



München 9.3.12

BAGP Stellungnahme Referentenentwurf Patientenrechtegesetz

Einleitung

Im Referentenentwurf werden bereits bestehende Regelungen verschiedener Rechtsbereiche und aus der Rechtsprechung resultierende Patientenrechte zusammengefasst.

Im BGB unter den §§ 630a-h werden die vertraglichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient geregelt, und einige Paragrafen im Sozialgesetzbuch (SGB) V erfahren Änderungen.

Die BAGP begrüßt dies ausdrücklich, da die dadurch entstehende Transparenz und Nachlesbarkeit der Bekanntheit und der Verlässlichkeit der Patientenrechte dienen werden.

Verbesserungen für die PatientInnen werden weiter erreicht durch die Änderung in § 66 SGB V von der Kann- zur Sollvorschrift, mit der die gesetzlichen Krankenkassen PatientInnen bei der Durchführung von Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern unterstützen sollen, sowie die Einführung von Fristen, in denen Krankenkassen über Leistungsanträge von Versicherten entscheiden müssen (s. Anmerkungen § 13 Abs. 3 SGB V).

Darüber hinaus besteht aus unserer Sicht aber weiterer Regelungsbedarf, um der besonderen Schutzbedürftigkeit von PatientInnen / Versicherten Rechnung zu tragen:

- **Patienteninformationen / Patientenbrief /** (s. auch Anmerkungen § 630 e BGB).
Die Ausführungen im Referentenentwurf zu Information und Aufklärung greifen zu kurz. Patienten bedürfen insbesondere zur Verbesserung der Verständlichkeit von Information und Aufklärung der Möglichkeit sich unabhängig und neutral beraten zu lassen. Die bisherigen Kapazitäten einer unabhängigen Patientenberatung reichen dazu nicht aus. Im Patientenrechtegesetz sollte ein **individueller Anspruch auf eine unabhängige und neutrale Beratung** festgeschrieben werden.

Die BAGP fordert für folgende Bereiche eine Verankerung im Patientenrechtegesetz, damit mit dem Gesetz tatsächlich mehr Transparenz über bestehende Rechte und Pflichten für juristische Laien erkennbar wird: Patientenrecht auf **Zweitmeinung** (Aufnahme in § 76 SGB V), Regelungen der Schweigepflicht, Fortbildung und Berufspflichten der Behandler.

- **Reform des Gutachterwesens mit Nachweisen von Neutralität, Unabhängigkeit und Qualifikation und Verbesserung der Stellung des Privatgutachters im Prozessrecht**
Der Referentenentwurf nimmt leider an keiner Stelle eine Veränderung der Bestimmungen des Gutachterwesens zum Medizinrecht vor. So werden weder unabhängige Gutachterstellen gefordert noch einheitliche und inhaltliche Forderungen an die Ausbildung und Qualität der Gutachter gestellt.
Aus BAGP-Sicht ist das ein eklatanter Mangel des Gesetzesentwurfes, da die Aussage der Gutachter für den Fort- und Ausgang von Behandlungsfehlerklagen von immenser Bedeutung ist.

Für alle Sozialversicherungsbereiche sollte es darüber hinaus eine unabhängige und qualitätsgesicherte Begutachtungsinstanz geben, die auch Privatpatienten zugänglich ist.

- Umgestaltung der Verfahren vor den für PatientInnen kostenlosen Schlichtungsstellen:**
 Die BAGP fordert den Gesetzgeber auf, Rahmenbedingungen für neutrale, anbieterunabhängige Gutachterstellen für Konflikte im Gesundheitssystem zu schaffen. Diese Stellen benötigen eine strukturelle Verankerung der Interessen von PatientInnen, mit einer Verfahrensordnung, in der neben ÄrztInnen und JuristInnen auch Krankenkassen- und PatientenvertreterInnen beteiligt werden.
 Die BAGP fordert hier ein Recht auf mündliche Verhandlung, die PatientInnen eine faire Chance der Problemdarstellung bietet sowie Pflicht zur Mitwirkung aller Beteiligten (auf Behandlerseite) da diese bisher einem solchen Verfahren zustimmen müssen.
- Beweiserleichterung**
 Weitreichende Beweiserleichterungen bzw. eine striktere Regelung der Beweislastumkehr bei einem erwiesenen Behandlungsfehler fehlen.
 Die BAGP fordert die Einführung von Amtsermittlung bzw. die gerichtliche Pflicht zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers (s. Anmerkungen § 630 h BGB).
- Rechtsbesorgung**
 In diesem Zusammenhang hält die BAGP es für unumgänglich, dass, wenn ein Behandlungsfehler durch unabhängige Begutachtung festgestellt wurde, eine institutionelle Entschädigung für die Geschädigten geregelt wird. So bleiben die Verfolgung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen unabhängig von den finanziellen Ressourcen der Patienten.
 Die BAGP fordert die Einrichtung eines Härtefonds um, zeitnahe Entschädigungen für Medizingeschädigte zu erhalten. Denkbar wäre eine Finanzierung eines Entschädigungsfonds aus Mitteln der Leistungserbringer, wie ein Versicherungspool mehrerer Anbieter sowie aus öffentlichen (Bundes-)Mitteln, um Anreize zu setzen für Qualitätssicherung. Eine finanzielle Beteiligung von Patienten lehnen wir ab.
- Verlängerung der Verjährungsfrist auf 10 Jahre**
 Die BAGP fordert eine Ausweitung der Verjährung bei Behandlungsfehlerverdacht auf 10 Jahre. Aus BAGP-Sicht sind drei Jahre für viele Patienten zu knapp bemessen, weil es gerade bei schweren Schädigungen zunächst einmal darum geht, die eigene Gesundheit wieder her zu stellen.
- Regelmäßiger Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung für Leistungserbringer**
 Die BAGP fordert analog zur Fortbildungsverpflichtung der Ärzte die Einrichtung einer Haftpflicht- Nachweispflicht für Leistungserbringer.
- Einsetzung von PatientenfürsprecherInnen in allen Krankenhäusern zur Verbesserung der Qualitätssicherung / Beschwerdemanagement**
 Die BAGP fordert ein unabhängiges bundesweites Beschwerdemanagement bzw. Patientenfürsprechersystem in allen Einrichtungen des Gesundheitssystems. Da viele Einrichtungen kein unabhängiges Beschwerdemanagement aufbauen werden, sondern lediglich ein internes Qualitätsmanagement als hinreichend ansehen, ist die Verpflichtung ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement einzuführen aus Patientensicht zielführend. (s. Ausführungen § 135 a SGB V).
- Barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung im Sinne der UN-Behindertenkonvention**
 Die BAGP schließt sich den Forderungen der A-Länder an und verweist auf die Ausführungen der Bundespatientenvertreter vom 6.2.12:
*„Im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz als Maßnahme insbesondere zur Umsetzung von Art. 25 und 26 der Konvention ausgewiesen.
 Die maßgeblichen Patientenorganisationen stellen mit Befremden fest, dass der Referentenentwurf weder hinsichtlich der individuellen noch hinsichtlich der kollektiven Patientenrechte behinderungsspezifische Vorschriften enthält. Das Recht auf einen ortsnahen Zugang zu barrierefreien Gesundheitseinrichtungen oder Mitspracherechte von Menschen mit Behinderungen bei der Ausgestaltung des Gesundheitswesens sind aber in der UN-Behindertenrechtskonvention verbrieft.
 Die Bundesregierung hat sich völkerrechtlich verpflichtet, die entsprechenden nationalen Umsetzungsvorschriften zu schaffen. Die maßgeblichen Patientenorganisationen fordern, dass die Bundesregierung dieser Verpflichtung*

tung durch eine Ergänzung des vorliegenden Gesetzentwurfes nachkommt.

Ferner haben sich alle im Bundestag vertretenen Parteien dazu bekannt, bei künftigen Gesetzgebungsverfahren die Verpflichtung der UN-Konvention zum Disability Mainstreaming umzusetzen. Die maßgeblichen Patientenorganisationen fordern daher den Bundestag und die beteiligten Bundesministerien auf, das Gesetzgebungsverfahren zum **Patientenrechtegesetz konventionskonform auszugestalten.**"

- **Aufnahme der Medizinproduktezulassung und deren Qualitätssicherung im Patientenrechtegesetz**
Die BAGP fordert mehr Patientensicherheit in Bezug auf Medizinprodukte, die durch Neuorganisation der Zulassungsregelungen durch unabhängige und neutrale Institutionen erreicht werden kann. Des Weiteren fordert die BAGP ein aktives und zeitnahes Risikomanagement der zuständigen Prüfinstanzen, unkomplizierte Kostenunterstützung für die Beseitigung der gesundheitlichen Gefahren durch Medizinprodukte z.B. durch einen Entschädigungsfonds und die Krankenversicherungsträger sowie die stärkere Verantwortungsübernahme und Verbesserung der Sorgfaltspflicht in der ärztlichen Aufklärung durch die Operateure.

Patientenrechte im BGB

Nach Auffassung der BAGP ist die rechtssystematische Einordnung diskussionswürdig, weil sie aus der Arzt-Patienten-Beziehung ein Dienstleistungsverhältnis ableitet und dieses ebenso wie einen (Kauf-)vertrag reguliert. Dies verkennt aber die besondere Macht-, Wissens- und Autonomieasymmetrie dieses Vertragsverhältnisses und die hochkomplizierten Regelungen der Leistungserbringung, der Versorgungsstrukturen und der Vergütung, die durch das Sozialversicherungsrecht konkretisiert werden.

Wenn der Behandlungsvertrag im Zivilrecht verankert wird, muss zumindest die besondere Schutzwürdigkeit der PatientInnen berücksichtigt und beschrieben werden.

Die BAGP vermisst weitere Präzisierungen der gesetzlichen Aufklärung und Dokumentation ([s. auch Anmerkungen zu § 630 f BGB](#))

Das wichtige Thema IGeL-Leistungen, also privat von der PatientIn zu bezahlende Leistungen wird leider viel zu wenig behandelt. Die Formulierungen im § 630 c Satz 3 reicht dazu nicht aus. In der täglichen Praxis verkaufen Mediziner hier i.d.R. medizinisch nicht notwendige Leistungen, ohne die Patienten umfänglich über Risiken, Nebenwirkungen und Kosten der Behandlung vorher schriftlich aufzuklären. Sanktionen gegenüber entsprechenden Leistungserbringern fehlen. Bei rein ästhetischen Angeboten muss darüber hinaus eine besondere Risiko- und Alternativaufklärung erfolgen. Die BAGP fordert die Einführung einer besonderen Haftung für Hersteller (Fondslösung), eine Risikohaftpflichtversicherung für mögliche Folgeschäden und bei Nichtgelingen medizinisch nicht notwendiger Operationen.

Im übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 13.05.2011 sowie auf die gemeinsame Stellungnahme der 140er Organisationen vom 06.02.2012 (s. anhängendes Dokument).

Im Folgenden gehen wir auf einige der geplanten Paragraphen ein.

München, den 09.03.2012

BAGP Geschäftsstelle
Waltherstr. 16a
80337 München

Artikel 1

Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch Behandlungsvertrag

§ 630 a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

Die BAGP hält die Einordnung der Patientenrechte in das BGB ohne besondere Würdigung des asymmetrischen Verhältnisses der Vertragspartners für ungenügend. Der Behandlungsvertrag ist kein Dienstvertrag, das Arzt-Patientenverhältnis kein Kundenverhältnis.

§ 630 b Anwendbare Vorschriften

Die BAGP vermutet durch die Anwendung des § 612 auf den Behandlungsvertrag eine mögliche Verschlechterung für die Patienten. So ist zu vermuten, dass durch die Anwendung des § 612 Abs. 1 BGB die umfangreichen vertraglichen Voraussetzungen für IGeL-Leistungen unterlaufen werden können: *„Bei einer medizinischen Behandlung ist im Regelfall davon auszugehen, dass diese gem. § 612 I nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.“* (Begründung Gesetzentwurf S.24 Mitte: *„Haben die Vertragsparteien keine Absprache hinsichtlich der Vergütung vereinbart, so ist ... die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen“*).

Die Anwendung der §§ 626 ff. BGB auf den Behandlungsvertrag führt dazu, dass die Kündigung durch einen privat versicherten Patienten (so wie durch alle Ärzte) gemäß § 627 Abs. 1 BGB jederzeit ohne wichtigen Grund möglich ist.

Nach § 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V gelten die Kündigungsregelungen des § 627 Abs. 1 BGB für gesetzlich versicherte PatientInnen nicht (Arztwechsel innerhalb des Quartals nur bei wichtigem Grund).

Für Transparenz und Nachvollziehbarkeit der §§ 630a ff., sollte im Gesetzestext direkt aufgeführt werden welche Regelungen damit konkret für den Behandlungsvertrag gelten.

§ 630 c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

Insgesamt hält die BAGP den § 630 c BGB für erklärungsbedürftig, insbesondere welchen Inhalt das „Zusammenwirken“ hat und welche Konsequenzen ein fehlendes Zusammenwirken für die PatientInnen auslösen würde.

Im Abs. 2 sollte „auf Nachfrage“ gestrichen werden, damit die Behandler gezwungen werden über erkennbare Behandlungsfehler aufzuklären, und dies ohne dass der Patient initiativ werden muss.

Die BAGP fordert, Abs. 4 Nr. 4 ist zu streichen.

Aus BAGP - Sicht können auch Mediziner nicht in jedem Fachgebiet über aktuelle Kenntnisse verfügen. Mit dem Absatz 4 könnte ein Berufskollege annehmen, dass Fachkenntnisse vorliegen, ohne dezidiert nachzufragen. Da auch ein Arzt Patient sein kann, halten wir den Abs. 4 für eine Ungleichbehandlung und zudem für gefährlich. Die Regelungen in Nummer 3 reichen völlig aus.

Die BAGP fordert, die Informations- und Aufklärungspflichten im Sinne der Klarheit in einem Paragraphen zusammen zu führen. Der Unterschied ist nicht erkennbar.

Die BAGP verweist darüberhinaus auf die Ausführungen der Bundespatientenvertreter vom 6.2.12:

„Problematisch ist insbesondere die Unterscheidung zwischen den Informationspflichten gemäß § 630 c BGB und den Aufklärungspflichten gem. § 630 e BGB. Die vorgesehene Normierung ist auslegungsbedürftig und führt folglich nicht zu mehr Transparenz für alle Seiten, sondern zu neuen Verständnisschwierigkeiten. Hinzu kommt, dass die an sich sinnvolle Kodifizierung der Aufklärung offenbar nur bei Eingriffen in den Körper, nicht aber bei sonstigen Behandlungen einschließlich der typischen IGeL im Bereich zusätzlicher Diagnostik Anwendung finden soll. Die Verpflichtung zur Aushändigung aller Aufklärungsunterlagen an die Patienten muss ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen werden“.

§ 630 d Einwilligung

§ 630e Aufklärungspflichten

Die BAGP fordert, die §§ 630 c und e zusammen zu führen. Die Formulierungen zur Aufklärungspflicht sind zudem missverständlich oder ungenau:

Es fehlt im Abs. 1 die Definition des Begriffs „Eingriffs“. Es muss über die Behandlung (Anamnese, Diagnose, Therapien, Eingriff = Operation usw.) aufgeklärt werden.

Es fehlen darüberhinaus Konsequenzen von Nichtbehandlung.

Die BAGP fordert die Streichung von Abs. 2 letzter Satz. Der Begriff „geringfügiger“ Eingriff ist unklar und problematisch, da er Interpretationsspielraum auf Seiten des Behandlers schafft. Die reine Aufklärung in Textform ist unzureichend und daher zu streichen.

Die BAGP fordert zudem die Aushändigung der Angaben zu Diagnose und Behandlung bei Behandlerwechsel in verständlicher Sprache als Patientenbrief an die PatientIn.

§ 630 f Dokumentation der Behandlung

Aus dem Entwurf ergeben sich keine genauen Anforderungen an die Dokumentation. Es gibt keine Aussage zu Sanktionen, wenn Praxen keine „fälschungssichere Dokumentation“ vorhalten.

Klare Regelungen auch zu Sanktionen gegen die Verstöße der ordnungsgemäßen Dokumentation sind notwendig, da dies zu einer wirklichen Veränderung in der patientenorientierten Rechtsprechung führen würde.

Die BAGP fordert, die sofortige Beweislastumkehr in Fällen von unzureichender oder veränderter Dokumentation.

Im § 630 f BGB sollte aufgeführt sein was die weitere Zweckbeschreibung der Dokumentation ist - nämlich die Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Patienten, die durch die Pflicht des Behandlenden, Rechenschaft über den Gang der Behandlung zu geben, sowie die faktische Beweissicherung.

§ 630 g Einsichtnahme in die Patientenakte

Von allen Behandlungsbefunden, -ergebnissen und -berichten sollten automatisch Kopien für die Patienten gefertigt und ausgehändigt werden. Dies dient der Erleichterung der Einsichtnahme und sollte auf Kosten der jeweiligen Datenhalter geschehen. Ziel ist die Eigentumsübertragung der Behandlungsunterlagen auf den Patienten und die Überlassung von Zweitschriften zu Dokumentationszwecken bei den Behandlern oder Versicherungsträgern.

Die BAGP lehnt die derzeitigen Formulierungen zur Dokumentationspflicht ab. Die Dokumentation ist gleichbedeutend mit dem Recht des Patienten auf Information über die ihm zugetane Behandlung und Eigentum des Patienten. Der Behandler ist berechtigt und verpflichtet, sich eine Kopie zu erstellen. Die dafür entstehenden Kosten trägt der Behandler, er wird dafür durch eine pauschale Dokumentationsvergütung von den jeweiligen Kostenträgern entschädigt.

Zu den Formulierungen im Detail:

Zu Abs (1): Die BAGP lehnt die Einschränkung des Einsichtsrechtes für psychisch Kranke ab. Wenn tatsächlich gesundheitliche Bedenken geltend gemacht werden, müssen diese Bedenken durch eine fachlich versierte Person einer anderen Einrichtung getroffen werden. Die BAGP fordert zumindest das uneingeschränkte Einsichtsrecht für psychisch Kranke nach Beendigung der Behandlung.

§ 630 h Beweislast für Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

An der Beweislast wurden keine für Patienten hilfreichen Änderungen vorgenommen.

Die BAGP fordert eine Beweislastumkehr für die Kausalität des Schadens bei nachgewiesenem Behandlungsfehler.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Durch diese Artikelgesetze, die in verschiedenen Gesetzen eingefügt werden, ist es für Patienten / Versicherte unmöglich, ihre Rechte zu erkennen und in Anspruch zu nehmen.

Die BAGP bedauert, dass nicht ein eigenständiges Patientenrechtgesetz entsteht, sondern die Artikelgesetze erst durch den Bundespatientenbeauftragten in § 140 h SGB V in eine für Laien / Patienten verständliche Sprache und Form gebracht werden sollen.

§ 13 Abs. 3 (neu 3a Leistungsentscheidung innerhalb von drei Wochen)

Die BAGP begrüßt diese Form der Sanktion für Krankenkassen in Bezug auf eine unzumutbare Dauer bis zur Entscheidungsfindung. Allerdings ist zu befürchten, dass die Kassen zur Fristwahrung einfach Leistungsanträge ablehnen und die Patienten noch mehr Aufwand bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche aufbringen müssen.

Allerdings setzt die Voraussetzung einer vergeblichen Fristsetzung durch den Versicherten eine gute Informiertheit des Patienten / Versicherten voraus, die wir als eine zu große Hürde sehen. Erst nach aktiver Fristsetzung und weiterer Fristverstreichung tritt das Recht auf Selbstbeschaffung ein – das ist dann keine wesentliche Erleichterung für den Patienten.

§ 66 (Änderung „können“ durch „sollen“)

Die BAGP befürwortet die Änderung in § 66 SGB V von der Kann- zur Sollvorschrift, mit der die gesetzlichen Krankenkassen PatientInnen bei der Durchführung von Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern unterstützen sollen.

Weiter dazu unsere gemeinsame Stellungnahme der Bundespatientenvertreter vom 6.2.12:

„Unklar bleibt, weshalb kein gesetzlicher Anspruch der GKV-Versicherten auf eine Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht durch ihre Krankenversicherung formuliert wurde, sondern nur eine „Soll“-Regelung. Nicht erfolgt ist außerdem eine konkrete Beschreibung der durchzuführenden Unterstützungsmassnahmen. Da die konkrete Ausgestaltung des Behandlungsfehlermanagements der gesetzlichen Krankenkassen sehr unterschiedlich ist, besteht hier Konkretisierungsbedarf.“

§ 73b Abs. 3 (Änderungen):

Satz 2 „Widerrufserklärung innerhalb von zwei Wochen“

Satz 6 Wörterrausch „Verpflichtung gegen Teilnahmeerklärung“

Neu: Aufforderung zur Regelung der Teilnahmeerklärung in der Satzung

§ 73c Abs. 2 (Änderungen):

Satz 2 wird ersetzt „Widerrufserklärung innerhalb von zwei Wochen“

§ 99 Abs. 1 Satz 4 (Patientenbeteiligung bei der Bedarfsplanung)

§ 135a Abs. 2 Nr. 2 (patientenorientiertes Beschwerdemanagements in Krankenhäusern)

Die BAGP geht davon aus, dass viele Einrichtungen kein unabhängiges Beschwerdemanagement aufbauen werden, sondern lediglich ein internes Qualitätsmanagement als hinreichend ansehen werden, welches in die Organisationsstrukturen eingebunden ist. Allein die Verpflichtung, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement einzuführen, ist aus Patientensicht unbefriedigend.

Andere Modelle wie die der **Patientenfürsprecher** in Bremen und München zeigen, dass es auch anders geht, z.B. mit Ehrenamtlichen, die gut supervidiert und angeleitet werden.

Die BAGP befürwortet eine starke Vernetzung der Patientenfürsprecher und eine politische Rückmeldung der Patientenbeschwerden, damit strukturell bedingte Problemfelder nicht unberücksichtigt bleiben.

§ 137 Abs. 1 b neu 1 c (G-BA bestimmt Richtlinien (Mindeststandards) über Anforderungen eines einrichtungsinternen QM bzw. eines Risikomanagements und Fehlermeldesysteme)

Nötig ist eine Verpflichtung zur Einführung von anonymen Fehlermeldesystemen CIRS und M+M-Konferenzen. Qualitätsmanagement muss am Beinahe-Fehler anknüpfen.

§ 140 a Abs. 2 Satz 1 „Widerrufserklärung innerhalb von zwei Wochen“

§ 140 f (gemeinsames Landesgremium nach § 90 / Befristung Zulassung für Vertragsärzte)

Die BAGP fordert weitgehende Patientenbeteiligungsregelungen, beschrieben auch durch die Forderungen der A-Länder. Zentral ist für die BAGP die bestehende Mitberatungsrecht ohne Stimmrecht. Neben den Beteiligungsmöglichkeiten nach § 140 f SGB V sind hier insbesondere die Beteiligung in Gesundheitskonferenzen, Ethikkommissionen und Patientenbeiräten u.a. zu nennen.

Die neu einzurichtenden Landesgremien zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen sehen zwar eine Patientenbeteiligung vor, allerdings sind diese Gremien selbst eine freiwillige Leistung der Länder.

Neben der formalen Beteiligungsmöglichkeit fehlen insbesondere Maßnahmen, die die Qualifizierung, die Koordination und den Austausch unter den Vertreterinnen und Vertreter der Patientenseite unterstützen. Nur damit kann eine qualifizierte Patientenbeteiligung erreicht werden. In einem Patientenrechtegesetz könnten solche Maßnahmen für die Beteiligungsmöglichkeiten nach § 140 f SGB V festgeschrieben und für andere Bereiche zumindest empfohlen werden.

Ergänzend die gemeinsame Stellungnahme der Bundespatientenvertreter vom 6.2.12:

„Neben der Kodifizierung und Stärkung der individuellen Patientenrechte kommt der Weiterentwicklung der kollektiven Patientenrechte, d.h. der Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen eine herausragende Bedeutung zu.

Aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V ist es unzureichend, dass hierzu im bisherigen Referentenentwurf nur wenige rein organisatorische Regelungen getroffen werden. Es sind nun vielmehr substantielle weitere Entwicklungsschritte angezeigt.

Nach acht Jahren der erfolgreich praktizierten Patientenbeteiligung in den Gremien nach § 140 f SGB V ist zu konstatieren, dass eine notwendige Ergänzung des Mitberatungsrechts von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, beispielsweise durch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen, überfällig ist.

Entsprechendes gilt für die Besetzung des Vorsitzes des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Hier ist es angezeigt, dass künftig nicht nur den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses, sondern auch der Patientenvertretung ein Vorschlagsrecht

für die Position der Vorsitzenden eingeräumt wird. Nach Auffassung der

maßgeblichen Patientenorganisationen ist daher in den Gesetzentwurf eine Vorschrift

aufzunehmen, nach der ein vierter unparteiischer Vorsitzender von den Patientenorganisationen vorgeschlagen und mit gleichen Rechten wie die übrigen Vorsitzenden ausgestattet wird.“

§ 140 h (Bericht des Patientenbeauftragten in verständlicher Sprache)

Die BAGP fordert eine Präzisierung des § 140 h in Bezug auf die Ausführung des Berichtes in Deutsch und weiteren Sprachen für fremdsprachliche Mitbürger.

§ 217 f Abs. 4 neu 4 a (Spitzenverband Bund der KK Regelungen nach § 73 b, § 73 c, § 140 a: Richtlinie bedarf der Genehmigung durch das BMG)

Artikel 3

Änderung der Patientenbeteiligungsverordnung

§ 4 Abs. 2 Patientenbeteiligungsverordnung

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17 Abs. 1 Satz 5 (einfügen von Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme / § 137 a Abs. 1 c Satz 3 SGB V)

Es muss sichergestellt werden, dass die Daten anonym erhoben werden, da sonst die Nutzung solcher Systeme ins Leere läuft.

Ziel muss sein die Auswertungen der Problemschilderungen zu sinnvollen strukturellen Veränderungen zu nutzen.

Artikel 5

Inkrafttreten