



München, 13.5.11

Stellungnahme zum „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ des Patientenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz

Grundsätzliches

Diese Bundesregierung setzt mit dieser jetzt geplanten Kodifizierung der Patientenrechte eine über 20 Jahre alte Forderung der Patientenbewegung um. Dafür gebührt ihr Anerkennung. Bereits aus der 1999 geführten Diskussion um die „Charta“ der Patientenrechte, (die dann nicht einmal so heißen durfte), weiß die BAGP, dass die Widerstände gegen ein solches Gesetz in weiten Teilen der Ärzteschaft, der Richterschaft, den Anwaltskammern und bei vielen anderen enorm sind.

Der jetzt vorliegende Entwurf lässt befürchten, dass an vielen Stellen höchstens der bestehende Status Quo erhalten bleibt, an manchen Stellen sogar nicht einmal das.

Die BAGP fordert, dass der vorliegende Entwurf erweitert wird und sich an vier Grundwerten orientiert: Sicherheit, Selbstbestimmung, Qualität und Transparenz.

Sicherheit

Die Behandlung eines Kranken ist geprägt von einer besonderen und sehr asymmetrischen Beziehung: Auf der einen Seite die Kranke, die geschwächt oder in Sorge Unterstützung bei einer vertrauenswürdigen, kompetenten Person sucht und auf der anderen Seite die Behandlerin, die diese Unterstützung anbietet und durch ihre Behandlung Linderung verschafft oder Heilung unterstützt. Diese Beziehung braucht einen besonderen Schutz, weil sich hier ein zeitweise geschwächter Mensch einem Experten anvertraut.

Jede Behandlung ist prinzipiell eine Körperverletzung, die erst durch die freiwillige und informierte Einwilligung straffrei wird. PatientInnen brauchen die Sicherheit, dass das aktuell anerkannte und verfügbare Wissen Grundlage ist für jeden Behandlungsschritt, und sie müssen darauf vertrauen dürfen, dass Unsicherheiten mit dem Betroffenen besprochen und von ausreichenden Schutzmaßnahmen flankiert werden. Geeignete Schutzmaßnahmen können sein: intensive Beobachtung, begleitende Studien, Versorgungsforschung, Konsultationen, Zweitmeinungen. Zur Vermeidung von Fehlern braucht es zudem eine ständige Bemühung der Behandelnden, Risiken zu erkennen und zu minimieren. Wenn unerwünschte Folgen eintreten - seien sie fahrlässig herbeigeführt oder schicksalhaft - müssen PatientInnen die Sicherheit haben, dass sie persönlich, gesundheitlich und finanziell angemessen aufgefangen werden, dass die Ursachen analysiert werden und zu Verbesserungen in der Versorgung führen.

Selbstbestimmung und Souveränität

Die Selbstbestimmung des Patienten ist nicht nur aus ethischen oder haftungsrechtlichen Gründen wesentliche Voraussetzung für eine korrekte Behandlung, sie ist auch Teil und Ziel des Gesundungsprozesses selbst. Krankheit geht oft einher mit einer Einschränkung des bisher gewohnten Handlungsspielraumes. Heilung und Linderung von

Beschwerden durch eine Behandlung hat die Verbesserung bzw. Wiedererlangung der Selbstbestimmung geradezu zum Ziel. Zudem ist erwiesen, dass aktive Patientenbeteiligung und gleichberechtigte Mitbestimmung im Behandlungsprozess den Verlauf der Genesung positiv beeinflussen.

Dies erfordert die Einbeziehung des ganzen Menschen und seiner Werte in die Entscheidungsfindung über die passende Behandlung und räumt auch sein Recht auf Nicht-Behandlung ein. Darüber hinaus muss im organisatorischen Ablauf der Arzt-Patienten-Beziehung ausreichend Platz für eine informierte Entscheidungsfindung eingeräumt werden. Eigeninteressen der Behandelnden sind dabei nicht relevant. Verständliche, verlässliche, unabhängige und ausreichende Informationen sind zur Erreichung einer selbstbestimmten Entscheidung bzw. zum selbstbestimmten Leben mit einer Erkrankung wesentliche Bausteine. Sie müssen dem Patienten bei jeder Behandlungsplanung oder Therapie zur Verfügung gestellt werden - bei Anamnese, diagnostischen Maßnahmen, vor Auswahl einer Therapie, beim Übergang zwischen den Sektoren und bei der Nachsorge. Die Entscheidung des aufgeklärten Patienten ist zu akzeptieren. Die Selbstbestimmung hat aber noch eine weitere Dimension: Die BAGP spricht von Patientensouveränität, wenn Patienten bzw. deren Vertretungen Einfluss nehmen können auf Entwicklungs- und Entscheidungsebenen des Gesundheitssystems. Ziel muss sein, dass sich die Interessen von Industrie, Kostenträgern und Leistungserbringern dem Interesse einer optimalen, patientengerechten Versorgung unterordnen.

Qualität

PatientInnen haben Recht auf eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung. Dazu gehört zunächst eine gute Ausbildung, Weiterbildung, menschliche Kompetenzen, sprechende Medizin und ein moderner Apparatpark. Gute Qualität zeichnet sich weiter dadurch aus, dass Behandlungsprozesse sorgfältig dokumentiert und ausgewertet werden, dass die Versorgung evaluiert und dass neue Methoden vor der flächendeckenden Einführung auf ihren zusätzlichen Nutzen geprüft werden.

Unverzichtbar ist die Einbeziehung von qualifizierten, auf den Behandlungserfolg und die Zufriedenheit abzielenden Patientenbefragungen in die Qualitätssicherung und deren Weiterentwicklung.

Transparenz

Die freie Arzt- und Krankenkassenwahl ist ein hohes Gut, muss aber heute als reines Recht auf „Try and Error“ beschrieben werden. Das gesamte Gesundheitswesen ist in seinen Leistungsangeboten, seinen Versorgungsstrukturen und in seiner Qualität viel zu intransparent. PatientInnen, die sich in Behandlung begeben und das Gesundheitssystem finanzieren, müssen endlich die ersten sein, die Informationen über dieses System bekommen z. B: durch Qualitätsberichte für die ambulante Versorgung mit Angaben zu Behandlungshäufigkeiten, Fehlern und „strukturiertem“ Dialog.

Die verstärkte Einführung von Wettbewerbsstrukturen hat hier trotz gegenteiliger Behauptungen bisher eher verschleiernde Effekte. Als Beispiel sei der defensive Umgang mit Daten aus der Gesundheitsversorgung zur Vermeidung von Benchmarking oder die Verweigerung von Kooperationen aus Gründen des Wettbewerbs zwischen Kostenträgern genannt. Diese Auswirkungen sind eine Verkehrung des eigentlichen Grundgedankens der Gesundheitsversorgung, der optimalen Patientenversorgung.

Die BAGP fordert eine verstärkte Förderung der Entwicklung und Verbreitung von patientengerechten (Transparenz-) Informationen durch unabhängige und neutrale Institutionen.

Diese Ausrichtung an Werten/Zielen ist mit dem vorliegendem „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ noch längst nicht gelungen. Deshalb fordert die BAGP entscheidende Nachbesserungen an dem bisher nur in Konturen erkennbaren Patientenrechtegesetz.

I. Zum Behandlungsvertrag

1. Zur Verankerung der Patientenrechte im Zivilrecht (BGB)

Die BAGP sieht wesentliche Nachteile in der in einem Artikelgesetz vorgeschlagenen Verankerung der Patientenrechte aus dem Behandlungsvertrag im Zivilrecht statt eines selbständigen Patientenrechtegesetzes und hält die jetzt eingeschlagene rechtssystematische Einordnung für diskussionswürdig.

Durch die willkürlich gesetzte Analogie zu anderen (kauf-)vertraglichen Regelungen im BGB wird aus der Arzt-Patienten-Beziehung ein Dienstleistungsverhältnis, das auch genauso regelbar sein soll. Dies verkennt aber die besondere Macht-, Wissens- und Autonomieasymmetrie dieses „Vertrags“verhältnisses und auch die hochkomplizierten Regelungen der Leistungserbringung, Versorgungsstrukturen und Bezahlung, die durch das Sozialversicherungsrecht konkretisiert werden. Eine Verankerung der Patientenrechte im Zivilrecht müsste mindestens diese besondere Beziehung sorgfältig beschreiben und hieraus auch eine besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten ableiten.

Zu prüfen ist, ob das Patientenrechtegesetz im Sozialrecht zu verankern sinnvoller wäre mit Gültigkeit für alle Patienten, egal in welchem Versichertenstatus.

1.1 Beweiserleichterungen

Durch eine Analogie zum Dienstvertrag wird davon ausgegangen, dass die gesamte Last der Nachweispflichten über einen vermuteten Fehler und die Kausalität mit einem eingetretenen Schaden bei demjenigen liegt, der einen Anspruch wegen Nicht-/Schlechterfüllung des Vertrages geltend machen will. In diesem Fall ist dies immer der durch Krankheit geschwächte und evtl. durch die Behandlung verletzte Patient. Diese Asymmetrie wird bisher nicht berücksichtigt und muss den Besonderheiten der Arzt-Patientin-Beziehung angepasst werden.

Die BAGP fordert daher die Einführung des Amtsermittlungsprinzips bzw. die gerichtliche Pflicht zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers. Steht ein Behandlungsfehler fest, so wird der Kausalzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Schaden widerlegbar vermutet, d.h. der Behandler muss beweisen, dass der Fehler nicht ursächlich für den Schaden war. Auch ein einfacher festgestellter Befunderhebungsfehler muss danach bereits zur Beweislastumkehr führen.

1.2 Verjährungsfristen

Die bisherigen Verjährungsfristen sind zu kurz. Die BAGP fordert im Rahmen der besonderen Würdigung der Arzt-Patienten-Beziehung eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf 10 Jahre. Die derzeitige Regelung von drei Jahren ist für viele PatientInnen zu knapp bemessen, weil es gerade bei schweren Schädigungen zunächst einmal darum geht, die eigene Gesundheit wieder herzustellen.

1.3 Diskrepanzen zwischen Leistungsrecht und gutachterlich festgestellten Standards der Medizin

Aufgrund der überwiegend im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Leistungen kommt es immer wieder zu vom Leistungskatalog der GKV abweichenden zivilrechtlichen Bewertungen von Behandlungspflichten eines Arztes. Ein Patientenrechtegesetz sollte es sich zum Ziel setzen, diese Diskrepanzen zu beenden (Beispiel: Funktionsdiagnostik in der Zahnbehandlung). Ob dies im Zivilrecht gelingen kann, ist noch zu klären.

1.4 Rechtsbesorgung

Die Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts setzt die Finanzierung von Anwalts- und Gerichtskosten, bei Unterliegen auch von Kosten der Gegenseite voraus und schließt damit Menschen aus, die weder eine Rechtsschutzversicherung noch die nötigen finanziellen Mittel haben. Auch die Prozesskostenhilfe kann hier oft nicht die bestehende Gerechtigkeitslücke schließen.

Für den Fall, dass eine unabhängige Begutachtung einen Behandlungsfehler erwiesen hat, sollte die Entschädigung institutionell, z.B. über staatliche Finanzierung oder über eine der Leistungs- und Kostenträger, geregelt werden und nicht wie zurzeit ausschließlich von den eigenen Ressourcen der Patientin abhängen.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten

Die verbindliche und einheitliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht ist dringend zu regeln und endlich aus dem Standes- und Richterrecht in eine kodifizierte Form zu überführen. Die BAGP begrüßt ausdrücklich dieses Vorhaben.

Leider bleibt der Entwurf bisher auf halbem Weg stehen. Wichtige Probleme aus der Praxis bleiben unerwähnt und sollten unbedingt Eingang in den Gesetzesentwurf finden:

2.1 Zur Aufklärung

- Die Aufklärung muss laienverständlich mit Aushändigung des Aufklärungsformulars erfolgen. Sonst kann der Patient keine eigene Entscheidung treffen und die Behandlung erfüllt somit den Tatbestand der Körperverletzung.
- Bei Arzt- oder Sektorenwechsel muss eine verständliche und verbindliche Patienteninformation ausgehändigt werden, um eine integrierte Versorgung zu ermöglichen.
- **Individuelle Gesundheitsleistungen** dürfen nur auf Wunsch des Patienten mit ausdrücklicher Nennung und Erklärung der fehlenden medizinischen Notwendigkeit, mit vorherigem schriftlichem Vertrag plus Kostennennung angeboten werden. Sie dürfen in keinem Fall Voraussetzung für eine Aufnahme des Patienten sein. Wenn möglich, muss durch Verweis auf Orte hingewiesen werden, wo man diese Leistungen kostenlos erhalten kann – z.B. kann eine Leistung ambulant als IGeL, stationär aber als Kassenleistung erbracht werden. Bei Verstößen wäre eine Regelung denkbar, wonach der Honoraranspruch entfällt.
- Bei rein ästhetischen Angeboten muss eine besondere Risiko- und Alternativaufklärung erfolgen, eine besondere Haftung wegen möglicher Folgeschäden sollte verpflichtend eingeführt werden.
- Leistungsverweigerungen aus Budgetgründen sind unzulässig, die häufig über eine solche Falschaufklärung erreichte private Finanzierung durch die Patientin müssen berufsrechtlich geahndet werden.

2.2 Zur Dokumentation

- Pflicht zur Dokumentation ist ein Gebot der Qualitätssicherung und eine Grundvoraussetzung zur Nachvollziehbarkeit der korrekten Behandlung, die auch das Recht der Patientin einschließt, eine Richtigstellung in der Behandlungsdokumentation zu fordern,
- die Patientin ist direkt persönlich von der Behandlung betroffen und bezahlt die Leistung, wenn auch meist indirekt. Deshalb liegt die Datenhoheit beim Patienten,
- wer elektronisch dokumentiert, muss ein fälschungssicheres System benutzen,
- spätestens mittelfristig muss die ohnehin zunehmende elektronische Dokumentation und Erfassung von Diagnosedaten dazu führen, dass Patienten automatisch eine Kopie der Daten und der Behandlungskosten auf einen persönlichen und verschlüsselten USB-Stick oder auf Papier gespeichert bekommen. Dies sollte durch gesetzlich vorgeschriebene Modellvorhaben vorbereitet werden.

II. Fehlervermeidungskultur

1. Risikomanagement

Die BAGP unterstützt die flächendeckende Einführung eines verbindlichen Risiko- und Fehlermanagements. Die Suche nach Formen eines entsprechenden anonymen Meldesystems ist bei Beinahefehlern sinnvoll, bei eingetretenen Schäden muss daraus eine Meldepflicht werden. Insgesamt entsteht leider der Eindruck, dass im Grundlagenpapier weiter auf der Basis freiwilliger Aktivitäten abgewartet werden soll, ob sich ein Wunder ereignet, auf das die PatientInnen seit 150 Jahren vergeblich warten.

Die Einschaltung des G-BA ist eine grundsätzlich sinnvolle Idee, damit die Entwicklung eines solchen Systems mit weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung verzahnt wird.

Risikomanagement und Fehlervermeidungskultur dürfen zudem keinesfalls in einer einzelnen Einrichtung verbleiben. Werden Menschen (beinahe) geschädigt, hat die Allgemeinheit ein Recht darauf zu erfahren, wie man das Risiko zukünftig vermeiden will, und das Gesundheitsversorgungssystem hat die Pflicht, von Beinahefehlern zu lernen bzw. eigene Verbesserungsvorschläge einzubringen.

Wenn ein Schaden eingetreten ist, muss verpflichtend gehandelt werden, Vertuschung oder Verschleppung muss bestraft werden. Die BAGP fordert eine aktive Gesetzgebung, die die noch in den Anfängen begriffene Fehlerkultur massiv fördert und ein Umdenken des gesamten Systems erreicht, das die Sicherheit des Patienten in den Vordergrund stellt.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern

Die BAGP begrüßt die verbindliche Einführung eines Beschwerdemanagements. Im Rahmen des vorgeschriebenen Qualitätsmanagements nach den Regelungen §135a SGB V ist es jedoch nur bedingt richtig angesiedelt. Hier sollte vielmehr eine verbindliche und valide Befragung der Behandelten vorgeschrieben werden, die in den öffentlichen Teil des Qualitätsberichtes einzuarbeiten ist.

Das Beschwerdemanagement sollte zwar mit dem Qualitätsmanagement vernetzt, jedoch unbedingt unabhängig von der jeweiligen Einrichtung gehalten werden. Es empfiehlt sich hier auf den langjährigen Erfahrungen (z.B. städtische Kliniken München) mit ehrenamtlichen und unabhängigen PatientenfürsprecherInnen aufzubauen und eine gut unterstützte, adäquat zur Größe der Einrichtung, mit klaren Kompetenzen ausgestattete und in der Region vernetzte Stelle in jedem Krankenhaus/jeder stationären Reha-Einrichtung vorzuhalten.

Vergleichbare Systeme sollten auch im ambulanten Sektor entwickelt werden.

Sie sollten vorzugsweise vernetzt werden mit regionalen Organisationen des Verbraucher- und Patientenschutzes und ähnlichen Strukturen bei der Selbsthilfe und weiteren Initiativen wie z.B. dem Aktionsbündnis Patientensicherheit.

III. Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems

Verankerung im BGB

Falls doch das BGB der richtige Rahmen für die Kodifizierung sein sollte, muss auch dort die besondere Schutzbedürftigkeit des Patienten im Vordergrund stehen. Neben der Definition der Sorgfaltspflicht und des damit zusammenhängenden aktuellen Standes des medizinischen Wissens müssen folgende Ereignisse unterschieden werden. Ziel ist eine verschuldensunabhängige Entschädigung.

1. Schicksalhafter Verlauf

Es gibt viele Beispiele, in dem sich ein Risiko in einer Behandlung verwirklicht und zu einem Schaden führt, der dann als schicksalhaft bezeichnet wird. (Beispiel: Verletzung des Trigeminusnerves bei einer örtlichen Betäubung oder ein Zahnbeschleiftrauma ...) Die Patientin erleidet in diesen Fällen durch Beanspruchung einer medizinischen Leistung einen Schaden, nicht selten ist dieser mit gravierenderen Folgen als die ursprüngliche Erkrankung verbunden. In solchen Fällen sollte z. B. ein Fonds den Schaden mindern helfen, um den Patienten, aber auch die Arzt-Patientenbeziehung zu entlasten.

2. Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht

Bereits im Behandlungsvertrag sollte die vertragliche Haftung wegen ärztlicher Behandlungsfehler als Verletzung des Vertrages geregelt werden, der zum Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld führt. Wenn ein Behandlungsfehler nachgewiesen wurde, muss eine Beweislastumkehr für die Kausalität eintreten. Die im Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland erwähnte vorgeschriebene Haftpflichtversicherung des Arztes/ des Krankenhauses wird ausdrücklich begrüßt und müsste in diesem Fall mit dem eingerichteten Fonds über die Verteilung der Entschädigungszahlungen verhandeln.

3. Grober Behandlungsfehler

Die vorgeschlagene Übernahme der bisher in der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen bei grobem Behandlungsfehler bergen das größte Risiko, dass sich durch die Kodifizierung die Situation der PatientInnen verschlechtert. Dazu kommt, dass durch die Festschreibung des Status Quo, immer noch eine erstaunliche Konsequenz folgt: Wer im Rahmen der Beweislastumkehr nachweist, dass der Schaden nicht mit dem groben Behandlungsfehler in Zusammenhang steht, hat zwar einen groben Behandlungsfehler gemacht, wird dafür aber überhaupt nicht belangt.

Zumindest durch verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte in solchen Fällen berufsrechtlich gegen den Arzt vorgegangen werden.

IV. Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Es reicht keinesfalls aus, Ärzte- bzw. Zahnärztekammern nur aufzufordern, sich ein einheitliches Verfahren zu verordnen. Die dabei maximal zu erwartende Kompromissbildung könnte an vielen Stellen zu einer Verschlechterung des Status quo führen.

Ziel muss sein, eine unabhängige Begutachtung einzurichten. Die Ärzte- bzw. Zahnärztekammern sind dafür ungeeignet, da sie als Körperschaft öffentlichen Rechts die Pflicht haben, für die Einhaltung von Standards zu sorgen, aber auch die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten, damit sind sie nicht neutral und unabhängig.

Die BAGP fordert eine Umwandlung der bestehenden Einrichtungen zur Schlichtung und Begutachtung bei Behandlungsfehlerverdacht in von der Ärzteschaft und den Haftpflichtversicherern unabhängige Einrichtungen mit Anhörungsrecht der PatientInnen und ihres Rechtsbeistandes. Sie müssen zudem ihre Arbeit auswerten und aus den Erfahrungen Veränderungsprozesse in die Gesundheitsversorgung hinein anregen. Unerlässlich ist in solchen Institutionen zudem eine eigene Beschwerdeinstanz. Sowohl in den Beschwerdeinstanzen als auch in den Qualitätssicherungsbereichen einer solchen Institution müssen Vertretungen der PatientInnen und Versicherten mit Stimmrecht beteiligt werden.

Darüberhinaus fordert die BAGP die Einrichtung eines bei einer neutralen Stelle angesiedelten unabhängigen Instituts zur Erstellung medizinischer Sachverständigengutachten auf der Basis einer Gebührenordnung, was im außergerichtlichen Verfahren zur Klärung des Sachverhalts beitragen würde.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Falls doch das BGB der richtige Rahmen für die Kodifizierung sein sollte, ist die Einrichtung von Spezialkammern bei Landgerichten und eine Konzentrierung in kleinen Landgerichtsbezirken eine Verbesserung.

Zu prüfen ist, ob nicht auch ein Mediationsverfahren vorgeschaltet werden sollte.

3. Verbesselter Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Der BAGP geht die vorgesehene Regelung im § 522 Abs. 3 ZPO, wonach in allen Berufungssachen bei einem Streitwert von über € 20.000 das Rechtsmittel der Nichtzulassungsbeschwerde möglich sein soll, nicht weit genug. Sie plädiert für eine Aufhebung der Beschränkung des Berufungsrechts, d.h. der Streichung des § 522 Abs. 2 ZPO.

4. Anhörung von Privatgutachtern durch Änderung des § 411 Abs. 3 oder Abs. 4 ZPO

Gerichte folgen häufig allein dem gerichtlich bestellten Sachverständigen, auch bei widersprüchlichen Gutachten. Auch mit von Parteien vorgelegten Privatgutachten wird von Gerichten sehr unterschiedlich umgegangen.

Die BAGP fordert daher die Aufnahme des Antragsrechts der Parteien zur Anhörung von Privatgutachtern.