

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0326(11)
gel. VB zur öAnh. am 22.10.2012

15.10.2012

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4a

53175 Bonn

Telefon: 0228 82093 - 0

Telefax: 0228 82093 – 43

e-Mail: kontakt@vdk.de

Bonn/Berlin, den 20. Oktober 2012

Inhalt

I.	Zusammenfassende Stellungnahme zum Gesetzentwurf.....	3
II.	Im Einzelnen	5
1.	Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB): Kodifizierung des Behandlungsvertrages im BGB	5
a)	Kodifizierung der Hauptleistungspflichten aus Behandlungsvertrag – § 630 a BGB. 5	
a)	Kodifizierung der Nebenleistungspflichten aus Behandlungsvertrag	6
2.	Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	10
a)	Kostenerstattung - § 13 SGB V.....	10
b)	Behandlungsfehlermanagement der GKV - § 66 SGB V	10
c)	Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahmeerklärung bei Einschreibung in Programme der selektivvertraglichen Versorgung - §§ 73 b Abs. 3, 73 c Abs. 2, 140 a Abs. 2 SGB V	11
d)	Patientenorientiertes Beschwerdemanagement in Krankenhäusern - § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V.....	12
e)	Verbesserung der Patientensicherheit durch Festlegung von Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme - § 137 Abs. 1 c SGB V	12
f)	Beteiligung der Patientenvertreter auf Landesebene - § 140f SGB V.....	12
g)	Unterrichtung der Bevölkerung über Patientenrechte durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung - § 140 h Abs. 2 SGB V	13
3.	Fehlende Regelungen.....	13
a)	Berufshaftpflichtversicherung für Gesundheitsdienstleister	13
b)	Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen	14
c)	Fairer Zugang zu Sozialwahlen.....	14
d)	Information, Beratung und Transparenz.....	15

I. Zusammenfassende Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Feststellung der Bundesregierung:

Patientenrechte sind in Deutschland derzeit in einer Vielzahl von Vorschriften verschiedener Rechtsbereiche – zum Teil lückenhaft – geregelt und Wesentliches steht nicht im Gesetz, sondern ist Richterrecht. Dies erschwert für die Patientinnen und Patienten nicht lediglich den Zugang zu ihren Rechten, sondern auch die Geltendmachung ihrer Rechte. Aufgrund der Komplexität der Medizin und der Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten ist es deshalb aus Sicht der Bundesregierung notwendig, einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, der Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringen soll. Zudem soll zukünftig ein Fehlervermeidungssystem dazu beitragen, die Behandlungsabläufe zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu optimieren. Insgesamt sei es Ziel der Bundesregierung, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. Zur Erreichung dieses Ziels sollen Patientenrechte transparent, verlässlich und ausgewogen gestaltet sowie bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abgebaut werden. Der vorgelegte Kabinettsentwurf sieht hierzu Regelungen in den folgenden Bereichen vor:

- Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch
- Förderung der Fehlervermeidungskultur
- Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern
- Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern
- Stärkung der Patientenbeteiligung
- Stärkung der Patienteninformation.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Der Ansatz einer Kodifizierung von Patientenrechten wird vom Sozialverband VdK Deutschland im Grundsatz begrüßt, da in der Regel weder die Patientinnen und Patienten noch die Gesundheitsdienstleister über ihre Rechte und Pflichten informiert sind. Das Ziel der Schaffung von transparenten gesetzlichen Regeln wird jedoch mit dem vorgelegten Gesetzesentwurf nicht erreicht, denn die vorgesehene Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ist sowohl im Hinblick auf die Normierung der vertraglichen Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag als auch in Bezug auf die Kodifizierung der Grundlagen des Arzthaftungsrechts lückenhaft und insbesondere durch die Verwendung einer Vielzahl von unbestimmten Rechtsbegriffen für juristische Laien nicht verständlich. Der Sozialverband VdK Deutschland bezweifelt, dass das erklärte Ziel der Bundesregierung – die Schaffung von mehr Transparenz zu Gunsten der Patientinnen und Patienten – auf diesem Wege erreicht werden kann.

Es ist auch nicht ersichtlich, dass der vorgelegte Gesetzesentwurf dazu geeignet ist, mehr Rechtssicherheit herzustellen, denn er wirft an vielen Stellen neue Rechtsfragen auf (z.B. Abgrenzung der Informationspflichten gem. § 630 c von den Aufklärungspflichten gem. § 630 e BGB) und geht auf weiteren dringenden Regelungsbedarf (z.B. im Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL) gar nicht oder nur unzureichend ein.

Eine tatsächliche Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern ist durch die Kodifizierung der Beweislastregelungen bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler ebenfalls nicht zu erwarten, zumal die Kodifizierung ausschließlich die bisher von der Rechtsprechung herausgearbeiteten Hauptgruppen von Beweiserleichterungen berücksichtigt und der Entwurf des neuen § 630 h BGB insofern keinen abschließenden Katalog darstellt.

Eine Stärkung der Rechte gegenüber den Leistungsträgern durch einen neuen Anspruch auf Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 a SGB V ist bereits deshalb nicht zu erwarten, weil die bereits aus der analogen Regelung im SGB IX bekannten Vollzugsdefizite bei der Ausgestaltung dieser Norm keine Berücksichtigung gefunden haben und das Kostenrisiko auch weiterhin bei den Patientinnen und Patienten verbleibt.

Es wurde auch kein Anspruch auf ein bundesweit einheitliches, unterstützendes Behandlungsfehlermanagement durch die gesetzlichen Krankenkassen geschaffen, der dem Bedarf von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Behandlungsfehler tatsächlich Rechnung trägt und konkrete Einzelleistungen (z.B. Beratung, Unterstützung bei der Einholung von einem oder mehrerer Gutachten, Hilfe bei der Suche nach einem qualifizierten Rechtsanwalt etc.) vorsieht. Der Inhalt der Unterstützungsleistungen bleibt vielmehr für die Patientinnen und Patienten intransparent und der Ausgestaltung durch die Kassen überlassen.

Die von der Bundesregierung angekündigte Stärkung der kollektiven Patientenbeteiligung bezieht sich ausschließlich auf die Erweiterung des Mitberatungsrechts auf der Landesebene (fakultatives Landesgremium gem. § 90 a SGB V sowie Entscheidungen der Zulassungs- und Berufungsausschüsse über Zulassungsbefristungen) und greift damit aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland viel zu kurz.

Eine Stärkung der Patienteninformation soll zukünftig dadurch erfolgen, dass der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die geltenden Patientenrechte umfassend, in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zusammenstellt und zur Information der Bevölkerung bereithält. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu begrüßen, es wird jedoch bezweifelt, dass er zur flächendeckenden Information insbesondere vulnerabler Personengruppen geeignet ist. Wünschenswert wäre aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland vielmehr eine verpflichtende Aushändigung einer Sammlung der wichtigsten Patientenrechte und Ansprechpartner in Form eines Merkblattes durch die Krankenkassen bzw. die Gesundheitsdienstleister vor Ort. So könnte eine bundeweite und flächendeckende Information und Aufklärung sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Behandler über ihre Rechte und Pflichten gewährleistet werden.

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme ausführt, fehlen in dem Gesetzesentwurf noch wichtige Punkte wie die Einrichtung eines Härtefallfonds und ein eigener § 630 i über die Patientenrechte im Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen. Der VdK unterstützt auch den Vorschlag nach einem unterstützenden Patientenbrief, der Patienten die Möglichkeit gibt, die Informationen zuhause noch einmal in Ruhe nachzulesen. Darüber hinaus sollten die Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen an allgemein geltende Verfahrensgrundsätze angepasst und die versorgungsrelevanten Inhalte von Selektivverträgen veröffentlicht werden.

Eine wesentliche Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten wird aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland durch den vorgelegten Entwurf nach alledem insgesamt leider nicht erreicht.

II. Im Einzelnen

Der Entwurf für ein *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten* enthält im Wesentlichen Änderungen des Zivilrechts (Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) und des Sozialrechts (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V) sowie redaktionelle bzw. kleinere Änderungen der Patientenbeteiligungsverordnung bzw. des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die mit der vorgesehenen Änderung des SGB V im Zusammenhang stehen.

1. Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB): Kodifizierung des Behandlungsvertrages im BGB

a) Kodifizierung der Hauptleistungspflichten aus Behandlungsvertrag – § 630 a BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Der medizinische Behandlungsvertrag wird als spezielle Form des Dienstvertrages erstmals im BGB normiert. Die Hauptleistungspflichten aus dem Behandlungsvertrag werden in dem neuen § 630 a BGB normiert (medizinische Behandlung durch den Behandelnden, Vergütung durch den Patienten oder einen Dritten).

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Die neuen §§ 630 a ff. BGB stellen klar, dass im Zuge jeder medizinischen Behandlung ein zivilrechtlicher Vertrag mit entsprechenden Haupt- und Nebenleistungspflichten des Behandelnden und des Patienten zustande kommt. Dies ist jedoch bereits seit Längerem ständige Rechtsprechung und insgesamt auch unstrittig, so dass die Kodifizierung des Behandlungsvertrages höchstens für mehr Transparenz sorgen kann, die Rechte der Patientinnen und Patienten jedoch im Ergebnis nicht verbessert. Kritisiert wird außerdem, dass vom Begriff des "Behandelnden" im Sinne der neuen Norm offenbar zwar (Zahn-) Ärzte, (psychologische) Psychotherapeuten, Heilpraktiker und weitere Angehörige der Heilberufe erfasst werden sollen, nicht hingegen die Angehörigen der Pflegeberufe. Dies erscheint im Hinblick auf den Schutzcharakter der Norm insbesondere dann nicht angemessen, wenn Pflegekräfte Maßnahmen der Behandlungspflege durchführen oder ärztliche Tätigkeiten an das Pflegepersonal delegiert werden. Sofern die Begründung auf die Einbeziehung aller Heilberufe abstellt, deren Ausbildung gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) durch Bundesgesetz geregelt wird, so sollte zur Gewährleistung von Rechtssicherheit und Transparenz klargestellt werden, dass auch Behandlungen durch die Angehörigen der Pflegeberufe vom Anwendungsbereich des Behandlungsvertrags gem. §§ 630 a ff. BGB erfasst werden.

Aus § 630 a Abs. 2 BGB ergibt sich, dass der Behandelnde dem Patienten eine Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden anerkannten fachlichen Standards schuldet. Zur Festlegung dieses Standards können auch Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen herangezogen werden. Der Kabinettsentwurf ermöglicht es im Behandlungsvertrag von den anerkannten fachlichen Standards abzuweichen. Dies ermöglicht den Patienten sowohl eine präferenzgerechte Therapie, zum Beispiel den Verzicht auf Intensivmedizin, als auch die Möglichkeit bei Krebs im Endstadium neue Therapieansätze zu versuchen. Leitli-

nientreue Behandlung birgt vor allem bei alten, multimorbiden Patienten das Risiko einer Übertherapie.

Die Rechtsprechung forderte bisher in der Regel eine detaillierte Begründung, wenn im zu beurteilenden Einzelfall von den Richtlinien/ Leitlinien abgewichen wurde (siehe z.B. OLG Düsseldorf, VersR 2000, 1019, 1020). Andererseits indiziert der Verstoß gegen eine Leitlinie nicht das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, insbesondere jedenfalls nicht eines groben Behandlungsfehlers (siehe BGH, Urteil vom 28.03.2008, GesR 2008, 361; NJW 2004, 1710) – die rechtliche Verbindlichkeit von Richtlinien/ Leitlinien ist insgesamt umstritten.

Der VdK begrüßt die Möglichkeit im begründeten Einzelfall von Leitlinien abzuweichen. In der Implementierung dieses Gesetzes sollte allerdings darauf geachtet werden, dass diese Ausnahmeregelung nicht missbraucht wird um alten, multimorbiden Patienten wichtige Therapien vorzuenthalten.

a) Kodifizierung der Nebenleistungspflichten aus Behandlungsvertrag

aa) Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten - § 630 c BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

§ 630 c normiert die Mitwirkung der Vertragsparteien bei der Behandlung sowie die verschiedenen Informationspflichten des Behandelnden.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

§ 630 c Abs. 2 S. 1 BGB soll laut Begründung die bisherigen Grundsätze der Rechtsprechung zur "therapeutischen Aufklärung" bzw. zur "Sicherungsaufklärung" kodifizieren. Danach beinhaltet die Sicherungsaufklärung die ärztliche Aufklärung z.B. über Verhaltensmaßregeln nach operativen Eingriffen, die Anwendung und Dosierung ärztlich verordneter Arzneimittel, die Wiedervorstellung zu Kontrolluntersuchungen, die Vermeidung von Genussmitteln nach operativen Eingriffen etc. und dient damit der Sicherung des eigentlichen Behandlungserfolgs. Die Sicherungsaufklärung im Sinne der bisherigen Rechtsprechung ist damit keine "einfache" Informationsverpflichtung, wie die Überschrift des § 630 c BGB vermuten lässt. Wird die Sicherungsaufklärung unterlassen, so liegt bereits ein Behandlungsfehler und kein "einfacher" Informations- bzw. Aufklärungsfehler vor. Diese Rechtsfolge ist zur Herstellung von mehr Rechtssicherheit und Transparenz – insbesondere auch zu Gunsten des Behandelnden – im Gesetz festzuschreiben.

Gem. § 630 c Abs. 2 S. 2 und 3 BGB hat der Behandelnde den Patienten über erkennbare Behandlungsfehler nur auf Nachfrage oder in Situationen zu informieren, in denen dies zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren von dem Patienten erforderlich ist. Diese Regelung ist bereits deshalb unzureichend, weil ein Behandlungsfehler – insbesondere ein bereits (für den Behandelnden) erkennbarer Behandlungsfehler – immer auch das Risiko von zunächst unbeachteten Symptomen und Spätschäden mit sich bringt und eine durch den Fehler verursachte gesundheitliche Gefahr auch von einem sorgfältigen Behandler nicht immer zutreffend eingeschätzt werden kann. Außerdem sollte der Patient generell über Behandlungsfehler informiert werden, um ggf. eintretende gesundheitliche Beschwerden richtig zuordnen und entsprechend reagieren zu können. Hinzu kommt, dass der unbestimmte Rechtsbegriff

“gesundheitliche Gefahr” einen sehr weiten und kaum kontrollierbaren Handlungsspielraum eröffnet und in der Praxis deshalb die Gefahr besteht, dass die Regelung leer läuft.

Im neuen § 630 c Abs. 3 BGB wird die so genannte wirtschaftliche Aufklärung als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag geregelt. Es ist jedoch klarzustellen, dass diese Norm sich auch auf die Fälle beziehen muss, in denen auch eine *teilweise* Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist. Gesetzlich klargestellt werden muss auch, dass der Patient *rechtzeitig* vor der Behandlung wirtschaftlich aufzuklären ist, damit noch ausreichend Bedenkzeit für den Patienten bleibt. Darüber hinaus sieht § 630 c Abs. 3 BGB nur eine Information in Textform vor. Klarzustellen ist, dass auch die wirtschaftliche Aufklärung nicht durch ein Formular ersetzt werden kann und mündlich durch einen Arzt zu erfolgen hat, laienverständlich sein muss und alle kostenrelevanten Schritte der Behandlung vollständig zu beinhalten hat. Ähnlich wie beim Kostenvoranschlag muss auch ein späteres Abweichen von der Erstinformation möglich sein, wenn aus medizinischen Gründen weitere kostenrelevante Behandlungsschritte notwendig sein sollten. Es ist jedoch ergänzend klarzustellen, dass auch dann ergänzend mündlich und schriftlich über weitere Kosten aufzuklären ist, die tatsächlichen Behandlungskosten den im Kostenvoranschlag genannten Betrag insgesamt nur um einen festzulegenden Anteil (z.B. 10 %) überschreiten dürfen und das Kostenrisiko für den überschreitenden Rechnungsanteil beim Behandler verbleibt. Nur so kann gewährleistet werden, dass der Patient – insbesondere bei sehr teuren Behandlungen – eine verlässliche Kalkulationsgrundlage erhält.

bb) Einwilligung - § 630 d BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Die Einwilligung in eine Heilbehandlung ist eine bereits seit Langem anerkannte Voraussetzung für einen straffreien Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Zunächst verwundert die systematische Einfügung der Einwilligung vor den Aufklärungspflichten gem. § 630 e BGB, denn in anderen nationalen Regelwerken (z.B. 40 Abs. 2 AMG, § 20 Abs. 1 Nr. 2 MPG) bzw. auch international werden die Anforderungen an die Einwilligung nach Aufklärung (*informed consent*) regelhaft im Zusammenhang dargestellt.

Besonders kritisch wird gesehen, dass die Einwilligung von beschränkt oder nicht geschäftsfähigen Personen (z. B. Minderjährige, an Demenz erkrankte Personen, Menschen mit geistiger Behinderung etc.) zukünftig überhaupt nicht mehr notwendig sein soll. Dies ist ein Wertungswiderspruch zu den bereits im deutschen Rechts existierenden Anforderungen an die Einwilligung nach Aufklärung:

So sehen § 20 Abs. 4 Nr. 4 MPG und § 40 Abs. 4 Nr. 3 AMG vor, dass die Einwilligung nach Aufklärung bei Minderjährigen grundsätzlich durch den gesetzlichen Vertreter oder Betreuer abzugeben ist. Ist der Minderjährige jedoch in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung einzusehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen, so ist auch seine schriftliche Einwilligung (nach Aufklärung) erforderlich. Dies gilt entsprechend auch für andere nicht voll geschäftsfähige Personen. Zur Vermeidung von Wertungswidersprüchen und vor allem zur angemessenen Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist § 630 d BGB entsprechend anzupassen.

Positiv gesehen wird, dass die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung kodifiziert wird.

cc) Aufklärungspflichten - § 630 e BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Die in § 630 e BGB beschriebenen Aufklärungspflichten sind ebenfalls bereits seit Langem anerkannt, so dass die Normierung zu keiner Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten führt.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

§ 630 e Abs. 2 BGB räumt die Möglichkeit ein, dass die Aufklärung nicht von dem Behandler selbst, sondern durch eine andere Person erfolgen kann, die zur Durchführung dieser Behandlung befähigt ist. Die Aufklärung sollte immer durch die Person vorgenommen werden, die den Eingriff oder die Behandlung vornimmt.

Absatz 3 setzt die Aufbewahrungsfristen zur Behandlungsdokumentation subsidiär zu Aufbewahrungsfristen aus anderen Gesetzen. Grundsätzlich sollte die jeweils längste Aufbewahrungsfrist gelten.

dd) Behandlungsdokumentation - § 630 f BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Der Kabinettsentwurf regelt die Dokumentationspflichten der Behandlerseite und schenkt insbesondere dem Thema der Fälschungssicherheit Beachtung.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Es wird begrüßt, dass das Thema der Dokumentationspflichten bzw. der Fälschungssicherheit der Behandlungsdokumentation im Kabinettsentwurf aufgegriffen wird. Es bleibt jedoch offen, wie die Einführung von fälschungssicheren Dokumentationssystemen auf der Behandlerseite in der Praxis realisiert werden soll. Denkbar wäre hier vor allem eine entsprechende Vorschrift im Regulationssystem des SGB V (Anforderungen an die kassenärztliche Tätigkeit). Bereits jetzt stellt eine nachträgliche, nichts wahrheitsgemäße Änderung der Behandlungsdokumentation eine strafbewährte Urkundenfälschung dar – dies erleichtert jedoch nicht die Lage des Patienten, der im Streitfall den Behandlungsablauf anhand der – ggf. nachträglich geänderten – Behandlungsdokumentation nachzuweisen hat. Denkbar wäre hier z.B. die Schaffung ergänzender (berufs- oder zivilrechtlicher) Sanktionen.

ee) Einsicht in die Patientenakte - § 630 g BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Das Recht aus Einsichtnahme in die Patientenakte bzw. das Recht auf eine entgeltliche Anfertigung von Kopien wird nunmehr als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag geregelt.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Die vorgesehene Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte zur Gewährleistung eines ordnungsgemäßen Vollzuges eine Sanktion (z.B. als Geldstrafe) für den Fall geschaffen werden, dass die Behandlerseite – wie in der Praxis häufig – die Einsicht in die Behandlungsdokumentation ganz oder teilweise verweigert bzw. die Dokumentation nicht vollständig herausgibt. Es ist den Patientinnen und Patienten nicht zuzumuten, in diesen Fällen eine Klage auf Herausgabe anzustrengen.

Ergänzend ist die Behandlerseite gesetzlich zu verpflichten, dem Patienten auf Nachfrage eine Übersicht aller an der Behandlung beteiligten Personen (incl. Berufsbezeichnung, Position, ladungsfähige Anschrift) auszuhändigen, denn im Streitfall ist es dem Patienten ansonsten nur über Dienstpläne bzw. eigene Recherchen möglich, die Personen zu identifizieren, die an seiner konkreten Behandlung beteiligt waren.

b) Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler - § 630 h BGB

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Die im Referentenentwurf enthaltene neue Norm zur Beweislastverteilung bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler gibt im Wesentlichen die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsprozess wieder und führt darüber hinaus nicht zu einer Anpassung der Beweislastregelungen zu Gunsten der Patientenseite. Lediglich bei „groben Behandlungsfehlern“ wird die Beweislast umgekehrt.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Die Kodifizierung der von der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen führt nicht zu einer Verbesserung der Position von Patientinnen und Patienten im gerichtlichen Verfahren. Vielmehr ist nunmehr fraglich, ob bzw. inwiefern noch eine im Hinblick auf die Einzelfallgerechtigkeit bzw. den Grundsatz der freien richterlichen Beweiswürdigung (§ 286 ZPO) erforderliche dynamische Anpassung und ggf. auch Weiterentwicklung der Beweiserleichterungen gewährleistet ist, oder ob die vorgenommene Kodifizierung zu einer statischen, ausschließlichen Geltung von Beweiserleichterungen für „grobe Behandlungsfehler“ führt. Der Begriff der groben Behandlungsfehler ist nicht eindeutig abgegrenzt und setzt damit keinen klaren Rechtsrahmen. Bei restriktiver Auslegung durch die Gerichte könnte dies perspektivisch zu einer Verschlechterung der Position von Patientinnen und Patienten in der prozessualen Auseinandersetzung führen.

2. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

a) Kostenerstattung - § 13 SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung durch die gesetzliche Krankenkasse können sich die Versicherten eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Kann über einen Leistungsantrag nicht innerhalb der nunmehr vorgesehenen Frist von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eingeholt werden muss, nicht innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entscheiden werden, so muss die Krankenkasse dies den Versicherten mit nachvollziehbarer Begründung schriftlich mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, so können Versicherte der Krankenkasse eine angemessene Frist für die Entscheidung setzen und dabei erklären, dass sie sich die Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen – dabei beträgt die angemessene Frist laut Gesetzesbegründung in der Regel zwei Wochen. Beschaffen sich die Versicherten nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, so soll die Kasse zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe verpflichtet sein.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Unklar erscheint die im Kabinettsentwurf vorgesehenen neue Regelung des § 13 Abs. 3 a SGB V insbesondere in Abgrenzung zu dem bisher bereits gem. § 13 Abs. 3 SGB V vorgesehenen Kostenerstattungsanspruch, denn im Falle beider Normen muss jeweils der Sachverhalt einer (immer) erforderlichen/ notwendigen GKV-Leistung vorliegen, die aufgrund einer verzögerten Antragsbearbeitung durch die Kasse zunächst nicht erbracht werden kann. Hier sollte zur Herstellung von Rechtsklarheit nachgebessert und der Unterschied zwischen den beiden Normen klarer herausgestellt werden. Außerdem darf der neue Kostenerstattungsanspruch für die Versicherten nicht mit einem Kostenrisiko verbunden sein, das heißt die Kasse muss nach Ablauf der gesetzten Frist zur Leistung verpflichtet sein unabhängig davon, ob sie im Normalfall und im Hinblick auf das geltende GKV-Leitungsrecht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre oder nicht, denn dies wird der Versicherte im Regelfall selbst nicht beurteilen können. Außerdem beträgt die Wartefrist auch nach der neuen Regelung der Kostenerstattung insgesamt fünf bzw. sieben Wochen und der Versicherte muss zudem wirtschaftlich in der Lage sein, die Kosten der Leistung zunächst selbst zu tragen. Insgesamt wird deshalb durch die vorgesehene Regelung – insbesondere im Vergleich mit der bereits existierenden Regelung zur Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V – keine wesentliche Verbesserung der Situation der Versicherten erwartet.

b) Behandlungsfehlermanagement der GKV - § 66 SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Derzeit ist die Unterstützung ihrer Versicherten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler noch eine Ermessensleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Im Entwurf vorgesehen ist jetzt eine "Soll"-Regelung, das heißt, dass die Kassen zukünftig zur Unterstützung verpflichtet sind, es sei denn, es sprechen besondere Gründe dagegen.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Unklar ist hier, weshalb kein gesetzlicher Anspruch der Versicherten auf eine Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht formuliert wurde. Nicht erfolgt ist außerdem eine konkrete Beschreibung der durchzuführenden Unterstützungsmaßnahmen. Dies ist bereits deshalb sinnvoll, weil die "Unterstützungsmaßnahmen" durch die Kassen in der Praxis teilweise weit voneinander abweichen (Art und Umfang der Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Zeitpunkt und Anzahl der über die Kassen bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einholbaren Gutachten zur Überprüfung/ Bestätigung des Behandlungsfehlerverdachts etc.). Das Behandlungsfehlermanagement der GKV muss eine Leistung sein, die bundesweit von jeder Kasse gleichermaßen gewährt wird. Die Nutzung eines speziell ausgestalteten Behandlungsfehlermanagements als "Zusatzleistung" im Kassenwettbewerb muss durch eine einheitliche Ausgestaltung dieser GKV-Leistung von vornherein ausgeschlossen werden.

c) Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahmeerklärung bei Einschreibung in Programme der selektivvertraglichen Versorgung - §§ 73 b Abs. 3, 73 c Abs. 2, 140 a Abs. 2 SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Versicherte werden vor der Einschreibung in ein selektivvertragliches Behandlungsprogramm zum Teil nicht ausreichend über ihre Rechte und Pflichten sowie über Inhalt und Ziele der Versorgungsprogramme aufgeklärt, so dass ihnen eine Entscheidung auf der Grundlage von ausreichenden Informationen häufig nicht möglich ist. Zukünftig sollen Versicherte deshalb das Recht erhalten, die Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach der Erklärung zu widerrufen.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Begründet wird das neue Recht auf Widerruf der Teilnahme damit, dass die Versicherten die Möglichkeit bekommen soll, ihre Teilnahme nochmals zu überdenken, sich innerhalb der Zwei-Wochen-Frist vertieft zu informieren und erneut zu prüfen, ob die Teilnahme für sie sinnvoll ist. Fraglich ist jedoch, auf welcher Grundlage eine vertiefte Information stattfinden soll, denn die Selektivverträge müssen nicht vollständig veröffentlicht werden und häufig steht auch kein weiteres geeignetes Informationsmaterial zur Verfügung. Deshalb ist ergänzend eine Verpflichtung zur hinreichenden und vollständigen Information, Beratung und Aufklärung der Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung sowie die Gewährung einer ausreichenden Bedenkzeit vor Erklärung der Teilnahme notwendig. Ein einfaches Widerrufsrecht allein führt nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation der Versicherten.

d) Patientenorientiertes Beschwerdemanagement in Krankenhäusern - § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Die Regelung stellt klar, dass ein sachgerechtes Qualitätsmanagement im stationären Bereich verpflichtend auch ein Beschwerdemanagement insbesondere für die Belange von Patientinnen und Patienten umfassen muss.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Die Regelung wird begrüßt. Ein systematisches Beschwerdemanagement dient der nachhaltigen Sicherung der Qualität und trägt im Idealfall dazu bei, dass die Sichtweise und die Erfahrungen der Patienten in das Qualitäts- bzw. Risiko- und Fehlermanagement des Krankenhauses einfließen können. Notwendig erscheint das Beschwerdemanagement jedoch auch in anderen Bereichen der Leistungserbringung, insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung.

e) Verbesserung der Patientensicherheit durch Festlegung von Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme - § 137 Abs. 1 c SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement binnen eines Jahres Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festlegen. Über die Umsetzung dieser Systeme soll in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser informiert werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Die Implementierung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen wird insgesamt begrüßt. In der Gesetzesbegründung werden auch Arztpraxen explizit genannt, zur Berichterstattung über die dort eingesetzten internen Qualitäts- und Fehlermanagementsysteme gibt es allerdings keine Festlegung. Perspektivisch ist zu gewährleisten, dass alle Leistungserbringer – also auch die Leistungserbringer des ambulanten Versorgungssektors – in die Systeme eingebunden werden und dass sie laufend evaluiert und weiterentwickelt werden. Außerdem muss sichergestellt werden, dass alle Fehlermeldungen in einem zentralen Register zusammengefasst, analysiert und für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung aufbereitet werden können. Darüber hinaus sind die Analyseergebnisse auch für eine entsprechende Anpassung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte der Gesundheitsdienstleister zur Verfügung zu stellen.

f) Beteiligung der Patientenvertreter auf Landesebene - § 140f SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Vorgesehen ist eine überschaubare Stärkung der Patientenbeteiligung auf der Landesebene – so z.B. bei befristeten Zulassungen in den Zulassungsausschüssen sowie eine Mitwirkung in dem fakultativen gemeinsamen Landesgremium gem. § 90 a SGB V.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Im Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) sollten die Mitberatungsrechte der Patientenvertreterinnen und -vertreter der Organisationen gemäß § 140 f Absatz 2 Satz 3 SGB V gestärkt werden, insbesondere wird ein Stimmrecht in Verfahrensfragen gefordert. Darüber hinaus haben Vergütungsfragen einen wesentlichen Einfluss auf die reale Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten. Deshalb sollten Patientenvertreterinnen und -vertreter künftig zumindest ein Antrags- und Mitberatungsrecht im (erweiterten) Bewertungsausschuss erhalten. Auch auf Landesebene – und insbesondere bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern – sind den Patientenvertretern weitere Mitberatungs- und Antragsrechte einzuräumen.

g) Unterrichtung der Bevölkerung über Patientenrechte durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung - § 140 h Abs. 2 SGB V

Inhalt der vorgesehenen Änderung:

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung soll die Patientenrechte umfassend, in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zusammenstellen und zur Information der Bevölkerung bereithalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK Deutschland:

Es wird begrüßt, dass die Patientenrechte in allgemein verständlicher Sprache zusammengefasst werden sollen. Eine Distribution ausschließlich durch den Patientenbeauftragten wird jedoch nicht für sinnvoll gehalten, denn notwendig ist die Kenntnis der Patientenrechte dort, wo die Patientinnen und Patienten sie benötigen: Beim Arztbesuch, im Krankenhaus oder bei der Konsultierung weiterer Gesundheitsdienstleister. Sinnvoller wäre es deshalb, die wesentlichen Patientenrechte in einem kompakten Merkblatt zusammenzufassen und eine verpflichtende Aushändigung an alle Patienten bereits vor Beginn der Behandlung vorzusehen, denn nur so kann der Informationsasymmetrie zwischen Behandelndem und Patienten wirksam begegnet werden. Denkbar wäre auch eine ergänzende Pflicht der Behandler zum Aushang der Patientenrechte, z.B. im Wartezimmer.

3. Fehlende Regelungen

a) Berufshaftpflichtversicherung für Gesundheitsdienstleister

Dringend notwendig ist eine Kodifizierung der gesetzlichen Verpflichtung aller Gesundheitsdienstleister zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für die ausgeübte Tätigkeit bzw. die Tätigkeit ihrer Angestellten mit einer Deckungssumme in für die einzelnen Gesundheitsdienstleister jeweils individuell zu ermittelnder ausreichender Höhe sowie die Verpflichtung zur unverzüglichen und unaufgeforderten Herausgabe der Versicherungsdaten (Versicherer, Police-Nr.) an den Patienten bei Verdacht auf Verursachung eines Behandlungsschadens.

Im Übrigen wird in diesem Zusammenhang auch auf Artikel 4 Abs. 2 d) der EU-Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verwiesen: Danach stellen die Mitgliedstaaten sicher, dass für Behandlungen

gen im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedsstaates ein System der Berufshaftpflichtversicherung, eine Garantie oder eine ähnliche Regelung besteht, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar sowie nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist.

b) Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen

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 Schlichtungsstellen in Anlehnung an ein rechtsstaatliches Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren (VwVfG/ VwGO) 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 betreffend) 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.

Verwiesen wird im Übrigen in diesem Zusammenhang auch auf Artikel 4 Abs. 2 c) der EU-Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung: Danach hat der Behandlungsmitgliedstaat sicherzustellen, dass transparente Beschwerdeverfahren und Mechanismen für Patienten bestehen, damit sie im Fall einer Schädigung aufgrund der erhaltenen Gesundheitsversorgung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Behandlungsmitgliedstaates Rechtsbehelfe einlegen können. Die Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen sind entsprechend auszugestalten und mit ggf. bereits existierenden Beschwerdestellen zu koppeln.

In das Patientenrechtegesetz ist eine entsprechende Rahmenvorschrift aufzunehmen, welche die Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen bundesweit harmonisiert.

c) Fairer Zugang zu Sozialwahlen

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.

d) Information, Beratung und Transparenz

Zu den Patientenrechten gehört an zentraler Stelle eine von Leistungserbringern und Kostenträgern unabhängige Information und Beratung. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, die seit 2011 Regelangebot ist, stellt dies sicher. Sie steht allen Bürgerinnen und Bürgern offen, die Orientierungshilfen innerhalb des Gesundheitssystems brauchen, in Konflikt mit Organisationen und Akteuren des Gesundheitswesens geraten oder eine von Partikularinteressen unabhängige Information, Beratung oder Unterstützung wünschen.

Mit 21 Beratungsstellen bundesweit ist eine Erreichbarkeit in allen Regionen Deutschlands nicht zu gewährleisten. Auch beim bundesweiten Hotlineangebot machen sich Kapazitätsengpässe bemerkbar. Soll das bisherige Beratungsangebot dauerhaft gesichert und mehr Ratsuchende erreichen, ist eine Erhöhung der Fördermittel und die Ausweitung des Beratungsstellen- und Hotlineangebots erforderlich. Dies wird auch im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates empfohlen. Der diesbezügliche Antrag des Bundesrates zur Änderung des § 65b SGB V ist deshalb nachdrücklich zu begrüßen. Die Rückäußerung der Bundesregierung überzeugt nicht. Ein neues Vergabeverfahren ist nicht zwangsläufig erforderlich.

Patienten können sich anhand von Vergleichsportalen im Internet vorab über die Leistungserbringer informieren. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungserbringer fehlt es allerdings an Transparenz über die vorhandenen Leistungserbringer und ihre (speziellen) Versorgungsangebote. Zwar bieten die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen Auszüge ihrer Arztregister in Form von regionalen Arztsuchen im Internet an, es fehlt aber ein bundesweit einheitliches Format (Fort-/ Weiterbildungen der Ärzte, Schwerpunkte der Praxen, besondere Leistungsangebote, Barrierefreiheit der Praxen etc.). Aus diesem Grund fordert der Sozialverband VdK Deutschland, dass die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen dem bereits existierenden zentralen bundesweiten (Zahn-)Arztregister der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung (KBV bzw. KZBV) entsprechende aktuelle und einheitliche Datensätze zur Verfügung zu stellen haben, welche dann kostenfrei und in geeigneter Form der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen sind.