



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Bundesministerium für Gesundheit

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange
der Patientinnen und Patienten

Stefan Schwartze

11055 Berlin

München, 15.02.2023

Zehn Jahre Patientenrechtegesetz am 27.02.2023

Änderungsvorschläge der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

mail@bagp.de

Verantwortlich:

Carola Sraier, Sprecherin der BAGP¹

¹Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zehn Jahre Patientenrechtegesetz - Änderungsvorschläge der BAGP

Im Februar 2013 wurde das Patientenrechtegesetz (PatRG) verabschiedet. Neben einigen Neuerungen fasste es vor allem bestehende Gesetze und ihre Weiterentwicklungen durch Richterrecht zusammen.

Das Patientenrechtegesetz erleichtert seither das Auffinden des geltenden Rechts für Patient:innen. In der Praxis zeigt sich aber, dass es Umsetzungsschwierigkeiten z. B. beim Einsichtsrecht gibt. Darauf weist auch der Beauftragte für Belange der Patient:innen der Bundesregierung Stefan Schwartze hin. Insgesamt bezeichnet er aber das geltende Patientenrechtegesetz als juristisch gut gemacht.

Zahlreiche Bestimmungen des PatRG sind in der Praxis mangelhaft umgesetzt und werden dem Anliegen des Regelwerks nicht gerecht. Vor allem fehlt es an Sanktionen, wenn Bestimmungen und Pflichten z. B. bei Aufklärungsgesprächen nicht erfüllt werden.

Durch die digitale Transformation des Gesundheitswesens sind neue ungeklärte juristische Fragestellungen entstanden, die im Patientenrechtegesetz dringend geregelt werden müssen. So werden gerade die Aufklärung und die Einwilligung in Diagnostik, Behandlung und Datenweitergabe zu Forschungszwecken grundlegend umgestaltet und es besteht die Gefahr, dass manche Patientengruppen dadurch benachteiligt werden.

Aus Patientensicht ist eine Aktualisierung des Patientenrechtegesetzes dringend nötig, welche die Umsetzungsschwierigkeiten der Praxis aufgreift und auf die Auswirkungen der digitalen Veränderungen im Gesundheitswesen eingeht.

Ein am Patienten orientiertes Gesetz muss Regelungen enthalten, die ursprünglich für Patient:innen entwickelt sind und ihre besondere Rolle in der Interaktion zwischen Betroffenenem und Behandelnden berücksichtigen. Dazu zählen:

- Beweiserleichterungen im Behandlungsfehlerverdacht,
- klare Definition eines groben Behandlungsfehlers,
- einheitliche Unterstützung der Krankenkassen bei Verdacht auf Behandlungsfehler,
- Regelmäßiger Anspruch für alle Patient:innen auf Begutachtung durch (zahn-)ärztliche Gutachterstellen nach bundeseinheitlichen Kriterien der Begutachtung,
- Verlängerung der Verjährungsfristen,
- Einführung eines Härtefallfonds für Medizingeschädigte,
- laienverständliche Information, Aufklärung und Dokumentation,
- Verbesserung der Patientensicherheit durch Qualitätssicherung,
- Stärkung der Mitbestimmungsrechte, wie z. B. „shared decision making“,
- Stärkung der individuellen und kollektiven Patientenbeteiligungsmöglichkeiten,
- u. v. m.

Die Ausführungen zum Patientenrechtegesetz und die Änderungsvorschläge hierzu greifen auf Erfahrungen zurück, welche die BAGP im Rahmen ihrer Patient:innenberatungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patient:innenvertretung nach §140 f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene sammelt.

Wir haben uns in den Ausführungen auf die bestehenden Paragraphen des Patientenrechtegesetzes beschränkt, ohne damit die Wichtigkeit der weiteren Forderungen wie auf Seite 2 aufgeführt, schmälern zu wollen.

Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich aus Sicht der Patient:innen.

Die BAGP hat keine Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und der Kostenträger.

Carola Sraier,
Sprecherin der BAGP

München, 15.02.2023

1. Regelungen des BGB - §§ 630 a-h

1.1 Änderungsvorschläge zu § 630c BGB, Informationspflicht

1.1.1 zu § 630c Abs. 2 BGB, Informationsumfang

Forderungen:

Nutzen und Risiken (zahn-)medizinischer Leistungen müssen verständlich für die Patient:innen dargestellt werden. Es braucht passgenaue Informationen und genügend Zeit, um z. B. eine Zweitmeinung einzuholen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung der Patient:innen und des Behandlers im Sinne des „shared decision making“ gilt in allen Lebens- und Krankheitsphasen (auch am Lebensende) und sollte nicht unter Zeitdruck entstehen.

Medizinisch nicht notwendige Maßnahmen unterliegen einer besonderen, außerordentlichen Informationspflicht.

Begründung:

Patient:innen schildern, dass sie nicht ausführlich genug über Nutzen und Risiken von alternativen medizinischen Eingriffen, zu Diagnostik und Behandlungen informiert werden oder die Informationen nicht laienverständlich sind.

Forderung:

Der § 630c Abs. 2 Satz 3 BGB ist zu streichen, da die Behandelnden mehr als die geschädigten Patient:innen mit dem Satz geschützt werden.

Patient:innen müssen über die Verdachtsmomente von Behandlungsfehlern, egal welcher Schwere, informiert werden. Diese Information ist zu dokumentieren und alle zum Sachverhalt gehörenden Unterlagen, wie OP-Berichte, Laborbefunde, etc. sind den Patient:innen unverzüglich auszuhändigen.

„Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.“

1.1.2 zu § 630c Abs. 3 BGB, wirtschaftliche Information zu den Kosten

Forderung:

Können bei der (zahn-)medizinischen Diagnostik, Behandlung oder Therapie Kosten für die Patient:innen entstehen, ist vor der Einwilligung schriftlich über Höhe der entstehenden Kosten zu informieren. Ohne eine schriftliche Einwilligung des Patienten darf keine Privatrechnung gestellt werden.

Begründung:

Der Informationspflicht wird regelmäßig nicht hinreichend nachgekommen. Patient:innen beklagen das Fehlen von Informationen über Behandlungsalternativen, über die Folgen von Nichtbehandlung und fehlende Informationen zur Nutzen-/ Risiko – Abwägung.

In Beratungsgesprächen äußern Patient:innen häufig, dass eine umfangliche und verständliche Information vor Beginn von (zahn-)ärztlichen Maßnahmen nicht erfolgt. Vielmehr scheint der Schwerpunkt der Information auf dem Verkauf von Leistungen zu liegen, die medizinisch möglich, aber nicht zwingend notwendig sind.

Patient:inneninformationen müssen an die Informationsbedürfnisse und die Gesundheitskompetenz der Patient:innen oder deren Bevollmächtigten angepasst sein. Ziel der Regelungen zur Informationspflicht im § 630c BGB ist nicht die Absicherung des Leistungserbringers, sondern die Absicherung einer informierten Entscheidungsfindung der

Patient:innen.

Die umfangliche Informationspflicht gilt in jeder Krankheitssituation, auch dann, wenn die kurativen Behandlungsmöglichkeiten an ihre Grenzen kommen und die palliative Versorgung in den Vordergrund treten sollte. Patient:innen haben das Recht auf Information und Mitgestaltung der Therapie auch am Lebensende.

1.2 Änderungsvorschläge zu § 630d BGB, Einwilligung

1.2.1 zu § 630d Abs. 1 BGB, Einholung einer Einwilligung

Forderungen:

Vor Beginn einer medizinischen Maßnahme ist sicherzustellen, dass die Patient:innen informiert und aufgeklärt wurden. Der Leistungserbringer muss sicherstellen, dass die Patient:innen die Tragweite der Einwilligung verstanden haben. Das Einbeziehen von Dolmetscherdiensten bzw. sogenannter Sprachmittlung auch mittels technischer Anwendungen ist für das Einholen der Einwilligung erlaubt.

Die Einwilligung ist von der Patient:in oder deren Betreuer:in persönlich vor Beginn der ärztlichen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme zu unterzeichnen. Von allen analogen und digitalen Einwilligungen erhalten die Unterzeichnenden Abschriften.

Der Einwilligungsprozess muss auch dann für die Patient:innen ermöglicht werden, wenn sie nicht über digitale Endgeräte verfügen, sie nicht an internetbasierte Datenräume (z. B. Anwendungen der Telematik-Infrastruktur) angeschlossen sind oder die Nutzung digitaler Anwendungen generell ablehnen.

1.2.2 zu § 630d Abs. 3 BGB, Widerruf der Einwilligung

Forderungen:

Die Einwilligung ist ungültig, wenn die Informations- und Aufklärungspflichten innerhalb akzeptabler Fristen vor Beginn der medizinischen Maßnahmen nicht eingehalten wurden. Für digital erfolgte Einwilligungen muss sichergestellt werden, dass die Einwilligenden die technische Möglichkeit haben, abgegebene Einwilligungen zu widerrufen.

1.3 Änderungsvorschläge zu § 630e BGB, Aufklärungspflichten

Forderungen:

Die Aufklärungspflichten müssen an die Veränderungen des Gesundheitswesens angepasst werden. Die im Koalitionsvertrag von 2021 genannte Sprachmittlung muss als Versicherungsleistung allen Patient:innen zur Verfügung stehen.

1.3.1 zu § 630e Abs. 1 BGB, Aufklärungsumfang

Forderungen:

Die Aufklärung umfasst im digitalisierten Gesundheitswesen auch die Technikfolgen und muss auf ungeklärte haftungsrechtliche Fragestellungen hinweisen.

1.3.2 zu § 630e Abs. 2 BGB, Art der Aufklärung

Forderungen:

Eine Aufklärung muss mündlich und persönlich erfolgen. Eine rein digital durchgeführte Aufklärung ohne weiteren persönlichen Kontakt mit den Behandler:innen lässt derzeit zu viele haftungsrechtliche Fragen offen und ist daher abzulehnen.

1.3.3 zu § 630e Abs. 2 Nr. 3 BGB, Verständlichkeit der Aufklärung

Forderungen:

Der Leistungserbringer muss sicherstellen, dass die Inhalte der Aufklärung verstanden wurden. Daher sind Sprachmittlung mittels technischer Unterstützungen oder das Einbeziehen von Dolmetscherdiensten Bestandteil einer wirksamen Aufklärung und für SGB V Leistungen auch Kassenleistung.

Auf Angebote zur ergänzenden Beratung und ärztlicher Zweitmeinung ist hinzuweisen. Der Patient:in sind sämtliche Abschriften der analog oder digital erfolgten Aufklärung auszuhändigen.

1.4 Änderungsvorschläge zu § 630g BGB, Einsichtnahme

1.4.1 zu § 630g Abs. 1 BGB, Umfang der Einsichtnahme

Forderungen:

Es muss sichergestellt werden, dass Patient:innen in alle Bestandteile ihrer Patientenakte Einsicht erhalten können, unabhängig vom Speicher-/ Ablageort der Inhalte / Unterlagen.

Sollten Berichte oder Befunde nur digital vorhanden sein, muss ein direkter Zugang dazu geschaffen werden – ohne dass z. B. ein Patient:innenkonto bei einem externen Dienstleister eingerichtet werden muss.

1.4.2 zu § 630g Abs. 2 BGB, Abschriften

Forderungen:

Abschriften von Patient:innenakten sind vollumfänglich der Patient:in zur Verfügung zu stellen.

Es ist darauf zu achten, dass die patientenrelevanten Unterlagen verständlich sind.

Das Führen von Doppelakten vom Leistungsanbieter über die Patient:innen ist zu unterlassen.

Begründung:

In der ärztlichen Praxis wird nicht standardmäßig Einsicht in die Dokumentation der Patient:innenakte gewährt. Grund könnte sein, dass der Begriff „Patient:innenakte“ nicht klar definiert ist.

Da Abschriften von ärztlichen Berichten oder Befunden meistens unverständlich für die Patient:innen sind, ist darauf zu achten, dass die Dokumentation der Patient:innenakte sprachlich auf medizinische Laien angepasst ist und z. B. keine Abkürzungen enthält.

Patient:innen berichten, dass ihre Patient:innenakten unvollständig geführt seien und z. B. Verdachtsdiagnosen nicht aufgeführt, Ergebnisse aus der Differentialdiagnostik nicht in die Akte eingepflegt und einzelne Befundangaben nicht transparent gemacht werden.

2. Regelungen des SGB V

2.1 Änderungsvorschläge zu § 13 Abs. 3a SGB V, Kostenerstattung

Forderungen:

Die Begutachtung der Antragsleistungen ist zeitnah von Gutachter:innen der Medizinischen Dienste (MD) durchzuführen.

Es muss sichergestellt werden, dass für die hochspezialisierten Antragsleistungen wie individuelle Hilfsmittel, Biopharmazeutika und / oder Außerklinische Intensivpflege GutachterInnen beauftragt werden, die bundeseinheitlich qualifiziert und hochspezialisiert sind. (Bundeseinheitliche Bewertungskriterien für die MD'en).

Patient:innen und deren An- und Zugehörige müssen die Möglichkeit zur persönlichen und digitalen Rücksprache mit den Gutachter:innen im Rahmen der Antragstellung erhalten.

Begründung:

Die Kostenerstattung selbstbeschaffter Antragsleistungen ist im SGB V aufgenommen worden, da es in der Vergangenheit sehr lange Bearbeitungszeiten der zu begutachtenden Anträge gab. Die Patient:innen erhielten die Möglichkeit sich zeitlich drängende Leistungen selbst zu beschaffen und die Kosten hierfür von der GKV erstattet zu bekommen, wenn eine Begutachtung nicht zeitnah erfolgen konnte.

Antragsleistungen sind in der Regel kostenintensiv, da es sich um (neurologische) Rehamaßnahmen, individuell gefertigte Prothesen oder Hilfsmittel, wie z. B. Rollstühle, oder Biopharmaka handelt.

Das Kostenrisiko der Patient:innen für selbstbeschaffte Leistungen ist hoch, da die Krankenkasse nach erfolgter Begutachtung die Kostenübernahme einschränken oder ablehnen kann.

Die Beurteilung zur medizinischen Notwendigkeit von Antragsleistungen obliegt den Medizinischen Diensten. Sie müssen für diese Gutachten zwingend hochspezialisierte und sachverständige Gutachter:innen einsetzen.

2.2 Änderungsvorschläge zu § 66 SGB V, Unterstützung der Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler,

Forderungen:

Die Unterstützungsleistungen nach § 66 SGB V müssen bundeseinheitlich geregelt werden und für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten.

Eine Vorsichtung von medizinischen Unterlagen durch die Mitarbeiter:innen von Krankenkassen ist aus Gründen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht abzulehnen. Nur Ärzte und Ärztinnen dürfen Einsicht in Patient:innenbefunde erhalten. Die Weitergabe von sensiblen Gesundheitsdaten muss sparsam und sicher im Sinne des Patient:innenschutzes erfolgen.

Bei Anträgen auf Behandlungsfehlerbegutachtung sollten die Antragstellenden die Möglichkeit zu persönlichen Erläuterungen haben.

Behandlungsfehlergutachten des Medizinischen Dienstes sind innerhalb von sechs Monaten zu erstellen. Ist absehbar, dass diese Frist nicht eingehalten werden kann, muss auf die Möglichkeit eines Beweissicherungsverfahrens beim zuständigen Gericht hingewiesen werden und die Kosten sind den Versicherten von der Krankenkasse zu erstatten.

Gutachten zu einem Behandlungsfehlerverdacht müssen auf einheitlichen Kriterien erstellt werden um aussagekräftig zu sein, damit der / die Geschädigte die Erfolgsaussicht übersehen und weitere prozessuale Schritte einleiten kann.

Für zahnmedizinische Behandlungsfehler sind Gutachten und Mängelgutachten nach bundeseinheitlichen Kriterien zu erstellen.

Eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf zehn Jahre ist aus Patient:innensicht notwendig.

Begründung:

Das Ausmaß der Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht ist vom Serviceverständnis der Krankenkasse abhängig. Patient:innen berichten uns von sehr unterschiedlichem Engagement seitens der Krankenkassen.

Die Bearbeitungszeit für die Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst (MD) beträgt bis zu 18 Monate. Häufig ist die Aussagekraft der MD Gutachten nicht eindeutig.

Daher ist es uns wichtig, dass die MD Gutachten eindeutiger formuliert werden – weil die Beweislast eines Behandlungsfehlers bei den Patient:innen liegt.

Da viele Medizingeschädigte nach dem Schädigungsereignis in erster Linie mit ihrem Leiden, dessen Linderung und der Heilung beschäftigt sind, ist der Verjährungszeitraum zur Geltendmachung von Ansprüchen von drei Jahren zu kurz.

Eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf zehn Jahre ist aus Patient:innensicht notwendig.