

Stellungnahme des  
Deutschen Gewerkschaftsbundes zur

Anhörung der

Bundestagsausschüsse für Recht und für Gesundheit

zum:

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) der Bundesregierung**

**Antrag „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ und  
Antrag „Patientenrechte wirksam verbessern“  
der Fraktion der SPD**

**Antrag „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“  
der Fraktion DIE LINKE**

**Antrag „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

am 22. Oktober 2012



## **I. Vorbemerkungen**

### **GKV: Soziale Mitbestimmung garantiert Vertretung der Versicherten- und Patienteninteressen**

Die soziale Mitbestimmung in der GKV und die dadurch demokratisch legitimierten Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung stellen die Vertretung der Patienteninteressen sachgerecht und lebensnah sicher.

Gesetzlicher Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen ist es, alle medizinisch notwendigen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Versicherte/Patienten haben ein berechtigtes Interesse an einer möglichst umfassenden und hochwertigen Versorgung. Allein die Sozialpartnerschaft von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden gewährleistet in diesem Kontext den notwendigen Ausgleich zwischen den Interessen der Patienten und denen der Beitragszahler. Das ist von anderen Organisationen in der sozialen Selbstverwaltung, die nur Partikularinteressen vertreten, nicht leistbar.

Versichertenvertreter sind Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte der Versicherten. Sie setzen sich z. B. in Widerspruchsausschüssen für die Versicherten ein und überprüfen schnell und unbürokratisch Entscheidungen der Krankenkassenverwaltungen. Sie erhalten hier auch wichtige Hinweise beispielsweise für das Qualitätsmanagement ihrer Krankenkasse. All diese Erfahrungen fließen in die Arbeit des Verwaltungsrates ein, der die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Krankenkasse bestimmt.

Die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung vertreten die Interessen der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen insgesamt – auch in ihrer Rolle als Patienten. Dabei rücken nicht nur bestimmte Krankheiten in den Brennpunkt, wie zum Beispiel das Thema Diabetes.

Die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten muss aufgehoben werden. Spätestens mit der Einführung von Präventionsleistungen ins SGB V sind auch Versicherte, die nicht Patientinnen und Patienten sind, sowohl von den Leistungsträgern, den Krankenkassen, als auch von den Leistungserbringern abhängig. Die Rechte nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern aller Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen müssen gestärkt werden. Die bisherige Trennung zwischen Patienteninteressen und Versicherteninte-

ressen, die leider im Gesetzentwurf sowie in den Anträgen zum Ausdruck kommt, trägt dem wissenschaftlichen Forschungsstand nicht Rechnung.<sup>1</sup>

### **PKV: Versicherten– und Patienteninteressen durch Konsumentenschutz**

Bedauerlicherweise kennt das System der privaten Versicherungen weder soziale Mitbestimmung noch demokratisch legitimierte Versichertenvertreter sowie deren gesetzliche Kompetenzen.

Hilfreich hat sich hier der Konsumentenschutz durch die Verbraucherzentralen erwiesen, die kompetente Hilfestellung in Fragen der privaten Finanzdienstleistungen leisten.

---

<sup>1</sup> vgl. Ewert, Benjamin: Nutzer im Gesundheitswesen. in: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): WSI-Mitteilungen: Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung. 65 (2012), 3, S. 169 – 177.

## **II. Allgemeine Bewertung:**

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten sollen Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bestehenden Rechte der Patientinnen und Patienten hergestellt werden.

Durch die geplanten Regelungen wird das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) kodifiziert. Darüber hinaus sollen die Patientenbeteiligung, die Patienteninformation, die Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern und die Rechte gegenüber Leistungsträgern gestärkt werden. Zusätzlich soll die Fehlervermeidungskultur gefördert werden.

Das grundlegende Ziel teilt der Deutsche Gewerkschaftsbund im Interesse der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Angehörigen sowie der Kunden der privaten Krankenversicherungswirtschaft.

Zwischen beiden Versichertengruppen gibt es aber Unterschiede, die in der Gesetzgebung Berücksichtigung finden müssen: Die spezifischen Interessen gesetzlich versicherter Patienten werden, im Sinne von Mitgliederschutz, von den gesetzlichen Krankenkassen und insbesondere durch die demokratisch bestimmten Versichertenvertreter wahrgenommen. Bei den Patienten/Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen Konsumenten- bzw. Verbraucherschutzorganisationen ersatzweise diese Rolle ausfüllen.

Gleichzeitig legt der DGB Wert auf die Feststellung, dass von diesen Regelungen nur Menschen mit gesichertem Aufenthaltsstatus und Krankenversicherte erfasst werden – andere Patientinnen und Patienten nicht.

Das ist eine deutliche Schwäche des Entwurfs, die durch Änderungen bei der Versicherungspflicht bzw. der Überprüfbarkeit der Versicherungspflicht sowie durch Änderungen der Gesetze der Länder für den öffentlichen Gesundheitsdienst behoben werden könnten.

## **Zusammenfassung**

Der DGB begrüßt den Ansatz im Entwurf, die Rechte der Patienten und Versicherten gegenüber den Leistungserbringern zu stärken. Zumeist wird jedoch nur bisheriges Richterrecht kodifiziert. Hier geht der Entwurf nicht weit genug. Das gilt sowohl bei Fragen der Patienteninformation, beim Behandlungsvertrag, bei den Leistungserbringern sowie bei den Regelungen zu IGeL, Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Auch die Beschränkung des Entwurfs auf die Perspektive des gesetzlich Versicherten bzw. gesetzlich versicherten Patienten ist für den DGB nicht ausreichend. Sachdienlicher wäre es, sowohl die gesetzlich Versicherten und ihre gesetzlichen Krankenkassen als auch die Kunden der privaten Krankenversicherung mit den Vertragsunternehmen gemeinsam zu regeln und ebenfalls gemeinsam der Öffentlichkeit zur Diskussion vorzulegen. Eine gesonderte Debatte für PKV-Kunden durch Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes lehnt der DGB ab.

Für den DGB ist deutlich geworden: Insgesamt müssen mit den Regelungen der reale Mensch in den Mittelpunkt gerückt werden und nicht Wunschbilder, wie er zu sein hätte. Gesundheitliche Ungleichheit macht sich auch in der unterschiedlichen Kompetenz zur Bewältigung von Alltagsfragen im Gesundheitswesen bemerkbar. Hier müssen die hochqualifizierten Behandler in die Pflicht genommen werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen stärker in die Verantwortung zu nehmen, - als Interessenvertretung ihrer Mitglieder -, ist für den DGB ein erster Schritt in die richtige Richtung. Leider gehen die Regelungen noch nicht weit genug.

Angesichts der Finanzierungsverantwortung der Sozialpartner sowie des Zusammenhangs von Arbeitswelt und Gesundheit fordert der DGB eine stärkere Beteiligung für die maßgeblichen Verbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer an der Bedarfsplanung auf Landesebene.

## **Informationen für Patienten/Versicherte: am realen Menschen ansetzen**

Das erklärte Leitbild des vorliegenden Entwurfs, der mündige Patient, ist ein Wunschbild, das angesichts der abgestuften Alltagsbewältigungskompetenzen in vielen Fällen unzutreffend ist. Vielmehr müssen die in der Regel (hoch-)qualifizierten Leistungserbringer dazu motiviert werden, sich dem Versicherten/Patienten verständlich mitzuteilen und ihn zu verstehen, u.a. auch im Verhältnis zu Menschen mit sog. geistigen oder seelischen Behinderungen.

Informationen schaffen ein persönliches Sicherheitsgefühl bei den Patienten/Versicherten. Durch Gesetze muss geregelt sein, dass die Information bezüglich der Leistungserbringung umfassend auf Grundlage des aktuellen Stands der Gesetzgebung und der Gesundheitswissenschaften/Medizin erfolgt.

Leistungserbringer müssen dies in einer für den Patienten/Versicherten vollkommen verständlichen Form gewährleisten, u.a. auch in Muttersprache und einfachem Deutsch. Anspruch ist ein Leistungserbringer-Patienten-Verhältnis, das auf gegenseitigem Respekt und Verständnis beruht. Die Leistungserbringer müssen bei ihrer Information und in ihrer Beratung Rücksicht auf die unterschiedlichen Alltagsbewältigungskompetenzen der Versicherten/Patienten nehmen. Nur so können Versicherte/Patienten insgesamt in die Lage versetzt werden, selbständig Erfolgsaussichten und mögliche Risiken sowie eine eventuelle Alternative abzuwägen.

Ein unterzeichnetes Aufklärungsformular („Patientenbrief“) ist dem Versicherten/Patienten rechtzeitig vor der Behandlung in Kopie auszuhändigen, damit unmissverständlich dokumentiert ist, wann und mit welchem Inhalt die Aufklärung erfolgt ist. Nur so wird dem Versicherten/Patienten genügend Zeit gegeben, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Die Beweislast für die ordnungsgemäße Aufklärung muss bei dem Geber der Information liegen. Bei Notfallindikationen ist sie grundsätzlich nachzuholen, da eine anschließende Weiterbehandlung die Regel ist.

Informationsdefizite sind die erste Hürde, an der die Patienten ihre Rechte nicht wahrnehmen, scheitern bzw. aufgeben. Damit der Patient seine Rechte kennt, sind Aufklärungs- und Informationspflichten detailliert festzulegen. Neben den Aufklärungspflichten des Arztes und anderer Leistungserbringer ist es für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten von Bedeutung, über die Qualität von Leistungen informiert zu werden.

Hier sind die rechtlichen Möglichkeiten und Pflichten der Kranken- und Pflegekassen zu stärken, im Zweifel auch die Zweitmeinung im Interesse des gesetzlich Versicherten sicherstellen. Für privat Versicherte müssen die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen dies gewährleisten.

### **Klarheit über Versicherten- und Patientenrechte schaffen**

Die Rechte von Versicherten/Patienten sind bisher weder abschließend noch zentral geregelt. Dies führt dazu, dass sich die Patienten nicht leicht und verständlich über ihre Rechte informieren können. Der DGB unterstützt daher die langgehegte Forderung nach einem Versicherten- und Patientenrechtgesetz, das die zersplitterte Gesetzgebung und Rechtsprechung im Bereich der Versicherten- und Patientenrechte so

übersichtlich wie möglich ordnet, Rechte verbessert, Vollzugsdefizite verringert und Intransparenz beseitigt.

Bei vermuteten Behandlungs- und Pflegefehlern müssen Patienten so früh und schnell wie möglich an die erforderlichen Informationen, insbesondere ihre Krankenakte, gelangen. Werden die Unterlagen nicht, unvollständig oder nicht innerhalb einer angemessenen Frist herausgegeben, ist sicherzustellen, dass dies nicht zu Lasten der Patienten geht. Für den Fall, dass Dokumentationen nicht oder nicht vollständig vorhanden sind oder nicht herausgegeben werden, muss die Beweislast, dass die Behandlung/Leistungserbringung fehlerfrei erfolgt ist, den Leistungserbringer treffen. Unabhängig davon müssen Versicherte/Patienten das Recht erhalten, falsche oder fehlerhafte Einträge in ihren Behandlungsunterlagen ändern zu lassen.

Insgesamt müssen die Versicherten/Patienten das Recht haben, Einblick in die Unterlagen sowie Kopien der vollständigen und fehlerfreien Behandlungsunterlagen zu erhalten.

### **Für Patienten und Behandler: Anforderungen an den Behandlungsvertrag**

Die Beteiligten müssen ihre Rechte und Pflichten kennen. Die bisher fehlende Transparenz des Rechte- und Pflichtengefüges muss hergestellt werden. Dies sollte mit einer präzisen Kodifizierung des Behandlungsvertrages im Dienstvertragsrecht des BGB erfolgen. Orientierung sind dabei die Anforderungen der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH). Die Regelungen sind darüber hinaus an den verfassungsrechtlichen Grundsätzen, insbesondere der Gewährleistung der Patientenautonomie, zu orientieren und auszubauen bzw. im Sinne verbesserter Versicherten- und Patientenrechte weiterzuentwickeln.

Im Behandlungsvertrag ist die vertragliche Haftung wegen ärztlicher Behandlungsfehler als Verletzung des Dienstvertrages zu normieren. Es ist verbindlich zu regeln, dass der Patient gegen den behandelnden Arzt bzw. den Klinikträger einen Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz hat. Dies muss bereits gelten, wenn der Behandlungsvertrag durch einen ärztlichen Behandlungsfehler fahrlässig verletzt wird und der Patient dadurch einen Schaden erleidet. Der Geltungsbereich muss auf alle Heilberufe ausgeweitet werden.

Der Behandlungsvertrag sollte die wesentlichen Haupt- und Nebenpflichten regeln. Dies sind insbesondere: vertragstypische Pflichten, Anwendungsbereich, Kündigungsrechte, Aufklärung, Einwilligung, Dokumentation, ärztliche Schweigepflicht, Schadensersatz und Schmerzensgeld bei Behandlungsfehlern, Beweislast bei Behandlungsfehlern. Zur Stärkung der von Behandlungsfehlern Betroffenen sollten die von

der Rechtsprechung entwickelten Maßstäbe für Beweiserleichterungen gesetzlich besser zu deren Gunsten ausgestaltet werden.

Bei der Kodifizierung ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Verminderung der bereits durch die Rechtsprechung bestehenden Beweiserleichterungen oder einer Festschreibung des Status quo kommt. Bei der Behandlungsfehlerhaftung tragen derzeit grundsätzlich Patienten die volle Beweislast für das Vorliegen eines ärztlichen Fehlers. Die Rechtsprechung lässt bisher aus Billigkeitsgründen und unter dem Gesichtspunkt der angeblichen "Waffengleichheit" nur in einzelnen Konstellationen Beweiserleichterungen bzw. eine Beweislastumkehr zu. Zur Gewährleistung einer fairen rechtlichen Auseinandersetzung ist es erforderlich, dass die Beweislast neu verteilt und nicht nur einer der Parteien auferlegt wird. Gesetzlich zu regeln ist, dass Leistungserbringer für den Fall der Geltendmachung von Behandlungsfehlern durch die Patienten den Beweis erbringen müssen, dass ein Behandlungsfehler und daraus resultierender Schaden nicht vorliegt. Liegen Behandlungsfehler und Schaden vor, hat die Vermutung des Kausalzusammenhangs zu gelten. Die Behandlerseite muss dann insgesamt nachweisen, dass kein Ursachenzusammenhang besteht.

Es darf keine Beschränkung auf grobe Behandlungsfehler erfolgen, da dies neue Probleme eröffnen würde, insbesondere neue gerichtliche Auseinandersetzungen um die Definition des Begriffs „grobe Behandlungsfehler“.

### **Sicherheit auch für die Heilberufe**

Ein Versicherten- und Patientenrechtegesetz dient auch den berechtigten Interessen der Ärzte und anderer Leistungserbringer. Sie benötigen im Alltag rechtssichere Orientierung. Oftmals müssen binnen Sekunden verantwortungsvolle Entscheidungen getroffen werden. Dann bleibt kaum Zeit für eine Prüfung der Rechtslage. Auch in ihrer Arbeits- oder Fortbildungszeit ist es Ärzten nicht zumutbar, sich zum großen Teil mit rechtlichen Fragestellungen zu beschäftigen.

Anderes gilt jedoch für die Diagnostik durch Anamnese. Hier ist es unabdingbar, dass sich der Arzt für jeden Versicherten/Patienten verständlich ausdrücken und umgekehrt den Versicherten/Patienten verstehen kann.

Ein Versicherten- und Patientenrechtegesetz, das klar die Rechte und Pflichten im Arzt-Patienten-Verhältnis regelt, hilft damit allen am Behandlungsprozess Beteiligten. Klare rechtliche Regelungen minimieren Bürokratie und es wird mehr Zeit für die Versorgung der Patienten gewonnen.



Der DGB fordert: Um eine mögliche individuelle Überforderung der Leistungserbringer im Schadensfall zu vermeiden, müssen seitens der Leistungserbringer ein Fonds mit obligatorischer Mitgliedschaft gebildet werden. So wird zudem sichergestellt, dass alle Schadensersatzleistungen an geschädigte Patienten abgedeckt werden.

### **Fehlervermeidungskultur fördern und fordern**

In der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung muss mehr Motivation geschaffen werden, um Behandlungs- und Pflegefehler sowie sonstige Medizinschäden zu vermeiden. Es bedarf eines Bündels von verbindlichen Sicherheitsstandards, Regeln für ein Risikomanagement, freiwillige Fehlermeldesysteme und ein Beschwerdemanagement. Dieses Maßnahmenbündel muss fester Bestandteil eines Qualitätsmanagements in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf sämtlichen Versorgungsebenen sein. Klinisches Risikomanagement und Fehlerberichtssysteme als Teil davon sind wichtige Instrumente zur Verbesserung der Sicherheit der Versicherten und Patienten für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese müssen flächendeckend etabliert sein. Der Aufbau dieser Systeme ist aus den bestehenden Zuschlägen für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu finanzieren. Freiwillige Fehlermeldesysteme sind erforderlich und werden dann von Mitarbeitern genutzt und unterstützt, wenn den Berichtenden arbeitsrechtlich Sanktionsfreiheit für die Berichte von Fehlern und Beinaheschäden zugestanden wird. Anonyme Fehlerberichte haben den Nachteil, dass die Möglichkeit zu gezielten fachlichen Nachfragen fehlt.

Für Krankenhäuser und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen ist die Errichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtend festzuschreiben. Das ist wichtig, da Patienten in hohem Maße von ihrer Versorgungsumgebung abhängig sind. Ein Beschwerdemanagement im Rahmen der internen Qualitätssicherung liegt auch im Interesse der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte.

Darüber hinaus ist die Förderung von Fehlerregistern für Medizinprodukte und Arzneimittel vorzusehen. Diese Register sind zentral beim Gemeinsamen Bundesausschuss anzusiedeln.

### **Bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler: Unterstützung der Versicherten durch Träger der Krankenversicherung**

Gesetzliche Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten bereits heute nach § 66 SGB V bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler. Damit entsprechende Fälle

systematisch erkannt und die Unterstützung der Versicherten regelhafter geleistet werden kann, sollten die Regelungen des § 294a SGB V, wonach Leistungserbringer verpflichtet sind, unaufgefordert den Krankenkassen drittverursachte Gesundheitsschäden mitzuteilen, in der Vorschrift präzisiert werden.

Zudem sind die Verfahrensrechte der Patienten in Arzthaftungsprozessen in geeigneter Weise zu stärken, Spezialeinstellen für das Arzthaftungsrecht sind verpflichtend vorzusehen. Ihnen sollte aufgrund der Sachnähe auch das Arzneimittel- und Medizinproduktehaftungsrecht zugeordnet werden. § 66 SGB V zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern soll als „Muss“-Vorschrift in Überschrift und Gesetzestext angepasst werden - mit gleichzeitiger Erfassung aller drittverursachten Medizinschäden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen stehen. Gutachten zu Behandlungs- und Pflegefehlern müssen zeitnah erstellt werden. Entsprechende Verpflichtungen entsprechen dem Interesse aller Versicherten. Sofern Patienten ihre Krankenkasse bevollmächtigt haben, ihre Ansprüche zu prüfen, muss das uneingeschränkte Akteneinsichtsrecht in der Praxis sichergestellt werden. Zur Unterstützung der Patienten muss zudem das Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation gesetzlich verankert werden.

Im Interesse der Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen ist das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) entsprechend zu ändern.

Über den bisherigen Gesetzentwurf hinaus, fordert der DGB folgende Punkte ebenfalls zu berücksichtigen:

### **IGeL – verbindliche Regelungen schaffen**

Vor dem Hintergrund der deutlichen Zuwächse bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) müssen verbindliche Regeln für den Umgang mit IGeL festgeschrieben werden.

Der Patient, der in der Regel wegen eines konkreten Gesundheitsproblems medizinische Hilfe suchend die Praxis eines Arztes betritt, befindet sich in einer besonders verletzbaren Situation. Er kommt mit seinen gesundheitlichen Beschwerden und Sorgen und vertraut dabei auf die Kompetenzen des Arztes. Wird dem Patienten nun – in der Regel jenseits seines Anliegens, mit dem er die Praxis aufgesucht hat - eine Selbstzahlerleistung zur Diagnostik oder Therapie angeboten, sind die Rahmenbedin-

gungen für eine wohl begründete und abgewogene Entscheidungsfindung erschwert. Verbunden mit der in der Regel unzureichenden Beratung durch den anbietenden Arzt kann der Patient nur schwer selbstverantwortlich entscheiden, welche Bedeutung und Konsequenz eine zusätzliche Diagnostik und Therapie auf eigene Kosten hat. Eine Ablehnung des (Leistungs-)Angebotes kann auch durch die Angst des Patienten, ansonsten schlechter behandelt zu werden, erschwert werden.

Der DGB spricht sich daher für eine grundsätzliche 24-stündige Einwilligungssperrfrist, ein Schriftformerfordernis und eine Konkretisierung der Beratungsanforderungen aus – mit Ausnahme von Wiederholungsbehandlungen. Bevor der Arzt IGeL anbietet, hat er über den nach dem Leistungskatalog der GKV verfügbaren Diagnose- und Behandlungsrahmen für das zur Beratung führende Gesundheitsproblem zu informieren. Zudem hat er den Patienten auf Vor- und Nachteile der IGeL, deren Konsequenzen und Alternativen hinzuweisen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Beratung ihrer Mitglieder und Mitversicherten sicher zu stellen.

Um PKV-Kunden zu schützen, sollte vor Behandlung mit einer IGeL (nach GKV-Leistungskatalog) eine Bestätigung über die Kostenübernahme oder nicht Übernahme der Behandlungskosten durch das PKV-Unternehmen verpflichtend werden. Hier muss die Beratung durch den Konsumenten- bzw. Verbraucherschutz erfolgen.

### **Sektorübergreifendes Versorgungsmanagement: Anspruch konkretisieren**

Die Umsetzung des Anspruchs auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs.4 SGB V ist zu konkretisieren. So sollten die Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, beim Übergang zu anderen Leistungserbringern sicherzustellen, dass standardisierte Informationen, z.B. bezüglich des individuell festgelegten Therapieplans, an die weiterbehandelnden Leistungserbringer weitergegeben werden. Zudem sind die Schnittstellen zum Fallmanagement der Krankenkassen zu optimieren. So ist die rechtzeitige Informationsweitergabe von der stationären Einrichtung an die Krankenkassen und PKV-Unternehmen für einen nahtlosen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in die ambulante Behandlung zu regeln. Diese Informationen sind Voraussetzung dafür, dass die Leistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Hilfsmittel) für den Patienten in der individuellen Behandlungssituation so koordiniert werden können, dass sie passgenau und rechtzeitig zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang sind auch datenschutzrechtliche Klarstellungen erforderlich, um ein zeitnahes und zielgerichtetes Fallmanagement der Krankenkassen und PKV-Unternehmen nicht zu konterkarieren.

Wichtig für Neuregelungen ist die systematische Berücksichtigung des Themas Versorgungsschnittstellen (z. B. Krankenhausaufnahme und – entlassung) sowie der

fachgebietsübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit während des gesamten Versorgungsprozesses. Es muss erreicht werden, dass Patientensicherheit sowohl innerhalb monoprofessioneller Handlungsfelder als auch innerhalb einzelner Versorgungssektoren optimiert wird und die Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen berücksichtigt werden, sodass die Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen nicht - z. B. wegen unklarer Zuständigkeiten - unbearbeitet bleiben, verzögert werden oder gar scheitern.

### **Verbesserungswürdig: die Arzneimittelhaftung**

Mit der Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) im Jahre 2002 wurde die Arzneimittelhaftung neu geregelt und ein Auskunftsanspruch für den geschädigten Arzneimittelverbraucher sowie eine Kausalitätsvermutung neu eingeführt.

Während der neue Auskunftsanspruch in mehreren Fällen zugunsten des/der Arzneimittelkonsumenten durchgesetzt werden konnte, ist die Kausalitätsvermutung wegen zahlreicher Ausnahmen bisher nicht zur Anwendung gekommen. Da die volle Beweislast für die Kausalität zwischen Arzneimittelanwendung und Schaden faktisch wie bisher beim Geschädigten verbleibt, hat sich in der Praxis gegenüber der Gesetzeslage vor dem 01.08.2002 nichts geändert. Hier besteht gesetzlicher Nachbesserungsbedarf, um die Verbesserung der rechtlichen Stellung geschädigter Arzneimittelkonsumenten zu ermöglichen. Zur Sicherheitsüberwachung von Arzneimitteln ist es notwendig, dass der pharmazeutische Unternehmer nach Marktzulassung bzw. Inverkehrbringen alle Basisdaten zugänglich macht. Risiken können so sehr viel eher erkannt werden und die entsprechenden Konsequenzen zum Schutz der Patienten frühzeitig gezogen werden. Von Pharmaunternehmen finanzierte klinische Studien stellen den therapeutischen Nutzen eines Arzneimittels teilweise als zu positiv dar und verschweigen Risiken. Da die Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften auf diesen Studienergebnissen basieren und möglicherweise fehlerhaft sind, besteht die Gefahr, dass Ärzte ihre Patienten nicht angemessen informieren. Es sind daher Maßnahmen zu ergreifen, die den Zugang der Öffentlichkeit zu Studienprotokollen und Ergebnissen gewährleisten und so das Zurückhalten von Informationen über gefährliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen verhindern.

### **Reformbedürftig: das Medizinproduktegesetz**

Das Medizinproduktegesetz (MPG) enthält bisher keine eigenen Auskunfts- und Haftungsnormen. Das MPG ist daher zur Erhöhung der Patientensicherheit weiterzuentwickeln. Entsprechend der Regelungen des AMG müssen Medizinprodukte künftig in

der praktischen Verwendung geprüft werden. Aufgrund ihrer Anwendung am Menschen sollten Medizinprodukte haftungsrechtlich wie Arzneimittel behandelt werden.

Derzeit fehlen Sanktionsmöglichkeiten für den Fall, dass Medizinproduktehersteller oder Anwender ihrer Meldepflicht gem. § 3 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) nicht nachkommen. Es ist außerdem notwendig, die Liste der Produktarten, für die Hersteller und Anwender eine Rückverfolgbarkeit garantieren müssen, auf alle implantierbaren Medizinprodukte zu erweitern. Zusätzlich sollten bei erkennbarem Bedarf Register für Produkte hoher Risikoklassen zur Langzeitverfolgung eingeführt werden. Durch gesetzliche Vorschriften ist bei Anwendern und Produkthanbietern eine Vollerhebung aller Patientenfälle und Produkte innerhalb der jeweiligen Register sicherzustellen. Darüber hinaus sollten die Hersteller von Medizinprodukten über eine Herstellerabgabe zur Finanzierung von Studien und Registern herangezogen werden. Außerdem ist sicherzustellen, dass eine kurzfristige Auswertung der Datenbanken und Umsetzung der Erkenntnisse möglich wird.

Es ist inakzeptabel, dass Medizinprodukte höherer Risikoklassen aufgrund einer behaupteten Ähnlichkeit zu bereits im Markt befindlichen Produkten allein nach Durchführung von sogenannten Bioäquivalenzstudien in Tiermodellen eine CB-Kennzeichnung erhalten, ohne zuvor in klinischen Prüfungen am Menschen untersucht worden zu sein. Der Gesetzgeber muss klinische Prüfungen mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III verpflichtend vorschreiben. Diese sollen, wo immer möglich, aus Gründen der Patientensicherheit im Vergleich zum vorhandenen Therapiestandard erfolgen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Anwender Informationen über den Stellenwert des neuen Produktes im Vergleich zu den verfügbaren Therapiealternativen bekommen. Entsprechendes gilt für den Nachweis des medizinischen Nutzens bei neuartigen Hilfsmitteln. Die im Sozialgesetzbuch verankerte einschlägige Rechtsvorschrift verlangt den Nutznachweis nur, soweit er „erforderlich“ ist, ohne diesen Aspekt zu präzisieren. Die Rechtsprechung tendiert zunehmend zu der Rechtsauslegung, dass ein Nutznachweis, der i. d. R. auch eine Risikoanalyse umfasst, nach allgemein anerkannten Maßstäben bei Hilfsmitteln nicht notwendig ist. Dabei ist es unbestritten Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, Versicherten notwendige und wirksame Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen, sie aber auch vor Anwendungsrisiken zu schützen. Unter ethischen Gesichtspunkten müsste dies auch für die private Krankenversicherungsbranche gelten.

Darüber hinaus bedarf es mehr Versorgungsforschungsdaten, um im Versorgungsalltag den Nutzen von neuen Produkten nachzuweisen. Notwendig ist zudem die Schaffung einer spezifischen Auskunft- und Haftungsnorm auf europäischer Ebene für Schadensfälle mit fehlerhaften Medizinprodukten.

Der DGB weist nachdrücklich darauf hin, dass die Patientenrechte sowohl für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, deren Angehörige sowie Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen gelten müssen – als Versicherten- und Patientenrechtegesetz.

## **II. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen**

### Behandlungsvertrag – Informations- und Aufklärungspflichten, Einwilligung (Art. 1 Nr. 4, § 630a – 630e Neu):

Die Neuregelung soll die Informationspflichten, die Aufklärungspflichten sowie die Einwilligung des Patienten neu ordnen.

Aus DGB-Sicht muss generell sehr deutlich die Verpflichtung zur für den Patienten verständlichen Aufklärung über die Behandlung als ganzes geregelt werden. Diese muss vollständig und schonungslos erfolgen, wie dies teilweise in der Rechtsprechung bereits geübte Praxis ist: Diagnostik, Erfolgsaussichten, Art, Umfang und Risiken der geplanten Therapie sowie der verwendeten Arzneimittel und Medizinprodukte aber auch die Pflege- und Betreuung. Auch über Behandlungsalternativen bzw. Nichtbehandlung und deren Folgen ist der Patient zu informieren. Alleinige Ausnahmetatbeständen für die Informationspflicht dürfen unaufschiebbare Behandlung und erhebliche therapeutische Gründe sein. Nach deren Wegfall muss die vorständige Informationspflicht wieder einsetzen. Eine Regelung zur Einwilligung Minderjähriger muss ergänzt werden. Angeregt wird, dass der Behandlungsvertrag dem Patienten ausgehändigt wird, da dann der Vertragspartner, der auf der Behandlerseite auseinanderfallen kann, zumindest im Hinblick auf die rechtlichen Ansprüche transparent bekannt ist.

Um den zuvor genannten Zielen gerecht zu werden und klare Regelungen zu schaffen ist in § 630a Abs. 1 nicht allein die medizinische Behandlung zu benennen, da sie die Pflege und Betreuung ausnimmt und zudem zu wenig verdeutlicht, dass auch, wie der Begründung zu entnehmen ist, z.B. eine Heilpraktikerbehandlung ebenfalls umfasst ist. Es wird angeregt, den Schlüsselbegriff „Behandlung“ durch eine insbesondere-Regelung zu charakterisieren, um den Vertragspartnern den Inhalt transparenter zu machen, aus dem sich sodann Aufklärungs- und weitere Pflichten ableiten. Zudem sollte sprachlich besser klargestellt werden, dass auch ein Behandlungsvertrag geschlossen ist, sofern Dritte zur Zahlung verpflichtet sind; dies dürfte in der Praxis der überwiegende Regelfall sein.

In § 630a Abs. 2 ist der anerkannte fachliche Standard auf die jeweils tätige Berufsgruppe hin zu präzisieren, also im Hinblick auf die ärztliche Behandlung auf den Fach-

arztstandard etc. ausdrücklich zu verweisen. Aus oben genannten Gründen wird der Vorschlag des Bundesrates begrüßt, in einem neuen Absatz 3 die Vorschriften des neuen Untertitels 2 für die übrigen Gesundheitsfachberufe für entsprechend anwendbar zu erklären.

Strikt abzulehnen ist jedoch die vorgesehene Öffnungsklausel in § 630a Abs. 2 Hs. 2 BGB des Referentenentwurfes. Hierdurch sinkt nicht nur Schutz der Patientenrechte herab, sondern es käme einer Einladung gleich, sich vertraglich bis zur Grenze der Sittenwidrigkeit vorzutasten. Dabei wäre auch der Schutz der §§ 305 ff. BGB nicht ausreichend.

In § 630c Abs. 2 Satz 1 („Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“) ist wie folgt abzuändern: „Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten vor Beginn der Behandlung und in deren Verlauf in für diesen verständlicher Weise sämtliche, insbesondere für die Diagnostik, Therapie und der darauf folgenden Umstände und Maßnahmen sowie deren jeweilige Risiken und Chancen, zu erläutern.“ Denn nur durch diesen Wortlaut kann sichergestellt werden, dass der Behandelnde seiner Pflicht einer für den jeweiligen Patienten angemessenen und verständlichen Aufklärung nachkommt. Der Vorschlag des Bundesrates, nach dem Wort „Weise“ die Wörter „im Bedarfsfall in Leichter Sprache“ einzufügen, geht in die richtige Richtung, genügt zu diesem Zweck aber noch nicht.

§ 630 c Abs. 2 Satz 2 („Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren..“) ist zu streichen und wie folgt zu fassen: „Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über Behandlungsfehler zu informieren. “

§ 630c Abs. 3 sollte die Informationspflicht über Kosten nicht von der Kenntnis des Behandelnden abhängig machen, sondern generell eine Verpflichtung vorsehen, dass bei Kosten des Behandlungsvertrages, die nicht von Dritten getragen werden, den Patienten darüber in Schriftform informiert. In der Praxis ist davon auszugehen, dass diese Leistungen vorab schriftlich vereinbart werden, so dass der Behandelnde in der Praxis über eine Absicherung verfügt. Insofern könnte diese Klarstellung der schriftlichen Informationspflicht für beide Seiten hilfreich sein. Der Vorschlag des Bundesrates, in einem neuen Absatz 2a die Textform für die Fälle anzuordnen, in denen es der



Patient verlangt, oder er erkennbar nicht in der Lage ist, die mündliche Information vollständig zu erfassen, geht in die richtige Richtung, ist aber noch nicht weit genug gefasst. Es dürfte auch eher im Interesse der Behandelnden sein, durch die generell vorgeschriebene Textform Rechtsklarheit zu schaffen.

§ 630c Abs. 4 ist ersatzlos zu streichen. Der Patient befindet sich in einem ungleichen Verhältnis zum Behandelnden, da er von dessen Einsatz und Bereitschaft zu guter Behandlung abhängig ist; Um den Behandelnden wohlwollend zu stimmen und „ihn nicht mit zu viel Arbeit oder ungeliebtem Papierkram“ zu belasten, wird dann ggf. auf Aufklärung verzichtet. Das sollte von vornherein ausgeschlossen sein

Im Sinne des zuvor dargestellten und um eine größtmögliche Transparenz in den Beziehungen zwischen Behandler und Patient zu erreichen, ist § 630e Abs. 1 Satz 3 („Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“) wie folgt zu fassen: „Bei der Aufklärung ist auch auf sämtliche Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und evidenzbasierte Methoden zu unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“

Der mündige Patient ist in jedem Fall über alle Alternativen zu informieren, ohne dass Risiken und Heilungschancen bereits zuvor vom Behandler im Sinne des unbestimmten Begriffs der Wesentlichkeit bewertet wurden. Ansonsten würde die Vermutung leerlaufen, da dann der Patient nachweisen müsste, welche wesentlichen Umstände in seinem Fall gegeben sind, um einen Behandlungsfehler nachzuweisen. Er wäre also nicht entlastet.

Bezüglich Individueller Gesundheitsleistungen bzw. selbst zu finanzierenden Behandlungen muss zusätzlich über den individuellen Nutzen für den Patienten informiert werden.

Der DGB begrüßt, dass gemäß § 630e Abs. 2 S. 2 BGB des Referentenentwurfes dem Patienten vor Beginn der Behandlung eine Kopie des unterzeichneten Aufklärungsbogens übergeben werden soll.

Dokumentation der Behandlung, Einsichtnahme in die Patientenakte (Art. 1, Nr.4, § 630f u. g Neu):

Hier soll die Art und Weise der Dokumentation der Behandlung durch den Behandler sowie das vertragliche Einsichtnahmerecht des Patienten neu geregelt werden.

Die in § 630g Abs. 1 Satz 1 vorgenommene Einschränkung der Einsichtnahme sofern „der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen“, ist unzweckmäßig. Der Gesetzgeber sollte hier gerade zur Vermeidung von Unklarheiten und eintretendem Zeitverlust konkret regeln, wessen Rechte dem vorrangigen Recht des Patienten entgegenstehen können. Anderenfalls wird das gesetzgeberische Ziel der Herstellung von Rechtssicherheit nicht erreicht.

Begrüßt wird der Vorschlag des Bundesrates hierzu, der eine Einschränkung nur noch aufgrund „erheblicher therapeutischer Gründe“ oder einer erheblichen Gesundheitsgefahr für den Patienten zulässt.

Der DGB fordert zusätzlich, dass Änderungen und Person des Ändernden in der Dokumentation kenntlich gemacht werden müssen. Zusätzlich ist zu bestimmen, dass die Patientenakte Grundlage der Abrechnung bzw. der Vergütung ist. Der Patient muss das Recht erhalten, etwaige fehlerhafte Einträge in seiner Behandlungsakte beseitigen zu lassen.

Künftig muss es möglich sein, dass der Patient sein Recht auf Einsichtnahme auf weitere Personen und Sozialversicherungsträger überträgt oder nach seinem Tode das Recht auf die Sozialversicherungsträger automatisch übergeht.

Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler (Art. 1 § 630h Neu):

Es ist geplant, die bisherige Rechtsprechung in dieser Frage gesammelt zu kodifizieren.

Die mit § 630h Abs. 2 Satz 1 beabsichtigte Regelung wird durch die vorgeschlagenen Änderungen in § 630c Abs. 4 deutlich erleichtert. Allerdings ist in Satz 1 nicht nur der Bezug auf die Aufklärung, sondern auch auf die Informationspflichten gem. § 630c

herzustellen und auch die Rechtsfolge der mangelnden Information festgeschrieben wird.

Die in § 630 h Abs. 2 S. 2 eingeräumte Möglichkeit des Behandelnden, sich trotz mangelhafter oder fehlender Aufklärung im Sinne des § 630 e zu exkulpieren, wird vom DGB vehement zurückgewiesen. Hierdurch würde die überlegene Position des Behandelnden sogar noch ausgebaut.

Hinzu kommt, dass die ohnehin nur für Einzelfälle entwickelte Rechtsprechung des BGH, durch die derzeitige Fassung unvollständig kodifiziert würde. Denn schon die Rechtsprechung sieht vor, dass der Patient seinerseits die Exkulpation erschüttern kann, indem er plausibel einen (hypothetischen) ernsthaften Entscheidungskonflikt darlegt.

Demnach ist dem Bundesrat zumindest im Hinblick auf das erklärte gesetzgeberische Ziel, die höchstrichterliche Rechtsprechung zu kodifizieren, zuzustimmen, wenn er einen wie folgt lautenden § 630h Abs. 2 S. 3 -neu- BGB fordert:

„Dies kann nicht angenommen werden, wenn der Patient darlegt, dass er sich im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt über die Vornahme der Maßnahme befunden hätte“.

Zudem ist ausdrücklich zu regeln, dass für den Fall der Geltendmachung von Behandlungsfehlern durch die Patienten auch die haftungsbegründende Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler und der eingetretenen Rechtsgutsverletzung vermutet wird. Liegen Behandlungsfehler und Schaden vor, so muss auch deren Kausalzusammenhang vermutet werden. Die Behandlerseite insgesamt muss dann nachweisen, dass kein Ursachenzusammenhang besteht. Daher ist dem Grunde nach der Absatz 5 des § 630h BGB-E zu begrüßen. Denn hier wird bereits eine vom Grundsatz abweichende Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten vorgenommen. Allerdings lehnt der DGB die vom BGH vorgenommene Einschränkung auf grobe Behandlungsfehler ab.

Bereits unter II. Allgemeine Bewertung dieser Stellungnahme hat der DGB deshalb zu den Anforderungen an den Behandlungsvertrag formuliert, dass die gesetzgeberischen Ziele erfordern, dass der Patient gegen den behandelnden Arzt bzw. den Klinikträger einen Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz und zwar bereits im Fall von Fahrlässigkeit hat. Aus diesem Grund wird § 630h Abs. 5 in seiner Formulierung auf grobe Behandlungsfehler vom DGB abgelehnt, ebenso wie die zusätzliche Beschränkung, wenn „ das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre“. Vor allem aber trifft den Patienten bei derartiger Fassung wiederum die Beweislast für das Vorliegen eines „grogen“ Behandlungsfehlers. Eine ausreichende Entlastung der betroffenen Patienten wird auch nicht dadurch erreicht, dass nach § 630h Abs. 5 S.1 BGB-E ein grober Behandlungsfehler schon dann vermutet wird, wenn dieser generell geeignet ist, die Verletzung der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen. Denn dies ist grundsätzlich der Kenntnis des fachkundigen Behandelnden vorbehalten.

Jeder Behandlungsfehler und jedes Unterlassen von Maßnahmen mit der Folge, dass der tatsächlich eingetretene Schaden darauf zurückzuführen ist, muss auch entschädigt werden. Dabei kann es auch nicht darauf ankommen, ob ein medizinisch gebotener Befund rechtzeitig erhoben oder gesichert wurde. Allein die Tatsache, dass dies nicht geschah, muss ausreichendes Tatbestandsmerkmal sein. Anderenfalls wären Ansprüche von Patienten bei ggf. nachträglicher Erhebung oder Sicherung ausgeschlossen und der beabsichtigte gesetzgeberische Wille nicht umsetzbar.

Es darf keine Beschränkung auf grobe Behandlungsfehler erfolgen, da dies neue Probleme bezüglich der gerichtlichen Klärung eröffnen würde.

#### Zur Erstattung von Kosten (Art.2, Nr. 1):

Mit den geplanten Änderungen soll das Bewilligungsverfahren bei den gesetzlichen Krankenkassen beschleunigt werden.

Grundsätzlich unterstützt der DGB die Neuregelung. Der DGB weist aber darauf hin, dass ebenso verbindlich geregelt sein muss, dass die gesetzlichen Krankenkassen die für die Bewilligung notwendigen Unterlagen ebenfalls in kürzester Zeit erhalten. Die Regelung muss so formuliert sein, dass dies sichergestellt ist.

#### Unterstützung der Medizinschäden durch Krankenkassen (Art. 2, Nr. 2):

Der Entwurf sieht vor, die „Kann“-Regelung in eine „Soll“-Regelung zu verändern.

Der DGB fordert, eine „Muss“-Regelung, damit die Krankenkassen verbindlich hier die Interessen ihrer Mitglieder und deren Angehöriger vertreten. Eine schwächere Formulierung setzt das Ansinnen nicht um.

Daher muss § 66 SGB V folglich in dieser Form abgeändert werden: „Die Krankenkassen *müssen* die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.“

Beteiligung bei der Bedarfsplanung (Art. 2, Nr. 5 und 9):

Der DGB begrüßt, dass „maßgebliche Organisationen .... für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen“ dass verbindliche Recht zur Stellungnahme sowie ein Mitberatungsrecht in den gemeinsamen Landesgremien erhalten sollen.

Der DGB fordert jedoch dringend, dass die Sozialpartner, d.h. die maßgeblichen Verbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, mindestens in gleicher Weise zu beteiligen sind. Einerseits vertreten die Sozialpartner die Interessen der Beitragszahler; insbesondere Vertreten die Gewerkschaften in der sozialen Selbstverwaltung die Interessen der Versicherten. Andererseits steigen die arbeitsbedingten Gesundheitsausgaben stetig und die Bedeutung der Arbeitswelt für den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung tritt immer deutlicher zutage.

Entsprechend ist in § 99 Abs. 1 S. 4 nach „Landesbehörden“ die Formulierung „... Landesbehörden, den auf Landesebene maßgeblichen Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie für den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“.

§ 90a Abs. 1 Satz ist in folgender Weise zu ändern: „Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie der auf Landesebene maßgeblichen Verbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer und weiteren Beteiligten gebildet werden.“

Mitberatungsrechte (Art 2, Nr.9):

Die Mitberatungsrechte der Patientenorganisationen an der Bedarfsplanung sollen kodifiziert werden.

Der DGB stimmt dem unter Maßgabe zu, dass die maßgeblichen Verbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in zumindest gleicher Weise beteiligt werden. Die Zusammenhänge der Arbeitswelt mit Mortalität und Morbidität sowie die stetig steigenden Ausgaben für arbeitsbedingte Erkrankungen verdeutlichen die Notwendigkeit – ebenso wie die verstärkten Aktivitäten dazu der Bundesregierung.

Bundespatientenbeauftragte/r (Art. 2, Nr. 10):

Der DGB stimmt dieser Regelung ausdrücklich zu und weist auf die Notwendigkeit der Information in Muttersprache und teilweise „einfachem“ Deutsch hin.

**III. Zu den Anträgen „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ und Antrag „Patientenrechte wirksam verbessern“ der Fraktion der SPD**

Aus Sicht des DGB enthält der Antrag eine realistische Problembeschreibung der sog. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). handelt es sich um eine besondere Form der Überversorgung.

Der DGB sieht zusätzlich zwei Aspekte, die zu den Auswüchsen mit den IGeL geführt haben:

- Die GKV-Mitglieder und ihre Angehörigen sind durch die Leistungsausgliederungen sowie die Einführung von Zuzahlungen verunsichert. Daher glauben sie vielfach dem Behandelnden, dass medizinisch sinnvolle Leistungen privat finanziert werden müssten.
- Die zunehmende Konkurrenz zwischen niedergelassenen Ärzten stärkt die betriebswirtschaftliche Logik bei dieser Gruppe von Freiberuflern – und damit das Verlangen, zusätzlich zu bezahlende Leistungen an GKV-Versicherte zu verkaufen.

Die angesprochenen Lösungen des Antrages gehen nach Meinung des DGB in die richtige Richtung. Das gilt sowohl für den Karenztag zur Trennung zwischen GKV-Leistung und IGeL, wie für den notwendigen schriftlichen Behandlungsvertrag als auch für die ungültige Rechnung bei Formverstößen und dem Informationsaushang in jeder Arztpraxis.

Zusätzlich zu den vorgeschlagenen Inhalten eines „IGeL-Gesetzes“ schlägt der DGB folgende Maßnahmen vor:

- Die Rolle der gesetzlichen Krankenkassen sollte im Zusammenhang mit IGeL gestärkt werden. Zusätzlich zur umfassenden Aufklärung sollte § 66 SGB V so geändert werden, dass Krankenkassen ihre Versicherten auch bezüglich IGeL unterstützen müssen. Die Aufwendungen dafür werden zulasten der Gesamtvergütung an die KV gegengerechnet.

- Das Moratorium zur Gründung von Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V wird gestrichen.
- Die doppelte Facharztschiene wird zugunsten der stationären Einrichtungen nach und nach abgeschafft.

Den vorliegenden Antrag zu Patientenrechten bewertet der DGB unter Maßgabe folgender Einsicht: Aus Sicht des DGB muss die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten aufgehoben werden.

Aus Sicht des DGB kann der ausführliche Patientenbrief auch nach der Behandlung durchaus hilfreich sein. Der DGB teilt die Forderung nach Einrichtung eines Härtefallfonds, favorisiert aber insgesamt eine Beweislastumkehr

#### **IV. Zum Antrag „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“ der Fraktion DIE LINKE**

Aus Sicht des DGB muss die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten muss aufgehoben werden. Spätestens mit der Einführung von Präventionsleistungen ins SGB V sind auch Versicherte, die nicht Patientinnen und Patienten sind, sowohl von den Leistungsträgern, den Krankenkassen, als auch von den Leistungserbringern abhängig. Die Rechte nicht nur der Patientinnen und Patienten sondern aller Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen müssen gestärkt werden.

Zudem existieren Unterschiede zwischen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen sowie den Kunden der privaten Versicherungswirtschaft, die auch im vorliegenden Antrag Berücksichtigung finden müssen: Die spezifischen Interessen gesetzlich versicherter Patienten werden, im Sinne von Mitgliederschutz, von den gesetzlichen Krankenkassen und insbesondere durch die demokratisch bestimmten Versichertenvertreter wahrgenommen. Bei den Patienten/Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen Konsumenten- bzw. Verbraucherschutzorganisationen ersatzweise diese Rolle ausfüllen.

Beide Aspekte kommen im vorliegenden Antrag zu kurz. Gleichwohl teil der DGB weitgehend die formulierten Ansprüche an ein „Recht auf gute Behandlung“: Wartezeiten, Aufklärung, IGeL, Fehlermanagement und Dokumentation.

Grundsätzlich befürwortet der DGB die unter „Recht auf Selbstbestimmung“, „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“, „Rechte gegenüber“ Leistungsträgern sowie „Rechte im Schadensfall“ zum Ausdruck kommen.

#### **V. Zum Antrag „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Den vorliegenden Antrag bewertet der DGB unter Maßgabe folgender Einsichten:

- Aus Sicht des DGB muss die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten aufgehoben werden.
- Zudem existieren Unterschiede zwischen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen sowie den Kunden der privaten Versicherungswirtschaft, die auch im vorliegenden Antrag Berücksichtigung finden müssen.

Ingesamt teilt der DGB jedoch grundsätzlich die Ansprüche an ein Patientenrechtegesetz, die hier formuliert werden. Dies gilt sowohl für den Behandlungsvertrag als auch für die Rechte der Patienten gegenüber Leistungsträgern.

Allerdings ist insgesamt ein Register für Medizinprodukte, nicht nur für Endoprothesen, aufzubauen.

Hinsichtlich der unabhängigen Patientenberatung kritisiert der DGB, dass es zwar eine Idee für neue Institutionen, wie der UPD, aber keine Erwähnung der seit langem im Sozialstaat etablierten sozialen Selbstverwaltung. Der DGB regt an, darüber nachzudenken, ob Teile der Mittel der Qualifizierung der Versichertenvertreter bezüglich Patienten- und Versichertenrechte zur Verfügung gestellt werden sollten.

Der Einrichtung, nicht nur dem Prüfauftrag, einen Entschädigungsfonds der Leistungserbringer für Härtefälle einzurichten, stimmt der DGB zu.