

München 2.7.2012

## BAGP-Stellungnahme zum Kabinettsbeschluss Patientenrechtegesetz

In einer gemeinsamen Stellungnahme vom 06.02.2012 kritisierten die maßgeblichen PatientInnenorganisationen auf Bundesebene (Deutscher Behindertenrat, BAG PatientInnenstellen, DAG Selbsthilfegruppen, VZ Bundesverband) bereits den Referentenentwurf für ein PatientInnenrechtegesetz des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit, weil er nicht über den Status quo hinausgeht.

Mehrere Themen, die im Grundsatzpapier genannt wurden und zur Verbesserung der Position von PatientInnen beitragen sollten, wurden gar nicht oder unzureichend aufgegriffen.

Vollständig fehlen die angekündigten Regelungen zur Vereinheitlichung der Schlichtungsverfahren und zur Stärkung der Verfahrensrechte von PatientInnen in (außer-) gerichtlichen Auseinandersetzungen.

Auch mit den Krankenkassen befinden sich die PatientInnen noch lange nicht auf Augenhöhe und müssen sich oft zermürbenden Widerspruchs- und Verhandlungsverfahren aussetzen, um ihre legitimen Kostenansprüche durchzusetzen.

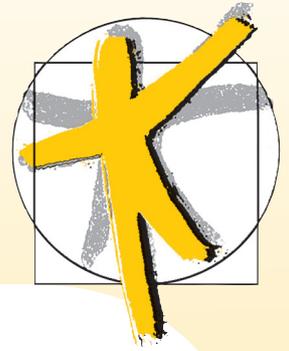
Die angekündigten Maßnahmen zur Stärkung der Rechte gegenüber den Leistungserbringern und Kostenträgern sind somit unzureichend ausgestaltet und bleiben erheblich hinter den Erwartungen und dem Bedarf der PatientInnen zurück.

Die BAGP verweist hier noch einmal auf ihre ausführlichen Stellungnahmen vom 13.05.2011 und 09.03.2012 (s. Anlagen) zum „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ des Patientenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz sowie zum Referentenentwurf. Der nun am 24.05.2012 vom Bundeskabinett verabschiedete Gesetzesentwurf bringt im Gegensatz zur Ankündigung und ungeachtet unserer damaligen Kritiken nur geringfügige Änderungen des Referentenentwurfs vom Januar mit sich. Es gibt weiterhin keinerlei Verbesserungen für die Rechte von PatientInnen und Versicherten.

### **Die BAGP erhält ihre Kritikpunkte somit auch am neuen Gesetzesentwurf des Bundeskabinetts aufrecht, die sie wie folgt zusammenfasst:**

- Die angekündigte „Transparenz und Rechtssicherheit“ hat keine Umsetzung gefunden. Die Strukturierung des Entwurfs wird dem Anspruch, dass PatientInnen ihre wichtigsten Rechte im Gesetz nachlesen können, nicht gerecht.
- Die Situation für PatientInnen im Falle eines Behandlungsfehlers oder als Opfer von schädlichen Medizinprodukten ist durch den neuen Entwurf nicht verbessert worden.
- Eine sanktionsbewehrte, verkürzte Leistungsentscheidung der GKV verhindert weiterhin keine willkürlichen und intransparenten Entscheidungen der Kostenträger. Das Recht auf Selbstbeschaffung nach Fristverstreichung ist für kranke, bedürftige PatientInnen oft eine Überforderung und Zumutung.

- Daher ist nicht zu erwarten, dass durch das Patientenrechtegesetz weniger gegen Ärzte oder Krankenkassen prozessiert und die Verfahrensdauer verkürzt werden könnte.
- Es gibt kein uneingeschränktes Einsichtsrecht in die Krankenakten. Bei Verweigerung der Akteneinsicht oder bei falscher Dokumentation drohen keine Sanktionen.
- Über vermutete Behandlungsfehler hat der Arzt den Patienten nur dann zu informieren, wenn der Patient den Arzt danach fragt.
- Es gibt keine einzige neue Beweiserleichterung / Beweislastumkehr.
- Die BAGP fordert die Pflicht der gesetzlichen (und privaten) Krankenkassen, die PatientInnen bei der Aufklärung vermuteter Behandlungsfehler zu unterstützen.
- Ebenso fordert die BAGP bei gerichtlichen Verfahren die Amtsermittlung, d.h. die gerichtliche Pflicht zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers.
- Die allgemeine Verjährungsfrist für Ansprüche aus der Arzthaftung ist viel zu kurz.
- Es fehlen Regelungen zu einem reformierten Gutachterwesen.
- Die Schlichtungsverfahren bedürfen der Umgestaltung.
- Es sind keine Regelungen zu einem Schadensausgleich durch einen Härtefonds vorgesehen, wie die BAGP ihn fordert.
- Es fehlen Regelungen zur Barrierefreiheit von Patienteninformationen und in der medizinischen Versorgung gemäß der UN-BRK. Ebenso fehlt die sprachliche Barrierefreiheit gegenüber MigrantInnen.
- Es mangelt an Bestimmungen zur Medizinprodukteprüfung.
- 
- 
- 
- **Bitte beachten Sie die Anlagen! Danke**



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 PatientenführerInnen in allen Krankenhäusern zur Verbesserung der Qualitätssicherung / Beschwerdemanagement**  
Die BAGP fordert ein unabhängiges bundesweites Beschwerdemanagement bzw. Patientenführersystem 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 Wörterraustausch „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**

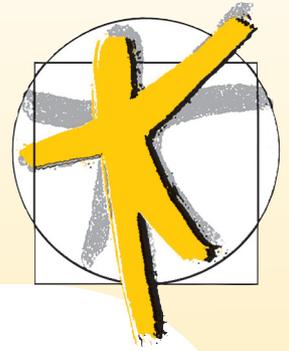
## **§ 17 Abs. 1 Satz 5 (einfügen von Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme / § 137 a Abs. 1 c Satz 3 SGB V)**

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**



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. Verbessertes 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.