

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0097(9)

gel. VB zur Anhörung am 26.1.

11_Patientenrechtegesetz

19.01.2011



Deutsche
Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V.

Stellungnahme der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

zum

Antrag der Fraktion der SPD

BT-Drs. 17/907

„Für ein modernes Patientenrechtegesetz“

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) ist der Fachverband zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, der Fachverband für Selbsthilfekontaktstellen und - gemäß Patientenbeteiligungsverordnung - maßgebliche Organisation für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gemäß § 140 f SGB V.

Die Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag verfolgt mit der Initiative für ein Patientenrechtegesetz das Ziel, die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass Patientinnen und Patienten im Sinne von mehr Transparenz und Rechtssicherheit ihre Rechte besser wahrnehmen und notfalls auch einfordern können. Sie entspricht damit einer zentralen Forderung auch von anerkannten Patientenverbänden. Die DAG SHG bedankt sich für die Gelegenheit einer Stellung nehmenden Äußerung zu dem Antrag der Fraktion der SPD vom 3. März 2010.

Patientinnen und Patienten können in Deutschland grundsätzlich auf eine umfassende, flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung vertrauen, die aufgrund des solidarisch geprägten sozialen Versicherungssystems besteht. Auf dem Hintergrund der negativen Bevölkerungsentwicklung im ländlichen Raum stellt sich aktuell die Herausforderung einer Sicherstellung wohnortnaher Versorgung. Zu problematisieren ist weiterhin die Tendenz zur Zweiklassen-Medizin mit z.T. langen

Wartezeiten. Hier stellt sich durchaus die Frage, ob nicht auch die gesicherte Erreichbarkeit medizinischer Versorgung patientenrechtlich gefasst werden könnte.

Durch die in der Gesetzesregelung des § 140 f SGB V gebündelten Mitberatungs- und Antragsrechte von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten bei Fragen der strukturellen Ausgestaltung und der Leistungen der medizinischen Versorgung wurden Beteiligungsmöglichkeiten für die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen geschaffen. Als maßgebliche Organisation für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen diese gesetzliche Normierung begrüßt und sich seit Einführung auch aktiv an den Gremien beteiligt. In der Weiterentwicklung dieser Tätigkeit sollte in Verfahrensfragen ein Stimmrecht eingeführt werden, wie es in dem Antrag der Fraktion der SPD auch vorgesehen und im Nachfolgenden noch ausgeführt wird. Auch weitere Maßnahmen zur besseren strukturellen Absicherung, Verbindlichkeit und Sichtbarkeit der ‚Patientenbank‘ sind anzustreben.

Individuelle Patientenrechte sind in Deutschland nicht in einem Gesetzeswerk kodifiziert, auf das Patientinnen und Patienten zurückgreifen können im Falle des Verdachts eines Behandlungsfehlers oder sonstigen Schadensfalles. Schon im Vorfeld fehlt es hier an niedrigschwelligen unabhängigen Mediationsverfahren zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzung, die für Patientinnen und Patienten oft unzumutbar und entwürdigend sind. Ohnehin erschließt sich die Auslegung des geltenden Rechtes aus verschiedensten Gesetzen den betroffenen Patientinnen und Patienten nicht ohne erheblichen Rechercheaufwand oder Einschaltung entsprechender juristischer Expertise. Richterliche Entscheidungen sind immer auch Einzelfallentscheidungen, welche nicht hinreichend sicher auf andere Einzelfälle anwendbar sind. Hier bedarf es einer konsequenten, klarstellenden und strukturierenden gesetzlichen Regelung unter Berücksichtigung der einschlägigen (höchst) richterlichen Entscheidungen. Hinzu kommt das Erfordernis einer Regelung weiterer Patientenrechte insbesondere zum Schutz von Patientinnen und Patienten, welche der zunehmenden Komplexität der gesundheitlichen Versorgung Rechnung trägt.

Ein zukunftsweisendes Patientenrechtegesetz muss vor diesem Hintergrund Vorhandenes bündeln, richterlich Entschiedenes einbeziehen und erkannte Entwicklungen berücksichtigen. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. begrüßt vor diesem Hintergrund die Initiative der SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag.

Die DAG SHG kann allen vorgeschlagenen Regelungspunkten zu A 1 bis 6 und B zustimmen. Zur Ausgestaltung der einzelnen Unterpunkte werden im Folgenden Anregungen zu einigen Einzelaspekten herausgearbeitet:

Zu A.1. **Behandlungsvertrag:**

Das Anliegen der SPD-Fraktion zur Konkretisierung von Aufklärungs- und Informationsrechten von Patienten ist nachdrücklich zu unterstreichen. Auch wenn das derzeit geltende Recht und die daraus von der Rechtsprechung abgeleiteten Rechtsgrundsätze durchaus schon weit reichende Vorgaben machen, gilt es die Vollzugsdefizite in diesem Bereich auszuräumen. Patienten sollen bereits während der laufenden Behandlung beim Arzt / der Ärztin oder im Krankenhaus in die Lage versetzt werden, ihre Rechte aktiv wahrzunehmen und sich über den Stand ihrer Behandlung zu erkundigen. Dabei hilft eine gesetzliche Ausformulierung ihrer Rechte.

Hier könnte eine Konkretisierung z.B. durch die Einführung und Weiterentwicklung von Instrumenten wie der „Patientenquittung“ erheblich zur Patientensouveränität beitragen.

Patienten, die heutzutage Einsicht in ihre Krankenakte verlangen, müssen sich nicht selten mit Arzt und Krankenhauspersonal auseinandersetzen. Sie setzen sich unweigerlich dem Verdacht aus, ein „schwieriger“ oder gar „querulatorisch veranlagter“ Mensch zu sein oder dem Arzt oder Krankenhaus das für die erfolgreiche Behandlung notwendige Vertrauen zu entziehen. Durch die Kodifizierung der Dokumentationspflicht der Ärzte und der Einsichtsrechte des Patienten wird der informierte Patient zum Normalfall. Der Vorschlag zur Korrektur von „falscher“ Dokumentation wird deswegen unterstützt. Zu fragen ist jedoch, ob diese Pflicht zur Vollständigkeit nicht auch berufsrechtlich unterlegt werden kann.

Die Ausformulierung der Selbstbestimmungs- und Einwilligungsrechte ist in der Tat

notwendig, da im Alltag der medizinischen Versorgung diesem Grundsatz oft nicht entsprochen wird bzw. entsprochen werden kann.

Zur Regelung der Verschwiegenheitspflichten für Professionelle wird angeregt, die Normierung auch um einen erweiterten Datenschutz zu ergänzen. Die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien führen zu komplexen Nutzungen in medizinischen Einrichtungen und zwischen Praxen. Die Regelung von Zugriffsmöglichkeiten auf Daten macht hier ganz neue Konventionen erforderlich. Hier wäre ein ergänzender Punkt zum Datenschutz in vernetzter Versorgung notwendig. In einer solchen Regelung wäre aus Sorge dafür zu treffen, dass Dokumente fälschungssicher sind. Da der Behandlungsdokumentation in Auseinandersetzungen um Behandlungsfehler eine zentrale Rolle zukommt, gilt es hier im Interesse der Patientenorientierung eigenständige Regelungen vorzusehen.

Das Anliegen zur Abstimmung unterschiedlicher Rechtsnormen in verschiedenen Gesetzen ist zu unterstützen. Durch eine Normierung der Rechte und Pflichten in einem Behandlungsvertrag würden Klarstellung und Verbindlichkeit erreicht, die für Patient/innen zurzeit nicht durchgängig möglich sind. Die DAG SHG begrüßt die Regelungsvorschläge.

Die Formulierung im Antrag der SPD zum Recht der Patient/innen auf fachgerechte Behandlung nach dem wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard für die jeweiligen Heilberufe/Gesundheitsfachberufe, berücksichtigt nicht die Qualitätsstandards zur Behandlung einzelner Indikationen. Diesem Ziel dienen die Versorgungsleitlinien der Medizinischen Fachgesellschaften. Der Qualitätsförderung in der Medizin dient auch das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) welches von der ÄZQ organisiert wird. Leitliniengestützte medizinische Versorgung könnte auf dieser Grundlage ebenfalls Erwähnung in einem Behandlungsvertrag finden.

Zu A 2. Risikomanagement

Das Fehler- und Risikomanagement in medizinischen Einrichtungen sollte eine Selbstverständlichkeit moderner Versorgung sein. Da dies bisher noch nicht der Fall ist, und das Potential zur Vermeidung unnötiger Fehler damit nicht realisiert wird, gilt es diese Vorgaben verbindlicher zu gestalten. Die Antragsvorgaben werden deswegen ausdrücklich begrüßt.

Zu ergänzen wären die Vorschläge der SPD jedoch um ein systematisches und bundesweites Fehlerregister, das auch mit einem Register zu Medizinprodukten ergänzt werden sollte. Patienten wollen und sollen an medizinischen und technischen Innovationen rechtzeitig teilhaben. Eine Überprüfung und Dokumentation der Güte und Wirksamkeit ließe sich an Hand zentraler Register jedoch leichter realisieren. Patienten könnten damit eine Rückmeldung zu den eigenen individuellen Anwendungserfahrungen auch in einer auswertbaren verallgemeinerten Form bekommen. Schließlich können damit schnell und rechtzeitig Fehlentwicklungen in der Versorgung korrigiert werden.

Zu A 3. Behandlungsfehlermanagement

Eine verpflichtende Unterstützung von Versicherten durch ihre Krankenkassen bei Verdacht auf Behandlungsfehler und eine Weiterführung der bestehenden Kann-Bestimmung – wie sie im Antrag genannt wird – ist zu begrüßen. Nach den Vorgaben des § 66 SGBV können die Kassen eine solche Unterstützung schon heute leisten. Da dies aber nur einzelne Krankenkassen tun, bestehen große Ungerechtigkeiten für Versicherte. Kassen sollen nicht zu einer Rechtsschutzversicherung weiterentwickelt werden, aber bei der Klärung von möglichen Fehlern die Versicherten bis zu dem Zeitpunkt beraten und unterstützen, an dem gegebenenfalls Klage erheben oder ein Schiedsstellenverfahren angestrengt wird.

Will man die Position von Patientinnen und Patienten in gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren bei vermuteten Behandlungsfehlern verbessern, sind dafür Regelungen zur Beschleunigung von gerichtlichen Verfahren und für Beweislastentlastungen für Patienten bei groben Fehlern unabdingbar. Der Ansatz im Antrag wird hierzu nachdrücklich unterstützt. Es ist dringend erforderlich die faktische Ungleichheit der Verhandlungsakteure abzubauen.

Beweislasterleichterungen für Patienten in Behandlungsfehlerverfahren sind dringend notwendig.

Obwohl schon jetzt die ins Auge gefassten Regeln zur Beweislastumkehr in Fällen eines schweren Behandlungsfehlers oder der Verletzung der Dokumentationspflicht von der Rechtsprechung praktiziert werden. Entsprechend ausformulierte Regeln schaffen aber Rechtssicherheit. Insbesondere im Bereich der Verletzung der Dokumentationspflicht kann es zudem sinnvoll sein, gesetzlich festzuhalten, wie eine gesetzmäßige Dokumentation auszusehen hat und wann von einer Verletzung derselben auszugehen ist.

Es wird darüber hinaus angeregt, die Gesetzesinitiative um einen Punkt zu ergänzen, der für Arzthaftungsprozesse Vorgaben macht und die Feststellung der Einhaltung medizinischer Standard, zu Abweichungen davon und zur Kausalität zwischen Behandlungsfehler und dem eingetretenen Schaden zu einer Aufgabe der Amtsermittlung macht.

Das Ziel einer Verbesserung der Stellung von Privatgutachten wird unterstützt. Es entspricht einen vielfach vorgetragenen Wunsch von Patientenorganisationen.

Hierbei geht es nicht darum, gerichtliche Gutachten durch die Anordnung der Verwertung von Privatgutachten überflüssig zu machen. Ein Hauptproblem in der gerichtlichen Praxis liegt bei der Aufklärung der Frage, ob ein grober Behandlungsfehler vorliegt (und damit die Umkehr der Beweislast zu Gunsten des Patienten eintritt) oder nicht. Viele Gutachter – insbesondere auch die gerichtlich bestellten – scheuen sich, einem Kollegen ein entsprechend gravierendes Fehlverhalten zu attestieren. Privatgutachter, die von einer Partei darauf angesetzt werden, Fehler in der Behandlung zu ermitteln und diese mit einer kritischen Haltung gegenüber dem verantwortlichen Arzt sachverständig zu bewerten, sind viel eher geneigt, einen gravierenden Behandlungsfehler auch als solchen zu bezeichnen. Dabei steht über den Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) jedenfalls auch den Kassenpatienten eine kostenlose Möglichkeit zur Verfügung, an ein entsprechend sachverständiges Gutachten zu gelangen. Natürlich kann einem solchen Privatgutachten schon wegen der Parteilichkeit des begutachtenden Sachverständigen nicht dieselbe Bedeutung zugemessen werden wie einem im Auftrag des Gerichts erstellten Sachverständigengutachten. Bei der Stärkung von Privatgutachten geht es aber darum, Gerichte dazu anzuhalten,

private Gutachten überhaupt zu beachten und gerichtliche Sachverständige dazu anzuhalten, sich mit den von den Parteien vorgelegten Gutachten auseinanderzusetzen. Für den gerichtlichen Sachverständigen bedeutet das, dass er dazu Stellung nehmen muss, warum er beispielsweise der Bewertung des Privatgutachters als „grober Behandlungsfehler“ nicht folgt. Für das Gericht heißt das, dass es sich bei seiner Beweiswürdigung damit auseinandersetzen muss, ob die Verneinung eines groben Behandlungsfehlers plausibel ist.

Gerichte, die ihre Aufklärungspflicht ernst nehmen, werden auch heute schon in der beschriebenen Verfahrensweise verfahren. Häufig vernachlässigen Gerichte aber auch die Anforderungen an ihre eigene Überzeugungsbildung und schließen sich ohne kritische Prüfung der Bewertung des gerichtlichen Sachverständigen an. Um gleichwertige Standards zu gewährleisten, erscheint eine gesetzliche Regelung, die die Bedeutung von Privatgutachten in gerichtlichen Verfahren hervorhebt, sinnvoll. Eine Einbindung von Privatgutachtern im Falle eines vermuteten Heilbehandlungsfehlers ist abhängig von den Möglichkeiten, insbesondere den finanziellen Möglichkeiten betroffener Patient/innen. Ein System zugelassener oder öffentlich bestellter Gutachter mit einer verbindlichen Preisvorgabe (vergleichbar der Honorarordnung für Architekten und Ingenieure - HOAI) könnte die Hürde der Beauftragung eines Gutachters für Patient/innen verringern helfen.

Die Aufnahme von Patientenvertretern in Gremien zur Verhandlung von Behandlungsfehlern wird unterstützt. Notwendig dafür sind allerdings angemessene Ressourcen zur Erfüllung dieser meist ehrenamtlichen Tätigkeiten durch Regelungen für die Entschädigung des Aufwands.

Zu A 5. Kollektive Beteiligungsrechte der Patienten und Patientinnen

Ausdrücklich unterstützt wird die Forderung nach einer Stärkung der Patientenbeteiligung durch die Sicherstellung angemessener Ressourcen für die Beteiligung auf allen Ebenen.

Die anerkannten Patientenverbände auf Bundes- und Landesebene streben zur Zeit vorwiegend Beratungsrechte und eine Ausweitung der Stimmrechte in Verfahrensfragen an.

Das volle Stimmrecht, wie im Antrag der SPD formuliert, bedarf nach unserer Meinung im Vorfeld einer umfassenden strukturellen Stärkung der Patientenbank, um der dadurch wachsenden Verantwortung angemessen gerecht werden zu können.

Ergänzend sehen wir aktuellen Änderungsbedarf beim § 140 f SGB V. In seinem Abs. 3 ist ein Mitberatungsrecht nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 geregelt. Unseres Erachtens ist ein Mitberatungsrecht auch bei der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V erforderlich. Begrüßenswert hielten wir auch die Einführung eines Antragsrechtes für die Patientenvertretung in den Landesausschüssen.

Formulierungsvorschlag zu § 140 f Abs. 3 SGB V:

In den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 **und Nr. 3a** oder über die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen betroffen sind, erhalten die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht, **in den Landesausschüssen zudem ein Antragsrecht;**

.....

Zu A.6. letzter Spiegelstrich; Weiterentwicklung der Förderung der Selbsthilfe

Diesen Vorschlag begrüßt die DAG SHG sehr.

Als Folge der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz kodifizierten Beteiligungsrechte im Jahr 2003 werden die anerkannten Selbsthilfe- und Patientenorganisationen inzwischen zu vielen Themen gehört und eingeladen, sich gestaltend an ganz unterschiedlichen Vorhaben im gesundheitlichen Kontext zu beteiligen. Durch die Übernahme des Amtes als Patientenvertreter/in nehmen die sachkundigen Personen in den Gremien der Selbstverwaltung ein Mandat zur Vertretung aller Betroffenen wahr. Die Regelungen zur Reisekostenvergütung, den Ersatz des Verdienstauffalls sowie

einen Pauschbetrag für Zeitaufwand, die mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes eingeführt wurden für aktive Patientenvertreter/innen, haben die Voraussetzungen für die Aktivitäten im Rahmen der Selbstverwaltungsgremien deutlich verbessert.

Die strukturellen und personellen Voraussetzungen der Selbsthilfekontaktstellen entsprechen nicht den vielfältigen Anforderungen. Der Höhe nach reicht die Finanzierung nicht aus, um den zunehmenden und vielfältigen Aufgaben in der Unterstützung von Interessierten, von Selbsthilfegruppen und Patient/innen sowie deren Interessenvertretung auf Dauer sachgerecht nachkommen zu können. Schon für die Wahrnehmung ihrer bisherigen Aufgaben sind viele Selbsthilfekontaktstellen unterfinanziert, die meist ohnehin geringe Personalkapazität ist oft nicht dauerhaft gesichert.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen unterstützt den Vorschlag einer institutionellen Förderung für Selbsthilfekontaktstellen ausgesprochen.

Zu B. Schadensregulierung und Entschädigungsfonds

Seit Ende des 19. Jahrhunderts regelt in Deutschland ein Sozialversicherungssystem, dass der Schadenersatz für einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit nicht mehr weiterhin gegen den Unternehmer geltend gemacht werden muss, sondern bei den damals errichteten Berufsgenossenschaften. Ziel war und ist unter anderem die Erhaltung des Betriebsfriedens, denn eine Schadensersatzforderung gegen den Unternehmer wurde als aussichtslos erkannt, wenn der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber ein Verschulden hätte nachweisen müssen. Die Haftungsersetzung machte es möglich, dass die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung im Gegenzug ausschließlich durch den Unternehmer aufgebracht werden. Durch unterschiedliche Gefahrentarife werden für die Unternehmer Anreize geschaffen, den Arbeitsschutz im Arbeitsbetrieb entsprechend umzusetzen. Eine Kausalität zwischen Ursache und Folge / Schadensfall wird auf der Grundlage der damals eingeführten so genannten „Theorie der wesentlichen Bedingung“ geprüft. Höchststrichterliche Entscheidungen (z.B. Urteil des BSG vom 9. 5. 2006 - B 2 U 26/ 04 R) haben erläuternde und auslegende Hinweise zur Anwendung dieser Theorie gegeben.

Übertragen auf die Interaktionsebene Arzt - Patient würde eine entsprechende Versicherungslösung für Behandlungsfehler das Vertrauen zwischen den Beteiligten erhalten und die finanziellen Folgen des Schadens abfedern helfen. Eine positive Entwicklung bei Maßnahmen der Qualitätssicherung wäre zu erwarten. Aus Sicht der DAG SHG sind das begrüßenswerte Ziele dieses Regelungsvorschlags.

Die ergänzende Entwicklung schuldunabhängiger Entschädigungsmodelle wie sie z.B. seit 2001 in Österreich existieren, kann eine sinnvolle Ergänzung des haftungsrechtlichen Systems in Deutschland sein. Dabei sollen die Fälle, die vom Entschädigungsfonds erfasst würden, nicht identisch mit den vom haftungsrechtlichen System erfassten Fällen sein. Sinnvoll wäre vielmehr die Einrichtung eines Fonds, der – anders als das für die Verschuldenshaftung geltende Alles-oder-Nichts-Prinzip – eine Möglichkeit bieten könnte, Patienten wenigstens teilweise zu entschädigen, wenn der im deutschen Zivilrecht geforderte Beweis des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Gesundheitsschaden nicht zu führen ist. Darüber hinaus könnte eine solche Entschädigung Härten mildern, wenn es durch die Behandlung ohne Verschulden des Arztes zu sehr schwerwiegenden Folgen gekommen ist oder ein Verschulden des Arztes nicht nachweisbar ist.

In der Diskussion stellt sich natürlich bei diesen Vorschlägen die Frage der Finanzierung, die unter den derzeit geltenden gesetzlichen Bedingungen der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme in Deutschland nicht leicht zu bewerkstelligen ist. In Österreich werden solche Fonds ausschließlich durch die Solidargemeinschaft der Patienten als Zuschlag zu den Behandlungskosten mit € 0,73 je Behandlungs- („Verpflegungs-„)Tag gespeist und stehen nur für im Krankenhaus behandelte Patienten, nicht bei Behandlungen durch niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

Auf deutsche Verhältnisse übertragen wäre der oben bereits kommentierte Vorschlag zu unterstützen, die Einführung einer verpflichtenden umlagefinanzierten Versicherungslösung entsprechend der gesetzlichen Unfallversicherung im Bereich der Arzthaftung vorzusehen, wie es die Fraktion vorschlägt.

Eine alleinige Umlagefinanzierung über Patienten und nur für den stationären Bereich sollte nicht der Weg der Wahl sein.

Um die Kritikpunkte an der „Weiterentwicklungen der schuldunabhängigen Haftung“ aufzugreifen, ist klarzustellen, dass die Einführung einer verschuldensunabhängigen Haftung von Ärzten damit nicht beabsichtigt war.

Zu B IGe-Leistungen

Die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), der gewährleistet, dass die ärztliche Versorgung in der Praxis nicht zu einer geschäftlichen Beziehung wird, wird nachdrücklich unterstützt. Das gilt auch für die Forderung nach klareren Vorgaben für die Aufklärungs- und Zustimmungspflichten sowie für eine umfassende Qualitätssicherung und -kontrolle.

Berlin, den 19. Januar 2011

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Wilmsdorfer Str. 39

10627 Berlin

E-Mail: verwaltung@dag-shg.de

Internet: <http://www.dag-shg.de>

Tel: 030 / 31018980 (NAKOS)