



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Berlin, den 14. Januar 2011

Ausschussdrucksache
17(14)0097(1)
gel. VB zur Anhörung am 26.1.
11_Patientenrechtegesetz
14.01.2011

Vorläufige Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zum

Antrag der SPD-Fraktion
„Für ein modernes Patientenrechtegesetz“
vom 3. März 2010

Bundestagsdrucksache 17/907

Die Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag hat einen Vorschlag dahingehend unterbreitet, dass die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zum Schutze der Patientenrechte vorlegen solle (BT-Drs. 17/907 vom 03.03.2010). Die SPD-Fraktion hat dabei auch skizziert, welche Inhalte ein solches Patientenrechtegesetz haben solle.

I. Grundsätzliche Position der DKG zu der Initiative

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) steht der Thematik „Schutz der Patientenrechte in Deutschland“ aufgeschlossen gegenüber. Sämtliche Aktivitäten der DKG stehen unter dem Leitbild, dem Patienten eine möglichst optimale medizinische und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu gewähren. Gerade die Sicherheit und Zufriedenheit des Patienten steht dabei im Fokus ihrer Tätigkeit. So hat die DKG bisher zahlreiche Maßnahmen initiiert bzw. unterstützt, die dem Patientenschutz im engeren Sinne dienen. So ist die DKG Gesellschafterin der BQS in Düsseldorf, die die Qualitätssicherung im stationären Sektor in Deutschland etabliert hat. Weiterhin ist die DKG Mitglied im „Aktionskreis Patientensicherheit“, in dessen Mittelpunkt Strategien zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse bei der Behandlung von Patienten stehen. Bereits im Jahre 2001 hat die DKG zusammen mit dem Ecclesia Versicherungsdienst eine Fallstudie im Vergleich europäischer Rechtssysteme durchführen lassen, die sich mit dem ärztlichen Behandlungsfehler beschäftigt hat. Der Vergleich der Rechtssysteme hat gezeigt, dass in Deutschland die Patientenrechte im Falle eines ärztlichen Behandlungsfehlers weit ausgebildet sind. Die Studie, die weit mehr als 350 Seiten umfasst, trägt den Titel „Der ärztliche Behandlungsfehler – Eine Fallstudie im Vergleich europäischer Rechtssysteme“. Darüber hinaus hat die DKG aktiv an der Erstellung des Leitfadens „Patientenrechte in Deutschland“, der vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium der Justiz in mittlerweile 5. Auflage veröffentlicht wurde, mitgearbeitet und sich auch mit einem nicht unbeträchtlichen Anteil an der Höhe der Druckkosten zur Erstauflage beteiligt, um eine möglichst weitgehende Verbreitung dieses Leitfadens sicherzustellen.

Patientenrechte zu schützen und eine Durchsetzung bestehender Patientenrechte sicherzustellen, ist ein zu unterstützendes Anliegen. Dazu ist jedoch, gerade vor dem Hintergrund der Existenz eines abgestuften Rechtssystems in Deutschland, kein neues „Patientenrechtegesetz“ erforderlich. Ausgangspunkt der SPD-Fraktion für die Schaffung eines „Patientenrechtegesetzes“ ist, dass nach ihrer Auffassung die bestehenden Patientenrechte auf Grund der in verschiedenen Gesetzen geregelten oder durch die – meist höchstrichterliche – Rechtsprechung entwickelten Anspruchsg Grundlagen zu wenig transparent seien sowie weitreichende Vollzugsdefizite bestünden. Patienten sei oft nicht klar, welche Rechte ihnen zuständen und wie sie diese durchsetzen könnten. Auch die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ helfe nicht wirklich weiter, da es ihr an Verbindlichkeit fehle und daher eine gesetzliche Kodifizierung der Patientenrechte erfolgen müsse.

Bereits diesem Ansatz ist grundlegend zu widersprechen. Die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ ist unter Federführung des Bundesministeriums der Gesundheit und des Bundesministeriums der Justiz – beide Ministerien unter Führung einer SPD-Ministerin – unter Beteiligung aller relevanten Gruppen der Selbstverwaltung im

Gesundheitswesen sowie juristischer Vereinigungen, Verbraucherverbänden und Ärztegewerkschaften unter Leitung des ehemaligen Präsidenten des Bundesgerichtshofes, Herrn Dr. hc. Karlmann Geiß, erarbeitet worden. Ziel dieser Arbeitsgruppe war nicht, lediglich Empfehlungen hinsichtlich der Durchführung von medizinischen und/oder pflegerischen Behandlungen oder hinsichtlich der Durchsetzung möglicher Ansprüche bei Behandlungsfehlern zu geben, sondern die geltende Rechtslage hinsichtlich Voraussetzung und Durchführung einer medizinisch und/oder pflegerischen Behandlung sowie die bestehenden Rechte eines Patienten hinsichtlich der Durchsetzung möglicher Ansprüche bei Behandlungsfehlern für Patienten verständlich und zusammenhängend in einer übersichtlichen Broschüre darzustellen. Die Patientenbroschüre gibt somit nicht – wie von der SPD-Fraktion unterstellt – lediglich einen unverbindlichen Überblick über Handlungsmöglichkeiten, sondern stellt den aktuellen Stand der Patientenrechte unter Berücksichtigung der in der Regel höchstrichterlichen Rechtsprechung in Deutschland dar. Die Arbeitsgruppe hat sich im Rahmen der Vorbereitung der Patientenbroschüre intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, ob eine Kodifikation der bestehenden Patientenrechte in einem Gesetz erforderlich sei, um die Patienten besser zu informieren und die Durchsetzung der Patientenrechte zu stärken. Die Arbeitsgruppe sowie die beteiligten Ministerien haben sich jedoch gegen eine gesetzliche Kodifizierung ausgesprochen, da dies weder bestehende Vollzugsdefizite automatisch beseitige noch die Transparenz für den betroffenen Patienten steigere. Diesbezüglich erschien eine prägnant verfasste Broschüre zielführender. Darüber hinaus sind die bestehenden Patientenrechte bereits in Gesetzen kodifiziert oder existieren als höchstrichterlich gefestigte Rechtsprechung, die eine erneute Kodifikation nicht erfordert. Die von der SPD-Fraktion im Rahmen ihrer Initiative verwendeten Schlüsselwörter – transparente Darstellung des geltenden Rechts, Beseitigung von Vollzugsdefiziten durch Unterstützung der Patienten bei der Durchsetzung ihrer Rechte, Aufforderung des Patienten zur aktiven Beteiligung am Behandlungsprozess – tauchen bereits im Vorwort bzw. in der Einleitung der Patientenbroschüre auf. Diese folgt somit den gleichen Leitbildern wie die Initiative der SPD-Fraktion.

II. Stellungnahme zu wesentlichen Inhalten

Zu A. Gesetzentwurf zum Schutz der Patienten

1. Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag

- **Recht des Patienten auf rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung über alle wesentlichen Punkte der Behandlung; Wahrung des Selbstbestimmungsrechts**

Eine gesetzliche Regelung ist nicht notwendig, da sich das Recht des Patienten auf eine rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung aus der Rechtsordnung – insbesondere aus dem Verfassungsrecht - ergibt und die Rechte des Patienten sowie die Aufklärungspflichten der Ärzte umfassend durch die Rechtsprechung konkretisiert worden sind. So hat der BGH bereits vor über 30 Jahren deutlich herausgestellt, dass sich die Pflicht von Arzt und Krankenhausträger zur Aufklärung des Patienten aus dem verfassungsrechtlich gewährleisteten Selbstbestimmungsrecht aus Art. 1 und 2 Abs. 1 GG ableitet, wonach der Arzt einen Patienten nicht ohne dessen Einwilligung behandeln darf und dessen Einwilligung nur dann wirksam ist, wenn ihm bekannt ist, worin er einwilligen soll. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass er umfassend und rechtzeitig über Voraussetzungen, Art, Umfang und mögliche Risiken eines Eingriffes informiert wird. Nur dann kann der Patient entscheiden, ob er sich für die Durchführung eines Eingriffes entscheidet oder nicht. Aber auch diese Grundsätze sind bereits vor über 20 Jahren vom BGH festgestellt worden.

Ebenfalls anerkannt ist, dass zur Feststellung der wirksamen Einwilligung der Wille des Patienten so zweifelsfrei wie möglich festzustellen ist und auch alle Willensäußerungen, die für eine Verweigerung der Behandlung sprechen, zu berücksichtigen sind. Die DKG unterstützt – unter Mitwirkung der Bundesärztekammer – die Krankenhäuser durch die Herausgabe einer Broschüre mit Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten. Auch diese Broschüre ist bewusst nicht als juristisches Werk konzipiert, sondern als Leitfaden gestaltet worden, um insbesondere auch den Patienten, die oftmals keine tieferen juristischen Fachkenntnisse aufweisen, einen Überblick über ihre bereits bestehenden Rechte für eine ordnungsgemäße Aufklärung zu geben.

- **Recht des Patienten auf fachgerechte Behandlung**

Bereits aus der Rechtsprechung zur Haftung in Folge ärztlicher Behandlungsfehler sowie aus dem Behandlungsvertrag ergibt sich, dass die ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes umfasst, die zur Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendig ist. Dazu gehört insbesondere die Einhaltung des zivilrechtlich geschuldeten Facharztstandards. Der fest stehende und allgemein anerkannte Begriff „Regeln der ärztlichen Kunst“

– der sich auch in Punkt C. Nr. 2 Verhaltensregeln der Musterberufsordnung für Ärzte findet – macht deutlich, dass jeder Patient verlangen kann, dass der ihn behandelnde Arzt die für seine Erkrankung fachgerechte Behandlungsvariante wählt.

- **Recht des Patienten auf vollständige Dokumentation, auf Einsichtnahme und Gegendarstellung**

Eine gesetzliche Regelung ist nicht notwendig, da das Recht des Patienten auf eine vollständige Dokumentation und Einsichtnahme bereits vertraglich vom Krankenhaus geschuldet ist, da es eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag darstellt. Daneben bestehen auch entsprechende gesetzliche Vorschriften und eine umfassende Aufarbeitung der Thematik in der Rechtsprechung.

Die Normierung des Rechts des Patienten auf eine Gegendarstellung in der Patientenakte ist nur schwer vorstellbar, da es sich bei den Inhalten der Patientenakte um medizinische Sachverhalte handelt, die der Patient aus medizinisch-fachlicher Sicht in der Regel kaum anders darstellen kann.

- **Pflicht des Behandlers zur Verschwiegenheit**

Die Verschwiegenheitspflicht der Ärzte ist bereits umfassend in § 203 StGB gesetzlich geregelt. Weitere gesetzliche Regelungen sind nicht erforderlich.

Darüber hinaus ist es nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz gerade nicht möglich, den Arzt nach dem Tod des Patienten gegenüber den Erben und Angehörigen von der Schweigepflicht zu entbinden. Eine Durchbrechung dieses Grundsatzes wäre auch nicht sachgerecht, da das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung ein höchstpersönliches Recht ist, das ausschließlich vom betroffenen selbst wahrgenommen werden kann. Nur der Patient selbst ist somit in der Lage, seinen Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Es dürfte im Übrigen auch nicht möglich sein, allgemeine Regelungen über eine generelle Schweigepflichtentbindung nach dem Tod des Patienten zu treffen, da dadurch die individuellen Belange des Einzelnen nicht berücksichtigt werden könnten.

- **Koordinierung der vertraglichen Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsverhältnis mit den Regelungen des Sozialrechts**

Inhalt und Sinn dieser Forderung sind nicht nachvollziehbar. Die Behandlungsverträge, die die Krankenhäuser mit den Patienten beispielsweise auf Grundlage der Musterempfehlungen der DKG abschließen, stehen selbstverständlich auf der Grundlage des geltenden Rechts und reflektieren insbesondere die sozialrechtlichen Regelungen. Diese Empfehlungen werden auch laufend an jeweilige gesetzliche Änderungen oder ergangene Rechtsprechung

angepasst, so dass eine umfassende Rechtskonformität der Behandlungsverträge sichergestellt ist.

2. Risikomanagement

• Auflegung eines Programms zur Förderung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen

Wie die SPD-Fraktion bereits selbst ausführt, sind für das Abstellen organisatorisch bedingter Behandlungsfehler gesetzliche Regelungen untauglich. Bereits jetzt bestehen viele Programme oder Aktionsbündnisse zur Fehlervermeidung, z. B. der schon zitierte Aktionskreis „Patientensicherheit“. Entscheidend ist eine entsprechend optimale Organisation im Krankenhaus, die jedoch von den im Rahmen des GKV-Systems vorhandenen und immer stärker limitierten Finanzressourcen abhängig ist. Einzig tauglicher Ansatz zur Verbesserung der diesbezüglichen Organisation wäre eine Verbesserung der Finanzausstattung der Krankenhäuser, um die für eine optimale Fehlervermeidung erforderliche Personalstruktur finanzieren zu können.

• Ausschluss arbeitsrechtlicher Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler

Eine völlige Freistellung von arbeitsrechtlichen Sanktionen kann keinesfalls erfolgen. Es kann nicht sein, dass arbeitsrechtliche Regularien völlig außer Kraft gesetzt werden. Dies hätte zur Folge, dass die ohnehin schon eingeschränkten arbeitsrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten bei fehlerhafter Erfüllung der arbeitsvertraglichen Pflichten des Arbeitnehmers völlig entwertet werden. Wer ständig fehlerhaft arbeitet, muss auch damit rechnen, die entsprechenden arbeitsrechtlichen Konsequenzen tragen zu müssen.

Was vermutlich hinter dieser Forderung der SPD-Fraktion steckt, ist der Wunsch nach Einführung eines Fehlerwarnsystems, das es dem Krankenhausmanagement ermöglicht, einzelfallbezogen und mit dem erforderlichen Fingerspitzengefühl zu reagieren. Dabei kann Ergebnis der Abwägung sein, dass auf Grund der Umstände des Einzelfalles nicht jedes Fehlverhalten arbeitsrechtlich sanktioniert wird. Denkbar ist auch die Einführung eines Fehlerwarnsystems auf anonymer Basis, was allerdings nur einvernehmlich erfolgen kann. Dies ist auf breiter Front bereits ohne gesetzliche Kodifizierung geschehen.

3. Maßnahmen bei Behandlungsfehlern

• Verpflichtung der GKV und der PKV, ihre Versicherten beim Verdacht eines Behandlungsfehlers zu unterstützen

Für den Bereich der GKV besteht bereits eine entsprechende Regelung in § 66 SGB V. Darauf weist auch die Broschüre „Patientenrechte in Deutsch-

land“ hin, die deutlich macht, dass die Krankenkassen den Versicherten auf dessen Wunsch hin bei der Durchsetzung möglicher Schadensersatzansprüche beraten und weist explizit auf die Möglichkeit hin, diesbezüglich ein MDK-Gutachten einholen lassen zu können.

Für den Bereich der PKV existiert zwar keine solche Verpflichtung, in der Praxis ist es jedoch bereits jetzt nicht vorstellbar, dass eine Krankenversicherung den Wunsch einer Beratung eines Versicherten ablehnt.

- **Pflicht des Nachbehandelnden, den Patienten unverzüglich auf einen möglichen groben Behandlungsfehler hinzuweisen**

Eine Kodifizierung dieser Pflicht ist nicht erforderlich, da auch der Nachbehandelnde die Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst schuldet und einer solchen Behandlung immanent ist, vorherige erfolglose oder fehlerhafte Behandlungen festzustellen. Auch wird der nachbehandelnde Arzt auf einen vorherigen Behandlungsfehler schon deswegen hinweisen, um sich selbst nicht den Gefahren einer eigenen Haftung wegen einer fehlerhaften Behandlung auszusetzen.

- **Weitere Beweiserleichterungen über die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler hinaus; Beweiserleichterungen bei Dokumentationsmängeln; Absenkung des Beweismaßes auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit**

Dieser Forderung ist entschieden entgegen zu treten, da eine Änderung der bestehenden Beweissystematik nicht erforderlich ist. Die Frage der Haftung bei Behandlungsfehlern ist durch die höchstrichterliche Rechtsprechung umfassend geregelt und abhängig vom Grad des vorwerfbaren Verhaltens fein austariert worden, so dass sie ein in sich geschlossenes und abgestimmtes System bildet. Diese Rechtsprechung ist auch tendenziell eher patientenfreundlich ausgerichtet.

Diese Forderung ist zudem nicht neu, sie war bereits Gegenstand der Beratungen zur Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“. Im Rahmen dieser Beratungen hat das Bundesministerium der Justiz jedoch eindeutig die Tendenz erkennen lassen, dass eine verschuldensunabhängige Haftung der Ärzte sowie eine generelle Beweislastumkehr nicht dem Grundsatz der Waffengleichheit entspreche. Die SPD-Fraktion fordert zwar ebenfalls keine generelle Beweislastumkehr, allerdings würden weiter gehende Beweiserleichterungen einen massiven Eingriff in die Beweisregeln des Zivilprozesses bedeuten, die vor dem Hintergrund der dann entstehenden Beweisschwierigkeiten der Ärzte bzw. Krankenhäuser nicht zu rechtfertigen wäre.

Hinsichtlich der Beweiserleichterungen bei Dokumentationsmängeln trifft schon die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ die Feststellung, dass bei Dokumentationsmängeln zu Lasten des Arztes vermutet werde, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme unterblieben sei. Somit besteht auch für diese

Forderung keine Notwendigkeit, da sie bereits von der Rechtsprechung so umgesetzt wird.

Auch die Forderung nach Absenkung des Beweismaßes auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit ist problematisch. Gerade weil es sich im Bereich der Arzthaftung nach behaupteten Behandlungsfehlern um eine höchst sensible Materie handelt, erscheint ein abgesenktes Beweismaß unangebracht. Statt dass ein brauchbarer Grad an Gewissheit vorliegen muss, der etwaigen Zweifeln Schweigen gebietet, ohne diese völlig auszuschließen, würde es bei der Absenkung des Beweismaßes auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit ausreichen, dass in der Gesamtschau die Umstände eher für als gegen die zu beweisende Tatsache sprechen. Im Ergebnis müsste ein Behandlungsfehler kaum mehr als lediglich glaubhaft dargestellt werden, um ihn als „bewiesen“ ansehen zu können. Ein solch geringes Beweismaß ist aufgrund der möglichen Konsequenzen eines solchen Prozesses völlig ungeeignet.

4. Leichenschau

Die Thematik der Leichenschau wird umfassend in vielen Landesgesetzen geregelt, so dass diesbezüglich kein Kodifizierungsbedarf in einem Bundesgesetz besteht.

6. Stärkung von Patientenrechten gegenüber Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern

- **Sicherstellung der materiellen und personellen Voraussetzungen für eine unabhängige Tätigkeit des IQWiG**

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat sich zu einer respektierten wissenschaftlichen Einrichtung im Gesundheitswesen entwickelt, dessen Arbeitsergebnisse für die Akteure im Gesundheitswesen von höchster Bedeutung sind. Kennzeichnend für das IQWiG ist dessen fachliche Unabhängigkeit, die sich in seinen Stellungnahmen widerspiegelt. Diese Unabhängigkeit ist als Kernelement des IQWiG auf jeden Fall zu schützen, die bestehende Ausgestaltung des IQWiG ist dafür jedoch absolut ausreichend. Personell ist das IQWiG bereits gut aufgestellt, um die anfallenden Aufgaben zu bearbeiten, daneben bestehen auch Möglichkeiten der Kooperation mit anderen wissenschaftlich anerkannten Einrichtungen, um einen möglichen Aufgabenstau zu vermeiden. Hinsichtlich des Verfahrens der Besetzung personeller Spitzenpositionen trifft die Satzung des IQWiG-Stiftungsrates, die allgemein zugänglich ist, eine transparente Regelung. Die finanzielle Ausstattung des IQWiG wird durch den bei der Durchführung von stationären und ambulanten Behandlungen zu erhebenden Zuschlag sichergestellt, dessen Höhe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als zentralem Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen festgelegt wird. Die

diesbezüglichen Forderungen der SPD-Fraktion werden somit schon jetzt erfüllt.

- **Ausbau der Kooperation der Leistungsträger und Koordination der unterschiedlichen Leistungen**

Auch diesbezüglich bestehen schon Regelungen. Hingewiesen sei nur auf den § 11 Abs. 4 SGB V, wonach Patienten der GKV einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche haben. Die beteiligten Leistungserbringer stellen dabei eine sachgerechte Anschlussversorgung sicher und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. In dieses Versorgungsmanagement sind auch die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen.

- **Erhöhung der Sicherheit von Medizinprodukten durch Einführung eines Registers für Produkte hoher Risikoklassen sowie Weiterentwicklung des Medizinproduktegesetzes**

Die Einführung eines weiteren Registers allein dient nicht der Weiterentwicklung der Sicherheit von Medizinprodukten. Bereits jetzt treffen den Betreiber von Medizinprodukten umfangreiche Melde-, Instandhaltungs-, sicherheitstechnische Kontroll- und Archivierungspflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung bzw. Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung. Zudem wird nicht deutlich, in welchen Bereichen und mit welcher Zielrichtung das Medizinproduktegesetz geändert werden soll.