



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium
der Justiz

Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und Patienten

Informiert und selbstbestimmt Ratgeber für Patientenrechte



Informiert und selbstbestimmt

Ratgeber für Patientenrechte

Vorwort 2

**I Ihre Rechte bei der
medizinischen Behandlung 9**

Gut geregelt – Der Behandlungsvertrag 9

Rechte und Pflichten im Behandlungsvertrag 10

Privat und gesetzlich Versicherte 11

**Gut beraten – Informations- und Aufklärungspflichten
bei der Behandlung 12**

Wie verläuft das Aufklärungsgespräch? 13

Wie sollte der Arzt mit Ihnen sprechen? 14

Wer führt mit Ihnen das Aufklärungsgespräch? 14

EMPFEHLUNG: Ärztliche Zweitmeinung 15

Wann findet die Aufklärung statt? 15

Wann darf auf die Aufklärung verzichtet werden? 16

Werden Sie auch über die Kosten der Behandlung informiert? 17

Leitfaden für das Informations- und Aufklärungsgespräch 18

Gut entschieden – Einwilligung in die Behandlung 20

**Gut vorgesorgt – Patientenrechte in
besonderen Lebenssituationen 21**

Gut dokumentiert – Patientenakte und Einsichtsrecht 23

Welche Informationen gehören in die Patientenakte? 24

Wie wird die Patientenakte geführt? 25

Dürfen Sie als Patient Ihre Akte einsehen? 25

Darf Ihnen die Einsicht in die Akte verwehrt werden? 26

Welche Rolle spielt die Patientenakte bei Behandlungsfehlern? 27
 Wie lange muss die Patientenakte aufbewahrt werden? 27

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) 28

II Ihre Rechte als Krankenversicherter 31

Sichere Versorgung – Die gesetzlichen Krankenkassen 31
 Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung 33
 EMPFEHLUNG: Patientenquittung 33

Freie Wahl – Entschluss für die richtige Behandlung 34
 Wie finden Sie das passende Krankenhaus? 35
 An wen können Sie Fragen und Beschwerden richten? 36

Klare Regeln – Genehmigungspflichtige Leistungen 37
 Widerspruch gegen Entscheidungen der Krankenkasse 39

III Ihre Rechte bei Behandlungsfehlern 41

Im Überblick – Behandlungs- und Aufklärungsfehler erkennen 41
 Aufklärungsfehler 41
 Diagnosefehler 42
 Therapiefehler 42
 Organisationsfehler 43
 Fehler im Anschluss an die Behandlung 43
 Verstöße gegen Hygienestandards 44

Im Schadensfall – Beratung suchen	45
Wann haben Sie Anspruch auf Schadensersatz?	45
Wie finden Sie Rat und Unterstützung?	46
EMPFEHLUNG: MDK-Gutachten	47
Wann brauchen Sie rechtlichen Beistand?	48
Welche Schlichtungsmöglichkeiten gibt es?	49
Im Streitfall – Patientenrechte einfordern	49
Was Sie bei einem Behandlungsfehler beweisen müssen	50
Umkehr der Beweislast bei groben Behandlungsfehlern	52
Mangelnde Befähigung des Arztes	54
Voll beherrschbares Risiko	55
Fehlende Dokumentation	55
Fehlerhafte Aufklärung	56
Verjährung der Ansprüche	57
Ihr Partner und Interessenvertreter: Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung	59
Service	61

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Ärzte bieten Ihnen als 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 nach Ansicht von Krankenkassen und Ärztevertretern 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 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 schriftlich die voraussichtlichen Kosten mitteilen. Ein allgemeiner Hinweis, dass Ausgaben auf Sie zukommen können, reicht nicht aus. Zudem ist Ihr Arzt verpflichtet, mit Ihnen vor der Behandlung einen schriftlichen Vertrag über die entsprechende Leistung abzuschließen.



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

Ob für Sie als 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 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. Der Monitor wird im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erstellt und laufend aktualisiert.

→ www.igel-monitor.de



II Ihre Rechte als Krankenversicherter

Jede Bürgerin und jeder Bürger in Deutschland muss krankenversichert sein, entweder gesetzlich oder privat. Rund 85 Prozent aller Deutschen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese funktioniert nach dem Solidaritätsprinzip: Die Gesunden helfen den Kranken. Alle Versicherten erhalten die gleiche medizinische Versorgung, die Beiträge werden nach individueller Leistungsfähigkeit gezahlt.

Sichere Versorgung – Die gesetzlichen Krankenkassen

Sie können Ihre gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich frei wählen. Einige Kassen sind allerdings an bestimmte Regionen oder Unternehmenszugehörigkeiten gebunden. Voraussetzung für einen Versicherungswechsel ist, dass Sie zuvor mindestens anderthalb Jahre in Ihrer alten Kasse Mitglied gewesen sind.

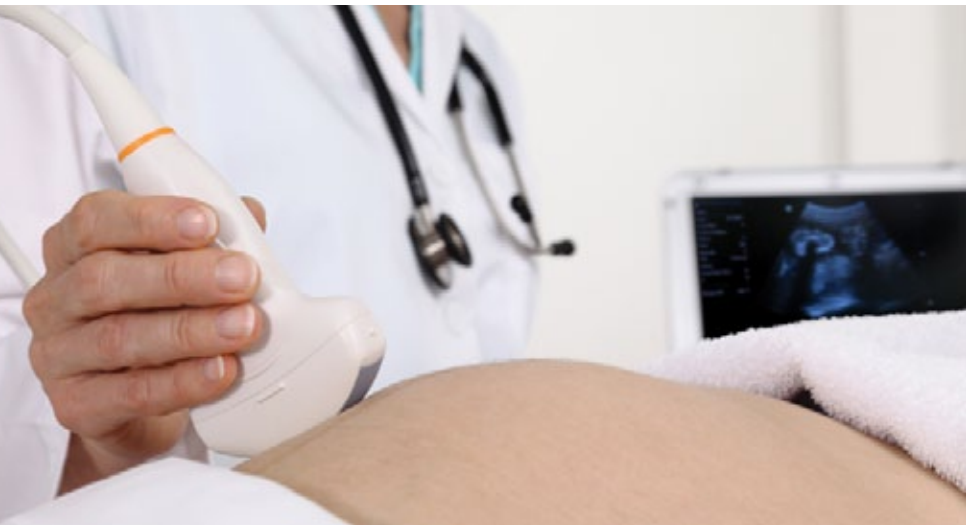
Als Patientin oder Patient profitieren Sie von einer umfassenden Gesundheitsversorgung: Ihre Krankenversicherung übernimmt die Kosten für alle medizinisch notwendigen Behandlungen, Medikamente sowie Hilfs- und Heilmittel. Außerdem kommt sie für Vorsorgeangebote und häusliche Krankenpflege auf.

Dabei gilt stets das Gebot der Wirtschaftlichkeit. So wird Ihnen Ihre Kasse keine Röntgenuntersuchung ohne einen hinreichenden Krankheitsverdacht finanzieren. Dagegen übernimmt sie die Kosten für eine teure Strahlentherapie, sofern Ihr Arzt

dies für medizinisch erforderlich hält. Die Krankenkassen bieten alle die gleichen Leistungen an. Allerdings unterscheiden sie sich in ihren Angeboten für Zusatzleistungen und Bonusprogramme. Der gesetzliche Rahmen für die Gesundheitsversorgung der gesetzlichen Krankenkassen ist im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (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.“



Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

Der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 15,5 Prozent Ihres Bruttoeinkommens (Stand 2013). Arbeitnehmer übernehmen davon 8,2 Prozent, weitere 7,3 Prozent steuert der Arbeitgeber zu. Diese Abgaben sind bei allen Krankenkassen gleich. Die Kassen haben jedoch die Möglichkeit, Prämien an ihre Versicherten auszuschütten, etwa wenn sie Überschüsse erzielt haben. Bei Finanzproblemen können sie auch Zusatzbeiträge erheben. 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 finanzielle Vorteile genießen.

EMPFEHLUNG: Patientenquittung

Allergietest oder Blutdruckmessung, Kernspintomografie oder Ultraschall: Ihre Krankenkasse rechnet die erbrachte medizinische Leistung direkt mit dem Arzt oder dem Krankenhaus ab. Möchten Sie dennoch erfahren, was eine bestimmte Behandlung kostet, können Sie sich von der Arztpraxis oder der Klinik eine Patientenquittung ausstellen lassen.

Dabei haben Sie die Wahl zwischen einer Tagesquittung, die im Anschluss an Ihren Besuch, und einer Quartalsquittung, die am Ende eines vierteljährlichen Abrechnungszeitraums ausgestellt wird. Die Tagesquittung ist kostenlos, die Quartalsquittung kostet einen Euro plus Portokosten. Auch Ihre gesetzliche Krankenkasse muss Ihnen auf Wunsch eine Quittung über alle Leistungen ausstellen, die Sie innerhalb der vergangenen 18 Monate in Anspruch genommen haben. Diese Bescheinigung ist kostenlos.

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.

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. 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 zur gesetzlichen Krankenversicherung“ des Bundesgesundheitsministeriums. Einen Bestellhinweis finden Sie auf Seite 77.

Die private Krankenversicherung

Neben den gesetzlichen Kassen stehen Ihnen unter Umständen auch die privaten Krankenversicherungen (PKV) offen. Voraussetzung ist, dass Sie etwa selbstständig, freiberuflich oder verbeamtet sind oder ein Bruttojahreseinkommen oberhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze (2013: 52.200 Euro) beziehen. Privat Versicherte müssen die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen zunächst selbst bezahlen und können sie dann mit ihrer Versicherung abrechnen. Unter Umständen ist auch eine direkte Abrechnung zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer möglich (beispielsweise bei teuren Krankenhausrechnungen), was im Regelfall das Einverständnis des Versicherungsunternehmens voraussetzt. Die Beiträge in der PKV werden im Unterschied zu denen der GKV individuell vereinbart und bemessen sich nach dem Eintrittsalter, dem Gesundheitszustand sowie den gewünschten Leistungen des Versicherten.

Wie finden Sie das passende Krankenhaus?

Als Patientin oder Patient haben Sie in Deutschland die Wahl unter mehr als 2.000 Krankenhäusern. Nicht jede Klinik ist jedoch auf alle Behandlungen spezialisiert. Um sichergehen zu können, 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. 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 Hüftgelenksopera-

tionen bedeutet dies eine wichtige Orientierungshilfe und erleichtert auch den einweisenden Ärzten und Kassen, die Kliniken zu beurteilen.

Grundlage der Krankenhausnavigateure sind die sogenannten strukturierten Qualitätsberichte, zu denen die Kliniken gesetzlich verpflichtet sind. Darin geben sie von der Anzahl der Betten über die Qualifikation ihrer 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 Krankenhausnavigateuren durch Ergebnisse von Patientenbefragungen ergänzt, die von verschiedenen Krankenkassen erhoben werden.

An wen können Sie Fragen und Beschwerden richten?

Als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung haben viele Kliniken ein Beschwerdemanagement eingerichtet. 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 ein hausinternes 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 Patientenfürsprecher zur Verfügung. Diese arbeiten ehrenamtlich und dienen als unabhängige Ansprechpartner, wenn Sie Probleme mit 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 Ihr Arzt über die notwendigen medizinischen Leistungen. Ihre Krankenkasse muss 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 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 der Krankenversicherung (MDK) zu Rate zieht, um ein Gutachten einzuholen. In diesem Fall verlängert sich die Frist um weitere zwei auf insgesamt fünf Wochen. Beauftragt Ihre Kasse einen zahnärztlichen Gutachter, 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. In diesem Fall können Sie sich die erforderliche Leistung selbst beschaffen und die Rechnung an die Kasse weiterleiten. Ihre Krankenkasse ist dann dazu verpflichtet, die Kosten in der entstandenen Höhe 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.“



Ihre Kasse muss sich bei der Genehmigung von Leistungen an klare Fristen halten

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 rechtskräftig 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.

FALLBEISPIEL:

FRISTEN FÜR DIE BEWILLIGUNG VON KASSENLEISTUNGEN

Eine 72-jährige Rentnerin benötigt einen neuen Rollstuhl und bittet ihre Krankenkasse um die Übernahme der Kosten. Es verstreichen drei Wochen, ohne dass die Frau eine Antwort erhält. Schließlich kauft sie sich den erforderlichen Rollstuhl selbst. Kurz darauf bekommt sie einen Brief, in dem ihr die Kasse mitteilt, dass sie keinen Anspruch auf einen neuen Rollstuhl habe und die Kosten nicht übernommen würden. Da die Kasse sich aber nicht an die gesetzliche Bewilligungsfrist von drei Wochen gehalten hat, muss sie der Rentnerin die Kosten schließlich doch zurückerstatten.