

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0097(4)

gel. VB zur Anhörung am 26.1.

11_Patientenrechtegesetz

18.01.2011

Stellungnahme der KZBV

zum Antrag der Abgeordneten**Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner,
weitere Abgeordnete und der Fraktion der SPD****„Für ein modernes Patientenrechtegesetz“
(BT-Drs. 17/907)**

Die KZBV begrüßt im Grundsatz die Initiative, die verschiedenen Bestimmungen zu den Patientenrechten weitergehend zu kodifizieren, zusammenzufassen und dabei teilweise auszuweiten. Damit wird die unbefriedigende Tatsache aufgegriffen, dass wesentliche Regelungen zum Behandlungsvertrag nicht kodifiziert, sondern von der Rechtsprechung entwickelt worden sind. In sozialversicherungsrechtlichen Behandlungsverhältnissen ist sogar die bloße Existenz eines Behandlungsvertrages nach wie vor umstritten. Dies erschwert unnötig den Zugang der Betroffenen zu ihren Rechten.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass Patientenrechte im Bereich der zahnmedizinischen Behandlungen auch inhaltlich weitergehend kodifiziert sind als in anderen Bereichen. Dabei haben Normgeber verschiedener Ebene auf die Tatsache reagiert, dass zahnärztliche Behandlungen in einer Vielzahl von Fällen einerseits zumeist nicht vital indiziert und damit planbar sind, und zum anderen eine solche Planung auch wegen der zum Teil nicht unerheblichen Kostenbelastungen und der erforderlichen Mitarbeit des Patienten zur Sicherstellung des Behandlungserfolges angezeigt ist. Dies gilt zum Beispiel im Rahmen des gesetzlich normierten Festzuschusssystem für Zahnersatz gem. den §§ 55 ff, 87 Abs. 1 a SGB V sowie auf bundesmantelvertraglicher Grundlage für die Leistungsbereiche Kieferorthopädie, Parodontologie und Kieferbruch.

Im Rahmen des Festzuschussystems bei Zahnersatz erfolgt auch die Rechnungslegung des Zahnarztes unmittelbar gegenüber dem Patienten und dieser ist in der Regel auch unmittelbar in den Zahlungsfluss eingebunden, so dass eine Kenntnis der Behandlungsinhalte und der damit verbundenen Kosten ebenso sichergestellt ist wie eine Prüfmöglichkeit der Rechnungslegung selbst. In diesem Zusammenhang sowie im Bereich kieferorthopädischer Behandlungen sind zudem gesetzlich zum Teil permanente oder temporäre Selbstbehalte des Versicherten vorgesehen, mit denen u.a. die erforderliche Mitarbeit des Versicherten gefördert werden soll.

Unabhängig davon hat der Gesetzgeber gerade im Bereich der Sozialversicherung bereits weitgehende Bestimmungen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und dabei auch zur Patientenbeteiligung in den §§ 135 ff, 140f bis h SGB V vorgenommen.

Der vorliegende Antrag beinhaltet keinen ausgearbeiteten Gesetzentwurf, sondern beschränkt sich zum Teil auf die Beschreibung allgemeiner Zielsetzungen, die eine abschließende Beurteilung der damit gerade für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eventuell verbundenen Implikationen z. Zt. noch nicht ermöglicht. Die KZBV beschränkt sich in ihrer Stellungnahme daher auf solche Themenbereiche, die voraussichtlich Auswirkungen auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung entfalten dürften.

1. Kodifizierung der Patientenrechte

Die KZBV begrüßt im Grundsatz die Zielsetzung, bisher im Wesentlichen von der Rechtsprechung entwickelte Grundsätze, insbesondere zum zivilrechtlichen Behandlungsvertrag eindeutig gesetzlich zu regeln. In diesem Zusammenhang wird angeregt, dabei klarzustellen, dass diese gesetzlichen Bestimmungen zum Behandlungsvertrag selbstverständlich auch den Behandlungen zu Grunde zu legen sind, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung durchgeführt und abgewickelt werden. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass alle Behandlungen auf derselben gesetzlichen Grundlage durchgeführt werden und alle Beteiligten dabei gleichen Rechten und Pflichten unterliegen.

Eine Vielzahl der, in dem Antrag angesprochenen Einzelpunkten legt allerdings die Bewertung nahe, dass eine zum Teil deutliche Ausweitung bereits jetzt bestehender formaler Verpflichtungen des behandelnden Zahnarztes vorgesehen ist, bzw. dass noch weitere entsprechende Verpflichtungen begründet werden sollen. Da derartige Zielsetzungen z. Zt. in der Regel nur allgemein formuliert werden, ist eine abschließende Bewertung noch nicht möglich. Es ist allerdings allgemein hervorzuheben, dass eine solche Initiative mit besonderem Augenmaß durchgeführt werden muss, wenn sie die Zielsetzung einer verbesserter Qualitätssicherung und einer Stärkung der Patientenrechte nicht in ihr Gegenteil verkehren will. Dies wird in der allgemeinen Begründung des Antrages unter I. im Zusammenhang mit einer eventuellen vollständigen Beweislastumkehr sehr zutreffend selbst angesprochen. Zudem wird kritisch zu überprüfen sein, ob die Vielzahl der, in dem Entwurf zumeist nur kurz angesprochenen Dokumentations-, Überprüfungs- und Beteiligungsverfahren tatsächlich sinnvoll umsetzbar sind, ohne dass dadurch die eigentliche Behandlungstätigkeit, die zum Teil bereits jetzt durch überproportionale formale Anforderungen stark eingeschränkt wird, vollends zu einer bloßen Nebentätigkeit des (Zahn)Arztes degradiert würde. In diesem Zusammenhang wäre auch die, mit den Einzelmaßnahmen jeweils verbundenen Zeit- und Kostenaufwendungen kritisch zu überprüfen.

Insbesondere im Bereich der sozialen Krankenversicherung und dem dort alleine noch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung geltenden Grundsatzes einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen in Orientierung an der jeweiligen Grundlohnsummensteigerung existieren seit Jahren keinerlei finanzielle Ressourcen zur Finanzierung weiterer Leistungen. An diesem Grundsatz will der Antrag offenbar auch nichts ändern. Im Gegenteil wird die Notwendigkeit zusätzlicher finanzieller Aufwendungen in diesem lediglich an zwei Stellen, nämlich hinsichtlich der Verbände und fachkundigen Organisationen gem. § 140g SGB V und hinsichtlich der unabhängigen Tätigkeit des IQWiG konkret angesprochen. Soweit dies die Bewertung implizieren sollte, dass alle in dem Antrag angesprochenen Maßnahmen kostenfrei zusätzlich aus den insgesamt bereits jetzt vorhandenen Finanzvolumina zu erbringen wären, würde dies eine tatsächliche Umsetzung einer Vielzahl dieser Initiativen entweder ausschließen oder aber gerade Inhalt und Qualität der Behandlungen selber einschränken müssen.

Generell unterstreicht der Antrag daher die Notwendigkeit, in jedem Falle eine kritische Kosten-Nutzen-Analyse der jeweils vorgesehenen Maßnahmen vorzunehmen und die für deren Umsetzung jeweils erforderlichen finanziellen Ressourcen auch tatsächlich sicherzustellen.

2. Dokumentation und Fehlermanagement

Der Antrag beinhaltet u.a. die Forderung nach einem Recht des Patienten auf vollständige Dokumentation, auf Einsicht in diese sowie auf die Übergabe von Kopien. Zudem soll ein Programm zur Förderung von Risiko- und Fehlermanagement eingeführt und das Fehlermanagement auf die ambulante Versorgung ausgeweitet werden.

Der Zahnarzt ist seit jeher bereits berufsrechtlich zu einer umfassenden zahnärztlichen Dokumentation verpflichtet (vgl. nur § 12 der Musterberufsordnung der BZÄK). Dies umfasst auch das Recht auf Einsichtnahme und auf die Erlangung von Kopien gegen Erstattung der Kosten. Bereits unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten besteht auch heute bereits eine Verpflichtung zur umfassenden Dokumentation, so dass auch konkrete Maßnahmen zur Erhöhung der diesbezüglichen Anforderungen nicht ersichtlich sind. Zudem nehmen Maßnahmen der Dokumentation im Bereich der Krankenbehandlung und -versorgung generell bereits jetzt einen erheblichen Teil der Tätigkeit der Behandler ein. Eine Ausdehnung der diesbezüglichen Bestimmungen müsste daher sehr kritisch auf die damit ggfs. verbundenen weiteren Mehraufwendungen für alle Beteiligten und darauf überprüft werden, wie und von wem die damit verbundenen Kosten getragen werden könnten.

Wenig konkret sind z. Zt. auch noch die Aussagen zum Risiko- und Fehlermanagement. Die augenblicklichen Aussagen basieren offenbar auf bereits eingeführten Systemen im Krankenhausbereich, deren Ausdehnung auf die ambulante Versorgung gefordert wird. Die in diesem Zusammenhang weiterhin erhobene Forderung nach gesetzlichem Ausschluss von arbeitsrechtlichen Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler verdeutlicht die Problematik dieses Ansatzes insgesamt. Die ambulante Versorgung wird weitestgehend durch niedergelassene (Vertrags-)(Zahn-)Ärzte sichergestellt, die sich nicht in einem Anstellungsverhältnis befinden. Soweit sich eine Einführung von Fehler-

managementsystemen in diesem Bereich überhaupt tatsächlich als sinnvoll erweisen sollte, wären daher insofern nicht arbeitsrechtliche, sondern z. B. berufs- oder disziplinarrechtliche Sanktionen auszuschließen. Zudem wäre auch in diesem Zusammenhang wiederum eine kritische Kosten-Nutzen-Bewertung erforderlich.

3. Haftungsrecht

Im Zusammenhang mit der Stärkung der Opfer von Behandlungsfehlern wird in dem Antrag die Einführung weiterer Beweiserleichterungen über die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler hinaus gefordert, ohne dass dabei eine vollständige Beweislastumkehr vorgesehen werden soll. Diese pauschale Forderung steht im Gegensatz zu der generellen Begründung des Antrages, in dem zutreffend darauf hingewiesen wird, dass die Rechtsprechung, die z. Zt. von einer Beweislastumkehr beim Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers ausgeht, zu einer ausgewogenen Risikoverteilung geführt hat.

Eine in diesem Zusammenhang thematisierte noch weitere Haftungsverschärfung bis hin zur verschuldensunabhängigen Haftung, die der Antrag im Zusammenhang mit der Einrichtung alternativer Entschädigungssysteme anspricht, bzw. eine Absenkung des Beweismaßes auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit würden diese ausgewogene Risikoverteilung zu Lasten des Behandlers verschieben. Dies könnte nach außen sicherlich plakativ als besondere Verbesserung der Rechtsstellung der Patienten dargestellt werden. Ob dieses Ziel allerdings tatsächlich erreicht würde, müsste sehr wesentlich davon abhängen, ob durch derartige Einzelregelungen, Tendenzen einer Defensivmedizin bzw. die Verweigerung von Behandlungen insgesamt, wegen unübersehbarer und wirtschaftlich auch nicht mehr versicherbarer Behandlungsrisiken vermieden werden können.

Die Maximierung von Sorgfalts- und Haftungsmaßstäben muss geradezu eine Maximierung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen provozieren, um dadurch jedes auch noch so unwahrscheinliche Risiko nach Möglichkeit von vorneherein auszuschließen. Damit wären aber nicht nur zusätzliche, im Regelfall unnötige Aufwendungen und Kosten verbunden, sondern auch zusätzliche Belastungen für den Patienten selber. Dieser müsste für die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen jeweils persönlich zur Verfügung stehen und ggfs. die damit für ihn verbundenen Zeit-

aufwendungen und Kosten zusätzlich tragen. Vor der Normierung entsprechender Verpflichtungen der Behandler sollte daher zunächst geklärt werden, ob überhaupt die Bereitschaft hierzu seitens der Patienten tatsächlich vorhanden ist.

Die in diesem Zusammenhang lediglich kurz angesprochenen Maßnahmen einer verpflichtenden umlagefinanzierten Versicherungslösung im Bereich der Arzthaftung oder der Einrichtung alternativer Entschädigungssysteme im Rahmen einer verschuldensunabhängigen Haftung verfolgen ersichtlich das nachvollziehbare Ziel einer möglichst umfassenden und für den Betroffenen unproblematischen Entschädigungsregelung bei jeglichen negativen Auswirkungen (zahn-)medizinischer Behandlungen. Gerade die Forderung nach einer verschuldensunabhängigen Haftung bzw. Entschädigung reflektiert die Tatsache, dass sich ein bestimmter Behandlungserfolg infolge der nicht in vollem Umfang vorhersehbaren Reaktionen des menschlichen Organismus nicht garantieren lässt. Eventuelle Behandlungsmisserfolge sind daher nicht in jedem Falle auf Behandlungsfehler zurückzuführen, sondern können auch schicksalshafte Entwicklungen darstellen.

Die Einbeziehung der Realisierung derartiger allgemeiner Lebensrisiken in ein umfassendes Entschädigungssystem wäre von vorneherein mit dem besonderen Risiko einer praktisch unbegrenzten Nachfrage in diesem verbunden. Damit stellt sich im besonderen Maße die Frage nach einer Finanzierbarkeit solcher Systeme durch die Allgemeinheit. Die Zurverfügungstellung einer vermeintlich kostenlosen Entschädigung für jedermann für jeden Behandlungsmisserfolg würde zudem das erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen (Zahn-)Arzt und Patient unterminieren, da aus der Sicht des Betroffenen jeder, auch unverschuldete Misserfolg einen Eingriff des Behandlers in seine Rechte darstellt und diesem daher zumindest indirekt zuzurechnen ist. Auch vor diesem Hintergrund sind derartige Systeme, die sich insgesamt auch auf Dauer als nicht finanzierbar erweisen werden, abzulehnen.

4. Individuelle Gesundheitsleistungen

Der Begriff der sogenannten „Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)“ stammt aus dem Bereich der ärztlichen Behandlung. Demgegenüber sind zahnärztliche Behandlungen dadurch gekennzeichnet, dass in praktisch allen Leistungsbereichen bei einem vor-

gegebenen Befund seit jeher vielfältige Behandlungsalternativen existieren. Darauf hat der Gesetzgeber z. B. mit der Einführung des Festzuschusssystem bei Zahnersatz in den §§ 55 ff, 87 Abs. 1a SGB V oder der Regelung von Mehrkostenvereinbarungen in § 28 Abs. 2 SGB V reagiert. Soweit der Antrag daher u.a. fordert, dass derartige Leistungen nicht zur Ersetzung von Leistungen nach dem SGB führen dürften, würden dadurch gesetzlich Krankenversicherte ohne Not in weiten Bereichen vom zahnmedizinischen Fortschritt abgeschnitten, bzw. ihnen die Möglichkeit genommen, auf Wunsch Versorgungsformen in Anspruch zu nehmen, die aus ihrer Sicht komfortabler oder ästhetischer wirken und für die sie bereit sind, die Mehrkosten selbst zu tragen. Eine Berechtigung für den Ausschluss des Zugangs zu derartigen Versorgungsformen für gesetzlich Krankenversicherte ist allerdings nicht ersichtlich.

Bei derartigen Versorgungsformen handelt es sich um privatärztliche Leistungen. Es ist nicht ersichtlich und wird in dem Antrag auch nicht näher dargelegt, wie alle derartigen Leistungen einer „umfassenden Qualitätssicherung- und kontrolle“ unterworfen werden sollten. Wie an anderer Stelle auch erweckt der Antrag damit den Anschein, dass generell die Einführung weiterer Dokumentations-, Überprüfungs-, Kontroll- und Sanktionsmechanismen gefordert wird. Die Frage der Relation der dafür erforderlichen Zeitaufwendungen aller Beteiligten in Relation zur noch zur Verfügung stehenden Behandlungszeit selber bleibt dabei ebenso unerörtert, wie die Frage der damit verbundenen Kosten.

5. Kollektive Patientenbeteiligung

Der Antrag fordert pauschal eine Stärkung der Verbände und fachkundigen Organisationen gem. § 140g SGB V und dabei insbesondere die Einführung eines Stimmrechtes für die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Grundsätzlich ist eine stärkere Beteiligung der Patienten an der Planung, Durchführung und Abwicklung der (zahn-)ärztlichen Behandlung in vollem Umfang zu begrüßen. Dies wird auch vor dem Hintergrund einer zunehmend besseren Information der Patienten über (zahn-)ärztliche Fachfragen ermöglicht. Durch eine weitergehende Einbeziehung des unmittelbar betroffenen Patienten in die Entscheidung über (zahn-)ärztliche Behand-

lungsmaßnahmen wird deren Akzeptanz ebenso verbessert, wie deren Erfolgsaussichten.

Demgegenüber ist die Institutionalisierung der Patientenbeteiligung durch selbst gebildete Organisationen grundsätzlich kritisch zu bewerten. Dies gilt insbesondere, wenn diese, wie im Bereich des G-BA, aktiv an Normsetzungsprozessen beteiligt werden sollen. Auch wenn für die untergesetzliche Normsetzung insofern Einschränkungen als verfassungsrechtlich zulässig angesehen werden, ist jedenfalls in Normsetzungsprozessen eine demokratische Legitimation der daran Beteiligten erforderlich. Diese ist bereits hinsichtlich des G-BA in seiner jetzigen Strukturierung nach wie vor nicht unumstritten. Wenn in diesem zum Teil selbst ernannten Expertenorganisationen ein aktives Stimmrecht zugewiesen werden soll, müssten diese Organisationen aber selbst auch über eine demokratische Legitimation verfügen, die z. Zt. gesetzlich in keiner Weise geregelt ist.

Zudem ist bei Organisationen, die ggfs. entscheidend über (zahn-)medizinische Sachverhalte oder Qualitätsmaßstäbe zu befinden haben, ebenfalls ein Mindestmaß an qualitätsgesichertem Sachverstand zu fordern. Dies scheint jedenfalls innerhalb des G-BA auch aus Sicht des Gesetzgebers z. Zt. noch nicht sichergestellt, da dieser in § 140f Abs. 6 mit dem GKV-WSG gerade die Notwendigkeit gesehen hat, den G-BA zu verpflichten, diese Organisationen bei der Durchführung ihres Mitbestimmungsrechtes, insbesondere durch Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen zu unterstützen. Auch vor diesem Hintergrund wäre daher vor einer Einbeziehung neuer Organisationen in den Normsetzungsprozess nicht nur deren demokratische, sondern auch qualitative Legitimation zu prüfen und ggfs. gesetzgeberisch sicherzustellen.

Mitentscheidung bedeutet zudem auch Mitverantwortung. Daher wären ggfs. auch entsprechende Haftungsbestimmungen aufzunehmen und sicherzustellen, dass die entsprechenden Organisationen diese Ansprüche ggfs. auch befriedigen können. Ein tragfähiges Gesamtkonzept hierzu ist dem Antrag allerdings noch nicht zu entnehmen.