



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0326(16)
gel. VB zur öAnh. am 22.10.
2012_Patientenrechte
15.10.2012

Stellungnahme

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte
von Patientinnen und Patienten**

Drucksache 17/10488

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 22. Oktober 2012 in Berlin

15. Oktober 2012

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt ausdrücklich die Stärkung der rechtlichen Stellung der Patientinnen und Patienten im vorliegenden Gesetzentwurf. Verbesserungsbedarf besteht hinsichtlich des Schutzes der Patientinnen und Patienten vor unangemessenen finanziellen Forderungen und hinsichtlich der wirtschaftlichen Aufklärung der Patientinnen und Patienten.

Inhalt der Stellungnahme

- I. Einführende Bewertung
- II. § 630a Abs. 1 BGB-E – Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag
- III. § 630c Abs. 3 BGB-E – Aufklärungspflicht über Kostenübernahme
- IV. § 630c Abs. 4 BGB-E – Verzicht auf die Informationspflichten
- V. § 630f Abs. 1 BGB-E – Dokumentation der Behandlung

I. Einführende Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) begrüßt ausdrücklich die Stärkung der rechtlichen Stellung der Patientinnen und Patienten (nachfolgend: Patienten) durch den vorliegenden Gesetzentwurf. Transparenz, Rechtsklarheit und Rechtssicherheit können mit den vorgeschlagenen Regelungen spürbar verbessert werden. Damit werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Patienten ihre Rechte kennen, wahrnehmen und notfalls auch durchsetzen können.

Die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit werden dort gestärkt, wo der Patient informierte Entscheidungen zusammen mit dem Behandelnden treffen kann. Derart partizipative Entscheidungen führen nachweislich zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und besseren Behandlungsergebnissen.

Vor diesem Hintergrund ist die Aufnahme von Informations- und Aufklärungspflichten der Patienten durch die Behandelnden besonders zu begrüßen. Der PKV-Verband spricht sich dafür aus, die Rechte von Patienten insbesondere hinsichtlich der wirtschaftlichen Aufklärung vor der Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen noch weiter zu stärken.

II. § 630a Abs. 1 BGB-E (Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag)

Vorgeschlagene Regelung

Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

Bewertung

Die Pflicht zur Versicherung für alle Versicherten impliziert den Anspruch auf eine medizinische Versorgung zu angemessenen Preisen und gesicherter Qualität. In der PKV beruht dieser Versorgungsanspruch auf der Grundlage der Wahlfreiheit der Versicherungsleistungen, unkündbarer Leistungszusagen, freier Arztwahl und Therapiefreiheit sowie der Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Dieses anspruchsvolle Versorgungsziel bedarf klarer Kriterien für eine faire Vergütung. Ein Patientenrechtegesetz sollte daher den Schutz der Patienten vor finanzieller Übervorteilung dahingehend fokussieren, dass die Kosten für medizinisch notwendige Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen.

Mit einer zu schaffenden Regelung sollten zukünftig nicht nur wucherische, sondern auch nur bereits unangemessene Vergütungen untersagt werden. Sinnvoll erscheint eine Regelung, die der für nichtärztliche Wahlleistungen in § 17 Abs. 1 S. 3 KHEntgG entspricht, nach der die Entgelte für Wahlleistungen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen dürfen. Im Interesse der Patienten würde der besonderen Bedeutung medizinisch notwendiger Krankenbehandlung Rechnung getragen und eine gewisse Angleichung der nicht entgeltmäßig regulierten Behandelnden an die regulierten vorgenommen.

Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, § 630a Abs. 1 BGB-E um folgenden Satz 2 zu ergänzen:

„Die Entgelte für medizinisch notwendige Leistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen.“

III. § 630c Abs. 3 BGB-E (Aufklärungspflicht über Kostenübernahme)

Vorgeschlagene Regelung

Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

Bewertung

Nach der Begründung zu dieser Norm hängt der genaue Umfang der Informationspflicht vom Versichertenstatus (gesetzliche oder private Krankenversicherung) ab. Bei privat krankenversicherten Patienten habe der Behandelnde in der Regel keine Kenntnisse über den Umfang des vereinbarten Versicherungsschutzes. Es liege daher im Verantwortungsbereich der privat versicherten Patienten selbst, Kenntnisse über den Inhalt und Umfang des mit der Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsvertrages zu haben. Etwas anderes gelte nur, wenn Behandelnde auch im Verhältnis zu einem privat krankenversicherten Patienten einen Informationsvorsprung haben, was insbesondere bei sogenannten „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) der Fall sei.

Diese Regelung schützt den Patienten nicht umfassend genug. Im Krankenhaus sind Wahlleistungen vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten (§ 17 Abs. 2 KHEntgG). Diese Informationspflicht dient dem

Schutz des Patienten. Er soll vor übereilten Entscheidungen und für ihn in der Regel nicht abschätzbaren Kostenrisiken geschützt werden.

Im Bereich der ambulanten Behandlung fehlt es an entsprechenden Schutzvorschriften für Patienten, obwohl es auch hier zu erheblichen Kostenbelastungen kommen kann und der Patient nicht weniger schutzbedürftig ist. Dies gilt gleichermaßen für gesetzlich und privat versicherte Patienten.

In der privaten Krankenversicherung werden die Kosten einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung zwar grundsätzlich vollumfänglich übernommen. Gleichwohl müssen viele privat versicherte Patienten in gewissem Maße Kosten selber tragen. Hintergrund ist zunächst die in der privaten Krankenversicherung übliche Vereinbarung von Selbstbehalten. Selbstbehalte verringern deutlich die zu zahlende Prämie. Je höher der vereinbarte Selbstbehalt ist, desto stärker reduziert sich die zu zahlende Prämie. Im Gegenzug muss der Versicherte bis zu dem vereinbarten Betrag Heilbehandlungskosten selbst tragen. Üblich ist die Vereinbarung eines Selbstbehalts im Bereich von jährlich 300,- bis 1.500,- Euro. Selbstbehalte sind ein wirksames Instrument zur Verringerung der Prämienhöhe und Ausdruck des in der privaten Krankenversicherung maßgeblichen Prinzips von Wahlfreiheit und Eigenverantwortung.

Weiterhin existiert in der privaten Krankenversicherung das System der Beitragsrückerstattung: Nimmt ein Versicherter keine Versicherungsleistungen in Anspruch, erhält er einen Teil seiner Beiträge zurück. Zahlt ein Versicherter z.B. 300,- Euro Prämie im Monat und erhält er bei Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen drei Monatsbeiträge zurück, „lohnt“ es sich für ihn erst, ab einem Betrag von 900,- Euro Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Auch dies führt dazu, dass privat versicherte Patienten ambulante Behandlungskosten teilweise selbst zahlen.

Begibt sich der Patient in Behandlung, hat er ganz regelmäßig keine Vorstellung darüber, welche Kosten hierfür entstehen. Demgegenüber weiß der Behandelnde aus der täglichen Abrechnungspraxis, wie hoch die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung sein werden.

Um privat und gesetzlich versicherte Patienten vor für sie nicht absehbaren Kostenrisiken zu schützen, ist es erforderlich, den Behandelnden generell zu verpflichten, Patienten über die zu erwartenden Höhe der Kosten in Textform zu informieren. Im Bereich von Zahnersatzmaßnahmen und Inlays ist dies bereits gelebte Praxis und funktioniert reibungslos. Der Aufwand für die Behandelnden könnte dadurch begrenzt werden, dass die Informationspflicht hinsichtlich der Höhe der Kosten erst ab einer voraussichtlichen Höhe von 300,- Euro greift und die Ausschlussstatbestände nach § 630c Abs. 4 BGB-E auch für die Aufklärung über die voraussichtliche Höhe der Kosten gelten.

Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, § 630c Abs. 3 BGB-E um folgenden Satz 3 zu ergänzen:

„Übersteigen die voraussichtlichen Behandlungskosten einen Betrag von 300 Euro, ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über die Höhe der voraussichtlichen Kosten in Textform zu informieren.“

IV. § 630c Abs. 4 BGB-E (Verzicht auf die Informationspflichten)

Vorgeschlagene Regelung

Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Bewertung

Aus Gründen der Beweissicherheit und des Übereilungsschutzes sollte der – vermutlich seltene – freiwillige Informationsverzicht in Schriftform dokumentiert werden. Dies schafft sowohl für den Patienten als auch für den Behandelnden ein größeres Maß an Sicherheit.

Änderungsvorschlag

Vorgeschlagen wird, § 630c Abs. 4 BGB-E wie folgt zu fassen:

„Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich in Schriftform verzichtet hat.“

V. § 630f Abs. 1 BGB-E (Dokumentation der Behandlung)

Vorgeschlagene Regelung

Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.

Bewertung

Die Regelung kodifiziert die Voraussetzungen, die sich aus der Rechtsprechung und der Musterberufsordnung der Ärzte ergeben. Die Regelung in Satz 2, nach der Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte lediglich auf Erkennbarkeit des ursprünglichen Inhalts abzielen, hat in der Praxis hohe Relevanz. Tatsächlich wird in

Rechtsstreitigkeiten häufig über vorgeblich unberechtigte Änderungen von Behandlungsunterlagen gestritten. Aufgrund der nicht einheitlichen Rechtsprechung könnte eine Verfahrenserleichterung erreicht werden, wenn Änderungen in der Patientenakte kenntlich gemacht werden müssen.

Änderungsvorschlag

Vorgeschlagen wird, § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB-E wie folgt zu fassen:

„Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn diese unter Angabe des Urhebers kenntlich gemacht werden und der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.