

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0326(6)
gel. VB zur öAnh. am 22.10.
2012_Patientenrechte
12.10.2012



Deutscher
Caritasverband

Stellungnahme

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Drs. 17/10488) und Änderungsanträge

A. Grundsätzliche Bewertung

Ziel des Gesetzgebers ist es, mit dem vorliegenden Patientenrechtegesetz die Rechte von Patienten zu stärken. Bislang sind viele Rechte von Patienten nicht gesetzlich geregelt, sondern nur von der Rechtsprechung entwickelt. Durch das Patientenrechtegesetz soll eine größere Transparenz über bestehende Rechte entstehen. Zudem soll die tatsächliche Durchsetzung von Rechten verbessert werden.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Kodifikation des medizinischen Behandlungsvertrags im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Er mahnt jedoch konkreten Verbesserungsbedarf bei den neu geregelten Aufklärungs- und Informationspflichten an. Patienten mit geistiger oder seelischer Behinderung sollen entsprechend ihrem Bedarf im Einzelfall in der Kommunikation unterstützt werden. Dies kann beispielsweise durch Informationen in leichter Sprache geschehen. Patienten mit Migrationshintergrund sollte im Rahmen der medizinischen Behandlung ein Sprachdolmetscher auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlsruhe: 40, 79104 Freiburg i. Br.

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik
Telefon-Durchwahl: 030 284447-46
elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenski
Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht
Telefon-Durchwahl: 0761 200-576
tatjana.loczenski@caritas.de

Haus der Deutschen Caritas
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlsruhe: 40, 79104 Freiburg i.Br.

Die Einsichtnahme in die Patientenakte soll der Behandelnde ausschließlich aus erheblich therapeutischen Gründen verweigern können. Wird die Einsichtnahme aus erheblichen therapeutischen Gründen verweigert, soll dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, die Zweitmeinung eines Arztes oder Psychotherapeuten zum Vorliegen von erheblichen therapeutischen Gründen einzuholen.

Darüber hinaus regt der Deutsche Caritasverband die Einrichtung eines Härtefallfonds an. Er soll Patienten, die durch Behandlungsfehler schwer in ihrem gesundheitlichen Zustand geschädigt sind, über lange gerichtliche Verfahren und schwierige Beweissituationen effektiv unterstützen. Die Entscheidung über die Gewährung und die Bemessung von Leistungen soll nach Billigkeitsgrundsätzen erfolgen.

Zudem weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass viele Ärztinnen und Ärzte nicht über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung verfügen. Im Schadensfall kann das dazu führen, dass Patienten ihren Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld nicht durchsetzen können. Die Caritas regt entsprechend dem Modell des Haftpflichtnachweises bei Rechtsanwälten an, dass die Haftpflichtversicherungen verpflichtet werden, jede Kündigung oder Anpassung der Berufshaftpflicht der Ärztekammer anzuzeigen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1: Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches

§ 630a BGB Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

Gesetzentwurf

Der Behandlungsvertrag wird als Unterfall des Dienstvertrags geregelt. Gegenstand dieser besonderen Form des Dienstvertrags ist die medizinische Behandlung. Parteien des Behandlungsvertrags sind der Behandelnde und der Patient. Geschuldet wird dem Patienten vom Behandelnden die zugesagte Leistung, aber nicht ein bestimmter Behandlungserfolg. Diese muss nach allgemein anerkannten fachlichen Standards erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Maßgeblich sind für die ärztlichen Heilberufe laut Gesetzesbegründung regelmäßig die Leitlinien, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden, für besondere Fachbereiche darüber

hinaus auch der Facharztstandard. Für die nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe (wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Entbindungspfleger, Hebammen, Heilpraktiker) gelten die sich aus dem jeweiligen Berufsstand ergebenden medizinischen Sorgfaltsanforderungen und Standards. Der Patient schuldet dem Behandelnden die Vergütung, soweit nicht Dritte zur Zahlung verpflichtet sind.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass der Behandlungsvertrag im BGB als Unterfall des Dienstvertrags eigenständig normiert wird. Gegenstand des Behandlungsvertrags ist die „medizinische Behandlung“, die sachgerecht als Heilbehandlung verstanden wird. In Bezug auf den Begriff der „medizinischen Behandlung“ sehen wir jedoch Klarstellungs- und Präzisierungsbedarf. So ist in der Gesetzesbegründung klarzustellen, dass Leistungen der „medizinischen Behandlungspflege“ gemäß des Dritten Abschnitts, Zweiter Titel des SGB XI nicht in den Anwendungsbereich des § 630a BGB fallen. Ebenfalls klar auszunehmen sind die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V oder medizinisch-pflegerische Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V. In diesen Fällen entscheidet der Behandelnde (Pflegekraft) nämlich nicht selbständig, ob die Behandlung durchzuführen ist, sondern nur wie sie durchzuführen ist. Zu Recht weist die Begründung darauf hin, dass Verträge über die Erbringung „reiner Pflege- und Betreuungsleistungen“ nicht unter den Behandlungsvertrag fallen. Auch die Verträge im Geltungsbereich des WBVG werden zu Recht explizit vom Anwendungsbereich ausgenommen.

Anders verhält es sich mit Leistungen der selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V erbracht werden. § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 63 Abs. 3c SGB V sieht ausdrücklich vor, dass die Alten- und Krankenpflegefachkräfte in diesem Fall die ihnen auf dieser Grundlage übertragenen ärztlichen Tätigkeiten selbständig und eigenverantwortlich ausüben und die Ausübung die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und auch rechtlicher Verantwortung beinhaltet. Hier sollte der Gesetzgeber in der Begründung ausdrücklich klarstellen, dass solche Verträge dem Behandlungsvertrag nach § 630a BGB unterfallen. Entsprechendes gilt auch für die im Rahmen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V tätigen Pflegekräften, da sie eigenverantwortlich und selbständig Verbandsmittel und Pflegehilfsmittel verordnen und für die

inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer verantwortlich zeichnen.

Konkreten Änderungsbedarf sieht der Deutsche Caritasverband hinsichtlich der Dispositionsmöglichkeit, dass die Vertragsparteien bei der Behandlung vom anerkannten fachlichen Standard abweichen können. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der Patient den anerkannten fachlichen Standard nicht oder nicht vollumfänglich kennt und somit Abweichungen auch nicht fachlich beurteilen kann. Zum Schutz des Patienten soll der Gesetzgeber daher grundsätzlich den fachlichen Mindeststandard, soweit er für eine medizinische Behandlung besteht, nicht zur Disposition stellen. Es mag jedoch Situationen geben, die aus Sicht des Patienten eine Abweichung vom anerkannten fachlichen Standard sinnvoll erscheinen lassen, z. B. wenn die Befindlichkeit eines Patienten im konkreten Einzelfall bei Anwendung des fachlichen Standards aus seiner subjektiven Sicht stark beeinträchtigt würde. Eine vertragliche Vereinbarung der Abweichung vom fachlich anerkannten Standard ist unter solchen Umständen aber bereits nach geltender Gesetzeslage möglich. Im Übrigen stellen auch Vereinbarungen über die sog. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) regelmäßig eine solche Abweichung vom anerkannten fachlichen Standard dar. Der Gesetztext muss sicherstellen, dass vom anerkannten fachlichen Standard nur im eng und klar umgrenzten Umfang abgewichen werden kann, der gegeben ist, wenn der Behandler und Patient die Abweichung gemeinsam entscheiden und der Patient über die Folgen vollumfänglich informiert und aufgeklärt wurde.

Lösungsvorschlag

§ 630a Abs. 2 BGB ist wie folgt zu fassen:

„Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Die Vereinbarung setzt voraus, dass der Behandelnde den Patienten über die von den fachlichen Standards abweichende Behandlung vollumfänglich informiert.“

§ 630b BGB Anwendbare Vorschriften

Gesetzentwurf

Es wird klargestellt, dass auf das Behandlungsverhältnis die Vorschriften über das Dienstverhältnis anzuwenden sind.

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht. Durch den Verweis auf das allgemeine Dienstvertragsrecht wird deklaratorisch klargestellt, dass auch für den Behandlungsvertrag die allgemeinen Vorschriften der §§ 611ff. BGB Anwendung finden. Dies gilt insbesondere für die Vergütungsregelung des § 612 Abs. 2 i. V. m. GOÄ, GOZ, EBM und BEMA.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich, dass in der Begründung zum Gesetzentwurf hinsichtlich der Kündigungsfristen nicht mehr zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten differenziert wird. Der Referentenentwurf sah noch vor, dass gesetzlich Versicherte innerhalb von zwei Wochen den Behandlungsvertrag gemäß § 626 BGB (fristlose Kündigung aus wichtigem Grund) i.V. mit § 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V kündigen können, während die Kündigung für Privatversicherte nach § 627 BGB (fristlose Kündigung bei Vertrauensstellung) mit sofortiger Wirkung möglich gewesen wäre. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird nun formuliert, dass grundsätzlich die Kündigungsregelungen der §§ 626ff. BGB auf den Behandlungsvertrag Anwendung finden sollen. Nach dem Wortlaut der Begründung bleibt somit erneut offen, ob für gesetzlich und privat Versicherte unterschiedliche Kündigungsfristen gelten.

Nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern auch im Gesetzestext selbst soll klargestellt werden, dass für den Behandlungsvertrag grundsätzlich und unabhängig vom Versichertenstatus die Kündigungsregelungen nach § 627 BGB gelten, denn der Behandler leistet Dienste höherer Art, die ihm auf Grund besonderen Vertrauens durch den Patienten übertragen worden sind.

§ 630c BGB Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

Gesetzentwurf

§ 630c BGB normiert die Mitwirkungspflichten des Patienten bei der Behandlung und die Informationspflicht des Behandelnden. Der Behandelnde muss den Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und in deren Verlauf über die Diagnose, gesundheitliche Entwicklung und die zu ergreifenden therapeutischen Maßnahmen informieren. Auf Nachfrage oder zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren hat er zudem über Behandlungsfehler zu informieren. Der Behandelnde muss den Patienten zudem über voraussichtlich entstehende Kosten der Behandlung informieren, wenn die Kostenübernahme durch einen Dritten nicht gesichert ist. Die Information kann unterbleiben, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient ausdrücklich auf sein Informationsrecht verzichtet hat.

Bewertung

Laut Gesetzesbegründung soll mit § 630c Abs. 1 BGB der Partnerschaftsgedanke zwischen Patient und Behandelndem zum Ausdruck kommen und klargestellt werden, dass es für die Erreichung des Behandlungsziels eines optimalen Zusammenwirkens von Patient und Behandelndem bedarf. Problematisch ist jedoch, dass sich Patient und Behandelnder bei der Schaffung des Gutes Gesundheit nicht „auf Augenhöhe“ befinden. Der Patient hat die Obliegenheitsverpflichtung, „alle für die Behandlung bedeutsamen Umstände zeitnah offen zu legen“. Er wird im Einzelfall aber nicht wissen, welche Umstände im Einzelnen für den Behandler und die Behandlung „bedeutsam“ sind. Es liegt in der Obliegenheit des Behandelnden und nicht des Patienten, den Patienten zu allen für den Behandlungsfall relevanten und bedeutsamen Umständen zu befragen. Von dem Patienten kann daher kein unaufgefordertes Offenbaren verlangt werden, dass zu einem justiziablen Mitverschulden des Patienten im Sinne des § 254 BGB führen kann. Die Information des Behandelnden durch den Patienten sowie seine Compliance und Adherence hängen insoweit auch stark von der Fähigkeit des Behandelnden zu einem patientenorientierten Gespräch ab. Es ist zudem davon auszugehen, dass der Patient in seinem eigenen Interesse alle aus seiner Sicht möglichen Informationen dem Behandelnden übermittelt, damit der Erfolg der durch Behandlungsvertrag versprochenen Behandlung auch erzielt wird. Die in Abs. 1 genannte Form der Zusammenarbeit bedarf somit zivilrechtlich keiner näheren Kodifizierung.

Unverständlich ist, dass in der Überschrift zu § 630c BGB der Terminus „Mitwirkung“ und in § 630c Abs. 1 BGB der Begriff des „Zusammenwirkens“ vom Gesetzgeber verwendet wird. Hier sollte eine Angleichung des Wortlauts erfolgen, sofern der Gesetzgeber an § 630c Abs. 1 BGB trotz der aufgezeigten Probleme festhält.

Hinsichtlich § 630c Abs. 2 BGB ist zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf die Informationspflicht des Behandelnden ausdrücklich vorsieht und bestimmt, dass die Information in verständlicher Weise zu vermitteln ist. Der Gesetzentwurf sollte jedoch dahingehend präzisiert werden, dass die Verständlichkeit der Information im Einzelfall gewährleistet sein muss. So muss der Arzt gegenüber Personen ohne Vorkenntnisse in anderer Weise Informationen aufbereiten als gegenüber Personen mit Vorkenntnissen über das Krankheitsgeschehen und die Therapiemöglichkeiten.

Besondere Kommunikationsbedarfe weisen im Einzelfall Patienten mit Migrationshintergrund und Menschen mit einer geistigen und seelischen Behinderung auf. Migranten sollten – ähnlich wie hörbehinderte Menschen, die nach § 17 SGB I Anspruch auf einen Gebärdendolmetscher haben, einen Sprachdolmetscher auf Kosten der GKV bekommen, sofern dies für die medizinische Behandlung erforderlich ist und die Verständigung nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann. Der Deutsche Caritasverband ist sich bewusst, dass diese Forderung für viele Ärzte und Krankenhäuser eine hohe organisatorische Herausforderung darstellt. Im Einzelfall ist zu prüfen, inwieweit die Übersetzung ausschließlich fernmündlich erfolgen kann.

Menschen mit Behinderung sollten grundsätzlich Informationen in leichter Sprache zur Verfügung gestellt bekommen. Diese Pflicht ergibt sich auch aus Art. 21 und 25 der UN-Behindertenrechtskonvention. Positiv zu bewerten ist, dass sich die Informationspflicht des Behandelnden im Kabinettsentwurf auch auf die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung erstreckt.

Der Bundesrat schlägt zudem vor, Patientinnen und Patienten, welche die mündliche Information erkennbar nicht oder nicht vollständig erfassen können, oder bei denen es aus sonstigen Gründen geboten ist, einen Patientenbrief an die Hand zu geben. Dieser Vorschlag wird vom Deutschen Caritasverband nachdrücklich unterstützt. Oftmals sind Patientinnen und Patienten als medizinische Laien überfordert, die Informationen des Behandelnden in der Kürze der Zeit im Behandlungszimmer zu erfassen. Dies betrifft nicht nur Patienten mit Handicaps, z. B. in Folge einer Behinderung, eingeschränkter Kognition oder Schwerhörigkeit, sondern auch jüngere Patienten ohne

körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, z. B. in Folge des Wiedererwachens aus einer Narkose oder im Schockzustand bei Übermittlung der Information über eine schwerwiegende Erkrankung. Hier lassen sich vielfältige Konstellationen denken. Ein Patientenbrief, in dem der Patient in Ruhe zuhause nachlesen kann, welche Diagnose gestellt wurde, welche Therapie- und Untersuchungsschritte geplant sind, welche Arzneimittel einzunehmen sind oder welche Heil- und Hilfsmittel vorgeschlagen werden, kann einem Informationsdefizit mit der Folge mangelnder Compliance wirkungsvoll Abhilfe schaffen. Ein Patientenbrief soll ausgestellt werden, wenn der Patient erkennbar nicht in der Lage ist, die Informationen teilweise oder vollständig zu erfassen, bei erheblichen Erkrankungen, die einen längeren Behandlungsverlauf nach sich ziehen sowie grundsätzlich bei Entlassung aus dem Krankenhaus oder bei Überleitung von einem Behandler zum anderen. In vielen Fällen wird der Patientenbrief inhaltlich, wenngleich auch nicht der Form nach, große Schnittmengen mit dem Inhalt eines Arztbriefs aufweisen, sodass für die Behandler ein vertretbarer bürokratischer Aufwand entsteht. In der Praxis wird dieser Aufwand durch Anwendung einer entsprechenden Software noch minimiert werden können. Der Patientenbrief soll in verständlicher Sprache und im Bedarfsfall auch in leichter Sprache ausgefertigt werden. Er soll dem Patienten in den genannten Konstellationen nicht auf Verlangen, wie der Bundesrat vorschlägt, sondern automatisch zur Verfügung gestellt werden. Einer darüber hinausgehenden Patienteninformation, wie sie der Bundesrat in Ziffer 6 seiner Stellungnahme zu § 630c Abs. 2 Satz 1a BGB für jede neue oder veränderte Diagnose fordert, bedarf es aus Sicht des Deutschen Caritasverbands nicht.

Der Deutsche Caritasverband kritisiert, dass Behandlungsfehler dem Patienten gegenüber nur auf Nachfrage oder nur zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren kommuniziert werden müssen. Zum einen ist die Informationspflicht über den Umständen nach erkennbaren Behandlungsfehler bereits Ausfluss einer vertraglichen Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, resultierend aus der Fürsorgepflicht des Behandelnden. Zum anderen ist es aufgrund der Komplexität des körperlichen Geschehens nicht auszuschließen, dass Behandlungsfehler, die zunächst zu keinen gesundheitlichen Gefahren führen, in weiterem Verlauf dieses Potenzial entwickeln. Daher soll der Behandelnde grundsätzlich und nicht nur auf Nachfrage auf Behandlungsfehler, die er aufgrund der Umstände erkennen kann, hinweisen müssen. Eine solche Regelung ist auch im Zusammenhang mit dem in Deutschland dringend zu etablierenden offenen Umgang mit Fehlern, der sogenannten „Fehlerkultur“, welche u.a. auch mit diesem Gesetzentwurf angestrebt wird, geboten.

Positiv zu bewerten ist die Regelung der Informationspflicht in Textform über voraussichtlich entstehende Kosten, die nicht von Dritten getragen werden. Solche Kosten sind etwa die IGeL, Zahlungen oder auch Kosten im zahnärztlichen Bereich, die über die Festbeträge hinausgehen. Da der Behandelnde den Leistungskatalog der GKV in vollem Umfang kennt und aus der täglichen Abrechnungspraxis weiß, welche Kosten anfallen - worauf die Begründung zu Recht verweist – soll sich die Informationspflicht nicht nur auf die voraussichtliche Höhe der Kosten erstrecken, sondern auf die tatsächliche Höhe der Kosten, soweit sie zu Behandlungsbeginn vorhersehbar sind. Gleiches gilt auch für die Privatpatienten. Zwar ist der Hinweis richtig, dass der Behandelnde keine Kenntnis über besondere Tarife hat, welche der Privatversicherte mit seinem Versicherungsunternehmen abgeschlossen hat. Der Behandelnde hat jedoch Kenntnis darüber, welche Leistungen in der Regel von privaten Versicherungen getragen werden. Er soll verpflichtet sein, den Patienten für den Zweifelsfall darauf hinzuweisen, dass er sich bei seinem Versicherungsunternehmen ggf. über die Kostenübernahme erkundigen solle.

Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass der Gesetzentwurf anders, als der Referentenentwurf in Absatz 4 nicht mehr davon ausgeht, dass Informationspflichten nicht bestehen, wenn erhebliche therapeutische Gründe der Information des Patienten gegenüberstehen. Das entspricht einer Forderung des Deutschen Caritasverbands. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung darf nicht davon ausgegangen werden, dass aufgrund ihrer Behinderung besondere Umstände vorliegen, die die Information entbehrlich machen. An das Kriterium, das die Informationspflicht ausnahmsweise entfallen kann, wenn der Patient ausdrücklich auf die Information verzichtet hat, sind enge Anforderungen und Grenzen zu stellen. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme einen Vorschlag zur Normierung von individuellen Gesundheitsleistungen in einem eigenständigen, neuen § 630i BGB gemacht. Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands sind die meisten Punkte, die in diesem Paragraphen geregelt werden sollen, bereits in den §§ 630a bis e BGB geregelt, wie die Information über die Leistung, Behandlungsalternativen und die Kosten, die der Patient zu tragen hat. Im Gesetzentwurf nicht geregelt ist bisher die Frage, ob zwischen dem Angebot der IGeL und ihrer Durchführung dem Patienten eine Bedenkzeit eingeräumt werden sollte. Hier schlägt der Bundesrat 24 Stunden vor. Der Deutsche Caritasverband schließt sich diesem Vorschlag an. Die vom Bundesrat gewählte Formulierung impliziert nicht, dass grundsätzlich 24 Stunden zwischen Angebot und Durchführung der Leistung stehen müssen, sondern dass der Patient eine Bedenkzeit in diesem Umfang erhält. Er kann sich somit gleich nach dem Angebot dieser Leistung vor Ort in der

Praxis für die Durchführung entscheiden oder aber sich einen neuen Termin geben lassen. Diese Lösung ist praxisgerecht.

Der Deutsche Caritasverband regt zudem die verpflichtende Erstellung von standardisierten Patienteninformationen zu den einzelnen IGeL an. Mit diesen Standardinformationen soll darüber aufgeklärt werden, aus welchen Gründen diese Leistung nicht von der GKV erbracht wird, welche Vor- und Nachteile die jeweilige Leistung aufweist und welche Chancen, aber auch Risiken und Nebenwirkungen mit der Leistung verbunden sind.

Lösungsvorschlag

Die Zusammenwirkungspflicht in § 630c Abs. 1 BGB wird gestrichen.

In der Gesetzesbegründung und dem Gesetzestext von § 630 Abs. 2 BGB soll besonderen Kommunikationsbedarfen Rechnung getragen werden. Für Patienten mit Migrationshintergrund soll im Rahmen der medizinischen Behandlung ein Sprachdolmetscher auf Kosten der GKV zur Verfügung gestellt werden. Der Anspruch ist im SGB V zu regeln.

Nach § 60 SGB V wird ein § 60a SGB V eingefügt.

Dieser soll lauten:

„Sprachdolmetscher

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für einen Sprachdolmetscher, wenn dieser im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist.“

Menschen mit einer Behinderung sollen entsprechend ihres Bedarfs im Einzelfall in der Kommunikation unterstützt werden.

§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB soll lauten:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten **entsprechend seines Bedarfs im Einzelfall** in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung ...“

Die Informationspflicht des Behandelnden hinsichtlich eigener und fremder Behandlungsfehler soll nicht nur auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erfolgen.

§ 630c Abs. 2 Satz 2 BGB wird wie folgt formuliert:

„Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber zu informieren.“

Der Patient soll in bestimmten Konstellationen grundsätzlich Anspruch auf die Erstellung eines Patientenbriefes haben.

§ 630c Abs. 2a BGB wird in Anlehnung an die Stellungnahme des Bundesrats wie folgt formuliert:

„Die Informationen nach Absatz 2 Satz 1 sind dem Patienten in Textform zu erteilen, wenn er erkennbar nicht in der Lage ist, die mündliche Information vollständig zu erfassen oder bei einer neuen oder veränderten Diagnose einer erheblichen Erkrankung, die einen längeren Behandlungsverlauf nach sich zieht. Satz 1 gilt auch im Rahmen des Versorgungsmanagements.“

Die Informationspflicht über entstehende Kosten soll sich nicht auf die voraussichtliche Höhe, sondern auf die tatsächliche Höhe der Kosten erstrecken.

In § 630c Abs. 3 Satz 1 BGB ist das Wort „voraussichtlichen“ zu streichen.

§ 630d BGB Einwilligung

Gesetzentwurf

Nach § 630d BGB ist für jede medizinische Maßnahme die Einwilligung des Patienten erforderlich. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines an seiner Stelle dazu Berechtigten einzuholen, sofern nicht eine Patientenverfügung vorliegt, in der die Maßnahme gestattet oder untersagt wird. Ist die medizinische Maßnahme unaufschiebbar, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, vorausgesetzt, dies entspricht dem mutmaßlichen Willen des Patienten. Die Einwilligung wird nur wirksam, wenn der Patient zuvor nach Maßgabe von § 630e BGB aufgeklärt wurde. Sie ist jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufbar.

Bewertung

Der Gesetzentwurf spricht nun von der Einwilligung in eine „medizinische Maßnahme“ anstelle des noch im Referentenentwurf verwandten Begriffs der „medizinischen Behandlung“. Der Begriff „medizinische Maßnahme“ sollte wieder durch den Begriff der „Behandlung“ ersetzt werden. Dies entspricht gesetzessystematisch dem § 630a BGB des Gesetzesentwurfs, indem die medizinische Maßnahme Gegenstand des Behandlungsvertrags ist. Im Unterschied zum Referentenentwurf nimmt der Gesetzentwurf die Freiheit, sexuelle Selbstbestimmung und sonstige Rechte der Patienten von den schutzwürdigen Rechtsgütern aus. Während der Eingriff in die sexuelle Selbstbestimmung als Unterfall des Eingriffs in den Körper und/oder die Gesundheit angesehen werden kann, stellt das Rechtsgut der Freiheit auch im Kontext des Behandlungsvertrags ein schutzwürdiges Recht dar, etwa hinsichtlich der Unterbringung psychiatrischer Patienten oder anderer freiheitsentziehender Maßnahmen, z. B. bei pflegebedürftigen Menschen. In der Praxis muss bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit bzw. Einwilligungsunfähigkeit insbesondere bei Vorliegen einer rechtlichen Betreuung geprüft werden, ob bei dem Patienten eine natürliche Willensfähigkeit zum Zeitpunkt der Einwilligungserklärung vorliegt und ob sein Einsichtsvermögen und seine Urteilskraft ausreichen, um den Nutzen der Behandlung gegen die Risiken abzuwägen. Nach Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention muss dabei sichergestellt werden, dass – soweit keine Verfügung im Sinne des § 1901 ff. BGB vorliegt – der Betreuer den Betreuten bei seiner Entscheidungsfähigkeit unterstützt und ihn zur Ausübung seiner natürlichen Einwilligungsfähigkeit befähigt. Nur wenn eine natürliche Einwilligungsfähigkeit trotz Unterstützungsleistungen nicht möglich ist, ist die Einwilligung durch einen Berechtigten einzuholen. Zur Beurteilung der Frage, in welchen Situationen eine Einwilligungsfähigkeit ggf. nicht vorliegt, sind Kriterien zusammen mit den Interessensverbänden für Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrenen zu entwickeln.

Zu begrüßen ist, dass § 630d BGB mit Absatz 3 nun ausdrücklich den Widerruf der Einwilligung regelt, der jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich sein muss.

Lösungsvorschlag

Das Rechtsgut der Freiheit ist im Behandlungsvertrag schützenswert. Daher soll ein Eingriff nur nach Einwilligung des Patienten möglich sein.

§ 630d Abs. 1 Satz 1 BGB ist wie folgt zu fassen:

„Erfordert die **Behandlung** einen Eingriff in den Körper, die Gesundheit, **die Freiheit oder in ein sonstiges Recht** des Patienten, so ist die Einwilligung des Patienten einzuholen.“

§ 630e BGB Aufklärung

Gesetzentwurf

§ 630e BGB regelt, dass der Patient über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt wird. Der Patient muss von dem Behandelnden oder einer Person aufgeklärt werden, die befähigt ist, den Eingriff durchzuführen. Die Aufklärung erfolgt mündlich und soll dem Patienten in zeitlicher Hinsicht eine hinreichende Bedenkfrist ermöglichen. Sie muss für den Patienten verständlich sein. Unter besonderen Umständen kann die Aufklärung entbehrlich sein, insbesondere wenn die Maßnahme keinen Aufschub duldet oder der Patient ausdrücklich auf die Aufklärung verzichtet.

Ist der Patient einwilligungsunfähig, muss die zur Einwilligung berechtigte Person aufgeklärt werden.

Der Gesetzentwurf regelt zudem, dass dem Patienten die Unterlagen, die ein Patient im Zusammenhang mit Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, ausgehändigt werden.

Bewertung

Die Gesetzesbegründung macht nunmehr deutlich, dass die Aufklärung unter bestimmten Umständen, z. B. in einem einfach gelagerten Fall, auch fernmündlich erfolgen kann. Diese Änderung gegenüber dem Referentenentwurf bewertet der Deutsche Caritasverband positiv, da dadurch Patienten mit gesetzlicher Betreuung keinen Behandlungsnachteil durch eine Verzögerung erleiden. Die Aufklärung soll verständlich sein. Dafür soll bei sprachunkundigen Personen ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzugezogen werden. Der Deutsche Caritasverband hält dies nicht für sachgerecht. Er ist der Auffassung, dass die Kosten für einen Sprachdolmetscher von der Kran-

kenkasse getragen werden müssen, da ohne Information und Aufklärung eine medizinisch notwendige Behandlung nicht durchgeführt werden kann. Der Passus aus dem Referentenentwurf, dass von einer Aufklärung aus erheblichen therapeutischen Gründen abgesehen werden kann, findet sich im Gesetzesentwurf nicht mehr. Stattdessen wird ausgeführt, dass von einer Aufklärung insbesondere abgesehen werden kann, wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient ausdrücklich auf die Aufklärung verzichtet hat. In der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass von einer Aufklärung aus therapeutischen Gründen abgesehen werden kann, wenn sie das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet. Diese Änderung entspricht einer Forderung der Caritas.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass im Gesetzentwurf nun gegenüber dem Referentenentwurf ergänzt wurde, dass dem Patienten die Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung über die Behandlung bzw. die Einwilligung in den Eingriff unterzeichnet hat, ausgehändigt werden. Im Gesetz sollte jedoch klargestellt werden, dass die Aushändigung vor Beginn der Behandlung erfolgen muss. Das schützt den Patienten vor dem Problem unzulässiger nachträglicher Änderungen in den Formularen.

Lösungsvorschlag

Das SGB V ist dahin gehend zu ändern, dass bei einer medizinisch notwendigen Anamnese, Diagnose und Therapie die Kosten für einen Sprachdolmetscher übernommen werden, entsprechend dem Lösungsvorschlag in § 630c BGB.

In § 630e Abs. 2 BGB letzter Satz sind vor dem Wort „auszuhändigen“ die Wörter „vor Behandlungsbeginn“ einzufügen.

§ 630f BGB Dokumentation

Gesetzentwurf

Dem Behandelnden wird in § 630f BGB aufgegeben, die Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zur Behandlung zu führen. Dies kann in Papierform oder elektronisch ge-

schehen. Es besteht die Verpflichtung, nachträgliche Änderungen in der Patientenakte kenntlich zu machen. In der Patientenakte sind sämtliche Behandlungen und deren Ergebnisse, sowie Arztbriefe festzuhalten. Die Dokumentation soll der sachgerechten Therapie und der Sicherung von Beweisen dienen. Die Aufbewahrungsfrist für Patientenakten wird entsprechend der Musterberufsordnung der Ärzte auf zehn Jahre festgeschrieben. Die Frist beginnt mit Abschluss der Behandlung.

Bewertung

Durch die Dokumentationspflichten in der Patientenakte soll eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung sichergestellt werden. Daneben kann die Dokumentation als Beweis in einem Gerichtsverfahren herangezogen werden. Daher sollte zusätzlich auch dokumentiert werden, in welcher Weise der Patient informiert wurde. Des Weiteren sollte der Patient ein Recht erhalten, dass Fehler in seiner Patientenakte bereinigt werden.

Lösungsvorschlag

§ 630f Abs. 2 BGB soll lauten:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, **Informationen**, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

§ 630f BGB soll um einen neuen Absatz 5 erweitert werden:

„Der Patient hat das Recht auf Beseitigung von Fehlern in seiner Behandlungsdokumentation“.

§ 630g BGB Einsichtnahme in die Patientenakte

Gesetzentwurf

§ 630g BGB normiert ein Einsichtsrecht des Patienten in seine Patientenakte. Dieses besteht aber nicht, wenn erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe der Einsichtnahme entgegenstehen. Darüber hinaus hat der Patient die Möglichkeit, Abschriften seiner Patientenunterlagen zu verlangen. Daneben besteht nach § 630g BGB ein postmortales Einsichtsrecht für Erben oder Angehörige des Patienten, sofern dies nicht dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten widerspricht.

Bewertung

Das Einsichtsrecht des Patienten darf bei entgegenstehenden therapeutischen Gründen oder sonstigen erheblichen Gründen zum Schutz der Patienten verwehrt werden. Dadurch soll eine mögliche und wahrscheinlich eintretende gesundheitliche Schädigung, insbesondere ein Suizid, in Folge der Einsichtnahme verhindert werden. Problematisch ist, dass der Arzt auch aus anderweitigen Interessen mit dem Argument des Vorliegens „therapeutischer Gründe“ die Einsichtnahme in die Patientenakte verhindern kann. Der Patient hätte in diesen Fällen keine Möglichkeit, die ärztliche Einschätzung außergerichtlich zu widerlegen. Zudem kann die Nicht-Herausgabe der Patientenakte aus therapeutischen Gründen zu einem schweren Vertrauensbruch im Arzt-Patienten-Verhältnis führen. Unklar ist, wann sonstige erhebliche Gründe vorliegen. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff birgt die Gefahr, dass er zum Missbrauch gegen das Einsichtnahmerecht genutzt wird.

Lösungsvorschlag

Das Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte soll nicht aus sonstigen erheblichen Gründen verweigert werden, sondern nur aus erheblichen therapeutischen Gründen.

Darüber hinaus soll dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, in unklaren Fällen die Zweitmeinung eines geeigneten Arztes oder Psychotherapeuten zum Vorliegen von erheblichen therapeutischen Gründen einzuholen, die der Einsichtnahme in seine Patientenakte entgegenste-

hen. Dieser soll von dem behandelnden Arzt die Patientenakte erhalten und über die Weitergabe der Informationen entscheiden. Sollte dieser zur selben Schlussfolgerung wie der behandelnde Arzt gelangen, muss der Patient seine Rechte gerichtlich durchsetzen.

§ 630g Abs. 1 BGB soll lauten:

„Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. **Stehen der Einsichtnahme Gründe entgegen, gibt der Behandelnde die Patientenakte auf Verlangen an einen vom Patienten bestimmten Arzt oder Psychotherapeuten zum Zwecke der Einholung einer Zweitmeinung heraus.** § 811 ist entsprechend anzuwenden.“

§ 630h BGB Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

Gesetzesentwurf

In § 630h BGB werden die von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze zum Arzthaftungsrecht gesetzlich verankert. Grundsätzlich trifft die Darlegungs- und Beweislastpflicht denjenigen, der eine für sich günstige Rechtsfolge ableiten kann. Nach dieser Regelung muss der Patient das Vorliegen eines Behandlungsvertrags, einer Pflichtverletzung (Behandlungsfehler) und den entstandenen Schaden aufgrund der Pflichtverletzung beweisen. Legt der Patient diese Voraussetzungen dar, wird vermutet, dass der Behandelnde den entstandenen Schaden zu vertreten hat. Ist das nicht der Fall, muss der Behandelnde die gesetzliche Vermutung des Verschuldens durch Beweis widerlegen.

§ 630h BGB weicht von dieser Grundregel zugunsten des Patienten in verschiedener Form ab:

Nach § 630h Abs. 1 BGB wird das Vorliegen eines Behandlungsfehlers vermutet, wenn sich ein voll beherrschbares Risiko aus dem Herrschafts- und Organisationsbereich des Behandelnden verwirklicht. Das ist beispielsweise der Fall, wenn hygienische Standards nicht beachtet werden oder Behandlungsabläufe unzureichend organisiert sind.

Nach § 630h Abs. 2 BGB muss der Behandelnde - entgegen der allgemeinen Beweisregelungen - darlegen, dass eine hinreichende Aufklärung erfolgt ist und die notwendige Einwilligung vorlag. Der Behandelnde kann sich bei einer ungenügenden Aufklärung darauf berufen, dass der Patient auch bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung eingewilligt hätte. Ihm obliegt insoweit die Darlegungs- und Beweislast.

Wird eine Maßnahme nicht entsprechend den Vorgaben von § 630f BGB dokumentiert, besteht nach § 630h Abs. 3 BGB die Vermutung, dass die nicht dokumentierte Maßnahme nicht durchgeführt wurde.

Ist der Behandelnde ungeeignet, wird nach § 630h Abs. 4 BGB vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den eingetretenen Schaden ursächlich war. Befähigt ist, wer über die notwendige fachliche Qualifikation für den Eingriff verfügt. Dabei führt die Approbation nicht per se zur Sicherstellung der notwendigen Erfahrung.

§ 630f Abs. 5 BGB gießt die Rechtsprechung des Arzthaftungsrechts zum sogenannten groben Behandlungsfehler in Gesetzesform. Danach besteht beim Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers die Vermutung, dass die Pflichtverletzung (fehlerhafte Behandlung) für den Schaden ursächlich war (Kausalität). Ein grober Behandlungsfehler liegt nach der Gesetzesbegründung vor, wenn ein medizinisches Fehlverhalten aus objektiver Sicht bei Anlegung des für den Behandelnden geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabs nicht mehr verständlich erscheint, weil der Fehler gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen hat und dem Behandelnden schlechterdings nicht unterlaufen darf, beispielsweise ein grober Diagnosefehler oder ein grober Fehler in der Befunderhebung.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Kodifizierung der bisherigen Rechtsprechung im Gesetz. Dadurch wird für Patienten mehr Transparenz und Rechtssicherheit geschaffen.

Die Beweislastverteilung trägt dazu bei, dass die Waffengleichheit im Prozess gewahrt wird und der Patient keine Tatsache (z.B. nicht erfolgte Aufklärung oder Einwilligung) beweisen muss, die ihm regelmäßig nicht gelingen wird.

Dass Ärzte sich bei einer ungenügenden Aufklärung darauf berufen können, dass der Patient auch bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung eingewilligt hätte, wird kritisch bewertet. Hier sollte mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht auf eine hypothetische Einwilligung abgestellt werden.

Die Beschränkung der Beweislastumkehr auf den groben Behandlungsfehler in § 630f Abs. 5 BGB hält der Deutsche Caritasverband für sachgerecht. Sowohl für den Arzt als auch für den Patienten ist es schwierig, im Prozess die Ursächlichkeit zwischen Behandlungsfehler und Schaden zu beweisen bzw. zu widerlegen. Daher bringt der Gesetzesentwurf die Interessen in einen gerechten Ausgleich. Zudem wäre es bei einer Beweislastumkehr auch bei einem einfachen Behandlungsfehler zu einer Ausuferung der Haftung gekommen.

Der Deutsche Caritasverband regt zur Vermeidung von Schutzlücken bei Schadensfällen die Einrichtung eines Härtefallfonds an. Der Härtefall könnte bei besonders schwieriger Beweissituation Leistungen an Patient/-innen aussprechen.

Lösungsvorschlag

Bei ungenügender Aufklärung soll sich der Arzt nicht darauf berufen können, dass der Aufklärungsmangel im Ergebnis keine Auswirkungen hatte.

§ 630 h Abs. 2 Satz 2 BGB soll gestrichen werden.

Der Deutsche Caritasverband regt die Einrichtung eines Härtefallfonds nach folgenden Vorgaben an:

Der Härtefallfonds hat das Ziel Patienten über lange gerichtliche Verfahrensdauern und schwierige Beweissituationen effektiv hinwegzuhelfen. Die Entscheidung über die Gewährung und die Bemessung von Leistungen erfolgt nach Billigkeitsgrundsätzen. Härtefallleistungen können nur gewährt werden, wenn zumindest eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass ein schwerwiegender Schaden durch eine medizinische Behandlung entstanden ist. Der Schaden darf nicht bzw. nicht rechtzeitig von der jeweiligen Haftpflichtversicherung des jeweiligen Arztes gedeckt sein und

der Geschädigte darf auch keinen anderweitigen Ausgleich erhalten. Die Zahlung eines Ausgleichs an den Geschädigten muss sozial dringend geboten sein. Ferner sollte klargestellt werden, dass der Härtefallfonds die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen nicht entbehrlich machen soll, sondern der Rechtsweg von den Patient-/innen bzw. den Angehörigen parallel verfolgt werden sollte. Bei offensichtlich eindeutiger Beweislage und problemloser sowie zügiger Durchsetzbarkeit eines Schadensersatzanspruches tritt der Fonds zurück. Stellt sich die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen des Geschädigten im Ergebnis als erfolglos heraus, so sollte die Leistung des Härtefallfonds nicht zurückzuzahlen sein, damit ihr Zweck der schnellen finanziellen Überbrückung in einer Notsituation durch ein Unterliegen vor Gericht nicht konterkariert wird. Sollte hingegen eine Schadensersatzleistung beigetrieben werden können, so ist die Leistung aus dem Härtefallfonds in dieser Höhe an den Fonds zurückzuzahlen. Die Finanzierung des Härtefallfonds soll durch Beiträge der Haftpflichtversicherer der Ärzte erfolgen. Eine Beteiligung der Patienten an der Finanzierung des Härtefallfonds ist nicht sachgerecht, da regelmäßig die Solidargemeinschaft der GKV für die durch einen Behandlungsfehler ggf. notwendigen Folgebehandlungen aufkommt.

Zu Artikel 2: Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch

§ 13 Abs. 3a SGB V Bewilligungsverfahren

Gesetzesentwurf

Mit der Neuregelung soll das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen beschleunigt werden. Kann die Krankenkasse über einen Leistungsantrag nicht binnen drei Wochen nach Antragseingang bzw. bei erforderlicher Begutachtung durch den MDK binnen fünf Wochen entscheiden, muss sie dem Versicherten dies unter Angabe eines hinreichenden Grundes schriftlich mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, können sich die Versicherten die Leistung nach Setzung einer angemessenen Frist im Wege der Ersatzvornahme und nach dem Kostenerstattungsprinzip selbst beschaffen.

Bewertung

Die Regelung wird in der Praxis nicht zu einer Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens führen, sondern birgt sogar die Gefahr einer Verzögerung, indem die Krankenkasse nach drei Wochen bzw. bei Einschaltung des MDK nach fünf Wochen zunächst einmal Gründe für die noch nicht erfolgte Leistungsbewilligung benennen muss. Danach muss der Versicherte prüfen, ob die Gründe aus seiner Sicht hinreichend, d. h. stichhaltig sind. Kommt er zu der Auffassung, dass dies nicht der Fall ist, vergehen bis zur Ersatzvornahme zwei weitere Wochen, die in der Regel als Frist für eine angemessene Ankündigung einer Ersatzbeschaffung anzusehen sind. Der Gesetzestext sollte daher vorsehen, dass es sich bei der Fristverlängerung über die drei bzw. fünf Wochen hinaus um eine Ausnahmeregelung für besonders zu begründende Fälle handeln muss, die vom Gesetzgeber noch näher zu bestimmen sind.

Ein weiteres Problem liegt im Problem des „hinreichenden Grundes“ nach § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V, der die Voraussetzung für eine Ersatzbeschaffung im Wege der Kostenerstattung ist. Ein „hinreichender Grund“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der in der Praxis im Streitfall zu zahlreichen Auslegungsschwierigkeiten führen wird, denn es stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien ein Patient erkennen kann, wann ein Grund hinreichend ist, um sich auf dem Wege der Ersatzbeschaffung die Leistung selbst zu beschaffen und wann dies nicht der Fall ist. Daher sind im Gesetzestext und in der Gesetzesbegründung beispielhaft Gründe anzuführen, die als „hinreichend“ bezeichnet werden können.

Eine Selbstbeschaffung der Leistung im Wege der Kostenerstattung werden zudem überwiegend nur Patientinnen und Patienten vornehmen, die durchsetzungsstark sind und über ein hinreichendes Einkommen verfügen, denn der Patient kann sich nicht sicher sein, ob der „hinreichende Grund“ für die Ersatzbeschaffung auch sicher zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe führen wird. Um allen Patienten die Rechtssicherheit zu geben, dass die Kosten in der entstandenen Höhe erstattet werden, ist Satz 4 um eine Sanktionsregelung zu ergänzen, die analog zur Neuregelung bei den Heilmitteln nach § 32 SGB V die Leistung nach Fristablauf als genehmigt ansieht (Genehmigungsfiktion).

Positiv zu bewerten ist die Klarstellung in Satz 5, dass für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Zuständigkeitserklärung, den Fristsetzungen und der Kostenerstattung die §§14 und 15 SGB IX gelten.

Lösungsvorschlag

In § 13 Abs. 3a SGB V werden Satz 4 und Satz 5 wie folgt gefasst:

„Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes nach Satz 1, **gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als bewilligt**. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe verpflichtet.“

§ 66 SGB V Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Gesetzentwurf

Die „Kann“-Regelung, nach der die Krankenkassen ihre Versicherten in Schadensfällen bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen können, wird zu einer „Soll“-Vorschrift umgewandelt.

Bewertung

Die Regelung entspricht einer Forderung des Deutschen Caritasverbandes und wird daher nachdrücklich unterstützt. Durch die Soll-Regelung schreibt der Gesetzgeber für den Regelfall die Unterstützung der Krankenkassen vor und räumt Ermessen nur für den atypischen Einzelfall ein. Der Anwendungsbereich der Norm sollte jedoch über Behandlungen hinaus auf Schadensfälle durch Arzneimittel oder Medizinprodukte erweitert werden. Bei Eintritt des Schadensfalles sollte der Patient einen Rechtsanspruch auf Begutachtung durch den MDK erhalten.

Lösungsvorschlag

§ 66 SGB V wird wie folgt formuliert:

„Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern, **fehlerhafter Arzneimitteln oder fehlerhaften Medizinprodukten, die zur Anwendung am und im menschlichen Körper bestimmt sind**, entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. **Die Versicherten haben in den Fällen nach Satz 1 Anspruch auf gutachterliche Stellungnahme des MDK.**“

§§ 73b, 73c und 140a SGB V Widerrufsrecht für Teilnahmeerklärung an Selektivverträgen

Gesetzesentwurf

Mit den Änderungen an § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung), § 73c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) und § 140a SGB V (Integrierte Versorgung) erhalten Versicherte ein zweiwöchiges Widerrufsrecht hinsichtlich ihrer Teilnahme an den genannten Selektivverträgen.

Bewertung

Die Regelungen sind ausdrücklich zu begrüßen. In der Praxis wird Patienten beim Besuch eines Hausarztes, der an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teilnimmt, der Beitritt zu einem solchen Vertrag angeboten. Oftmals entscheidet der Patient sofort, ohne sich ausreichend Zeit genommen zu haben, um über Vor- und Nachteile der Einschreibung in einen solchen Vertrag nachgedacht zu haben. Daher ist eine Widerrufsfrist von zwei Wochen als außerordentlich sinnvoll zu erachten. Durch die Zusendung der Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht kann der Versicherte nochmals mit Abstand seine Entscheidung reflektieren.

Das Recht auf Widerruf soll grundsätzlich für alle Selektivverträge, in die sich Versicherte einschreiben können, gelten. Der Versicherte ist mindestens ein Jahr an die Verträge nach § 73b SGB V und § 73c SGB V gebunden. Während in § 73b Abs. 3 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V jedoch geregelt ist, dass der Versicherte den gewählten Hausarzt (nur) bei Vorliegen eines wichtigen

Grundes wechseln darf, fehlt eine entsprechende Vorschrift in § 73c SGB V und § 140a SGB V. § 140a SGB V regelt dabei gar keine Mindestbindung an den Selektivvertrag. In der Gesetzesbegründung zu den §§ 73c SGB V und 140a SGB V ist daher klarzustellen, dass eine fristlose Kündigung des Behandlungsvertrags durch den Patienten in begründeten Fällen, insbesondere bei Verlust des Vertrauensverhältnisses, nach § 627 BGB grundsätzlich immer möglich ist.

Die Widerrufsfrist beginnt mit der Belehrung über das Widerrufsrecht. Zu diesem Zeitpunkt wird es den Versicherten aber in der Regel nicht klar sein, welche Konsequenzen der Abschluss eines Selektivvertrages für sie hat. Daher schließt sich die Caritas der Forderung des Bundesrats an, dass die Widerrufsfrist erst beginnt, wenn der Patient über seine wesentlichen Rechte und Pflichten aus dem Vertrag informiert ist.

Lösungsvorschlag

Die Widerrufsfrist soll erst beginnen, wenn der Patient über Inhalte und Ziele des Selektivvertrags, sowie die sich für ihn daraus ergebenden Rechte und Pflichten belehrt ist.

§ 99 SGB V Beteiligung der Patientenorganisationen an Bedarfsplanung

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht vor, dass neben den Landesbehörden künftig auch die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen ein Stellungnahmerecht bei der Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplans zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erhalten.

Bewertung

Die Regelung ist uneingeschränkt zu begrüßen.

§ 135a SGB V Beschwerdemanagement in Krankenhäusern

Gesetzentwurf und Änderungsantrag 3

Mit der Neuregelung in § 135a Abs. 2 SGB V werden die Krankenhäuser zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements verpflichtet. § 135a Abs. 3 SGB V stellt sicher, dass die Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Fehler-Systemen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden, wie beispielsweise mittels arbeitsrechtlichen Sanktionen oder strafrechtlichen Verfolgungen, soweit die Verfolgung das Höchstmaß von fünf Jahren nicht überschreitet.

Bewertung

Die Neuregelung im Gesetzentwurf bildet nach, was in der Praxis der Krankenhäuser bereits gängiger Bestandteil des Qualitätsmanagements ist.

Die Regelungen zur Durchführung eines Beschwerdemanagements dürfen jedoch nicht auf den stationären Bereich beschränkt bleiben, sondern müssen auch den ambulanten Bereich erfassen. § 135a Abs. 2 SGB V gibt nicht nur den Krankenhäusern, sondern auch den Vertragsärzten im ambulanten Bereich Regelungen zur Qualitätssicherung vor. Die Neuregelung in Nummer 2 hingegen normiert die Verpflichtung zu einem Beschwerdemanagement ausdrücklich nur für den Bereich des Krankenhauses. Dies ist nicht sachgerecht. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, für den ambulanten und stationären Bereich Patientenfürsprecher bzw. eine Ombudsstelle in jedem Bundesland einzurichten, die Beschwerden oder andere Anliegen von Patientinnen und Patienten aufnimmt und deren Interessen gegenüber der jeweiligen Einrichtung, wie z. B. Krankenhaus, niedergelassenem Arzt, Psychiatrie-Einrichtung, vertritt. Die Patientenfürsprecher müssen neutral sein und weisungsunabhängig arbeiten können. Sie sollen bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sein. Nach dem Vorbild vieler Bundesländer, in denen eine solche Institution bereits besteht, soll der Patientenfürsprecher ehrenamtlich tätig sein. Der Patientenfürsprecher soll eng mit den kommunalen Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie mit den Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zusammenarbeiten und mobile Sprechstunden in Krankenhäusern und Psychiatrie-Einrichtungen abhalten.

Es ist zudem nicht sachgerecht, das Beschwerdemanagement im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu regeln, also mithin in der Nummer 2. Das Beschwerdemanagement ist eine Maßnahme, die auch, aber nicht nur nach innen wirken soll, sondern ausdrücklich nach außen, in der Beziehung zum Patienten. Daher empfiehlt der Deutsche Caritasverband, das Beschwerdemanagement in einer eigenen, zu ergänzenden Nummer 3 zu regeln. Mit einer neuen Nummer 3 wird auch zum Ausdruck gebracht, dass sich das Beschwerdemanagement auch auf den ambulanten vertragsärztlichen Bereich erstreckt.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Einführung eines Schutzes vor rechtlichen Sanktionen bei Meldungen in Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Durch die Regelung wächst die Bereitschaft und Motivation, Fehler zu benennen. Dadurch wird die Patientensicherheit langfristig deutlich gestärkt. Die Beschränkung des Schutzes vor strafrechtlichen Sanktionen für Straftaten, deren Höchstmaß nicht mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist, ist sachgerecht. Dadurch werden die Interessen der Patientensicherheit und der effektiven Strafverfolgung in einen angemessenen Ausgleich gebracht.

Lösungsvorschlag

Die Ergänzung in § 135a Abs. 2 Nummer 2 SGB V wird gestrichen. Stattdessen wird in § 135a Abs. 2 SGB V eine neue Nummer 3 ergänzt und wie folgt formuliert:

„3. Ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzuführen“.

§ 137 Abs. 1d SGB V Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Gesetzentwurf

Zunächst ist anzumerken, dass im Gesetzentwurf ein redaktionelles Versehen gegeben ist: Statt Absatz 1d muss es Absatz 1c heißen.

Die Neuregelung sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

wesentliche Maßnahmen zur Patientensicherheit regelt und dabei insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festlegt. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen im Krankenhausbereich ist im Rahmen der Qualitätsberichte nach Abs. 3 Nummer 4 zu berichten. Für einrichtungsübergreifende Fehlermanagementsysteme sind Vergütungszuschläge vorgesehen, die in § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG geregelt werden.

Bewertung

In Deutschland ist bisher eine echte Fehlervermeidungskultur noch nicht etabliert. Ein wichtiges Instrument dafür ist die Einrichtung eines Systems, in dem Fehler und Beinahe-Fehler in einem geschützten Raum gemeldet werden können, mit dem Ziel, Rahmenbedingungen zu schaffen, um künftig Risiken zu reduzieren und Fehler zu vermeiden. Zentraler Kern ist dabei die Umsetzung von Fehlermeldesystemen, sog. Critical Incident Reporting Systems (CIRS). Es muss gewährleistet sein, dass die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten dabei systematisch einfließen. Der Deutsche Caritasverband hält die im Gesetz vorgesehene Frist von 12 Monaten ab Inkrafttreten des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für sinnvoll, um den Prozess voranzutreiben.

Im Krankenhausbereich eignet sich insbesondere ein einrichtungsübergreifendes Fehlermanagement, denn es bietet Patientinnen und Patienten die Chance, sich vergleichend informiert für einen bestimmten Behandlungsort entscheiden zu können. Es ist daher sachgerecht, dass Vergütungszuschläge nur gezahlt werden, wenn sich Krankenhäuser an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermanagement beteiligen. Dies begünstigt das Lernen auch aus den Fehlern anderer Einrichtungen und bildet für die einzelne Einrichtung einen Anreiz zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Instrumenten über das einrichtungsinterne Management hinaus.

§ 140f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

Gesetzesentwurf

Zunächst ist anzumerken, dass im Gesetzesentwurf ein redaktionelles Versehen gegeben ist: Die Verweise auf § 103 SGB V beziehen sich nicht auf die ab 01.07.2012 geltende Fassung. Das Mit-

beratungsrecht von Organisationen, die die Interessen der Patientinnen und Patienten und die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, wird erweitert. Es wird ein Mitberatungsrecht für fakultative Landesgremien nach § 90a SGB V, sowie für Entscheidungen der Zulassungsausschüsse im Vorfeld eines beantragten Nachbesetzungsverfahrens normiert. Zudem wird ein Mitberatungsrecht für die Entscheidungen der Zulassungs- und Berufungsausschüsse zur Befristung von Zulassungen geregelt.

Bei den Änderungen in § 140f Abs.2 SGB V handelt es sich um Folgeanpassungen durch das Versorgungsstrukturgesetz.

Bewertung

Die Erweiterung des Mitbestimmungsrechts von Patientenvertretern wird begrüßt, da dadurch die Rechte von Patienten gestärkt werden. Perspektivisch sollte den Patientenvertretern auch ein Stimmrecht bei Beschlüssen des G-BA über die Verfahrensordnung nach § 91 Abs. 4 Satz 1 SGB V eingeräumt werden. Hier schließen wir uns dem Vorschlag des Bundesrates an.

§ 140h Abs. 2 SGB V Erweiterung der Aufgabe des Patientenbeauftragten um Informationspflicht über Patientenrechte

Gesetzentwurf

Der Patientenbeauftragte erhält die Aufgabe, die Patientenrechte in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zusammenzustellen und die Bevölkerung zu informieren.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Regelung, nach der die Patientenrechte in Form einer vom Patientenbeauftragten zusammenzustellenden und zu veröffentlichenden Broschüre bzw. in elektronischer Form im Internet zusammengefasst werden sollen. Die Begründung führt aus, dass die Information auch in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden muss sowie die Anforderungen der Regelungen der Barrierefreien-Informationstechnik-Verordnung (BIV) erfüllen muss,

was zu begrüßen ist. Darüber hinaus sollte in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden, dass die Broschüren und Internet-Veröffentlichungen auch in anderen Sprachen als der deutschen Sprache zur Verfügung gestellt werden sollen, um auch Menschen mit Migrationshintergrund, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, zu erreichen.

§ 95 SGB V Versorgung der Patienten im Standardtarif (Stellungnahme Bundesrat)

Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich die vorgeschlagene Gesetzesänderung zu § 95 SGB V, mit der sichergestellt werden soll, dass die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch zur Versorgung von Privatversicherten im Standardtarif verpflichtet und berechtigt. An unseren Verband werden immer wieder Beschwerden von Privatversicherten im Standardtarif herangetragen, die Probleme bei der Versorgung beklagen. § 75 Abs. 3a SGB V sieht zwar vor, dass sich der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV auch auf diesen Personenkreis erstreckt. Eine entsprechende Regelung fehlt jedoch im Verhältnis von Patient und Vertragsarzt. Der Vorschlag des Bundesrats zu einer Gesetzesänderung ist nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes geeignet, diese Regelungslücke zu schließen.

Änderungsantrag 6: Änderung der Bundesärzteordnung

§ 6 Änderung der Bundesärzteordnung

Gesetzentwurf

In § 6 Abs. 1 Bundesärzteordnung soll eingefügt werden, dass die Ärztekammer das Ruhen der Approbation anordnen kann, wenn sich der Arzt nicht hinreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert hat.

Bewertung

Für Patienten ist es sehr wichtig, dass Ärzte über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung verfügen. Nur so ist sichergestellt, dass Patienten im Schadensfall ihren Anspruch auf Schadens-

ersatz und Schmerzensgeld durchsetzen können. Problematisch ist jedoch, dass Ärzte derzeit ihre Berufshaftpflichtversicherung lediglich zum Zeitpunkt der Approbation nachweisen müssen. Danach besteht keine weitere Nachweispflicht. Um sicherzustellen, dass die Berufshaftung zu jeder Zeit gewährleistet ist, sollen die Haftpflichtversicherungen verpflichtet werden, jede Kündigung oder Anpassung der Berufshaftpflicht der Ärztekammer anzuzeigen, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz beeinträchtigt.

Darüber hinaus sollte aufgrund des hohen Stellenwertes der Berufshaftpflichtversicherung eine Mindestversicherungssumme eingeführt werden

Lösungsvorschlag

Es wird entsprechend der Regelung der Bundesrechtsanwaltsordnung eine Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte in § 7 der Bundesärzteordnung eingeführt,

§ 7 Bundesärzteordnung soll lauten:

„(1) Der Arzt ist verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung zur Deckung der sich aus seiner Berufstätigkeit ergebenden Haftpflichtgefahren abzuschließen und die Versicherung während der Dauer seiner Approbation aufrechtzuerhalten. Die Versicherung muss bei einem im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmen zu den nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingereichten Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgenommen werden und sich auch auf solche Schäden erstrecken, für die der Arzt nach § 278 oder § 831 des Bürgerlichen Gesetzbuchs einzustehen hat.

(2) Der Versicherungsvertrag hat Versicherungsschutz für jede einzelne Pflichtverletzung zu gewähren, die gesetzliche Haftpflichtansprüche privatrechtlichen Inhalts gegen den Arzt zur Folge haben könnte; dabei kann vereinbart werden, dass sämtliche Pflichtverletzungen bei Erledigung einer Behandlung, mögen diese auf dem Verhalten des Rechtsanwalts oder einer von ihm herangezogenen Hilfsperson beruhen, als ein Versicherungsfall gelten.

(3) Die Mindestversicherungssumme beträgt 250 000 Euro für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Versicherungsjahres verursachten Schäden können auf den vierfachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

(4) Die Vereinbarung eines Selbstbehalts bis zu 1 vom Hundert der Mindestversicherungssumme ist zulässig.

(5) Im Versicherungsvertrag ist der Versicherer zu verpflichten, der zuständigen Ärztekammer den Beginn und die Beendigung oder Kündigung des Versicherungsvertrages sowie jede Änderung des Versicherungsvertrages, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz beeinträchtigt, unverzüglich mitzuteilen. Die Ärztekammer erteilt Dritten zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen auf Antrag Auskunft über den Namen und die Adresse der Berufshaftpflichtversicherung des Arztes sowie die Versicherungsnummer, soweit der Arzt kein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichterteilung der Auskunft hat; dies gilt auch, wenn die Approbation als Arzt erloschen ist.

(6) Zuständige Stelle im Sinne des § 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ist die Ärztekammer.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Bundesärztekammer die Mindestversicherungssumme anders festzusetzen, wenn dies erforderlich ist, um bei einer Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse einen hinreichenden Schutz der Geschädigten sicherzustellen.

C. Antrag der SPD-Bundestagsfraktion „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ (Drs. 17/9061)

Zu den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) hat der Deutsche Caritasverband bereits oben im Rahmen seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf Position bezogen. Die SPD-Bundestagsfraktion fordert, dass Individuelle Gesundheitsleistungen nicht am selben Tag zu Lasten der GKV abrechnen, an dem sie erbracht werden. Ausgenommen von der Regelung sollen

spezielle Leistungen sein, die der Patient selbst nachfragt und die zumeist sogar der Anlass für den Arztbesuch sind, wie z.B. Reiseimpfungen oder sportmedizinische Untersuchungen. Ein entsprechender Katalog soll gesetzlich normiert werden. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass Patientinnen und Patienten stärker vor Gesundheitsangeboten geschützt werden, die aus guten Gründen nicht regelhaft Bestandteil der Leistungen des SGB V sind. Grundsätzlich soll es Patientinnen und Patienten jedoch ermöglicht werden, Individuelle Gesundheitsleistungen, die ihnen vom Behandelnden angeboten werden, nach der entsprechenden ausführlichen Information und Aufklärung durch den Behandelnden, auch unmittelbar nach der Beratung in Anspruch nehmen zu können. Der Deutsche Caritasverband hält den Vorschlag des Bundesrats, die Patienten vor unüberlegten und übereilten Entscheidungen durch eine 24stündige Bedenkfrist zu schützen, in diesem Zusammenhang für sinnvoll und sachgerecht. Diese Regelung ermöglicht den notwendigen Ausgleich zwischen dem Schutz des Patienten einerseits und einer für ihn praktikablen und komfortablen Möglichkeit, Leistungen auch ohne Wartefrist sofort in Anspruch nehmen zu können, wenn der Patient von deren Nutzen überzeugt ist.

Des Weiteren fordert die SPD-Bundestagsfraktion, dass für die Individuellen Gesundheitsleistungen ein Behandlungsvertrag zu schließen ist und ein entsprechendes Informations- und Aufklärungsgespräch geführt werden muss. Diese Anforderungen sind aus Sicht des Deutschen Caritasverbands bereits im Patientenrechtegesetz geregelt. Der dort normierte Behandlungsvertrag mit all seinen Pflichten und Rechten gilt auch für die Erbringung von Individuellen Gesundheitsleistungen. Zu den Informationspflichten zählt bei der Erbringung von Individuellen Gesundheitsleistungen in jedem Fall die Aufklärung darüber, warum die entsprechende Leistung im vorliegenden Fall nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird.

Die SPD-Bundestagsfraktion fordert des Weiteren, dass jede Arztpraxis, die IGeL anbietet, eine Übersicht als Information der Bundesregierung aushängen muss. In der Übersicht soll informiert werden, in welchen Fällen IGeL sinnvoll sein können, bei welchen Indikationen sie von der GKV übernommen wurden, aber auch, welche Leistungen gar zur Beratung im GBA beantragt wurden und welche Leistungen vom GBA abgelehnt wurden, weil ihr therapeutischer Nutzen nicht belegt wurde sowie welche Leistungen aktuell vom GBA beraten werden. Diese Regelung wird vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich begrüßt. Derartige Informationen können den Patienten wirkungsvoll davor schützen, Leistungen in Anspruch zu nehmen, von deren Nutzen er nach vollständiger Information eigentlich nicht überzeugt gewesen wäre. Wichtig ist, dass die Informationen,

die im Wartezimmer aushängen, in einer allgemeinverständlichen Sprache – und ergänzend auch in leichter Sprache – dem Patienten zur Verfügung stehen. Dies zu formulieren soll nach Ansicht der SPD-Bundestagsfraktion ebenfalls Aufgabe des GBA sein, was der Deutsche Caritasverband für sachgerecht hält.

Auch der Vorschlag der SPD-Bundestagsfraktion, die Krankenkassen zur umfassenden regelmäßigen Aufklärung ihrer Versicherten über die IGeL zu verpflichten, wird vom Deutschen Caritasverband unterstützt. Ebenfalls für sachgerecht hält der Deutsche Caritasverband, dass die Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) mit der regelmäßigen Berichterstattung über die Individuellen Gesundheitsleistungen gegenüber der Bundesregierung beauftragt wird.

D. Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“ (Drs. 17/6489)

Die Bundestagsfraktion DIE LINKE benennt in ihrem Antrag Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz. Viele dieser Eckpunkte werden im vorliegenden Gesetzentwurf aufgegriffen. Der Deutsche Caritasverband nimmt daher nur zu den Punkten Stellung, die noch nicht Gegenstand des Gesetzentwurfes sind.

Die LINKE fordert, dass Patientinnen und Patienten das Recht auf eine zeitnahe Behandlung haben. Kann der Arzt einen Patienten wegen seiner hohen Auslastung nicht zeitnah behandeln, soll er die Vermittlung einer Ärztin oder eines Arztes in zumutbarer Erreichbarkeit durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) initiieren. Gelingt es der KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags nicht, eine Behandlung in angemessener Zeit anzubieten, soll die KV mit Sanktionen belegt werden.

Der Deutsche Caritasverband hält es für erforderlich, dass eine medizinisch notwendige Behandlung zeitnah erfolgt. Die KV kann hierbei eine wichtige Lotsenfunktion übernehmen. Allerdings handelt es sich bei den Begriffen „angemessene Zeit“ und „zeitnah“ um unbestimmte Rechtsbegriffe, die von dem Gesetzgeber konkretisiert werden müssen. Eine Sanktionszahlung der KV lehnt der Deutsche Caritasverband ab, da sie dem Sinn und Zweck des Sicherstellungsauftrags der me-

dizinischen Behandlung zuwiderlaufen. Durch die Zahlung einer Sanktion ist nicht die medizinisch notwendige Behandlung sichergestellt.

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Forderung der LINKEN, dass Aufklärung für den Patienten individuell angepasst und barrierefrei zugänglich sein muss. Der Deutsche Caritasverband fordert insbesondere die Hinzuziehung eines Sprachdolmetschers auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Bereitstellung von Informationen in leichter Sprache.

Im Schadensfall setzen sich die LINKEN ebenfalls für eine Berufshaftpflichtversicherung ein, für die entsprechende Regelungen der Bundesrechtsanwaltsordnung gelten. Diese Forderung entspricht dem Vorschlag des Deutschen Caritasverbandes.

Eine - wie von den LINKEN geforderte - volle Beweislastumkehr lehnt der Deutsche Caritasverband ab. Die Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich der Kausalität eines Behandlungsfehlers ist sowohl für den Patienten als auch für den Arzt schwierig. Die von der Rechtsprechung gefundenen Regelungen zur Beweiserleichterung sind daher interessen- und sachgerecht.

E. Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“ (Drs. 17/6348)

Die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat in ihrem Antrag Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz benannt. Viele dieser Eckpunkte werden naturgemäß im vorliegenden Gesetzentwurf aufgegriffen, sodass der Deutsche Caritasverband hier nur zu den Punkten Stellung bezieht, die noch nicht Gegenstand des Gesetzentwurfes sind.

Im BGB-Teil des Antrags der GRÜNEN wird gefordert, dass dem Patienten die Kopie des Arztbriefes ausgehändigt wird. In diesem Punkt geht der Deutsche Caritasverband einen Schritt weiter und fordert die Erstellung eines Patientenbriefs, wenn der Patient erkennbar nicht in der Lage ist, die Informationen teilweise oder vollständig zu erfassen, bei erheblichen Erkrankungen, die einen längeren Behandlungsverlauf nach sich ziehen sowie grundsätzlich bei Entlassung aus dem Krankenhaus oder bei Überleitung von einem Behandler zum anderen. In vielen Fällen wird der Patient

tenbrief inhaltlich, wenngleich auch nicht der Form nach, große Schnittmengen mit dem Inhalt eines Arztbriefs aufweisen, sodass für die Behandler ein vertretbarer bürokratischer Aufwand entsteht.

Kritisch bewertet der Deutsche Caritasverband die Sichtweise der GRÜNEN, dass die fehlende oder unvollständige Aufklärung oder auch eine fehlerhafte Dokumentation einen Behandlungsfehler per se begründen. Der Begriff des Behandlungsfehlers sollte auf eine fehlerhafte, dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht entsprechende Behandlung beschränkt bleiben. Eine fehlerhafte Dokumentation begründet somit keinen Behandlungsfehler, sondern stellt einen Dokumentationsfehler dar.

Der Teil zum SGB V des Antrags der GRÜNEN enthält zahlreiche Punkte, die noch nicht im Gesetzentwurf enthalten sind, aber der Position des Deutschen Caritasverbands entsprechen: So sollen im SGB V Fristen für die Bewilligung von Anträgen verankert werden, nach deren Ablauf die Leistung als genehmigt gilt (sog. „Genehmigungsfiktion“). Auch der Deutsche Caritasverband setzt sich seit Jahren für die Verankerung eines kostenlosen Sprachdolmetschers zur Gewährleistung der Informations- und Aufklärungspflichten vor einem medizinischen Eingriff ein und hat dazu im vorliegenden Gesetzentwurf auch einen konkreten Formulierungsvorschlag unterbreitet. Des Weiteren fordert auch der Deutsche Caritasverband in § 66 SGB V, dass die Krankenkassen den Patienten nicht nur bei Behandlungsfehlern, sondern auch bei fehlerhaften Medizinprodukten und Arzneimitteln unterstützen sollen. Wir setzen uns ebenso wie die GRÜNEN für eine Erweiterung der Stimmrechte der Patientenvertreter im GBA in Fragen der Verfahrensordnung ein.

Ebenso wie die GRÜNEN setzt sich auch der Deutsche Caritasverband nachdrücklich für eine klare Nachweispflicht bei der Berufshaftpflicht ein. Wir haben dazu einen konkreten Gesetzesvorschlag unterbreitet, der der Nachweispflicht bei den Rechtsanwälten nachgebildet ist und sicherstellt, dass Ärzte bei jeder Änderung ihrer Berufshaftpflicht, wie z.B. bei Anpassung der Höhe der Haftpflichtversicherung oder bei Kündigung, entsprechende Anzeige gegenüber der Ärztekammer erstatten müssen.

Nicht zuletzt setzt sich auch der Deutsche Caritasverband vehement für die Einführung eines Härtefallfonds ein. Der Fonds soll auf Fälle beschränkt sein, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass ein schwerwiegender Schaden durch einen Behandlungsfehler entstanden ist,

wobei der Schaden nicht durch die Haftpflicht des Arztes gedeckt sein darf, wenn der Härtefallfonds in Anspruch genommen wird. Näheres dazu haben wir ausführlich in unserer Stellungnahme zu § 630h ausgeführt.

Freiburg/Berlin, den 11.10.2012

Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

Prof. Dr. Georg Cremer

Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel.. 030 284447-46, E-Mail: elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenki, Leiterin der Arbeitsstelle Sozialrecht, Deutscher Caritasverband Freiburg, Tel.: 0761 200-576, E-Mail: tatjana.loczenski@caritas.de