

Patientenratgeber für den Rhein-Kreis Neuss

Internetversion:

www.rhein-kreis-neuss.de/gesundheitskonferenz ⇒ *Patientenratgeber*

...oder:

www.gesundheitsamt-ne ⇒ *Sonstiges* ⇒ *Broschüren*

Dieser Ratgeber wurde von einer Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz erstellt, an der folgende Akteure mitgewirkt haben:

- BARTZ, GISELA - Vorsitzende der Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V., Dormagen
- BEMBA, GABRIELE, Vorstandsmitglied der Deutschen Leberhilfe e.V.
- BOLAND, KARL - Geschäftsführer des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes - Kreisgruppe Neuss
- BROSIG, DR. ARNE - niedergelassener Nervenarzt in Grevenbroich und Regionalbeauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe
- FOERSTER, TILMAN - Rechtsanwalt in Grevenbroich
- MÜLLER, ANGELIKA - AOK Rheinland / Regionaldirektion Neuss
- RUMPELTIN, CARSTEN - Rhein-Kreis Neuss / Gesundheitsamt
- SCHELL, WERNER - Lehrbeauftragter an der katholischen Fachhochschule in Köln
- TRAPPEL, GÜNTHER - Geschäftsführer der St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet.

.....
Arbeitskreis Patientenratgeber der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss
c/o Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz im Kreisgesundheitsamt Neuss

Auf der Schanze 4
41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 601 - 53 90

E-Mail: carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de

Inhalt

Vorwort.....	6
1. Das Verhältnis Arzt zu Patient	7
1.1 Information und Aufklärung	11
1.2 Selbstbestimmung des Patienten	12
1.3 Freie Arztwahl	13
1.4 Dokumentationspflicht und Datenschutz	13
1.5 Recht auf qualifizierte Behandlung	14
1.6 Mitwirkung der nichtärztlichen Heilberufe	16
1.7 Hilfeleistungspflicht	16
1.8 Wichtige Telefon-Nummern:	17
1.9 Sterbebegleitung.....	18
1.10 Unterstützende Hilfen im Krankenhaus	21
1.11 Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung.....	21
1.12 Konfliktsituationen mit dem Arzt – Wer hilft?.....	24
1.13 Medizin-Rechtsberatung der Stiftung Gesundheit	29
1.14 Rechtsweg	29
1.15 Kosten / Rechtsschutzversicherungen	32
1.16 Nützliche Literatur (Auswahl):	32
2. Der Patient als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).....	34
2.1 Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	35
2.2 Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip.....	37
2.3 Unmittelbare Beteiligung des Patienten an den Kosten	38
2.4 Auslandsbehandlung	39
2.5 Kassenwahlrecht.....	40
2.6 Internet-Apotheken.....	40
2.7 Konfliktsituationen mit der GKV	40
2.7.1 Beispiele	40
2.8 Wer hilft?	41
2.9 Rechtsschutzverfahren	42
2.10 Spezialisierte Anwälte.....	42
2.11 Rechtsschutzversicherungen und Prozesskostenhilfe	43

3	<i>Der Patient als Versicherter in der privaten Krankenversicherung (PKV)</i>	44
3.1	Leistung für medizinische Heilbehandlung	46
3.2	Leistung der PKV nur durch das Kostenerstattungsprinzip	46
3.3	Konfliktfälle zwischen Versicherten und Krankenversicherer	47
3.3.1	Beispiele	47
3.4	Rechtsschutz	48
3.5	Wer hilft?	49
3.6	Kosten und Rechtsschutzversicherung	50
4.	<i>Pflegeversicherung</i>	51
4.1	Wer ist versichert?	52
4.2	Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Pflegeverfügung.....	53
4.2.1	Auswahl von Empfehlungen.....	54
4.3	Wer hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung?	55
4.4	Die Pflegestufen	57
4.4.1	Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig	57
4.4.2	Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig	57
4.4.3	Pflegestufe III: schwerst pflegebedürftig	57
4.4.4	Härtefall.....	57
4.4.5	Kinder.....	58
4.4.6	Erschwernisfaktoren.....	58
4.5	Krankheit und Pflegebedürftigkeit.....	58
4.6	Pflegebedürftigkeit im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder nach einer Rehabilitation.....	59
4.7	Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	59
4.7.1	Antragstellung	59
4.7.2	Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).....	60
4.8	Die Leistungen der Pflegeversicherung	61
4.8.1	Häusliche Pflege	61
4.8.2	Sachleistungen	62
4.8.3	Pflegegeld.....	62

4.8.4	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen im Rahmen des Arbeitgebermodells	63
4.8.5	Beratungseinsatz bei häuslicher Pflege	63
4.8.6	Kombination von Sach- und Geldleistungen.....	63
4.8.7	Pflegevertretung	63
4.8.8	Pflegehilfsmittel.....	64
4.8.9	Mittel zur Wohnungsanpassung	64
4.8.10	Teilstationäre Tages- und Nachtpflege.....	64
4.8.11	Kurzzeitpflege	64
4.8.12	Tagespflege	65
4.8.13	Zusatzleistungen nach dem "Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz"	66
4.8.14	Vollstationäre Pflege	66
4.8.15	Pflegekurse	67
4.8.16	Soziale Sicherung der Pflegepersonen	67
4.8.17	Besonderheiten bei Beihilfeanspruch	67
4.9	Pflegeversicherung bei Aufenthalt in anderen Ländern	67
4.10	Verwaltungsverfahren und Rechtsschutz im Konfliktfall	68
4.10.1	Recht auf Akteneinsicht.....	69
4.11	Pflegemängel oder Pflegefehler als Konfliktfall.....	69
4.12	Pflegeberatung	70
4.13	Heimaufsicht	73
4.14	Literatur.....	74
5.	<i>Rehabilitation und Behinderung</i>	75
5.1	Was ist Rehabilitation?	75
5.2	Formen der Rehabilitation.....	75
5.2.1	Allgemeine Heilverfahren.....	76
5.2.2	Anschlussrehabilitation (AR) oder Anschlussheilbehandlung (AHB)	76
5.3	Rehabilitationsträger	77
5.4	Wer hat Anspruch auf Rehabilitation?	78
5.5	Wie bekomme ich eine Rehabilitationsmaßnahme und wer übernimmt die Kosten?	78
5.6	Behinderung / Schwerbehinderung.....	79
5.7	Wie finde ich die richtige Rehabilitationseinrichtung?	80

5.7.1	Adressen.....	81
5.8	Literatur.....	82
	Stichwortverzeichnis	83

Vorwort

Nach Artikel 20 Abs. 1 Grundgesetz (GG) ist die Bundesrepublik Deutschland ein **sozialer Rechtsstaat**. Zu einem solchen sozialen Rechtsstaat gehört ein funktionierendes Gesundheitswesen. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, für das dauerhafte Funktionieren dieses vielfach gegliederten Gesundheitssystems zu sorgen. Dabei muss der Gesetzgeber den in Art. 1 Grundgesetz (GG) zum Ausdruck gebrachten Grundsatz, dass die **Menschenwürde zu schützen und zu achten** ist, beachten. So ist denn auch in zahlreichen leistungsrechtlichen Vorschriften die Pflicht konkretisiert, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer eine **menschenwürdige Versorgung der Versicherten (Patienten)** zu gewährleisten haben. Auch landesrechtliche Vorschriften haben diesen Gedanken aufgegriffen. So heißt es beispielsweise in § 3 Abs. 1 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein Westfalen:

„Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt im besonderen Maße für Sterbende“.

Niemandem kann aber entgangen sein, dass sich unser Gesundheits- und Pflegesystem in erheblichen Schwierigkeiten befindet und vor einem Umbruch steht. Grund hierfür ist einerseits die ungünstige Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und andererseits die steigenden Ausgaben auf Grund des medizinischen Fortschritts und des demografischen Faktors.

Wenn das Geld im Gesundheitssystem knapp wird, kann der Gesetzgeber nicht beliebig die Beiträge zur Einnahmesteigerung erhöhen. Vielmehr hat er gleichfalls die Ausgaben der Krankenversicherungen auf ihre zwingende Notwendigkeit zu prüfen und Regelungen anzustreben, die das System bezahlbar erhalten. Solche Regelungen, wie sie zum Beispiel die jüngste Gesundheitsreform gebracht hat, bedeuten gleichzeitig Einschnitte bei den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, sonstige Therapeuten, Apotheker, Pharmaindustrie). Sie betreffen auch zwangsläufig immer die Leistungen, die den Versicherten gegenüber zu erbringen sind (Leistungsempfänger).

Dieser Ratgeber soll den Versicherten in der GKV und den privat Krankenversicherten grundsätzliche Hilfestellung geben beim Umgang mit der jeweiligen Krankenversicherung und gegenüber den medizinischen Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen). Es soll dabei versucht werden, dass Dreiecksverhältnis zwischen Patienten zu Arzt und Versicherung in seinen Grundzügen zu erläutern.

1. Das Verhältnis Arzt zu Patient

WERNER SCHELL, Lehrbeauftragter, Harffer Straße 59, 41469 Neuss, im Zusammenwirken mit GISELA BARTZ, Vorsitzende der Notgemeinschaft Medizinischgeschädigter in NRW e.V., Schloßstr. 37, 41541 Dormagen

.....

Sowohl die „Privatpatienten“ (Selbstzahler) als auch die Patienten als Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben gegenüber dem Arzt gleiche Ansprüche, sofern es um die grundlegende medizinische Leistungserbringung geht.

Soweit es sich um zahnärztliche Dienstleistungen handelt, gilt für den Zahnarzt Ähnliches! Aus Gründen der Vereinfachung wird hier nur vom „Arzt“ gesprochen.

Zwischen Arzt und Patient kommt ein **Behandlungsvertrag** (Dienstvertrag) zustande, nachdem der Arzt dem Patienten eine qualifizierte und sorgfältige **Behandlung nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft** schuldet (vgl. u.a. §§ 611ff. 276ff. Bürgerliches Gesetzbuch – BGB -). Hierbei wird vom Arzt **kein Erfolg geschuldet**, da es im Wesen biologischer Prozesse und damit der Medizin liegt, einen solchen, wie etwa die Wiederherstellung der Gesundheit, nicht garantieren zu können. Bei einzelnen ärztlichen (zahnärztlichen) Leistungen können neben den Vorschriften des Dienstvertragsrechts auch Gewährleistungspflichten aus Werkvertrag bestehen (z.B. Verordnung von losen Schuheinlagen, Herstellen und Anpassen von Zahnprothesen, kosmetische Operationen). Der Vertragsschluss zwischen Arzt und Patient erfolgt grundsätzlich schon durch sog. schlüssiges („konkludentes“) Verhalten, etwa Aufsuchen des Arztes durch den Patienten und Beginn der Behandlung durch den Arzt.

Der Patient hat grundsätzlich das Recht der **freien Arztwahl**. Spiegelbildlich zu dem Recht der freien Arztwahl hat auch der Arzt das Recht, eine Behandlung abzulehnen. **Behandlungspflichten** können aber bei Kassenärzten (Vertragsärzten) gegenüber den Kassenpatienten (mit Rücksicht auf den sog. „Sicherstellungsauftrag“) und in Notsituationen bestehen.

In § 7 Abs. 2 Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte ist zu den **Behandlungsgrundsätzen und Verhaltensregeln** u.a. ausgeführt:

„Ärztinnen und Ärzte achten das Recht der Patientinnen und Patienten, ihre Ärztin bzw. ihren Arzt frei wählen oder wechseln zu können. Von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen, darf auch ärztlicherseits eine Behandlung abgelehnt werden. Der begründete Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder dorthin überwiesen zu werden, soll in der Regel nicht abgelehnt werden.“

Darüber hinaus enthält die Berufsordnung u.a. folgende **Grundsätze korrekter Berufsausübung**:

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass Ärztinnen und Ärzte beim **Umgang mit Patientinnen und Patienten**

- deren Würde und Selbstbestimmungsrecht respektieren,
- deren Privatsphäre achten,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über Alternativen und über die Beurteilung des Gesundheitszustandes in einer für die Patientin und den Patienten verständlichen und angemessenen Weise informieren,
- insbesondere auch deren Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektieren,
- Rücksicht auf die Situation der Patientin oder des Patienten nehmen,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleiben,
- deren Mitteilungen gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringen und ihrer Kritik sachlich begegnen.

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dazu gehört auch

- rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,
- rechtzeitig die Patientin oder den Patienten an andere Ärztinnen oder Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,
- sich dem Wunsch von Patientinnen und Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung nicht zu widersetzen,
- für die mit- oder weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte die erforderlichen **Patientenberichte** zeitnah zu erstellen.“

Die **Hauptpflichten des Arztes** aus dem Behandlungsvertrag sind **die Befunderhebung**, Diagnosestellung, Ermittlung der angezeigten (indizierten) Therapie, Aufklärung des Patienten und Einholung seiner Einwilligung, Durchführung der Therapie, Anregung von **Rehabilitationsmaßnahmen**, mittelbare Leistungen (z.B. Überweisung an einen Facharzt, Einweisung zur stationären Behandlung, Erstellen von Befundberichten bzw. Zeugnissen und sonstigen Urkunden) und Schweigepflicht.

Den **Patienten** trifft die Vertragspflicht, die ärztlichen Maßnahmen zu unterstützen (**Mitwirkungspflicht**). Im Übrigen schuldet der Patient dem Arzt eine **Vergütung**. Während Privatpatienten selbst für die Vergütung des Arztes einstehen müssen, findet bei Kassenpatienten auf Grund entsprechender Vereinbarungen eine Vergütung durch die Krankenkassen (über die Kassenärztlichen Vereinigungen) statt.

Niedergelassene Kassenärzte sind verpflichtet, den Patienten auf Wunsch eine Leistungs- und Kostenübersicht (**Patientenquittung**) zur Verfügung zu stellen (§ 305 Sozialgesetzbuch – SGB - V). Die Patienten müssen als Aufwandspauschale je Quittung einen Euro zahlen – und zusätzlich eventuelle Versandkosten erstatten. Damit die Patienten die Abrechnung auch kontrollieren können, erhalten sie – ebenfalls nur auf Antrag – von ihrer Krankenkasse eine Aufstellung der im jeweils letzten Geschäftsjahr für sie abgerechneten Leistungen und deren Kosten.

Durch Patientenquittung und Kostenaufstellung soll die medizinische Versorgung in der GKV auch für den Versicherten transparenter werden und bei diesem ein Kostenbewusstsein wecken. Selbst zahlende Patienten (sog. Privatpatienten und GKV-Patienten mit Kostenerstattungsverfahren) bekommen ohnehin eine spezifizierte Arztrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**).

Die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient werden in ihren Grundzügen in folgenden Broschüren dargestellt:

Patientenrechte in Deutschland

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25 / 40190 Düsseldorf

Internet:

www.mgsff.nrw.de/service/publikationen/material/patientenrechte.pdf

Patientenrechte in Deutschland

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung / Bundesministerium der Justiz

Internet: www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A407.pdf

In den Broschüren, die bei den Herausgebern kostenlos angefordert werden können, werden zahlreiche nützliche Adressen genannt. Die Informationsschriften können auch gegen Rückporto von 1,44 Euro bei folgender Adresse angefordert werden:

Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V.

Schloßstr. 37 / 41541 Dormagen

Telefon: 02133 / 4 67 53 Fax: 02133 / 24 49 55

E-Mail: info@bag-notgemeinschaften.de

Internet: www.bag-notgemeinschaften.de

Die Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Patienten sind im Übrigen in der **Be-rufungsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte** näher beschrieben:

www.aekno.de/htmljava/frameset.asp?typ=c&seite=berufsordnung.htm

„**Patientenrechte im Überblick**“ stellt auch die Deutsche Angestellten Kranken-kasse (DAK) im Internet zur Verfügung, und zwar unter:

www.dak.de/content/dakpatinfo/ihrerechte.html

Die „**Konzeption einer Pflegecharta**“ ist unter folgender Adresse im Internet nachlesbar:

www.patientenunterstuetzung.de/Grundsatzliches/Pflegecharta.pdf

Umfangreiche **Informationen über Patientenrechte und Patientenunterstüt-zung** können im Internet unter folgender Adresse abgerufen werden:

www.patienteninfo-berlin.de

Es wurden mit Genehmigung des Autors einzelne Textteile dem Buch von Schell, W. „Arztpflichten – Patientenrechte“, Reha-Verlag Bonn-Bad-Godesberg, 4. Auflage 1993, in diesen Patientenratgeber übernommen.

Die wechselseitigen Vertragsbeziehungen zwischen Arzt und Patient sollen wie folgt näher verdeutlicht werden:

1.1 Information und Aufklärung

Patienten haben das Recht, von ihrem Arzt in einem **persönlichen Gespräch**, auf Wunsch des Patienten auch in Anwesenheit dritter Personen, über die vorgesehenen Maßnahmen verständlich und vollständig aufgeklärt zu werden (**Aufklärungspflicht**):

Der Patient muss vom Arzt grundsätzlich darüber aufgeklärt werden, was mit ihm, mit welchen Mitteln, mit welchen Risiken und mit welchen Folgen geschieht.

Der Umfang der Aufklärung richtet sich nach den besonderen Umständen des Einzelfalles. Maßgebend sind das Verständnisvermögen und das Krankheitsbild des Patienten sowie die Dringlichkeit und Gefährlichkeit einer ärztlichen Maßnahme. Die Aufklärungspflicht ist um so weitgehender, je weniger die Maßnahme aus der Sicht eines vordringlich oder geboten erscheint. Will der Patient (z.B. vor einer Operation) Einzelheiten wissen, so sind sie in gebotener Weise darzulegen (z.B. Narkoseverfahren, Operationsmethode, Komplikationen, verantwortliche Ärzte). Über die Bedeutung der ärztlichen Aufklärung hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in einer Entscheidung vom 25.7.1979 u.a. ausgeführt:

"Mitwirkung, Dialog und Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten sind nur möglich, wo dieser zunächst über die in seinem Fall bestehende medizinische Situation aufgeklärt worden ist; ein unaufgeklärter Patient vermag demgegenüber in der Regel nicht mehr zu sein als ein passives Objekt ärztlicher Fürsorge. Die Aufklärung des Patienten befreit den Arzt von der Last der alleinigen Verantwortung. Sie macht den Patienten im Hinblick auf die zu treffende Entscheidung zu einem verständigen Partner..."

Eine formularmäßige Aufklärung ohne persönliches Gespräch mit dem Arzt ist nicht ausreichend, da sie nicht den individuellen Verständnismöglichkeiten des Patienten angepasst sein kann. Formulare können aber zur Vorinformation des Patienten bzw. zur notwendigen Dokumentation des Aufklärungsgesprächs herangezogen werden.

Bei einer lebensgefährlichen Erkrankung des Patienten darf eine Aufklärung ggf. dann unterbleiben, wenn durch die Aufklärung ein schwerer seelischer Schock des Kranken bewirkt und dadurch der Lebenswille nachhaltig schwerstens beeinträchtigt würde. Bloße Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit reicht für die Unterlassung der Aufklärung nicht aus. Zu bedenken ist aber auch hier, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in der Regel eine Aufklärung fordert.

Die Grundsätze der ärztlichen Aufklärungspflicht ergeben sich im Einzelnen aus den **„Richtlinien zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen“** (herausgegeben von der Deutschen Krankenhausgesell-

schaft - DKG) und den „**Empfehlungen zur Patientenaufklärung**“ (herausgegeben von der Bundesärztekammer - BÄK).

Die **Aufklärungsgrundsätze** sind vollständig abgedruckt in Schell, W. „Arztpflichten – Patientenrechte“, Reha-Verlag Bonn-Bad-Godesberg, 4. Auflage 1993.

1.2 Selbstbestimmung des Patienten

Medizinische Maßnahmen sind immer nur dann zulässig, wenn der Patient hierzu seine **Einwilligung** erteilt hat. Diese Auffassung beruht auf Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG):

"Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden."

Der Patient kann eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit mit der Wirkung zurücknehmen, dass die medizinischen Maßnahmen einzustellen sind (= der Wille des Patienten ist höchstes Gesetz). Besondere Vorsicht hinsichtlich der rechtswirksamen Einwilligung ist geboten, wenn der Patient eine Behandlung lediglich widerspruchslos duldet (schlüssige Handlung) oder eine pauschale Einverständniserklärung (z.B. im Rahmen der Krankenhausaufnahmebedingungen oder durch Unterzeichnung eines allgemeinen Aufklärungsformulars) abgegeben worden ist.

Bei Gefahr im Verzug kann eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten unterbleiben. Eine solche Situation ist gegeben bei Bewusstlosigkeit des zu Behandelnden und bei unbedingter Erforderlichkeit ärztlicher Maßnahmen zur Rettung des Lebens oder zur Abwendung schwerer Gesundheitsschäden (Geschäftsführung ohne Auftrag). Einem ausdrücklich erklärten Willen darf der Arzt jedoch auch in diesem Fall nicht entgegenhandeln.

Für eine wirksame Einwilligung des Patienten ist es unabdingbare Voraussetzung, dass der Patient durch den Arzt zuvor, wie oben beschrieben, aufgeklärt wurde. Andernfalls besitzt der Patient nicht das genügende Grundwissen, um überhaupt eine freibestimmte Einwilligung zu formulieren. Hier ist die Aufklärung über die wesentlichen Risiken sowie die Behandlungsalternativen besonders wichtig. Die Aufklärung sollte rechtzeitig erfolgen, damit dem Patienten für die freie Willensbildung noch ausreichend Zeit verbleibt.

1.3 Freie Arztwahl

Jeder Patient hat grundsätzlich die freie Entscheidung, welchen niedergelassenen Arzt er aufsucht. Patienten der GKV müssen allerdings darauf achten, dass der Arzt auch zur **vertragsärztlichen Versorgung** speziell zugelassen ist. In der Regel wird das so sein. Andernfalls trifft den Arzt die Pflicht, auf die fehlende Möglichkeit der Kassenabrechnung hinzuweisen.

Der Patient kann später während einer laufenden Behandlung oder wegen derselben Erkrankung mehrere Ärzte aufsuchen. Gegenüber dem Arzt hat der Patient jedenfalls das jederzeitige Kündigungsrecht bezüglich des Behandlungsvertrages. Besondere Gründe hierfür muss der Patient nicht angeben.

Achtung!

In der GKV sollte der Versicherte den Behandlungsvertrag im Quartal nur aus wichtigem Grund, z.B. bei einem gestörten Vertrauensverhältnis zum Arzt, kündigen. Im Übrigen sind die im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 eingeführten Verpflichtungen zur Zahlung von **Praxisgebühren** zu beachten!

Auch in der privaten Krankenversicherung kommt es darauf an, ob die durch den Arztwechsel verursachten erhöhten Kosten „notwendig“ waren. Andernfalls sind diese Kosten unter Umständen nicht erstattungsfähig.

1.4 Dokumentationspflicht und Datenschutz

Die **Führung ordnungsgemäßer Krankenunterlagen** (z.B. Krankenblatt, Befundbericht, Operationsbericht, Narkoseprotokoll, Fieberkurven, Arztbriefe, Bestrahlungsaufzeichnungen, Röntgenaufnahmen, Sektionsbericht), ist eine der dem Arzt obliegenden Hauptpflichten dem Patienten gegenüber. Die Krankenunterlagen dienen nicht nur der Therapie und Qualitätssicherung, sondern sie sind auch eine Art Rechenschaftsbericht dem Patienten gegenüber. Sie sind mindestens 10 Jahre lang nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht eine längere **Aufbewahrungspflicht** besteht. So sind z.B. die Aufzeichnungen über eine Röntgenbehandlung 30 Jahre lang aufzubewahren (vgl. § 28 Röntgenverordnung – RöV -). Aufzeichnungen über angewendete Blutprodukte und Plasmaproteine müssen mindestens 15 Jahre lang aufbewahrt werden (vgl. § 14 Transfusionsgesetz – TFG -).

Die Auffassung, dass die ärztlichen Aufzeichnungen lediglich eine interne Gedächtnisstütze des Arztes seien, ist überholt. Wenn ein schutzwürdiges Interesse des Patienten besteht, kann er vom Arzt oder Krankenhaus **Einsicht** in die ihn betreffenden Krankendokumente verlangen. Ein solches schutzwürdiges Interesse liegt vor allem bei Verdacht eines Behandlungsfehlers bzw. einer Sorgfaltspflichtverletzung vor. Neben dem Einsichtsrecht steht dem Patienten auch ein **Herausgabeanspruch** von

Kopien der über ihn geführten Krankenunterlagen zu. Dies ergibt sich u.a. aus zwei einschlägigen Urteilen des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 23.11.1982 (Az.: VI ZR 222/79 und VI ZR 177/81).

Hinsichtlich sämtlicher über den Patienten gesammelten Daten unterliegt der Arzt (und seine Mitarbeiter) der ärztlichen **Schweigepflicht**. Verstöße gegen die Schweigepflicht können strafrechtlich verfolgt werden (§§ 203, 205 StGB).

Mitteilungen an Dritte, etwa an die Krankenversicherer, darf er nur in den vom Gesetz oder vertraglich vereinbarten Fällen machen. Bei Privatversicherten hat die Versicherung gemäß der allgemeinen Versicherungsbedingungen (als Teil des individuellen Versicherungsvertrages) Anspruch auf Offenlegung aller derjenigen medizinischen Informationen, die zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig sind. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten. Der Anspruch auf Offenlegung besteht nicht gegenüber dem Arzt, sondern gegenüber dem Versicherten, denn zwischen dem privaten Krankenversicherer und dem Arzt besteht keine Vertragsbeziehung, sondern nur zwischen Versicherer und Versichertem. Der Versicherte kann aber den Arzt ermächtigen, die notwendigen Informationen der Versicherung zu geben. Dabei darf der Arzt nur solche Informationen herausgeben, die unmittelbar den Versicherten betreffen, also keinesfalls Informationen über Dritte.

Umfangreiche Hinweise zum Thema in „Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz“. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1999

Der Patient selbst hat das Recht, alle Informationen, die über ihn gesammelt wurden, in für ihn verständlicher Form zu erfahren. Das heißt im Klartext: **Gegenüber dem Patienten selbst besteht keine Schweigepflicht, sondern Informationspflicht!**

1.5 Recht auf qualifizierte Behandlung

Der Patient hat gegenüber seinem behandelnden Arzt einen Anspruch, nach den Behandlungsmethoden der aktuell anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft behandelt und versorgt zu werden (d.h. „**bestmögliche Versorgung**“). Insofern trifft den Arzt die Verpflichtung, sich ständig fortzubilden. Stehen mehrere Wege der Behandlung mit gleichem Erfolg zur Verfügung, ist der Arzt gehalten, die risikoärmere Methode zu wählen. Bei gleichwertigen medizinischen Methoden hat der Kassenarzt die kostengünstigere zu wählen. In diesen Grenzen ist dem Arzt eine **Methoden- und Therapiefreiheit** zuzuerkennen.

Bei der Behandlung von Kassenpatienten ist der Arzt bei der Wahl der Behandlungsmethode allerdings darauf beschränkt, was im **so genannten Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM)** als abrechnungsfähige Leistung aufgeführt ist. Die Lei-

stungen sind wegen des **Wirtschaftlichkeitsgebots** auf das **medizinisch Notwendige** beschränkt.

Siehe hierzu auch die weitergehenden Erläuterungen in Kapitel 2 über die Leistungspflicht der GKV (⇒ Seite 34).

Situationsbedingt müssen auch unterschiedliche Standards und Leitlinien berücksichtigt werden. Begibt sich der Patient gerade zu einem besonders spezialisierten Arzt mit besonderer apparativer Ausstattung und / oder einer besonderen Behandlungsmethode, ist von diesem Arzt nicht mehr lediglich nur der allgemeine medizinische Standard geschuldet, sondern der besondere Standard seines Könnens.

Teil der Behandlung sind die Vorbereitungshandlungen des Arztes wie notwendige Anamneseerhebung (Vorgeschichte), Untersuchung des Patienten und Diagnoseerstellung. Zur Behandlung gehört auch die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Der Arzt muss die Wirkung der verordneten Mittel beobachten und gegebenenfalls nachbessern.

In § 11 Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte ist zu den ärztlichen **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** ausgeführt:

„(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte gegenüber ihren Patientinnen und Patienten zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

(2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.“

Den Patienten trifft die Pflicht, an seiner Heilung mitzuwirken. Die ärztlichen Empfehlungen / Anweisungen zur regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, die Regeln der Lebensführung und Information des Arztes über unerwünschte Wirkungen der Behandlung sind zu beachten. Bei fehlender Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung, kann dies zu einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient führen, die den Arzt berechtigt, die weitere Behandlung abzulehnen.

Nützliche Hinweise können Patienten dem Beitrag „Was Patienten wissen sollten: ...“ entnehmen. Internetadresse:

www.patientenunterstuetzung.de/Informationen/was_patienten_wissen_sollten.htm

1.6 Mitwirkung der nichtärztlichen Heilberufe

Grundsätzlich schuldet der Arzt dem Patienten eine eigenhändige **persönliche Behandlung** (§ 613 BGB).

Der Arzt darf sich aber bei der Erledigung seiner ärztlichen Aufgaben (z.B. Diagnose- und Therapiemaßnahmen) durch das nichtärztliche Personal unterstützen lassen. Voraussetzung für eine Aufgabenübertragung (Delegation) ist aber, dass das tätig werdende Personal (z.B. Arzthelferin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, medizinisch-technische Assistentin) über die erforderliche Qualifikation verfügt und die Verrichtung im konkreten Fall nicht das Tätigwerden des Arztes selbst erfordert (z.B. wegen Gefahr von Gesundheitsschädigungen). Der Arzt darf beispielsweise die Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen solchen Kräften übertragen, die in der Punktions- und Injektionstechnik besonders ausgebildet sind und von deren Können und Erfahrungen er sich selbst überzeugt hat. Da aber solche Tätigkeiten nicht zu den üblichen Aufgaben des nichtärztlichen Personals gehören, bleibt der Arzt in jedem Falle für die Anordnung und ordnungsgemäße Durchführung der Eingriffe sowie für die Auswahl und Überwachung des beauftragten Mitarbeiters verantwortlich. Narkosen (jeder Art und Dauer), künstliche Beatmungen, Blutübertragungen und Elektroschockbehandlungen darf der Arzt dem nichtärztlichen Personal nicht zur selbstständigen Ausführung übertragen.

Die Tätigkeit des nichtärztlichen Personals hängt im Allgemeinen immer von den diagnostischen Auswertungen und therapeutischen Anordnungen des Arztes ab. Dies gilt entsprechend auch für die in eigener Praxis tätig werdenden Personen (z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut). Das Assistenzpersonal hat keine eigenen Aufklärungsrechte und damit auch keine Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten.

Maßnahmen des nichtärztlichen Personals sind immer nur solange rechtmäßig, wie sie dem Willen des Patienten entsprechen. Das befugt tätig werdende nichtärztliche Personal muss - wie der Arzt selbst - das Selbstbestimmungsrecht des Patienten beachten.

Das Thema Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf das nichtärztliche Personal wird ausführlich behandelt in Schell, W. „Injektionsproblematik aus rechtlicher Sicht“. Brigitte Kunz Verlag (Schlütersche Buchreihe), 5. Auflage 2001.

1.7 Hilfeleistungspflicht

Eine **Rechtspflicht des Arztes zur medizinischen Versorgung des Patienten** ergibt sich im Allgemeinen aus dem Umstand, dass der Arzt tatsächlich die Behandlung des Patienten übernommen hat; insbesondere also bei Bestehen eines Behandlungsvertrages. Damit fällt dem Arzt eine **Garantenstellung** (§ 13 Strafgesetzbuch – StGB -) zu, kraft deren er verpflichtet ist, dem Patienten eine aktuell nötige und

keinen Aufschub duldende Hilfe zu gewährleisten. Mit Blick auf diese Garantienstellung darf sich ein Arzt z.B. einem notwendigen **Hausbesuch** - auch bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen - nicht entziehen. Diese Besuchspflicht gilt auch für Ärzte mit Gebietsbezeichnung (z.B. Internist, Kinderarzt), die der Patient zur Behandlung aufgesucht hat. Zu beachten ist aber, dass der Arzt seine Hilfeleistungspflicht nur schuldhaft verletzen kann. Ist der Arzt an der Hilfeleistung gehindert (z.B. infolge Wahrnehmung anderer wichtiger Pflichten) oder kann der Patient außerhalb der Sprechstunden durch den Not- oder Bereitschaftsdienst der Ärzteschaft ausreichend medizinisch versorgt werden, kann eine Rechtspflicht zum Handeln entfallen.

Der **Not- und Bereitschaftsdienst der Ärzte** soll ambulant medizinische Hilfe leisten, die im Interesse des Patienten keinen Aufschub dulden und lebenserhaltende Maßnahmen veranlassen. Der zum Not- und Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt ist verpflichtet, sich außerhalb der üblichen Sprechzeiten für alle Patienten eines bestimmten Bezirks einsatzbereit zu halten und im Bedarfsfall einem Notruf zu folgen. Einen gewünschten Hausbesuch wird der Arzt im Bereitschaftsdienst nur bei Missbrauch oder bei eindeutig unbegründetem Einsatz ablehnen dürfen. Der Bereitschaftsarzt sollte sich aber immer seiner Garantienpflicht bewusst sein und in allen Zweifelsfällen den Patienten aufsuchen. Er darf dabei aber hinsichtlich der Hausbesuche Prioritäten setzen.

Der neben dem Not- und Bereitschaftsdienst der Ärzte bestehende **Rettungsdienst** hat die Aufgabe, bei Notfallpatienten lebensrettende Maßnahmen am Notfallort durchzuführen und die Transportfähigkeit herzustellen sowie diese Personen unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in ein geeignetes Krankenhaus zu bringen. Weiterhin kann es Aufgabe des Rettungsdienstes sein, den allgemeinen Krankentransport sachgemäß zu sichern.

1.8 Wichtige Telefon-Nummern:

- Arzt-Notruf-Zentrale 02131 / 19292
- Apothekennotdienst - bundesweite Nummer 11833
- Rettungsdienst 112
- Feuerwehr 112
- Polizei 110
- Giftnotruf 0228 / 19240

Zum **Notdienst-Verzeichnis für Nordrhein-Westfalen** der Zeitschrift **ÄRZTLICHE PRAXIS** gelangt man unter folgender Internetadresse:

www.aerztlichepraxis.de/Bereitschaft/HoleBundesland/Nordrhein-Westfalen/KarteBundesland

1.9 Sterbebegleitung

Alle Maßnahmen, die den Todeseintritt erleichtern, ohne das Leben zu verkürzen, sind erlaubt und dem Arzt und dem Pflegepersonal als Berufspflicht auferlegt. Sterbehilfe durch sterben lassen ist dann erlaubt, wenn nach dem eindeutigen Willen des Patienten keine weiteren Maßnahmen zur Lebensverlängerung mehr angewendet werden sollen. Maßgebend ist das **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten.

Ärztliches und pflegerisches Handeln kann nicht den Sinn haben, das unaufhaltsame Sterben eines Menschen künstlich hinauszuzögern, dies wäre ein Verstoß gegen die Würde des Menschen (Art. 1 GG). „**Der Patient hat ein Recht, in Würde zu sterben**“ („Deklaration von Lissabon“ des Weltärztebundes, 1981). „**Die Patienten haben Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung; dies gilt in besonderem Maße für Sterbende**“ (§ 3 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NRW -). Aktive Sterbehilfe ist aber unzulässig (§ 216 StGB).

Die BÄK hat (1998) „**Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung**“ verabschiedet (aktualisiert **2004**), die vor allem auf eine **zuwendungsorientierte Sterbebegleitung** auf der Basis des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten abstellen.

Die aktualisierten „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ sind im Internet nachlesbar unter

www.baek.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegl2004.pdf.

Zusätzlich unter

www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Heilkunde/heilkunde.htm,
u.a. mit einer Kommentierung der Neuauflage.

Kraft seines Selbstbestimmungsrechtes kann der Patient darüber verfügen, wann Lebenserhaltungsmaßnahmen nicht oder nicht mehr durchgeführt werden sollen. Solche Verfügungen können auch schriftlich abgefasst werden. Man spricht dann von einer **Patientenverfügung**. Eine solche Patientenverfügung, ggf. in Verbindung mit einer **Vorsorgevollmacht** oder einer **Betreuungsverfügung**, ist ein wichtiger Beitrag zur **Patientenselbstbestimmung**.

Die „Handreichung zu Patientenverfügungen“ (vorgelegt von der BÄK 1998) enthält wichtige Handlungsanleitungen zum Umgang mit solchen Verfügungen. In dieser Handreichung ist u.a. ausgeführt: „**Grundsätzlich gilt der in der Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten, es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte vor, die auf eine Veränderung seines Willens schließen lassen.**“

Sämtliche einschlägigen Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen und Hinweise zu „vorsorglichen Verfügungen“ sind abgedruckt in

Schell, Werner „Sterbebegleitung und Sterbehilfe ...“. Brigitte Kunz Verlag (Schlütersche Buchreihe), 2. Auflage 2000.

Weitere nützliche Informationen zum Thema in

Schell, W. „Betreuungsrecht & Unterbringungsrecht – Ratgeber für die Pflegenden“. Brigitte Kunz Verlag (Schlütersche Buchreihe), 4. Auflage 2001.

Weitere Literaturhinweise:

„Vorsorgevollmacht – Betreuungsvollmacht - Patientenverfügung“, Sonderdruck der Firma Janssen-Cilag GmbH und Ortho Biotech, Raiffeisenstr. 8, 41470 Neuss

„Ratgeber des Kreises Neuss für Seniorinnen und Senioren“, kostenlos erhältlich bei der Geschäftsstelle Altenhilfe, Lindenstr. 4-6, 41515 Grevenbroich, Tel.: 02181 / 601 - 22 84. In diesem Ratgeber sind auch die Hospize des Rhein-Kreises Neuss aufgeführt.

In § 16 Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte heißt es zum **„Beistand für Sterbende“**:

„Ärztinnen und Ärzte dürfen – unter Vorrang des Willens der Patientin oder des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Ärztinnen und Ärzte dürfen das Leben Sterbender nicht aktiv verkürzen. Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten stellen.“

Der **Hospizbewegung** kommt bei der Sterbebegleitung eine immer größere Bedeutung zu. Im Rhein-Kreis Neuss stehen folgende Einrichtungen zur Verfügung:

Ambulante Hospizdienste:

Hospizbewegung Dormagen e.V.

Frau Irgang-Bell

Knechtstedener Straße 321

41450 Dormagen

Tel.: 02133 / 47 86 61 - Fax: 02133 / 47 86 61

E-Mail: hospizbewdormagen@t-online.de

Internet: www.hospizbewegung-dormagen.de

Jona – Hospizbewegung Grevenbroich

Frau Marion Berthold

Wilhelmitenstr. 10 (Gebäude Bauverein)

Tel.: 02181 / 70 64 58

Hospizbewegung Kaarst e.V.

Herr Straepen / Frau Lißke

Am Jägerhof 4a / 41564 Kaarst

Tel.: 02131 / 60 58 06 - Fax: 02131 / 60 58 36

E-Mail: hospizbuero.kaarst@t-online.de

Internet: www.hospiz-bewegung.de

Hospizbewegung Meerbusch e.V.

Frau Bader

Am Feldbrand 3 / 40667 Meerbusch.

Tel.: 02132 / 7 38 09

Fax: 02132 / 8 01 44

Häuslicher Hospizdienst – Diakonisches Werk

Judith Kohlstruck

Plankstraße 1 / 41462 Neuss

Tel.: 02131 / 75 45 74 - Fax: 02131 / 56 68 49

E-Mail: info@diakonie-neuss.de / Internet: www.diakonie-neuss.de

Stationäre Hospize:**Augustinus-Hospiz Neuss**

Schwester Gertraud Mertens

Augustinusstraße 46 / 41464 Neuss

Tel.: 02131 / 9 16 80

Fax: 02131 / 91 68 68

Marienheim Hospiz Kaarst e.V.

Herr Schümchen / Schwester Ingeborg

Giemesstraße 4a / 41564 Kaarst

Tel.: 02131 / 79 75 20 - Fax: 02131 / 79 75 22

E-Mail: marienheim-hospiz@t-online.de

Informationen zur Hospizarbeit bietet u.a. folgende überregionale Institution:

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

Am Weiherhof 23 / 52382 Niederzier

Tel.: 02428 / 802 - 937 - Fax: 02428 / 802 - 892

E-Mail: bag@hospiz.net / Internet: www.hospiz.net

1.10 Unterstützende Hilfen im Krankenhaus

In **Krankenhäusern** müssen unabhängige **Patientenbeschwerdestellen** (sog. **Patientenfürsprecher**) vorhanden sein (vgl. § 5 KHG NRW). An diese können sich die Patienten mit Anliegen und Beschwerden wenden. Die allgemeine Problematik im Hinblick auf diese Patientenbeschwerdestellen ist, dass sich die meisten Menschen - vor allem während der aktiven Liegezeit im Krankenhaus - scheuen, sich dort über irgendwelche Umstände zu beschweren. Krankenhauspatienten kann nur angeraten werden, diese Scheu abzulegen und ihre Anliegen vorzutragen.

Hinsichtlich der leistungsrechtlichen Ansprüche und sonstiger Problemsituationen können sich Patienten (Versicherte) während eines Krankenhausaufenthaltes auch an den **Krankenhaussozialdienst** wenden. Der Sozialdienst hat die Aufgabe, die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen, ihn in sozialen Fragen zu beraten, bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und Hilfen, die sich an die Entlassung aus dem Krankenhaus anschließen, zu vermitteln (§ 6 KHG NRW). Der Sozialdienst kann sich z.B. um folgende Aufgaben kümmern: Beantragung eines Schwerbehindertenausweises und Vermittlung einer im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt notwendigen Unterbringung in einem Pflegeheim.

1.11 Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung fördern seit 01.07.2001 im Rahmen des § 65 b SGB V 30 Einrichtungen im Rahmen von Modellvorhaben, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Verbrauchern und

Patienten zum Ziel gesetzt haben. Nähere Informationen zu den Institutionen und dem jeweiligen Projektinhalt unter:

www.g-k-v.com/index.php?idcatside=64

Mit der Gesundheitsreform (2004) ist die Institution einer Patientenbeauftragten eingerichtet worden.

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Helga Kühn-Mengel MdB

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Wilhelmstr. 49 / 11017 Berlin

E-Mail: patientenbeauftragte@bmgs.bund.de

Internet:

www.bmgs.bund.de/deu/gra/ministerium/beauf/pa/5083.cfm

Schwerpunkt der Tätigkeit der Patientenbeauftragten ist der Einsatz für die Belange der Patientinnen und Patienten. Näheres regelt u.a. die **Patientenbeteiligungsverordnung**; Text nachlesbar unter:

www.bmgs.bund.de/download/gesetze/GKV/PatBeteiligungsVO.pdf

Bundesweit stehen u.a. folgende Institutionen für die Verbraucher medizinischer Leistungen zur Beratung bzw. Hilfe zur Verfügung:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66 / 10969 Berlin

Tel: 030 / 25 800 - 0

Internet: www.vzbv.de/go/index.html

BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Auenstr. 31 / 80469 München

Fax: 089 / 725 04 74

Internet: www.patientenstellen.de

Zur neutralen und unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung stehen im Übrigen zahlreiche weitere Einrichtungen, zum Teil mit nur regionalen Zuständigkeiten,

zur Verfügung. Diese Einrichtungen, unabhängige **Patientenstellen** und **Selbsthilfegruppen und –organisationen**, können zur (ergänzenden) Beratung und Hilfe eingeschaltet werden. Sämtliche Adressen dieser Institutionen im Kreis Neuss stehen im Internet zur Verfügung:

www.patientenunterstuetzung.de/Adressen/SelbsthilfegruppenNeuss.pdf

www.gesundheitsamt-ne.de ⇒ **Selbsthilfe**

Informationen über Selbsthilfegruppen im Rhein-Kreis Neuss stellen auch das Kreisgesundheitsamt Neuss und der Paritätische Wohlfahrtsverband Neuss zur Verfügung. Die Ansprechpartner:

Kreisgesundheitsamt Neuss

Renate Gähl, Auf der Schanze 1, 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 601-5327, Fax: 02181 / 601-5299

E-Mail: renate.gaehl@rhein-kreis-neuss.de

Internet: www.gesundheitsamt-ne.de ⇒ **Selbsthilfe**

Paritätischer Wohlfahrtsverband Neuss

Karl Boland

Adolf-Flecken-Straße 10 / 41460 Neuss

Tel.: 02131 / 270 - 97 Fax: 02131 / 270 - 99

E-Mail: kgneuss@paritaet-nrw.org / Internet: www.paritaet-nrw.org

Als Ansprechpartner stehen auch die Selbsthilfearbeitsgemeinschaften im Rhein-Kreis Neuss zur Verfügung:

Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen und Verbände der Stadt Dormagen

Rudi Patrick Browne

Knechtstedener Str. 42 / 41540 Dormagen

Tel. und Fax: 02133 / 4 10 10

E-Mail: arbeitsgemeinschaft.s.dormagen@web.de

Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen Grevenbroich e.V.

Hans-Ferdi Schulze

Steinmetzstr. 4 / 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 75 78 31

E-Mail: webmaster@selbsthilfe-grevenbroich.de

Internet: www.selbsthilfe-grevenbroich.de

Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft Neuss

Manfred Nachtigall

Kopenhagener Str. 3 / 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 166817

Fax: 02131 / 202163

E-Mail: nachtigall_37_m@gmx.de

Für überregionale Informationen zur Selbsthilfe steht das **Selbsthilfenetz** zur Verfügung. Internetadresse:

www.selbsthilfenetz.de

Allgemeine Informationen zum Arzt-, Pflege- und Patientenrecht und zum Gesundheitswesen (mit einem Diskussionsforum) stellt auch das **Institut für Pflegerecht und Gesundheitswesen** zur Verfügung. Internetadressen:

www.gesetzeskunde.de

www.pflegerecht-forum.de

1.12 Konfliktsituationen mit dem Arzt – Wer hilft?

Im Verhältnis von Arzt und Patient kann es zu Konflikten kommen, etwa wenn der Patient vermutet, dass ein **Behandlungsfehler** einen Schaden verursacht habe. Bei Privatpatienten kann sich auch das Problem ergeben, dass der Patient die Kostenrechnung des Arztes für zu hoch erachtet und sich weigert, diese vollständig zu begleichen.

Die Haftungsgrundlagen des BGB und ihre „Besonderheiten“ im Überblick:				
Anspruchsgrundlage	Anspruchsgegner	Haftungsumfang	Entlastungsmöglichkeit	Verjährungsfrist
Vertrag (= vertragliche Haftung, §§ 276, 280 BGB)	Vertragspartner (z.B. Krankenhaus und/oder Arzt)	Materieller und immaterieller Schaden (§ 249 ff. BGB)	Keine Entlastungsmöglichkeit für Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB)	3 Jahre, ggf. 30 Jahre (§§ 195, 199 BGB)
Unerlaubte Handlung (= deliktische Haftung, § 823 ff. BGB)	Vertragspartner und/oder Schädiger (z.B. Pflegekraft, Physiotherapeut)	Materieller Schaden und immaterieller Schaden (§ 249 ff. BGB)	Entlastungsmöglichkeit des Vertragspartners für Verrichtungsgehilfen (§ 831 BGB)	3 Jahre, ggf. 30 Jahre (§§ 195, 199 BGB)
Die beiden Haftungssysteme bestehen nebeneinander und sind inhaltlich weitgehend identisch!				
Quelle: Schell W. „Staatsbürgerkunde, Gesetzeskunde und Berufsrecht für die Pflegeberufe in Frage und Antwort“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1998 und www.pflegerechtportal.de				

In solchen Fällen sollte versucht werden, derartige Konflikte mit dem jeweiligen Arzt bzw. dem sonstigen Leistungserbringer in einem Gespräch zu erörtern und – wenn möglich – einer Lösung zuzuführen. Gelingt eine solche **gütliche Regelung** nicht, kann eine **streitige Anspruchsdurchsetzung** in Betracht kommen.

Der § 21 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte lautet:

„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern“.

Bevor ein Patient aber wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers zu einem Rechtsanwalt geht, stehen ihm als (erste) Ansprechpartner für sein Problem auch die hinter ihm stehende gesetzliche oder private **Krankenversicherung** zur Verfügung. Die Versicherungen haben nämlich großes Interesse an der ordnungsgemäßen Leistungserbringung durch Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer.

Die (gesetzliche) Krankenkasse kann dem Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aus Versicherungsleistungen gegen den Arzt und sonstigen

Leistungserbringern helfen. Dies steht jedoch im Ermessen der Krankenkasse. Keinesfalls wird die Krankenkasse die Kosten für einen vom Versicherten eingeschalteten Rechtsanwalt übernehmen.

⇒ Siehe beispielhaft die Hinweise der AOK zur Überprüfung und der rechtlichen Schritte bei einem Behandlungsfehlerverdacht unter

[http://www.aok.de/?logurl=%2Fbund%2Ftools%2Fges_wissen%2Fverbraucher-schutz%2F&dat\[full\]=220653&dat\[sky\]=220740&leftnav\[id\]=1](http://www.aok.de/?logurl=%2Fbund%2Ftools%2Fges_wissen%2Fverbraucher-schutz%2F&dat[full]=220653&dat[sky]=220740&leftnav[id]=1)

Zur **Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern** ist in **§ 66 SGB V** ausgeführt:

„Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkasse übergehen, unterstützen.“

Die Krankenkasse kann vor allem mit Hinweisen zum weiteren Vorgehen und bei der Beweisführung durch den Versicherten helfen. In diesem Zusammenhang kann die Krankenkasse Auskünfte aus ihren Dateien erteilen und den Sachverhalt vom **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** überprüfen und begutachten lassen. Zur Vorbereitung eines solchen Gutachtens kann der MDK aufgrund einer Schweigepflichtsentbindung durch den versicherten Patienten die Krankendokumentation (in Kopie) beziehen.

Wird durch das Gutachten des MDK ein Behandlungsfehler bestätigt, kann die Krankenkasse ihre Schadensersatzansprüche nach § 116 SGB X gegen den Schädiger geltend machen. Der versicherte Patient muss aber in einem solchen Fall seine eigenen Ansprüche selbst verfolgen bzw. einklagen, verfügt aber aufgrund des erstellten Gutachtens des MDK über eine gute Argumentationsgrundlage. Das Prozessrisiko kann so eher eingeschätzt werden!

Zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern informiert das Buch von Krauskopf / Marburger „Die Haftung des Arztes für Behandlungsfehler“. Asgard Verlag, Sankt Augustin, 2001; sehr anschaulich.

Der Patient kann sich auch an die für den Arzt regional zuständige **Ärztammer bzw. Kassenärztliche Vereinigung** mit einer Beschwerde wenden. Jede Ärztkammer hat eine **Gutachter- und Schlichtungsstelle** eingerichtet, die die Beschwerde für den Patienten kostenfrei behandelt und einen eventuellen Behandlungsfehler des Arztes begutachtet und feststellt. Für den Patienten hat das Gutach-

terverfahren den Vorteil, dass er anhand des erstellten ärztlichen Gutachtens die Erfolgsaussichten eines eventuellen Rechtsstreits besser abschätzen kann.

Zu den Aufgaben der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und Hilfestellungen bei ärztlichen Behandlungsfehlern siehe unter:

www.bundesaerztekammer.de/20/10Fehler/05Aufgaben.html
www.bundesaerztekammer.de/20/10Fehler/05Aufgaben.html

Die für die Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln zuständige **Gutachter- und Schlichtungsstelle** ist eingerichtet bei der **Ärztekammer Nordrhein**.

Ärztekammer Nordrhein
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Tersteegenstraße 9 / 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211/43020
Internet: www.aekno.de

Dort können folgende Texte heruntergeladen werden:

- Informationen zum Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung,
- Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung,
- Antrag als Word-Dokument,
- Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Die für den Rhein-Kreis Neuss zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist wie folgt zu erreichen:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9 / 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 59 70 - 82 79 Fax: 02 11 / 59 70 - 81 00
Internet: www.kvno.de

Aufgrund privater Initiative wurde die **Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V.** gegründet. Diese Selbsthilfevereinigung kümmert sich allgemein um die Belange von Versicherten und betroffenen Patienten. Bei Fragen und Problemen wird weitergeholfen mit Rat und Tat.

Hier die näheren Angaben zur Patientenschutzorganisation:

Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V.

Schloßstr. 37 / 41541 Dormagen

Telefon: 02133 / 4 67 53 Fax: 02133 / 24 49 55

E-Mail: info@bag-notgemeinschaften.de

Internet: www.bag-notgemeinschaften.de

Bei Konfliktsituationen mit dem Arzt können auch die **Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung** in Anspruch genommen werden.

Adressen im Internet unter:

www.patientenunterstuetzung.de/Adressen/adressen.htm

Bundesgerichtshof hat die „Waffengleichheit“ im Medizinschadensprozess gestärkt!

Grundsätzlich trägt in einem Zivilprozess jede Partei die **Beweislast** für die tatsächlichen Voraussetzungen der in infrage kommenden Anspruchsgrundlage (Vertragsverletzung bzw. unerlaubte Handlung). Demzufolge muss ein Patient einen vermuteten Behandlungsfehler vor Gericht beweisen. Dem Patienten stehen aber Beweiserleichterungen bis hin zur **Umkehr der Beweislast** zur Verfügung. Solche Beweiserleichterungen kommen v.a. in Betracht bei **groben Behandlungsfehlern sowie Dokumentations- und Aufklärungsmängeln**.

Mit Urteil vom 27.04.2004 – VI ZR 34/03 – hat der Bundesgerichtshof (BGH) die **Beweiserleichterungen für die Patienten gestärkt** und seiner Entscheidung folgenden Leitsatz vorangestellt:

„Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Dafür reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahe liegen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht.“

Wenn es um medizinische Sachverhalte geht, ist in der Regel ohne eine sachverständige Stellungnahme (Gutachten) nicht auszukommen!

Die Entscheidung über die Hinzuziehung eines unabhängigen und fachkundigen Sachverständigen und dessen Auswahl liegt in einem Schadensersatzprozess im richterlichen Ermessen. **Ein Sachverständiger ist auf der Grundlage eines kon-**

kreten Auftrags (Beweisfragen) der Gehilfe (Berater) des Gerichts und hat sein Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten.

Ein (2002) geschaffener neuer Haftungstatbestand (§ 839 a BGB) regelt die **Haftung des gerichtlichen Sachverständigen für ein unrichtiges Gutachten**. Mit dieser Regelung wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass der Rückgriff auf den Sachverständigen für den in einem Rechtsstreit auf Grund eines falschen Sachverständigengutachtens Unterlegenen oft die einzige Möglichkeit ist, materielle Gerechtigkeit zu erlangen. Dies birgt freilich auch die Gefahr in sich, dass rechtskräftig abgeschlossene Prozesse im Gewand des Sachverständigenhaftungsprozesses neu aufgerollt werden.

§ 839 a BGB (Haftung des gerichtlichen Sachverständigen) lautet:

- (1) Erstattet ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, so ist er zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der einem Verfahrensbeteiligten durch eine gerichtliche Entscheidung entsteht, die auf diesem Gutachten beruht.
- (2) § 839 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden.

1.13 Medizin-Rechtsberatung der Stiftung Gesundheit

Die Stiftung Gesundheit bietet eine **kostenlose juristische Erstberatung in Sachen Medizinrecht**: Ohne Kostenrisiko und in Wohnortnähe können Ratsuchende sich hier eine kompetente Einschätzung der Rechtslage sowie praktische Hinweise zum weiteren Vorgehen einholen.

Die Erstberatungsgespräche werden von den ausgewählten Vertrauensanwälten der Stiftung Gesundheit geführt. Im Rahmen des Gesprächs prüft der Anwalt unter anderem, ob der Fall eine rechtliche Dimension hat, wie nach erster Einschätzung die Erfolgsaussichten stehen und gibt Auskunft darüber, welche weiteren Beratungs- und Hilfsangebote zur Verfügung stehen.

Das Medizinrechts-Beratungsnetz steht sowohl Patienten als auch Ärzten zur Verfügung.

Medizin-Rechtsberatung der Stiftung Gesundheit

Telefon (kostenlos): 0800 / 0 73 24 83 (Mo-Fr 9-17 Uhr)

Internet: www.patientenunterstuetzung.de/Adressen/adressen.htm

1.14 Rechtsweg

Vorweg gilt es zu beachten: Um einer eventuellen **Einrede der Verjährung** zu entgehen, sollte der Patient seine **Schadensansprüche zeitnah geltend machen**.

Hierdurch erhöht sich auf jeden Fall die Beweisbarkeit eines eventuellen Behandlungsfehlers.

Die Verjährung von Ansprüchen hängt von der Art und dem Zeitpunkt des Schadens sowie davon ab, wann der Betroffene von einem Schaden selbst und vom Verursacher des Schadens erfährt (vgl. § 194ff. BGB). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Verletzte vom Schaden und der Person des Schädigers Kenntnis erlangt hat bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Bei Behandlungsfehlern beginnt die Verjährung erst, wenn der Patient Kenntnis von Tatsachen erlangt, aus denen sich für ihn als medizinischen Laien ergibt, dass der Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach ärztlichem Standard erforderlich gewesen wären.

Mit der zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Schuldrechtsreform wurde die Verjährungsfrist für Schadensersatzansprüche im Allgemeinen auf **drei Jahre** herabgesetzt. Dies umfasst sowohl Schadensersatzansprüche, die aus einer vertraglichen Beziehung resultieren als auch solche, die durch eine unerlaubte Handlung entstehen. Außerdem hat der Gesetzgeber unabhängig vom Beginn der Verjährung Höchstfristen festgelegt, bis zu denen Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können. Schadensersatzansprüche wegen Verletzung des Körpers, des Lebens oder der Gesundheit verjähren ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis spätestens **30 Jahre** nach dem Tag der Behandlung bzw. Pflichtverletzung.

Im Falle einer etwa notwendigen gerichtlichen Auseinandersetzung mit dem Arzt, steht dem Patienten der **Zivilrechtsweg zu den ordentlichen Gerichten** zur Verfügung. Je nach Streitwert ist demnach entweder das Amtsgericht (bis 5.000 €) oder das Landgericht (über 5.000 €) zuständig. Der Streitwert bestimmt sich nach der Höhe des geltend gemachten Schadensersatzes oder Schmerzensgeldes. Vor den Landgerichten besteht Anwaltszwang. Das heißt, dass sich jeder am Rechtsstreit Beteiligter durch einen Rechtsanwalt seiner Wahl vertreten lassen muss. Aber auch vor den Amtsgerichten empfiehlt sich die Vertretung durch einen Anwalt, da Vortrag und Beweisführung hinsichtlich der Schadensursache und der Schadenshöhe in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht gerade in Arzthaftungsfällen äußerst kompliziert sein kann.

Ein informativer Beitrag zum „Arzthaftungsprozess“ ist im Internet nachlesbar unter:

www.laekh.de/HessAerzteblatt/2004/04_2004/AKRecht_arzthaftung.pdf

www.laekh.de/HessAerzteblatt/2004/05_2004/arzthaftungsprozess285-288.pdf

Einen staatlich geprüften Fachanwalt für „Medizinrecht“ gibt es nicht. Allerdings haben sich einige Anwälte auf diesem Gebiet freiwillig fortgebildet und auf das **Medizinschadensrecht** spezialisiert. Diesem Rechtsgebiet verbunden sind die **Fachanwälte für Sozialrecht**, welche auf den durch sie verstärkt bearbeiteten Rechtsgebieten des Krankenkassen-, Rentenversicherungs-, Pflegeversicherungs- und Unfallversicherungsrecht häufig mit medizinischen Fragen konfrontiert werden. Hinweise auf entsprechende Spezialisierungen kann man dem örtlichen Telefonbuch entnehmen oder bei der zuständigen Rechtsanwaltskammer erfragen. Hilfreich sind auch die Anwaltssuchdienste im Internet.

Bei der Suche nach einem geeigneten Anwalt stehen u.a. folgende Ansprechpartner zur Verfügung:

Rechtsanwaltskammer Düsseldorf

Freiligrathstraße 25 / 40479 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 49 50 20

Fax : 0211 / 49 50 - 228

Internet: www.rak-ddorf.de

Rechtsanwaltskammer Köln

Riehler Straße 30 / 50668 Köln

Telefon: 0221 / 97 30 10 - 0

Fax: 0221 / 97 30 10 - 50

Internet: www.rak-koeln.de

Anwaltsverein Mönchengladbach

Hohenzollernstraße 140 / 41061 Mönchengladbach

Telefon: 02161 / 17 79 29

Eine Anwaltssuche bzw. -auswahl kann auch mit Unterstützung der auf dem Medizinschadensrecht erfahrenen Institutionen (z.B. Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V. in Dormagen, Patientenstellen, Verbraucherberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und -verbände) durchgeführt werden. Diesbezüglich sind die Erfahrungen derjenigen, die bereits in Medizinschadensangelegenheiten Erfahrungen sammeln konnten, in jeder Hinsicht wichtig!

1.15 Kosten / Rechtsschutzversicherungen

Streitige Auseinandersetzungen müssen von ihrer Kostenseite her gut bedacht werden. Denn die vor Gericht unterliegende (erfolglose) Partei muss für die Prozesskosten eintreten. Die Höhe dieser Kosten richtet sich nach dem Wert des Streitfalls zuzüglich eventuell anfallender Kosten für Sachverständige. Da aber der Erfolg eines Prozesses letztlich nie sicher eingeschätzt werden kann, gilt es, das **nicht unerhebliche Prozessrisiko** zu bedenken (*„Vor Gericht und auf hoher See ist man immer in Gottes Hand“*).

Eine Privatrechtsschutzversicherung für Selbständige oder abhängig Beschäftigte zahlt, wenn der Vertragsrechtsschutz eingeschlossen ist, in der Regel, nach grober **Prüfung der Erfolgsaussichten**, die Kosten sowohl einer außergerichtlichen als auch einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit einem Arzt. Im Falle des Unterliegens vor Gericht werden durch die Rechtsschutzversicherung auch die der Gegenseite entstandenen Kosten ersetzt. Zu bedenken ist, dass die Rechtsschutzversicherung auch bei einer Einstandspflicht Kosten nur bis zur Höhe der vereinbarten Deckungssumme übernimmt.

Bei fehlender Rechtsschutzversicherung besteht für den Fall, dass man die Kosten des Verfahrens selber nicht aufbringen kann, die Möglichkeit, im außergerichtlichen Verfahren **Beratungshilfe** beim Amtsgericht seines Wohnsitzes zu beantragen und im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung **Prozesskostenhilfe**. Bei letzterer werden allerdings vor deren Gewährung die Erfolgsaussichten der Klage sehr genau und streng geprüft. Über die Beratungs- und Prozesskostenhilfe kann man sich bei der Geschäftsstelle des infrage kommenden Gerichts näher informieren.

1.16 Nützliche Literatur (Auswahl):

ANDREAS / DEBONG / BRUNS: Handbuch Arztrecht in der Praxis. Nomos, Baden-Baden 2001

FRAHM / NIXDORF: Arzthaftungsrecht. Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe 2001

HANSIS / HANSIS: Der ärztliche Behandlungsfehler – Verbessern statt streiten. Ecomed, Landsberg 2001

HEBERER, J.: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. Ecomed, Landsberg 2001

Janssen-Cilag GmbH und Ortho Biotech: Vorsorgevollmacht – Betreuungsvollmacht – Patientenverfügung

KÖNIG, J.: Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. Schlütersche, Hannover 2001

KRAUSKOPF / MARBURGER: Die Haftung des Arztes für Behandlungsfehler. Asgard Verlag, Sankt Augustin 2001

KÜHN / WERNER: Taschenatlas zur Pflegeversicherung. Asgard Verlag, Sankt Augustin 2001

LAUFS / UHLENBRUCK: Handbuch des Arztrechts. C.H. Beck Verlag, München 1999

PUTZ / STELDINGER: Patientenrechte am Ende des Lebens. Deutscher Taschenbuchverlag, München 2003

Rhein Kreis Neuss: Ratgeber des Kreises Neuss für Seniorinnen und Senioren

Rhein Kreis Neuss: Wegweiser Diabetes – Informationen für Betroffene und Angehörige

Rhein Kreis Neuss / Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe / Schlaganfall: Wegweiser für Betroffene und Angehörige

Robert Koch Institut: Medizinische Behandlungsfehler, Heft 04/01 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch Institut: Nosokomiale Infektionen, Heft 08/02 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch Institut: Sterbebegleitung, Heft 01/01 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

SHELL, WERNER: Arztpflichten – Patientenrechte. Reha-Verlag Bonn-Bad-Godesberg, 4. Auflage 1993

SHELL, WERNER: Pflegerecht im Spiegel der Rechtsprechung. Schlütersche, Hannover (CD, 3. Auflage 2003) und Internet www.pflegerechtportal.de (Stand 2003)

SCHLICHTNER, SUSANNE: Mein Recht als Patient. Deutscher Taschenbuchverlag, München 2001

Verbraucher Zentrale Hamburg e.V.: Patientenratgeber, Hamburg 2002

Verbraucher Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: Besuch beim Arzt – Als Kunde in der Praxis, Düsseldorf 2000

Verbraucher Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: Patiententagebuch, Düsseldorf 2000

Verbraucher Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: Patiententipps für den Arztbesuch, Düsseldorf 2004

Verbraucher Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: Pflegefall – was tun? Düsseldorf 2001

Verbraucher Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: Pflegende Angehörige. Düsseldorf 2002

Verbraucher Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: Vorsorge selbstbestimmt, Düsseldorf 2003

2. Der Patient als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

TILMAN FOERSTER, Rechtsanwalt in Grevenbroich

.....

90 % der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Es ist gerade dieser Krankenversicherungszweig der durch sinkende Beitragseinnahmen (u.a. durch steigende Arbeitslosigkeit) aber auch durch hohe Ausgaben aufgrund steigender Kosten infolge medizinischen Fortschritts, in erhebliche Schwierigkeiten gekommen ist. Die Politik versucht derzeit mit einer Fülle von Reformvorhaben diesen Versicherungszweig Leistungsfähig zu halten.

In der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** ist man entweder als Pflichtmitglied (abhängig beschäftigte Arbeitnehmer mit einem Bruttomonatsgehalt von derzeit (2004) bis zu 3.862,50 €), als freiwilliges Mitglied oder als mitversichertes Familienmitglied einer der zuvor genannten Personen, versichert. Besonderheiten gelten z.B. für Behinderte, Studenten, Rentner, Künstler und Landwirte.

Hier die Einzelheiten der jeweiligen Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft darzustellen, würde den Rahmen dieser Ausführungen sprengen. Gerade aber auch die Frage, ob jemand Mitglied der GKV ist oder werden darf, kann zu einer Streitigkeit zwischen dem Bürger und der gesetzlichen Krankenkasse führen.

Die gesetzlichen Regelungen zur **GKV** finden sich im Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie den allgemeinen Sozialgesetzbüchern I + IV, weiter dem SGB IX bei Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen und in zum SGB V ergangenen Verordnungen und Richtlinien.

Der **Begriff der Krankheit** ist vom Gesetzgeber nicht definiert worden. Die Rechtsprechung versteht Krankheit als „einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand der eine Behandlung erforderlich macht“. Die medizinisch notwendige Heilbehandlung soll die Krankheit heilen, lindern oder Verschlimmerung verhüten.

Die **Krankenbehandlung** umfasst alle notwendigen Maßnahmen der Diagnostik und der Therapie einer Krankheit. Im Rahmen der **Therapie** steht zwar das Ziel der Heilung im Vordergrund, aber auch Maßnahmen, die lediglich einen Krankheitsprozess aufhalten oder nur noch Beschwerden lindern können, sind zur Krankenbehandlung zu zählen.

Abzugrenzen ist die Krankenbehandlung von bloßer Betreuung oder Pflege wie z.B. von alten Menschen oder geistig Behinderten. Stellen sich Pflegemaßnahmen nicht mehr als Teil einer medizinisch indizierten Handlung dar, sondern dienen diese alleine dem Zweck, dem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen, liegt statt krankheits-

bedingter Behandlungsbedürftigkeit Pflegebedürftigkeit vor. Derartige Leistungen können nicht zu Lasten der GKV in Anspruch genommen werden. Hierfür sind gegebenenfalls andere Sozialleistungsträger zuständig.

Mit Einschränkungen wird auch Hilfe bei Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit geleistet.

2.1 Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung

Gemäß dem bereits in der Einleitung erwähnten Sozialstaatsprinzip ist im SGB V ein umfassender Leistungsanspruch des Versicherten und seiner mitversicherten Familienangehörigen normiert. In § 27 Abs. 1 SGB V heißt es:

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“

Dieser allgemeinen Grundsatz wird durch weitere gesetzliche (§§11, 20 bis 52 SGB V) und außergesetzliche Regelungen (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der **Ärzte** und **Krankenkassen**) konkretisiert.

Im Internet unter: www.g-ba.de

Grundsätzlich unterliegt die **GKV** nach § 12 Abs. 1 SGB V bei der Entscheidung über die Leistungsgewährung dem **Wirtschaftlichkeitsgebot**. Wörtlich heißt es in § 12 Abs. 1 SGB V:

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

Gleichfalls ist aber auch in § 2 Abs. 1 SGB V bestimmt:

„dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben“.

Die Krankenbehandlung umfasst ärztliche und **psychotherapeutische Behandlung** sowie **zahnärztliche Behandlung** einschließlich der Versorgung mit **Zahnersatz**, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil-, und **Hilfsmitteln**, **häuslicher Krankenpflege** und **Haushaltshilfe**, **Krankenhausbehandlung** und Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**.

Das SGB V gewährt dem Versicherten aber nicht nur einen Anspruch auf Krankenbehandlung im engeren Sinne, sondern ausdrücklich auch einen weitergehenden Anspruch auf folgende Leistungen:

- **Vorsorgemaßnahmen** (Untersuchung zur **Krebsfrüherkennung**)
- **ärztliche Betreuung** der Mutterschaft (eigentlich keine **Krankheit**)
- Rehabilitationsmaßnahmen (um eine **Behinderung** oder **Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden oder zu lindern)
- **Krankengeld**

So ist aus sozialpolitischen Erwägungen der Leistungskatalog weiter, als es für eine reine Bekämpfung von Krankheit notwendig ist. Dies korrespondiert mit dem oben beschriebenen erweiterten Krankheitsbegriff.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Vertreter für die Kassenärzte und die **Spitzenverbände** der Krankenkassen als Vertreter für sämtliche gesetzliche Krankenkassen vereinbaren den **einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**. Dieser bestimmt den Inhalt der Leistungen, die die Kassenärzte gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Der EBM wird ständig überarbeitet und der medizinischen Entwicklung angepasst.

Zur weiteren Konkretisierung von Leistungen die, die Versicherten verlangen können, erlässt der gemeinsame **Bundesausschuss** der Ärzte und Krankenkassen **Richtlinien**. So etwa Richtlinien zu **Vorsorgeuntersuchungen**. Weiter ist ein **Hilfsmittelverzeichnis** erstellt, in dem die beanspruchbaren **Hilfsmittel**, deren Funktionstauglichkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, aufgeführt sind.

Besonderheiten gelten bei so genannten „**Außenseitermethoden**“ und „**neuen Behandlungsmethoden**“.

Um nicht Kosten für unseriöse bzw. wenig Erfolg versprechende **Behandlungsmethoden** zu verursachen, sind die behandelnden **Vertragsärzte** bei der Auswahl ihrer **Behandlungsmethoden** an solche Methoden gebunden, deren **Wirksamkeit** auch wissenschaftlich nachgewiesen ist und die bereits als abrechnungsfähige ärztliche Leistungen im **EBM** aufgeführt sind. Andernfalls wäre die Behandlung nicht mehr wirtschaftlich.

Andererseits bestimmt § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V:

„Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Anthroposophie und Naturheilkunde) sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

Eine solche Regelung macht Sinn, da andernfalls der medizinische Fortschritt stagnieren würde. Es muss auch für neue Behandlungsmethoden der alternativen Medizin die Chance bestehen ihre Wirksamkeit nachzuweisen.

Der gemeinsame **Bundesausschuss** der **Ärzte** und **Krankenkassen** wurde vom Gesetzgeber in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V ermächtigt Richtlinien zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. bezüglich wirksamer „besonderer“ Behandlungsmethoden zu erlassen. Von dieser Richtlinienkompetenz hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auch Gebrauch gemacht und die **Richtlinie über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie)** erlassen.

Hier ist im Einzelnen geregelt welche Außenseitermethode oder neue medizinische Behandlung auf Kosten der GKV (noch oder schon) erbracht werden darf und welche nicht.

Zahnersatz

Nach langer Diskussion bleibt nun beim **Zahnersatz** alles beim Alten.

Die Krankenkassen gewähren Kostenerstattung in Höhe von 50 %, bzw. 60 %, je nach dem ob der Versicherte regelmäßig beim Zahnarzt war oder nicht. Dies ist der Krankenkasse durch das sog. Bonusheft nachzuweisen.

2.2 Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip

Die GKV erbringt die umfassende medizinische Versorgung der Versicherten über das sog. **Sachleistungsprinzip**. Weiter besteht seit dem Jahre 2004 nun auch die Möglichkeit des Versicherten die **Kostenerstattung** zu wählen.

Beim **Sachleistungsprinzip** schließen die Krankenkassen über zwischengeschaltete **Kassenärztliche Vereinigungen (KV)** mit den medizinischen **Leistungserbringern Versorgungsverträge** ab. Versicherte können sich unmittelbar behandeln lassen ohne, abgesehen von der seit Januar 2004 eingeführten **Praxisgebühr**, einen Vorschuss leisten zu müssen oder später eine Rechnung zu erhalten.

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt dann zwischen den **Leistungserbringern** und der Krankenkasse.

Dieses **Sachleistungsprinzip** gilt nicht mehr, sobald man sich **Zusatzleistungen** mit oder ohne eine **private Zusatzversicherung** besorgt. Dann muss unmittelbar gegenüber dem Arzt wie ein privat Versicherter gezahlt werden (siehe Kapitel **PKV**) ⇒ Seite 44).

Beim **Kostenerstattungsprinzip, das neu eingeführt wurde** (§13 SGB V), wird der Versicherte gegenüber dem Arzt quasi zum **Privatpatienten**. Der Arzt hat nicht mehr die Möglichkeit unmittelbar gegenüber der Krankenkasse abzurechnen. Dafür

ist er auch nicht mehr an die niedrigeren Gebührensätze der Kassenärzte gebunden. Er kann dann gegenüber dem Patienten nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** wie bei einem **Privatpatienten** abrechnen. Die Krankenkasse erstattet dem Versicherten nur die Kosten, die die Krankenkasse bei einer unmittelbaren Abrechnung nach dem Sachleistungsprinzip zu zahlen hätte.

Der Versicherte ist an die Wahl des Kostenerstattungsprinzips für mindestens 1 Jahr gebunden.

Die entstehenden Mehrkosten können zum Teil durch den Abschluss einer privaten **Krankenzusatzversicherung** abgedeckt werden. Hier ist aber zu beachten, dass **private Krankenversicherungsunternehmen** vor Abschluss einer solchen Zusatzversicherung eine **Risikoprüfung** durchführen und somit nicht jeder eine **Zusatzversicherung** erhält.

Versicherte sollten sich vor der Wahl der **Kostenerstattung** ausführlich von ihrer Krankenkasse beraten lassen.

2.3 Unmittelbare Beteiligung des Patienten an den Kosten

Um Kosten zu sparen und um bei den Versicherten ein Kostenbewusstsein zu erwecken, ist 2004 eine weitere Änderung der GKV in Kraft getreten.

Eine Reihe von **Sachleistungen**, wie etwa nicht **verschreibungspflichtige Medikamente**, **Sehhilfen**, sowie die Zahlung von **Sterbegeld** sind weggefallen, die **Fahrtkostenerstattung** hat Einschränkungen erfahren (Fahrten zu ambulanten Behandlung nur noch für Versicherte mit einem **Schwerbehindertenausweise** in dem eines der Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich Gehbehindert), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) eingetragen ist oder die die **Pflegestufe** 2 oder 3 nachweisen können).

Weiter wird vom Versicherten eine erhöhte **Zuzahlung** neben seinen Versicherungsbeiträgen in Höhe von 10% des Abgabepreises bei Medikamenten, Verbandmitteln und Hilfsmitteln (Hörgeräte, Rollstühle usw.) verlangt. Die Zuzahlung beträgt mindestens 5 € und höchstens 10 €.

Neu ist die Einführung einer einmaligen **Praxisgebühr** in Höhe von 10 € je Quartal und Arzt der vom Patienten aufgesucht wird. Bei einer Überweisung durch den Hausarzt an den Facharzt wird dort allerdings keine weitere Praxisgebühr fällig. Eine Überweisung an den Zahnarzt ist aber nicht möglich.

Auch wer die **Notfallambulanz** eines Krankenhauses aufsucht, muss 10 Euro bezahlen.

Ausnahmen von diesen Regelungen gelten für Kinder und Jugendliche sowie für chronisch Kranke. Auch jährliche **Kontrollbesuche** beim Zahnarzt, **Vorsorge- und**

Früherkennungstermine und **Schutzimpfungen** sind von der **Praxisgebühr** ausgenommen.

Bei **Heilmitteln** werden 10% Zuzahlung zum Heilmittel und 10 € Zuzahlung zu jeder Verordnung verlangt.

Für jeden Tag einer stationären Versorgung in einem **Krankenhaus** oder einer **Rehabilitation** fallen 10 € Zuzahlung an; begrenzt auf Zuzahlung für höchstens 28 Tage.

Bei der häuslichen **Krankenpflege** trägt der Patient 10 % der Kosten sowie 10 € Zuzahlung zu jeder Verordnung.

Der Aufwand für **Praxisgebühren** und **Zuzahlung** wird auf 2 %, bei chronisch Kranken auf 1 % vom Einkommen zum Lebensunterhalt des Patienten pro Jahr als **Belastungsgrenze** beschränkt. Bei häufiger Behandlung sollten daher alle Belege aufbewahrt werden um später festzustellen, ob die Grenze überschritten wird.

Nach Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt als **chronisch krank**, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens 1 Jahr lang) und außerdem **eine** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach den Maßstäben des § 30 **Bundesversorgungsgesetz** (BVG) oder eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit** (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII (**Unfallversicherung**) vor.
- Es ist eine kontinuierliche **medizinische Versorgung** (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, **Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln**) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens 1 Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Ist während des laufenden Kalenderjahres die Belastungsgrenze bereits erreicht, so stellt die Krankenkasse **auf Antrag** dem Versicherten eine Bescheinigung darüber aus, dass er für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlung mehr zu leisten hat.

2.4 **Auslandsbehandlung**

Nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V sind nun auch die Versicherten der GKV berechtigt, medizinische Leistungserbringer im EU-Ausland aufzusuchen. Die dort entstandenen

Kosten werden den Versicherten über das Kostenerstattungsprinzip ersetzt. Der Patient muss daher gegenüber dem Arzt im Ausland in Vorkasse treten.

Ersetzt werden die Kosten auch nur in der Höhe, wie diese auch im Inland für die gleiche Leistung von der GKV getragen worden wären.

Vor Inanspruchnahme solcher Leistungen sollte unbedingt mit der Krankenkasse Rücksprache gehalten werden.

Sofern eine Behandlung im Inland nicht möglich ist, kommt auf Antrag auch eine Behandlung außerhalb der Europäischen Gemeinschaft in Betracht.

Notfallbehandlungen im außereuropäischen Ausland werden nur dann ersetzt, wenn der Versicherte sich gegen dieses Risiko nicht mittels einer **Auslandskrankenversicherung** versichern konnte, weil er wegen einer Vorerkrankung oder des hohen Lebensalters von dieser abgelehnt wurde und er diesen Umstand **vor** Reisebeginn der GKV angezeigt hat.

2.5 Kassenwahlrecht

Die Versicherten haben in Grenzen die Möglichkeit der freien Kassenwahl. Geregelt ist diese in den §§ 173 und 175 SGB V.

Auskunft über die jeweiligen Voraussetzungen erteilt die Krankenkasse bei der der Versicherte versichert ist oder zu welcher er wechseln möchte.

2.6 Internet-Apotheken

Mittlerweile wurde auch der Versandhandel von Medikamenten für Deutschland freigegeben. Für diesen Versandhandel gelten natürlich dieselben Qualitätsanforderungen und staatlichen Kontrollen wie bei den niedergelassenen Apotheken.

2.7 Konfliktsituationen mit der GKV

Streitigkeiten zwischen Patienten und Krankenversicherung sind z.B. denkbar, wenn die Krankenversicherung die Kostenübernahme für ein bestimmtes von dem Versicherten begehrtes Medikament oder für ein bestimmtes Hilfsmittel oder eine bestimmte Behandlung verweigert.

2.7.1 Beispiele

Fall 1: Die abgelehnte Behandlung

Der behandelnde Orthopäde O diagnostiziert bei seinem Patienten P einen „Morbus Bechterew“ (entzündlich-rheumatische Erkrankung des Bewegungsapparats). Er verschreibt P zuerst eine konservative Bewegungstherapie. Nachdem diese nicht den gewünschten Erfolg bringt und P weiterhin in seiner Beweglichkeit erheblich

schmerzhaft eingeschränkt ist, beantragt O bei der Krankenkasse des P eine Behandlung mit Radiumchlorid (hier wird dem Patienten eine radioaktive Substanz gespritzt die sich in den Entzündungsherden festsetzt und dort die Entzündung hemmen).

Die Krankenkasse lehnt gegenüber O und P eine Übernahme der Kosten in Höhe von ca. 10.000 € ab mit dem Argument, die Erkrankung sei nicht hinreichend gesichert diagnostiziert und die Behandlung mit Radiumchlorid sei überhaupt als unwirtschaftlich abzulehnen.

Im EBM sei für diese Behandlung auch keine Abrechnungsziffer enthalten und schon alleine deshalb eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse nicht zulässig.

Fall 2: Die abgelehnte Rehabilitation

Die 63jährige Hausfrau F erleidet einen Schlaganfall. Nach erster Behandlung im Krankenhaus genehmigt die Krankenkasse eine Rehabilitationsmaßnahme für 30 Tage in einer speziellen Rehabilitationseinrichtung. Nachdem F nach Hause entlassen wird, bestehen weiterhin erhebliche Defizite bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Frau F kann sich nur mittels eines Rollators innerhalb ihrer eigenen Wohnung bewegen. Das Haus kann sie nicht selbständig verlassen. Sie hat Probleme bei der Körperpflege und beim Kochen.

Ihr behandelnder Arzt beantragt eine weitergehende ambulante Rehabilitation in einer spezialisierten Reha-Einrichtung am Ort von Frau F.

Die Krankenkasse lehnt diese weitergehende Behandlung ab, da eine Besserung des Gesundheitszustandes nicht zu erwarten sei. Außerdem käme nur eine ambulante Rehabilitation in einem 50 km entfernten Ort in Betracht, da mit dieser Einrichtung ein Versorgungsvertrag bestehe.

2.8 Wer hilft?

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, den Versicherten über alle verfügbaren Leistungen zu informieren. Die Krankenkasse muss selbständig objektiv ermitteln, was dem Versicherten an Leistung zusteht und wie ihm am besten im Rahmen der gesetzlichen Leistungspflicht geholfen werden kann.

Trotzdem schließt dies nicht aus, dass auch hier fehlerhaft entschieden wird. Dann aber hilft der Beratungsanspruch gegen die Krankenkasse nicht weiter, da ja gerade diese eine begehrte Leistung vielleicht zu Unrecht verweigert.

Als erster Ansprechpartner für den versicherten Patienten empfiehlt sich hier sein behandelnder Arzt. Dieser kennt sich zumindest auf seinem Fachgebiet über die erstattungsfähigen Behandlungsmethoden aus und kann gegebenenfalls auch unmittelbar mit der Krankenkasse Kontakt aufnehmen und Missverständnisse klären. Ist

die Angelegenheit so nicht zu lösen, weil etwa der Arzt bewusst eine Behandlungsmethode vorschlägt die bisher (noch nicht) als durch die Krankenkassen erstattungsfähig anerkannt ist oder es darum geht, ob überhaupt Versicherungsschutz gegeben ist, empfiehlt sich dann nur der Gang zum Rechtsanwalt oder, soweit vorhanden, eine zu einer solchen Beratung fähigen Verbraucherzentrale oder Patientenstelle.

2.9 Rechtsschutzverfahren

In einer Konfliktsituation mit seiner Krankenkasse sollte man immer darauf achten, dass man eine negative Entscheidung zeitnah in schriftlicher Form erhält. Mit mündlichen Aussagen sollte man sich keinesfalls begnügen.

Sofern in dem Ablehnungsschreiben abschließend über die Angelegenheit entschieden wurde, kann gegen diese Entscheidung, unabhängig davon ob die Krankenkasse ausdrücklich auf diese Möglichkeit hinweist oder nicht, innerhalb eines Monats nach Erhalt **Widerspruch** eingelegt werden. Mit diesem Widerspruch, der gleichfalls schriftlich erfolgen sollte, beginnt das so genannte **Vorverfahren**. Hier erhält die Krankenkasse noch einmal die Möglichkeit ihre Entscheidung zu überprüfen. Bleibt die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung aus dem vorangegangenen Bescheid, hilft sie also dem Widerspruch nicht ab, ergeht durch die Krankenkasse ein so genannter **Widerspruchsbescheid**.

Nach Erlass eines solchen Widerspruchsbescheides kann der Versicherte nun **Klage vor dem Sozialgericht** erheben. Das zuständige Sozialgericht wird in der Regel mit Adresse in der Rechtsbehelfsbelehrung des Widerspruchsbescheides benannt.

Durch das Sozialgericht wird dann die Rechtmäßigkeit der Entscheidung der Krankenkasse umfassend überprüft.

Sowohl im Widerspruchsverfahren als auch im Klageverfahren vor dem Sozialgericht besteht **kein Anwaltszwang**, so dass sich jeder Bürger alleine vertreten kann.

Um seine Erfolgsaussichten überhaupt einschätzen zu können und gegebenenfalls die eigenen ihm wichtigen Argumente wirksam vorzubringen, ist allerdings die Einschaltung eines Rechtsanwalts zu empfehlen.

2.10 Spezialisierte Anwälte

Für das gesamte Gebiet des Sozialrechts (Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung, Schwerbehindertenrecht u.a.) ist durch den Gesetzgeber über die Fachanwaltsordnung der **Fachanwalt für Sozialrecht** aus der Taufe gehoben worden. Hierbei handelt es sich um Rechtsanwälte, die sich speziell auf diesem Rechtsgebiet fortgebildet haben und geprüft wurden. Weiter sind diese Anwälte nach dem Gesetz verpflichtet, sich auf die-

sem Fachgebiet ständig fortzubilden und müssen diese Fortbildung gegenüber der Rechtsanwaltskammer nachweisen.

Hinsichtlich der Anwaltssuche wird auf die in Abschnitt 1 genannten Adressen verwiesen. (Kap. 1.14 Rechtsweg" ⇒ Seite 29).

2.11 Rechtsschutzversicherungen und Prozesskostenhilfe

Privatrechtsschutzversicherungen, sofern nicht beschränkt auf Verkehrs- oder Mietrechtsstreitigkeiten, übernehmen die Kosten von Rechtsstreitigkeiten in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten ab dem Zeitpunkt der Klage vor dem Sozialgericht.

Das Kostenrisiko für das Widerspruchsverfahren muss daher grundsätzlich selber getragen werden. Im Falle des Obsiegens gegen die Krankenkasse muss diese die für den von dem Versicherten eingeschalteten Anwalt entstandenen Kosten übernehmen. Diese belaufen sich derzeit bei einem normal gelagerten Fall auf ca. 300 €.

Für bedürftige Personen die sich unter diesen Umständen einen Rechtsbeistand nicht leisten können, besteht die Möglichkeit der Beantragung von **Beratungshilfe** beim Amtsgericht des Wohnortes. Das Amtsgericht wird dann nach Prüfung der Vermögensverhältnisse des Antragstellers einen **Beratungshilfeschein** ausstellen, mit dem dann ein Rechtsanwalt aufgesucht werden kann.

Steht im Klageverfahren eine Rechtsschutzversicherung nicht zur Verfügung und kann sich die Partei auf eigene Kosten einen Anwalt nicht leisten (zwischen 700 € und 1.000 € im Klageverfahren vor dem Sozialgericht), besteht auch hier die Möglichkeit, beim Sozialgericht Prozesskostenbeihilfe zu beantragen.

3 Der Patient als Versicherter in der privaten Krankenversicherung (PKV)

TILMAN FOERSTER, Rechtsanwalt in Grevenbroich

Nur etwa 10 % der Bevölkerung sind in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Private Versicherungsunternehmen sind grundsätzlich frei bei der Entscheidung, ob sie mit jemandem einen Versicherungsvertrag abschließen und zu welchen Bedingungen. Es können hierbei Risikoausschlüsse für bestimmte Krankheiten vereinbart werden oder wegen solcher Krankheiten ein Zuschlag verlangt werden.

All diese Regelungen liegen im Wesen eines frei gestaltbaren Privatvertrages.

Die Prinzipien der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden sich fundamental. Anders als bei der GKV kommt der private Krankenversicherungsvertrag einvernehmlich zustande. Wie jeder Privatvertrag gilt der private Krankenversicherungsvertrag unabänderlich. Das bedeutet, der Versicherungsschutz kann durch den Versicherer nicht geändert werden (sehr wohl aber durch den Versicherten). Demgegenüber kann der Gesetzgeber und der Gemeinsame Bundesausschuss den Leistungsumfang der GKV verändern, wovon beide bekanntlich regelmäßig Gebrauch machen.

Die Höhe des Beitrages in der PKV ist unabhängig vom Einkommen. In der PKV entspricht die Summe der in der voraussichtlich verbleibenden Lebenszeit zu entrichtenden Beiträge grundsätzlich der Summe der in dieser Zeit verursachten Ausgaben für Krankheitsbehandlung abzüglich des Gewinns des Versicherers (sog. Äquivalenzprinzip). Von jedem Monatsbeitrag wird quasi ein Teilbetrag abgezweigt und einem Sparguthaben gutgeschrieben, aus dem die erwartungsgemäß höheren Ausgaben für Krankenbehandlung im Alter finanziert werden (sog. Altersrückstellung). Je älter man bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist, desto kürzer ist die verbleibende Lebenszeit (und damit Beitragszeit) und desto höher sind die zu erwartenden Ausgaben in dieser Zeit. Also muss der Beitrag entsprechend höher sein. Bestehen bei Vertragsabschluß bereits Erkrankungen, so muss zur Deckung der entsprechend zu erwartenden höheren Ausgaben ein höherer Beitrag verlangt werden (sog. Risikoäquivalenz). Mit diesen unter dem Begriff Anwartschaftsdeckungsprinzip zusammenfassenden Prinzipien werden Ausgabensteigerungen, die sich aus dem Altern ergeben, aufgefangen. Damit will sich die PKV – im Gegensatz zur GKV – gegen den sog. demographischen Wandel (die künftige Überalterung der Bevölkerung infolge Geburtenrückgangs einerseits und steigender Lebenserwartung andererseits) wappnen. Das schließt aber nicht aus, dass die Beiträge auch in der PKV von Jahr zu Jahr steigen. Dies aber eben nicht wegen des Alterns, sondern wegen der Ausgabensteige-

rung infolge medizinischen Fortschritts und zunehmender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Übersteigt im Alter der Beitrag die finanziellen Möglichkeiten des Versicherten, so hat er Anspruch, auf seinen Antrag in den sog. Standardtarif zu wechseln. Hier überschreitet der Beitrag nicht den Höchstbeitrag, der gemäß der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV zu zahlen wäre (Stand 2004: ca. 515 €/Monat). Schließlich hat der Versicherte die Möglichkeit, die Beitragshöhe zu mindern, nämlich über die Beitragsrückgewähr, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen werden.

Das Vertragsverhältnis in der PKV folgt eigenen zivilrechtlichen Regeln, wobei in den §§ 178a- 178o des Versicherungsvertragsgesetz Rahmenbedingungen festgelegt sind. Weiter gelten die vom Versicherungsunternehmen dem Vertrag zugrunde gelegten „allgemeinen Versicherungsbedingungen“ AVB.

Die verschiedenen Sozialgesetzbücher gelten hier nicht!

Anders als in der GKV können hier auch **Wartezeiten** für die erstmalige Inanspruchnahme der Versicherung vereinbart werden.

Wichtig!

Bei Vertragsschluss ist unbedingt darauf zu achten, dass das Antragsformular hinsichtlich der dort nachgefragten Vorerkrankungen, bestehenden Beschwerden und Behandlungen **vollständig** und **wahrheitsgemäß** ausgefüllt wird!

Stellt sich nämlich im Rahmen einer späteren Erkrankung oder Behandlungsbedürftigkeit auf Nachfrage des Versicherungsunternehmens bei den behandelnden Ärzten heraus, dass bereits **vor** Vertragsschluss diese Erkrankung oder eine andere Erkrankung/Beschwerde die mit der jetzigen Erkrankung/Beschwerde im Zusammenhang steht, bekannt oder erkennbar gewesen ist (nicht unbedingt für den Versicherten), so kann dies zu einem nachträglichen Risikoausschluss und /oder einer Prämienerrhöhung und schlimmsten Falls zu einer Rückabwicklung des Vertrages führen.

Versicherungsschutz für diese jetzt notwendige Behandlung besteht dann nicht!

Bei Ausfüllen des Vertragsformulars durch einen Versicherungsvertreter ist unbedingt auf die Vollständigkeit zu achten. Der Antragsteller darf sich auch nicht einreden lassen das man es mit dem Antrag nicht so genau nehmen müsse. Im Falle des Eintritts einer Behandlungsbedürftigkeit prüfen die Versicherer streng nach!

Der Beitrag zur PKV ist alters- und risikoabhängig.

Abhängig Beschäftigte können gem. § 257 Abs. 2 SGB V von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zu den Kosten der PKV verlangen.

3.1 Leistung für medizinische Heilbehandlung

Soweit kein Risikoausschluss vereinbart ist, leistet die PKV Kostenersatz für die „medizinisch notwendige Heilbehandlung im vereinbarten Umfang“ (§178b VVG). Dies umfasst zumindest die medizinischen Leistungen, die auch durch die GKV (siehe Abschnitt II) geleistet werden (sofern kein Risikoausschluss vereinbart ist).

Je nach dem zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsunternehmen vereinbarten Versicherungs-Tarif können aber auch erheblich mehr Leistungen, wie etwa der Anspruch auf ein Ein-Bett- oder Zwei-Bett-Zimmer, sowie die Chefarztbehandlung in Anspruch genommen werden.

Im Rahmen der vereinbarten Heilbehandlung leisten die privaten Versicherungsunternehmen meist mehr als die gesetzlichen Krankenversicherungen. Dies kann damit begründet werden, dass sich die privaten Versicherungsunternehmen - im Gegensatz zu den gesetzlichen Versicherungsunternehmen - nur die weniger risikoreichen Patienten aussuchen können.

So übernehmen private Krankenversicherer auch die Kosten für **Heilpraktiker**, die die erforderliche Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz haben und nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker abrechnen. Auch zeigen sich die PKVen großzügiger bei der Erstattung von Kosten für Massagen oder sonstige Heilmittel. Auch die Versorgung mit teurer Arznei gestaltet sich unkomplizierter. Insbesondere gibt es keine Zuzahlungen, abgesehen von ggf. individuell vereinbarten Selbsthalten.

Aber auch hier werden nur die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen erstattet. Reine Schönheitsoperationen oder die Versorgung mit bloßen Vitaminpräparaten zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens ohne Krankheitsbezug sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

In privaten Krankenversicherungsverträgen bestehen aber auch allgemeine Risikoausschlüsse, die die Leistung im Gegensatz zur GKV verkürzen. So sind regelmäßig in den **AVB Leistungen** für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren ausgeschlossen.

Bei bloßen **privaten Zusatzversicherungen** leistet die PKV Kostenerstattung für Zusatzleistungen wie Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung und Übernahme von Kosten für Zahnersatz und Sehhilfen die nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen in voller Höhe getragen werden.

3.2 Leistung der PKV nur durch das Kostenerstattungsprinzip

Anders als die GKV erbringt die PKV ihre Leistung nicht unmittelbar über das Sachleistungsprinzip, sondern der Versicherte muss selber einen vollständigen Behandlungsvertrag mit dem Arzt schließen. Dieser Behandlungsvertrag umfasst auch die Ver-

pflichtung des Patienten, den Arzt selber für die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

Der Arzt kann nicht gegenüber der PKV abrechnen!

Der privat versicherte Patient hat gegen seinen Versicherer nach Einreichung der Rechnung nur einen Anspruch auf **Kostenerstattung**.

Zahlt der Patient hier die Rechnung des Arztes nicht, egal aus welchem Grund, so kann der Arzt gegen den Patienten im Rahmen einer zivilrechtlichen Klage das Arzthonorar einklagen und gegebenenfalls gegen den Patienten vollstrecken. Zukünftig wird der Arzt auch eine weitere Behandlung des Patienten ablehnen.

Der Patient kann sich gegenüber dem Arzt grundsätzlich nicht darauf berufen, seine Krankenversicherung habe ihm die Kosten der Behandlung nicht erstattet.

Die Abrechnung gegenüber einem Privatpatienten erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

3.3 Konfliktfälle zwischen Versicherten und Krankenversicherer

Ein typischer Konfliktfall zwischen versichertem Patienten und der privaten Krankenversicherung ist die Weigerung des Versicherers, die Kosten für eine Behandlung/ ein Medikament/ ein Heil- oder Hilfsmittel zu erstatten. Die Gründe hierfür können darin liegen, dass die Versicherung meint, die Leistung sei grundsätzlich nicht vom Versicherungsumfang umfasst oder unterliege einem speziellen Risikoausschluss oder die Versicherung sei von der Leistung frei, da der Versicherte vor Vertragsschluss eine Vorerkrankung verschwiegen hat.

Hier ist u.U. in das schwierige Vertragsrecht rund um private Versicherungen einzusteigen, um die Rechtmäßigkeit der Leistungsverweigerung zu überprüfen.

3.3.1 Beispiele

Fall 1 „Verharmloste Vorerkrankung“

A stellt am 01.01.2004 bei der PKV PV einen Antrag auf Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages. Für den Antrag nutzt er das ihm von PV übergebene vorgefertigte Antragsformular.

Bei der Frage in dem Formular, „welche Behandlung bei A in den letzten 3 Jahren durchgeführt worden sind“, kreuzt A das Kästchen „Keine“ an.

Am 01.06.2004 begibt sich A zum Orthopäden O mit Rückenschmerzen. A war bereits in den Jahren 2001, 2002 und 2003 je einmal bei O mit Rückenschmerzen. Damals wurden A - ohne den Rücken zu röntgen oder näher zu untersuchen - nur Spritzen gesetzt. Damit war die Sache dann erst mal gut.

A war bei Ausfüllen des Antrags für die Versicherung der Meinung, dass die zurückliegenden Arztbesuche keine „Behandlungen“ darstellten. Deshalb habe er diese bei dem Antrag auch nicht angegeben.

Jetzt wird A von O genauer untersucht. Es werden Röntgenbilder gefertigt und O diagnostiziert eine fortgeschrittene Spondylolyse (Auflösung von Knochengewebe) der Lendenwirbelsäule. A stellt daraufhin bei seiner PKV den Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten.

Nachdem Arztberichte von O aus den vorangegangenen Jahren angefordert wurden, lehnt die PKV eine Kostenübernahme ab, da A die vorangegangenen Behandlungen bei seinem Antrag nicht erwähnt hat.

Hätte er dieses getan, hätte die PKV mit A voraussichtlich einen Risikoausschluss oder einen höheren Versicherungsbetrag vereinbart.

Fall 2: "Nahrungsergänzungspräparat nicht als Medikament anerkannt"

Versicherte V ist an Multiple Sklerose erkrankt. Neben weiteren Medikamenten verschreibt ihr der behandelnde Arzt auch ein Magnesium-Ergänzungs-Präparat. Dieses ist nicht verschreibungspflichtig und wie andere Vitaminpräparate überall erhältlich.

Nach Einreichung der Apothekenrechnung bei ihrer PKV verweigerte diese eine Kostenerstattung für das Magnesiumpräparat. Dieses sei nicht erstattungsfähig, da es sich nur um ein Nahrungsergänzungsmittel und nicht um eine richtige Arznei handle.

3.4 Rechtsschutz

Da sich das Verhältnis zwischen Versicherer und Versichertem in der PKV nur nach privatrechtlichen Grundsätzen gestaltet und das Sozialgesetzbuch hier keine Anwendung findet, ist bei Streitigkeiten auch nur der Weg zu Zivilgerichten gegeben.

Ein Widerspruchsverfahren wie im Sozialversicherungsrecht gibt es nicht. Wohl aber **kann** in den allgemeinen Versicherungsbedingungen die dem Krankenversicherungsvertrag zugrunde liegen, ein Schiedsverfahren als notwendiges Schlichtungsverfahren vor Klageerhebung vereinbart sein.

Unbedingt zu beachten ist, dass für den Fall der Ablehnung einer Leistung (nach schriftlicher Belehrung durch den Versicherer) der begehrte Anspruch innerhalb von 6 Monaten eingeklagt werden muss. Andernfalls geht der Anspruch unter.

Vor einem Klageverfahren sollte ein Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann des Verbandes der PKVen versucht werden:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

A. Surminsky

Leipziger Straße 104

10117 Berlin

www.pkv-ombudsmann.de

Darüber hinaus gibt es die generelle Schlichtungsstelle Versicherungsombudsmann e.V.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080 632

10006 Berlin

Tel.: 0 18 04 / 22 44 24

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

3.5 Wer hilft?

Abseits von Anwälten kann einem bei Problemen mit seiner Versicherung die extra hierfür eingerichtete **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** (vormals Bundesaufsichtsamt für Versicherungswesen) weiterhelfen. Dieses Amt nimmt Beschwerden der Versicherten an und fordert den Versicherer zu Stellungnahme auf. Das Amt kann dem Versicherten allerdings letztendlich nicht bei der gerichtlichen Durchsetzung seiner Ansprüche helfen. Auf der unten genannten Website der Bundesanstalt sind noch viele weitere Beispielfälle zu möglichen Konfliktsituationen mit der privaten Krankenversicherung genannt und gelöst. Auf der Website wird auch das Beschwerdeverfahren ausführlich beschrieben.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

Tel.: 0228 / 41 08 - 0

Internet: www.bafin.de

Speziell im Bereich des privaten Krankenversicherungsrechtes wird es kaum spezialisierte Anwälte geben.

Zukünftig wird es einen **Fachanwalt für Versicherungsrecht** im Allgemeinen geben. Dieser sowie auch die **Fachanwälte für Sozialrecht** sind dem Rechtsgebiet des privaten Krankenversicherungsrechtes am nächsten.

Hinsichtlich der Anwaltssuche wird auf die in Abschnitt 1 genannten Adressen verwiesen (Kap. 1.14 "Rechtsweg" ⇒ Seite 29).

3.6 Kosten und Rechtsschutzversicherung

Privatrechtsschutzversicherungen für Selbständige oder abhängig Beschäftigte zahlen in der Regel, nach grober Prüfung der Erfolgsaussichten, die Kosten sowohl einer außergerichtlichen als auch einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit einer PKV. Im Falle des Unterliegens vor Gericht, werden durch die Rechtsschutzversicherung auch die der Gegenseite entstandenen Kosten ersetzt.

Die Höhe der Kosten richtet sich nach dem Wert des Streitfalls zzgl. eventuell anfallender Kosten für Sachverständige.

Bei fehlender Rechtsschutzversicherung besteht für den Fall, das man die Kosten des Verfahrens selber nicht aufbringen kann, die Möglichkeit im außergerichtlichen Verfahren **Beratungshilfe** beim Amtsgericht seines Wohnsitzes zu beantragen und im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung **Prozesskostenhilfe**. Bei letzterer werden allerdings vor deren Gewährung die Erfolgsaussichten der Klage sehr genau und streng geprüft. Im Falle des Unterliegens werden durch die Prozesskostenhilfe auch nicht die dem Gegner entstandenen Kosten und Auslagen ersetzt. Hier kann es dann zu einer erheblichen finanziellen Belastung kommen.

4. Pflegeversicherung

GABRIELE BEMBA, Deutsche Leberhilfe e.V.

Die „**Konzeption einer Pflegecharta**“ ist unter folgender Adresse im Internet nachlesbar:

www.patientenunterstuetzung.de/Grundsatzliches/Pflegecharta.pdf

Die soziale Pflegeversicherung (im Folgenden: Pflegeversicherung) besteht seit 1994 und gilt als wichtige fünfte Säule der Sozialversicherung. Sie deckt das Risiko der Pflegebedürftigkeit ab. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Die Pflegeversicherung wurde aber auch eingeführt, um Angehörige bei ihren Aufgaben rund um die häusliche Pflege zu entlasten, sie finanziell zu unterstützen und sozial abzusichern.

Empfehlungen:

Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebene Broschüre ***Pflegeversicherung*** enthält umfangreiche Informationen sowie häufige Fragen und Antworten zu den häufigsten Problemen der Pflegeversicherung aufgelistet. Sie umfasst 75 Seiten (Stand Februar 2003) und kann von der Homepage des BMGS heruntergeladen werden (360 KB):

www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_4.cfm

Kostenloses Bürgertelefon zur gesetzlichen Pflegeversicherung:

Tel.: 0800/19 19 19 -0

⇒ Hier können Sie alle Fragen zur Pflegeversicherung stellen.

Pflegebroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung

BMGS, Referat Information, Publikation, Redaktion

Bestell-Nr.: A500 / Postfach 500 / 53105 Bonn

E-Mail: info@bmgs.bund.de / Internet: www.bmgs.bund.de

4.1 Wer ist versichert?

In die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung sind alle **Personen** einbezogen, **die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind**.

Außerdem werden bestimmte Personengruppen, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind und ihre Ansprüche auf Leistungen bei Krankheit aus so genannten Sondersystemen herleiten, in die soziale Pflegeversicherung eingebunden. Auch für die freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. **Freiwillig Versicherte** können sich entweder für die soziale oder für die private Pflegeversicherung entscheiden. Voraussetzung für die Befreiung von der sozialen Pflegeversicherungspflicht ist der Nachweis einer entsprechenden privaten Versicherung. Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu stellen.

Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Der Versicherungsvertrag muss nach Art und Umfang die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung vorsehen.

Es ist denkbar, dass die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung wegen eines pflegebedingten Mehrbedarfs nicht ausreichen. Für diesen Fall ist eine **private Pflegezusatzversicherung** möglich.

Auskünfte zur privaten Pflegezusatzversicherung geben:

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26

50968 Köln

Telefon: 0221 / 3 76 62 - 0 Fax: 0221 / 3 76 62 - 10

E-Mail: info@pkv.de Internet: www.pkv.de xxx

Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.

Mintropstraße 27 / 40215 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 38 09 - 0 Fax: 0211 / 38 09 - 172

E-Mail: vz.nrw@vz-nrw.de Internet: www.vz-nrw.de

4.2 **Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Pflegeverfügung**

In gesunden Tagen sollte jeder vorsorglich für die Zeit vorübergehender oder dauernder Handlungsunfähigkeit selbst entscheiden.

Es kann jeden treffen: ein Unfall, eine schwere Krankheit oder das Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter können dazu führen, dass man seine Angelegenheiten nicht mehr selbst wie gewohnt regeln kann. Viele Menschen verdrängen die Frage, wer im Ernstfall Entscheidungen für sie treffen soll, wenn sie selbst vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr hierzu in der Lage sind, und wie ihre Wünsche und Vorstellungen Beachtung finden können. Auch die Angehörigen oder eine Vertrauensperson können nicht mehr für den Betroffenen entscheiden, wenn er nicht vorgesorgt hat. Im Bedarfsfall wird das Vormundschaftsgericht einen Betreuer zur gesetzlichen Vertretung bestellen. Dabei wird es prüfen, ob die Betreuungsperson vorrangig aus dem Kreis der Angehörigen ausgewählt werden kann. Damit es möglichst nicht zu einer gerichtlichen Entscheidung kommt, empfiehlt es sich, die genannten Verfügungen und die Vorsorgevollmacht zu erteilen, solange man gesund ist.

In einer **Patientenverfügung** kann jeder schriftlich im Voraus für den Fall einer eigenen Unfähigkeit zur Entscheidung seinen Willen im Hinblick auf die Art und Weise der ärztlichen Behandlung niederlegen. Verliert er tatsächlich seine Entscheidungsfähigkeit, kann mit Hilfe der Patientenverfügung auf den Willen hinsichtlich einer in Betracht kommenden Maßnahme geschlossen werden. Auf diese Weise kann trotz aktueller Entscheidungsunfähigkeit Einfluss auf die ärztliche Entscheidung genommen und das Recht auf Selbstbestimmung gewahrt werden.

Die **(Vorsorge)Vollmacht** ermöglicht ein hohes Maß an Selbstbestimmung. Es werden eine oder mehrere Personen des Vertrauens, die bereit sind, im Bedarfsfall zu handeln, benannt. Es können konkrete persönliche Wünsche und Bedürfnisse sowie Anweisungen festgelegt werden, wie die Angelegenheiten im eigenen Verhinderungsfall geregelt werden sollen. Die Vollmacht muss jeden einzelnen Bereich detailliert aufführen, für den sie gelten soll, etwa Geld- und Vermögensfragen, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt. Es empfiehlt sich, bei der Abfassung einer Vorsorgevollmacht den Rat eines Notars oder Rechtsanwalts einzuholen. Eine notarielle Beurkundung der Vollmacht ist dann notwendig, wenn sie zum Erwerb oder zur Veräußerung von Grundstücken oder zur Darlehensaufnahme berechtigen soll. Deckt die Vorsorgevollmacht alle Aufgabengebiete ab, ist eine Betreuungsverfügung nicht mehr notwendig.

Für den Fall, dass eine Person wegen einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teil-

weise nicht regeln kann und keine (Vorsorge)Vollmacht vorliegt, kann die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters (Betreuers) notwendig werden. Der Betreuer ist der gesetzliche Vertreter in dem vom Gericht festgelegten Aufgabenbereich. Zuständig für die **Betreuungsverfügung** ist das Vormundschaftsgericht.

4.2.1 Auswahl von Empfehlungen

Zunächst wird auf die umfangreichen Empfehlungen in Kapitel 1.9 "Sterbebegleitung" auf Seite 18 dieses Ratgebers verwiesen. Ergänzend kommen auch folgende Broschüren in Betracht:

Broschüre "Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung"

Selbstbewusst die Zukunft gestalten, solange ich gesund bin"

Fachhochschulverlag, 3. Auflage 2003

Broschüre "Das neue Betreuungsrecht"

Bundesministerium der Justiz, Referat für Presse und Öffentlichkeitsarbeit

11015 Berlin

Broschüre "Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, mit Formulierungshilfen"

Bayerisches Staatsministerium der Justiz ,1. Auflage 2004

Rixen, Reinecke: Casebook Patientenverfügung- Vorausverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung mit Fallbeispielen, Formulierungshilfen, Checklisten,

Springer 2004

Im Rhein-Kreis Neuss gibt es neun Betreuungsstellen, davon vier Behörden und fünf Betreuungsvereine. Letztere werden von den Behörden weitervermittelt.

Betreuungsstelle des Rhein-Kreises Neuss

(zuständig für das Kreisgebiet außer Dormagen, Grevenbroich und Neuss)

Am Kirmsichhof 2, 41352 Korschenbroich

Tel.: 02161/610- 451 50 Fax:02161/ 610- 4 51 98

E-Mail: betreuungsstelle@rhein-kreis-neuss.de

Internet: www.rhein-kreis-neuss.de

Beratungszeiten: nach Vereinbarung

Betreuungsstelle der Stadt Dormagen

Kölner Straße 84, 41539 Dormagen

Tel.: 02133 / 257 - 441 (A-I) und 02133 / 257 - 495 (J-Z)

Fax: 02133/257-884

E-Mail: nicola.weichel@stadt-dormagen.de

guenter.kopotz@stadt-dormagen.de

Internet: www.stadt-dormagen.de

Betreuungsstelle der Stadt Neuss

Michaelisstraße 14, 41460 Neuss

Tel.: 02131 / 7 90 51 54 Fax: 02131 / 90 23 88

Internet: www.stadt-neuss.de

Betreuungsstelle der Stadt Grevenbroich

Am Markt 2, 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 608 - 214 Fax: 02181 / 608 - 384

4.3 Wer hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat derjenige, der pflegebedürftig ist, in der Pflegeversicherung mit Beiträgen oder beitragsfrei versichert ist und eine Vorversicherungszeit erfüllt. Dabei spielt das Alter des Pflegebedürftigen und die

Ursache für die Pflegebedürftigkeit keine Rolle. Das Gesetz definiert Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung so:

“ Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.”

Entscheidende Voraussetzung ist der regelmäßig nötige Hilfebedarf bei den alltäglich wiederkehrenden Verrichtungen, nicht jedoch ein allgemeiner Betreuungsbedarf oder eine vorübergehend notwendige Hilfe.

Regelmäßig im Sinne des Gesetzes bedeutet, dass eine Hilfeleistung routinemäßig und ständig mindestens einmal pro Woche erbracht wird. Klassisches Beispiel ist, dass ein Versicherter einmal pro Woche badet.

Dauerhaft ist eine Hilfeleistung notwendig, wenn sie länger als sechs Monate notwendig ist. Entscheidend ist die Prognose für die Zukunft.

Als Krankheiten oder Behinderungen, die einen solchen regelmäßigen Hilfebedarf verursachen können, gelten:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Eine “pflegerische Hilfeleistung” im Sinne der Pflegeversicherung bedeutet, einen hilfsbedürftigen Menschen bei seinen alltäglichen Verrichtungen zu unterstützen, ihn anzuleiten und zu beaufsichtigen oder, wenn es nicht anders geht, diese Verrichtungen teilweise oder ganz zu übernehmen. Dabei sollte das Ziel verfolgt werden, die Eigenständigkeit des Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten oder soweit wie möglich wieder zu erlangen.

Die pflegerische Hilfe bei den im Gesetz genannten “gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen” ist in vier Bereiche - Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Haushalt - eingeteilt. Die erstgenannten drei Bereiche gelten als **“Grundpflege”**.

Im Einzelnen sind folgende Tätigkeiten gemeint:

- Im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- Im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten der Mahlzeiten und die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

- Im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Von der Grundpflege ist die **hauswirtschaftliche Versorgung**, die weitergehende mittelbar notwendige Hilfestellungen wie Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche usw. umfasst, ausgenommen.

4.4 Die Pflegestufen

Der "pflegerische" Hilfebedarf ergibt zusammen mit dem hauswirtschaftlichen Bedarf den gesamten Hilfebedarf. Die einzelnen Pflegestufen unterscheiden sich durch den täglichen Mindestbedarf an Hilfe. Das Gesetz unterscheidet zwischen drei Stufen der Pflegebedürftigkeit, die den jeweiligen Umfang des Pflegebedarfs umschreiben.

4.4.1 Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig

Erheblich pflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Hilfebedarf muss mindestens 90 Minuten umfassen, davon muss mehr als die Hälfte, also mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

4.4.2 Pflegestufe II: schwer pflegebedürftig

Schwer pflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Hilfebedarf muss mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

4.4.3 Pflegestufe III: schwerst pflegebedürftig

Schwerst pflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der tägliche Hilfebedarf muss mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

4.4.4 Härtefall

Zur Vermeidung von Härten können Pflegekassen in besonders gelagerten Einzelfällen Pflegebedürftige der Pflegestufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außer-

gewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Ein außergewöhnlicher hoher Pflegeaufwand liegt vor, wenn der Pflegebedürftige pro Tag mindestens 7 Stunden Pflege und davon mindestens 2 Stunden in der Zeit zwischen 21 Uhr und 6 Uhr morgens benötigt. Die hauswirtschaftliche Versorgung spielt hier keine Rolle.

Ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf wird auch anerkannt, wenn der Pflegebedürftige rund um die Uhr mindestens bei einer Verrichtung die gleichzeitige Hilfe von zwei Pflegepersonen benötigt (Beispiel dauernde Bettlägerigkeit bei eigener Unfähigkeit sich zu bewegen und massiven Schmerzen, die eine vorsichtige Umlagerung durch zwei Pflegepersonen erfordern).

Achtung! Der Gesetzgeber hat eine Deckelung der Härtefälle vorgenommen und die Pflegekassen verpflichtet, nicht mehr als 3 Prozent aller Pflegebedürftigen in Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, als Härtefall anzuerkennen.

4.4.5 Kinder

Bei Kindern ist für die Zuordnung in die einzelne Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

4.4.6 Erschwernisfaktoren

Es gibt Gründe, dass die Richtwerte für einzelne Verrichtungen überschritten werden. In Frage kommen folgende Aspekte:

- Körpergewicht über 80 Kilo
- Hochgradige Spastik
- Massiv eingeschränkte Belastbarkeit aufgrund schwerer Herzkrankheit
- Zeitaufwendige Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstühle mit Mehrfach-Gurtsystemen)

4.5 Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Viele Erkrankungen haben eine vorübergehende oder dauerhafte Pflegebedürftigkeit zur Folge. Der Übergang von Krankheit zur Pflegebedürftigkeit ist nicht selten fließend, so dass eine Abgrenzung zwischen den Leistungen der Kranken- und solchen der Pflegeversicherung schwierig ist. Für die Behandlung von Erkrankungen und die im Rahmen dieser Behandlung nötige Pflege (sog. qualifizierte Behandlungspflege durch medizinisch besonders geschultes Personal) stehen die Leistungen der Krankenversicherung zur Verfügung.

4.6 Pflegebedürftigkeit im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder nach einer Rehabilitation

Nicht selten kommt es vor, dass unmittelbar im Anschluss an einen Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik eine ambulante oder stationäre Pflege erforderlich ist. Dies wirft für die Betroffenen und ihre Angehörigen oft viele Fragen auf. Zu ihrer Beantwortung und Lösung tragen die Sozialdienste in Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken durch Beratung, Information und Hilfevermittlung bei. Während des Klinikaufenthalts ist der Sozialdienst u.a. Ansprechpartner bei:

- der Vermittlung häuslicher Hilfs- und Pflegedienste,
- Fragestellungen zu Leistungen der Pflegeversicherung,
- der Suche nach geeigneten Einrichtungen zur vorübergehenden oder dauerhaften Pflege und Versorgung.

Bitte fragen Sie den behandelnden Arzt nach dem Sozialdienst.

4.7 Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

4.7.1 Antragstellung

Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält man nur auf Antrag. Den Antrag kann der Pflegebedürftige selbst, sein Bevollmächtigter, sein gesetzlicher Vertreter oder sein gerichtlich bestellter Betreuer stellen. Der Antrag kann formlos - auch telefonisch - bei der Pflegekasse gestellt werden, bei der der Pflegebedürftige versichert ist. Nach einer formlosen Antragstellung schickt die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen zwei Antragsformulare: eines auf Pflegeleistungen und eines auf Rentenbeitragszahlung für eine ehrenamtliche Pflegeperson. Diese sind ausgefüllt an die Pflegekasse zurückzuschicken.

Es empfiehlt sich, den Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung frühzeitig zu stellen, da sie grundsätzlich erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt werden. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

Der Antragsteller muss zum Zeitpunkt der Antragstellung die **Vorversicherungszeit** von fünf Jahren erfüllen. Die notwendige Vorversicherungszeit ist dann erfüllt, wenn der Pflegebedürftige innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist. Zeiten der Familienversicherung werden berücksichtigt. Wer zum Zeitpunkt der Antragstellung die gesetzlich vorgeschriebene Vorversicherungszeit noch nicht erfüllt, muss auf den Leistungsbeginn warten, bis er die Zeiten erreicht hat.

4.7.2 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Wenn der Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, bestätigt der zuständige Sachbearbeiter dem Antragsteller den Eingang und kündigt einen Besuch des örtlichen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) an. Der Besuch des MDK erfolgt abhängig vom Aufenthaltsort des Pflegebedürftigen entweder in seiner Wohnung, im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Während des Besuchs prüft ein Gutachter, der meistens eine Pflegefachkraft und/oder ein pflegeerfahrener Arzt ist, ob die Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung vorliegen. Er stellt den durchschnittlichen täglichen Hilfe- und Pflegebedarf fest und spricht eine Empfehlung für die Einstufung in eine Pflegestufe aus. Grundlage der Begutachtung sind die **„Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches“**.

Pflegerichtlinien sind kostenlos erhältlich bei:

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherungen e.V.

Lützwowstr. 53

45141 Essen

Tel.: 0201 / 83 27 - 0

Fragen beispielsweise zum Ablauf einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst können Gerichtet werden an:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein

Beratungs- und Begutachtungszentrum Neuss / Stresemannalle 6 / 41460 Neuss

Tel. 02131 / 70 56 - 0 / Fax: 02131 / 12 02 70

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Nordrhein ist für alle gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen tätig.

Ziel des Gutachters ist es, ein möglichst realistisches Bild vom Ausmaß des Hilfe-/ Pflegebedarfs zu bekommen. Er ist daher auf die Mithilfe des Pflegebedürftigen angewiesen. Es liegt aber auch im Interesse des Pflegebedürftigen, dass der Termin gut vorbereitet wird. Es empfiehlt sich, dass die Pflegeperson anwesend ist, wenn der Besuch des Gutachters erfolgt. Im Vorfeld sollte eine Checkliste mit allen Fragen an den Gutachter erstellt werden. Da der Gutachter Angaben über alle Hilfestellungen und Pflegeleistungen benötigt, ist es hilfreich, ein Pfl egetagebuch über eine Wo-

che zu führen, in dem die Dauer und Uhrzeit der einzelnen Verrichtungen des täglichen Lebens und die geleisteten Hilfen detailliert aufgeführt werden.

Die Pflegekassen halten Vordrucke für ein Pfl egetagebuch bereit.

Die Vordrucke können auch unter www.vdak.de/rahmenkonzept.htm Abschnitt 4 aus dem Internet heruntergeladen werden.

Sinnvoll ist es auch, dass zu dem Termin mit dem Gutachter alle wichtigen medizinischen Befundberichte vorliegen. Hier kann in der Regel der Hausarzt helfen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen von dem Grundsatz "Prävention und Rehabilitation vor Pflege" aus. Damit Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder eine Verschlechterung verhindert werden kann, sind oft auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation nötig und sinnvoll. Im Rahmen der Prüfung der Pflegebedürftigkeit stellt der MDK deshalb auch fest, ob und in welchem Umfang Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation geeignet sind, um dem Pflegebedürftigen zu helfen.

Der Gutachter prüft auch, ob bauliche Veränderungen in der Wohnung die Pflege erleichtern können und ob eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegepersonen sichergestellt ist.

Nach dem Besuch fertigt der Gutachter ein Gutachten an und schickt es an die Pflegekasse. Der zuständige Sachbearbeiter der Pflegekasse entscheidet letztendlich, in welche Pflegestufe der Antragsteller eingestuft wird und ob und in welcher Höhe Leistungen aus der Pflegeversicherung gewährt werden.

4.8 Die Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung erbringt Leistungen

- bei häuslicher Pflege,
- bei teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege,
- bei vollstationärer Pflege,
- für Pflegepersonen, zum Beispiel pflegende Angehörige.

4.8.1 Häusliche Pflege

Die Pflegeversicherung gibt der häuslichen Pflege eindeutigen Vorrang vor einer stationären Betreuung. Häusliche Pflege setzt nicht voraus, dass der Pflegebedürftige in seinem eigenen Haushalt gepflegt wird. Dies kann vielmehr auch ein anderer Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen worden ist, ein Altenwohnheim oder Altenheim. Leistungen bei häuslicher Pflege sind nur ausgeschlossen, wenn der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim betreut wird.

Pflegebedürftige können grundsätzlich wählen, ob sie die Pflegesachleistung (Pflegeeinsätze "professioneller" Pflegedienste) oder Pflegegeld in Anspruch nehmen möchten. Die Leistungen ambulanter Dienste werden im Gesetz als Sachleistungen bezeichnet. Je nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit können als Sachleistung ambulante Pflegedienste bis zu 384 Euro monatlich in Pflegestufe I, bis zu 921 Euro in Pflegestufe II und bis zu 1.432 Euro in Pflegestufe III in Anspruch genommen werden. In Härtefällen gibt es bis zu 1.918 Euro im Monat. Voraussetzung für eine Pflegesachleistung ist, dass die Pflegeleistungen von ambulanten Pflegediensten erbracht werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge geschlossen haben. Werden Pflegeleistungen von anderen Pflegediensten in Anspruch genommen, handelt es sich um einen Fall der selbst sichergestellten Pflege, für die es das niedrigere Pflegegeld gibt.

4.8.2 Sachleistungen

Seit dem 1. Januar 2002 schreibt der Gesetzgeber den Pflegediensten vor, mit den Pflegebedürftigen einen schriftlichen **Pflegevertrag** zu schließen. Mindestinhalte des Pflegevertrages sind Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die mit dem Pflegebedürftigen vereinbart sind ebenfalls müssen die mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungen in dem Vertrag genannt werden.

Der Pflegebedürftige kann den Pflegevertrag innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz ohne Angabe von Gründen wieder kündigen. Hat der Pflegebedürftige den Vertrag erst später erhalten, beginnt die Zwei-Wochen-Frist am Tag nach der Aushändigung des Vertrages.

Der Pflegedienst übernimmt mit dem Vertragsabschluss auch die Verpflichtung, der Pflegekasse unverzüglich jede wesentliche Verschlechterung, aber auch jede wesentliche Verbesserung des Zustandes des Pflegebedürftigen mitzuteilen.

Wichtig: Grundsätzlich kann eine Pflegekasse auch mit Einzelpersonen einen Vertrag zur Pflegesachleistung abschließen. Wünscht ein Pflegebedürftiger einen Einzelvertrag mit einem Familienangehörigen, ist dies nicht möglich. Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit allen Personen, die mit dem pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. Übernimmt jemand aus diesem Personenkreis die Pflege, kommt als Pflegeleistung der Pflegekasse nur ein Pflegegeld in Betracht.

4.8.3 Pflegegeld

Das Pflegegeld steht dem Pflegebedürftigen zu, der es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben kann. Auch das Pflegegeld ist nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Voraussetzung für die Zahlung von Pflegegeld ist, dass eine Betreuung durch Angehörige oder sonstige ehrenamtlich tätige

Pflegepersonen gewährleistet ist. Das Pflegegeld beträgt bei Pflegestufe I 205 Euro, bei Pflegestufe II 410 Euro und bei Pflegestufe III 665 Euro im Monat.

4.8.4 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen im Rahmen des Arbeitgebermodells

Die Pflegeversicherung zahlt im Falle des so genannten Arbeitgebermodells als einem Fall der selbst sichergestellten Pflege das Pflegegeld. So kann der Pflegebedürftige eine Pflegekraft seines persönlichen Vertrauens fest anstellen und dafür - je nach Pflegestufe - Pflegegeld beziehen.

4.8.5 Beratungseinsatz bei häuslicher Pflege

Pflegebedürftige, haben eine besondere Mitwirkungspflicht, wenn sie ohne Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte gepflegt werden und nur Pflegegeld beziehen. In diesem Fall sind sie dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen einen für sie kostenfreien Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen. Diese Beratungseinsätze für die Pflegenden dienen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege.

4.8.6 Kombination von Sach- und Geldleistungen

Der Bezug von Pflegegeld kann mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen kombiniert werden. Der Pflegebedürftige kann selbst entscheiden, in welchem Verhältnis er Pflegegeld und Sachleistungen in Anspruch nehmen will. Grundsätzlich ist er an seine Entscheidung sechs Monate gebunden. Eine Ausnahme gilt, wenn sich seine Situation wesentlich verändert hat.

4.8.7 Pflegevertretung

Ist eine (ehrenamtliche) Pflegeperson verhindert oder macht sie Urlaub, besteht ein Anspruch auf eine Pflegevertretung von bis zu vier Wochen im Jahr.

Wichtig: Voraussetzung für eine Pflegevertretung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits zwölf Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Für eine Ersatzpflege durch einen ambulanten Pflegedienst stehen dem Pflegebedürftigen unabhängig von seiner Pflegestufe bis zu 1.432 Euro pro Jahr zu.

Für eine Ersatzpflege durch eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, wird lediglich entsprechend der Pflegestufe das Pflegegeld gezahlt. Erfolgt die Verhinderungspflege in einer stationären Einrichtung, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 1.432 Euro im Jahr; die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

4.8.8 Pflegehilfsmittel

Unabhängig von der Pflegestufe übernimmt die Pflegekasse die Kosten für Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem pflegebedürftigen eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

Die Leistungspflicht der Pflegekasse ist jedoch im Vergleich zu der Leistungspflicht der Krankenkasse nachrangig. In Frage kommen technische Hilfsmittel wie beispielsweise ein Krankenbett und Verbrauchsprodukte wie Betteinlagen.

4.8.9 Mittel zur Wohnungsanpassung

Unabhängig von der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse auf Antrag bis zu 2.557 Euro Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung erleichtern oder möglich machen oder die Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von der Pflegekraft verringern. Beispiele sind: Türverbreiterungen, fest installierte Rampen und Treppenlifter.

Empfehlung:

Wohnanpassung - Kleine Maßnahmen mit großer Wirkung

Diese Broschüre enthält zahlreiche Beispiele gelungener Wohnungsanpassungsmaßnahmen, Finanzierungstipps und neue Regelungen der Pflegekassen. Die 120-seitige Broschüre kostet 7,67 Euro (zzgl. Versandkosten) und kann bestellt werden beim:

Kuratorium Deutsche Altershilfe / Abteilung Versand

An der Pauluskirche 3 / 50667 Köln.

Tel. 0221/93 18 47 -0 / Fax:0221/93 18 47-6,

E-Mail: versand@kda.de / Internet: www.kda.de

4.8.10 Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Eine teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege ist immer dann eine Alternative, wenn eine ausreichende Betreuung des Pflegebedürftigen sonst nicht möglich ist. Sie kann die häusliche Pflege ergänzen und entlasten. Diese Pflege gilt als Sachleistung und kann gegebenenfalls mit dem Pflegegeld kombiniert werden. Die Aufwendungen für Grundpflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege werden in Abhängigkeit von der Pflegestufe bis zu 1.432 Euro monatlich übernommen.

4.8.11 Kurzzeitpflege

In Fällen, in denen vorübergehend weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist, kann der Pflegebedürftige für längstens vier Wochen vollstationär in einer

Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht neben der Ersatzpflege und unabhängig davon, wie lange der Pflegebedürftige bereits vorher betreut wurde.

Eine Übersicht über Pflegeheime, die Plätze zur Kurzzeitpflege anbieten, finden Sie am Ende des Kapitels. Auskünfte und individuelle Beratung zur Kurzzeitpflege bietet das

Sozialamt des Rhein-Kreises Neuss

Lindenstr. 4-6

41515 Grevenbroich

Tel.: 02181/601-5034

Dort kann auch die **Broschüre "Kurzzeitpflege"** angefordert werden.

4.8.12 Tagespflege

Durch die teilstationäre Tagespflege soll es dem Pflegebedürftigen ermöglicht werden, weiterhin in der eigenen Wohnung zu leben. Tagsüber wird er außerhalb

Seines Haushalts in einer Tagespflegeeinrichtung durch qualifiziertes Personal betreut. Dort können Angebot zur Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit wahrgenommen und regelmäßige Mahlzeiten eingenommen werden. Auch ist der Austausch mit anderen Menschen möglich.

Im Rhein-Kreis Neuss gibt es zurzeit drei Einrichtungen der Tagespflege:

Heinrich-Grüber-Haus

Gohrer Straße 34 / 41466 Neuss

Tel.: 02131/ 945 - 260

Fax: 02131 / 945 - 255

Haus Hildegundis von Meer

Bommershöferweg 50 / 40670 Meerbusch

Tel.: 02159 - 0

Fax: 02159 / 525 - 132

Fliedner-Haus

Gnadentaler Allee 15 / 41468 Neuss

Tel.: 02131/165 - 0 Fax: 02131 / 165 - 165

E-Mail: info@diakonie-neuss.de Internet: www.diakonie-neuss.de

Weitere Informationen erteilt das Pflegeberatungsbüro des Rhein-Kreises Neuss:

Pflegeberatungsbüro des Rhein- Kreises Neuss

Seniorenforum der Stadt Neuss

Meererhof 14, 41460 Neuss

Ansprechpartnerin: Frau Kilian

Tel.: 02131 / 10 24 16 Fax: 02131 / 10 24 17

E-Mail: seniorenforum@stadt.neuss.de

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag: 11.00 - 16.00 Uhr

4.8.13 Zusatzleistungen nach dem "Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz"

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurde nachträglich zum Pflegeversicherungsgesetz ausgearbeitet, um Pflegebedürftigen, die nicht dauerhaft in einer stationären Einrichtung leben und einen besonders hohen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung haben (zum Beispiel altersverwirrte, demenzkranke, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige) etwas mehr Unterstützung zu ermöglichen. Der angesprochene Personenkreis kann durch das Gesetz bis zu 460 Euro im Jahr zu seinen bisherigen Leistungen aus der Pflegeversicherung zusätzlich erhalten. Diese zusätzliche Leistung ist zweckgebunden für bestimmte im Gesetz aufgelistete Betreuungsangebote einzusetzen. Erforderlich ist ein Antrag bei der Pflegekasse.

4.8.14 Vollstationäre Pflege

Grundsätzlich können Pflegebedürftige frei entscheiden, ob ihre Pflege "zu Hause" oder in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Entscheidet sich der Pflegebedürftige für die stationäre Pflege, obwohl dies nicht notwendig ist, kann er die Leistungen der Pflegeversicherung nur in Höhe der für die häusliche Pflege geltenden Sätze beanspruchen.

Pflegebedürftige, die in einem Heim leben, werden ebenfalls von Gutachtern des Medizinischen Dienstes in eine der drei Pflegestufen eingestuft und erhalten je nach Pflegestufe entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung. Bei Pflegestufe I 1.023 Euro, bei Pflegestufe II 1.279 Euro, bei Pflegestufe III 1.432 Euro und in Härtefällen der Pflegestufe III 1.688 Euro monatlich.

4.8.15 Pflegekurse

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bieten die Pflegekassen Pflegekurse an. Die Kurse sind kostenlos und vermitteln ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen Kenntnisse und Fertigkeiten, die die häusliche Pflege erheblich erleichtern oder verbessern können.

4.8.16 Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen bei häuslicher Pflege zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Voraussetzung ist dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden, aber nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

4.8.17 Besonderheiten bei Beihilfeanspruch

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die ihnen jeweils zustehenden Leistungen nur zur Hälfte von der Pflegekasse. Der Beihilfeanspruch ist bei der Beihilfestelle geltend zu machen. Auch hier gilt grundsätzlich das Prinzip der Kostenerstattung.

4.9 Pflegeversicherung bei Aufenthalt in anderen Ländern

www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/index_2228.cfm

Grundsätzlich ruhen die Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält (§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI).

Aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 05. März 1998 in der Rechtssache Molenaar (C-160/96), wonach das Pflegegeld der sozialen Pflegeversicherung als "Geldleistung bei Krankheit im Sinne der Verordnung (EWG)

1408/71 zu qualifizieren ist, gilt folgendes:

- Pflegegeld kann auch bei Wohnsitznahme oder längerem Aufenthalt in Ländern der EU, bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), also auch in Norwegen, Island oder Liechtenstein, bezogen werden.
- Bezugsberechtigt können nur Personen sein, die trotz Auslandsaufenthalt auch noch Versicherte bzw. Mitversicherte Familienangehörige in der sozialen Pflegeversicherung sind.
- Die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, z. B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit, müssen ebenso wie bei Versicherten in Deutschland gegeben sein.

- Exportiert wird nur das Pflegegeld, mit dem der Pflegebedürftige die Pflege selbst sicherstellt, nicht die Pflegesachleistung, die nur im Inland von den dort zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.

Achtung: Bei Aufenthalt in anderen Ländern, die nicht zur EU und zum EWR gehören, können Pflegebedürftige das Pflegegeld nur bei einem befristeten Aufenthalt von bis zu sechs Wochen in Anspruch nehmen.

Nach überwiegender Auffassung ist das Molenaar-Urteil für die **private Pflegeversicherung** nicht unmittelbar bindend. Dennoch haben sich die privaten Versicherungsunternehmen darauf verständigt, ihren Versicherungsnehmern in vergleichbaren Fällen die Fortführung des Versicherungsvertrages anzubieten und ihnen das Pflegegeld ins Ausland in gleicher Weise zu zahlen wie die sozialen Pflegekassen.

4.10 **Verwaltungsverfahren und Rechtsschutz im Konfliktfall**

Das Verwaltungsverfahren ist immer dann wichtig, wenn der Versicherte mit einer Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden ist. Der häufigste auftretende Konfliktfall zwischen Pflegekasse und Versichertem sind Meinungsverschiedenheiten im Hinblick auf die richtige Einstufung in eine Pflegestufe.

Für das Verwaltungsverfahren bei der Pflegekasse gelten die allgemeinen Verfahrensgrundsätze des Sozialgesetzbuchs -Allgemeiner Teil- (SGB I) und des Sozialgesetzbuchs -Verwaltungsverfahren - (SGB X). Die Pflegekasse hat insbesondere die notwendigen Ermittlungen von Amts wegen durchzuführen. Sie erlässt einen Bescheid, der die Pflegeleistungen konkretisiert oder eine Ablehnung jeglicher Pflegeleistungen beinhaltet. Außerdem enthält der Bescheid die Feststellung, in welche Pflegestufe der Antragsteller eingestuft wird. Dem Bescheid ist eine Rechtsbehelfsbelehrung angefügt. Danach kann nach Bekanntgabe des Bescheides innerhalb eines Monats bei der Pflegekasse Widerspruch eingelegt werden. Fehlt dem Bescheid eine Rechtsbehelfsbelehrung, ist es möglich, innerhalb eines Jahres seit der Bekanntgabe des Bescheides Widerspruch einzulegen.

Zu der Möglichkeit, vor dem Sozialgericht zu klagen, der Frage, ob Anwaltszwang besteht, der Frage nach spezialisierten Fachanwälten, Rechtsschutzversicherungen und Prozesskostenhilfe wird auf die Ausführungen zum Abschnitt "Rechtsschutzverfahren", "Spezialisierte Anwälte" und "Rechtsschutzversicherungen und Prozesskostenhilfe" in Kapitel 2 (⇒ Seite 34) dieses Ratgebers verwiesen.

Wichtig: Gegen Bescheide privater Versicherungsunternehmen ist kein Widerspruch zulässig. Es ist lediglich der Klageweg vor dem Sozialgericht zugelassen (siehe dazu Kapitel 3 ⇒ Seite 44).

4.10.1 Recht auf Akteneinsicht

Im Zusammenhang mit einem Widerspruchs- oder Klageverfahren hat der Antragsteller das Recht, Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten bei der Pflegekasse zu nehmen - dies ist von großer Bedeutung. Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung sind von dem Recht auf Akteneinsicht ausgeschlossen (vgl. § 25 Abs. 1 SGB X). Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse des Versicherten enthalten, kann die Pflegekasse statt dessen den Inhalt der Akten dem Versicherten durch einen Arzt vermitteln lassen. Die Pflegekasse ist hierzu insbesondere dann verpflichtet, wenn andernfalls ein gesundheitlicher Schaden des Versicherten zu befürchten ist. Soweit die Akten Angaben enthalten, die die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit des Versicherten beeinträchtigen können, kommt für die Vermittlung neben einem Arzt auch ein besonders geeigneter Mitarbeiter der Pflegekasse in Betracht. Das Gesetz (vgl. § 25 Abs. 3 SGB X) schränkt die Befugnis zur Akteneinsicht insoweit ein, als die Vorgänge wegen der berechtigten Interessen des Versicherten oder Dritter geheim gehalten werden müssen. So können Angaben von Pflegepersonen oder Angehörigen unter die Geheimhaltungspflicht fallen, wenn diese entsprechende Angaben zu den Akten gegeben haben.

Die Akteneinsicht erfolgt grundsätzlich bei der Pflegekasse, die die Akten führt. Die Akteneinsicht beinhaltet das Recht, sich Auszüge, Abschriften oder Ablichtungen fertigen zu lassen. Die Pflegekasse kann für ihre Aufwendungen einen angemessenen Ersatz verlangen.

4.11 Pflegemängel oder Pflegefehler als Konfliktfall

Während man in der medizinischen Behandlung von Behandlungsfehlern spricht, spricht man bei der Pflege von Pflegefehlern.

Die mit am häufigsten genannten Beispiele für Pflegefehler sind:

- unzureichende Lagerung eines Risikopatienten und dadurch bedingtes Dekubitalgeschwür.
- Unzureichende Flüssigkeitszufuhr und dadurch bedingte Austrocknung.

Neben Pflegefehlern gibt es auch Pflegemängel, die (noch) nicht zu einem Schaden beim Pflegebedürftigen geführt haben.

Grundsätzlich sollte zunächst versucht werden, derartige Konfliktfälle mit der Pflege-/Heimleitung in einem Gespräch zu erörtern und - wenn möglich - einvernehmlich zu lösen.

Anders als bei den Krankenkassen ist eine Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen durch die Pflegekassen gesetzlich nicht vorgesehen. Die Durchsetzung eigener zivilrechtlicher Ansprüche auf Schadensersatz

bzw. Schmerzensgeld wegen Pflegefehlern muss vom Versicherten selbst - ggf. mit anwaltlicher Hilfe - betrieben werden. Liegt ein begründeter Verdacht eines Pflegefehlers vor, empfiehlt es sich dennoch, die Pflegekasse einzuschalten, da diese in der Regel ebenfalls ein Interesse an der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen hat. Zudem verfügen die Pflegekassen über ein Beschwerdemanagement, das einen hohen Stellenwert im Rahmen der Qualitätssicherung der Pflege hat. Die meisten Pflegekassen halten für ihre Versicherten Vordrucke bereit. Beschwerden können auch an die zuständige Heimaufsicht gerichtet werden.

Bei der Verfolgung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen gelten die in Kapitel 1 (⇒ Seite 7) des Patientenratgebers bereits ausführlich dargestellten Rechtsgrundlagen und die dort gemachten Ausführungen analog.

Bei Fragen und Problemen können sich Betroffene und deren Angehörige an die folgende Patientenschutzorganisation wenden:

Notgemeinschaft Medizingeschädigter in NRW e.V.

Schloßstr. 37 / 41541 Dormagen

Telefon: 02133 / 4 67 53 Fax: 02133 / 24 49 55

E-Mail: info@bag-notgemeinschaften.de

Internet: www.bag-notgemeinschaften.de

Ferner können die Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung in Anspruch genommen werden.

Internet:

<http://www.patientenunterstuetzung.de/Adressen/adressen.htm>

4.12 Pflegeberatung

Gemäß § 4 Landespflegegesetz sind Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen trägerunabhängig zu beraten und über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen zu informieren. Diesen gesetzlichen Auftrag erfüllt der Rhein-Kreis Neuss mit der Einrichtung und dem Betrieb eines Pflegeberatungsbüros. Die Beratung erfolgt durch das Seniorenforum der Stadt Neuss. Es werden sowohl Pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit Bedrohte sowie deren Angehörige, als auch Träger und Einrichtungen der Altenhilfe im Rhein-Kreis Neuss beraten. Die Beratung kann auf Wunsch auch in der Wohnung des Ratsuchenden stattfinden. Sie umfasst u.a.:

- das Aufzeigen eines individuell abgestimmten Hilfsangebotes,
- die Information über rechtliche Rahmenbedingungen,

- Hilfestellung beim Ausfüllen von Formularen bzw. Antragstellung von Pflegegeld und Sozialhilfe,
- Kontaktaufnahme bzw. Vermittlung zu Sozialstationen, ambulanten Pflegediensten, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Altenpflegeheimen, Mobilien Sozialen Diensten, Haushaltshilfen, Mahlzeitendiensten, Nachbarschaftshilfen u.a. ,
- Finanzierungsmöglichkeiten.

Pflegeberatungsbüro des Rhein- Kreises Neuss

Seniorenforum der Stadt Neuss

Meererhof 14, 41460 Neuss

Ansprechpartnerin: Frau Kilian

Tel.: 02131 / 10 24 16 Fax: 02131 / 10 24 17

E-Mail: seniorenforum@stadt.neuss.de

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag: 11.00 - 16.00 Uhr

Jeden 1. Und 3. Freitag im Monat berät zudem die Seniorenbeauftragte des Rates der Stadt Neuss, Frau Karin Kilb, die älteren Bürgerinnen und Bürger der Stadt Neuss.

Die **Broschüre "Pflegeberatungsbüro des Kreises Neuss"** können Sie beim Sozialamt des Rhein-Kreises Neuss Tel.: 02181 / 601 - 50 34 oder beim Fachbereich Soziale Leistungen und Förderung der Stadt Neuss Tel.: 02131 / 90 50 56 anfordern.

Darüber hinaus können Sie Fragen insbesondere zu Pflegeleistungen wie zum Beispiel zu mobilen sozialen Diensten wie häuslichen Pflegediensten und "Essen auf Rädern" auch bei den Wohlfahrtsverbänden stellen. Zwischen dem Pflegeberatungsbüro und den Wohlfahrtsverbänden erfolgt eine gute Zusammenarbeit.

Wohlfahrtsverbände im Rhein-Kreis Neuss

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Kreisverband Neuss e.V.

Auf der Schanze 5, 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 23 25-0 Fax: 02181 / 23 25 23

AWO Ortsverein Neuss

Schwannstraße 6, 41460 Neuss

Tel.: 02131/2 42 21 Fax: 02131/ 27 55 564

E-Mail: awo-neuss@t-online.de

Caritasverband für das Kreisdekanat Neuss e.V.

Montanusstraße 40 , 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181/ 238-125 Fax: 02181/ 238 -111

E-Mail: info@caritas-kreis-neuss.de

Internet: www.caritas-kreis-neuss.de

Caritasverband für das Kreisdekanat Neuss e.V.

Unter den Hecken 44, 41539 Dormagen

Tel.: 02133/ 25 00-13 Fax: 02133/ 25 00-30

E-Mail: mitschke@caritas-kreis-neuss.de

Internet: www.caritas-kreis-neuss.de

Caritasverband für das Stadtdekanat Neuss e.V.

Rheydter Straße 176, 41464 Neuss

Tel.: 02131 / 889 - 0 Fax: 02131 / 889 - 100

E-Mail: info@caritas-neus.de

Internet: www.caritas-neuss.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband / Kreisgruppe Neuss

Adolf-Flecken Straße 10, 41460 Neuss

Tel.: 02131 / 2 70 97 Fax: 02131 / 2 70 99

E-Mail: kgneuss@paritaet-nrw.org

Internet: www.paritaet-nrw.org

Deutsches Rotes Kreuz (gesamtes Kreisgebiet, außer Neuss)

Kreisverband Grevenbroich e.V., Am Flutgraben 63, 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 65 00 - 0 Fax: 02181 / 65 00 - 36

E-Mail: kvgrevenbroich@drk-nordrhein.net

Internet: www.drk-nordrhein/kvgrevenbroich

Deutsches Rotes Kreuz (nur Neuss)

Am Südpark, 41466 Neuss

Tel.: 02131/ 74 59 50 Fax: 02131 / 7 45 95 45

E-Mail: kvneuss@drk-nordrhein.net

Internet: www.drk-nordrhein.net

Diakonisches Werk der evangelischen Kirchengemeinden im Kreis Neuss e.V. (gesamtes Kreisgebiet außer Stadt Neuss)

Auf der Schanze 88, 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 605 - 1 Fax: 02181 / 605 - 237

E-Mail: bernd.gellrich@diakonischeswerk.de

Diakonisches Werk der evangelischen Kirchengemeinden in Neuss e.V. (Stadt Neuss)

Plankstraße 1, 41462 Neuss

Tel.: 02131 / 56 68 - 0 Fax: 02131 / 56 68 49

E-Mail: info@diakonie-neuss.de

Internet: www.diakonie-neuss.de

4.13 Heimaufsicht

Zuständig für die Aufsicht über die Pflegeheime im Rhein-Kreis Neuss ist das Sozialamt des Rhein-Kreises Neuss.

Grundsätzlich steht Ihr Heimleiter Ihnen und Ihren Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite. Gibt es jedoch Meinungsverschiedenheiten oder unbefriedigende Antworten, können Sie die Heimaufsicht um Rat fragen. Sie gibt Ihnen Auskunft und nimmt jede Beschwerde, Frage und jeden Hinweis ernst. Beschwerden geht die Heimaufsicht nach, auf Wunsch auch, ohne dabei den Namen des Beschwerdeführers zu nennen.

Die Heimaufsicht gibt insbesondere auch Auskünfte zu Heimverträgen und zur Heimordnung und berät und vermittelt in Fragen zur Hygiene, zur Sozialhilfe oder zum Betreuungsrecht. Bei der Heimaufsicht können Sie auch folgende Broschüre anfordern:

Broschüre "Ihr gutes Recht als Heimbewohner/in "

Rhein-Kreis Neuss / Sozialamt

Lindenstr. 4-6, 41515 Grevenbroich

Ansprechpartner: Her Mertens

Tel.: 02181 / 601 - 50 34

Fax: 02181 / 601 - 50 98

E-Mail: marcus.mertens@rhein-kreis-neuss.de

Adressen der Pflegeheime im Rhein-Kreis Neuss erhalten Sie beim Pflegeberatungsbüro (⇒ Seite 70)

4.14 Literatur

11. Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch(XI). Pflegeversicherung vom 26.Mai 1994 (BGBl. I S.1014), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022).

Peter Tischmann, Patientenrechte rund um das Krankenhaus

Klie/Krahmer: Soziale Pflegeversicherung SGB XI: Lehr- und Praxiskommentar. Nomos, 2. Auflage 2002

Kramer: WISO Pflegeversicherung - Einstufungen, Leistungen, Streitfälle; Frankfurt/Wien: Redline Wirtschaft bei ueberreuter, 2004

Rhein-Kreis Neuss: Schlaganfall: Wegweiser für Betroffene und Angehörige

Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK) / AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. : Rahmenkonzept der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Pflegeberatung) - <http://www.vdak.de/rahmenkonzept.htm>

5. Rehabilitation und Behinderung

GÜNTHER TRAPPEL, Geschäftsführer der St.-Mauritius-Therapiekl. Meerbusch und Sprecher der Arbeitsgemeinschaft medizinische Rehabilitation im Rhein-Kreis Neuss.

Unterkapitel: Behinderung / Schwerbehinderung: WERNER SCHELL

.....

5.1 Was ist Rehabilitation?

Im allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter Rehabilitation die Wiederherstellung eines Zustandes durch Heilung einer Krankheit bzw. Behebung oder Minderung einer Behinderung mit dem Ziel der möglichst uneingeschränkten Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Die vordringliche Aufgabe der medizinischen Rehabilitation, deren Hauptträger die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung sind, besteht darin, den chronisch kranken und behinderten Menschen in seiner Leistungsfähigkeit so weit zu fördern, dass seine Integration im Berufs- und Alltagsleben erhalten bleibt oder wiederhergestellt wird. Für die Erreichung dieser Zielvorgaben ist ein umfassender, ganzheitlicher Rehabilitationsansatz erforderlich. Dazu gehört die Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung und ihre Folgen einschließlich ihres Zusammenwirkens. Die medizinische Rehabilitation entspricht einem Modell, das Gesundheit und Krankheit als Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt, also den Prinzipien der Ganzheitlichkeit und Interdisziplinarität entspricht.

5.2 Formen der Rehabilitation

Eine erste grobe Unterscheidung ist möglich in allgemeine Heilverfahren und Anschlussrehabilitation (AR) oder Anschlussheilbehandlung (AHB).

Allgemeine Heilverfahren und Anschlussheilbehandlungen können sowohl zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als auch zu Lasten der Rentenversicherung gehen. Wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist bei den allgemeinen Heilverfahren der Präventivcharakter der Maßnahme, während bei den AR oder AHB-Verfahren ein Akutereignis in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt vorliegen muss. Für die Unterscheidung, wer die Kosten zu tragen hat, gilt als weiteres grobes Unterscheidungskriterium die Tatsache ob der Patient sich noch im Erwerbsleben befindet (Kostenträger Rentenversicherer) oder ob der Patient aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist (Kostenträger: Krankenversicherung). Dies ist auch zuständig, wenn ein mit versichertes Familienmitglied eine Reha-Maßnahme in Anspruch nimmt. Bei onkologi-

schen Rehabilitationsmaßnahmen (Reha nach Krebs) werden die Maßnahmen zu einem hohen Prozentsatz auch über das Erreichen der Altersgrenze hinaus durch den Rentenversicherer finanziert.

5.2.1 Allgemeine Heilverfahren

Die Leistungen zur Vorsorge der **gesetzlichen Krankenversicherung** umfassen die Verhütung und Verschlimmerung von Krankheiten (nach §§ 20 bis 24 SGB V) und die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (nach den §§ 25 und 26 SGB V)

Des Weiteren werden in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen Leistungen zur Vermeidung einer drohenden Behinderung, zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Beseitigung, Besserung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgegeben.

Die **Rentenversicherungsträger** erbringen ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation um:

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

5.2.2 Anschlussrehabilitation (AR) oder Anschlussheilbehandlung (AHB)

Diese Begriffe werden im Alltag je nach Kostenträger synonym gebraucht und bedeuten inhaltlich dasselbe.

AR oder AHB-Behandlungen werden eingeleitet, wenn die Voraussetzungen nach § 40 SGB V bzw. nach den §§ 10 ff. SGB VI vorliegen und eine Behandlung im Krankenhaus nicht oder nicht mehr erforderlich ist. In der Regel schließen sich diese Maßnahmen unmittelbar oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung an. Der zeitliche Zusammenhang ist auch dann noch gewährt, wenn aus zwingenden Gründen ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten wird. Hier kommt es u.a. auf die Frühmobilisierung und Rehabilitationsfähigkeit des Patienten an.

Insbesondere die Rentenversicherungsträger haben für die Genehmigung von Anschlussheilbehandlungen einen Indikationskatalog erstellt für die diese Maßnahmen in Frage kommen. Es handelt sich dabei um folgende Erkrankungen:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße

- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Stoffwechselerkrankungen
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

5.3 Rehabilitationsträger

Träger von Rehabilitationsmaßnahmen können sein:

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die gesetzlichen Unfallversicherungen
- die gesetzlichen Rentenversicherungen
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Sozialhilfe

Nach § 14 SGB IX hat der Rehabilitationsträger dem der Antrag zugeleitet wird, innerhalb von 14 Tagen festzustellen, ob er zur Leistung verpflichtet ist. Sofern er nicht zuständig ist hat er den Antrag unverzüglich an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten. Damit soll sichergestellt werden, dass ein Kompetenzgerangel zwischen den Rehabilitationsträgern, verbunden mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen, vermieden wird.

5.4 Wer hat Anspruch auf Rehabilitation?

Sofern die medizinischen Voraussetzungen im Sinne von Pkt. 1 und 2 gegeben vorliegen, sind noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu prüfen.

Im Falle der Kostenträgerschaft des Rentenversicherungsträgers sind folgende versicherungsrechtlichen Prüfungen vorzunehmen:

- liegt eine Wartezeit von 15 Jahren vor
...oder
- sind sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung erbracht
...oder
- sind Sie Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
...oder
- die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren wird erfüllt, wenn eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt oder diese in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

5.5 Wie bekomme ich eine Rehabilitationsmaßnahme und wer übernimmt die Kosten?

Nach einer abgeschlossenen stationären Akutbehandlung stellt der behandelnde Arzt noch im Krankenhaus, mit der Zustimmung des Patienten, einen Antrag auf Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Dies erfolgt - je nach Zuständigkeit - beim Rentenversicherer oder bei der Krankenkasse. Diese prüfen den Antrag und im Falle einer Genehmigung wird in der Regel eine stationäre Maßnahme in einer Reha-Klinik oder ambulante Maßnahme in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung mit denen eine Vertragsbeziehung besteht, vorgeschlagen. Im Falle einer Krebserkrankung wird ein AR/AHB Antrag an die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkrankung in Bochum (Arge) gestellt oder direkt an die Rehabilitations-Vertragsklinik der Arge Krebs in Bochum. Die Sozialdienste in den Akutkrankenhäusern haben die Aufgabe im Rahmen der Antragstellung für Anschlussheilbehandlungsmaßnahmen Ihnen behilflich zu sein. Wenden Sie sich daher auch vertrauensvoll an den Sozialdienst des Krankenhauses; in dem Sie behandelt werden."

Im Falle eines allgemeinen Heilverfahrens im Sinne präventiver Rehabilitation erfolgt die Antragstellung sowohl bei den Rentenversicherungsträgern als auch bei den Krankenkassen über den Hausarzt des Patienten. Die Rentenversicherungen werden im Rahmen des Genehmigungsverfahrens eine zusätzliche ärztliche Begutachtung bei so genannten „Vertrauensärzten“ durchführen lassen. Die Krankenkassen werden die Verordnung einer Rehabilitation zukünftig nur noch durch anerkannte niedergelassene Vertragsärzte mit entsprechender Qualifikation akzeptieren. Bei onkologischen Er-

krankungen geht der Antrag auf Gewährung eines onkologischen Heilverfahrens an die Arge Krebs in Bochum zur Genehmigung und Zuordnung einer entsprechenden Vertragsklinik.

Die Kosten zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahmen incl. der Reisekosten nach bestimmten Vorschriften werden von den Kostenträgern übernommen. Hinzu kommen ggf. Spezialregelungen für Übergangsgelder, Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe etc. Bei einer Rehabilitationsmaßnahme müssen Sie eine Zuzahlung von zzt. 10 Euro pro Tag zahlen, von der unter bestimmten Umständen vollständig oder teilweise abgesehen werden kann. Da diese Zuzahlungsverpflichtungen einem ständigen Wechsel unterworfen sind, erkundigen Sie sich bei Ihrem zuständigen Kostenträger über die jeweilige Höhe und Dauer der Zuzahlungsverpflichtung.

5.6 Behinderung / Schwerbehinderung

Behinderte bzw. schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch darauf, nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligt zu werden (Art. 3 GG). Zum Ausgleich unvermeidbarer Nachteile können schwerbehinderte Menschen v.a. auf der Grundlage des SGB IX Nachteilsausgleiche beanspruchen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme solcher Nachteilsausgleiche ist in der Regel die Anerkennung als Schwerbehinderter. Um insoweit Rechte geltend machen zu können, werden folgende allgemeine Hinweise gegeben werden:

Schwerbehinderte sind behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50, sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz rechtmäßig in Deutschland haben. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden als GdB nach Zehnergraden (von 20 bis 100) vom Versorgungsamt abgestuft festgestellt. Für den GdB gelten die im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) festgelegten Maßstäbe entsprechend. Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist deren Gesamtauswirkung maßgeblich.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellt das Versorgungsamt nach ärztlicher Begutachtung bei Vorliegen einer Behinderung einen (befristeten) Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den GdB und ggf. auch über weitere gesundheitliche Merkmale (z. B. Gehbehinderung mit den Merkzeichen „G“ bzw. „aG“, Hilflosigkeit mit dem Merkzeichen „H“) aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach dem SGB IX und anderen Vorschriften zustehen. Bei der Feststellung der Behinderung und des GdB richten sich die begutachtenden Ärzte und Behörden v.a. nach den vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) he-

rausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“.

Die Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen (Nachteilsausgleich) sind so zu gestalten, dass sie unabhängig von der Ursache der Behinderung der Art und Schwere der Behinderung Rechnung tragen. Hierzu gehören u.a.:

- unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr bei erheblicher Behinderung in der Bewegungsfähigkeit (ggf. ist eine geringe Gebühr zu zahlen),
- steuerliche Erleichterungen (z.B. Freibetrag nach dem GdB bei der Einkommen- und Lohnsteuer),
- Vergünstigungen im Funk- und Fernsprechwesen (Gebührenbefreiung bzw. Gebührenermäßigung),
- Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Ausstellen von Parkausweisen bzw. Zuweisung eines besonderen Parkplatzes),
- Wohnungshilfe (z.B. Beratung, Bewilligung von Darlehen).

5.7 Wie finde ich die richtige Rehabilitationseinrichtung?

Die jeweiligen Kostenträger werden Ihnen im Rahmen Ihres Genehmigungsverfahrens eine Rehabilitationsklinik oder ambulante Reha-Einrichtung vorschlagen mit denen sie ein Vertragsverhältnis und schon langjährige Erfahrung in der Zusammenarbeit haben. Weiterhin gibt es umfangreiche Nachschlagewerke wie beispielsweise die Handbücher der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen des AOK-Verlages und des Medi Media Verlages. Im Internet werden Sie unter den entsprechenden Suchbegriffen ebenfalls qualifizierte Reha-Einrichtungen finden.

Nach § 9 SGB IX steht Ihnen bei der Entscheidung über die Leistungen und Ausführungen einer Rehabilitationsleistung ein Wunsch- und Wahlrecht zu, dass auch insbesondere die persönliche Lebenssituation des Patienten berücksichtigen muss. Hierbei sei besonders auf das Wahlrecht verwiesen die Rehabilitationsmaßnahme wohnortnah durchzuführen und keiner „Verschickung“ in entfernte Regionen zuzustimmen, weil Kostenträger dort Kliniken unter Vertrag haben, die diese Reha-Maßnahmen besonders „kostengünstig“ anbieten.

In jedem Falle stehen den Rat suchenden Patienten die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger mit Auskunft, Beratung und aktiver Unterstützung in allen Fragen der Rehabilitation zur Seite. Für den Rhein-Kreis Neuss sind dies folgende Adressen:

5.7.1 Adressen

Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen - c/o AOK Neuss

Michael Weyers

Oberstr. 33 / 41460 Neuss

Tel.: 02131 / 29 34 54

Fax: 02131 / 29 35 52

E-Mail: michael.weyers@rla.aok.de

LVA Rheinprovinz / Service-Zentrum Düsseldorf

Königsallee 71 / 40215 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 937 – 37 28

Fax: 0211 / 937 – 30 96

E-Mail: service-zentrum.duesseldorf@lva-rheinprovinz.de

Internet: www.lva-rheinprovinz.de

Beratungsstelle der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Graf-Adolf-Straße 35-37 / 40210 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 3806 - 0

Fax: 0211 / 3806 - 190

E-Mail: bfa.in.duesseldorf@bfa-berlin.de

Internet: www.bfa.de

Sozialverband VdK - Geschäftsstelle Neuss

Frau Schwabe / Frau Kallen

Platz am Niedertor 18 / 41460 Neuss

Tel.: 02131 / 27 37 74

Fax: 02131 / 27 38 20

E-Mail: kv-neuss@vdk.de

Internet: www.vdk.de/kv-neuss

Sozialverband VdK - Geschäftsstelle Grevenbroich

Frau Breuer / Frau Stange-Jansen

Elsener-Mühle 2 / 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181 / 6 14 61

Fax: 02181 / 6 14 68

E-Mail: vdk.grevenbroich@t-online.de

5.8 Literatur

Lachwitz, Schellhorn, Welti: Handkommentar zum Sozialgesetzbuch 9, Verlag Luchterhand, ISBN 3-472-04934-0.

Grigoleit, Schliehe, Wenig: "Handbuch Rehabilitation und Vorsorge", Asgard Verlag, ISBN 3-537-56209-8.

Stichwortverzeichnis

abhängig Beschäftigte	32, 50
Ablehnung einer Leistung	48
Akteneinsicht	69
Aktive Sterbehilfe	18
Akutbehandlung.....	78
Allgemeine Heilverfahren	75, 76
Altenheim.....	61
Altenwohnheim	61
Altersrückstellung.....	44
ambulante Maßnahme	78
ambulante Pflegedienste.....	62
ambulanten Pflegedienst.....	63
Amtsgericht	30, 32, 43, 50
anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft	7, 14
Angehörigen	69
Anschlussheilbehandlung (AHB)	75, 76
Anschlussrehabilitation	75
Anschlussrehabilitation (AR).....	76
Anthroposophie.....	36
Antragsformulare	59
Antragsteller	45, 59, 60, 61, 68, 69
Antragstellung	59, 78
Anwalt	29, 30, 31, 43
Anwaltssuche.....	31, 42, 50
Anwaltszwang.....	30, 42
Anwartschaftsdeckungsprinzip.....	44
Apothekennotdienst	17
Äquivalenzprinzip	44
Arbeitgeber	45
Arbeitgebermodells	63
Arbeitsgemeinschaft für Krebserkrankung	78
Arbeitslosenversicherung	42
Arzneimitteltherapie	39
Arzt ..6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 41, 46, 47, 48, 60, 69, 78	
Arztberichte	48
Arztbesuch	33, 39
Arztbriefe	13

Ärzte.....	6, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19, 25, 35, 36, 37, 79
Ärztammer	26, 27
ärztliche Begutachtung	78
ärztliche Betreuung	36
Arztrechnung.....	9
Assistenzpersonal.....	16
Aufbewahrungspflicht	13
Aufklärung.....	8, 11, 12, 21
Aufklärungsformulars	12
Aufklärungsgesprächs.....	11
Aufklärungspflicht	11
Aufklärungspflichten.....	16
Aufzeichnungen über eine Röntgenbehandlung	13
Auslandsaufenthalt.....	67
Auslandsbehandlung	39
Auslandskrankenversicherung	40
außergerichtlichen Verfahren	32, 50
Austrocknung	69
AVB Leistungen	46
Befundbericht	13
Befundberichte	61
Befundberichten.....	8
Befunderhebung	8
begründeter Verdacht.....	70
Behandlungsbedürftigkeit	35, 45
Behandlungsfehler	24, 26, 27, 28, 32, 33
Behandlungsfehlern.....	26, 27, 30, 69
Behandlungsfehlers	13, 25, 30
Behandlungskosten	48
Behandlungsmethode.....	14, 15, 41
Behandlungsmethoden	14, 15, 36, 37, 41
Behandlungspflichten	7
Behandlungsvertrag	7, 8, 13, 46
Behinderte.....	34, 79
Behinderung	34, 36, 39, 56, 75, 76, 79, 80
behinderungsbedingter Nachteile	80
Beihilfe.....	67
Beihilfeanspruch	67
Beitragshöhe	45
Beitragsrückgewähr.....	45

Beitragszeit	44
Belastungsgrenze	39
Beratungseinsätze	63
Beratungshilfe	32, 43, 50
Beratungshilfeschein	43
Berufsausübung	8
Beschwerdemanagement	70
Bestrahlungsaufzeichnungen	13
Besuchspflicht	17
Betreuer	59
Betreuungsbedarf	56
Betreuungsverfügung	18, 54
Betteinlagen	64
Bevollmächtigter	59
Beweislast	28
Blutentnahmen	16
Blutübertragungen	16
Bonusheft	37
BUB-Richtlinie	37
Bundesagentur für Arbeit	77
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	49
Bundesaufsichtsamt für Versicherungswesen	49
Bundesausschuss	36, 37, 44
Bundesversorgungsgesetz	39, 79
Checkliste	60
Chefarztbehandlung	46
chronisch krank	39
Darm- oder Blasenentleerung	56
Dekubitalgeschwür	69
Delegation	16
demographischen Wandel	44
Diagnosestellung	8
Dienstvertrag	7
Dokumentation	11, 14
Dokumentations- und Aufklärungsmängeln	28
EBM	36, 41
Eigenständigkeit	56
Eigenverantwortung	11
eingeschränkte Belastbarkeit	58
Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM)	14

einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)	36
Einkommen- und Lohnsteuer	80
Einsichtsrecht	13
Einverständniserklärung.....	12
Einwilligung	8, 12
Elektroschockbehandlungen	16
Entziehungskuren	46
Entziehungsmaßnahmen.....	46
Ernährung	56, 57
Ersatzpflege.....	63, 65
Erschwernisfaktoren.....	58
erstattungsfähig.....	13, 41, 48
Erwerbsleben.....	75, 76
Europäischen Gerichtshofs	67
Europäischen Wirtschaftsraums.....	67
Fachanwalt für Sozialrecht	42
Fachanwalt für Versicherungsrecht	50
Fachanwälte für Sozialrecht	31, 50
Fahrtkostenerstattung	38
Familienangehörige	67
Familienangehörigen	35, 62
Familienmitglied.....	34, 75
Familienversicherung.....	59
Feuerwehr	17
Fieberkurven	13
finanzielle Anerkennung.....	62
Freibetrag	80
Freie Arztwahl.....	13
freien Arztwahl	7
Früherkennung von Krankheiten.....	76
Früherkennungstermine	38
Frühmobilisierung	76
Funk- und Fernsprechwesen	80
Ganzheitlichkeit	75
Garantenstellung	16, 17
Gebührenbefreiung	80
Gebührenermäßigung.....	80
Gebührenordnung für Ärzte	9, 38, 47
Gebührenordnung für Heilpraktiker.....	46
Gefahr im Verzug	12

Gehbehinderung	79, 80
Geheimhaltungspflicht	69
Geldleistung	67
Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen	70
Genehmigungsverfahren	80
Genehmigungsverfahrens	78, 80
gerichtlichen Auseinandersetzung	30, 32, 50
Geschäftsführung ohne Auftrag	12
Gesetzgeber	6, 30, 34, 37, 42, 44, 58, 62
gesetzlichen Krankenversicherung	6, 7, 21, 34, 44, 75, 76
gesetzlichen Leistungspflicht	41
gesetzlicher Vertreter	59
gesundheitliche Verhältnisse	69
Gesundheitsleitungen	45
Gesundheitsstörung	39
Giftnotruf	17
GKV	6, 7, 9, 13, 15, 22, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46
GOÄ	9, 38, 47
Grad der Behinderung	79
groben Behandlungsfehlern	28
Grundgesetz	6, 12
Grundpflege	56, 57, 64
Gutachten	26, 28, 29, 61
Gutachter	26, 27, 32, 60, 61
Gutachter- und Schlichtungsstelle	26, 27
Haftpflichtansprüche	25
Haftungsgrundlagen	25
Härtefall	57, 58
Härtefällen	62
Hauptpflichten des Arztes	8
Hausarzt	38, 61, 78
Hausbesuch	17
Haushalt	56, 61
Haushaltshilfe	35, 79
häusliche Pflege	61, 64, 66, 67
Häusliche Pflege	61
häuslicher Krankenpflege	35
hauswirtschaftlichen Bedarf	57
Heilbehandlung	34, 46
Heilfürsorge	67

Heilmittel.....	36, 39, 46
Heilmitteln.....	39
Heilpraktiker	46
Heilpraktikergesetz.....	46
Heimaufsicht	70
Heimleitung	69
Herausgabeanspruch	13
Hilfebedarf	56, 57, 58
Hilfeleistungspflicht	16, 17
Hilflosigkeit.....	15, 34, 79
Hilfsmittel.....	36, 40, 47, 58, 64
Hilfsmitteln.....	15, 35, 38, 39
Hilfsmittelverzeichnis	36
Homöopathie.....	36
Hospizbewegung	19, 20
Indikationskatalog.....	76
Informationspflicht	14
Infusionen.....	16
Injektionen.....	16
Interdisziplinarität	75
Internet-Apotheken.....	40
Jugendhilfe.....	77
Kassenärztliche Vereinigung	26, 27
Kassenärztliche Vereinigungen	37
Kassenärztlichen Vereinigungen	8
Kassenpatienten	7, 8, 14
Kassenwahlrecht.....	40
Kinder	38, 58
Klage	32, 42, 43, 47, 50
Klageerhebung	48
Klageverfahren	42, 43, 49, 69
Kompetenzgerangel	77
Kontrollbesuche	38
Körpergewicht	58
Körperpflege.....	41, 56, 57
Kosten des Verfahrens.....	32, 50
Kostenaufstellung	9
Kostenersatz.....	46
Kostenerstattung	37, 38, 46, 47, 48, 67
Kostenerstattungsprinzip	37, 39, 46

Kostenerstattungsverfahren	9
Kostenträger	75, 76, 79, 80
Kostenübernahme	40, 48
Krankenbehandlung	34, 35, 36, 44
Krankenbett	64
Krankenblatt	13
Krankendokumentation	26
Krankengeld	36
Krankenhaus	13, 17, 21, 25, 39, 41, 60, 76, 78
Krankenhausaufnahmebedingungen	12
Krankenhausbehandlung	14, 35, 76
Krankenhaussozialdienst	21
Krankenkasse	9, 10, 25, 26, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 60, 64, 78
Krankenkassen	6, 8, 26, 31, 35, 36, 37, 41, 46, 60, 69, 77, 78, 81
Krankenpflege	39
Krankenunterlagen	13, 14
Krankenversicherer	14, 46, 47
Krankenversicherung	6, 25, 26, 35, 40, 42, 47, 58, 60, 75
Krankenversicherungen	6, 46
Krankenversicherungsvertrag	44, 48
Krankenversicherungsvertrages	47
Krankenzusatzversicherung	38
Krankheit	34, 35, 36, 39, 56, 58, 67, 75, 76
Krankheitsbezug	46
Krebsfrüherkennung	36
Kriegsopferversorgung	77
Kündigungsrecht	13
künstliche Beatmungen	16
Kurzzeitpflege	61, 64, 65
Kurzzeitpflegeeinrichtung	65
Lebenserhaltungsmaßnahmen	18
Lebenserwartung	39, 44
Lebensqualität	39
Lebenszeit	44
Leistungserbringern	6, 26, 37
Leistungspflicht	14, 15, 64
Leistungsumfang	44
Leitlinien	15
Massagen	46
MDK	26, 32, 60

medizinisch Notwendige	15
medizinische Behandlungspflege	64
Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)	26, 60
<i>medizinischen Fortschritt</i>	35, 36
medizinischen Rehabilitation	35, 75
Medizinschadensrecht	31
Mehraufwendungen	80
menschenwürdige Behandlung	6, 18
Methoden- und Therapiefreiheit	14
Minderung der Erwerbsfähigkeit	39
Mitwirkung	11, 15, 16
Mitwirkungspflicht	8, 63
Mobilität	56, 57
Molenaar-Urteil	68
Nachschlagewerke	80
Nachteilsausgleiche	79
Nachtpflege	64
Nahrungsaufnahme	56
Narkosen.....	16
Narkoseprotokoll.....	13
Naturheilkunde	36
Not- und Bereitschaftsdienst der Ärzte	17
Notdienst	17
Notfallambulanz	38
Notfallpatienten	17
Notruf	17
Notsituationen	7
Ombudsmann	49
Operationsbericht.....	13
Parkausweisen	80
Parkerleichterungen	80
Patient	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 75
Patientenaufklärung	12
Patientenbeauftragten der Bundesregierung.....	22
Patientenberatung.....	21, 22, 28
Patientenberichte	8
Patientenbeschwerdestellen	21
Patientenfürsprecher	21
Patientenquittung	9
Patientenrechte	9, 10, 12, 32, 33

Patientenselbstbestimmung	18
Patientenstelle	42
Patientenstellen	23, 31
Patientenunterstützung	10
Patientenverfügung	18, 19, 32
persönliche Behandlung	16
persönliches Gespräch	11
Pflege	24, 34, 58, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70
Pflegeaufwand	57, 58
Pflegebedürftige	57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 68
Pflegebedürftigen	55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 69
Pflegebedürftigkeit	35, 36, 39, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 67, 76
Pflegecharta	10, 51
Pflegediensten	62
Pflegeeinrichtung	63, 66
Pflegeeinsatz	62, 63
Pflegefachkraft	60
Pflegefehler	69, 70
Pflegefehlern	69
Pflegegeld	62, 63, 64, 67, 68
Pflegeheim	21, 61
Pflegehilfsmittel	64
Pflegekasse	59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70
Pflegekassen	57, 58, 60, 61, 62, 64, 67, 68, 69
Pflegekraft	25, 63, 64
Pflegekurse	67
Pflegeleistungen	59, 60, 62, 68
Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	66
Pflegemängel	69
pflegende Angehörige	61, 62
Pflegeperson	59, 60, 63, 67
Pflegepersonen	58, 61, 63, 67, 69
pflegerische Hilfe	56
pflegerische Hilfeleistung	56
Pflegesachleistung	62, 68
Pflegestufe	38, 39, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 68
Pflegestufen	57, 66
Pflegetagebuch	60, 61
Pflegeversicherung	32, 42, 51, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 66, 67, 68, 74
Pflegeversicherungsgesetz	66

Pflegevertrag	62
Pflegevertretung	63
PKV	37, 44, 45, 46, 47, 48, 50
Polizei	17
Prämienerhöhung	45
Prävention	61
Präventivcharakter	75
Praxisgebühr	37, 38
Praxisgebühren	13, 39
private Krankenversicherungsunternehmen	38
private Zusatzversicherung	37
privaten Krankenversicherung	13, 44, 47, 49
privaten Krankenversicherungsrechtes	50
privaten Versicherungsunternehmen	46, 68
privaten Zusatzversicherungen	46
Privatpatienten	7, 8, 9, 24, 37, 47
Privatrechtsschutzversicherungen	43, 50
Prozesskosten	32
Prozesskostenbeihilfe	43
Prozesskostenhilfe	32, 43, 50
Prozessrisiko	26, 32
psychotherapeutische Behandlung	35, 39
qualifizierte Behandlungspflege	58
Qualität	35, 36, 67
Qualitätsanforderungen	40
Qualitätssicherung	13, 63, 70
Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit	12
Rechtsanwalt	1, 25, 26, 30, 34, 41, 43, 44
Rechtsanwaltskammer	31, 42
Rechtsbehelfsbelehrung	42, 68
Rechtsberatung	29
Rechtsschutzverfahren	42
Rechtsschutzversicherung	32, 43, 50
Rechtsschutzversicherungen	31, 43
Rehabilitation	39, 41, 61, 75, 76, 78, 80, 81, 82
Rehabilitationseinrichtung	41, 60, 78, 80
Rehabilitationseinrichtungen	76, 80
Rehabilitationsfähigkeit	76
Rehabilitationsklinik	80
Rehabilitationsleistung	80

Rehabilitationsmaßnahme	41, 78, 79, 80
Rehabilitationsmaßnahmen	8, 21, 36, 76, 77, 79
Rehabilitationsträger	77, 80
Rehabilitations-Vertragsklinik	78
Reha-Einrichtung	41, 80
Reha-Klinik	78
Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	78
Rentenbeitragszahlung	59
Rentenversicherung	42, 67, 75
Rentenversicherungen	77, 78
Rentenversicherungsträger	76
Rettungsdienst	17
Richtlinien	11, 18, 34, 35, 36, 60
Risikoäquivalenz	44
Risikoausschluss	45, 46, 47, 48
Risikoausschlüsse	44, 46
Risikopatienten	69
Risikoprüfung	38
Röntgenaufnahmen	13
Rückabwicklung	45
Sachleistung	62, 64
Sachleistungen	38, 62, 63
Sachleistungsprinzip	37, 38, 46
Sachverständige	32, 50
Sachverständiger	28, 29
Schadensansprüche	29
Schadensersatz	69, 70
Schadensersatzansprüche	26, 30
Schadensersatzansprüchen	26, 69
Schiedsverfahren	48
Schlichtungsverfahren	48, 49
schlüssige Handlung	12
Schmerzensgeld	70
Schmerzensgeldansprüchen	70
Schönheitsoperationen	46
Schweigepflicht	8, 14
Schweigepflichtsentbindung	26
schwerbehinderte Menschen	79, 80
Schwerbehindertenausweise	38
Schwerbehindertenrecht	42, 80

Schwerbehinderter	79
Schwerbehinderung	75, 79
Sehhilfen	38, 46
Sektionsbericht	13
Selbständige	32, 50
selbständige Lebensführung.....	64
Selbstbehalten	46
Selbstbestimmungsrecht	8, 11, 16, 18
Selbsthilfe	23, 24
Selbsthilfegruppen	23, 24, 31
Selbstzahler	7
Servicestellen	80
SGB V	21, 26, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 45, 76
Sicherstellungsauftrag	7
Sozialdienste	78
sozialen Sicherung	67
Sozialgericht	42, 43, 68
Sozialgesetzbuch.....	9, 34, 48, 74, 82
Sozialgesetzbücher	45
Sozialhilfe.....	77
Sozialrechts	42
Sozialversicherungsrecht.....	48
Spitzenverbände	21, 36, 60
Sprechzeiten.....	17
staatlichen Kontrollen	40
Standards.....	15
Standardtarif	45
stationäre Maßnahme.....	78
Sterbebegleitung	18, 19, 33
Sterbegeld	38
steuerliche Erleichterungen	80
streitige Anspruchsdurchsetzung	25
Streitwert	30
Therapie	8, 13, 34
Therapierichtungen	36
Überalterung der Bevölkerung.....	44
Übergangsgelder.....	79
Umkehr der Beweislast	28
Unfallversicherung	39, 42
Unfallversicherungen	77

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	26
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	37
Unzureichende Flüssigkeitszufuhr	69
unzureichende Lagerung	69
Verbandmitteln	38
Verbraucherzentrale	22, 42
Vergütung	8
Verhinderungspflege	63
Verhütung und Verschlimmerung von Krankheiten	76
Verjährung	29, 30
Verjährungsfrist	25, 30
Vermögensverhältnisse	43
Verrichtungen des täglichen Lebens	41, 61
verschreibungspflichtige Medikamente	38
Versicherungsbedingungen	14, 45, 48
versicherungsrechtlichen Voraussetzungen	78
Versicherungsschutz	41, 44, 45, 46
Versicherungsvertrag	44
Versicherungsvertragsgesetz	45
Versorgung	6, 9, 14, 15, 16, 21, 35, 37, 39, 46, 57, 58
Versorgungsamt	79
Versorgungsverträge	37
Vertragsärzte	36, 78
vertragsärztlichen Versorgung	13
Vertragsbeziehungen	10
Vertragsklinik	78, 79
Vertragsschluss	7, 45, 47
Vertragsverhältnis	45, 80
Vertrauensärzten	78
Vertrauensverhältnis	13
Vertrauensverhältnisses	15
Verwaltungsverfahren	68
Vitaminpräparaten	46
Vorerkrankung	40, 47
Vorsorgemaßnahmen	36
Vorsorgeuntersuchungen	36
Vorsorgevollmacht	18, 19, 32, 54
Vorverfahren	42
Vorversicherungszeit	55, 59
Waffengleichheit im Medizinschadensprozess	28

wahrheitsgemäß	45
Wartezeiten	45
Werkvertrag	7
Widerspruch	42, 68
Widerspruchsbescheid	42
Widerspruchsverfahren	42, 43, 48
Wille des Patienten	12, 18
Wirksamkeit	35, 36
Wirtschaftlichkeitsgebot	35
Wirtschaftlichkeitsgebots	15
wohnnah	80
Wohnungshilfe	80
Würde des Menschen	18
Zahnarzt	7, 38
zahnärztliche Behandlung	35
Zahnersatz	35, 37, 46
Zahnpflege	56
Zeitpunkt der Antragstellung	59
Zeugnissen	8
Zivilrechtsweg	30
Zusatzleistungen	37, 46, 66
Zusatzversicherung	38
Zuschlag	44
zuwendungsorientierte Sterbebegleitung	18
Zuzahlung	38, 39, 79
Zuzahlungsverpflichtung	79