

Prof Dr. Dieter Hart

IGMR – Fachbereich Rechtswissenschaften
Universität Bremen
Postfach 330440
28334 Bremen

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0097(11)

gel. ESV zur Anhörung am 26.1.

11_Patientenrechtegesetz

19.01.2011

Januar 2010

Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosen- heim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Ca- rola Reimann, Ewald Schurer, Kerstin Tack, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Für ein modernes Patientenrechtegesetz (BT Drs. 17/907)

Die Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat mich als Einzelsachverständigen zu einer öffentlichen Anhörung am 26. Januar 2011 über den oben genannten Antrag der Fraktion der SPD eingeladen und mir freigestellt, dem Ausschuss eine schriftliche Stellungnahme zukommen zu lassen. Dies möchte ich im Folgenden zunächst in einer thesenartigen Weise zum Gesetzgebungsprozess und anschließend zum Inhalt eines Patientenrechtegesetzes (PatRG) tun.

I. Drei Thesen zu einem Patientenrechtegesetz

Die Diskussion über ein PatRG wird in Deutschland seit etwa 20 Jahren geführt. Die Standpunkte der befassten Institutionen waren bis in das letzte Jahr gegensätzlich. Jetzt bietet sich nach meiner Bewertung erstmals die Möglichkeit, auf der Basis eines bestehenden *Konsenses* der Parteien und vieler Institutionen des Gesundheitswesens darüber, dass ein einheitliches PatRG wünschenswert sei, tatsächlich in dieser Legislaturperiode zur Verabschiedung eines solchen Gesetzes zu kommen.

1. Patientenrechtegesetzgebung als Prozess

Ausgehend von einem solchen Konsens, sollte der Gesetzgeber das PatRG als einen *Prozess der fortschreitenden Gewährleistung von Patientenrechten* konzipieren. Ein Gesetz in dieser Legislaturperiode wäre der *Anfang und Ausgangspunkt* dieses Prozesses.

2. Ein Grundsätzegesetz

Diesen Prozess sollte der Gesetzgeber mit einem *einheitlichen und rechtsgebietsübergreifenden Grundsätzegesetz* beginnen, das nicht am Anfang durch eine Vielzahl von detaillierten Regelungen überfrachtet wird, sondern *grundlegende Rechtsprinzipien* niederlegt, die dann den Ausgangspunkt für weitere Spezifizierungen werden können, aber schon jetzt eine Handlungsanleitung für alle betroffenen Institutio-

nen im Gesundheitswesen darstellen (von Ärzteschaften und Pflege über Krankenkassen sowie G-BA und Gesundheitsverwaltungen wie Gesundheitswirtschaft bis Gerichte).

*Es bedarf eines einheitlichen und nicht zersplitterten und rechtsgebietsübergreifenden, wesentliche Grundsätze regelnden Gesetzes. Es schafft Transparenz und Sicherheit für das gesamte Gesundheitssystem, für Patienten, Ärzte und Pflege und vermag im Gegensatz zur gescheiterten „Charta der Patientenrechte“ („Patientenrechte in Deutschland“; „Patientenrechte in Deutschland heute“) **Verlässlichkeit der Information** und **erhöhte Befolgung** zu gewährleisten.*

3. Autonomie und Beteiligung als Basis des Gesetzes

Grundlage eines Gesetzes sollten die Gewährleistung der *Autonomie* von Patienten bei *Behandlungen* und deren *gute Organisation* sowie der *Beteiligung von Patienten und Versicherten* an Entscheidungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung sein. Insofern stehen im wesentlichen Fragen des *Bürgerlichen Rechts*, des *Gesetzlichen Krankenversicherungsrechts*, möglicherweise des Berufsrechts (Gesetzgebungszuständigkeit) zur Debatte.

II. Überlegungen zum Inhalt eines PatRG

Es bedarf eines einheitlichen und nicht zersplitterten und rechtsgebietsübergreifenden, wesentliche Grundsätze regelnden Gesetzes.

Im folgenden gebe ich eine *kursorische Stellungnahme* zum Antrag der SPD-Fraktion auf dem Hintergrund der vorangehenden Thesen ab.

Die unter II A 1-6 aufgelisteten Anforderungen an ein Gesetz überfordern m. E. die Möglichkeiten des Gesetzes formal, sachlich und umfangmäßig. Sie sollten auf *Grundlegendes konzentriert* werden.

1. Grundlegendes

Übereinstimmend mit dem Antrag halte ich für *regelungsbedürftig* und *-fähig*:

1. Das Patientenrecht auf Würde, Respekt, Achtung und Nicht-Diskriminierung der Person (**Dignität**).
2. Das Patientenrecht auf eine **qualitativ hochwertige (standardgemäße) und sichere Behandlung und Pflege** in der Gesundheitsversorgung.
3. Das Patientenrecht auf **korrekte Information, Aufklärung und Beratung** über die Behandlung, ihre Alternativen (**Autonomie**) und ihren Kontext.
4. Das Patientenrecht auf **zuverlässige und sichere Organisation** der Gesundheitsversorgung in Praxis und Krankenhaus (Qualitäts-, Risiko- und Beschwerdemanagement).
5. Das Patientenrecht auf **Beteiligung** an Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem.

Das entspricht wesentlichen Punkten des Antrags in A II 1, 2 und 5.

2. Gute Organisation von Behandlungsprozessen

Bezüglich des Punktes *Organisation* (Qualitäts-, Risiko- und Beschwerdemanagement) möchte ich folgendes betonen. Ein *Risikomanagement* ist für die GKV bereits jetzt verpflichtend. Die gesetzliche Anordnung eines bestimmten Risikomanagementsystems mit einem bestimmten Fehlerberichtssystem halte ich gegenwärtig für nicht angebracht. Man kann einen solchen Vorschlag aber nach einer gewissen Zeit der freiwilligen Einrichtung überprüfen und möglicherweise dann zu einer gesetzlichen Regelungsbedürftigkeit kommen.

Den Schutz der aus Fehlerberichtssystemen, etwa CIRS gewonnenen Daten halte ich für regelungsbedürftig. Die Critical Incident Reporting Systeme bedürfen, um funktionsfähig zu sein und zu werden, eines gesetzlichen Schutzes vor strafrechtlichem Zugriff. Das ist eine wesentliche Voraussetzung der Effektivierung von Risikoinformationssystemen im Gesundheitswesen.

3. Haftungsrecht

Bei allen das *Haftungsrecht* im engeren Sinne betreffenden Fragen (von grobem Behandlungsfehler bis Fonds- oder Versicherungslösungen) rate ich von schnellen Grundsatzentscheidungen ab. Mein Votum hier würde folgende Lösung favorisieren, die nach eingehender Beratung der anderen Instrumente auch ohne nachteilige Folgen wieder abgelöst oder ergänzt werden könnte:

Amtsermittlungsgrundsatz hinsichtlich des Behandlungsfehlers (Untersuchung durch das Gericht) *und* bei dessen Bejahung *Vermutung der Kausalität* des Behandlungsfehlers *für die Verletzung des Rechtsguts* (haftungsbegründende Kausalität).

Das würde die Chancen der „Waffengleichheit“ im Prozess auf dieser Ebene verbessern und die Konsequenzen aus langjährigen Erfahrungen ziehen. In gewissen Weise entspräche diese Lösung der Rechtsprechung des BGH zur Organisationshaftung, weil auch dort der Schuldner (Organisationspflichtige) sich hinsichtlich der Kausalität entlasten muss. Das wäre mit der Forderung nach durchgängigen *Spezialkammern* und der Konzentration von arzt haftungsrechtlichen Verfahren bei Senaten nicht nur vereinbar, sondern wäre ein zusätzlicher Kompetenz- und Rationalitätsgewinn.

Die *Verbesserung der Qualität der Gutachten* ist ein wichtiger Punkt: eine Leitlinie für Gutachter wäre sinnvoll.

Viele der weiteren angesprochenen Punkte sind natürlich bedenkenswert und auch wichtig. Aber je weiter man den Kreis der zu behandelnden und zu lösenden Probleme zieht, desto schwieriger und erfahrungsgemäß aussichtsloser wird das wünschenswerte Projekt eines Patientenrechtegesetzes.

Dieter Hart

(Prof. Dr. Dieter Hart)