



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0326(26)
gel. VB zur öAnh. am 22.10.
2012_Patientenrechte
17.10.2012

**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)**

zur öffentlichen Anhörung

zu dem Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen
und Patienten
BT-Drs. 17/10488

zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP
Ausschussdrucksache 17(14)0325

zum Antrag der Fraktion der SPD
„Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“
BT-Drs. 17/9061

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“
BT-Drs. 17/6489

zum Antrag Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Rechte von
Patientinnen und Patienten durchsetzen“
BT-Drs. 17/6348

am 22. Oktober 2012 in Berlin

Der MDS nimmt im Folgenden in Abstimmung mit den MDK zu dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten sowie den weiteren Anträgen Stellung.

Der MDS unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, die Rechte der Patientinnen und Patienten¹ gesetzlich zu regeln. Nur über ihre Rechte und Pflichten umfassend aufgeklärte Patienten können ihre Interessen in z. T. besonders schweren Lebenslagen angemessen vertreten.

Patienten, die den Verdacht haben, dass ihre Behandlung fehlerhaft war, stehen zunächst oft alleine da und sind auf unabhängigen medizinischen Sachverstand angewiesen. Nur so haben sie eine Chance, mögliche Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Allein im Jahr 2011 haben die Gutachterinnen und Gutachter des MDK 12.686 Behandlungsfehlervorwürfe begutachtet. In nahezu jedem dritten Fall (32,1 %) wurde der Behandlungsfehler bestätigt. Diese Zahlen machen deutlich, dass die Gutachten des Medizinischen Dienstes für viele Patienten eine wichtige Unterstützung darstellen. Wir begrüßen daher, dass der Unterstützungsanspruch der Versicherten gestärkt wird, fordern aber gleichzeitig, dass über die im Gesetzentwurf genannten Fälle hinaus weitergehende Beweislasterleichterungen für die Patienten umgesetzt werden.

Rund 1,5 Milliarden Euro geben gesetzlich Versicherte pro Jahr für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aus. Bei den IGeL-Leistungen geht es vorrangig um wirtschaftliche Interessen von Ärzten und nicht um notwendige medizinische Leistungen für Kranke. Die wissenschaftlichen Bewertungen des MDS für das Verbraucherportal www.igel-monitor.de bestätigen, dass ein medizinischer Nutzen bei vielen IGeL in der Regel nicht belegt ist. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir es, wenn die Position des Patienten gegenüber dem Arzt gestärkt wird.

Es ist richtig, dass Versicherte so schnell wie möglich einen Leistungsentscheid der Krankenkasse über von ihnen beantragte Leistungen erhalten. Sofern dazu eine Begutachtung durch den MDK erforderlich ist, wird diese schon heute in der großen Mehrzahl innerhalb der jetzt vorgesehenen Fristen erledigt. Auch in Zukunft wird jedoch für eine sorgfältige sozialmedizinische Begutachtung komplexer Fälle eine längere Bearbeitungszeit notwendig sein. Im Sinne der Patienten darf der Aspekt der „Schnelligkeit“ nicht das Kriterium der „Qualität“ überlagern.

Keine Berücksichtigung findet im Gesetzentwurf die auch unter dem Aspekt der Patientenrechte und Patientensicherheit in der breiten Öffentlichkeit wahrgenommene Problematik bei Hochrisiko-Medizinprodukten. In Kenntnis und angesichts der von der EU-Kommission am 26. September 2012 vorgelegten Verordnungsentwürfe zur Überarbeitung der Richtlinien zur Zulassung und Marktüberwachung von Hochrisiko-Medizinprodukten,² hält der MDS es für erforderlich, dass sich die Bundesregierung mit dem Ziel einer mehr am Arzneimittelrecht orientierten Zulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten für eine Zentralisierung der Marktzulassung und Marktüberwachung, für obligatorische klinische Studien, Nachmarktbeobachtungsstudien und Implantate-Register, einsetzt.

Zu dem Gesetzentwurf und den vorgenannten Anträgen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

¹ Im Folgenden ist mit der Nennung der männlichen Form jeweils die weibliche und männliche Form gemeint.

² BR-Drucksache 574/12 und 575/12.

Zu Artikel 1 Nummer 4:

§ 630 c BGB – Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

§ 630 e BGB – Aufklärungspflichten

i.V.m. § 630 f BGB – Dokumentation der Behandlung

Gemäß § 630 c Absatz 3 BGB muss der Behandelnde in Zukunft den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform darüber informieren, wenn er davon ausgehen kann, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist.

Die Regelung in § 630 e Absatz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, über sämtliche für die Einwilligung der Behandlung wesentlichen Umstände mündlich aufzuklären. Dazu gehören die erwarteten Folgen und Risiken sowie die Notwendigkeit und Dringlichkeit und die Erfolgsaussichten der Behandlung. Wenn alternative Maßnahmen existieren, hat der Behandelnde auf diese hinzuweisen. Überdies schreibt die Regelung vor, dass die Aufklärung nach diesem Paragraphen von einer Person durchgeführt werden muss, die eine für die Durchführung der Maßnahme adäquate fachliche Qualifikation besitzt.

Bewertung:

Bezüglich § 630 c Absatz 3 ist darauf hinzuweisen, dass die Information über die Kosten in „Textform“ in § 630 c BGB beispielsweise auch über das Praxis-TV oder einen Flyer geschehen kann, da § 630 c BGB nicht der Dokumentationspflicht nach § 630 f BGB unterliegt bzw. dort nicht erwähnt wird.

Im Weiteren sehen wir die Vorschriften zur Aufklärungs- und Dokumentationspflicht für nicht ausreichend an und regen daher weitergehende Konkretisierungen an.

Es ist davon auszugehen, dass die Aufklärung über die „Notwendigkeit“ und „Dringlichkeit“ einer Behandlung aus § 630 e Absatz 1 BGB auch auf Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anzuwenden ist. In der Natur der Sache liegt es, dass IGeL nicht dringend oder notwendig sind. In der Praxis ist jedoch davon auszugehen, dass insbesondere in diesen Fällen nicht ausreichend vom Behandelnden darauf hingewiesen wird, da der Arzt bei IGeL unabhängig von Aufklärungspflichten als Verkäufer von Gesundheitsleistungen auftritt. Der Versicherte kann sich nicht mehr sicher sein, ob ärztliche Empfehlungen von medizinischen Notwendigkeiten getragen werden oder ob Einkommens- und Gewinninteressen des behandelnden Arztes handlungsleitend sind.

Die weitergehenden Vorschläge des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, darauf hinzuweisen, wenn es sich um eine medizinisch nicht notwendige Leistung handelt³, die dem Patienten angeboten wird, unterstützen wir vor diesem Hintergrund ausdrücklich. Wir halten es daher für erforderlich, die im § 630 e Absatz 1 BGB genannte Regelung in der Form zu konkretisieren, dass sie ausdrücklich auch auf IGeL anzuwenden ist.

Darüber hinaus sehen wir eine 24-stündige Einwilligungssperrfrist als erforderlich an, wenn solche Leistungen in der Arztpraxis angeboten werden. Dann hätten Versicherte, denen eine der häufig nutzlosen Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten wird, ausreichend Zeit, um sich ein eigenes Bild zu machen und frei zu entscheiden.

³ Veröffentlichung vom 25. Januar 2012 zum Start des IGeL-Monitors des MDS, online verfügbar unter der URL: http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idcat=25&idart=66&lang=1. Zuletzt erreicht am 12. Oktober 2012.

mit ein Patient die richtige Entscheidung - gerade auf dem IGeL-Markt - treffen kann, muss er nicht nur vom Arzt seriös beraten werden, sondern auch unabhängige Informationen einholen können.

Hier leistet der MDS mit dem Informationsportal www.igel-monitor.de einen Beitrag zur Information und zum Schutz der Patienten vor nicht Evidenz-basierten Leistungen, deren Nutzen nicht wissenschaftlich erwiesen ist. Nach einem einheitlichen Bewertungsraster von Wirksamkeit, Nutzen und Schaden sind bereits 27 IGeL bewertet, darunter auch die vier am häufigsten angebotenen IGeL PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs, Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung, Ultraschall-Untersuchungen zur Vorsorge und professionelle Zahnreinigung (PZR). Regelmäßig kommen Bewertungen hinzu. Die Informationen sind laienverständlich aufbereitet und bieten so jedem Patienten eine Hilfestellung bei der Entscheidung für oder gegen eine IGeL. Die Bewertungen zeigen, dass viele IGeL auf einer nicht gesicherten Evidenz angeboten werden. Täglich nutzen über 2.000 Patientinnen und Patienten den IGeL-Monitor.

Zu Artikel 1 Nummer 4:

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

und zu Artikel 2 Nummer 2:

§ 66 SGB V – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Mit dem § 630 h BGB werden die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu den Beweiserleichterungen zusammengefasst. Hat der Patient bewiesen, dass sich ein voll beherrschbares Behandlungsrisiko verwirklicht hat, wird zugunsten des Patienten vermutet, dass der Behandelnde seine medizinischen Behandlungspflichten verletzt hat. Auch bei einer mangelnden Befähigung des Behandelnden gelten Beweiserleichterungen für den Patienten (Absatz 4). Bei einem groben Behandlungsfehler, der Verletzungen des Körpers und der Gesundheit in der tatsächlich aufgetretenen Art herbeiführen kann, wird von einem kausalen Zusammenhang zwischen Behandlung und Schaden ausgegangen. Hier geht der Nachweis der Kausalität zu Lasten des Behandelnden (Absatz 5).

Gemäß § 66 SGB V können die Krankenkassen bislang schon die Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen. Dazu können sie nach § 275 Absatz 3 Nr. 4 SGB V den MDK mit der Aufklärung des Sachverhalts und der Erstellung eines medizinischen Gutachtens beauftragen. Diese bislang den Krankenkassen freigestellte Beratungs- und Unterstützungsfunktion soll nunmehr zu einer „Soll“-Vorschrift ausgebaut werden. Zukünftig sollen die Kranken- und Pflegekassen zur Unterstützung ihrer Versicherten bei der Durchsetzung der Schadenersatzansprüche aus Behandlungsfehlern grundsätzlich verpflichtet werden. Die Verfolgung von Schadenersatzansprüchen für Versicherte soll z. B. durch entsprechende medizinische Gutachten erleichtert werden.

Bewertung

Die Medizinischen Dienste begrüßen die Stärkung der Patientenrechte durch die Verpflichtung der Krankenkassen in § 66 SGB V, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen zu unterstützen. In Bezug auf die Regelungen zum Arzthaftungsrecht im BGB sollte es eine Erleichterung des Kausalitätsnachweises auf Seiten der Patienten geben. In den Fällen, in denen ein Behandlungsfehler und ein vorliegender Schaden nachgewiesen wird, sollte über die im § 630 h BGB genannten Fällen hinaus die

Vermutung der Kausalität gelten. Damit würde der Patient vom Kausalitätsnachweis befreit und der Behandelnde müsste die Vermutung der Kausalität erschüttern indem er darlegt, dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den vorliegenden Schaden war.

Die MDK unterstützen die Patienten sowohl beim Nachweis der Pflichtverletzung des Arztes als auch beim Nachweis des Schadens an sich und der Tatsache, dass die Pflichtverletzung ursächlich für den Schaden war (Kausalitätsbeweis). Neben rechtlichen sind insbesondere medizinische Fragen zu klären. Der Patient erhält damit eine Antwort, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und kann ggf. versuchen, eine außergerichtliche Einigung mit dem Haftpflichtversicherer zu erzielen. Er kann mit Hilfe des Behandlungsfehlergutachtens fundiert entscheiden, ob eine Klage aussichtsreich ist.

Die Medizinischen Dienste sind gut vorbereitet für die erweiterten Anforderungen, die sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben und stehen den Patienten dabei mit ihrer umfangreichen Erfahrung zur Seite. Die MDK unterstützen die Geschädigten interessenneutral und kostenfrei. Sie verfügen mit jährlich über 12.000 Behandlungsfehlerbegutachtungen auf diesem Gebiet über eine fachlich-medizinisch umfassende Expertise und profunde Erfahrungen. In nahezu jedem dritten Fall (32,1 %) wurde ein Behandlungsfehler festgestellt. Davon bestätigte sich in drei von vier Fällen (75,1 %), dass der Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Schaden ursächlich war.

Für die Begutachtung von vermuteten Behandlungsfehlern haben die MDK spezialisierte Gutachterteams eingerichtet, die über die jeweilige medizinische Fachexpertise und die notwendigen Kenntnisse im Arzthaftungsrecht verfügen.

Zu Artikel 2 Nummer 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:

§ 13 Absatz 3a (neu) SGB V – Kostenerstattung

Die Krankenkassen sollen nach dieser geplanten Vorschrift in Zukunft verpflichtet werden, innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über einen Leistungsantrag zu entscheiden; diese Frist verlängert sich bei Einschaltung des MDK auf fünf Wochen. Der MDK soll innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung nehmen.

Kann die Krankenkasse diese Frist(en) nicht einhalten, hat sie diese dem Versicherten unter Darlegung der Gründe mitzuteilen. Dabei kann sich die Krankenkasse nicht auf Gründe berufen, die in ihren Verantwortungsbereich fallen. Die Krankenkasse muss die genannte Fünf-Wochen-Frist auch dann einhalten, wenn der MDK nicht in der für ihn maßgeblichen Drei-Wochen-Frist Stellung nimmt. Bei der Darlegung der Gründe gegenüber dem Versicherten muss es sich um hinreichende Gründe handeln.

Kann sie dies nicht, soll der Versicherte berechtigt werden, der Krankenkasse eine angemessene Frist (i. d. R. zwei Wochen) zur abschließenden Entscheidung zu setzen. Nach Ablauf dieser Frist soll der Versicherte berechtigt sein, die Leistungen selbst zu beschaffen, wobei die Krankenkasse dann die vollen Kosten zu tragen hat.

Bewertung:

Wir unterstützen die Absicht des Gesetzgebers, den Versicherten zügig eine Entscheidung über einen Antrag auf eine Leistung der Krankenkasse zuzusichern. Wir bezweifeln jedoch, ob Fristsetzungen, insbesondere verbunden mit bürokratischen Mitteilungs- und Erfassungspflichten, das geeignete Mittel darstellen.

Die Medizinischen Dienste vertreten den Standpunkt, dass der Aspekt der „Schnelligkeit“ nicht das Kriterium der „Qualität“ überlagern sollte. Die MDK-Gutachter haben ihre sozialmedizinische Empfehlung auf der Grundlage einer fachlich abgesicherten Begutachtung unter Berücksichtigung der Grundsätze der Qualität der Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abzugeben. In der Mehrzahl der Fälle müssen hierfür durch den MDK-Gutachter vom behandelnden Arzt/von mehreren an der Behandlung beteiligten Ärzten ergänzende individuelle Informationen, medizinische Unterlagen und Befunde unter Wahrung einer angemessenen Frist angefordert werden. Mitunter werden Gutachter mit völlig neuen oder medizinisch und/oder sozialrechtlich komplizierten medizinischen Konstellationen bei Anträgen auf Leistungen der Krankenkasse konfrontiert. Diese Fälle bedürfen nicht nur einer zeitintensiven Begutachtung. Die Bewilligung einer Therapie hat unter Umständen auch eine große Tragweite für den Patienten. Eine übereilte und damit unter Umständen fachlich unzureichend fundierte Entscheidung könnte Patienteninteressen verletzen. Dem beugt der MDK durch eine fundierte fachliche Begutachtung vor.

Aus den Erfahrungen in der Begutachtungspraxis wird deutlich, dass sich die aus dem Bereich des SGB IX übernommene Fristenregelung nicht generell auf andere, im Vergleich zur Rehabilitation teilweise komplexere Begutachtungsbereiche übertragen lässt. Auch zukünftig ist bei komplexen Fällen bzw. bei bestimmten Aufgabenfeldern eine längere Laufzeit nicht auszuschließen.

Ohnehin kommt es nur in wenigen Fällen zu längeren Laufzeiten bei der Begutachtung. Der MDK hält in den meisten Fällen die für ihn geltenden Begutachtungsfristen nach § 13 Absatz 3a SGB V (neu) ein. In den wichtigsten Bereichen der Krankenversicherung, in denen Versicherte Leistungen beantragen und der MDK von der Krankenkasse beauftragt wird, betrug die durchschnittliche Bearbeitungsdauer im Jahr 2011 12,6 Kalendertage für Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation, 13,0 Kalendertage für Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit, 12,0 Kalendertage für ambulante Leistungen und 20,3 Kalendertage für Hilfsmittel. Durch konsequente organisatorische Verbesserungen konnten diese Begutachtungszeiten über die letzten Jahre kontinuierlich abgesenkt werden. Dieser Ansatz wird in den MDK weiterverfolgt.

Die Medizinischen Dienste lehnen angesichts des Ansinnens des Bundesrats in seiner Stellungnahme (Nummern 26 und 27) zum § 13 Absatz 3a SGB V eine Ausgestaltung der Fristenregelungen für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen konsequent ab, die dazu beiträgt, die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse zu behindern oder unattraktiv zu machen und damit eine interessenneutrale Begutachtung zu umgehen.

Änderungsanträge der CDU/CSU und FDP-Fraktion

Zu Änderungsantrag Nr. 3

§ 135a Absatz 3 SGB V (neu) - Schutz von Daten aus Fehlermeldesystemen

Änderungsantrag Nr. 3 stellt die Nutzer von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen unter Schutz, sofern sie nicht aufgrund einer schweren Straftat belangt werden.

Bewertung

Die Medizinischen Dienste sehen die Strafbefreiung bei der Nutzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen als Grundvoraussetzung für deren Funktionsfähigkeit an. Die Medizinischen Dienste haben im Zusammenhang mit der Behandlungsfehlerbegutachtung in der Vergangenheit schon darauf hingewiesen, dass im Sinne einer neuen Sicherheitskultur Regelungen zum Vertrauensschutz bei gemeldeten Fehlern, wie sie z. B. bei den Fehlermeldesystemen in Dänemark oder den USA existieren, einzuführen. Daher ist der Änderungsantrag uneingeschränkt zu begrüßen.

Zum Antrag der Fraktion der SPD „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“

Die SPD-Fraktion fordert in ihrem Antrag, dass IGeL taggleich nicht in Verbindung mit einer zu Lasten der GKV gehenden Leistung von einem Arzt erbracht werden dürfen. Das damit gewonnene Zeitfenster zwischen einer GKV-Leistung und einer IGeL soll es Patienten ermöglichen, ohne Druck eine Entscheidung für oder gegen eine IGeL zu fällen. Diese Regelung soll flankiert werden durch Informationsangebote auf verschiedenen Ebenen.

Bewertung

Die angestrebten Regelungen im Antrag der SPD, den Patienten umfassend auf mehreren institutionellen Ebenen des Gesundheitswesens zu informieren und ihn damit vor uninformierten Entscheidungen zu schützen, sind zu begrüßen. Das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient bedarf einer Stärkung der Position des Patienten. Ein vorgesehene Zeitfenster, innerhalb dessen sich ein Patient über eine IGeL informieren kann, erscheint insoweit sinnvoll.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob es zielführend ist, die Bewertung von IGeL an die Abstimmungsprozesse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu binden, zumal es sich ja bei IGeL gerade nicht um Leistungen nach dem Leistungskatalog der GKV handelt.

Das Informationsportal des MDS, www.igel-monitor.de, zeigt, dass umfassende versichertengerechte Informationen zu IGeL zur Verfügung stehen. Damit gelingt es zeitnah und unbürokratisch, fundierte IGeL-Bewertungen nach der Evidenz-basierten-Medizin an die Versicherten zu bringen. Die Informationen sind laienverständlich aufbereitet und bieten so jedem Versicherten eine Hilfestellung bei der Entscheidung für oder gegen eine IGeL.

Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“

Die angestrebten Regelungen zu IGeL in Nummer 1 Buchstabe d im Antrag der Fraktion DIE LINKE im Bundestag beinhalten eine umfassende Information des Patienten, warum die Leistung nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges ist und Informationen über alternative Behandlungsmethoden sowie Kosten der IGeL. Was das Arzt-Patientenverhältnis betrifft, werden eine schriftliche Einwilligung des Patienten und eine angemessene Bedenkzeit für den Patienten gefordert.

Was den Themenkomplex Behandlungsfehler betrifft, fordert der Antrag in Nummer 5 Buchstabe c weitergehende Beweislasteasierungen. Die Bestätigung eines Behandlungsfehlers, der im Stande ist, den beschriebenen Schaden zu verursachen, soll zur Folge haben, dass ein ursächlicher Zusammenhang vermutet wird.

Bewertung

Zu Nummer 1 Buchstabe d

Der von der Fraktion DIE LINKE im Bundestag angestrebte Ausbau der Informations- und Aufklärungspflichten bei IGeL gegenüber dem Patienten geht über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Vorschriften hinaus. Die Medizinischen Dienste bewerten dies grundsätzlich positiv und verweisen in diesem Zusammenhang auf die Bewertung zu § 630 c BGB, § 630 e BGB i.V.m. § 630 f BGB auf den Seiten 3-4 in dieser Stellungnahme.

Zu Nummer 5 Buchstabe c und e

Die in dem Antrag genannten Regelungen enthalten im Vergleich zum Status quo und zum vorliegenden Gesetzentwurf eine Beweislast-Erleichterung für die Patienten. Hierzu wird auf die Bewertung zu § 630 h BGB in dieser Stellungnahme verwiesen.

Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“

Der Antrag behandelt den Themenkomplex IGeL in Nummer 1 Buchstabe a. Gemäß dieser Regelung und deren Begründung muss der Behandelnde insbesondere bei IGeL über die Kosten der Behandlung informieren. Dies ist schriftlich zu dokumentieren.

Im Weiteren behandelt Nummer 1 Buchstabe a Punkt 15 das Thema der Beweislast bei Behandlungsfehlern. Hier verlangt der Antrag zusätzliche Beweiserleichterungen. Wenn dem Patienten ein Schaden entstanden ist und ein Behandlungsfehler vorliegt, wird ein Zusammenhang mit der Behandlung vermutet. Dabei geht die Beweislast auch bei leichten Behandlungsfehlern auf den Behandelnden über. Im Zusammenhang damit sollen zur Verbesserung der Begutachtungsqualität bei Behandlungsfehlern einheitliche Standards, die durch den MDS zu entwickeln sind, vorgesehen werden (Nummer 1 Buchstabe b Punkt 6). In der Begründung wird eine laufende Qualifizierung und ausreichende personelle Ausstattung der MDK für nötig gehalten.

Nummer 1 Buchstabe b erster Punkt sieht eine Genehmigungsfiktion von zu beantragenden Leistungen der Krankenkasse vor, innerhalb derer eine Leistung genehmigt sein muss. Die Verfahrensabläufe zwischen den Kostenträgern sollen analog zu § 14 SGB IX geregelt werden. Damit einhergehen soll die ausreichende Ausstattung der MDK, um kurze Bearbeitungsfristen zu gewährleisten.

Bewertung:

Zu Nummer 1 Buchstabe a

Die Medizinischen Dienste befürworten es, dass der Behandelnde über die Kosten informieren muss und dies zu dokumentieren hat. Hierzu wird auf die Bewertung zu § 630 c Absatz 3 BGB in dieser Stellungnahme verwiesen.

Zu Nummer 1 Buchstabe a Punkt 15

Die Medizinischen Dienste bewerten die Beweislastleichterung, wie sie in Nummer 1 Buchstabe a Punkt 15 des Antrags formuliert ist, positiv, da der Kausalitätsnachweis die Patienten oft vor große Hürden stellt. Hierzu wird auf die Bewertung zu § 630 h BGB in dieser Stellungnahme verwiesen.

Zu Nummer 1 Buchstabe b Punkt 6

Die Medizinischen Dienste stehen einer bundeseinheitlichen Sicherung der Qualität in der Behandlungsfehlerbegutachtung, wie sie in Nummer 1 Buchstabe b Punkt 6 gefordert ist, nicht entgegen. Die Medizinischen Dienste haben einen hohen Anspruch an die Qualität ihrer Behandlungsfehlerbegutachtungen und sichern dies durch entsprechende Qualitätssicherungs-Maßnahmen.

Zu Nummer 1 Buchstabe b Punkt 1

Was die Fristenregelung angeht, wird auf die Bewertung zu § 13 Absatz 3a – neu - SGB V zum Gesetzentwurf in dieser Stellungnahme verwiesen.