



BAGP- PATIENT*INNENSTELLEN BROSCHÜRE

NR.1

4 EURO

PATIENTENRECHTE ÄRZTEPFLICHTEN

Überarbeitete Neuauflage | 2026



INFORMIERT UND GESTÄRKT

- zum Arzt
- ins Krankenhaus
- zur Krankenkasse
- bei Verdacht auf Behandlungsfehler

IMPRESSUM

HERAUSGEBERIN

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Patient*innenstellen (BAGP)
Astallerstr. 14
80339 München
089 - 76 75 51 31
mail@bagp.de
www.bagp.de

QUELLEN

siehe Einzel-Angaben

ONLINE AUSGABE 2026

STAND

Mai 2026

TEXT UND ÜBERARBEITUNG 2022

Peter Häußer
Katja Isabell Kohler
Sarah Kurzak
Jürgen Kretschmer
Waltraud Kröner
Edeltraud Paul-Bauer
Adelheid Schulte-Bocholt
Rudolph Winzen

basierend auf der Ausgabe 2016
(maßgeblich erstellt von
Sabine Düver und Anne Speck).

FEDERFÜHRENDE AKTUALISIERUNG 2026

Larissa Hubert
Adelheid Schulte-Bocholt

REDAKTION

Team Gesundheitsladen München e.V.

GESTALTUNG

Dennis Bille

SATZ UND LAYOUT

Peter Friemelt
Adelheid Schulte-Bocholt

V.I.S.D.P.

Adelheid Schulte-Bocholt
Geschäftsstelle der BAGP
Astallerstrasse 14
80339 München

HINWEISE

Alle Informationen sind sorgfältig recherchiert, jedoch ohne Gewähr.

Für Inhalte genannter Links sind die Betreiber der jeweiligen Webseite verantwortlich.

Alle Informationen dieser Broschüre sind ausschließlich zur freien Verwendung für private Nutzung bestimmt. Nachdruck oder Verwendung für kommerzielle Zwecke in digitaler oder gedruckter Form bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Herausgebers.

Diese Informationsschrift ersetzt im Einzelfall nicht eine juristische Beratung.

Wir verwenden kapitelweise abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise mit jeweils dem Gendersternchen*. Damit möchten wir ausdrücken, dass in jedem Fall und immer aller Geschlechter (w/m/d) gemeint sind und gleichzeitig sicherstellen, dass der Text gut lesbar ist.

Gesetzliche Grundlagen sind häufig in der Fußnote aufgeführt. Die einschlägigen Paragraphen aus dem Patientenrechtegesetz und dem Versorgungsstärkungsgesetz sind in der Randspalte genannt.

BEDEUTUNG DER SYMBOLE IN DEN RANDSPALTEN



Tipps und
praktische Hinweise



Achtung

Diese Broschüre enthält keine Adressen.

Sollten Sie Beratungsbedarf haben oder Unterstützung bei der Suche nach örtlich zuständigen Einrichtungen benötigen, fragen Sie bei der Ihnen nächstgelegenen Patient*innenberatungsstelle an.

Auf dem BAGP-Flyer, der dieser Broschüre beiliegt, finden Sie unsere Beratungsstellen. Sie können sich auch an die Geschäftsstelle wenden, dort wird man Sie weitervermitteln:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen (BAGP)

Astallerstrasse 14, 80339 München

Tel: 089 - 76 75 51 31, Fax: 089 - 725 04 74

mail@bagp.de, www.bagp.de

Inhalt

I. Welche Rechte haben Sie als Patient* – welche Pflichten hat der Arzt*?	6
01. Rechtliche Grundlagen	6
02. Recht auf Gesundheit und Selbstbestimmung	7
03. Recht auf freie Arzt*- und Krankenhauswahl	7
04. Sorgfaltspflicht	8
a) Fachgerechte Behandlung	8
b) Pflicht zur sorgfältigen Anamnese	9
c) Informationspflichten	9
• Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	9
• Wahlleistungen im Krankenhaus	10
d) Recht auf Schutz der Intimsphäre	12
e) Besuchspflicht	12
• Telemedizin und Telesprechstunde	13
05. Aufklärungspflicht	13
• Zweitmeinung	14
• Medikationsplan	15
06. Einwilligung	18
07. Patientenverfügung	19
• Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung	21
08. Dokumentationspflicht	24
09. Recht auf Einsicht in die Behandlungsakte	25
10. Schweigepflicht	26
a) Migranten*	27
b) Minderjährige	27
11. Datenschutz	27
12. Elektronische Patientenakte (ePA)	29
13. Mitwirkungspflicht	30
14. Vergütungspflicht	31
 II. Und wenn die Ärztin* ihre Pflicht verletzt?	 32
01. Schadensersatz und Schmerzensgeld	32
a) Schädigung	33
b) Behandlungsfehler	33
c) Schaden und ursächlicher Zusammenhang	33
d) Beweislast	34
e) Verjährung	35
f) Anspruchsgegnerin*	36
02. Durchsetzung der Ansprüche	36
• Musterbrief zur Anforderung von Krankenunterlagen	37
a) Gütliche Einigung	38

b) Unterstützung durch die Krankenkasse	39
c) Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern	39
d) Klage vor dem Zivilgericht	41
e) Selbständiges Beweisverfahren	41
f) Kosten der Rechtsverfolgung	42
g) Beratungs- und Prozesskostenhilfe	42
03. Suche nach einer Anwältin*	43
• Gutachterkommission, Schlichtungsstelle oder Zivilgericht?	44
04. Maßnahmen gegen Ärztinnen*	45
a) Strafverfahren	45
b) Berufsgerechtliches Verfahren	45
05. Beschwerdemöglichkeiten	46
 III. Besonderheiten für Rechte psychisch kranker Menschen	 47
01. Eingriffe in die Grundrechte (Art. 2 Grundgesetz)	47
02. Recht auf freie Arzt- und Therapeutenwahl	47
03. Recht auf freie Krankenhauswahl	48
04. Recht auf Aufklärung	48
05. Schweigepflicht	48
06. Einwilligung in die Untersuchung bzw. Behandlung	49
07. Recht auf Akteneinsicht	50
08. Einsicht in die Krankenunterlagen	50
09. Untersuchung durch das Gesundheitsamt	51
10. Zwangsmaßnahmen und Unterbringung	51
11. Die ärztliche Zwangsbehandlung	51
12. Die psychiatrische Patientenverfügung	52
13. Krisenpass und Behandlungsvereinbarung	52
 IV. Weitere wichtige Regelungen für Versicherte und Patientinnen* ..	 53
 Anhang	 55
Erläuterungen zur Sterbehilfe	55
Abkürzungen Gesetze	56
Gesetzesauszüge	57
Forderungen der BAGP	67
Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen (BAGP)	69

I. Welche Rechte haben Sie als Patient* – welche Pflichten hat der Arzt*?

01. Rechtliche Grundlagen

Seit dem 26. Februar 2013 gibt es das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz), durch das Richterrecht in Gesetzesform gebracht und Rechte neu formuliert wurden.

Vor allem wurde der Behandlungsvertrag durch die neuen Paragraphen §§ 630a ff im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) übersichtlicher geregelt.

Die in dieser Broschüre aufgeführten Paragraphen des Patientenrechtegesetzes (PatRG), sowie weitere Gesetzestexte sind im Anhang abgedruckt.

Das PatRG ist kein eigenes Gesetzbuch, sondern hat das BGB und das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) um einige Paragraphen ergänzt und verändert. Die rechtlichen Regelungen rund um Ihre Rechte als Patient* und Versicherter* und die Ärztepfllichten sind auch weiterhin in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen zu finden: im BGB, in den Sozialgesetzbüchern oder im Versicherungsvertragsgesetz, im Strafbuch, in den Berufsordnungen der Ärzte* oder auch - für spezielle Regelungen - im Transplantationsgesetz, in der Röntgenverordnung, im Bay. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKG), im Arzneimittelgesetz und vielen mehr.

§ § 630a ff BGB

Eine wichtige Rechtsgrundlage für die Behandlung beim niedergelassenen Arzt* oder in einem Krankenhaus ist der **Behandlungsvertrag**.

Durch ihn werden Rechte und Pflichten der Vertragspartner* geregelt, wenn es um medizinische Behandlungen geht. Der Vertrag kommt in der Regel schon durch den Arztbesuch zustande oder wenn Kassenpatienten* die Versichertenkarte abgeben.

§ 630a Abs. 2 BGB

Der Arzt*¹ ist durch den Behandlungsvertrag zu einer fachgerechten, dem **allgemein anerkannten fachlichen Standard** entsprechenden medizinischen Behandlung verpflichtet. Den **Erfolg** der medizinischen Behandlung, die (Wieder-)Herstellung der Gesundheit, schuldet er nicht.²

Die einzelnen Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag werden im Verlauf genauer erläutert.

1 „Behandelnde“ im Sinne des Behandlungsvertrages sind nicht nur die (Zahn-) Ärzte*, sondern auch Angehörige anderer Heilberufe wie Physio- und Ergotherapeuten*, Logopäden*, Hebammen, Heilpraktiker*, psychologische Psychotherapeuten* etc.

2 Der Behandlungsvertrag ist ein dem Dienstvertrag (§ 611 BGB) ähnlicher Vertrag, kein Werkvertrag.

02. Recht auf Gesundheit und Selbstbestimmung

Nach dem Grundgesetz hat jeder Mensch ein Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit³. Daraus wird ein Anspruch der Person abgeleitet, der einem „Grundrecht auf Gesundheit“ nahekommt, dass nämlich der Staat verpflichtet ist, die Gesundheit zu schützen, zu fördern und zu verbessern.

Ein „Recht auf Gesundheit“ dem Arzt* gegenüber ergibt sich daraus natürlich nicht, denn kein Arzt* kann garantieren, Sie zu heilen.

Das Recht auf Selbstbestimmung bedeutet, dass Sie als Bürger* selbst entscheiden, ob, wann und in welchem Umfang Sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wollen.



03. Recht auf freie Arzt*- und Krankenhauswahl

Sie haben grundsätzlich die freie Entscheidung, zu welchem **niedergelassenen Arzt*** Sie gehen⁴, und ob und wie lange Sie sich dort behandeln lassen.⁵

Der Arzt* kann frei entscheiden, ob er die Behandlung übernimmt. Dies gilt jedoch nicht für Notfälle oder wenn er Bereitschaftsdienst hat. Ein **Kassenarzt*** kann die Behandlung wegen Überlastung oder bei gestörtem Vertrauensverhältnis ablehnen.⁶

Ein gestörtes Vertrauensverhältnis kann z. B. vorliegen, wenn der Patient* sich aggressiv benimmt, dauerhaft therapeutische Empfehlungen nicht befolgt oder darum bittet, ohne entsprechende Erkrankung „krankgeschrieben“ zu werden. Es kommt natürlich immer auf den Einzelfall an.

Verschiedene Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen wie z.B. das „Hausarztmodell“ oder die „besondere Versorgung“ sind mit einer Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl verbunden.

Für die Behandlung im Krankenhaus gilt:

Sie haben grundsätzlich freie Krankenhauswahl. Die Gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten allerdings nur für zugelassene Krankenhäuser.

Üblicherweise empfiehlt Ihnen der Arzt* ein nahegelegenes Krankenhaus - außer z.B. bei speziellen Therapieverfahren. Bei Kassenpatienten* kann die Krankenkasse die Übernahme von Mehrkosten (z.B. Fahrtkosten durch die Wahl eines weit entfernten Krankenhauses) ganz oder teilweise ablehnen.⁷

3 Artikel 2 Grundgesetz (GG)

4 GKV-Versicherte: zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte (§ 73 SGB V); freie Arztwahl siehe § 76 SGB V.

5 § 626 BGB in Verbindung mit § 76 SGB V

6 § 627 Abs.2 BGB

7 § 39 Abs.2 SGB V

Im Krankenhaus haben Sie als Kassenpatient* kaum noch eine freie Arztwahl, da in der Regel der Krankenhausträger Ihr Vertragspartner wird. Das Krankenhaus hat die Entscheidungsfreiheit, welche ärztlichen Fachkräfte zu Ihrer medizinischen Versorgung eingesetzt werden. Etwas anderes gilt für den sogenannten Belegarzt*⁸.

Wer Ihr Vertragspartner während eines Krankenhausaufenthaltes ist, geht aus dem Krankenhausvertrag hervor, der vor Ihrer Aufnahme schriftlich geschlossen wird.

Sollten Sie mit der medizinischen Versorgung nicht zufrieden sein, können Sie das Krankenhaus jederzeit auf eigenes Risiko verlassen, selbst gegen dringenden ärztlichen Rat.

Für Schäden, die deshalb auftreten, weil Sie die Klinik gegen ärztlichen Rat frühzeitig verlassen haben, können die Ärzte* bzw. Versicherungsträger aber nicht haftbar gemacht werden. Das Verlassen auf eigene Verantwortung wird sich das Krankenhaus von Ihnen schriftlich bestätigen lassen.

Bevor Sie eine solche Entscheidung treffen, sollten Sie sich beraten lassen (Patient*innenstellen, Patientenführsprecher*, Angehörige, Freunde*) und eine zweite fachliche Meinung einholen.

04. Sorgfaltspflicht⁹

Der Arzt* hat eine umfassende Sorgfaltspflicht für alle Bereiche seines Handelns.

a) Fachgerechte Behandlung

Der Arzt* schuldet Ihnen eine Behandlung, die am aktuellen Stand des medizinischen Wissens ausgerichtet ist. Dies setzt regelmäßige Fortbildungen im Fachgebiet und Information durch Fachliteratur voraus.

Ebenso müssen die technischen Geräte, die er einsetzt, den aktuellen Standards entsprechen. Es müssen jedoch nicht unbedingt die modernsten Apparate sein. Die Handhabung der Geräte muss der Behandler* so beherrschen, dass Sie nicht gefährdet werden und dass verlässliche Ergebnisse erzielt werden, die er auch auswerten kann.

Wenn dem Arzt* das Fachwissen oder die entsprechende Ausstattung fehlt, um eine sichere Diagnose zu stellen oder angemessen zu behandeln, muss er einen Spezialisten* zu Rate ziehen oder Sie an einen Facharzt* bzw. ein Krankenhaus weiterverweisen.

§ 630a Abs. 2
BGB

⁸ Belegärzte* sind nicht am Krankenhaus angestellt. Sie können einige Betten („Belegbetten“) in einem Krankenhaus mit ihren Patienten* belegen.

⁹ Ein Verstoß wäre eine Pflichtverletzung im Sinne von § 280 Abs.1 BGB (Schadensersatz wegen Pflichtverletzung).

b) Pflicht zur sorgfältigen Anamnese

Der Arzt* muss sich für die Anamnese (die Erforschung der Vorgeschichte Ihrer Erkrankung) ausreichend Zeit nehmen. Dazu muss er den Krankheitsverlauf und Vorerkrankungen erfragen. Durch die Anamnese gewinnt er eine Vorstellung über Entstehung und Ursache der jetzigen Erkrankung.

c) Informationspflichten

Der Arzt* muss Ihnen in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und falls erforderlich auch im Laufe der Behandlung alle wesentlichen Umstände erläutern: die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die dabei und danach durchzuführenden Maßnahmen.

Wenn Ihr Arzt* erkennt, dass bei Ihrer **Behandlung** (durch ihn oder durch einen anderen Arzt*) möglicherweise ein **Fehler** gemacht wurde, muss er Sie darüber informieren. Allerdings nur dann, wenn für Sie gesundheitliche Gefahren bestehen oder wenn Sie danach fragen. Ein Arzt* ist also nicht verpflichtet, Sie unaufgefordert über einen erkennbaren Behandlungsfehler zu unterrichten, sofern er für Sie keine gesundheitlichen Gefahren erkennen kann.

Wenn Sie entsprechenden Verdacht haben, sollten Sie diesen ansprechen und nachfragen.

Wenn der Arzt* weiß, dass die Krankenkasse oder Versicherung nicht alle Kosten übernimmt, wie z.B. bei den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (siehe unten) und bei Wahlleistungen im Krankenhaus (siehe nächste Seite), muss er Sie **vor der Behandlung schriftlich über die voraussichtlichen Kosten informieren**. Verstößt er gegen diese wirtschaftliche Informationspflicht, können Sie in der Regel die Bezahlung der Behandlungskosten aus diesem Grund verweigern.

§ 630c Abs. 2
Satz 1
BGB

§ 630c Abs. 2
Satz 2
BGB



§ 630c Abs. 3
BGB

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

sind privat zu zahlende, zusätzliche Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind und die Sie mit Ihrem Arzt* vertraglich vereinbaren können. IGeL werden vermehrt angeboten und sind für Ärzte* eine zusätzliche Einkommensquelle, die keiner Kontrolle unterliegt.

Nur selten sind IGeL im Einzelfall sinnvoll. Zu beachten ist, dass die Gesetzlichen Krankenkassen nur die Kosten für alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen übernehmen müssen (unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots).

Eine Orientierungshilfe im ärztlichen Angebotsdschungel bietet das Internet-Portal des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MSD): **www.igel-monitor.de**. Dort werden einzelne IGeL wissenschaftlich bewertet, um Versicherte in die Lage zu versetzen, sich gut informiert für oder gegen eine IGeL entscheiden zu können.



Tipps im Umgang mit IGeL:

- Für die Entscheidung zu einer IGeL-Leistung muss Ihnen ausreichend Zeit eingeräumt werden. Lassen Sie sich nicht unter Zeitdruck setzen!
- Sie dürfen nicht zu einer IGeL-Leistung gedrängt werden!
- Eine medizinische Leistung, die Kassenleistung ist, darf nicht vom Kassenarzt* privat in Rechnung gestellt werden!
- Wenn Sie von sich aus eine gewisse Symptomatik beschreiben oder wenn Beschwerden oder Symptome für eine Früherkennungsuntersuchung vorliegen, ist die Untersuchung eine Kassenleistung und darf nicht als IGeL privat in Rechnung gestellt werden!
- Fragen Sie gegebenenfalls bei Ihrer Krankenkasse nach!
- Über IGeL muss vor Behandlungsbeginn ein schriftlicher Vertrag abgeschlossen werden, in dem alle Einzelleistungen und ihre Kosten aufgeführt sind.
- **Vor Vertragsschluss muss der Arzt* Sie aufklären** über
 - die Leistung selbst
 - die Gründe, warum die Leistung nicht von den Krankenkassen bezahlt wird
 - die Kosten der Leistung
 - den therapeutischen Sinn der Leistung
 - mögliche Risiken und Nebenwirkungen
 - alternative Behandlungsmethoden
 - das Risiko einer Nichtbehandlung
- Nach Abschluss der Behandlung muss der Arzt* Ihnen eine Rechnung ausstellen.
- IGeL sind nach der „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) abzurechnen.
- Wenn Sie nur IGeL in Anspruch nehmen, müssen Sie die Versichertenkarte nicht abgeben.

Wahlleistungen im Krankenhaus

Wahlleistungen sind Wunsch- und Extraleistungen, für die Sie sich im Krankenhaus **frei entscheiden können** und die Sie als Kassenpatient* in der Regel selbst bezahlen müssen.

Grundsätzlich gilt: Die allgemeinen Krankenhausleistungen wie Unterkunft und Verpflegung und vor allem die medizinische Behandlung, gewährleisten eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung für jeden Patienten*. Diese Leistungen sind gesetzlich geregelt und werden von den Krankenkassen übernommen.

Zusätzlich gibt es aber Wahlleistungen, die individuell zwischen Ihnen und dem Krankenhaus vereinbart werden müssen. In der Regel sind diese Leistungen - wenn überhaupt - nur über eine Privat- oder Zusatzversicherung abgedeckt. Andernfalls müssen Sie die Kosten selbst tragen.

Es gibt zwei unterschiedliche Arten von Wahlleistungen:

- Die Unterbringung in einem Einzel- oder Komfortzimmer, die hochwertigere Verpflegung und andere Extras. Hier sind die Kosten klar vorhersehbar. Den Vertrag dazu schließen Sie mit dem Krankenhaus ab.
- Wahlleistungen, die die ärztliche und medizinische Versorgung betreffen. Hier lassen sich die Kosten nur ungefähr im Voraus bestimmen, da sich meist nicht genau vorhersagen lässt, welche Einzelleistungen konkret in Ihrem Fall erbracht werden müssen, welchen Schwierigkeitsgrad diese Leistungen haben und welchen Zeitaufwand sie in Ihrem Fall erfordern. Den Behandlungsvertrag hierzu schließen Sie direkt mit dem jeweiligen Arzt* ab.

Damit es zu keinen unerwarteten Überraschungen bei der Rechnung kommt, ist Folgendes wichtig:

- Machen Sie sich vor dem Abschluss der Vereinbarung ein möglichst genaues Bild von den zu erwartenden Kosten.
- Klären Sie vor der Wahlleistungsvereinbarung mit Ihrer privaten Krankenkasse oder Zusatzversicherung, ob und inwieweit die Kosten der Wahlleistungen übernommen werden.
- Selbstverständlich bekommen Sie auch ohne eine Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen. Von wem Sie dann aber konkret behandelt werden, richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit, der fachlichen Qualifikation des Arztes* und dem Dienstplan. Sie brauchen also keine Sorge zu haben, dass Sie nicht behandelt werden, wenn Sie der Wahlleistung nicht zustimmen.
- Die Honorare für die wahlärztlichen Leistungen richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). In diesem umfangreichen Gebührenwerk sind alle abrechenbaren Leistungen nach einem bestimmten Schema aufgelistet und einsehbar (z.B. auf der Homepage der Klinik oder im Internet).



- Wenn Sie Fragen zu dieser Vereinbarung haben, können Sie sich an die Patientenaufnahme oder die Sekretariate der Wahlärzte* wenden. Dort können Sie auch jederzeit Einsicht in die Gebührenordnung (GOÄ) und die Vertragsbedingungen der Klinik (AVB) nehmen. Sie haben einen Anspruch auf eine Information zu den Wahlleistungen.
- Bei der Aufnahme in die Klinik müssen Sie meist viele Dokumente unterschreiben. Manche davon sind aus juristischen Gründen leider sehr kompliziert formuliert. **Unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht verstanden haben. Lassen Sie sich mit der Unterschrift auch nicht zeitlich unter Druck setzen. Und unterschreiben Sie auch nichts, was Sie nicht fertig gelesen haben.**

Oft kann man vor dem Gang ins Krankenhaus die Formulare auf der Homepage der Klinik einsehen oder von dort herunter laden.

d) Recht auf Schutz der Intimsphäre

Sie müssen es nicht hinnehmen, dass z.B. in der Praxis oder während der Krankenhausvisite andere Patienten* Ihre Gespräche mithören. Weisen Sie die Mitarbeiter* darauf hin, wenn Sie sich dadurch gestört fühlen.

Ähnliches gilt, wenn Sie bei Untersuchungen mit dem Arzt* allein im Raum sein möchten.

e) Besuchspflicht¹⁰

Wenn Sie wegen einer schweren Erkrankung nicht selbst in die Sprechstunde kommen können, ist Ihr behandelnder Arzt* verpflichtet, eine aktuell nötige und keinen Aufschub duldende Hilfe zu gewährleisten, d.h. er kann sich einem notwendigen Hausbesuch - auch bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen - nicht entziehen¹¹.

Diese Besuchspflicht gilt auch für Fachärzte* (z.B. Internisten*, Kinderärzte*), bei denen Sie in Behandlung sind. Der Arzt* muss sich von den Leiden seines Patienten* ein eigenes Bild machen, dabei die Angaben Dritter, insbesondere von Familienangehörigen, prüfen und wichtige Befunde selbst erheben.

Sind Ärzte* an der Hilfeleistung gehindert (wegen z.B. unaufschiebbarer anderer Behandlungen) oder können Sie außerhalb der Sprechstunden durch den Not- oder Bereitschaftsdienst der Ärzteschaft ausreichend medizinisch versorgt werden, kann eine Rechtspflicht zum Hausbesuch entfallen. Auch Besuche außerhalb des üblichen regionalen Einzugsbereichs der Praxis können Ärzte* ablehnen.

¹⁰ § 17 Abs. 6 und 7 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ärzte)

¹¹ Urteil des BGH vom 21.4.1961 – 2 StR 78/61

Telemedizin¹² und Telesprechstunde

Auch wenn Ärzte* ihre Patienten* im persönlichen Kontakt beraten und behandeln sollen, können sie dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen (Telemedizin, Telesprechstunde). Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall sogar erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist, die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patienten* über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wurden.¹³

05. Aufklärungspflicht

Die Aufklärung ist wichtig, damit Sie wissen, was mit der Behandlung auf Sie zukommen kann. **Nur wenn Sie ordnungsgemäß aufgeklärt wurden, können Sie** selber Nutzen und Risiko des ärztlichen Eingreifens abwägen und dann **entscheiden**, ob Sie die Behandlung (oder einzelne Maßnahmen) erhalten wollen oder nicht.

Nur in Ausnahmefällen braucht keine Aufklärung zu erfolgen, so z.B. wenn die Behandlung unaufschiebbar ist (Notfall) oder wenn Sie ausdrücklich auf Aufklärung verzichtet haben.

Bei **einwilligungsunfähigen Patienten*** (siehe Punkt 6, Seite 18) **ist deren Vertreter* aufzuklären**.

Der Arzt* hat seinen Patienten* **entsprechend seinem Verständnis** (je nach Entwicklungsstand und Verständnismöglichkeit) **aufzuklären**.

Inhalt der Aufklärung

Aufzuklären sind Sie vor allem über

- Art, Umfang und Durchführung der Maßnahme
- zu erwartende Folgen und Risiken
- Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussicht im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie
- mögliche Alternativen, zu denen immer auch die Nichtbehandlung gehört.

§ 630d Abs. 2
BGB

§ 630e Abs. 4
BGB

§ 630e Abs. 5
BGB

§ 630e Abs. 1
BGB

¹² Weitere Infos: <https://gesund.bund.de/telemedizin>

¹³ § 7 Absatz 4 Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)



Die Aufklärung muss nicht unbedingt von dem Arzt* vorgenommen werden, der Sie dann behandelt. Sie kann auch **von einem anderen Arzt*** übernommen werden, der von seiner Ausbildung her die anstehende Behandlung ebenfalls durchführen könnte.

Die Therapiefreiheit des Arztes* überlässt diesem zunächst die Auswahl anerkannter Methoden oder Medikamente beziehungsweise besonderer Therapierichtungen oder -formen.

Sie sollten sich umfassend über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informieren lassen und sich nicht davor scheuen, bei Unsicherheit oder Zweifeln genau nachzufragen.

Zweitmeinung¹⁴

Seit Juli 2015 ist der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf eine ärztliche Zweitmeinung für bestimmte planbare Eingriffe gesetzlich verankert. Welche Eingriffe¹⁵ dazugehören, legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen zusätzliche Zweitmeinungsangebote bestimmen.¹⁶

Der behandelnde Arzt* muss Sie über das Recht aufklären, eine ärztliche Zweitmeinung einholen zu können. Dies muss mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen, in jedem Fall aber so rechtzeitig, dass Sie Ihre Entscheidung wohlüberlegt treffen können.¹⁷

Für die Zweitmeinung muss oft nicht das gesamte diagnostische Verfahren wiederholt werden. Die bisherigen Befunde oder Röntgenbilder können Sie dem Arzt*, bei dem Sie die Zweitmeinung einholen, zur Verfügung stellen. Unter Umständen können die Unterlagen auch unmittelbar von einer Arztpraxis zur anderen übermittelt werden.

Der Arzt* muss Sie auch aufklären über alle typischen und nicht völlig abseits liegenden Risiken, die mit den möglichen Eingriffen oder auch der Nichtbehandlung verbunden sind.

¹⁴ Der § 27b ist seit dem 23.7.2015 in Kraft. Fraglich ist, ob mit dieser Regelung ausgeschlossen ist, dass man bei anderen Eingriffen einen zweiten Arzt* aufsuchen darf, wenn man Zweifel an der Diagnose oder der vorgeschlagenen Therapie hat. Es empfiehlt sich also, dies vorher mit der eigenen Krankenkasse zu klären.

¹⁵ Z.B.: Mandeloperation, Gebärmutterentfernungen, Operationen an der Wirbelsäule, arthroskopische Eingriffe an der Schulter und Implantationen einer Knieendoprothese; <https://www.g-ba.de/richtlinien/107/>.

¹⁶ § 27b Abs. 6 SGB V

¹⁷ § 27b Abs. 5 SGB V

Versprechen mehrere Wege den gleichen Erfolg, ist der Arzt* gehalten, die risikoärmere Methode zu wählen. Stehen mehrere medizinisch gleichwertige Methoden zur Auswahl, hat der Kassenarzt* die kostengünstigere zu bevorzugen.¹⁸ Andere Behandlungsmethoden müssen im Einzelnen medizinisch begründet werden. Der Arzt* muss Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, die er Ihnen verschreibt, kennen und beachten. Er muss auch die Wirkungen und Wechselwirkungen der Medikamente berücksichtigen, die Sie von anderen Ärzten* verordnet bekamen bzw. bekommen und einnehmen.

Teilen Sie Ihrem Arzt* unbedingt mit, welche Medikamente Sie zurzeit in welcher Dosierung einnehmen.



Medikationsplan

Sie haben auch Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform oder elektronisch¹⁹ durch Ihren Arzt*, wenn Sie mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel gleichzeitig und für mindestens 28 Tage einnehmen oder anwenden. Die Ärzte* müssen Sie auf alle Risiken hinweisen (z.B. Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit, Gefahr von Allergien, Langzeitschäden). Der Verweis auf den Beipackzettel reicht nicht aus. Schließlich muss Ihnen genau mitgeteilt werden, wann und wie viel Sie von den verordneten Medikamenten einnehmen sollen.

Art, Zeitpunkt und Umfang der Aufklärung

Die Aufklärung muss im persönlichen ärztlichen Gespräch erfolgen, so dass Sie die Möglichkeit haben nachzufragen. Es reicht **nicht** aus, Ihnen nur ein Formular mit einem kurzen Aufklärungstext zu überreichen.

Von Unterlagen, die Sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterschrieben haben, sind Ihnen Abschriften auszuhändigen. Wenn kein Notfall vorliegt, müssen Sie so **frühzeitig aufgeklärt** werden, dass Sie Ihre Entscheidung für oder gegen die ärztliche Maßnahme ohne Entscheidungsdruck treffen können. Bestimmte festgelegte Fristen gibt es dafür nicht. Bei kleineren Maßnahmen (z.B. Röntgenaufnahmen) brauchen Sie weniger Zeit, bei schweren Eingriffen und vor allem bei möglicherweise lebensbedrohenden Maßnahmen kann ein Zeitraum von mehreren Tagen angemessen sein.

§ 630e Abs. 2
Satz 1 Nr. 1
BGB

§ 630e Abs. 2
Satz 1 Nr. 2
BGB

¹⁸ § 12 Abs.1 SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot

¹⁹ § 31a SGB V

Der Umfang der Aufklärung ist abhängig von

- der Art und Schwere der Maßnahme
- der Dringlichkeit der Maßnahme
- den damit zusammenhängenden Risiken und der Wahrscheinlichkeit des Eintretens dieser Risiken.

Das heißt konkret: Die Aufklärung muss umso detaillierter sein, je gefahrenreicher ein Eingriff ist, je mehr Alternativen für Sie bestehen und wenn die Behandlung medizinisch nicht notwendig ist (z.B. bei Schönheitsoperationen).



Tipps:

Fragen Sie bei jedem Behandlungsschritt all das nach, was Sie nicht verstanden haben. Überlegen Sie sich vorher, was für Sie wichtig ist, und schreiben Sie sich Ihre Fragen auf. Zum Beispiel:

- Was soll an und mit mir gemacht werden?
- Ist die Untersuchung oder Behandlung wirklich notwendig?
- Mit welchen Neben- oder Nachwirkungen muss ich rechnen?
- Gibt es andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, vielleicht auch aus anderen Therapierichtungen, und wie hoch sind deren Erfolgsaussichten?
- Wie groß ist jeweils die Chance, dass meine Beschwerden gelindert werden können oder die Krankheit geheilt werden kann?
- Wie hoch sind die Gefahren, wenn ich die Untersuchung oder Therapie ablehne?
- Welche Konsequenzen hat das Untersuchungsergebnis für mein weiteres Leben?
- Entstehen mir Kosten, die eventuell nicht von der Krankenkasse übernommen werden?

Nehmen Sie gegebenenfalls eine Vertrauensperson zu diesem Gespräch mit. Wenn Sie einen Aufklärungsbogen erhalten haben und dazu Fragen hatten, notieren Sie sich auch die Ihnen dazu gegebenen Antworten auf dem Bogen, bevor Sie unterschreiben!

§ 630c Abs. 2
Satz 1
BGB

Die Aufklärung muss für Sie **verständlich** sein. Ärzte* müssen sich deshalb davon überzeugen, dass Sie die Information verstanden haben.

Für Patienten* mit Hörbehinderung werden die Kosten für einen Übersetzer* in Gebärdensprache oder für andere Kommunikationshilfen durch Antrag bei den Krankenkassen übernommen.²⁰

²⁰ § 17 Abs. 2 SGB I: "Menschen mit Hörbehinderungen und Menschen mit Sprachbehinderungen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen. § 5 der Kommunikationshilfenverordnung in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend."

Achtung:

Um Schwierigkeiten zu vermeiden, klären Sie die Kostenübernahme im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse.



Bei Verständigungsproblemen mit ausländischen Patienten* sollten Ärzte* einen Dolmetscher* oder eine andere sach- und sprachkundige Person hinzuziehen. Zumeist ist aber unklar, wer die Kosten solcher Dolmetscherdienste übernimmt. Die Krankenkassen sind dafür nicht zuständig. Oft gibt es aber lokale Lösungen.²¹

Recht auf Nichtwissen

Sie haben aber auch das Recht, ausdrücklich auf die Aufklärung zu verzichten. Bestimmte Diagnosen, z.B. Krebs oder manche vererbte Krankheiten haben weitreichende Konsequenzen für das weitere Leben. Deshalb ist es ratsam, sich vor der Durchführung der entsprechenden Tests mit den möglichen Folgen zu beschäftigen und zu überlegen, ob und wie man damit umgehen will. Dies gilt besonders für Krankheiten, die zwar diagnostiziert werden können, für die es aber keine wirksame Therapie gibt.

§ 630e Abs.3
BGB

Achtung:

Eine ungenügende ärztliche Aufklärung führt zur Unwirksamkeit der Einwilligung des Patienten* zur Durchführung der Operation. Außerdem entfällt der Anspruch des Arztes auf ein Honorar.²²



21 Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste: WD 8-3000-077/25: Versicherte haben danach bei einer ambulanten Behandlung keinen Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten gegenüber den Krankenkassen. Bei Krankenhausbehandlung wird zwar davon ausgegangen, dass die Dolmetscherkosten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinn des § 2 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG gehören und vom Krankenhausträger zu übernehmen seien. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die Krankenhäuser grundsätzlich keine Pflicht zur Übernahme der Dolmetscherkosten sehen.

22 Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14.09.2016 (Az. 1 BvR 1304/13). Die Verfassungsbeschwerde betrifft eine Streitigkeit aus dem Arztvertragsrecht. Gegenstand ist die Frage der Vergütungspflicht bei unterlassener beziehungsweise fehlerhafter ärztlicher Aufklärung (vgl. dazu BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom - 1 BvR 3071/10 -, ZMGR 2012, S. 333).

06. Einwilligung

§ 630d Abs.1
BGB

Vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere wenn dadurch in den Körper, die Gesundheit oder die Freiheit eingegriffen wird, ist der Arzt* verpflichtet, Ihre **Einwilligung** dazu einzuholen.²³ Sie müssen nach der ordnungsgemäßen Aufklärung ausdrücklich und unmissverständlich gefragt werden, ob Sie in den Eingriff einwilligen.

Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist neben der Aufklärung Ihre Fähigkeit, die Art, Bedeutung und Tragweite bzw. Risiken der ärztlichen Maßnahme erfassen zu können (Einwilligungsfähigkeit). Der Arzt* muss sich also vorher vom Einsichtsvermögen und von der Urteilskraft des Patienten* überzeugen. Auch Minderjährige, psychisch Kranke und Betreute können einwilligungsfähig sein!

Ihre Einwilligung erfolgt in der Regel schriftlich²⁴ (Ausnahme: Notfälle). Die Schriftform dient dem Arzt* als Beweis.

Tipp:

Lassen Sie sich deshalb immer eine Kopie Ihrer Aufklärung und Ihrer Einwilligung aushändigen!

§ 630d Abs. 1
Satz 2
1. Halbsatz BGB

Falls der Patient* **nicht einwilligungsfähig** ist, muss die **Einwilligung seines Vertreters*** eingeholt werden (Eltern Minderjähriger, Betreuer*, Bevollmächtigte).

§ 630d Abs.3
BGB

Die Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen **widerrufen**. Dies ist auch formlos möglich, achten Sie dann aber darauf, dass es in der Patientenakte vermerkt ist!

Sie können natürlich auch einzelne Untersuchungen auf eigenes Risiko ablehnen.

Tipp:

Auch wenn Sie derzeit im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte sind und damit einwilligungsfähig, können Sie im Rahmen einer sogenannten „Vorsorgevollmacht“ jetzt schon eine Person Ihres Vertrauens bevollmächtigen, für Sie Therapieentscheidungen zu treffen, falls Sie in näherer oder fernerer Zukunft nicht mehr einwilligungsfähig sind.

²³ Führen Ärzte* die Behandlung ohne eingeholte Einwilligung durch, verletzen sie die vertraglichen Pflichten im Sinne des § 280 Abs.1 BGB.

²⁴ Die Einwilligung muss nicht immer schriftlich oder mündlich erfolgen, sie kann auch durch einwilligendes Handeln erfolgen. So ist z.B. das Hochkrempeln des Ärmels als Einwilligung zu einer Spritze oder Blutabnahme anzusehen.

07. Patientenverfügung

Für den Fall, dass Sie durch Alter, Unfall oder Krankheit in die Lage kommen sollten, sich nicht mehr selbst äußern, bzw. für sich entscheiden zu können, ist es möglich, mit einer Patientenverfügung (PV) Vorsorge zu treffen.

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Verfügung, in der eine einwilligungsfähige, volljährige Person für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festlegt, ob sie in bestimmte medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen bzw. Eingriffe einwilligt oder diese ablehnt. Mit einer Patientenverfügung können Sie sowohl zum Ausdruck bringen, welche medizinischen Maßnahmen Sie in bestimmten Situationen **nicht wünschen**, als auch, welche Sie **wünschen**.²⁵

Seit dem 01.01.2023 gilt das reformierte Betreuungsrecht. Die Rechtsvorschriften sind seitdem in den §§ 1814ff BGB geregelt. Gegenüber dem alten Recht wurde es insgesamt übersichtlicher, verständlicher und praxistauglicher gestaltet und stellt das Selbstbestimmungsrecht der Betreuten mehr in den Mittelpunkt.

Das Abfassen einer Patientenverfügung geschieht freiwillig.

Teilen Sie Ihre Wünsche nahestehenden Menschen oder einer bevollmächtigten Person nur mündlich mit, sind sie dennoch bindend. Der sogenannte mutmaßliche Wille ist zu erforschen und umzusetzen.²⁶

Bei den Überlegungen dazu, wie Sie entschieden hätten, ist eine vorliegende schriftliche oder mündlich kommunizierte Patientenverfügung zu beachten, bzw. umzusetzen. Dabei sollen neben bevollmächtigten Personen bzw. Betreuern* nahe Angehörige oder andere Vertrauenspersonen die Gelegenheit erhalten, sich zu Ihrem Willen zu äußern.²⁷

Liegt eine **wirksame Patientenverfügung** vor, die auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, ist diese **bindend** und umzusetzen.

Tipp:

Sprechen Sie mit Ihren Familienmitgliedern bzw. Ihnen nahestehenden Menschen. Teilen Sie diesen am besten anhand von Beispielen mit, wie Sie in diesen Situationen entscheiden würden. Sie können Ihrer Patientenverfügung auch eine schriftliche Ergänzung mit Ihren Wertevorstellungen, ethischen und religiösen Überzeugungen sowie Ihre Einstellung gegenüber Schmerzen, Krankheit, Sterben und Tod beigeben. Alles kann im Fall des Falles hilfreich sein, um Ihren „mutmaßlichen Willen“ zu erkennen und durchzusetzen.



§ 630d Abs. 1
Satz 2
2.Halbsatz BGB



²⁵ § 1827 BGB (Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten)

²⁶ § 1827 Abs. 2,5 BGB (Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten)

²⁷ § 1828 BGB (Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens)

Falls Sie selbst bevollmächtigt wurden bzw. eine Betreuung übernommen haben, schalten Sie sich ein, um mit dem Arzt* die vorliegende Situation und die Beachtung des Patientenwillens zu besprechen - gerade auch dann, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.

Der Gesetzgeber verlangt keine besondere Form der Patientenverfügung, d.h. Sie können sie handschriftlich, am Computer abfassen oder einen Vordruck verwenden. Folgende Angaben muss eine Verfügung jedoch enthalten:

- Ihre Personalien
- Situationen, für die die Verfügung gelten soll (Krankheitszustände und Symptome)
- Welche Behandlungen in den angegebenen Situationen gewünscht bzw. abgelehnt werden
- Ort, Datum und Unterschrift (diese Angaben handschriftlich)

Sie können Ihre Patientenverfügung jederzeit ändern oder widerrufen. Solange sie nicht widerrufen wird, behält sie ihre Gültigkeit.

Bei Veränderung Ihrer persönlichen Situation, insbesondere wenn eine schwere Erkrankung diagnostiziert wird, sollten Sie die Patientenverfügung überdenken und ggf. verändern oder erweitern, also auf die neue Situation anpassen. Auf jeden Fall sollten Sie bei solch einer Änderung Ihrer Situation oder auch nach längerer Zeit die Patientenverfügung erneut mit Datum und Unterschrift versehen, damit klar ist, dass die Verfügung auch unter den aktuellen Gegebenheiten gelten soll. So ist gewährleistet und im Ernstfall ersichtlich, dass die Verfügung Ihrem aktuellen Willen entspricht.²⁸

Damit Ihre Verfügungen im Ernstfall beachtet werden kann, ist es hilfreich, ein kleines Kärtchen bei sich zu führen (Portemonnaie oder Brieftasche), auf dem vermerkt ist, dass Sie eine Verfügung haben und wer im Falle eines Falles benachrichtigt werden soll.

Das Original der Patientenverfügung sollten Sie zusammen mit der Vollmacht bei Ihren persönlichen Dokumenten aufbewahren. Vor allem dem Bevollmächtigten* und auch nahen Angehörigen sollte der Aufbewahrungsort bekannt sein. Diese sollten auch im Bedarfsfall Zugang zu den Unterlagen haben.

Ein Hinweis auf das Vorliegen einer Patientenverfügung kann auch im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden. Einsicht in das Register haben Ärzte* und Betreuungsgerichte. Hinweise können auch auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden.

28 Weitere Informationen: §§ 1827ff BGB; Bundesministerium der Justiz und Verbraucherrecht (BMVJ): Broschüre „Patientenverfügung“; <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/aerzte-und-kliniken/patientenverfuegung-entscheidungen-fuer-den-ernstfall-treffen-13102>

Achtung:

Behandler*, Behörden oder Gerichte benötigen alle Vorsorgedokumente immer im Original



Tipp:

Es kann hilfreich sein die PV mit seinem behandelnden Arzt* zu besprechen (ggf. kostenpflichtig). Dieser kann auch bestätigen, dass die verfügende Person im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist. Auch eine öffentliche Beglaubigung der Unterschrift durch die Betreuungsbehörde oder einen Notar* ist möglich, gesetzlich aber nicht vorgeschrieben. Eine notarielle Beurkundung kann im Ausnahmefall sinnvoll sein z.B. bei starken Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung.



Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Unabhängig davon, ob Sie eine Patientenverfügung erstellt haben oder nicht, sind eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung sehr zu empfehlende Möglichkeiten der Vorsorge. Informieren Sie sich bei einer Beratungsstelle oder einem örtlichen Betreuungsverein über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung.

Mit einer **Vorsorgevollmacht** bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, an Ihrer Stelle Ihre Angelegenheiten zu regeln, falls Sie dies selbst nicht mehr können. Für die Erteilung einer Vollmacht ist uneingeschränktes Vertrauen in die betreffende Person, die Sie zu Ihrer juristischen Stellvertretung ermächtigen, zwingende Voraussetzung. Ist eine Vollmacht vorhanden, hat diese Vorrang gegenüber einer Betreuungsverfügung.

Ein Betreuer* wird für Erwachsene gerichtlich bestellt, wenn diese aufgrund einer Krankheit oder Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können.

In einer **Betreuungsverfügung** schlagen Sie vor, welche Person(-en) Sie sich als Betreuer* wünschen, wenn das Betreuungsgericht für Sie einen Betreuer* bestellen muss. In der Regel folgen die Gerichte der Betreuungsverfügung. Damit können Sie dafür sorgen, dass eine Person Ihres Vertrauens als Bevollmächtigter* oder Betreuer* in Ihrem Sinne für Sie handeln und entscheiden kann, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind.

Gut verständliche Informationen zum Thema bietet die Broschüre "Betreuungsrecht" vom Bundesministerium der Justiz und Verbraucherrecht (BMVJ).²⁹

²⁹ Weitere Infos:

- §§ 1814ff BGB

- "Betreuungsrecht" zu bestellen unter: https://www.bmjv.de/DE/service/service_node.html

Notvertretungsrecht für Ehegatten / eingetragene Partnerschaften

Zum 01.01.2023 trat das „Ehegattennotvertretungsrecht“ für Ehegatten* bzw. Lebenspartner* in Kraft. Damit kann ein Ehegatte*/Lebenspartner* unter bestimmten Bedingungen auch ohne Vorliegen einer Vollmacht bzw. einer Betreuungsverfügung für den anderen Ehegatten*/Lebenspartner* Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten treffen, wenn dieser infolge von Krankheit oder Unfall handlungs- oder entscheidungsunfähig ist.

Die gesetzlichen Regelungen³⁰ sehen nur eine gegenseitige Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitssorge vor. Wichtige Bestandteile der Regelung sind umfassende Schutzmechanismen, die einem Missbrauch effektiv entgegenwirken. So ist eine Ehegattenvertretung zum Beispiel dann ausgeschlossen, wenn der Ehegatte* oder Lebenspartner* zuvor einen entgegenstehenden Willen geäußert oder ausdrücklich eine andere Person bevollmächtigt hat. Auch wenn die Ehegatten* getrennt leben, besteht die gesetzliche Vertretungsberechtigung nicht. Darüber hinaus ist durch eine Befristung des Ehegattenvertretungsrechts auf sechs Monate die Rechtsnatur als Notvertretungsrecht gewährleistet.

Die große Mehrheit der Bevölkerung geht davon aus, dass im Notfall medizinische Entscheidungen für einen Ehepartner* getroffen werden können. Ein gesetzliches Angehörigenvertretungsrecht gibt es jedoch nicht. Da das Notvertretungsrecht an enge Voraussetzungen geknüpft ist und zeitlich begrenzt, ist die Erteilung einer Vorsorgevollmacht trotzdem zu empfehlen.

Patientenverfügung Minderjähriger

In Deutschland können nur Volljährige eine rechtsverbindliche Patientenverfügung erstellen. Sind Minderjährige noch nicht selbst einwilligungsfähig, bedarf es für einen ärztlichen Eingriff der Einwilligung der sorgeberechtigten Elternteile. Die Eltern sind gehalten, die Wünsche ihres Kindes insbesondere mit dessen wachsender Reife zu beachten.

Die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger richtet sich nach dem individuellen Reifegrad und ist in Bezug auf den konkreten Eingriff zu beurteilen. Schriftlich niedergelegte Behandlungswünsche eines Minderjährigen sind dennoch rechtlich relevant, denn diese müssen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, sie stellen ein wesentliches Beweismittel zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens dar.³¹

³⁰ § 1358 BGB (Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitssorge)

³¹ § 1827 Abs. 1,2 BGB (Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten)

Gesundheitliche Vorsorgeplanung (GVP) und Integrierte Notfallplanung (INP)

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP), Advance Care Planning (ACP) und Integrierte Notfallplanung (INP) sind Konzepte, welche im Rahmen von strukturierten Gesprächen den Patientenwillen bzw. die Behandlungswünsche für den Fall der Einwilligungsfähigkeit strukturiert erfassen und dokumentieren.

Die Erstellung erfolgt gemeinsam mit geschulten Gesprächsbegleitenden³² sowie den Angehörigen oder Bevollmächtigten. Ziel ist es, konkrete und individuell passende Behandlungsentscheidungen für zukünftige Krisensituationen festzulegen. Eine gezielte Vorsorgeplanung kann eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung sein, besonders auch für Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung oder in hohem Alter.

Für Menschen in stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gibt es nach dem Gesetz die Möglichkeit einer Beratung.³³ Hier entstehen keine Kosten für die Vorausplanung. Außerhalb von Einrichtungen gibt es keine Finanzierung, hier fällt ein Kostenbeitrag, welcher privat zu entrichten ist. Die Höhe der Kosten kann je nach Anbieter verschieden sein und sollte vorab erfragt werden.

Exkurs– Digitale Vorsorge

Angesichts der zunehmenden Nutzung des Internets in allen Altersgruppen gewinnt die digitale Vorsorge und Nachlassregelung an Bedeutung. Mit dem Tod einer Person geht deren Vermögen als Ganzes auf den oder die Erben* über.³⁴ Zum Nachlass gehören grundsätzlich auch digitale Vertragsverhältnisse und Inhalte, wie beispielsweise Benutzerkonten, gespeicherte Daten oder Online-Abonnements. Das bedeutet, dass auch digitale Spuren und Verträge – etwa E-Mail-Konten, soziale Netzwerke oder Cloud-Dienste – vererbt werden. Erben* haben grundsätzlich das Recht, auf diese Daten zuzugreifen, sofern keine besonderen gesetzlichen Einschränkungen bestehen.

Um spätere Unsicherheiten zu vermeiden, sollte frühzeitig geregelt werden, wer Zugang zu den eigenen digitalen Daten erhält und wie damit umgegangen werden soll. Dabei geht es um Daten wie z.B.: Fotos, Nachrichten, E-Mail-Konto, Online-Banking, Soziale Netzwerke, Messenger Dienste, Verwaltung von Verträgen (Strom, Handy, ...), Streamingdienste für Musik und Videos, Fitnesstracker, Smarthome Anwendungen ...

32 ACP / GVP / INP Gespräche werden von dafür weitergebildeten, qualifizierten Gesprächsbegleiter:innen aus dem Gesundheitswesen wie Pflegefachkräfte, Ärzt:innen, Sozialberufe, durchgeführt.

33 § 132g SGGV

34 § 1922 BGB (Gesamtrechtsnachfolge)

Sie können selbst bestimmen, was mit Ihren Daten geschehen soll. Dabei sind folgende Schritte ratsam:

- Erstellen Sie einen Überblick über Ihre digitalen Konten und Verträge.
- Benennen Sie eine - über Ihre Wünsche informierte - Vertrauensperson, die sich im Ernstfall kümmert.
- Halten Sie Ihre Wünsche über eine Vorsorgevollmacht und/oder über ein Testament rechtlich bindend fest.
- Überprüfen und aktualisieren Sie bei Bedarf diese Regelungen regelmäßig.



Grenze der Patientenverfügung

Die Grenze für die Patientenverfügung ist das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe. Diese kann in diesem Dokument nicht geregelt werden.

Lesen Sie hierzu die Erläuterungen zur Sterbehilfe im Anhang ab Seite 55.

Achtung:

Ausführungen zur „psychiatrischen Patientenverfügung“ sowie zu „Krisenpass und der Behandlungsvereinbarung“ finden Sie im Teil „III. Besonderheiten für Rechte psychisch kranker Menschen“ ab S. 47.



08. Dokumentationspflicht

§ 630f
BGB

Der Arzt* ist verpflichtet, alle für die Behandlung wichtigen Umstände aufzuzeichnen und diese **Behandlungsakte mindestens zehn Jahre lang aufzubewahren**.³⁵ Die Behandlungsakte muss so klar und deutlich sein, dass sie für den Arzt* und den Patienten* als Rechenschaft über den eingeschlagenen Behandlungsweg dienen kann und als Informationsquelle für Weiterbehandelnde. Die Dokumentation dient auch als Beweismittel bei einem Verdacht, ein Behandlungsfehler könnte passiert sein.

§ 630f Abs. 2
BGB

Zu den **Dokumenten**, die der Arzt* aufbewahren muss, gehören insbesondere die Aufzeichnungen über den Krankheits- und Behandlungsverlauf, Arztbriefe mitbehandelnder Ärzte*, Röntgenbilder, Befunde (EKG, Laborwerte), die Karteikarte, die über Sie angelegt wurde, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer bei digitaler Dokumentation, sowie Hinweise, ob und inwieweit Sie über die ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt wurden und ob Sie eingewilligt haben. Die aufbewahrten Dokumente (in Papier- oder digitaler Form oder z.B. auch ein Video von einem operativen Eingriff) bilden die Behandlungsakte.

³⁵ Für Röntgenaufnahmen gibt es eine Aufbewahrungsfrist von bis zu 30 Jahren, § 28 Abs.3 Röntgenverordnung.

Um die Dokumentation fälschungssicher zu machen, hat der Arzt* die Pflicht, **nachträgliche Änderungen**, Berichtigungen oder Ergänzungen **kenntlich zu machen**. Dabei muss der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleiben und der Zeitpunkt der Änderung vermerkt werden. Für elektronisch geführte Dokumentationen muss es deshalb eine entsprechende Software geben.

§ 630f Abs. 1
Satz 2
BGB

09. Recht auf Einsicht in die Behandlungsakte

Wenn Sie es wollen, muss man Ihnen unverzüglich **Einsicht in Ihre vollständige Behandlungsakte** gewähren. Sie brauchen dafür keine Begründung oder einen aktuellen Anlass. Es ist vielmehr ein Teil Ihres Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.

§ 630g Abs. 1
Satz 1
BGB

Das Einsichtsrecht gilt für sämtliche Krankenunterlagen, die über Sie angelegt wurden, unabhängig davon, ob Sie bei einem Arzt*, einem Zahnarzt*, in einem Krankenhaus oder einer Rehaklinik behandelt wurden.³⁶

Sie haben auch Anspruch darauf, Abschriften bzw. **Kopien Ihrer Unterlagen** zu bekommen. Die erste Abschrift bzw. Kopie der Behandlungsakte ist Ihnen unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ihnen können damit nur noch für eine weitere (= zweite, dritte etc.) Kopie der Behandlungsakte die Kosten nach dem entstandenen Verwaltungsaufwand auferlegt werden³⁷.

§ 630g Abs. 1
Satz 3
BGB

Röntgenbilder muss Ihnen der Arzt (gegen Quittung) im Original zur Weiterleitung an später untersuchende oder behandelnde (Zahn-)Ärzte* vorübergehend überlassen, wenn dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden kann.³⁸

Digitale Röntgenbilder sind auf ein geeignetes Speichermedium wie z.B. eine CD zu kopieren und herauszugeben.

Achtung:

Seit Mai 2019 gibt es über den Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein Auskunftsrecht und ein Recht auf eine Kopie der über Sie gespeicherten Daten. Auf Wunsch müssen Ihnen diese auch in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden. Die erste Kopie ist kostenfrei. Für weitere Kopien kann ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten verlangt werden.

³⁶ Das gilt auch für die Pflegedokumentation im Heim, BGH v. 23.03.2010, AZ: VI ZR 249/08

³⁷ vgl. Art. 15 Abs. 3 S. 2 Datenschutzgrundverordnung - DSGVO

³⁸ § 28 Abs. 8 Röntgenverordnung

Die **Einsichtnahme** kann Ihnen nur dann teilweise oder vollständig **verweigert** werden, wenn „erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter³⁹ entgegenstehen“.

Diese Verweigerung muss allerdings vom Arzt* im Einzelfall begründet werden. Das heißt beispielsweise, dass ein Therapeut* seinem Patienten* die Einsichtnahme verweigern darf, wenn aus den Unterlagen für den Patienten* derart Belastendes hervorgeht, dass eine seelische Schädigung befürchtet werden muss.

Wird Ihnen die Einsichtnahme verweigert, kann es sinnvoll sein, die Vermittlung der Einsichtnahme durch einen anderen Arzt* zu erreichen.

Im Falle des Todes haben die **Erben*** das Einsichtsrecht bzw. das Recht auf Überlassung von Kopien, wenn sie vermögensrechtliche Interessen haben oder z.B. einem Verdacht auf Behandlungsfehler nachgehen wollen.

Nächste Angehörige (wie Ehepartner*, Lebenspartner*, Kinder, Eltern, Geschwister und Enkel*) haben unabhängig von ihrer Erbrechtsnachfolge das Recht auf Einsicht sowie Kopien, wenn sie immaterielle Interessen⁴⁰ geltend machen.

In beiden Fällen gilt, dass die Erben bzw. nächsten Angehörigen die entstehenden Kosten zu tragen haben.

Das Einsichtsrecht der Erben* bzw. der Angehörigen kann aber dann ausgeschlossen werden, wenn nachgewiesen wird, dass die betreffende Person das (ausdrücklich oder mutmaßlich) nicht wollte. Mit dieser Einschränkung wird dem postmortalen Persönlichkeitsrecht verstorbener Patienten* und der (nach dem Tod des Patienten* fortbestehenden) ärztlichen Schweigepflicht Rechnung getragen.

10. Schweigepflicht

Der Arzt* darf das, was Sie ihm anvertraut haben, sowie die Daten aus der Diagnose und Behandlung ohne Ihre Erlaubnis an keine andere Person weitergeben.⁴¹ Zum Beispiel darf er ohne Ihre Zustimmung weder Ihrem Arbeitgeber*, einem anderen Arzt*, ja noch nicht einmal Ihrem Ehepartner* oder Ihren Eltern Auskunft über Ihre Krankheit erteilen. Auch die nichtärztlichen Mitarbeiter* der Praxis (etwa Arzthelfer*) unterliegen der Schweigepflicht.

39 Zum Beispiel: Die Aufzeichnungen enthalten Informationen über die Persönlichkeit dritter Personen.

40 Bei immateriellen Interessen geht es nicht um Vermögensfragen, sondern z.B. um Informationen über mögliche Erbkrankheiten.

41 § 9 Musterberufsordnung Ärzte MBO-Ä

Achtung:

Änderung seit 2023 „Notvertretungsrecht Ehegatten bzw. eingetragene Partnerschaften“, siehe Seite 22.



Wenn Sie wünschen, dass Ihr Arzt* von der Schweigepflicht in einem bestimmten Fall befreit wird (z.B. weil Sie sich wegen Verdachts auf Behandlungsfehler anwaltlich beraten lassen, oder eine Beschwerde durch die Ärztekammer überprüft werden soll), müssen Sie den Arzt* schriftlich von der Schweigepflicht entbinden, andernfalls müsste dieser die Auskunft verweigern.

Selbst die Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei einer Weiterbehandlung (Überweisung) ist nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten* zulässig. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.⁴²

In bestimmten Fällen haben Ärzte* gegenüber der Krankenkasse eine Auskunftspflicht. Die Auskunft muss aber erforderlich und gesetzlich zugelassen sein.⁴³



a) Migranten*

Ärzte* unterliegen auch bei Migranten* der Schweigepflicht. Sie haben keine Meldepflicht gegenüber der Ausländerbehörde. Laut Aufenthaltsgesetz⁴⁴ sind aber Ämter und andere öffentliche Stellen zum Datenaustausch mit der Ausländerbehörde verpflichtet. Das bedeutet, dass Informationen, die von Ärzten* z.B. an das Sozialamt übermittelt wurden, der Ausländerbehörde zur Kenntnis gelangen. Das kann dann z.B. bei Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder Drogengebrauch zu ausländerrechtlichen Konsequenzen (z.B. Abschiebung) führen. Diese möglichen Folgen sollten Sie den beteiligten Ärzten* deutlich machen. Örtlich gibt es hier allerdings unterschiedliche Handhabungen.

b) Minderjährige

Wenn sich Minderjährige selbst in Behandlung begeben und einsichtsfähig sind, gilt die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber ihren Eltern.

11. Datenschutz

Beim Umgang mit sensiblen Patienten- bzw. medizinischen Daten hat der Datenschutz einen hohen Stellenwert.

Die rechtlichen Grundlagen finden sich in verschiedenen Rechtsbereichen wie im:

- Berufsrecht in der Berufsordnung der Ärzte-, Zahnärzte-, bzw. Psychotherapeutenkammer
- Zivilrecht bei den Patientenrechten, §§ 630a ff, Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

⁴² § 73 Abs.1b SGB V

⁴³ § 100 SGB X

⁴⁴ § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG)

- Datenschutzrecht wie in der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) oder auch in den Landesdatenschutzgesetzen
- Sozialrecht, z.B. gegenüber der Krankenkasse im Sozialgesetz Buch - SGB V und SGB I oder auch im Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Strafrecht, wie § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

Die seit dem 25.05.2018 geltende Datenschutz-Grundverordnung der EU hat die Rechte von Verbrauchern* gestärkt. Besonders wichtige Rechte sind hier die Informationspflichten für die datenverarbeitende Stelle sowie das **Auskunftsrecht**⁴⁵. Daneben bestehen weitere Betroffenenrechte wie das **Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch, Beschwerde und Datenübertragbarkeit**. Eine Weitergabe von Patienten- und Gesundheitsdaten an Dritte ist nur erlaubt, wenn eine ausreichende Befugnis vorliegt. Diese kann sich aus einer Rechtsvorschrift ergeben oder durch die ausdrückliche Einwilligung der Patienten* selbst. In der Praxis gibt es allerdings einige Vorschriften, die eine Übermittlung von Daten erlauben oder sogar gesetzlich vorschreiben, z.B. beim Infektionsschutz.



Tipps:

- Mehr Informationen finden Sie z.B. in der Broschüre „Datenschutz für Patienten – Patientengeheimnis, ärztliche Schweigepflicht, Patientenrechte“, Blaue Reihe Nr. 8 vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), 2019⁴⁶
- Wenn Sie wissen möchten, was die Krankenkasse bzw. der Arzt* oder das Krankenhaus über Sie weiß, können Sie vom Auskunftsrecht nach Artikel 15 der DSGVO Gebrauch machen und eine kostenfreie Kopie Ihrer dort gespeicherten Daten verlangen.
- Wenn Sie sich durch die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten in Ihren Rechten verletzt fühlen, wenden Sie sich an einen Datenschutzbeauftragten.
- Beugen Sie einem leichtfertigen Umgang mit Ihren Daten vor, indem Sie vorab ausdrücklich bestimmen, dass Ihre Daten nicht an Dritte weitergegeben werden sollen.
- Erteilen Sie Entbindungen von der Schweigepflicht nicht pauschal, sondern nur für konkret benannte Personen bzw. Stellen und in einem begrenzten Umfang (zeitlich und / oder diagnosebezogen).

Insbesondere die elektronische Datenverarbeitung bzw. Telematik stellt eine außerordentliche Herausforderung beim Datenschutz dar.

⁴⁵ Artikel 15 DSGVO

⁴⁶ <https://www.datenschutzzentrum.de/uploads/blauereihe/blauereihe-patientengeheimnis.pdf>

12. Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist zentraler Bestandteil der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens. Seit 2025 wird die sogenannte „ePA für alle“ automatisch für jeden gesetzlich Versicherten* durch die Krankenkassen angelegt („Opt-out-Verfahren“). Sie ist über Apps der Krankenkassen auf Smartphones und Tablets nutzbar oder über den heimischen Computer. Versicherte können der Einrichtung oder einzelnen Funktionen der ePA widersprechen.

Die ePA wird innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) betrieben. Sie dient als digitaler, versichertengeführter Aktenordner für wichtige medizinische Unterlagen und gesundheitsbezogene Informationen. Seit dem 1. Oktober 2025 sind medizinische Einrichtungen grundsätzlich verpflichtet, die ePA im Versorgungsalltag zu nutzen und gesetzlich vorgesehene Dokumente einzustellen. Unabhängig von der Nutzung der ePA bleiben sämtliche Behandlungsunterlagen weiterhin vollständig in den Praxisverwaltungssystemen der jeweiligen Leistungserbringer gespeichert. Auch das gesetzliche Einsichtsrecht der Patienten* in ihre Behandlungsunterlagen gegenüber den Leistungserbringern bleibt uneingeschränkt bestehen.

Die ePA kann aus mehreren Quellen befüllt werden. Dazu gehören insbesondere: medizinische Dokumente der behandelnden Einrichtungen (z. B. Arztbriefe, Befunde, Laborwerte oder Entlassberichte), Abrechnungsdaten der Krankenkassen, der Medikationsplan sowie freiwillig hochgeladene eigene Dokumente.

Die Versicherten können über die App ihrer Krankenkasse, Vertreter* oder über Ombudsstellen festlegen, welche medizinischen Einrichtungen auf ihre Daten und wie lange diese zugreifen dürfen. Ebenso kann dem Einstellen bestimmter Daten oder der Nutzung einzelner Funktionen widersprochen werden.

Bei einem Krankenkassenwechsel können die Inhalte der ePA übertragen werden. Ihr Funktionsumfang soll in den kommenden Jahren weiter ausgebaut werden. Geplant sind z.B. die verbesserte europäische Nutzbarkeit medizinischer Daten sowie die kontrollierte Bereitstellung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke.

Weiterführende Informationen finden sich bei Ihrer Krankenkasse, der Gematik⁴⁷ und Patienten*beratungsstellen.



⁴⁷ <https://www.gematik.de/ueber-uns>

Mitwirkungspflicht

Sie haben als Patient* die **Pflicht**, bei der **ärztlichen Behandlung mitzuwirken**:

- Teilen Sie Ihrem Arzt* alles mit, was für die Behandlung wichtig ist, z.B. Lebensumstände und Beschwerden.
- Wenn Sie sich weigern, den erstellten Therapieplan einzuhalten, kann der Arzt* die Behandlung abbrechen (siehe Seite 7) aber nur, wenn Sie dadurch nicht in eine Notlage geraten.



Sie sollten vereinbarte Termine einhalten oder nach Möglichkeit rechtzeitig absagen (in der Regel 24 Stunden vorher). Bei einem versäumten Termin in einer sogenannten Bestellpraxis (z.B. bei Psychotherapeuten* oder ambulant operierenden Ärzten* oder Zahnärzten*) könnte der Arzt* von Ihnen unter bestimmten Umständen eine Vergütung in Höhe des sonst angefallenen Honorars (das sogenannte Ausfallhonorar) verlangen.

Auch gegenüber Ihrer Krankenversicherung unterliegen Sie einer Mitwirkungspflicht. Wenn Sie dieser Pflicht nicht genügen, kann die Krankenkasse Leistungen teilweise oder ganz verweigern. Dies ist z.B. der Fall, wenn sich Ihr Gesundheitszustand durch eine Reha oder eine Heilbehandlung erheblich verbessern könnte, Sie aber diese Reha nicht antreten oder ohne Grund vorzeitig abbrechen.⁴⁸



Niemand kann Sie allerdings zu einem bestimmten Verhalten zwingen (Selbstbestimmungsrecht). Klären Sie einen Behandlungsabbruch am besten mit dem Kostenträger ab (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft), um finanzielle Nachteile zu vermeiden.

Die Grenzen der Mitwirkung sind z.B. Unverhältnismäßigkeit, Unzumutbarkeit und bei Behandlungen und Untersuchungen die Wahrscheinlichkeit von Schäden für Leben und Gesundheit, zu erwartende große Schmerzen oder ein erheblicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit.⁴⁹

Keine Mitwirkungspflicht besteht, wenn Ihre Krankenkasse durch Anrufe oder Fragebögen Angaben über Ihren Gesundheitszustand, Ihre persönliche oder finanzielle Situation oder Ihre persönlichen Einschätzungen zur weiteren Therapie erhalten möchte. Der Datenschutzbeauftragte des Bundes hat deshalb bereits vor einigen Jahren empfohlen, dass Versicherte solche „Selbstauskunftsbögen“ nicht ausfüllen.

Es besteht auch keine Verpflichtung Ihrerseits, Ihre Zustimmung zu einem sogenannten „Krankengeldmanagement“ zu geben.

⁴⁸ §§ 60-67 SGB I und § 1 SGB V

⁴⁹ § 65 SGB I

Im Rahmen des Krankengeldmanagements erörtern Mitarbeiter* der Krankenkasse mit Ihnen, wie Sie möglichst schnell wieder gesund werden können und damit aus dem Krankengeldbezug ausscheiden.

Medizinische Sachverhalte darf die Krankenkasse nur durch den Medizinischen Dienst (MD) überprüfen lassen. Üblicherweise urteilt der MD nach Aktenlage, aber es kann auch vorkommen, dass Sie zu einer medizinischen oder psychologischen Untersuchung gebeten werden. Dann sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet.

13. Vergütungspflicht

Der Patient* ist durch den Behandlungsvertrag zur **Zahlung der vereinbarten Vergütung** verpflichtet, „soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist“⁵⁰.

§ 630a Abs. 1
2. Halbsatz
BGB

Bei Kassenpatienten* hat die Gesetzliche Krankenversicherung diese Zahlungspflicht, wenn es sich um Kassenleistungen (Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung) handelt. Dabei erfolgt die tatsächliche Vergütung aber nicht direkt zwischen Arzt* und Krankenkasse, sondern nach einem komplizierten System, an dem die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) maßgeblich beteiligt sind.

Achtung:

Wenn Sie mit dem Arzt* einen Vertrag über Individuelle Gesundheitsleistungen (siehe IGeL Seite 9) abschließen, müssen Sie die Rechnung, die Sie dann bekommen, selber bezahlen.



Privat Versicherte (oder auch Kassenpatienten*, die den Wahltarif der Kostenerstattung gewählt haben) bekommen von ihren Ärzten* eine Rechnung, die sie zunächst selbst begleichen und dann bei ihrer Krankenkasse bzw. bei der Beihilfe (Beamte) zur Kostenerstattung einreichen.

50 § 630a BGB

II. Und wenn die Ärztin* ihre Pflicht verletzt?

Zuerst müssen Sie sich Klarheit darüber verschaffen, worin die angenommenen Pflichtverletzungen bestehen und welches Ausmaß sie haben.

Dabei müssen Sie auch entscheiden, auf welches Ziel Sie hinauswollen:

- Geht es Ihnen darum, etwa für einen Behandlungsfehler finanzielle Entschädigung, also Geld zu bekommen (Schadenersatz, Schmerzensgeld)? Dann sollten Sie zunächst versuchen, eine gütliche Einigung mit der betroffenen Ärztin* zu erreichen. Auch wenn eine Berufshaftpflichtversicherung besteht, halten Sie sich immer unmittelbar an die Ärztin*. Sie haben keine direkten Ansprüche gegen die Haftpflichtversicherung. Deren Vertragspartnerin* ist allein die Ärztin*. Es ist daher die Angelegenheit der Ärztin*, die Abwicklung Ihres Falls bzw. der Schadensangelegenheit mit der Berufshaftpflichtversicherung zu klären. Schlägt der Einigungsversuch fehl, können Sie zwischen einer Zivilgerichtsklage oder einem Verfahren bei der zuständigen Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle der Ärztekammer wählen.
- Oder wollen Sie, dass die Ärztin* für ihr Handeln bestraft wird? Dann stehen Ihnen der strafrechtliche oder der berufsrechtliche Weg offen. Beides kann von Ihnen nur in Gang gesetzt werden. Danach haben Sie keinen weiteren Einfluss darauf, wie von der Staatsanwaltschaft bzw. der standesrechtlich zuständigen Instanz verfahren wird.
- Oder wollen Sie sich beschweren, damit sich die von Ihnen erlebte Situation nicht wiederholt? Dann gibt es die Möglichkeit, sich mit der Beschwerde direkt an die Verursacherin* bzw. an die Krankenhausleitung zu wenden, sowie an die Vertretung des jeweiligen Berufsstandes.

Im Folgenden werden diese Wege ausführlich beschrieben. Wenn Sie sich dadurch noch nicht umfassend informiert fühlen, ziehen Sie weitere Fachliteratur, eine Patient*innenstelle oder eine Anwältin* zu Rate.

01. Schadensersatz und Schmerzensgeld

Wenn Sie durch die Behandlung in einem Krankenhaus oder durch eine niedergelassene Ärztin* einen Gesundheitsschaden erlitten haben, haben Sie nicht ohne weiteres Anspruch auf Schadensersatz: Schicksalhafte, unvermeidbare Schädigungen stellen keine Behandlungsfehler dar.

Es muss ein **nachweisbarer Behandlungsfehler** vorliegen, der die **Ursache** für den **Schaden** ist. Dabei führen nur **rechtswidrige Pflichtverstöße** – insbesondere aus dem Behandlungsvertrag – zu **Schadensersatz**.⁵¹

⁵¹ Unterläuft einer Ärztin* ein Behandlungsfehler i.S.d. §§ 630a ff. BGB, so stellt dieser Fehler eine Pflichtverletzung nach § 280 Abs.1 BGB dar. Die sogenannten deliktischen Haftungsansprüche aus „unerlaubter Handlung“ nach § 823 BGB haben nur dann noch eine eigenständige Bedeutung, wenn z.B. eine Behandlung ohne Behandlungsvertrag stattgefunden hat.

a) Schädigung

Unter Schädigung versteht man eine körperliche bzw. gesundheitliche Beeinträchtigung (z.B. Durchtrennung eines Nervs) oder auch den Tod einer Angehörigen*, der im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht.

b) Behandlungsfehler

Behandlungsfehler sind insbesondere Verstöße gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft.

Beispiele:

- Ein Medikament wird zu hoch dosiert oder vertauscht.
- Ein Medikament, das in die Vene gespritzt werden muss, wird in die Arterie gegeben.
- Eine Assistenzärztin* wird eingesetzt, ohne die dafür notwendige Erfahrung mitzubringen.

Auch Fehler vor der eigentlichen Behandlung, bei der Erhebung von Befunden oder bei der Diagnose sind rechtlich gesehen Behandlungsfehler.

Beispiele:

- Eine Ärztin* unterlässt einen Hausbesuch, obwohl sie dazu verpflichtet wäre.
- Bei Krebsverdacht wird versäumt, eine Gewebeuntersuchung durchzuführen, oder ein Organ wird unnötig operiert.
- Ein eindeutiges Röntgenbild wird falsch beurteilt und die Patientin* nicht an eine Fachärztin* zur weiteren Untersuchung überwiesen.
- Eine bakterielle Infektion wird als Virusinfektion angesehen und deshalb falsch behandelt.

Eine Verletzung der Aufklärungspflicht und eine damit einhergehende mangelnde Einwilligung führen ebenfalls zur Rechtswidrigkeit.

c) Schaden und ursächlicher Zusammenhang

Der Schaden, den Sie erlitten haben, muss auf die fehlerhafte Behandlung durch die Ärztin* zurückzuführen sein.

Man unterscheidet folgende Arten von Schäden:

Materielle oder finanzielle Schäden:

- Kosten für eine zusätzliche Heilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme
- Verdienstausschlag oder -minderung
- Aufwendungen für Betreuung, Pflege und Haushaltshilfe
- Fahrtkosten zu notwendigen Mehr- und Nachbehandlungen

Immaterielle Schäden:

- erlittene Schmerzen
- eingeschränkte Lebensqualität
- dauerhafte Beeinträchtigung körperlicher Funktionen

Bei immateriellen Schäden können Sie Anspruch auf Schmerzensgeld haben.⁵² Dessen Höhe wird in der Regel durch einen Vergleich mit ähnlichen, bereits rechtskräftig entschiedenen Fällen ermittelt.⁵³ Sowohl Schadensersatz als auch Schmerzensgeld können als einmalige Zahlung und / oder in Form einer Geldrente gewährt werden.

d) Beweislast

Grundsätzlich müssen Sie als Patientin* den Schaden, den Behandlungsfehler und den Ursachenzusammenhang beweisen.

§ 630h
BGB

In folgenden Fällen gibt es **Beweiserleichterungen**, dann muss die Ärztin* das Gegenteil beweisen, nämlich dass kein Fehler gemacht wurde⁵⁴:

- bei „beherrschbarem“ Risiko
- bei unzureichender Aufklärung und Einwilligung
- bei Dokumentationsfehlern
- bei mangelnder Eignung oder Kompetenz
- bei grobem Behandlungs- bzw. Befundfehler

§ 630h Abs.1
BGB

Zu den einzelnen Punkten:

- **Beherrschbares Risiko**

Ein Behandlungsrisiko gilt dann als für die Ärztin* voll beherrschbar, wenn es aus ihrem Herrschafts- und Organisationsbereich herrührt und die Ärztin* die Patientin* davor zu schützen hat (z.B. Fehlfunktion medizinisch-technischer Geräte, Mängel im Hygienebereich). Die Ärztin* kann sich aber entlasten, wenn sie beweisen kann, dass der Behandlungsfehler nicht generell geeignet war, einen solchen Gesundheitsschaden herbeizuführen.

§ 630h Abs.2
BGB

- **Unzureichende Aufklärung und Einwilligung**

Bei mangelhafter Aufklärung wird vermutet, dass die Patientin* bei ordnungsgemäßer Aufklärung nicht in den Eingriff eingewilligt hätte. Ärztinnen* müssten also nachweisen, dass sich die Patientin* bei ordnungsgemäßer Aufklärung für den Eingriff entschieden hätte („Nachweis der hypothetischen Einwilligung“). Dagegen könnte die Patientin* darlegen, dass sie sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung zumindest in einem Entscheidungskonflikt befunden hätte. Dann wäre die Ärztin* der Entlastungsbeweis nicht gelungen.

⁵² § 253 BGB, zum Schadensersatz siehe auch §§ 842 und 843 BGB

⁵³ Eine umfangreiche Aufstellung von Entscheidungen deutscher Gerichte zum Schmerzensgeld finden Sie z.B. in: Hacks/Wellner/Häcker, Schmerzensgeldbeträge, jeweils aktualisierte Auflage (AnwaltVerlag).

⁵⁴ § 292 Zivilprozessordnung (ZPO)

- **Dokumentationsfehler**

Wenn die Ärztin* eine wichtige Behandlung oder Untersuchung nicht in der Patientenakte notiert hat, wird vermutet, dass die Behandlung bzw. Untersuchung gar nicht stattgefunden hat. Dasselbe gilt, wenn die Ärztin* die Patientenakte nicht lang genug aufbewahrt (mindestens 10 Jahre). In diesen Fällen müsste die Ärztin* beweisen, dass die Behandlungen bzw. Untersuchungen doch vorgenommen wurden.

- **Mangelnde Eignung oder Kompetenz**

War die Behandelnde* für die von ihr vorgenommene Behandlung nicht geeignet oder nicht befähigt, so wird vermutet, dass das die Ursache war für den eingetretenen Schaden. Die Ärztin* verstößt auch gegen den Fachärztinnen*-Standard, wenn sie einer Person eine Aufgabe überträgt, obwohl diejenige dazu nicht geeignet ist.

- **Grober Behandlungs- bzw. Befundfehler**

Bei einem groben Behandlungsfehler oder fundamentalen Diagnosefehler wird vermutet, dass er für den Schaden ursächlich war. Allerdings ist nicht eindeutig festgelegt, was ein „grober Behandlungsfehler“ ist. Im Streitfall richtet sich die Entscheidung auch weiterhin nach den Umständen des Einzelfalls und der RichterIn*. Beispielsweise ist es als grob fehlerhaft einzustufen, wenn bei einer Operation versehentlich ein anderes als das kranke Organ entfernt wurde.

e) Verjährung

Bei Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldansprüchen gilt in der Regel eine Verjährungsfrist von 3 Jahren.⁵⁵

Sie beginnt mit Schluss des Jahres (also immer am 31.12.), in dem der Anspruch entstanden ist und Sie davon Kenntnis erlangt haben oder „ohne grobe Fahrlässigkeit“ hätten erlangen können.⁵⁶

Wenn Sie keine Kenntnis von dem Behandlungsfehler hatten, also die Verjährungsfrist eigentlich noch gar nicht beginnen konnte, verjähren die Ansprüche jedoch spätestens nach 30 Jahren ab dem schädigenden Ereignis (Verjährungshöchstfrist).

Während laufender Verhandlungen zwischen den Anspruchsgegnerinnen* ist die Verjährungsfrist gehemmt, läuft also für diese Zeit nicht weiter. Dasselbe gilt für das laufende Verfahren vor der Gutachterkommission bzw. der Schlichtungsstelle, das zivilrechtliche Klageverfahren und das selbständige Beweisverfahren.

Das Verfahren bei der gesetzlichen Krankenkasse nach § 66 SGB V "Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehler" (s. Seite 39) hemmt die Verjährung nicht.



⁵⁵ § 195 BGB

⁵⁶ § 199 BGB

f) Anspruchsgegnerin*

Gegen wen richten sich Ihre Ansprüche aus dem Behandlungsfehler?

Die Verantwortung für eine ambulante Behandlung trägt die niedergelassene, behandelnde Ärztin*. Die Verhandlung um Schadensersatz und Schmerzensgeld führen Sie mit dieser. Auch wenn eine Berufshaftpflichtversicherung besteht, halten Sie sich immer unmittelbar an die Ärztin*, Sie haben keine direkten Ansprüche gegen die Haftpflichtversicherung.

Bei einer Behandlung im Krankenhaus können Sie dem Krankenhausvertrag entnehmen, wer Ihre Vertragspartnerin* und damit Anspruchsgegnerin* ist. Normalerweise ist es der Träger des Krankenhauses, z.B. die Stadt, der Landkreis, eine Kirche oder eine GmbH.

Patientinnen*, die von Belegärztinnen* im Krankenhaus behandelt werden, haben einen sogenannten gespaltenen Behandlungsvertrag.

Die Belegärztin* haftet in der Regel allein für die ärztliche Behandlung. Das Krankenhaus als zweiter Vertragspartner ist grundsätzlich für die ordnungsgemäße Pflege, Unterkunft und Versorgung verantwortlich.

Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt (z.B. Röntgengerät) verursacht worden sind, können auch Ansprüche gegen die Herstellerin* geltend gemacht werden.⁵⁷



02. Durchsetzung der Ansprüche

In jedem Fall - egal für welchen Weg Sie sich entscheiden - sollten Sie zur Vorbereitung den Verlauf Ihrer Krankheit und Behandlung noch einmal genau durchdenken und **stichwortartig** chronologisch festhalten.

Dies ist aus verschiedenen Gründen wichtig:

- Sie müssen die Krankengeschichte anderen Ärztinnen*, den Mitarbeiterinnen* einer Patientenstelle oder einer Anwältin* kurz gefasst berichten.
- Die Durchsetzung Ihrer Ansprüche dauert vielleicht sogar mehrere Jahre und Ihre Erinnerung an Einzelheiten lässt immer mehr nach.

Die Aufzeichnung sollte folgende Fragen beantworten oder Feststellungen enthalten:

- Wie entwickelte sich die Erkrankung?
- Inwieweit und wann habe ich die Ärztin* oder deren Mitarbeiterinnen* über Veränderungen informiert?
- Wie verlief die Behandlung?
- Welche Aussagen machte die Ärztin* zu der Behandlung und einem eventuellen Behandlungsfehler?

⁵⁷ §§ 84 ff. Arzneimittelgesetz (AMG)

- Welche Kommentare gaben andere Ärztinnen* oder die Pflegekräfte zu der Behandlung und einem eventuellen Behandlungsfehler?
- Welche Verwandten, Freundinnen*, Bekannte oder Mitpatientinnen* waren als Zeuginnen* bei einzelnen Behandlungsabschnitten anwesend? Diese Personen sollten eventuell ihre Erinnerungen stichwortartig aufzeichnen.

Fertigen Sie zur Beweissicherung Fotos an!

Auf jeden Fall sollten Sie Ihre Patientenakte in Kopie anfordern (Musterbrief siehe nächste Seite) oder auch selbst abfotografieren.

Tipp:

Falls Sie Schwierigkeiten haben sollten, ihr Einsichtsrecht gegenüber der Ärztin* oder dem Krankenhausträger durchzusetzen, fordern Sie Ihre Patientenakte schriftlich mit Fristsetzung an (Musterbrief siehe unten). Wird Ihre Anforderung nicht beantwortet, setzen Sie eine kurze Nachfrist mit Androhung rechtlicher Schritte (anwaltliche Vertretung).

Sie können Ihr Einsichtsrecht auch gerichtlich erzwingen, indem Sie oder Ihre Anwältin* beim zuständigen Amtsgericht, Abteilung Zivilsachen, Klage auf Einsicht in die Krankenunterlagen erheben. Die unterlegene Ärztin* muss dann auch die Prozess- und Anwaltskosten tragen.

Sind Sie als Psychiatriepatientin* zwangsweise behandelt worden, müssen Sie die Klage auf Einsichtsrecht beim Verwaltungsgericht einreichen.



Musterbrief zur Anforderung von Behandlungsunterlagen

Absender, Anschrift, Geburtsdatum

Datum

Adresse der Empfängerin*

(behandelnde Ärztin*, Zahnärztin*, ärztliche Leitung des Krankenhauses)

Sehr geehrte/r (Name der Empfängerin*,

seit (Datum) bin ich/ in der Zeit von (Datum) bis (Datum) war ich bei Ihnen in Behandlung / in Ihrem Krankenhaus in stationärer Behandlung.

Ich bitte Sie, mir die vollständige Behandlungsunterlagen / folgende Unterlagen meiner Behandlungsakte in Kopie zukommen zu lassen / digital zu übersenden / zur Abholung bereit zu stellen (z.B. Arztbriefe, Arztberichte, Protokolle, Pflegedokumentation, EKG, EEG, Aufzeichnungen über Medikation, OP-Berichte, Aufzeichnungen zu Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen und ihre Ergebnisse, Befunde, Therapien, Eingriffe und ihre Wirkungen, Aufklärungen und Einwilligungen, Ultraschallaufnahmen, Entlassungsberichte.)

Liegen (Röntgen)Aufnahmen in digitaler Form vor, kann ich ein digitales Speichermedium zur Verfügung stellen. Bitte informieren Sie mich diesbezüglich.

Mein Recht auf die Abschriften meiner Behandlungsunterlagen ergibt sich aus § 630g BGB. Demnach sind Sie verpflichtet, mir die 1. Kopie unentgeltlich zur Verfügung zu stellen (§ 630g Abs. 1 BGB).

Ich bitte Sie, mir die Unterlagen (mit einer Bestätigung ihrer Vollständigkeit) durch eine dafür autorisierte Person innerhalb von 4 Wochen ab Datum dieses Briefes zukommen zu lassen. / Bitte teilen Sie mir mit, wann ich die Unterlagen bei Ihnen abholen kann.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen
Unterschrift

a) Gütliche Einigung

Sie sollten zuerst versuchen, sich außergerichtlich mit der Ärztin* oder dem Krankenhausträger bzw. deren Haftpflichtversicherung zu einigen. Dabei empfiehlt es sich, der Ärztin* bzw. dem Krankenhausträger eine Frist zur Begleichung Ihrer Forderungen zu stellen, bevor Sie Klage erheben. Dies ist wichtig, denn wenn Sie direkt vor Gericht gehen und die Beklagte* Ihren Anspruch sofort anerkennt, müssen Sie als Klägerin* die Prozesskosten übernehmen.⁵⁸

Zunächst sollten Sie die Ärztin* oder den Krankenhausträger schriftlich mit dem Fehlverhalten konfrontieren und nach der (Berufs-) Haftpflichtversicherung fragen. Gibt die Ärztin* ein Fehlverhalten zu, kann sie oder die Haftpflichtversicherung mit Ihnen oder Ihrer Vertreterin* die Höhe der Ansprüche aushandeln und eine gütliche Einigung herbeiführen.

Achtung:

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) sind seit dem 01.09.2021 alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer – auch Zahnärztinnen* und Psychotherapeutinnen* – verpflichtet, für einen ausreichenden Berufshaftpflichtschutz zu sorgen. Das betrifft auch ermächtigte Ärztinnen*, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Beachten Sie: Die Ärztin* gefährdet den Versicherungsschutz nicht, wenn sie Sie über einen von ihr begangenen Behandlungsfehler informiert. Sie darf nur kein

⁵⁸ § 93 Zivilprozessordnung (ZPO)



sogenanntes Schuldanerkenntnis unterschreiben. Die bloße wahrheitsgemäße Mitteilung eines Sachverhaltes stellt kein Anerkenntnis dar!⁵⁹

Auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren muss die Ärztin* sogar die Patientin* über einen möglichen **Behandlungsfehler informieren**.

§ 630c Abs. 2
BGB

Die Haftpflichtversicherung der Ärztin*/des Krankenhauses wird sich in der Regel weigern, Ansprüche anzuerkennen. Sie kann darauf bestehen, dass zur Klärung des Sachverhaltes ein Gutachten (auf Kosten der Versicherung) erstellt wird. Erkennt die Haftpflichtversicherung Ihre Ansprüche an, achten Sie unbedingt darauf, dass eine Vereinbarung getroffen wird, die auch den Ersatz zukünftiger, derzeit noch nicht erkennbarer Schäden umfasst.

Bei komplizierten Fällen mit Dauerschäden sollten Sie die Versicherung zuerst auffordern, den Anspruch dem Grunde nach zu akzeptieren, das bedeutet, dass danach nur noch über die Schadenshöhe verhandelt werden muss. Ansonsten kann es passieren, dass Sie mit dem gesamten Anspruch scheitern, weil ein einzelner Schadensposten abgelehnt wird.

Tipp:

Wir empfehlen, sich von einer Anwältin* beraten zu lassen, bevor es zu einer vertraglichen Einigung kommt.



b) Unterstützung durch die Krankenkasse⁶⁰

Ihre **Gesetzliche Krankenkasse soll Sie unterstützen**, wenn Sie einen Behandlungsfehler verfolgen, der bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen („Kassenleistungen“) entstanden ist. „Soll“ bedeutet, dass sie zur Unterstützung verpflichtet ist, es sei denn, es sprechen besondere Gründe dagegen.

Die Gesetzlichen Krankenkassen können den Medizinischen Dienst (MD) einschalten, um einen Verdacht auf Behandlungsfehler für Sie kostenlos begutachten zu lassen.

Private Krankenversicherungen haben solch eine Unterstützungspflicht nicht.

§ 66
SGB V

c) Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern

Die Ärztekammern haben Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen zur Überprüfung von Behandlungsfehlern eingerichtet. Sie werden bei einigen Ärztekammern von den Haftpflichtversicherungen der Ärztinnen* maßgeblich mitfinanziert. Ihr Schwerpunkt liegt in der ärztlichen Begutachtung von Krankenunterlagen.

⁵⁹ Patrick Weidinger, http://www.geburtsschaden.de/Information/Darf_Arzt_ueber_Behandlungsfehler_informieren.html

⁶⁰ § 66 SGB V

Für alle Kommissionen und Stellen gelten folgende Verfahrensgrundsätze:

- Die beschuldigte Ärztin* muss der örtlich zuständigen Ärztekammer angehören.
- Die Stellen werden nicht von sich aus tätig, sondern nur durch schriftlichen Antrag entweder der Patientin*, die einen Behandlungsfehler behauptet, oder der Ärztin*, der ein solcher vorgeworfen wird.
- Die Antragsgegnerinnen* müssen dem Verfahren zustimmen (Prinzip der Freiwilligkeit).
- Die Verjährung wird für die Dauer des Verfahrens gehemmt.
- Es darf nicht bereits ein Verfahren vor einem Straf- oder Zivilgericht eingeleitet oder entschieden worden sein.
- Es darf sich nicht um eine Honorarstreitigkeit handeln. Für Honorarstreitigkeiten gibt es in manchen Schlichtungsstellen einen Extra-Ausschuss für den zahnärztlichen Bereich.
- Der vermutete Behandlungsfehler darf nicht länger als 10 Jahre zurückliegen (bei einigen Gutachterkommissionen nicht länger als 5 Jahre).
- Die Kommissionen und Schlichtungsstellen sind personell unterschiedlich zusammengesetzt, in der Regel mit Juristinnen* sowie Ärztinnen*.
- Die Gutachterkommissionen erstellen ein schriftliches Gutachten zu der Frage, ob der Ärztin* ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden kann.
- Bei den Schlichtungsstellen wird im Einvernehmen mit den Beteiligten (Patientin*, Ärztin* und Krankenhaus) und der Haftpflichtversicherung des Beschuldigten eine Aufklärung des Sachverhaltes vorgenommen und ein Vorschlag zur Behebung der Streitigkeiten gemacht.
- Das Schlichtungsverfahren endet mit einer Grundsatzentscheidung, ob Ansprüche bestehen oder nicht. Auf Wunsch der Beteiligten macht die Schlichtungsstelle auch einen Vorschlag zur Anspruchshöhe.
- Die Entscheidungen haben keinen bindenden, sondern lediglich empfehlenden Charakter. Sie können trotzdem für einen späteren Prozess von großer Bedeutung sein. Der Weg für eine Klage bleibt weiterhin offen.
- Die Dauer des Verfahrens beträgt durchschnittlich ca. 14 Monate.
- Das Verfahren einschließlich der Sachverständigengutachten ist für Sie kostenfrei. Die Kosten für eine anwaltliche Vertretung oder für vorherige Rechtsberatung tragen Sie jedoch selbst.
- Die Quote der als begründet bewerteten Ansprüche der Patientinnen* ist in den Landesärztekammern unterschiedlich. Die jeweiligen Zahlen können Sie im Internet nachlesen.⁶¹



Die regionalen Besonderheiten der einzelnen Kommissionen und Stellen können Sie bei den Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen⁶² in Ihrem Bundesland erfragen.

⁶¹ Zum Beispiel: <http://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/>

⁶² <https://www.aerztekammern-schlichten.de/kontakt>

d) Klage vor dem Zivilgericht

Statt oder nach einem Verfahren vor einer Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle können Sie Ihren Anspruch auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld gerichtlich geltend machen.

Seit 01.01.2026 sind für Streitigkeiten aus Heilbehandlungen ausschließlich die Landgerichte zuständig - unabhängig vom Streitwert (früher waren es bei Streitwerten bis 5.000 Euro die Amtsgerichte und erst ab darüberliegenden Streitwerten die Landgerichte). Vor dem Landgericht besteht Anwaltpflicht.⁶³

In der Regel ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk die beklagte Ärztin* den Wohnsitz bzw. der beklagte Krankenhausträger seinen Sitz hat.⁶⁴ Grundsätzlich müssen Sie beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und die entsprechenden Beweismittel beibringen. Anwaltliche Hilfe sollte in jedem Fall gesucht werden.

Erfahrungsgemäß werden Gutachten, die Sie in Auftrag gegeben haben, als weniger objektiv angesehen als solche, die das Gericht selbst bestellt, und haben deshalb als Beweismittel weniger Gewicht.

e) Selbständiges Beweisverfahren⁶⁵

In der Regel findet die Beweisaufnahme im Hauptprozess statt. Manchmal empfiehlt es sich aber, die Beweisaufnahme in einem selbständigen Verfahren durchzuführen.

Das selbständige Beweisverfahren ist in den §§ 485 bis 494a der Zivilprozessordnung (ZPO) geregelt und im Arzthaftungsprozess zulässig. Es dient der Prozessbeschleunigung, da es eine relativ rasche Beweiserhebung ermöglicht und es erleichtert unter Umständen auch die außergerichtliche Einigung der Parteien. Außerdem führt es zur Hemmung der Verjährung nach § 204 Abs.1 Nr.7 BGB.

Sie können solch ein selbständiges Beweisverfahren beantragen, wenn beide Seiten einverstanden sind oder wenn die Beweiswürdigung im Nachhinein erheblich erschwert wäre.



⁶³ Zur Anwaltssuche siehe Seite 43.

⁶⁴ §§ 12, 13 Zivilprozessordnung (ZPO), allgemeiner Gerichtsstand. Siehe aber auch § 32 ZPO, besonderer Gerichtsstand bei unerlaubter Handlung: Wo die Handlung begangen wurde.

⁶⁵ § 485 ZPO

Dies kann z.B. dann gegeben sein, wenn

- es in dem Verfahren auf den aktuellen Gesundheitszustand ankommt,
- eine erneute bzw. weitere Behandlung so schnell wie möglich begonnen werden sollte,
- sich der Zustand durch Selbstheilung verändern könnte,
- eine wichtige Zeugin bzw. ein wichtiger Zeuge auswandern möchte oder bald sterben wird.

Das selbständige Beweisverfahren ist (nur) dann sinnvoll, wenn dadurch ein Hauptverfahren vermieden werden kann.

Das Verfahren beginnt mit der Stellung des Antrags bei Gericht und endet durch richterlichen Beweisbeschluss.

Bei diesem Verfahren haben Sie einen größeren Einfluss auf die Auswahl der Gutachterin* und auf die Fragestellung der Begutachtung.

Achtung:

Es werden nur Beweise erhoben, **es findet keine inhaltliche Prüfung des Anspruchs statt!**

f) Kosten der Rechtsverfolgung

Die Kosten des Rechtsstreits, also die Anwaltskosten beider Seiten und die Gerichtskosten⁶⁶ (Gerichtsgebühren und Aufwandsentschädigungen für Zeuginnen* und Sachverständige), richten sich nach dem Streitwert. Je höher die geltend gemachte Forderung ist, desto höher sind die Kosten des Rechtsstreits. Grundsätzlich trägt die Partei die Kosten, die verliert.

Ihre Rechtsschutzversicherung übernimmt die Kosten nur dann, wenn sie zuvor eine Deckungszusage erteilt hat, was Sie also vorher klären sollten.

Für die Kosten eines selbständigen Beweisverfahrens gilt dasselbe, hier sind die Kosten aber wesentlich geringer.

g) Beratungs- und Prozesskostenhilfe

Wenn Sie nur ein geringes Einkommen⁶⁷ haben, können Sie für eine erste Beratung durch eine Anwältin* bei der Geschäftsstelle des zuständigen Amtsgerichts

⁶⁶ Einen Prozesskostenrechner finden Sie im Internet z.B. unter <https://www.rvg-rechner.de/>

⁶⁷ In einer Tabelle zu § 115 ZPO ist festgelegt, bis zu welchem Betrag die Antragstellerin* die Prozesskosten selbst tragen muss, ob eine Erleichterung in Form von Ratenzahlung oder ein Erlass der Kosten in Frage kommt. Der Betrag richtet sich grundsätzlich nach Ihrem monatlichen Netto-Einkommen und der Zahl der zu versorgenden Unterhaltsberechtigten; es können aber auch von Ihrem Netto-Einkommen bestimmte Positionen abgezogen oder, auch bei geringem Einkommen, eventuelles Vermögen angerechnet werden. Sie sollten sich sicherheitshalber vorher fachkundig beraten lassen.

Beratungshilfe beantragen. Wenn sie bewilligt wird, erhebt Ihre Anwältin* von Ihnen maximal eine Gebühr von 15 €. Wenn sie nicht bewilligt wird und Sie schon beraten wurden, müssen Sie die Anwältin* selbst bezahlen!

Für ein Klageverfahren können Sie über Ihre Anwältin* oder beim zuständigen Amtsgericht Prozesskostenhilfe beantragen. Voraussetzung neben der Bedürftigkeit ist, dass die Klage Aussicht auf Erfolg hat. Die Entscheidung über die Erfolgsaussichten liegt im Ermessen der RichterIn*.

Achtung:

Prozesskostenhilfe wird nur für die Kosten des Gerichts und Ihrer Anwältin* gewährt, nicht aber für die Kosten der gegnerischen Anwältin*! Verlieren Sie den Prozess, müssen Sie diese Kosten übernehmen.

Für beide Leistungen müssen Sie Ihre Einkommensverhältnisse vollständig offen legen. Sollte Ihr Einkommen später ansteigen, kann Ihnen bis zu 4 Jahren nach der Entscheidung die Hilfe nachträglich reduziert oder gestrichen werden.



03. Suche nach einer Anwältin*

Oft ist es ratsam, Unterstützung durch eine Anwältin* zu suchen. Diese Suche ist aber ähnlich schwierig wie die Suche nach einer guten Ärztin*. In beiden Fällen sind die Fachkompetenz und die Bereitschaft zur guten vertrauensvollen Zusammenarbeit von herausragender Bedeutung.

Zu empfehlen ist eine Fachanwältin* für Medizinrecht, jedenfalls eine Rechtsanwältin* mit dem Schwerpunkt Arzthaftungsrecht, die möglicherweise ausschließlich Patientinnen* vertritt.

Lokale Anwaltsvereine und Rechtsanwaltskammern führen Listen ihrer Mitglieder, die sich auf bestimmte Bereiche spezialisiert haben. Auch bundesweite Anwalt-Suchdienste arbeiten mit solchen Listen. Die Auskünfte beruhen dabei auf Selbsteinschätzung der Anwältinnen* und enthalten keine Qualitätskriterien.

Tipps:

- Sprechen Sie gleich zu Beginn über mögliche Kosten. Die Gebühr für das Erstgespräch kann verhandelt werden. Sie darf 190 € zzgl. MwSt. also insgesamt 226,10 € nicht übersteigen (§ 34 Rechtsanwaltsvergütungsgesetz RVG).
- In sämtlichen Zivilverfahren – also auch in Schadensersatzprozessen – gibt es die Möglichkeit, mit der Anwältin* ein Erfolgshonorar zu vereinbaren.⁶⁸ Dies



⁶⁸ § 4a Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG)

ist allerdings nur für diejenigen möglich, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse „ohne die Vereinbarung eines Erfolgshonorars von der Rechtsverfolgung abgehalten würden“. Konkret heißt das, dass nur diejenigen mit der Anwältin* ein Erfolgshonorar vereinbaren dürfen, die keinen Anspruch auf Prozesskostenhilfe haben, aber auch nicht so gut verdienen, dass die Anwaltskosten "locker" gezahlt werden könnten.

- Wenn Sie eine Rechtsschutzversicherung haben, sollten Sie zunächst abklären, ob sie diesen konkreten Fall übernimmt. Ihre Anwältin* müsste dazu der Versicherung die Erfolgsaussichten Ihres Anliegens darlegen. Erst dann gibt die Rechtsschutzversicherung eine Zusage für die Übernahme der Kosten.
- Für eine erste Orientierung kann es unter Umständen sinnvoll sein, sich im Internet anwaltlichen Rat zu holen.⁶⁹

Gutachterkommission, Schlichtungsstelle oder Zivilgericht?

Zwischen den Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der einzelnen Ärztekammern der Länder bestehen zum Teil Unterschiede sowohl im Verfahren als auch in der Erfolgsquote der Verfahren. Bundesweit einheitliche Richtlinien gibt es nicht.

Vorteile des Schlichtungsverfahrens:

Sie bekommen ärztliche Gutachten zum vermuteten Behandlungsfehler. Das Verfahren ist kostenlos. Auch nach abgeschlossenem Verfahren bleibt der Rechtsweg offen.

Nachteile:

Das Verfahren kommt nur zustande, wenn die Antragsgegner zustimmen. Die Kommissionen sind institutionell, personell und finanziell den Ärztekammern und den Haftpflichtversicherungen angeschlossen. Das Verfahren ist schriftlich. Eine mündliche Erörterung des Falles mit Beteiligten und Zeuginnen* ist bei den meisten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen nicht vorgesehen. Den Kommissionen fehlen Zwangsmittel (z.B. um Ärztinnen* zu einer Aussage zu verpflichten). Das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens ist nicht verbindlich.

Weitere Informationen über die für Sie zuständige Gutachter- bzw. Schlichtungsstelle erhalten Sie bei einer Patient*innenstelle.

Wenn Sie rechtsschutzversichert sind und gleich vor Gericht klagen wollen, kann es Ihnen passieren, dass Sie von der Rechtsschutzversicherung zunächst auf die Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen verwiesen werden. Weisen Sie die Versicherung dann auf die oben genannten Nachteile hin.

⁶⁹ Zum Beispiel unter: <https://www.frag-einen-anwalt.de/>

04. Maßnahmen gegen Ärztinnen*

a) Strafverfahren

Falls Sie möchten, dass ein Strafverfahren eingeleitet wird, müssen Sie – in Fällen einfacher⁷⁰ und fahrlässiger⁷¹ Körperverletzung – innerhalb von drei Monaten nach Kenntnis von Schaden und Schädigerin* bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft einen Strafantrag stellen.

Im Mittelpunkt des Strafverfahrens steht eine strafrechtliche Verurteilung der Ärztin* durch staatliche Behörden.

Sie brauchen dabei den Behandlungsfehler-Vorwurf nicht zu beweisen, denn nach der Erstattung einer Anzeige ermittelt die Staatsanwaltschaft.

In der Hauptverhandlung können Sie als Nebenklägerin* zugelassen werden und dadurch auf den Prozess einwirken.

Achtung:

- Von einem Strafverfahren ist bei Behandlungsfehlern in den meisten Fällen abzuraten.
- Beim Strafprozess geht es nicht um Schadensersatz und Schmerzensgeld!
- Wenn Sie nicht in Nebenklage gehen, sind Sie nur Zeugin* in dem Verfahren.
- In vielen Fällen wird das Verfahren eingestellt. Im Zweifel für die Angeklagten: Dieser Grundsatz prägt den Umgang mit Beweismaterial und Zeugenaussagen, weil ein strafrechtlicher Schuldbeweis geführt werden muss.
- Da die Frage nach Schuld und Sühne den Blickwinkel des Gerichts bestimmt und eine Verurteilung Maßnahmen der Ärztekammer nach sich zöge, scheuen sich die ärztlichen Sachverständigen oft, Kolleginnen* einen Behandlungsfehler nachzuweisen.
- Das Verfahren kann sich über viele Jahre hinziehen.
- Das Strafverfahren unterbricht keine zivilrechtlichen Verjährungsfristen!
- Falls das Gericht doch ein rechtskräftiges Strafurteil ausspricht, ist dies zugleich ein faktisches Vor-Urteil für eine anschließende zivilrechtliche Schadensregulierung.

b) Berufsgerichtliches Verfahren

Die Berufsgerichtsbarkeit ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt.⁷² Die Bedeutung des Berufsgerichtsverfahrens ähnelt der des Strafgerichts. Auch hier steht die Disziplinierung der Ärztin* und nicht der Ausgleich eines Schadens im Vordergrund.



⁷⁰ § 223 Strafgesetzbuch (StGB)

⁷¹ § 229 StGB

⁷² Sie untersteht zum Teil den Verwaltungsgerichten, den ordentlichen Gerichten oder ist als eigenständige Berufsgerichtsbarkeit ausgestaltet.

Das Berufsgericht will nicht Ihre Rechte schützen, sondern den Ruf des ärztlichen Berufsstandes erhalten. Sie werden, wie im Strafprozess, lediglich als Zeugin* geladen. Auch wenn der ursächliche Zusammenhang zwischen Fehlverhalten und Schaden fraglich bleibt, kann bei ärztlichem Fehlverhalten die Verletzung einer Berufspflicht vorliegen.

Bei einem Verdacht auf ärztliches Fehlverhalten wenden Sie sich an die zuständige Ärztekammer. Sie kann beim zuständigen Berufsgericht den Antrag stellen, das berufsgerichtliche Verfahren zu eröffnen.

In einem berufsgerichtlichen Verfahren können Sanktionen gegen Ärztinnen* verhängt werden, wie z.B. Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis 50.000 €, Ruhen der kassenärztlichen Zulassung oder Feststellung der Berufsunwürdigkeit.

Während des Prozesses haben Sie keinerlei Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, und müssen sich mit der Rolle der Zeugin* begnügen. Sie haben kein Einsichtsrecht in die Unterlagen und erhalten meist auch keine Informationen über das Ergebnis des Verfahrens.

05. Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie sich über ärztliches Verhalten beschweren wollen, können Sie sich an die Ärztekammer wenden. Formulieren Sie Ihre Beschwerde in jedem Fall schriftlich und bitten Sie um eine Stellungnahme.

Bei Beschwerden über Angehörige anderer Heilberufe, z.B. Heilpraktikerinnen*, Krankengymnastinnen* u.a., können Sie sich an die entsprechenden Berufsverbände wenden.

§ 135a Abs. 2
Nr. 2
SGB V

Bei Beschwerden im Krankenhaus können Sie sich an die jeweilige **Beschwerdestelle im Krankenhaus**⁷³ wenden.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung wirken Ärztinnen* und Krankenkassen zusammen. Ihnen zwischengeschaltet sind die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie rechnen nicht nur mit den Krankenkassen im Namen von Ärztinnen* ab, sie haben auch die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie überwachen zudem, dass diese den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht und die Vertragsärztinnen* ihre gesetzlichen Pflichten erfüllen. Deshalb empfehlen wir auch, sich bei der **zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung** zu beschweren.

⁷³ Nach § 135a Abs.2 Nr.2 SGB V sind Krankenhäuser zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements verpflichtet. Darüber hinaus gibt es in einigen Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen*.

III. Besonderheiten für Rechte psychisch kranker Menschen

Weil sich die Rechte von Menschen mit seelischen Krankheiten oder seelischer Behinderung in vielen Bereichen von den vorgenannten Patientenrechten unterscheiden, soll im Folgenden gesondert darauf eingegangen werden.

In diesem Kapitel gilt alles, was den rechtlichen Betreuer* betrifft, genauso für den Bevollmächtigten.

01. Eingriffe in die Grundrechte (Art. 2 Grundgesetz)

Aufgrund bestimmter Gesetze sind bei psychisch kranken Menschen Eingriffe in die Grundrechte möglich, und zwar

- kann das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt werden (Betreuungsrecht).
- können aufgrund der jeweiligen Landesgesetze für psychisch kranke Personen (PsychKG oder PsychKHG) Zwangsmaßnahmen zur Unterbringung aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnet werden.

02. Recht auf freie Arzt- und Therapeutenwahl

Das Recht auf eine freie Arztwahl gilt sowohl für die Wahl des Psychiaters*, eines Arztes* mit einer Facharztausbildung im Bereich Psychiatrie, als auch für die Wahl eines Psychotherapeuten*.

Achtung:

Nur die Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ ist gesetzlich geschützt.

Folgende wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung:

- die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- die analytische Psychotherapie
- die Verhaltenstherapie⁷⁴

Wichtig ist, dass die Kostenübernahme vor Beginn der Therapie mit der Krankenkasse geklärt wird.

Die freie Arztwahl besteht auch dann, wenn ein Hilfsangebot genutzt wird, z.B. ein Wohnheim, das von einem Arzt* betreut wird. Die Bewohner* müssen sich nicht von dem betreuenden Arzt* untersuchen bzw. behandeln lassen (Ausnahme:



⁷⁴ Siehe Psychotherapie-Richtlinien: www.g-ba.de/themen/psychotherapie

Krankenhausaufenthalt, hier kann man den Behandler* nicht selbst wählen.) Auch Menschen mit einer rechtlichen Betreuung haben die freie Arztwahl, solange sie „einwilligungsfähig“ sind, d.h. solange sie fähig sind, die Vor- und Nachteile einer Maßnahme, z.B. der ärztlichen Behandlung, abzuwägen und eine vernünftige Entscheidung darüber zu treffen. Sonst übernimmt der Betreuer* die Entscheidung über die Arztwahl.

03. Recht auf freie Krankenhauswahl

Die freie Krankenhauswahl gilt grundsätzlich auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Allerdings gibt es psychiatrische Kliniken, die einen Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region haben. Diese Kliniken müssen Patienten* aus ihrem Zuständigkeitsbereich aufnehmen. Alle weiteren Kliniken können aufnehmen, wenn sie Kapazitäten haben und aufnehmen wollen. Insofern ist die Krankenhauswahl zwar grundsätzlich frei, aufgrund hoher Belegung oder fachlicher Schwerpunktsetzung etwa von Unikliniken erfolgt aber doch meistens eine Zuführung zur „Versorgungsklinik“.

Bei **Zwangseinweisung** gilt der Grundsatz der freien Klinikwahl **nicht**. Hier erfolgt die **Aufnahme in die für die Region zuständige psychiatrische Klinik**.

04. Recht auf Aufklärung

Die Aufklärungspflicht des Arztes* gilt in vollem Umfang auch gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Das bedeutet: Auch nicht-einwilligungsfähige Menschen müssen aufgeklärt werden!

Sie erstreckt sich auf alle Behandlungsmaßnahmen, also im psychiatrischen Bereich sowohl auf medikamentöse und körperbezogene Behandlungsverfahren als auch auf die Psychotherapie.

Die Praxis sieht oft aber ganz anders aus: Gerade im psychiatrischen Bereich wird noch schlechter und weniger aufgeklärt als sonst.

05. Schweigepflicht

Alle Psychotherapeuten* sowie Psychiater* unterstehen der Schweigepflicht beziehungsweise dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch. Das Berufsgeheimnis erlischt nicht am Ende der Therapie und gilt auch gegenüber den Angehörigen – es sei denn, der Patient* hat den Behandler* gegenüber bestimmten Personen ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden. Die Schweigepflicht besteht auch gegenüber Berufskollegen*, was besonders bei einem Therapeutenwechsel von Bedeutung ist. Der neue Therapeut* darf vom ersten Therapeuten* ohne Einverständnis also nichts über den Patienten* erfahren.



Wenn die Therapie von der Krankenkasse bezahlt wird, sind dem Vertrauensarzt* der Krankenkasse lediglich Diagnose und Prognose mitzuteilen. Auch für diese Auskunft braucht es eine ausdrückliche Einwilligung.

Zu beachten ist die besondere Situation in der Gruppentherapie: Es gibt keine Schweigepflicht der Patienten* untereinander! Jedoch wird häufig ein Schweigegebot der Gruppenmitglieder gegenüber Außenstehenden vereinbart.

06. Einwilligung in die Untersuchung bzw. Behandlung

Auch die Voraussetzungen für eine rechtsgültige Einwilligung gelten in gleicher Weise für psychisch kranke Menschen.

Patienten*, für die ein rechtlicher Betreuer*⁷⁵ mit dem Aufgabenbereich „Gesundheitssorge“ bestellt wurde, haben grundsätzlich selbst einzuwilligen, soweit sie einwilligungsfähig sind. Gleiches gilt für einen Gesundheits-Bevollmächtigten*.

Kann der Betroffene* die Tragweite der Entscheidung (nach vorausgegangener Aufklärung über die geplante Behandlungsmaßnahme) selbst ermitteln, sind auch aus therapeutischer Sicht unvernünftig erscheinende Entscheidungen zu respektieren.

Ist der Betroffene* in der aktuellen Situation nicht in der Lage, die Bedeutung seiner Entscheidung abzuwägen, kann der Betreuer* die Zustimmung zur Heilbehandlung geben.

Der rechtliche Betreuer*, der anstelle der betroffenen Person zustimmt, benötigt **bei einigen Behandlungsmaßnahmen zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts**, „wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.“⁷⁶

Genehmigungspflichtig durch das Betreuungsgericht ist z.B. die Elektroschockbehandlung. Diese darf aber nur in extremen Ausnahmefällen genehmigt werden. Auch die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka, insbesondere mit Neuroleptika, kann wegen der Gefahr von Spätfolgen genehmigungspflichtig sein.

⁷⁵ Zur Betreuung siehe §§ 1814 ff. BGB

⁷⁶ Siehe § 1829 BGB



07. Recht auf Akteneinsicht

Für den Bereich der Sozialleistungsträger (z.B. Renten-, Kranken- und Unfallkassen) ist das Recht auf Akteneinsicht in § 25 SGB X geregelt. Dieses Recht besteht jedoch nur, wenn Sie ein berechtigtes Interesse geltend machen können, z. B. wenn Sie Zweifel an der Richtigkeit eines Bescheides haben und dagegen vorgehen wollen.

Wenn die Akten Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse enthalten, kann anstelle der direkten Akteneinsicht die Vermittlung durch einen Arzt* treten, „soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde“⁷⁷. Die für den Patienten* befürchteten Nachteile und Beeinträchtigungen müssen aber detailliert begründet werden. Ein pauschaler Hinweis auf Bedenken dieser Art genügt nicht.

Auch Angehörige etc. haben nur dann ein Recht auf Akteneinsicht, wenn sie ein „berechtigtes Interesse“⁷⁸ geltend machen können.

08. Einsicht in die Krankenunterlagen

Auch psychisch kranken Menschen ist auf Verlangen Einsicht in die vollständigen, sie betreffenden Krankenunterlagen zu gewähren.

Nur in begründeten Einzelfällen kann die Einsichtnahme aus erheblichen therapeutischen Gründen oder aufgrund von Rechten Dritter verweigert werden.

Damit soll der Patient* vor Informationen (über sich bzw. die Diagnose) geschützt werden, die - nach Ansicht des Arztes* - schaden könnten.

Allerdings darf der Arzt* sowie der Psychotherapeut* die Herausgabe der Patientenakte nicht pauschal unter Hinweis auf ärztliche Bedenken verweigern. Er hat die entgegenstehenden therapeutischen Gründe vielmehr nach Art und Richtung näher zu kennzeichnen.

Wird Ihnen die Einsichtnahme verweigert, sollten Sie die Begründung sehr genau prüfen und gegebenenfalls widersprechen, auf jeden Fall aber die freigegebenen Teile einsehen.

Im Fall der Geltendmachung rechtlicher Interessen und der Einleitung eines Gerichtsverfahrens ist dem damit beauftragten Anwalt* persönliche Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren.

Auch kann ein Arzt*, zu dem Sie ein Vertrauensverhältnis haben, die Krankenakten anfordern und Ihnen zugänglich machen.

Angehörige haben von sich aus kein Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen, (siehe aber das Ehegattenvertretungsrecht, Seite 22).

⁷⁷ § 25 SGB X

⁷⁸ D. h. wenn „deren rechtliche Interessen durch den Ausgang des Verfahrens berührt werden können“ (§ 12 Abs. 2 SGB X).

09. Untersuchung durch das Gesundheitsamt

In einigen Bundesländern kann das Gesundheitsamt Personen verpflichten, sich ärztlich untersuchen zu lassen, und den Arzt* ermächtigen, das Gesundheitsamt von der Behandlung zu unterrichten.⁷⁹ Es muss hierzu die Gefahr bestehen, dass die Person aufgrund der psychischen Störung oder Erkrankung selbst- oder fremdgefährdend ist.

Folgt die Person der Aufforderung zum Arztbesuch nicht, kann das Gesundheitsamt einen Hausbesuch durchführen oder die Person durch die Ordnungsbehörde zur Untersuchung im Gesundheitsamt vorführen lassen.

10. Zwangsmaßnahmen und Unterbringung

Unter Zwangsmaßnahmen versteht man z.B.:

- Der Betroffene* wird auf einem beschränkten Raum festgehalten (Unterbringung).
- Der Aufenthalt wird ständig überwacht.
- Die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb der Sicherungsmaßnahme wird verhindert.
- Bettgitter oder Bettgurte werden angebracht.
- Medikamente werden gegen den Willen gegeben.

Es gibt zwei verschiedene gesetzliche Grundlagen, die die zwangsweise Unterbringung regeln:

- Die Unterbringung auf der Grundlage landesrechtlicher Bestimmungen zur Unterbringung von Menschen mit psychischer Erkrankung⁸⁰ dient der Krisenintervention, z.B. bei ernstlicher Suizidabsicht oder Fremdgefährdung.
- Die betreuungsrechtliche Unterbringung⁸¹ betrifft eher langfristig psychisch kranke Menschen, die – aufgrund von Einschränkungen bei der selbständigen Regelung ihrer Angelegenheiten – auf einen Betreuer* angewiesen sind.

11. Die ärztliche Zwangsbehandlung

Eine ärztliche Zwangsmaßnahme ist an strenge Voraussetzungen gebunden: Ärzte* dürfen einen psychisch kranken Menschen nur dann im Rahmen einer Unterbringung gegen den natürlichen Willen behandeln, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

- Die betroffene Person kann auf Grund ihrer Erkrankung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen.

⁷⁹ Beispielsweise § 9 PsychKG NRW, § 7 HmbPsychKG

⁸⁰ Zum Beispiel: PsychKG oder PsychKHG

⁸¹ § 1831 BGB



- Es wurde zuvor versucht, den Betreuten* von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen.
- Die Zwangsmaßnahme ist erforderlich, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden.
- Der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme überwiegt deutlich die zu erwartenden Beeinträchtigungen.
- Das Betreuungsgericht hat die Zwangsmaßnahme genehmigt.
- Die Zwangsbehandlung darf nur im Rahmen eines stationären Klinikaufenthalts vorgenommen werden, also keinesfalls ambulant.

Eine Patientenverfügung (siehe Punkt 12) hat aber in jedem Fall Vorrang, d.h. Ärzte* bzw. Betreuer* sind daran gebunden. Dies alles gilt sowohl für eine Unterbringung nach Betreuungsrecht⁸² als auch nach Landesrecht (PsychKG oder PsychKHG).

12. Die psychiatrische Patientenverfügung⁸³

Diese besondere Form einer Patientenverfügung ist eine Vorausverfügung für den Fall einer psychiatrischen Behandlung.

In ihr können z.B. bestimmte Behandlungsformen wie Elektroschock und Neuroleptika ausgeschlossen werden. Sie muss selbstverständlich zu einem Zeitpunkt abgefasst werden, zu dem die Vernunft beziehungsweise die Entscheidungsfähigkeit des verfügenden Menschen nicht in Frage steht. Im Übrigen gelten die gleichen Voraussetzungen wie bei den anderen Patientenverfügungen (siehe Seite 19).

13. Krisenpass und Behandlungsvereinbarung

Wenn Sie psychisch erkrankt sind, können Sie für den Fall einer Krise einen sogenannten „Krisenpass“ mit sich führen, welcher wichtige Telefonnummern, Empfehlungen für Ärzte* und Angaben zur aktuellen Medikation enthält. Er passt in jede Jacken- oder Handtasche. Sehr hilfreich für die stationäre Behandlung ist auch eine Behandlungsvereinbarung zur Vorsorge für den Fall, dass Sie von einer akuten Erkrankung überrascht werden und nicht mehr in der Lage sind, die Ihrem Willen entsprechende Therapie zu veranlassen.⁸⁴

⁸² § 1832 BGB

⁸³ Eine juristisch korrekte psychiatrische Patientenverfügung gibt es auf der Seite der Beschwerde- und Beratungsstelle KOMPASS unter: <https://netz-m.de/#vorsorge>

⁸⁴ Einen aktuellen Krisenpass finden Sie ebenfalls unter: <https://netz-m.de/#vorsorge>

Die Behandlungsvereinbarung ist eine Vereinbarung zwischen dem Patienten* und der Klinik und regelt, wie der Patient* im Falle einer psychischen Krise in der Klinik behandelt werden will. Sie eignet sich insbesondere für Menschen, die immer wieder einmal in eine Krise kommen können und deshalb mit der entsprechenden Klinik diese Vereinbarung abschließen. Sie ist rechtlich verbindlich, sofern nicht im konkreten Fall doch noch Maßnahmen nötig werden, die nicht vorhergesehen und deshalb in der Behandlungsvereinbarung nicht geregelt wurden.⁸⁵

Achtung:

Auch für Psychiatriepatienten* gilt das, was auf Seite 21 zum Thema Vorsorgevollmacht (dort im gelben Kasten) ausgeführt wurde. Genauso gilt hier das Ehegattenvertretungsrecht (§ 1358 BGB).



IV. Weitere wichtige Regelungen für Versicherte und Patientinnen*

Entscheidungsfristen für Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen über einen Antrag auf Sachleistungen wie Heil- und Hilfsmittel, Reha etc. grundsätzlich innerhalb von drei Wochen und bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) innerhalb von fünf Wochen (bei zahnärztlichen Leistungen innerhalb von sechs Wochen) nach Antragseingang entscheiden. Kann die Krankenkasse die Frist nicht einhalten, muss sie hinreichende Gründe dafür mitteilen. Fehlt es daran, und „Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“

In der Praxis ist die Umsetzung für Versicherte allerdings derzeit oft schwierig.

§ 13 Abs. 3a
SGB V

Besondere Versorgung

Die „Besondere Versorgung nach §140a SGB V“ fasste die bisherigen Versorgungs-/ Selektivverträge wie die „Integrierte Versorgung“, „Strukturverträge“ und „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ zusammen. Ziel der besonderen Versorgung ist die koordinierte, qualitätsgesicherte Behandlung einzelner oder mehrerer Erkrankungen durch Leistungsverträge

§ 140a
SGB V

⁸⁵ Eine Behandlungsvereinbarung gibt es auf der Seite des Psychiatrie-Verlags unter: <https://psychiatrie-verlag.de/nuetzliche-materialien-zum-download/>.

mit spezialisierten Anbietern, wie mit Haus- oder Fachärztinnen*, Kliniken, Versorgungszentren und Rehaeinrichtungen. Für die Versicherten ist die Teilnahme an einem solchen Vertrag freiwillig.

Widerrufsrechte für Versicherte

§ 73b Abs. 3
SGB V

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten und der „besonderen Versorgung“ ist freiwillig.

§ 140a Abs. 4
SGB V

Die Versicherten können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich - elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse - ohne Angabe von Gründen widerrufen.

§ 75 Abs. 1a
SGB V

Terminservicestellen

Mit Hilfe sogenannter Terminservicestellen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen dafür sorgen, dass Patientinnen* innerhalb von vier Wochen einen Termin bei (Fach-)Ärztinnen*, Haus- und Kinderärztinnen* und Psychotherapeutinnen* wahrnehmen können.

Infos und Termine gibt es unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer: 116117 und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung⁸⁶.

§ 27b
SGB V

Zweitmeinung

Gesetzlich versicherte Patientinnen* haben einen Rechtsanspruch, vor bestimmten, planbaren Operationen eine unabhängige und für sie kostenfreie ärztliche Zweitmeinung einzuholen⁸⁷. Welche Eingriffe dazugehören, legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Zweitmeinungsrichtlinie fest. Bis zur Drucklegung dieser Broschüre waren es folgende Operationen: Mandeloperation, Gebärmutterentfernung, Eingriff an der Wirbelsäule, arthroskopische Eingriffe an der Schulter, Amputation beim diabetischen Fuß und die Implantation einer Knieendoprothese.⁸⁸ Weitere Indikationen werden folgen.

Patientinnen* finden auch online⁸⁹ Ärztinnen* mit einer Genehmigung für eine Zweitmeinung.

Privat Versicherte sollten sich wegen der Erstattung der Kosten vorab an ihre Versicherung wenden.

⁸⁶ Terminservicestellen: <https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/terminvermittlung>

⁸⁷ Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: <https://www.g-ba.de/richtlinien/107/>

⁸⁸ Bei Eingabe „Zweitmeinung“ unter <https://www.g-ba.de> finden sich aktuelle Infos.

⁸⁹ Ärztinnen* mit einer Genehmigung für eine Zweitmeinung unter: <https://www.116117.de/de/zweitmeinung.php>

ANHANG

ERLÄUTERUNGEN ZUR STERBEHILFE

Zunächst kann man unterscheiden zwischen „Hilfe **beim** Sterben“ und „Hilfe **zum** Sterben“. Hilfe **beim** Sterben meint Sterbebegleitung, also gute medizinische und pflegerische Versorgung und vor allem menschlichen Beistand. Das ist ethisch geboten und rechtlich unproblematisch.

Umstritten ist die Hilfe **zum** Sterben. Hier gibt es mehrere Unterscheidungen.

Die **aktive Sterbehilfe** (oder **Tötung auf Verlangen**) ist in Deutschland **verboten** und damit **strafbar**. Bei ihr geht es um eine gezielte Tötungsabsicht, zum Beispiel mit einer Spritze, die sicher und schnell den Tod herbeiführt. Das ist auch dann strafbar, wenn die Patientin* es verlangt.⁹⁰

Die **passive Sterbehilfe** (oder **Sterbenlassen**) ist **nicht strafbar**. Um der Krankheit ihren Lauf zu lassen und den Sterbeprozess nicht aufzuhalten, werden lebensverlängernde Maßnahmen abgebrochen oder gar nicht begonnen – wenn das dem Willen der Patientin* entspricht.

Auch die indirekte Sterbehilfe ist straflos. Man nimmt eine Lebensverkürzung in Kauf als unbeabsichtigte Nebenwirkung einer ärztlichen Maßnahme, die das Leiden oder Sterben erleichtern soll (zum Beispiel durch sehr starke Schmerzmittel). In schwierigen Fällen kann das bis zur palliativen Sedierung führen, aus der die Patientin* nicht mehr aufwacht.

Über die **Beihilfe zur Selbsttötung** (oder auch **assistierter Suizid** genannt) wird seit 2020 intensiv diskutiert und beraten. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen besorgt die HelferIn* nur die tödlichen Medikamente und stellt sie bereit. Die sog. „Tatherrschaft“ bleibt bis zuletzt bei der Sterbewilligen*, sie muss zum Beispiel das Glas mit den Medikamenten selber nehmen und trinken.

In Deutschland gilt: weil der Freitod keine Straftat ist, kann auch die Beihilfe zum Suizid nicht bestraft werden. Um aber die „geschäftsmäßige Sterbehilfe“ zu verbieten und den Sterbehilfe-Organisationen die Grundlage zu entziehen, hatte der Bundestag im November 2015 den Paragraphen (§ 217 StGB) geschaffen, der jedoch im Februar 2020 vom **Bundesverfassungsgericht** für „verfassungswidrig“ erklärt wurde: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.“ Dies gilt nicht nur am

90 § 216 StGB

Ende eines Lebens, das zur Qual geworden ist, sondern auch in den anderen Zeiten des Lebens. Damit ist ein ärztlich assistierter Suizid in Deutschland seit dem Bundesverfassungsgerichts-Urteil grundsätzlich erlaubt.

Das Gericht betonte aber auch, dass der Gesetzgeber Regelungen beschließen kann, um die Ernsthaftigkeit und Freiwilligkeit eines Entschlusses zum Suizid zu überprüfen – zum Beispiel durch eine Beratungspflicht. Diesbezügliche Regelungen des Gesetzgebers hierzu stehen seitdem aus.

Geändert wurde die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer. Der Satz: „Der Arzt darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ wurde gestrichen. Es heißt zwar weiterhin, dass diese Beihilfe keine ärztliche Aufgabe sei, erst recht keine Verpflichtung. Aber es soll die freie und höchst individuelle Entscheidung der Ärztin* sein, wie sie Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beisteht.

Ein Sonderfall ist das sog. „**Sterbefasten**“, das selbstbestimmte Sterben durch den **freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)**. Das ist selbstverständlich erlaubt. Wenn diese Entscheidung von den Angehörigen mitgetragen wird, ermöglicht die vergleichsweise lange Zeit vom Beginn des Fastens bis zum Tod allen Beteiligten ein bewusstes Abschiednehmen.

ABKÜRZUNGEN GESETZE

AMG:	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
GG:	Grundgesetz
PsychKG:	Psychisch-Kranken-Gesetze
PatRG:	Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
RVG:	Rechtsanwaltsvergütungsgesetz
SGB V:	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (die anderen Sozialgesetzbücher SGB I – XII entsprechend Sozialgesetzbuch Erstes bis Zwölftes Buch)
StGB:	Strafgesetzbuch
VSG:	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
ZPO:	Zivilprozessordnung

Hinweis:

Aktuelle Bundesgesetze finden Sie unter www.gesetze-im-internet.de. Dort sind die geltenden Gesetze sortiert in alphabetischer Reihenfolge der amtlichen Abkürzungen (z.B. Sozialgesetzbuch unter „SGB“).



Im Folgenden eine Auflistung der wichtigsten Paragraphen aus dem „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)“ und aus weiteren Gesetzbüchern, die in dieser Broschüre erwähnt wurden.

BÜRGERLICHES GESETZBUCH – WESENTLICHE NEUERUNGEN DURCH DAS PATIENTENRECHTE-GESETZ 2013 MIT AKTUALISIERUNGEN

§ 630a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

- (1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusage (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.
- (2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630b Anwendbare Vorschriften

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

§ 630c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

- (1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.
- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweiszwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.
- (3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.
- (4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

§ 630d Einwilligung

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

Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

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

§ 630e Aufklärungspflichten

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

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,

2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,

3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

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

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

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 630f Dokumentation der Behandlung

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

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

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

§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Behandlungsakte zu gewähren. § 811 ist entsprechend anzuwenden. Der Patient kann auch Abschriften von der Behandlungsakte, einschließlich elektronischer Abschriften, verlangen. Die erste Abschrift wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

(2) Das Recht nach Absatz 1 besteht nicht, soweit erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte nach Absatz 1 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben mit der Maßgabe zu, dass die Erben die entstandenen Kosten zu erstatten haben. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

(4) Datenschutzrechtliche Rechte des Betroffenen bleiben von den Absätzen 1 bis 3 unberührt, soweit in diesem Absatz nichts anderes geregelt ist. Soweit datenschutzrechtliche Auskunftsansprüche und Informationspflichten unentgeltlich zu erfüllen sind, steht dies Entgelten für Einsichtnahmen nach Absatz 1 entgegen. Der Ausschluss des Einsichtsrechts nach Absatz 2 steht im Verhältnis zwischen Behandelndem und Patienten auch datenschutzrechtlichen Auskunftsansprüchen und Informationspflichten entgegen.

§ 630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

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

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

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

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

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

SOZIALGESETZBUCH V (SGB V) – ZWEI WESENTLICHE NEUERUNGEN DURCH DAS PATIENTENRECHTE-GESETZ 2013

§ 13 Absatz 3a SGB V Kostenerstattung

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur

Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

§ 66 SGB V Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Die Unterstützung der Krankenkassen nach Satz 1 kann insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 4 sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen. Die auf Grundlage der Einwilligung des Versicherten bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Versicherten bei Behandlungsfehlern verarbeitet werden.

GRUNDGESETZ (GG)

Art. 1 GG

- (1) ¹Die Würde des Menschen ist unantastbar. ²Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Art. 2 GG

- (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- (2) ¹Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. ²Die Freiheit der Person ist unverletzlich. ³In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

VERJÄHRUNG

§ 195 BGB Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

§ 199 Abs. I und II BGB Beginn der regelmäßigen Verjährungsfrist und Höchstfristen

- (1) Die regelmäßige Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem
 1. der Anspruch entstanden ist und
 2. der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
 - (2) Schadensersatzansprüche, die auf der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit beruhen, verjähren ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis in 30 Jahren von der Begehung der Handlung, der Pflichtverletzung oder dem sonstigen, den Schaden auslösenden Ereignis an.
- ...

SCHADEN BZW. SCHADENSERSATZ

§ 249 BGB Art und Umfang des Schadensersatzes

- (1) Wer zum Schadensersatz verpflichtet ist, hat den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre.
- (2) ¹Ist wegen Verletzung einer Person oder wegen Beschädigung einer Sache Schadensersatz zu leisten, so

kann der Gläubiger statt der Herstellung den dazu erforderlichen Geldbetrag verlangen. ²Bei der Beschädigung einer Sache schließt der nach Satz 1 erforderliche Geldbetrag die Umsatzsteuer nur mit ein, wenn und soweit sie tatsächlich angefallen ist.

§ 253 BGB Immaterieller Schaden

(1) Wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, kann Entschädigung in Geld nur in den durch das Gesetz bestimmten Fällen gefordert werden.

(2) Ist wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung Schadensersatz zu leisten, kann auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld gefordert werden.

§ 280 Abs. I BGB Schadensersatz wegen Pflichtverletzung

(1) Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

...

§ 823 BGB Schadensersatzpflicht

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) ¹Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. ²Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 842 BGB Umfang der Ersatzpflicht bei Verletzung einer Person

Die Verpflichtung zum Schadensersatz wegen einer gegen die Person gerichteten unerlaubten Handlung erstreckt sich auf die Nachteile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt.

§ 843 BGB Geldrente oder Kapitalabfindung

(1) Wird infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadensersatz zu leisten.

(2) ¹Auf die Rente finden die Vorschriften des § 760 Anwendung. ²Ob, in welcher Art und für welchen Betrag der Ersatzpflichtige Sicherheit zu leisten hat, bestimmt sich nach den Umständen.

(3) Statt der Rente kann der Verletzte eine Abfindung in Kapital verlangen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(4) Der Anspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein anderer dem Verletzten Unterhalt zu gewähren hat.

§ 844 Abs. I und II BGB Ersatzansprüche Dritter bei Tötung

(1) Im Falle der Tötung hat der Ersatzpflichtige die Kosten der Beerdigung demjenigen zu ersetzen, welchem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

(2) ¹Stand der Getötete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in einem Verhältnis, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltspflichtig war oder unterhaltspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten infolge der Tötung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige dem Dritten durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadensersatz zu leisten, als der Getötete während der mutmaßlichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde; die Vorschriften des § 843 Abs. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung. ²Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung gezeugt, aber noch nicht geboren war.

...



RECHTLICHE BETREUUNG UND PATIENTENVERFÜGUNG

Achtung:

Die Reform des Betreuungsrechts trat am 1.1.2023 in Kraft. Seitdem gelten folgende Paragraphen.

§ 1814 Voraussetzungen

- (1) Kann ein Volljähriger seine Angelegenheiten ganz oder teilweise rechtlich nicht besorgen und beruht dies auf einer Krankheit oder Behinderung, so bestellt das Betreuungsgericht für ihn einen rechtlichen Betreuer (Betreuer).
- (2) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.
- (3) Ein Betreuer darf nur bestellt werden, wenn dies erforderlich ist. Die Bestellung eines Betreuers ist insbesondere nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen
 1. durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1816 Absatz 6 bezeichneten Personen gehört, gleichermaßen besorgt werden können oder
 2. durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, erledigt werden können, insbesondere durch solche Unterstützung, die auf sozialen Rechten oder anderen Vorschriften beruht.
- (4) Die Bestellung eines Betreuers erfolgt auf Antrag des Volljährigen oder von Amts wegen. Soweit der Volljährige seine Angelegenheiten lediglich aufgrund einer körperlichen Krankheit oder Behinderung nicht besorgen kann, darf ein Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.
- (5) Ein Betreuer kann auch für einen Minderjährigen, der das 17. Lebensjahr vollendet hat, bestellt werden, wenn anzunehmen ist, dass die Bestellung eines Betreuers bei Eintritt der Volljährigkeit erforderlich sein wird. Die Bestellung des Betreuers wird erst mit dem Eintritt der Volljährigkeit wirksam.

§ 1816 Eignung und Auswahl des Betreuers; Berücksichtigung der Wünsche des Volljährigen

- (1) Das Betreuungsgericht bestellt einen Betreuer, der geeignet ist, in dem gerichtlich angeordneten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe des § 1821 rechtlich zu besorgen und insbesondere in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlichen Kontakt mit dem Betreuten zu halten.
- (2) Wünscht der Volljährige eine Person als Betreuer, so ist diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die gewünschte Person ist zur Führung der Betreuung nach Absatz 1 nicht geeignet. Lehnt der Volljährige eine bestimmte Person als Betreuer ab, so ist diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die Ablehnung bezieht sich nicht auf die Person des Betreuers, sondern auf die Bestellung eines Betreuers als solche. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Wünsche, die der Volljährige vor Einleitung des Betreuungsverfahrens geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen erkennbar nicht festhalten will. Wer von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers für einen Volljährigen Kenntnis erlangt und ein Dokument besitzt, in dem der Volljährige für den Fall, dass für ihn ein Betreuer bestellt werden muss, Wünsche zur Auswahl des Betreuers oder zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat (Betreuungsverfügung), hat die Betreuungsverfügung dem Betreuungsgericht zu übermitteln.
- (3) Schlägt der Volljährige niemanden vor, der zum Betreuer bestellt werden kann oder ist die gewünschte Person nicht geeignet, so sind bei der Auswahl des Betreuers die familiären Beziehungen des Volljährigen, insbesondere zum Ehegatten, zu Eltern und zu Kindern, seine persönlichen Bindungen sowie die Gefahr von Interessenkonflikten zu berücksichtigen.
- (4) Eine Person, die keine familiäre Beziehung oder persönliche Bindung zu dem Volljährigen hat, soll nur dann zum ehrenamtlichen Betreuer bestellt werden, wenn sie mit einem nach § 14 des Betreuungsorganisationsgesetzes anerkannten Betreuungsverein oder mit der zuständigen Behörde eine Vereinbarung über eine Begleitung und Unterstützung gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 oder § 5 Absatz 2 Satz 3 des Betreuungsorganisationsgesetzes geschlossen hat.
- (5) Ein beruflicher Betreuer nach § 19 Absatz 2 des Betreuungsorganisationsgesetzes soll nur dann zum Betreuer bestellt werden, wenn keine geeignete Person für die ehrenamtliche Führung der Betreuung zur Verfügung steht. Bei der Entscheidung, ob ein bestimmter beruflicher Betreuer bestellt wird, sind die Anzahl und der Umfang der bereits von diesem zu führenden Betreuungen zu berücksichtigen.

(6) Eine Person, die zu einem Träger von Einrichtungen oder Diensten, der in der Versorgung des Volljährigen tätig ist, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden. Dies gilt nicht, wenn im Einzelfall die konkrete Gefahr einer Interessenkollision nicht besteht.

§ 1820 Vorsorgevollmacht und Kontrollbetreuung

(1) Wer von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers für einen Volljährigen Kenntnis erlangt und ein Dokument besitzt, in dem der Volljährige eine andere Person mit der Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, hat das Betreuungsgericht hierüber unverzüglich zu unterrichten. Das Betreuungsgericht kann die Vorlage einer Abschrift verlangen.

(2) Folgende Maßnahmen eines Bevollmächtigten setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst:

1. die Einwilligung sowie ihr Widerruf oder die Nichteinwilligung in Maßnahmen nach § 1829 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2,
2. die Unterbringung nach § 1831 und die Einwilligung in Maßnahmen nach § 1831 Absatz 4,
3. die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 und die Verbringung nach § 1832 Absatz 4.

(3) Das Betreuungsgericht bestellt einen Kontrollbetreuer, wenn die Bestellung erforderlich ist, weil

1. der Vollmachtgeber aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Rechte gegenüber dem Bevollmächtigten auszuüben, und
2. aufgrund konkreter Anhaltspunkte davon auszugehen ist, dass der Bevollmächtigte die Angelegenheiten des Vollmachtgebers nicht entsprechend der Vereinbarung oder dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers besorgt.

(4) Das Betreuungsgericht kann anordnen, dass der Bevollmächtigte die ihm erteilte Vollmacht nicht ausüben darf und die Vollmachtsurkunde an den Betreuer herauszugeben hat, wenn

1. die dringende Gefahr besteht, dass der Bevollmächtigte nicht den Wünschen des Vollmachtgebers entsprechend handelt und dadurch die Person des Vollmachtgebers oder dessen Vermögen erheblich gefährdet oder
2. der Bevollmächtigte den Betreuer bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben behindert.

Liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht mehr vor, hat das Betreuungsgericht die Anordnung aufzuheben und den Betreuer zu verpflichten, dem Bevollmächtigten die Vollmachtsurkunde herauszugeben, wenn die Vollmacht nicht erloschen ist.

(5) Der Betreuer darf eine Vollmacht oder einen Teil einer Vollmacht, die den Bevollmächtigten zu Maßnahmen der Personensorge oder zu Maßnahmen in wesentlichen Bereichen der Vermögenssorge ermächtigt, nur widerrufen, wenn das Festhalten an der Vollmacht eine künftige Verletzung der Person oder des Vermögens des Betreuten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit und in erheblicher Schwere befürchten lässt und mildere Maßnahmen nicht zur Abwehr eines Schadens für den Betreuten geeignet erscheinen. Der Widerruf bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Mit der Genehmigung des Widerrufs einer Vollmacht kann das Betreuungsgericht die Herausgabe der Vollmachtsurkunde an den Betreuer anordnen.

§ 1821 Pflichten des Betreuers; Wünsche des Betreuten

(1) Der Betreuer nimmt alle Tätigkeiten vor, die erforderlich sind, um die Angelegenheiten des Betreuten rechtlich zu besorgen. Er unterstützt den Betreuten dabei, seine Angelegenheiten rechtlich selbst zu besorgen, und macht von seiner Vertretungsmacht nach § 1823 nur Gebrauch, soweit dies erforderlich ist.

(2) Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, dass dieser im Rahmen seiner Möglichkeiten sein Leben nach seinen Wünschen gestalten kann. Hierzu hat der Betreuer die Wünsche des Betreuten festzustellen. Diesen hat der Betreuer vorbehaltlich des Absatzes 3 zu entsprechen und den Betreuten bei deren Umsetzung rechtlich zu unterstützen. Dies gilt auch für die Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will.

(3) Den Wünschen des Betreuten hat der Betreuer nicht zu entsprechen, soweit

1. die Person des Betreuten oder dessen Vermögen hierdurch erheblich gefährdet würde und der Betreute diese Gefahr aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann oder
2. dies dem Betreuer nicht zuzumuten ist.

(4) Kann der Betreuer die Wünsche des Betreuten nicht feststellen oder darf er ihnen nach Absatz 3

Nummer 1 nicht entsprechen, hat er den mutmaßlichen Willen des Betreuten aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln und ihm Geltung zu verschaffen. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten. Bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

(5) Der Betreuer hat den erforderlichen persönlichen Kontakt mit dem Betreuten zu halten, sich regelmäßig einen persönlichen Eindruck von ihm zu verschaffen und dessen Angelegenheiten mit ihm zu besprechen.

(6) Der Betreuer hat innerhalb seines Aufgabenkreises dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Fähigkeit des Betreuten, seine eigenen Angelegenheiten zu besorgen, wiederherzustellen oder zu verbessern.

§ 1827 Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.

(5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1828 BGB Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1827 zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1827 Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1827 Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

SELBSTÄNDIGES BEWEISVERFAHREN

§ 485 ZPO Zulässigkeit

(1) Während oder außerhalb eines Streitverfahrens kann auf Antrag einer Partei die Einnahme des Augenscheins, die Vernehmung von Zeugen oder die Begutachtung durch einen Sachverständigen angeordnet werden, wenn der Gegner zustimmt oder zu besorgen ist, dass das Beweismittel verloren geht oder seine Benutzung erschwert wird.

(2) Ist ein Rechtsstreit noch nicht anhängig, kann eine Partei die schriftliche Begutachtung durch einen Sachverständigen beantragen, wenn sie ein rechtliches Interesse daran hat, dass

1. der Zustand einer Person oder der Zustand oder Wert einer Sache,
2. die Ursache eines Personenschadens, Sachschadens oder Sachmangels,
3. der Aufwand für die Beseitigung eines Personenschadens, Sachschadens oder Sachmangels festgestellt wird. Ein rechtliches Interesse ist anzunehmen, wenn die

Feststellung der Vermeidung eines Rechtsstreits dienen kann.

(3) Soweit eine Begutachtung bereits gerichtlich angeordnet worden ist, findet eine neue Begutachtung nur statt, wenn die Voraussetzungen des § 412 erfüllt sind.

ZWEITMEINUNG

§ 27 b SGB V Zweitmeinung

(1) 1Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. 2Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

(2) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. 2Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. 3Kriterien für die besondere Expertise sind

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

4Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen. 5Zusätzliche Kriterien sind insbesondere

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

6Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz

2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
4. zugelassene Krankenhäuser sowie

5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

(5) 1Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. 2Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. 3Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. 4In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. 5Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Behandlungsakte nach §

630g Absatz 1 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. 6Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse. (6) 1Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. 2Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. 3Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.

BEHANDLUNGSFEHLER

§ 66 SGB V Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

DIE GESETZE DER LÄNDER ÜBER HILFEN UND SCHUTZMASSNAHMEN FÜR PSYCHISCH KRANKE (PSYCHKG)

Für den Fall, dass eine Person aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Gefahr für sich selbst oder Dritte darstellen, kann eine Unterbringung in der Psychiatrie notwendig werden. Da die öffentlich-rechtliche Unterbringung in der Psychiatrie Ländersache ist, finden sich die rechtlichen Grundlagen hierzu in den jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) der einzelnen Bundesländer. Diese unterscheiden sich z.Z. erheblich voneinander. Auf der Website der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) gibt es eine **Übersicht PsychKGs nach Bundesland**.⁹¹

⁹¹ Übersicht PsychKGs nach Bundesland:
<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/menschenrechte/uebersicht-psychKGs/uebersicht-nach-bundesland.html>

WEITERE INFORMATIONEN ZU UNSEREN FORDERUNGEN

UND STELLUNGNAHMEN FINDEN SIE AUF DER HOMEPAGE → WWW.BAGP.DE

Nicht nur die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen (BAGP) drängt auf Verbesserungen am Patientenrechtegesetz, da es an einigen Stellen mehr Patienten*orientierung braucht.

MEHR TRANSPARENZ

Die BAGP fordert die umfassende Förderung der Aufklärung und Information der Patienten* durch am Patienten*interesse orientierte und fachlich kompetente Institutionen.

Der individuelle Anspruch auf eine unabhängige, neutrale und staatsferne Beratung muss ausdrücklich im Patientenrechtegesetz verankert werden.

Das Recht auf eine Zweitmeinung muss auch bei nicht mengenmäßig auffälligen und konservativen Behandlungsmethoden gelten und festgeschrieben sein und regelmäßig um weitere Diagnosen und Behandlungen erweitert werden. Das Recht auf Zweitmeinung muss auch für privat Krankenversicherte unabhängig von der Police beziehungsweise dem Versicherungsschutz gelten.

DIGITALISIERUNG FÜR PATIENTEN*

Bei der Nutzung digitaler Produkte und Dienstleistungen muss die gesellschaftliche Teilhabe für Alle sowie barrierefreier Zugang und Nutzung gewährleistet sein. Alle medizinisch nicht notwendigen digitalen Anwendungen müssen für die Patienten* frei wählbar sein. Durch die Nicht-Nutzung derselben darf kein Versorgungs-Nachteil entstehen.

UNEINGESCHRÄNKTE EINSICHTNAHME IN DIE BEHANDLUNGSAKTE

Das Einsichtsrecht muss uneingeschränkt gewährt werden und darf insbesondere nicht durch „entgegenstehende therapeutische Gründe“ eingeschränkt sein. Aufklärungsbögen sollten z.B. unaufgefordert und kostenfrei ausgehändigt werden. Hierbei muss auch sichergestellt werden, dass die zunehmende Digitalisierung und Speicherung von Daten, nicht zu einer Verweigerung des Ausstellens von Printversionen gelten. Für alle Patienten* muss das Einsichtsrecht ermöglicht werden.

FAIRE BEWEISLAST

Die BAGP fordert weitergehende Beweiserleichterungen: Bei einem nachgewiesenen Behandlungsfehler muss der Arzt* beweisen, dass der Fehler nicht die Ursache für den Schaden war.

Die BAGP fordert die Einführung von Amtsermittlung bzw. die gerichtliche Pflicht zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers.

AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI (VERMUTETEM) BEHANDLUNGSFEHLER

Die BAGP fordert, dass Ärzte*, die einen Behandlungsfehler bei einem Patienten* vermuten, diese darüber aufklären müssen - nicht nur, wenn der Patient* konkret danach fragt.

VERLÄNGERUNG DER VERJÄHRUNGSFRISTEN AUF ZEHN JAHRE

Die BAGP fordert im Rahmen der besonderen Würdigung der Arzt-Patientenbeziehung eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf zehn Jahre. Die derzeitige Regelung von drei Jahren ist für viele Betroffene / Angehörige zu knapp bemessen, weil es gerade bei schweren Schädigungen zunächst einmal darum geht, die eigene Gesundheit wiederherzustellen.

EINGRENZUNG DER INDIVIDUELLEN GESUNDHEITSLAISTUNGEN (IGEL)

Die BAGP fordert: Keine IGeL-Leistungen in der Kassenarztpraxis. Solange dies nicht realisierbar ist, schlagen wir übergangsweise Folgendes vor:

- Zertifikate wie „IGeL-faire Praxis“ für Praxen, die IGeL nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten* anbieten.
- Kassenärzte* sollen die Durchführung von IGeL zeitlich von der Behandlung auf Kassenkosten trennen, damit Patienten* genügend Zeit zur informierten Entscheidungsfindung haben. Der Aufklärungspflicht des Behandlers* über die Risiken, Nebenwirkungen und Kosten der IGeL kommt

WEITERE INFORMATIONEN ZU UNSEREN FORDERUNGEN

UND STELLUNGNAHMEN FINDEN SIE AUF DER HOMEPAGE → **WWW.BAGP.DE**

besondere Beachtung bei. Sie muss neutral und qualitätsgesichert durchgeführt werden.

- Qualitätssicherung für die Erbringung von IGeL-Leistungen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zeitnah neue Behandlungsverfahren in Bezug auf die Aufnahme als Kassenleistung überprüfen. Neue Leistungen müssen einen Zusatznutzen für die Patienten* haben. Die Gesetzliche Krankenversicherung darf nur medizinisch notwendige und wirtschaftliche Leistungen finanzieren.

REFORMIERUNG DES GUTACHTERWESENS

Wir fordern für alle Sozialversicherungszweige in allen Bundesländern neutrale, unabhängige und niedrigschwellig zugängliche Gutachterstellen für alle Betroffenen - unabhängig vom Versicherungsstatus. Die Begutachtungsergebnisse sind den Betroffenen unaufgefordert und in verständlicher Sprache zur Verfügung zu stellen. In allen Gutachterstellen sind unabhängige Ombudspersonen für die Klärung von Beschwerden einzurichten. Ziel ist, dass Gutachten zeitnah erstellt werden und zu verwertbaren Ergebnissen kommen.

UMGESTALTUNG DES SCHLICHTUNGSVERFAHRENS

Die BAGP fordert, dass die bestehenden Einrichtungen zur Schlichtung und Begutachtung bei Behandlungsfehlerverdacht umgewandelt werden in Einrichtungen, die von der Ärzteschaft und den Haftpflichtversicherern unabhängig sind und dem Patienten* und seinem Rechtsbeistand ein Anhörungsrecht einräumen. Solange dies nicht realisierbar ist, muss zumindest das bisherige Schlichtungs-/ Gutachtenverfahren bundesweit einheitlich gestaltet werden. Die BAGP fordert, dass die betroffenen Ärzten* zur Mitwirkung verpflichtet werden und dass es ein Recht auf mündliche Verhandlung gibt, damit die Betroffenen und / oder deren Angehörige eine Chance haben, ihre Sicht darzustellen.

HÄRTEFALLFONDS FÜR BEHANDLUNGSFEHLER-OPFER

Es müssen gesetzliche Regelungen zu einem Schadensausgleich durch einem patientenorientierten Härtefallfonds geschaffen werden, der für alle Opfer ärztlicher Behandlungen unabhängig vom Versicherungsstatus Entschädigungen reguliert, ohne jahrzehntelang prozessieren zu müssen.

PATIENTENFÜRSPRECHER* IN ALLEN KRAKENHÄUSERN

Die BAGP fordert ein unabhängiges bundesweites Beschwerdemanagement bzw. ein Patientenfürsprechersystem in allen Krankenhäusern mit einer gesetzlichen Verankerung im Krankenhausgesetz.

BARRIEREFREIHEIT

Die BAGP fordert den barrierefreien Zugang zur medizinischen Versorgung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention. Der Zugang aller vulnerablen Personengruppen zur Versorgung muss sichergestellt werden und durch wirksame Maßnahmen ermöglicht werden.



BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER PATIENT*INNENSTELLEN (BAGP)

DIE UNABHÄNGIGE „PATIENT*INNENLOBBY“

BAGP

Die BAGP ist eine Dachorganisation für neutrale und unabhängige Einrichtungen der Patienten*beratung und Interessenvertretung für Patienten*.

Sie wurde 1989 von Patient*innenstellen und -initiativen gegründet, um Ressourcen und Kompetenzen zu bündeln und gemeinsam effektiver agieren zu können.

Schwerpunkte der Arbeit:

- Patienten*information
- Patienten*beratung
- Patienten*vertretung
- Patienten*beschwerde
- Patienten*unterstützung

Ziele der BAGP sind u.a.:

- Stärkung der Patienten*souveränität und des Patienten*schutzes
- Abbau von Hierarchien im Gesundheitswesen
- gesundheitspolitische Beteiligung
- Verbesserung der Patienten*freundlichkeit von Kostenträgern und Anbietern

Dies geschieht u.a. über:

- unabhängige und qualitätsgesicherte Beratung
- Veröffentlichung von qualitätsgesicherten Informationen und Stellungnahmen
- Auswertung der Arbeit und Rückmeldungen ins System
- Mitwirkung in gesundheitspolitischen Gremien, Öffentlichkeitsarbeit, Lobbyarbeit

Die Finanzierung der Beratungsstellen erfolgt über Spenden und Regelförderung (z.B. Kommunen und Länder) und Stiftungsmitteln aus § 65 b SGB V.

Die BAGP vertritt - als eine der im §140f SGB V benannten Organisationen - Patienten*interessen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Den vereinsrechtlichen Rahmen der BAGP bildet die gemeinnützige GesundheitsAkademie e.V. Bielefeld.

VERÖFFENTLICHUNGEN

Zu verschiedenen Themen, die häufig in der Beratung vorkommen, hat die BAGP Informations-Broschüren erarbeitet, die man in unseren Patient*innenstellen bekommen, online einsehen oder in der Geschäftsstelle anfordern kann. Die Themen sind z.B.:

- Informationen rund um die Versorgung mit Zahnersatz
- Die ärztliche Aufklärung
- Einsichtsrecht in die Patientenakte
- Gesetzlich versichert - privat bezahlen, Informationen zu Individuellen Gesundheitsleistungen
- Was tun bei Konflikten mit der gesetzlichen Krankenkasse?
- Achtung Zahnersatz! - Wissenswertes für gesetzlich Krankenversicherte

Bei Interesse können Interessierte diese Informationen kostenfrei einsehen unter:

<https://www.bagp.de/index.php/informationen> und/oder (gegen einen geringen Beitrag + Porto) in der Geschäftsstelle bestellen.

BERATUNG

Die für Sie örtlich zuständige nächstgelegene Patient*innenberatungsstelle erfahren Sie über:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen (BAGP)

Astallerstr. 14
80339 München

Telefon 089 - 76 75 51 31
Fax 089 - 725 04 74

mail@bagp.de
www.bagp.de





PATIENTENRECHTE

ÄRZTEPFLICHTEN

ist seit Anfang der neunziger Jahre in mehreren Auflagen erschienen und immer noch eines der zentralen Themen in den Patient*innenberatungsstellen.

In dieser Zeit ist viel passiert:

- Das Gesundheits- und Justizministerium haben mit Akteuren die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland heute“ aufgelegt. Heute gibt es die Broschüre "Ratgeber für Patientenrechte - Informiert und selbstbestimmt.
- Seit 2004 gibt es Bundespatientenbeauftragte und auch in einigen Bundesländern wurden Patientenbeauftragte installiert.
- Am 26.2.2013 wurde das Patientenrechtegesetz verabschiedet.
- Das Modellprojekt „Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD“ wurde beschlossen und 2011 in die Regelförderung überführt. Vom 1.1.2016 wird die UPD vom kommerziellen Anbieter Sanvartis angeboten. Seit 06.12.2023 bietet die Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland eine gesetzlich beauftragte, kostenfreie und vertrauliche Beratung zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen an. Gesetzliche Grundlage dafür ist § 65 b SGB V.
- Die Patientenbeteiligung hat in den Ausschüssen der Selbstverwaltung Kassen/Kassenärzte schon einiges erreichen können, auch wenn das Stimmrecht und das Herstellen von Transparenz bisher nicht dazugehört.

Trotz allem gibt es immer noch große Wissenslücken über die Patienten*rechte und Schwierigkeiten, diese Rechte auch durchzusetzen. Wir wollen mit dieser komplett überarbeiteten Broschüre dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten gut informiert sind.

