VORSORGE UND
PATIENTENTRECHTE

Ratgeber für Patientenrechte

Informiert und selbstbestimmt

Die
Bundesregierung

Ratgeber für Patientenrechte

Informiert und selbstbestimmt

Vorwort

Nina Warken

Stefan Schwartze

Dr. Stefanie Hubig

Liebe Leserin, lieber Leser,

eine gute medizinische Versorgung gelingt am besten, wenn Patientinnen und Patienten sie aktiv mitgestalten. Dazu gehört ein vertrauensvolles Miteinander mit Ärztinnen und Ärzten sowie allen, die an der Behandlung beteiligt sind. Voraussetzung ist, über medizinische Maßnahmen verständlich informiert und aufgeklärt zu werden – um gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt fundierte Entscheidungen treffen zu können.

Sich im Gesundheitssystem sicher zu bewegen, erfordert verständliche und gut zugängliche Informationen. Welche Behandlungen gibt es? Was leisten Vorsorgeuntersuchungen? An wen kann ich mich mit Fragen wenden? Welche Rechte und Pflichten gelten? Diese und andere Fragen lassen sich nur selbstbestimmt beantworten, wenn Informationen transparent und verlässlich bereitgestellt werden.

Mit dem Patientenrechtegesetz wurden 2013 erstmals umfassend die Rechte von Patientinnen und Patienten gesetzlich festgeschrieben. Diese Regelungen gelten in Arztpraxen ebenso wie bei der Physiotherapie oder in der Geburtshilfe. Die vergangenen Jahre haben gezeigt: Die gesetzliche Verankerung war ein wichtiger Schritt.

Die Bundesregierung setzt sich daher dafür ein, Patientinnen und Patienten weiter zu stärken. Die vorliegende Broschüre fasst die wichtigsten Punkte für Sie zusammen – ergänzt durch hilfreiche Anlaufstellen, die Sie bei Unsicherheiten unterstützen.

Wer seine Rechte kennt, kann auf Augenhöhe mitentscheiden. Wir möchten Sie ermutigen, sich mit Ihren Rechten auseinanderzusetzen und sich aktiv in Ihre medizinische Behandlung einzubringen. Denn nur gemeinsam gelingt eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung. Wir wünschen Ihnen für Ihre Gesundheit alles Gute!

Ihre
Nina Warken
Bundesministerin für Gesundheit

Ihr
Stefan Schwartze
Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Ihre
Dr. Stefanie Hubig
Bundesministerin für Justiz und Verbraucherschutz

Inhalt

Vorwort 4

1 Ihre Rechte bei der medizinischen Behandlung 10

Gut geregelt – Der Behandlungsvertrag 11
Rechte und Pflichten im Behandlungsvertrag
Privat und gesetzlich Versicherte

Gut beraten – Informations- und Aufklärungspflichten bei der Behandlung 13
Wie verläuft das Aufklärungsgespräch?
Wie sollte die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen sprechen?
Wer führt mit Ihnen das Aufklärungsgespräch?
Fallbeispiel: Ärztliche Aufklärungspflicht
Empfehlung: Ärztliche Zweitmeinung
Wann findet die Aufklärung statt?
Wann darf auf die Aufklärung verzichtet werden?
Werden Sie auch über die Kosten der Behandlung informiert?
Leitfaden für das Informations- und Aufklärungsgespräch

Gut entschieden – Einwilligung in die Behandlung 19

Gut vorgesorgt – Patientenrechte in besonderen Lebenssituationen 20

Gut dokumentiert – Patientenakte und Einsichtsrecht 22
Welche Informationen gehören in die Patientenakte?
Wie wird die Patientenakte geführt?
Dürfen Sie als Patientin oder Patient Ihre Akte einsehen?
Darf Ihnen die Einsicht in die Akte verwehrt werden?
Welche Rolle spielt die Patientenakte bei Behandlungsfehlern?
Wie lange muss die Patientenakte aufbewahrt werden?

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) 26

2 Ihre Rechte als Krankenversicherte oder Krankenversicherter 28

Sichere Versorgung – Die gesetzlichen Krankenkassen 29
Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung
Empfehlung: Patientenquittung

Freie Wahl – Entschluss für die richtige Behandlung 32
Die private Krankenversicherung
Wie finden Sie das passende Krankenhaus?
Was tun bei Wartezeiten in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung?
An wen können Sie Fragen und Beschwerden richten?

Klare Regeln – Genehmigungspflichtige Leistungen 35
Widerspruch gegen Entscheidungen der Krankenkasse
Fallbeispiel: Fristen für die Bewilligung von Kassenleistungen

3 Ihre Rechte bei Behandlungsfehlern 38

Im Überblick – Behandlungs- und Aufklärungsfehler erkennen 39
Aufklärungsfehler
Diagnosefehler
Therapiefehler
Organisationsfehler
Fehler im Anschluss an die Behandlung
Verstöße gegen Hygienestandards

Im Schadensfall – Beratung suchen 41
Wann haben Sie Anspruch auf Schadensersatz?
Wie finden Sie Rat und Unterstützung?
Empfehlung: MD-Gutachten
Welche Schlichtungsmöglichkeiten gibt es?
Wann brauchen Sie rechtlichen Beistand?

Im Streitfall – Patientenrechte einfordern 45
Was Sie bei einem Behandlungsfehler beweisen müssen
Beweisführung
Umkehr der Beweislast bei groben Behandlungsfehlern
Fallbeispiel: Grober Behandlungsfehler
Mangelnde Befähigung der Ärztin oder des Arztes
Voll beherrschbares Risiko
Fehlende Dokumentation
Fallbeispiel: Dokumentationsfehler
Fehlerhafte Aufklärung
Verjährung der Ansprüche

4 Die oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung 52

5 Service 54

Gesetzliche Vorschriften zum Behandlungsvertrag 55

Informations- und Beratungsangebote 60

Weitere Adressen 63

Weitere Publikationen 66

Impressum 70

1 Ihre Rechte bei der medizinischen Behandlung

Bluthochdruck, Diabetes oder Rückenschmerzen: Jeden Tag lassen sich in Deutschland Millionen von Menschen krankheitsbedingt behandeln. Doch die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten kennt ihre Rechte gar nicht oder nur zum Teil. Wie und worüber muss Sie Ihre Ärztin oder Ihr Arzt aufklären? Wer entscheidet über die Therapie? Und was gehört in die Patientenakte? Sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten sind mit der medizinischen Behandlung klare Rechte und Pflichten verbunden.

Gut geregelt – Der Behandlungsvertrag

Vertragsbeziehungen spielen in unserem täglichen Leben eine wichtige Rolle. Ob Sie Lebensmittel einkaufen, Handwerksleistungen bestellen oder sich im Friseurgeschäft die Haare schneiden lassen: In einem Vertrag einigen sich zwei Parteien, eine bestimmte Leistung sowie Gegenleistung zu erbringen.

Auch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt schließen Sie einen Vertrag ab – den sogenannten Behandlungsvertrag. Der Vertrag kommt zumeist allein durch Ihr Verhalten zustande, wenn Sie eine Arztpraxis betreten und sich dort behandeln lassen. Hierzu müssen Sie in der Regel kein Schriftstück unterzeichnen.

Ihre Vertragspartnerinnen und Vertragspartner sind die Behandelnden, z. B. eine Ärztin, ein Psychotherapeut oder eine Heilpraktikerin. Diese verpflichten sich, die medizinische Behandlung zu erbringen. Sie als Patientin oder Patient möchten diese in Anspruch nehmen.

Der medizinische Behandlungsvertrag ist seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes am 26. Februar 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. In einem eigenen Abschnitt (§ 630a bis § 630h BGB) wird das Vertragsverhältnis zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten geregelt.

Durch die gesetzlichen Regelungen wird die Rechtslage sowohl für Sie als Patientin oder Patient als auch für die Behandelnden eindeutiger.

↗ ***Nachgelesen:*** *Was regelt das Gesetz im Einzelnen? Mehr hierzu finden Sie im Serviceteil ab Seite 55: § 630a bis § 630h BGB*

Rechte und Pflichten im Behandlungsvertrag

Aus dem Vertrag ergeben sich für beide Seiten Rechte und Pflichten. Als Patientin oder Patient haben Sie Anspruch auf eine Behandlung, die den allgemein anerkannten fachlichen Standards entspricht. Ein Recht auf einen Behandlungs- oder gar Heilungserfolg lässt sich daraus aber nicht ableiten.

Die oder der Behandelnde muss Sie verständlich und umfassend informieren und aufklären sowie die Behandlung in einer Patientenakte dokumentieren. Für die entsprechende Leistung ist die oder der Behandelnde berechtigt, eine Vergütung zu verlangen.

Die Regelungen des Behandlungsvertrages gelten nicht nur für niedergelassene Ärztinnen und Zahnärztinnen sowie Ärzte und Zahnärzte, sondern auch für andere Heil- und Gesundheitsberufe sowie für die Behandlung im Krankenhaus. Wenn Sie beispielsweise eine Psychotherapeutin, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten aufsuchen oder die Leistungen einer Geburtshilfe in Anspruch nehmen, kommt auch in diesen Fällen ein Behandlungsvertrag zustande.

Privat und gesetzlich Versicherte

Der Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Rechte und Pflichten gelten für alle Patientinnen und Patienten.

Unterschiede bestehen allerdings darin, auf welchem Weg die medizinischen Leistungen bezahlt werden. Sind Sie gesetzlich versichert, rechnen die Behandelnden mit der Krankenkasse ab. Ausnahmen sind Leistungen, deren Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht oder nicht vollständig übernommen werden. In diesen Fällen müssen die Behandelnden Sie darüber informieren und stellen die Rechnung an Sie.

Sind Sie privat versichert, wird Ihnen die erbrachte Leistung in der Regel in Rechnung gestellt. Sie bezahlen die Behandlung zunächst selbst und rechnen die Kosten anschließend mit Ihrer privaten Krankenversicherung ab. Je nach Versicherungsvertrag und Art der Behandlung erstattet Ihnen Ihre Krankenversicherung die Kosten der Leistungen.

Gut beraten – Informations- und Aufklärungspflichten bei der Behandlung

Als Patientin oder Patient müssen Sie umfassend und verständlich über Ihre Behandlung informiert und aufgeklärt werden. Dies reicht von den erforderlichen Untersuchungen über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie bis hin zur voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung.

Eine umfassende Information und Aufklärung beinhaltet auch, dass mit Ihnen über Risiken und Chancen der Behandlung gesprochen wird. Stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, die jedoch mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen verbunden sind, müssen Sie auch darüber aufgeklärt werden.

Ist für die Ärztin oder den Arzt absehbar, dass die Kosten der Behandlung nicht übernommen werden, muss sie oder er Ihnen dies ebenfalls mitteilen. Und schließlich haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen auch das Recht, darüber informiert zu werden, dass es möglicherweise zu einem Behandlungsfehler gekommen ist.

↗ ***Nachgelesen:*** *Welche Rechte haben Sie bei Behandlungsfehlern? Mehr hierzu finden Sie in Kapitel 3 ab Seite 38.*

Sie müssen über die geplante Behandlung umfassend aufgeklärt werden

Wie verläuft das Aufklärungsgespräch?

Die Aufklärung muss in einem persönlichen Gespräch erfolgen, damit Sie unmittelbar nachfragen können. Dabei kann die Ärztin oder der Arzt zu Ihrer Information auch schriftliche Unterlagen miteinbeziehen. Allerdings darf eine solche schriftliche Information das Gespräch nicht ersetzen. So reicht es nicht aus, wenn Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor einer Magenspiegelung ein Informationsblatt oder einen Aufklärungsbogen überreicht, ohne dies zusätzlich mit Ihnen zu besprechen.

Schriftstücke, die Sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, müssen Ihnen als Kopie oder Durchschrift ausgehändigt werden.

↗ ***Nachgelesen:*** *Was ist unter einer Einwilligung zu verstehen? Mehr hierzu finden Sie auf Seite 19.*

Wie sollte die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen sprechen?

Das Gesetz schreibt ausdrücklich vor, dass die Aufklärung für Patientinnen und Patienten verständlich sein muss (§ 630e Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 BGB). Die Ärztin oder der Arzt muss sich daher so ausdrücken, dass Sie den Erläuterungen auch folgen können. Verstehen Sie dennoch etwas nicht, fragen Sie nach und bitten Sie darum, es Ihnen nochmals mit anderen Worten zu erklären.

Wer führt mit Ihnen das Aufklärungsgespräch?

Das Aufklärungsgespräch muss durch die Behandelnden oder eine Person erfolgen, die dazu ausgebildet ist, die jeweilige Behandlung durchführen zu können. Eine medizinische Fachangestellte oder ein Krankenpfleger dürfen zum Beispiel die Aufklärung nicht stellvertretend für einen Arzt übernehmen.

Fallbeispiel:
Ärztliche Aufklärungspflicht

Ein 45-jähriger Schreiner hat plötzlich starke Rückenschmerzen und kann sich kaum noch bewegen. Im Krankenhaus diagnostiziert der diensthabende Arzt einen schweren Bandscheibenvorfall mit Lähmungserscheinungen. Er ordnet eine Operation an. Der Schreiner bekommt Arzneimittel zur Beruhigung und zur Linderung der Schmerzen. Kurz vor dem Eingriff legt der Arzt ihm zwei Aufklärungsbögen zur geplanten Operation vor. Der angeschlagene Schreiner liest die Dokumente oberflächlich und unterschreibt sie. Ein zusätzliches Gespräch findet nicht statt. Die Aufklärung ist in diesem Fall nicht ordnungsgemäß verlaufen: Der Arzt hätte den Schreiner vor der Verabreichung der Schmerz- und Beruhigungsmittel mündlich über die Behandlung aufklären und ihm die Möglichkeit für Rückfragen einräumen müssen.

Empfehlung:
Ärztliche Zweitmeinung

Wenn Sie Zweifel an einem ärztlichen Befund oder der vorgeschlagenen Therapie haben, können Sie grundsätzlich eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung einholen. Bei bestimmten Eingriffen muss die Krankenkasse die Kosten für eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung übernehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, legt hierzu die Voraussetzungen fest. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Sie über Ihren Anspruch auf eine Zweitmeinung aufzuklären. Ihre Krankenkasse gibt Ihnen ebenfalls Auskunft. Einige Krankenkassen vermitteln auch Kontakte zu Spezialisten oder beraten telefonisch.

Vor Behandlungsbeginn muss Sie Ihre Ärztin oder Ihr Arzt über zusätzliche Kosten informieren.

Wann findet die Aufklärung statt?
Das Aufklärungsgespräch muss rechtzeitig vor einer Behandlung stattfinden. Der richtige Zeitpunkt dafür richtet sich auch nach der Art und der Dringlichkeit des Eingriffs. Bei einer Impfung reicht es beispielsweise aus, wenn die Ärztin oder der Arzt Sie unmittelbar vorher aufklärt. Bei einer geplanten Hüftgelenksoperation wird hingegen die Aufklärung in der Regel mehrere Tage vor dem Eingriff erfolgen müssen. Sie sollten in jedem Fall genügend Zeit haben, sämtliche Fragen zu stellen, Ihre Entscheidung nochmals zu überdenken und – bei Bedarf – weitere Informationen einzuholen. Keinesfalls darf die Aufklärung erst dann erfolgen, wenn Sie bereits unter Schmerz- und Beruhigungsmitteln auf die Operation vorbereitet werden.

Wann darf auf die Aufklärung verzichtet werden?

Auf die ärztliche Aufklärung darf nur in besonderen Ausnahmefällen verzichtet werden, etwa, wenn es sich um einen Notfall handelt und die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Verletzt sich beispielsweise jemand bei einem Autounfall schwer und ist bewusstlos, sind sofort Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich. Ein vorheriges Aufklärungsgespräch ist in diesem Fall nicht möglich. Auch wenn Sie als Patientin oder Patient ausdrücklich darauf verzichten, ist die oder der Behandelnde von seiner Aufklärungspflicht entbunden.

Werden Sie auch über die Kosten der Behandlung informiert?

Das Gesetz sieht vor, dass die Ärztin oder der Arzt Sie in bestimmten Fällen auch über die Kosten der Behandlung informieren muss. Das gilt insbesondere dann, wenn erkennbar ist, dass die Kosten nicht erstattet werden oder deren Übernahme noch nicht geklärt ist. Vor Beginn einer solchen Behandlung müssen Ihnen die voraussichtlichen Kosten in Textform, das heißt: auf einem dauerhaften Datenträger, zum Beispiel Papier, E-Mail oder USB-Stick, mitgeteilt werden. Ein allgemeiner Hinweis, dass Sie die Behandlung selbst bezahlen müssen, reicht nicht aus.

Aus dem Gesetz: § 630c Absatz 3 Satz 1 BGB

„Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren."

Für Versicherte sind hiermit insbesondere Angebote gemeint, die nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fallen und unter dem Begriff Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zusammengefasst werden.

↗ ***Nachgelesen:*** *Was sind Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)? Mehr Informationen hierzu finden Sie ab Seite 26.*

Leitfaden für das Informations- und Aufklärungsgespräch

Worüber Sie die oder der Behandelnde informieren und aufklären muss

- Erklärt Ihnen die oder der Behandelnde umfassend und verständlich, welche Untersuchungen anstehen und wie diese ablaufen?
- Werden Ihnen die Untersuchungsergebnisse und Befunde (zum Beispiel Laborwerte oder Röntgenbilder) anschaulich erläutert?
- Klärt Sie die oder der Behandelnde ausführlich und verständlich über die Diagnose (zum Beispiel Diabetes oder Asthma) auf?
- Spricht die oder der Behandelnde dabei auch den weiteren Krankheitsverlauf (mit und ohne Behandlung), mögliche Heilungschancen oder Folgeerkrankungen an?
- Erklärt sie oder er Ihnen, welche Behandlungsschritte erfolgen sollen?
- Geht die oder der Behandelnde auch darauf ein, wie notwendig oder dringend die Behandlung ist?
- Werden Ihnen die Chancen, aber auch die Risiken der Behandlung aufgezeigt?
- Weist Sie die oder der Behandelnde auf mögliche Behandlungsalternativen und ihre Vor- und Nachteile hin?
- Informiert Sie die oder der Behandelnde über die verschriebenen Medikamente, ihre Einnahme und Dosierung? Geht sie oder er auf die Wirkung sowie mögliche Nebenwirkungen der Arzneimittel ein?
- Werden Sie über Kosten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden, vorab in Textform informiert?

Wie Sie die oder der Behandelnde informieren und aufklären muss

- Findet die Aufklärung mündlich statt oder erhalten Sie nur schriftliche Informationen? Bitten Sie um ein persönliches Gespräch, um all Ihre Fragen direkt stellen zu können. Der oder die Behandelnde ist zu einer mündlichen Aufklärung verpflichtet.
- Können Sie die schriftlichen Materialien in Ruhe durchlesen? Wenn nicht, lassen Sie sich nicht drängen und fordern Sie genügend Zeit für die Lektüre ein.
- Sind die Informationen für Sie verständlich? Wenn nicht, fragen Sie nach. Lassen Sie sich alles, was Sie nicht verstehen, erklären.
- Haben Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen? Der oder die Behandelnde muss Ihnen zu allen offenen Punkten antworten.

- Fehlt Ihnen die Zeit, eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen? Falls ja, bitten Sie um eine Bedenkzeit und nutzen Sie die Möglichkeit, weitere Informationen und Meinungen einzuholen.
- Werden Ihnen Kopien oder Durchschriften der von Ihnen unterzeichneten Unterlagen (etwa Einwilligungserklärung, Aufklärungsbogen) ausgehändigt? Lassen Sie sich diese geben und bewahren Sie die Dokumente für eventuelle Nachfragen auf.

Gut entschieden – Einwilligung in die Behandlung

Ob und wie Sie sich behandeln lassen, ist grundsätzlich allein Ihre Entscheidung. ier greift das Recht auf Selbstbestimmung. In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass Sie eine medizinisch notwendige Behandlung auch ablehnen können.

Für welche Behandlung Sie sich letztlich entscheiden, die rechtliche Grundlage hierzu ist Ihre Einwilligung (§ 630d BGB). Diese ist allerdings nur wirksam, wenn Sie über die anstehende Behandlung vorher umfassend, verständlich und rechtzeitig aufgeklärt worden sind.

Bei Patientinnen oder Patientinnen, die aufgrund ihres Zustandes nicht in der Lage sind, die Tragweite ihrer Entscheidung abzusehen, und daher nicht selbst einwilligen können, liegt eine besondere Situation vor. Hier muss eine Vertreterin oder ein Vertreter nach vorheriger Aufklärung an ihrer Stelle entscheiden, soweit nicht bereits eine Patientenverfügung die jeweilige Behandlung gestattet oder untersagt. Als Vertreterin oder Vertreter kommt dabei zum Beispiel ein Bevollmächtigter oder eine rechtliche Betreuerin infrage. Auch Minderjährige können in der Regel – abhängig insbesondere von ihrem Alter und ihrer Verstandesreife – nicht ohne ihre Eltern beziehungsweise Sorgeberechtigten allein über die Behandlung entscheiden.

Um sicherzustellen, die Betroffenen in diesen Fällen nicht zu übergehen, muss sich die Ärztin oder der Arzt so gut wie möglich auf die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten einstellen und versuchen, ein Aufklärungsgespräch zu führen. Je nach Zustand und Verständnismöglichkeit soll ein Weg gefunden werden, ihr oder ihm die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Behandlung zu erläutern (§ 630e Absatz 5 BGB). Allein der Umstand, dass eine rechtliche Betreuerin oder ein rechtlicher Betreuer mit dem Aufgabenbereich der Gesundheitssorge bestellt ist, führt nicht zur Einwilligungsunfähigkeit der betreuten Person.

Sie können in einer Patientenverfügung festlegen, welche Behandlung erfolgen soll

Gut vorgesorgt – Patientenrechte in besonderen Lebenssituationen

Im Laufe ihres Lebens können alle einmal in die Lage geraten, nicht mehr für sich entscheiden zu können – etwa nach einem schweren Unfall oder bei einer demenziellen Erkrankung. Ab dem 1. Januar 2023 gibt es in akuten Krankheitssituationen ein auf höchstens sechs Monate befristetes gesetzliches Ehegattennotvertretungsrecht: Wenn ein Ehegatte selbst nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten zu treffen, darf dies für ihn der andere Ehegatte für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten übernehmen. Hinweise dazu finden Sie in der Broschüre „Das Eherecht“ des BMJ. Eine weitergehende Vorsorge ist aber anzuraten.

Mit einer Patientenverfügung legen Sie für den Fall Ihrer Entscheidungsunfä-

higkeit im Voraus schriftlich fest, ob Sie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation in eine konkrete ärztliche Untersuchung oder Behandlung einwilligen oder diese untersagen. Die Ärztin oder der Arzt hat eine Patientenverfügung unabhängig vom Stadium der Erkrankung umzusetzen, wenn in der Erklärung Ihr Wille für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat ein rechtlicher Betreuer oder eine Bevollmächtigte Ihre Behandlungswünsche festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er bzw. sie in die ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt. Lassen sich die Behandlungswünsche nicht feststellen, so ist auf der Grundlage Ihres mutmaßlichen Willens zu entscheiden. Dabei ist die Frage zu stellen, wie Sie in der konkreten Situation entscheiden würden, wenn Sie dazu in der Lage wären.

Die gerichtliche Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers können Sie vermeiden, indem Sie eine andere Person mit einer Vorsorgevollmacht zur Vertretung (unter anderem) in gesundheitlichen Angelegenheiten ermächtigen. Bevollmächtigen sollten Sie nur eine Person, der Sie uneingeschränkt vertrauen und die bereit ist, für Sie im Bedarfsfall zu handeln. Wenn keine Vorsorgebevollmächtigte oder kein Vorsorgebevollmächtigter für Sie handeln kann und auch das Ehegattennotvertretungsrecht nicht greift, wird das Betreuungsgericht eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter („rechtlicher Betreuer“) für Sie bestellen. Auf deren bzw. dessen Auswahl können Sie mit einer Betreuungsverfügung Einfluss nehmen.

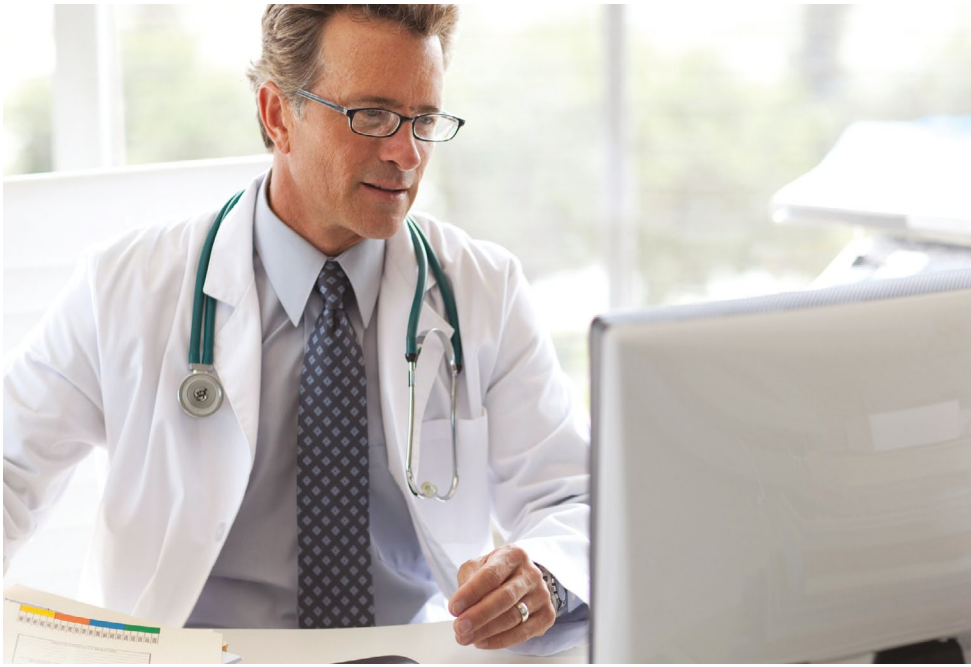
↗ ***Nachgelesen:*** *Wie fertigen Sie eine Vorsorgevollmacht, Betreuungs- oder Patientenverfügung an? Mehr hierzu finden Sie in den vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz herausgegebenen Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“. Bestellhinweise ab Seite 65.*

Gut dokumentiert – Patientenakte und Einsichtsrecht

Gehen Sie zu einer Ärztin oder einem Arzt, wird Ihre Behandlung in einer sogenannten Patientenakte dokumentiert. Diese dient in erster Linie der Sicherheit Ihrer Behandlung. So lassen sich alle patienten- und behandlungsrelevanten Informationen festhalten und auch noch zu einem späteren Zeitpunkt nachvollziehen. Damit erleichtert die Patientenakte den Austausch zwischen Ihnen, Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sowie weiterbehandelnden Medizinerinnen und Medizinern, an die Sie unter Umständen überwiesen werden.

↗ ***Nachgelesen:*** *Die Dokumentationspflicht bei der Behandlung ist in § 630f BGB geregelt. Siehe Serviceteil ab Seite 58.*

Von der Diagnose bis zur Therapie muss Ihre Ärztin oder Ihr Arzt alle Schritte dokumentieren



Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann die Patientenakte in Papierform oder auch elektronisch führen

Welche Informationen gehören in die Patientenakte?

Alle für die Behandlung wichtigen Umstände müssen in der Patientenakte zeitnah und vollständig aufgezeichnet werden. Dazu gehören beispielsweise:

- die Erhebung der Krankengeschichte (etwa körperliche Beschwerden, psychische Verfassung, soziale Belastungen, Krankheitsfälle in der Familie)
- Diagnosen (etwa Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall)
- Untersuchungen und deren Ergebnisse und Befunde (etwa Ultraschall, Laborwerte, EKG)
- Therapien und ihre Wirkungen (Arzneimittel, auftretende Nebenwirkungen)
- Eingriffe und ihre Wirkungen (etwa Operationsberichte, Narkoseprotokolle)
- Aufklärungen und Einwilligungen
- Arztbriefe (Mitteilungen anderer Medizinerinnen und Mediziner)

Wie wird die Patientenakte geführt?
Die Patientenakte kann sowohl in Papierform, etwa auf Karteikarten, als auch elektronisch verwaltet werden. Ganz gleich, welche Dokumentationsweise gewählt wird: Wichtig ist, dass nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen in den Unterlagen stets mit Angabe des Datums gekennzeichnet werden müssen und auch der ursprüngliche Inhalt weiterhin erkennbar bleibt. Zum Schutz elektronisch geführter Patientenakten ist die Ärztin oder der Arzt zudem verpflichtet, eine manipulationssichere Software zu verwenden.

Dürfen Sie als Patientin oder Patient Ihre Akte einsehen?
Das Gesetz räumt Ihnen das Recht ein, jederzeit Ihre vollständigen Behandlungsunterlagen einzusehen. Sie haben auch Anspruch auf Auskunft aus der Patientenakte. Auf Ihren Wunsch sind Ihnen diese Daten elektronisch oder in Kopie zur Verfügung zu stellen. Die erste Kopie Ihrer Patientenakte ist kostenfrei. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse, § 27b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

↗ ***Nachgelesen:*** *Siehe Empfehlung zur Ärztlichen Zweitmeinung auf Seite 15.*

Aus dem Gesetz: § 630g Absatz 2 Satz 1 BGB

„Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen."

Verstirbt die Patientin oder der Patient, steht ihren oder seinen Angehörigen beziehungsweise ihren oder seinen Erben grundsätzlich in gleicher Weise das Recht auf Einsicht zu – es sei denn, die Patientin oder der Patient hätte dies ausdrücklich oder mutmaßlich nicht gewollt.

Darf Ihnen die Einsicht in die Akte verwehrt werden?
Die Einsichtnahme darf nur in besonderen Ausnahmefällen abgelehnt werden. Besteht etwa die begründete Befürchtung, dass eine Patientin oder ein Patient dadurch gesundheitlichen Schaden nehmen könnte, beispielsweise bei bestehender Suizidgefahr, kann die Ärztin oder der Arzt die Einsicht verweigern. Ein weiterer Grund können die Persönlichkeitsrechte Dritter sein: Werden etwa Angehörige und deren Beziehung zu Ihnen erwähnt, sind diese Angaben grundsätzlich zu schützen. In jedem Fall muss begründet werden, warum die Akteneinsicht abgelehnt wird.

Grundsätzlich dürfen Sie Ihre Patientenakte jederzeit einsehen

Welche Rolle spielt die Patientenakte bei Behandlungsfehlern?

Bei Behandlungsfehlern kann die Patientenakte ein wichtiges Beweismittel im Haftungsprozess darstellen. Hat eine Ärztin oder ein Arzt zum Beispiel eine Untersuchung oder eine medizinisch notwendige Maßnahme nicht dokumentiert, wird zu ihren oder seinen Lasten vermutet, dass die Untersuchung beziehungsweise die Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

↗ ***Nachgelesen:*** *Wie werden Dokumentationsfehler vor Gericht bewertet? Mehr hierzu finden Sie in Kapitel 3 ab Seite 38*

Wie lange muss die Patientenakte aufbewahrt werden?

Die Patientenunterlagen müssen nach Abschluss der Behandlung in der Regel zehn Jahre lang aufbewahrt werden.

Informieren Sie sich umfassend über Vor- und Nachteile von IGeL-Angeboten

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Ärztinnen und Ärzte bieten Ihnen als Patientin oder Patient auch Untersuchungen und Behandlungen an, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. Diese Angebote werden unter der Bezeichnung Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zusammengefasst. Dabei handelt es sich vor allem um Leistungen, deren medizinischer Nutzen nicht oder noch nicht ausreichend wissenschaftlich erwiesen ist. Dazu zählen etwa bestimmte Untersuchungen wie die Bestimmung der Protein-C-Aktivität („Thrombose-Check“) oder auch Behandlungsmethoden wie die sogenannte Biofeedback-Therapie bei Migräne. Unter IGeL fallen zudem Angebote, die weder der Früherkennung noch der Krankenbehandlung dienen, wie etwa Sportuntersuchungen, Impfungen vor Fernreisen oder die kosmetische Entfernung von Warzen oder Tätowierungen.

Individuelle Gesundheitsleistungen müssen Sie als gesetzlich Versicherte oder Versicherter in der Regel selbst bezahlen. Es sei denn, Ihre Krankenkasse erstattet Ihnen die entsprechende Behandlung als freiwillige Leistung. Aus diesem Grund muss Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie nicht nur ausführlich über die Behandlung informieren und aufklären, sondern Ihnen auch vorab in Textform die voraussichtlichen Kosten mitteilen. Ein allgemeiner Hinweis, dass Ausgaben auf Sie zukommen können, reicht nicht aus. Zudem ist Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verpflichtet, mit Ihnen vor der Behandlung einen schriftlichen Vertrag über die entsprechende Leistung abzuschließen (§ 3 Absatz 1 Satz 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise § 8 Absatz 7 Satz 3 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z)). Sie oder er kann von Ihnen umgekehrt jedoch nicht verlangen, ihr oder ihm gegenüber einen schriftlichen Verzicht auf die Inanspruchnahme von IGeL zu erklären.

Ob für Sie als Patientin oder Patient ein IGeL-Angebot in Frage kommt, ist im Einzelfall oftmals schwer zu entscheiden – nehmen Sie sich deswegen für Ihre Entscheidung genügend Zeit. Haben Sie auch nach der Beratung durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt noch Zweifel, sollten Sie Ihre Krankenkasse um Rat fragen. Bei der Abwägung hilft Ihnen auch der IGeL-Monitor – ein Internetangebot, das eine Vielzahl Individueller Gesundheitsleistungen wissenschaftlich fundiert und allgemeinverständlich bewertet. Wie Sie zum IGeL-Monitor gelangen, finden Sie auf Seite 61.

2 Ihre Rechte als Krankenversicherte oder Krankenversicherter

In Deutschland wird die Krankenversicherung von zwei unterschiedlichen Systemen getragen: der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Rund 90 Prozent aller Deutschen sind in der GKV versichert. Diese funktioniert nach dem Solidaritätsprinzip: Die Beiträge richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten und alle erhalten die gleiche medizinische Versorgung. Die Beiträge in der PKV werden hingegen individuell vereinbart und bemessen sich nach dem Eintrittsalter, dem Gesundheitszustand sowie den vertraglich vereinbarten Leistungen der Versicherten.

Sichere Versorgung – Die gesetzlichen Krankenkassen

Sie können Ihre gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich frei wählen. Einige Krankenkassen sind allerdings an bestimmte Regionen oder Betriebszugehörigkeiten gebunden. Voraussetzung für einen Krankenkassenwechsel ist, dass Sie zuvor mindestens zwölf Monate in Ihrer alten Krankenkasse Mitglied gewesen sind oder ein Sonderkündigungsrecht, zum Beispiel durch Anheben des Zusatzbeitragssatzes, besteht.

Als Patientin oder Patient profitieren Sie von einer umfassenden Gesundheitsversorgung: Ihre Krankenversicherung übernimmt die Kosten für alle medizinisch notwendigen Behandlungen, Medikamente sowie Hilfs- und Heilmittel. In einigen Fällen haben Sie Zuzahlungen zu leisten. Außerdem kommt die Krankenkasse für Vorsorgeangebote und Leistungen, wie zum Beispiel medizinische Rehabilitation, Krankengeld oder häusliche Krankenpflege, auf. Dabei gilt stets das Gebot der Wirtschaftlichkeit. So wird Ihnen Ihre Krankenkasse keine Röntgenuntersuchung ohne einen hinreichenden Krankheitsverdacht finanzieren. Dagegen übernimmt sie die Kosten für eine teure Strahlentherapie, sofern Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dies für medizinisch erforderlich hält. Die gesetzlichen Krankenkassen bieten alle die gleichen

grundlegenden Leistungen an. Sie unterscheiden sich in ihren Angeboten für Zusatzleistungen und Bonusprogramme. Der gesetzliche Rahmen für die Gesundheitsversorgung der gesetzlichen Krankenkassen ist im SGB V geregelt.

Aus dem Gesetz: § 12 Absatz 1 SGB V

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

Der allgemeine einheitliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 14,6 Prozent des Bruttoeinkommens, wobei die Hälfte dieses Beitragssatzes, nämlich 7,3 Prozent, im Regelfall die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer und die andere Hälfte die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber trägt. Neben dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent gibt es einen ermäßigten Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent. Er gilt für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Daneben können Krankenkassen von ihren Mitgliedern einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Über die Höhe des Zusatzbeitragssatzes entscheidet die jeweilige Krankenkasse. Seit dem 01. Januar 2019 wird auch der Zusatzbeitrag paritätisch getragen.

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen

Zudem bieten die Krankenkassen sogenannte Wahltarife an – wie beispielsweise das Hausarztmodell, bei dem Sie sich festlegen, im Krankheitsfall immer zuerst zu einem bestimmten Hausarzt zu gehen, und dafür Vorteile wie beispielsweise eine bessere Koordination der medizinischen Versorgung, geringere Wartezeiten oder besondere Sprechstunden genießen.

Empfehlung:
Patientenquittung

Allergietest oder Blutdruckmessung, Kernspintomografie oder Ultraschall: In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Das bedeutet, dass ärztliche Leistungen regelmäßig ohne eine Zahlungsverpflichtung der Patientinnen und Patienten erbracht werden. Möchten Sie dennoch erfahren, was eine bestimmte Behandlung kostet, können Sie sich von der Arztpraxis oder der Klinik eine Patientenquittung oder von Ihrer Krankenkasse eine Versicherteninformation ausstellen lassen.
Für die Patientenquittung bestehen zwei Möglichkeiten: eine Tagesquittung, die im Anschluss an die ambulante Behandlung oder innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erstellt wird, oder bei ambulanter Behandlung eine Quartalsquittung, die spätestens vier Wochen nach Ende eines vierteljährlichen Abrechnungszeitraums ausgestellt wird. Die Tagesquittung ist kostenlos, die Quartalsquittung kostet einen Euro plus Versandkosten. Darüber hinaus hat auch Ihre gesetzliche Krankenkasse Ihnen auf Wunsch eine Versicherteninformation über alle Leistungen und deren Kosten auszustellen, die Sie in Anspruch genommen haben und die Ihrer Krankenkasse vorliegen. Diese Information ist kostenlos. Sie können Ihre Krankenkasse auch beauftragen, die Daten Ihrer Versicherteninformation an Dritte zu übermitteln oder zu Ihrer Patientenakte hinzuzufügen.

Freie Wahl – Entschluss für die richtige Behandlung

Als gesetzlich Versicherte oder Versicherter können Sie in der Regel frei wählen, von welcher Ärztin oder welchem Arzt Sie sich behandeln lassen. Dies gilt für alle Fachrichtungen. Das ist nicht selbstverständlich, denn in vielen europäischen Ländern gilt das Prinzip der freien Arztwahl nicht oder nur sehr eingeschränkt. Auch wenn eine Behandlung oder Operation im Krankenhaus ansteht, haben Sie die Wahl. Ausgenommen davon sind lediglich Privatkliniken und Ärzte ohne Kassenzulassung.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Ihnen in der Regel auf der Einweisung mindestens zwei Krankenhäuser empfehlen, die für die Behandlung in Frage kommen. Wählen Sie eine andere Einrichtung, so kann es sein, dass Sie anfallende Mehrkosten selbst tragen müssen, beispielsweise höhere Fahrkosten. Auch unter zertifizierten stationären Einrichtungen zur Rehabilitation können Sie eine andere als die von Ihrer Krankenkasse bestimmte Einrichtung wählen. Sie haben dann allerdings die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen, es sei denn, diese sind im Hinblick auf Ihr Wunsch- und Wahlrecht angemessen. Klären Sie mögliche Fragen dazu im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse. Diese hilft Ihnen bei der Suche nach einer geeigneten Klinik oder Praxis. So sind die Kassen gesetzlich verpflichtet, ihre Mitglieder umfassend zu beraten.

↗ ***Nachgelesen:*** *Welche Leistungen bieten die gesetzlichen Krankenkassen? Mehr hierzu erfahren Sie im „Ratgeber Krankenversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit. Einen Bestellhinweis finden Sie auf Seite 66.*

Die private Krankenversicherung
Neben der gesetzlichen Krankenversicherung steht Ihnen unter Umständen auch eine Absicherung durch ein privates Krankenversicherungsunternehmen offen. Voraussetzung hierfür ist unter anderem, dass Sie selbstständig, freiberuflich oder versicherungsfrei zum Beispiel als Beamtin oder Beamter oder als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, der sogenannten Versicherungspflicht-

grenze (2022: 64.350 Euro brutto), sind. Privat Versicherte bezahlen die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen in der Regel zunächst selbst und rechnen diese Ausgaben dann mit ihrer Versicherung ab.

Mit Einverständnis des Versicherungsunternehmens ist beispielsweise bei teuren Krankenhausrechnungen häufig auch eine direkte Abrechnung zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer möglich.

Wie finden Sie das passende Krankenhaus?

Als Patientin oder Patient haben Sie in Deutschland die Wahl unter knapp 2.000 Krankenhäusern. Nicht jede Klinik ist jedoch auf alle Behandlungen spezialisiert. Um für den jeweiligen Eingriff die richtige Einrichtung zu finden, bieten Ihnen die Krankenkassen, Patienten- und Verbraucherschutzverbände spezielle Online-Suchangebote wie etwa die Weisse Liste an *(→ www.weisse-liste.de)*. Diese Portale ermöglichen es Ihnen, gezielt nach einem geeigneten Krankenhaus zu suchen und die Qualität einzelner Kliniken miteinander zu vergleichen. Gerade bei planbaren Eingriffen wie beispielsweise Hüftgelenksoperationen bedeutet dies eine wichtige Orientierungshilfe und erleichtert auch den einweisenden Ärztinnen sowie Ärzten und Kassen, die Kliniken zu beurteilen.

Grundlage der Krankenhausnavigatoren sind die sogenannten strukturierten Qualitätsberichte, zu denen die Kliniken gesetzlich verpflichtet sind. Darin geben sie von der Anzahl der Betten über die Qualifikation ihrer Ärztinnen und Ärzte bis hin zu den geleisteten Operationen und den Komplikationsraten detailliert Auskunft. Die Berichte klären Sie zudem darüber auf, ob in den Kliniken entsprechende Meldesysteme zur Verfügung stehen, um Fehler oder Beinahefehler zu dokumentieren.

Die Informationen der Qualitätsberichte werden in der Weissen Liste sowie anderen Krankenhausnavigatoren durch Ergebnisse von Patientenbefragungen ergänzt, die von verschiedenen Krankenkassen erhoben werden.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) tätig ist, liefert wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Unter anderem soll das IQTIG auch Qualitätsvergleiche zu wichtigen Krankenhausleistungen veröffentlichen, damit sich die Patientinnen und Patienten zum Beispiel bei der Wahl eines Krankenhauses über die Qualität der Leistungen und Einrichtungen leichter informieren können.

↗ ***Nachgelesen:*** *Mehr hierzu erfahren Sie im „Ratgeber Krankenhaus" des Bundesministeriums für Gesundheit. Einen Bestellhinweis finden Sie auf Seite 66.*

Was tun bei Wartezeiten in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung?
Gesetzliche Versicherte, die keinen Termin bei einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten finden, können sich an die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen wenden. Diese ist unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 täglich rund um die Uhr telefonisch, online oder per App erreichbar *(www.116117.de)*.

Für die Vermittlung eines Termins bei einer Fachärztin oder einem Facharzt muss eine Überweisung vorliegen. Lediglich bei Hausärztinnen und Hausärzten, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, Augenärztinnen und Augenärzten, Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedarf es keiner Überweisung. Die TSS sollen innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (zur Behandlung von gesetzlich Versicherten zugelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ)) in zumutbarer Entfernung vermitteln. Im Regelfall darf die Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Wird eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, haben die TSS Termine für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden zu vermitteln. Die sich aus diesem Gespräch ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine sind ebenfalls durch die TSS zu vermitteln. Die Wartezeit auf diesen Termin darf auch hier vier Wochen nicht überschreiten. Bei psychotherapeutischen Akutbehandlungen darf die Wartezeit maximal zwei Wochen betragen.

Sollte es der TSS jedoch nicht gelingen, einen passenden Termin zu vermitteln, haben sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Dies gilt jedoch nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsun-

tersuchungen für Kinder handelt, und in Fällen von Bagatellerkrankungen. In diesen Fällen gilt auch die erwähnte Frist von vier Wochen nicht. Vielmehr ist hier ein Termin in einer dem konkreten Behandlungsbedarf angemessenen Frist zu vermitteln.

In Akutfällen haben die TSS auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene (das kann zum Beispiel eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis, die Notfallambulanz eines Krankenhauses oder in geeigneten Fällen auch eine telefonische ärztliche Konsultation sein) zu vermitteln.

Bereits seit Mai 2019 haben die TSS gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten auch bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin bzw. einem Haus- oder Kinderarzt zu unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen und betreuen kann. Neu ist allerdings seit Juni 2021, dass die TSS Versicherte auch bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit telemedizinischen Leistungen unterstützen soll.

An wen können Sie Fragen und Beschwerden richten?

Als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung müssen Kliniken ein Beschwerdemanagement einrichten. Damit soll sowohl die medizinische Versorgung verbessert als auch die Patientenzufriedenheit erhöht werden.

Möchten Sie als Patientin oder Patient im Krankenhaus Anregungen oder Kritik äußern, können Sie sich in der Regel an das hausinterne Qualitäts- und Beschwerdemanagement wenden. Nutzen Sie dieses Angebot. Sie können so dazu beitragen, mögliche Schwachstellen im Klinikablauf zu verbessern und künftige Fehler zu vermeiden.

In vielen Krankenhäusern stehen Ihnen zudem sogenannte Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher zur Verfügung. Diese arbeiten ehrenamtlich und dienen als unabhängige Ansprechpartnerinnen oder Asprechpartner, wenn Sie Probleme mit Ärztinnen oder Ärzten haben, einen Behandlungsfehler vermuten oder Mängel im Klinikalltag feststellen.

Klare Regeln – Genehmigungspflichtige Leistungen

Gehen Sie in die Arztpraxis oder ins Krankenhaus, entscheidet in der Regel Ihre Ärztin oder Ihr Arzt über die notwendigen medizinischen Leistungen. Ihre Kran-

kenkasse muss sie bzw. er dazu im Vorfeld nicht informieren.

Es gibt allerdings eine Reihe von Leistungen, die Ihnen Ihre Kasse nur auf Antrag gewährt oder die einer entsprechenden Genehmigung bedürfen. Das betrifft zum Beispiel bestimmte Hilfsmittel, Zahnersatz, Fahrkosten sowie bestimmte psychotherapeutische Sitzungen. Ihre Krankenkasse prüft in diesen Fällen, ob sie die Kosten übernimmt. Einen Antrag auf Übernahme einer solchen Leistung müssen Sie schriftlich bei Ihrer Kasse einreichen.

Nach Eingang Ihres Antrags hat Ihre Kasse drei Wochen Zeit, Ihnen zu antworten. Dabei ist es möglich, dass sie den Medizinischen Dienst (MD) zu Rate zieht, um ein Gutachten einzuholen. In diesem Fall verlängert sich die Frist um weitere zwei auf insgesamt fünf Wochen. Gibt Ihre Kasse ein zahnärztliches Gutachten in Auftrag, beträgt die Frist sechs Wochen.

Überschreitet Ihre Kasse diese Fristen ohne hinreichenden Grund und Sie erhalten in der vorgegebenen Zeit keine Antwort, so gilt die beantragte Leistung als genehmigt, wenn sie nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, Sie sie für erforderlich halten durften und die Leistung notwendig war. In diesem Fall können Sie sich die entsprechende Leistung selbst beschaffen und die Rechnung an die Kasse weiterleiten. Ihre Krankenkasse ist dann dazu verpflichtet, die Kosten zu erstatten.

Aus dem Gesetz: § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V

„Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet."

Widerspruch gegen Entscheidungen der Krankenkasse

Erhalten Sie innerhalb der Frist hingegen einen Ablehnungsbescheid, können Sie Widerspruch einlegen. Über dieses Recht muss Sie Ihre Krankenkasse informieren. In der Regel haben Sie dafür einen Monat Zeit, nachdem Sie die Nachricht der Kasse erhalten haben. Diese Frist sollten Sie beachten, da sonst der Bescheid bestandskräftig wird. Den Widerspruch können Sie entweder schriftlich erheben oder auch mündlich bei Ihrer Kasse einlegen. Dazu ist unter Umständen eine vorherige Beratung sinnvoll, die

Ihnen beispielsweise die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) anbietet.

Wird Ihr Widerspruch von der Krankenkasse zurückgewiesen, besteht die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht zu klagen. Die Klage müssen Sie innerhalb eines Monats nach Eingang des Widerspruchsbescheids erheben. Dabei entstehen Ihnen grundsätzlich keine Gerichtskosten.

Sie können sich zudem zur Überprüfung einer Entscheidung grundsätzlich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde Ihrer Krankenkasse wenden.

Fallbeispiel:
Fristen für die Bewilligung von Kassenleistungen
Ein 43-jähriger Versicherter benötigt infolge eines Skiunfalls eine Knieorthese zur Ruhigstellung des verletzten Knies. Er bittet seine Krankenkasse um Übernahme der Kosten. Es verstreichen drei Wochen, ohne dass der Mann eine Antwort erhält. Schließlich kauft er sich die erforderliche Knieorthese selbst. Kurz darauf bekommt er einen Brief, in dem ihm seine Kasse mitteilt, dass er keinen Anspruch auf eine Knieorthese habe und die Kosten nicht übernommen würden. Da die Kasse sich aber nicht an die gesetzliche Bewilligungsfrist von drei Wochen gehalten hat, muss sie dem Versicherten die Kosten schließlich doch erstatten.

3 Ihre Rechte bei Behandlungsfehlern

Überall dort, wo Menschen arbeiten, werden Fehler begangen. Dabei kann der Fehler rein medizinischen Charakters sein, sich auf organisatorische Fragen beziehen, oder es kann sich um Fehler nachgeordneter oder zuarbeitender Personen handeln. Auch fehlende oder unrichtige, unverständliche oder unvollständige Aufklärung über medizinische Eingriffe und ihre Risiken zählen zu Behandlungsfehlern. Dies gilt im Krankenhaus wie in der Praxis der oder des Behandelnden. Fehler in der medizinischen Versorgung können schwerwiegende Folgen haben, bis hin zu einer lebenslangen Behinderung oder dem Tod.

Was können Sie als Patientin bzw. Patient oder als Angehörige bzw. Angehöriger in solchen Fällen tun? Welche Ansprüche haben Sie? Und wie lassen sich Behandlungsfehler im Streitfall vor Gericht beweisen? Nicht jede Fehldiagnose, jede erfolglose Behandlung bedeutet sogleich, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Maßgeblich ist vor allem, ob Ihre Ärztin oder Ihr Arzt von allgemein anerkannten medizinischen Standards abgewichen ist.

Im Überblick – Behandlungs- und Aufklärungsfehler erkennen

Fehler können in den unterschiedlichsten Bereichen des medizinischen Alltags geschehen – im Patientengespräch oder bei der Befunderhebung genauso wie bei einer Operation oder der Dosierung von Medikamenten. Sie unterlaufen nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpflegern, Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfern, Heilpraktikerinnen bzw. Heilpraktikern oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten. Die häufigsten Fehler bei der medizinischen Behandlung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Aufklärungsfehler

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Sie umfassend und verständlich über die Behandlung aufklären, auch über Risiken und Alternativen. Geschieht dies nicht oder nur unzureichend, liegt keine wirksame Einwilligung in die Behandlung vor. Die Verletzung der Aufklärungspflicht kann unter bestimmten Voraussetzungen zur Haftung der Ärztin oder des Arztes führen.

↗ ***Nachgelesen:*** *Wie sollte ein Aufklärungsgespräch ablaufen? Mehr hierzu finden Sie in Kapitel 1 ab Seite 13.*

Diagnosefehler
Die richtige Diagnose ist das Fundament jeder Behandlung. Kommt es hier zu einem Fehler, schließen sich meist eine Reihe von Folgefehlern an. Die Ärztin oder der Arzt muss deshalb im Regelfall allen möglichen Ursachen für die Beschwerden der Patientin oder des Patienten nachgehen. Selbst wenn sich eine bestimmte Diagnose aufdrängt, kann es daher geboten sein, auch andere, weniger naheliegende Erklärungen in Betracht zu ziehen. Auch wenn die Ärztin oder der Arzt Befunde falsch auswertet, liegt ein Diagnosefehler vor. Grundsätzlich sind Fehldiagnosen aber auch bei sorgfältigem Vorgehen der Behandelnden niemals ganz auszuschließen.

Therapiefehler
Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss alle medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen, wie etwa Röntgenaufnahmen oder Labortests, veranlassen und Ihnen auf der Grundlage der Diagnose diejenige Behandlungsmethode empfehlen, welche die größten Heilungschancen verspricht und das geringste Risiko birgt. Sie sollte weder zu wenig erprobt noch veraltet sein. Unterlässt die Ärztin oder der Arzt erforderliche Untersuchungen oder wird bei der Therapiewahl ohne Grund von den medizinischen Standards abgewichen, liegt ein Behandlungsfehler vor. Auch bei der Behandlung dürfen der Ärztin oder dem Arzt keine Fehler unterlaufen. Ist beispielsweise die Dosierung der Medikamente nicht richtig, setzt die Ärztin oder der Arzt eine Injektion falsch oder legt sie bzw. er bei einem Handgelenksbruch – anders als allgemein üblich – nur das Handgelenk in Gips, liegt womöglich ein Behandlungsfehler vor.

Organisationsfehler
Sämtliche Abläufe und Standards in Krankenhäusern und Arztpraxen müssen gut aufeinander abgestimmt sein. Verantwortlich dafür sind die leitenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Geschäftsführung der jeweiligen Einrichtung. Sie müssen den ordnungsgemäßen Betrieb sicherstellen. Das bedeutet beispielsweise, ausreichend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beschäftigen und die Einhaltung der Hygienebestimmungen durchzusetzen. Führen übermäßig lange Wartezeiten bei Patientinnen und Patienten zu gesundheitlichen Schäden, kann ebenfalls ein Organisationsfehler vorliegen. So müssen in einer Rettungsstelle beispielsweise immer so viele Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden, dass kein Notfall wegen fehlenden Personals übermäßig lange ohne Versorgung bleibt.

Fehler im Anschluss an die Behandlung
Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Sie vor der Entlassung darüber informieren, was

Sie beachten sollten, um den Erfolg der Behandlung zu sichern. So ist sie bzw. er beispielsweise verpflichtet, auf den Besuch vonFachmedizinerinnen und Fachmedizinern, notwendige Kontrolluntersuchungen oder die Einnahme bestimmter Medikamente hinzuweisen. Vernachlässigt sie bzw. er dies und entsteht dadurch ein gesundheitlicher Schaden, kann ihr bzw. ihm meist ein Behandlungsfehler vorgeworfen werden.

Verstöße gegen Hygienestandards

Ein häufiger und besonders folgenreicher Behandlungsfehler ist die Missachtung von Hygienevorschriften. Gerade für gesundheitlich geschwächte Menschen stellen Keime ein enormes Risiko dar. Die Richtlinien des Robert Koch-Instituts sowie die regelmäßigen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sind zu beachten. Verstöße gegen medizinische Hygienestandards werden in der Rechtsprechung deshalb oft als Behandlungsfehler bewertet. Dies gilt zum Beispiel, wenn die Ärztin oder der Arzt vor dem Setzen einer Sprize vergisst, ihre bzw. seine Hände zu desinfizieren, und es daraufhin zu einer Entzündung kommt.

Im Schadensfall – Beratung suchen

Die Folgen, die durch einen Behandlungsfehler hervorgerufen werden können, sind vielfältig: erforderliche Nachbehandlungen, verzögerte Gene-

Verstöße gegen Hygienestandards gelten vor Gericht oft als Behandlungsfehler

sung, Schmerzen, dauerhafte körperliche Beeinträchtigungen oder gar der Tod der Patientin oder des Patienten. Neben den gesundheitlichen Folgen können auch Vermögensschäden entstehen – beispielsweise, wenn Sie über einen längeren Zeitraum nicht mehr arbeiten können. Als Betroffene oder Betroffener haben Sie einen Anspruch auf Schmerzensgeld beziehungsweise Schadensersatz. Ausgleichszahlungen für Arbeitsunfähigkeit, zusätzliche Behandlungskosten oder – im Todesfall – Unterhaltsaufwendungen für Angehörige können auch gerichtlich geltend gemacht werden.

Wann haben Sie Anspruch auf Schadensersatz?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss für einen Behandlungsfehler haften, wenn sie bzw. er durch die Missachtung allgemein anerkannter fachlicher Standards einen Gesundheitsschaden verursacht hat.

Bei einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer sonstigen medizinischen Einrichtung haftet neben der Ärztin oder dem Arzt in der Regel auch der Träger der Einrichtung. Denn dieser ist meist der eigentliche Vertragspartner der Patienten. Möglich sind auch Fehler des Trägers oder der medizinischen Leitung der Einrichtung, die der Ärztin oder dem Arzt nicht vorzuwerfen sind. In diesem Fall haftet nur der Träger beziehungsweise die Leitung. Dies betrifft vor allem strukturelle Mängel in der Organisation oder der Ausstattung.

Wie finden Sie Rat und Unterstützung?

Vermuten Sie einen Behandlungsfehler, sollten Sie zunächst ein offenes Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt führen. Diese oder dieser ist verpflichtet, Sie umfassend zu informieren – auf Nachfrage und zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren auch über eigene Fehlleistungen. Sprechen Sie Ihren Verdacht direkt an. Häufig können so unbegründete Vermutungen bereits geklärt werden.

Aus dem Gesetz: § 630c Absatz 2 Satz 2 BGB

„Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“

Bleiben nach diesem Gespräch dennoch Unklarheiten bestehen, sollten Sie sich Rat von Expertinnen und Experten einholen. Wichtige Ansprechpartnerin ist Ihre Krankenkasse. Die gesetzlichen Kassen sind verpflichtet, ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern kostenlos zu unterstützen. So können sie bei Verdacht auf eine fehlerhafte Behandlung ein Sachverständigengutachten des Medizinischen Dienstes (MD) einholen (siehe Empfehlung). Darüber hinaus kann die Krankenkasse Leistungen erbringen, durch die Versicherten die Beweisführung erleichtert wird oder ihnen die für eine Rechtsverfolgung wichtigen Informationen zugänglich gemacht werden. Beispielsweise kann die Krankenkasse mit Einwilligung der Versicherten weitere Unterlagen bei den Leistungserbringern anfordern oder eine abschließende Gesamtbewertung unter Einbeziehung aller Unterlagen sowie der Ergebnisse der Begutachtung durch den MD zur Verfügung stellen.

Weitere mögliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen. Auch die Ärzte- beziehungsweise Zahnärztekammern unterhalten Beschwerdestellen. Ist der Fehler im Krankenhaus entstanden, können Sie sich zudem an die Klinikleitung oder Patientenbeschwerdestelle des Hauses wenden.

Empfehlung: MD-Gutachten
Fragen Sie Ihre gesetzliche Krankenkasse nach einem kostenlosen Sachverständigengutachten des MD. Stimmt die Kasse dem zu, bittet diese Sie zunächst darum, Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt von ihrer bzw. seiner Schweigepflicht zu entbinden, damit der MD Ihre Behandlungsunterlagen einsehen und überprüfen kann.

Zudem kann es hilfreich sein, für die Kasse ein Gedächtnisprotokoll zur Behandlung anzufertigen. Die MD-Gutachterin oder der MD-Gutachter erstellt Ihnen daraufhin eine Gesamtbewertung Ihres Falls. Gibt es neue Entwicklungen – etwa eine Stellungnahme er Ärztin oder des Arztes – können Sie über Ihre Krankenkasse ein ergänzendes Gutachten des MD erbitten.

In jedem Fall sollten Sie sich Ihre Patientenakte vorlegen lassen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss dieser Bitte nachkommen. Nur in besonderen Ausnahmefällen darf sie oder er die Einsicht ablehnen. Eine Kopie der Akte können Sie dann als Grundlage für mögliche weitere Beratungen mit Expertinnen und Experten sowie für Nachfragen bei Ihrer Krankenkasse nutzen.

↗ ***Nachgelesen:*** *Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Patientenakte einsehen? Mehr hierzu finden Sie in Kapitel 1 ab Seite 22.*

Welche Schlichtungsmöglichkeiten gibt es?

Nicht jede Auseinandersetzung über einen Behandlungsfehler muss vor Gericht geführt werden. So haben die Ärzte- und Zahnärztekammern Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die es den Beteiligten erleichtern sollen, Streitfälle ohne aufwendige Gerichtsverfahren beizulegen. Die Begutachtungs- und Schlichtungsverfahren sind je nach Bundesland unterschiedlich. Zumeist sind die Gremien mit Ärztinnen oder Ästen und Juristinnen oder Juristen besetzt, teilweise auch mit Patientenvertreterinnen oder Patientenvertretern. Die Verfahren erfolgen regelmäßig schriftlich, ohne mündliche

Stiftung
Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland

Bei Fragen sollten Sie den Rat unabhängiger Expertinnen oder Experten einholen (siehe S. 60ff.)

Erörterung. Die Ärztekammern sowie die meisten Zahnärztekammern bieten diese Verfahren für die Patientin oder den Patienten kostenlos an. Die Teilnahme ist für alle Beteiligten freiwillig, das Ergebnis nicht bindend. Die endgültige Durchsetzung von Ansprüchen ist in der Regel leichter, wenn ein Schadensersatzanspruch dem Grunde nach anerkannt wurde. Falls darüber mit dem Haftpflichtversicherer der Ärztin oder des Arztes eine außergerichtliche Einigung erzielt wird, wird vor Gericht oft nur noch über die Höhe des Schadensersatzes gestritten. Eine außergerichtliche Einigung ist natürlich auch ohne Schlichtungsverfahren möglich.

Wann brauchen Sie rechtlichen Beistand?

Erhärtet sich Ihr Verdacht, kann es sinnvoll sein, sich von einer Rechtsanwältin oder einem Rechtsanwalt beraten zu lassen. Spezialisierte Rechtsanwältinnen oder Rechtsanwälte finden Sie u. a. über das Bundesweite Amtliche Anwaltsverzeichnis *(www.bea-brak.de/bravsearch/index.brak)* und die Anwaltssuche des Deutschen Anwaltvereins *(www.anwaltauskunft.de/anwaltssuche)*. In Frage kommen die speziell ausgebildeten Fachanwältinnen oder Fachanwälte für Medizinrecht oder Juristinnen oder Juristen mit einem entsprechenden Tätigkeitsschwerpunkt.

Die anwaltlichen Kosten orientieren sich am sogenannten Streitwert, also an der Geldsumme, die Sie als Schadensersatz beziehungsweise Schmerzensgeld anstreben. Verfügen Sie nicht über ausreichende Mittel, um eine Anwältin oder einen Anwalt zu beauftragen und möglicherweise ein Gerichtsverfahren zu führen, steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen Beratungs- beziehungsweise Prozesskostenhilfe zu.

Im Streitfall – Patientenrechte einfordern

Führen Ihre Bemühungen um Klärung nicht zum Erfolg, können Sie vor den Zivilgerichten Ihre Ansprüche einklagen. Bis zu einem Streitwert von 5.000 Euro ist das Amtsgericht zuständig, darüber das Landgericht. Entscheiden Sie sich für ein Gerichtsverfahren, sollten Sie sich in jedem Fall durch eine Anwältin oder einen Anwalt vertreten lassen. Beim Landgericht sowie bei allen höheren Instanzen ist eine anwaltliche Vertretung ohnehin vorgeschrieben. Ist Ihre Klage erfolgreich, muss die verurteilte Ärztin oder der verurteilte Arzt auch die Kosten des Verfahrens einschließlich Ihrer Anwaltskosten übernehmen. Scheitert Ihre Klage, müssen Sie sämtliche Prozesskosten bezahlen. Bei einer nur teilweise erfolgreichen Klage werden die Kosten

Zur Klärung eines Falls holt das Gericht oft ein medizinisches Gutachten ein

unter den Streitparteien aufgeteilt. Die Höhe der Prozesskosten richtet sich jeweils nach dem Streitwert.

Was Sie bei einem Behandlungsfehler beweisen müssen

Die Beweislast bei Behandlungsfehlern liegt grundsätzlich bei der Patientin oder beim Patienten. Wollen Sie einen Schaden geltend machen, reicht es also nicht aus, dass ein solcher entstanden ist und Sie zudem falsch behandelt wurden. Der Behandlungsfehler muss auch der Grund für den Schaden gewesen sein. Vor Gericht besteht für Betroffene oft die größte Hürde darin, diesen Zusammenhang zu beweisen. Vergisst Ihre Ärztin oder Ihr Arzt beispielsweise vor einer Operation ein blutverdünnendes Mittel abzusetzen und führen übermäßig starke Blutungen daraufhin zu Komplikationen, müssen grundsätzlich Sie beweisen, dass die Komplikationen durch die Medikamenteneinnahme verursacht wurden.

Das Gericht kann zur Klärung von entscheidungserheblichen medizinischen Fragen, die besonderen Sachverstand erfordern, Sachverständige hinzuziehen und Gutachten einholen. Das Gericht wählt nach pflichtgemäßem Ermessen für die Beantwortung dieser Fragen kompetente Sachverständige aus. Es kann sich dazu etwa an eine Ärztekammer wenden und um eine Liste von Medizinerinnen und Medizinern aus dem entsprechenden Fachgebiet bitten, aus der es eine Gutachterin oder einen Gutachter auswählt, oder auch die Parteien um Vorschläge bitten. Ein weiteres wichtiges Beweismittel sind Zeugenaussagen. In Betracht kommen hierfür etwa Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte, andere Ärztinnen und Ärzte, Bettnachbarn sowie Angehörige oder Bekannte, die Sie im Krankenhaus besucht haben.

Beweisführung

Um erfolgreich Schadensersatz geltend zu machen, müssen Sie grundsätzlich drei Dinge beweisen:

- *das Vorliegen eines Behandlungsfehlers*
- *eine Verletzung Ihres Körpers oder Ihrer Gesundheit*
- *einen Zusammenhang zwischen dem Fehler und dem eingetretenen Gesundheitsschaden*

Empfehlenswert ist zudem, bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler ein Patiententagebuch zu führen. Darin lassen sich Notizen nach Arztgesprächen machen oder Anschriften von Bettnachbarn festhalten, die als Zeugen in Frage kommen. Für ein späteres Gerichtsverfahren können solche Aufzeichnungen eine wichtige Hilfe sein. Das Gericht muss sich mit den Beweismitteln, insbesondere dem Sachverständigengutachten in der Beweiswürdigung auseinandersetzen und darf die Bewertungen der Sachverständigen nicht einfach unkritisch übernehmen.

Umkehr der Beweislast bei groben Behandlungsfehlern

In bestimmten Fällen sieht das Gesetz eine sogenannte Umkehr der Beweislast vor. Sie müssen dann als Patientin oder Patient nicht mehr beweisen, dass die fehlerhafte Behandlung Ursache für den erlittenen Gesundheitsschaden war. Stattdessen geht das Gericht von diesem Zusammenhang aus und die Ärztin oder der Arzt muss das Gegenteil beweisen.

Eine solche Beweislastumkehr gilt bei einem groben Behandlungsfehler. Dieser liegt vor, wenn die Ärztin oder der Arzt besonders schwerwiegend gegen medizinische Standards verstoßen hat. Maßgeblich ist, dass der Fehler einer ausgebildeten Medizinerin bzw. einem ausgebildeten Mediziner einfach nicht hätte passieren dürfen – beispielsweise, wenn sie oder er bei einer Operation ein anderes als das kranke Organ entnimmt. Das Gericht entscheidet jeweils im Einzelfall, ob die Behandlung als grob fehlerhaft zu werten ist oder nicht. Es hört

hierzu in der Regel Sachverständige an. Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Umkehr der Beweislast ist, dass der Behandlungsfehler grundsätzlich geeignet gewesen sein muss, den eingetretenen Schaden zu verursachen.

Grobe Behandlungsfehler können auch im Zusammenhang mit der Diagnose oder unterlassenen Befunderhebungen vorkommen und zur Beweislastumkehr führen. Möglich ist schließlich, dass mehrere kleinere medizinische Fehler zusammengenommen als eine grob fehlerhafte Behandlung bewertet werden.

Aus der Rechtsprechung: Urteil des Bundesgerichtshofs vom 3. Juli 2001 – VI ZR 418/99

„Ein grober Behandlungsfehler liegt nur dann vor, wenn der Arzt eindeutig gegen ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf."

Fallbeispiel:
Grober Behandlungsfehler

Ein 59-jähriger Koch hat seit längerem Schmerzen im Ellenbogen. Der behandelnde Arzt injiziert zur Linderung der Beschwerden ein Arzneimittel in das Gelenk. Dabei löst sich die Kanüle von der Nadel und muss vom Arzt wieder befestigt werden. Vor der Injektion hatte der Arzt versehentlich seine Hände nicht desinfiziert.

Wenige Tage später entzündet sich das Gelenk. Das Gericht wertet den Fall als groben Behandlungsfehler, da das Vernachlässigen elementarer Hygienevorschriften als nicht nachvollziehbar erscheint. Das Gericht geht folglich zunächst davon aus, dass die unterlassene Desinfektion der Hände die Entzündung hervorgerufen hat. Es ist damit Aufgabe des Arztes, das Gegenteil zu beweisen.

Mangelnde Befähigung der Ärztin oder des Arztes

Ärztinnen und Ärzte müssen für die von ihnen durchgeführten Behandlungen hinreichend ausgebildet und befähigt sein. Das gilt insbesondere für Anfängerinnen und Anfänger. Kommt es zu Komplikationen und war die Ärztin oder der Arzt für die Behandlung nicht qualifiziert, vermutet das Gericht, dass dies auch die Ursache des Schadens war.

Voll beherrschbares Risiko

Ärztin oder Arzt und Krankenhaus müssen nicht nur im Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch im Umfeld der Behandlung für Ihre Sicherheit Sorge tragen. Dies betrifft etwa das Einhalten von Hygienestandards, die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte oder das richtige Lagern der Patientin oder des Patienten. Kommt es hierbei zu einer Gesundheitsverletzung, vermutet das Gericht zunächst, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Die oder der Behandelnde muss dann das Gegenteil beweisen.

Fehlende Dokumentation

Der Ablauf jeder Behandlung muss in der Patientenakte umfassend festgehalten werden – vom Aufnahmegespräch bis zur Nachsorge. Wird ein wesentlicher Behandlungsschritt jedoch nicht dokumentiert oder verliert die Arztpra-

Auch im Umfeld der Behandlung muss Ihre Ärztin und Ihr Arzt für Ihre Sicherheit Sorge tragen.

xis beziehungsweise das Krankenhaus die Patientenakte, vermutet das Gericht, dass die Ärztin oder der Arzt diesen Schritt auch nicht unternommen hat. In diesem Fall wird der Ärztin oder dem Arzt der Beweis des Gegenteils kaum möglich sein.

↗ ***Nachgelesen:*** *Was müssen Ärztinnen und Ärzte alles dokumentieren? Mehr hierzu finden Sie in Kapitel 1 ab Seite 23.*

Aus dem Gesetz: § 630h Absatz 3 BGB

„Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis [...] nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte [...] nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat."

Fallbeispiel: Dokumentationsfehler

Ein 32-jähriger Hobbyfußballer wird mit einer Sportverletzung am Bein ins Krankenhaus eingeliefert. Die Ärztin operiert das Bein und verordnet Bettruhe im Krankenhaus. Nach einigen Tagen bildet sich eine Thrombose (Blutgerinnsel), an der der Patient wenig später stirbt. Im Prozess behaupten die Erben des Mannes, dass die Ärztin nach der Operation kein Arzneimittel zur Thromboseprophylaxe gespritzt habe, wodurch der Tod womöglich hätte verhindert werden können. Die Ärztin widerspricht. In der Patientenakte ist jedoch keine Thromboseprophylaxe dokumentiert. Folglich geht das Gericht davon aus, dass dazu auch nichts unternommen wurde – solange die Ärztin nicht das Gegenteil beweist.

Fehlerhafte Aufklärung

Zur Behandlung ist Ihre Einwilligung nötig. Voraussetzung dafür ist eine umfassende, verständliche und rechtzeitige Aufklärung über die Diagnose, die geplante Vorgehensweise sowie über die Risiken und Chancen der Behandlung. Vor Gericht muss die Ärztin oder der Arzt beweisen, dass sie oder er Sie entsprechend aufgeklärt hat. Auch hier gilt:

Ist dazu nichts dokumentiert, wird erst einmal vermutet, dass es keine Aufklärung und folglich keine wirksame Einwilligung in die Behandlung gab.

Verjährung der Ansprüche

Die Verjährungsfrist für Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche wegen Behandlungsfehlern beträgt in der Regel drei Jahre. Gesundheitliche Schäden zeigen sich jedoch manchmal erst lange nach einem fehlerhaften Eingriff. Daher beginnt die Verjährungsfrist erst mit Ende des Jahres, in dem Sie von einem möglichen Behandlungsfehler erfahren haben oder hätten erfahren können – auch wenn dies erst 10 oder 15 Jahre nach der Behandlung der Fall ist. Spätestens 30 Jahre nach dem Eingriff verjährt der Anspruch jedoch vollends. Der Ablauf der dreijährigen Verjährungsfrist wird durch Klageerhebung, aber auch durch außergerichtliche Verhandlungen oder durch das Einschalten einer Schlichtungsstelle gehemmt, d. h. unterbrochen.

Ihre Einwilligung in die Behandlung setzt eine umfassende Aufklärung voraus

4 Die oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Das deutsche Gesundheitswesen wird von vielen starken Akteurinnen und Akteuren geprägt. Ob Krankenkassen oder Ärztekammern, Klinikvertreterinnen und Klinikvertreter oder Apothekerverbände: Jede und jeder von ihnen bringt sich mit ihren und seinen Vorstellungen in die politische Diskussion ein. Damit dabei auch Ihre Interessen als Patientin oder Patient Gehör finden, hat die Bundesregierung das Amt der oder des Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten geschaffen. Sämtliche Bundesministerien, Bundesbehörden und öffentlichen Stellen des Bundes müssen sie oder ihn bei seiner Arbeit unterstützen.

Die oder der Patientenbeauftragte versteht sich als Ihre Partnerin oder Ihr Partner und Interessenvertreterin oder Interessenvertreter. Sie bzw. er setzt sich dafür ein, dass Ihre Rechte als Patientin oder Patient in allen Bereichen des Gesundheitswesens Berücksichtigung finden. Dazu beteiligt sie oder er sich etwa an allen relevanten Gesetzgebungsverfahren. Sie oder er sucht den Dialog mit Patientenverbänden, um deren Anliegen stärker in die Öffentlichkeit zu bringen. Und sie oder er tritt für mehr Transparenz und Qualität der medizinischen Versorgung ein. Ein weiteres Anliegen der oder des Beauftragten ist zudem der Ausbau von Hilfs- und Informationsangeboten wie der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland oder den Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern in den Kliniken.

Um mit Ihnen als Patientin oder Patient auch direkt ins Gespräch zu kommen und Ihre Anregungen aufzugreifen, trifft die oder der Beauftragte regelmäßig Selbsthilfegruppen und besucht Bürgersprechstunden und gesundheitliche Einrichtungen.

5 Service

Gesetzliche Vorschriften zum Behandlungsvertrag

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) enthält seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten am 26. Februar 2013 einen eigenen Abschnitt zum medizinischen Behandlungsvertrag. In den Paragrafen 630a bis 630h sind die wesentlichen Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung festgehalten.

Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch zum Behandlungsvertrag:

§ 630a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630b Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

§ 630c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit er-

forderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweiszwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

§ 630d Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des

Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630e Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. *mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,*
2. *so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,*
3. *für den Patienten verständlich sein. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.*

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit

dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 630f Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen

geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

§ 630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre

Informations- und Beratungsangebote

Gute Entscheidungen verlangen gute Informationen. Nur wenn Sie informiert sind, können Sie sich als Patientin und Patient im Gesundheitswesen orientieren, gezielt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, sich verantwortlich an Behandlungsentscheidungen beteiligen oder diese selbst treffen.

Folgende Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bieten Ihnen Rat und Unterstützung:

Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
Berlin
Tel.: 0800 / 0 11 77 22
www.patientenberatung.de

Die UPD versteht sich als Wegweiserin und Lotsin durch das deutsche Gesundheitssystem. Sie beantwortet zum Beispiel Fragen zu Patientenrechten, Kassenleistungen, Behandlungskosten oder Therapiemöglichkeiten. Auch wenn Sie über eine Patientenverfügung, eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht nachdenken, können Sie sich an die Beratung wenden. Die UPD bietet Ihnen darüber hinaus Rat bei Auseinandersetzungen mit Ärztinnen und Ärzten oder Krankenkassen und Hilfe, wenn Sie zum Beispiel nach einer geeigneten Selbsthilfegruppe oder einer Klinik in Ihrer Region suchen.

Die UPD berät Sie qualitätsgesichert in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen – egal, ob Sie gesetzlich, privat oder nicht krankenversichert sind. Für die Beratung stehen geschulte Expertinnen und Experten, etwa Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte, zur Verfügung.

Die UPD hält ein gebührenfreies Beratungstelefon bereit, das Ratsuchenden in vier verschiedenen Sprachen zur Verfügung steht. Zudem besteht die Möglichkeit, sich schriftlich oder online über eine Beratungsplattform sowie ein Kontaktformular an die UPD zu wenden. Darüber hinaus bietet die UPD bundesweit in 30 Beratungsstellen nach vorheriger Terminvereinbarung eine persönliche Beratung vor Ort an. Für Ratsuchende, die nicht in der Nähe eines Standortes wohnen, stehen für eine persönliche Beratung zudem bundesweit drei Beratungsmobile bereit.

Die UPD ist gemäß §65 SGB V zum 1. Januar 2024 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) als Stifter in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Stiftungsform überführt worden.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln
www.iqwig.de

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde 2004 als Stiftung ins Leben gerufen und hat unter anderem den gesetzlichen Auftrag, Bürgerinnen und Bürgern allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Auf einem eigens dafür entwickelten Internetportal werden medizinische Themen verständlich aufbereitet und der jeweils aktuelle Stand der Forschung dargestellt. Die entsprechende Adresse lautet: www.gesundheitsinformation.de

IGeL-Monitor
www.igel-monitor.de

Informationen zu medizinischen Leistungen, die in der Arztpraxis selbst bezahlt werden müssen, sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), sind im IGeL-Monitor zu finden. Der IGeL-Monitor bewertet Nutzen und Schaden der IGeL, damit eine fundierte Entscheidung möglich ist. Hinter dem IGeL-Monitor steht der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Der MDS wird vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert.

Stiftung Gesundheitswissen
Friedrichstraße 134
10117 Berlin

Die Stiftung Gesundheitswissen (SGW) ist eine gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts und wurde 2015 durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. gegründet. Sie stellt auf ihrer Webseite *www.stiftung-gesundheitswissen.de* unabhängige Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen zur Verfügung.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
www.nakos.de

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe? Dann ist die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) wichtige Ansprechpartnerin. Die NAKOS bietet seit 1984 Informationen über Möglichkeiten der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige. Diese Arbeit wird vom Bundesministerium für Gesundheit und von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Neben Aufklärungsbroschüren, Informationsblättern und

Arbeitshilfen bietet NAKOS umfangreiche Adressdatenbanken zu bundesweiten Selbsthilfeorganisationen und örtlichen Selbsthilfekontaktstellen.

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern.

Bürgertelefon zur Krankenversicherung:
0 30 / 3 40 60 66 - 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung:
0 30 / 3 40 60 66 - 02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention:
0 30 / 3 40 60 66 - 03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg
E-Mail: info.gehoerlos@bmg.bund.de,
info.deaf@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Telemark Rostock Kommunikations- und Marketinggesellschaft mbH betrieben wird. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung und vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhoben, verarbeitet und genutzt. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website: *www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon*

gesund.bund.de
Unter *www.gesund.bund.de* ist das Nationale Gesundheitsportal zu erreichen. Hier finden Bürgerinnen und Bürger auf einer zentralen Plattform, die vom Bundesministerium für Gesundheit betrieben wird, qualitätsgesicherte, neutrale und leicht verständliche Gesundheitsinformationen.

Weitere Adressen

Bundesärztekammer (BÄK)

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 0 30 / 40 04 56 - 0
Fax: 0 30 / 40 04 56 - 3 88
E-Mail: info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de
www.patienten-information.de

Die Bundesärztekammer (BÄK) vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Sie ist als Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern tätig. Die Landesärztekammern prüfen, ob sich eine Ärztin oder ein Arzt berufswidrig verhalten hat. Außerdem haben sie Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, an die Sie sich bei dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler wenden können. Ziel ist es, sich außergerichtlich zu einigen und eine möglicherweise langwierige gerichtliche Auseinandersetzung mit der betroffenen Ärztin oder dem betroffenen Arzt zu vermeiden. Das Ergebnis der Begutachtungs- und Schlichtungsverfahren ist rechtlich nicht bindend und für die Beteiligten kostenlos.

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Bundesärztekammer unter *www.patienten-information.de* ein Internetportal für Patientinnen und Patienten eingerichtet. Dort können Sie sich unter anderem über Patientenrechte, Therapiemöglichkeiten sowie Behandlungskosten informieren.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Tel.: 0 30 / 4 00 05 - 0
Fax: 0 30 / 4 00 05 - 2 00
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de

Die Bundeszahnärztekammer ist als Arbeitsgemeinschaft der Landeszahnärztekammern die Berufsvertretung der in Deutschland tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die Landeszahnärztekammern stellen die Regeln für die Berufsausübung der Zahnärztinnen und -ärzte auf und prüfen, ob Zahnärztinnen und -ärzte diese einhalten. Vermuten Sie einen Behandlungsfehler, können Sie sich darüber hinaus an die Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer in Ihrem Bundesland wenden, um eine außergerichtliche Einigung zwischen Ihnen und der betroffenen Zahnärztin oder dem betroffenen Zahnarzt herbeizuführen.

Dies ist in der Regel für Sie kostenlos. Außerdem haben sie Patientenberatungsstellen eingerichtet, an die Sie sich als Patientin oder Patient mit Fragen zur zahnärztlichen Behandlung richten können. Zusammen mit der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat die BZÄK zudem eine gemeinsame Website zur zahnärztlichen Patientenberatung eingerichtet, auf der die Patientenberatungsstellen nach Bundesland mit Adresse, Telefonnummer und Erreichbarkeit gesucht werden können. Die Adresse lautet: *www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de*

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: 0 30 / 40 05 - 0
Fax: 0 30 / 40 05 - 15 90
E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de
www.patienten-information.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die Interessen der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Damit sind alle Medizinerinnen und Mediziner sowie Psychologinnen und Psychologen gemeint, die zur ambulanten haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Sie ist der bundesweite Zusammenschluss der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in den Ländern und Teil der ärztlichen Selbstverwaltung. Auf ihren Internetseiten finden Sie umfangreiche Informationen zu Patientenrechten sowie zu aktuellen Gesundheitsthemen.

Die KBV hat gemeinsam mit den KVen eine bundesweite Rufnummer eingerichtet, unter der Sie zu jeder Tages- und Nachtzeit den ärztlichen Bereitschaftsdienst vor Ort erreichen können. Die kostenlose Rufnummer lautet: 116 117.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Universitätsstraße 73
50931 Köln
Tel.: 02 21 / 40 01 - 0
Fax: 02 21 / 40 40 35
E-Mail: post@kzbv.de
www.kzbv.de

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vertritt auf Bundesebene die Interessen der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Das sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die zur Behandlung von Versicherten in der GKV zugelassen

wurden. Die KZBV ist der Zusammenschluss der 17 regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Wie die Zahnärztekammern unterhalten diese Beratungsstellen, an die Sie sich als gesetzlich versicherte Patientin oder gesetzlich versicherter Patient beispielsweise bei vermuteten Behandlungsfehlern wenden können. Zudem helfen Ihnen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei der Suche nach einer passenden Zahnmedizinerin oder einem passenden Zahnmediziner in Ihrer Nähe und bieten zahlreiche Informationen zum Thema Zahnbehandlung.

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 2 06 28 80
Fax: 0 30 / 20 62 88 88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist die zentrale Interessenvertretung der Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bietet der GKV-Spitzenverband ein breites Informationsangebot. So klärt er über die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsvorsorge sowie allgemein zum deutschen Gesundheitssystem auf. Auch die einzelnen Krankenkassen stellen Ihnen als Versicherter oder Versichertem zahlreiche Aufklärungs- und Vorsorgeangebote zur Verfügung. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Versicherten umfassend zu informieren.

PKV-Verband
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Tel.: 02 21 / 99 87 - 0
Fax: 02 21 / 99 87 - 39 50
E-Mail: kontakt@pkv.de
www.pkv.de

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) vertritt die Interessen seiner Mitgliedsunternehmen. Als privat Versicherte oder Versicherter können Sie sich zu versicherungsrechtlichen Themen in erster Linie bei Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen beraten lassen. Falls Sie darüber hinaus Fragen haben, können Sie sich an den PKV-Verband wenden.

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Tel.: 08 00 / 2 55 04 44
(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Fax: 0 30 / 20 45 89 31
www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann für privat Kranken- und Pflegeversicherte hilft bei Streitigkeiten mit privaten Versicherungsträgern. Er wird vom PKV-Verband berufen, ist aber zur Unabhängigkeit verpflichtet und nicht an dessen Weisungen gebunden. Als privat Versicherte oder Versicherter können Sie den Ombudsmann kostenfrei zur Schlichtung hinzuziehen. Ziel ist stets, eine einvernehmliche Lösung zu finden, ohne dass ein Gerichtsverfahren notwendig wird. Das Verfahren erfolgt in der Regel schriftlich. Kommt es zu keiner Einigung, spricht der Ombudsmann ein unverbindliches Votum zur Lösung des Falls aus.

Weitere Publikationen

Broschüre: Patientenverfügung
Sie möchten selbst bestimmen, was medizinisch unternommen werden soll, wenn Sie einmal nicht mehr entscheidungsfähig sein sollten? Diese Broschüre gibt Ihnen eine Hilfestellung, wenn Sie Ihre Vorstellungen in einer individuellen Patientenverfügung festlegen wollen.

Broschüre: Betreuungsrecht
Diese Broschüre gibt Ihnen einen Überblick über das Betreuungsrecht und zusätzliche Informationen dazu, wie Sie für den Fall der eigenen Betreuungsbedürftigkeit vorsorgen können. Sie finden dort auch ein Muster für die Formulierung einer Vorsorgevollmacht.

Diese Broschüren stehen auch im Internet zur Verfügung unter: *www.bmjv.de*

Broschüre: Ratgeber Krankenversicherung – Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten
Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick. *Bestell-Nr.: BMG-G-07031*

Broschüre: Ratgeber Krankenhaus – Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten
Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.
Bestell-Nr.: BMG-G-11074

Broschüre: Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen
Diese Broschüre informiert über Themen wie Krankenversicherung, medizinische Versorgung und Vorsorge. Sie wird in zahlreichen Sprachen angeboten und steht zum Download als PDF bereit.
www.wegweiser-gesundheitswesen-deutschland.de/

Diese Broschüren stehen auch im Internet zur Verfügung unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail:
publikationen@bundesregierung.de
Tel.: 030 / 18 272 2721
Fax: 030 / 18 10 272 2721

Postalisch:
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Online-Bestellungen unter:
www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen

Gebärdensprachtelefon:
www.bundesregierung.de/breg-de/gebaerdensprache/gebaerdensprach-telefon-des-bundespresseamtes-43434

Bildnachweise

Titel: New Africa/Shutterstock
Seite 4: links: BMG/Jan Pauls, Mitte: Jan Pauls, rechts: Photothek/Thomas Köhler
Seite 10: Kerstin Klaassen
Seite 13: Monica Rodriguez
Seite 16: Image Source/Corbis
Seite 20: Alexander Raths/Pitopia
Seite 22, 23, 25, 41, 47, 52, 54: plainpicture
Seite 26, 28: shutterstock
Seite 30: Gene Chutka
Seite 38: Bernd Leitner/itopia
Seite 44: Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH/Sebastian Pfütze
Seite 49: Paul Burns/Corbis
Seite 51: Ocean/Corbis

Impressum

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung herausgegeben. Sie ist kostenlos erhältlich und nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
11055 Berlin
www.patientenbeauftragter.de

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Referat Öffentlichkeitsarbeit und Bürgerdialog
11015 Berlin
www.bmjv.de

Gestaltung:

neues handeln AG, Lindenstraße 20, 50674 Köln

Bearbeitung und Erstellung barrierefreies PDF:

www.hauer-doerfler.de

Bildnachweis:

Siehe Seite 68

Druck:

Bonifatius GmbH, Karl-Schurz-Straße 26, 33100 Paderborn

Stand:

Juli 2025

Publikationsversand der Bundesregierung:

Postfach 481009
18132 Rostock
Telefon: (030) 18 272 272 1
Fax: (030) 18 10 272 272 1
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Bestellnummer: BMG-G-11042

www.bundesregierung.de

facebook.com/Bundesregierung
twitter.com/RegSprecher
youtube.com/bundesregierung
instagram.com/bundeskanzler