

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0097(20)
gel. VB zur Anhörung am 26.1.
11_Patientenrechtegesetz
24.01.2011

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

**zum Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas,
Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD**

Für ein modernes Patientenrechtegesetz

BT-Drs. 17/907

**anlässlich der Anhörung im
Ausschuss für Gesundheit
des Deutschen Bundestages**

am Mittwoch, 26. Januar 2011

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn, den 24. Januar 2011

Inhalt

	Seite
I. Allgemeine Anforderungen an ein Patientenrechtegesetz	3
II. Konkrete Anforderungen an ein Patientenrechtegesetz	6
1. Normierung der Rechte und Pflichten aus Behandlungsvertrag	6
2. Verbesserungen im Bereich des Risikomanagements	7
3. Stärkung der Rechte von Opfern von Behandlungsfehlern	8
4. Optimierung der Leichenschau	10
5. Stärkung der kollektiven Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen	11
6. Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern	11
III. Gesamtbewertung und Ausblick	12

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. vertritt die gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Interessen seiner Mitglieder gegenüber dem Staat und der Regierung. Er ist föderal strukturiert und nimmt als Bundesverband seiner dreizehn VdK-Landesverbände aktiv Einfluss auf aktuelle Entwicklungen auf Bundesebene in der Renten-, Gesundheits-, und Sozialpolitik. Dabei vertritt er konsequent die Interessen seiner 1,5 Millionen Mitglieder in Deutschland. Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt den vorliegenden Antrag der SPD-Fraktion *Für ein modernes Patientenrechtegesetz* und nimmt hierzu wie folgt Stellung:

I. Allgemeine Anforderungen an ein Patientenrechtegesetz

1. Zunächst schließt sich der Sozialverband VdK Deutschland der Einschätzung an, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Schutz von Patientinnen und Patienten in Deutschland im internationalen Vergleich gut sind. Patientenrechte haben bereits in vielen Einzelgesetzen Niederschlag gefunden, entsprechende Normen sind vor allem im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), im Bürgerlichen Gesetzbuch, im Strafgesetzbuch sowie in verschiedenen öffentlich-rechtlichen Vorschriften auf Bundes- und Landesebene (zum Beispiel die Musterberufsordnung-Ärzte und die Berufsordnungen der Länder, das Arzneimittelgesetz, das Medizinproduktegesetz, das Infektionsschutzgesetz, die Krankenhaus-Hygieneverordnungen der Länder etc.) zu finden. Darüber hat die Rechtsprechung die Belange der Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund des zivilrechtlichen Grundsatzes der *Waffengleichheit* in den vergangenen Jahrzehnten berücksichtigt und so ein im internationalen Vergleich patientenfreundliches deutsches Arzthaftungsrecht wesentlich mit geprägt.

Die dargestellte breite Vielfalt der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen sowohl aus dem Zivil- als auch aus dem Strafrecht und dem öffentlichen Recht des Bundes- und der Länder unter Einbeziehung der jeweils aktuellen Rechtsprechung lässt jedoch zunächst fraglich erscheinen, ob bzw. inwiefern eine einheitliche Kodifikation und Fortschreibung aller bereits bestehender Patientenrechte in einem einheitlichen Patientenrechtegesetz insbesondere unter dem Gesichtspunkt unterschiedlicher Kompetenzen des Bundes und der Länder gesetzestechnisch möglich und sinnvoll ist.

Für die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zunächst unschädlich erscheint die Zusammenfassung der geltenden Rechtsnormen des Bundes und der Länder im Sinne eines laienverständlichen Verweiskataloges. Diesem Ansatz wohnt jedoch bereits das Problem inne, dass den Patientinnen und Patienten so der Zugang zu den geltenden Rechtsnormen erleichtert wird, nicht jedoch das für den juristischen Laien häufig kaum verständliche Zusammenspiel verschiedener und zudem in einer Fachsprache abgefasster Rechtsnormen. Bereits für nicht auf das Medizinrecht spezialisierten Juristen stellt der Bereich der Patientenrechte eine unübersichtliche und ohne Zusatzkenntnisse kaum beherrschbare Spezialmaterie dar und es wird deshalb bezweifelt, dass die Kodifizierung aller Patientenrechte in einer Gesetzessammlung und damit lediglich die Verbesserung des Zugangs zum geltenden Recht im Hinblick auf das Ziel einer Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten allein eine ausreichende Maßnahme darstellt.

Nicht alle Patientinnen und Patienten sind zudem in der Lage, ihre Position als „Anwalt in eigener Sache“ zu verstehen und auch ohne Unterstützung zu vertreten. Die Ergebnisse einer aktuellen Befragungswelle des *Gesundheitsmonitors*¹ zeigen nicht nur, dass knapp 30 Prozent der Befragten angaben, nur ausreichend oder sogar ungenügend über ihre Rechte als Patient Bescheid zu wissen. Parallel konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass die Kenntnis von Patientenrechten signifikant mit dem sozio-ökonomischen Status und insbesondere dem Bildungsniveau zusammenhängt. Es ist deshalb zu befürchten, dass vor allem besonders vulnerable Patientengruppen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status bzw. einem niedrigen Bildungsniveau oder durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eingeschränkten körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht entsprechend von einer Stärkung der Patientenrechte allein durch ein Patientenrechtegesetz profitieren können.

Die (höchst-) richterliche Rechtsprechung – insbesondere im Bereich des Arzthaftungsrechts – müsste zudem vor einer geplanten Kodifizierung auf Bundesebene einer genauen Fachanalyse unterzogen werden, um der Gefahr zu begegnen, im Zuge der Gesetzgebung hinter dem *status quo* der bereits im Zuge der richterlichen Rechtsfortbildung etablierten patientenfreundlichen Rechtsgrundsätzen zurückzubleiben.

Der Sozialverband VdK Deutschland regt deshalb an, zunächst die wesentlichen grundsätzlichen Patientenrechte in einem „*Allgemeinen Teil*“ eines Patientenrechtegesetzes laienverständlich zu kodifizieren. Zu diesen wichtigsten „*Patientengrundrechten*“ gehören vor allem

- das **Recht auf die Wahrung der Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte** des Patienten unter besonderer Beachtung des Diskriminierungsverbotes und des Datenschutzes sowie der Verpflichtung zur besonderen Beachtung der Rechte von Minderjährigen, älteren und einwilligungsunfähigen sowie der durch eine körperlich oder seelische Beeinträchtigung behinderten Menschen und mit Hinweis auf die entsprechenden geltenden Grundrechte (Artikel 1 Absatz 1, Artikel 2 Absatz 1 und 2 sowie Artikel 3 Grundgesetz)
- das **Recht auf umfassende, verständliche und barrierefreie Information, Beratung und Aufklärung** durch Gesundheitsdienstleister, Kranken- und Pflegeversicherungen, Sozialleistungs- und Sozialversicherungsträger sowie unabhängige Patientenberatungsstellen
- die **Gewährleistung der Patientenautonomie** unter besonderer Berücksichtigung des Rechts auf freie Wahl des Gesundheitsdienstleisters, des Rechts auf Nichtbehandlung sowie des Rechts auf eine Zweitmeinung
- das **Recht auf eine gute und sichere Behandlung und Pflege** unter besonderer Beachtung der geltenden jeweiligen medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Behandlungsstandards und Leitlinien
- das **Recht auf eine umfassende, wahre und fälschungssichere Behandlungsdokumentation**, welches das Recht auf Herausgabe der Dokumentation und das Recht auf Einsicht in alle Behandlungsunterlagen umfasst
- das **Recht auf Gewährleistung eines Qualitäts-, Risiko- und Beschwerdemanagements** in jeder Behandlungsinstitution

¹ Böcken/Braun/Landmann (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2010*, S. 329 – 350.

In einem „*Besonderen Teil*“ des Patientenrechtegesetzes sind sodann katalogartig die den „*Allgemeinen Teil*“ konkretisierenden neuen Rechtsvorschriften bzw. die Verweise auf das entsprechende geltende Recht des Bundes und der Länder aufzunehmen. Durch eine verpflichtende zukünftige Prüfung aller neuen gesundheitsrelevanten Rechtsnormen auf ihre unmittelbare Relevanz für die Rechte der Patientinnen und Patienten könnten die Patientenrechte im Laufe der Zeit durch eine Einfügung in das Patientenrechtegesetz sukzessive näher konkretisiert und auch nachhaltig systematisiert werden.

Viel wesentlicher als die Zusammenfassung des geltenden Rechts ist aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland jedoch die **Stärkung des Anspruchs der Patientinnen und Patienten auf eine laienverständliche und niedrigschwellige Beratung, Information und Unterstützung in Gesundheitsfragen**. Umzusetzen ist dieser Anspruch vor allem von den professionellen Partnern des Patienten im Gesundheitssystem – also von allen Gesundheitsdienstleistern (Ärzten und Zahnärzten, Pflegepersonal, Apothekern, Leistungserbringern im Bereich der Heil- und Hilfsmittel etc.) sowie den Kranken- und Pflegeversicherungen – und ergänzend durch eine neutrale und von den anderen Akteuren des Gesundheitssystems unabhängige Informations- und Beratungseinrichtung, die unabhängige Patientenberatung gemäß § 65 b SGB V.

2. Zudem sind aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland im Bereich der Patientenrechte vielfältige **Vollzugsdefizite** zu beklagen. Ein Patientenrechtegesetz kann als Maßnahme der Legislative jedoch nur indirekt durch Normierung von Sanktionsinstrumenten (z.B. Handlungsfristen mit negativen Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung, Bußgelder etc.) zur Beseitigung von Vollzugsdefiziten beitragen. Umzusetzen ist der Vollzug der Patientenrechte dann direkt durch die jeweils zuständigen Verwaltungs- und Aufsichtsbehörden, Sozialleistungsträger, Körperschaften der Selbstverwaltung sowie weitere klar zu benennende Organisationen bzw. Leistungserbringer. Hier besteht ein weiteres systemimmanentes Defizit: Patientinnen und Patienten werden im Zuge der Nutzung des Gesundheitssystems nur sehr unzureichend über die zuständigen Ansprechpartner und Beschwerdemöglichkeiten bei Vollzugsdefiziten in Kenntnis gesetzt. Eine verpflichtende Information hierüber sollte zukünftig bei jeder Art von Nutzung des Gesundheitssystems verpflichtend eingeführt werden. Zudem müssen die zuständigen Stellen und Beschwerdeinstanzen verpflichtet werden, zukünftig alle eingegangenen Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten dokumentieren und systematisch auszuwerten, denn nur so können Defizite im Gesundheitssystem frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen entwickelt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch ein informierter Patient, so dass auch an dieser Stelle die herausragende Bedeutung eines umfassenden Systems von Patienteninformation und -beratung für die Verwirklichung von Patientenrechten deutlich wird.
3. Der Sozialverband VdK Deutschland schließt sich außerdem der Auffassung an, dass die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit dort gestärkt werden, wo informierte Patientinnen und Patienten den Gesundheitsdienstleistern gegenüberstehen – allerdings müssen auch diese ausreichend über ihre Rechte und Pflichten gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitssystems informiert sein. Gewährleistet werden muss dies über die verpflichtende **Implementierung des Themenkomplexes „Patientenrechte und Patientensicherheit“ in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsvorschriften aller Gesundheitsdienstleister**, wobei der Dynamik der Entwicklung der Patientenrechte Rechnung zu tragen ist.

Nur so kann tatsächlich gewährleistet werden, dass die Patientenrechte auf Seiten der Gesundheitsdienstleister nachhaltig Beachtung finden und eine partnerschaftliche Kommunikation auf Augenhöhe überhaupt stattfinden kann.

II. Konkrete Anforderungen an ein Patientenrechtegesetz

1. Normierung der Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag

Sofern nicht bereits als „Patientengrundrechte“ im wesentlichen „*Allgemeinen Teil*“ eines zukünftigen Patientenrechtegesetzes ausreichend kodifiziert sind sämtliche – teilweise durch die Rechtsprechung konkretisierten – Haupt- und Nebenpflichten des Behandlungsvertrags zu normieren. Dazu gehören insbesondere:

- das **Recht auf eine umfassende, rechtzeitige und verständliche Information und Aufklärung über die Behandlung und mögliche Behandlungsalternativen vor, während und nach der Behandlung** sowie die Verpflichtung zur Aushändigung aller Aufklärungsdokumente
- das **Recht auf eine dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Behandlung**, wobei die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin sowie entsprechende medizinische Leitlinien bei der Therapieentscheidung Berücksichtigung finden müssen
- das **Recht auf eine umfassende, wahre und fälschungssichere Dokumentation** sowie das Recht auf Einsicht in alle Behandlungsunterlagen und die Verpflichtung der Gesundheitsdienstleister zur Anfertigung einer identischen Zweitschrift für den Patienten
- das **Recht auf unverzügliche Information des Patienten bei Auftreten von Komplikationen, fehlerhafter Behandlung oder Verursachung eines Behandlungsschadens** durch den Gesundheitsdienstleister
- das **Recht auf vollständige und unverzügliche Information über die Identität aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen, Organisationen und Unternehmen** unter Einbeziehung der dazugehörigen aktuellen und vollständigen Kontaktdaten sowie der vertretungsberechtigten Personen.

Außerdem notwendig ist die Kodifizierung einer Verpflichtung des Gesundheitsdienstleisters zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme in ausreichender Höhe sowie die Verpflichtung zur unverzüglichen und unaufgeforderten Herausgabe der Versicherungsdaten an den Patienten bei Verdacht auf Verursachung eines Behandlungsschadens. Sämtliche Haupt- und Nebenverpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag sind im Zuge der Kodifizierung möglichst detailliert und laienverständlich zu beschreiben.

Außerdem ist festzustellen, dass der Behandlungsvertrag bereits nach der aktuellen Rechtslage im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) erfasst ist: Es handelt sich um einen Dienstvertrag gemäß § 611 ff. BGB, so dass auch die allgemeinen Vorschriften über Schuldverhältnisse (§§ 241 ff. BGB) bereits jetzt auf den Behandlungsvertrag anwendbar sind. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang die Vorschrift des § 280 Absatz 1 Satz 2 BGB, die auch für den Bereich des Arzthaftungsrechts gilt und dazu führt, dass der potentielle Schädiger für das Nichtvertretenmüssen (siehe § 276 BGB) beweispflichtig ist, dass heißt der Gesetzgeber hat auch für den Bereich des Arzthaftungsrechts bereits eine Ausnahme von den Grundsätzen der Beweislast normiert, wonach jede Partei den von ihr geltend gemachten Anspruch beweisen muss. Die (höchst-) richterliche Rechtsprechung hat im

Laufe der Zeit bereits ein **System von Beweislasteileichterung und Beweislastumkehr zu Gunsten der Patientenseite** entwickelt, z.B. die Verschuldens- bzw. Fehlervermutung bei *voll beherrschbaren Risiken*, die Kausalitätsvermutung beim *grobem Behandlungsfehler* und bei Verstoß gegen die *Befunderhebungspflicht* und die Beweislastumkehr wegen *mangelhafter Qualifikation des ärztlichen Personals*. Es ist fachlich zu prüfen, ob bzw. inwiefern es sinnvoll sein könnte, diese von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu kodifizieren. Dabei ist zu beachten, dass durch eine Normierung die Gefahr besteht, dass durch die gesetzliche Verallgemeinerung der Einzelfallrechtsprechung das bisherige Niveau der Patientenrechte in der prozessualen Auseinandersetzung sinkt.

Insgesamt erscheint es aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland vor dem Hintergrund der bereits existierenden und auch für einen Behandlungsvertrag relevanten Vorschriften des Vertragsrechts außerdem nicht empfehlenswert, den Behandlungsvertrag systematisch losgelöst von den allgemeinen Vorschriften des Vertragsrechts im „*Besonderen Teil*“ eines Patientenrechtgesetzes zu normieren. Er sollte vielmehr als § 630 a ff. BGB in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt werden.

Transparenz über alle Haupt- und Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag könnte außerdem ergänzend über den Patientinnen und Patienten von Behandlerseite verpflichtend auszuhandigenden *Allgemeinen Heilbehandlungsbedingungen* (AHB) hergestellt werden. Auch diese müsste in den neuen §§ 630 a ff. BGB normiert werden. Eine ähnliche Verpflichtung besteht bereits im Bereich der Verbraucherverträge: Dort haben Unternehmer die Verbraucherinnen und Verbraucher ebenfalls über ihre *Allgemeinen Geschäftsbedingungen* (AGB) in Textform bzw. durch gut sichtbaren Aushang in ihren Geschäftsräumen zu informieren. AHB hätten zudem den Vorteil, dass die Patientinnen und Patienten aufgrund der Möglichkeit der schnellen Anpassung der AHB über Änderungen der Rechtslage – z.B. durch Gesetzesänderungen oder neue (höchst-) richterliche Rechtsprechung – zeitnah informiert werden würden. Darüber hinaus könnten diese AHB auch an Besonderheiten der jeweiligen Behandlergruppe angepasst werden (zum Beispiel Allgemein- und Fachärzte, Pflegedienste etc.), so dass auch Besonderheiten der Behandlung im Einzelfall flexibel Rechnung getragen werden könnte. Außerdem würde sich auch die Behandlerseite aufgrund einer zu normierenden Verpflichtung zur zeitnahen Anpassung des Vertrages auseinandersetzen müssen. Schließlich könnten die „Patientengrundrechte“ aus dem Patientenrechtgesetz sowie die zuständigen beschwerdestellen zum Zwecke der Information aller Patientinnen und Patienten auch in die AHB aufgenommen werden.

2. Verbesserungen im Bereich des Risikomanagements

Im Bereich des Risikomanagements hält der Sozialverband VdK Deutschland die folgenden Maßnahmen für sinnvoll:

- Aufbau eines **bundesweit zuständigen einheitlichen zentralen Behandlungsfehlerregisters für Fehlermeldungen aus allen Versorgungsbereichen** (Ärzte und Zahnärzte, Pflege, Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgung etc.), welches nicht lediglich bewiesene Behandlungsfehler, sondern auch (bisher) ungeklärte Fälle von Behandlungsfehlerverdacht und Beinahe-Fehler erfasst, wissenschaftlich ausgewertet und zur Verbesserung des Fehler- und Risikomanagements zur Verfügung stellt. Alle Akteure des Gesundheitssystems sind verpflichtet, entsprechende Vorkommnisse mindestens anonym an das zentrale Behandlungsfehlerregister zu

melden. Das zentrale Behandlungsfehlerregister sollte bei einer möglichst neutralen Organisation (z.B. IQWiG) angesiedelt sein und alle gemeldeten Daten auch der Öffentlichkeit zugänglich machen.

- Implementierung eines **bundeseinheitlichen Fehler- und Risikomanagements** mit Anschluss an das Fehlermeldesystem (zentrales Register) im stationären und ambulanten Bereich sowie in der Pflege unter Einbeziehung der bestehenden sektoralen, professionellen und leistungsrechtlichen Versorgungsschnittstellen
- Ein **gesetzlicher Ausschluss von arbeitsrechtlichen Sanktionen bei Meldungen eigener und fremder Fehler** wird nicht als zielführend erachtet, da so nicht mehr die Möglichkeit für den Arbeitgeber besteht, qualitativ insgesamt nicht mehr zufriedenstellend arbeitendes Personal zu Gunsten vor allem auch der Patientinnen und Patienten aus den entsprechenden Behandlungsprozessen zu entfernen. Die Möglichkeit zur anonymen Meldung kann jedoch gewährleisten, dass die Bereitschaft zur Meldung von Fehlern bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht sinkt.
- Als besonders wichtig erachtet der Sozialverband VdK Deutschland ein **Fehlermeldesystem im Bereich der (Krankenhaus-) Hygiene**, da hier bestehende Defizite besonders gravierende Folgen für eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten haben können.

3. Stärkung der Rechte von Opfern von Behandlungsfehlern

Grundsätzlich sind im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Thema Behandlungsfehler aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland drei Bereiche voneinander abzugrenzen und unterschiedlich zu gewichten:

- Im Vordergrund aller Bemühungen stehen muss die **Prävention von Behandlungsfehlern** und im Zusammenhang damit das Betreiben von Versorgungsforschung. Zur Unterstützung dieser Forderung sind vor allem die geforderten Verbesserungen im Bereich des Qualitäts- und Risikomanagements zielführend. Die Umsetzung dieser Forderungen ist auch bereits im Hinblick auf die beträchtlichen, durch Behandlungsfehler entstehenden Kosten für die Versicherungsgemeinschaft notwendig und stellt insofern auch eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes dar.
- Gewährleistet werden muss auch eine **wirksame Durchsetzung von Patienten-rechten bei Verdacht des Vorliegens eines Behandlungsfehlers**. Sinnvoll ist hier aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland eine Stärkung des außergerichtlichen (Mediations-)Verfahrens gegenüber dem gerichtlichen Verfahren. Denkbar wäre auch eine Normierung von speziellen Anforderungen an die Güteverhandlung gemäß § 278 Zivilprozessordnung (ZPO) für den Bereich der Geltendmachung von Ansprüchen aus Behandlungsvertrag.

Dabei sind die Patientinnen und Patienten bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler von ihren Krankenkassen verpflichtend durch gesetzlich festzulegende Maßnahmen (z.B. individuelle Beratung und Begleitung in allen Verfahrensstadien durch entsprechend qualifiziertes Krankenkassenpersonal, Verpflichtung zur Einholung mindestens eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen MDK etc.) zu unterstützen, das heißt die bisherige Ermessensleistung der Kassen gemäß § 66 SGB V wird ersetzt

durch einen **Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht durch ihre Krankenkasse.**

Das **Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen** ist insgesamt zu beschleunigen, es ist innerhalb einer gesetzlich festgelegten angemessenen Frist durchzuführen und abzuschließen. Außerdem sind die Verfahrensordnungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstelle in Anlehnung an ein rechtsstaatliches Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren bundesweit einheitlich auszugestalten. Insbesondere muss die Stellung der Patientinnen und Patienten im Verfahren aufgewertet werden, sinnvoll sind vor allem umfangreichere Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Verfahren (z.B. durch Schaffung umfangreicherer Anhörungs- und Einflussnahmerechte, insbesondere die Auswahl des medizinischen Sachverständigen betreffen) sowie die Schaffung von mehr Transparenz (z.B. durch öffentliche Anhörungen und öffentliche Sitzungen und Beratungen der entscheidenden Gremien). Darüber hinaus sind Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu beteiligen. Darüber hinaus sollten diese Organisationen zur Verhinderung einer gerichtlichen Auseinandersetzung zu-künftig verstärkt zur Durchführung von **Mediationen** unter Einbeziehung aller Beteiligten beitragen

Bereits im Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wird deutlich, dass das **Gutachten des medizinischen Sachverständigen** im Verhältnis zu den formell- und materiellrechtlichen Rahmenbedingungen eine herausragende Rolle spielt. Dies gilt nicht lediglich für (außer-) gerichtliche Auseinandersetzungen im Bereich des Arzthaftungsrechts, sondern gleichsam für den gesamten Bereich des Sozialrechts. In der Praxis ist die Qualität medizinischer Gutachten – insbesondere des – MDK nicht befriedigend. Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb die Etablierung eines bei einer neutralen Stelle angesiedelten **unabhängigen Instituts für die Erstellung medizinischer Sachverständigengutachten**. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Institut haben ihre Unabhängigkeit nachzuweisen und müssen eine besondere Fortbildung für den Bereich der Erstellung medizinischer Sachverständigengutachten absolviert haben. Darüber hinaus sind verbindliche gesetzliche Qualitätsanforderungen an medizinische Sachverständigengutachten zu normieren und kontinuierlich an Änderungen der Rechtslage und den Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen. Insbesondere sollte eine Verpflichtung zur Beachtung von medizinischen Leitlinien bei der Begutachtung festgeschrieben werden. Schließlich sollten medizinische Sachverständige zukünftig nicht mehr durch die Krankenversicherung, die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bzw. die Gerichte ausgewählt, sondern von dem benannten Institut auf Anfrage unter Berücksichtigung des mitgeteilten Sach- und Streitstandes vom Institut zugewiesen werden.

Das **gerichtliche Verfahren** ist im Grundsatz ebenfalls zu beschleunigen, es müssen insbesondere verbindliche Fristen für die Erstellung und Auswertung von Gutachten normiert werden. Darüber hinaus sollten alle Fälle im Bereich der Geltendmachung von Ansprüchen aus einer Heilbehandlung streitwertunabhängig an flächendeckend bei den Landgerichten einzurichtende Spezialkammern verwiesen werden, die mit einer ausreichenden Anzahl von medizinisch und juristisch speziell qualifizierten Richtern besetzt sind.

Schließlich ist zu prüfen, ob ein **Entschädigungsfonds** für Fälle errichtet werden sollte, in denen der Behandlungsfehlervorwurf zwar nicht vollständig entkräftet werden konnte, die Beweislage jedoch trotzdem nicht zur Überzeugung des Gerichts vom Vorliegen eines Behandlungsfehlers geführt und damit auch nicht zu einer Entscheidung zu Gunsten des Geschädigten ausgereicht hat. Dies sind vor allem die Fälle des *non liquet*, also einer Verfahrenssituation, in welcher der Tatsachenvortrag weder von der einen noch von der anderen Seite bewiesen werden kann, der tatsächliche Sachverhalt also unklar bleibt, obschon der Behandlungsfehlervorwurf von der Behandlerseite nicht vollständig ausgeräumt werden kann. In diesen Fällen erscheint es unbillig, wenn der Geschädigte keinen Ausgleich erhält, obwohl die Schädigung in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einem Behandlungsgeschehen gestanden hat. Andererseits erscheint es ebenso unbillig, die Behandlerseite für einen Schaden haften zu lassen, der auf einem schicksalshaften Verlauf beruht und gerade nicht auf einem Behandlungsfehler.

Vor diesem Hintergrund müssen auch zur Erlangung von Leistungen aus einem Entschädigungsfonds Kriterien (z.B. im Hinblick auf die Verursachungswahrscheinlichkeit) aufgestellt werden, deren Erfüllung zu einem Anspruch auf Leistungen aus dem Fonds berechtigt. Dies ist nötig, damit es nicht zum Missbrauch des Fonds in Fällen kommt, in denen ein Behandlungsfehlervorwurf geltend gemacht wurde, für den es im vorherigen Gerichtsverfahren jedoch keinerlei Anhaltspunkte gab bzw. in denen tendenziell von einem schicksalhaften Verlauf auszugehen ist.

Der Entschädigungsfonds müsste zur Gewährleistung einer unabhängigen Entscheidung über die Anträge bei einer neutralen Stelle angesiedelt werden und ist mit finanziellen Mitteln der Behandlerseite bzw. ihren Berufshaftpflichtversicherern zu errichten. Die aus dem Fonds zur Verfügung zu stellenden Mittel sollen weder den nicht durchsetzbaren Anspruch auf Schadensersatz ersetzen, noch sollten sie in Konkurrenz zu anderen denkbaren Leistungsansprüchen bei Krankheit (z.B. Erwerbsminderungsrente, Sozialhilfe etc.) treten. Vielmehr können die Leistungen aus dem Fonds aus Billigkeitsgründen lediglich eine Art Schmerzensgeldfunktion erfüllen.

4. Optimierung der Leichenschau

Im Bereich der Leichenschau sollte die Vornahme der Leichenschau grundsätzlich nicht durch den behandelnden Arzt, sondern durch einen speziell fortgebildeten, unabhängigen Leichenschauarzt erfolgen. Ergänzend sollte eine Fortbildung im Bereich der Leichenschau für alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtend sein. Ein bundeseinheitlicher Leichenschauschein ist notwendig, um insbesondere für den Bereich der Qualitätssicherung eine bundesweit einheitliche Datenlage zu schaffen. Insbesondere im Zusammenhang mit der Forderung nach einem bundeseinheitlichen Fehlermelderegister ist eine Rubrik „*unerwarteter Tod im Zusammenhang mit ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahme*“ in den Leichenschauschein aufzunehmen, wobei diese Rubrik zu Zwecken einer weiterführenden wissenschaftlichen Auswertung des Versorgungsgeschehens insbesondere zum Zweck der Qualitätssicherung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung um die durchgeführte ärztliche bzw. pflegerische Maßnahme zu ergänzen ist.

5. Stärkung der kollektiven Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen

Die kollektiven Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen müssen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weiter gestärkt werden. Hierzu sind außerdem die notwendigen finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere in den folgenden Gremien ist eine Stärkung der kollektiven Beteiligungsrechte geboten:

- Im **Gemeinsamer Bundesausschuss** sollten die Mitberatungsrechte der Patientenvertreterinnen und -vertreter der Organisationen gemäß § 140 f Absatz 2 Satz 3 SGB V gestärkt werden, im Übrigen wird ein Stimmrecht in Verfahrensfragen gefordert.
- Vergütungsfragen haben einen wesentlichen Einfluss auf die reale Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten. Deshalb sollten Patientenvertreterinnen und -vertreter zumindest ein Antrags- und Mitberatungsrecht im **(erweiterten) Bewertungsausschuss** erhalten.
- Im Bereich **Pflegeversicherung** sind ebenfalls analoge Beteiligungs- und Mitberatungsrechte zu schaffen.
- Darüber hinaus wird ein **Verbandsklagerecht** der anerkannten Patientenorganisationen gemäß § 140 f Absatz 2 bzw. § 140 g SGB V in Verbindung mit der Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV) für den Bereich der Gesundheitsversorgung gefordert. Dieses ist entsprechend den bereits existierenden Verbandsklagerechten im Umwelt- und Verbraucherschutzrecht bzw. dem *Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen* auszugestalten.
- Auch die **Versichertenbeteiligung** muss ausgeweitet und grundsätzlich reformiert werden. Die gegenwärtigen rechtlichen Regelungen ermöglichen nicht allen Versichertengruppen und deren Organisationen den **fairen Zugang zu Sozialwahlen**, so dass sie in den Selbstverwaltungsgremien nicht adäquat repräsentiert sind. Der Sozialverband VdK Deutschland, der auch andere Versichertengruppen wie Rentner und pflegende Angehörige vertritt und ein breiteres Selbstverständnis hat, kann nicht mit einer eigenen Liste unter eigenem Namen antreten. Die freie Liste unter dem Namen des Listenführers ist keine Alternative, sondern bedeutet einen erheblichen Nachteil im Wettstreit um die Stimme der Versicherten. Im Übrigen ist die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien mit Arbeitgebervertretern unter dem Gesichtspunkt der Wahrnehmung von Patienteninteressen nicht mehr zeitgemäß.

6. Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern

Im Bereich der Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Sozialleistungsträger und Leistungserbringer hält der Sozialverband VdK Deutschland die folgenden weiteren Maßnahmen für notwendig:

- Der **Ausbau der Kooperation der Leistungsträger und die Koordination der unterschiedlichen Leistungen** ist voranzutreiben, z.B. in Form eines verpflichtend durchzuführenden Fallmanagements oder durch integrierte Behandlungspläne. Hier ist das Vollzugsdefizit des § 11 Absatz 4 SGB V nachhaltig zu beseitigen. Gleichzeitig sind hinreichend bestimmbare Anforderungen an das in § 11 Absatz 4 SGB V geforderte

Versorgungsmanagement zu stellen, die Vorschrift ist unter Berücksichtigung aller am Versorgungsgeschehen teilnehmenden Gesundheitsdienstleister zu konkretisieren.

- Bei der Feststellung einer Verletzung von geltenden Verfahrensvorschriften durch Kranken- und Pflegeversicherungen sind **Sanktionen** vorzusehen. Außerdem haben die Sozialversicherungen insbesondere den Inhalt von Informations- und Beratungsgesprächen ausreichend schriftlich zu dokumentieren und dem Versicherten sofort auszuhändigen. Die Beweislast bei fehlender oder unvollständiger Dokumentation trägt im Falle der Geltendmachung eines sozialrechtlichen Herstellungs- bzw. eines Amtshaftungsanspruches die Kranken- bzw. Pflegeversicherung.
- Die **Sicherheit von Medizinprodukten** ist durch geeignete Maßnahmen zu erhöhen. Hierzu gehört vor allem die Einführung eines öffentlich zugänglichen Registers für Produkte hoher Risikoklassen.
- Die **Verbesserung der Arzneimittelversorgung** ist ebenfalls notwendig: Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie wird gefordert, dass geschlechtsspezifisch und altersspezifisch abweichende Arzneimittelwirkungen von den Herstellern bei der Durchführung von klinischen Zulassungsstudien berücksichtigt werden müssen und die Durchführung dieser Studien zu den Zulassungsvoraussetzungen für Arzneimittel gehört.
- Die **Beschleunigung der Bearbeitung von Leistungsanträgen** durch die zuständigen Sozialleistungs- bzw. Sozialversicherungsträger ist durch die Einführung einer gesetzlichen Bearbeitungsfrist zu gewährleisten, da insbesondere im Bereich der Gesundheitsleistungen die verspätete Antragsbearbeitung und Entscheidung zu erheblichen gesundheitlichen und finanziellen Problemlagen führen kann. Bei Nichteinhaltung dieser Frist sind Sanktionen zu verhängen.
- Für den Bereich der **Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)** ist ein gesetzlicher Rahmen zu schaffen, der gewährleistet, dass diese Leistungen niemandem aufgedrängt werden, nicht zu Ersetzung von Leistungen insbesondere nach dem SGB V führen und nur nach umfassender Aufklärung über Inhalt und Preis sowie vorheriger schriftlicher Einwilligung erbracht werden.
- Die vertragliche Ausgestaltung von **Selektivverträge** (z.B. gemäß §§ 73 b, 73 c und §§ 140 a ff. SGB V) ist für die gesetzlich Versicherten intransparent, da ihre Inhalte ausschließlich in Verträgen zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern beschrieben sind. Damit sich auch die Patientinnen und Patienten zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Teilnahme an selektivvertraglich geregelten *besonderen Versorgungsformen* über die versorgungsrelevanten Inhalte der Verträge ausreichend informieren können ist eine Veröffentlichungspflicht zu normieren, die alle versorgungsrelevanten Vertragsinhalte umfasst. Die versorgungsrelevanten Inhalte sind von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde der Krankenkasse zu bestimmen.

III. Gesamtbewertung und Ausblick

Zusammenfassend bewertet der Sozialverband VdK Deutschland e. V. den Antrag *Für ein modernes Patientenrechtegesetz* wie folgt:

1. Der Sozialverband VdK Deutschland e.V. unterstützt das parteiübergreifende Ansinnen zur Schaffung eines modernen Patientenrechts. Wesentliche Zielsetzung muss die **Verbesserung der Information, Beratung, Aufklärung und Unterstützung von Patientinnen und Patientinnen** zur Verwirklichung ihrer individuellen Patientenrechte sein.

Deshalb müssen insgesamt vor allem Maßnahmen im Vordergrund stehen, die das Wissen der Patientinnen und Patienten um ihre Rechte und damit ihre Position gegenüber Gesundheitsdienstleistern, Kranken- und Pflegeversicherungen sowie Sozialleistungs- und Sozialversicherungsträgern insgesamt stärkt.

2. Ergänzend spricht sich der Sozialverband VdK Deutschland e.V. für die Stärkung und den Ausbau der in Deutschland bereits existierenden Patientenrechte aus und weist darauf hin, dass vor allem die bestehenden **Vollzugsdefizite** nachhaltig beseitigt werden müssen. Zu prüfen ist die Einführung von Sanktionen (z.B. Verhängung von Bußgeldern) bei Verstößen gegen die geltenden Patientenrechte.
3. Der Sozialverband VdK Deutschland e.V. fordert vor allem eine **Weiterentwicklung der bestehenden Patientenrechte und die Formulierung ergänzender Patientenrechte** unter besonderer Berücksichtigung bestehender Vollzugsdefizite. Die Kodifizierung aller bereits existierenden Patientenrechte in einem einheitlichen Patientenrechtegesetz greift aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland zu kurz und ist nur bedingt geeignet, mehr Transparenz im Hinblick auf die aktuelle Rechtslage im Bereich der Patientenrechte zu gewährleisten.