

Ihre Rechte . . . als deutscher Patient in den Niederlanden



Wer ist EPECS?

In dem Grenzgebiet der Niederlande und Nordrhein-Westfalens (Deutschland) arbeiten seit einiger Zeit regionale Patientenorganisationen im Bereich der grenzüberschreitenden gesundheitlichen Versorgung² strukturiert zusammen. Aufgrund der ermutigenden Erfahrungen in der Kooperation haben die Patientenorganisationen der Euregios bereits vor einiger Zeit beschlossen, dass sie die Basis ihrer Zusammenarbeit festigen und ihr einen langfristigen Charakter geben wollen.

In unserem Kooperationsverbund, der als Stiftung nach niederländischem Recht eingetragene Organisation EPECS (European Patients Empowerment for Customised Solutions) teilen die Partner aus den Niederlanden und Deutschland folgende Grundüberzeugungen:

Wir betrachten die Bürgerinnen und Bürger nicht nur in den Grenzregionen insgesamt als mündige Bürgerinnen und Bürger, die insbesondere auch, wenn sie Patientinnen und Patienten werden, im Verhältnis zu den Sozialversicherungsträgern und den Leistungserbringern (niedergelassenen Ärzten, Krankenhäuser etc.) ebenfalls als mündig und gleichberechtigt agieren wollen und nicht unmündiges 'Objekt' in Entscheidungen von Expertinnen und Experten sein wollen. Darüber hinaus werden sich immer mehr Bürger und damit Patienten bewusst, dass sie als Patientinnen und Patienten nicht nur Pflichten erfüllen müssen, sondern auch Rechte haben, wenn es um die gesundheitliche Versorgung geht.

So gewinnt die Qualität, Transparenz und Zugänglichkeit der gesundheitlichen Versorgung auch auf der europäischen Ebene zunehmend an Bedeutung: Auch durch die Informationsmöglichkeiten des Internets sind immer mehr Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten informiert, die das europäische Gesundheitswesen bietet, z.B. für Patienten mit einer seltenen Krankheit, die Spezialisten einer Gesundheitseinrichtung in einem anderen EU-Land aufsuchen.

Insbesondere aufgrund unserer Erfahrungen in den Grenzregionen möchten wir im Interesse der dort lebenden Menschen mithelfen, für eine grenzüberschreitende und europäisch orientierte Versorgung günstigere Voraussetzungen zu schaffen. Vor allem wollen wir uns an der Entwicklung und Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein europäisches Gesundheitssystem beteiligen.

Ziel unserer Arbeit des Kooperationsverbundes ist es daher, insbesondere bei politischen Entscheidungen und Maßnahmen auf der europäischen Ebene beteiligt zu werden.



epecs

European Patients Empowerment
for Customised Solutions

Calvariestraat 12B
NL - 6211 NJ Maastricht
www.epecs.eu

Inhaltsangabe

Wer ist Epecs?	2	Was tun, wenn der Leistungsbringer einige Pflichten verletzt hat?	26
Einleitung - Thema der Broschüre	4	Einleitung	27
Europäisches Recht	6	☰ äch mit Beschwerdefunktionär / patientenvertrauensperson	27
Deutsche Patienten in den Niederlanden	10	Beschwerdekommision	28
Einführung	11	Regionale Aufsichtsbehörde	29
Krankenversicherung	12	Zivilrechtliche Haftung	29
Rechte und Pflichten eines deutschen Patienten in den Niederlanden	14	Literaturverzeichnis	37
Anspruch auf Aufklärung	15	Anhang	38
Rechte im Hinblick auf ihre Krankenakte	20	Literaturverzeichnis	38
Recht auf Geheimhaltung	22	Anmerkungenverzeichnis	39
Das Recht auf Schutz der Privatsphäre	24		
Pflichten des Patienten	25		
Tipps	25		

Thema der Broschüre

Thema dieser Broschüre sind Ihre Rechte als Patient bzw. als Patientin in der Europäischen Union, insbesondere als deutscher Patient bzw. deutsche Patientin in den Niederlanden: Sie enthält insbesondere Informationen über Rechte, die Sie haben, wenn Sie in den Niederlanden Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Damit richten wir uns als EPECS vor allem an Sie als Patient bzw. Patientin in den Grenzregionen.

Wir wollen Sie darüber informieren, was Sie zu beachten haben bzw. was Ihre Rechte sind : Wir fassen dies unter dem Begriff 'Patientenrechte' zusammen.

Es liegt in der Natur der Sache, dass wir Sie auch über Rechte für den Fall informieren, dass es zu Behandlungsfehlern kommt. Dieser Fall ist auch im Gesundheitssystem der Niederlande die Ausnahme: Die Niederlande verfügen über eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung, die die meisten Patientinnen und Patienten ohne größere Komplikationen in Anspruch nehmen können.

Außerdem sind viele Behandlungsangebote und Routinen mit den Angeboten und Routinen in Deutschland vergleichbar. Als EPECS setzen wir uns dafür ein, dass für uns europäische Patientinnen und Patienten auch 'unsichtbare' Grenzen zwischen den nationalen Gesundheitssystemen verschwinden und wir als Europäerinnen und Europäer überall in Europa eine medizinische Behandlung in vergleichbarer Qualität in Anspruch nehmen können.

Was wir nicht leisten können: Wir können Ihnen nicht im einzelnen das niederländische Gesundheitssystem vorstellen oder Ihnen gar raten, welchen Arzt oder welches Krankenhaus Sie in den Niederlanden in Anspruch nehmen können oder wo Sie sich am besten krankenversichern, wenn Sie Ihren Wohnsitz in den Niederlanden nehmen.

Möglicherweise können sie sich in diesen Fragen zunächst an eine niederländische Krankenversicherung wenden. In den Grenzregionen stehen Ihnen auch Beratungsinstitutionen zur Verfügung. Über EPECS erhalten Sie weitere Informationen zu diesen Beratungsinstitutionen.

Für Ihre Behandlung in den Niederlanden ist ein spezielles Gesetz¹ von besonderer Bedeutung, in dem der Behandlungsvertrag inhaltlich geregelt ist: Einen solchen Vertrag schließen Sie im Behandlungsfall mit Ihrem Leistungserbringer, also dem Arzt oder dem Krankenhaus bzw. anderen ab.

Selbstverständlich sind im Behandlungsfall auch die allgemeinen Menschenrechte, Ihre Grundrechte, Ihr Selbstbestimmungsrecht als Patient und weitere spezielle Rechte zu beachten, die Sie als Patient gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern (z.B. Krankenhäusern) im Gesundheitswesen haben.

Ihre Rechte als Patient bzw. Patientin führen auf der Seite des Leistungserbringers zu Pflichten: Allerdings sind die Rechte und Pflichten nicht einseitig verteilt - sie treffen selbstverständlich beide Seiten, also auch Sie als Patient.

Dazu will Ihnen diese Broschüre einen anschaulichen Überblick geben.

Aufgrund der komplexen Materie und der sich regelmäßig ändernden Gesetzgebung kann sie Ihnen jedoch nur einen Überblick geben: Bei Bedarf raten wir daher, fachmännische Hilfe in Anspruch zu nehmen und entsprechenden Rat bei Patienteninstitutionen bzw. fachkundigen Rechtsanwälten einzuholen. Bei bestimmten Fragen haben Sie zudem gegenüber Ihrer Krankenkasse einen rechtlichen Auskunftsanspruch.

In dieser Broschüre werden keine Ausführungen zu den besonderen Regelungen von Zahnärzten und Zahntechnikern, psychologischen Psychotherapeuten sowie Heilpraktikern gemacht.

Hinweise auf Literatur und das Anmerkungsverzeichnis finden Sie im Anhang zu dieser Broschüre.

Europäisches Recht

Auf europäischer Ebene setzt sich EPECS für eine Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten ein, denn europarechtliche Vorgaben haben einen immer größeren Einfluss auf die nationale Gesetzgebung der einzelnen EU-Staaten.

Der nationale Gesetzgeber bekennt sich zwar grundsätzlich zu Europa, jedoch ist der damit verbundene Verlust an Souveränität oftmals schwer für den nationalen Gesetzgeber zu akzeptieren. Bereits heute gehen jedoch große Teile des deutschen, aber auch niederländischen Rechts auf einheitliches europäisches Recht zurück.

Um Ihnen das Verständnis zu erleichtern ist es daher notwendig, im Rahmen dieser Darstellung kurz auf diese europarechtlichen Vorgaben einzugehen. Doch auch hier gilt - wie schon mehrfach erwähnt - dass diese Übersicht nur einige ausgewählte Probleme behandeln kann und damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.


Das europäische Gemeinschaftsrecht enthält einen Katalog von sogenannten Grundfreiheiten, die hier von Bedeutung sind. So besteht die Freiheit des Warenverkehrs, d.h. mengenmäßige Einfuhrbeschränkungen sind zwischen den Mitgliedsstaaten der EU verboten. Hierdurch soll die Öffnung der Märkte gewährleistet und innerhalb der EU ein Wettbewerb der Anbieter ermöglicht werden. Auch der freie Warenverkehr für Leistungen hat für den Gesundheitsmarkt eine große Bedeutung, insbesondere im Bereich der Medizinprodukte allgemein, Arznei- (z.B. Versandapotheken), Verband- und Hilfsmittel. Es gibt viele Beispiele aus dem Gesundheitsbereich, in denen der Schutz der Gesundheit und des Lebens vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) erhebliche Bedeutung erlangt hat. Dies sind zum Beispiel:

- Arzneimittelrecht³
- private Einfuhr von Arzneimitteln⁴
- Parallelimporte von Arzneimitteln⁵
- Kontaktlinsen⁶
- Verpackung von Arzneimitteln⁷
- Biozide⁸
- Inverkehrbringen von Arzneimitteln⁹
- Verkaufsmonopol für Apotheken¹⁰
- Verkaufsverbote für nicht zugelassene pharmazeutische Erzeugnisse¹¹

Neben der Freiheit des Warenverkehrs sind weitere Rechte das Freizügigkeitsrecht, die Niederlassungs- (Artikel 43 EGV) und Dienstleistungsfreiheit (Artikel 49 EGV).

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Lebens- und Wirtschaftsbedingungen in Europa allmählich angeglichen haben (zum Beispiel durch gemeinsame Währung, den Euro), die Mobilität der Bevölkerung zugenommen hat, ein starker Tourismus innerhalb Europas besteht, hat auch die Krankenbehandlung an den nationalen Grenzen nicht halt gemacht.

Dies wirft dann zum Beispiel die Frage auf, ob die nationalen Gesundheitssysteme bzw. Ihr nationaler Krankenversicherer die Kosten einer Auslandsbehandlung übernehmen. Dies galt bislang nur, wenn **vor der Behandlung eine Genehmigung** beim zuständigen Sozialversicherungsträger, also Ihrer Krankenkasse, eingeholt worden ist. Hierdurch wurden jedoch die vorstehend genannten EU-Rechte wie beispielsweise die Freizügigkeit stark und teilweise in unzulässiger Weise eingeschränkt.

Zwei wichtige Entscheidungen des EuGH sind daher hervorzuheben (siehe  Fälle Decker (Kontaktlinse/Brille¹²) und Kokk (Zahnregulierende Behandlung¹³). Jetzt gilt, dass die Krankenkasse in der Regel die Erstattung von Kosten für eine **ambulante ärztliche Behandlung** im Ausland nicht davon abhängig machen darf, dass der Patient vorher eine Zustimmung der Krankenkasse eingeholt hat. Vom Grundsatz her muss die Krankenkasse also die Kosten erstatten.

Doch Achtung!

Die Höhe der Erstattung kann von Land zu Land unterschiedlich sein.

Daher gilt:

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse in jedem Falle am besten vorab, welche Kosten in welcher Höhe tatsächlich vergütet werden. Bei einer **stationären Behandlung** ist die **vorherige** Zustimmung Ihrer Krankenkasse notwendig.

So ging es zum Beispiel im Fall Müller-Fauré/Riet¹⁴ vor dem EuGH um die Übernahme von Kosten für eine Behandlung an einem Handgelenk. Eine Niederländerin hat diese in einem belgischen Krankenhaus vornehmen lassen und die Kostenübernahme war von der zuständigen Krankenkasse verweigert worden. Die Behandlung war nicht (vorab) genehmigt worden.

Bei der Krankenhausbehandlung, also der stationären Behandlung geht der EuGH von sog. 'unbestreitbaren Besonderheiten' aus. Diese Besonderheiten resultieren lt. EuGH aus der (begrenzten) Zahl von Krankenhäusern, deren geographischer Verteilung, ihrem Ausbau, der Art der Einrichtungen, über die sie verfügen und der Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten. Die Feststellung dieser Kriterien wird den Zuständigkeiten der Mitgliedsstaaten überlassen. Die Mitgliedsstaaten bestimmen selbst, unter welchen Vorgaben und Voraussetzungen Leistungen der sozialen Sicherheit gewährt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Sie bei Inanspruchnahme einer stationären Behandlung die **vorherige Zustimmung** Ihrer Krankenkasse nötig haben. Sollten Sie diese nicht vorab einholen, laufen Sie Gefahr, dass Ihre Kosten nicht erstattet werden. Doch auch hier gilt: Eine Genehmigung Ihrer Krankenkasse bedeutet nicht gleichzeitig, dass Ihnen als Patient tatsächlich auch alle Kosten erstattet werden.

Erstattet wird nämlich nur der Teil der Kosten, der Ihnen auch bei einer Behandlung im Inland erstattet worden wäre, sowie zusätzlich die Differenz zwischen der Kostenerstattung in Ihrem Heimatland (Inland) und dem EU-Mitgliedsland, in dem Sie sich haben behandeln lassen. Wir empfehlen daher bei Inanspruchnahme einer stationären Behandlung im EU-Ausland, vorab mit Ihrer Krankenkasse Kontakt aufzunehmen, um sich zum einen die Behandlung selbst genehmigen zu lassen und zum anderen abzuklären, in welcher Höhe die Kosten überhaupt erstattet werden.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Europäischen Broschüre der Patientenorganisation EPECS.

Deutsche Patienten in den Niederlanden

Diese Broschüre wurde für deutsche Patienten geschrieben, die Gesundheitsleistungen in den Niederlanden in Anspruch nehmen wollen. Es soll dabei kurz erläutert werden, wie das Gesundheitssystem in den Niederlanden aussieht. In diesem Abschnitt der Broschüre geht es allgemein um das Gesundheitssystem in den Niederlanden.

Einführung

Für uns als EPECS steht dabei das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, also desjenigen, um dessen Gesundheit es geht, im Vordergrund. Es geht also um Ihr Recht als Patient: Sie als Patient sind Ausgangspunkt aller medizinrechtlichen Fragestellungen.

Nur: Es gibt 'kein Recht auf Gesundheit'. Jeder Mensch hat jedoch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Doch das Recht auf Gesundheit ist durch den Gang zum Arzt **nicht** einklagbar. Kein Arzt wird Ihnen eine Garantie geben, Sie gesund zu machen. Selbstverständlich ist der Arzt jedoch durch seinen hippokratischen Eid gebunden, sein Möglichstes zu geben.

Ferner ist er rechtlich dazu verpflichtet, hierbei den anerkannten medizinischen Standard bei der Behandlung einzuhalten. Ihr Recht auf Selbstbestimmung beinhaltet jedoch, dass Sie entscheiden, ob, wann und in welchem Umfang Sie die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen wollen. Aufgabe des Gesetzgebers ist es dabei, den rechtlichen Rahmen für die Gesundheit des Einzelnen bzw. der Gesundheit der Bevölkerung im Ganzen vorzugeben.

Sie als Patient, um dessen Gesundheit es geht, sollten im Gesundheitswesen im Vordergrund stehen. Doch die Lobby der Patienten ist leider noch schwach!

Leider treten heute noch die organisierten wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser und andere am Gesundheitsmarkt beteiligten Unternehmen wie die Pharmaindustrie, aber auch die Finanzierungsnotwendigkeiten oftmals schnell in den Vordergrund.

Grundzüge des Rechts der Krankenversicherung in den Niederlanden

Jeder Niederländer muss sich bei einer Krankenkasse pflichtversichern (sog. Basisversicherung). Die Basisversicherung deckt die Kosten von ärztlichen Behandlungen und Hilfsmitteln sowie anderen Dienstleistungen ab.

Die Krankenversicherung wird daher auch Basisversicherung oder 'zorg'-Versicherung genannt. Der niederländische Begriff 'zorg' ist ein allgemeiner Überbegriff für alle Gesundheitsdienstleistungen und –hilfsmittel.

Der niederländische Staat hat die Basisversicherung zur Pflichtversicherung gemacht, damit jeder versichert ist. In dem Basispaket ist die Erstattung von verschiedenen Leistungen geregelt, die tatsächlich als Grundversorgung erforderlich sind. Das können z.B. Hausarztkosten und (teilweise) die Zahnarztkosten sein. Wenn der niederländische Patient zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen will, die nicht in der Basisversicherung enthalten sind, können er bei einer Krankenkasse eine Zusatzversicherung abschließen, z.B. für kieferorthopädische Behandlung wie etwa eine Kieferregulierung.

In den Versicherungsbedingungen der niederländischen Krankenkasse können niederländische Patienten nähere Angaben dazu finden, welche Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen des jeweiligen Krankenkassenpakets (teilweise) erstattungsfähig sind.

Man kann bei der Basisversicherung zwischen einer sogenannten Sachversicherung (*naturapolis*) und einer Rückerstattungsversicherung (*restitutiepolis*) wählen.

Eine Sachversicherung bedeutet, dass sich der niederländische Patient an einen Gesundheitsdienstleister oder auch Leistungserbringer wie einen Arzt oder ein Krankenhaus wenden kann, die mit seiner Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Die Krankenkasse hat dann bereits geprüft, ob dieser Gesundheitsdienstleister eine ordnungsgemäße Qualität seiner Dienstleistung gewährleistet. Der niederländische Patient muss dann nicht für die Kosten in Vorleistung treten, in dem er die Rechnung des Gesundheitsdienstleisters bezahlt. Er kann sich behandeln lassen und der Gesundheitsdienstleister rechnet seine erbrachten Leistungen direkt mit der Krankenkasse ab. Insofern ist diese Form der Basisversicherung vergleichbar mit einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Bei einer Rückerstattungsversicherung kann sich der niederländische Patient seinen Gesundheitsdienstleister, also Arzt, Krankenhaus usw. selbst auswählen. Dann muss er allerdings dessen Rechnung zunächst selbst zahlen. Er kann diese dann aber bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Die Krankenkasse erstattet ihm dann (zumindest teilweise) die Kosten. Insofern ist dieses System vergleichbar mit der privaten Krankenversicherung in Deutschland.

Es gibt auch viele Krankenkassen, die eine Mischform dieser beiden Versicherungstypen anbieten.

Egal, ob Sie Deutscher oder Niederländer sind: Bevor Sie eine Gesundheitsdienstleistung jenseits der Grenze in Anspruch nehmen, müssen Sie sich jederzeit über die Versicherungsbedingungen Ihrer Krankenkasse informieren.

Prüfen Sie vor Inanspruchnahme der Leistung gut, was erstattungsfähig ist und/oder ob es einen Selbstbehalt gibt. Wenn für eine Behandlung im

Ausland eine vorherige Zustimmung erforderlich ist, muss diese auch tatsächlich vorher eingeholt werden.

Unter welchen Voraussetzungen die Krankenkasse Ihren Antrag ablehnen kann, richtet sich nach europäischem sowie nationalem Recht und nach den Versicherungsbedingungen Ihrer Krankenkasse.

Auch über die Höhe der Erstattung der Krankenkasse kann es Streit geben. Wie gesagt, es ist dringend zu empfehlen, sich vorab gut zu informieren und – soweit erforderlich – vorab eine schriftliche Zustimmung zur Behandlung und der hiermit verbundenen Kosten bei der Krankenkasse einzuholen.

Wenn Sie mit der Entscheidung der Krankenkasse über Ihren Leistungsantrag nicht einverstanden sind, können Sie hiergegen Beschwerde einlegen. Zunächst können Sie intern bei der Krankenkasse einen Widerspruch gegen die ablehnende Entscheidung einlegen. Über diesen Widerspruch muss die Krankenkasse dann entscheiden. Wenn Sie Ihre Krankenkasse nach Bewertung des Widerspruchs erneut den Leistungsantrag (zumindest teilweise) ablehnt, können Sie Ihre Ansprüche gerichtlich klären lassen. In beiden Fällen ist es sinnvoll, erst ärztlichen Rat einzuholen.

Rechte und Pflichten eines deutschen Patienten in den Niederlanden

Der Behandlungsvertrag

In den Niederlanden sind die Rechte und Pflichten des Arztes und des Patienten unter anderem in dem speziellen Gesetz 'wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst' (Vertrag über medizinische Behandlung) geregelt.

Ausgangspunkt dieses Gesetzes ist der Vertrag über die medizinische Heilbehandlung. Das ist der Vertrag, den auch Sie als deutscher Patient - entweder schriftlich oder mündlich - mit dem Gesundheitsdienstleister, sprich dem Arzt oder Krankenhaus abschließen¹⁵.

Sie als deutscher Patient können sich ebenfalls auf dieses Gesetz berufen, weil Sie durch einen niederländischen Gesundheitsdienstleister in den Niederlanden behandelt werden. In Deutschland besteht ein dem niederländischen Recht vergleichbares Gesetz nicht. Im deutschen Recht sind die Bestimmungen in verschiedenen Gesetzesbüchern aufgenommen. Jedoch sind sie dem niederländischen Recht vergleichbar.

Anspruch auf Aufklärung

Der Anspruch auf Aufklärung ist eines der wichtigsten Rechte, welches Sie als deutscher Patient bzw. als Patientin haben. Der Leistungserbringer muss Sie klar und verständlich über u.a. die geplante Untersuchung, die vorgeschlagene Behandlung und über die Entwicklungen der Untersuchung, der Behandlung und Ihres Gesundheitszustandes¹⁶ aufklären.

Die Aufklärung muss verständlich sein. Auf Wunsch können Sie verlangen, dass Ihnen die Informationen schriftlich gegeben werden, damit Sie zu Hause alles noch einmal in Ruhe nachlesen können. Der Leistungserbringer muss sich hierbei daran orientieren, was Sie vernünftigerweise wissen müssen über die Art und den Zweck der Untersuchung und der Behandlung, über die zu erwartenden Folgen und Risiken und über andere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie über den aktuellen Gesundheitszustand und Status der Behandlung sowie die vermutliche weitere Entwicklung des Gesundheitszustandes und die Fortsetzung der Behandlung¹⁷.

Wenn Sie der niederländischen Sprache nicht mächtig sind, muss der Leistungserbringer jemanden hinzuziehen, der Ihre Sprache spricht, um sich Ihnen verständlich machen zu können.

Zu welchen Auskünften der Leistungserbringer verpflichtet ist, hängt von den jeweiligen Umständen ab.

An die zu erfolgende Aufklärung werden andere Anforderungen gestellt, wenn es sich um eine einfache nicht folgenschwere Behandlung handelt als bei einer komplizierten Behandlung, die größere Risiken für Sie mit sich bringt. Der Leistungserbringer muss Sie über die normalen Risiken aufklären. Er muss nicht alle Risiken aufzählen¹⁸.

Die Pflicht des Leistungserbringers Sie als Patienten aufzuklären, ist von erheblicher Bedeutung. Vor allem für Sie als deutschen Patienten!

Denn die Pflicht zur Aufklärung wirkt sich auf die Zustimmung aus, die Sie erteilen, um eine Behandlung oder eine Untersuchung an Ihnen durchführen zu lassen. Nur wenn Sie, insbesondere als deutscher Patient gut informiert sind, können Sie die Reichweite Ihrer Zustimmung für diese Behandlung oder Untersuchung erfassen.

Der Zusammenhang zwischen der Erforderlichkeit einer Zustimmung und der Pflicht zur Aufklärung wird auch 'informed consent' genannt. Eine ordnungsgemäße und vollständige Aufklärung verbessert das Verhältnis zwischen dem Leistungserbringer und Ihnen und gibt Ihnen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden. Auf Grund der Informationen bekommen Sie ein realistisches Bild über Ihren eigenen Gesundheitszustand, so dass Sie eine vertretbare Entscheidung über die vorgeschlagene Behandlung treffen können. Aus dem Anspruch auf Aufklärung ergeben sich verschiedene Rechte:

- Recht, ungefragt informiert zu werden
- Recht auf Beantwortung von Fragen
- Recht auf korrekte Informationen
- Recht auf Nichtwissen

Das Recht, ungefragt informiert zu werden

Wenn ein Arzt Arzneimittel verschreibt, ist er – genau wie ein niederländischer Apotheker im vergleichbaren Fall – verpflichtet, Sie ungefragt über mögliche Nebenwirkungen der Arzneimittel zu informieren. Dies gilt insbesondere dann, wenn fehlende Kenntnis der Nebenwirkungen eine Gefahr für Sie oder für andere bedeuten würde. Dies ist z.B. der Fall bei Arzneimitteln, die die Konzentrationsfähigkeit herabsenken oder schläfrig machen können. In den Niederlanden haben Patienten oftmals eine 'feste' Apotheke. Der Apotheker kennt daher im Normalfall die Medikamente, die der Patient bereits zu sich nimmt und informiert ihn – auch ungefragt – über eventuelle Nebenwirkungen sowie die Verträglichkeit und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Das Recht, eine Antwort auf Fragen zu erhalten

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, auf die von Ihnen gestellten Fragen eine Antwort zu geben. Wenn er der Meinung ist, dass es besser ist, diese Informationen nicht sofort, sondern zu einem anderen Zeitpunkt zu geben, muss er dies begründen.

Der Leistungserbringer darf Ihnen als Patienten auch Informationen vorenthalten. Dies ist allerdings nur zulässig, wenn das Erteilen dieser Informationen offensichtlich zu einem ernsthaften Nachteil für Sie als Patient bzw. Patientin führen würde. Wenn dies in Ihrem Interesse ist, muss der Leistungserbringer einem Dritten die Informationen erteilen. Sobald der Nachteil nicht mehr zu befürchten ist, hat der Leistungserbringer Sie nachträglich vollständig zu informieren¹⁹. Dies nennt man auch 'therapeutische Ausnahme'. Der Leistungserbringer kann die Entscheidung, Informationen zurückzuhalten nur dann treffen, wenn ein Kollege das Vorliegen der Voraussetzungen nach vorheriger Prüfung bestätigt. Ein klassisches Beispiel, das in der

Fachliteratur für die therapeutische Ausnahme genannt wird, ist die Krebsdiagnose²⁰.

Das Recht auf korrekte Informationen

Ein Leistungserbringer ist verpflichtet, Sie wahrheitsgemäß aufzuklären und zu informieren. Er darf keine wahrheitswidrigen Informationen über die Erkrankung oder über die Behandlungsmöglichkeiten erteilen.

Das Recht auf Nichtwissen

In seltenen Fällen kommt es vor, dass ein Patient keine Informationen über seinen Gesundheitszustand haben möchte. Den Wunsch muss der Leistungserbringer grundsätzlich respektieren. Wenn der Patient sich oder andere hierdurch in Gefahr bringt, wird er ihm allerdings die minimal erforderlichen Informationen erteilen müssen. Das kann beispielsweise bei einer schweren ansteckenden Krankheit der Fall sein.

Wem sind die Informationen zu erteilen?

Der Arzt erteilt Ihnen persönlich die Informationen, wenn Sie 16 Jahre oder älter sind. Sind Sie zwischen 12 und 16 Jahre alt, informiert er sowohl Sie persönlich als auch Ihre Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. Wenn ein Patient auf Grund seines Alters (jünger als 12 Jahre) oder seines Geisteszustandes selbst nicht in der Lage ist, Informationen zu verstehen und Entscheidungen zu treffen, wird sein Vertreter informiert (Eltern/ Erziehungsberechtigter/ Familienmitglied/ Betreuer/ Vormund/ Vollmachtinhaber). Der Patient erhält nur die Informationen, die er auch verstehen kann.

Recht auf welche Informationen?

Für jede Untersuchung oder jeden Eingriff, den ein Leistungserbringer durchführt, ist Ihre Zustimmung erforderlich. Wie bereits ausgeführt, können Sie die Zustimmung erst erteilen, wenn Sie ausreichend informiert und aufgeklärt worden sind (Stichwort: informed consent).

Der Leistungserbringer muss bei der Erteilung von Informationen bzw. der Aufklärung nachfolgende Punkte berücksichtigen²¹:

- a *Handelt es sich um einen erforderlichen oder einen nicht erforderlichen Eingriff?*
- b *Handelt es sich um eine experimentelle oder außergewöhnliche Behandlung?*
- c *Der Ernst und die Häufigkeit von Risiken und Folgen.*
- d *War die Folge oder das Risiko allgemein bekannt?*
- e *Besondere Umstände auf Seiten des Patienten, die zu berücksichtigen sind.*
- f *Die Art des Eingriffs und die Interessen, die hierbei zu berücksichtigen sind.*
- g *Fragen, die der Patient stellt.*

Die Grundregel lautet, dass an die Erteilung der Information gegebenenfalls strengere Maßstäbe gestellt werden müssen, je größer die Risiken sind, die mit der Art der Behandlung oder im Hinblick auf den Gesundheitszustand des Patienten vor der Behandlung/Operation zu befürchten sind. Eine gesteigerte Informationspflicht gilt auch dann, wenn der Patient mitgeteilt hat, dass er keinerlei Risiko eingehen will.

Einige Verbände von Leistungserbringern haben intern Richtlinien über die Aufklärung von Patienten entwickelt. Diese Richtlinien können auch Sie als deutscher Patient zu Rate ziehen, um zu prüfen, ob der Arzt Sie ordnungsgemäß aufgeklärt hat.

Das Zurückhalten von Informationen

In Ausnahmefällen kann ein Arzt in Ihrem eigenen Interesse beschließen, Ihnen bestimmte Informationen vorzuenthalten. Er muss dies jedoch immer erst mit einem Kollegen vorab besprechen. Das Zurückhalten von Informationen ist nicht unbegrenzt zulässig, sondern nur wenn und soweit

dies erforderlich ist und auch nur solange dieses Erfordernis besteht.

Zustimmungserfordernis

(das Recht, selbst zu entscheiden)

Auf Grund der Informationen des Leistungserbringers entscheiden Sie als Patient, ob Sie Zustimmung zu einer Untersuchung oder einer Behandlung erteilen. Der Leistungserbringer benötigt vor der Behandlung immer Ihre Zustimmung. Von diesem Grundsatz gibt es nur eine Ausnahme und zwar, wenn ein Notfall vorliegt und nicht auf die Zustimmung gewartet werden kann. Die Zustimmung muss immer ausdrücklich erteilt werden.

In bestimmten Fällen darf der Leistungserbringer aber auch von einer stillschweigend erteilten Zustimmung ausgehen.

Wer muss die Zustimmung erteilen?

Sie als Patient müssen selbstredend die notwendige Zustimmung erteilen.

Wenn Sie minderjährig und jünger als 12 Jahre sind, muss der Leistungserbringer Ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten um Zustimmung bitten. Wenn Sie älter als 12 Jahre, aber nicht geschäftsfähig sind, muss der Leistungserbringer Ihnen (gesetzlichen) Vertreter um Zustimmung bitten. Kinder von 12 bis 16 Jahren entscheiden zusammen mit ihren Eltern/ Erziehungsberechtigten/ Vormund²².

Hiervon gibt es eine Ausnahme. Der Leistungserbringer benötigt keine Zustimmung der Eltern/ Erziehungsberechtigten, wenn der minderjährige Patient (12 bis 16 Jahre) ausdrücklich nach entsprechender reiflicher Überlegung dabei bleibt, dass er die Behandlung wünscht, obwohl seine Eltern/Erziehungsberechtigten eine Zustimmung verweigert haben.

Jugendliche im Alter von 16 oder 17 Jahren entscheiden, ebenfalls wie volljährige Patienten, selbst.

Stillschweigend erteilte Zustimmung und fiktive Zustimmung

Eine Behandlung ohne Zustimmung ist nicht zulässig. In der Praxis ist es allerdings nicht immer möglich, für jede gesonderte medizinische Handlung eine Zustimmung einzuholen. Es gibt daher Ausnahmefälle:

- Der Leistungserbringer darf bei einer Behandlung nicht tiefgreifender Art (z.B. eine Ohrensplüfung) davon ausgehen, dass stillschweigend eine Zustimmung erteilt wurde, z.B. wenn Sie sich auf den Behandlungstisch setzen und sich kooperativ zeigen.
- Ein Leistungserbringer darf mit der Behandlung beginnen, wenn ein akuter Notfall vorliegt, z.B. wenn Sie bewusstlos sind. In diesem Fall können Sie natürlich keine Zustimmung nach reiflicher Überlegung erteilen. Der Leistungserbringer muss dann aber kontrollieren, ob Sie eine Erklärung²³ bei sich haben (z.B. in Ihrer Tasche). Wenn es eine solche Erklärung gibt, darf der Leistungserbringer nicht von den darin gemachten Verfügungen abweichen. Wenn es eine solche Erklärung allerdings nicht gibt und auch keine Zeit ist, eine Zustimmung einzuholen, weil ein entsprechender Notfall vorliegt, ist die Einholung der Zustimmung nicht erforderlich²⁴.

Außerdem darf der Leistungserbringer unterstellen, dass eine (fiktive) Zustimmung vorliegt, wenn es sich um eine Behandlung handelt, die keine tiefgreifenden Folgen hat²⁵.

Beispiele für Behandlungen, deren Folgen als 'tiefgreifend' qualifiziert werden und für die daher keine fiktive Zustimmung unterstellt werden darf, sind die Fersenspritze bei einem Baby oder die Durchführung eines HIV-Tests.

Sorgfaltsmaßstab und Verständlichkeit der erteilten Informationen

Ein von Emotionen geprägter Moment ist nicht der beste Augenblick, um eine Entscheidung über einen vorgeschlagenen ärztlichen Eingriff mit möglicherweise weitreichenden Folgen zu treffen. Sie müssen daher die Gelegenheit haben, gut abzuwägen, bevor Sie eine endgültige Entscheidung treffen. Die Informationen, die der Leistungserbringer Ihnen gibt, müssen klar und verständlich sein.

Um Patienten, die der niederländischen Sprache nicht (ausreichend) mächtig sind, muss sich der Leistungserbringer besonders sorgfältig kümmern und wie bereits gesagt - soweit erforderlich - einen Dolmetscher hinzuziehen.

Er hat bei der Aufklärung darauf zu achten, keine schwer verständlichen medizinischen Fachausdrücke zu verwenden. Erforderlich ist, dass Sie alle Informationen gut verstanden haben und Ihre Zustimmung bewusst und in Kenntnis der relevanten Aspekte erteilen. Ist das nicht der Fall, gilt die Zustimmung als nicht wirksam erteilt. Sie sollten daher im Aufklärungsgespräch und vor jedem Behandlungsschritt alles nachfragen, was Sie nicht verstanden haben bzw. Ihnen auf dem Herzen liegt.

Eine kleine Hilfestellung – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – können Sie dem nachfolgenden Fragenkatalog entnehmen:

- Was soll an und mit mir gemacht werden?
- Was ist die genaue Diagnose?
- Ist die Untersuchung und/oder Behandlung wirklich notwendig?
- Welche Neben- oder Nachwirkungen kommen auf mich zu?
- Gibt es alternative Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, vielleicht auch aus anderen Therapierichtungen und wie hoch sind die Erfolgsaussichten?
- Wie hoch und was sind die Gefahren, wenn ich die Untersuchungen unter der Therapie ablehne?
- Welche privaten und familiären Konsequenzen kann die Diagnose, die Behandlung und Therapie für mein weiteres Leben haben?
- Entstehen Kosten, die eventuell nicht von der Krankenkasse übernommen werden?
- Wie groß ist jeweils die Chance, dass meine Beschwerden gelindert werden oder die Krankheit geheilt werden kann?

Was passiert, wenn Sie als Patient Ihre Zustimmung verweigern?

Dann wird die (Weiter-)Behandlung nicht durchgeführt. Der Leistungserbringer muss Sie allerdings darüber informieren, welche Folgen diese ablehnende Entscheidung für Sie hat. Der Arzt ist danach nicht mehr verantwortlich für eventuelle negative Folgen.

Ihre Entscheidung darf der Leistungserbringer nicht zum Anlass nehmen, um die Behandlung insgesamt abzubrechen. Zusammen mit Ihnen muss er nach alternativen Möglichkeiten suchen.

Können Sie als Patient die Zustimmung widerrufen?

Sie können jederzeit Ihre Meinung ändern und sich doch gegen eine weitere Behandlung entscheiden. Das bedeutet dann, dass die ärztliche Behandlung beendet werden muss. Das geht allerdings nicht so ohne Weiteres. Der Leistungserbringer muss Sie erst über die möglichen Folgen Ihrer Weigerung informieren.

Das Nichteingehen oder die Beendigung eines Behandlungsvertrages

Ein Leistungserbringer kann in besonderen Fällen auch beschließen, mit Ihnen keinen Behandlungsvertrag abzuschließen. Dann muss er aber vorab auf alle Fälle folgendes beachten²⁶:

- a. Der Leistungserbringer muss zu der begründeten Überzeugung gelangt sein, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen ihm und Ihnen unmöglich ist, weil Sie sich nicht nach Treu und Glauben an den Vertrag halten werden oder weil über den Inhalt des Vertrages keine Einigung erzielt werden kann;
- b. Der Leistungserbringer hat ein erhebliches Interesse daran, keinen Vertrag mit Ihnen zu schließen. Dieses fehlende Interesse des Leistungserbringers muss größer sein als Ihr Interesse, einen Vertrag zu schließen.

Außerdem muss der Leistungserbringer davon überzeugt sein, dass Ihnen kein direkter Schaden entstehen wird, wenn kein Behandlungsvertrag geschlossen wird. Man kann vom Leistungserbringer erwarten, dass er mit Ihnen über seine Weigerung spricht und Ihnen diese begründet. Er muss jedoch jederzeit bereit sein, Ihnen im Notfall zu helfen. Soweit erforderlich, muss der Leistungserbringer Vorsorge dafür treffen, dass Ihre Gesundheitsversorgung ausreichend gewährleistet ist.

Ferner hat die niederländische Gesellschaft **'Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst' (nachfolgend KNMG)** Richtlinien für die Beendigung eines Behandlungsvertrages aufgestellt. Diese lauten wie folgt:

- a. Das Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient ist beschädigt, weil der Patient seinen Teil des Vertrages nicht nach Treu und Glauben erfüllt.
- b. Das Interesse des Leistungserbringers an der Beendigung ist größer als das Interesse des Patienten an einer Fortsetzung des Vertrages.

Der Leistungserbringer kann nicht ohne Weiteres den Vertrag einseitig beenden. Er muss eine sorgfältige Beratung durchführen, in der die Gründe erläutert werden, die gegen eine Fortsetzung des Behandlungsvertrages sprechen. Außerdem muss er Ihnen eine Frist einräumen, um diese Gründe zu beseitigen.

Der Leistungserbringer kann – ggf. auch gegen Ihren Willen – in folgenden Situationen die Behandlung einseitig beenden:

- Eine Behandlung ist (medizinisch) nicht mehr erforderlich.
- Sie verhalten sich nicht kooperativ.

- Sie verstoßen ernsthaft gegen die Hausordnung der Gesundheitsdienstleistungseinrichtung.
- Der Leistungserbringer hegt persönliche Gefühle für Sie, was eine ordnungsgemäße medizinische Hilfeleistung behindert.
- Sie ziehen in einen von der Praxis weit entfernten Ort um.
- Der Leistungserbringer gibt seine Praxis auf.
- Sie verhalten sich unhöflich und aggressiv gegenüber dem Leistungserbringer.

In den meisten der vorstehend aufgeführten Situationen darf die Behandlung nicht fristlos beendet werden. Der Leistungserbringer muss stets seine Argumente klar erläutern und Ihnen soweit möglich, behilflich sein, einen anderen Leistungserbringer zu finden.

Rechte im Hinblick auf Ihre Krankenakte

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Krankenakte zu führen. In der Krankenakte stehen alle Daten, die sich auf die Untersuchung und die Behandlung, die der Leistungserbringer durchführt, beziehen wie Diagnose, Untersuchungsergebnisse, Auswertungen von Röntgenfotos und Verweisungen. Eine Krankenakte kann aus einem Fach in einem Karteikartenregister, einer Sammelmappe oder einer Sammlung von Daten in einem Computer (elektronische Patientenakte) oder einer Kombination hiervon bestehen. Die Rechte und Pflichten im Hinblick auf die Krankenakte bleiben auch nach Ihrem Tod bestehen.

Recht auf Einsicht

Die Krankenakte selbst ist Eigentum des Leistungserbringers, der deshalb auch verantwortlich ist, die

Akte zu führen und zu aktualisieren, diese sicher vor unbefugten Zugriffen von Dritten zu schützen und jederzeit griffbereit zu haben. Sie dürfen die Krankenakte einsehen. Wenn Sie eine ausführliche Einsichtnahme und ggf. Erläuterungen Ihres Leistungserbringers wünschen, vereinbaren Sie am Besten einen Termin hierfür.

Einschränkungen des Einsichtsrechts

Es gibt einige Einschränkungen des Rechtes auf Einsicht. Der Leistungserbringer hat möglicherweise auch Daten von Dritten, z.B. von Familienmitgliedern, in der Krankenakte notiert. Diese müssen vor Blicken Unberechtigter geschützt werden. Außerdem ist der Leistungserbringer nicht verpflichtet, Ihnen auch seine persönlichen Arbeitsnotizen (etwa Erinnerungsstützen, um etwas rauszusuchen oder nachzufragen) vorzulegen.

Recht auf eine Abschrift/Kopie

Gegen Erstattung einer angemessenen Kostenvergütung haben Sie Anspruch darauf, eine Kopie der gesamten Krankenakte oder eines Teils davon zu erhalten. Sie können auch Abschriften, z.B. von Laborergebnissen oder Röntgenfotos verlangen. Hierfür können Ihnen angemessene Gebühren in Rechnung gestellt werden. Es gibt allerdings festgelegte Maximumbeträge. Wenn Sie zu einem anderen Leistungserbringer oder einer anderen Gesundheitsdienstleistungseinrichtung wechseln, können diese mit Ihrer Zustimmung die Krankenakte bei Ihrem vorherigen Leistungserbringer anfordern.

Recht auf Berichtigung oder Ergänzung

Wenn die Krankenakte Informationen enthält, die nicht korrekt oder mit denen Sie nicht mehr einverstanden sind, können Sie verlangen, dass die Krankenakte berichtigt wird. Erkennbare Fehler, wie fehlerhaftes Geburtsdatum, müssen korrigiert werden. Wenn der Arzt die inhaltlichen Veränderungen nicht in die Krankenakte aufnehmen will,

muss er in der Krankenakte zumindest vermerken, dass Sie anderer Ansicht sind. Hierbei muss er auch angeben wie Ihre persönliche Sicht zu diesem Punkt ist. Sie können Ihre Ansicht auch selbst aufschreiben und diese Stellungnahme der Krankenakte hinzufügen lassen.

Recht auf Löschung von Daten

Sie können verlangen, dass Ihre Krankenakte oder Teile davon z.B. nach Abschluss einer Behandlung von psychischen Problemen gelöscht werden. Diesen Wunsch muss der Arzt immer respektieren, soweit nicht im Einzelfall eine besondere gesetzliche Pflicht besteht, die Krankenakte aufzubewahren. Dies ist z.B. vorgeschrieben für Krankenakten über die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Einrichtung. Diese Akte muss mindestens 5 Jahre aufbewahrt werden. In der Regel sollte der Leistungserbringer Sie jedoch erst über die Nachteile einer Löschung informieren, bevor er tatsächlich zur Löschung übergeht. Der Leistungserbringer muss innerhalb einer Frist von 3 Monaten dem Verlangen einer Löschung der Krankenakte nachkommen.

Rechte von Minderjährigen und Geschäftsunfähigen

Die Rechte von Patienten im Hinblick auf die Krankenakte, die jünger als 12 Jahre oder Geschäftsunfähig sind, werden von ihren (gesetzlichen) Vertretern ausgeübt. Kinder zwischen 12 und 16 Jahren üben ihre Rechte im Hinblick auf die Krankenakte gemeinsam mit ihren Eltern/Erziehungsberechtigten/Vormund aus. Jugendliche zwischen 16 und 17 Jahren haben dieselben Rechte wie Volljährige. Ihre Eltern können nicht ohne die Zustimmung des Kindes über die Krankenakte verfügen.

Aufbewahrungsfrist

Der Leistungserbringer muss die Krankenakte nach Abschluss der Behandlung 15 Jahre lang

aufbewahren (sofern Sie von Ihrem Recht, eine Löschung der Akte zu verlangen, keinen Gebrauch gemacht haben). Anschließend müssen die medizinischen Daten gelöscht werden, soweit es keinen Grund gibt, diese länger aufzubewahren. Dies kann der Fall bei vererbaren Krankheiten sein, die für die Nachkommen von Bedeutung sind, oder wenn der Leistungserbringer damit rechnet, sich gegen eine (Disziplinar-)Beschwerde zur Wehr setzen zu müssen. Ärztliche Daten bei einer Musterung, Einstellungsuntersuchung, gesundheitlichen Eignungsprüfung o.ä. (sog. 'keuring') werden solange aufbewahrt, wie es im Hinblick auf den Zweck der 'keuring' erforderlich ist. Gleiches gilt für die Daten aus einer Untersuchung, die für ein ärztliches Zweitgutachten durchgeführt wurde. Universitätskliniken müssen einige medizinische Daten sehr lang aufbewahren. Im Hinblick auf die wissenschaftlichen Forschungen kann diese Frist bis zu 115 Jahre nach dem Geburtsdatum eines Patienten betragen.

Recht auf Geheimhaltung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, über alles, was ihm vertraulich anvertraut wird, Schweigen zu bewahren. Diese Schweigepflicht ist direkte Folge der Menschenrechte, genauer gesagt des Grundrechts auf Schutz der persönlichen Intimsphäre.

Alle Helfer und Mitarbeiter, Hilfsdienste, Gesundheitsdienstleister, Behörden oder Krankenkassen haben bei der Ausübung ihres Berufs Zugang zu einer großen Menge von persönlichen Daten von Patienten. Ohne Ihre Zustimmung dürfen sie diese Daten nicht an Dritte weitergeben, auch nicht an Ihre (Ehe)Partner, Ihre Familie oder Freunde, es sei denn, dass diese unmittelbar und mit Ihrer Zustimmung in die Behandlung mit einbezogen worden sind.

Die Schweigepflicht gilt allerdings nicht gegenüber Ihnen als Patient oder gegenüber den Eltern/dem Vormund von Kindern unter 12 Jahren. Bei Kindern von 12 bis 16 Jahren kann der Leistungserbringer selber entscheiden, ob er die Eltern/den Vormund über alles informiert. Außerdem dürfen Informationen über Sie an diejenigen Personen erteilt werden, die Sie hierzu bevollmächtigt haben oder an Ihre gesetzlichen Vertreter.

Die Schweigepflicht gilt nicht gegenüber anderen Leistungserbringern, die zu der Behandlung hinzugezogen werden²⁷. Es geht dabei allerdings nur um die Informationen, die diese benötigen, um ihre Arbeit erbringen zu können. Das ist etwa der Fall, wenn ein Hausarzt bei einer Untersuchung von einem Assistenten unterstützt wird oder wenn er Sie (mit Ihrer Zustimmung) an einen Spezialisten im Krankenhaus verweist. In solchen Situationen wird angenommen, dass Sie mit der Weitergabe von Daten Ihr stillschweigendes Einverständnis erklärt haben. Ihr Orthopäde darf aber z.B. nicht so ohne Weiteres einfach Daten mit Ihrem Psychiater

austauschen. Wie gesagt, betrifft es nur die Weitergabe von Daten, die erforderlich sind, um die Tätigkeiten ausführen zu können.

Was fällt unter das Berufsgeheimnis?

Hierunter fällt alles, was Sie Ihrem Leistungserbringer vertraulich mitgeteilt haben. Außerdem alles, was der Leistungserbringer von Ihnen während der Behandlung sieht und hört. Auch über die von ihm gestellte Diagnose und die Verschreibung von Arzneimitteln muss er Schweigen bewahren.

Mißachtung der Schweigepflicht

Es gibt Situationen, in denen der Leistungserbringer gesetzlich von seiner Schweigepflicht befreit ist und sogar die Pflicht besteht, Daten weiterzugeben.

Das kann bei der Gefährdung des Gemeinwohls wie z.B. bei bestimmten gefährlichen ansteckenden Krankheiten der Fall sein. Solche Krankheiten muss der Leistungserbringer den zuständigen Behörden melden. Wenn ein Arzt bei einer verstorbenen Person eine nicht natürliche Todesursache feststellt, muss er dies melden. Außerdem muss Kindesmißhandlung bei bestimmten Vertrauensbeamten angezeigt werden.

Ein Leistungserbringer darf bestimmte Informationen, die er Ihnen vorenthalten will, an Dritte weitergeben, die einen Anspruch auf diese Informationen haben. Außerdem gilt, dass der Leistungserbringer im Falle von Höherer Gewalt seine Geheimhaltungspflicht mißachten darf und manchmal sogar muss²⁸. Die Schweigepflicht besteht übrigens auch nach Ihrem Tod weiter.

Für die Weitergabe von Daten über einen Toten gelten dieselben Vorschriften wie für die Einsichtnahme in die Krankenakte. Der Arzt muss selbst abwägen, ob das Interesse von Dritten so

groß ist, dass er eine Ausnahme von seiner Schweigepflicht machen kann. Dies ist allerdings nur dann zulässig, wenn die Information nicht auf andere Weise zu erlangen ist. Er darf jedoch nicht mehr Informationen weitergeben als es zwingend erforderlich ist.

Im Rahmen eines Gerichtsverfahrens steht dem Arzt ein Aussageverweigerungsrecht zu, d.h. er beruft sich auf seine Schweigepflicht.

Das Recht auf Schutz der Privatsphäre

Sie haben Anspruch auf Schutz Ihrer Privatsphäre. Dies ist ein im niederländischen Grundgesetz geschütztes Grundrecht. Als Folge hiervon werden im Gesetz 'Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst' spezielle Regeln zum Schutz der Privatsphäre im Gesundheitswesen aufgestellt.

Hausordnung als Schutz der Privatsphäre

Hausordnungen von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen dienen unter anderem zu Ihrem Schutz und zum Schutz Ihrer Privatsphäre. Diese Regeln gelten sowohl für (Mit-)Patienten als auch für Besucher.

Außer schriftlichen Regeln gibt es auch ungeschriebene Regeln, deren Einhaltung meistens über eine 'soziale Kontrolle' Ihrer Mit-Patientinnen bzw. Mit-Patienten gewährleistet wird. Damit Sie sich an die Hausordnung halten können, muss diese Ihnen bekannt gemacht worden sein. Meistens werden Patienten während der Anmeldung oder des Aufnahmegesprächs hierüber informiert.

Gestaltung der Räumlichkeiten

Krankenhäuser oder andere Gesundheitseinrichtungen haben besondere Sorgfalt bei der Einrichtung der Räumlichkeiten ihrer Gebäude walten zu lassen, um die Privatsphäre ihrer Patienten zu gewährleisten.

Entsprechende Maßnahmen können darin bestehen, dass das Sprechzimmer mit schallgeschützten Wänden ausgestattet ist oder dass auf dem Fußboden vor dem Schalter, an dem Sie sich neue Termine geben lassen, eine Wartelinie angebracht wird, hinter der die anderen in gewissem Abstand vom Schalter warten müssen. Es ist auch wichtig, dass es ein getrenntes Zimmer

gibt, in dem der Leistungserbringer so ungestört wie möglich und in aller Ruhe mit Ihnen, dem Patienten, und Ihrer Familie ein Gespräch über sehr emotionale Angelegenheiten führen kann.

Recht auf ein Vier-Augen-Gespräch

Sie haben Anspruch auf ein persönliches Vier-Augen-Gespräch mit dem Sie behandelnden Leistungserbringer. Wenn noch andere Personen in der Nähe sind (unmittelbar oder im Hintergrund) dürfen Sie darum bitten, dass diese sich entfernen mögen.

Ungestörte Besuchskontakte

Nicht nur mit dem Leistungserbringer, sondern auch mit dem Privatbesuch muss ein persönlicher Kontakt ermöglicht werden. Wenn die Pflegesituation einen ungestörten Kontakt nicht zulässt, können sie verlangen, dass insofern eine Lösung gefunden wird.

Maßnahmen, um den Schutz der Privatsphäre zu verbessern

Es soll vermieden werden, dass andere Patienten oder Besucher ein Gespräch, das ein Leistungserbringer mit Ihnen in einem Mehrpersonen-Zimmer führt, mithören können. Daher müssen alle Maßnahmen ergriffen werden, die möglich sind, um einen größtmöglichen Schutz Ihrer Privatsphäre zu gewährleisten (z.B. leise sprechen oder einen Sicht- und Gehörschutz im Zimmer anbringen).

Wenn Sie allerdings mit mehreren Personen in einem Zimmer liegen, ist es wahrscheinlich, dass Dritte das Gespräch oder zumindest Teile davon mithören können. Sie können dann verlangen, das Gespräch zu einem anderen Zeitpunkt oder an einem anderen Ort weiterführen zu wollen.

Pflichten des Patienten

Es ist nicht so, dass Sie nur Forderungen stellen können und der Leistungserbringer nur Pflichten hat. Sie haben außer Rechten auch eine Reihe von Pflichten.

Der Leistungserbringer darf von Ihnen erwarten, dass Sie sich angemessen und höflich verhalten. Sie müssen den Leistungserbringer klar verständlich und vollständig informieren, damit er Sie ordnungsgemäß behandeln kann.

Sie haben an der Behandlung durch den Leistungserbringer soviel wie möglich mitzuarbeiten, indem Sie die Empfehlungen und Hilfsanweisungen, die Ihnen Ihr Leistungserbringer gibt, beachten. Außerdem müssen Sie dafür sorgen, dass der Leistungserbringer für seine Leistungen rechtzeitig bezahlt wird. Auch für zu spät abgesagte oder versäumte Termine müssen Sie zahlen.

Tipps

- Zögern Sie nicht, alle Fragen zu stellen, bevor Sie eine Entscheidung treffen.
- Wenn Sie sehr viele Fragen haben oder ein ausführliches Gespräch mit Ihrem Leistungserbringer wünschen, müssen Sie ausdrücklich um eine zusätzliche Beratung (sog. 'dubbel consult') ersuchen.
- Sie dürfen eine Vertrauensperson mitnehmen, z.B. Ihren (Ehe-)Partner oder einen guten Freund.
- Fertigen Sie eine Frageliste an und nehmen Sie diese mit zu Ihrem Gespräch.
- Erzählen Sie so verständlich wie möglich, was Sie wollen.
- Trauen Sie sich, alle Ihre Fragen zu stellen.
- Nehmen Sie sich für Ihre Fragen genug Zeit und vereinbaren Sie erforderlichenfalls einen weiteren Gesprächstermin.
- Teilen Sie Ihrem Leistungserbringer mit, wenn Sie ihn nicht verstehen.
- Wiederholen Sie seine Antwort, um zu kontrollieren, ob Sie ihn gut verstanden haben.
- Wenn Sie Zweifel haben oder unsicher sind, teilen Sie dies Ihrem Leistungserbringer mit.
- Fragen Sie Ihren Leistungserbringer, ob Sie ihn anrufen dürfen, wenn Sie später noch weitere Fragen haben.
- Fragen Sie Ihren Arzt, ob es möglich ist, für Sie eine Zeichnung zu machen, um eine Sache besser erklären zu können.
- Bitten Sie darum, auch schriftliche Informationen zu bekommen.
- Ziehen Sie ggf. einen Dolmetscher hinzu.

Was tun, wenn der Leistungserbringer einige Pflichten verletzt hat?

Wenn Sie als Patient unzufrieden mit den erhaltenen ärztlichen Leistungen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten^{29, 30}:

- 1 Sie können sich an die Kontaktperson für Beschwerden (sog. 'klachtenfunctionaris') oder die Vertrauensperson für Patienten wenden und/oder
- 2 Sie können eine Beschwerde an die Beschwerdekommision (sog. 'klachtencommissie') richten und/oder
- 3 Sie können Ihre Beschwerde einer regionalen Aufsichtsbehörde (sog. 'regionaal tuchtcollege') vorlegen und/oder
- 4 Sie können Ihre Ansprüche gerichtlich bei den ordentlichen Zivilgerichten geltend machen, wenn Sie der Ansicht sind, dass eine schuldhaft Pflichtenverletzung zu einem Schaden geführt hat.

Einleitung

Eine eindeutige Empfehlung an welche Institution Sie sich bei welcher Beschwerde wenden sollten, ist schwer abzugeben. Eine Entscheidung sollte jedoch erst nach reiflicher Überlegung getroffen werden. Manchmal kann es nämlich Nachteile bringen, wenn Sie Ihre Beschwerde auf eine bestimmte Weise vorbringen. Es ist z.B. nicht sinnvoll, eine Beschwerdekommision (klachtencommissie) damit zu belasten, eine Frage zu beantworten, die nur in einem formellen Verfahren geklärt werden kann³¹. Sie können auch gleichzeitig mehrere Wege einschlagen, z.B. sowohl eine Beschwerde an die Beschwerdekommision als auch bei einer regionalen Aufsichtsbehörde. Oder Sie können den Versuch unternehmen, die Staatsanwaltschaft zu bewegen, strafrechtliche Ermittlungen aufzunehmen und unabhängig davon selbst auf dem zivilen Klageweg Schadensersatzansprüche einklagen.

Welches Mittel Sie wählen sollten, hängt davon ab, welches Ziel Sie mit Ihrer Beschwerde erreichen wollen. Wenn Sie Schadensersatz geltend machen wollen, sollten Sie eine Schadensersatzklage erheben und zwar in manchen Fällen bevor Sie eine Beschwerde einlegen oder ein Disziplinarverfahren einleiten. Auf diese Weise kommen Sie einfacher an Informationen und eine fachlich versierte Bewertung Ihrer Beschwerden bzw. der eventuellen Pflichtverletzung des Leistungserbringers. Wenn Sie eine gründliche Untersuchung wünschen, können Sie eine Beschwerde bei der Beschwerdekommision einreichen, wobei die Möglichkeit besteht, dass dem Berufsträger eine persönliche Sanktion auferlegt wird. Wenn das Ihr Ziel ist, können Sie im Anschluss an das Beschwerdeverfahren auch ein Disziplinarverfahren einleiten. Mit anderen Worten: Es gibt freie Auswahl. Es ist daher empfehlenswert, sich rechtlichen Rat

einzuholen, bevor Sie eine Entscheidung über den einzuschlagenden Weg treffen. Empfehlenswert dürfte dabei sein, sich an einen niederländischen Juristen/Rechtsanwalt (advocaat) zu wenden, da in Deutschland die Möglichkeiten für das Erheben einer Beschwerde eingeschränkter sind. So gibt es in Deutschland beispielsweise nicht die Funktion einer Beschwerdekommision. Ein erstes Gespräch mit der Kontaktperson für Beschwerden ('klachtenfunctionaris') bzw. der Vertrauensperson für Patienten dürfte jedoch in jedem Falle zu empfehlen sein.

Gespräch mit Beschwerdefunktionär/ Patientenvertrauensperson

Am besten kann man sich erst an den betroffenen Leistungserbringer, mit dessen Leistung Sie unzufrieden sind, selbst wenden, um mit diesem ein Gespräch zu führen. Wenn Sie persönlich ein solches Gespräch schwierig finden oder wenn der Leistungserbringer bereits mitgeteilt hat, dass er nicht zu einem solchen Gespräch bereit ist, ist die Einschaltung der Kontaktperson für Beschwerden ('klachtenfunctionaris') oder der Vertrauensperson für Patienten eine gute Lösung. Diese können Ihnen nämlich bei der Durchführung eines Gesprächs mit Ihrem Leistungserbringer helfen. Hierbei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass keine gesetzliche Verpflichtung besteht, eine Kontakt-/Vertrauensperson zu benennen. Es ist jedoch in den Niederlanden allgemein üblich - im Besonderen bei Krankenhäusern und großen medizinischen Einrichtungen - eine Anlaufstelle für unzufriedene Patienten einzurichten. Informieren Sie sich am Besten beim Empfang, an wen Sie sich bei Beschwerden wenden müssen.

In dem Gespräch mit der Kontakt-/ Vertrauensperson sollten Sie mitteilen, was Ihre Beschwerdepunkte sind und was Sie mit dem Gespräch erreichen wollen.

Sollte es trotz der Mithilfe der Kontakt-/ Vertrauensperson nicht gelingen, eine Einigung zu erzielen, können Sie eine Beschwerde bei der Beschwerdekommision einlegen.

Beschwerdekommision

Ein Beschwerdeverfahren bei der Beschwerdekommision ist in den Niederlanden im Gesetz über das Beschwerderecht von Kunden im Gesundheitswesen ('Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector', abgekürzt WKZ) gesetzlich geregelt. Dieses Gesetz ist ziemlich einfach aufgebaut³². Der Dienstleister im Gesundheitswesen ist verpflichtet, ein Beschwerdereglement zu haben. Im Hinblick auf die Art und Weise wie dies geregelt wird und im Hinblick auf den Inhalt eines solchen Reglements besteht für den Dienstleister im Prinzip ein großer Spielraum. Es ist ausreichend, wenn den gesetzlichen Anforderungen des Art. 2 WKZ Genüge getan wird.

Jede Einrichtung für Gesundheitsdienstleistungen muss über ein Reglement verfügen, in dem bestimmt ist, wie Beschwerden gegen die Einrichtung oder ihre Arbeitnehmer abgewickelt werden. Die gesetzlichen Mindestvoraussetzungen hierfür sind:

- Die Beschwerdekommision besteht aus mindestens 3 Mitgliedern.
- Der Vorsitzende darf nicht direkt oder indirekt tätig sein für den Gesundheitsdienstleister.
- Bei der Abwicklung der Beschwerde darf keine Person, auf die sich die Beschwerde unmittelbar bezieht, beteiligt werden.

- Der Gesundheitsdienstleister muss gewährleisten, dass die Kommission innerhalb der in dem Reglement genannten Frist nach Einreichung der Beschwerde sowohl dem Beschwerdeführer als auch dem Beschwerdegegner eine Entscheidung bekannt macht, einschließlich eventueller Lösungsvorschläge.
- Der Gesundheitsdienstleister muss gewährleisten, dass die Kommission, wenn Sie die Frist nicht einhält, eine Begründung hierfür mitteilt.
- Der Gesundheitsdienstleister muss gewährleisten, dass der Beschwerdeführer und der Beschwerdegegner mündlich oder schriftlich eine Stellungnahme abgeben können.
- Der Gesundheitsdienstleister muss gewährleisten, dass der Beschwerdeführer und der Beschwerdegegner sich im Rahmen des Beschwerdeverfahrens durch einen Vertreter beistehen lassen können.
- Innerhalb eines Monats nach Erhalt der Entscheidung der Beschwerdekommision muss der Gesundheitsdienstleister mitteilen, ob er Maßnahmen anordnen wird und wenn ja, um welche Maßnahmen es sich handelt.

Wenn es kein (den Anforderungen genügendes) Beschwerdereglement gibt, können Sie sich auf Grund dieses Gesetzes an ein örtliches Amtsgericht (kantonrechter) wenden, mit dem Antrag, den Gesundheitsdienstleister zu verurteilen, die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen. Voraussetzung ist allerdings, dass Sie vorher dem Gesundheitsdienstleister schriftlich eine Frist gesetzt haben, Ihre Forderung zu erfüllen. Zu beachten ist, dass es bei diesem Verfahren keine Berufungsmöglichkeiten gibt.

Wenn Sie als Kläger mit der Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie sich nur noch an die Disziplinargerichte/regionalen Aufsichtsbehörden (sog. 'regionaal tuchtcollege') oder die normalen Zivilgerichte wenden.

Regionale Aufsichtsbehörde

Auf Grund des niederländischen Gesetzes 'Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg', abgekürzt BIG (Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitspflege)³³, können Sie eine Beschwerde auch bei einer regionalen Aufsichtsbehörde (regionaal tuchtcollege) einreichen. Die Aufsichtsbehörde kann wesentlich weitreichendere Maßnahmen anordnen als die Beschwerdekommision. Im Gesetz ist daher ausführlich geregelt, wie dieses Beschwerdeverfahren bei der Aufsichtsbehörde verläuft.

Dem Gesetz ist zu entnehmen, welche Leistungserbringer sich in dem sog. BIG-Register eintragen lassen müssen. Eintragungspflichtig sind z.B. Ärzte, Zahnärzte, Krankenpfleger, Krankenschwestern und Hebammen. Wenn Sie keine BIG-Registration haben, dürfen Sie Ihren Beruf nicht ausüben. Außerdem ist in diesem Gesetz bestimmt, welche Tätigkeiten welchen Berufsgruppen vorbehalten sind. So dürfen z.B. Entbindungen nur durch Ärzte oder Hebammen durchgeführt werden. Die im BIG-Register eingetragenen Leistungserbringer unterliegen der gerichtlichen Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden (tuchtcollege). Ein typisches Kriterium, an dem sich die Arbeit des eingetragenen Leistungserbringers messen lassen muss, ist z.B.

*'...jegliches Handeln oder Unterlassen, das nicht den Anforderungen an die Sorgfalt genügt, die er in der Ausübung seines Berufs in Acht nehmen muss gegenüber demjenigen, dem er im Hinblick auf dessen Gesundheitszustand Hilfe gewährt oder der sich mit der Bitte um solche Hilfe an ihn gewendet hat.'*³⁴

Nachfolgende disziplinarische Maßnahmen können auf Basis des BIG angeordnet werden:

- Aussprechen einer Warnung
- Erteilung einer Rüge

- Anordnung einer Geldbuße bis zu einem Betrag von höchstens € 4.500,—
 - Erteilung einer Sperre für die Eintragung im Register für den Zeitraum von höchstens einem Jahr
 - Teilentzug der Befugnis, trotz Eintragung im Register, den entsprechenden Beruf auszuüben
 - Löschung der Eintragung im Register
- Auf Grund des BIG wird dem Kläger kein Schadensersatzanspruch zugesprochen. Wenn Sie Schadensersatz wollen, dann müssen Sie ein entsprechendes Zivilverfahren bei den ordentlichen Gerichten einleiten.

Zivilrechtliche Haftung

Einleitung

Die zivilrechtliche Haftung eines Arztes ist nicht speziell gesetzlich geregelt. Wenn man einen Gesundheitsdienstleister, wie etwa einen Arzt, für Fehler in die Haftung nehmen will, richtet sich dies nach den allgemeinen Haftungsregeln des Zivilrechts.

Zunächst ist die gesetzliche Regelung über die Haftung auf Grund des abgeschlossenen Heilbehandlungsvertrages zu prüfen und in einem zweiten Schritt die gesetzlichen Voraussetzungen einer unerlaubten Handlung. Ausgangspunkt für die Haftung ist zunächst der Behandlungsvertrag. Neben dem wirksamen Abschluss eines solchen Vertrages, müssen vier Voraussetzungen erfüllt sein, um eine Haftung anzunehmen:

- Es muss ein (körperlicher) Schaden entstanden sein.
- Es muss ein Fehler des Arztes vorliegen.
- Zwischen dem Fehler und dem aufgetretenen Schaden muss ein Ursachenzusammenhang bestehen.
- Dem Arzt muss mindestens objektiv ein Schuldvorwurf gemacht werden können.

Beweislast

Von großer Bedeutung für Sie als Kläger ist der Umstand, dass Sie grundsätzlich beweispflichtig sind. In den Niederlanden gilt – ähnlich wie in Deutschland – der Grundsatz 'Wer eine Behauptung aufstellt, muss diese beweisen.'

In einem Verfahren kann es zwar sein, dass im Einzelfall die Beweislast auch bei der Gegenseite liegt. Prinzipiell sollten Sie aber davon ausgehen, dass Sie erst einmal selbst die Beweislast tragen. Sie müssen also beweisen, dass der Arzt seine Pflichten verletzt hat und ein Behandlungsfehler vorliegt. Außerdem müssen Sie beweisen, dass Ihnen ein Schaden entstanden ist und dieser Schaden durch die Vorgehensweise des Arztes verursacht worden ist. Hierzu müssen Sie auch den genauen Hergang darstellen können. Die Anforderungen an die Beweislast sind geringer, wenn festgestellt werden kann, dass objektiv ein grober Behandlungsfehler vorliegt, bzw. wenn der Arzt seine Aufklärungs- und Dokumentationspflichten verletzt hat. In dem Fall trägt der Arzt die Beweislast dafür, dass er **keinen** Fehler gemacht hat.

Im Rahmen eines Haftungsprozesses über Berufsfehler ist es oft sehr schwer, den Beweis zu führen, dass der Leistungserbringer tatsächlich einen Fehler gemacht hat. Daher wird in vielen solcher Verfahren die Beweislast umgekehrt. Dann muss also der Leistungserbringer beweisen, dass er **keinen** Fehler gemacht hat. Eine solche Beweisführung kann für den Leistungserbringer problematisch sein, wenn er die Krankenakte gelöscht hat, etwa weil die Frist für die Aufbewahrung abgelaufen ist. Nach der Rechtsprechung trägt allerdings der Leistungserbringer dieses Risiko selbst.

Bitte beachten Sie, dass Schäden durch verschiedene Faktoren verursacht werden können: *'Abgesehen von Schäden durch organisatorische Probleme, Arzneimittel, Hilfsmittel, o.ä. kann ein Patient auch Schäden erleiden durch:*

- *Faktoren, die am Patienten selbst liegen, z.B. die Art der Krankheit oder die körperliche Widerstandsfähigkeit oder der Gesundheitszustand sowie die körperlichen Reaktionen des Patienten;*
 - *Verhalten des Patienten, z.B. emotionale Reaktionen, die Nichtbeachtung von Vorschriften/Anweisungen;*
 - *die normalen Risiken ärztlicher Behandlungen;*
 - *Berufsfehler des Leistungserbringers.*
- Nur in dem vierten Fall, wenn ein Berufsfehler die Ursache für den Schaden ist, haftet der Leistungserbringer.* ⁴³⁵

Dokumentation und Beweisunterlagen

Wir empfehlen Ihnen dringend, vor einer gerichtlichen Geltendmachung von Haftungsansprüchen gegen den Arzt erst den gesamten Heilungs- und Behandlungsverlauf übersichtlich zu dokumentieren und alle wichtigen Beweisunterlagen zu sammeln. Hierbei sollten Sie in jedem Fall von Ihrem Recht auf Einsicht in die Sie als Patient betreffenden Krankenunterlagen Gebrauch machen. Es sollten sämtliche (objektiven) Befunde und Tatsachen gesichert werden. Hierzu gehören beispielsweise Angaben über Medikamente, Behandlungsmaßnahmen, Laborergebnisse, Blutdruck- und Temperaturverläufe, Röntgenaufnahmen etc..

Sie sollten Ihre Patientenakte (Krankenunterlagen) unbedingt schriftlich mit Rückantwortkarte anfordern oder wenn Sie den Brief persönlich abgeben, sich eine Empfangsbestätigung geben lassen. Es kann mühsam und schwierig sein, das Einsichtsrecht gegenüber dem Arzt oder dem Krankenhausträger durchzusetzen. Auch aus diesem Grunde empfiehlt sich die Inanspruchnahme einer fachkundigen Person wie eines Rechtsanwaltes und/oder einer Patientenorganisation. Der Arzt ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Sie einen gesetzlichen Anspruch

auf Einsicht in die Krankenunterlagen haben. Zur Begründung Ihres Anspruches und zur Vorbereitung eines eventuellen Klageverfahrens empfiehlt es sich, den Krankheits- und Behandlungsverlauf penibel aufzuzeichnen. Sie sollten den Verlauf Ihrer Krankheit, die Folgen des Ihnen entstandenen Schadens als auch die Behandlung noch einmal genau durchdenken und stichwortartig chronologisch festhalten. Dies ist für die Durchsetzung Ihrer Ansprüche sehr empfehlenswert.

Die tagebuchmäßige Aufzeichnung sollte nachfolgende Fragen beantworten bzw. Feststellungen enthalten:

- Wie verlief die Krankheit? Wie verlief die Behandlung?
- Wie entwickelte sich die Erkrankung?
- Wann und wie umfassend habe ich den Arzt und/oder seine Mitarbeiter über Veränderungen informiert?
- Hat der Arzt Aussagen zu der Behandlung, der Therapie, dem Krankheitsverlauf etc. gemacht, gegebenenfalls auch zu einem eventuellen Behandlungsfehler?
- Waren Verwandte, Freunde und/oder Bekannte als Zeugen bei einzelnen Behandlungsabschnitten anwesend? Wenn ja, wird dringend empfohlen, dass auch diese Ihre Erinnerungen stichwortartig und chronologisch festhalten.

Sie werden sich fragen, warum die Aufzeichnung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs eine so große Bedeutung für das weitere Verfahren hat. Sie tragen, wie bereits oben aufgeführt, die Darlegungs- und Beweislast für eine Pflichtverletzung des Arztes, das Vorliegen eines Behandlungsfehlers aber auch den Eintritt eines Körper- oder Gesundheitsschadens sowie den Ursachenzusammenhang. Ein Gedächtnisprotokoll ist auch deswegen wichtig, weil Ihre Erinnerungen oftmals im Laufe der Jahre verblasen. Fragt man einen

Patienten nach zwei Jahren nach dem entstandenen Schaden, stellt man mit Erstaunen fest, wie viele Details ihm nicht mehr in Erinnerung sind. Die Durchsetzung Ihrer Ansprüche kann sich gegebenenfalls über mehrere Jahre hinziehen und Ihre Erinnerung an Details wird sicherlich nicht besser. Oder wissen Sie noch, was Sie vor zwei Jahren an Ihrem Geburtstag gemacht haben?

Daher nochmals: Fertigen Sie ein Gedächtnisprotokoll in Form einer stichwortartigen chronologischen Zusammenfassung an.

Grundlagen der Arzthaftung

Wie bereits oben dargestellt, ergibt sich für Sie als Patienten ein Anspruch aus dem Behandlungsvertrag wie auch aus dem Deliktsrecht. Neben dem Behandlungsverhältnis zwischen Ihnen als Patient und dem Arzt müssen weitere Voraussetzungen erfüllt sein. Diese gelten im Übrigen gleichermaßen für die vertragliche als auch die deliktische Haftung, so dass auf die Unterschiede im Nachfolgenden nicht weiter eingegangen wird.

- 1 Behandlungsverhältnis Grundlage der Arzthaftung ist das Behandlungsverhältnis, welches sich aus dem zwischen dem Arzt und Ihnen bzw. dem Krankenhaus und Ihnen abgeschlossenen Behandlungsvertrag ergibt.
- 2 Ihnen als Patient muss ein Schaden entstanden sein. Nach den Grundsätzen des Haftungsrechts haben Sie gegen den behandelnden Arzt, der einen Behandlungsfehler begangen hat oder sofern die Aufklärung bzw. Einwilligung unterblieben ist, einen Schadensersatzanspruch. Ausgangspunkt ist somit eine körperliche oder gesundheitliche Beeinträchtigung oder der Tod eines Angehörigen im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung. Der Grundgedanke des Schadensersatzrechts ist der Ausgleich für erlittene Nachteile (Schäden). Ohne auf die

einzelnen Schäden näher eingehen zu wollen, führen wir nachfolgend lediglich einige beispielhafte Punkte auf:

- a Schadensersatz für die Kosten der Folge- bzw. Weiterbehandlung
- b Verdienstausfallschaden
- c Haushaltsführungsschaden
- d Vermehrte Bedürfnisse

wie beispielsweise verletzungsbedingte Mehraufwendungen für die persönliche Lebensführung, die den Zweck haben, diejenigen Nachteile auszugleichen, die Ihnen als Geschädigtem in Folge dauernder Beeinträchtigung Ihres körperlichen Wohlbefindens entstanden sind.

- e Schmerzensgeld

Die Gerichte in den Niederlanden sind bei der Festsetzung von Schmerzensgeldern recht zurückhaltend. Die Schadensersatzzahlungen, zu denen Ärzte in den Niederlanden verurteilt werden, bestehen häufig im Wesentlichen aus dem Verdienstausfallschaden und weniger - aus Schmerzensgeldbeträgen. Es gibt in den Niederlanden also keine Verhältnisse wie in den USA, wo in der Höhe des Schmerzensgeldes auch der Abschreckungs- und Strafcharakter (sog. Punitive damages) zum Ausdruck kommt.

In den Niederlanden hat der ANWB – ähnlich wie das deutsche Gegenstück, der ADAC – einen Schmerzensgeldkatalog herausgegeben. In diesem ist – wie in der ADAC-Schmerzensgeldtabelle – eine Sammlung der Entscheidungen der nationalen Gerichte enthalten, denen man die Höhe des angemessenen Schmerzensgeldes als Ersatz des sog. 'immateriellen Schadens' den unzähligen Beispielfällen entnehmen kann.

- f Bestattungskosten

3 Es muss ein Fehler des Leistungserbringers vorliegen. Ob ein Fehler des Arztes vorliegt, ist eigentlich der Mittelpunkt eines jeden Arzthaftungsprozesses. Es stellt sich regelmäßig die Frage, ob überhaupt ein Fehler eines Arztes vorliegt, welcher Art dieser Fehler ist und ob der Fehler bei der gebotenen Sorgfalt vermeidbar gewesen wäre. Somit muss zum einen ein Fehler gegeben sein aber auch ein Verschulden des Arztes vorliegen.

- a Der Begriff des Fehlers in der ärztlichen Behandlung lässt sich dabei in drei Fallgruppen einteilen:
 - Behandlungsfehler
 - Aufklärungsfehler
 - Organisationsfehler

Ein **Behandlungsfehler** wird allgemein als Verstoß gegen die allgemein anerkannten Grundsätze der medizinischen Wissenschaft und Technik beschrieben. Häufige Fehler sind beispielsweise, dass ein Medikament zu hoch dosiert oder vertauscht wird; dass ein Medikament, das in die Vene gespritzt werden muss, versehentlich in die Arterie gegeben wird. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird oft von einem 'Kunstfehler' gesprochen. Hinsichtlich der Aufklärungspflicht des Arztes wird auf die oben stehenden Ausführungen verwiesen. Sofern der Arzt seiner Aufklärungspflicht nicht in hinreichendem Maße nachkommt, wird von einem **Aufklärungsfehler** gesprochen.

Auch Fehler vor der eigentlichen Behandlung, bei der Erhebung von Befunden oder bei der Diagnose, stellen rechtlich Behandlungsfehler dar. Beispielhaft sei hier genannt, dass ein Arzt einen Hausbesuch unterlässt, obwohl er hierzu verpflichtet gewesen wäre; dass bei Krebsverdacht eine Gewebeuntersuchung versäumt und dadurch ein Organ unnötig operiert wird; dass ein Röntgenbild falsch beurteilt wird; dass eine bakterielle Infektion als

Virusinfektion angesehen und behandelt wird. Ein Anspruch kann sich auch aus der Verletzung der Aufklärungspflicht ergeben. Hierauf ist oben schon ausführlich eingegangen worden, so dass hier lediglich nochmals daran erinnert werden soll, dass der Arzt den Patienten grundsätzlich nicht ohne dessen Einwilligung behandeln darf und die Einwilligung nur wirksam ist, wenn der Patient weiß, worin er einwilligt. Wenn im konkreten Fall nicht eine wirksame Zustimmung von Ihnen als Patient vorliegt, ist jeder Eingriff in Ihre körperliche oder gesundheitliche Befindlichkeit – sei er behandlungsfehlerbehaftet oder frei von einem Behandlungsfehler – als Verletzung des Behandlungsvertrages und als rechtswidrige Körperverletzung zu bewerten. Jede Behandlung birgt Risiken, die für den Arzt unvermeidbar sein können und über die er Sie daher aufklären muss. Ein Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld kann somit für Sie – auch wenn kein Behandlungsfehler vorliegt – entstehen, wenn trotz sorgfältiger Behandlung ein solches Risiko eintritt und der Arzt es versäumt hat, Sie hierüber aufzuklären. Ferner müssen Sie nachvollziehbar angeben, dass Sie bei Kenntnis des Risikos nicht in die vorgenommene Behandlung eingewilligt hätten. Die Haftung wegen **Organisationsfehlern** betrifft im Grunde die Krankenhaushaftung. Der Krankenhausträger hat im Prinzip den Klinikbetrieb so zu organisieren, dass jede vermeidbare Gefährdung des Patienten ausgeschlossen ist. In die Organisation eingebunden und somit zusätzliche Haftungsschuldner sind die für die Organisation des Krankenhausbetriebs (mit)verantwortlichen (Chef)Ärzte.

b Sorgfaltsmaßstab und Verschulden. Bitte beachten Sie, dass nicht jeder Behandlungsfehler zu Ansprüchen auf Schadensersatz und Schmerzensgeld führt. Der Arzt muss schuldhaft, d. h. vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt haben.

Von Fahrlässig spricht man dabei, wenn der Arzt die objektiv erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat. Vorsatz liegt bereits vor, wenn der Arzt den Behandlungsfehler und die Beeinträchtigung Ihrer Gesundheit billigend in Kauf genommen hat.

Doch es wird nicht der schlechte Ausgang einer Behandlung zum Haftungsgrund, sondern erst das Abweichen vom Standard der medizinischen Wissenschaft. Es entscheidet der medizinische Maßstab. Die rechtlich eingeforderte erforderliche Sorgfalt, ist die des besonnenen und gewissenhaften Arztes des jeweiligen Fachgebiets.

- 4 Kausalität

Zu einer Haftung des Arztes kommt es nur, wenn die sorgfaltswidrige Behandlung und/oder fehlerhafte Aufklärung ursächlich für den eingetretenen Schaden ist. Die Durchsetzbarkeit Ihrer etwaigen Schadensersatzforderungen hängt im Arzthaftungsrecht daher maßgeblich von dem Nachweis der Kausalität ab. Eine Haftung der Behandlungsseite wird nur dann angenommen, wenn ihre Gesundheitsbeeinträchtigung auf den Behandlungsfehler zurückzuführen ist. Im Umkehrschluss bedeutet dies, eine ärztliche Haftung ist immer dann ausgeschlossen, wenn sich der festgestellte Behandlungsfehler nicht 'realisiert' hat, wenn also der Negativverlauf allein schicksalsbedingt auf die individuelle Konstitution des Patienten zurückzuführen ist.

Maßgeblich hängt dabei die Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang auch von Ihrem individuellen Gesundheitszustand ab, sprich, sind etwaige Vorerkrankungen oder bereits bestehende und fehlerunabhängige Erkrankungen vorhanden gewesen?

Wer ist verantwortlich?

Letztlich stellt sich für Sie als Patient die Frage, wer die Verantwortung für den Fehler/den Schaden trägt. In erster Linie ist dies häufig der Sie behandelnde Leistungserbringer. Der behandelnde Leistungserbringer kann sich allerdings bei der Durchführung der Behandlung anderer Personen (Assistenten, Angestellte etc.) bedienen. Manchmal haftet der Leistungserbringer auch für Handlungen dieser Hilfspersonen, manchmal aber auch nicht.

Diese Frage der Zurechenbarkeit einer Haftung für Hilfspersonen ist rechtlich zu komplex, um sie im Rahmen dieser Broschüre zu behandeln. Wir empfehlen sich möglichst an einen Anwalt zu wenden.

Die Verhandlungen um Schadensersatz werden häufig – wenn nicht immer – mit der Haftpflichtversicherung des Leistungserbringers geführt. Bei einer Behandlung im Krankenhaus kann es sehr schwierig sein, festzustellen, wer eigentlich verantwortlich ist. Darum ist gesetzlich geregelt, dass das Krankenhaus grundsätzlich eine allgemeine Haftung trifft. Sie können also – und das wird Ihr Anwalt sicherlich für Sie tun – außer dem Leistungserbringer persönlich daneben auch das Krankenhaus für den Fehler/Schaden haftbar machen.

Basishaftung des Krankenhauses (sogenannte 'centrale aansprakelijkheid')

Aufgrund des niederländischen Gesetzes über den Heilbehandlungsvertrag³⁶ haftet grundsätzlich das Krankenhaus immer auch selbst. Wenn Sie als Patient also nicht wissen, wen Sie für den Fehler haftbar machen können, können Sie auf jeden Fall das Krankenhaus selbst in die Haftung nehmen.

Ein Leistungserbringer kann seine Haftung wie auch ein Krankenhaus seine o.g. Basishaftung nicht einschränken oder ausschließen.

Schadensminderungspflicht

Beachten Sie, dass Sie selbst die Verpflichtung haben, alles zu tun, um den entstandenen Schaden so gering wie möglich zu halten. Sie müssen also selbst aktiv mitwirken und einerseits zur Schadensbegrenzung etwa weitere erforderliche Behandlungen auf sich nehmen, andererseits müssen Sie auch dafür sorgen, dass die Kosten so niedrig wie möglich sind.

Soweit der in Anspruch genommene Leistungserbringer sich darauf beruft, dass Sie Ihrer Schadensminderungspflicht nicht (ausreichend) nachgekommen sind, ist er für diese Behauptung beweispflichtig.

Wenn dem Leistungserbringer im Verfahren ein solcher Beweis gelingt, wird das Gericht Ihrer Schadensersatzklage nur zum Teil stattgeben.

Verjährung

Beachten Sie, dass Schadensersatzansprüche der Verjährung unterliegen. Die Verjährungsfrist in den Niederlanden beträgt **fünf Jahre**.

Bei einem Anspruch auf Schadensersatz wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit beginnt diese Frist ab dem Tag zu laufen, ab dem Sie von dem Schaden und der Person des Schädigers Kenntnis erlangen. Es kann also sein, dass Sie erst nach zehn Jahren wissen, wen Sie in die Haftung nehmen müssen.

Beispiel: Der Behandlungsfehler findet statt am 28. Juli 2008 und Sie als Patient haben erst am 5. August 2008 hiervon Kenntnis. An diesem Tag wussten Sie allerdings noch nicht, wer den Fehler begangen hat. Davon erhielten Sie erst am 1. November 2008 Kenntnis. Ab 1. November 2008 beginnt dann die fünfjährige Verjährungsfrist zu laufen. Wenn Sie allerdings bereits am 5. August 2008 wussten, wer den Fehler gemacht hat, lief die Verjährungsfrist bereits seit dem 5. August 2008.

Erst dann fängt die Verjährungsfrist an zu laufen. Sie können eine Verlängerung dieser Frist erreichen, indem Sie die Verjährung erst stoppen (niederländisch: 'stuiten'). Eine Unterbrechung der Verjährung erfolgt durch ein Schreiben, dem sogenannten 'stuitingsbrief', in dem Sie mitteilen, dass Sie die Verjährungsfrist unterbrechen und in dem Sie sich ausdrücklich die Geltendmachung (weiterer) Schadensersatzansprüche vorbehalten. Auch insofern ist es empfehlenswert, einen Anwalt zu konsolidieren, der in Ihrem Namen einen 'stuitingsbrief' verschickt, um die Verjährung wirksam zu unterbrechen.

Beachten Sie in jedem Fall die Frist: Wenn Sie einen Schadensersatz erst nach fünf Jahren und einem Tag geltend machen, sind Sie zu spät!

Wie läuft das Gerichtsverfahren ab?

Wenn Sie einen Leistungserbringer in die Haftung nehmen wollen, sollten Sie ihn zunächst – außergerichtlich - schriftlich auffordern, die Haftung anzuerkennen und Ihren Schaden zu ersetzen. Bestreitet der Leistungserbringer daraufhin seine Haftung, bleibt dann nur die Klageerhebung. Hierfür sollten Sie die Hilfe eines Anwalts in Anspruch nehmen.

Im Rahmen des Gerichtsverfahrens wird – je nachdem, welche Anträge Sie stellen – geprüft, ob überhaupt eine Haftung gegeben ist und – wenn ja – wie hoch Ihr Schadensersatzanspruch ist. Diese beiden Aspekte können auch in getrennten Gerichtsverfahren geklärt werden. Außerdem kann Ihr Anwalt ein selbstständiges Beweisverfahren einleiten (sogenanntes 'voorlopig getuigenverhoor'), wenn er vor Einleitung des eigentlichen Klageverfahrens feststellen lassen möchte, was die Zeugen zu der Sache erklären können. Sowohl bei einem Haftungsverfahren als auch bei einem Schadensersatzverfahren werden in aller Regel Sachverständige hinzugezogen. Ärztliche

Gutachter können hierbei Erklärungen über das Vorliegen eines Arztfehlers und über den Kausalzusammenhang zwischen Arztfehler und Schaden abgeben; andere Sachverständige sind wiederum für die Berechnung des Schadens erforderlich. Stellen Sie sich darauf ein, dass ein zivilrechtliches Verfahren Jahre dauern kann. Dies gilt umso mehr, wenn nicht nur die Haftung dem Grund nach als auch die Höhe des Schadens von der Gegenseite bestritten wird. Wenn Sie Verletzungen erlitten haben, kann die exakte Höhe des Schadens auch erst ermittelt werden, wenn ein medizinischer Endzustand eingetreten ist. Ein 'medizinischer Endzustand' liegt vor, wenn sich Ihr Gesundheitszustand nicht mehr bessert, aber auch nicht mehr verschlechtert.

Nicht zuletzt, weil ein Verfahren oftmals Jahre dauern kann, streben beide Parteien häufig danach, eine einvernehmliche Lösung zu finden. Viele Streitigkeiten werden durch einen Vergleich, in dem ein bestimmter Schadensersatzanspruch festgelegt wird, erledigt.

Die Suche nach einem Anwalt

Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie Ihre Ansprüche gerichtlich durchsetzen müssen, um Schadensersatz zu erlangen, ist es empfehlenswert, sich an einen Anwalt zu wenden. Achten Sie hierbei darauf, auf welche Rechtsgebiete der Anwalt sich spezialisiert hat. Im Idealfall handelt es sich um einen Anwalt, der Spezialist ist auf dem Gebiet der Körperschäden, insbesondere auf dem Gebiet des Körperschadensrechts (ein sogenannter 'letselschade-expert').

Bei der Suche nach einem Anwalt können folgende Kriterien von Bedeutung sein:

- Hat der Anwalt spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet des Haftungsrechts, insbesondere des Arzthaftungsrechts? Fragen Sie ausdrücklich danach?

- Sie müssen das Gefühl haben, dass Sie Ihrem Anwalt vertrauen können. Mit anderen Worten: Sie müssen das Gefühl haben, dass Sie sich mit Ihren Bedürfnissen und auch mit Ihren Befürchtungen an Ihren Anwalt wenden können.
- Fragen Sie Ihren Anwalt ausdrücklich nach den Kosten, die Ihnen entstehen. Stellen Sie sich darauf ein, dass Ihnen auch das erste Beratungsgespräch in Rechnung gestellt wird.
- Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung? Nehmen Sie dann Kontakt mit der Versicherung auf und fordern Sie eine Deckungszusage für die Anwaltskosten an. Der Anwalt wird Ihre Rechtsschutzversicherung dann stets über Ihren Fall auf dem Laufenden halten.
- Der Anwalt muss genügend Zeit haben und diese sich auch nehmen, um die Sache mit Ihnen zu besprechen.

Einen Anwalt können Sie in den Niederlanden über die Webseite www.alleadvocaten.nl finden. In den Niederlanden soll künftig eine landesweite Database entstehen, der man entnehmen kann, in welchen Rechtsgebieten sich die jeweiligen Anwälte spezialisiert haben. Eine solche Gesamtübersicht steht derzeit allerdings noch nicht zur Verfügung.

Daneben gibt es Spezialverbände sowie etwa den Verband der Körperschadensrecht-Anwälte (Vereniging van letselschade advocaten, abgekürzt LSA). Sie können auch mit diesem Verband Kontakt aufnehmen, um einen spezialisierten Anwalt zu finden.

Wenn es sich um komplexe Sachverhalte handelt, empfehlen wir Ihnen dringend, auf jeden Fall einen Anwalt zu Rate zu ziehen, der Sie begleiten und beraten kann.

Kosten

Stellen Sie sich darauf ein, dass die Einleitung eines Gerichtsverfahrens in jedem Fall bedeutet, dass Ihnen Kosten entstehen. Zunächst müssen Sie den Anwalt bezahlen. In den Niederlanden können Rechtssuchende, die unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze liegen, unter Umständen Beratungshilfe bzw. Prozesskostenhilfe in Anspruch nehmen (sogenannte '*gefinancierde rechtsbijstand*' oder '*toevoeging*').

Bitten Sie Ihren Anwalt, Sie hierüber zu informieren bzw. entsprechende Anträge für Sie zu stellen. Der Anwalt kann dann einen entsprechenden Antrag beim 'Raad voor Rechtsbijstand' für Sie einreichen. Wenn diesem Antrag stattgegeben wird, bedeutet dies, dass Sie nur einen kleinen Selbstbehalt zahlen müssen. Der Selbstbehalt hängt ab von der Höhe Ihres Einkommens. Die Grenzwerte werden jährlich angepasst.

Außer den Kosten für den Anwalt (sei es aufgrund einer Honorarvereinbarung auf Stundenbasis oder einem Selbstbehalt im Rahmen der Beratungshilfe/Prozesskostenhilfe) gibt es noch andere Kosten, die auf Sie zukommen können wie Gerichtskosten, Kosten für Auszüge aus dem Handelsregister oder Einwohnermeldeamtsregister, eventuelle Auslagen für Zeugen, Kosten für ärztliche Gutachten.

Schließlich müssen Sie auch beachten, dass Sie im Rahmen einer Prozesskostenverurteilung zu einer Erstattung der Kosten des Verfahrens einschließlich der anteiligen Kosten des Gegenanwalts verurteilt werden können, wenn Sie im Verfahren unterliegen.

Wenn Sie rechtsschutzversichert sind, ist es empfehlenswert, Ihren Fall erst der Rechtsschutzversicherung vorzulegen bevor Sie einen Anwalt beauftragen. Sie können sich allerdings auch direkt an einen Anwalt mit der Bitte wenden, bei Ihrer Rechtsschutzversicherung Kostendeckung anzufragen.

Fazit

Es gibt verschiedene Möglichkeiten für Sie als Patient, wenn der Leistungserbringer seine Pflichten verletzt hat. Für welche Möglichkeiten Sie sich entscheiden sollten, hängt von dem Ziel ab, das Sie verfolgen. Bevor Sie Schritte einleiten, wägen Sie daher gut ab, welche Schritte Sie erfolgreich zu Ihrem Ziel führen.

Stand: 10 April 2009

Beachten Sie, dass sich die gesetzlichen Regelungen häufig ändern. Es kann daher keine Gewähr dafür übernommen werden, dass der Inhalt dieser Broschüre auch zukünftig noch den aktuellen Stand geltenden Rechts wiedergibt. Auf Basis dieser Broschüre können Sie keine Rechte geltend machen.

Anhang


Literaturverzeichnis

- 1 Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann ZPO - Kommentar, 67. Auflage 2009
- 2 Martis/Winkhart Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 2. Auflage 2007
- 3 Palandt BGB – Kommentar, 68. Auflage 2009
- 4 Quaas/Zuck Medizinrecht, 2. Auflage 2008
- 5 Jorzig/Dautert Arzthaftungsrecht in Anwaltformulare, DeutscherAnwaltVerlag, 5. Auflage 2006
- 6 Creifelds Rechtswörterbuch, 19. Auflage 2007
- 7 Hacks/Ring/Böhm ADAC-Schmerzensgeldtabelle, 26. Auflage 2006
- 8 Rieger (Hrsg.) Lexikon des Arztrechts, Loseblatt, Stand 2007
- 9 Rehborn Arzt – Patient – Krankenhaus. Rechte und Pflichten, 3. Auflage 2000
- 10 Müller-Stein in: Handbuch Versicherungsrecht, 2. Auflage 2003

Anmerkungsverzeichnis

- 1 Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Vertrag über medizinische Behandlung)
- 2 Wenn von der grenzüberschreitenden gesundheitlichen Versorgung die Rede ist, wird damit sowohl die pflegerische als auch die heilerische Seite gemeint ('care' und 'cure').
- 3 EuGH, Slg. 1976, 613, Slg. 1996, I-5819
- 4 EuGH, Slg. 1999, I-2575
- 5 EuGH, EuZW 2002, 663
- 6 EuGH, Slg. 1993, I-2899
- 7 EuGH, EuZW 2002, 607
- 8 EuGH, Slg. 1996, I-3159; Slg. 1998, I-5121
- 9 EuGH, Slg. 1999 I-8789
- 10 EuGH, Slg. 1991, I-1487
- 11 EuGH, Slg. 1989, 3533
- 12 EuGH, Slg. 1998, I-1831, Fall Decker, Becker, NZS 1998, 359, Kingreen, NJW 2001, 3382
- 13 EuGH, Slg. 1998, I-1931
- 14 EuGH, EuZW 2003-466, EuGH, Slg. 2001, I-5473, Rn. 76
- 15 Buch 7: Artikel 446 Burgerlijk Wetboek (BW) bestimmt als den Vertrag über medizinische Behandlung den Vertrag, 'durch den sich eine natürliche Person oder eine juristische Person, der Hilfeleistende, in Ausübung eines medizinischen Berufes oder Gewerbes gegenüber einem anderen, dem Auftraggeber, zur Verrichtung von Tätigkeiten auf dem Gebiet der Medizin verpflichtet, die sich unmittelbar auf den Auftraggeber oder auf einen bestimmten Dritten beziehen.' (Mit anderen Worten: der Patient)
- 16 Artikel 7:448 Abs. 2 BW.
- 17 Stolker 2004, (T & C Gezondheidsrecht), art.7:448 BW, aant. 3
- 18 Artikel 7: 448 Abs. 3 BW.
- 19 Lagro-Janssen, ALM, Van Wijmen, FCB, 'Informeren is zilver, verzwijgen is goud' in Huisarts en wetenschap, 1998, nr 41 (13), p. 603-606.
- 20 Legemaate, prof mr. J.: 'Het recht van de patiënt op informatie', in Advocatenblad 1999, nr. 4, pp. 197-200.
- 21 Artikel 7:450 BW
- 22 Vergleichbar mit einer Patientenverfügung in Deutschland
- 23 Artikel 7:466 BW
- 24 Artikel 7:466 Abs. 2 BW
- 25 KNMG: 'Het niet aangaan of beëindiging arts-patiënt contract' in Medisch Contact 1988 nummer 27/28, pp. 862-863.
- 26 Artikel 7: 457 Abs. 2 BW
- 27 Stolker 2004, (T & C Gezondheidsrecht), art.7:457 BW, aant. 1.
- 28 Sluyters Tekst en Commentaar Gezondheidsrecht pag. 701.
- 29 Leenen, Prof. Dr. H.J.J. Handboek Gezondheidsrecht deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg pagina 272 e.v.
- 30 Leenen, Prof. Dr. H.J.J. Handboek Gezondheidsrecht Deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg pagina 270 en pagina 275.
- 31 Sluyters 2004 (T&C Gezondheidsrecht), Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector, inleidende opmerkingen aantekening 2 .
- 32 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- 33 Artikel 47 Abs. 1 en onder a Wet BIG.
- 34 Leenen, Prof. Dr. H.J.J. Deel II Gezondheidszorg en recht, pagina 44-45.
- 35 und Artikel 7:462 des niederländischen bürgerlichen Gesetzbuches (BW)

Calvariestraat 12B
NL - 6211 NJ Maastricht

Kontakt und
weitere Information:
www.epecs.nl 

Wir danken Anwaltskanzlei
Dijks & Leijssen für die fachliche
Beratung und Unterstützung
(Dijks & Leijssen, Postfach 76,
7500 AB Enschede, die Nieder-
lande, Tel. +31 (0)53 433 54 66
www.dijksleijssen.de)

Diese Broschüre wird finanziert durch:



provincie  Overijssel



 zorgbelang
Overijssel



 DER PARITÄTISCHE
NORDRHEIN-WESTFALEN

