

Vortragender: Herr Gregor Bornes
gesundheitsladen köln e.v.
Venloer Straße 46
50672 Köln
Beratungstelefon:: 0221- 47 40 55 5 oder
(kostenlos) 08 00 01 17 72 2

Veranstalter: SHG Wegener Köln/Bergheim
Tel.: 02271/93350

Ort: Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln
Marsilstein 4-6
50676 Köln
Tel: 0221- 95 15 42-23

Protokollantin: Sendrina
Vaskulitis(at)web.de

(1) Was leistet der gesundheitsladen köln e.v.?

Der gesundheitsladen köln e.v. berät Patientinnen (Anmerkung der Redakteurin: z.B. bei der Krankenhauswahl, Krankenkassen und ihre Leistungen, Klagen bei Behandlungsfehlern, etc.). Er unterstützt aber auch Selbsthilfegruppen und bietet Bürgerinitiativen, die im Bereich Gesundheit/Gesundheitspolitik aktiv sein wollen, die Gelegenheit, sich in den Räumlichkeiten der UPD zu treffen und zu organisieren.

Der gesundheitsladen köln e.v. engagiert sich darüber hinaus in der patientenbezogenen Gesundheitspolitik (Stichworte: Gentechnik, Atom). Sie arbeitet mit dem Arbeitskreis Patienteninteressen, den Patientenfürsprechern und der kommunalen Gesundheitskonferenz zusammen.

Die Patientenberatung des gesundheitsladen köln e.v. geschieht im Verbund mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) und ist mit 21 Beratungsstellen bundesweit organisiert. Sie ist erreichbar über

die Website www.upd-online.de

und

die kostenlose Telefonnummer: 08 00 01 17 72 2.

(2) Was sind eigentlich die Rechte eines Patienten?

Vorab wies Herr Bornes darauf hin, dass es bisher noch kein Gesetz gibt, dass die Rechte von Patientinnen zusammenfasst und kohärent darstellt. Daher leiten sie sich aus verschiedenen Gesetzen und Grundsätzen ab. Kein Mensch hat ein Recht auf Gesundheit. Dies kann ihm auch keiner garantieren.

Grundsätze

Art. 1 und 2 des Grundgesetzes setzen jedoch bestimmte Anhaltspunkte. So ist die Würde des Menschen unantastbar und er hat ein Recht auf körperliche Unversehrtheit.

Bei medizinischer Behandlung hat die Patientin das Recht, dass sie nach dem *aktuellen Stand der Medizin* durchgeführt wird. Die Patientin hat das Recht auf *freie Arztwahl*. Die gesamte Behandlung (Anamnese, Diagnose, Therapie und Nachsorge) muss vom medizinischen Personal *mit Sorgfalt* durchgeführt werden. Es besteht für den Arzt und das medizinische Personal eine *Schweigepflicht* über die Daten der Patientin, die Behandlung und Gespräche. Der Arzt muss das Behandlungsgeschehen dokumentieren. Die Patientin hat das Recht, diese Unterlagen vollständig in Kopie zu erhalten.

Termine müssen vom Arzt und von der Patientin eingehalten werden. Entsteht eine Wartezeit jenseits von ca. 15 Minuten kann theoretisch Schadensersatz verlangt werden .

Aufklärung

Vorher muss die Patientin vom Arzt über die Behandlung, ihre Wirksamkeit, Risiken und Nebenwirkungen, Risiken bei Nicht-Behandlung, sowie über Alternativ-Behandlungen aufgeklärt werden.

Die Einwilligung der Patientin zu einer Behandlung muss immer *wirksam* sein, sonst begeht der Arzt eine Körperverletzung. Wann aber ist eine Aufklärung wirksam?

Eine rein schriftliche *Aufklärung* (in Gestalt eines Info-Blattes) der Patientin reicht nicht aus. Immer erforderlich ist ein persönliches Gespräch zwischen Arzt und Patientin. Der Arzt muss sich während des Gespräches davon überzeugen, dass die Patientin die Informationen verstanden hat. Die Aufklärungspflicht umfasst auch die Pflicht, die Patientin über die finanziellen Folgen klar und deutlich zu informieren.

Im Falle einer geplanten Operation müssen zwischen einem solchen Gespräch und der OP mindestens 24 Stunden liegen, damit die Patientin genügend Zeit hat, das Gespräch zu überdenken.

Der Arzt bzw. die Klinik müssen die Behandlung, vor allem Operationen, und die Gespräche dokumentieren. Die Patientin hat ein Einsichtsrecht in diese Dokumentation und das Recht auf eine Kopie aller Unterlagen. Diese

Kopie muss mit maximal 0,51 € bezahlt werden. Gegen eine Quittung kann die Patientin auch die Herausgabe von Röntgenaufnahmen erbitten. Eine Kostenpauschale für die Herausgabe darf der Arzt /die Klinik nicht erheben, denn er hat die Aufnahmen/CDs ja bereits mit der Krankenkasse abgerechnet.

Kommt es zu Konflikten mit Ärzten und dem medizinischen Personal einer Klinik kann jede Patientin sich an die Patientenfürsprecherin des Krankenhauses, die jede Klinik haben muss, wenden.

Im „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ arbeiten Ärzte und medizinisches Personal selbst an einer Qualitätssicherheit und Fehlerbehebung innerhalb ihrer eigenen Reihen.

Merke:

Bei Behandlungsfehlern ist die Aufklärungspflicht oftmals der juristische Angelpunkt. Denn zumeist sind Behandlungsfehler direkt dem Arzt und/oder Krankenhaus schwer nachweisbar (da z.B. Dokumentation fehlt oder evtl. vorenthalten wird, etc. ; siehe auch unter Punkt (3), Sorgfalt) Daher sollten Patientinnen zu Aufklärungsgesprächen immer Zeugen mitnehmen, den Inhalt des Gespräches notieren, sowie den Zeitpunkt. Alles, was unterschrieben wird, sollten Patientinnen sich in Kopie geben lassen. Diese Unterlagen sollten gut aufbewahrt werden.

Unterstützung bei Klagen können die Regressabteilungen der Krankenkassen geben, die ja selbst ein finanzielles Interesse an evtl. Regressforderungen haben. Über sie kann ein kostenloses, erstes Gutachten des „Medizinischen Dienstes“ (MdK) erlangt werden. Ein weiteres, für die Patientin kostenloses Gutachten erstellt auf Anfrage die Gutachterkommission der örtlichen Ärztekammer.

Vor jeder Klage, die ja auch ein finanzielles Risiko birgt, sollten Patientinnen sich über die Vorgehensweise, z.B. von der UPD, beraten lassen.

(3) Wie muss der Arzt eigentlich behandeln?

Die Patientin geht durch die Übergabe der Chipkarte der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) rechtlich gesehen einen Behandlungs-Vertrag mit dem Arzt ein. Die Patientin kauft also eine Leistung des Arztes. Der Arzt erbringt diese Leistung auf der Grundlage eines Dienstleistungsvertrags. Der Arzt schuldet allerdings *nicht* - wie bei jedem Handwerkervertrag - den Erfolg seiner Dienstleistung. Führt die Behandlung nicht zum gewünschten Erfolg, z.B. die Gesundung oder die Beseitigung von Schmerzen, kann die Patientin den Arzt dafür nicht regresspflichtig machen. Wozu ist der Arzt aber dann vertraglich verpflichtet?

Das Einzige, wozu der Arzt verpflichtet ist, ist die Behandlung mit *Sorgfalt* durchzuführen und den Standard gemäß des *aktuellen Stands des Wissens der Medizin* einzuhalten. Sorgfalt bedeutet, dass, wenn der Arzt selber nach Standardtherapie oder aus Mangel an Wissen oder an

diagnostischen/Behandlungs-Mitteln der Patientin nicht mehr weiterhelfen kann, er sie an einen Kollegen, z.B. einen Facharzt oder eine Klinik, überweisen muss.

Da die Verletzung des Prinzips der Sorgfalt und/oder des Stands des aktuellen Wissens der Medizin im Streitfall schwer festzustellen/nachzuweisen ist, sind Schadensersatzklagen gegen Ärzte oder Kliniken, die sich darauf berufen, zumeist kompliziert und langwierig. Am schwierigsten ist der Beweis, dass der Behandlungsfehler auch tatsächlich zu dem Schaden geführt hat. Rechtsanwälte greifen daher gerne auf die einfacher nachzuweisende Verletzungen der Aufklärungspflicht zurück (siehe auch Punkt (2)).

Der Arzt kann die Patientin nicht nach Gutdünken behandeln. Der Arzt muss sich an den Artikel 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot) des SGB V halten, sowie an Artikel 70 (Qualität, Humanität und wirtschaftliche Freiheit). Seine Leistung muss also medizinisch notwendig sein. Sie muss ausreichend sein, dabei wirtschaftlich und zweckmäßig erbracht werden.

(4) Der Arzt als Verkäufer und die Patientin als Kunde

Die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen sich einerseits die Patientinnen und andererseits der Arzt bewegen, haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten entscheidend verändert.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wird durch den Gesetzgeber (Regierung und Parlament), sowie den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingeschränkt oder ausgeweitet. Die Grundlage für derartige Entscheidungen ist die „evidenzbasierte Medizin“ (EBM). (Anmerkung der Redaktion: d.h. es wird nur das in die Entscheidung einbezogen, was wissenschaftlich nachgewiesen ist.)

Da die finanziellen Mittel geringer wurden, andererseits die Kosten im Gesundheitswesen explodierten, wurden durch die Politik finanzielle Grenzen eingeführt. Die Einkommen der Ärzte und Kliniken sind dadurch zum Teil gesunken, die finanziellen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen haben zugenommen.

In dieser Situation entwickelte Dr. Lothar Krimmel, der Vizeverwaltungschef der KBV, heute medwell, die Gesundheits-AG die erste Liste für „individuelle Gesundheitsleistungen“ - kurz IGeL. Heute berät Lothar Kimmel Ärzte darüber, wie sie ihre Praxis unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten optimiert führen können.

Ein zentraler Punkt seiner Beratung ist die Ausbildung der Ärzte und Arzthelferinnen zu Verkäufern von Gesundheitsleistungen, die direkt vom Patienten bezahlt werden müssen. Da der Arzt gerne viel verdienen will, wird die Patientin gezielt mit verkäuferischer Psychologie „bearbeitet“.

Wie erkennt eine Patientin, dass sie sich gerade in einem Verkaufsgespräch befindet?

Folgende Merkmale sollten sie aufhorchen lassen:

- Der Arzt fragt nicht, wie es der Patientin geht
- Er erzählt von seinen eigenen finanziellen Problemen (damit es verständlich ist, wenn er mehr Geld fordert)
- Er ist sehr interessiert an Informationen über die wirtschaftliche/finanzielle Situation der Patientin (wie viel kann sie bezahlen)
- Er hat eine teuer ausgestattete Praxis, mit viel Personal. (Dann hat er auch hohe, ständige Kosten)
- Er redet alles schlecht, was die gesetzliche Krankenkasse leistet
- Er bietet Kassenleistungen gar nicht erst an.
- Er empfiehlt immer „das Beste“ (womit er am meisten verdient)
- Er empfiehlt (als Zahnarzt) immer nur Gold und Implantate
- Er ist sehr nett zur Patientin, versucht sympathisch zu erscheinen.
- Er reicht der Patientin Behandlungsverträge bereits am Behandlungsstuhl zur Unterschrift/ fordert ad hoc Entscheidungen über zu verwendende Materialien.

(5) Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse

Zahnarzt:

ohne Praxisgebühr müssen vorgenommen werden

- a) 1 x / Jahr eine komplette Untersuchung des Gebisses
- b) 1 x / Jahr Zahnsteinentfernung
- c) 1 x alle 2 Jahre Zahnfleischtaschenuntersuchung

Die UPD empfiehlt Zahnarztverträge von der UPD überprüfen zu lassen. Manche privaten Krankenkassen bieten auch eine Überprüfung für ihre Mitglieder an.

Augenarzt:

ohne Praxisgebühr muss vorgenommen werden

- a) bei Einnahme von Cortison 1 x / Jahr die Augeninnendruckmessung

Tests:

Kein Test liefert 100% eindeutige Ergebnisse. Sie messen die Konzentration eines Stoffes im Blut, also eine physikalische Größe (z.B. Augeninnendruck), die evtl. mit einer Erkrankung in Zusammenhang steht.

Tests haben zwei Fehlermöglichkeiten: entweder sie zeigen eine Krankheit an, die die Patientin gar nicht hat (falsch positiv), oder sie zeigen an, dass die Patientin gesund ist und das stimmt nicht (falsch negativ).

Die GKV übernimmt Tests nur, wenn sie zuverlässige - d.h. möglichst eindeutige - Ergebnisse liefern.

- Der *PSA-Test* (Prostatakrebs) gehört nicht dazu. Er zeigt in ca. 50% der Fälle fälschlicherweise einen Krebsverdacht an.
- *Ultraschalluntersuchungen der Gebärmutter* liefern als Vorsorge keine besseren Ergebnisse als der Sicht-/Tastbefund und der Abstrich, finden aber sehr häufig „Verdachtsbefunde“, die dann weitere Untersuchungen nach sich ziehen. Besteht allerdings bereits ein Krebsverdacht, bezahlt die GKV medizinisch notwendige Ultraschalluntersuchungen.
- *Mammographien* werden ab dem 50. bis zum 69. Lebensjahr alle zwei Jahre von der GKV bezahlt, sind allerdings in ihrem Nutzen, bzw. Schaden durch die Strahlenbelastung umstritten.

Fragen über die Nützlichkeit diverser Tests, die von Ärzten als IGeL (individuelle Gesundheitsleistung) angeboten werden, können jederzeit an die UPD gerichtet werden.

Die SHG Wegener dankt abschließend nochmals Herrn Gregor Bornes und dem gesundheitsladen köln für den informativen Vortrag in offener und angenehmer Atmosphäre!