Impuls
Patientenorientierung

Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Schwerpunkt 2025

Zugang zur Gesundheits-versorgung

Schwerpunkt 2025

Zugang zur Gesundheits-versorgung

Inhalt

4 **Vorwort**

6 **Kernaussagen**
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

8 **Über die Stiftung UPD**

10 **Über diese Publikation**
Zur Methodik des Berichts

14 **In der Übersicht**
Themen in der Patientenberatung der Stiftung UPD

22 **Was Patient:innen berichten**
Beispiele für Zugangsprobleme aus den Beratungsgesprächen

24 **Zugang zur gesundheitlichen Versorgung**
Ein Weg mit Hindernissen

28 **Wartezeiten und weite Wege**
Über die Herausforderungen, einen Arzttermin zu finden

32 **Terminservicestellen**
Eine patientenorientierte Idee mit Verbesserungspotenzial

34 **Offene Sprechstunden**
Ein gesetzlicher Anspruch, der konsequent umgesetzt werden muss

36 **Ausblick auf ein Primärarztsystem**
Weichenstellungen unter hohen Anforderungen

38 **Eingeschränkt mobil**
Wenn Haus- und Heimbesuche nicht stattfinden

42 **Verstehen und verstanden werden**
Sprache als Schlüssel für eine gute Versorgung

46 **Orientierung im System**
Warum navigationale Gesundheitskompetenz entscheidend ist

50 **Kommerzialisierter Zugang**
Wenn Terminportale neue Barrieren schaffen

54 **Was (nicht) ankommt**
Wenn gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten werden

58 **Besser keinen Ärger riskieren**
Wie Terminschwierigkeiten Patientenrechte aushöhlen

62 **Literaturhinweise**

63 **Impressum**

Vorwort

Menschen bei Gesundheitsfragen zu beraten und die Patientenorientierung des Gesundheitssystems zu stärken – das sind die beiden großen Aufgaben der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland, kurz Stiftung UPD. Seit Mai 2024 stehen wir Ratsuchenden zur Seite, hören zu, übersetzen Fachsprache in Alltagssprache und zeigen Wege auf, die sonst oft verborgen bleiben. Wir sind da, wenn Menschen im Gesundheitssystem nicht weiterkommen.

© Stiftung UPD | Markus Altmann

Dieser Bericht ist ein Meilenstein auf unserem Weg. Es ist das erste Kapitel einer neuen Publikationsreihe, mit der wir die Erfahrungen aus unserer täglichen Beratung bündeln, einordnen und sichtbar machen. Es geht um die Stimmen und Perspektiven der Menschen, die sich mit ihren Fragen an uns wenden. Was Ratsuchende berichten, macht sichtbar, wo das Gesundheitssystem nachbessern muss und welche Chancen darin liegen, wenn die Patientenperspektive konsequent in den Mittelpunkt gestellt wird.

Das vergangene Jahr war geprägt vom Aufbau der Stiftung. Innerhalb weniger Monate mussten Strukturen geschaffen, Teams zusammengestellt und Beratungsangebote unter Hochdruck neu entwickelt werden. Nicht alles lief dabei reibungslos, doch gerade darin lag die Chance, als Organisation zu lernen und zu wachsen. Und die Rückmeldungen der Ratsuchenden zeigen uns Tag für Tag: Es ist gut, dass wir da sind! Heute beraten bereits 71 Patientenberaterinnen und -berater mit Engagement und Herzblut in der Stiftung UPD. Ihnen – und allen, die in dieser Startphase tatkräftig mitgewirkt haben – gilt unser herzlicher Dank. Besonderer Dank gilt dem Interimsvorstand Bettina Godschalk und Dr. Stefan Etgeton sowie dem engagierten Stiftungsrat unter Vorsitz des Patientenbeauftragten Stefan Schwartze, die die Stiftung entscheidend auf den Weg gebracht haben.

Mit dieser Veröffentlichung richten wir den Blick nach vorn. Schwerpunktthema 2025 ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung – ein zentrales Feld, wenn es um die Patientenorientierung des Gesundheitssystems geht. Denn nur eine Versorgung, die für alle Menschen und ohne große Hürden erreichbar ist, kann patientenorientiert sein.

Unsere Beratungsarbeit zeigt: Patientinnen und Patienten erleben Zugangsbarrieren sehr konkret, sei es bei der Suche nach Terminen, beim Beantragen von Leistungen oder in dem Gefühl, mit ihren Sorgen nicht ernst genommen oder diskriminiert zu werden. Diese Erfahrungen sind für uns im Gesundheitssystem ein Spiegel der Wirklichkeit und sie sind zugleich ein Auftrag: Die Versorgung muss besser an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet werden.

Dieser Bericht ist erst der Anfang. In den kommenden Jahren soll unsere Datenbasis wachsen, die Analysen sollen präziser, die Impulse fundierter werden. Schritt für Schritt wollen wir unser Instrument als Seismograf weiterentwickeln – in enger Zusammenarbeit mit unserem Wissenschaftlichen Beirat und mit allen Partnern, die an einer patientenorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems arbeiten. Die Stiftung UPD steht für Unabhängigkeit und Verlässlichkeit – und für die Chance, etwas zurückzugeben: an die Menschen, die uns vertrauen, und an das Gesundheitssystem, das wir gemeinsam verbessern wollen.

Wir blicken zuversichtlich auf das, was vor uns liegt: den weiteren Aufbau der Stiftung UPD, die Verstetigung der Beratung, die Bündelung von Wissen und die Weiterentwicklung der Publikationsreihe „Impuls Patientenorientierung“. Denn wir sind überzeugt: Niemand soll sich im Gesundheitssystem verloren fühlen.

Dr. Katharina Graffmann-Weschke und Sven Arndt

Vorstand der Stiftung UPD

Kernaussagen

Der „Impuls Patientenorientierung“ beschreibt auf Grundlage von Daten und Erfahrungen aus der Patientenberatung sieben Handlungsfelder, in denen die Stiftung UPD Möglichkeiten sieht, den Zugang zur Gesundheitsversorgung patientenorientierter zu gestalten:

1. **Arzttermine trotz Terminservicestellen schwer zu bekommen**
   Insbesondere gesetzlich Versicherte berichten über Schwierigkeiten, Arzttermine zu erhalten. Die Terminservicestellen sind eine gut gedachte Lösung, um Patient:innen zu unterstützen. Sie vermitteln Arzttermine – und wenn das nicht gelingt, haben sie dem Gesetz nach einen ambulanten Termin im Krankenhaus anzubieten. Letzteres erleben Ratsuchende nicht, und auch die im Gesetz nicht genauer definierte Unterstützung bei der dauerhaften haus- und kinderärztlichen Versorgung kommt nicht an. Beim Angebot der verpflichtenden offenen Sprechstunden, in die Patient:innen mit akuten Beschwerden ohne vorherige Terminvereinbarung kommen können, gibt es noch zu viele Lücken. Zudem berichten Ratsuchende von fragwürdigen Praktiken, bei denen Ärzt:innen Termine unzulässig an Bedingungen koppeln. Terminschwierigkeiten sind aus Sicht der Stiftung UPD ein zentrales Problem, bei dem Verbesserungspotenzial besteht – zum Beispiel, indem der Gesetzgeber den Auftrag der Terminvermittlung konkretisiert und die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine lückenlose Umsetzung sorgen.

2. **Hausbesuche für Menschen mit eingeschränkter Mobilität fehlen**
   Ratsuchende, die in Pflegeheimen wohnen oder das Haus nicht verlassen können, finden keine Ärzt:innen, die Hausbesuche abstatten – obwohl Ärzt:innen zu Hausbesuchen verpflichtet sind. Öffentliche Informationen über das Hausbesuchsangebot von Arztpraxen könnten helfen, Angebote zu finden und Praxen besser in die Pflicht zu nehmen. In der Fachöffentlichkeit werden auch digitale, telemedizinische Lösungen diskutiert, um die häusliche Versorgung zu unterstützen. Aus Beratungssicht ist dabei zu bedenken, dass nicht alle betroffenen Patient:innen über die dafür benötigte technische Ausstattung und Kompetenz verfügen.

3. **Versorgungsprobleme bei Sprachbarrieren**
   Für Menschen mit begrenzten Deutschkenntnissen fehlen im Gesundheitswesen häufig Übersetzungsmöglichkeiten. Dies kann eine schlechtere gesundheitliche Versorgung zur Folge haben. Es gibt vielfältige regionale Ansätze und Netzwerke für Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Solange betroffene Patient:innen jedoch keinen gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung haben und es kein flächendeckendes, strukturiertes Angebot gibt, sind sie von der Initiative und dem guten Willen der einzelnen Institutionen abhängig.

4. **Schwierige Orientierung im Gesundheitssystem**
   Im komplexen deutschen Gesundheitssystem haben Ratsuchende Schwierigkeiten, die richtigen Anlaufstellen zu finden und geeignete Versorgungsangebote zu nutzen. Gesundheitswissen zu vermitteln, bleibt eine herausfordernde und wichtige Aufgabe – insbesondere auch zur Orientierung im System. Gleichzeitig ist es aus Beratungssicht erforderlich, dass sich das Gesundheitswesen auf eine ungleiche Gesundheitskompetenz der Menschen einstellt, etwa durch verständlichere Anträge und Bescheide, mehr Angebote zur Begleitung sowie den Ausbau der Hilfs- und Beratungsangebote für psychisch erkrankte Menschen.

5. **Probleme mit kommerziellen Terminportalen**
   Kommerzielle Terminportale erleichtern zwar die Terminvergabe, werfen aber Fragen der Fairness und des Datenschutzes auf. Menschen, die Online-Portale aus unterschiedlichen Gründen nicht nutzen, bleiben außen vor, wenn Termine nur noch digital vergeben werden oder ein Online-Konto Voraussetzung ist. Aus Beratungssicht sind verbindliche Standards für eine barrierefreie Terminvereinbarung erforderlich. Auch eine gesetzliche Regulierung kann diskutiert werden, die zum Beispiel sicherstellt, dass gesetzlich Versicherte gegenüber privat Versicherten nicht benachteiligt werden. Kostenpflichtige Angebote im Zusammenhang mit der Terminorganisation müssen transparent und freiwillig sein.

6. **Gesetzliche Vorgaben zum Teil nicht eingehalten**
   In den Beratungsgesprächen der Stiftung UPD zeigt sich immer wieder, dass Gesetze und Regelungen in der Versorgungspraxis nur unzureichend angewendet werden. Im Kontext Zugang zum Gesundheitswesen gehören dazu zum Beispiel das Zweitmeinungsverfahren, über das Patient:innen mit entsprechender Indikation – trotz präziser gesetzlicher Vorgaben – von ihren Ärzt:innen nicht aufgeklärt werden, sowie das lückenhafte Angebot offener Sprechstunden trotz gesetzlicher Verpflichtung. Nur wenn Gesetzen Geltung verschafft wird, beispielsweise durch Sanktionsmechanismen, können sie die Versorgung verbessern.

7. **Terminschwierigkeiten hebeln Patientenrechte aus**
   Wer auf die Weiterbehandlung in einer Praxis angewiesen ist oder anderswo keinen Termin bekommt, scheut davor zurück, sich zu beschweren oder seine Rechte geltend zu machen. Eine Möglichkeit, um Patient:innen die Sorge vor Benachteiligung im Falle von Beschwerden zu nehmen, wären unabhängige Beschwerde- oder Ombudsstellen.

Über die Stiftung UPD

Menschen dabei zu unterstützen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und selbstbestimmte Entscheidungen zu ihrer Gesundheit zu treffen – das ist das Ziel der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland, kurz Stiftung UPD. 2023 auf gesetzlicher Grundlage errichtet und im Dezember desselben Jahres als Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, wird das Beratungsangebot der Stiftung UPD seit 2024 schrittweise aufgebaut.

Gesundheitskompetenz fördern

Der gesetzlich verankerte Auftrag der Stiftung UPD ist es, allen Menschen in Deutschland eine kostenfreie, qualitätsgesicherte und unabhängige Beratung zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen zu bieten.

Die Stiftung ist zur Unabhängigkeit von Einflüssen Dritter verpflichtet, das heißt: Die Beratungsinhalte sind nicht beeinflusst von Pharmafirmen, Versicherungen, Behörden, Kliniken oder anderen Institutionen, sondern richten sich allein nach den Interessen und Bedürfnissen der ratsuchenden Menschen. Ganz gleich, ob sie gesetzlich, privat oder gar nicht krankenversichert sind – die vertrauliche Beratung der Stiftung UPD steht allen Menschen kostenfrei offen.

24.309

In mehr als 24.000 Beratungskontakten hat das Team der Stiftung UPD zu jeweils ein oder mehreren Themen beraten.

Die Beraterinnen und Berater unterstützen Menschen dabei, in herausfordernden Situationen die für sie richtige Entscheidung treffen zu können. Das Team berät zu einer Vielzahl von Themen, etwa zur Kranken- und Pflegeversicherung, zu Patientenrechten und zu vermuteten Behandlungsfehlern. Auch bei Fragen zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung, zu psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung und zu geeigneten Anlaufstellen im Gesundheitswesen steht das Team zur Seite. Ebenso berät es zu Arzneimitteln und hilft dabei, medizinische Befunde besser zu verstehen und sich auf Arztbesuche vorzubereiten.

22 %

Tandemberatungen

Im Beratungsteam der Stiftung UPD arbeiten professionelle Patientenberaterinnen und -berater aus verschiedenen Bereichen interdisziplinär zusammen. Sie sind qualifizierte und erfahrene Fachleute und bringen juristisches, medizinisches und psychosoziales Wissen in die qualitätsgesicherte Beratung ein.

22 Prozent der Anliegen sind so komplex, dass eine zweite, fachlich spezialisiertere Beratungsperson hinzugezogen wird.
In einer solchen Tandemberatung werden anspruchsvolle Fälle in der Regel fallabschließend beraten. Falls notwendig, werden Ratsuchende gezielt weiterverwiesen, etwa an Selbsthilfegruppen, spezialisierte Beratungsstellen oder mögliche rechtliche Vertretungen.

Patientenorientierung stärken

Die Stiftung UPD ist jedoch weit mehr als eine Beratungsstelle: Sie richtet ihren Blick auch auf das Gesundheitssystem als Ganzes. Aus den Themen, die ratsuchende Menschen in die Beratungsgespräche mitbringen, gewinnt die Stiftung wertvolle Erkenntnisse und analysiert darauf aufbauend Herausforderungen und Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen.

Durch diese enge Verzahnung von individueller Beratung und systemischer Analyse kann die Stiftung frühzeitig auf Probleme und Potenziale im Gesundheitssystem hinweisen und gezielte Impulse zur Verbesserung der Versorgungsqualität geben. Als Seismograf im Gesundheitssystem erkennt sie Schwachstellen und trägt dazu bei, die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Über diese Publikation
Zur Methodik des Berichts

Auftrag und Zweck der Stiftung UPD

Der gesetzliche Auftrag der Stiftung UPD ist zweigeteilt: Zum einen informiert und berät sie Patient:innen in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen unabhängig, qualitätsgesichert und kostenfrei. Zum anderen erfährt sie durch die Beratung strukturelle Entwicklungen im Gesundheitswesen und macht Problemlagen sichtbar – mit dem Ziel, die Patientenorientierung im System zu stärken und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern. Diese sogenannte Seismografen-Funktion ist in der Satzung der Stiftung UPD verankert.

Darüber hinaus verfolgt die Stiftung UPD den Anspruch, nicht nur auf Missstände hinzuweisen, sondern konstruktive Beiträge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu leisten. Erkenntnisse aus der Beratungstätigkeit sollen systematisch analysiert, ergänzt und in konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems übersetzt werden.

Impuls Patientenorientierung

Um ihrer gesetzlichen Aufgabe nachzukommen, veröffentlicht die Stiftung UPD satzungsgemäß unter anderem jedes Jahr einen Bericht zu den Problemlagen im Gesundheitssystem und in der Beratungstätigkeit der Stiftung: den „Impuls Patientenorientierung“. Ergänzend dazu veröffentlicht sie einen Jahresbericht zur Arbeit der Stiftung.

Der „Impuls Patientenorientierung“ verbindet Beobachtung, Analyse und Kommunikation: Er bündelt und verdichtet Erfahrungen aus der Beratung, zeigt systemische Hürden auf und formuliert adressatengerechte Impulse für Akteure des Gesundheitswesens und die Fachöffentlichkeit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und mehr Patientenorientierung. Der „Impuls Patientenorientierung“ richtet sich ebenso an die interessierte Öffentlichkeit.

Jede Ausgabe widmet sich einem Schwerpunktthema.

Bei der Auswahl des Schwerpunktthemas berücksichtigt die Stiftung UPD verschiedene Kriterien, unter anderem:

- **Beratungsrelevanz:** Das Thema spielt quantitativ eine wichtige Rolle in der Beratung und hat relevante Auswirkung auf die Versorgung der Ratsuchenden.
- **Gesundheitspolitische Relevanz:** Das Thema ist in der fachpolitischen Diskussion oder es stehen Veränderungen des Gesundheitssystems an.
- **Innovationspotenzial und Lösungsansätze:** Die Stiftung UPD kann aus ihrem Beratungsgeschehen im Sinne einer konstruktiven Systemberatung Vorschläge ableiten, um die Patientenorientierung in Hinsicht auf das Thema zu verbessern.

Schwerpunktthema 2025: Zugang zur Gesundheitsversorgung

Mit dieser Ausgabe ist der „Impuls Patientenorientierung“ erstmals erschienen. Er bildet die Beratungsthemen des Jahres 2024 in einer Übersicht ab und nimmt das Thema Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Blick. Es handelt sich um ein Querschnittsthema.

Die vielfältigen Probleme sind nicht nur unter dem Schlagwort Leistungserbringersuche dokumentiert, sondern verbergen sich auch hinter diversen anderen Themengebieten, ohne dass sie in der vorläufigen Dokumentation quantitativ abbildbar sind.

Das Themengebiet Patientenrechte und Berufspflichten enthält beispielsweise Fragen zur Behandlungspflicht bei knappen Kapazitäten, zum Anspruch auf Hausbesuche und zu Aufgaben der Terminservicestellen. Zugangsprobleme zu bestimmten Leistungen können auch im Themenkomplex Krankenkassenleistungen abgebildet sein.

Probleme beim Zugang zur Versorgung werden von dem Beratungsteam außerdem als besonders belastend für betroffene Ratsuchende und die Versorgung beeinträchtigend wahrgenommen.

Fragen rund um den Zugang zur Gesundheitsversorgung sind Gegenstand der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Debatte.

Die Stiftung UPD kann auf Basis der Beratung Rückmeldung zu bestehenden oder geplanten Lösungsansätzen geben und zur Diskussion beitragen. Die abgeleiteten Handlungsempfehlungen sind dabei als Optionen zu verstehen, die die Stiftung UPD als unabhängiger Experte an Akteure des Gesundheitswesens und die Fachöffentlichkeit vermittelt.

Beratungsdokumentation, Zahlenangaben und Häufigkeiten

Die Inhalte des „Impuls Patientenorientierung“ 2025 basieren, sofern nicht anders gekennzeichnet, auf der Beratungsdokumentation und den Beratungserfahrungen aus dem Zeitraum zwischen Mai und Dezember 2024 – dem Jahr, in dem die Stiftung UPD ihre Beratungstätigkeit aufgenommen hat.

Für diesen Zeitraum hat das Beratungsteam mithilfe eines strukturierten Dokumentationsbogens für jeden Beratungskontakt die Beratungsthemen erfasst. Dabei wird jedes Beratungsgespräch als ein Beratungskontakt gezählt – unabhängig davon, um wie viele Themen es geht und wie viele Beraterinnen und Berater an dem Gespräch beteiligt sind. Auch sogenannte Tandemberatungen mit zwei oder mehr Beraterinnen und Beratern gelten als ein Beratungskontakt. Die im Bericht dargestellten Prozentwerte sind gerundet. Daher kann die Gesamtsumme in Einzelfällen von 100 Prozent abweichen.

Die Beratungsdokumentation der Stiftung UPD befindet sich im Aufbau. Im Berichtszeitraum von Mai bis Dezember 2024 wurden die Beratungsthemen daher in einem vorläufigen Raster erfasst. Aus den Beratungsthemen können nicht unmittelbar Problemlagen und ihre Häufigkeit abgeleitet werden.

Die Beratungsthemen lassen indirekt Rückschlüsse auf Probleme zu, die Ratsuchende im Gesundheitssystem erleben. Die Häufigkeit der einzelnen Themengebiete dient als Indikator dafür, dass Ratsuchende hierzu immer wieder auf Unklarheiten oder Schwierigkeiten stoßen. Die Datengrundlage erhebt dabei keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung.

Identifikation von Problemlagen durch moderierte Austauschrunden

Da die strukturierte Dokumentation die komplexen rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Beratungsthemen rund um das Thema Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nicht umfassend abbildet, haben in Vorbereitung auf den Bericht moderierte, interdisziplinäre Austauschrunden stattgefunden, in denen die Beraterinnen und Berater regelmäßig auf-

tretende Problemlagen aus dem Berichtsjahr identifizierten. An vier Workshops nahmen insgesamt 30 Berater:innen aller Fachbereiche teil. Die Workshops wurden von den fachlichen Leitungen moderiert und orientierten sich an drei Leitfragen: Welche Zugangsschwierigkeiten im ambulanten und stationären Sektor werden in der Beratung geschildert? Für welche Personengruppen bestehen besondere Zugangsschwierigkeiten? Zu welchen Leistungen ist der Zugang besonders schwierig?

Für den Bericht wurden Themen ausgewählt, die regelmäßig geschildert wurden und bei denen die Stiftung UPD Handlungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten sieht. In der Zusammenschau bieten die statistischen Auswertungen der Beratungsthemen und Ergebnisse aus den Austauschrunden eine geeignete Orientierung, um häufige und wichtige Themen aus der Beratung zu identifizieren.

Beiträge externer Akteure

Die Stiftung UPD sucht den Dialog mit Akteuren des Gesundheitswesens, die sich mit Problemlagen, die in der Beratung angesprochen werden, befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können. Dies dient dazu, zusätzliche Diskussionsimpulse zu den erkannten Problemlagen und Lösungsansätzen zu geben. Die Beiträge der externen Akteure hatten keinen Einfluss auf die im „Impuls Patientenorientierung“ beschriebenen Problemlagen und Handlungsbedarfe. Für den „Impuls Patientenorientierung“ 2025 hat die Stiftung UPD themenbezogen ausgewählte Akteure gebeten, jeweils drei standardisierte Fragen zu beantworten. Die Interviews haben nicht den Anspruch, eine gesundheitspolitische Debatte umfassend abzubilden oder sämtliche für das Thema relevanten Akteure zu berücksichtigen. Sie spiegeln auch nicht unbedingt die Position der Stiftung UPD wider.

Stichproben-Untersuchung zum Angebot offener Sprechstunden

Die Stiftung UPD hat von Juni bis Juli 2025 eine nicht repräsentative Stichprobe von 300 Ärtz:innen daraufhin untersucht, ob sie eine offene Sprechstunde anbieten. Für die Stichproben-Untersuchung wurden per Zufallsprinzip vier Kassenärztliche Vereinigungen ausgewählt: Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen und Baden-Württemberg.

Untersucht wurden drei Fachrichtungen, die Ratsuchende häufig anfragen, und die verpflichtet sind, offene Sprechstunden anzubieten: Neurologie, Dermatologie und Orthopädie. In jedem Bundesland wurden 25 Ärzt:innen pro Fachgebiet nach dem Zufallsprinzip eingeschlossen.

Das Rechercheteam hat die Veröffentlichung der offenen Sprechstunden auf den Websites der Kassenärztlichen Vereinigungen und, soweit vorhanden, auf den Websites der Praxen erfasst.

Das fehlende Angebot offener Sprechstunden wurde in den Austauschrunden als regelmäßige Problemlage geschildert, aber in der Systematik der Beratungsdokumentation 2024 nicht zahlenmäßig erfasst. Mit der Stichproben-Analyse konnte das von Ratsuchenden geschilderte Problem aufwandsarm nachvollzogen werden.

In der Übersicht
Themen in der Patientenberatung

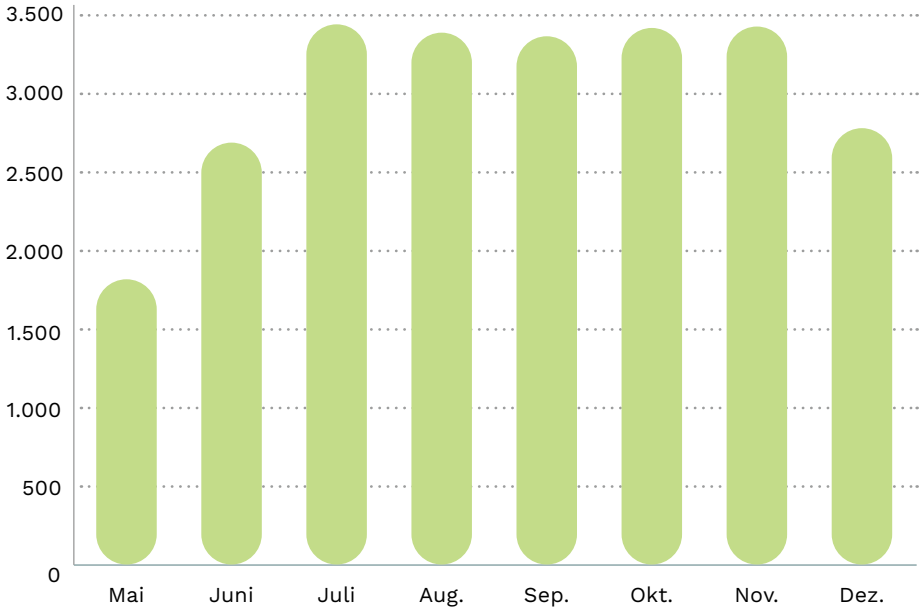
Die Inhalte des „Impuls Patientenorientierung“ 2025 basieren, sofern nicht anders gekennzeichnet, auf der Beratungsdokumentation und den Beratungserfahrungen der Stiftung UPD aus dem Zeitraum zwischen Mai und Dezember 2024 – dem Jahr, in dem die Stiftung ihre Beratungstätigkeit aufgenommen hat.

In mehr als 24.000 Beratungskontakten hat das Team der Stiftung UPD zu einem oder mehreren Themen beraten. Zu einem Beratungskontakt können mehrere Beratungsthemen dokumentiert werden – beispielsweise wenn es zu einer geplanten Behandlung einerseits um medizinische Aspekte und andererseits um Fragen zur Kostenübernahme geht. Die Anzahl der Beratungsthemen je Kontakt schwankt, im Durchschnitt sind es rund 1,5 Themen je Beratungskontakt. Grundlage der Dokumentation ist eine Liste von 93 Beratungsthemen.

24.309
Beratungskontakte 2024

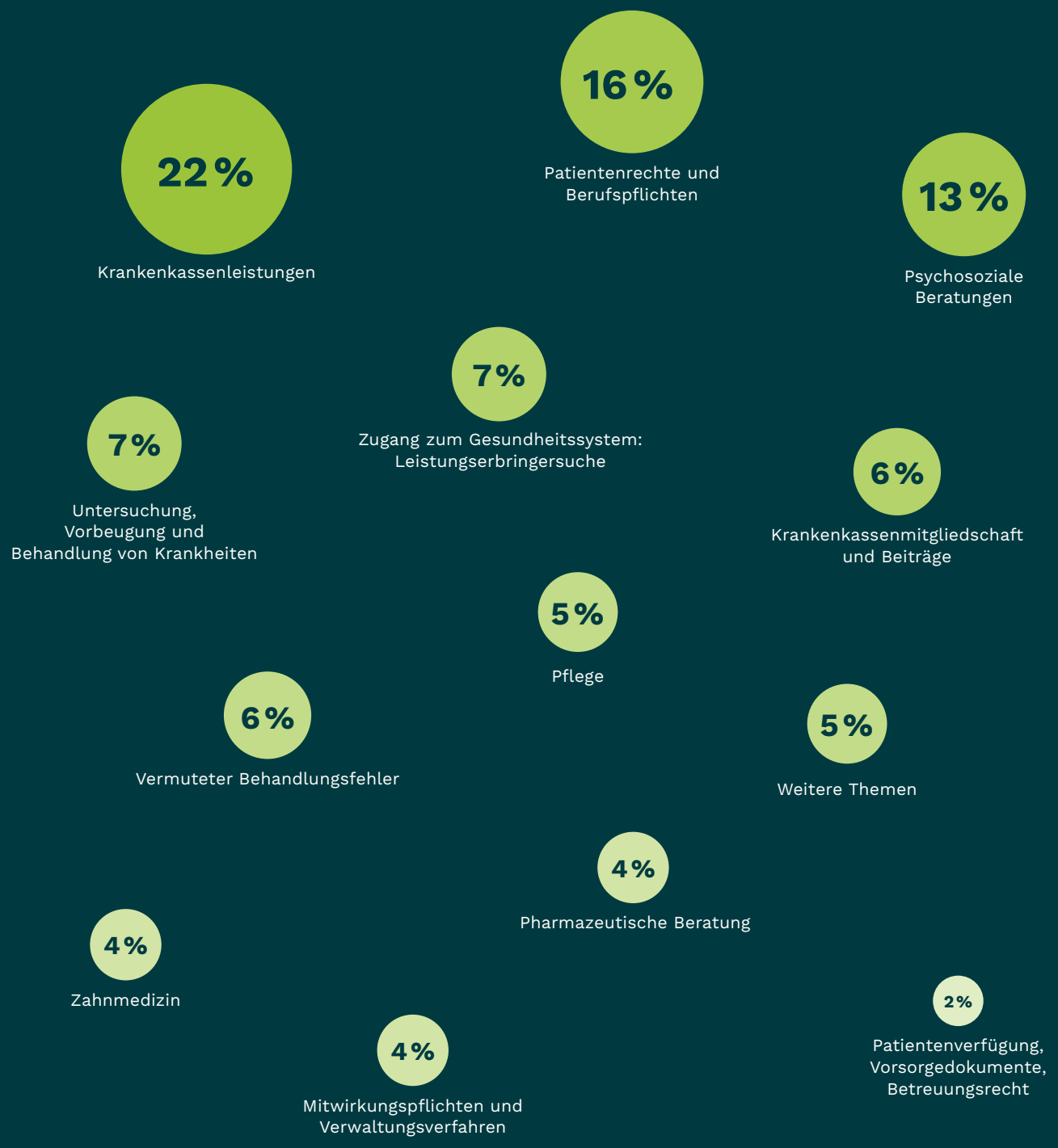
160
Beratungskontakte pro Tag

Beratungskontakte 2024



Seit Beginn der Patientenberatung der Stiftung UPD am 6. Mai 2024 wurden 24.309 Beratungskontakte dokumentiert. Die Anzahl der Beratungskontakte lag nach der anfänglichen Aufbauphase stabil bei rund 160 Beratungskontakten pro Tag. Im Dezember war die Anzahl der Beratungskontakte aufgrund der Feiertage niedriger. Als Beratungskontakt wird ein Beratungsgespräch gewertet – unabhängig davon, um wie viele Themen es geht und wie viele Beraterinnen und Berater beteiligt sind.

Themengebiete in der Beratung

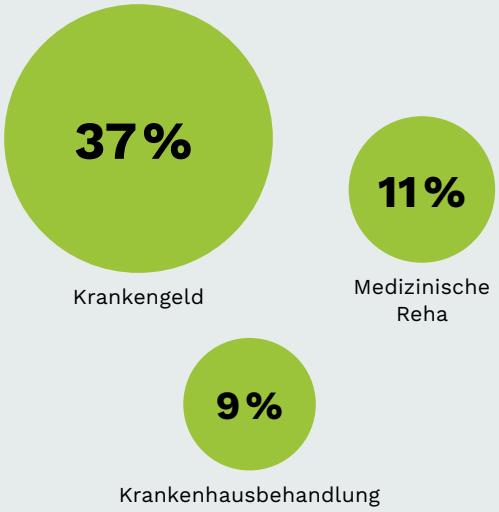


Die Themengebiete Krankenkassenleistungen, Patientenrechte und Berufspflichten sowie psychosoziale Beratungen machen den größten Teil der Beratung der Stiftung UPD aus.

Die hier dargestellten Themengebiete fassen für eine bessere thematische Übersicht zum Teil mehrere Beratungsthemen zusammen, die in der Dokumentation separat erfasst werden. Pro Themengebiet wurde dabei jeder Beratungskontakt nur einfach gezählt – umgekehrt kann in jedem Beratungskontakt zu mehreren Themengebieten beraten werden.

Krankenkassenleistungen

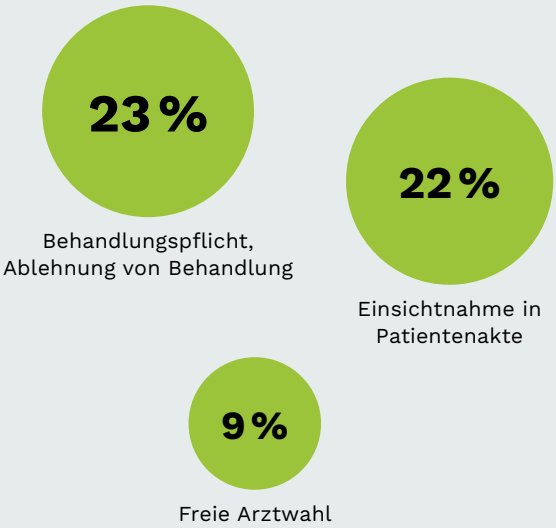
Beratungsthema	Anteil in Prozent
Krankengeld	37 %
Medizinische Reha	11 %
Krankenhausbehandlung	9 %
Hilfsmittel	7 %
Heilmittel	6 %
Fahrkosten	5 %
Leistungen rund um Psychotherapie	4 %
Zuzahlung	4 %
Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	1 %
Patientenquittung	1 %
Kur	1 %
Sonstige Leistungen	15 %



Krankengeld ist mit Abstand das häufigste Beratungsthema im Themengebiet Krankenkassenleistungen. Die hoch komplizierten Regelungen rund um das Krankengeld erzeugen bei Menschen, die aufgrund langer Erkrankungen in schwierigen und teilweise existenziell bedrohlichen Situationen sind, eine hohe Beratungsnachfrage. (N = 7.643)

Patientenrechte und Berufspflichten

Beratungsthema	Anteil in Prozent
Behandlungspflicht, Ablehnung von Behandlung	23 %
Einsichtnahme in Patientenakte	22 %
Freie Arztwahl	9 %
Aufklärungspflicht	8 %
Sachlich korrekte Unterlagen	6 %
Schweigepflicht und Datenschutz	6 %
Organisationspflichten (z. B. Praxisorganisation)	5 %
Selbstbestimmungsrecht	4 %
Zweitmeinung	4 %
Diagnosen aus Patientenakte streichen	4 %
Elektronische Patientenakte	3 %
Sonstige Themen	5 %



Im Themengebiet Patientenrechte und Berufspflichten beschäftigte die Ratsuchenden vor allem, ob und unter welchen Bedingungen Ärzt:innen die Behandlung ablehnen dürfen und welche Möglichkeiten sie haben, ihre Patientenakte einzusehen, beispielsweise wenn sie einen Behandlungsfehler vermuten. (N = 6.699)

Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten

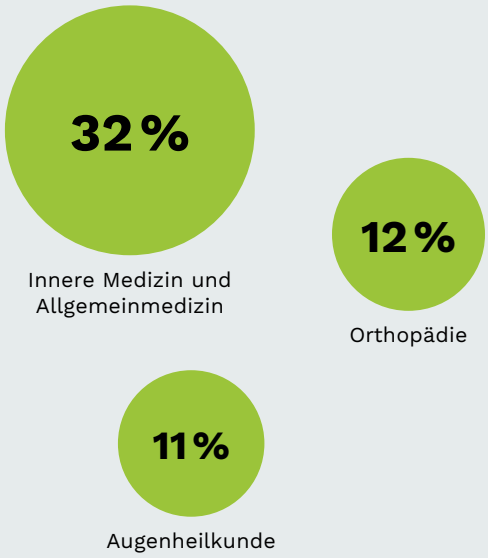
2.352

Insgesamt wurde 2.352-mal im Themengebiet Vorbeugung, Untersuchung und Behandlung von Krankheiten beraten – beispielsweise zu Themen wie Risiko und Nutzen von medizinischen Verfahren oder zu Inhalt und Bedeutung von medizinischen Befunden.

Bei 10 Prozent dieser Beratungen wurde das Beratungsthema individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) dokumentiert.

Zu welchem Fachgebiet gehört die Erkrankung, zu der beraten wurde?

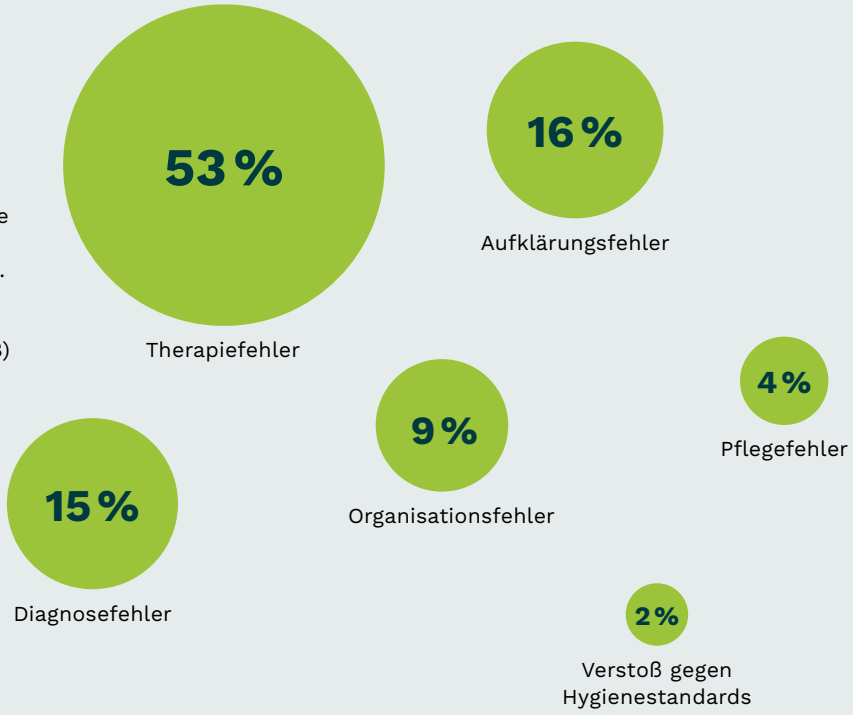
Fachgebiet	Anteil in Prozent
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	32 %
Orthopädie	12 %
Augenheilkunde	11 %
Neurologie	8 %
Dermatologie	6 %
Gynäkologie	6 %
Psychiatrie	6 %
Urologie	5 %
Chirurgie	4 %
Radiologie	2 %
HNO	2 %
Andere Fachgebiete	5 %



Im Themenbereich Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen machen die Fachgebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Orthopädie sowie Augenheilkunde den größten Anteil aus. Inhaltlich reicht die Beratung quer durch alle Fachgebiete von unklaren Symptomen über Behandlungsalternativen und Entscheidungshilfen zu grundsätzlichen Beratungen, beispielsweise zur Vorbereitung auf ein Arztgespräch. (N = 1.130. Bei 1.222 Fällen wurde kein medizinisches Fachgebiet zugeordnet.)

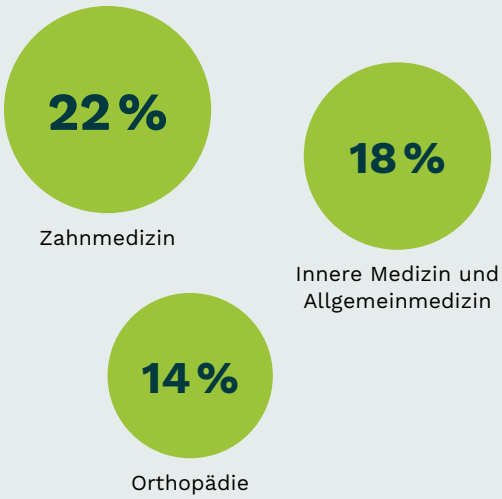
Vermutete Behandlungsfehler

Ratsuchende vermuten bei diesen Beratungen, dass bei der medizinischen Versorgung etwas schiefgegangen ist. Die Auseinandersetzung mit vermuteten Behandlungsfehlern dauert oft sehr lange – von der ersten Vermutung über viele Zwischenschritte bis hin zur gerichtlichen Auseinandersetzung. Die Beratung wird individuell an die Phase angepasst, in der sich Menschen gerade befinden. Fast immer geht es in den Beratungen auch um kommunikative Defizite im Kontakt zwischen Patient:innen und Ärzt:innen. (N = 2.158)



Medizinisches Fachgebiet, in dem der Behandlungsfehler vermutet wird

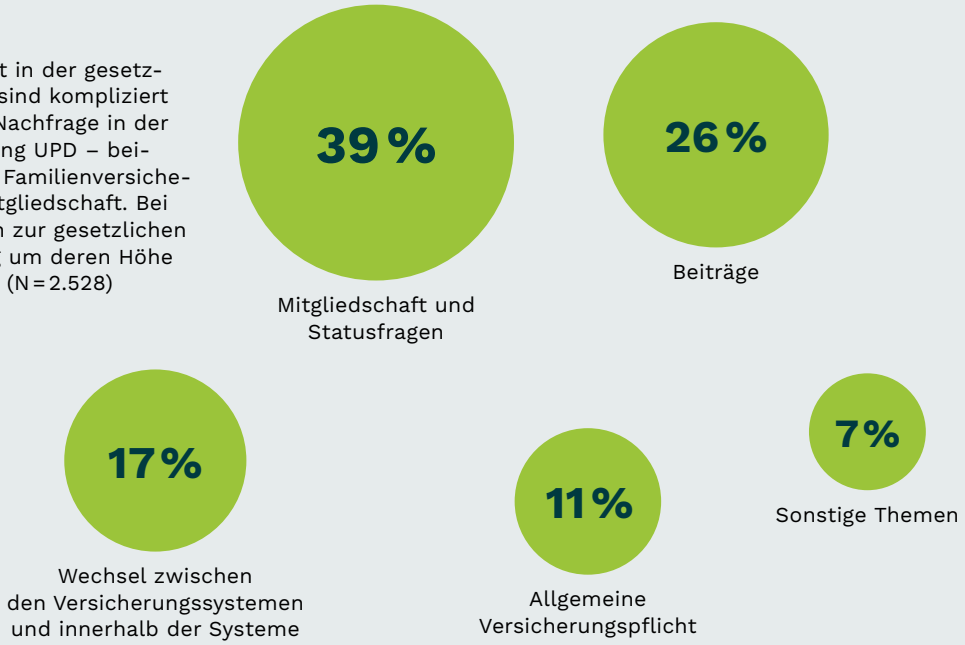
Fachgebiet	Anteil in Prozent
Zahnmedizin	22 %
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	18 %
Orthopädie	14 %
Chirurgie	13 %
Psychiatrie	8 %
Augenheilkunde	6 %
Gynäkologie	5 %
Neurologie	3 %
Dermatologie	3 %
Anästhesie	3 %
Andere Fachgebiete	6 %



Die Vermutung zahnärztlicher Behandlungsfehler dominiert dieses Themengebiet gemeinsam mit der Inneren Medizin und den operativen Fächern Chirurgie und Orthopädie. (N = 813. Bei 1.345 Dokumentationen wurde kein medizinisches Fachgebiet zugeordnet.)

Krankenkassenmitgliedschaft und Beiträge

Die Regeln zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung sind kompliziert und sorgen für eine stetige Nachfrage in der Patientenberatung der Stiftung UPD – beispielsweise zum Zugang zur Familienversicherung oder zur freiwilligen Mitgliedschaft. Bei den Beratungen zu Beiträgen zur gesetzlichen Krankenkasse geht es häufig um deren Höhe oder auch Beitragsschulden. (N = 2.528)



Pflege

Fachgebiet	Anteil in Prozent
Allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung	18 %
Pflegebegutachtung	17 %
Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombi-Leistungen	13 %
Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege	10 %
Entlastungsbetrag	8 %
Stationäre Pflege	7 %
Pflegefachliche Beratung	6 %
Soziale Sicherung der Pflegeperson	4 %
Sonstige Pflegethemen	17 %

Zur Begutachtung von Pflegebedürftigen und mit allgemeinen Fragen zur Pflegeversicherung wenden sich viele Menschen ratsuchend an die Stiftung UPD. Die Patientenberatung der Stiftung UPD ist dabei häufig erste Anlaufstelle für Menschen, die sich erstmals mit dem Thema Pflege befassen. (N = 1.852)

Zahnmedizin

Zahnmedizinische Behandlungen werfen bei vielen Menschen Fragen auf, da neben den zahnmedizinischen Aspekten zu Prophylaxe, Diagnostik und Therapie oft auch finanzielle Aspekte in Entscheidungen einbezogen werden müssen. (N = 1.973, ohne vermutete zahnmedizinische Behandlungsfehler – diese sind oben im Themengebiet Behandlungsfehler abgebildet.)

53 %
Untersuchung, Vorbeugung und Behandlung von zahnmedizinischen Erkrankungen

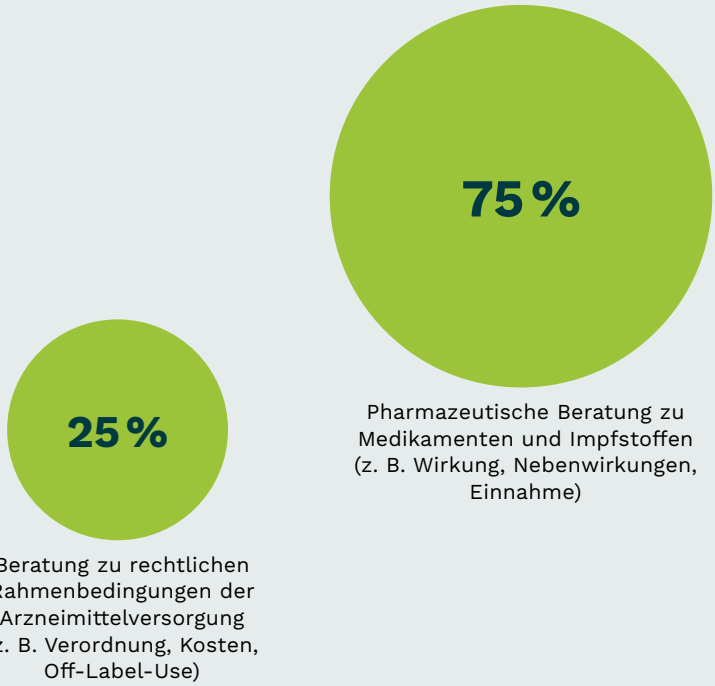
22 %
Geldforderung und Eigenanteil

18 %
Gewährleistung

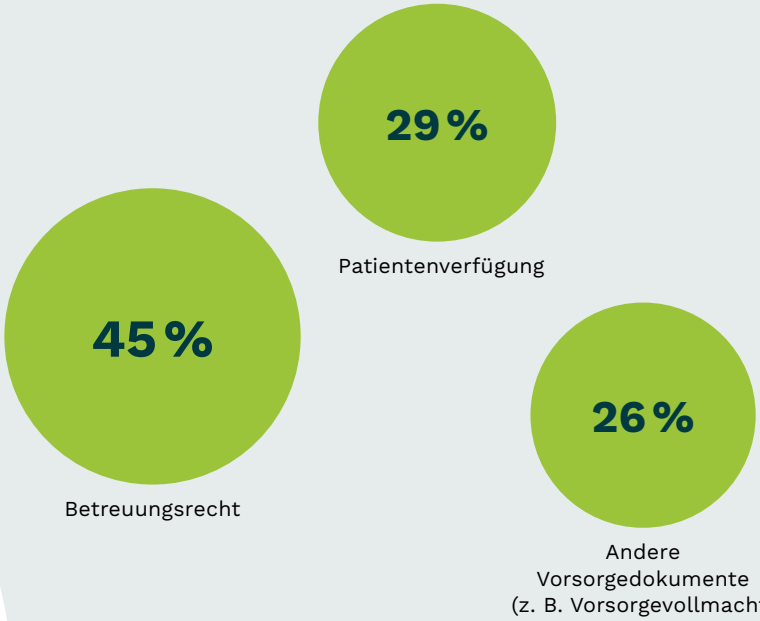
13 %
Andere zahnmedizinische Beratungsthemen

Pharmazeutische Beratung

Neben den vielfältigen pharmazeutischen Fragen zu Wirkung und Nebenwirkung sowie Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten nimmt die Beratung zu den rechtlichen Rahmenbedingungen in der Arzneimittelversorgung relativ viel Raum in der Patientenberatung ein – beispielsweise zu Kosten, die von Patient:innen selbst getragen werden müssen, oder auch zu Medikamenten, die außerhalb ihrer Zulassung eingesetzt werden sollen. (N = 1.282)



Patientenverfügung, Vorsorgedokumente, Betreuungsrecht



Dieses Themengebiet ist dominiert von Beratungen rund um das Betreuungsrecht, beispielsweise wenn sich Menschen von ihrer Betreuungsperson trennen wollen. Bei anderen Beratungen fühlen sich Angehörige, die als Betreuungsperson für Familienmitglieder eingesetzt sind, nicht ausreichend in medizinische Entscheidungen einbezogen. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werfen ebenfalls Fragen auf, beispielsweise wie diese Dokumente auszufüllen sind und welche Verbindlichkeit diese im Fall der Fälle haben. (N = 685)

Was Patient:innen berichten
Beispiele für Zugangsprobleme aus den Beratungsgesprächen

Mein Vater ist im Pflegeheim und braucht dringend eine palliative Versorgung. Der dort zuständige Hausarzt unternimmt nichts und wimmelt uns ab. Was können wir tun?

Ich habe eine SMS von einem Online-Terminbuchungsportal bekommen, die mich an meinen nächsten Arzttermin erinnert – dabei habe ich mich dort gar nicht registriert. Darf die Praxis meine Daten einfach so weitergeben?

Bei meiner Arztpraxis kann ich neuerdings nur noch online einen Termin vereinbaren. Ich bin über 80 Jahre alt und habe gar kein Internet. Muss ich jetzt den Arzt wechseln?

Bei mir soll der Graue Star operiert werden. Den Termin bekomme ich aber nur, wenn ich eine Untersuchung dazu nehme, die ich selbst bezahlen muss. Werden diese Untersuchungen nicht von der Krankenkasse bezahlt?

Mein Hausarzt ist in Rente gegangen. Die neue Praxis will mich nur aufnehmen, wenn ich der hausarztzentrierten Versorgung zustimme. Soll ich das machen? Wenn ich ablehne, habe ich gar keinen Hausarzt.

Ich habe ein zweites Kind bekommen. Mein Kinderarzt nimmt aber niemanden mehr auf, noch nicht einmal Geschwisterkinder. Alle Praxen in erreichbarer Nähe sind voll. Was kann ich tun?

Ich suche verzweifelt einen Psychotherapieplatz. Können Sie mir weiterhelfen?

Bei mir besteht ein Verdacht auf ADHS. Die Spezialambulanzen haben monatelange Wartezeiten. Können Sie mir sagen, welche Praxen die Untersuchungen als Kassenleistung machen?

Ich bin gehbehindert und kann meine Wohnung nicht mehr verlassen. Aber ich finde keinen Arzt, der bei mir Hausbesuche macht. Ich habe schon mehrfach die 112 angerufen, wenn der Blutdruck schlecht war oder ich Schmerzen hatte, weil ich mir keinen anderen Rat wusste.

Meine Mutter braucht eine stationäre Schmerztherapie. Die Kasse hat die Therapie bewilligt, aber die Klinik will meine Mutter nicht aufnehmen, weil sie kaum deutsch spricht. Darf die Klinik das? Wie finde ich eine Klinik, die meine Mutter behandelt?

Mein Sohn leidet unter Autismus. Er muss jetzt operiert werden, aber das Krankenhaus will ihn nicht aufnehmen, weil er so schwierig sei. Dürfen die das einfach ablehnen?

Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
Ein Weg mit Hindernissen

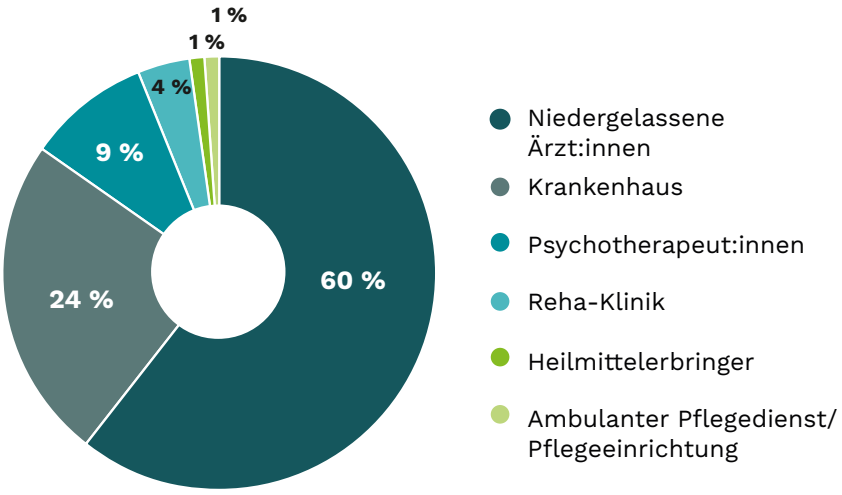
In Deutschland gibt es ein breites Angebot zur gesundheitlichen Versorgung durch Arztpraxen, Kliniken und andere Leistungserbringer. Doch dies allein garantiert nicht, dass alle Menschen einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Menschen müssen die Angebote tatsächlich erreichen und sie in Anspruch nehmen können. Doch im Alltag stoßen viele Menschen auf Barrieren.

Ein großer Teil der Fragen, mit denen sich ratsuchende Menschen an die Stiftung UPD wenden, betrifft Schwierigkeiten beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Ratsuchende berichten, dass sie auf eine Vielzahl unterschiedlicher Probleme stoßen – von räumlichen Barrieren über organisatorische und kommunikative Hürden bis hin zu finanziellen Hindernissen.

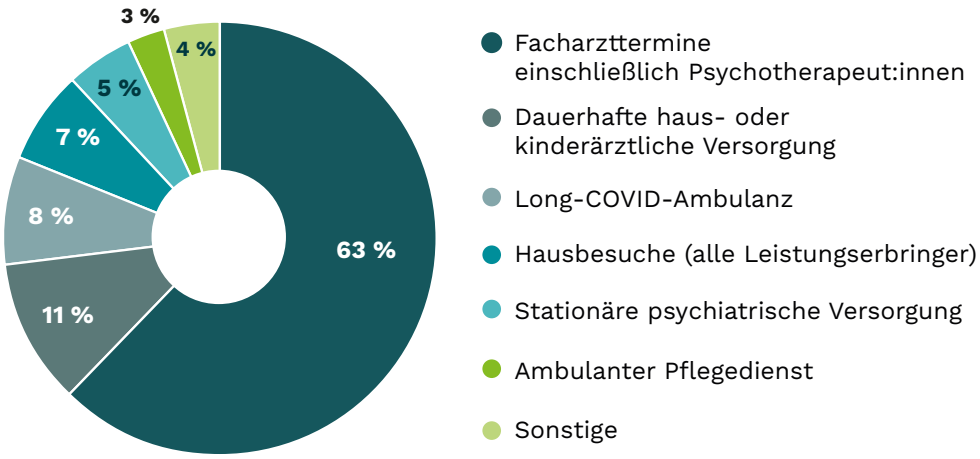
Das Team der Stiftung UPD hat zwischen Mai und Dezember 2024 – im Zeitraum, den diese Publikation betrachtet – 2.065 Beratungsgespräche zum Thema Leistungserbringersuche geführt. Beispielsweise ging es darum, zu den Beschwerden passende, qualifizierte Facharztpraxen oder Termine in Praxen oder Kliniken zu finden. Mehr als die Hälfte dieser Anfragen bezog sich auf den Zugang zu niedergelassenen Ärzt:innen. Insbesondere bei der Suche nach Terminen in Facharztpraxen, nach einer dauerhaften haus- und kinderärztlichen Versorgung und nach einer ambulanten Psychotherapie berichteten Ratsuchende über einen besonders erschwerten Zugang.

2.065
Beratungen zum Thema Leistungserbringersuche

Zugang zur gesundheitlichen Versorgung: 60 Prozent der Suchanfragen nach Leistungserbringern betreffen Arztpraxen. (N = 868; erfasst im Zeitraum zwischen August und Dezember 2024.)



Zugang zur gesundheitlichen Versorgung: Über besonders schwere Zugangsbedingungen berichten Ratsuchende bei fachärztlicher und dauerhafter haus- und kinderärztlicher Versorgung, etwa lange Wartezeiten oder ausgelastete Leistungserbringer. (N = 394)



Vier zentrale Zugangshürden

Der „Impuls Patientenorientierung“ 2025 rückt im ersten inhaltlichen Teil vier typische Zugangsprobleme aus der Beratung in den Fokus, bei denen die Stiftung UPD einen konkreten Handlungsbedarf und zugleich Möglichkeiten für Verbesserungen sieht:

- **Termine:** Ratsuchende Menschen schildern Schwierigkeiten, Termine zu bekommen, lange Wartezeiten und weite Wege. Welche Folgen es hat, wenn Menschen keine haus- oder fachärztliche Versorgung finden, und wie bestehende Lösungsansätze wie Terminservicestellen und offene Sprechstunden verbessert werden können, wird in diesem Kapitel näher erläutert: „Wartezeiten und weite Wege: Über die Herausforderungen, einen Arzttermin zu finden“. siehe Seite 28 ←

- **Mobilität:** Menschen mit Mobilitätseinschränkungen haben es oft besonders schwer. Wo die Probleme der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen und im Hausbesuch liegen und was dagegen getan werden kann, zeigt das Kapitel „Eingeschränkt mobil: Wenn Haus- und Heimbesuche nicht stattfinden“. siehe Seite 38 ←

- **Sprache:** Gut zu verstehen und gut verstanden zu werden, ist Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung. Das Kapitel „Verstehen und verstanden werden: Sprache als Schlüssel für eine gute Versorgung“ gibt Anregungen, wie Sprachmittlung in die Versorgung integriert werden kann. siehe Seite 42 ←

- **Gesundheitskompetenz:** Das Gesundheitssystem ist kompliziert – viele Menschen finden sich darin nur schwer zurecht. Sie wissen oft nicht, welche Angebote es gibt, welche Leistungen ihnen zustehen und wie sie diese beantragen können. Das Kapitel „Orientierung im System: Warum navigationale Gesundheitskompetenz entscheidend ist“ erläutert, wie Menschen darin unterstützt werden können, sich sicherer im Gesundheitssystem zu orientieren und ihre navigationale Gesundheitskompetenz zu stärken. siehe Seite 46 ←

Drei strukturelle Herausforderungen

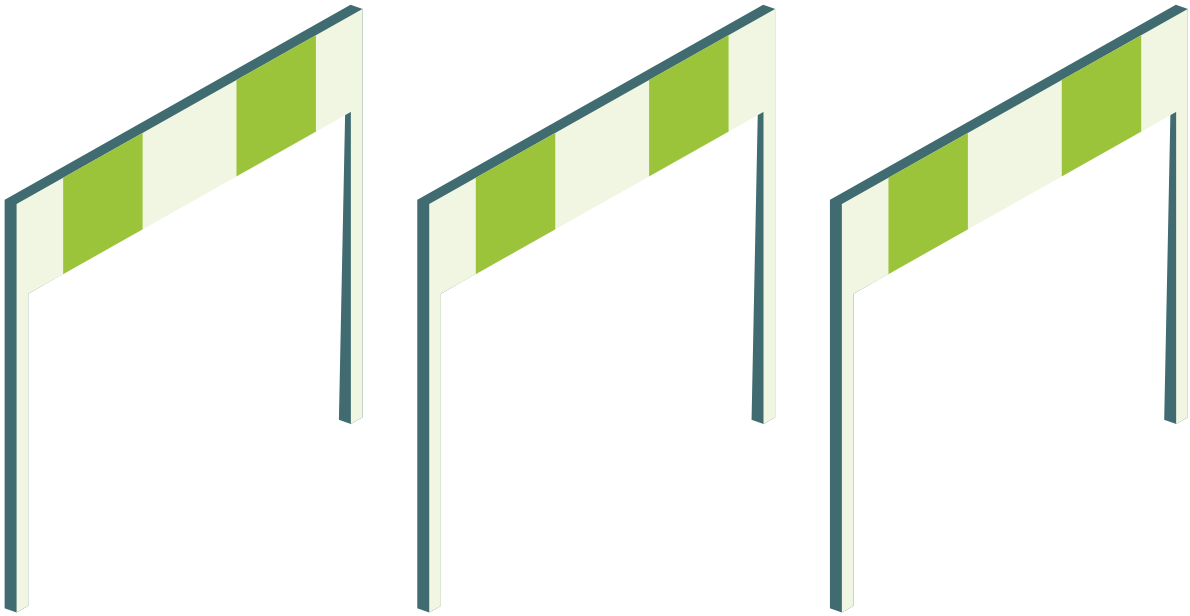
Im zweiten Teil dieser Publikation werden Probleme, die Ratsuchende berichten und die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zusätzlich erschweren, zu drei Themenkomplexen zusammengefasst. Auch hierzu gibt es aus Sicht der Stiftung UPD einen dringenden Handlungsbedarf:

- **Kommerzialisierung im Solidarsystem:** Welche Auswirkungen privatwirtschaftliche Terminbuchungsportale auf den Zugang zur Versorgung haben, darum geht es im Kapitel „Kommerzialisierter Zugang: Wenn Terminportale neue Barrieren schaffen“. siehe Seite 50 ←

- **Gesetze werden nicht eingehalten:** Wie manche vom Gesetzgeber auf den Weg gebrachte Lösungsansätze nicht wirksam werden, erläutert das Kapitel „Was (nicht) ankommt: Wenn gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten werden“. siehe Seite 54 ←

- **Eingeschränkte Patientenrechte:** Das Kapitel „Besser keinen Ärger riskieren: Wie Terminschwierigkeiten Patientenrechte aushöhlen“ zeigt, wie knappe Versorgungskapazitäten die freie Arztwahl und andere Patientenrechte einschränken. siehe Seite 58 ←

Der „Impuls Patientenorientierung“ erhebt nicht den Anspruch, das Thema des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung umfassend abzubilden und wissenschaftlich zu erörtern. Ziel ist es vielmehr, auf der Grundlage der Gespräche mit ratsuchenden Menschen aufzuzeigen, an welchen Stellen sich das Gesundheitssystem besser an den Belangen und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten orientieren kann, und hierzu konkrete Lösungsansätze zu benennen.



Wartezeiten und weite Wege
Über die Herausforderungen, einen Arzttermin zu finden

Ob bei Fachärzt:innen, in der Kinderarzt-praxis oder in der hausärztlichen Versorgung: Einen zeitnahen Termin in einer Arztpraxis zu bekommen, ist für viele Patient:innen nicht einfach. Zwischen Mai und Dezember 2024 haben sich rund 1.000 Menschen mit diesem Anliegen an die Patientenberatung der Stiftung UPD gewandt. Betroffen sind nahezu alle medizinischen Fachrichtungen.

Terminliche Engpässe

Ratsuchende berichten von Terminschwierigkeiten in vielen Bereichen: von der Augenheilkunde und Dermatologie über die Orthopädie, Psychiatrie und Neurologie bis hin zur Rheumatologie. Auch eine kontinuierliche haus- und kinderärztliche Versorgung ist oft schwer zu finden, etwa wenn Patient:innen umziehen, bisher besuchte Praxen schließen oder wenn Familien Zuwachs bekommen.

Ähnliche Schwierigkeiten schildern Ratsuchende etwa bei planbaren stationären Aufenthalten, in psychotherapeutischen Praxen oder bei Physiotherapeut:innen.

siehe Seite 24 ↑

Ungleichheit zwischen gesetzlich und privat Versicherten

Fast alle Ratsuchenden, die Terminprobleme schildern, sind gesetzlich krankenversichert. Privat Versicherte berichten dagegen nur in Ausnahmefällen von vergleichbaren Schwierigkeiten – beispielsweise, wenn Versicherte im Basistarif keine Ärzt:innen finden, die sie behandeln. Besonders deutlich wird der Unterschied bei digitalen Buchungsportalen. Hier ist ersichtlich: Während für privat Versicherte zeitnah Termine verfügbar sind, müssen gesetzlich Versicherte häufig länger warten oder sie bekommen gar keinen Termin.

Gesetzlich versicherte Patient:innen schildern, dass sie sich dadurch benachteiligt fühlen und den Eindruck eines Zwei-Klassen-Systems haben, in dem wirtschaftliche Erwägungen über die Versorgung entscheiden.

Die Folgen einer fehlenden Hausarztversorgung

Ratsuchende, die keine Hausarztpraxis haben, berichten: Die Lücke wirkt sich auf die gesamte Versorgungskette aus. Ohne Hausärztin oder Hausarzt erhalten sie keinen Zugang zu fachärztlicher Behandlung, wenn dort eine Überweisung verlangt wird.

Erschwert wird auch der Zugang zu stationären Behandlungen in Krankenhäusern, wenn diese eine haus- oder fachärztliche Einweisung voraussetzen. Besonders problematisch kann die Situation nach einem Klinikaufenthalt sein: Wer keine hausärztliche Praxis hat, so schildern es Ratsuchende, findet häufig nur schwer den Weg in die ambulante Weiterversorgung.

Das kann nicht nur gesundheitliche Folgen haben, sondern auch finanzielle Auswirkungen: Fachärztliche Diagnostik und Behandlung verzögert sich wegen fehlender Termine und kann unter Umständen zu einer verlängerten Arbeitsunfähigkeit und zu Krankengeldbezug führen.

Problematische Praktiken bei der Terminvergabe

In Beratungsgesprächen schildern Ratsuchende eine Vielzahl von Praktiken, die den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren und dem Grundprinzip einer patientenzentrierten Versorgung widersprechen – und teilweise gegen berufsrechtliche Vorschriften verstoßen. Betroffene berichten zudem, dass sie sich aus Angst, ihre ärztliche Versorgung zu verlieren, nicht dagegen wehren.

siehe Seite 58 →

Termine gegen Aufpreis
So erzählen Patient:innen, dass Praxen schnellere Termine gegen zusätzliche Gebühren anbieten. In anderen Fällen verlangen Praxen die Buchung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), oder sie berechnen Gebühren für wiederholte Arztbesuche im gleichen Quartal.

Unnötige Umwege
Berichtet wird auch, dass Facharztpraxen teilweise Überweisungen verlangen, obwohl diese nicht erforderlich sind, oder sie schicken Patient:innen trotz eines Termins zurück in die Hausarztpraxis, um einen Fall der Hausarztvermittlung zu erzeugen, der extrabudgetär vergütet wird.

Hürden für neue Patient:innen
In den Beratungsgesprächen kommt an, dass Hausarztpraxen neue Patient:innen nur aufnehmen, wenn diese sich für die hausarztzentrierte Versorgung entscheiden oder aus einem bestimmten regionalen Einzugsgebiet stammen. Ratsuchende schildern auch den Eindruck von Kennenlern- und Auswahlgesprächen durch Praxen, die neue Patient:innen durchlaufen müssen und bei denen aufwendige und kostenintensive Patient:innen ausgeschlossen werden sollen.

Vielfältige Ursachen und Lösungsansätze

Für Terminschwierigkeiten in Arztpraxen gibt es viele Ursachen. Fehlende Termine sind nicht zwangsläufig mit einem Mangel an Ärzt:innen gleichzusetzen. Auch andere Faktoren wie beispielsweise die regionale Verteilung, ineffiziente Strukturen oder eine hohe und ungesteuerte Nachfrage spielen eine Rolle.

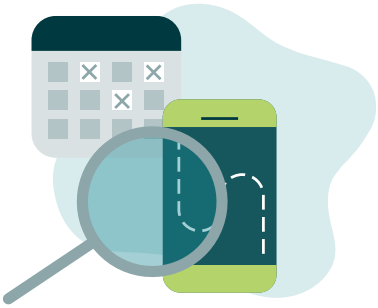
Gesetzgeber und Selbstverwaltung setzen deshalb auf unterschiedliche Strategien, um gegenzusteuern: Sie fördern unter anderem Niederlassungen in strukturschwachen Regionen, bringen die Digitalisierung voran und entlasten Ärztinnen und Ärzte durch den Einsatz nicht ärztlicher Berufsgruppen. Zugleich wird versucht, Patientinnen und Patienten gezielter durch das Gesundheitssystem zu führen, etwa mithilfe von Patientenlotsen oder einer stärkeren Steuerung durch Hausärzte.

In der Beratung der Stiftung UPD sind insbesondere zwei Lösungsansätze von Bedeutung: die **Terminservicestellen** und die **offenen Sprechstunden.** Beide gesetzgeberischen Ansätze sind grundlegend mit Blick auf die Belange von Patient:innen gedacht – zugleich gibt es hier Nachbesserungsbedarf.

siehe Seite 32 ↖
siehe Seite 34 ↖

Terminservicestellen
Eine patientenorientierte Idee mit Verbesserungspotenzial

Wenn sich Menschen auf der Suche nach einem Arzttermin an die Stiftung UPD wenden, weist das Beratungsteam sie auch auf den Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen hin – erreichbar über die bundesweit kostenfreie Telefonnummer 116117 sowie online über die Website www.116117.de. Viele Betroffene haben diese Anlaufstelle bereits kontaktiert, jedoch dort keinen Termin erhalten.



Lückenhafte Erreichbarkeit, unzureichende Unterstützung

Ratsuchende berichten, dass sie die Terminservicestellen nur schwer erreichen oder angebotene Termine nicht wahrnehmen können, etwa weil die Praxen zu weit entfernt oder nicht barrierefrei zugänglich sind. Andere erzählen, dass die Unterstützung bei der Suche nach einer langfristigen haus- und kinderärztlichen Versorgung oft auf die bloße Nennung von Adressen beschränkt ist.

Abweisungen trotz Anspruch

Patient:innen berichten auch, gänzlich abgewiesen zu werden, obwohl das Gesetz ausdrücklich vorsieht, dass ihnen ein ambulanter Termin in einer Klinik vermittelt werden muss, falls ein Praxistermin nicht möglich ist. Diese Erfahrungen verdeutlichen, dass die Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in der Realität nicht immer ihre Wirkung entfalten.

Handlungsbedarf

Seit ihrer Einführung haben die Terminservicestellen Millionen Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu Arztterminen ermöglicht. Ihre Bekanntheit wächst und sie werden immer häufiger genutzt. Um die Patientenorientierung im Gesundheitssystem weiter zu stärken, könnten sie als verlässliche, leicht zugängliche Alternative zu kommerziellen Anbietern ausgebaut werden.

siehe Seite 50 ←

Regelungen konsequent umsetzen
Dazu gehört, dass die Terminservicestellen die gesetzlichen Vorgaben konsequent umsetzen und bei fehlenden Praxisterminen verbindlich ambulante Krankenhaustermine vermitteln. Ebenso sollte die Definition der zumutbaren Entfernung in § 6 der Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte stärker an den individuellen Möglichkeiten und Mobilitätseinschränkungen von Patient:innen ausgerichtet werden.

Auftrag klarer erteilen
Darüber hinaus kann der Gesetzgeber die Rolle der Terminservicestellen bei der Suche nach dauerhafter kinder- und hausärztlicher Versorgung verbindlicher ausgestalten, denn die derzeitige, allgemein gehaltene Formulierung „unterstützen“ bleibt in der Realität häufig wirkungslos. Dies gewinnt besonders an Bedeutung, sollte ein Primärarztmodell eingeführt werden, das den Zugang zur Versorgung in Deutschland noch stärker über Hausarztpraxen steuert.

Buchungssystem ausbauen
Das Buchungssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen könnte nicht nur Überweisungs- und Akutfälle abdecken, sondern auch weitere Leistungen einbeziehen. Ziel sollte es sein, alle vertragsärztlichen Praxen an ein einheitliches, datensicheres Terminbuchungssystem anzuschließen, sodass Patient:innen sowohl online als auch telefonisch über die 116117 verlässlich Termine vereinbaren können.

Hintergrund

Mit dem **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG),** das 2019 in Kraft trat, wurden die Terminservicestellen eingerichtet. Sie sollen gesetzlich Versicherte bei der Terminfindung unterstützen und sind verpflichtet, innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums und Umkreises Termine in Haus-, Fach- und Kinderarztpraxen zu vermitteln. Ist dies nicht möglich, muss ein ambulanter Termin im Krankenhaus angeboten werden. Darüber hinaus sollen die Servicestellen gemäß § 75 Abs. 1a SGB V bei der Suche nach einer dauerhaften hausärztlichen Versorgung unterstützen.

Der **Evaluationsbericht 2024** zeigt, dass 53 Prozent der verfügbaren Termine tatsächlich gebucht wurden – jedoch mit großen Unterschieden je nach Fachrichtung: In der Endokrinologie, Rheumatologie und Gastroenterologie wurden rund 90 Prozent der Termine vergeben. Das deckt sich mit den Erfahrungen aus der Beratung der Stiftung UPD, dass Termine gerade in diesen Bereichen oft schwer zu bekommen sind – selbst mit Unterstützung der Terminservicestellen.

In etwa 97 Prozent der vermittelten Termine wurde die gesetzlich vorgeschriebene Frist laut Bericht eingehalten. Alle Termine entsprachen zudem den gesetzlichen Vorgaben zur zumutbaren Entfernung: Im Durchschnitt lag der Anfahrtsweg vom Wohnort zum Termin bei 27 Minuten mit dem Pkw beziehungsweise 20 Kilometern im Straßennetz.

Zwischen diesen statistischen Daten und dem Beratungsalltag der Stiftung UPD zeigt sich eine Diskrepanz: Ratsuchende berichten durchaus von unzumutbar weiten Wegen und langen Wartezeiten. Was auf dem Gesetzespapier als zumutbar gilt, kann für Betroffene in der Realität schwer erreichbar sein, insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität.

Der Evaluationsbericht macht keine Angaben, wie häufig Terminservicestellen tatsächlich ambulante Krankenhausbehandlungen vermitteln, wenn kein Praxistermin zustande kommt.

Offene Sprechstunden
Ein gesetzlicher Anspruch, der konsequent umgesetzt werden muss

Wenden sich Menschen aufgrund von Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Arztterminen an die Stiftung UPD, machen die Beraterinnen und Berater unter anderem darauf aufmerksam, bei Beschwerden die offenen Sprechstunden in Anspruch zu nehmen. Es zeigt sich jedoch immer wieder, dass vielen Ratsuchenden dieses Angebot nicht bekannt ist. Hinzu kommt, dass nicht alle Praxen ihrer Verpflichtung nachkommen, offene Sprechstunden anzubieten und die entsprechenden Termine transparent zu veröffentlichen.

Nicht ausreichend bekannt, Zugang erschwert

In den Beratungsgesprächen wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten häufig weder wissen, dass es offene Sprechstunden gibt, noch, wie sie konkret ausgestaltet sind. Hinzu kommt, dass manche Praxen den Zugang zu den offenen Sprechstunden erschweren, etwa indem sie nur Bestandspatientinnen und -patienten zulassen oder eine vorherige Anmeldung verlangen. Dadurch verfehlen offene Sprechstunden ihren eigentlichen Zweck: bei akuten Beschwerden einen unkomplizierten und niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung zu gewährleisten.

Handlungsbedarf

Die offenen Sprechstunden sind eine sinnvolle gesetzgeberische Maßnahme, um Menschen mit akuten gesundheitlichen Beschwerden schnell eine medizinische Versorgung zu ermöglichen, ohne dass sie lange auf einen Termin warten müssen. Die zahlreichen Positivbeispiele zeigen, dass die Umsetzung der Vorgaben durchaus machbar ist.

Deutschlandweit einheitlich veröffentlichen
Es ist die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, dafür zu sorgen, dass die gesetzlichen Regelungen eingehalten werden und Praxen ihrer Verpflichtung nachkommen, die Zeiten der offenen Sprechstunden bekannt zu geben. Ideal ist es, wenn die Veröffentlichung dieser Daten deutschlandweit einheitlich erfolgt, sodass sie auch in der Arztsuche des nationalen Gesundheitsportals www.gesund.bund.de abrufbar sein können.

Niedrigschwelligkeit sichern
Damit offene Sprechstunden ihrem gesetzlichen Anspruch als niedrigschwelliges Angebot gerecht werden, darf der Zugang nicht durch Anmeldepflichten oder eine Beschränkung auf Bestandspatientinnen und -patienten erschwert werden. Nur so bleiben offene Sprechstunden eine verlässliche Anlaufstelle für alle Menschen, die bei akuten Beschwerden unkompliziert medizinische Hilfe benötigen.

Hintergrund

Mit dem **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG**) von 2019 wurden bestimmte Fachrichtungen verpflichtet, mindestens fünf Stunden pro Woche eine offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten. Welche Facharztgruppen dies konkret betrifft, wurde in § 17 Abs. 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte vereinbart. Offene Sprechstunden müssen demnach anbieten: **Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-OhrenHeilkunde, Dermatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Psychiatrie und Urologie.**

Die Praxen müssen die Zeiten der offenen Sprechstunde bekannt geben, beispielsweise auf dem Anrufbeantworter, der Praxis-Website oder per Aushang, und sie zusätzlich den **Kassenärztlichen Vereinigungen** des jeweiligen Bundeslandes mitteilen, die die Angaben ebenfalls veröffentlichen.

Eine nicht repräsentative, aber den Beratungsalltag gut widerspiegelnde **Stichproben-Untersuchung der Stiftung UPD** unter 300 Fachärzt:innen hat ergeben, dass die Umsetzung dieser Vorgaben sehr unterschiedlich ausfällt. Knapp 70 Prozent der verpflichteten Fachärzt:innen veröffentlichen ihre offenen Sprechstunden auf den Websites der Kassenärztlichen Vereinigungen, wobei die Spannbreite zwischen den einzelnen Regionen sehr groß ist und von rund 40 bis zu 95 Prozent reicht.

Auf ihren eigenen Websites weist nur etwa ein Fünftel der Facharztpraxen auf das Angebot hin – und selbst dann entspricht das nicht immer dem Sinne des Gesetzgebers: Manchmal werden offene Sprechstunden beispielsweise nur für Bestandspatient:innen ausgewiesen oder es wird eine vorherige telefonische Anmeldung oder Überweisung mit Dringlichkeit verlangt.

Gleichzeitig gibt es jedoch auch positive Beispiele: So haben etwa alle neurologischen Praxen in Mecklenburg-Vorpommern, die in der Stichprobe erfasst wurden, ihre offenen Sprechstunden korrekt angegeben. Manche Praxen gehen sogar darüber hinaus und informieren auf ihren Internetseiten ausdrücklich darüber, dass Patient:innen mit akuten Beschwerden die Praxis jederzeit auch ohne Termin aufsuchen können.

Methodik siehe Seite 10 ↑

Ausblick auf ein Primärarztsystem Weichenstellungen unter hohen Anforderungen

Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien CDU, CSU und SPD, der im Mai 2025 geschlossen wurde, sieht vor, ein verbindliches Primärarztsystem in der ambulanten Versorgung einzuführen. Das könnte bedeuten, dass Patient:innen künftig in der Regel zunächst eine Hausarztpraxis aufsuchen müssen, die sie bei Bedarf an eine fachärztliche Praxis weiterverweist. Aus Sicht der Stiftung UPD sollte bei der Einführung eines Primärarztsystems darauf geachtet werden, dass bereits heute bestehende Probleme nicht zusätzlich verschärft werden.

Primärarztsysteme gibt es bereits in vielen europäischen Ländern, darunter Dänemark, Norwegen, Schweden, die Niederlande, Spanien und Großbritannien. Die Vorteile: Die medizinische Versorgung ist besser zu koordinieren und unnötige Facharztbesuche lassen sich vermeiden. Als Nachteile werden eine höhere Belastung der Hausärzt:innen beschrieben und zum Teil ein erschwerter Zugang zur fachärztlichen Behandlung.

Hausärztliche Kapazitäten sicherstellen

Zentrale Voraussetzung für ein Primärarztsystem in Deutschland ist aus Sicht der Stiftung UPD, dass ausreichende hausärztliche Kapazitäten vorhanden sind. Wie bereits dargestellt wurde, bestehen schon heute deutliche Engpässe. Sollten alle Patient:innen immer zuerst zur Hausarztpraxis gehen müssen, muss sichergestellt werden, dass alle Menschen eine Hausärztin oder einen Hausarzt finden und zeitnah Termine erhalten können.

Terminkoordination patientenorientiert gestalten

Ebenso entscheidend ist eine patientenorientierte Koordination von Haus- und Facharztterminen. Die organisatorische Last der Terminvereinbarung darf nicht allein auf den Schultern von Patient:innen liegen – gerade angesichts der bereits bestehenden Schwierigkeiten bei Terminvereinbarungen.

siehe Seite 28 ↑

Qualität transparent machen

Nicht zuletzt braucht es auch mehr Transparenz über die Qualität hausärztlicher Praxen. Derzeit gibt es im ambulanten Bereich nur wenige Möglichkeiten, sich verlässlich über die Qualität einer Praxis zu informieren. Wenn die Rolle von Hausärzt:innen in einem Primärarztsystem künftig gestärkt wird, brauchen Patient:innen Zugang zu klar verständlichen Qualitätsinformationen. Nur so sind sie in der Lage, eine Praxis auszuwählen, die gut zu ihnen passt.

Zweitmeinung und Arztwechsel mitdenken

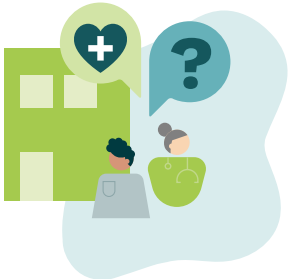
Sollten Patient:innen in einem Primärarztsystem noch stärker an ihre hausärztliche Praxis angebunden werden, sollte ein Wechsel der Praxis unproblematisch möglich bleiben, etwa bei einem Umzug, bei einem gestörten Vertrauensverhältnis oder aus anderen triftigen Gründen. Auch der Zugang zur Psychotherapie darf nicht durch zusätzliche Hürden erschwert werden, sondern sollte weiterhin niedrigschwellig möglich sein. Zu klären wäre, unter welchen Umständen Patient:innen die Möglichkeit haben, bei Bedarf eine zweite fachärztliche Meinung einzuholen oder eine weitere Überweisung für dasselbe gesundheitliche Problem zu erhalten.

Eingeschränkt mobil
Wenn Haus- und Heimbesuche nicht stattfinden

Menschen, die aufgrund einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und keine Praxis aufsuchen können, sind auf eine Behandlung im häuslichen Umfeld oder in der Pflegeeinrichtung angewiesen. In den Beratungsgesprächen der Stiftung UPD berichten Ratsuchende jedoch regelmäßig, dass sie keine Ärzt:innen finden, die Hausbesuche anbieten.

Notlösungen anstelle von Hausbesuchen

Das deutsche Gesundheitssystem sieht Hausbesuche vor. Das ist vielen Patient:innen nicht bekannt. Andere wiederum wissen nicht, wie sie ihren Anspruch darauf durchsetzen können. Manche wenden sich deshalb an den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder sogar an den Rettungsdienst – eine kurzfristige Notlösung, die für das Gesundheitssystem kostspielig ist und Ressourcen bindet.



Versorgungsdefizite in Pflegeeinrichtungen

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen mangelt es nach den Schilderungen Ratsuchender an einer verlässlichen haus- und fachärztlichen Versorgung vor Ort. Besonders problematisch wird es, wenn es zu Konflikten mit den betreuenden Heimärzt:innen kommt oder Zweifel an der Versorgungsqualität bestehen. In solchen Fällen haben die Betroffenen in der Regel keine Möglichkeit, auf eine andere Praxis auszuweichen.

Handlungsbedarf

Trotz der eindeutigen Rechtslage hört das Beratungsteam in Gesprächen mit Ratsuchenden immer wieder, dass Haus- und Heimbesuche als wichtiger Bestandteil des Versorgungsauftrags nicht ausreichend erbracht werden. Es bestehen bereits verschiedene Verbesserungsansätze. Aus Sicht der Stiftung UPD sind insbesondere die folgenden drei Maßnahmen relevant.

Mehr Transparenz schaffen
Den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kostenträgern liegen umfassende Abrechnungsdaten dazu vor, welche Praxen welche Leistungen erbringen, einschließlich der Häufigkeit von Hausbesuchen. Diese Daten sollten öffentlich zugänglich gemacht werden, um die Versorgung nachvollziehbar zu machen.

Praxen in die Pflicht nehmen
Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sicherstellen, dass Ärzt:innen ihre vertragsärztlichen Pflichten erfüllen. Wenn Ärzt:innen Hausbesuche unberechtigt verweigern, sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitglieder in die Pflicht nehmen, die Vorgaben einzuhalten.

Telemedizin gezielt einsetzen
Schließlich kann Telemedizin dazu beitragen, die Belastung von Arztpraxen zu reduzieren. Videosprechstunden oder barrierefreie Telekonsile können zeitaufwendige Hausbesuche ergänzen. Allerdings verfügen gerade viele der Patient:innen, die auf Hausbesuche angewiesen sind, oft nicht über die technischen Voraussetzungen oder die digitalen Kompetenzen, um telemedizinische Anwendungen eigenständig zu nutzen. Diese Menschen benötigen Unterstützung bei der Nutzung entsprechender Angebote.

siehe Seite 58 ↑

Hintergrund

Regelmäßige Hausbesuche zur Behandlung bettlägeriger, gebrechlicher und pflegebedürftiger Patient:innen gehören grundsätzlich zur hausärztlichen Versorgung. Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf einen Hausbesuch, wenn es ihnen aufgrund einer Erkrankung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, eine Praxis aufzusuchen. Auch Fachärzt:innen sind verpflichtet, Hausbesuche durchzuführen, wenn dies für die Behandlung ihrer Patient:innen auf ihrem Fachgebiet erforderlich ist (§ 17 Abs. 6 Satz 1 BMV-Ä, § 2 Abs. 3 Anlage 5 BMV-Ä und § 17 Abs. 7 BMV-Ä).

Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen gilt das Heim als ihr Zuhause. Ärzt:innen können sie hier ebenso versorgen und Hausbesuche machen. Das Recht auf freie Arztwahl gilt auch im Pflegeheim. Darüber hinaus können stationäre Einrichtungen Kooperationsverträge mit Vertragsärztinnen und -ärzten abschließen.

Die gezielte Suche nach Praxen, die Hausbesuche durchführen, gestaltet sich jedoch schwierig. Die Arztsuchportale der **Kassenärztlichen Vereinigungen,** das Nationale Gesundheitsportal **www.gesund.bund.de** und der **Patientenservice 116117** bieten keine entsprechende Filterfunktion. Das ist nachvollziehbar, da Hausbesuche grundsätzlich von allen Ärzt:innen erbracht werden müssen. Lediglich der „Arztlotse“ des **Verbands der Ersatzkassen (vdek)** ermöglicht eine Suche nach Hausbesuchen. Woher die hinterlegten Daten stammen und wie zuverlässig sie sind, ist unklar.

Zugangsprobleme zu Hausbesuchen und zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sind Politik und Selbstverwaltung seit Langem bekannt. Das im März 2025 in Kraft getretene **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)** setzt daher auf stärkere finanzielle Anreize: Hausbesuche sollen zukünftig wie andere Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ohne Budgetbegrenzung vergütet werden. Praxen, die Haus- und Heimbesuche bedarfsgerecht anbieten, erhalten zusätzlich eine Vorhaltepauschale.

Weitere Lösungsansätze zielen darauf ab, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten – etwa durch Digitalisierung, Telemedizin oder die Delegation von Aufgaben an nicht ärztliche Berufsgruppen. So können beispielsweise nicht ärztliche Praxisassistent:innen (NäPA) oder Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis (VERAH) in geeigneten Fällen Haus- und Heimbesuche übernehmen. Auch Pflegefachkräfte wie Community Health Nurses könnten künftig eine wichtige Rolle bei der häuslichen Versorgung einnehmen.

Die Stiftung UPD im Dialog

siehe Seite 10 →

Die Stiftung UPD sucht den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die sich mit den hier besprochenen Problemlagen befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können.

„Wir brauchen ein wirklich patientenorientiertes Gesundheitssystem, in dem der Patient und die Verbesserung seines Gesundheitszustands im Mittelpunkt aller Entscheidungen und Prozesse stehen.“

Ilias Essaida
Referent Gesundheitspolitik
Sozialverband VdK Deutschland

Ilias Essaida

© VdK | Thomas Rosenthal

Wie bewerten Sie das Thema Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland? Sehen Sie Probleme für Patient:innen beim Zugang?
Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist ein großes Thema. Der Sozialverband VdK setzt sich dafür ein, dass alle Menschen, unabhängig von ihrem Wohnort oder individuellen Beeinträchtigungen, guten Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Das ist nicht überall der Fall.

Barrieren existieren landauf, landab: physische Barrieren, etwa wenn eine Praxis keinen Aufzug oder keine Orientierungshilfen für blinde Menschen hat – und nicht physische Barrieren, zum Beispiel eine ungenügende Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen, weil Angebote wie Gebärdensprache oder Leichte Sprache fehlen. Informationsdefizite und Kommunikationsbarrieren können dann unüberwindliche Herausforderungen werden. Auch zu viel Bürokratie beim Beantragen von Leistungen kann zu Berührungsängsten und Frust führen.

Gerade auf dem Land kommt hinzu, dass Arztpraxen und Apotheken weniger werden, was den Zugang zusätzlich erschwert.

Gibt es aus Ihrer Sicht Beispiele, bei denen der Zugang besonders gut funktioniert?
Ist die Primärversorgung gut organisiert, funktioniert der Zugang in der Regel problemlos. Menschen wissen dann, an wen sie sich wenden können, und Abläufe sind klar. Medizinische Versorgungszentren beispielsweise können Zugangshürden senken – auch wenn wir dort teilweise andere Probleme beobachten, etwa, dass wirtschaftliche Interessen zu sehr im Vordergrund stehen.

Was braucht es, um den Zugang dauerhaft besser zu gestalten?
Wir brauchen ein wirklich patientenorientiertes Gesundheitssystem, in dem der Patient und die Verbesserung seines Gesundheitszustands im Mittelpunkt aller Entscheidungen und Prozesse stehen. Barrierefreiheit muss einen viel höheren Stellenwert bekommen, damit niemand ausgeschlossen wird.

„Barrierefreiheit muss einen viel höheren Stellenwert bekommen, damit niemand ausgeschlossen wird.“

Wichtig ist, dass in Städten und in ländlichen Regionen die Versorgung gesichert bleibt, zum Beispiel durch aufsuchende Angebote, Hausbesuche oder mobile Praxen. Krankenkassen sollten – statt im bürokratischen Klein-Klein zu agieren – verstärkt mit den Menschen zusammenarbeiten, um Lösungen zu finden. Und generell darf das Gesundheitssystem kein Objekt zum Ausquetschen sein, sondern muss sich am Wohl der Menschen orientieren.

Verstehen und verstanden werden
Sprache als Schlüssel für eine gute Versorgung

Um gleichberechtigt an der Gesundheitsversorgung teilnehmen zu können, müssen Menschen sich sicher informieren und verständigen können. Sprachbarrieren können jedoch dazu führen, dass wichtige Informationen verloren gehen und der Zugang zur Versorgung erschwert oder versperrt wird. In den Beratungsgesprächen der Stiftung UPD berichten Menschen mit eingeschränkten oder fehlenden Deutschkenntnissen regelmäßig von verschiedenen sprachlichen Hürden.

Übersetzungsangebote fehlen

Ratsuchende berichten, dass Kliniken oder Praxen notwendige Behandlungen wegen fehlender Sprachkenntnisse ablehnen. Manchmal müssen minderjährige Angehörige oder Personen, die zufällig anwesend sind, vertrauliche medizinische Informationen übersetzen – auch wenn es um schwerwiegende Diagnosen oder schambesetzte Themen geht. Geschildert wird ebenso, dass minderjährige Patient:innen sogar die Elterngespräche übersetzen müssen, die ihre eigene Erkrankung betreffen.

Sprachbarrieren haben gesundheitliche Folgen

Zudem willigen Patient:innen mit Sprachbarrieren in Behandlungen ein, ohne deren Nutzen und Risiken wirklich zu verstehen. Einige Menschen suchen auch erst gar keinen Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung: Sie kennen ihre Rechte und Anlaufstellen nicht, sehen keine Chance auf sprachintensive Behandlungen wie Psychotherapien oder wurden von negativen Erfahrungen entmutigt – mitunter mit gravierenden Folgen für Prävention, Diagnose und Therapie.

Handlungsbedarf

Damit Menschen der Zugang zur medizinischen Versorgung nicht aufgrund von Sprachbarrieren erschwert und die Qualität ihrer Behandlung nicht beeinträchtigt wird, braucht es Sprachmittlung. Es gibt bereits zahlreiche gute Ansätze – doch sie reichen nicht aus. Notwendig sind ein klar geregelter Anspruch und eine verlässliche Finanzierung, damit Sprachmittlung flächendeckend etabliert werden kann.

Eine gute sprach- und idealerweise auch kultursensible Beratung verbessert nicht nur die Verständigung zwischen Behandelnden und Patient:innen. Sie stellt auch Chancengleichheit her, wirkt zur Prävention und entlastet langfristig das gesamte Gesundheitswesen.

Hintergrund

Für eine **Gebärdensprachmittlung** bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen gibt es einen gesetzlich geregelten Anspruch auf Kostenübernahme. Einen vergleichbaren Anspruch auf **Sprachmittlung** für Patient:innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse gibt es hingegen nicht.

Zwar hatte die vorherige Bundesregierung angekündigt, ein Recht auf Sprachmittlung bei notwendigen medizinischen Behandlungen einzuführen, unterstützt vom Deutschen Ärztetag 2022 – umgesetzt wurde das Vorhaben jedoch nicht. Im aktuellen Koalitionsvertrag findet sich das Thema nicht wieder.

Der fehlende rechtliche Anspruch auf Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung kann als strukturelle Benachteiligung und Reduzierung der Chancengleichheit von Menschen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen im Gesundheitswesen betrachtet werden.

Bestehende Initiativen
Viele Akteure im Gesundheitswesen haben die Bedeutung von Sprachmittlung erkannt und eigene Lösungen entwickelt. Einige Kliniken bilden in eigener Initiative fremdsprachige Mitarbeiter:innen gezielt für diese Aufgaben aus. Zudem gibt es Netzwerke von Sprachmittlungsdiensten mit unterschiedlichen Trägerschaften und Finanzierungsmodellen. Das gemeinnützige Unternehmen Triaphon bietet beispielsweise rund um die Uhr eine telefonische Sofortsprachmittlung für kurze, nicht planbare Gespräche in Kliniken und Arztpraxen an, insbesondere für die Basis- und Akutkommunikation.

Öffentliche Förderprogramme
Auch öffentliche Fördergelder tragen zur Verbesserung bei: Das vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Projekt „SIMPLE – Sprache öffnet Türen“ baut Sprachmittlungsangebote im Rahmen einer Studie auf und evaluiert diese. In Berlin können ausgewählte Einrichtungen des Gesundheitswesens über die gemeinnützige Genossenschaft SprInt eine kostenfreie Sprach- und Integrationsmittlung in Anspruch nehmen, gefördert durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege.

Die Stiftung UPD im Dialog

siehe Seite 10 →

Die Stiftung UPD sucht den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die sich mit den hier besprochenen Problemlagen befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können.

„Gute Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Aber nicht alle Menschen haben den gleichen Zugang. Das liegt an strukturellen Problemen, fehlendem Wissen, aber auch an konkreter Diskriminierung.“

Ferda Ataman
Unabhängige Bundesbeauftragte
für Antidiskriminierung

Ferda Ataman

© Bundespresseamt | Steffen Kugler

Wie bewerten Sie das Thema Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland? Sehen Sie Probleme für Patient:innen beim Zugang?
Gute Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Aber nicht alle Menschen haben den gleichen Zugang. Das liegt an strukturellen Problemen, fehlendem Wissen, aber auch an konkreter Diskriminierung.

Dazu ein paar Beispiele: Frauen mit Migrationsgeschichte berichten, dass ihre Schmerzen nicht ernst genommen werden. Von medizinischem Personal hören sie etwa, sie würden übertreiben. Das ist keine Diagnose, sondern ein rassistisches Klischee von wehleidigen Migrantinnen. Die meisten Praxen in Deutschland sind nicht barrierefrei und schließen Menschen mit Behinderung aus. Sehbehinderte Menschen erleben beispielsweise, dass ihnen der Praxiszutritt mit Assistenzhund untersagt wird.

Schwarze Frauen sind besonders sexualisierten Vorurteilen ausgesetzt. Ärzt*innen bieten ihnen ohne Anlass HIV-Tests an. Geflüchtete berichten uns, dass Praxen ihnen schon am Telefon die Behandlung verweigern mit der Begründung: „Solche wie Sie behandeln wir nicht!“

„Schwarze Frauen sind besonders sexualisierten Vorurteilen ausgesetzt. Ärzt*innen bieten ihnen ohne Anlass HIV-Tests an.“

Gibt es aus Ihrer Sicht Beispiele, bei denen der Zugang besonders gut funktioniert?
Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Empowerment für Diversität“ der Charité in Berlin. Mehrere Kliniken arbeiten bundesweit daran, das Risiko für Diskriminierungen zu reduzieren und Beschwerden von Patient*innen ernster zu nehmen.

Ein anderes Beispiel: Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gibt es eine Beschwerdestelle für Menschen, die Diskriminierung erleben – ganz egal, ob sie Mitarbeitende, Patient*innen oder Studierende sind. Leider bieten nur wenige Kliniken solche Anlaufstellen an.

Was braucht es, um den Zugang dauerhaft besser zu gestalten?
Im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz ist der Schutz vor Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht eindeutig geregelt. Deshalb muss der gesetzliche Schutz dringend gestärkt werden. Unsere Studie „Diagnose Diskriminierung“ liefert konkrete Handlungsempfehlungen. Zum Beispiel müssen Beratungsangebote leicht auffindbar und bekannt sein. Was bringt die beste Anlaufstelle, wenn Patient*innen nichts davon wissen? Es ist wichtig, Menschen darüber zu informieren, dass sie sich gegen Diskriminierung wehren können – und welche Hilfe es dabei gibt.

Orientierung im System
Warum navigationale Gesundheitskompetenz entscheidend ist

Das Gesundheitssystem ist komplex: föderale Strukturen, die starke Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, unterschiedliche Rechtsgrundlagen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern und vielfältige Zuständigkeiten. Hinzu kommt eine Selbstverwaltung mit konkurrierenden Interessen. Beratungsgespräche der Stiftung UPD zeigen, dass viele Menschen bei der Navigation durch dieses Labyrinth an Grenzen stoßen.

siehe Seite 47 →

Wissenslücken zu Leistungen und Ansprüchen

Sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden, ist nicht leicht. Patient:innen sind sich beispielsweise oft unsicher, welche Leistungen ihnen von der Krankenkasse und anderen Kostenträgern zustehen, wie sie diese in Anspruch nehmen können und was zu tun ist, wenn ein Antrag abgelehnt wird.

Herausforderungen für pflegende Angehörige

Auch Angehörige pflegebedürftiger Menschen wissen häufig nicht, welche Unterstützungsangebote es gibt oder an welche Stellen sie sich wenden können. In Beratungsgesprächen, in denen es zunächst um die Pflegebedürftigen geht, rückt daher oftmals die Überlastung der Pflegenden selbst in den Vordergrund.

Unklarheiten in der psychotherapeutischen Versorgung

Besonders deutlich wird dies im psychotherapeutischen Bereich: Viele Ratsuchende wissen nicht, wie sie an eine Behandlung gelangen. Ihnen sind die Begriffe und die Unterschiede zwischen Akutbehandlung, Sprechstunde, probatorischer Sitzung und Therapie unbekannt. Ebenso unklar ist auch die Aufgabe der Terminservicestellen, die Rolle von Ärzt:innen und Psycholog:innen bei der Versorgung oder auch, ob eine ärztliche Überweisung notwendig ist.

Unsicherheiten bei akuten Beschwerden

Menschen mit akuten Beschwerden wissen oft nicht einzuschätzen, wen sie kontaktieren sollen: die Hausarzt- oder die Facharztpraxis, den ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Rettungsstelle oder den Notruf 112? Hinzu kommt, dass manchen nicht bekannt ist, welche Fachrichtung welche Erkrankungen behandelt.

Handlungsbedarf

Um die Gesundheitskompetenz sowohl individuell als auch systemisch nachhaltig zu stärken, braucht es gezielte Maßnahmen. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz hat hierzu konkrete Maßnahmen formuliert. Aus den Beratungserfahrungen der Stiftung UPD sind folgende Aspekte besonders wichtig.

Administrative Abläufe vereinfachen
Die Navigation im Gesundheitssystem würde einfacher, wenn Abläufe transparenter gestaltet und administrative Hürden abgebaut werden. Anträge, Bescheide, Formulare und Verträge von Kostenträgern und Leistungserbringern sollten so einfach verständlich und nutzerfreundlich wie möglich gestaltet sein.

Rechtliche Kenntnisse vermitteln
Navigationale Gesundheitskompetenz ist zudem in vielen Fällen mit rechtlichen Kenntnissen verknüpft: Nur wenn ich meine Rechte kenne und Verwaltungsabläufe verstehe, kann ich Leistungen in Anspruch nehmen und erfolgreich einfordern, was mir rechtlich zusteht. Daher sollte sich die Förderung der Gesundheitskompetenz nicht nur auf rein medizinisch-gesundheitliche Inhalte beziehen, sondern auch rechtliche Aspekte umfassen.

Angebote zur Begleitung stärken
Manchmal reichen Erklärungen allein nicht aus. Einige Menschen brauchen Begleitung – jemanden, der sie beispielsweise beim Ausfüllen von Anträgen oder im Umgang mit Behörden unterstützt. Das gilt zum Beispiel für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die krankheitsbedingt besonders große Schwierigkeiten mit administrativen Hürden haben. Deshalb sollten Angebote, die Menschen über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg lotsen und begleiten, gestärkt werden.

Gesundheitswissen fördern
Schließlich ist es auch wichtig, Menschen darin zu stärken, die Dringlichkeit ihrer Beschwerden besser einzuschätzen: Gehört das Anliegen in die Hausarztpraxis? Ist eine Spezialistin oder ein Spezialist nötig? Handelt es sich um einen Notfall – oder lässt es sich auch ohne ärztliche Hilfe bewältigen? Dieses Wissen sollte möglichst früh im Bildungssystem vermittelt und in allen Lebenswelten gefördert werden.

Hintergrund

Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, auf ihre Qualität hin beurteilen und für die eigene Situation anwenden zu können. Sie umfasst verschiedene Dimensionen: Sie kann individuell oder systemisch betrachtet werden oder sich auf spezifische Kompetenzen beziehen.

Navigationale Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem sicher zu bewegen und die dafür notwendigen Informationen anwenden zu können. Studien zeigen, dass sich viele Menschen in Deutschland damit schwertun – beispielsweise Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder mit chronischen Erkrankungen.

Wie gut sich Menschen im Gesundheitssystem zurechtfinden, hat immer zwei Seiten: zum einen, wie kompetent sich das Individuum im System bewegt, und zum anderen, wie patientenorientiert das System ist. In Deutschland sollen in der Regel Hausärzt:innen durch das komplexe deutsche System lotsen und die sektorenübergreifende Versorgung sowie die Zusammenarbeit mit anderen Behandelnden koordinieren.

Doch das funktioniert nicht immer, wie die Beratungserfahrungen der Stiftung UPD zeigen: Manche Menschen haben keine Hausarztpraxis oder erhalten nicht die benötigte hausärztliche Unterstützung. Das hat dazu geführt, dass in den vergangenen Jahren viele Lotsen-Modelle entwickelt und erprobt wurden – flächendeckend im Einsatz sind sie allerdings bislang nicht.

Um die Gesundheitskompetenz zu stärken, hat das Bundesministerium für Gesundheit 2017 gemeinsam mit der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens die **Allianz für Gesundheitskompetenz** ins Leben gerufen. 2018 folgte der **Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz,** der konkrete Handlungsempfehlungen gibt und derzeit vom **Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK)** koordiniert wird.

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz nehmen häufiger kurative Leistungen in Anspruch und nutzen seltener Angebote zur Prävention. Mehr Gesundheitskompetenz stärkt daher also nicht nur den einzelnen Menschen, sondern trägt auch dazu bei, das gesamte Gesundheitssystem zu entlasten.

Die Stiftung UPD im Dialog

siehe Seite 10 →

Die Stiftung UPD sucht den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die sich mit den hier besprochenen Problemlagen befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können.

„Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz fehlt es an Orientierung, und Menschen, die das System besser kennen, kann es verleiten, in erster Linie nach der spezialisiertesten Versorgung zu streben.“

Prof. Dr. Eva Maria Bitzer
Vorsitzende des Vorstands
Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz
(DNGK)

Prof. Dr. Eva Maria Bitzer

© Andrea Kisslinger

Wie bewerten Sie das Thema Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland? Sehen Sie Probleme für Patient:innen beim Zugang?
In Deutschland haben wir viele Elemente, die prinzipiell einen niedrigschwelligen und gemeinwohlorientierten Zugang bieten, insbesondere im internationalen Vergleich. Die grundsätzliche Eintrittshürde ist gering und das sollte auch so erhalten bleiben. Innerhalb des Systems sind die Abläufe allerdings kompliziert.

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz fehlt es an Orientierung, und Menschen, die das System besser kennen, kann es verleiten, in erster Linie nach der spezialisiertesten Versorgung zu streben. Gesundheitskompetenz kann auch bedeuten, mal etwas nicht in Anspruch zu nehmen. Hier fehlt es an akzeptierten Lotsen. Das spricht für eine Stärkung der Primärversorgung.

Gibt es aus Ihrer Sicht Beispiele, bei denen der Zugang besonders gut funktioniert?
Primärversorgungszentren wie die Port-Zentren oder Polikliniken wie in Freiburg, die es in ähnlicher Form auch im Ausland gibt, sollten uns ein Vorbild sein, insbesondere da, wo es heute schon zu wenige Versorgungsangebote gibt. Mehrere Ärzte und Berufsgruppen unter einem Dach könnten eine gute Lösung sein. Auch Gesundheitskioske, in denen unterschiedliche Berufsgruppen arbeiten, könnten lotsen – diese waren bis vor Kurzem in der politischen Debatte.

„Primärversorgungszentren wie die Port-Zentren oder Polikliniken wie in Freiburg, die es in ähnlicher Form auch im Ausland gibt, sollten uns ein Vorbild sein.“

Wichtig ist auch ein steigender Anteil von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund beziehungsweise Sprach- und Kulturkompetenz. Denn mit diesen Fachkräften könnten wir Menschen besser versorgen, die aufgrund etwa ihrer Sprachbarriere Schwierigkeiten haben, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Was braucht es, um den Zugang dauerhaft besser zu gestalten?
Wir müssen anerkennen, dass Menschen über unterschiedlich ausgeprägte Gesundheitskompetenz verfügen. Es wird nicht möglich sein, diese unterschiedlichen Kompetenzniveaus anzugleichen. Daher sollte sich das System an die Patientinnen und Patienten anpassen und nicht umgekehrt. Ein gutes Beispiel beim Thema Zugang ist ein nahtloses, auch räumlich enges Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Notfallversorgung.

Kommerzialisierter Zugang Wenn Terminportale neue Barrieren schaffen

In Deutschland können Arzttermine in der Regel direkt in der Praxis vereinbart werden, zusätzlich vermitteln die Terminservicestellen Termine. Mehr und mehr gewinnen auch kommerzielle Online-Anbieter an Bedeutung. Für digital versierte Patient:innen erleichtert das die Terminvereinbarung, Arztpraxen entlastet das organisatorisch. Gleichzeitig zeigt sich in den Beratungsgesprächen der Stiftung UPD, dass solche Angebote auch neue Hürden schaffen.

siehe Seite 32 →

Termine nur mit Online-Zugang

Ratsuchende berichten von Praxen, die Termine ausschließlich über kommerzielle Plattformen vergeben und keine telefonische Vereinbarung mehr anbieten. Wer aus technischen oder finanziellen Gründen keinen digitalen Zugang hat oder die Plattformen nicht nutzen möchte, ist dadurch faktisch ausgeschlossen.

Datenschutzrechtliche Bedenken

Ratsuchende äußern darüber hinaus Bedenken zum Umgang mit ihren Daten. Sie berichten, dass sie von kommerziellen Plattformen Terminbestätigungen, Erinnerungen oder Absagen per E-Mail oder SMS erhalten, obwohl sie sich dort nie angemeldet haben. Für sie ist unverständlich, wie ihre Daten dorthin gelangt sind.

Kosten und ungleiche Behandlung

Gesetzlich Versicherte schildern, dass ihnen über Buchungsportale kostenpflichtige Termine angeboten werden, obwohl sie reguläre Termine für Kassenleistungen suchen. Teilweise werden frühere Termine gegen Gebühren vergeben. Zudem zeigen die Systeme freie Termine für privat Versicherte und Selbstzahler an, während gesetzlich Versicherte nur später liegende Termine erhalten oder leer ausgehen.

siehe Seite 28 →

Handlungsbedarf

Die Digitalisierung der Terminvergabe eröffnet Chancen, darf aber nicht zu neuen Zugangshürden führen. Ein patientenorientiertes Gesundheitssystem, das allen Menschen offensteht, sollte die Potenziale der Digitalisierung ausschöpfen – zugleich aber auch sicherstellen, dass analoge Wege für Terminvereinbarungen bestehen bleiben. Damit Buchungsportale im Sinne von Patient:innen funktionieren, braucht es bestimmte Voraussetzungen.

Standards und verbindliche Vorgaben
Es sollten verbindliche Standards für eine barrierefreie Terminvereinbarung entwickelt werden, die Vertragsärzt:innen einhalten müssen. Die Nutzung von Tools zur Online-Buchung darf keine Voraussetzung für die ärztliche Versorgung sein. Die Terminservicestellen bieten hierfür mit ihrer digitalen und telefonischen Erreichbarkeit eine wichtige Alternative.

Gesetzliche Regeln für Terminportale
Zudem könnte der Gesetzgeber kommerzielle Buchungsplattformen stärker regulieren. Kostenpflichtige Leistungen etwa sollten eindeutig gekennzeichnet und auf den ersten Blick erkennbar sein. Gesetzlich Versicherte dürfen nur dann Selbstzahler-Angebote erhalten, wenn sie dies ausdrücklich auswählen. Die Einrichtung eines Kontos auf einem Portal sollte keine Voraussetzung für Terminbuchungen sein. Ebenso sollte ausgeschlossen werden, dass gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe gegenüber privat Versicherten benachteiligt werden.

Patientenorientierte Praxis-Software
Schließlich liegt es auch in der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte, bei der Auswahl ihrer Terminplanungs-Software patientenorientiert vorzugehen. Sie sollten die Bedürfnisse ihrer Patient:innen beachten, insbesondere mit Blick auf Datenschutz und Barrierefreiheit.

siehe Seite 32 ↖

Hintergrund

Digitale Buchungssysteme können die Terminvergabe für Patient:innen und für Praxen vereinfachen und damit den Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtern. Sie sind rund um die Uhr erreichbar und bieten teilweise zusätzliche Service-Funktionen wie automatische Benachrichtigungen über frei gewordene Termine.

Doch nicht alle Menschen profitieren davon. Laut Angaben des Statistischen Bundesamts vom April 2025 sind etwas mehr als vier Prozent der Bevölkerung zwischen 16 und 74 Jahren in Deutschland offline – das entspricht knapp 2,8 Millionen Menschen. Wieder andere lehnen die Nutzung kommerzieller Plattformen bewusst ab, weil sie zum Beispiel datenschutzrechtliche Bedenken haben.

Hinzu kommt, dass manche Buchungsportale nicht nur zur Terminvermittlung dienen, sondern von Praxen auch für ihre gesamte Terminplanung genutzt werden, einschließlich telefonisch oder vor Ort vereinbarter Termine. Das kann dazu führen, dass Menschen Nachrichten von Buchungsplattformen erhalten, bei denen sie sich nicht selbst aktiv registriert haben. Selbst wenn die Portale alle datenschutzrechlichen Vorgaben einhalten, empfinden Ratsuchende die Weitergabe von Daten zu Arztbesuchen an kommerzielle Anbieter als problematisch.

Die Stiftung UPD im Dialog

siehe Seite 10 →

Die Stiftung UPD sucht den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die sich mit den hier besprochenen Problemlagen befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können.

„Die Nutzung kommerzieller Dienste darf nicht zur Voraussetzung für eine ärztliche Behandlung werden. Gleichzeitig müssen die Portale patientenfreundlich reguliert werden.“

Thomas Moormann
Leiter Team Gesundheit und Pflege
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

Thomas Moormann

© vzbv | Gert Baumbach

Wie bewerten Sie das Thema Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland? Sehen Sie Probleme für Patient:innen beim Zugang?
Patient:innen nutzen verstärkt kommerzielle Online-Plattformen für die Vermittlung von Arztterminen. Gut gemacht, könnten diese Portale die Terminsuche vereinfachen und beschleunigen.

Viele Verbraucher:innen nutzen die digitale Terminbuchung jedoch nur, weil eine telefonische Terminvereinbarung nicht möglich ist. Das ist ein Problem für die Menschen, die eine digitale Terminvermittlung nicht nutzen können oder wollen. Für sie erschwert sich der Zugang zur ärztlichen Versorgung.

Gibt es aus Ihrer Sicht Beispiele, bei denen der Zugang besonders gut funktioniert?
Im Verbraucherzentrale Bundesverband haben wir uns angeschaut, wie gut die Portale Doctolib und Jameda funktionieren. Wir mussten feststellen, dass eine ganze Reihe an Problemen auftreten. So verlangten die Plattformen die Einwilligung zu einem pauschalen Ausfallhonorar, wenn Patient:innen den Termin beispielsweise kurzfristig absagen müssen. Privatversicherte und Selbstzahler wurden bei der Terminvergabe bevorzugt. Gesetzlich Versicherten wurden Behandlungstermine angezeigt, die sie selbst hätten zahlen müssen. Außerdem verlangten die Portale ein Kundenkonto für die Buchung, also die Preisgabe unnötiger personenbezogener Daten. Und mitunter erhielten Versicherte eine Terminerinnerung, obwohl sie nicht in die Datenweitergabe eingewilligt hatten.

Was braucht es, um den Zugang dauerhaft besser zu gestalten?
Die Terminbuchung vor Ort und per Telefon muss den Patient:innen erhalten bleiben. Die Nutzung kommerzieller Dienste darf nicht zur Voraussetzung für eine ärztliche Behandlung werden. Gleichzeitig müssen die Portale patientenfreundlich reguliert werden. Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung müssen alles dafür tun, dass es bei der Terminvergabe um den Behandlungsbedarf und nicht um Einkommensinteressen geht. Es gibt bereits das Angebot der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dieses nicht kommerzielle Angebot sollte gestärkt und direkt an die Terminvermittlung in den Arztpraxen angebunden werden.

„Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung müssen alles dafür tun, dass es bei der Terminvergabe um den Behandlungsbedarf und nicht um Einkommensinteressen geht.“

Was (nicht) ankommt
Wenn gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten werden

Der Gesetzgeber erlässt regelmäßig neue Regelungen, um die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. In den Beratungsgesprächen der Stiftung UPD zeigt sich jedoch immer wieder, dass viele dieser Ansätze und Vorgaben in der Realität der Versorgung nicht oder nur unzureichend ankommen. Besonders deutlich wird dies an drei Beispielen zum Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Offene Sprechstunden werden nicht angeboten

Seit 2019 sind Fachärzt:innen bestimmter Fachrichtungen verpflichtet, eine festgelegte Anzahl offener Sprechstunden pro Woche anzubieten und diese über die Kassenärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind dafür zuständig, dass ihre Mitglieder ihre vertragsärztlichen Pflichten einhalten. Schilderungen von Ratsuchenden sowie eine Stichproben-Untersuchung der Stiftung UPD zeigen jedoch, dass sich nicht alle Arztpraxen an diese Vorgaben halten

siehe Seite 34 →

Terminservicestellen vermitteln keine ambulanten Kliniktermine

Terminservicestellen müssen Patient:innen unter bestimmten Voraussetzungen innerhalb einer Frist Termine in niedergelassenen Arztpraxen vermitteln. Gelingt das nicht, sind sie gesetzlich verpflichtet, eine ambulante Behandlung in einem Krankenhaus zu vermitteln – so will es der Gesetzgeber (§ 75 Abs. 1a SGB V).

siehe Seite 32 →

Ratsuchende berichten jedoch übereinstimmend, dass ihnen diese Möglichkeit nicht angeboten wird – selbst auf Nachfrage nicht.

Ärzt:innen weisen nicht auf Zweitmeinungsverfahren hin

Für bestimmte planbare Eingriffe haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf das gesetzlich geregelte Zweitmeinungsverfahren (§ 27b SGB V). Ärztinnen und Ärzte, die diese Eingriffe empfehlen, sind verpflichtet, ihre Patient:innen auf die Möglichkeit hinzuweisen, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen, um sich über die Notwendigkeit des Eingriffs oder zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten beraten zu lassen.

Wenn Ratsuchende sich mit Fragen zu Eingriffen an die Stiftung UPD wenden, die dem Zweitmeinungsverfahren unterliegen, zeigt sich regelmäßig, dass Betroffene von ihren Ärzt:innen nicht darüber informiert wurden.

Handlungsbedarf

Ein Gesetz ist immer nur so gut wie seine Umsetzung. Die Beispiele aus der Beratung zeigen, dass immer wieder Gesetze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung nicht angewendet werden oder die Umsetzung in der Selbstverwaltung nicht der Intention des Gesetzes entspricht. Diese Versäumnisse bleiben ohne Konsequenzen und Patient:innen haben wenige Möglichkeiten, diese Rechte einzufordern. Aus Sicht der Stiftung UPD sind Instrumente und angemessene Aufsichts- und Sanktionsmechanismen erforderlich, damit die Gesetze im Sinne der Patient:innen vollständig umgesetzt werden.

Eindeutige Vorgaben schaffen
Der Gesetzgeber könnte konkretere Vorgaben setzen, mit eindeutigem Wortlaut formulieren und Umsetzungsfristen festlegen.

Kontrolle und Konsequenzen sichern
Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten ihre Mitglieder stärker in die Pflicht nehmen, gesetzliche Regelungen einzuhalten, und bei Verstößen Konsequenzen ziehen.

Strukturelle Interessenkonflikte auflösen
Der grundsätzliche Zielkonflikt der Kassenärztlichen Vereinigungen, sowohl Interessenvertretung der Ärzt:innen als auch deren Aufsichtsinstanz zu sein, sollte zugunsten eines primär patientenorientierten Systems aufgelöst werden.

Hintergrund

Im deutschen Gesundheitswesen schafft der Gesetzgeber die rechtlichen Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung. Die Details und die konkrete Umsetzung gestalten die Institutionen der Selbstverwaltung aus, insbesondere der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).** Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** und die **Kassenärztlichen Vereinigungen** der Bundesländer sind für die Umsetzung mitverantwortlich. Die KBV untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder werden von den Gesundheitsministerien der Bundesländer beaufsichtigt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Interessenvertretung der Vertragsärzt:innen. Gleichzeitig haben sie die Aufgabe, zu überwachen, dass diese ihre Pflichten erfüllen – eine schwierige Doppelrolle. Ein weiteres Problem kann es sein, geeignete Prüfmechanismen zu etablieren. So müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen das Angebot der Mindestsprechstunden laut Gesetzesvorgaben insbesondere anhand von Abrechnungen prüfen (§ 19a Abs. 4 Satz 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in Verbindung mit § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V). Wie sie das Angebot der offenen Sprechstunden prüfen, ist unklar.

Wenn Gesetze nicht wie vorgesehen umgesetzt werden, kann der Gesetzgeber nachbessern, etwa durch weitere Gesetzgebung. So ist es beim Zweitmeinungsverfahren geschehen: Das ursprüngliche Gesetz von 2015 sah vor, dass das Zweitmeinungsverfahren kontinuierlich um weitere Eingriffe ergänzt wird. Diese vage Formulierung ließ viel Spielraum und führte dazu, dass nur langsam neue Indikationen hinzukamen. Der Gesetzgeber verpflichtete daraufhin den G-BA, ab 2022 jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe in das strukturierte Zweitmeinungsverfahren aufzunehmen.

Die Stiftung UPD im Dialog

siehe Seite 10 →

Die Stiftung UPD sucht den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die sich mit den hier besprochenen Problemlagen befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können.

„Der Zugang zur ambulanten Versorgung ist großzügig ausgestaltet. Durch das Recht auf freie Arztwahl können Arztpraxen uneingeschränkt aufgesucht werden. Es zeigt sich aber, dass Wartezeiten zunehmen und dass das Termin-Management auf Vergabe-Plattformen ausgelagert wird.“

Stefan Schwartze
Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten

Stefan Schwartze

Wie bewerten Sie das Thema Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland? Sehen Sie Probleme für Patient:innen beim Zugang?
Der Zugang zur ambulanten Versorgung ist großzügig ausgestaltet. Durch das Recht auf freie Arztwahl können Arztpraxen uneingeschränkt aufgesucht werden. Es zeigt sich aber, dass Wartezeiten zunehmen und dass das Termin-Management auf Vergabe-Plattformen ausgelagert wird. Der Terminbuchung geht meist die Angabe des Versicherungsstatus voraus, sodass gesetzlich Versicherte häufig keine oder spätere Termine erhalten. Manche Praxen verlangen zudem die Zahlung einer „Eintrittsgebühr“ oder das Zubuchen von individuellen Gesundheitsleistungen. Viele Patientinnen und Patienten empfinden das als unfair und geben teils frustriert die Suche nach Hilfe auf.

Gibt es aus Ihrer Sicht Beispiele, bei denen der Zugang besonders gut funktioniert?
Gute Erfahrungen gibt es in Ärztenetzen: Hier arbeiten Ärztinnen und Ärzte kooperativer zusammen, etwa in gemeinsamen Fallbesprechungen. Im Hausarztmodell erfolgt die Facharztvermittlung durch die hausärztliche Praxis, was auf eine medizinische Notwendigkeit hindeutet und Wartezeiten reduziert.

Was braucht es, um den Zugang dauerhaft besser zu gestalten?
Für Terminbuchungs-Plattformen bedarf es regulierender Rahmenbedingungen und ggf. Verbote von ungleichbehandelnden Praktiken. Der Zugang muss unabhängig vom Versicherungsstatus stattfinden und stattdessen nach medizinischer Dringlichkeit erfolgen. Ein diskriminierungsfreier Zugang zu Behandlungen muss gewährleistet sein. Hier muss der Gesetzgeber handeln.

Ich appelliere zudem an die Ärzteschaft, die gesetzlichen Vorgaben zur offenen Sprechstunde umzusetzen, und an die Terminservicestellen, Klinik-Ambulanzen stärker einzubinden. Das würde kurzfristig mehr Termine schaffen. Insgesamt braucht es eine effizientere Nutzung von Ressourcen, etwa durch kooperative und interdisziplinäre Berufsausübung, auch in einer zu entwickelnden Primärversorgung.

„Insgesamt braucht es eine effizientere Nutzung von Ressourcen, etwa durch kooperative und interdisziplinäre Berufsausübung, auch in einer zu entwickelnden Primärversorgung.“

Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten spüren: Maßstab ist die medizinische Notwendigkeit – das stärkt Vertrauen und Zufriedenheit.

© Patientenbeauftragter | Jan Pauls

Besser keinen Ärger riskieren
Wie Terminschwierigkeiten Patientenrechte aushöhlen

Eine medizinische Behandlung ist mit klaren Rechten und Pflichten verbunden: Ärztinnen und Ärzte müssen Patient:innen in einem persönlichen Gespräch umfassend über die Behandlung und mögliche Kosten informieren und aufklären. Patient:innen haben wiederum das Recht auf Selbstbestimmung. Sie dürfen ihre Patientenakte einsehen, können ihre Ärzt:innen frei wählen und haben bei bestimmten Eingriffen das Recht auf eine Zweitmeinung. Im Beratungsalltag der Stiftung UPD zeigt sich jedoch immer wieder: Wer auf die Weiterbehandlung in einer Praxis angewiesen ist oder anderswo keinen Termin bekommt, scheut sich, seine Rechte geltend zu machen.

Angst, die Versorgung zu verlieren

Die Stärkung der Patientenrechte ist politisch ausdrücklich gewollt – auch in der aktuellen Koalitionsvereinbarung ist das festgeschrieben. Ratsuchende berichten jedoch, dass sie aus Angst, ihre medizinische Versorgung zu verlieren, kaum Fragen stellen, Kritik äußern oder Beschwerden vorbringen. Selbst wenn sie sich schlecht versorgt oder diskriminiert fühlen oder einen Behandlungsfehler vermuten, sehen sie von einer Beschwerde ab – aus Sorge, Ärzt:innen könnten die Behandlung abbrechen.

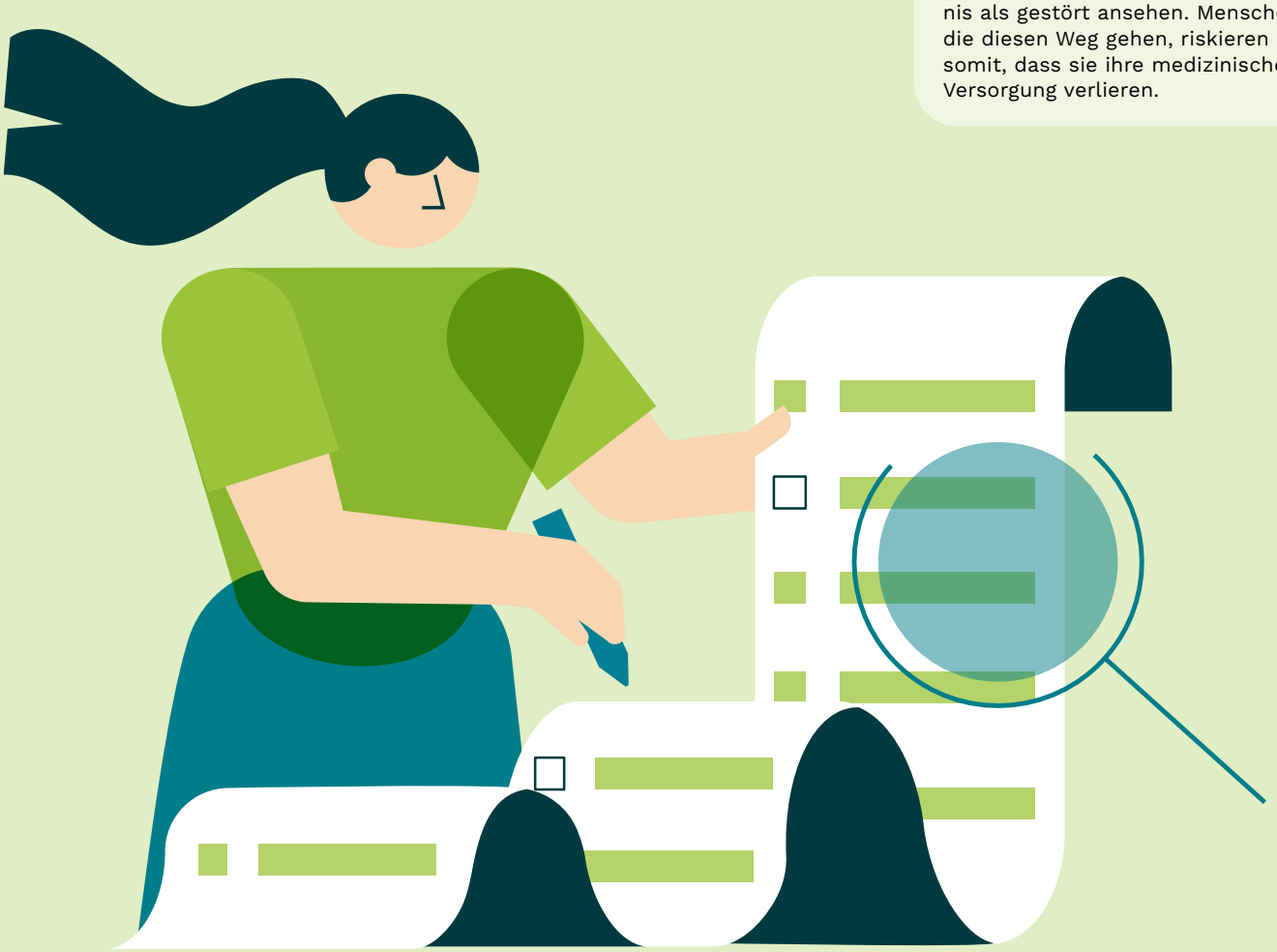
Handlungsbedarf

Eine Möglichkeit, um Patient:innen die Sorge vor Benachteiligung im Falle von Beschwerden zu nehmen, wären unabhängige Beschwerde- und Ombudsstellen außerhalb der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Dort sollten Betroffene auch anonym Beschwerden einreichen können.

Hintergrund

Verstoßen Ärztinnen oder Ärzte gegen berufsrechtliche oder vertragsärztliche Pflichten, können Patient:innen Beschwerde bei der Ärztekammer oder bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einlegen. Die Ärztekammern können daraufhin beispielsweise Rügen oder Verweise aussprechen oder auch Geldbußen verhängen. Die Kassenärztliche Vereinigungen können unter anderem Verwarnungen aussprechen, Geldbußen verhängen oder ein vorübergehendes Ruhen der Zulassung anordnen.

Wer als Patientin oder Patient eine Beschwerde einlegt, muss dies namentlich tun. Der Name wird den behandelnden Ärzt:innen dann mitgeteilt – was dazu führen kann, dass sie das Behandlungsverhältnis beenden, wenn sie das Vertrauensverhältnis als gestört ansehen. Menschen, die diesen Weg gehen, riskieren somit, dass sie ihre medizinische Versorgung verlieren.



Die Stiftung UPD im Dialog

siehe Seite 10 →

Die Stiftung UPD sucht den Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die sich mit den hier besprochenen Problemlagen befassen, von ihnen betroffen sind oder zu deren Lösung beitragen können.

„Zentrale Patientenrechte sind gesetzlich klar geregelt – in der Realität können sie jedoch nicht oder nicht ausreichend gewährt werden, etwa bei den Informationspflichten der Behandelnden. Sie lassen sich bei einem Arzt-Patienten-Kontakt, der oft nur wenige Minuten dauert, kaum vollständig umsetzen.“

Dr. Martin Danner
Bundesgeschäftsführer
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe)

Dr. Martin Danner

Sehen Sie mit Blick auf den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Patientenrechten?
Zentrale Patientenrechte sind gesetzlich klar geregelt – in der Realität können sie jedoch nicht oder nicht ausreichend gewährt werden, etwa bei den Informationspflichten der Behandelnden: Sie lassen sich bei einem Arzt-Patienten-Kontakt, der oft nur wenige Minuten dauert, kaum vollständig umsetzen.

Auch beim Recht auf freie Arztwahl und bei der ärztlichen Zweitmeinung zeigt sich: Besteht eine ärztliche Unterversorgung oder sind Praxen in der Umgebung so überlaufen, dass sie keine Termine anbieten, ist der Zugang ausgeschlossen – insbesondere für Menschen mit Behinderungen, die auf barrierefreie Arztpraxen angewiesen sind.

Aufgrund der Ärzteknappheit vermeiden viele Patienten alles, was Misstrauen gegenüber den Behandelnden signalisieren könnte, beispielsweise die Einsicht in die eigene Patientenakte. Überdies fehlt häufig eine Vertrauenskultur, um „Fehler“ in der Arzt-Patienten-Beziehung adäquat zu bearbeiten.

„Aufgrund der Ärzteknappheit vermeiden viele Patienten alles, was Misstrauen gegenüber dem Behandler signalisieren könnte.“

Welche Beispiele gibt es für Lösungen, die den Zugang verbessern können?
Gut funktionieren Ansätze zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation wie etwa die Kampagne „Ask me 3“: Sie hält Patienten und Ärzte in den USA an, mindestens drei Fragen zur Behandlung zu besprechen, und stellt auch Materialien in Arztpraxen bereit. Solche Initiativen könnten auch in Deutschland die Gesundheitskompetenz und die Umsetzung des Rechts auf Informationen und Aufklärung stärken.

Wie können Patient:innen dabei unterstützt werden, ihre Rechte besser wahrnehmen zu können?
Ombudspersonen könnten bei Konflikten oder dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler das Vermittlungs- und Konflikt-Management zwischen Arzt und Patient einnehmen. Das gibt es bereits bei den Medizinischen Diensten und ist für Versicherte sehr zielführend.

Um die freie Arztwahl anhand qualitativer Kriterien zu ermöglichen, bedarf es aussagekräftiger Transparenzportale zu Verfügbarkeit und Qualifikation von Ärzten und zur Ausstattung von Arztpraxen – auch für Menschen mit Behinderungen! Zur Information über Barrieren in Arztpraxen gibt es bereits rechtliche Grundlagen.

© BAG Selbsthilfe | Patricia Kalisch

Literaturhinweise

In der PDF-Version auf der Website der Stiftung UPD www.patientenberatung.de sind die Quellen verlinkt.

Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
Ein Weg mit Hindernissen

Autorengruppe Gesundheit et al.: Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem, in: Monitor Versorgungsforschung (02/25), S. 47–64.

Karagiannidis, C., Augurzky, B., Alscher, M. D.: Die Gesundheit der Zukunft. Stuttgart, 2025.

Pilotierung einer systematischen Messung der Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems (Health System Performance Assessment – HSPA), Zweiter Bericht – überarbeitete Fassung (Stand: Januar 2024), Projektleitung: Prof. R. Busse.

Terminservicestellen
Eine patientenorientierte Idee mit Verbesserungspotenzial

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Tätigkeit der Terminservicestellen – Evaluationsbericht 2024.

Ausblick auf ein Primärarztsystem
Weichenstellung unter hohen Anforderungen

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart, 2021.

Verantwortung für Deutschland – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode, 2025.

Verstehen und verstanden werden
Sprache als Schlüssel für eine gute Versorgung

Bartig, S., Kalkum, D., Ha, L. M., Lewicki, A.: Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierung. Herausgeberin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin, Juni 2021.

Bundesministerium für Gesundheit: Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Stand: November 2024, 1. Auflage.

Heiden, Iris an der: Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin, 2024.

Orientierung im System
Warum navigationale Gesundheitskompetenz entscheidend ist

Berens, E.-M., Klinger, J., Mensing, M., Carol, S., Schaeffer, D.: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Ergebnisse des HLS-MIG. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld, 2022.

Schaeffer, D., Griese, L., Singh, H., Ewers, M.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Baden-Württemberg. Ergebnisse der Teilstudie HLS-GER 3: Baden-Württemberg. Stuttgart, Juli 2025.

Schaeffer, D., Griese, L., Klinger, J.: Navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland [Navigational health literacy of the population in Germany]. Gesundheitswesen. 2024 Jan;86(1):59-66.

Schaeffer, D., Haarmann, A., Griese, L.: Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER. Berlin/ Bielefeld: Hertie School, Universität Bielefeld, Stiftung Gesundheitswissen, 2023.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (Hg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018. 1. überarbeitete Auflage, Stand: Februar 2020, Berlin.

Kommerzialisierter Zugang
Wenn Terminportale neue Barrieren schaffen

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.: Marktcheck Arztterminportale. Eine Untersuchung der Nutzerfreundlichkeit von kommerziellen Arztterminportalen mit dem Fokus auf Terminsuche und -buchung. 24. April 2025.

Impressum

Herausgeber
Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Stiftung UPD)
Rheinstraße 45 – 46 | 12161 Berlin
info@patientenberatung.de
www.patientenberatung.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts (V. i. S. d. P.)
Dr. Katharina Graffmann-Weschke, MPH, Vorständin der Stiftung UPD

Diese Publikation ist in Teamwork entstanden.

Projektteam und Redaktion
Dr. Jonas Dietrich | Maria Hauk | Dr. Miriam Mailahn | Heike Morris | Dr. Johannes Schenkel, MPH | Josip Stjepanovic | Johannes Strotbek

Recherche
Saskia Constabel | Isabel Gruner-Babić | Stefan Hannig | Petra Heinevetter | Christel Kehr-Fuckel | Anja Lehmann | Vera Machtan | Nicole Masaka | Sascha Meier | Kay Reif | Torsten Speck | Ines Struwe | sowie viele weitere Patientenberaterinnen und -berater der Stiftung UPD in den Austauschrunden

Grafisches Konzept, Layout, Satz und Reinzeichnung
neues handeln AG

Schlusslektorat
Dr. Birgit Gottschalk

Redaktionsschluss
Dezember 2025

Stiftung
Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland