebracht. Nun möchten sie sich die Körperbehaarung dauerhaft entfernen lassen, zum Beispiel im Gesicht, an den Armen oder der Brust. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für eine Epilation nur, wenn die Behandlung ein Arzt oder eine

Ärztin vornimmt. Dies täten Ärztinnen und Ärzte aber in der Regel nicht, da es sich finanziell für sie nicht lohne. Wenn die Ratsuchenden die Epilation in einem Kosmetikstudio durchführen ließen, übernehme die Krankenkasse die Kosten nicht. Manche Ratsuchenden sind in dieser Situation sehr unglücklich: Den größten Schritt, nämlich die geschlechtsangleichenden Operationen, haben sie bereits geschafft. Hier hat die Krankenkasse

⁷⁰ RKI: [Umweltmedizinische Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten in Deutschland](#). Stellungnahme der Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health. [Zugriff 19.3.2021]

anstandslos alle Kosten übernommen. Sie verstehen nun nicht, warum sich die Krankenkasse bei der Übernahme der Kosten einer Epilation

querstellt, obwohl diese aus ihrer Sicht vergleichsweise günstig ist.

So berät das UPD-Team

Die Beraterinnen und Berater erläutern die verschiedenen Epilationsverfahren, die Leitlinienempfehlungen und dass die Krankenkasse die Kosten für eine Epilation tatsächlich nur übernehmen muss, wenn diese eine Ärztin oder ein Arzt vornimmt. Sie weisen darauf hin, dass Vertragsärztinnen und -ärzte eine solche Behandlung aber in den allermeisten Fällen nicht übernehmen und deshalb hier möglicherweise ein Systemversagen vorliegt. Gleichzeitig erklären sie,

welche rechtlichen Möglichkeiten dies eröffnen würde. Darüber hinaus geben die Beraterinnen und Berater den Hinweis, dass sich Betroffene eventuell im europäischen Ausland durch eine Ärztin oder einen Arzt behandeln lassen können. Die Kosten hierfür kann die Krankenkasse erstatten. Die UPD verweist außerdem auf mögliche weitere Ansprechpartner, zum Beispiel spezialisierte Beratungseinrichtungen für Transidentität und Selbsthilfegruppen.

Fachlicher Hintergrund

Gesetzlich Versicherte haben nur unter den Voraussetzungen des SGB V Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung. Nach § 11 Absatz 1 SGB V muss es sich dabei um Leistungen zur Früherkennung und Prävention, zur Krankenbehandlung oder Rehabilitation handeln. Transidente Personen haben deshalb nur unter der Voraussetzung, dass Transidentität als Krankheit anerkannt wurde, Anspruch auf Leistungen.⁷¹ Dazu gehören neben der geschlechtsangleichenden Operation grundsätzlich auch weitere Maßnahmen, die dazu beitragen, das objektive Erscheinungsbild dem gewünschten Geschlecht anzugleichen, wie zum Beispiel die dauerhafte Haarentfernung (Epilation).

der Art der Behaarung und der Körperpartie ab. Die Leitlinie empfiehlt, die Epilation der Gesichtsbehaarung möglichst frühzeitig in der Transition zu ermöglichen. Auch bei fortbestehender Behaarung im Brustbereich, auf den Handrücken, den Unterarmen sowie am übrigen Körperstamm und den Extremitäten sollte den Behandlungssuchenden eine Epilation ermöglicht werden.⁷²

Die S3-Leitlinie "Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit" gibt Empfehlungen zu zwei verschiedenen Epilationsverfahren: die Epilation mit Lichtimpulsen (Laser oder IPL – Intense Pulsed Light) und die Nadel-epilation (Elektroepilation). Welches Verfahren zum Einsatz kommt, hängt unter anderem von

Sowohl für die Haarepilation mittels Lasertechnik im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen als auch für die Nadelepilation gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nur Abrechnungsziffern für Gesicht, Hals und Hände.⁷³ Abrechnungsziffern für die Epilation an Brust, Beinen oder Armen existieren nicht.

Damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt, muss die Behandlung von einem approbierten Arzt oder einer approbierten Ärztin erbracht oder überwacht werden (Arztvorbehalt; §§ 15 Abs. 1 S. 1, 28 Abs. 1 SGB V). Kosten für entsprechende Leistungen zum Beispiel von Kosmetikerinnen

⁷¹ Die UPD verwendet hier die sozialrechtlich verankerte Kopplung des Begriffs Krankheit im Bewilligungsverfahren, macht sich damit jedoch ausdrücklich nicht die Einordnung von Transidentität als einen krankhaften Zustand des Menschen zu eigen.

⁷² Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung e.V.: *S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung*. Stand: 09.10.2018. [Zugriff 19.3.2021]

⁷³ Mit der Ziffer 02325 können Ärztinnen und Ärzte die Laserepilation im Gesicht und/oder Hals gegenüber der Krankenkasse abrechnen. Mit der Ziffer 02326 können sie die Laserepilation an den Händen abrechnen. Für die Nadelepilation können Vertragsärzte die Ziffer 10340 abrechnen, aber auch nur für eine Behandlung im Gesicht und/oder an den Händen.

oder Kosmetikern übernimmt die Krankenkasse nicht. Da die Leistungen unter dem Arztvorbehalt stehen, können nichtärztliche Leistungserbringer sie nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Dezember 2020 in vier Urteilen zur Nadelepilation bei Mann-zu-Frau-Transidenten bestätigt, dass sie sich die Körperbehaarung nur auf Kosten der Krankenkasse entfernen lassen können, wenn ein Arzt oder eine Ärztin sie behandelt.⁷⁴

Ein Systemversagen wegen einer faktischen Versorgungslücke lasse den Arztvorbehalt nicht entfallen. Für die Betroffenen bedeutet das: Wenn sie keinen Vertragsarzt oder keine Vertragsärztin finden, können sie die Behandlung zwar nicht von einer Kosmetikerin durchführen lassen, unter Umständen aber von einem Privatarzt oder einer Privatärztin auf Kosten der Krankenkasse.

FAZIT

Bei der Mann-zu-Frau-Umwandlung transidenter Menschen stoßen viele Betroffene auf Hindernisse, auf Kosten der Krankenkasse eine Epilation durchführen zu lassen. Die Ratsuchenden haben zwar einen gesetzlichen Anspruch auf die Behandlung, können diesen aber faktisch nicht durchsetzen. Aufgrund des Arztvorbehaltes dürfen derzeit nur Ärztinnen und Ärzte die Haarepilation auf Kosten der Krankenkasse vornehmen. Die Vergütung der Epilation ist für Vertragsärztinnen und -ärzte unattraktiv. EBM-Ziffern gibt es nur für Gesicht, Hals und Hände, obwohl die Leitlinie empfiehlt, die Epilation gegebenenfalls für andere Körperpartien möglich zu machen. Der Anspruch der Ratsuchenden läuft ins Leere, weil sie keine Vertragsärztin beziehungsweise keinen Vertragsarzt finden, um die Leistung zu

den bestehenden Vergütungsregelungen zu erhalten.

Dies zeigt, dass hier Gesetz, Leitlinie und EBM schlecht beziehungsweise gar nicht aufeinander abgestimmt sind. Aus Sicht der UPD drängt sich in den beschriebenen Fällen ein vertragsärztliches Systemversagen auf.

Zur Abhilfe könnten zum Beispiel Abrechnungsziffern für die Epilation an Brust und Extremitäten in den EBM aufgenommen werden, Epilationsleistungen für Ärztinnen und Ärzte insgesamt besser vergütet oder eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, nach der auch nichtärztliche Leistungserbringer die Epilation vornehmen und abrechnen können.

#CORONA-PANDEMIE:

Der schwierige Weg zum PCR-Test

Rund 16.695 Beratungen in 2020 beinhalteten Fragen rund um Corona-Tests. Ratsuchende wollten wissen, wer in welcher Situation getestet werden soll, wie die Tests ablaufen, welche unterschiedlichen Verfahren es gibt und wie aussagekräftig die Ergebnisse sind. Besonders häufig

ging es allerdings um den Zugang zu einem Test – in welchen Fällen bezahlt die Krankenkasse den Test und vor allem: Wo können Betroffene den Test durchführen lassen? Ratsuchende schilderten erhebliche Probleme, in ihrer individuellen Situation richtige Ansprechpartner zu finden.

⁷⁴ BSG, Urteile vom 17.12.2020, Aktenzeichen B 1 KR 4/20 R; B 1 KR 6/20 R; B 1 KR 19/20 R; B 1 KR 28/20 R

Dieses Problem stellte sich besonders in Zusammenhang mit dem PCR-Test. Zum Zugang zu den seit Oktober 2020 zur Verfügung stehenden

Antigentests erreichten die UPD deutlich weniger Anfragen.

Verwirrung durch unterschiedliche Zuständigkeiten

Um einen PCR-Test zu bekommen, konnten sich Betroffene 2020 primär an drei mögliche Anlaufstellen wenden: niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsämter oder Testzentren.

Je nachdem, ob man Symptome hatte, von einer Reise zurückkam, einen Risikokontakt hatte, die Corona-Warn-App ein Risiko anzeigte, ein

Krankenhausaufenthalt oder eine Reha geplant war, eine Dialyse durchgeführt werden musste oder andere Testgründe vorlagen, waren jeweils andere Ansprechpartner zuständig. Dazu kam die Frage, ob der Test eine Selbstzahlerleistung ist oder von der Krankenkasse übernommen wird. Für Ratsuchende war es schwer, sich dabei zurecht zu finden.

Unterschiedliche Angebote: Wer macht was wirklich?

Die Zuständigkeiten und Möglichkeiten der in vielen Bundesländern eingerichteten Corona-Testzentren unterlagen der Hoheit der Bundesländer und unterschieden sich regional stark. Aber auch das Angebot einzelner Praxen war nicht einheitlich – einige Praxen testeten gar nicht, andere nur symptomatische Patientinnen und Patienten, wieder andere machten zwar Tests nach Reiserückkehr aber nicht vor Reha-Antritt. Ein Grund hierfür lag in den unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten – während die Diagnostik bei Krankheitsverdacht regulär abgerechnet werden konnte, waren für andere Indikationen zum Teil andere, aufwendigere Abrechnungs-

weisen vorgesehen. Viele Niedergelassene haben Corona-Tests daher nur bei bestimmten Indikationen angeboten. Informationen, wo welcher Test für welche Indikation durchgeführt wird, waren schwer zu finden und nicht umfassend verfügbar.

Zu den Situationen mit schwierigem Testzugang, die besonders häufig in der Beratung ankamen, gehörten Tests vor Aufnahme in ein stationäres Pflegeheim oder wenn Arztpraxen von ihren Patienten und Patientinnen einen Nachweis eines negativen Corona-Test verlangten (vergleiche Kapitel 4.8.).

FAZIT

Die Fragestellungen rund um den Zugang zu einem Corona-Test verdeutlichen einige der aus Beratungssicht größten Probleme im Rahmen der Pandemie: die regional sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen mit unklaren Zuständigkeiten und die Schwierigkeiten, rechtliche Vorgaben zeitnah in der Versorgung umzusetzen. Aus den Beratungen wurde deutlich, dass vielen Ratsuchenden, aber auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken, Mitarbeitenden des Patientenservice 116117 und der Gesundheitsämter die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Organisati-

onsformen häufig nicht klar waren. Aus Patientensicht wäre es wünschenswert, eine klare Anlaufstelle zu haben, wenn eine Indikation für einen Corona-Test vorliegt und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse gegeben ist. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Abrechnungsformen sollten nicht zu Lasten der Betroffenen gehen. Hilfreich wäre es außerdem, wenn die Bundesländer und KVen auf ihren Informationsseiten Anlaufstellen und Zuständigkeiten aufführen würden. Dies war nur in wenigen Fällen oder mit viel Verzögerung gegeben.

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
ATC-Klassifikation	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
BAS	Bundesamt für soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
CBD	Cannabidiol
CMD	craniomandibuläre Dysfunktion
CPA-Masken	Corona-Pandemie-Atemschutz-Masken
DGFDT	Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DVPMG	Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMA	European Medicine Agency (Europäische Arzneimittelbehörde)
ePA	Elektronische Patientenakte
EU	Europäische Union
EUTB	Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPGI	Gute Praxis Gesundheitsinformation
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
i.V.m	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MD	Medizinischer Dienst
MPG	Medizinproduktegesetz
MPSV	Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung
MRSA	methicillinresistenter Staphylococcus aureus
PCR	polymerase chain reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
ProdHaftG	Produkthaftungsgesetz
PSA	persönliche Schutzausrüstung
PKV	Private Krankenversicherung
PZR	professionelle Zahnreinigung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch (zum Beispiel SGB I: Erstes Buch Sozialgesetzbuch)
StGB	Strafgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an die Beauftragte 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.