

Stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0326(2)
gel. VB zur öAnh. am 22.10.
2012_Patientenrechte
11.10.2012

Diakonie 
Bundesverband

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.

Gesetzentwurf der Bundesregierung: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

Berlin, den 25. September 2012

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 830 01-100
Telefax: +49 30 830 01-777
loheide@diakonie.de

Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

A. Allgemeiner Teil

Die Diakonie Deutschland hat als gegenwärtig federführender Verband im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Referentenentwurf des Patientenrechtegesetzes bereits ausführlich Stellung genommen, s. Stellungnahme vom 09.03.2012.

Wir begrüßen, dass im aktuell vorliegenden Kabinettsentwurf einige Änderungswünsche der BAGFW berücksichtigt wurden. In wesentlichen Aspekten ist der Gesetzentwurf jedoch unverändert geblieben. Insbesondere Vorschläge für zu ergänzende Regelungen, die in das Gesetzgebungsverfahren hätten Eingang finden sollen, wurden nicht aufgegriffen.

Vor diesem Hintergrund bekräftigt die Diakonie Deutschland nachdrücklich folgende zentralen Empfehlungen:

1. Zur Regulierung von besonderen Schadensfällen muss ein Entschädigungsfonds für Patienten eingerichtet werden.

Es ist bekannt, dass es derzeit zu **Schutzlücken** bei Schadensfällen aufgrund von Behandlungsfehlern kommt, die etwa durch sehr lange zivilgerichtliche Verfahrensdauern oder Schwierigkeiten, trotz hoher Plausibilität die Ursächlichkeit bei Behandlungsfehlern nachzuweisen, entstehen. Deshalb ist die Einrichtung eines Entschädigungsfonds mit dem Ziel, geschädigten Patienten zügig und möglichst unbürokratisch über lange gerichtliche Verfahrensdauern und schwierige Beweissituationen effektiv hinwegzuhelfen, ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung von mehr Patientenrechten. Die Diakonie Deutschland unterstützt daher den Vorschlag des Bundesrates, eine **Bund-Länder-AG** zur Einrichtung eines **Entschädigungsfonds** einzuberufen.

Der Diakonie Deutschland ist bewusst, dass für die **Ausgestaltung eines solchen Fonds** eine Reihe **offener Fragen zu klären** ist. Hierzu machen wir bei den Ausführungen zu den Beweislastregeln des

§ 630h BGB einige konkrete Ausgestaltungsvorschläge.

In jedem Fall sollten Entschädigungsleistungen nicht auf einem Rechtsanspruch beruhen, sondern Billigkeitsgrundsätzen folgen, um in definierten Härtefällen geschädigten Patienten schnell und unbürokratisch zu helfen, auch wenn ein sicherer Nachweis des Behandlungsfehlers bzw. der Nachweis der Kausalität zwischen Fehler und Schaden (derzeit) nicht möglich ist. Das **derzeitige Haftungssystem** würde dadurch nicht angetastet werden.

Auch die ergänzende Einrichtung eines **Rückversicherungsfonds** für die Fälle, in denen keine rechtsgültige Haftpflichtversicherung des Behandlenden besteht, sollte aus Sicht der Diakonie Deutschland erwogen werden.

2. Das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung muss gestärkt werden.

Dies betrifft a) die Sicherstellung flächendeckender Erreichbarkeit von Angeboten und b) den Abbau von Zugangsbarrieren für von Unter- und Fehlversorgung betroffenen Patientengruppen.

a) Die Erreichbarkeit von Leistungen muss flächendeckend sichergestellt werden.

In der Praxis sind Leistungen, die gesetzlich verankert sind, leider nicht immer für die Patienten erreichbar: Beispiele für die mangelhafte Umsetzung des Sicherstellungsauftrags sind lange Wartezeiten bei Fachärzten oder bei der psychotherapeutischen Behandlung sowie fehlende Leistungsangebote trotz eines Rechtsanspruchs.

Leistungen der ambulanten und mobilen Rehabilitation sind beispielsweise als Regelleistungen vorgesehen, stehen aber für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung in der Regel nicht zur Verfügung. Auch die Soziotherapie wird 10 Jahre nach ihrer Einführung als gesetzliche Leistung der Krankenversicherung mangels entsprechender Leistungserbringer kaum angeboten.

Im SGB V sollte daher vorgesehen werden, dass der **Sicherstellungsauftrag auch eine angemessene, wohnort- und zeitnahe Zurverfügungstellung der Leistungen** umfasst. Es müssen zudem konkrete Regelungen geschaffen werden, um den Sicherstellungsauftrag für den Patienten gegenüber den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder Reha-Leistungsträger im konkreten Konfliktfall besser durchsetzbar zu machen.

Der Sicherstellungsauftrag im SGB V sollte ferner ausdrücklich das Recht auf Beratung und Unterstützung durch unabhängige und neutrale Institutionen umfassen.

b) Zugangsbarrieren für von Unter- und Fehlversorgung betroffenen Patientengruppen müssen abgebaut werden.

Die Diakonie Deutschland setzt sich aufgrund ihres sozialanwaltschaftlichen Selbstverständnisses für schutzbedürftige Patientengruppen ein, die im Gesundheitssystem besonders von **Unter- und Fehlversorgung** bedroht sind.

Das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung darf nicht aufgrund von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status, ökonomischer Situation, Weltanschauung, sexueller Identität, Behinderung oder Krankheit eingeschränkt werden.

Auch wenn eine abschließende Aufzählung im Gesetzestext von Gruppen mit besonderen Kommunikations- oder anderen Bedarfen zugunsten einer höheren Flexibilität nicht sinnvoll ist, ist eine beispielhafte Nennung derjenigen Gruppen, deren strukturelle Benachteiligung im Gesundheitssystem gut erforscht und bekannt ist, dennoch zu empfehlen, da so bewusster und zielgerichteter mit den besonderen Bedarfen bestimmter Gruppen umgegangen werden kann. So kann durch das Patientenrechtegesetz mehr dazu beigetragen werden, Nachteilen in der Versorgung dieser Gruppen entgegenzuwirken.

Die Diakonie Deutschland empfiehlt, insbesondere auf die spezifischen Bedarfe von **Menschen mit Migrationshintergrund** (Recht auf GKV/PKV-finanzierte Sprachdolmetscher), von **Menschen mit psychischen Erkrankungen** (Recht auf Information über Behandlungsvereinbarungen als Spezifizierung der Patientenverfügung) und von **Menschen mit Behinderungen** (Recht auf Assistenz, Recht auf bauliche Barrierefreiheit, Recht auf verständliche Kommunikation auch mit Behandelnden und Kostenträgern durch Sprachmittler) in der Gesetzesbegründung hinzuweisen bzw. entsprechende gesetzliche Änderungen (im Einzelnen hierzu in Teil B.) vorzunehmen.

Zudem sollte die **UN-Behindertenrechtskonvention** bei der Ausgestaltung der Patientenrechte zentraler (und nicht nur in Bezug auf die Individuellen Gesundheitsleistungen, sog. IGeL) berücksichtigt werden.

3. Im Sinne eines 'lernenden Gesundheitssystems' sollte eine weitreichende Gesetzesevaluation gesetzlich vorgesehen werden.

Dies entspricht den Prinzipien moderner Gesetzgebung und hilft, spätere Gesetzesmodifikationen empirisch unterlegen zu können. Die Diakonie Deutschland schlägt vor, spätestens nach 5 Jahren durch eine **unabhängige Forschungseinrichtung** evaluieren zu lassen, inwiefern das **gesetzgeberische Ziel erreicht** wurde, insbesondere ob und wie sich beispielsweise Änderungen der Dokumentationspflicht, die normierten Beweiserleichterungen für Patienten, das Recht auf Akteneinsicht sowie die sich weiter entwickelnden Fehlermelde- und Beschwerdemanagementsysteme ausgewirkt haben. Zusätzlich sollte überprüft werden, ob die Regelungen des Gesetzes hinreichend sind, um auch die Umsetzung der Rechte potentiell benachteiligter Patientengruppen zu gewährleisten.

In Bezug auf das neu in § 13 Abs. 3a SGB V geregelte Recht der Patienten gegenüber den **Krankenkassen auf Kostenerstattung** für die selbstbeschaffte Leistung nach Fristablauf sollte erfasst und für jedermann zugänglich veröffentlicht werden, wie sich die Praxis der einzelnen Krankenkassen in Bezug auf die Fristeinhaltungen, Ablehnungen und Kostenerstattungen entwickelt.

Ferner sollte durch das **Statistisches Bundesamt** weiterhin **für den Zivilprozess eine Sonderauswertung des Sachgebietes 13 „Arzthaftungssachen“** erstellt werden, in der ab dem Inkrafttreten des Gesetzes die Anzahl der geführten Schadensersatzprozesse, Streitwerte, Inanspruchnahme von Prozesskostenhilfe, sowie die Prozessergebnisse (z.B. Vergleich, Urteil, Höhe der Schadensersatzsumme) und die entscheidenden Instanzen erfasst werden.

Das Bundesministerium der Justiz und das Bundesministerium für Gesundheit sollten die genannten Daten erhalten und spätestens nach 5 Jahren auswerten, inwiefern sich die Rechtsposition von Patienten tatsächlich verbessert hat und inwiefern gegebenenfalls gesetzlicher Änderungsbedarf besteht. Die **ausgewerteten Daten** sollten sämtlich **für Patienten öffentlich** zugänglich sein.

B. Besonderer Teil: Bewertung einzelner Regelungen des Gesetzentwurfs

1. Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs

a) § 630a BGB: Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

Der § 630 a BGB regelt den Behandlungsvertrag als Unterfall des Dienstvertrages, konkret die Verpflichtung des Behandlenden zur „medizinischen Behandlung“ nach anerkannten fachlichen Standards, soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ferner die Verpflichtung des Patienten zur Gewährung der vereinbarten Vergütung, wenn nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland begrüßt die eigenständige Kodifizierung des Behandlungsvertrages als Unterfall des Dienstvertrages im BGB, regt jedoch folgende Ergänzungen an:

Zu Abs.1:

1. Die Diakonie Deutschland bittet um eine genauere Abgrenzung des Anwendungsbereiches des Behandlungsvertrages durch eine Präzisierung des Begriffs der „**medizinischen Behandlung**“ in der Gesetzesbegründung.

In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass Leistungen der **medizinischen Behandlungspflege nach dem SGB XI sowie die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege** nach § 37 SGB V nicht in den Anwendungsbereich des § 630a BGB fallen. Auch die pflegerischen Leistungen im Rahmen der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** nach § 37b SGB sind nicht vom Behandlungsvertrag nach § 630a BGB erfasst, da in diesen Fällen die behandelnde Pflegekraft nicht entscheidet, ob – sondern allenfalls wie - die Behandlung durchzuführen ist. Medizinische Behandlung setzt aus Sicht der Diakonie Deutschland jedoch voraus, dass der Behandelnde selbständig entscheiden kann, ob eine Behandlung durchzuführen ist und wie sie durchzuführen ist.

Anders verhält es sich mit Leistungen der selbständigen **Ausübung von Heilkunde** durch Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V erbracht werden können. In der Richtlinie des GBA zu § 63 Abs. 3c SGB V ist geregelt, dass Heilkunde nach ärztlicher Diagnosestellung und der Übertragung der ärztlichen Tätigkeit durch Pflegekräfte selbstständig ausgeübt wird und dies die Übernahme der fachlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Verantwortung mit sich bringt, s. § 2 Abs. 2 S. 2 und 3 der Richtlinie.

Auch die Tätigkeit der im Rahmen der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V beschäftigten Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Angehöriger sonstiger Gesundheitsberufe unterfällt dem Anwendungsbereich des § 630a BGB, soweit diese eigenverantwortlich und selbständig Verbandsmittel und Pflegehilfsmittel verordnen und für die inhaltlich Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege verantwortlich sind.

Die Gesetzesbegründung, die bisher zwar zutreffend, aber zu allgemein, „reine Pflege- und Betreuungsleistungen“ sowie Verträge nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz vom Anwendungsbereich ausnimmt, sollte entsprechend dem oben Ausgeführten präzisiert werden.

2. Die ausdrücklich geregelte Möglichkeit, bei der vereinbarten medizinischen Behandlung von **fachlich anerkannten Standards abzuweichen**, wird von der Diakonie Deutschland, ähnlich der Position des Bundesrates, kritisch gesehen.

Zum einen dient die gesetzliche Verankerung des fachlichen Standards dem Schutz des Patienten, der mangels genauere fachlicher Kenntnis die mögliche Auswirkung einer abweichenden Vereinbarung zu meist gar nicht abschätzen können.

Zum anderen ist die ausdrückliche Regelung der Dispositionsmöglichkeit nicht notwendig, da im Ausnahmefall, etwa bei einer besonderen subjektiven Einstellung des Patienten zu bestimmten Therapieformen oder bei IGeL-Leistungen, bereits nach der geltenden Rechtslage von den fachlichen Standards abgewichen werden darf.

Eine solche Abweichung im Einzelfall bedarf aber einer vorherigen umfassenden Aufklärung des Patienten insbesondere über die inhaltliche Abweichung der medizinischen Behandlung vom fachlichen Standard und über deren Risiken.

Empfehlung:

In § 630a Abs. 2 sind die Wörter: „, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist“ zu streichen.

b) § 630c BGB: Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

Der §630 c BGB regelt die Mitwirkungspflichten der Vertragsparteien und die Informationspflicht des Behandelnden.

Bewertung:

Zu Abs.1: Diese Regelung soll laut Gesetzesbegründung den **Partnerschaftsgedanken** zwischen Behandelndem und Patienten zum Ausdruck bringen. Hierbei ist jedoch aus Sicht der Diakonie Deutschland zu berücksichtigen, dass sich die Partner insbesondere in Bezug auf das fachliche Wissen nicht auf gleicher Ebene begegnen. Daher wird den Patienten seine Obliegenheitsverpflichtung, alle für die Behandlung bedeutsamen Umstände offen zu legen, oftmals überfordern, da er gar nicht zu beurteilen vermag, welche Umstände im Einzelfall für die Behandlung bedeutsam sind.

Außerdem ist hinsichtlich der gesetzlichen Festlegung der Patientenmitwirkung aus Sicht der Diakonie Deutschland zu berücksichtigen, dass Gespräche zwischen Behandelnden und Patienten oft komplexe Situationen mit belastenden Themen darstellen. Auch wenn Patienten grundsätzlich zur Kooperation bereit sind, werden in der Praxis aus Zeitknappheit und Aufregung oft wichtige Informationen vergessen. Umso wichtiger sind hier professionelle Gesprächsführungskompetenzen auf Seiten der Behandelnden: Die Vollständigkeit anamnestischer Informationen und Adherence des Patienten ist auch von der Fähigkeit des Behandelnden abhängig, ein Vertrauensverhältnis herzustellen und ein patientenorientiertes Gespräch zu führen.

Das Zusammenwirken mit dem Behandelnden liegt im Interesse des Patienten und bedarf keiner rechtlichen Kodifizierung.

Die vorgesehene Regelung birgt hingegen für Patienten die Gefahr, dass ihnen unter Umständen **mangelnde Mitwirkung** im Sinne eines Mitverschuldens nach § 254 BGB unterstellt werden könnte, wenn der erwünschte Erfolg der vertraglich vereinbarten Behandlung nicht eintritt. Absatz 1 ist daher zu streichen.

Zu Abs. 2 Satz 1: Hier sollte nach Auffassung der Diakonie Deutschland eine Konkretisierung des Gesetzeswortlautes dahingehend erfolgen, dass die **Information im Einzelfall**, zugeschnitten auf den Bedarf des jeweiligen Patienten, verständlich sein muss. Etwa muss der Behandelnde den Patienten je nach Bedarf in einfacher oder **leichter Sprache**, s. Art. 21 und 25 der UN-BRK, informieren.

Ferner haben Patienten mit Migrationshintergrund und Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen oftmals einen besonderen Bedarf an Unterstützung bei der Kommunikation. Angelehnt an die Regelung des § 17 SGB I, der den Anspruch von Hörbehinderten auf einen Gebärdendolmetscher vorsieht, sollten Menschen mit Migrationshintergrund bei Bedarf einen **Sprachdolmetscher** auf Kosten der GKV bzw. PKV in Anspruch nehmen können, wenn dies für die medizinische Behandlung erforderlich ist und der Übersetzungsbedarf nicht anderweitig (etwa durch sprachkundige Familienmitglieder) gedeckt werden kann. Für Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen sollte das Recht auf Information auch das **Recht auf Assistenz beim Arztbesuch** mit umfassen, so dass die assistierende Begleitperson nötigenfalls den Behandelnden bei der Kommunikation mit dem behinderten Patienten unterstützen kann und dessen hinreichende Information ermöglicht wird.

Der Vorschlag des Bundesrates zum **Patientenbrief** wird von der Diakonie Deutschland unterstützt. Wir halten den zu erwartenden zusätzlichen Aufwand für den Behandelnden angesichts der Nähe zum ohnehin zu erstellenden Dokumentation bzw. zum Arztbrief und der dafür nutzbaren Software für überschaubar und für angemessen im Verhältnis zum Nutzen – der Sicherung der Information des Patienten, für den aufgrund der besonderen Konstellation eine mündlich Information nicht ausreicht. Insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, bei Menschen mit Migrationshintergrund und damit einhergehenden Sprachdefiziten, aber auch bei Menschen, die eine schwere Diagnose erfahren oder über einen längeren und komplizierten Behandlungsverlauf informiert werden müssen, reicht eine mündliche Information beim üblichen Kurzkontakt mit dem Behandelnden nicht aus. Ein Patientenbrief, erforderlichenfalls auch in leichter Sprache, würde Informationsdefizite über die Diagnose, die Therapie und die erwartete Mitwirkung des Patienten ausgleichen und die compliance des Patienten verbessern helfen.

Dabei darf nicht der Eindruck entstehen, die **persönliche Kommunikation** könnte durch den Patientenbrief ersetzt werden. Unserer Ansicht nach sollte dieser auch nicht regelhaft, sondern für die genannten besonderen Fälle eingeführt werden und etwa bei einer Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung, einer relevanten Entscheidungssituation aber auch bei persönlich geäußertem Bedarf des Patienten die persönliche Kommunikation sinnvoll ergänzen.

Zu Abs. 2 Satz 2: Die Diakonie Deutschland sieht die **Begrenzung der Informationspflicht** des Behandelnden auf Nachfrage und für den Fall, dass die Information für die Abwendung gesundheitlicher Gefahren vom Patienten erforderlich ist, wie der Bundesrat sehr kritisch. Die Informationspflicht über erkennbare Behandlungsfehler ist bereits Ausfluss der vertraglichen Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, insbesondere der Fürsorgepflicht des Behandelnden.

Ferner entspricht es dem berechtigten Interesse des Patienten, über erkennbare Behandlungsfehler informiert zu werden, deren gesundheitliche Bedeutung in der aktuellen Situation noch nicht absehbar ist, die aber möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt relevant oder sogar zur Abwendung einer gesundheitlichen Gefahr wesentlich werden können. Daher ist die Informationspflicht des Behandelnden dementsprechend auszuweiten.

Zu Abs. 3.: Wir begrüßen die Verpflichtung des Behandelnden, den Patienten in Textform über die voraussichtlichen **Kosten der Behandlung** zu informieren. Da es sich hierbei nur um eine Schätzung handelt und zudem in der Praxis oft beachtliche Unterschiede zwischen den geschätzten und den tatsächlichen Kosten auftreten, regen wir an, für den Bereich der **Individuellen Gesundheitsleistungen** (sog. IGeL) eine zusätzliche Regelung aufzunehmen, da hier der Patient aufgrund des gesteigerten wirtschaftlichen Interesses des Behandelnden vor erheblich nach oben abweichenden tatsächlichen Kosten in besonderem Maße geschützt werden muss. Die zu ergänzende Regelung sollte vorsehen, dass der Behandelnde den erheblich über die Schätzung der voraussichtlichen Kosten **hinausgehenden Kostenanteil nicht vom Patienten verlangen kann**. Davon nicht erfasst sind Kosten, die durch unvorhergesehene Komplikationen entstehen, deren Behandlung dann im Rahmen des Leistungskatalogs ohne finanzielle Beteiligung des Versicherten erfolgt, soweit nicht eine ästhetische Maßnahme des § 52 Abs. 2 SGB V vorliegt, wo bei Folgeschäden eine Kostenbeteiligung des Versicherten vorgesehen ist. Eine Reduktion auf eine angemessene Kostensteigerung erscheint demgegenüber nicht sinnvoll, da dies zu einem derartigen angemessenen Aufschlag Anreize gibt. Nur auf dem vorgeschlagenen Weg kann der Behandelnde zu einer möglichst genauen Abschätzung der auf den Patienten zukommenden Kosten für die IGeL-Leistung bewegt werden.

In Anlehnung an den Vorschlag des Bundesrates regen wir an, eine Regelung in § 630c aufzunehmen, die den Behandelnden verpflichtet, bei Patienten mit psychischen Erkrankungen mit wiederkehrenden Episoden verminderter oder aufgehobener Einwilligungsfähigkeit über den **Abschluss einer Behandlungsvereinbarung** (als Unterfall einer Patientenverfügung) zu **informieren**. Durch das Instrument der Behandlungsvereinbarung kann die Selbstbestimmung von Menschen mit derartigen psychischen Erkrankungen gestärkt werden und zugleich den Behandelnden Sicherheit für den Fall der eingeschränkten oder aufgehobenen Einwilligungsunfähigkeit gegeben werden.

Zu Abs. 4: Die Diakonie Deutschland begrüßt, dass sich die Einschränkung der Informationspflicht aufgrund „**erheblicher therapeutischer Gründe**“ im Gesetzeswortlaut des Regierungsentwurfs nicht mehr findet, da dies zu einer ungerechtfertigten Einschränkung der Selbstbestimmungsrechte von Patienten insbesondere mit psychischen Erkrankungen hätte verleiten können. Die Gesetzesbegründung zu § 630c Abs. 4 sowie entsprechend die zu § 630e Abs. 3 BGB sollte jedoch aus unserer Sicht den Ausnahmecharakter der streng zu begrenzenden Situationen noch deutlicher machen, in denen therapeutische Gründe als Unterfall der „besonderen Gründe“ einer umfassenden Information oder Aufklärung entgegenstehen können.

Die Diakonie Deutschland unterstützt den Vorschlag des Bundesrates zur Schaffung gesonderter Regelungen für die **Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)** insoweit, als dass für diesen Bereich ausdrücklich geregelt werden sollte, dass die **Information** durch den Behandelnden selbst oder durch jemanden zur Behandlung befähigten durchgeführt werden muss und nicht delegiert werden darf.

Ferner sollte dem Patienten gemäß dem Bundesratsvorschlag grundsätzlich eine **Bedenkzeit** von 24 Stunden eingeräumt werden, von der er aber im Einzelfall keinen Gebrauch machen muss.

Empfehlung:

§ 630c Abs. 1 ist zu streichen.

Der Anspruch des Patienten auf einen von der Krankenversicherung finanzierten Sprachdolmetscher, soweit dies für die medizinische Behandlung notwendig ist, ist ins SGB V bzw. ins VVG aufzunehmen.

§ 630c Abs. 2 BGB soll lauten:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten **jeweils in für ihn verständlicher Weise** zu Beginn der Behandlung und,...

Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, **die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber zu informieren.**

Die Informationen nach Abs. 2 Satz 1 sind dem Patienten in Textform zu erteilen (**Patientenbrief**), wenn er erkennbar nicht in der Lage ist, die mündliche Information vollständig zu erfassen oder wenn ihm eine neue oder veränderte Diagnose einer erheblichen Erkrankung und ein längerer Behandlungsverlauf mitgeteilt werden muss.

§ 630c Abs. 3 soll um folgenden Satz 3 ergänzt werden:

„Kommt es bei **individuellen Gesundheitsleistungen** (sog. IGeL) zu **erheblichen Abweichungen der tatsächlichen Kosten** von den angegebenen voraussichtlichen Kosten, kann der Behandelnde diese nicht vom Patienten verlangen.“

§ 630c sollte um folgenden Absatz ergänzt werden:

„Der Behandelnde **informiert** Patienten mit psychischen Erkrankungen mit wiederkehrenden Episoden verminderter oder aufgehobener Einwilligungsfähigkeit über die Möglichkeit des **Abschlusses einer Behandlungsvereinbarung.**“

c) § 630d BGB: Einwilligung

Nach § 630d BGB ist die Einwilligung von Patient/-innen für medizinische Eingriffe notwendig. Ausnahmen sind die Einwilligungsunfähigkeit des Patienten und der unaufschiebbare Eingriff. Eine Aufklärung nach §630e BGB ist Voraussetzung für die Einwilligung.

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland bittet um Klarstellung, in welchem Verhältnis die „medizinische **Behandlung**“ im Sinne des § 630a BGB zu der „medizinischen **Maßnahme**“ gemäß § 630d BGB steht. Sollte es sich um Synonyme handeln, so wird eine Angleichung des Wortlautes des § 630d BGB angeregt.

Weiterhin kritisieren wir, dass der Gesetzentwurf – ohne nachvollziehbare Begründung – nicht mehr die Freiheit, die sexuelle Selbstbestimmung und sonstige Rechte des Patienten unter Schutz stellt. Insbesondere das Rechtsgut der Freiheit ist bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen aber auch pflegebedürftigen Menschen besonders schützenswert, etwa bei der Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen und die stationäre Unterbringung etc. Daher sollte es wieder in den Gesetzeswortlaut Eingang finden.

Grundsätzlich muss zunächst der Betreuer den Betreuten bei seiner Entscheidungsfindung unterstützen.

Es sollten zudem in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen Kriterien entwickelt werden, die bei der Beurteilung der Frage, wann Einwilligungsfähigkeit vorliegt, herangezogen werden können. Erst wenn nach den zu entwickelnden Kriterien keine natürliche Einwilligungsfähigkeit in der konkret zu entscheidenden Frage vorliegt, darf der Betreuer einschreiten und ggf. die Einwilligung erteilen.

Empfehlung:

Zu Abs.1: Die Vorschrift des § 630d Abs. 1 S. 1 BGB sollte lauten wie folgt:

„Erfordert die Behandlung einen Eingriff in den Körper, die Gesundheit, **die Freiheit oder in ein sonstiges Recht** des Patienten, so ist die Einwilligung des Patienten einzuholen.“

Die Diakonie Deutschland regt ferner die Präzisierung der Gesetzesbegründung dahingehend an, dass zur Prüfung der Einwilligungsfähigkeit, aber auch zur Ausübung des Rechts auf Einwilligung regelhaft alle Möglichkeiten einer patientenorientierten Kommunikation ausgeschöpft werden müssen (z.B. GKV/PKV-finanzierter Einsatz von Sprachmittlern wie Dolmetschern oder Gebärdendolmetschern, Bereitstellung von Informationen in leichter Sprache etc.).

d) § 630e BGB: Aufklärungspflichten

§ 630e BGB regelt die umfassende Aufklärungspflicht des Behandelnden gegenüber dem Patienten.

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland begrüßt die klarstellenden Ausführungen in der Gesetzesbegründung, dass die Aufklärung orientiert am jeweiligen Empfängerhorizont verständlich sein muss. Entsprechend der Empfehlung zu § 630c BGB regen wir ergänzend auch für die Aufklärung nach § 630e BGB an, dass eine Regelung ins SGB V und ins VVG aufgenommen wird, nach der die GKV bzw. die PKV die **Finanzierung eines Sprachdolmetschers** übernimmt, wenn dies für die Information und Aufklärung in Bezug auf eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Davon dass eine **fernmündliche Aufklärung** laut Gesetzesbegründung möglich ist, sollte nach Ansicht der Diakonie Deutschland nur im Ausnahmefall Gebrauch gemacht werden und darf das wichtige persönliche Gespräch zwischen Behandelndem und Patient nicht verdrängen. Bei eiligen medizinischen Maßnahmen ermöglicht die fernmündliche Aufklärung allerdings für betreute Menschen ggf. eine schnelle Aufklärung des Betreuers und verhindert dadurch bedingte Verzögerungen medizinisch notwendiger Behandlungen. Sie wird von der Diakonie Deutschland daher für diese Fälle begrüßt.

e) § 630f BGB: Dokumentation der Behandlung

§ 630f bestimmt, wie der Arzt die Behandlung dokumentieren muss. Nach Abs. 2 ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Regelung benennt exemplarisch u.a. die Anamnese, die Diagnose und Befunde.

Bewertung:

Die Dokumentation in der Patientenakte dient in erster Linie dem Zweck, durch die Aufzeichnung des Behandlungsgeschehens eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung zu gewährleisten. Darüber hinaus kann die Dokumentation aber auch als Beweis in einem Gerichtsverfahren dienen. Daher soll aus der Patientenakte auch nachvollzogen werden können, ob und wie der Patient informiert wurde. Bei den aufzuzeichnenden Maßnahmen ist deshalb auch die Information des Behandelnden in die Aufzählung in Abs. 2 aufzunehmen.

Empfehlung:

§ 630f Abs. 2 BGB soll lauten:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, **Informationen**, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

f) § 630g BGB: Einsichtnahme in die Patientenakte

§ 630g regelt die Rechte von Patienten zur Einsichtnahme in die Patientenakte, sowie das Recht, Abschriften zu verlangen.

Bewertung:

Die Einschränkung des Einsichtsrechts in die Patientenakte aus therapeutischen und sonstigen erheblichen Gründen wird von der Diakonie Deutschland als problematisch angesehen, da es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe handelt, die zu einer weitgehenden Einschränkung des Einsichtsrechts einladen könnten.

Empfehlung:

Zur Sicherung der informationellen Selbstbestimmung der Patienten sollte daher zusätzlich geregelt werden, dass in dem Fall, in dem der Behandelnde das Einsichtsbegehren zurückweist, die Akte auf Wunsch des Patienten an einen Behandelnden seiner Wahl weitergeleitet wird und dieser eine Zweitmeinung abgibt. Bestätigt die **Zweitmeinung** das Vorliegen von Zurückweisungsgründen, so soll der Patient eine **(Privat-)Person seines Vertrauens** mit der Einsichtnahme in die Patientenakte beauftragen dürfen, die dann über die Weitergabe der Informationen entscheidet.

Auf diese Weise wird gewährleistet, dass der Behandelnde nicht die Herausgabe der Patientenakte aus anderweitigen Interessen als denen das **Wohl des Patienten** betreffenden verhindert. Andererseits wird sichergestellt, dass etwa bei Suizidgefahr bestimmte Informationen nicht an den Patienten weitergegeben werden, sondern ein zweiter Behandelnder bzw. die Vertrauensperson als schützender Filter vor dem Patienten fungieren.

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

Bewertung:

Die in § 630h BGB des Gesetzentwurfes festgelegten Regeln der Beweislast kodifizieren die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht. Die Regelungen schaffen damit für die Patienten **mehr Klarheit über ihre Rechte und Beweisrisiken** und damit über die Erfolgsaussichten in einem etwaigen Gerichtsprozess. Die Diakonie Deutschland begrüßt die Kodifizierung der von der Rechtsprechung entwickelten Beweislastregeln im Sinne der Rechtssicherheit und Transparenz für die Patienten.

Empfehlung:

Wie bereits eingangs dargestellt wurde, hält die Diakonie Deutschland darüberhinaus die **Einrichtung eines Entschädigungsfonds** für sinnvoll. Dieser könnte in den Fällen, in denen trotz der nun kodifizierten Beweisregeln bzw. Beweiserleichterungen für Patienten Schutzlücken bei Schadensfällen aufgrund von Behandlungsfehlern bestehen, eingreifen.

Im Arzthaftungsrecht sind **lange zivilgerichtliche Verfahrensdauern und Schwierigkeiten**, trotz hoher Plausibilität die **Ursächlichkeit bei Behandlungsfehlern nachzuweisen**, bekannt. Deshalb ist die Einrichtung eines Entschädigungsfonds mit dem Ziel, geschädigten Patienten zügig und möglichst unbürokratisch über lange gerichtliche Verfahrensdauern und schwierige Beweissituationen effektiv hinwegzuhelfen, ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung von mehr Patientenrechten.

Der Diakonie Deutschland ist bewusst, dass für die **Ausgestaltung eines solchen Fonds** eine Reihe offener Fragen zu klären ist. Es existieren jedoch im Inland (Eckpunktepapier der Gesundheitsminister/-innen der Länder, 11/2011) und im Ausland (z.B. Wiener Patientenentschädigungsfonds und freiwilliger Wiener Härtefonds, Schwedisches und Dänisches Versicherungs-Modell) bereits Vorschläge und Vorbilder, die darauf hindeuten, dass eine Realisierung auch in Deutschland und mit vertretbaren Kosten möglich ist.

Die Diakonie Deutschland unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, eine **Bund-Länder-AG** zur Einrichtung eines Härtefallfonds einzuberufen und schlägt folgende Eckpunkte zur Ausgestaltung des Fonds vor:

Die Entscheidung über die Gewährung und die Bemessung von Leistungen sollte nicht auf einem Rechtsanspruch beruhen, sondern Billigkeitsgrundsätzen folgen, um in definierten Härtefällen geschädigten Patienten **schnell und unbürokratisch** zu helfen, auch wenn ein sicherer Nachweis des Behandlungsfehlers bzw. der Kausalität zwischen Fehler und Schaden (derzeit) nicht nachweisbar ist. Das **derzeitige Haftungssystem** würde dadurch nicht angetastet werden. Im Rahmen der Bund-Länder-AG könnte allerdings auch über die Implementierung der Proportionalhaftung beraten werden.

Die Entschädigungsleistungen sollten nur gewährt werden, wenn zumindest eine **hohe Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass ein schwerwiegender Schaden durch eine medizinische Behandlung** entstanden ist. Der Schaden darf ferner nicht bzw. nicht rechtzeitig von der Haftpflichtversicherung des jeweiligen Arztes gedeckt sein und der Geschädigte darf auch keinen anderweitigen ausreichenden Ausgleich erhalten (**Subsidiarität der Fondsleistungen**), d.h. die Zahlung eines Ausgleichs an den Geschädigten muss sozial geboten sein. Der Fonds kann allerdings nur für solche Schadensfälle eingreifen, die nach Errichtung des Fonds eingetreten sind, nicht für bereits zurückliegende Altfälle.

Ferner sollte klargestellt werden, dass der Fonds die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen nicht entbehrlich machen soll, sondern der **Rechtsweg** von den Patienten bzw. den Angehörigen **parallel verfolgt** werden sollte. Bei offensichtlich eindeutiger Beweislage und problemloser sowie zügiger Durchsetzbarkeit eines Schadensersatzanspruches tritt der Fonds zurück.

Es wird überdies zu entscheiden sein, ob die genannte Wahrscheinlichkeitsprüfung und die der sonstigen Voraussetzungen von den Gerichten oder einer eigens eingerichteten Stelle übernommen werden kann, wobei aufgrund der **Nähe zum Zivilprozess** einiges für eine gerichtliche (unanfechtbare) Entscheidung spricht.

Stellt sich die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen des Geschädigten im Ergebnis als erfolglos heraus, so sollte die Leistung des Entschädigungsfonds nicht zurückzuzahlen sein, damit ihr Zweck der schnellen finanziellen Überbrückung in einer Notsituation durch ein Unterliegen vor Gericht nicht konterkariert wird. Sollte hingegen eine Schadensersatzleistung beigetrieben werden können, so ist die **Leistung** aus dem Entschädigungsfonds in dieser Höhe an den Fonds **zurückzuzahlen**.

Für die **Finanzierung** eines solchen Fonds existieren verschiedene Vorschläge, etwa durch die Haftpflichtversicherer der Leistungserbringer, die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer und Steuermittel. Die Diakonie Deutschland plädiert hier für eine Mischfinanzierung, die alle genannten Quellen einbezieht. Bei der Bestimmung der Finanzierungsanteile sollte allerdings Berücksichtigung finden, dass die **Solidargemeinschaft der Versicherten** bereits belastet wird durch die Folgekosten, die für Behandlung von geschädigten Patienten oft über lange Zeiträume hinweg in erheblicher Höhe anfallen. Insofern erscheint eine **überwiegende Beteiligung der Haftpflichtversicherer** an der Finanzierung des Fonds angemessen.

Auch die ergänzende Einrichtung eines **Rückversicherungsfonds**, finanziert durch die Haftpflichtversicherer, für die Fälle, in denen keine rechtsgültige Haftpflichtversicherung der Behandelnden besteht wird, sollte aus Sicht der Diakonie Deutschland erwogen werden.

Ergänzend sollte sichergestellt werden, dass alle Ärzte über eine ausreichende und der aktuellen Tätigkeit angepasste **Haftpflichtversicherung** verfügen, die sie selbst vor dem finanziellen Ruin und die Patienten vor fruchtlosen Prozessen schützt. Die Haftpflichtversicherer müssen zu diesem Zweck verpflichtet werden, jede Änderung des Versicherungsstatus der zuständigen Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen, die ihrerseits dann wirksame Sanktionen ergreifen müsste. Eine bundesrechtliche Regelung entsprechend dem für Rechtsanwälte geltenden § 51 Abs. 6 BRAO wäre hier wünschenswert und geboten.

2. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

a) § 13 Abs. 3a SGB V: Selbstbeschaffung und Kostenerstattung

Durch § 13 Abs. 3a SGB V werden neue Regelungen über Fristen eingeführt, innerhalb derer die Krankenversicherer über Anträge auf Leistungen entscheiden sollen. Werden diese nicht eingehalten, erhalten die Versicherten das Recht auf Selbstbeschaffung der Leistung mit Kostenerstattung.

Bewertung:

Die angestrebte Beschleunigung der Bewilligungen durch die Krankenkassen wird nach Ansicht der Diakonie Deutschland durch die jetzige Regelung nicht erreicht werden können. Die Möglichkeit für die Krankenversicherungen bei Nichteinhaltung der Fristen, diese durch rechtzeitige schriftliche Mitteilung zu verlängern, birgt vielmehr die Gefahr der Verschleppung von Entscheidungen. Zudem ist zu klären, was ein **„hinreichender Grund“** für die Nichteinhaltung der Frist ist. Dies ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der in der Praxis zu zahlreichen Auslegungsschwierigkeiten führen wird. Vor allem ist fraglich, wie der Patient erkennen kann, wann ein Grund hinreichend ist, um sich im Wege der Kostenerstattung die Leistung selbst

zu beschaffen und wann nicht. Hier sollten der Gesetzestext sowie die Gesetzesbegründung Gründe anführen, die als hinreichende verstanden werden.

Ferner führt die vom Patienten gegenüber der Krankenkasse zu setzende „angemessene Frist“ für die Entscheidung sowie die Ankündigung der Ersatzbeschaffung zu weiteren Unsicherheiten und Verzögerungen. Es ist unbillig, dem Patienten die Entscheidung, was eine **angemessene Frist** ist, aufzubürden und dürfte sich zu einer weiteren Quelle von ressourcenbindenden Rechtsstreitigkeiten auswachsen.

Es ist zudem zu befürchten, dass nur durchsetzungs- und einkommensstärkere Patienten vom ihrem Recht Gebrauch machen können, sich **erforderliche Leistungen selbst zu beschaffen**. Dies ist eine Benachteiligung einkommensschwacher Bevölkerungsteile, die nicht hinnehmbar ist. Daher sollte Satz 4 um eine **Genehmigungsfiktion** ergänzt werden, d.h. um eine Regelung, dass nach Ablauf der Frist nach Satz 1 die beantragte Leistung als genehmigt gilt. Nur so kann den Patienten Sicherheit gegeben werden, dass sie die Kosten für die Ersatzbeschaffung auch erstattet bekommen. Angesichts der oft hohen Kosten für Leistungen droht anderenfalls die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V ins Leere zu laufen.

Empfehlung:

§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V sollte vorsehen, dass es sich bei der Möglichkeit der Fristverlängerung um eine Ausnahmeregelung für besondere und nachvollziehbar zu begründende Fälle handelt, die vom Gesetzgeber noch näher bestimmt und beispielhaft aufgezählt werden müssen.

§ 13 Abs. 3a Satz 4 und 5 SGB V sollten lauten:

„Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes nach Satz 1, gilt die Leistung nach Ablauf der jeweiligen Frist nach Satz 1 als genehmigt. Beschaffen sich die Leistungsberechtigten nach Fristablauf die erforderliche Leistung selbst, hat die Krankenkasse den Leistungsberechtigten die entstandenen Kosten zu erstatten.“

Überdies sollte die Praxis der jeweiligen Krankenkassen in Bezug auf die Fristeinhalten, Ablehnungen und Kostenerstattungen erfasst und **für jedermann zugänglich veröffentlicht** werden. **Die in § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V** verankerte **Berichtspflicht** nur gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bewirkt **keine hinreichende Transparenz** über die Entscheidungspraxis der Krankenkassen und genügt somit nicht der angestrebten verbesserten Rechtsstellung der Patienten.

b) § 66 SGB V: Unterstützung in Schadensfällen

Es ist vorgesehen, die Vorschrift, die die Unterstützung des Versicherten bei Schadensfällen in das freie Ermessen der Krankenkassen stellt („Kann“-Regelung), durch eine „Soll“-Regelung zu ersetzen und das Ermessen dadurch einzuengen.

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland begrüßt diese Änderung nachdrücklich. Zur Sicherstellung einer effektiven Unterstützung wäre jedoch die gesetzliche Verankerung eines **gebundenen Anspruchs** auf Unterstützungsleistungen sinnvoll sowie eine weitergehende Klarstellung des Anspruchs durch eine exemplarische Aufzählung von in Betracht kommenden Unterstützungsleistungen hilfreich.

Bei Eintreten eines Schadensfalles sollte den Patienten insbesondere ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse zustehen, durch den **MDK begutachtet** zu werden.

Außerdem sollten der Gesetzestext sowie die Gesetzesbegründung deutlich machen, dass der Anwendungsbereich der Vorschrift nicht nur Schadensfälle durch Behandlungsfehler, sondern auch **Schadensfälle durch Arzneimittel und Medizinprodukte** umfasst.

Empfehlung:

§ 66 SGB sollte lauten wie folgt:

„Die Krankenkassen **unterstützen** die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern oder der Versorgung mit **Arzneimitteln oder Medizinprodukten** entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen. Die Versicherten haben in den Fällen nach Satz 1 insbesondere einen Anspruch auf Begutachtung durch den MDK.“ Weitere Unterstützungsleistungen sollten in der Gesetzesbegründung exemplarisch aufgeführt werden.

c) § 73 Abs. 3 und § 73 Abs. 2 SGB V: Widerruf der Teilnahme an Selektivverträgen

Mit den Änderungen der § 73b Abs. 3 und § 73c Abs. 2 SGB V werden die Widerrufsrechte von Patient/-innen hinsichtlich der Teilnahme an Verträgen zur hausarztzentrierten bzw. besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung geregelt.

Bewertung und Empfehlung:

Die vorgesehene Weiterentwicklung der Teilnahmemodalitäten an Selektivverträgen ist begrüßenswert.

Die Diakonie Deutschland unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, dass die **Widerrufsfrist** erst beginnt, wenn der Patient über **Inhalte und Ziele** sowie die für ihn daraus resultierenden **Rechte und Pflichten** belehrt wurde, da er nur auf dieser Basis eine informierte Entscheidung über sein Verbleiben im Vertrag treffen kann.

§ 73 Abs. 3 Satz 3 SGB V sieht vor, dass der Patient den gewählten Hausarzt (nur) bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln darf; eine entsprechende Regelung in § 73c SGB V und in § 140a SGB V fehlt jedoch. In den jeweiligen Paragraphen oder zumindest den Gesetzesbegründungen zu den §§ 73c und 140a SGB V ist daher noch klarzustellen, dass eine **fristlose Kündigung** des Vertrages nach § 627 BGB, etwa bei einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses, grundsätzlich stets möglich ist.

d) § 95 SGB V: Versorgung im Standardtarif

Die Diakonie Deutschland unterstützt den Vorschlag des Bundesrates zur Änderung des § 95 SGB V, mit der die **bisher fehlende Behandlungspflicht des einzelnen Arztes** gegenüber dem Personenkreis der Privatversicherten im Standardtarif festgeschrieben werden soll. Dadurch wird klargestellt, dass die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch zur Versorgung von Privatversicherten im Standardtarif verpflichtet und berechtigt und klärt insofern das Verhältnis von Patient und Vertragsarzt.

e) § 135a Abs. 2 SGB V: Beschwerdemanagement

Mit den Änderungen zu § 135a Abs. 2 SGB V werden Krankenhäuser zur Durchführung eines Beschwerdemanagements verpflichtet.

Bewertung und Empfehlung:

Die im Entwurf getroffenen Regelungen zum Beschwerdemanagement sind in der Praxis bereits im gängigen Qualitätsmanagement stationärer Einrichtungen abgebildet.

Zusätzlich empfiehlt die Diakonie Deutschland die Ergänzung des §135a SGB V: Die Verpflichtung zum Beschwerdemanagement sollte auf den **ambulanten Bereich erweitert** werden. § 135a Abs. 2 regelt die Qualitätssicherung nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für den ambulanten Bereich, während der neue § 135a Abs. 2 Nummer 2 SGB V die Einführung eines Beschwerdemanagements ausdrücklich nur für den stationären Bereich normiert und damit verengt. Das ist nicht sachgerecht. Die Diakonie Deutschland empfiehlt zudem, das Beschwerdemanagement nicht im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu regeln (Nummer 2), da das Beschwerdemanagement nicht nur nach innen, sondern ausdrücklich nach außen, nämlich in der Beziehung zum Patienten, wirken soll. Daher soll das Beschwerdemanagement grundsätzlich in einer eigenen, zu ergänzenden Nummer 3 geregelt werden. Hier kann auf die Praxis-Erfahrungen mit den teilweise bereits bestehenden unabhängigen Beschwerdestellen in der Psychiatrie zurückgegriffen werden, deren Erhalt und flächendeckender Ausbau flankierend gesetzlich verankert werden sollte.

§ 135a Abs. 2 Nummer 2 wird gestrichen. In § 135a Abs. 2 wird Nummer 3 ergänzt und wie folgt formuliert: „3. ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzuführen“.

f) § 137 Abs. 1c SGB V: Einrichtungsinternes Fehlermanagement

Der § 137 Abs. 1c SGB V sieht die Bestimmung von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor, der insbesondere Mindeststandards für Risiko- und Fehlermanagementsysteme festlegt. Für einrichtungsübergreifende Fehlermanagementsysteme sind Vergütungszuschläge vorgesehen.

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland hält insbesondere ein **einrichtungsübergreifendes Fehlermanagement** für ein relevantes und aussagekräftiges Instrument zur Versorgungsverbesserung. Erst einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme bieten einerseits Patienten die Chance, sich gut informiert für einen Behandlungsort zu entscheiden, und andererseits den Einrichtungen die Möglichkeit, aus den Fehlern anderer Einrichtungen zu lernen. Die Regelung wird daher grundsätzlich begrüßt, wenn auch nicht für ausreichend gehalten.

Empfehlung:

Die Diakonie Deutschland empfiehlt eine höhere Verbindlichkeit als die im Gesetz vorgeschlagene Anreizregelung bieten kann. Die Umsetzung einrichtungsübergreifender Fehlermeldesysteme sollte als Standard eines nutzerorientierten Qualitätsmanagements in Krankenhäusern vorausgesetzt werden, bei deren bei Nichtvorhandensein sollten Sanktionen festgelegt werden.

g) § 140 f SGB V: Beteiligung von Interessenvertretungen der Patienten im G-BA

Die Diakonie Deutschland begrüßt die Erweiterung der Mitbestimmungsrechte von Patientenvertretern im Sinne einer Stärkung von Patientenrechten und schließt sich hier dem Vorschlag des Bundesrates an, den Patientenvertretungen ein Stimmrecht in Verfahrensfragen nach § 91 Abs. 4 Satz 1 einzuräumen.

h) § 140h Abs. 2 SGB V: Information durch den Patientenbeauftragten

Hier wird neu geregelt, dass der Patientenbeauftragte der Bundesregierung die Rechte von Patient/-innen in verständlicher Sprache und öffentlich zugänglich zur Information bereitstellen soll.

Bewertung und Empfehlung:

Die Veröffentlichung der Patientenrechte in Form einer Broschüre, die der Patientenbeauftragte herausgeben soll, ist erforderlich und ein wichtiges Mittel, damit die Patienten Kenntnis über ihre Rechte und Möglichkeiten erlangen. Auch hier sollten Informationen in leichter Sprache zur Verfügung gestellt und aktualisiert werden.

Gez.
Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
25.09.2012

Hinweis:

Der Verein „Evangelischer Entwicklungsdienst e.V.“ ist als übertragender Rechtsträger mit Wirkung zum 30. August 2012 mit dem Verein „Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.“ mit Sitz in Stuttgart verschmolzen unter dem neuen Namen „Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.“.

UST-Idnr.: DE 147801862
Steuer-Nr.: 99015/03670

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart
Vereinsregister 3209