

Meine Rechte
als Patient

Verlag C. H. Beck



€ 4,90

Meine Rechte als Patient



Ein Wegweiser durch das
Gesundheitssystem

Mit den neuen
Patientenrechten ab März 2013

Herausgegeben von



3. Auflage

Die Broschüre ist von folgenden **Autorinnen** und **Autoren** geschrieben worden:

Prof. Dr. Kathrin Becker-Schwarze

Hochschule Fulda
Fachbereich Sozialwesen

Anette Drewes-Kirchhoff

Unabhängige Patientenberatung
Bremen

Gerd Wenzel

Der PARITÄTISCHE
Bremen

Wir bedanken uns für viele wichtige Hinweise und Anmerkungen sehr herzlich bei:

- **Ursula Faubel**, Deutsche-Rheuma Liga, Bundesverband e.V.
- **Prof. Dr. Dieter Hart**, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen
- **Werner Hesse**, Der PARITÄTISCHE Gesamtverband, Berlin
- **Marie Rösler**, Bremer Krebsgesellschaft e.V.
- **Ingeborg Simon**, Berlin
- **Olaf Woggan**, AOK Bremen/Bremerhaven

Ganz besonders bedanken wir uns bei Frau **Margret Heider**, Bremen. Sie hat den gesamten Text überarbeitet, so dass er einfacher zu lesen ist.

Anmerkungen:

An einigen Stellen verweisen wir auf Gesetze. Dabei gilt der Stand vom 1. März 2013.

Bei Berufsbezeichnungen und Personen verwenden wir meistens die Form „PatientIn“ oder „MitarbeiterIn“. Wir benutzen aber auch – in einem ausgewogenen Verhältnis – nur die weibliche oder männliche Form der Bezeichnung.

Sie finden folgende Randbemerkungen:

TIPP: nützlicher Hinweis

BERATUNG: hier empfehlen wir eine Beratung

ACHTUNG: hier besonders gut aufpassen, um einen Nachteil zu vermeiden

ZUZAHLUNG: hier müssen Sie zuzahlen, mehr dazu im Kapitel 6

Wenn Sie uns Hinweise und Anregungen oder Kritik mitteilen möchten, schreiben Sie an die Rechtsabteilung des Paritätischen Gesamtverbandes, Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin (**sozialrecht@paritaet.org**).

www.beck.de

ISBN 978 3 406 64820 5

© 2013 Verlag C.H. Beck oHG

Wilhelmstraße 9, 80801 München

Satz: Fotosatz Buck, Zweikirchener Str. 7, 84036 Kumhausen

Druck: Himmer AG, Steinerner Furt 95, 86167 Augsburg

Umschlaggestaltung: Ralph Zimmermann - Bureau Parapluie

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns, dass Sie mehr über Ihre Rechte als Patient wissen möchten. Diese Broschüre richtet sich vor allem an KassenpatientInnen.

Damit Sie sich als PatientIn für Ihre Rechte einsetzen können, müssen Sie verstehen, wie unser Gesundheitssystem überhaupt funktioniert. Sie erfahren, welche Leistungen Sie bekommen können und welche Pflichten Sie haben. Zu Ihren Pflichten gehört zum Beispiel, dass Sie in bestimmten Fällen etwas zuzahlen müssen.

Vor allem geht es aber um Sie als PatientIn:

- Wie finde ich heraus, welcher der richtige Arzt für mich ist?
- Was ist zu beachten, wenn ich ins Krankenhaus muss?
- Welche Pflichten hat der Arzt mir gegenüber?
- Was tue ich, wenn ich falsch behandelt wurde?
- Habe ich das Recht, meine Patientenakte zu lesen?
- Was ist zu beachten, wenn ich zum Zahnarzt oder zum Psychotherapeuten gehe?

Das sind einige der vielen tausend Anfragen bei den Patienten-Beratungsstellen. Sie zeigen, wie verbreitet der Wunsch nach Informationen

zum Gesundheitswesen ist. Vor allem bei länger dauernden Krankheiten tauchen immer wieder neue Fragen auf. Je besser Sie Bescheid wissen, desto besser können Sie Ihre Rechte wahrnehmen – auch wenn Sie krank sind.

Eine ganz wichtige Voraussetzung für eine gute medizinische Behandlung ist Vertrauen in die Menschen, die Sie behandeln und pflegen. Daneben ist wichtig, dass Sie mitentscheiden, was mit Ihnen passiert. Das geht besser, wenn Sie Bescheid wissen – über die medizinischen Fragen und auch über Ihre Rechte und Pflichten. Hierin wollen wir Sie mit dieser Broschüre unterstützen. Wir hoffen, dass sie Ihnen ein hilfreicher Wegweiser durch unser Gesundheitssystem ist und wünschen Ihnen alles Gute.

Wir haben in diese 3. Auflage das neue Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (das Patientenrechtegesetz), das Ende Februar 2013 in Kraft getreten ist, eingearbeitet. Außerdem ist zum Januar 2013 die Praxisgebühr entfallen.

Berlin im März 2013



Professor Dr. Rolf Rosenbrock
Vorsitzender des
Paritätischen
Gesamtverband



Gerd Wenzel
Vorsitzender des
Paritätischen
Bremen

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Wie funktioniert unser Gesundheitssystem?	5
1. Alle müssen krankenversichert sein – gesetzlich oder privat	5
a) Gesetzliche Krankenversicherung	5
b) Private Krankenversicherung	6
2. Sind auch Ausländer krankenversichert?	6
3. Wie arbeiten Krankenkassen – wofür bezahlen sie?	7
4. Welche Einnahmen haben die Krankenkassen?	9
5. So arbeiten die niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte und so rechnen sie ab	9
6. Behandlung im Krankenhaus – Stationäre Versorgung	10
7. Der ärztliche Beruf, Aufgaben der Ärztekammer	10
8. Andere Gesundheits-Fachberufe	11
9. Heilpraktiker	11
10. Selbsthilfe-Gruppen und Selbsthilfe-Organisationen	11
11. So wird entschieden, wofür die Krankenkassen zahlen müssen	12
Kapitel 2: Auf welche Leistungen habe ich Anspruch?	13
1. Leistungen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten	13
2. Leistungen bei Krankheit	14
3. Arzneimittel	16
a) Wie und wo bekomme ich Arzneimittel?	16
b) Welche Arzneimittel darf der Arzt nicht auf Kassenrezept verordnen?	16
c) Was übernimmt die Kasse und wie viel muss ich als PatientIn zahlen?	17
4. Arbeitsunfähigkeit, Krankschreibung, Krankengeld	18
5. Wofür bezahlt die Krankenkasse, wenn ich im Ausland bin?	18
6. Wie schnell entscheidet die Krankenkasse?	19
7. Was kann ich tun, wenn ich mit einer Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden bin?	19
Kapitel 3: Wie finde ich einen Arzt oder Psychotherapeuten?	21
1. Freie Arztwahl, Arztsuche im Internet und im Telefonbuch	21
a) Kann ich meine Ärztin oder Psychotherapeutin frei wählen?	21
b) Wie finde ich die richtige Ärztin?	21
2. Was bedeuten die Facharzt-Bezeichnungen?	21
3. An wen wende ich mich außerhalb der Sprechzeiten?	22
4. Kann ich für eine zweite Meinung zu einem anderen Arzt gehen?	22
Kapitel 4: Wie komme ich ins Krankenhaus?	23
1. Kann ich das Krankenhaus frei wählen und wie finde ich das richtige Krankenhaus?	23
2. Was ist bei einem Krankenhausaufenthalt wichtig?	24
3. Was ist bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu beachten?	25
4. Welche Möglichkeiten gibt es, wenn ich nach der Entlassung noch Unterstützung brauche?	26
5. In welchen Fällen bezahlt die Krankenkasse die Fahrt ins Krankenhaus?	27

Kapitel 5: Worauf muss mich der Arzt hinweisen? Welche Pflichten hat der Arzt?	28
1. Worüber muss mich die Ärztin informieren und aufklären?	28
a) Aufklärung für eine sichere Behandlung	28
b) Aufklärung für die Selbstbestimmung – mein Recht über die Behandlung zu bestimmen	28
c) Worüber muss ich aufgeklärt werden und wie ausführlich?	28
d) Wann und wie muss ich aufgeklärt werden?	29
e) Wer ist einwilligungsfähig und wer nicht?	30
2. Was muss die Ärztin über mich aufschreiben und aufbewahren? Habe ich das Recht, alles zu lesen, was die Ärztin über mich notiert hat?	30
3. Die Schweigepflicht des Arztes	32
Kapitel 6: Wann muss ich etwas zuzahlen?	34
1. Zuzahlungen, Selbstbeteiligung	34
a) Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten und Verbandmitteln	34
b) Zuzahlung bei Heilmitteln und Hilfsmitteln	34
c) Zuzahlung bei häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe	35
d) Zuzahlung bei Soziotherapie	35
e) Selbstbeteiligung, Zuschuss der Krankenkasse	35
f) Quittungen aufbewahren	35
2. Zuzahlungen im Krankenhaus und in der Rehabilitation	35
3. Zuzahlung bei Taxifahrten und Krankentransporten	36
4. Wann und wie kann ich mich von Zuzahlungen befreien lassen?	36
5. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	38
6. Was ist, wenn ich nicht zum vereinbarten Arzttermin komme?	39
7. Welche Leistungen hat der Arzt oder das Krankenhaus für meine Behandlung abgerechnet? Was hat die Krankenkasse für mich bezahlt?	40
Kapitel 7: Was kann ich tun, wenn der Arzt einen Fehler gemacht hat?	41
1. Wann hat sich ein Arzt falsch verhalten?	41
a) Behandlungs-Fehler	41
b) Aufklärungs-Fehler	42
c) Organisations-Fehler	42
2. Was muss ich beweisen, wenn es um einen Behandlungs-Fehler oder einen Aufklärungs-Fehler geht?	42
3. Wie kann ich einen ärztlichen Fehler nachweisen?	43
4. Bei welchen Schäden kann ich auf Schadenersatz klagen?	44
5. Wie kann ich vorgehen, wenn ich einen Fehler beim Arzt oder beim Krankenhaus vermute?	44
a) Gütliche Einigung	44
b) Unterstützung durch die Krankenkassen	44
c) Schlichtungsstellen oder Gutachter-Kommissionen der Ärztekammern	45
d) Schlichtungsstellen der Zahnärztle- und Psychotherapeutenkammern	46
6. Soll ich mich durch einen Rechtsanwalt beraten lassen? Kann ich mir das leisten?	46

Kapitel 8: Zahnärztliche Leistungen	47
1. Was ist ein Heil- und Kostenplan und wann ist er sinnvoll?	47
2. Kieferorthopädische Leistungen	47
3. Zahnersatz und Implantate	48
a) Zahnersatz	48
b) Implantate	48
c) Wonach berechnet die Krankenkasse ihren Zuschuss? Was ist die Regelversorgung?	48
4. Wie viel zahlt die Krankenkasse bei Kieferorthopädie und Zahnersatz?	49
a) Selbstbeteiligung bei kieferorthopädischer Behandlung (KFO) Ihres Kindes	49
b) Eigenanteil, Festzuschuss und Bonus bei Zahnersatz	50
c) Zahnersatz im oder aus dem Ausland	51
5. Kosten für Zahnfüllungen	51
6. Wie verhalte ich mich, wenn ich mit Leistungen der Zahnärztin unzufrieden bin? . .	52
Kapitel 9: Psychotherapeutische Leistungen	54
1. Was ist Psychotherapie und wer darf sich Psychotherapeut nennen?	54
a) Psychotherapie zur Behandlung einer Erkrankung	54
b) Psychotherapie als Lebensberatung oder zur besseren Lebensbewältigung	54
2. Welche psychotherapeutischen Leistungen übernimmt meine Krankenversicherung und wie läuft das Verfahren ab?	55
a) Ambulante Psychotherapie	55
b) Stationäre psychotherapeutische Behandlung	57
3. Wie finde ich den richtigen Psychotherapeuten und welche Behandlungsform eignet sich für mich?	58
4. Vereinbarungen über Termine, Ausfallhonorar und Urlaub	59
Kapitel 10: Wo finde ich gute und sichere Informationen?	60
1. Informationen über Krankheiten	60
2. Informationen über Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser	60
3. Informationen über Arzneimittel und Hilfsmittel	61
4. Selbsthilfegruppen und Patienten-Beratungsstellen	61
5. Patienten-Verfügung, Betreuungs-Verfügung, Vorsorge-Vollmacht	62
6. Richtlinien, Gesetze, Urteile	62
Stichwortverzeichnis	63

Kapitel 1: Wie funktioniert unser Gesundheitssystem?

1. Alle müssen krankenversichert sein – gesetzlich oder privat

Alle Bürger in Deutschland müssen krankenversichert sein. Wer nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, muss sich privat versichern. Von 100 Personen sind bei uns 90 in einer gesetzlichen Krankenversicherung (also Kassen-Versicherte) und 10 in einer privaten.

a) Gesetzliche Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist man entweder pflichtversichert, familienversichert oder freiwillig versichert.

Pflichtversichert sind

- alle ArbeitnehmerInnen, die im Jahr mehr als 5.400 € (monatlich 450 €) verdienen, höchstens aber 52.200 € (monatlich 4.350 €). Das ist die Versicherungspflicht-Grenze für 2013 (mehr dazu weiter unten: freiwillig versichert),
- Rentnerinnen und Rentner, die vor ihrer Rente in der zweiten Hälfte ihres Arbeitslebens mindestens 90% dieser Zeit gesetzlich versichert waren.
- Auszubildende, Studierende und Praktikanten bis zum Ende des 14. Semesters, sie dürfen jedoch nicht älter als 29 Jahre sein. Unter bestimmten – hier nicht näher beschriebenen Bedingungen – auch über das 14. Semester und über 29 Jahre hinaus,
- Personen, die Arbeitslosengeld 1 oder Arbeitslosengeld 2 bekommen,
- KünstlerInnen und SchriftstellerInnen; Land- und Forstwirte (auch wenn sie selbständig sind),
- behinderte Menschen, die in Werkstätten oder anderen Einrichtungen arbeiten,
- Personen, die bisher nicht krankenversichert waren (zum Beispiel weil sie aus dem Ausland eingereist sind); dabei ist egal, ob sie schon einmal gesetzlich krankenversichert oder noch gar nicht krankenversichert waren.

BERATUNG: Hier gibt es immer wieder schwierige Einzelfälle, in denen es zu Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse kommen kann, ob Sie dort versichert sind oder nicht. Lassen Sie sich in so einem Fall von einer Patienten-Beratungsstelle beraten.

Familienversichert sind:

- Ehepartner, auch eingetragene Lebenspartner gleichen Geschlechts (nach dem Lebenspartnerschafts-Gesetz),
- Kinder eines Pflichtversicherten dazu gehören auch:
 - Stief-, Pflege- und Enkelkinder
 - Kinder, die adoptiert werden sollen
 - Kinder des eingetragenen Lebenspartners, grundsätzlich bis zum Alter von einschließlich 17 Jahren,
- Kinder bis 22 Jahre, wenn sie nichts verdienen,
- Kinder bis 24 Jahre, wenn sie in einer Schul- oder Berufsausbildung oder im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr sind; durch Wehrdienst oder Zivildienst erhöht sich die Altersgrenze,
- behinderte Kinder unter bestimmten Voraussetzungen ohne Altersgrenze, wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht selbst sicherstellen können.

Familienversicherte müssen in Deutschland wohnen. Sie dürfen ein geringes eigenes Einkommen haben, etwa aus Erwerbstätigkeit, aus Mieteinnahmen oder aus Zinsen. Dieses Einkommen darf in den alten Bundesländern höchstens 385 € im Monat betragen, in den neuen Bundesländern höchstens 325 € (ab 2013). Wenn Sie in einem Minijob arbeiten, dürfen Sie bis zu 450 € monatlich verdienen.

Wer selbst Mitglied einer Krankenkasse ist oder hauptberuflich als Selbständiger arbeitet, kann nicht familienversichert sein.

Wenn ein Elternteil

- privat versichert ist und
- regelmäßig mehr als 4.350 € im Monat verdient (das ist die Versicherungspflicht-Grenze 2013) und
- regelmäßig mehr verdient als der andere Elternteil, der gesetzlich versichert ist,

sind **auch die Kinder privat versichert**. Sie sind dann nicht familienversichert.

Freiwillig versichert:

Manchmal fällt der Grund für die gesetzliche Krankenversicherung weg. Beispiele:

- Sie machen sich selbständig. Bisher haben Sie Arbeitslosengeld 2 bekommen. Oder:

- Sie verdienen in einem Jahr mehr als 52.200 € (Versicherungspflicht-Grenze 2013). Dann endet Ihre Versicherungspflicht zum Ende dieses Jahres. Oder:
- Sie lassen sich scheiden. Bisher waren Sie bei Ihrem Ehepartner familienversichert.

BERATUNG: In diesen Fällen können Sie sich freiwillig weiter versichern. Sie müssen dies innerhalb von drei Monaten der Krankenkasse mitteilen. Wenn Sie sich erst später dazu entscheiden, lassen Sie sich beraten, bei einer Krankenkasse oder einer Patienten-Beratungsstelle.

Wenn Sie als RentnerIn die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung nicht erfüllen, können Sie sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Als freiwillig Versicherter erhalten Sie von Ihrer Rentenversicherung einen Zuschuss. Wenn Sie ergänzend zu Ihrer Rente Grundsicherung im Alter bekommen, wird der Beitrag zur Krankenversicherung bei der Berechnung der Leistung berücksichtigt.

Wenn Sie zwei Monate oder länger keinen Beitrag an die Krankenkasse gezahlt haben, auch nach einer Mahnung nicht, dann **ruht die Krankenversicherung**. Sie bekommen dann keine Leistungen mehr. Allerdings muss die Krankenkasse eine Behandlung bezahlen, wenn Sie akut krank sind oder Schmerzen haben und auch bei Schwangerschaft und Geburt. Sie bekommen wieder die vollen Leistungen,

- wenn Sie alle fehlenden Beiträge nachgezahlt haben oder
- wenn Sie Anspruch auf Arbeitslosengeld 2 oder Sozialhilfe haben.

Nicht pflichtversichert sind:

- Selbständige,
- Beamte, Richter, Soldaten, Pastoren und alle Personen, die Beihilfe wie Beamte bekommen,
- Personen, die in einem Jahr mehr als 52.200 € verdienen (das entspricht 4.350 € im Monat und ist die Versicherungspflicht-Grenze 2013) ab dem darauf folgenden Jahr,
- Personen, die ausschließlich mit einem Minijob regelmäßig höchstens 450 € im Monat verdienen. Viele von Ihnen sind beim Partner oder den Eltern familienversichert.

Diese Personen müssen sich auf andere Weise krankenversichern.

b) Private Krankenversicherung

Wer nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung ist, muss privat krankenversichert sein.

Auch als Kassen-Versicherter können Sie sich für bestimmte Leistungen zusätzlich privat versichern, zum Beispiel für Zahnersatz oder für eine Behandlung im Krankenhaus. Viele gesetzliche Krankenkassen arbeiten mit privaten Versicherungen zusammen.

Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, wenn Sie mehr darüber wissen wollen. Diese Angebote sind aber nicht immer günstig. Vergleichen Sie deshalb verschiedene Angebote, zum Beispiel über die Stiftung Warentest.

ACHTUNG: Wenn Sie EmpfängerIn von Arbeitslosengeld 2 sind, können Sie bei Ihrer privaten Versicherung in den Basistarif wechseln. Beim Basistarif entsprechen Leistungen und Prämie denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, bei Arbeitslosengeld 2-EmpfängerInnen nur den halben Beitrag in Rechnung zu stellen. Das Jobcenter ist verpflichtet Ihre Versicherungskosten in Höhe des halben Beitrags zu übernehmen.

2. Sind auch Ausländer krankenversichert?

AusländerInnen, die in Deutschland leben, eine versicherungspflichtige Beschäftigung haben und einen gesicherten Aufenthaltsstatus haben, sind **genau so versichert wie Deutsche**. Wer selbständig tätig ist, kann sich eventuell zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung entscheiden.

Für AusländerInnen aus den Staaten der EU gilt die **Arbeitnehmerfreizügigkeit**. Wenn sie noch auf Arbeitssuche in Deutschland sind und sich hier nur kurzzeitig aufhalten, bleiben sie Mitglied in der Krankenversicherung ihres Heimatstaates. Sie können sich mit der Europäischen Krankenversi-

cherungskarte aber im Notfall in Deutschland behandeln lassen. Bei längeren Aufenthalten kann der Leistungsanspruch der Europäischen Versichertenkarte durch die Krankenversicherung des Heimatstaates erweitert werden. Unter Umständen kommt auch eine Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland in Betracht, wenn die EU-Bürgerin sich arbeitslos meldet oder dauerhaft in Deutschland lebt. In manchen Fällen wird aber auch eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden müssen.

BERATUNG: Lassen Sie sich bei einer gesetzlichen Krankenversicherung beraten, etwa bei der AOK.

AusländerInnen, die als **Asylbewerber** nach Deutschland eingereist sind, erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. In den ersten vier Jahren ihres Hierseins bekommen sie bei einer Erkrankung nur Leistungen, die unbedingt notwendig sind. Leben sie länger als vier Jahre in Deutschland, erhalten sie die Leistungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.

AusländerInnen aus den Staaten der EU, die als **Touristen** nach Deutschland eingereist sind, sind regelmäßig in ihrem Heimatstaat krankenversichert. Sie können in Deutschland behandelt werden. Das muss der Ausländer entweder selbst bezahlen und sich von der Krankenversicherung seines/ihrer Heimatstaates erstatten lassen oder die Leistungen werden über die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Versicherung des Heimatstaates direkt abgerechnet.

Es kommt aber immer wieder vor, dass AusländerInnen **nicht krankenversichert** sind, etwa wenn sie als Touristen aus einem Nicht-EU-Land eingereist sind oder sich nicht legal in Deutschland aufhalten. Eine Krankenbehandlung in Deutschland ist für AusländerInnen, die nicht krankenversichert sind, sehr schwierig. Sie ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn der Ausländer eingereist ist, um sich in Deutschland behandeln zu lassen. Dann wird nur Nothilfe geleistet und der Ausländer in sein Heimatland zurück gebracht. In Großstädten gibt es häufig Organisationen wie MediNetz, die solchen AusländerInnen helfen und sie an ÄrztInnen vermitteln, die sie kostenlos behandeln.

3. Wie arbeiten Krankenkassen – wofür bezahlen sie?

Die Krankenkassen bezahlen für sogenannte **Sachleistungen**. Das sind die Untersuchungen und Behandlungen, Medikamente und Hilfsmittel, die Sie bekommen. Welche Sachleistungen Ihnen zustehen, vereinbaren die Krankenkassen mit den sogenannten **Leistungserbringern** (Ärzte, Personen aus anderen Gesundheitsberufen, Krankenhäuser, Apotheken usw.). Mit ihnen rechnen die Krankenkassen auch direkt die Kosten ab.

Als Kassen-Versicherte haben Sie mehrere Möglichkeiten:

- Sie haben die Wahl zwischen fast allen Krankenkassen.
- Sie können zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Sie müssen mindestens 18 Monate in Ihrer Krankenkasse bleiben, bevor sie erneut die Kasse wechseln können.

ACHTUNG: Wenn Ihre Krankenkasse Zusatzbeiträge (siehe Abschnitt 3) neu erhebt oder erhöht, haben Sie das Recht zu kündigen.

- Sie können Kostenerstattung wählen oder an besonderen Programmen teilnehmen (siehe unten). Damit verpflichten Sie sich für eine bestimmte Zeit, in der Regel zwischen einem und drei Jahren, in derselben Kasse zu bleiben. In dieser Zeit können Sie nicht kündigen. Falls Sie sich dazu entscheiden wollen, lassen Sie sich unbedingt vorher von Ihrer Krankenkasse beraten.

Sie können statt der Sachleistung **Kostenerstattung** wählen. Das heißt, wie ein Privatpatient bekommen Sie eine Rechnung, die Sie selbst bezahlen. Dann stellen Sie bei Ihrer Krankenkasse den Antrag, die Kosten zu erstatten. Sie bekommen allerdings nur einen Teil der Kosten erstattet, nicht alles.

Es kann auch sein, dass Ihre Krankenkasse Leistungen ablehnt, die Sie gerne haben möchten und Sie diese Leistungen dann erst einmal selbst bezahlen. Der Ablehnung können Sie widersprechen und, falls dies keinen Erfolg hat, klagen. Wenn Sie am Ende Recht bekommen, muss die Kasse Ihnen die Kosten eventuell doch erstatten.

Viele Krankenkassen bieten verschiedene **Wahltarife und Programme** an, denen Sie sich **als Patient freiwillig** anschließen können. Dazu zählen:

→ **DMP (Disease Management Programme = strukturierte Behandlungsprogramme)**

Das sind „Behandlungs-Pakete“ für Versicherte mit chronischen Erkrankungen. Zurzeit gibt es DMP's für folgende Erkrankungen:

- Brustkrebs,
- Diabetes mellitus,
- koronare Herzkrankheit,
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD).

Diese Programme sollen helfen, chronisch Kranke medizinisch besser zu versorgen.

→ **Hausarzt-Modell**

Bei diesem Programm verpflichten Sie sich für mindestens ein Jahr, immer zuerst zu Ihrem Hausarzt zu gehen. Er entscheidet mit Ihnen, ob eine Überweisung zu einem Facharzt notwendig ist. Ausnahme: Zum Augenarzt oder zur Frauenärztin können Sie direkt gehen, ohne Überweisung vom Hausarzt. Wenn Sie den Hausarzt wechseln wollen, brauchen Sie dafür einen wichtigen Grund. Sie können also Ihre Ärztin nicht völlig frei wählen. Alle Krankenkassen müssen das Hausarzt-Modell anbieten.

→ **Besondere ambulante ärztliche Versorgung**

An diesem Programm können Menschen mit bestimmten schweren Erkrankungen teilnehmen. Sie verpflichten sich damit für mindestens ein Jahr, zur Behandlung dieser Krankheiten immer zu denselben Ärzten zu gehen. Dafür schließen die Krankenkassen Verträge mit niedergelassenen Ärzten ab, die besonders viel Erfahrung mit diesen ausgesuchten Erkrankungen haben.

→ **Integrierte Versorgung (auch: Koordinierte Behandlung)**

Hierbei arbeiten Haus- und Fachärzte, Personen aus anderen Gesundheitsberufen, Krankenhäuser, Gesundheitszentren usw. eng zusammen. Gemeinsam

schließen sie Verträge mit den Krankenkassen ab. So soll bei bestimmten Erkrankungen, zum Beispiel Herzkrankheiten, erreicht werden, dass die verschiedenen Behandler „Hand in Hand“ arbeiten.

→ **Bonusprogramme und Wahltarife der Krankenkassen**

- **Bonusprogramme:** Ihre Krankenkasse „belohnt“ Sie mit einer Geld- oder Sach-Prämie, wenn Sie regelmäßig zu Früherkennungs-Untersuchungen gehen oder an Gesundheits-Kursen (zum Beispiel Sport, Fitness, Ernährung) teilnehmen. Die Kurse müssen von Ihrer Krankenkasse anerkannt sein.
- **Wahltarife:** Sie verpflichten sich, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu zahlen oder für eine bestimmte Zeit nur selten zum Arzt zu gehen. Dafür erhalten sie eine Prämie. Wahltarife gelten für ein bis drei Jahre, solange können Sie auch die Kasse nicht wechseln. Prüfen Sie vorher, ob es weitere Nachteile oder besondere Risiken für Sie gibt.

Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse eine **Krankenversichertenkarte**. Damit weisen Sie nach, dass Sie gesetzlich versichert sind. Sie müssen diese Karte beim Arzt oder im Krankenhaus vorlegen. Wenn Sie sie verlieren, bekommen Sie von Ihrer Krankenkasse eine neue Karte. Das kann 5 € kosten.

Seit dem Jahr 2012 wird die bisherige Krankenversichertenkarte schrittweise gegen eine **elektronische Gesundheitskarte** ausgetauscht. Auf dieser elektronischen Gesundheitskarte können auch Daten zu Ihrer Gesundheit gespeichert werden. Das geschieht nur, wenn Sie mit der Speicherung einverstanden sind, Sie können der Speicherung in jedem einzelnen Fall auch widersprechen..

→ **MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)**

Vor wichtigen Entscheidungen über Ihre Behandlung oder bei Fragen zur Krankschreibung müssen die Krankenkassen den MDK hinzuziehen. Er berät die Krankenkassen in medizinischen und zahnmedizinischen Fragen. Das Gutachten des MDK hilft der Krankenkasse zu entscheiden, ob sie zum Beispiel eine bestimmte Behandlung bezahlt. Falls Sie sich gegen eine Entscheidung der Krankenkasse wehren wollen, richten Sie Ihren Widerspruch gegen die Krankenkasse und nicht gegen den MDK (mehr zum

Widerspruch in Kapitel 2 Abschnitt 7). Sie haben das Recht, das Gutachten des MDK zu lesen.

4. Welche Einnahmen haben die Krankenkassen?

Die Haupt-Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen sind die monatlichen Beiträge der Versicherten. Diese Beiträge errechnen sich aus den **beitragspflichtigen Einnahmen** der Versicherten, vor allem aus Löhnen und Gehältern, Renten, Pensionen und Versorgungsbezügen. Seit dem 1. Januar 2011 gilt ein **einheitlicher Beitragssatz**: er beträgt **15,5%** dieser Einnahmen. Davon zahlt zunächst der Arbeitnehmer 0,9%. Der Rest von 14,6% wird je zur Hälfte vom Arbeitgeber (7,3%) und von der Arbeitnehmerin getragen. Die Arbeitnehmerin oder Rentnerin zahlt also insgesamt 8,2% (7,3% plus 0,9%). Ab einem Einkommen von 3.937,50 € monatlich steigen die Krankenkassenbeiträge nicht weiter an (das ist die **Beitragsbemessungsgrenze** 2013).

Alle Versicherten-Beiträge bundesweit werden in einen „Topf“ eingezahlt, den **Gesundheitsfonds**. Aus diesem „Topf“ erhalten die einzelnen Krankenkassen Geld. Wie viel das ist, hängt von der Zahl der Versicherten, ihrem Alter, ihrem Geschlecht und ihrem Gesundheitszustand ab. So bekommt eine Kasse für einen älteren, schwerkranken Menschen mehr Geld als für einen jungen gesunden Versicherten.

Die Krankenkassen können Überschüsse an ihre Versicherten weitergeben, also Beitragsanteile zurückzahlen. Wenn aber das Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreicht, können sie einen einkommensunabhängigen **Zusatzbeitrag** verlangen. Der Zusatzbeitrag ist in der Höhe nicht begrenzt. Der Zusatzbeitrag ist für alle Versicherten einer Krankenkasse gleich hoch. Wenn Sie den Zusatzbeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, kann die Krankenkasse von Ihnen einen Verspätungszuschlag von mindestens 20 € verlangen. Von dem Zusatzbeitrag sind bestimmte Personengruppen ausgenommen, etwa behinderte Menschen, die in Werkstätten beschäftigt sind.

Wenn die Krankenkasse einen solchen Zusatzbeitrag zum ersten Mal einfordert oder ihn erhöht oder wenn sie bisher Beitragsanteile zurückgezahlt hat und diese Rückzahlung verringert, können Sie zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Das heißt, in diesem Fall haben Sie ein **Sonderkündigungsrecht**.

Aus den unterschiedlich hohen Zusatzbeiträgen der verschiedenen Krankenkassen wird für ganz Deutschland ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag ermittelt. Übersteigt dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag 2% der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, besteht Anspruch auf einen **Sozialausgleich**. Der Sozialausgleich wird automatisch von Ihrem Arbeitgeber oder Ihrer Rentenversicherung umgesetzt.

Bei den BezieherInnen von Arbeitslosengeld 1 oder Kurzarbeitergeld oder von Arbeitslosengeld 2 (Hartz IV) darf der Zusatzbeitrag Ihrer Krankenkasse höchstens so hoch sein wie der durchschnittliche Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitrag wird direkt von der Bundesagentur für Arbeit oder dem Jobcenter mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Sie müssen Ihrer Krankenkasse lediglich nachweisen, dass Sie Arbeitslosengeld 1 oder 2 oder Kurzarbeitergeld erhalten. Zurzeit werden noch keine Zusatzbeiträge erhoben (im Jahr 2013).

5. So arbeiten die niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte und so rechnen sie ab

Alle niedergelassenen Kassen-ÄrztInnen und -PsychotherapeutInnen sind Mitglied in einer **kassenärztlichen Vereinigung (KV)**. Kassen-ZahnärztInnen gehören einer **kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV)** an. Nur die in der KV oder KZV organisierten ÄrztInnen dürfen die Behandlung von gesetzlich versicherten Personen gegenüber der KV oder KZV abrechnen.

Für die kassenärztlichen Leistungen zahlen die Krankenkassen eine Gesamtsumme an die KV. Diese wird auf alle Kassen-ÄrztInnen aufgeteilt. Den ÄrztInnen steht für ihre Leistungen ein fester Preis in Euro und Cent zu. Die Bezahlung wird durch einen Vertrag zwischen den ÄrztInnen und der KV geregelt. Kassen-ÄrztInnen heißen daher auch **Vertragsärzte**.

In dem Vertrag steht:

- welche Leistungen der Kassen-Arzt für Kassen-Patienten abrechnen kann und
- wie oft er die einzelnen Leistungen in einem Quartal (drei Monate) abrechnen kann; dies ist das „Regelleistungsvolumen“.

Die Ärztin soll nur medizinisch notwendige Maßnahmen durchführen. Die Begrenzungen im Vertrag sollen überflüssige Leistungen verhindern. Hält sich die Ärztin nicht daran, bekommt sie die „zu viel“ ausgeführten Leistungen schlechter bezahlt. Halten sich viele ÄrztInnen nicht daran, werden für das nächste Quartal die Grenzen noch enger gesteckt. Das heißt, für bestimmte Leistungen erhalten die ÄrztInnen noch seltener den vollen Preis.

Auch für das Verschreiben von **Medikamenten, Verbandmitteln sowie Heilmitteln** für Kassen-Versicherte gelten Grenzen. Die sogenannten **Richtgrößen** legen fest, wie viel der Arzt durchschnittlich je Patient verordnen kann. Wenn der Arzt mehrfach erheblich mehr verordnet, wird er genau überprüft. Kommt dabei heraus, dass nicht alle seine Verordnungen notwendig waren, muss er die „zu viel“ verschriebenen Mittel oder Behandlungen selbst bezahlen.

BERATUNG: Deshalb scheuen sich ÄrztInnen oft, zum Beispiel teure Medikamente oder Krankengymnastik zu verordnen. Medizinisch notwendige Mittel oder Behandlungen müssen sie aber verschreiben. Bei Problemen wenden Sie sich am besten an eine Patienten-Beratungsstelle.

Ein Kassen-Arzt kann seinen Kassen-PatientInnen zusätzliche Leistungen anbieten, die medizinisch nicht notwendig sind. Die PatientInnen müssen diese „**Individuellen Gesundheits-Leistungen**“ (IGeL, siehe Kapitel 6 Abschnitt 5) selbst bezahlen.

Der Arzt/Psychotherapeut stellt dafür eine Privatrechnung nach der **Gebührenordnung** für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) aus. ZahnärztInnen richten sich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die GOÄ und die GOZ enthalten einen Katalog von Leistungen, denen eine Gebühr zugeordnet ist. So kann beispielsweise eine eingehende Beratung nach dem 1-fachen Satz der GOÄ 8,74 € kosten. Im Regelfall wird aber nicht der einfache Satz abgerechnet, sondern ein **Steigerungssatz** von 2,3, also $2,3 \times 8,74 \text{ €} = 20,10 \text{ €}$. In besonders schwierigen Fällen kann die Ärztin den einfachen Satz bis zum 3,5-Fachen steigern, wenn sie dies gut begründen kann. Laborleistungen dürfen nur mit dem 1 bis 1,3-fachen Satz berechnet werden.

TIPP: Sie können die Rechnung Ihrer Ärztin von der Ärztekammer überprüfen lassen, wenn Sie mit ihr nicht einverstanden sind.

Manche ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und ZahnärztInnen sind nicht Mitglied der KV. Sie behandeln nur **privat versicherte Patienten**. Bei diesen ÄrztInnen können Kassen-PatientInnen sich nur auf eigene Kosten behandeln lassen.

6. Behandlung im Krankenhaus – Stationäre Versorgung

Wenn ein Patient nicht ambulant behandelt werden kann, weist die Ärztin ihn ins Krankenhaus ein.

In den Krankenhäusern gibt es verschiedene **Abteilungen oder Kliniken** (Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Frauenheilkunde usw.) mit jeweils einer oder mehreren Stationen. Krankenhäuser beteiligen sich zunehmend auch an der ambulanten Versorgung. So gibt es spezielle Leistungen, die vor allem im Krankenhaus angeboten werden, etwa aufwändige Untersuchungen. Zum andern werden immer mehr Operationen ambulant durchgeführt. Die PatientInnen übernachten dann nach der Operation schon wieder zuhause.

Für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus braucht ein Kassen-Versicherter von einer Kassen-Ärztin eine **Überweisung**, für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus eine **Einweisung** (Verordnung zur stationären Krankenhausbehandlung). Mehr zur stationären Behandlung in Kapitel 4.

7. Der ärztliche Beruf, Aufgaben der Ärztekammer

Nach dem Abschluss des Medizinstudiums erhält eine Ärztin vom Staat die Erlaubnis (Approbation), als Ärztin zu arbeiten. Sie kann dann ihre **Weiterbildung zur Fachärztin** beginnen, die durch die Ärztekammer geregelt ist. Heute darf nur ein Facharzt (Arzt für ...) eine Praxis für Kassen-Versicherte gründen. Früher gab es diese Vorschrift nicht.

Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen erhalten ihre Berufserlaubnis (Approbation) nach dem Abschluss der staatlich geregelten psychotherapeutischen Ausbildung. Vorher haben sie ein Universitätsstudium in Psychologie abgeschlossen. Bei Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kann es auch ein Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik sein.

Alle ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, ZahnärztInnen und ApothekerInnen sind in Kammern organisiert. Die Kammern legen in den **Berufsordnungen** die beruflichen Pflichten ihrer Mitglieder fest und achten darauf, dass sie eingehalten werden. Dazu gehören Pflichten des Arztes/Psychotherapeuten gegenüber dem Patienten, etwa die Schweigepflicht sowie die Pflicht zur Aufklärung und Aufzeichnung (Dokumentation). Ebenso gehört dazu das Recht des Patienten, sich die Aufzeichnungen über seine Person anzusehen.

Die Kammern sind **auch für PatientInnen** da. Als PatientIn können Sie dort

- sich über einen Arzt oder Psychotherapeuten beschweren,
- eine ärztliche Privatrechnung überprüfen lassen,
- sich beraten lassen, wenn Sie dauerhafte körperliche Beschwerden haben, die Sie auf eine falsche Behandlung zurückführen.

Zum letzten Punkt: Die Kammern haben Schlichtungsstellen oder Gutachten-Kommissionen eingerichtet. Sie prüfen und beurteilen, ob die ärztliche Behandlung Ihre Gesundheit geschädigt hat. Mehr dazu in Kapitel 7.

8. Andere Gesundheits-Fachberufe

Nicht nur ÄrztInnen, ZahnärztInnen, PsychotherapeutInnen und ApothekerInnen kümmern sich um die Behandlung von Kranken. An der gesundheitlichen Versorgung wirken viele Menschen aus anderen medizinischen Fachberufen mit, zum Beispiel:

Medizinische Fachangestellte (alte Bezeichnung: ArzthelferInnen), KrankengymnastInnen (PhysiotherapeutInnen), Masseur, Krankenpflegekräfte, Hebammen, medizinisch-technische AssistentInnen (MTA's), SprachheiltherapeutInnen (Logopäden), BeschäftigungstherapeutInnen (ErgotherapeutInnen),

medizinische FußpflegerInnen (Podologen), OptikerInnen, OrthopädienschuhmacherInnen, ZahntechnikerInnen und andere.

Sie arbeiten mit den Ärzten zusammen und überwiegend auf ärztliche Anweisung. Viele brauchen dazu einen schriftlichen ärztlichen Auftrag (Verordnung, Rezept).

9. Heilpraktiker

Grundsätzlich dürfen neben ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nur HeilpraktikerInnen die „Heilkunde“ am Menschen ausüben.

Die Ausbildung zum Heilpraktiker ist nicht staatlich geregelt. Um als HeilpraktikerIn tätig sein zu dürfen, braucht man eine Erlaubnis des Gesundheitsamtes. Das Gesundheitsamt überprüft lediglich, ob der Antragsteller so viel weiß und kann, dass eine heilkundliche Tätigkeit von ihm nicht zu Schäden an der Gesundheit seiner PatientInnen führen könnte.

HeilpraktikerInnen sind **nicht zur Versorgung von Kassenpatienten zugelassen** und dürfen nur frei verkäufliche Medikamente verschreiben. Das heißt: Als PatientIn müssen Sie alle Leistungen eines Heilpraktikers selbst bezahlen.

10. Selbsthilfe-Gruppen und Selbsthilfe-Organisationen

Selbsthilfe-Gruppen und -Organisationen entstehen aus dem Wunsch von Betroffenen, besser mit ihrer Krankheit leben zu lernen. Sie informieren und beraten zu der Erkrankung und besorgen teilweise auch fachliche Hilfe, etwa bei Diabetes, Rheuma oder Krebs. In Selbsthilfe-Gruppen finden sich Menschen mit der gleichen Erkrankung zusammen. Sie tauschen ihre Erfahrungen aus und unterstützen sich gegenseitig.

Viele Selbsthilfe-Gruppen finden Sie im Internet bei der BAG Selbsthilfe, beim PARITÄTISCHEN oder beim Gesundheitsamt in Ihrer Stadt. Die Selbsthilfegruppen für Menschen mit seltenen Erkrankungen sind in der ACHSE zusammengeschlossen, der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen. (Adressen in Kapitel 10 Abschnitt 4)

Oft werden Selbsthilfegruppen von den Krankenkassen gefördert (siehe Kapitel 2 Abschnitt 1). Auch Pharmaunternehmen unterstützen Selbsthilfegruppen mit Geld. Das ist in Ordnung, wenn es offen gesagt wird und wenn das Pharmaunternehmen keine Bedingungen für Beratungen und Informationen stellt. Einzelne Gruppen haben sich allerdings von Pharmaunternehmen abhängig gemacht. Sie beraten und informieren zum Vorteil dieser Unternehmen.

TIPP: Um sich davon abzugrenzen, haben sich viele Selbsthilfegruppen deshalb einer Selbstverpflichtung angeschlossen (siehe die Leitsätze der BAG-Selbsthilfe, im Internet zu finden unter www.bag-selbsthilfe.de → BAG Selbsthilfe intern → Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe) und einem Monitoring-Verfahren unterworfen. Von diesen Selbsthilfegruppen können Sie unabhängige Informationen erwarten.

11. So wird entschieden, wofür die Krankenkassen zahlen müssen

Im Sozialgesetzbuch 5 (SGB 5) ist gesetzlich festgelegt, auf welche Leistungen ein Versicherter Anspruch hat. Medizin und Technik entwickeln sich aber immer weiter. So verändern sich laufend die medizinischen Leistungen und es kommen neue hinzu. Daher muss immer wieder überprüft und neu festgelegt werden, wie Untersuchungen und Behandlungen ablaufen sollen. Auch muss immer wieder entschieden werden, welche Leistungen die Krankenkassen bezahlen müssen.

Dafür ist der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** zuständig. In ihm sind vertreten: KassenärztInnen und -zahnärztInnen, Krankenhäuser und Krankenkassen. Vertreter von PatientInnen und Selbsthilfe gehören auch dazu, sie können aber nicht mit abstimmen. Der Vorsitzende ist unabhängig, er gehört zu keiner der genannten Gruppen.

Der oberste Grundsatz ist: Die Versicherten sollen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ versorgt werden. Auf dieser Grundlage verfasst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) **Richtlinien**. Sie legen fest, welche medizinischen Maßnahmen notwendig sind und bezahlt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Richtlinien, bevor sie in Kraft treten.

Kapitel 2: Auf welche Leistungen habe ich Anspruch?

Im Sozialgesetzbuch 5 werden sehr viele medizinische Leistungen aufgeführt. Wer sie anbietet, muss das **Wirtschaftlichkeitsgebot** beachten. Das heißt, die Versicherten sollen das Notwendige erhalten und zielgerichtet und nach heutigem Wissen, sparsam und wirksam, aber nicht überflüssig behandelt werden.

1. Leistungen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten

Die Krankenkasse bezahlt folgende Maßnahmen für Kinder und Erwachsene zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten:

→ Bonusprogramme:

um Sie zu ermuntern, etwas für Ihre Gesundheit zu tun; Gesundheits-Kurse etwa zu Bewegung und richtiger Ernährung. Die Programme sind unterschiedlich. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.

→ Schutzimpfungen:

zum Beispiel für Kinder gegen Masern, Mumps, Röteln oder für Erwachsene gegen Grippe oder Wundstarrkrampf (Tetanus). Neben diesen bekannten Impfungen können die Krankenkassen auch weitere Impfungen übernehmen. Fragen Sie nach.

→ Gesundheits-Untersuchungen:

- für Frauen und Männer ab 35 Jahren: alle 2 Jahre eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nieren-Erkrankungen und Diabetes.
- für Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 45 Jahren: einmal jährlich Krebsfrüherkennungs-Untersuchung, vorher Beratung.
- für Frauen und Männer ab 35 Jahren alle 2 Jahre eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs.

→ Untersuchungen

für Kinder bis 5 Jahren (U1 bis U9) und eine Untersuchung für Jugendliche von 12 bis 14 Jahren zur Früherkennung von Krankheiten.

→ Vorsorge-Leistungen:

zum Beispiel eine **ambulante** Vorsorge-Leistung in einem Kurort (früher hieß das: **Kur**). Die Kasse zahlt die Maßnahme. Bei den Kurmittelkosten fällt eine Zuzahlung von 10%, höchstens 10 € an. Daneben zahlt die Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 13 € am Tag für Unterkunft und Verpflegung, für chronisch kranke Kleinkinder bis zu 21 €. Die Beträge setzt jede Krankenkasse für sich fest. **Stationäre** Vorsorge-Leistungen (Kurklinik) dauern meistens 3 Wochen, bei Kindern bis 13 Jahren 4 bis 6 Wochen. Die Regeldauer kann aber auch weniger als 3 Wochen betragen. Eine Wiederholung ist in der Regel frühestens nach 3 bzw. 4 Jahren möglich.

ZUZAHLUNG: Hierbei müssen Erwachsene 10 Euro pro Tag zuzahlen.

Vorsorge-Leistungen müssen von der Ärztin verordnet sein und von der Krankenkasse oder dem Rentenversicherungs-Träger vorher genehmigt werden. Die Rentenversicherungs-Träger entscheiden dabei nach anderen Regeln als die Krankenkassen. Das müssen Sie vorher klären.

→ Empfängnisverhütung:

ärztliche Beratung und Untersuchung. Die Kasse bezahlt für Frauen unter 20 Jahren die Verhütungsmittel, die eine Ärztin verordnen muss. Frauen ab 20 Jahre müssen die Verhütungsmittel selbst bezahlen.

ZUZAHLUNG: Ab 18 Jahren ist die Zuzahlung fällig (Näheres Kapitel 6 Abschnitt 1a).

→ Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation:

werden von der Krankenkasse nur bezahlt, wenn sie **medizinisch erforderlich** sind.

Einen **Schwangerschaftsabbruch** auf Wunsch der Frau, der in Übereinstimmung mit der Beratungsregelung erfolgt, bezahlt die Krankenkasse nicht. Die Frau muss ihn selbst bezahlen. Wenn sie nicht genug Geld hat, muss sie **vorher** einen Antrag bei

ihrer Krankenkasse stellen. Nach Prüfung können dann die Kosten übernommen werden (Schwangerenhilfe-Gesetz).

Eine **Sterilisation** auf eigenen Wunsch, weil Sie keine Kinder (mehr) haben möchten, müssen Sie selbst bezahlen.

2. Leistungen bei Krankheit

→ **Behandlung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten:**

Dazu gehören unter bestimmten Voraussetzungen auch die **künstliche Befruchtung** bei verheirateten Paaren ab dem Alter von 25 Jahren und die **kieferorthopädische Behandlung**.

→ **Arznei- und Verbandmittel:**

wenn sie medizinisch notwendig sind (siehe Kapitel 6 Abschnitt 1a).

→ **Heilmittel:**

Das sind Leistungen an Patientinnen durch ausgebildete TherapeutInnen. Beispiele: Krankengymnastik (Physiotherapie), Massagen, Bäder, Hilfen beim Sprechen (Logopädie) und die Anleitung, alltägliche Tätigkeiten wieder einzuüben (Ergotherapie, etwa nach einem Schlaganfall).

→ **Hilfsmittel:**

Das sind Gegenstände oder Apparate, zum Beispiel Gehhilfen, Hörgeräte, ein Rollstuhl oder auch eine Bein-Prothese. Allgemeine Gegenstände, die im Alltag gebraucht werden (zum Beispiel spezielle Dosenöffner), gelten nicht als Hilfsmittel. **Brillengläser** werden für Kinder bis einschließlich 17 Jahren bezahlt, für Erwachsene nur, wenn sie mit beiden Augen sehr schlecht sehen können. Das Brillengestell wird nicht bezahlt.

→ **Häusliche Krankenpflege:**

Häusliche Krankenpflege wird nur bezahlt, wenn niemand anders Sie pflegen kann. Das ist der Fall, wenn Sie alleine leben oder Ihr Ehepartner oder

Ihre Kinder, mit denen Sie in einem Haushalt leben, Sie nicht in diesem Umfang pflegen und versorgen können oder aus nachvollziehbaren Gründen nicht wollen:

- Wenn Sie durch die Pflege zuhause sein können und nicht im Krankenhaus liegen müssen. Bis 28 Tage lang werden Sie wegen derselben Krankheit zuhause gepflegt, in besonderen Fällen auch länger. Auch Tätigkeiten wie Körperpflege, Kochen, Waschen und Putzen werden bezahlt.
- Wenn die ambulante Behandlung bei Ihrer Ärztin durch gezielte Pflegemaßnahmen ergänzt werden muss. Beispiele: Wundpflege, Pflege eines Blasenkatheters. Eine Rundum-Versorgung mit Körperpflege, Kochen usw. gehört im Normalfall nicht dazu. Hier gibt es Unterschiede bei den Krankenkassen. Lassen Sie sich dazu von Ihrer Krankenkasse informieren.

Häusliche Krankenpflege muss der Arzt verordnen. Sie wird auch in diesen Fällen geleistet: in einer Wohngemeinschaft oder im betreuten Wohnen, in der Schule, im Kindergarten und – wenn besonders viel Pflege nötig ist – in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

→ **Haushaltshilfe:**

Sie muss ärztlich verordnet sein und vorher von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Voraussetzungen dafür sind:

- Sie können wegen Ihrer Erkrankung den Haushalt nicht selbst weiterführen **und**
- bei Ihnen lebt ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes Kind, das Hilfe braucht **und**
- niemand sonst im Haushalt kann den Haushalt weiterführen.

Die Krankenkassen können festlegen, dass sie auch in anderen Fällen eine Haushaltshilfe genehmigen.

→ **Soziotherapie:**

Das ist eine Unterstützung für seelisch kranke Menschen, damit sie die Behandlung gut mitmachen und damit sie möglichst selbständig leben können. Soziotherapie muss ärztlich verordnet sein und von der Krankenkasse genehmigt werden.

→ Künstliche Befruchtung:

wird nur bezahlt, wenn sie nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist. Das Paar muss verheiratet sein, die Frau muss zwischen 25 und 40 Jahre alt sein, der Mann bis zu 50 Jahre. Samen und Eizelle müssen von den Eheleuten kommen. Die Krankenkasse übernimmt höchstens die Hälfte der Kosten. Die Behandlung muss vorher von der Krankenkasse genehmigt werden.

→ Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung:

Dies sind besondere Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Menschen, die wegen ihrer Erkrankung – beispielsweise Krebs – starke Beschwerden haben und nicht mehr lange zu leben haben. Sie brauchen zum Beispiel eine spezielle Schmerzbehandlung. Es ist dabei egal, ob sie zuhause oder im Pflegeheim leben.

→ Stationäre und ambulante Hospizleistungen:

Ein stationäres Hospiz ist ganz auf die Pflege von **sterbenskranken** Menschen eingestellt. Sie können sich in den letzten Wochen Ihres Lebens in einem Hospiz pflegen lassen, wenn Sie an Ihrer Krankheit sterben werden und eine Pflege zuhause nicht möglich ist. Es gibt auch Hospize für Kinder. Zu diesen Leistungen zahlt die Krankenkasse einen Zuschuss, der für Kinderhospize höher ist.

Wenn Sie noch zu Hause leben und versorgt werden können, sind auch ambulante Hospizleistungen möglich. Das kann beispielsweise eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung sein. Das ist auch in einem Pflegeheim möglich. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.

→ Krankenhausbehandlung:

Sie werden ins Krankenhaus eingewiesen, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht. Mehr dazu in Kapitel 4.

→ Rehabilitation:

Darauf haben Sie ein Anrecht, wenn Sie nach der medizinischen Behandlung noch geschwächt sind.

Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation soll Ihre weitere Genesung unterstützen, etwa im Anschluss an eine Krankenhaus-Behandlung. Maßnahmen zur Rehabilitation müssen **ärztlich verordnet** sein und von der **Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger vorher genehmigt** werden. Sie müssen in der Regel etwas dazu bezahlen. Mehr dazu in Kapitel 6.

→ Zahnersatz:

Die Krankenkasse muss Ihnen einen Zuschuss zum Zahnersatz zahlen. Mehr dazu in Kapitel 8.

→ Fahrtkosten:

Die Krankenkasse bezahlt **grundsätzlich nicht** die Fahrt zu einer **ambulanten Behandlung** in der Arztpraxis oder im Krankenhaus. Ausnahmen:

- Sie sind sehr schwer krank und die Fahrt ist medizinisch unbedingt notwendig, oder
- Sie sind schwerbehindert, und haben in Ihrem Ausweis das Merkzeichen aG (weil Sie kaum noch gehen können), das Merkzeichen Bl (weil Sie blind sind) oder das Merkzeichen H (weil Sie hilflos sind), oder
- Sie haben Pflegestufe 2 oder 3, oder
- Sie müssen regelmäßig zur Dialysebehandlung oder wegen Krebs zur Strahlen- oder Chemotherapie. Es kann weitere Behandlungen geben, bei denen die Fahrtkosten bezahlt werden.
- Die Verordnung des Arztes muss von der Krankenkasse genehmigt werden, bevor die Fahrten stattfinden.

ZUZAHLUNG: Nur wenn Sie aus **medizinischen Gründen gar nicht mit Bus, Bahn oder dem privaten Auto fahren können, wird eine Taxifahrt bezahlt.**

Rettungsfahrten in ein Krankenhaus mit dem Rettungswagen („Krankenwagen“), dem Notarztwagen oder dem Rettungs-Hubschrauber werden von der Ärztin verordnet, wenn es medizinisch notwendig ist – bei Notfällen auch nachträglich. Die Kosten übernimmt die Krankenkasse.

3. Arzneimittel

a) Wie und wo bekomme ich Arzneimittel?

- **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** dürfen nur mit ärztlicher Verordnung (Rezept) von der Apotheke abgegeben werden.
- **Betäubungsmittel** werden vom Arzt auf einem besonderen Rezept verordnet und dürfen nur von der Apotheke abgegeben werden.
- **Apothekenpflichtige (oder: nicht verschreibungspflichtige)** Arzneimittel dürfen nur in Apotheken verkauft werden. Sie brauchen dafür kein Rezept.
- **Frei verkäufliche** Arzneimittel bekommen Sie auch im Drogeriemarkt oder im Supermarkt.
- **OTC-Arzneimittel** sind alle Arzneimittel, die ohne Rezept verkauft werden dürfen, in der Apotheke oder anderswo (OTC = over the counter = über den Ladentisch). Damit sind also alle apothekenpflichtigen und alle freiverkäuflichen Arzneimittel gemeint.

Auch über das **Internet** können Sie Arzneimittel kaufen. Dabei sollten Sie allerdings Folgendes bedenken: Erstens gibt es dabei meistens keine Beratung durch eine Apothekerin. Zweitens kann es Ihnen passieren, dass Sie gefälschte Arzneimittel erhalten, besonders bei Medikamenten, die die Potenz steigern, bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Schmerzmitteln. Es gibt aber auch seriöse Apotheken, die Arzneimittel über das Internet verkaufen.

b) Welche Arzneimittel darf der Arzt nicht auf Kassenrezept verordnen?

Die Krankenkasse bezahlt nicht alle zugelassenen Arzneimittel. Manche Arzneimittel dürfen gar nicht auf Kassenrezept verordnet werden, andere nur unter besonderen Bedingungen. Dazu gehören:

- Sogenannte **Lifestyle-Präparate**, die das Lebensgefühl verbessern sollen (zum Beispiel Mittel, die den Appetit bremsen oder die Potenz steigern), dürfen nicht auf Kassenrezept verordnet und verkauft werden.
- **Arzneimittel** für harmlose Gesundheits-Störungen wie Erkältung, Verstopfung oder Reisekrankheit. Diese Mittel dürfen nur für Versicherte bis zum Alter von einschließlich 17 Jahren auf Rezept verordnet werden.

- **Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.** Nur Kinder bis 11 Jahren und Jugendliche mit gestörter Entwicklung bis einschließlich 17 Jahren können diese Mittel auf Rezept bekommen. Erwachsene erhalten sie auf Rezept nur zur Behandlung einer schweren Erkrankung. Auf dem Rezept muss der Grund für die Verordnung stehen.

BEISPIEL: Verschreibung von ASS zur Blutverdünnung nach einem Herzinfarkt. Mehr dazu in der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, zu finden unter www.g-ba.de.

- PatientInnen, die Arbeitslosengeld 2 beziehen, können versuchen, die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arznei-, Pflege- oder Hygienemittel gegenüber dem Jobcenter als Sonderbedarf geltend zu machen, wenn sie dauerhaft medizinisch notwendig sind.
- In der **sogenannten Negativliste** stehen Arzneimittel, die nicht verordnet werden dürfen. Mögliche Gründe: Ihr Nutzen ist nicht nachgewiesen, sie enthalten überflüssige Stoffe. Sie nutzen nur wenigen PatientInnen oder nur in speziellen Situationen. Die Negativliste ist in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden.
- In den „Therapiehinweisen für die wirtschaftliche Verordnung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses werden ÄrztInnen angehalten, bestimmte Arzneimittelgruppen zu verordnen.

Etwas Besonderes ist der **Off-Label-Use**, das ist die „Anwendung außerhalb der Zulassung“. Off-Label-Use heißt: Ein Arzneimittel wird bei einer Krankheit verschrieben, bei der es wirkt, das Medikament ist aber für die Behandlung dieser Erkrankung nicht zugelassen. Ein zusätzliches Zulassungsverfahren ist teuer. Wenn dadurch kein zusätzlicher Verdienst zu erwarten ist, verzichten manche Hersteller darauf. Grundsätzlich bezahlen die Krankenkassen aber nur solche Arzneimittel, die für die festgestellte Krankheit zugelassen sind.

Müssen die Krankenkassen beim Off-Label-Use das Arzneimittel bezahlen?

Die Krankenkasse muss in diesen Fällen das Arzneimittel bezahlen:

- die Krankheit ist lebensbedrohlich oder verschlechtert die Lebensqualität des Patienten erheblich und auf Dauer **und:**
- es gibt für diese Erkrankung keine allgemein anerkannte Therapie **und:**
- aufgrund wissenschaftlicher Daten ist zu erwarten, dass sich das Arzneimittel günstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Entscheidend ist dafür die Beurteilung einer Expertengruppe – so ist es in der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

Dem Off-Label-Use sind sehr enge Grenzen gesetzt. Wenn der Arzt ein Arzneimittel als Off-Label-Use verordnet, obwohl nicht alle diese Punkte zutreffen, kann er „in Regress“ genommen werden. Dann muss er selbst das Arzneimittel bezahlen. Daher sind viele ÄrztInnen beim Off-Label-Use unsicher. Bei Bedarf können Sie als PatientIn die Verordnung vorher von der Krankenkasse genehmigen lassen. Wenn die Kasse ablehnt, können Sie Widerspruch einlegen und klagen. Mehr dazu in Abschnitt 7.

c) Was übernimmt die Kasse und wie viel muss ich als PatientIn zahlen?

Wenn die Ärztin Ihnen ein Medikament verordnet, müssen Sie meistens etwas dazu bezahlen – mehr zu Zuzahlungen in Kapitel 6 Abschnitt 1a.

Gleiche oder sehr ähnliche Medikamente haben häufig sehr verschiedene Preise. Das **Original** bleibt oft teurer, auch wenn es gleichwertige Medikamente mit denselben Wirkstoffen gibt (sogenannte **Generika**). Oft bringen andere Hersteller sehr ähnliche Medikamente mit derselben Wirkung auf den Markt, die keinen Vorteil haben, aber viel teurer sind.

Um Kosten zu sparen, gilt deshalb für viele Medikamente ein Festbetrag. Höchstens diesen Preis zahlt die Kasse für ein Medikament mit dieser Zusammensetzung.

ZUZAHLUNG: Die normale Zuzahlung müssen Sie trotzdem leisten. Ist Ihr Medikament teurer, zahlt die Kasse auch nur den Festbetrag – den Rest müssen Sie selbst bezahlen. Damit soll erreicht werden: Sie sollen sich bei gleichwertigen Medikamenten für ein preisgünstiges entscheiden und die Hersteller sollen mehr preisgünstige Medikamente anbieten.

BEISPIEL	Medikament von Hersteller A	Gleiches Medikament von Hersteller B
Apothekenpreis	17 €	28 €
Festbetrag	18 €	18 €
Zuzahlung: 5 € und dazu:	5 € nichts	5 € 10 €
Eigenleistung gesamt:	5 €	15 €

Diese Regelung gilt **nur, wenn das preisgünstige Medikament genauso wirksam ist wie das Original.**

Wenn das Arzneimittel um mindestens 30% günstiger ist als der Festbetrag, brauchen Sie keine Zuzahlung zu leisten. Wenn in unserem Beispiel also Hersteller C das gleiche Medikament für 12,60 € anbietet, entfällt für Sie jede Zuzahlung. Sie können im Internet eine aktuelle Liste aller Arzneimittel finden, für die das zutrifft (www.gkv-spitzenverband.de → Versicherten-Service → Zuzahlungen und Befreiungen → Befreiungsliste Arzneimittel am Ende der Seite).

Es werden zunehmend für einzelne Medikamente **Rabattverträge** geschlossen. Sie werden zwischen Krankenkassen und Arzneimittel-Herstellern abgeschlossen und gelten oft nicht lange. Viele ÄrztInnen schreiben keinen Medikamenten-Namen auf das Rezept, sondern den Wirkstoff und die Menge und Zubereitung. Die Apotheke muss Ihnen das Mittel dann von dem Hersteller geben, mit dem Ihre Kasse den Vertrag hat. Gerade für ältere PatientInnen kann das schwierig sein: die neuen Tabletten sehen vielleicht anders aus als die gewohnten oder sie lassen sich nicht genauso teilen. Das spielt aber keine Rolle. Sie müssen sich auf das „neue“ Medikament umstellen.

Aber Sie können darauf bestehen, ein anderes Medikament zu bekommen, etwa Ihr bisheriges. Dann müssen Sie dieses Medikament in der Apotheke zunächst selbst bezahlen. Das Rezept reichen Sie dann bei der Krankenkasse ein. Die Krankenkasse erstattet Ihnen die Kosten aber nur höchstens bis zur Höhe des Betrages, der im Rabattvertrag vereinbart worden ist. Darüber hinausgehende Kosten müssen Sie selbst tragen.

Besteht kein Rabattvertrag, muss der Apotheker Ihnen eins der drei preisgünstigsten Mittel geben,

wenn die Ärztin nur den Wirkstoff aufgeschrieben hat. Das gilt auch, wenn sie zwar einen bestimmten Medikamentennamen aufgeschrieben hat, aber auf dem Rezept nicht ausgeschlossen hat, dass Sie auch ein wirkungsgleiches anderes Mittel bekommen dürfen. Fragen Sie dann den Apotheker danach, ob es ein Medikament gibt, das von den Zuzahlungen ganz befreit ist, weil es 30 % günstiger ist als der Festbetrag.

Nur wenn es medizinisch notwendig ist, dass Sie ein ganz bestimmtes Mittel bekommen, kann Ihre Ärztin auf dem Rezept „aut idem“ (= „oder Gleiches“) durchstreichen. Dann muss der Apotheker Ihnen genau das Arzneimittel geben, das die Ärztin aufgeschrieben hat. Dann müssen Sie aber neben der Zuzahlung auch den eventuell über den Festbetrag hinausgehenden Preis selbst bezahlen.

4. Arbeitsunfähigkeit, Krankschreibung, Krankengeld

Wenn Sie Ihre gewohnte Arbeit nicht mehr oder nicht mehr ganz schaffen oder wenn Ihre Arbeit Ihre Gesundheit angreift, dann sind Sie **arbeitsunfähig**. Die Ärztin bescheinigt Ihnen das in der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (oder Krankschreibung). Darin steht, bis wann Sie nicht arbeiten können. Sind Sie an diesem Tag immer noch krank, muss die Ärztin Ihre Krankschreibung verlängern.

Wenn Sie eine Arbeit haben, aber arbeitsunfähig sind, bekommen Sie zunächst 6 Wochen lang Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall und anschließend **Krankengeld**. Glaubt Ihr Arbeitgeber nicht, dass Sie zu krank zum Arbeiten sind, kann er Ihre Krankenkasse auffordern, den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) einzuschalten, damit er Ihre Arbeitsunfähigkeit überprüft.

Das Krankengeld richtet sich nach dem Einkommen, wonach Ihr Krankenkassen-Beitrag berechnet wird. Von diesem Einkommen beträgt es 70%, höchstens allerdings 90% Ihres Nettolohns.

Keinen oder keinen vollständigen Anspruch auf Krankengeld haben:

- mitversicherte Familienangehörige,
- hauptberuflich selbständig Erwerbstätige. Sie können sich bei Ihrer Krankenkasse zusätzlich für Krankengeld versichern (**Wahltarif**). Diesen

Tarif können Sie frühestens nach drei Jahren kündigen. Sie können auch bei einer **privaten Krankenversicherung** ein Krankengeld absichern. Dafür verlangt die Versicherung aber in der Regel eine Gesundheitsprüfung.

- Kassen-Versicherte, die etwa bestimmte Renten, Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld beziehen.

Wegen ein und derselben Krankheit erhalten Sie längstens für **18 Monate** innerhalb von drei Jahren Krankengeld. Eine langdauernde Erkrankung kann dazu führen, dass Sie gar nicht mehr arbeiten können.

BERATUNG: Beim Übergang vom Krankengeld zur Erwerbsunfähigkeits-Rente gibt es oft Probleme. Wenden Sie sich dann an eine Patienten-Beratungsstelle.

5. Wofür bezahlt die Krankenkasse, wenn ich im Ausland bin?

Als Kassen-PatientIn werden Sie in den Ländern der Europäischen Union genauso behandelt wie die Einheimischen, wenn Sie zu ÄrztInnen oder in Krankenhäuser gehen, die dort zugelassen sind. Sie brauchen dafür nur Ihre europäische Krankenversichertenkarte vorzuzeigen. Es reicht auch eine Bescheinigung Ihrer Krankenkasse – die sollten Sie sich vor der Reise ausstellen lassen. Einige niedergelassene ÄrztInnen verlangen allerdings, dass Sie sofort bezahlen.

TIPP: Lassen Sie sich eine Rechnung geben, auf der die Diagnose und die Leistungen stehen. Zuhause können Sie diese Rechnung bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Sie werden aber meist nur einen Teil des Geldes wiederbekommen.

Auch **außerhalb der Europäischen Union** reicht es in einigen Ländern, wenn Sie die Krankenversichertenkarte oder die Bescheinigung der Krankenkasse vorzeigen. Meistens müssen Sie aber die Rechnung sofort selbst bezahlen. Auch diese Rechnung können Sie dann zuhause bei Ihrer Krankenkasse vorlegen, damit Sie Ihr Geld (teilweise) wiederbekommen.

In einigen Ländern sind Sie nicht durch Ihre Krankenkasse versichert. Für Reisen in diese Länder sollten Sie eine Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen.

BERATUNG: Das ist bei privaten Versicherungs-Unternehmen möglich, vielleicht auch bei Ihrer Krankenkasse. Lassen Sie sich vor einer solchen Reise von Ihrer Kasse beraten.

Bei einer sehr schweren Erkrankung oder einem Unfall im Ausland werden Sie dort behandelt, wo sie gerade sind. Die Krankenkasse bezahlt aber nicht dafür, dass Sie **zurück nach Deutschland** gebracht werden. Diesen Rücktransport können Sie auch durch eine private Reise-Krankenversicherung absichern.

6. Wie schnell entscheidet die Krankenkasse?

Nach dem neuen Patienten-Rechte-Gesetz sind die **Krankenkassen** jetzt **verpflichtet, schnell zu entscheiden**. Wenn Sie bei Ihrer Kasse einen Antrag, auf eine Leistung, gestellt haben, muss sie innerhalb von **drei Wochen** darüber entscheiden. Wenn die Krankenkasse für ihre Entscheidung ein Gutachten des Medizinischen Dienstes benötigt, muss sie Ihnen das mitteilen. Gleichzeitig verlängert sich die Frist für die Entscheidung in diesem Fall auf **fünf Wochen**. Beim zahnärztlichen Gutachterverfahren (siehe Kapitel 8) beträgt die Frist sechs Wochen.

Von diesen Fristen darf die Krankenkasse nur abweichen, wenn sie Ihnen das vorher mitgeteilt hat und wenn sie dafür gute Gründe hat. Ein guter Grund wäre zum Beispiel, dass noch eine gesundheitliche Untersuchung bei Ihnen stattfinden muss oder dass die von Ihnen eingereichten Unterlagen nicht vollständig waren. Die Krankenkasse kann eine Verlängerung der Frist aber nicht damit begründen, dass ihre MitarbeiterInnen überlastet oder erkrankt sind.

Wenn die Krankenkasse die gesetzlich vorgegebene Frist nicht einhält und Ihnen auch den Grund hierfür nicht mitgeteilt hat, gilt die von Ihnen beantragte Leistung als genehmigt. Sie können sie dann selbst beschaffen. Die Krankenkasse ist verpflichtet, Ihnen die Kosten für diese Leistung zu ersetzen.

7. Was kann ich tun, wenn ich mit einer Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden bin?

In vielen Situationen entscheidet Ihre Krankenkasse etwas mit Wirkung für Sie, etwa bei der

- Übernahme von Fahrtkosten,
- Kostenerstattung,
- Erstattung von Kosten für eine Behandlung im Ausland,
- Berechnung Ihres Kassen-Beitrags.

Es kann auch vorkommen, dass Ihre Krankenkasse eine von Ihnen gewünschte Behandlung nicht bezahlt.

Sie können sich gegen eine solche Entscheidung Ihrer Krankenkasse wehren und dagegen **Widerspruch einlegen**.

In einem schriftlichen Bescheid von der Krankenkasse finden Sie am Ende des Bescheides eine **Rechtsbehelfsbelehrung**. Dort steht, wo Sie den Widerspruch einlegen müssen; das wird in der Regel Ihre Krankenkasse sein.

Der Widerspruch muss **innerhalb eines Monats** bei der Krankenkasse eingegangen sein. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Bescheid in Ihrem Briefkasten angekommen ist. Wenn die Rechtsbehelfsbelehrung in dem Bescheid falsch oder unvollständig ist oder ganz fehlt, beträgt die Frist für den Widerspruch ein Jahr.

Sie können den Widerspruch zunächst ohne **Begründung** einlegen. Eine schriftliche Begründung sollten Sie aber nachreichen. Machen Sie deutlich, was Sie an dem Bescheid falsch finden. Wenn Sie dafür Informationen benötigen, können Sie nachlesen, was die Krankenkasse über Sie notiert hat. In den Räumen der Krankenkasse können Sie in den **Akten** über sich **lesen** und daraus kopieren. Dazu haben Sie das Recht. Die Kopien müssen Sie bezahlen.

Das **Widerspruchsverfahren ist kostenlos**. Kosten für einen Anwalt bekommen Sie nur erstattet, wenn Ihr Widerspruch Erfolg hatte und es um besonders schwierige Fragen ging.

Die Krankenkasse schickt Ihnen nach einigen Wochen einen **Widerspruchsbescheid**. Darin steht, ob

die Krankenkasse Ihnen Recht gibt und neu entscheidet oder ob sie bei ihrer bisherigen Entscheidung bleibt. Wenn Sie auch den Widerspruchsbescheid falsch finden, können Sie **vor dem Sozialgericht klagen**. Für eine solche Klage gelten die gleichen Regeln wie für den Widerspruch. Das zuständige Sozialgericht finden Sie in der Rechtsbehelfsbelehrung des Widerspruchsbescheids.

Sie können auch Klage erheben, wenn die Krankenkasse über Ihren Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten, nachdem Sie den Widerspruch erhoben haben, entschieden hat, ohne dass sie hierfür einen wirklichen Grund hatte. Ein Grund könnte etwa sein, dass die Einholung mehrerer Gutachten nötig ist. Kein Grund wäre, dass nicht genügend SachbearbeiterInnen da sind, um den Widerspruch zu bearbeiten. Das Gericht wird allerdings Ihre Krankenkasse allenfalls dazu verurteilen, über Ihren Widerspruch schnellsten zu entscheiden. Es kann in diesem Verfahren noch nicht in der Sache selbst entscheiden.

Gerichtskosten entstehen nicht. Sie müssen keine Anwältin nehmen. Sie können die Klage selbst schriftlich einreichen. Oder Sie gehen zur Rechtsantragsstelle des Sozialgerichts und geben Ihre Klage dort zu Protokoll. Das bedeutet, Sie lassen Ihr Anliegen dort aufschreiben. Sie können sich bei Gewerkschaften oder Sozialverbänden beraten lassen, wenn Sie dort Mitglied sind.

Anwaltskosten werden nur erstattet, wenn Sie den Prozess vor dem Sozialgericht gewinnen. Wenn Sie eine Anwältin nehmen wollen, können Sie beim Sozialgericht **Prozesskostenhilfe** beantragen. Mit Prozesskostenhilfe werden Ihre Anwaltskosten auch erstattet, wenn Sie die Klage verlieren.

Die Prozesskostenhilfe muss bewilligt werden,

- wenn Sie kein Geld für einen Anwalt haben und
- wenn Sie Aussicht haben, Ihre Klage zu gewinnen.

Sie sollten die Klage nur unter der Bedingung erheben, dass die Prozesskostenhilfe bewilligt wird. So vermeiden Sie unnötige Anwaltskosten. Wenn die Prozesskostenhilfe abgelehnt wird, können Sie sich dagegen wehren und beim Gericht Beschwerde einlegen.

Wenn Sie vor dem Sozialgericht nicht Recht bekommen, können Sie **Berufung an das Landessozialgericht** einlegen. Das geht allerdings nur, wenn im Urteil des Sozialgerichts steht, dass eine Berufung möglich ist. Grundsätzlich können Sie sich auch gegen das Urteil des Landessozialgerichts wehren. Sie können **Revision beim Bundessozialgericht** einlegen. Dafür müssen Sie sich vertreten lassen: durch eine Anwältin oder eine zugelassene Organisation.

Kapitel 3: Wie finde ich einen Arzt oder Psychotherapeuten?

1. Freie Arztwahl, Arztsuche im Internet und im Telefonbuch

a) Kann ich meine Ärztin oder Psychotherapeutin frei wählen?

Als Kassen-Versicherte haben Sie das **Recht der freien Arztwahl**. Das heißt, Sie können Ihren Arzt oder Psychotherapeuten unter den „zugelassenen“ Kassen-ÄrztInnen frei wählen. Zu den meisten Kassen-Ärzten können Sie direkt gehen, für einige brauchen Sie in jedem Fall eine Überweisung.

Es gibt auch **Ausnahmen von der freien Arztwahl** – zum Beispiel, wenn Sie an der integrierten Versorgung, am Hausarzt-Modell oder an einem strukturierten Behandlungs-Programm (siehe Kapitel 1 Abschnitt 3) teilnehmen. Dann können Sie nur zu ÄrztInnen gehen, die am selben Programm teilnehmen. Fragen Sie also vorher Ihre Krankenkasse, zu welchen ÄrztInnen Sie dann gehen können.

b) Wie finde ich die richtige Ärztin?

Wenn Sie eine neue Ärztin oder Psychotherapeutin suchen, überlegen Sie zunächst, **was Ihnen wichtig ist**. Brauchen Sie einen Hausarzt, um sich erst mal beraten zu lassen? Wissen Sie schon, was Ihnen fehlt und suchen Sie dafür eine Fachärztin? Soll er in der Nähe Ihrer Wohnung oder Ihrer Arbeitsstelle sein? Ist Ihnen wichtig, wie alt er ist? Möchten Sie nach einer bestimmten Methode behandelt werden? Soll es eher eine Frau oder ein Mann sein? Suchen Sie eine Praxis, in der mehrere ÄrztInnen zusammenarbeiten?

Empfehlungen können helfen, den richtigen Arzt zu finden. Gute Erfahrungen von anderen machen es leichter, Vertrauen zu einem neuen Arzt aufzubauen. Allerdings sind auch Empfehlungen von vertrauten Menschen keine Garantie.

Das **Telefonbuch** gibt Ihnen einen Überblick über Allgemein- und FachärztInnen und PsychotherapeutInnen und ihre Adressen. Auf der Internetseite der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de → Patienten) finden Sie das Stichwort: „Arztsuche“. Es führt Sie zur Arztsuche der einzelnen Bundesländer. Außerdem bekommen Sie bei den Ärztekammern, den Psychotherapeutenkammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und Patienten-Be-

ratungsstellen **telefonisch** Unterstützung und Informationen bei der Suche nach ÄrztInnen.

Es gibt Praxen mit einem Arzt, mit mehreren ÄrztInnen oder auch mit Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen. So können sie heißen und so unterscheiden sie sich:

- **Gemeinschaftspraxis:** Mehrere ÄrztInnen arbeiten zusammen und „aus einem Topf“. Sie können verschiedene Fachrichtungen haben. Sie als PatientIn können innerhalb der Praxis ohne Überweisung den Arzt wechseln, zum Beispiel, wenn bei Ihrem „gewohnten“ Arzt kein Termin frei ist. In einer Gemeinschaftspraxis können Sie nicht verlangen, von einer bestimmten Ärztin behandelt zu werden; man wird Ihrem Wunsch aber oft entsprechen.
- **Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):** In einem MVZ arbeiten Allgemein- und FachärztInnen und Menschen aus anderen Gesundheitsberufen zusammen. Geleitet wird es von einer Ärztin.
- **Praxisgemeinschaft:** Das sind mehrere selbständige Praxen, die in denselben Räumen arbeiten. Sie können gemeinsam MitarbeiterInnen beschäftigen oder Geräte benutzen. Jede Praxis hat aber ihre eigene Patienten-Kartei. Sie als PatientIn entscheiden sich für eine Praxis aus der Praxisgemeinschaft.
- **Ärztehaus/Ärztezentrum:** Das bedeutet nur, dass in einem Haus verschiedene Arztpraxen sind.

TIPP: Sehr hilfreich aber etwas aufwändig ist die **Checkliste für Patienten „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“**. Sie ist sehr ausführlich und wird vom **Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** herausgegeben (www.patienten-information.de → Ich suche einen Arzt).

2. Was bedeuten die Facharzt-Bezeichnungen?

Als KassenärztInnen werden nur FachärztInnen zugelassen. Sie haben über mehrere Jahre eine Weiterbildung in Kliniken abgeschlossen, am häufigsten in diesen Fächern:

- Allgemeinmedizin (Allgemeinärzte, Hausärzte)
- Augenheilkunde
- Chirurgie (für ambulante Operationen)
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin (Internisten, zum Teil als Hausärzte tätig)
- Kinder- und Jugendmedizin
- Nervenheilkunde / Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Radiologie (Röntgenuntersuchungen usw.)
- Urologie (für Erkrankungen an Blase, Niere und männlichen Geschlechtsorganen)

Eine Fachärztin kann in **ihrem Fachgebiet** zusätzliche **Schwerpunkte** haben. Ein Arzt für Innere Medizin kann als Schwerpunkt zum Beispiel haben: Kardiologie (Herzkrankungen), Gastroenterologie (Erkrankungen des Magens und des Darms), Nephrologie (Erkrankungen der Niere) und andere. Chirurgische Schwerpunkte können sein: Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderchirurgie oder Thoraxchirurgie (für die Organe im Brustkorb: Herz und Lunge). ÄrztInnen mit einem Schwerpunkt haben auf diesem Gebiet besonders viel Erfahrung.

Zusatzbezeichnungen sind besondere Fähigkeiten eines Arztes **außerhalb** seines Fachgebiets, zum Beispiel: Allergologie, Naturheilverfahren, Psychotherapie oder Notfallmedizin. Die Fortbildung für eine Zusatzbezeichnung ist nicht so umfangreich wie die Weiterbildung zur Fachärztin.

3. An wen wende ich mich außerhalb der Sprechzeiten?

Wenn die Arztpraxen geschlossen sind und Sie dringend eine Ärztin brauchen, können Sie zum **Notfalldienst** gehen. Es gibt

- einen Notfalldienst der Kassen-ÄrztInnen für Kassen-Versicherte, für diesen gibt es eine bundesweite, kostenlose Rufnummer – 116 117.
- einen Notfalldienst der Krankenhäuser,
- einen privatärztlichen Notfalldienst

ZUZAHLUNG: Achtung – den **privatärztlichen Notfalldienst** müssen Sie immer **privat bezahlen**. Sie bekommen das Geld nicht von Ihrer Krankenkasse zurück.

ACHTUNG: In lebensbedrohlichen Notfällen, etwa bei Verdacht auf einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall, bei sehr starken Schmerzen oder einem schweren Unfall, sollten Sie den **Rettenngsdienst unter 112 anrufen**.

Hier erfahren Sie die örtlichen **Telefonnummern**, Adressen und Arbeitszeiten der Notfalldienste:

- in der Zeitung,
- im Telefonbuch,
- im Internet,
- bei Apotheken,
- in Krankenhäusern,
- bei der Polizei und
- beim Rettungsdienst.

4. Kann ich für eine zweite Meinung zu einem anderen Arzt gehen?

Zweite Meinung kann heißen:

- ➔ Meine Ärztin hat mir erklärt, was ich habe und welche Behandlung sie mir vorschlägt. Ich bin unsicher und möchte noch einen weiteren Arzt nach seiner Meinung fragen. Geht das ohne Weiteres?

Natürlich **können Sie als PatientIn** eine zweite Meinung bei einem anderen Arzt einholen. Das kann sinnvoll sein, wenn Sie sich für oder gegen eine größere Behandlung entscheiden sollen. In so einem Fall sollte Ihre Ärztin Ihren Wunsch nach einer Zweitmeinung respektieren und Ihnen eine Überweisung mitgeben, eventuell auch Befunde. Aber auch ohne Überweisung können Sie eine andere Ärztin aufsuchen.

Kapitel 4: Wie komme ich ins Krankenhaus?

1. Kann ich das Krankenhaus frei wählen und wie finde ich das richtige Krankenhaus?

Sie können sich als Kassen-Versicherter grundsätzlich das Krankenhaus aussuchen. Nur Privatkliniken können Sie nicht aussuchen. Ihre Ärztin soll auf die Einweisung schreiben, welche beiden Krankenhäuser in Ihrer Nähe für Sie geeignet sind.

ZUZAHLUNG: Vielleicht möchten Sie lieber in ein anderes, weiter entferntes Krankenhaus gehen. Wenn es dafür keinen wichtigen Grund gibt, heißt das aber: Sie müssen vermutlich die Fahrt dorthin selbst bezahlen und Sie müssen vielleicht etwas dazu bezahlen, falls dort die Behandlung teurer ist.

Auch eine **Reha-Klinik (Klinik oder Abteilung für Rehabilitation)** können Sie grundsätzlich frei wählen, wenn die Krankenkasse die Rehabilitationsmaßnahme übernimmt. Wenn Ihre Krankenkasse mit der von Ihnen ausgesuchten Reha-Klinik keinen Vertrag geschlossen hat, müssen Sie eventuell etwas dazu bezahlen, falls die Behandlung in der von Ihnen ausgesuchten Klinik teurer ist. Auf jeden Fall können Sie als Kassen-Versicherte aber nur in Reha-Kliniken gehen, die zertifiziert sind. Das sind Kliniken, die ihre gute Qualität nachgewiesen haben.

Bevor Sie sich entscheiden, überlegen Sie, was für Sie besonders wichtig ist. Wollen Sie vor allem:

- von Ihrem Wohnort möglichst einfach und schnell zum Krankenhaus hinkommen?
- medizinisch gut behandelt werden und sollen die Geräte und Behandlungsmethoden auf dem neuesten Stand sein?
- von allen freundlich behandelt werden, gutes Essen bekommen und sicher sein, dass alles sauber und hygienisch ist?
- eine ganz bestimmte Therapie bekommen?

Am besten besprechen Sie alle diese Fragen mit der Ärztin, die Sie einweist (Haus- oder Facharzt). Sagen Sie ihr, was Ihnen wichtig ist. Sie weiß, mit welchen Krankenhäusern andere PatientInnen zufrieden waren und welche Krankenhäuser für Sie in Frage kommen.

Sie können sich auch selber schlau machen: Alle zugelassenen Krankenhäuser müssen alle zwei Jahre einen Bericht schreiben. Er heißt **Qualitätsbericht**, denn er beschreibt, wie gut das Krankenhaus im Jahr zuvor gearbeitet hat. Er ist öffentlich, Sie finden ihn im Internet oder können ihn direkt im Krankenhaus bekommen.

Im Qualitätsbericht muss stehen:

- was es an Fachabteilungen, MitarbeiterInnen, Räumen und technischen Geräten gab,
- welche Erkrankungen besonders häufig behandelt wurden,
- welche Operationen, andere Behandlungen und Untersuchungen besonders oft durchgeführt wurden.

In dem Bericht wird oft auch stehen, wie diese Leistungen abgelaufen sind und was dabei herausgekommen ist. Zum Beispiel:

- wie viele PatientInnen nach bestimmten Operationen eine Infektion bekamen,
- wie viele PatientInnen vor oder nach bestimmten Operationen die Medikamente so bekamen, wie es in den Leitlinien steht.

In einigen Punkten wird das Krankenhaus mit den anderen Krankenhäusern in Deutschland verglichen. Für die Behandlung bei bestimmten Erkrankungen können Sie in dem Bericht also nachlesen, wie gut oder schlecht das Krankenhaus im Vergleich mit anderen war.

Jedes Krankenhaus muss dafür sorgen, dass die MitarbeiterInnen gut arbeiten und dass die Arbeit immer besser wird. Fehler sollen möglichst gar nicht passieren, vor allem sollen sie sich nicht wiederholen. Wünsche und Beschwerden von MitarbeiterInnen und PatientInnen sollen ernst genommen werden. All dies gehört zum Qualitäts-Management. Wie das Krankenhaus damit umgeht, soll auch aus dem Bericht hervorgehen.

BERATUNG: An diesen Stellen können Sie sich über die verschiedenen Krankenhäuser informieren und beraten lassen: **Patienten-Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder auch bei Ihrer Krankenkasse.**

Für viele Regionen Deutschlands gibt es Klinikführer. In diesen werden die Krankenhäuser einer Gegend beschrieben und miteinander verglichen. Zum Beispiel steht darin, wie oft und wie gut bestimmte Erkrankungen behandelt werden. Oft geht in die Bewertung mit ein, was die niedergelassenen ÄrztInnen in der Region empfehlen.

Außerdem gibt es im Internet mehrere Möglichkeiten, gezielt nach einem geeigneten Krankenhaus zu suchen. Näheres Kapitel 10 Abschnitt 2.

2. Was ist bei einem Krankenhausaufenthalt wichtig?

Bereiten Sie sich auf das Krankenhaus vor. Diese Papiere sollten Sie mitnehmen:

- den **Einweisungsschein** und
- die Ergebnisse der ambulanten Untersuchungen (**Befunde**).

Machen Sie sich für die ersten Gespräche einen **Notizzettel**. Dann vergessen Sie nichts Wichtiges, auch wenn Sie aufgeregt sind. Schreiben Sie sich in Stichworten auf:

- frühere Krankheiten, bekannte Allergien,
- Ihre Krankheit oder Ihre Beschwerden jetzt (seit wann sind Sie krank; wie hat sich die Krankheit entwickelt; welche Beschwerden haben Sie derzeit; was wurde schon behandelt; was denken Sie selbst dazu),
- Medikamente, die Sie einnehmen, und Nebenwirkungen, falls Sie welche hatten.

Eine **Einweisung** Ihrer Ärztin bedeutet keine Garantie, dass Sie auch tatsächlich ins Krankenhaus aufgenommen werden. Wenn die ÄrztInnen Sie nicht aufnehmen, kann das diese Gründe haben:

- die geplante Operation ist bei Ihnen medizinisch nicht notwendig, sie ist eher als kosmetische Operation zu verstehen. Beispiele: Magenband-Operation, Brustverkleinerung, Schweißdrüsen-Entfernung. Diese Operationen müssen Sie in der Regel selbst bezahlen.
- Sie können ambulant behandelt werden. Es gibt keinen medizinischen Grund, Sie im Krankenhaus zu behalten.

Die Krankenkasse entscheidet darüber, wie Sie behandelt werden. Wenn Sie mit der Entscheidung Ih-

rer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie schriftlich widersprechen. Bleibt Ihr Widerspruch ohne Erfolg, können Sie vor dem Sozialgericht klagen. Näheres Kapitel 2 Abschnitt 7.

Als KassenpatientIn erhalten Sie die **allgemeinen Krankenhaus-Leistungen**. Das sind:

- eine Behandlung, die durch FachärztInnen geleitet wird und eine entsprechende Qualität haben muss,
- Pflege und Betreuung durch das Krankenpflege Personal,
- die nötigen Arznei-, Verband- und Hilfsmittel,
- ein Bett sowie Essen und Trinken.

Bei Ihrer Aufnahme schließen Sie mit dem Krankenhaus einen Vertrag ab, den **Krankenhausaufnahme-Vertrag**. Durch ihn haben Sie Anspruch auf all diese Leistungen. Fernsehen und Telefon müssen Sie selbst bezahlen, sie gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhaus-Leistungen.

ACHTUNG: In bestimmten Fällen wird auch eine Begleitperson oder Pflegekraft mit Ihnen im Krankenhaus aufgenommen. Ihre Begleitperson wird mit aufgenommen, wenn dies medizinisch notwendig ist. Dies ist etwa der Fall, wenn Kleinkinder behandelt werden müssen – dann ist die Aufnahme eines Elternteiles oft medizinisch notwendig. Ihre persönliche Pflegekraft wird mit aufgenommen, wenn Sie sie selbst beschäftigen.

Wahlleistungen für KassenpatientInnen

Sie können auch als KassenpatientIn mit dem Krankenhaus einen zusätzlichen Vertrag über sogenannte **Wahlleistungen** abschließen. Wahlleistungen sind

- die Unterbringung im **Ein- oder Zweibettzimmer** und
- die **Chefarztbehandlung** (eigentlich: wahlärztliche Behandlung). Sie werden dann in jedem Fall direkt von der Chefärztin oder einem Vertreter, der in der Vereinbarung über die Wahlleistung benannt sein muss, behandelt. Allerdings behandelt eine Chefärztin auch ohne einen solchen Vertrag oft KassenpatientInnen. Weil sie in ihrer Abteilung verantwortlich ist für die medizinische Versorgung aller PatientInnen.

Als KassenpatientIn mit Chefarztbehandlung bekommen Sie vom Krankenhaus die allgemeinen Krankenhaus-Leistungen. Von den Chefärzten oder ihren Vertretern bekommen Sie die ärztliche Behandlung.

Alle ChefärztInnen, die an Ihrer Behandlung im Krankenhaus beteiligt waren, schreiben Ihnen Privatrechnungen, auch zum Beispiel der Chefarzt des Labors oder die Chefärztin der Röntgenabteilung. Sie rechnen ihre Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Weil es eine Behandlung im Krankenhaus ist, wird von diesem Betrag ein Viertel abgezogen.

ACHTUNG: Sie als PatientIn müssen vor Beginn der Behandlung erfahren, welche Kosten etwa auf Sie zukommen. Fragen Sie danach, bevor Sie den Vertrag unterschreiben.

Wenn Sie keine private Zusatzversicherung für diesen Fall haben, müssen Sie als KassenpatientIn die Chefarzt-Behandlung selbst bezahlen. Ihre Krankenkasse bezahlt nur die allgemeinen Krankenhaus-Leistungen.

Beleg-Krankenhaus

Eine Besonderheit ist ein Beleg-Krankenhaus. Hier können niedergelassene FachärztInnen ihre eigenen PatientInnen behandeln, auch operieren. Für Sie als PatientIn hat das den Vorteil, dass Ihre Ärztin Sie auch im Krankenhaus weiterbehandelt. Allerdings sind längst nicht alle niedergelassenen FachärztInnen auch Beleg-Ärzte.

In einem Beleg-Krankenhaus schließen Sie bei der Aufnahme zwei Verträge ab:

- **vom Krankenhaus** erhalten Sie als Leistungen die Pflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie ärztliche Grund-Leistungen (zum Beispiel die Betreuung nach der Operation; Verbandwechsel; Blut abnehmen).
- **von Ihrer Ärztin** erhalten Sie die eigentliche Behandlung.

Die beiden verschiedenen Verträge sind wichtig, wenn Sie sich über die Betreuung oder Behandlung beschweren wollen. Näheres Kapitel 7.

Ihr Recht auf Informationen

Leider sind ÄrztInnen und auch Pflegekräfte oft nicht richtig zu verstehen, weil sie viele Fachwörter benutzen. Bedenken Sie: Es geht um Sie und Ihre Gesundheit, Ihr weiteres Leben. Sie haben ein Recht auf Informationen zu Ihrer Behandlung (näheres Kapitel 5 Abschnitt 1), die Sie auch verstehen können. Scheuen Sie sich also nicht und fragen Sie solange nach, bis Sie alles verstanden haben.

- Schreiben Sie sich im Krankenhaus auf, was bei Ihnen untersucht wurde und welche Behandlungen und Medikamente Sie bekommen haben. Das kann Ihnen helfen, die Behandlung zu verstehen. Dies sind auch wichtige Informationen für Ihren Arzt, solange er den endgültigen Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus noch nicht hat.
- Notieren Sie die Namen der ÄrztInnen und Pflegekräfte, mit denen Sie zu tun haben. So können Sie sie mit Namen ansprechen. Und Sie wissen, an wen Sie sich wenden können, falls Sie nach der Entlassung noch Fragen haben.
- Machen Sie das ganz offen und erklären Sie, dass Ihnen das Aufschreiben hilft, sich später an die Behandlung zu erinnern. Das sollte jeder verstehen. So verhindern Sie auch, dass das Personal im Krankenhaus Sie für grundsätzlich misstrauisch hält.

Beschwerden

Wenn Ihnen im Krankenhaus etwas nicht gefällt oder wenn jemand Sie nicht ordentlich behandelt, dann sagen Sie das. Dafür gibt es in fast jedem Krankenhaus eine **Beschwerdestelle**. Die MitarbeiterInnen dort sind geschult, Kritik von PatientInnen anzuhören und ernst zu nehmen. Das ist auch für das Krankenhaus wichtig, denn es hilft Fehler zu erkennen und abzustellen.

3. Was ist bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu beachten?

Die Zeit, die eine PatientIn im Krankenhaus bleibt, ist in den letzten Jahren im Durchschnitt immer kürzer geworden. Sie dürfen aber erst entlassen werden, wenn es ihnen wieder so gut geht, dass Sie ambulant weiter behandelt werden können. Das Krankenhaus muss Ihre Entlassung gut vorbereiten. **Besprechen**

Sie mit dem Stationsarzt, wie es nach der Entlassung weitergeht. Klären Sie:

- brauche ich eine weitere ambulante Behandlung? Wenn ja: wann und wo – beim Hausarzt, beim Facharzt oder im Krankenhaus selbst?
- muss ich weiter Medikamente einnehmen? Wenn ja: welche, wie viel davon, wie oft am Tag und für wie lange?
- was soll ich nach der Entlassung beachten? Beispiele: Nebenwirkungen von Medikamenten, Ernährung, auf bestimmte Arbeiten verzichten.
- kann ich mich zuhause selbst versorgen oder brauche ich Unterstützung?

Sie bekommen von Ihrer Krankenhausärztin einen **vorläufigen Entlassungs-Bericht**. In ihm soll alles stehen, was Ihr Arzt sofort wissen muss, damit er Sie richtig weiterbehandeln kann. Dazu gehört zum Beispiel eine Empfehlung, welche Medikamente Sie weiternehmen sollen. Wichtig sind die Wirkstoffe und ihre Menge, nicht die Namen der Medikamente. Es kann daher gut sein, dass Ihr Arzt in der Praxis Ihnen andere Medikamente verschreibt. Bei einer Entlassung vor einem Wochenende oder einem Feiertag muss Ihnen das Krankenhaus so viele Medikamente mitgeben, dass sie bis zum nächsten Werktag reichen. In dem Brief soll auch stehen, ob bestimmte Untersuchungen oder auch Physiotherapie (Krankengymnastik) notwendig ist.

4. Welche Möglichkeiten gibt es, wenn ich nach der Entlassung noch Unterstützung brauche?

Vielleicht können Sie sich nach Ihrer Entlassung zuhause noch nicht allein versorgen.

BERATUNG: Dann müssen die MitarbeiterInnen des sogenannten Entlassungs-Managements im Krankenhaus rechtzeitig mit Ihnen sprechen. Sie müssen dafür sorgen, dass Sie nach der Entlassung so viel Unterstützung und Pflege bekommen, wie Sie brauchen.

ACHTUNG: Sagen Sie deutlich, wenn Sie mit einer Entlassung vor dem Wochenende nicht einverstanden sind, weil Sie zuhause noch nicht allein zurechtkommen und niemand zu Ihrer Unterstützung kommen kann.

Diese Möglichkeiten gibt es, damit Sie zuhause ausreichend versorgt sind:

- **Häusliche Krankenpflege.** Das Krankenhaus kann diese Pflege bis zum 3. Werktag nach Ihrer Entlassung verordnen. Wenn sie länger notwendig ist, verschreibt Ihr niedergelassener Arzt sie weiter.
- **Haushaltshilfe.** Zu beidem Näheres in Kapitel 2 Abschnitt 2.

Wenn Sie für längere Zeit Pflege brauchen, kommt unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auch eine **Kurzzeitpflege** in einer Pflege-Station in Frage.

Ihre **Pflegekasse** bezahlt diese Pflege für höchstens 4 Wochen im Jahr. Das sind die Voraussetzungen dafür:

- voraussichtlich brauchen Sie für mindestens 6 Monate regelmäßig Grundpflege (Hilfe beim Waschen, Ankleiden, Essen und um sich fortzubewegen) und Hilfe in Ihrem Haushalt (Putzen, Einkaufen, Kochen, Wäsche). **Und:**
- Sie können grundsätzlich zuhause gepflegt werden.

Die Pflegekasse bezahlt für die Kurzzeitpflege höchstens 1.550 €. Was darüber hinaus geht, müssen Sie selbst bezahlen. Wenn Sie dafür kein Geld haben, können Sie einen Antrag auf **Hilfe zur Pflege** stellen. Diesen Antrag stellen Sie beim **Sozialamt**. Diese Behörde (und nicht die Pflegekasse) ist auch zuständig, wenn Sie die Pflege und Hilfe im Haushalt nicht dauerhaft brauchen.

Voraussetzung für diese Unterstützung vom Sozialamt ist: Sie oder Ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen können die Pflege und Haushaltshilfe nicht selbst bezahlen oder leisten.

5. In welchen Fällen bezahlt die Krankenkasse die Fahrt ins Krankenhaus?

Ihre Krankenkasse bezahlt grundsätzlich die Fahrt zum Krankenhaus und zurück, wenn Sie zur Behandlung dort aufgenommen werden müssen (auch teilstationär).

Dazu gehören Fahrten mit Bus und Bahn (öffentliche Verkehrsmittel), Ihrem eigenen Wagen oder einem Taxi, und auch ein Krankentransport oder eine Rettungsfahrt. Allerdings bezahlt die Krankenkasse nur, was medizinisch notwendig ist. Wenn Sie mit Bus oder Bahn zum Krankenhaus fahren können, wird das auch von Ihnen erwartet.

ZUZAHLUNG: Ein Taxi wird nur bezahlt, wenn Ihnen die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln gesundheitlich nicht zuzumuten ist oder das Krankenhaus damit nicht zu erreichen ist. Es gelten die üblichen Zuzahlungsregeln. Mehr dazu in Kapitel 6 Abschnitt 3.

Sind Sie unsicher, fragen Sie vorher Ihre Krankenkasse. In bestimmten Fällen kümmert sich die Kasse um den Transport.

Auch die Fahrten im Zusammenhang mit dem Krankenhaus bezahlt die Krankenkasse:

- die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn sie medizinisch notwendig ist,
- die Fahrt mit einem Rettungsfahrzeug (Rettungswagen, auch Rettungshubschrauber) in ein Krankenhaus. Das gilt auch, wenn Sie am Ende nicht im Krankenhaus bleiben müssen, weil Sie nicht so schwer krank sind, wie befürchtet wurde.

Dies bezahlt die Krankenkasse **nicht**:

- die zusätzlichen Kosten für die Fahrt zu einem weiter entfernten Krankenhaus, wenn es zwei geeignete Krankenhäuser gibt, die näher gelegen sind,
- einen Rück-Transport aus dem Ausland; Ausnahme: Ihre Behandlung war nur im Ausland überhaupt möglich.

Kapitel 5: Worauf muss mich der Arzt hinweisen? Welche Pflichten hat der Arzt?

1. Worüber muss mich die Ärztin informieren und aufklären?

Ihr Arzt muss Sie über die Behandlung ausführlich aufklären und beraten, und zwar vor, während und nach der Behandlung. Er ist dazu verpflichtet, damit Sie als Erstes entscheiden können, ob Sie sich überhaupt behandeln lassen wollen. Aufklärung ist auch notwendig, damit Sie als PatientIn über die Behandlung mitentscheiden und besser „mitmachen“ können. Durch das neue Patientenrechtegesetz sind die Pflichten der ÄrztInnen bei der Beratung und Aufklärung jetzt gesetzlich niedergelegt, so dass sowohl Sie als auch Ihre Ärztin dies nachlesen können. In den folgenden Abschnitten beschreiben wir, was für eine gute Aufklärung wichtig ist.

a) Aufklärung für eine sichere Behandlung

Bei manchen Behandlungen brauchen Sie bestimmte Informationen, damit nicht Sie selbst durch Ihr Verhalten den Erfolg der Behandlung gefährden. Sie müssen zum Beispiel wissen,

- wie Sie Ihre Medikamente richtig einnehmen,
- welche Nebenwirkungen auftreten können – und welche davon harmlos sind und welche Sie Ihrem Arzt mitteilen müssen,
- wie sehr Sie sich nach einer Operation oder einem Knochenbruch belasten dürfen und was Sie vermeiden sollten.

b) Aufklärung für die Selbstbestimmung – mein Recht über die Behandlung zu bestimmen

Sie gehen zur Ärztin, weil Sie sich krank fühlen oder weil Ihnen etwas aufgefallen ist, was Ihnen Sorgen macht. Sie möchten hören, welche Behandlung die Ärztin Ihnen vorschlägt. Meist ist es so, dass Sie den Informationen Ihrer Ärztin vertrauen und ihrem Vorschlag folgen. Das heißt aber nicht, dass Sie jede Behandlung mitmachen müssen, die Ihre Ärztin vorschlägt. Sie haben das Recht, selbst zu bestimmen: **Sie entscheiden, ob und wie Sie sich behandeln lassen möchten und niemand sonst.**

BEISPIEL: Stellen Sie sich vor, Sie erfahren, dass Sie Krebs haben. Der Arzt schlägt eine Operation vor und danach eine Strahlen- und Chemotherapie. Wahrscheinlich sind Sie damit einverstanden. Wenn Sie das aber für sich persönlich nicht wollen, haben Sie das Recht zu sagen: **nein, das will ich nicht. Auch wenn Sie ohne diese Behandlung sterben würden, muss der Arzt Ihrer Entscheidung folgen – er darf Sie nicht gegen Ihren Willen behandeln. Tut er es dennoch, macht er sich strafbar. Nur in bestimmten Fällen darf er Sie trotzdem behandeln. Näheres Abschnitt 1e.**

Damit Sie sich aber gut entscheiden können, müssen Sie Bescheid wissen. Sie brauchen eine Aufklärung über die Erkrankung, über die geplante Behandlung und über deren Folgen für Sie. Ihre Ärztin muss Ihnen alle Informationen geben, die Sie für eine Entscheidung brauchen. Nur dann können Sie wirksam in eine ärztliche Behandlung **einwilligen**. Wirksam bedeutet hier: Sie sind gut aufgeklärt und daher in der Lage, für Ihre persönliche Situation Ihre ganz persönliche Entscheidung zu treffen. Die Ärztin notiert sich, dass sie Sie aufgeklärt hat oder lässt sich das sogar von Ihnen unterschreiben.

Sie wollen eine andere Behandlung als Ihr Arzt vorschlägt? Dann sprechen Sie mit ihm darüber, auch wenn er Sie nicht danach gefragt hat. Wollen Sie zum Beispiel, dass er Sie nach der Naturheilkunde behandelt, dann sagen Sie ihm das. Sie können ihn allerdings nicht dazu zwingen. Wenn Sie nach einem offenen Gespräch verschiedener Meinung sind, suchen Sie sich besser einen anderen Arzt.

c) Worüber muss ich aufgeklärt werden und wie ausführlich?

Die Faustregel ist: Wenn es um Ihr Leben geht und Sie eilig behandelt oder operiert werden müssen, muss die Ärztin Sie nicht so ausführlich aufklären. Anders ist es bei einer geplanten Operation oder einer anderen Behandlung, die nicht so dringend ist. Dann muss die Ärztin Ihnen genau erklären, was im ungünstigen Fall passieren kann. Sie muss Ihnen auch andere Möglichkeiten nennen, Sie zu behandeln, wenn es diese gibt. Am ausführlichsten müssen Sie vor einer Behandlung aufgeklärt werden,

die medizinisch nicht notwendig ist, etwa bei einer kosmetischen Operation.

Grundsätzlich muss Ihr Arzt Sie zu diesen Fragen aufklären:

→ Welche Krankheit habe ich? (**Aufklärung über die Diagnose**)

Wenn Ihr Arzt weiß, was Sie haben, muss er es Ihnen sagen. Selbst wenn er nur etwas vermutet, muss er es Ihnen grundsätzlich mitteilen, auch wenn es Ihnen Angst und Sorgen bereitet. Das gilt besonders, wenn er bei Ihnen eine schwere Erkrankung vermutet. Er muss Sie darüber informieren, wie man herausfinden kann, was Sie haben. Vielleicht wollen Sie das gar nicht wissen und keine weiteren Untersuchungen. Dann muss der Arzt Sie besonders genau aufklären, wie Ihre Erkrankung weiter verlaufen kann. Denn Sie müssen genau wissen, was dann auf Sie zukommen kann.

→ Wie verläuft meine Erkrankung wahrscheinlich weiter – mit Behandlung und ohne Behandlung? (**Aufklärung über den Verlauf**)

→ Welche Risiken kann die Behandlung für mich haben? (**Aufklärung über Risiken**)

Ihre Ärztin muss Sie über alle möglichen Folgen der geplanten Behandlung informieren, besonders, wenn sie Ihr tägliches Leben schwer einschränken kann. Welches Risiko gibt es zum Beispiel für bleibende Schäden wie Lähmungen, Blasenschwäche, längere oder andauernde Schmerzen?

Die Ärztin muss Ihnen alles sagen, was bei Ihrer Behandlung typischerweise an Folgen auftreten kann, egal, ob sich das Risiko ganz selten oder häufiger verwirklicht.

BEISPIEL: Der Bundesgerichtshof verlangt, vor einer Schutzimpfung darüber aufzuklären, dass die Impfung zu einer Erkrankung führen kann. Begründung: Solche Erkrankungen treten zwar selten auf, aber sie können das Leben sehr erschweren.

→ Kommt für mich auch eine **andere, alternative Behandlung** in Frage? Ihre Ärztin muss Ihnen andere Methoden nennen, die

- für die Behandlung Ihrer Erkrankung auch geeignet und
- üblich und anerkannt sind,

- die aber andere Risiken und Erfolgs-Chancen als die vorgeschlagene Behandlung haben.

Sie werden auch **echte Alternativen** genannt.

d) Wann und wie muss ich aufgeklärt werden?

Die Aufklärung ist dafür da, dass Sie persönlich sich gut entscheiden können. Also müssen Sie genug Zeit haben, um in Ruhe zu überlegen und zu entscheiden. Deshalb muss Ihr Arzt Sie **rechtzeitig aufklären** – je schwerer eine Operation oder Behandlung ist, desto früher, bei Operationen jedoch mindestens einen Tag vorher. Eine Aufklärung auf dem Operationstisch oder auf dem Zahnarztstuhl mit den Instrumenten im offenen Mund ist keine wirksame Aufklärung. Sie ist nur im wirklichen Notfall erlaubt.

Nur die Ärztin selbst darf Sie aufklären. Sie darf nicht etwa eine Krankenschwester oder einen Krankenpfleger oder ArzthelferIn damit beauftragen. Allerdings muss nicht derselbe Arzt Sie aufklären, der Sie später behandelt oder operiert. Aufklären kann auch eine andere Ärztin mit ähnlicher Erfahrung und Ausbildung.

Sie müssen die Aufklärung gut verstehen können. Die Ärztin darf also kein „Fach-Chinesisch“ sprechen. Fragen Sie solange nach, bis Sie alles verstanden haben. Das ist Ihr gutes Recht. Erst dann sollten Sie unterschreiben, dass Sie aufgeklärt wurden und mit der Behandlung einverstanden sind.

Vielleicht verstehen Sie nicht so gut deutsch. Dann muss die Ärztin dafür sorgen, dass die Aufklärung für Sie **übersetzt** wird, zum Beispiel durch einen Dolmetscher. Auch jemand aus Ihrer Familie, ein Bekannter oder ein Mitarbeiter kann für Sie übersetzen, wenn Sie wissen, dass die Person gut genug Deutsch versteht.

Sie können auch auf die **Aufklärung verzichten**. Bevor Sie das unterschreiben, sollten Sie sich ganz sicher sein, dass Sie darauf verzichten wollen.

Vielleicht fühlen Sie sich, gerade wenn Sie krank sind, wohler und sicherer, wenn Sie eine **vertraute Person zum Arzt mitnehmen**. Natürlich können Sie Ihre Begleitung auch mit in das Behandlungszimmer und zur anschließenden Besprechung nehmen, wenn Sie das möchten. Das muss der Arzt nur dann nicht dulden, wenn die Person sich ungebührlich benimmt,

die Behandlung stört oder eine Behandlung in Ihrem Beisein nicht möglich oder sinnvoll ist. Dies kann zum Beispiel bei psychischen Erkrankungen der Fall sein.

e) Wer ist einwilligungsfähig und wer nicht?

Grundsätzlich können nur Sie selbst entscheiden, ob Sie eine Behandlung wollen oder nicht. Nur Sie selbst können einwilligen. Dafür müssen Sie **einwilligungsfähig** sein. Die Voraussetzungen dafür sind:

- Sie können verstehen, was Ihre Ärztin Ihnen sagt. **Und:**
- Sie können daraufhin für sich persönlich entscheiden.

Für **nicht einwilligungsfähige** Menschen muss jemand anders entscheiden. Das dürfen aber nur bestimmte Personen. Beispiele:

- **Minderjährige Kinder.** Sie können grundsätzlich nicht selbst einwilligen. Für Kinder bis 13 Jahren entscheiden die Eltern. Bei Jugendlichen gibt es keine starren Regeln. Ein Jugendlicher kann ab 14 Jahren einwilligungsfähig sein. Der Arzt muss beurteilen, ob er weit genug entwickelt ist, um allein für sich zu entscheiden. Vor einem Eingriff bei einem Jugendlichen verlangen Ärzte meistens, dass auch die Eltern einwilligen.
- **PatientInnen ab 18 Jahren, die die Aufklärung nicht verstehen,** weil sie auf ihre ganz eigene Weise denken und fühlen. Gemeint sind Menschen, die geistig oder seelisch krank oder „behindert“ sind. Für sie entscheidet ein vom Gericht eingesetzter Betreuer oder eine Person, der sie vor ihrer Krankheit hierfür eine Vollmacht erteilt haben (Bevollmächtigter). Sie dürfen aber nur so entscheiden, wie es der Patient vermutlich selbst will.
- **PatientInnen ab 18 Jahren, die nicht mehr selbst entscheiden können,** zum Beispiel durch ihre Erkrankung oder weil sie bewusstlos sind. Auch für diese Personen entscheidet ihr Betreuer oder Bevollmächtigter.

ACHTUNG: Oft glauben die Ehepartner, Eltern oder Kinder, dass sie als nächste Angehörige über eine Behandlung entscheiden können. Das stimmt aber nur, wenn sie dafür eine Vollmacht ihres Angehörigen haben oder wenn sie von dem dafür zuständigen Gericht als Betreuer eingesetzt worden sind.

Ausführliche Informationen zur Patienten-Verfügung, zum Betreuungsrecht und zur Vorsorge-Vollmacht finden Sie in anderen Broschüren, siehe Kapitel 10 Abschnitt 5.

- **Im dringenden Notfall:** Wenn Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigte des nicht einwilligungsfähigen Patienten nicht zu erreichen sind, dann entscheiden die ÄrztInnen selbst. Auch sie müssen so entscheiden, wie es der Patient vermutlich selbst will.

2. Was muss die Ärztin über mich aufschreiben und aufbewahren? Habe ich das Recht, alles zu lesen, was die Ärztin über mich notiert hat?

Ihre Ärztin muss alles aufschreiben (dokumentieren), was sie mit Ihnen macht oder bespricht. Sie führt also Unterlagen über Sie, auch im Computer, zum Beispiel eine **Karteikarte** oder **Patienten-Akte**. Das gilt auch für den Krankenhaus-Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeuten. Sie alle sind im Folgenden mit Arzt gemeint. Der Arzt muss aufschreiben,

- wann und mit welchen Beschwerden Sie zu ihm gekommen sind,
- welche Untersuchungen er gemacht hat und was dabei herausgekommen ist,
- welche Medikamente er Ihnen verordnet hat, in welcher Dosierung, für wie lange und wie Sie die Medikamente vertragen haben,
- welche anderen Behandlungen Sie bekommen haben,
- wie Ihre Erkrankung weiter verlaufen ist,
- falls Sie operiert wurden: wie die Operation und die Narkose verlaufen sind (Operationsbericht und Narkoseprotokoll),
- worüber Sie vor einer Operation aufgeklärt worden sind.

Zu Ihren Behandlungsunterlagen gehören auch alle Untersuchungs-Befunde, etwa Labor-Befunde, EKG-Streifen, Röntgenbilder, Bilder von Ultraschall oder anderen technischen Verfahren wie MRT oder CT.

Die Patienten-Akte kann berichtigt oder geändert werden. Dabei muss aber der ursprüngliche Eintrag

erkennbar bleiben und die Ärztin muss das Datum der Änderung und wer es geändert hat hinzufügen. Das gilt auch für elektronisch geführte Patienten-Akten.

Manchmal verläuft eine Erkrankung anders als erwartet oder die Ärztin stellt die Behandlung um. Solche Dinge muss sie besonders genau in Ihrer Akte festhalten, auch damit Sie als PatientIn oder andere ÄrztInnen, die an Ihrer Behandlung mitarbeiten, die Behandlung nachverfolgen können. Wer die Akte liest, muss verstehen können, warum die Ärztin Sie so behandelt und nicht anders. Das genaue Aufschreiben stellt sicher, dass ein anderer Arzt Sie jederzeit richtig weiter behandeln kann.

Außerdem braucht die Ärztin die Unterlagen für die Abrechnung ihrer Leistungen.

Der Arzt muss Ihre Behandlungs-Unterlagen für eine bestimmte Dauer aufbewahren, in der Regel mindestens für 10 Jahre nach Ende Ihrer Behandlung. Dabei gelten verschieden lange Fristen für die verschiedenen Unterlagen.

BEISPIEL: eine Krankenschreibung (Durchschrift) muss mindestens ein Jahr, Röntgenbilder müssen mindestens 10 Jahre und einige Unterlagen sogar 30 Jahre aufbewahrt werden.

Eine Übersicht finden Sie unter www.kvvhb.de → Für Praxen → Praxisalltag → Praxistipps → Aufbewahrungsfristen.

Gibt Ihre Ärztin ihre Praxis auf, muss sie für die Aufbewahrung der Patientenakten sorgen. Ein Praxismachfolger darf in Ihre alten Behandlungs-Unterlagen nur hineinsehen, wenn Sie damit einverstanden sind. Gibt es keinen Nachfolger, muss Ihre „alte“ Ärztin die Unterlagen aufbewahren, bei sich zuhause oder an einem anderen sicheren Ort.

Grundsätzlich haben Sie ein Recht darauf, sich jederzeit Ihre Behandlungs-Unterlagen anzusehen; das **Einsichtsrecht** gilt für die Arztpraxis und auch im Krankenhaus. Es gehört zu Ihrem Recht, selbst über sich zu bestimmen. Und es gehört zu den Pflichten des Arztes nach dem Patientenrechtegesetz, Sie in diese Unterlagen sehen zu lassen. Sie müssen nicht sagen, warum Sie die Unterlagen sehen wollen.

Dieses Recht gilt allerdings nicht für alle Unterlagen. Sie dürfen sich ansehen:

- alle Unterlagen, in denen es um Ihre Erkrankungen geht, also Untersuchungs-Befunde, Aufzeichnungen über die Behandlungen. Diese Unterlagen müssen vollständig sein. Nur wenn die Gefahr besteht, dass sich die Einsicht ungünstig auf Ihre Erkrankung auswirkt – was eher einmal der Fall sein kann, wenn Sie etwa in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung sind – oder erhebliche Rechte von anderen Personen durch Ihre Einsichtnahme beeinträchtigt werden, darf der Arzt bestimmte Einträge abdecken. In diesem Fall muss er Ihnen gegenüber begründen, warum er die Einsichtnahme verweigert hat.

Sie haben das Recht, in der **Originalakte** zu lesen. Die Ärztin muss Ihnen jedoch das Original nicht mitgeben. Ausnahme: Sie muss Ihnen **Röntgenbilder** im Original mitgeben, damit Sie zum Beispiel die Meinung eines zweiten Arztes hören können.

ACHTUNG: Das kann auch wichtig sein, wenn Sie meinen, dass Sie falsch behandelt wurden. Da der Arzt Ihre Bilder aufbewahren muss, ist es üblich, dass er die Bilder wieder zurückverlangt. Das ist sein Recht.

TIPP: Sie sollten Original-Röntgenbilder auf keinen Fall verlieren. Auch und besonders, wenn der Arzt sie nicht zurückverlangt. Sollten Sie Röntgenbilder weitergeben, lassen Sie sich dafür unbedingt eine Quittung geben.

Sie können **Kopien Ihrer Unterlagen** verlangen, egal, wie viele Seiten Sie brauchen. Einige Gerichte haben bestätigt, dass die Ärztin dafür 30 bis 50 Cent je Kopie verlangen darf. Sie müssen aber nicht die Arbeitszeit bezahlen, die die Angestellten der Ärztin für das Kopieren brauchen. Wenn die Ärztin die Patienten-Akte elektronisch führt, können Sie auch davon eine Kopie bekommen.

In Krankenhäusern kann das Kopieren von Unterlagen teurer sein. Da Krankenhausunterlagen oft sehr umfangreich sind, fragen Sie nach den Kosten, bevor Sie sich alle Unterlagen kopieren lassen.

Manche ÄrztInnen speichern Unterlagen und Bilder im Computer oder auf CD/DVD. Zu den Kosten für das Kopieren solcher Daten gibt es noch keine Gerichtsurteile.

Sie können auch von Röntgenbildern Kopien, auch mittels Fotografien, machen lassen. Aber: es ist nicht immer einfach, jemanden zu finden, der das macht; zudem ist es ziemlich teuer, und Sie müssen es selbst bezahlen. Außerdem sind die Kopien immer schlechter als die Originale, so dass sie oft nichts nutzen. Kopien von Bildern im Computer sind viel billiger; außerdem bleibt die Qualität erhalten.

Schickt Ihr Arzt Ihnen die Unterlagen zu, müssen Sie auch die Portokosten bezahlen, zum Beispiel für ein Einschreiben. Weigert sich Ihr Arzt, Ihnen die Unterlagen zu schicken, müssen Sie sie in der Praxis abholen.

ACHTUNG: Durch das neue Patientenrechtegesetz sind grundlegende Pflichten des Arztes zur Dokumentation Ihrer Behandlung und zu Ihrem Recht auf Einsicht in diese Behandlungs-Akte gesetzlich geregelt worden. Sie und Ihr Arzt können diese Regelungen jetzt im Bürgerlichen Gesetzbuch nachlesen.

3. Die Schweigepflicht des Arztes

Ihre Ärztin darf grundsätzlich keinem anderen Menschen erzählen, was sie in ihrer Eigenschaft als Ihre Ärztin von Ihnen als PatientIn erfahren hat. Tut sie es dennoch, macht sie sich strafbar und kann verurteilt werden. Sie muss davon ausgehen und beachten, dass weitere Menschen nicht wissen sollen, was Sie ihr anvertrauen. Dabei ist es egal, worum es geht:

- Ihre eigene Gesundheit – etwa Ihre Erkrankung und deren Verlauf, oder ob Sie geistig oder psychisch irgendwie besonders sind – oder
- Ihr Privatleben – etwa Familie, Beruf, Freizeit, Geld – oder
- um andere Personen – beispielsweise Ihren Partner, Ihre Kinder, Ihre Kollegen, oder darum, dass Ihr Nachbar eine Entziehungskur gemacht hat.

Es ist auch gleichgültig, ob Ihre Ärztin

- etwas gehört hat, was Sie ihr erzählt haben, etwa Ihre Beschwerden,

- etwas gesehen hat, was Sie ihr gezeigt haben, etwa das Versteck Ihrer wertvollen Briefmarkensammlung, oder ob sie
- etwas ganz zufällig mitbekommt – etwa, dass Ihre Firma zahlungsunfähig ist.

ACHTUNG: Diese Schweigepflicht gilt grundsätzlich, Sie müssen Ihre Ärztin nicht darum bitten. Und sie gilt auch gegenüber Ihren nächsten Angehörigen. Auch ihnen darf die Ärztin nichts über Ihren Gesundheitszustand oder Ihre Krankheit erzählen. Ausnahme: Wenn Sie es ihr erlauben. Näheres dazu unten in diesem Abschnitt.

Die Schweigepflicht gilt auch für einen Arzt, der ein Gutachten über Sie schreibt, den Amtsarzt, den Vertrauensarzt, den Betriebsarzt und den Musterungsarzt und für alle anderen Personen, die an Ihrer Behandlung beteiligt sind.

ACHTUNG: Sie alle dürfen grundsätzlich auch den Behörden, der Polizei, dem Gericht oder dem Staatsanwalt nichts über Sie erzählen. Selbst anderen ÄrztInnen gegenüber gilt die Schweigepflicht, wenn diese nicht an Ihrer Behandlung beteiligt sind.

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber den Eltern von Jugendlichen. Es gibt aber keine strenge Altersgrenze. Bei einem **Jugendlichen ab 14 Jahren** entscheidet die Ärztin, für wie reif sie ihn hält. Ein 15 Jahre altes Mädchen kann unter Umständen allein entscheiden, ob es die Pille nehmen möchte. Die Ärztin darf den Eltern dann nicht sagen, ob und weshalb das Mädchen zu ihr gekommen ist. Bei der Behandlung von Kindern bis zum Alter von etwa 13 Jahren muss die Ärztin die Eltern über alles informieren.

Die **Schweigepflicht gilt nicht** gegenüber anderen Personen, die an Ihrer Behandlung beteiligt sind, etwa andere ÄrztInnen, Pflegepersonal. Der Arzt darf und muss an diese Personen alle Informationen weitergeben, die für die Erkrankung, die sie gemeinsam behandeln, wichtig sind. Beispiel: Sie sollen am Blinddarm operiert werden und Sie haben auch eine leichte Depression, die nicht mit Medikamenten be-

handelt wird. Dann muss und darf Ihr Arzt nur Ihre Befunde zum Blinddarm weitergeben, nicht die zur Depression.

ACHTUNG: Viele ÄrztInnen schreiben die ärztlichen Privatrechnungen nicht selbst, sondern geben dies als Auftrag an eine Firma, etwa an eine Privatverrechnungs-Stelle. Sie brauchen dafür die ausdrückliche Erlaubnis der PatientInnen, denn die Praxis gibt in diesem Fall Informationen über ihre Krankheiten und Behandlungen weiter.

In bestimmten Fällen **darf oder muss Ihre Ärztin Informationen** über Sie an andere Personen weitergeben:

- wenn Sie bestimmte schwere und ansteckende Krankheiten haben.
- wenn Sie durch Ihre Krankheit eine akute Gefahr für andere sind, weil Sie zum Beispiel trotzdem weiter Auto fahren, obwohl Sie durch Ihre Krankheit oder die Behandlung nicht mehr sicher am Steuer sind und sich davon auch nicht abbringen lassen. Die Ärztin darf dann die Verkehrsbehörde informieren.
- wenn Sie durch eine ansteckende oder psychische Erkrankung gefährlich für Ihre Familie werden können: Sie muss alles versuchen, damit Sie selbst Ihre Familie über Ihre Krankheit aufklären. Nur wenn sie damit keinen Erfolg hat, darf sie Ihre Familie informieren.
- wenn das Wohl eines Kindes oder eines Jugendlichen gefährdet ist, darf und muss die Ärztin das Jugendamt informieren. Normalerweise müssen Sie als Eltern oder andere Erziehungsberechtigte

davon vorher von der Ärztin informiert werden. Nur wenn die Ärztin befürchtet, dass der Schutz des betroffenen Kindes dann nicht mehr sichergestellt ist, darf sie von dieser Informationspflicht absehen.

Weitere **Ausnahmen von der Schweigepflicht:** Ihr Arzt darf einen Anwalt einschalten, wenn Sie zum Beispiel trotz Mahnung seine Privatrechnung nicht bezahlen oder wenn Sie gegen ihn vorgehen, weil Sie ihm einen Behandlungs-Fehler vorwerfen. In diesen Fällen darf Ihr Arzt Informationen über Sie weitergeben, um seine Rechte wahren zu können.

So können Sie Ihren Arzt für einen bestimmten Zweck **von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden:**

- Sie sagen oder schreiben auf, welchen anderen Personen Ihr Arzt Auskunft über Sie geben darf: etwa einem Versicherungs-Unternehmen, weil Sie eine Lebensversicherung abschließen wollen.
- Sie zeigen das eindeutig durch Ihr Verhalten: Wenn Sie Ihre Frau oder Ihren Mann in das Behandlungszimmer des Arztes mitnehmen, bedeutet das für den Arzt, dass er mit Ihnen beiden über Ihre Erkrankung sprechen darf. Auch wenn Sie zu einer Einstellungs-Untersuchung gehen, entbinden Sie damit den Arzt von der Schweigepflicht. Er darf dem Arbeitgeber mitteilen, ob Sie für die Arbeit geeignet sind oder nicht, mehr nicht.

Ihr Arzt darf also nicht alles weitergeben, wenn Sie ihn von der Schweigepflicht entbunden haben. Er darf nur so viel weitergeben, dass der Zweck erfüllt ist, zu dem Sie ihn von der Schweigepflicht entbunden haben.

Kapitel 6: Wann muss ich etwas zuzahlen?

ZUZAHLUNG: Als Kassen-Versicherter müssen Sie manchmal etwas dazu bezahlen, etwa wenn Sie im Krankenhaus liegen, wenn Sie Medikamente brauchen oder Krankengymnastik (Physiotherapie) bekommen. Kinder bis zum Alter von einschließlich 17 Jahren müssen grundsätzlich nichts zuzahlen (Ausnahme: Taxifahrten – siehe Abschnitt 3)

1. Zuzahlungen, Selbstbeteiligung

a) Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten und Verbandmitteln

Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten oder Verbandmitteln müssen Sie 10% (ein Zehntel) des Preises dazuzahlen, mindestens aber 5 € und höchstens 10 €. Kostet das Medikament weniger als 5 €, zahlen Sie den tatsächlichen Preis.

Ein Medikament kostet zum **BEISPIEL:**

- 4,25 €. Dann zahlen Sie 4,25 €. Diesen Fall gibt es kaum, denn fast alle verschreibungspflichtigen Medikamente sind teurer als 5 €.
- 23 €, also zwischen 5 € und 50 €. Dann zahlen Sie den Mindestbetrag von 5 €.
- 63 €, also zwischen 50 € und 100 €. Dann zahlen Sie ein Zehntel, also 6,30 €.
- 178 €, also über 100 €. Dann zahlen Sie den Höchstbetrag von 10 €.

Wenn mehrere Medikamente auf dem Rezept stehen, müssen Sie bei jedem einzelnen Medikament zuzahlen.

Ausnahmen: Bei diesen Arzneimitteln müssen Sie nichts dazu bezahlen:

- Teststreifen für Harn oder Blut zur Überwachung einer Krankheit und
- Arzneimittel, deren Preis deutlich (30%) unter dem Festbetrag liegt (siehe Kapitel 2 Abschnitt 3c).

b) Zuzahlung bei Heilmitteln und Hilfsmitteln

Bei **Heilmitteln** (zum Beispiel Krankengymnastik) zahlen Sie beim Therapeuten für jede Verordnung:

- die Rezeptgebühr von 10 € und
- 10% der Kosten des Heilmittels.

BEISPIEL: Sie bekommen 6 Massagen verordnet, die jeweils 12 €, zusammen also 72 € kosten. Dann zahlen Sie die Rezeptgebühr von 10 € und 7,20 € (10% von 72 €), insgesamt also 17,20 €. Den Rest zahlt die Krankenkasse. Diese Kosten können sich in jedem neuen Quartal verändern.

Bei **Hilfsmitteln** gelten die gleichen Regeln für Zuzahlungen wie bei den Arzneimitteln. Sie müssen 10% des Preises bezahlen, mindestens aber 5 € und höchstens 10 €. Für Hilfsmittel, die Sie verbrauchen und daher immer nachkaufen müssen (zum Beispiel Vorlagen bei schwerer Blasenschwäche) zahlen Sie 10% der Kosten, jedoch höchstens 10 € im Monat.

Auch für einige Hilfsmittel gibt es **Festbeträge**. Kostet Ihr verordnetes Hilfsmittel mehr als der Festbetrag, zahlt die Kasse den Festbetrag. Zu diesem Festbetrag zahlen Sie die normalen 10 € dazu. Außerdem müssen Sie den Rest bezahlen.

BEISPIEL: Ein Hörgerät kostet 700 €, der Festbetrag liegt aber nur bei 400 €. Dann haben Sie den Rest von 300 € zu bezahlen und Ihre normale Zuzahlung von 10 €, insgesamt also 310 €. Von Ihrer Krankenkasse oder Ihrer Ärztin erfahren Sie, wie hoch die Festbeträge sind.

ACHTUNG: Die Krankenkassen müssen die Kosten für ein teureres Hörgerät übernehmen, wenn ein zum Festpreis erhältliches Gerät nicht ausreicht, die konkret vorliegende Hörbehinderung auszugleichen. So hat es das Bundessozialgericht entschieden. Dieses Prinzip gilt auch für andere Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt sind.

Es gibt nicht nur für Arzneimittel sondern auch für Hilfsmittel **Rabattverträge** (siehe Kapitel 2 Abschnitt 3c). Wenn Ihre Krankenkasse einen Rabattvertrag für ein Hilfsmittel abgeschlossen hat, können Sie das Hilfsmittel nicht mehr über die Apotheke oder das Sanitätshaus bekommen. Das Hilfsmittel bekommen Sie dann von dem Hersteller, den Ihnen Ihre Krankenkasse nennt. Nur wenn Sie gute Gründe haben, dürfen Sie ein Produkt eines anderen Herstellers wählen. Ist dieses Produkt teurer als bei dem Hersteller, mit dem Ihre Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen. Wenn Sie ein anderes Produkt wählen, ohne einen guten Grund dafür zu haben, müssen Sie alles selbst zahlen.

Krankenkassen haben Rabattverträge etwa **für Vorlagen und Windeln** bei Blasenschwäche (Inkontinenz), für **Kompressionsstrümpfe** und **Rollstühle** abgeschlossen.

Es kann vorkommen, dass zum Beispiel die Windeln oder Vorlagen aus einem Rabattvertrag nicht so gut sind, wie die, die Sie bisher hatten. Vielleicht bekommen Sie so viele Windeln oder Vorlagen zugeschickt, dass Sie sie zuhause kaum unterbringen können. Es kann sein, dass Sie auf die Reparatur Ihres Rollstuhles warten müssen, weil der Hersteller weit entfernt ist. Beschweren Sie sich immer deutlich bei Ihrer Krankenkasse, wenn die Hilfsmittel aus einem Rabattvertrag nicht gut sind oder andere Probleme auftauchen.

c) Zuzahlung bei häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege gibt es nur auf Rezept der Ärztin. Sie zahlen pro Verordnung für den ambulanten Krankenpflegedienst:

- die Rezeptgebühr von 10 € und
- 10% der Kosten der häuslichen Krankenpflege. Allerdings müssen Sie für häusliche Krankenpflege längstens für 28 Tage im Jahr zuzahlen.

Für die **Haushaltshilfe** gelten die gleichen Regeln für die Zuzahlung wie bei den Arzneimitteln. Sie als PatientIn zahlen 10 % des Preises, mindestens aber 5 € und höchstens 10 € pro Kalendertag.

d) Zuzahlung bei Soziotherapie

Auch hier gelten die gleichen Regeln für die Zuzahlung wie bei Arzneimitteln. Sie zahlen 10 % des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Kalendertag.

e) Selbstbeteiligung, Zuschuss der Krankenkasse

Streng zu unterscheiden von den Zuzahlungen sind die Selbstbeteiligungen etwa beim Zahnersatz, bei orthopädischen Schuhen, beim Spezial-Büstenhalter für eine brustamputierte Frau oder bei der künstlichen Befruchtung. Hier muss die Patientin in jedem Fall einen Teil der Kosten selbst zahlen. Anders ausgedrückt: hier zahlt die Krankenkasse einen Zuschuss.

Zu den Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen beim Zahnarzt siehe Kapitel 8 Abschnitt 4.

f) Quittungen aufbewahren

TIPP: Bewahren Sie alle Quittungen über Zuzahlungen unbedingt auf. Oder lassen Sie sich alle Zuzahlungen in einem Heft quittieren. Das bekommen Sie kostenlos bei Ihrer Krankenkasse. Sie können sich nämlich von weiteren Zuzahlungen befreien lassen, wenn Sie wenig Geld haben oder Arbeitslosengeld 2 erhalten. Näheres unter Abschnitt 4.

2. Zuzahlungen im Krankenhaus und in der Rehabilitation

Was Sie im Krankenhaus und auch bei einer medizinischen Rehabilitation (Reha) zuzahlen müssen, sehen Sie in der folgenden Tabelle. Wie viel und wie lange Sie bei der medizinischen Reha zuzahlen müssen, hängt davon ab, wer die Reha-Maßnahme bewilligt: Ihre Krankenkasse oder Ihre Rentenversicherung.

Manche Zuzahlungen werden miteinander verrechnet.

BEISPIEL: Gehen Sie nach 11 Tagen im Krankenhaus in eine Anschluss-Reha (Kostenträger: Ihre Krankenkasse), dann müssen Sie für 11 Tage Krankenhaus und 17 Tage Anschluss-Reha zuzahlen, insgesamt für 28 Tage. Beahlt Ihre Rentenversicherung die Reha, müssen Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nur noch für 3 weitere Tage zuzahlen, insgesamt also für 14 Tage. Wir können hier nicht alle Fälle beschreiben, in denen Zuzahlungen miteinander verrechnet werden. Sie sollten sich in jedem Fall bei Ihrer Krankenkasse, Ihrer Rentenversicherung oder einer Patienten-Beratungsstelle erkundigen.

Bei Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren müssen Sie für die gesamte Dauer 10 € pro Tag zuzahlen, also in der Regel für 3, höchstens für 4 Wochen.

Zuzahlungen pro Kalenderjahr für Krankenhaus und Rehabilitation	Kostenträger	
	gesetzliche Krankenkasse	Rentenversicherung
Krankenhaus stationär	28 Tage	–
Rehabilitation ambulant	unbegrenzt	keine Zuzahlung
Rehabilitation stationär	unbegrenzt	42 Tage
„Anschluss-Reha“ ambulant	28 Tage	keine Zuzahlung
„Anschluss-Reha“ stationär	28 Tage	14 Tage
Zuzahlungsbetrag pro Tag	10 €	höchstens 10 €

Wenn Sie Ihre Zuzahlung nicht bezahlen, wird das Krankenhaus sie Ihnen gegenüber durchsetzen, zur Not mit Hilfe der Krankenkasse. Wenn das Krankenhaus oder Ihre Krankenkasse zu lange damit warten,

verjähren die Ansprüche spätestens nach vier Jahren, gerechnet ab Ende des Kalenderjahres in dem Sie im Krankenhaus waren.

3. Zuzahlung bei Taxifahrten und Krankentransporten

Auch für Transport-Kosten gilt: Sie zahlen 10% der Fahrtkosten selbst, mindestens aber 5 € und höchstens 10 €. Sie müssen allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Fahrtkosten bezahlen. Für Kinder und Jugendliche gilt dasselbe. Wenn Sie mit Bus und Bahn fahren können, lohnt sich eine Verordnung durch die Ärztin oft nicht.

4. Wann und wie kann ich mich von Zuzahlungen befreien lassen?

Es gibt eine sogenannte **Belastungsgrenze** für Zuzahlungen: 2% Ihrer Brutto-Einnahmen, so viel müssen Sie in einem Kalenderjahr höchstens zuzahlen. Sind Sie chronisch krank, sind es 1% Ihrer Brutto-Einnahmen. Diese Grenze und die Befreiung gelten nur für Zuzahlungen zu Leistungen, die die Krankenkasse bezahlt. Nicht aber zum Beispiel für die Kosten einer Brille oder für Ihre Selbstbeteiligung beim Zahnersatz. Diese Kosten zählen nicht als geleistete Zuzahlungen. Die müssen sie in jedem Fall selbst bezahlen.

In einem gemeinsamen Haushalt mit mehreren Angehörigen werden die Brutto-Einnahmen von allen zusammengezählt. Daraus errechnet sich die Belastungsgrenze für den gesamten Haushalt. Das gilt auch, wenn Sie und Ihre Angehörigen bei verschiedenen Krankenkassen oder manche Angehörige privat versichert sind. Als **Angehörige** zählen: der Ehepartner bzw. der eingetragene Lebenspartner, alle minderjährigen Kinder, auch Enkel- oder Stiefkinder, sowie Eltern und Geschwister. Bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften berechnet jeder einzelne seine Belastungsgrenze, eventuell zusammen mit seinen Angehörigen im selben Haushalt.

Wie berechne ich meine Belastungsgrenze?

Zunächst einmal: Ihre **Brutto-Einnahmen** sind alle Einnahmen, die Sie bekommen, um Ihren Lebens-

unterhalt zu bezahlen, also etwa Arbeitseinkommen, Renten, Einnahmen aus Vermietung, Zinsen, einmalige Einnahmen. **Nicht** zu den Bruttoeinnahmen gehören: Grundrenten und vergleichbare Leistungen, Kindergeld, Wohngeld und BAföG.

Von den Brutto-Einnahmen werden folgende **Freibeträge** abgezogen, die Zahlen gelten für 2013:

- für den Versicherten selbst: nichts
- für den ersten Angehörigen: 4.851 €
(alte Bundesländer)
4.095 €
(neue Bundesländer)
- für jedes Kind der steuerliche Kinderfreibetrag: 7.008 €
- für jeden weiteren Angehörigen: 3.234 €
(alte Bundesländer)
2.730 €
(neue Bundesländer)

BEISPIEL: Sie leben in einem alten Bundesland, sind verheiratet und leben mit Ihrer Frau, ihren zwei minderjährigen Kindern und Ihrer Schwiegermutter in einem Haushalt. Sie haben ein Arbeitseinkommen von 24.700 € im Jahr. Ihre Frau hat einen Minijob und verdient 3.800 € pro Jahr. Ihre Schwiegermutter erhält eine Rente von 9.800 € im Jahr. Zusätzlich bekommen Sie Zinsen von 800 € im Jahr und Kindergeld.

Zuerst berechnen Sie die Bruttoeinnahmen für Ihren Haushalt:

Arbeitseinkommen des Ehemanns	24.700 €
Arbeitseinkommen der Ehefrau	3.800 €
Einnahmen durch Zinsen	800 €
Rente der Schwiegermutter	<u>9.800 €</u>
Bruttoeinnahmen insgesamt	39.100 €

Dann berechnen Sie Ihre Freibeträge:

für die Ehefrau	4.851 €
für die beiden Kinder 2 x 7008 €	14.016 €
für die Schwiegermutter	<u>3.234 €</u>

Freibeträge zusammenzählen und abziehen

22.101 €

Bruttoeinnahmen

zur Berechnung Ihrer Belastungsgrenze: 16.999 €

Davon 2% sind die Belastungsgrenze für die ganze Familie: 339,98 €

Im Jahr 2013 müssen diese fünf Personen also zunächst Zuzahlungen bis insgesamt 339,98 € bezahlen. Erst danach können sie sich von der Krankenkasse für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Dafür stellen sie einen Antrag bei ihrer Krankenkasse.

Als EmpfängerIn von **Arbeitslosengeld 2, Sozialhilfe, Leistungen zur Grundsicherung im Alter/Erwerbsminderung** berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze anders. Hier zählt nur die Regelleistung als Bruttoeinnahme. Seit dem 1. Januar 2013 sind das 382 € im Monat, also 4.584 € im Jahr. Von diesem Betrag wird kein Freibetrag abgezogen. Wenn Sie selbst oder ein Familien-Mitglied in Ihrem Haushalt diese Sozialleistungen bekommt, dann werden lediglich 4.584 € als Bruttoeinnahmen für alle Familien-Mitglieder zusammen angesetzt. Davon 2 % sind 91,68 €, das ist die Belastungsgrenze für alle zusammen.

Ist ein Familien-Mitglied **chronisch krank** – zum Beispiel die Schwiegermutter – beträgt die Belastungsgrenze nur 1% der Bruttoeinnahmen. In unserem Beispiel sind das 169,99 €.

Erhalten Sie Arbeitslosengeld 2 oder Grundsicherung im Alter/Erwerbsminderung, liegt die Belastungsgrenze für Ihre Familie bei 45,84 €.

Unter den folgenden Voraussetzungen gelten Sie als chronisch krank:

- Sie waren mindestens ein Jahr lang in jedem Quartal wegen der gleichen Krankheit beim Arzt. Der Arzt bescheinigt Ihnen das.
- Zusätzlich muss einer der folgenden Punkte zutreffen:
 - Sie haben die Pflegestufe 2 oder 3. **Oder:**
 - Sie haben einen Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 60% und Ihre chronische Erkrankung ist zumindest zum Teil die Ursache dafür. **Oder:**

- Ohne ganz regelmäßige medizinische Behandlung verschlimmert sich Ihre Erkrankung so, dass es Ihnen auf Dauer immer schlechter geht oder Sie dadurch früher sterben. Dies bescheinigt Ihnen auch Ihr Arzt.

Wenn Sie allerdings bei der Behandlung nicht mitmachen und das dem Arzt auch deutlich sagen, gibt er Ihnen diese Bescheinigung nicht.

Bei bestimmten chronischen Erkrankungen wird die Belastungsgrenze nur dann auf 1% gesenkt, wenn Sie vorher an der Früherkennung teilgenommen haben. Hierbei zählt eine **Beratung über die Früherkennung** bereits als Teilnahme, egal ob Sie sich dann auch untersuchen ließen.

Diese Regelung gilt für:

- Gebärmutterhalskrebs (Pap-Abstrich für Frauen ab 20 Jahren),
- Brustkrebs (Röntgenuntersuchung der Brust für Frauen von 50 bis 69 Jahren) und
- Darmkrebs (Stuhltest bzw. Darmspiegelung für Frauen und Männer ab 50 Jahren).

Sie betrifft Frauen, die nach dem 1. April 1987 und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind. Alle Beratungen und Untersuchungen zur Früherkennung muss die Ärztin in Ihrer Akte notieren. Zusätzlich können Sie sich dafür einen **Präventionspass** ausstellen lassen, damit Sie einen Nachweis haben.

Wenn Sie freiwillig bei einem **Behandlungsprogramm (DMP)** mitmachen – etwa zum Brustkrebs –, wird Ihre Belastungsgrenze in jedem Fall auf 1% gesenkt. Auch dann, wenn Sie vor der Erkrankung keine Beratung zur Früherkennung hatten.

Wenn Sie in einem **Pflegeheim** leben und ergänzende Sozialhilfe bekommen, bezahlt das Sozialamt (oder Ihr Sozialhilfeträger) für Sie alle Zuzahlungen direkt an Ihre Krankenkasse. Sie zahlen das Geld in kleinen Monats-Raten zurück. Ihre Krankenkasse bescheinigt Ihnen dann schon im Januar schriftlich, dass Sie von weiteren Zuzahlungen befreit sind.

ACHTUNG: Sie müssen selbst darauf achten, dass Sie nicht zu viel zuzahlen. Ihre Krankenkasse kennt Ihre Belastungsgrenze nicht, denn sie weiß nicht, wie hoch Ihre Einnahmen sind. Stellen Sie daher einen Antrag an Ihre Krankenkasse, wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen an Ihre Belastungsgrenze kommen. Den Vordruck dafür gibt es bei Ihrer Krankenkasse. Dort geben Sie den Antrag zusammen mit den Quittungen über Ihre Zuzahlungen auch wieder ab. Was Sie schon zu viel zugezahlt haben, bekommen Sie von Ihrer Krankenkasse zurück.

Wenn die Krankenkasse Ihren Antrag anerkennt, gibt sie Ihnen eine **Bescheinigung über Ihre Befreiung von den Zuzahlungen**. Meistens ist das eine kleine Karte, die Sie bei allen weiteren Besuchen in der Apotheke, beim Physiotherapeuten usw. vorzeigen. Die Bescheinigung ist bis zum Ende des Kalender-Jahres gültig, solange müssen Sie dann nichts mehr zuzahlen. Im neuen Jahr fangen Sie wieder von vorn an. Bei einigen Krankenkassen gibt es für chronisch Kranke ein einfacheres Verfahren. Fragen Sie dazu Ihre Krankenkasse.

5. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Viele niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen bieten KassenpatientInnen sogenannte IGeL an (oft ungenau auch IGeL-Leistungen genannt). Das sind Leistungen, die medizinisch nicht notwendig sind. Sie werden deshalb **von den Krankenkassen nicht bezahlt**. Die Kassen dürfen und sollen nur Leistungen bezahlen, die zur Versorgung der Patienten ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sind.

Wenn Ihr Arzt Ihnen IGeL anbietet, haben Sie ein Recht auf Aufklärung wie bei jeder anderen Behandlung auch, siehe Kapitel 5. Fragen Sie ausdrücklich nach, welche Risiken die IGeL-Behandlung mit sich bringen kann und welche Vorteile sie Ihnen nach Ansicht des Arztes bringen soll. Der Arzt muss Ihnen diese Fragen beantworten.

Erkundigen Sie sich im Zweifel auch bei Ihrer Krankenkasse oder einer Patienten-Beratungsstelle, ob

die angebotene IGeL-Behandlung nicht doch von den Krankenkassen übernommen wird.

Kritiker halten IGeL für überflüssig. Viele dieser Leistungen haben keinen gesicherten oder einen fraglichen Nutzen. Trotzdem werden IGeL von vielen PatientInnen gekauft. Denn sie geben ihnen zum Beispiel ein Gefühl von Sicherheit. Beispiele von IGeL'n deren Nutzen zweifelhaft ist: Messung des Augeninnendrucks zur Früherkennung einer möglichen Erblindung, Messung des PSA Wertes zur Früherkennung von Prostata-Krebs, zusätzliche Ultraschall-Untersuchungen während der Schwangerschaft.

In bestimmten Situationen können IGeL aber auch sinnvoll sein: Wenn Sie sich vor einer Fernreise impfen lassen, wenn Sie ein ärztliches Gutachten brauchen, ob Sie als Berufskraftfahrer arbeiten können, wenn Sie klären wollen, ob Sie körperlich zum Sporttauchen geeignet sind.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) hat im Internet einen IGeL-Monitor veröffentlicht. Dort können Sie die häufigsten IGeL finden. Dazu gehört eine Bewertung über den Nutzen jeder einzelnen IGeL (www.igel-monitor.de).

Wenn Sie sich für IGeL entscheiden, **muss die Ärztin oder Zahnärztin vorher mit Ihnen einen schriftlichen Vertrag schließen**, in dem die Leistungen und Preise stehen. Oft ist es ein Vordruck, den Sie nur zu unterschreiben brauchen. Lassen Sie sich eine Kopie von diesem Vertrag geben. Nach der Behandlung muss die Ärztin bzw. Zahnärztin Ihnen eine Rechnung ausstellen wie bei einem Privatpatienten. Sie richtet sich dabei nach der GOÄ oder GOZ (Gebührenordnung für Ärzte oder Zahnärzte). Sie müssen diese Rechnung selbst bezahlen und bekommen die Kosten nicht von Ihrer Krankenkasse zurück.

ACHTUNG: Bestehen Sie auf so einem schriftlichen Vertrag, bevor der Arzt oder Zahnarzt Sie behandelt. Lesen Sie den Vertrag genau durch, damit Sie wissen, auf was Sie sich einlassen. Überlegen Sie in Ruhe und lassen Sie sich nicht zu IGeL'n drängen. In manchen Praxen heißt es: „Das machen wir bei jedem Patienten so“. Das ist kein Argument. Der Arzt oder der Zahnarzt muss Sie auch behandeln, wenn Sie keine IGeL haben möchten.

IGeL sind Ihre Privatsache. Bei einem **Konflikt mit Ihrem Arzt oder Zahnarzt** wegen IGeL wenden Sie sich an die zuständige Landes-Ärzttekammer oder Landes-Zahnärztekammer, an eine Patienten-Beratungsstelle oder an Ihre Krankenkasse.

6. Was ist, wenn ich nicht zum vereinbarten Arzttermin komme?

Ein vereinbarter **Behandlungstermin** ist eine Verabredung. Die sollten Sie einhalten und rechtzeitig in der Praxis erscheinen. Wenn Sie nicht zu dem Termin kommen können, dann **sagen Sie ihn ab, sobald Sie das wissen**. Vor allem dann, wenn etwas für Sie vorbereitet werden muss oder mehr Zeit für Sie eingeplant wurde: etwa für eine Operation (auch beim Zahnarzt), eine aufwändige Untersuchung oder ein wichtiges Gespräch. Es ist egal, warum Sie nicht zum Termin kommen können. Wenn Sie den Termin **mindestens 48 Stunden vorher** absagen, kann die Ärztin in der Regel kein Geld (ein sogenanntes Ausfall-Honorar) von Ihnen verlangen.

Wenn Sie zu einer Psychotherapeutin gehen, empfehlen wir Ihnen: Vereinbaren Sie schriftlich, in welchem Fall die Psychotherapeutin Geld von Ihnen verlangen kann, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. In einigen Bundesländern haben PsychotherapeutInnen hierzu gemeinsam Empfehlungen erarbeitet. Sie bekommen diese bei der Psychotherapeutenkammer.

ACHTUNG: Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht rechtzeitig absagen und nicht einhalten, bekommen Sie vielleicht eine Rechnung von der Ärztin. Die Juristen streiten darüber, ob die Ärztin von Ihnen Geld als Schadenersatz verlangen kann.

BERATUNG: Es kommt sehr auf den Einzelfall an, ob ein Arzt ein Ausfall-Honorar verlangen darf. Falls Sie davon betroffen sind, informieren Sie sich erst einmal in einer Patienten-Beratungsstelle oder bei einem Rechtsanwalt. Oft ist es auch sinnvoll, sich mit der zuständigen kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Vereinigung in Verbindung zu setzen.

7. Welche Leistungen hat der Arzt oder das Krankenhaus für meine Behandlung abgerechnet? Was hat die Krankenkasse für mich bezahlt?

Möchten Sie wissen, welche Leistungen die **Ärztin**, die **Zahnärztin** oder das **Krankenhaus** für Ihre Behandlung abgerechnet hat? Dann lassen Sie sich eine **Patienten-Quittung** geben. Darin stehen die Leistungen und auch, wie viel dafür abgerechnet wurde. Sie können von der Ärztin eine Tagesquittung bekommen, gleich nach der Behandlung. Ist dies technisch nicht möglich, muss die Ärztin Ihnen bis spätestens 4 Wochen nach dem Ende des Quartals eine Quittung über alle Leistungen in diesem Quartal ausstellen. Diese Quartalsquittung kostet

1 €. Wenn Sie sich die Quittung zuschicken lassen, kommen Portokosten dazu.

Eine Quittung über Ihre Behandlung im Krankenhaus steht Ihnen innerhalb von 4 Wochen nach Ihrer Entlassung zu, wenn Sie sie verlangen.

Eine Patientenquittung kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Sie IGeL bekommen und bezahlt haben. Sie sehen dann, ob die Praxis ähnliche Leistungen auch gegenüber Ihrer Krankenkasse abgerechnet hat.

Wenn Sie wissen möchten, wie viel die **Krankenkasse** in einem Jahr insgesamt für Sie bezahlt hat, stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse. Sie muss Ihnen alle Leistungen und die Kosten mitteilen. Für diese Patientenquittung müssen Sie nichts bezahlen.

Kapitel 7: Was kann ich tun, wenn der Arzt einen Fehler gemacht hat?

Vermutlich haben auch Sie als PatientIn schon einmal erlebt, dass ein Arzt (oder Zahnarzt oder Psychotherapeut) Sie nicht gut behandelt hat (der Einfachheit halber schreiben wir im Folgenden meist nur noch „der Arzt“, meinen aber auch den Zahnarzt oder Psychotherapeuten). Wenn Sie einen Arzt oder ein Krankenhaus zur Verantwortung ziehen wollen, um Schadenersatz zu erhalten – die Juristen sagen: in die Haftung nehmen wollen – müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Arzt oder das Krankenhaus hat einen Fehler gemacht. **Und:**
- Dieser Fehler hat bei Ihnen zu einem Schaden geführt.

Das ist nicht immer einfach festzustellen. Der Arzt oder das Krankenhaus kann Ihnen nicht garantieren, dass Sie wieder gesund werden. Der Arzt muss Sie aber so gut behandeln, wie es zu diesem Zeitpunkt dem allgemein anerkannten fachlichen Standard entspricht.

1. Wann hat sich ein Arzt falsch verhalten?

Rechtlich gibt es bei ÄrztInnen drei Arten von Fehlern: sogenannte Behandlungs-Fehler, Aufklärungs-Fehler und Organisations-Fehler.

a) Behandlungs-Fehler

Behandlungs-Fehler heißt: Sie sind nicht so behandelt worden, wie es heute üblich ist. Mit „heute üblich“ ist der sogenannte **„allgemein anerkannte fachliche Standard“** gemeint. Der Standard ist die Behandlung, auf die sich die Fachleute geeinigt haben, weil sie sich bewährt hat. In der Medizin gibt es dafür oft Leitlinien und Richtlinien, das sind Empfehlungen und Vorschriften. Darin steht zum Beispiel, wie eine bestimmte Operation normalerweise gemacht werden muss. Durch den wissenschaftlichen Fortschritt ändert sich unser Wissen laufend. Ihre Ärztin muss daher bei der Behandlung darauf achten, dass sie dem aktuell gesicherten medizinischen Wissen entspricht.

Zu einer Behandlung gehören: die Diagnose, die Indikation (der Grund für eine bestimmte Therapie), die Therapie und die Nachsorge. Bei jedem dieser Schritte können Fehler gemacht werden:

→ Diagnosefehler

Das sind Fehler bei der Befragung und Untersuchung des Patienten und bei der Auswertung der Ergebnisse. Eine Ärztin muss aber nicht für jeden Irrtum bei der Diagnose haften. Denn: Dieselbe Krankheit kann sich bei verschiedenen Menschen ganz unterschiedlich äußern. Und: Dieselben Beschwerden können von ganz unterschiedlichen Krankheiten kommen.

Verschiedene Diagnosefehler sind möglich:

- wirklich krasse Fehldiagnosen.
- ein auffälliger Befund wird übersehen oder er wird nicht kontrolliert.
- die erste Diagnose wird nicht weiter überprüft, eine wichtige Untersuchung unterbleibt also. Beispiel: Bei einer scheinbar harmlosen Schwellung, die schnell wächst, wird keine Gewebeprobe untersucht. Dies ist ein grober Diagnosefehler, denn hier wurde eine notwendige Untersuchung nicht gemacht.

→ Therapiefehler

Das sind Fehler bei der **Indikation**, also bei der Entscheidung für eine bestimmte **Therapie**, und Fehler bei der eigentlichen Behandlung.

Mögliche Therapiefehler:

- Die Ärztin führt eine Therapie durch, ohne dass bei Ihnen ein Grund dafür vorliegt (etwa eine überflüssige Operation).
- Die Ärztin beginnt zwar die richtige („indizierte“ = angezeigte) Behandlung, macht dabei aber Fehler. Oder sie führt sie gar nicht durch.
- Sie werden nach einer für Sie falschen Methode behandelt. Manchmal gibt es allerdings verschiedene gleichwertige Behandlungsmethoden. Die muss die Ärztin nach ihrem Nutzen und ihren Risiken bewerten und vergleichen.

Eine ältere Behandlungsmethode sollte nicht voreilig durch eine neuere Behandlungsmethode ersetzt werden. Die neuere Behandlungsmethode muss sich erst in Studien ausreichend bewährt haben.

→ Nachsorgefehler

Die Nachsorge soll den Erfolg einer Behandlung absichern. Fehlerbeispiele: Der Arzt fordert Sie nicht deutlich genug auf, noch zu einem Spezialisten zu

gehen. Unter Umständen haftet der Arzt auch, wenn er vergisst, Ihnen zu sagen, wie Sie ihre Medikamente einnehmen sollen oder was Sie noch nicht essen oder tun dürfen.

b) Aufklärungs-Fehler

Bei Aufklärungs-Fehlern ist es manchmal schwerer zu verstehen, warum die Ärztin dafür haften muss.

Diese Arten von Aufklärungs-Fehlern kommen häufig vor:

- Die Ärztin hat Sie nicht darüber aufgeklärt, was alles bei der Behandlung passieren kann. Sie werden zwar korrekt behandelt, aber es tritt ein Problem auf, das gerade bei dieser Behandlung gelegentlich vorkommt.
- Die Ärztin hat Sie nicht darüber aufgeklärt, dass es in Ihrem Fall gleichwertige andere Behandlungsmethoden gibt.
- Ohne Aufklärung wussten Sie aber nichts darüber. Hätte die Ärztin Sie vorher ausführlich darüber informiert, dann hätten Sie vielleicht nicht in diese Behandlung eingewilligt. (siehe Kapitel 5 Abschnitt 1).

c) Organisations-Fehler

Ein **Krankenhaus** muss so **organisiert** sein, dass bei den täglichen Arbeiten möglichst keine Fehler passieren. Verantwortlich sind: der Krankenhausträger, die ärztliche Leitung, die Pflegedienst-Leitung, Chefärzte und weitere leitende MitarbeiterInnen. Beispiele: ChefärztInnen müssen ihre MitarbeiterInnen gründlich einarbeiten und für ihre Weiterbildung sorgen. Der Krankenhausträger muss dafür sorgen, dass alle MitarbeiterInnen die Regeln für Sauberkeit und Hygiene einhalten. Wenn ein Patient wegen schlechter Hygiene krank wird, so wird der Krankenhausträger befragt. Er muss belegen, dass er alles dafür getan hat, damit alle MitarbeiterInnen die Hygiene-Regeln kennen und befolgen. Ist dem Krankenhausträger ein Fehler in der Organisation nachzuweisen, haftet er. Daneben können leitende MitarbeiterInnen des Krankenhauses zur Verantwortung gezogen werden.

Das gleiche gilt grundsätzlich **auch für eine Arztpraxis** mit ihren Angestellten.

2. Was muss ich beweisen, wenn es um einen Behandlungs-Fehler oder einen Aufklärungs-Fehler geht?

Angenommen, Sie sind sicher, dass die Ärztin oder das Krankenhaus einen **Behandlungs-Fehler** gemacht haben. Damit Sie mit Ihrer Forderung nach Schadenersatz Recht bekommen, müssen Sie das Gericht überzeugen. Dafür müssen Sie Folgendes nachweisen:

- Die Ärztin hat einen **Fehler gemacht**, weil sie Sie nicht so behandelt hat, wie es heute üblich und anerkannt ist. Es geht hier zunächst nur um die Behandlung selbst, nicht um ihre Folgen. Denn dass die Behandlung für Sie kein Erfolg war, heißt nicht automatisch, dass die Ärztin einen Fehler gemacht hat. Probleme können auch nach einer fehlerfreien Behandlung auftreten – das ist dann ein schicksalhafter Verlauf.
- Ihnen ist durch diesen Fehler ein **Schaden entstanden**, etwa eine bleibende Gesundheitsstörung, unnötige Schmerzen oder Sie können nicht mehr voll oder nur noch teilweise arbeiten. Häufig wird Schmerzensgeld gefordert. Wer aufgrund einer Erkrankung gar nicht mehr arbeiten kann, fordert eine Rente oder Verdienstausfall.
- Die fehlerhafte **Behandlung ist die Ursache für den Schaden**. Dies nachzuweisen ist oft am schwierigsten. Denn auch Krankheiten selbst können zu Schäden führen, unabhängig von der Behandlung.

Bei einem **Aufklärungs-Fehler** muss die Ärztin deutlich machen, dass sie Ihre Einwilligung in die Behandlung eingeholt hat und Sie rechtzeitig vor der Behandlung und über alles Wesentliche aufgeklärt hat. Sie müssen dann erklären und begründen, dass Sie nicht genug aufgeklärt worden sind. Nach einer ausreichenden Aufklärung hätten Sie zwischen verschiedenen Möglichkeiten entscheiden müssen:

- Sich wie vorgeschlagen behandeln zu lassen, oder
- ganz auf die Behandlung zu verzichten, oder
- sich anders behandeln zu lassen, als es geschehen ist, oder
- sich von einem anderen Arzt oder in einem anderen Krankenhaus behandeln zu lassen.

Diese Wahlmöglichkeit hatten Sie wegen der ungenügenden Aufklärung nicht.

3. Wie kann ich einen ärztlichen Fehler nachweisen?

In einem ersten Schritt können Sie sich Ihre Patienten-Akte beim Arzt ansehen (siehe Kapitel 5 Abschnitt 2), um festzustellen, ob der von Ihnen vermutete Behandlungsfehler dort dokumentiert ist. Dann können Sie mit dem Arzt über seinen Behandlungsfehler sprechen. Nach dem neuen Patientenrechtegesetz ist der Arzt nämlich verpflichtet, Sie über einen Behandlungsfehler zu informieren, wenn Sie ihn danach fragen. Wenn der Arzt Ihnen gegenüber zugibt, dass er einen Behandlungsfehler gemacht hat, kann das in einem möglichen Strafprozess nicht gegen ihn verwendet werden. Diese Regelung soll es dem Arzt erleichtern, Ihnen gegenüber die Wahrheit zu sagen und für Sie kann es so einfacher werden, Schadenersatz zu bekommen. Außerdem ist Ihr Arzt von sich aus verpflichtet, Sie über einen von ihm zu verantwortenden Fehler zu informieren, wenn sonst die Gefahr besteht, dass Sie – weil Sie den Fehler nicht kannten – gesundheitlichen Schaden nehmen.

Sie können Ihren Arzt im Übrigen auch fragen, ob aus seiner Sicht ein anderer Arzt bei Ihnen einen Behandlungsfehler gemacht hat.

Wie die ÄrztInnen mit diesen neuen Regelungen umgehen werden und welche rechtlichen Folgen sich eventuell im Einzelfall für PatientInnen daraus ergeben können, muss sich noch in Zukunft erweisen.

Wenn es zu einem Prozess um Schadenersatz kommt, brauchen Sie kein Gutachten mitzubringen, wenn der Prozess beginnt. Viele PatientInnen glauben, dass ein Privat-Gutachten für sie von Vorteil ist. Das stimmt aber so nicht, denn:

- ein Privat-Gutachten ist teuer und Sie müssen es selbst bezahlen.
- für das Gericht gilt ein Privat-Gutachten als „parteilich“, weil Sie es in Auftrag gegeben haben.

Von einem Privat-Gutachten raten wir daher bis auf wenige Ausnahmen ab.

Aber Sie können sich vor dem Prozess an die Gutachter-Kommission und die Schlichtungsstelle der Ärztekammer wenden. Es kann sinnvoll sein, dass dort ein Gutachten erstellt wird. (Näheres Abschnitt 5c)

Ansonsten können Sie während des Prozesses einen Antrag an das Gericht stellen, dass es einen Sachverständigen mit einem Gutachten beauftragt. Das Gericht wird Ihrem Antrag folgen, wenn es ein solches Gutachten für notwendig hält. Darin soll der ärztliche Fehler und der Schaden (an Ihrer Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität) nachgewiesen werden, der durch den Fehler verursacht wurde. Lässt sich das Gericht von diesem unabhängigen Gutachten nicht überzeugen, werden Sie oftmals den Prozess verlieren.

In bestimmten Fällen ist es für Sie als PatientIn etwas leichter (Beweislasterleichterung). Dann müssen nicht Sie einen Fehler der Ärztin nachweisen, sondern die Ärztin muss nachweisen, dass ihr Verhalten Ihnen nicht geschadet hat. Beispiele:

- Die Ärztin hat einen groben Behandlungsfehler gemacht, also einen Fehler, der überhaupt nicht passieren darf. Dann muss sie nachweisen, dass ihr Fehler nicht den Schaden verursacht hat. Oder:
- In Ihrer Akte steht nichts über bestimmte notwendige Untersuchungen und Behandlungen. Das Gericht vermutet daher, dass diese auch nicht durchgeführt wurden. Die Ärztin muss dann nachweisen, dass diese notwendigen Maßnahmen doch ausgeführt wurden.
- Es handelt sich um ein für die Ärztin oder das Krankenhaus voll beherrschbares Risiko, wie beispielsweise die Hygiene, das bei Ihnen zu Schäden geführt hat. Dann muss die Ärztin oder das Krankenhaus nachweisen, dass die Hygienestandards eingehalten wurden.
- Die behandelnde Ärztin war für die Behandlung nicht befähigt. Dann muss die Ärztin nachweisen, dass der Schaden seine Ursache nicht in ihrer fehlenden Qualifikation, Übung oder Erfahrung hatte.

Diese und andere Fälle der Beweislasterleichterung sind durch das neue Patientenrechtegesetz geregelt worden.

4. Bei welchen Schäden kann ich auf Schadenersatz klagen?

Noch mal zur Wiederholung: Um eine Forderung nach Schadenersatz durchzusetzen, reicht es nicht aus, dass Sie falsch behandelt wurden. Sie müssen dazu nachweisen, dass Ihnen durch diesen Behandlungs-Fehler ein Schaden entstanden ist.

Am häufigsten geht es um diese Schäden:

- Bleibende körperliche Beschwerden oder Einschränkungen, Schmerzen. Die Betroffenen fordern dann meistens **Schmerzensgeld** oder einen Ausgleich dafür, dass sie durch den Schaden weniger Geld verdienen.
- **Zusätzliche Behandlungskosten**, die erst durch den Schaden entstanden sind. Diese Kosten werden meist von der Krankenkasse bezahlt. Die Krankenkasse kann eigenständig entscheiden, ob sie diese Kosten vom Arzt oder seiner Haftpflichtversicherung zurückfordert.
- **Unterhaltsschäden**. Stirbt der Patient, kann es neben dem Schmerzensgeld auch um Unterhaltszahlungen für die Angehörigen gehen.

5. Wie kann ich vorgehen, wenn ich einen Fehler beim Arzt oder beim Krankenhaus vermute?

Machen Sie sich zu Anfang klar, worum es Ihnen vor allem geht. Vielleicht fühlen Sie sich alleingelassen mit den Auswirkungen einer Behandlung, oder Sie erleben Schweigen und Abweisung als Antwort auf Ihre Fragen und Vorwürfe. Sie erfahren nicht, was genau bei Ihrer Behandlung passiert ist, und fühlen sich nicht ernst genommen. Durch solche Erfahrungen entsteht leicht der Wunsch nach „Gerechtigkeit“. Vielleicht würde es Ihnen schon reichen, wenn die ÄrztInnen sich Ihre Zweifel in Ruhe anhören und Ihnen bestätigen, dass bei Ihnen nicht alles normal verlaufen ist. Oder Sie möchten vom Arzt einfach hören, dass es ihm leid tut.

Wenn Sie sich doch entscheiden, rechtlich gegen den Arzt oder das Krankenhaus vorzugehen, kann ein langes Gerichtsverfahren auf Sie zukommen. Die Kosten lassen sich oft kaum voraussagen und es kann schwierig werden, das Gericht zu überzeugen.

BERATUNG: Daher sollten Sie vor einem Gerichtsverfahren andere Möglichkeiten prüfen, um sich zu einigen, siehe unter a) bis c). Lassen Sie sich dazu eventuell von einem Anwalt beraten – siehe Abschnitt 6.

a) Gütliche Einigung

Mit gütlicher Einigung ist gemeint, dass Sie direkt mit der Ärztin oder dem Krankenhaus und deren Haftpflichtversicherung sprechen und sich einigen.

Niedergelassene ÄrztInnen und Krankenhäuser schließen eine Berufs-Haftpflichtversicherung ab. So muss bei einem Schadensfall nicht der Arzt persönlich oder das Krankenhaus bezahlen, sondern ihre Haftpflicht-Versicherung.

Für Sie als PatientIn bedeutet eine gütliche Einigung wohl den geringsten Aufwand und die geringsten Kosten. Allerdings werden Sie damit nur in einem sehr eindeutigen Fall Erfolg haben, so dass die **Haftpflicht-Versicherungen** zahlen. Nach dem Patientenrechtegesetz ist der Arzt jetzt verpflichtet, auf Nachfrage einen Behandlungsfehler zuzugeben. Schon seit längerem ist außerdem geregelt, dass Haftpflichtversicherer auch dann Leistungen an geschädigte PatientInnen zahlen müssen, wenn der Arzt einen Fehler zugegeben hat – der Arzt hat also kein Risiko, dass er seinen Versicherungsschutz verliert und den Schadenersatz selbst zahlen muss, wenn er einen Fehler zugibt. ÄrztInnen können sich also für den Fehler entschuldigen und den Patienten anhören, ohne sich damit zu schaden. Es ist sehr zu hoffen, dass ÄrztInnen ihr praktisches Verhalten bei Schadensfällen in Zukunft ändern.

b) Unterstützung durch die Krankenkassen

Als Kassen-Patient können Sie auch bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Unterstützung bei Ihrer Forderung nach Schadenersatz stellen. Das gilt auch, wenn Sie vermuten, dass Ihr Zahnarzt oder Ihr Psychotherapeut einen Behandlungsfehler gemacht hat. Ihre Krankenkasse muss Sie dann nach dem Patientenrechtegesetz beraten und unterstützen. Wenn Ihr Verdacht auf einen Schaden durch einen ärztlichen Fehler gut begründet ist, beauftragt Ihre Krankenkasse in aller Regel den medizinischen Dienst

der Krankenkassen (MDK), ein wissenschaftliches Fachgutachten zu Ihrem Fall zu erstellen. Das Gute daran: Ein solches **Gutachten** ist für Sie **kostenlos**. Ein Nachteil daran: Für die Gerichte wirken auch die MDK-Gutachter nicht „unabhängig“. Sie werden nach einem Auftrag der Krankenkassen tätig und scheinen daher eher die Interessen des Kassen-Versicherten zu vertreten. Ein MDK-Gutachten, das in Ihrem Fall einen Behandlungsfehler bestätigt, bedeutet daher vor Gericht nicht unbedingt so viel. Aber es hilft Ihnen auf jeden Fall abzuschätzen, wie Ihre Aussichten bei einem Prozess sind.

Auch hierbei kann die Krankenkasse Sie unterstützen:

- bei der Beschaffung der vollständigen Behandlungs-Unterlagen,
- beim Übernehmen von Kopierkosten,
- beim Schreiben von Anträgen für Schlichtungsstellen bei der Landes-Ärzttekammer,
- bei der Suche nach einem spezialisierten Anwalt,
- bei Schäden durch Arzneimittel oder durch medizinische Produkte, hierzu verhalten sich die Krankenkassen unterschiedlich.

Während dieses Verfahrens wird die Verjährung für Ihren Anspruch auf Schadenersatz nicht automatisch unterbrochen. Die **Verjährungsfrist** beträgt in der Regel drei Jahre, aber es gibt viele Ausnahmen. Das Verfahren kann gut ein halbes Jahr dauern.

c) Schlichtungsstellen oder Gutachter-Kommissionen der Ärztekammern

Für eine Einigung ohne Gerichtsverfahren sind die Schlichtungsstellen am wichtigsten. Diese Stellen wurden von den Ärztekammern eingerichtet, sie haben aber eine eigene Leitung. Die Schlichtungsstellen arbeiten in den Bundesländern unterschiedlich. In einigen Bundesländern heißen sie Gutachter-Kommissionen.

ACHTUNG: Ein Schlichtungs-Verfahren kann nur vor einem Gerichtsverfahren durchgeführt werden. Sobald Sie oder die Gegenpartei vor Gericht gehen oder wenn eine Strafverfolgung beginnt, wird das Schlichtungs-Verfahren beendet. Sie können auch nicht zuerst klagen und sich dann an die Schlichtungsstelle wenden.

Am Beispiel der norddeutschen Schlichtungsstelle zeigen wir Ihnen, wie ein Schlichtungs-Verfahren abläuft. (siehe auch www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de)

- Sowohl die Patientin als auch die betroffene Ärztin oder der Krankenhausträger (und deren Haftpflicht-Versicherung) können ein Schlichtungs-Verfahren **schriftlich beantragen**. Daran teilzunehmen ist für alle Beteiligten freiwillig. Jeder der Beteiligten kann ein Schlichtungs-Verfahren ablehnen, dann ist das Verfahren damit beendet. Das kommt aber nicht oft vor.
- Wenn alle Beteiligten mit einer Schlichtung einverstanden sind, versucht die Schlichtungsstelle als Erstes zu klären, was in Ihrem Fall geschehen ist (den **Sachverhalt**). Dazu fordert sie Krankenunterlagen, Befundberichte, Gutachten und weitere Unterlagen von den ÄrztInnen, den Krankenhäusern, den Krankenkassen usw. an. Mithilfe dieser Unterlagen schreibt sie eine Liste von Fragen. Sie als PatientIn und auch die Ärztin/das Krankenhaus können noch Fragen hinzufügen. Alle Unterlagen und die Fragen werden einem unabhängigen sachverständigen Facharzt vorgelegt. Sein **Gutachten** wird von der Schlichtungsstelle an die Beteiligten weitergeleitet.
- **Ein Arzt und ein Jurist** der Schlichtungsstelle **prüfen** dieses ärztliche Gutachten medizinisch und juristisch. Die Beteiligten können jetzt noch ihre Meinung zu dem Gutachten sagen und Fragen dazu stellen.
- Dann **äußert sich die Schlichtungsstelle** endgültig dazu, ob die Ärztin/das Krankenhaus in Ihrem Fall haftet oder nicht. Bestätigt die Schlichtungsstelle, dass Sie falsch behandelt wurden und dass Ihnen grundsätzlich ein Schadenersatz zusteht, dann verhandeln Sie als PatientIn mit der Haftpflicht-Versicherung. Dabei geht es darum, wie viel Schadenersatz oder Schmerzensgeld angemessen ist. Einige Schlichtungsstellen machen selbst einen Vorschlag dazu.
- Ganz wichtig: **Der Vorschlag der Schlichtungsstelle ist nicht rechtlich bindend**. Der Patient oder die Haftpflicht-Versicherung müssen sich also nicht daran halten, was die Schlichtungsstelle vorschlägt.
- Nicht immer kann sich der Patient mit der Haftpflicht-Versicherung einigen. Dann kann der Patient **vor dem Zivilgericht klagen** mit dem Ziel, doch noch Schadenersatz zu bekommen.

Während des Schlichtungs-Verfahrens läuft die Verjährung für Ihren Anspruch auf Schadenersatz nicht weiter, sie ist solange „gehemmt“. Sie brauchen also nicht zu befürchten, dass in dieser Zeit Ihre Forderung nach Schadenersatz verjährt. Die **Verjährungsfrist** beträgt in der Regel drei Jahre, aber es gibt viele Ausnahmen. Das Schlichtungs-Verfahren dauert in der Regel gut ein Jahr.

d) Schlichtungsstellen der Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammern

Auch die Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammern haben Schlichtungsstellen eingerichtet.

ACHTUNG: Fragen Sie insbesondere bei der für Sie zuständigen Zahnärztekammer nach, ob für Sie Kosten entstehen, bevor Sie die Durchführung einer Schlichtung beantragen.

6. Soll ich mich durch einen Rechtsanwalt beraten lassen? Kann ich mir das leisten?

Solange Sie nicht vor einem Gericht klagen, brauchen Sie nicht unbedingt eine Rechtsanwältin. Viele PatientInnen geben allerdings einer Anwältin schon für das Schlichtungs-Verfahren oder für das unterstützende Verfahren bei ihrer Krankenkasse die Vollmacht, sie zu vertreten. Dann müssen Sie die Anwältin selbst bezahlen oder abklären, ob ihre Rechtsschutzversicherung diese Kosten übernimmt.

Wenn Sie vor Gericht gegen den Arzt oder das Krankenhaus klagen wollen, empfehlen wir die Unterstützung durch eine Anwältin. Wenn Sie einen Schadenersatz von 5.000 € oder mehr fordern, muss eine Anwältin Sie vor dem Landgericht vertreten. Bei der Arzthaftung ist diese Summe schnell erreicht.

Wie finde ich eine passende Anwältin?

Achten Sie auf die Zusatz-Bezeichnung „Fachanwalt für Medizinrecht“. Sie bedeutet, dass diese Rechtsanwältin schon viel Erfahrung im Medizinrecht und

im Arzthaftungs-Recht gesammelt hat. Sie hat sich ausführlich fortgebildet und viele PatientInnen oder ÄrztInnen in Haftungs-Fällen vertreten.

Dagegen sagt die Angabe eines Interessenschwerpunktes „Arzthaftungsrecht“ oder „Arztrecht“ nicht viel aus. An dieser Bezeichnung können Sie nicht erkennen, wie gut die Anwältin Bescheid weiß.

Kann ich mir ein Verfahren leisten?

Sie können beim Gericht **Prozesskosten-Hilfe** beantragen, wenn Ihr Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt und wenn Sie nicht viel Vermögen haben. Wird Ihr Antrag angenommen, dann bezahlt der Staat ganz oder teilweise:

- die Gerichtskosten,
- die Kosten für Gutachten, die das Gericht in Auftrag gegeben hat und
- Ihre Anwaltskosten.

Ist das Gutachten im Schlichtungsverfahren schon zu dem Ergebnis gekommen, dass Ihr Schaden nicht durch einen Behandlungsfehler verursacht wurde, müssen Sie sachliche Gründe nennen, warum Sie das Gutachten anzweifeln. Andernfalls wird die Prozesskosten-Hilfe abgelehnt.

In vielen Bundesländern können Sie über das Amtsgericht **Beratungshilfe** bekommen. Bevor es zum Gerichtsverfahren kommt, können Sie sich so durch einen Anwalt beraten und vertreten lassen. Sie müssen dafür eine geringe Gebühr bezahlen.

Haben Sie hierzu weitere Fragen, können Sie sich beim **Amtsgericht**, einer anderen **Rechtsberatungsstelle** oder einer **Verbraucherzentrale beraten lassen**. Bei **Patienten-Beratungsstellen** können Sie sich weitere Informationen holen, wie Sie bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler vorgehen können.

Unter Umständen bezahlt Ihre **Rechtsschutzversicherung** eine Anwältin, die Sie etwa im Schlichtungs-Verfahren oder auch vor Gericht vertritt. Klären Sie das entweder selbst oder über eine Anwältin.

Kapitel 8: Zahnärztliche Leistungen

1. Was ist ein Heil- und Kostenplan und wann ist er sinnvoll?

ZUZAHLUNG: Bei größeren Behandlungen der Zähne, des Zahnfleisches oder des Kiefers müssen Sie als PatientIn sich an den Kosten beteiligen oder diese ganz tragen.

Wenn Ihr Zahnarzt Ihnen eine solche Behandlung vorschlägt, sollten Sie von ihm vorher einen schriftlichen Plan über die Behandlung und ihre Kosten bekommen.

Dieser Plan wird **Heil- und Kostenplan** genannt (im Folgenden: **HKP**). Die Zahnärztin muss Ihnen einen kostenfreien HKP aufstellen, wenn bei Ihnen Zahnersatz (Krone, Brücke, Teil- oder Vollprothese) oder wenn bei Ihrem Kind die Behandlung einer Fehlstellung der Zähne des Kiefers (kieferorthopädische Leistungen) geplant ist. Die Kasse entscheidet danach, wie viel sie von den Behandlungs-Kosten bezahlt.

Verlangen Sie einen HKP aber auch etwa vor einer Parodontitis-Behandlung, einer privat zu bezahlenden professionellen Zahnreinigung, die über mehrere Behandlungstermine geplant ist, oder wenn Sie von vornherein Zahnersatz mit Implantaten haben wollen. Bei Leistungen, die die Krankenkassen nicht übernehmen, wie etwa eine professionelle Zahnreinigung oder Implantate, müssen Sie allerdings den HKP selbst bezahlen.

Ein HKP enthält einen **Behandlungsplan** und einen **Kostenplan**. Im Behandlungsplan steht:

- was genau an Ihren Zähnen oder Ihrem Kiefer nicht in Ordnung ist und behandelt werden muss (Befunde, Diagnose),
- die Behandlung, die bei Ihnen tatsächlich geplant ist und – bei Zahnersatz – auch die Behandlung, die in Ihrem Fall üblich ist (Regelversorgung, siehe Abschnitt 3c) und
- manchmal auch ausdrücklich, was mit der Behandlung erreicht werden soll (Ergebnis).

Der Kostenplan ist wie ein Kostenvoranschlag, etwa vor einer Auto-Reparatur. Auch beim Zahnarzt möchten Sie vorher wissen, wie teuer es wird. Erst dann entscheiden Sie sich. Im Kostenplan müssen die

Kosten für Leistungen des Zahnarztes, Laborarbeiten und Materialien einzeln aufgezählt werden.

Die Rechnung nach der Behandlung darf nur in einem bestimmten Umfang teurer werden als vorher geplant und der Zahnarzt muss dafür gute Gründe haben.

Mit dem HKP können Sie bei einer anderen Zahnärztin eine zweite Meinung anhören und sich beraten lassen, ob die geplante Behandlung sinnvoll und notwendig ist. Sie können sich auch zum Vergleich einen zweiten HKP machen lassen. So können Sie feststellen, ob Sie die gleiche Leistung zu einem günstigeren Preis bekommen.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt eine kieferorthopädische Behandlung (im Folgenden KFO) bis auf wenige Ausnahmen **nur für Kinder und Jugendliche**, die bei Beginn der Behandlung bis zu einschließlich 17 Jahre alt sind. Außerdem muss Ihr Kind eine Fehlstellung von Kiefer oder Zähnen haben, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich behindert oder dazu führen könnte.

Der Kieferorthopäde stellt zunächst fest, wie schwer die Fehlstellung von Kiefer oder Zähnen bei Ihrem Kind ist. Dafür benutzt er eine Skala von 1 (leicht) bis 5 (schwer). Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten der KFO nur, wenn ein Schweregrad von 3, 4 oder 5 vorliegt. Die Schweregrade 1 und 2 gelten als kosmetisches Problem. Möchten Sie Ihr Kind auch in diesen Fällen behandeln lassen, müssen Sie die Behandlung privat bezahlen.

Bei einem Schweregrad 3, 4 oder 5 schreibt der Kieferorthopäde einen Behandlungsplan, der bei Ihrer Krankenkasse eingereicht wird. Dieser Plan ist ein Antrag auf Kostenübernahme für KFO. Ihre Krankenkasse kann den Behandlungsplan einem Gutachter vorlegen. Lehnt Ihre Krankenkasse die Kostenübernahme ab, können Sie gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen und klagen.

TIPP: Holen Sie sich eine Zweitmeinung ein, wenn ein Kieferorthopäde die Fehlstellungen bei Ihrem Kind in die Gruppe 2 einordnet.

Oft werden Ihnen Leistungen angeboten, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht bezahlt. Beispiele dafür sind thermoelastische Drähte oder aufwändige Brackets. Sie sind vielleicht angenehmer zu tragen oder sehen schöner aus. Ob sie zu besseren Ergebnissen führen, ist sehr umstritten.

TIPP: Überlegen Sie daher, ob Sie diese Leistungen für Ihr Kind haben möchten und informieren Sie sich sehr genau. Holen Sie sich auch eine Zweitmeinung ein. Ihr Kieferorthopäde darf die KFO nicht davon abhängig machen, dass Sie diese Leistungen „einkaufen“.

Wer 18 Jahre oder älter ist, muss eine KFO selbst bezahlen. Nur in Ausnahmefällen übernimmt eine Krankenkasse die Kosten, zum Beispiel bei schwerer Verformung oder Fehlstellung des Kiefers, die durch eine Verletzung verursacht wurde.

3. Zahnersatz und Implantate

a) Zahnersatz

Zahnersatz ist notwendig, wenn ein Zahn so beschädigt ist, dass er nicht mit einer Füllung behandelt werden kann oder wenn ein oder mehrere Zähne fehlen. Zahnersatz sitzt entweder fest (Kronen und Brücken) oder kann herausgenommen werden (Teil- oder Vollgebisse).

Eine **Krone** ist ein fester Aufsatz auf einem Zahn. Sie bekommen eine Krone, wenn die Karies so viel vom Zahn zerstört hat, dass eine Füllung nicht mehr halten würde.

Sie bekommen eine **Brücke**, wenn Sie eine Lücke zwischen zwei Zähnen haben, weil dort ein oder mehrere Zähne fehlen. In diesem Fall schleift Ihr Zahnarzt die beiden Zähne vor und hinter der Lücke ab. Auf diese „Brückenpfeiler“ kommen Kronen. Sie sind durch Zwischenglieder miteinander zur Brücke verbunden. Der mittlere Teil der Brücke trägt einen oder mehrere künstliche Zähne, die die Lücke ausfüllen. Eine Brücke reicht also über mindestens drei Zähne.

Voraussetzungen für eine Brücke sind:

- die Lücke darf nicht zu groß sein,

- die beiden Zähne vor und hinter der Lücke müssen so fest sitzen und
- von diesen beiden Zähnen muss so viel erhalten sein, dass sie sich als „Brückenpfeiler“ eignen.

Bei zu großen Zahnlücken hält eine Brücke nicht. Dann brauchen Sie eine **Teilprothese**. Die bekommen Sie auch, wenn Sie nur noch im Ober- oder Unterkiefer Zähne haben. Sind gar keine Zähne mehr vorhanden, brauchen Sie eine **Vollprothese**.

Zahnersatz besteht aus Metall, Edelmetall, Keramik oder Kunststoff. Er wird von einem Zahntechniker gefertigt – das ist eine **zahntechnische Leistung**. Das Planen und Einsetzen Ihres Zahnersatzes sowie das Vorbereiten der Zähne – das sind **zahnärztliche Leistungen**. Aus beiden zusammen und den Kosten für das Material entstehen die Gesamtkosten des Zahnersatzes.

b) Implantate

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel, die in Ihrem Kieferknochen verankert („eingepflanzt“) wird. Dafür ist eine Operation nötig. Das Implantat muss erst fest eingewachsen sein, dann wird auf diese Wurzel der Zahnersatz aufgesetzt. Das kann eine Krone, eine Brücke oder auf mehreren Implantaten auch eine Prothese sein. Dieser aufgesetzte Zahnersatz heißt **Suprakonstruktion**.

Die Gesamtkosten enthalten also die Kosten für die Operation, das Implantat und die Suprakonstruktion.

ACHTUNG: Bis auf wenige Ausnahmen, etwa bei schweren Erkrankungen, sind Implantate und Suprakonstruktionen reine Privatleistungen; Sie müssen diese also selbst bezahlen. Ihre Krankenkasse bezahlt nur den Zuschuss, den sie sonst für Ihre notwendige Regelversorgung zahlen müsste.

c) Wonach berechnet die Krankenkasse ihren Zuschuss? Was ist die Regelversorgung?

Ihre Krankenkasse gibt Ihnen einen festen Zuschuss zu den Kosten für Zahnersatz. Den berechnet sie

nach den Kosten für die sogenannte **Regelversorgung**. Damit ist ein angemessener, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Zahnersatz gemeint. (Siehe auch Kapitel 1 Abschnitt 11) Was die Regelversorgung für Ihr Gebiss ist, hängt insbesondere vom Befund ab, also vom Zustand Ihrer Zähne. Zu jedem Befund gibt es eine vorgeschriebene Regelversorgung. In Richtlinien ist festgelegt, welche zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu jeder Regelversorgung gehören und welche Kosten die Krankenkasse für die Regelversorgung zugrunde legen muss. Aus diesen Beträgen berechnet die Krankenkasse ihren Zuschuss (Festzuschuss). Der Rest ist Ihr Eigenanteil – den müssen Sie selbst bezahlen. Näheres siehe Abschnitt 4.

BEISPIEL: Sie brauchen eine Krone auf dem hinteren Backenzahn. Die Regelversorgung ist hier eine Metallkrone. Sie möchten aber, dass die Metallkrone auf keinen Fall zu sehen ist. So könnten Sie sich entscheiden:

- Sie vereinbaren mit Ihrer Zahnärztin eine Metallkrone mit einer Keramik-Verblendung in Zahnfarbe. Dies gilt als gleichartige Versorgung: Sie bekommen die Regelversorgung (die Metallkrone) und etwas darüber hinaus, also zusätzliche Leistungen (die Keramik-Verblendung). Zu den Kosten: Ihre Krankenkasse zahlt den Festzuschuss zur Regelversorgung an die Zahnärztin. Den Eigenanteil und die zusätzlichen Leistungen müssen Sie selbst bezahlen. Für die zahnärztlichen und die zahntechnischen Arbeiten für die Keramik-Verblendung bekommen Sie eine Privatrechnung. Die Zahnärztin rechnet diese Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ab.
- Sie wollen für den hinteren Backenzahn keine Krone, sondern ein Implantat. Dies ist dann eine andersartige Versorgung. In diesem Fall wollen Sie anstatt der Regelversorgung (Krone) von Ihrer Zahnärztin eine ganz andere Leistung (Implantat) bekommen. Zu den Kosten: Sie müssen zunächst Ihrer Zahnärztin alle Leistungen bezahlen. Dafür bekommen Sie Privatrechnungen von der Zahnärztin und vom zahntechnischen Labor. Die Zahnärztin rechnet ihre Leistungen nach der GOZ ab. Die Krankenkasse erstattet dann an Sie den berechneten Festzuschuss zur Regelversorgung (Metallkrone).

Für eine gleich- oder andersartige Versorgung muss Ihr Zahnarzt mit Ihnen eine **private Extra-Vereinbarung** abschließen, und zwar schriftlich und vor Beginn der Behandlung. Diese Vereinbarung wird Ihr Zahnarzt dem HKP als weitere Seiten anhängen (näheres zu den individuellen Gesundheitsleistungen siehe Kapitel 6 Abschnitt 5).

Außerdem sollten Sie auf Folgendes achten:

- Fragen Sie Ihren Zahnarzt solange, bis Sie **alles verstanden** haben. Er muss Sie aufklären und beraten.
- Suchen Sie einen anderen Zahnarzt auf, um sich eine **zweite Meinung** anzuhören. Lassen Sie dort eventuell auch einen zweiten Heil- und Kostenplan aufstellen.
- Wenn Sie eine Behandlung wählen, für die Sie eine Privatrechnung nach der GOZ bekommen: Lassen Sie sich vom Zahnarzt **vor Beginn** der Behandlung erklären, wie er die Kosten für seine Leistungen berechnet (mit welchem Steigerungsfaktor?).
- Zahntechnische Leistungen sind häufig teuer. **Vergleichen Sie** verschiedene Labore. Vielleicht finden Sie ein anderes Labor, das günstiger arbeitet.
- Holen Sie sich **Rat und Information** bei Patienten-Beratungsstellen, wenn Sie mit Ihrem Zahnarzt nicht alle offenen Fragen klären konnten.

4. Wie viel zahlt die Krankenkasse bei Kieferorthopädie und Zahnersatz?

a) Selbstbeteiligung bei kieferorthopädischer Behandlung (KFO) Ihres Kindes

Kieferorthopädische Behandlungen (im Folgenden KFO) bei Kindern dauern lange und brauchen viel Geduld. Wenn Ihre Krankenkasse den Heil- und Kostenplan für die KFO bei Ihrem Kind genehmigt hat, müssen Sie zunächst einen Eigenanteil von 20% selbst bezahlen. Braucht noch ein zweites oder weitere Kinder eine KFO, dann beträgt Ihr Eigenanteil für sie 10%. Die Zahnärztin stellt Ihnen darüber eine Rechnung aus und Sie zahlen auch an sie. Wenn die Behandlung mit Erfolg abgeschlossen ist, beschei-

nigt Ihnen das der Kieferorthopäde. Nur dann zahlt Ihre Krankenkasse den Eigenanteil an Sie zurück.

b) Eigenanteil, Festzuschuss und Bonus bei Zahnersatz

Ihre Krankenkasse gibt Ihnen einen **Zuschuss zu den Kosten für Zahnersatz**. Dieser sogenannte Festzuschuss wird nach den Kosten für die Regelversorgung (siehe auch Abschnitt 3c) berechnet. Er beträgt mindestens 50% der Kosten für die vorgeschriebene Regelversorgung. Sie können selbst für einen zusätzlichen **Bonus** sorgen. Zu den 50% der Kosten für die Regelversorgung zahlt die Krankenkasse

- weitere 20% der Festzuschüsse, wenn Sie in den letzten **fünf** Jahren regelmäßig beim Zahnarzt waren, **oder**
- weitere 30% der Festzuschüsse, wenn Sie in den letzten **zehn** Jahren regelmäßig beim Zahnarzt waren

und wenn Sie dies nachweisen.

TIPP: Lassen Sie daher Ihre Zahnarztbesuche in Ihrem Bonusheft eintragen. Das bekommen Sie kostenlos bei Ihrer Zahnärztin.

Wenn Sie nur wenig Geld verdienen oder wenn Sie bestimmte Sozialleistungen bekommen, dann stellen Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf einen **Härtefall-Zuschuss**. Wird der Antrag anerkannt (siehe unten), dann zahlt die Krankenkasse für Ihren Zahnersatz

- den Festzuschuss von 50% und dazu
- einen weiteren Zuschuss von 50% der Kosten für die Regelversorgung.

In diesem Fall müssen Sie meistens nichts selbst bezahlen, wenn Sie sich für die Regelversorgung entscheiden. Allerdings gibt es dann keinen zusätzlichen Bonus.

AUSNAHMEN: Sie müssen einen Eigenanteil zahlen,

- wenn Sie etwas anderes als die Regelversorgung haben wollen (eine gleich- oder andersartige Versorgung, siehe oben) oder
- wenn Ihr Zahnarzt oder das zahntechnische Labor höhere Kosten für die Regelversorgung abrechnen, als in den Richtlinien für den Festzuschuss steht.

Sie bekommen den **Härtefall-Zuschuss** nur, wenn Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Ihre Bruttoeinnahmen pro Monat betragen höchstens 1.078 € (alte Bundesländer) oder 910 € (neue Bundesländer). Diese Obergrenzen gelten 2013 für Alleinstehende und können sich jeweils zum 1. Januar eines neuen Jahres ändern. Sie sind höher, wenn mehrere Personen im Haushalt leben. Auch wenn Ihre Bruttoeinnahmen knapp über diesen Grenzen liegen, können Sie in bestimmten Fällen einen zusätzlichen Zuschuss bekommen. Stellen Sie also trotzdem den Antrag.
- Sie bekommen Sozialhilfe oder Grundsicherung nach SGB 12, oder als Kriegsoffer Grundsicherungsleistungen oder Arbeitslosengeld 2 oder Ausbildungsförderung.
- Sie leben in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung und die Kosten werden ganz oder zum Teil aus der Sozialhilfe oder Kriegsofferfürsorge gezahlt.

ACHTUNG: Für andere zahnärztliche Leistungen wie Zahnfüllungen und Leistungen von Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgen müssen Sie keinen Eigenanteil zahlen. Aber: für besondere Zahnfüllungen müssen Sie in aller Regel die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Mehr dazu in Abschnitt 5.

Ihr Zahnarzt oder Kieferorthopäde darf Ihnen eine Privatrechnung nur für solche Leistungen schreiben, die Ihre Krankenkasse nicht bezahlt. Beispiele: eine professionelle Zahnreinigung oder eine zahnfarbene Füllung für einen Backenzahn. Ihr Zahnarzt muss in allen Fällen, in denen er Ihnen solche privaten Leistungen erbringen will und Sie das möchten, vor der Behandlung einen schriftlichen Vertrag mit Ihnen abschließen. Für diese Leistungen gelten Sie dann

als Privatpatient und bekommen von ihm eine Privatrechnung (siehe Kapitel 1 Abschnitt 5 und Kapitel 6 Abschnitt 5).

c) Zahnersatz im oder aus dem Ausland

Oft können Sie Geld sparen, wenn Sie entweder

- den Zahnersatz im Ausland anfertigen lassen oder
- sich im Ausland behandeln lassen.

Viele zahntechnische Labore in Deutschland lassen auch **Zahnersatz im Ausland** anfertigen. Ihre Zahnärztin setzt Ihnen dann den Zahnersatz ein. Klären Sie vorher diese Fragen:

- Ist Ihre Zahnärztin einverstanden, mit diesen Laboren zusammen zu arbeiten? Sie muss das nämlich nicht.
- Sind das Material und die Techniken so, wie es in Deutschland üblich ist?
- Wo werden Fehler ausgebessert oder Teile ersetzt, in Deutschland oder im Ausland?
- Lassen Sie sich schriftlich bestätigen, was Ihnen wichtig ist. Ein gutes Labor klärt Sie über diese Fragen auf, ohne dass Sie extra darum bitten müssen.
- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob sie Verträge mit ausländischen zahntechnischen Laboren abgeschlossen hat.

Wenn Sie sich ganz **im Ausland behandeln lassen**, bedenken Sie dieses:

- Sie müssen zuerst alles selbst bezahlen. Ihre Krankenkasse erstattet davon höchstens so viel, wie sie für dieselbe Behandlung in Deutschland bezahlen müsste. Dafür müssen diese Voraussetzungen erfüllt sein:
 - Sie lassen sich in einem **Land der Europäischen Union** behandeln, allerdings nicht als Privatpatient, und
 - Ihre Krankenkasse hat **vorher** einen HKP des ausländischen Zahnarztes bekommen und genehmigt.
- Versuchen Sie bei Material und Fertigung des Zahnersatzes deutschen Standard zu vereinbaren.
- Sie sollten feste Termine machen und klären, wie lange die Behandlung dauert.
- Sie müssen für jede (Nach-)Behandlung ins Ausland fahren.

- Vielleicht verstehen Sie im Ausland nicht alles und brauchen einen Übersetzer.
- Wenn Sie mit der Behandlung unzufrieden sind und Sie einen Schadenersatz durchsetzen wollen, müssen Sie auch das im Ausland tun.

5. Kosten für Zahnfüllungen

Es gibt verschiedene Formen von Füllungen:

- Die Füllungen, die Ihre Zahnärztin in weicher Form direkt in ein Loch im Zahn einfüllt (**plastische Füllungen**). Diese Füllungen härten dann im Zahn aus.
- Die Füllungen, die meist im Labor nach einem Modell der aufgebohrten Stelle des Zahnes fest erstellt und dann in den Zahn eingesetzt und verklebt werden (Einlagefüllungen oder auch Inlays genannt). Inlays können etwa aus Gold, Keramik oder Kunststoffen gefertigt werden.

Inlays sind generell eine Privatleistung, die Krankenkasse übernimmt hier lediglich die Kosten für die preisgünstigste Versorgung mit einer plastischen Füllung. Die Differenz, die oft mehrere Hundert Euro betragen kann, müssen Sie also selbst bezahlen. Nur in schweren Ausnahmefällen, etwa wenn Sie auf alle plastischen Füllungsmaterialien allergisch sind, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Inlays.

Bei den **plastischen Füllungen** gibt es verschiedene Materialien:

- **Amalgam:** Die Kosten einer Füllung mit Amalgam übernimmt die Kasse voll.
- **Kunststoff** (oder Kompositfüllungen) übernimmt die Krankenkasse nur im Frontzahn- oder im Zahnhalsbereich, da dort Amalgam wegen seiner Farbe nicht zumutbar wäre. Mehrkosten entstehen hier nicht, es sei denn, Sie entscheiden sich für eine Kunststofffüllung etwa in einer sehr aufwändigen Technik, wie der Schicht- und Ätztechnik. In diesem Fall kann die Zahnärztin die Mehrkosten Ihnen privat in Rechnung stellen, wenn sie vorher darüber eine schriftliche Vereinbarung mit Ihnen geschlossen hat.
- Glasionomer-**Zement** oder andere Zementfüllungen: Die Kosten hierfür übernimmt die Krankenkasse voll. Diese Füllungen sind aber nicht so haltbar wie Amalgam oder Kunststoff und daher nur als provisorische Füllungen oder an den Seitenflächen der Zähne bzw. im Zahnhalsbereich

geeignet, keinesfalls aber für die Kauflächen der Zähne.

In Ausnahmefällen, etwa bei Allergien gegen Amalgam, würde die Krankenkasse auch die Kosten für Kunststofffüllungen außerhalb des Frontzahnbereiches übernehmen.

Lassen Sie aber intakte Füllungen austauschen und haben auch keine Allergie gegen die dort verwendeten Materialien, tragen Sie die gesamten Kosten der Behandlung und des Materials selbst – ganz gleich, ob Sie sich dann mit plastischen Füllungen oder mit Inlays versorgen lassen.

6. Wie verhalte ich mich, wenn ich mit Leistungen der Zahnärztin unzufrieden bin?

Es kommt vor, dass Zahnersatz nicht passt, schmerzt, herausfällt oder dass eine Füllung sich lockert. Was mache ich dann?

Wenn der Zahnersatz oder die Füllung Probleme machen, muss Ihre Zahnärztin nachbessern. Für mindestens zwei Jahre muss sie das kostenfrei für Sie und die Krankenkasse tun. Das heißt, sie muss für Sie als Kassenpatient für Füllungen und Zahnersatz mindestens zwei Jahre „Gewähr leisten“.

ACHTUNG: Die zwei Jahre beginnen für Zahnersatz an dem Tag, an dem Ihr Zahnersatz endgültig eingesetzt wurde.

Was kann ich tun, wenn mein Zahnersatz schon nachgebessert wurde und ich immer noch Beschwerden habe?

Gehen Sie zu Ihrer Krankenkasse oder rufen Sie dort an. Beschreiben Sie Ihr Problem und was die Zahnärztin an Ihren Zähnen bisher gemacht hat. Verlangen Sie, dass ein **Mängel-Gutachten** über Ihren Zahnersatz geschrieben wird.

Für Zahnfüllungen ist ein solches Gutachtenverfahren nicht vorgesehen, Sprechen Sie aber mit Ihrer Krankenkasse, wenn Ihre Zahnärztin zu Nachbesserungen an Füllungen nicht bereit ist, oder Sie danach immer noch Beschwerden haben.

Wenn Sie eine Regelversorgung oder eine gleichartige Versorgung mit Zahnersatz bekommen haben, wird Ihre Krankenkasse Ihnen dann wahrscheinlich einen Gutachter nennen.

ACHTUNG: Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich nur für Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen.

Bei einer andersartigen Versorgung genehmigt Ihre Krankenkasse das nur im Ausnahmefall.

Das Gutachter-Verfahren ist **für Sie kostenlos**.

Der Gutachter untersucht Sie persönlich. Dabei soll er feststellen:

- Gab es Fehler bei der Planung für Ihren Zahnersatz oder Ihre Füllung? Oder:
- Wurden bei der Ausführung Fehler gemacht?

Dies kann bei seiner Untersuchung herauskommen:

- ➔ Ihr Zahnersatz muss ganz neu angefertigt werden. Wenn Sie dafür zu einem anderen Zahnarzt gehen wollen, brauchen Sie die Einwilligung Ihrer Krankenkasse. Klären Sie das unbedingt vorher.
- ➔ Ihr Zahnersatz kann nachgebessert werden. Der Gutachter macht dazu einen schriftlichen Vorschlag, mit dem Sie wieder zu Ihrer Zahnärztin gehen. Auch hier gilt: Falls Sie den Zahnarzt wechseln wollen, muss Ihre Krankenkasse einwilligen. Das tut sie nur in bestimmten Fällen, etwa wenn schon mehrmals ohne Erfolg nachgebessert wurde. Dann ist Ihnen nicht zuzumuten, weiter zu Ihrer alten Zahnärztin zu gehen.
- ➔ Ihr Zahnersatz ist in Ordnung. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, fordern Sie Ihre Krankenkasse auf, einen weiteren Gutachter zu bestellen.

Ihre Zahnärztin muss das Ergebnis des Gutachters nicht hinnehmen. Grundsätzlich kann die Zahnärztin innerhalb eines Monats ein weiteres Gutachten verlangen. Die Einzelheiten dazu sind bei den Krankenkassen unterschiedlich geregelt. Bis zu einer Entscheidung kann es mehrere Monate dauern.

ACHTUNG: Wenn Sie während einer Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder während oder nach einem abgeschlossenen Gutachterverfahren zu einem anderen Zahnarzt wechseln möchten, gilt unbedingt: Holen Sie sich dafür vorher die Zustimmung Ihrer Krankenkasse! Sonst müssen Sie diese Behandlung eventuell selbst bezahlen.

Lehnt die Krankenkasse Ihren Antrag zum Wechsel des Behandlers ab, können Sie Widerspruch einlegen.

Wenn am Ende der Gutachter sagt, dass Ihr Zahnersatz in Ordnung ist und Sie weiterhin unzufrieden sind, können Sie noch Folgendes tun:

- Sie können ein **Schlichtungs-Verfahren** beantragen, um zu einer Einigung zu kommen. Dazu wenden Sie sich an die Landes-Zahnärztekammer in Ihrem Bundesland. Als KassenpatientIn können Sie dieses Verfahren nutzen, müssen es allerdings selbst bezahlen. Die Kosten erfahren Sie über die Zahnärztekammer. Auch hierbei arbeiten Gutachter mit.
- Sie können vor einem Zivilgericht klagen.

Einerseits wollen Sie erreichen, dass Sie mit Ihrem Zahnersatz oder Ihrer Füllung keine Beschwerden

mehr haben. Daneben können Sie grundsätzlich auch **Schadenersatz und Schmerzensgeld** verlangen. Dafür müssen Sie Ihrer Zahnärztin einen Fehler bei Ihrer Behandlung nachweisen. (Näheres Kapitel 7)

Sie sollten sich in diesem Fall von einer Anwältin beraten lassen, und zwar möglichst, **bevor** Ihr Zahnersatz nachgebessert oder ersetzt wird. Klären Sie dabei diese Fragen:

- Reicht das Mängel-Gutachten Ihrer Krankenkasse oder das Gutachten aus dem Schlichtungsverfahren für den Nachweis eines Fehlers aus?
- Oder sollte dafür ein selbstständiges Verfahren durchgeführt werden, ein sogenanntes gerichtliches **Beweissicherungs-Verfahren**? Das ist ein Eilverfahren, also viel schneller als ein normales Gerichtsverfahren. Damit soll festgestellt werden, in welchem Zustand sich Ihre Zähne oder Ihr Gebiss gerade befinden und welche Beschwerden Sie haben. Dies muss unbedingt vor einer neuen Behandlung geschehen, denn die würde den Beweis eines Behandlungsfehlers zerstören. Dieser aktuelle Zustand Ihrer Zähne wird durch das Gutachten eines Sachverständigen festgehalten.

ACHTUNG: Geben Sie kein Privatgutachten in Auftrag!

Kapitel 9: Psychotherapeutische Leistungen

1. Was ist Psychotherapie und wer darf sich Psychotherapeut nennen?

Sie vermuten bei sich eine seelische (psychische) Erkrankung oder dass Ihre körperlichen Beschwerden mit Ihrem Seelenleben zusammenhängen? Vielleicht denken Sie daran, eine Psychotherapie zu beginnen.

Krankheiten der Seele werden auf verschiedene Weise behandelt. Bei der Arbeit mit einer **Psychotherapeutin** stehen Gespräche, das Einfühlen in das eigene Erleben und das Einüben von neuem Verhalten im Vordergrund. Damit können Sie Ihre bewussten und unbewussten seelischen Konflikte und Verhaltensmuster bearbeiten und wieder mehr Lebensfreude gewinnen. Unter Umständen können Medikamente die Psychotherapie unterstützen.

Die Behandlung durch einen **Psychiater** (Arzt für Psychiatrie) oder Neurologen (Arzt für Nervenheilkunde) ist sinnvoll in Fällen seelischer Erkrankungen, bei denen eine Behandlung mit Medikamenten (Psychopharmaka) notwendig erscheint. Auch in diesen Fällen kann aber eine zusätzliche Psychotherapie sinnvoll sein.

a) Psychotherapie zur Behandlung einer Erkrankung

Zur Behandlung seelisch kranker Menschen brauchen TherapeutInnen eine staatliche Berufserlaubnis (Approbation). Die bekommen sie, wenn sie eine bestimmte Ausbildung haben. Sie dürfen dann diese Berufsbezeichnungen führen:

- **Ärztlicher Psychotherapeut** (Medizinstudium, dann Weiterbildung in Psychosomatik/ Psychotherapie oder Psychiatrie/ Psychotherapie)
- **(Ärztlicher) Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut** (Medizinstudium, Weiterbildung in Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie)
- **Psychologischer Psychotherapeut** (Psychologiestudium, dann Psychotherapie-Ausbildung) oder
- **(Psychologischer) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut** (Studium der Psychologie, der Pädagogik oder der Sozialpädagogik, dann Psychotherapie-Ausbildung).

Ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen dürfen Menschen in jedem Lebensalter behandeln.

Ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen behandeln bis auf Ausnahmen nur junge Menschen bis zum Alter von 20 Jahren.

Die psychologischen PsychotherapeutInnen und die (psychologischen) Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen dürfen keine Medikamente verordnen.

Heilpraktiker dürfen körperlich kranke wie auch seelisch kranke Menschen behandeln. Die Heilpraktikerin darf sich jedoch nicht „Psychotherapeutin“ nennen. HeilpraktikerInnen verfügen nicht über eine staatlich geregelte psychotherapeutische Ausbildung.

Diplom-PsychologInnen können nach dem Heilpraktiker-Gesetz eine eingeschränkte Erlaubnis nur für die Behandlung seelischer Erkrankungen als HeilpraktikerIn bekommen. Auch sie verfügen nicht über eine staatlich geregelte psychotherapeutische Ausbildung.

Psychotherapie bei einer Heilpraktikerin wird nicht von den Krankenkassen bezahlt.

b) Psychotherapie als Lebensberatung oder zur besseren Lebensbewältigung

Jeder Mensch darf Beratungen zur Gesund-Erhaltung der Seele wie Lebensberatung und ähnliches anbieten, egal ob er das gelernt hat oder nicht. Aber nur, wer für die Behandlung von seelisch kranken Menschen ausgebildet ist und über eine staatliche Genehmigung verfügt, darf sich PsychotherapeutIn nennen. Diese Bezeichnung ist gesetzlich geschützt.

Wenn Sie also zum Beispiel einen Therapeuten für Paar- oder Familienkonflikte oder eine Erziehungsberatung suchen, können Sie zwischen PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, HeilpraktikerInnen, PädagogInnen und allen anderen wählen, die diese Beratung anbieten. Vielleicht ist es für Sie einfacher oder sinnvoller, zu einer Beratungsstelle zu gehen, die Familien- oder Erziehungsberatung anbietet.

Derartige Hilfen zur Lebensberatung oder Lebensbewältigung werden von der Krankenkasse aber nicht bezahlt.

2. Welche psychotherapeutischen Leistungen übernimmt meine Krankenversicherung und wie läuft das Verfahren ab?

a) Ambulante Psychotherapie

Die gesetzliche Krankenkasse bezahlt Ihnen eine **ambulante Psychotherapie** unter diesen Voraussetzungen:

- Es geht um die Behandlung einer Erkrankung. **Und:**
- Sie wählen für die Therapie eine ärztliche oder psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (im Weiteren: Psychotherapeuten). Eine Behandlung beim Heilpraktiker wird nicht bezahlt. **Und:**
- die ausgewählte Psychotherapeutin ist zugelassen zur Behandlung von Kassenpatienten. **Und:**
- Sie werden nach einer Methode (Behandlungsform) behandelt, die nach den Richtlinien anerkannt ist. Das sind diese **Behandlungsformen:**
 - Verfahren, die auf der psychoanalytischen Krankheitslehre beruhen (die tiefenpsychologisch begründete Psychotherapie und die analytische Psychotherapie) und
 - die Verhaltenstherapie und
 - die neuropsychologische Therapie für Menschen mit nicht angeborenen Gehirnschädigungen oder -krankheiten etwa als Folge eines Schlaganfalles oder einer Schädel-Hirn-Verletzung.

Die Behandlung kann als **Einzel- oder Gruppentherapie** erfolgen, das sind die verschiedenen **Anwendungsformen**. Eine Psychotherapeutin ist unter Umständen nur für bestimmte Behandlungsformen und nur für Einzeltherapie zugelassen.

Die Dauer und der Umfang einer Psychotherapie werden nach **Therapiestunden** bemessen, die min-

destens 50 Minuten lang sind. Die Krankenkasse genehmigt eine bestimmte Anzahl von Therapiestunden. Eine Sitzung kann aber bei bestimmten Behandlungsformen auch eine Doppelstunde dauern oder nur eine halbe Stunde. Kürzere oder längere Sitzungen werden dann in Therapiestunden umgerechnet. Eine Doppelstunde „verbraucht“ also in der Regel zwei Therapiestunden, auch hier gibt es Ausnahmen.

Wie viele Therapiestunden die Krankenkasse bezahlt, hängt von der Behandlungsform ab und davon, ob Sie eine Einzel- oder Gruppentherapie wählen. Und es spielt eine Rolle, wie schwer die Erkrankung ist. Hier gibt es drei Stufen:

- den Regelfall,
- den besonderen Fall und
- den begründeten Ausnahmefall.

Zunächst wird immer die Stundenzahl für den Regelfall bewilligt. Damit in einem schwereren Fall mehr Therapiestunden genehmigt werden, muss die Psychotherapeutin einen weiteren Antrag mit Begründung an die Kasse stellen. Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie viele Therapiestunden in den verschiedenen Fällen genehmigt werden.

Vor Beginn einer Psychotherapie sind je nach Therapieform bis zu fünf oder acht **Probe-Sitzungen** üblich. Auch sie werden von Ihrer Krankenkasse bezahlt. Sie als PatientIn können in dieser Zeit erkennen, ob diese Psychotherapeutin und diese Behandlungsform für Sie das Richtige ist. Die Psychotherapeutin kann in diesen Stunden feststellen,

- was Sie krank macht,
- welche Behandlungsform für Sie richtig ist,
- ob Einzel- oder Gruppentherapie besser für Sie ist,
- wie lange die Psychotherapie voraussichtlich dauern wird und
- ob Sie selbst diese Behandlung wirklich machen wollen.

Diese Sitzungen gehören noch nicht zur Behandlung und werden daher auch nicht auf die genehmigten Stundenzahlen angerechnet.

BEHANDLUNGS- FORM	SCHWERE DES FALLS			
	Höchstzahl an Sitzungen Regelfall		Höchstzahl an Sitzungen Besonderer Fall und (Begründeter Ausnahmefall)	
	Einzel- therapie	Gruppentherapie (Doppelstunden)	Einzel- therapie	Gruppentherapie (Doppelstunden)
Alle Behandlungsformen (Kurzzeittherapie)	25	25		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie)	50	40 (Doppel- stunden)	80 (100)	60 (80)
Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie)	160	80 (Doppel- stunden)	240 (300)	120 (150)
Neurologische Psycho- therapie	60	40 (Doppel- stunden)	20	
Analytische und tiefenpsy- chologisch fundierte Psy- chotherapie bei Kindern	70	40 (Doppel- stunden)	120 (150)	60 (90)
Analytische und tiefen- psychologisch fundierte Psychotherapie bei Jugend- lichen	90	40 (Doppel- stunden)	140 (180)	60 (90)
Verhaltenstherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen	45	40 (Doppel- stunden)	60 (80)	
(Einzeltherapie; Kombina- tion mit Gruppentherapie ist möglich)	andere Stundenzahlen, wenn Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden			

Stellen Sie in dieser Zeit fest, dass die Psychotherapeutin für Sie nicht die „Richtige“ ist, können Sie einen anderen Behandler aufsuchen. Auch dort stehen Ihnen wieder fünf bis acht Sitzungen zur Verfügung.

Haben Sie und Ihre Psychotherapeutin sich für eine Zusammenarbeit entschieden, bereitet Ihre Psychotherapeutin einen **Antrag für Ihre Krankenkasse** und das Gutachter-Verfahren vor. Diesen Antrag müssen Sie unterschreiben.

Ist Ihre Psychotherapeutin im Grundberuf Psychologin und nicht Ärztin, muss sie Sie zu einem Arzt überweisen. Der soll diese Fragen beantworten:

- Sind Sie vielleicht doch vor allem körperlich und nicht seelisch krank?
- Müssen Sie vor oder während der Psychotherapie durch einen Psychiater, Nervenarzt oder einen anderen Arzt behandelt werden?
- Hält er bei Ihnen eine Psychotherapie für eine falsche Behandlung? In diesem Fall kann Ihr Psychotherapeut dennoch einen Antrag an Ihre Krankenkasse stellen, damit diese eine Psycho-

therapie für Sie genehmigt. Die Kasse muss dann ein Gutachten durch den MDK anfordern, das klären soll, ob für Sie eine Psychotherapie doch angezeigt ist. Dieses Gutachten ist nicht zu wechseln mit dem normalen Gutachter-Verfahren, das jetzt beschrieben wird.

In der Regel folgt auf die Probesitzungen das **Gutachter-Verfahren**. Dafür schreibt Ihre Psychotherapeutin einen Bericht mit diesem Inhalt:

- Sie beschreibt Ihr seelisches Problem.
- Sie schlägt eine Behandlungsform (Therapie-Methode) und eine Anwendungsform (Einzel- oder Gruppentherapie) vor.
- Sie schätzt ab, wie viel Zeit und wie viele Therapiestunden nötig sind.

Die Krankenkasse bekommt also in diesem Fall: Den Antrag, den Sie unterschrieben haben, unter Umständen die Stellungnahme eines Arztes und den Bericht der Psychotherapeutin. Dieser Bericht ist **anonym**, er enthält weder Ihren Namen noch andere persönliche Angaben über Sie, und er liegt im **verschlossenen Umschlag** beim Antrag. Nur diesen verschlossenen Bericht leitet Ihre Krankenkasse an den Gutachter weiter. Der Gutachter weiß also nicht, wer die Patientin ist und Ihre Krankenkasse erfährt keine Einzelheiten über Ihre Erkrankung. Der Gutachter ist ein besonders erfahrener Arzt, psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut.

Auch in diesen Fällen schaltet die Krankenkasse einen Gutachter ein:

- wenn Sie und die Psychotherapeutin einen Antrag stellen, die Therapie zu verlängern, oder
- wenn Sie nach Abschluss einer Psychotherapie innerhalb von zwei Jahren einen Antrag auf eine weitere Psychotherapie stellen.

Die Krankenkasse kann Ihren Antrag erst dann genehmigen, wenn der Gutachter sich für die Behandlung ausspricht. Hält der Gutachter eine Psychotherapie für unnötig oder falsch, dann lehnt Ihre Krankenkasse den Antrag ab. Gegen diese Entscheidung können Sie sich wehren und Widerspruch einlegen.

Ein Gutachter-Verfahren findet nicht statt, wenn eine neuropsychologische Therapie beantragt wird. Allerdings müssen zur Genehmigung einer derartigen Therapie viele besondere Voraussetzungen erfüllt

sein. Erkundigen Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse, dem behandelnden Arzt oder einer Patienten-Beratungsstelle.

Wenn Sie während einer laufenden Psychotherapie die **Psychotherapeutin, die Therapieform oder beides wechseln** möchten, muss das mit der Krankenkasse geklärt werden. Es kommt dann auf Ihren Einzelfall an, ob der Wechsel mit dem restlichen Stundenkontingent oder mit einem ganz neuen Stundenkontingent genehmigt wird.

Wenn Sie den Wechsel anstreben, weil Sie den Eindruck haben, dass Sie mit dieser Psychotherapeutin oder dieser Therapieform nicht voran kommen, sprechen Sie mit Ihrer Psychotherapeutin darüber. In solchen Behandlungskrisen kann auch eine Chance stecken, die Psychotherapie positiv zu wenden.

Eine seelische Erkrankung kann auch nach einem belastenden Erlebnis am Arbeitsplatz auftreten, etwa wenn Sie als Angestellter einer Bank oder einer Tankstelle überfallen worden sind. Wenn dies als Arbeitsunfall gewertet wird, bezahlt die gesetzliche Unfallversicherung die Behandlung.

BERATUNG: Ihr Arbeitgeber muss den Arbeitsunfall der Berufsgenossenschaft melden, den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Er muss Ihnen auch sagen, welche Berufsgenossenschaft für Sie zuständig ist.

Wenn Ihre seelische Erkrankung darauf zurückzuführen ist, dass Sie Opfer einer Straftat außerhalb Ihres Arbeitsplatzes geworden sind, können die Kosten einer Psychotherapie auch nach dem Opferentschädigungsgesetz übernommen werden. Hierzu bekommen Sie Informationen bei den Versorgungsämtern oder dem „Weißen Ring“, einem gemeinnützigen Verein, der Opfern von Straftaten hilft.

b) Stationäre psychotherapeutische Behandlung

Manchmal ist bei einer seelischen Erkrankung eine **Behandlung im Krankenhaus** notwendig. Dabei ist es egal, ob Sie schon eine ambulante Psychotherapie gemacht haben oder die Krankenkasse den Antrag auf eine ambulante Psychotherapie genehmigt hat. Die Krankenkasse prüft allerdings, ob medizinische

Gründe für eine Behandlung im Krankenhaus vorliegen. Gerade bei seelischen Erkrankungen halten die Krankenkassen häufig eine stationäre medizinische Rehabilitation (früher: Kur) für ausreichend. Wenn Ihre Krankenkasse ablehnt, können Sie gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen.

Nach einer Krankenhaus-Entlassung oder wenn Sie gar nicht ins Krankenhaus gehen möchten, können Sie Unterstützung bekommen durch:

- **ambulante psychiatrische Pflege** oder
- **Soziotherapie**.

Für beides brauchen Sie eine Verordnung Ihrer Ärztin (siehe Kapitel 2 Abschnitt 2).

Wenn Sie in einer akuten Krise Ihren Arzt oder Psychotherapeuten nicht erreichen oder keinen haben, können Sie sich auch an den **sozialpsychiatrischen Dienst oder eine Institutsambulanz einer psychiatrischen Klinik** wenden. Auch wenn jemand aus Ihrer Familie oder ein Freund in einer akuten Krise ist, können Sie selbst sich dort Unterstützung holen. Die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes regelt jedes Bundesland selbst (im Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten). Die Adresse und Telefonnummer des sozialpsychiatrischen Dienstes oder der Institutsambulanz erfahren Sie bei Ihrem Gesundheitsamt oder im Telefonbuch.

3. Wie finde ich den richtigen Psychotherapeuten und welche Behandlungsform eignet sich für mich?

Vielleicht ahnen Sie schon, dass Sie hier auf die Frage nach der richtigen **Therapieform** für Sie keine individuelle Antwort bekommen können. Es gibt dafür keine allgemeinen Regeln. Was können Sie also tun?

Sie können Ihre Freunde und Bekannten fragen. Sie können etwas über die verschiedenen Behandlungsformen lesen. Sie können Ihre Ärztin fragen.

Ihre Krankenkasse übernimmt grundsätzlich nur die Kosten für bestimmte Behandlungsmethoden (siehe oben, Abschnitt 2a). Sie können sich für eine Psychotherapeutin entscheiden, der mehrere die-

ser Methoden anbietet. Sie sagt Ihnen während der Probe-Sitzungen, welche Methode sie in Ihrem Fall für geeignet hält.

Überlegen Sie unabhängig davon vorher, was Ihnen bei der Auswahl der Psychotherapeutin wichtig ist:

- Wollen Sie lieber mit einem Mann oder einer Frau arbeiten?
- Vertrauen Sie eher einem älteren oder jüngeren Menschen?
- Suchen Sie jemanden mit ganz besonderen Erfahrungen, zum Beispiel mit der Behandlung von Menschen, die Gewalt-Taten erlebt haben?

Auch im Internet finden Sie bei vielen PsychotherapeutInnen Hinweise zu ihren Behandlungsmethoden und Schwerpunkten sowie zu Einzel- und Gruppentherapie. Auf den Internetseiten der Landes-Psychotherapeutenkammern und der Landes-Ärzttekammern gibt es Suchprogramme. Dort können Sie gezielt nach einer Psychotherapeutin suchen.

Diese **TIPPS** können Ihnen helfen, den richtigen Psychotherapeuten zu finden:

- **Viele PsychotherapeutInnen sind nur zu ganz wenigen Zeiten telefonisch direkt zu erreichen. Diese Zeiten erfahren Sie über den Anrufbeantworter. Machen Sie sich eine Liste der PsychotherapeutInnen, die Sie anrufen und notieren Sie sich gleich die Zeiten. Sie können auch Ihre Telefonnummer und eine Nachricht auf den Anrufbeantworter sprechen, wenn die Psychotherapeutin in ihrer Ansage ausdrücklich anbietet zurück zu rufen. Manche PsychotherapeutInnen tun dies nicht und rufen dann auch nicht zurück. Diese TherapeutInnen setzen eine solche „erste Hürde“ bewusst: wenn Sie nicht wieder anrufen, ist Ihre Motivation für die Arbeit in einer Psychotherapie eventuell nicht ausreichend.**
- **Lassen Sie sich bei mehreren PsychotherapeutInnen auf die Warteliste setzen. Nutzen Sie die Wartezeit und versuchen Sie, Probositzungen zu vereinbaren.**
- **Vormittags sind meistens leichter Termine zu bekommen als spät nachmittags oder abends. Halten Sie verschiedene Wochentage für Termine bereit.**

- Falls es um Ihr Kind geht: Manche Landes-Psychotherapeutenkammern organisieren, dass in Akutfällen eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ansprechbar ist und informieren Sie entsprechend.
- Wenn Sie dringend eine Therapie brauchen und keinen Therapieplatz in Ihrer Umgebung finden oder die Wartezeit zu lang ist: Dann muss die Kasse Ihnen eine Psychotherapie bei einer Psychotherapeutin auch genehmigen, die nur privat abrechnet. Klären Sie die Einzelheiten der Bezahlung der Therapie mit Ihrer Kasse genau ab oder lassen Sie sich dazu vorab informieren.

Allerdings gibt es in vielen Regionen nicht genug Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Besonders auf dem Land und für Kinder und Jugendliche klappt es daher oft nicht sofort mit einem freien Therapieplatz. Sie müssen sich dann auf eine Wartezeit einrichten.

Am Wichtigsten ist es jedoch, dass die „Chemie“ zwischen Ihnen und der Psychotherapeutin stimmt. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie ist eine **Beziehung zwischen Ihnen und der Psychotherapeutin**, mit der Sie sich beide wohlfühlen. Auf dieser Grundlage arbeitet die Psychotherapeutin mit Ihnen nach einer bestimmten Methode. Sie bilden also miteinander ein Team, um durch gemeinsame Arbeit Ihren Seelen-Zustand zu verbessern. Eine Psychotherapie kann lange dauern – da ist es wichtig, dass Sie und Ihre Psychotherapeutin gut miteinander zurechtkommen.

Nutzen Sie daher die **Probesitzungen**, um sich gegenseitig kennen zu lernen. Stellen Sie in diesen Sitzungen **alle Fragen, die Ihnen wichtig sind**:

- Welche Ausbildung hat die Psychotherapeutin? Welches sind ihre Schwerpunkte bei der Arbeit? Wie viel Erfahrung hat sie mit Ihrem besonderen Problem?
- Welche Therapieform schlägt sie Ihnen vor und was bedeutet das?
- Was erwartet sie von Ihnen in der Arbeit?
- Wie lange wird die Therapie dauern?

Hören Sie dann genau auf Ihr Gefühl, auf Ihre „innere Stimme“, und prüfen Sie sorgfältig Ihre Eindrücke:

- Haben Sie wirklich Vertrauen zu der Psychotherapeutin? Können Sie sich vorstellen, dass Sie ihr gegenüber alles ansprechen und aussprechen können – auch sehr unangenehme, peinliche, intime Gefühle?
- Fühlen Sie sich von ihr ernst genommen? Hört sie Ihnen zu? Antwortet sie ausführlich genug und klar auf Ihre Fragen? Verhält sie sich unfreundlich auf Ihre Fragen? Antwortet sie gereizt, wenn Sie sagen, dass Sie unsicher sind oder sich nicht wohl fühlen?

Und wenn Sie sich entschieden haben: Prüfen Sie während der Psychotherapie, ob es Ihnen nach einer angemessenen Zeit besser geht. Bedenken Sie, dass eine Therapie meist zwischen 20 und 100 Stunden dauert. Nach 10 bis 20 Stunden sollten Sie erste Veränderungen feststellen, am besten natürlich eine Verbesserung.

4. Vereinbarungen über Termine, Ausfallhonorar und Urlaub

Bei einer Psychotherapie machen Sie mit dem Psychotherapeuten **feste Termine** aus. Wenn Sie zu einem verabredeten Termin nicht erscheinen, kann es sein, dass der Psychotherapeut ein Ausfallhonorar verlangt.

ACHTUNG: Vereinbaren Sie das schriftlich vor Beginn der Therapie. Von weiteren Absprachen zum Honorar raten wir ab.

Sprechen Sie frühzeitig über Urlaubspläne. Je mehr sich Ihre Urlaubszeiten überschneiden, desto weniger wird die Therapie unterbrochen.

ACHTUNG: Verweigern Sie unbedingt Absprachen darüber,

- gegenüber Ihrer Krankenkasse eine andere Diagnose anzugeben oder
- nach einer anderen Therapieform zu arbeiten, als Sie beantragt haben.

Kapitel 10: Wo finde ich gute und sichere Informationen?

1. Informationen über Krankheiten

Allgemein:

- www.patienten-information.de
oder www.aezq.de
- www.gesundheitsinformation.de
- www.igel-monitor.de

Bewertungen von individuellen Gesundheitsleistungen

Zum Verständnis Ihres Befundes

- www.washabich.de

Hier können Sie kostenlos Ihren ärztlichen Befund in leicht verständliche Sprache übersetzen lassen.

Einzelne Bereiche:

Allergie, Umwelt, Gesundheit:

- www.allum.de

Krebs:

- www.krebsinformationsdienst.de

Psychische Erkrankungen:

- www.psychotherapiesuche.de
- www.bptk.de → Patienten → Psychische Krankheiten
- www.bptk.de → Patienten rechts Broschüre „Wege zur Psychotherapie“
- an gleicher Stelle „Ratgeber Kostenerstattung“

Zähne:

- www.agz-rnk.de
Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit
- www.kzbv.de
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Leitlinien zum ärztlichen Vorgehen:

- www.awmf.org → Leitlinien teilweise auch für PatientInnen

2. Informationen über Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser

Eine Ärztin finden:

Bundesärztekammer:

- www.baek.de → Patienten → Arztsuche → Bundesland auswählen

Stiftung Gesundheit:

- www.stiftung-gesundheit.de oder
- www.arzt-auskunft.de

ÄrztInnen mit besonderer Erfahrung bei bestimmten Erkrankungen:

örtliche oder bundesweite Selbsthilfegruppen, siehe unten Abschnitt 4. und

- www.paritaet.org → Online-Beratung
- www.achse-online.de

Selbsthilfe-Netzwerk für seltene Erkrankungen

Ärztliche Fachgesellschaften und Berufsverbände

PsychotherapeutInnen finden:

Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

- Bundes-Psychotherapeutenkammer
www.bptk.de → Patienten → Psychotherapeuten-suche → Bundesland auswählen
- Psychotherapie-Informationsdienst
www.psychotherapiesuche.de

Ärztliche PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen: Siehe oben „Einen Arzt finden“

Einen Zahnarzt finden

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

- www.kzbv.de → Für Patienten → Zahnarztsuche → Bundesland auswählen

Gute Arztpraxis, Checkliste

- Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten“

Vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), zu finden unter: www.patienten-information.de → Ich suche einen Arzt

Das richtige Krankenhaus finden, bundesweit

- www.weisse-liste.de
Gesundheitsportal von der Bertelsmann-Stiftung und vielen Patienten-Organisationen
- www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de
Krankenhaus-Gesellschaft
- www.arzt-auskunft.de
Stiftung Gesundheit,
Tel: 0800 - 7 39 00 99, kostenlos

Das richtige Krankenhaus finden, regional einige Beispiele

- Berlin: www.gesundheitsberater-berlin.de
- Hamburg: www.hamburger-krankenhauspiel.de
- Ruhrgebiet: www.kliniken-rhein-ruhr.de
- Bremen: www.bremer-krankenhauspiel.de

3. Informationen über Arzneimittel und Hilfsmittel

- www.arzneimittelberatungsdienst.de
Unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung und Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, allgemeine Informationen, Telefonberatung 0351 458-5049
- www.bfarm.de
Bundesinstitut, allgemeine Informationen zu Arzneimitteln
- www.dimdi.de
Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, dort finden Sie eine Liste über die von Zuzahlungen befreiten Arzneimittel sowie eine Liste über die aktuellen Arzneimittel, für die Festbeträge vereinbart worden sind.

- www.gkv-spitzenverband.de → Versicherten-Service → Zuzahlungen und Befreiungen → Befreiungsliste Arzneimittel am Ende der Seite
Hier finden Sie die Liste über die von Zuzahlungen befreiten Arzneimittel.
- www.gutepillen-schlechtepillen.de → Zuzahlung sparen
Kostenvergleich in Hinsicht auf Zuzahlungen
- www.rehadat.de
Hilfsmittel

Informationen zu Labortests

- www.labtestonline.de

4. Selbsthilfegruppen und Patienten-Beratungsstellen

- www.paritaet.org → Online-Beratung
- www.nakos.de
Suche nach Selbsthilfegruppen
- www.Gesundheitsämter-Deutschland.de
Ihr örtliches Gesundheitsamt
- www.dag-shg.de
Überblick, Allgemeines zu Selbsthilfegruppen
- Selbstverpflichtungs-Erklärung: „Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen“ zu finden unter www.bag-selbsthilfe.de → BAG Selbsthilfe intern → Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe
- www.vdek.com → Service → Selbsthilfe. Homepage der Ersatzkassen
- www.patientenberatung-bremen.de
von Ärzte- und Psychotherapeutenkammer, Landesregierung, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft getragen
- www.unabhaengige-patientenberatung.de
von Sozialverband VdK, Verbraucherzentrale Bundesverband, Verbund unabhängige Patientenberatung getragen
- www.agz-rnk.de
Zahngesundheit: Patientenberatung
- www.patientenbeauftragter.de
Bundes-Beauftragter für Patientinnen und Patienten,
Tel: 030-18-441-3420

5. Patienten-Verfügung, Betreuungs-Verfügung, Vorsorge-Vollmacht

- Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Bayerisches Justizministerium, 12. Auflage, Beck-Verlag 2012, 4,90 €
- Broschüren „Patientenverfügung“ und „Betreuungsrecht“, Bundesministerium der Justiz, online-Bestellung und Herunterladen unter: www.bmj.de → Service → Publikationen
Bestellung unter:
Publikationsversand der Bundesregierung,
Telefon 01805 77 80 90
(14 Cent/Min. mobil 42 Cent/Min.),
Fax 01805 77 80 94.
- www.zme-bochum.de → Veröffentlichungen → Patientenverfügungen.
Formulare des Instituts für Medizinethik der Ruhr-Universität Bochum:
Gute, aber etwas aufwändige Entscheidungshilfe.
Sowohl für das Herunterladen als auch für Bestellungen wird um eine Kostenerstattung von € 5,- bis € 7,50 gebeten.

Bestellung unter:
Ruhr-Universität Bochum
Zentrum für Medizinische Ethik
Gebäude NABF 04/297
D-44780 Bochum
Tel. 0234 32 27 084
Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de

- www.ethikzentrum.de → Patientenverfügung Formulierungsvorschläge für Patienten-, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten, ohne Bewertung:

6. Richtlinien, Gesetze, Urteile

- www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien, Richtlinien des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss)
- www.kbv.de → Rechtsquellen
- www.gesetze-im-internet.de alle deutschen Gesetze

Urteile:

- www.bundessozialgericht.de
- www.bundesgerichtshof.de

Stichwortverzeichnis

A

Abgerechnete Leistungen 40
 Ambulante Psychotherapie 55
 Anwaltskosten 20
 Arbeitsunfähigkeit 18
 Arzneimittel 16
 Arzneimittel – Zuzahlung 34
 Arzt – abgerechnete Leistungen 40
 Arzt – Schadenersatz bei Fehler 44
 Ärztehaus 21
 Ärztekammer 10
 Arzthaftung 41
 Ärztliche Dokumentationspflicht 30
 Ärztliche Schwerpunktbezeichnung 22
 Ärztliche Zusatzbezeichnung 22
 Arztsuche 21
 Arzttermin – nicht wahrgenommen 39
 Asylbewerber 7
 Aufklärung durch den Arzt 28
 Aufklärungs-Fehler 42
 Ausfallhonorar 39
 Ausfallhonorar in der Psychotherapie 59
 Ausland 18
 Ausland – Zahnersatz 51
 Ausländer, krankenversichert 6
 Ausnahmen von der Schweigepflicht 33

B

Basistarif in der privaten Krankenversicherung 6
 Befreiung von Zuzahlungen 36
 Behandlungsfehler 41
 Beitragssatz 9
 Belastungsgrenze 36
 Beleg-Krankenhaus 25
 Berufsordnung des Arztes 11
 Beschwerden im Krankenhaus 25
 Beweise von Arztfehlern 42
 Bonusprogramm 8

C-E

Chefarztbehandlung 24
 Einsichtsrecht in Akten, in die ärztliche Dokumentation 19, 31
 Einwilligung in die Behandlung 28, 30
 Einwilligungsfähigkeit 30
 Elektronische Gesundheitskarte 8
 Empfängnisverhütung 13
 Entbindung von der Schweigepflicht 33
 Entlassung aus dem Krankenhaus 25
 Entscheidung der Krankenkasse 19

F

Facharzt-Bezeichnung 21
 Fahrtkosten 15, 27
 Fahrtkosten – Zuzahlungen 36
 Familienversichert 5
 Fehler des Arztes 41
 Festbetrag 17
 Freie Arztwahl 21

freiwillig versichert 5
 Früherkennung von Krankheiten 13

G

Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte – GOÄ, GOZ 10
 Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA 12
 Gemeinschaftspraxis 21
 Generika 17
 Gerichtskosten 20
 Gesundheits-Fachberufe 11
 Gutachten im Haftungsfall 43
 Gutachter-Kommissionen 45
 Gutachterverfahren in der Psychotherapie 57

H

Haftung des Arztes 41
 Haftung des Zahnarztes 52
 Haushaltshilfe 14
 Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege – Zuzahlung 35
 Häusliche Krankenpflege 14, 26
 Heil- und Kostenplan 47
 Heilmittel 14
 Heilmittel – Zuzahlung 34
 Heilpraktiker 11,54
 Hilfsmittel 14
 Hilfsmittel – Zuzahlung 34
 Hospiz 15

I

Implantate 48
 Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL 10, 38
 Inlays 51

K

Kassen-Arzt 9
 Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung 9
 Kieferorthopädische Behandlung 47
 Kieferorthopädische Behandlung – Selbstbeteiligung 49
 Klage 20
 Klinikführer 24
 Kostenerstattung 7
 Krankengeld 18
 Krankenhaus 10, 23
 Krankenhaus – abgerechnete Leistungen 40
 Krankenhaus – Zuzahlungen 35
 Krankenversichertenkarte 8
 Krankschreibung 18
 künstliche Befruchtung 15
 Kurzzeitpflege 26

L-M

Medikamente siehe Arzneimittel
 Medizinischer Dienst der Krankenkassen 8
 Medizinisches Versorgungszentrum – MVZ 21

N

Nachsorgefehler 41
 Negativliste 16
 Notarzt 22
 Notfalldienst 22

O

Off-Label-Use von Arzneimitteln 16
Organisationsfehler 42
OTC-Arzneimittel 16

P

Palliativ-Versorgung 15
Patienten-Akte 30
Patienten-Beratungsstelle 61
Patientenquittung 40
Pflichtversichert 5
Praxisgemeinschaft 21
Private Krankenversicherung 6
Prozesskostenhilfe 20
Psychiater 54
Psychotherapeut/Psychotherapie 54
Psychotherapie – Probe-Sitzungen 55, 59

Q-R

Qualitätsbericht des Krankenhauses 23
Rabattvertrag 17, 35
Rechtsanwalt 20
Rechtsanwalt – Beratung bei der Arzthaftung 46
Regelversorgung beim Zahnarzt 48
Rehabilitation 15, 23
Rehabilitation – Zuzahlungen 35
Reise-Krankenversicherung 19
Ruhe der Krankenversicherung 6

S

Schadenersatz 44
Schlichtungsstelle 45
Schutzimpfungen 13
Schwangerschaftsabbruch 13

Schweigepflicht 32
Selbstbeteiligung 34
Selbsthilfe-Gruppen 11
Sozialgericht 20
Sozialpsychiatrischer Dienst 58
Soziotherapie 14
Sterilisation 13
Suche nach einem Psychotherapeuten 58

T-V

Therapiefehler 41
Transport aus dem Ausland 19
Verbandmittel 14
Verbandmittel – Zuzahlung 34
Verhütung von Krankheiten 13
Verjährung 45
verschreibungspflichtige Arzneimittel 16
Vertragsarzt 9
Vorsorge-Leistungen 13

W

Wahlleistungen im Krankenhaus 24
Wahltarif 8
Weiterbildung des Arztes 10
Widerspruch 19

Z

Zahnarzt 47
Zahnersatz 48
Zahnfüllungen, Kosten 51
Zusatzbeitrag 9
Zuzahlung 34
Zuzahlung im Krankenhaus 35
Zweite Meinung 22

Gezielt informieren und Bescheid wissen.

Alle lieferbaren Vorsorgebroschüren aus dem Verlag C.H.BECK im Überblick:

Vorsorge für den Notfall (mit Dokumentenmappe)	€ 9,90	978-3-406-63397-3
Vorsorge für den Notfall (mit Dokumentenmappe) + Vorsorge für Unfall Krankheit Alter + Vorsorge für den Erbfall	€ 15,90	978-3-406-63398-0
Meine Rechte als Verbraucher	€ 4,40	978-3-406-64174-9
Was tun, wenn die Rente nicht reicht?	€ 4,40	978-3-406-63506-9
Vorsorge für Unfall Krankheit Alter NEU	€ 4,90	978-3-406-64730-7
Wegweiser im Sterbefall	€ 4,40	978-3-406-63238-9
Erfolgreich vermieten	€ 4,40	978-3-406-63145-0
Die Vorsorgevollmacht	€ 4,40	978-3-406-60995-4
Vorsorge für den Erbfall NEU	€ 4,90	978-3-406-64933-2
Pflegebedürftig – Was tun? NEU	€ 4,90	978-3-406-65082-6
Der Patientenwille	€ 4,40	978-3-406-62931-0
Meine Rechte als Patient NEU	€ 4,90	978-3-406-64820-5
Vereinsrecht	€ 4,40	978-3-406-62077-5
Tipps zum Mietvertrag für Mieter	€ 4,40	978-3-406-60070-8
Das richtige Pflege- und Seniorenheim	€ 4,40	978-3-406-61415-6
Wohnen im Alter	€ 4,40	978-3-406-61416-3
Arbeitslosengeld 2 NEU	€ 4,90	978-3-406-64819-9

NEU



Verlag C.H.BECK OHG, Wilhelmstr. 9, 80801 München/Ausgericht München HRB 48045 / Preise inkl. MwSt. / 159264



Die Broschüren erhalten Sie bei Ihrem Buchhändler, im gut sortierten Büro- und Schreibwarenfachhandel oder unter www.beck-shop.de.



Meine Rechte als Patient

Informieren Sie sich über Ihre Rechte als Patient.

- Sie sollten verstehen, wie unser Gesundheitssystem überhaupt funktioniert.
- Sie erfahren, welche Leistungen Sie bekommen können.
- Welche Pflichten haben Sie?
- Wann müssen Sie etwas zuzahlen?

Inhalt

Verständlich für jedermann werden wichtige Fragen beantwortet:

- Wie finde ich den richtigen Arzt oder die richtige Ärztin für mich?
- Was ist zu beachten, wenn ich ins Krankenhaus muss?
- Welche Pflichten hat der Arzt oder die Ärztin mir gegenüber?
- Was tue ich, wenn ich falsch behandelt wurde?
- Habe ich das Recht, meine Patientenakte zu lesen?
- Was ist zu beachten, wenn ich zum Zahnarzt oder zum Psychotherapeuten gehe?
- Wo finde ich gute und sichere Informationen?

Die 3. Auflage

bringt den Ratgeber auf den aktuellen Stand und berücksichtigt insbesondere das neue **Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten**, das Ende Februar 2013 in Kraft getreten ist.

Aus der Praxis

Erstellt wurde die Broschüre von zwei Juristinnen und einem Juristen, die die Probleme von Patientinnen und Patienten aus der täglichen Beratungsarbeit kennen und die langjährige sozialrechtliche und haftungsrechtliche Erfahrungen haben.

Herausgeber ist der PARITÄTISCHE Gesamtverband, Berlin.

ISBN 978-3-406-64820-5



9 783406 648205 € 4,90