

Gesundheitsfragebogen

Sie haben nach Patientenrechtegesetz das Recht, diesen Bogen jährlich auszufüllen.
Wir benötigen vor Beratung und Behandlung ein Ausweisdokument zur Identitätsfeststellung.

Nachname:

Telefon privat:

Vorname:

Email:

Geburtsdatum:

Telefon berufl.:

PLZ, Ort:

Arbeitgeber:

Straße, Nr.:

Beruf:

ggf. Fürsorgeberechtigte/r RechnungsempfängerIn (bei Minderjährigkeit oder gesetzlicher Betreuung):

Nachname:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Zahnarztpraxis:

Ort:

Hausarztpraxis:

Ort:

Was ist der Anlass Ihres Besuches?

Bitte kreuzen Sie Ihre aktuellen Erkrankungen, Therapien an oder machen weitere Angaben:

- Herzerkrankung: _____ Blutgerinnungsstörung Asthma oder Atemnot
 Osteoporose Zuckerkrankheit (**Diabetes**) Infektion: _____
 Tablettentherapie Infusionstherapie insulinpflichtig Hepatitis HIV Tuberkulose

Es bestehen folgende Erkrankungen: _____

Ich wurde zum letzten Mal geröntgt: _____

- Ich bin **schwanger** im _____. Monat. Ich **rauche** Ich bin/war **alkoholkrank**.
 <10 pro Tag >10 pro Tag. Ich darf keine Opiate erhalten.

Ich bin **allergisch** auf: Nickel : _____

Ich nehme derzeit folgende **Medikamente**: _____

Ich lehne folgende Verfahren ab: Homöopathie Akupunktur Anwendung **tierischer Eiweiße** (z.B. Schwein)

Ich möchte vor eine Betäubung eine **Vorbetäubung der Einstichstelle** (GKV: ca. € 7,-): Ja, bitte! Nein

Ich erhalte kostenpflichtig **Unterlagen-Kopien** in Papierform (teurer) per Email (preiswerter)

Das Patientenrechtegesetz legt im BGB § 630e fest, dass **Kopien von unterschriebenen Unterlagen** auszuhändigen und die **entstehenden Kosten von den Patienten zu tragen sind**. Die Kosten betragen € 0,50 pro Seite oder digitalem Dokument (nach JEVG).

Termine sind mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, sonst wird eine Ausfallgebühr von € 60,- je halber angefangener Behandlungsstunde bzw. € 20,- je angefangener halber Prophylaxestunde vereinbart. Es bleibt den Patienten der Nachweis möglich, dass der Schaden gar nicht oder geringer als die Schadenpauschale eingetreten ist.

Es können **Aufnahmen** (Audio, Video, Foto, Röntgen, 3D-Datensätze) zur internen Dokumentation gemacht werden.

§§ 1 und 15 SGB V verpflichten **Gesetzlich Versicherte**, eine gültige und aktuelle **Versichertenkarte** vorzulegen. Wird eine gültige und fehlerfreie Karte nicht binnen 10 Tagen beigebracht, so werden alle Leistungen privat in Rechnung gestellt, Versicherte können sich dann selbst um eine Erstattung durch ihre Krankenkasse bemühen.

Für **Gesetzlich Versicherte** sind **Zahnersatzpläne** nur über die **Regelversorgung kostenfrei, wenn diese ausgeführt wird**. Höherwertige und nicht innerhalb von 6 Monaten ausgeführte Planungen sind Privatleistung.

GKV-Füllungen in Seitenzähnen werden ausschließlich à € 45,- bis 75,- **zuzahlungspflichtig** pro Füllung erbracht, **Prophylaxesitzungen** sind Privatleistung, viele Krankenkassen erstatten eine Pauschale direkt an Versicherte.

Bitte teilen Sie uns mit, wie aufwändig Sie behandelt werden möchten:

	Behandlungswunsch:	Alternativen-Aufklärung	Neue Verfahren	Ästhetik
1 Basis	„ausreichend“, das zwingend Notwendige	nicht gewünscht	nein	unwichtig
2 Basis plus	„ausreichend“	nahe liegende	kaum	kaum wichtig
3 frei & o.k.	o.k. und solide	weitere	nahe liegende	etwas wichtig
4 optimal	gut und funktional	sinnvolle	weitere Verfahren	wichtig
5 perfekt	so perfekt wie zu dieser Zeit erreichbar	sinnvolle	alle hier verfügbaren	hoch
6 traumhaft	fantastisch	mehr als möglich	auch Wunder	höchste

Behandlungsvertrag für **gesetzlich** oder **privat** Versicherte

Ich, _____ schließe einen Behandlungsvertrag mit Dr. Georg Kolle
Vorname Name

- für mich. für mein Kind _____
 für mein Mündel Vorname Name

Gegenstand des Vertrags ist die Untersuchung und Beratung und ggf. auch die Therapie.
Dabei soll für den kommenden Zeitraum folgender Rechtsrahmen gelten:

reine „Kassenbehandlung“ / Schmerzbehandlung als PrivatpatientIn – Stufe 1

Ich verzichte nach BGB § 630 ausdrücklich auf Alternativen- und / oder Risiko-Aufklärung.

Es können bei der Kassenversorgung gesetzliche Eigenbeteiligungen anfallen, Füllungen ohne Eigenanteil sind bei uns nicht möglich. Eine private Schmerzbehandlung wird im Faktorbereich 1 – 3,5 ausgeführt, ab 2,3 wird begründet.

Basis plus – Stufe 2

 Ich wünsche, dass die Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an mir vollzogen werden. Mir ist bekannt, dass ich nicht spontan in die Kostenerstattung wechseln kann und viele Beschränkungen bestehen, die sich nicht nach der Einzelperson richten, sondern daran ausgerichtet sind, für die Krankenkasse wirtschaftlich zu sein. Leistungen, die nicht sicher den Richtlinien entsprechen, kann ich nur als Privatleistung erhalten, die Krankenkasse beteiligt sich dann nicht, häufig zahlen auch Zusatzversicherungen dann nicht.

Kostenerstattung (§ 13 SGB V): Privatbehandlung für GKV-Versicherte, ich wähle Stufe _____.

Ich habe bereits meiner Krankenkasse erklärt, dass ich das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V für Zahnmedizin wähle. Der Zeitraum der Kostenerstattung läuft, ich lege daher die GKV-Karte nicht zum Einlesen vor.



Die Praxis kann mich unabhängig von den Richtlinien der GKV behandeln, ich werde über größere Kosten vorab informiert und begleiche die Rechnungen selbst. Meine Krankenkasse wird mir nur erstatten, was sie als Kassenleistung erkennt, Zusatzversicherungen können mehr erstatten, da unter Kassenbeteiligung mehr Leistungen in Anspruch genommen werden können.

reine Privatbehandlung, ich wähle Stufe _____.

Eine Behandlung, die über eine reine Schmerzbehandlung hinausgeht, kann nicht zu Honoraren aus den Jahren 1987, 1996 oder 2012* erfolgen. Dr. Kolle wird mit mir vom Standard abweichende Faktoren absprechen, die notwendig sind, um angemessen Personal, Technik, Material und Zeit vorhalten zu können. Mir ist bekannt, dass sich die Behandlung nicht nach den Erstattungsregeln von Kostenträgern richtet.

Gifhorn, den _____ X _____

Im Anhang wird das **Patientenrechtgesetz** (PRG, s.Anhang) bekannt gegeben.

KassenpatientInnen werden hiermit auf ihre **Mitwirkungspflicht nach Sozialgesetzbuch V** (SGB V, s.u.) hingewiesen. Die **Datenschutzhinweise nach DSGVO** finden sich auf www.drkolle.de, Mit der Angabe Ihrer Daten stimmen Sie Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten zu.

Dir Praxis Dr. Kolle ist nicht an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen.

* Die Honorare der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind überwiegend seit 1987 unverändert, nur wenige wurden 2012 einmalig angehoben. Die Honorare der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind seit 1996 unverändert.

ANHANG: ERLÄUTERUNGEN

Kassenbehandlung - Basisbehandlung

Sie muss nach SGB V (s.u.) **auf das Notwendige beschränkt, preiswert und in ihrer Ausführung „ausreichend“** sein. Wir führen alle Behandlungen sorgfältig aber in einfacher Art und Weise aus.

Im Vergleich zu dem, was wir „ohne Fesseln“ tun könnten, empfinden wir diese Therapien bisweilen als unzureichend nach heutigem Wissensstand! **Daher muss nach PRG BGB § 630a Satz 2 zugestimmt werden, dass wir minderwertig behandeln und nicht weiterführend aufklären sollen.**

Eine einmalige Betäubung ohne Vorbetäubung wird als generell ausreichend angesehen, bei Wurzelbehandlungen an „toten“ Zähnen besteht i.a.R. KEIN Anspruch auf eine Betäubung.

Bei unzureichender Mundhygiene / Mitarbeit besteht i.a.R. KEIN Anspruch auf zahnerhaltende Maßnahmen wie Füllungen, Wurzelbehandlungen oder gar Zahnersatz.

Die Erneuerung bestehender Wurzelfüllungen, die Behandlung von Zahnfleisch-Rezessionen, mehrfarbige Füllungen sind KEINE Kassenleistungen. Es gelten die Richtlinien der Kassenbehandlung.

Reine Privatbehandlungen wie Keramikversorgungen, begleitende Naturheilverfahren, aufbauende Chirurgie, Implantationen, hochwertiger Zahnersatz u.v.a.m. sind KEINE Kassenleistungen und werden nicht angesprochen.

Kassenbehandlung plus:

Es gelten weiterhin die beschränkenden Vorschriften der Richtlinien.

Auf eine höherwertige Versorgung auf Kassenkosten besteht weiterhin KEIN Anspruch, **einiges kann nicht durch Zuzahlung erwirkt werden, viele Therapieformen sind ausgeschlossen.**

Einige zusätzliche Verfahren, wie Oberflächenbetäubung, mehrfache Betäubungen, höherwertige Füllungen, höherwertiger Zahnersatz können jedoch je nach Rechtslage per Zuzahlung oder als zusätzliche Privatleistung ausgeführt werden.

So bald die Aufklärung darüber mehr Raum oder Wert einnimmt als die Aufklärung zur Kassenbehandlung, ist die Aufklärung ggf. Privatleistung.

Kostenerstattung nach § 13 SGB V

Sie ist ein **Wahlrecht gesetzlich Krankensversicherter zur Ausschaltung einer Zweiklassenmedizin.**

Da das Verfahren für die Kassen Kontrollverlust und Mehrarbeit bedeutet, stehen sie ihrer Pflicht oft abweisend gegenüber und verweigern häufig Erstattungsankünfte vorab, somit lassen die Krankenkassen ihre Versicherten leider noch zu oft im Ungewissen. Sie haben das Kostenerstattungsverfahren aber nach ihrer Satzung durchzuführen!

Nach Patientenrechtegesetz geben wir vorab stets mündlich und bei größeren Beträgen immer schriftlich Auskunft über die zu erwartenden Kosten einer Behandlung. Falls die Kosten sich merklich erhöhen, kommen wir unserer Pflicht zur schriftlichen Mitteilung umgehend nach.

Während gesetzlich Versicherte weiterhin nur Anspruch auf Erstattung in Höhe der ausreichenden Versorgung haben, entfallen in der Praxis die Beschränkungen der Richtlinien. Folglich können alle Verfahren eingesetzt werden.

Zu Behandlungen, die in der Kassenbehandlung durch die Richtlinien ausgeschlossen werden, können Krankenkassen nun Zuschüsse zahlen, z.B. zu bestimmten Schritten der Erneuerung einer Wurzelfüllung, die sonst vollständig privat zu tragen wäre oder zu einer so genannten Anhängerbrücke, die i.d.R. durch die Richtlinien untersagt ist u.v.a.m.

Da die Krankenkasse dadurch mehr Geld ausgibt, weil ihr der Einblick oder die Richtlinienkompetenz des Vertragszahnarztes fehlen, darf sie zum Ausgleich bis zu 5% des Geldes behalten, das eigentlich den Versicherten zusteht.

Reine Privatleistungen bleiben Privatleistungen, hier zahlen die Kassen i.d.R. Keine Zuschüsse.

Nähere Informationen finden Sie u.a. hier:

<http://pzvd.de/kostenerstattung-fuer-gkv-versicherte.html>

<https://zahnarztrechnung.info/gkv-und-kostenerstattung.php>

reine Privatbehandlung:

Auch in der Privatbehandlung gelten die Regeln der Kunst und das Patientenrechtegesetz.

Die Behandlung wird als privat bezeichnet, da nur die PatientInnen der Behandlung zustimmen müssen. Weder Privatversicherungen noch Beihilfestellen haben ein Genehmigungsrecht. Sie können jedoch Erstattungen für nicht versicherte oder nicht schriftlich „angekündigte“ Leistungen verweigern oder tarifbedingt nur einen prozentualen Anteil auszahlen. (Beides mindert nicht die Zahlungspflicht von Patienten an die Praxis.)

Grundlage des Erstattungsanspruchs ist eine Zahnarztrechnung nach den staatlich festgelegten Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ), die eine zahnärztliche Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit darstellen.

Wir behandeln versicherungsunabhängig. Die von uns dann erstellten Privatrechnungen enthalten nur die Maßnahmen, die wir durchgeführt haben und die Materialkosten, die entstanden sind.

Nach den Regeln der GOZ oder GOÄ und den Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer und der Privatzahnärztlichen Vereinigung **erbringen wir auch medizinisch notwendige (sinnvolle) Leistungen, die in die Gebührenordnungen noch keinen Eingang gefunden haben,** um die Regeln der Kunst einzuhalten. Die dazu **vorgeschriebene Analogabrechnung** (vergleichende Berechnung) führen wir ordnungsgemäß und transparent aus. Leider versuchen Privatversicherer häufig, dies als ordnungswidrig oder nicht notwendig hinzustellen. Finanzdienstleister leben eben davon, mehr Geld einzunehmen als sie ausgeben.

Unter www.zahnarztrechnung.info werden viel Hintergrundwissen und Textbausteine für Briefe an Kostenträger bereit gestellt.

Da die Gebühren der Privatmedizin überwiegend seit 1987 gleich geblieben sind, sind sie im Standardfaktor (2,3) überwiegend nicht mehr kostendeckend, sie sind sogar oft schlechter bewertet als vergleichbare Handlungen in der Kassenmedizin.

Für eine gerechte Kostenverteilung und damit wir alle Verfahren anbieten und ausführen können, **vereinbaren wir entsprechend den Gebührenordnungen abweichende Faktoren.** Je nach Versicherungsvertrag ist dies abgedeckt oder es verbleiben Selbstbeteiligungen für privat versicherte Patienten.

Informationen zum Behandlungsvertrag nach Patientenrechtegesetz

Ein Behandlungsvertrag kommt schriftlich oder durch stille Übereinkunft zustande, wenn Patienten eine Praxis zur Behandlung aufsuchen. Das ist gesetzlich festgelegt, u.a. im Patientenrechtegesetz. **Eine nicht besprochene stille Übereinkunft enthält das Risiko entscheidender Missverständnisse. Deswegen schließen wir schriftliche Verträge.**

Um gemeinsam den Rahmen für Sie (oder in Ihrer Fürsorge Stehende¹) abzustecken und die Behandlung nach Ihren Möglichkeiten und Wünschen auszurichten, erläutern wir weiter unten das Patientenrechtegesetz und gehen davor noch auf die Rechte und Pflichten aus Verträgen mit der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ein.²

¹ Kinder, betreute Personen

² Rechtsberatungen sind juristischen Berufen vorbehalten. Aus dem von uns geschilderten sind daher keine Rechtsfolgen abzuleiten, ebenso wenig eine

Sozialgesetzbuch V

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) **regelt die gesetzliche Krankenversicherung**. Es ist maßgeblich für die Behandlung gesetzlich Krankenkassensicherter „auf Chipkarte“.

GKV-Versicherte in Kostenerstattung sind weiterhin an das SGB V gebunden, die Praxis und damit die Behandlung selbst wird jedoch von den Beschränkungen befreit.

Das SGB V **gilt nicht für rein privat Versicherte**.

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung⁴

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine Solidargemeinschaft. Versicherte sollen sich eigenverantwortlich gesund halten und an der Gesundheit aktiv mitwirken. Die Krankenkassen sorgen für Behandlung und kontrollieren die Mitwirkung.

§ 2 Leistungen⁵

1. Die Krankenkassen bezahlen nur für einige medizinische Leistungen („Kassenleistungen“).
2. Es gibt nur Sach- oder Dienstleistungen, kein Bargeld.
3. Es gibt genug Leistungserbringer, nicht jeder muss jeden behandeln.
4. Krankenkassen, Behandler und Versicherte sollen darauf achten, dass nur wirksam und sparsam und nicht mehr als nötig behandelt wird.

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot⁶

1. Es gibt nur Leistungen auf ausreichendem Level, die ihren Zweck erfüllen und preiswert für die Versichertengemeinschaft sind. Es wird nur das Nötige geleistet. Mehr können Versicherte nicht verlangen, mehr dürfen Behandler nicht auf Kassenkosten erbringen und mehr dürfen gesetzliche Kassen nicht bezahlen.
2. Manchmal gibt es nur einen festen Zuschuss, auch, wenn es eigentlich teurer ist.
3. Wenn ein Kassenvorstand zulässt, dass die Kasse zu viel bezahlt, muss er es persönlich aus seinem privaten Vermögen bezahlen.

In gleicher Weise werden auch die Behandler in Regress genommen: wenn die Kasse oder die K(Z)V finden, es sei mehr als ausreichend und sparsam behandelt worden, muss der Behandler dafür bezahlen. Der wird sich also gut überlegen, ob er sein Geld für Andere ausgibt: „Der Helfer wird zum Henker“, in der Kassen - Zahnmedizin wird vermutlich manch ein Zahn, der eigentlich noch erfolgreich behandelt werden könnte, extrahiert.

Gewährleistung.

3 Originaltexte stehen in den folgenden Fußnoten.

- 4 Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.
- 5 (1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget erbracht; § 29 des Neunten Buches gilt entsprechend. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

- 6 (1) 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.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 13 Kostenerstattung⁷

1. Die Kasse darf nur erstatten, was sie auch sonst zahlen würde.
2. Versicherte können wählen, dass sie privat behandelt werden wollen und die Kasse ihnen die Summe der Privatrechnung erstattet, den die Kasse sonst auch bezahlt hätte, abzüglich 5% oder höchstens € 40,- pro Rechnung. Diese Summe darf die Kasse behalten, weil sie niemanden in Regress nehmen kann.
Versicherte müssen das vor Beginn eines Quartals der Krankenkasse bekannt geben.
Für Behandlung durch nicht zur Kassenversorgung zugelassene Behandler muss die Kasse nicht erstatten.
3. Gibt es (binnen etlicher Wochen) keine Termine mehr für Kassenpatienten oder hat die Kasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt, haben Versicherte auch das Recht auf Kostenerstattung.
4. Für Auslandsbehandlung haben Versicherte ein Recht auf Kostenerstattung in Höhe ihres Anspruchs in Deutschland (höchstens).

7 (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangene Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.

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

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

Patientenrechtegesetz

Das so genannte Patientenrechtegesetz wurde 2013 als § 630a dem Bürgerlichen Gesetzbuch hinzugefügt. Es fasst Patientenrechte, die auch vorher schon bestanden, zentral zusammen.

Wir übersetzen es hier einmal ins Alltagsdeutsche und hinterlegen den charmanten Gesetzestext in den Fußnoten:

BGB § 630a Vertragstypische Pflichten⁸

1. Behandler sagen zu, eine vereinbarte Behandlung zu leisten. Patienten sagen zu, dafür die vereinbarte Summe zu zahlen, so weit das nicht eine Krankenversicherung direkt bezahlt.
2. Behandelt wird nach den aktuell üblichen Standards, es sei denn, etwas anderes ist abgesprochen.

BGB § 630b Anwendbare Vorschriften⁹

Es gilt das Dienstvertragsrecht, d.h. Patienten lassen die Behandlung zu, Behandler machen ihre Arbeit nach den „Regeln der Kunst“.

Dieser Paragraph legt klar, dass nicht das Werkvertragsrecht gilt (s.a. BGB § 631), bei dem ein Anspruch auf Erfolg bestehen würde. Da in der Medizin zu viel von patienteneigenen Umständen abhängt, kann ein Erfolg der Maßnahmen ausbleiben, die Vergütung muss trotzdem erfolgen.

BGB § 630c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten¹⁰

1. Behandler und Patienten sollen gemeinsam arbeiten.
2. Behandler sind vor und während der Behandlung verpflichtet, über die Erkrankung, den Ablauf der Behandlung und wesentliche Folgen zu informieren. Ist bei der Behandlung ein Fehler passiert, muss der Behandler das mitteilen.
3. Wenn dem Behandler bekannt ist, dass Versicherungen eventuell nicht alles bezahlen werden, muss er die voraussichtlichen Behandlungskosten schriftlich benennen.
4. Patienten müssen in einer Notfallbehandlung oder wenn sie ausdrücklich darauf verzichtet haben, nicht informiert werden.

Während Behandler sehr viel informieren müssen, sollen Patienten mitarbeiten. Sie müssen nicht informieren. Hier liegt eine Schiefelage im Gesetz vor.

Die Informationspflicht über Fehler ist einzigartig im deutschen Recht. Kein Berufszweig muss eigene Fehler proaktiv eingestehen, Anwälte nicht, Steuerberater oder Architekten nicht, auch Versicherungen haben keine solche Auflage.

Jedoch muss ein Behandler schon vorab informieren, dass die Versicherung wahrscheinlich nicht alles zahlt, was er aber eigentlich kaum genauer wissen kann.

BGB § 630d Einwilligung¹¹

1. Vor einer Behandlung muss die Einwilligung des Patienten oder seines Betreuers erfolgen.
2. Eine Einwilligung ohne vorherige Aufklärung ist unwirksam.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Die Einwilligung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Wird eine Einwilligung widerrufen, ist das das Ende der Behandlung. Die bis dahin erfolgten Maßnahmen sind zu bezahlen, wobei nicht abgeschlossene „Kassenleistungen“ zugleich einen Bruch der Versichertenpflicht aus dem SGB V darstellen können, sie werden dann zur Privatleistung, die der Patient zu zahlen hat.

Da – wie Sie sehen – die Informations- und Beweislast überwiegend und in beispielloser Menge den medizinischen Dienstleistern auferlegt wird, erhalten Sie von uns überhaupt nur diese umfangreiche Information, die vermutlich kaum einer lesen wird – wir sind aber zu massiver Information verpflichtet.

BGB § 630e Aufklärungspflichten¹²

1. Behandler müssen Patienten über wesentliche Merkmale der Behandlung, Folgen und Risiken aufklären. Gleich geeignete übliche Alternativen und ihre Erfolgsaussichten sind zu benennen.
2. Die Aufklärung muss mündlich, rechtzeitig und verständlich erfolgen. Unterschriebene Dokumente sind in Kopie auszuhändigen.
3. Auf die Aufklärung kann verzichtet werden, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann oder der Patient darauf ausdrücklich verzichtet hat.
4. Gibt es einen Fürsorgeberechtigten, so muss dieser aufgeklärt werden.
5. Auch die betreute Person soll so weit aufgeklärt werden, wie sie es verstehen kann.

BGB § 630f Dokumentation der Behandlung¹³

1. Behandelnde müssen aufschreiben, was sie machen. Nachträgliche Ergänzungen müssen als solche erkennbar sein.
2. Die Aufzeichnung muss wesentliche Maßnahmen, deren Ergebnisse, Patientenaussagen, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen und Therapien und deren Wirkung beinhalten. Einwilligungen und Aufklärungen sind ebenfalls zu dokumentieren.
3. Die Patientenakte muss 10 Jahre aufbewahrt werden.

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

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

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

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

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

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

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

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

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

BGB § 630g Einsichtnahme in die Patientenakte¹⁴

1. Patienten haben das Recht ihre Patientenakte einzusehen, wenn dem nicht Rechte Anderer entgegen stehen.
2. Patienten können elektronische Kopien der Akte verlangen, die Kosten dafür trägt der Patient.
3. Nach dem Tod des Patienten haben die Erben die finanziellen Rechte und Pflichten. Die Akte darf nur offen gelegt werden, so weit es der Verstorbene gewollt hätte.

Da in unserer Praxis die Akte elektronisch in einer Datenbank geführt wird, die auch alle anderen Patientenakten enthält, steht der Einsicht der Datenschutz entgegen. Kopien können gegen Entschädigung nach JVEG angefordert werden.

BGB § 630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler¹⁵

1. Ein Behandlungsfehler könnte vorliegen, wenn ein vermeidbares Risiko den Patienten geschädigt hat.
2. Der Behandelnde muss beweisen, dass wirksam aufgeklärt und eingewilligt wurde, wenn der Patient nicht sowieso eingewilligt hätte.
3. Ist eine Behandlung nicht dokumentiert, so ist sie nicht erfolgt.
4. War der Behandler nicht genügend ausgebildet, wird angenommen, dass das den Fehler verursacht hat.
5. War ein Fehler unverständlich doof, dann wird dem Behandler die Schuld zugewiesen.

Auch diese Vorschrift sucht im deutschen Recht vergeblich ein Ebenbild.

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

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

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

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

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

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

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

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