



Spitzenverband

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0326(20.2)

gel. VB zur öAnh. am 22.10.

2012\_Patientenrechte

17.10.2012

# Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 16.10.2012

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten  
Ausschussdrucksache (17/6489)

**GKV–Spitzenverband**

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0

Fax +49 (0) 30 206 288-88

[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



<b>I. Vorbemerkung</b>	<b>3</b>
<b>II. Stellungnahme zum Antrag</b>	<b>4</b>
Recht auf gute und menschenwürdige Behandlung	4
Recht auf gesundheitliche Selbstbestimmung	5
Recht auf informationelle Selbstbestimmung	6
Rechte gegenüber Kostenträgern	7
Recht im Schadensfall	8
<b>III. Weiterer Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes</b>	<b>10</b>
Einwilligungssperrfrist vor der Durchführung von IGeL	10



## **I. Vorbemerkung**

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE beinhaltet Vorschläge für ein Patientenrechtegesetz, mit denen eine menschenwürdige Behandlung, das Recht auf gesundheitliche und informelle Selbstbestimmung, die Rechte gegenüber Kostenträgern sowie die Rechte im Schadensfall sichergestellt werden sollen. Der GKV-Spitzenverband nimmt nachfolgend zu den Inhalten des Antrages Stellung.



## **II. Stellungnahme zum Antrag**

### **Recht auf gute und menschenwürdige Behandlung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Sicherstellung einer guten und menschenwürdigen Behandlung wird in dem Antrag u. a. gefordert für Individuelle Gesundheitsleistungen sichere rechtliche Regelungen zu schaffen. Dokumentationen sollen nachvollziehbar erfolgen

#### **B) Stellungnahme**

Die Ausführungen im Antrag geben die für die Patienten bestehenden Probleme treffend wieder. Der GKV-Spitzenverband sieht zu dieser Thematik weiteren gesetzlichen Änderungsbedarf, der im Interesse der Patienten im Rahmen eines Patientenrechtegesetzes dringend geregelt werden sollte. Ein entsprechender Regelungsvorschlag ist dieser Stellungnahme beigelegt.

Die Forderung nach nachvollziehbaren Dokumentationen, die im Schadensfall Ermittlungen ermöglichen ist zu begrüßen. Bei elektronischen Dokumentationen ist der Einsatz fälschungssicherer Software sicherzustellen.



## **Recht auf gesundheitliche Selbstbestimmung**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Antrag betont das Recht auf freie Wahl der Behandlungsmethode, des Behandlungsortes sowie der freien Wahl des Behandelnden im Rahmen seiner Kapazität. Einschränkungen sollen ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität, z. B. im Rahmen einer hochwertigen integrierten Versorgung oder von Disease-Management-Programmen, vorgesehen werden. Außerdem sollen Patienten eine Behandlung ablehnen oder beenden können sowie das Recht auf eine Zweitmeinung wahrnehmen können.

### **B) Stellungnahme**

Die Forderungen entsprechen der aktuellen Rechtslage.



## **Recht auf informationelle Selbstbestimmung**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Um das Recht auf informelle Selbstbestimmung zu stärken, wird in dem Antrag u. a. die verpflichtende Erstellung und unaufgeforderte Aushändigung einer kostenfreien Behandlungsdokumentation für jeden Patienten gefordert. Die hieraus entstehenden Kosten sollen den Leistungserbringern als Teil des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Lediglich wenn ein Patient ausdrücklich und schriftlich auf die Aushändigung verzichtet, braucht dieser Verpflichtung nicht Folge geleistet werden.

### **B) Stellungnahme**

Auch wenn im Rahmen von Behandlungsfehlerprozessen immer wieder deutlich wird, dass Behandlungsunterlagen mit Verzögerungen oder unvollständig zur Verfügung gestellt werden, erscheint der organisatorische und finanzielle Aufwand der notwendig wäre, um bei jeder Behandlung eine gesonderte Dokumentation für den Patienten zu erstellen unangemessen. Angesichts der bekannt Probleme sollte jedoch das Recht auf zeitnahe Einsichtnahme und Bereitstellung der Behandlungsunterlagen durch geeignete Sanktionen, die auch die Beweislastumkehr einschließen, sichergestellt werden.



## **Rechte gegenüber Kostenträgern**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Stärkung der Rechte gegenüber Kostenträgern sollen Krankenkassen u. a. dazu verpflichtet werden, Versicherte bei dem Verdacht eines Behandlungsfehlers bei der Aufklärung des Sachverhaltes und vor Schlichtungsstellen sowie Gericht zu unterstützen.

### **B) Stellungnahme**

Bereits heute unterstützen die Krankenkassen nach § 66 SGB V ihre Versicherten bei dem Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler. Dazu können sie nach § 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V den MDK mit der Aufklärung des Sachverhalts und der Erstellung eines medizinischen Gutachten beauftragen. Eine entsprechende Umwandlung des § 66 SGB V in eine „Soll“-Vorschrift entspricht dem Interesse aller Versicherten. Eine darüber hinausgehende Unterstützung, mit dem Charakter einer individuellen Rechtsberatung für zivilrechtliche Ansprüche entspricht nicht dem Auftrag der GKV, der lediglich die medizinische und leistungsrechtliche Beratung der Versicherten abdeckt.



## **Recht im Schadensfall**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Um die Rechte der Patienten im Schadensfall zu verbessern, sieht der Antrag u. a. den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung, Sanktionen bei der Behinderung der Einsichtnahme in Patientenakten, Beweiserleichterungen für Patienten sowie die Prüfung eines Entschädigungsfonds vor.

### **B) Stellungnahme**

Die geforderte Nachweispflicht der Berufshaftpflichtversicherungen der Leistungserbringer ist zu begrüßen. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei der fortlaufenden Kontrolle eines der aktuellen Tätigkeit entsprechenden angemessenen Haftpflichtversicherungsschutzes zu. Für den Fall, dass der Leistungserbringer der Nachweispflicht nicht nachkommt sind geeignete Sanktionsmöglichkeiten festzulegen.

Den im Antrag beschriebenen Problemen bei Ermittlungen beim Verdacht auf Behandlungsfehler, wie Verzögerungen bei der Einsichtnahme in die Krankenunterlagen oder gar Manipulationen der Krankenakten muss auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes entschlossen entgegengetreten werden. Die verpflichtende Einführung von manipulationssicherer Software, mit der alle Änderungen in der Dokumentation rechtssicher nachvollzogen werden können, erscheint dringend angezeigt.

Der Antrag sieht eine Verbesserung der Beweissituation der Betroffenen von Behandlungsfehlern vor. Auch der GKV-Spitzenverband spricht sich insbesondere vor dem Hintergrund der schwierigen persönlichen Situation in der sich die Betroffenen von Behandlungsfehlern befinden, für eine Verbesserung der derzeitigen Beweissituation aus. Den Betroffenen von Behandlungsfehlern ist es nicht zuzumuten, dass sie langjährige Prozesse führen, an deren Ende es ihnen meist nicht gelingt den Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden zweifelsfrei zu belegen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, dass die Betroffenen von Behandlungsfehlern zukünftig nur noch den Schaden und den Behandlungsfehler nachweisen müssen. Die Nachweispflicht, dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Schaden war sollte beim Behandler liegen. Der Antrag sieht hier nur noch die Notwendigkeit des Nachweises eines Schadens vor. Bei einer solchen vollständigen Beweislastumkehr muss davon ausgegangen werden, dass sich Ärzte zu einer Art Defensivmedizin gezwungen sehen könnten, daher geht diese Position aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu weit.





Zu der Frage der Notwendigkeit eines Entschädigungsfonds zur Deckung von Schadensersatzansprüchen vertritt der GKV-Spitzenverband die Auffassung, dass die Betroffenen von Behandlungsfehlern von einer Verbesserung ihrer Prozesssituation durch Beweiserleichterungen in sehr viel größerem Maße profitieren würden, als von der Einführung eines Fonds. Zudem besteht die Gefahr, dass eine Art Vorverfahren geschaffen wird, das der bestehenden Haftungssystematik zuwider läuft.



### **III. Weiterer Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes**

#### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **Einwilligungssperrfrist vor der Durchführung von IGeL**

###### **§ 73 Abs. 7a SGB V Neu**

###### **A) Vorgeschlagene Regelung**

Vor dem Hintergrund der deutlichen Zuwächse und bei den bekannten Fehlentwicklungen bei sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) müssen zum Schutz des Patienten verbindliche Regeln für den Umgang mit IGeL gesetzlich festgeschrieben werden.

###### **B) Sachverhalt/Stellungnahme**

**Das WIdO hat 2010 Ergebnisse einer repräsentativen bundesweiten Befragung von 2.500 GKV-Versicherten zum Thema IGeL veröffentlicht ([http://wido.de/priv\\_zusatzleist.html](http://wido.de/priv_zusatzleist.html)). Demnach:**

- verkaufen immer mehr niedergelassene Ärzte private Leistungen an gesetzlich Krankenversicherte,
- wird binnen Jahresfrist mehr als jedem vierten Versicherten (28,3 %) inzwischen eine medizinische Leistung auf Privatrechnung verkauft,
- sind die Zusatzeinnahmen der Ärzte bei der Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten damit auf rd. 1,5 Mrd. Euro im Jahr angewachsen,
- unterblieb die geforderte schriftliche Vereinbarung von Privatleistungen an gesetzlich Krankenversicherte in 54,4 Prozent der Fälle,
- entstanden die Einnahmen für jede siebte Privatleistung sogar ohne Rechnung,
- belastet der IGeL-Markt das Patienten-Arzt-Verhältnis.

###### **Die im Jahr 2011 von der KBV durchgeführte Versichertenbefragung**

(<http://www.kbv.de/versichertenbefragung2011.html>) **kommt unter anderem zu folgenden Ergebnissen:**

- Der Anteil der Befragten auf 24 % angestiegen ist, die in den letzten zwölf Monaten ein selbst zu bezahlendes medizinisches oder therapeutisches Angebot bekamen.
- 19 % der Kassenpatienten, die im letzten Jahr ein IGeL-Angebot erhalten haben, reklamieren jetzt, dass sie zu wenig Zeit hatten, darüber nachzudenken, ob sie das Angebot annehmen wollen oder nicht.
- Kein Befragter wurde ausführlich von den Ärzten informiert.
- Ein formeller Behandlungsvertrag kam in der Regel nicht zustande.



- Eine Zahlung wurde immer vor der Untersuchung gefordert.
- Zeitdruck wird aufgebaut; keine fundierte Entscheidung möglich; Patienten fühlen sich überrumpelt.
- Moralischer Appell erschwert eine Ablehnung.
- Stellenwert und rechtliche Regelungen von IGeL sind nicht bekannt.
- Patienten haben den Eindruck, dass IGeL eingesetzt werden, weil die Kassen bestimmte gute Leistungen nicht mehr bezahlen.

**Im „gesundheitsmonitor 2/2012“ dem Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK werden unter dem Titel „Das Ärzteimage in der Bevölkerung: Im Schatten von „IGeL“ und „Zweiklassenmedizin“ aktuelle Befragungsergebnisse zur IGeL-Thematik aufgeführt:**

([http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms\\_bst\\_dms\\_36192\\_\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_36192__2.pdf))

- etwa zwei Drittel der Befragungsteilnehmer (66 %) wurden schon einmal IGeL-Leistungen angeboten, darunter 18 Prozent einmal und 48 Prozent mehrfach. Nur etwa jeder Vierte (27 %) hat das Angebot abgelehnt.
- 28 Prozent haben die Leistung einmal akzeptiert und selbst bezahlt, bei weiteren 44 Prozent geschah dies mehrfach.

Die Autoren der Befragung halten die folgenden Antworten für nicht völlig konsistent, was auf eine Unsicherheit der Beurteilung und eine teilweise noch unzureichende Informationsbasis hinweist:

- Einerseits glauben fast neun von zehn Befragten, dass die IGeL-Angebote von den Kassen nicht bezahlt werden, (nur) weil diese Geld sparen wollten. Über 80 Prozent stimmen der These zu, IGeL-Leistungen seien gut, aber zu teuer.
- Andererseits denken 44 Prozent der Versicherten, Kassen- wie Privatpatienten gleichermaßen, dass diese Leistungen größtenteils medizinisch überflüssig sind. Und eine ähnlich große Gruppe meint, dass es den Ärzten um Geld und nicht um Gesundheit gehe, und dass durch IGeL-Angebote das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient belastet werde.
- Nicht ganz die Hälfte der Bevölkerung sieht also Risiken für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und bewertet das Angebot in der Arztpraxis als eher verdienst- denn therapieorientiert.

Die dargestellten und vielschichtigen Probleme bei den IGeL bekräftigen die Notwendigkeit einer besseren Patienteninformation und Aufklärung und rechtfertigen eine klare gesetzliche Regelung im Rahmen des Patientenrechtegesetzes zum Schutz des Patienten vor den Risiken und Folgen einer – im Einzelfall ggf. unnötigen nicht vertretbaren – Diagnostik und Therapie wie auch finanziellen Belastung.



Wird dem Patienten im Rahmen eines Praxisbesuchs eine Selbstzahlerleistung zur Diagnostik oder Therapie angeboten, sind die Rahmenbedingungen für eine wohl begründete und abgewogene Entscheidungsfindung des Patienten erschwert. Der Patient kann in dieser Situation kaum verantwortlich entscheiden, welche Bedeutung und Konsequenz eine zusätzliche Diagnostik und Therapie auf eigene Kosten hat. Dies gilt insbesondere für die Situation, in der sich ein Versicherter von dem Angebot einer IGeL „überrumpelt“ oder zur Annahme gedrängt fühlt. Selbst bei der vergleichbaren Situation des „Haustürgeschäfts“ gibt es eine gesetzliche Widerrufsfrist zum Schutz des Verbrauchers. Etwas Vergleichbares zum Schutz des Patienten soll auch bei Selbstzahlerleistungen in gesetzlicher Form als eine 24-stündige Bedenkzeit bzw. Einwilligungssperrfrist festgelegt werden. Mit dieser Einwilligungssperrfrist erhält der Patient Zeit und Gelegenheit, sich (bei Bedarf) zu informieren und die Entscheidung für oder gegen die Selbstzahlerleistung ohne (Zeit-)Druck zu fassen.

Bei Bescheinigungen und Attesten, die der Versicherte außerhalb der GKV-Leistungspflicht auf eigene Kosten vom Vertragsarzt anfordert, handelt es sich nicht um eine Selbstzahlerleistung zur Diagnostik oder Therapie. Die Regelungen der Einwilligungssperrfrist finden deshalb hierauf keine Anwendung.

Geht die Initiative für eine Selbstzahlerleistung vom Patienten aus (z. B. weil die Entfernung einer Tätowierung gewünscht wird) und ist ein Praxisbesuch ausschließlich mit dieser Leistungserbringung verbunden, kann auf die 24-stündige Einwilligungssperrfrist verzichtet werden.

Um die Selbstzahlerleistung eindeutig von den Leistungen der GKV zu trennen, sollten diese nicht gleichzeitig an einem Tag erbracht werden können.

Der Arzt, der Selbstzahlerleistungen anbietet, soll den Patienten über Vor- und Nachteile der Leistung, deren Konsequenzen und Behandlungs- und Diagnosealternativen aufklären, auf die der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch hätte/hat.

Es gibt Sonderfälle, in denen eine Diagnostik oder Therapie nur bei einer bestimmten Indikation bzw. dem Vorliegen einer Erkrankung Teil des Leistungskataloges der GKV ist, andererseits aber ohne Indikation bzw. ohne Erkrankung nicht von der Krankenkasse erstattet werden darf, aber dennoch dem Patienten als IGeL angeboten wird. Diese Sonderfälle sind für den Patienten verwirrend. Der Arzt muss dem Patienten diese Fallkonstellationen genau erklären und begründen, warum die GKV diese Leistung im konkreten Fall übernimmt oder nicht. Auch sollte er auf alternative Leistungen, die die Krankenkassen übernehmen würden, hinweisen. Letztendlich muss der Arzt



erklären, warum er eine bestimmte Diagnostik oder Therapie als IGeL – auf Kosten des Patienten – für erforderlich hält.

So ist etwa die Glaukom-Vorsorgeuntersuchung bei begründetem Verdacht eine Leistung der GKV. Es hängt von der Bewertung des Arztes ab, ob dieser begründete Verdacht vorliegt oder nicht und eine Erstattung als GKV-Leistung erfolgt oder nicht. Der Arzt hat also die Möglichkeit und möglicherweise das Eigeninteresse, die Glaukomuntersuchung aus der GKV „auszugrenzen“ um sie als IGeL anzubieten und für ihn vorteilhafter abzurechnen.

Eine andere kritische Fallkonstellation ergibt sich bei operativen Eingriffen, die sowohl konventionell chirurgisch als auch z. B. mit Laseranwendung durchgeführt werden können. In vielen Fällen ist die konventionelle Chirurgie etabliert und wird als Leistung der Krankenkasse erstattet. Demgegenüber ist die Laseranwendung ggf. neu, nicht anerkannter Stand des medizinischen Wissens, daher noch nicht im GKV-Leistungskatalog aufgenommen. Dennoch wird die Laseranwendung als IGeL angeboten. Dabei wird mit den Vorteilen des Lasers, wie z. B. mit geringerer Blutungswahrscheinlichkeit, der Schnelligkeit des Eingriffs und dem kosmetisch besserem Ergebnis geworben, ohne dass dazu der Nutzen oder Vorteil der Laseranwendung letztendlich in Studien belegt wurde und die Aufnahme in den Leistungskatalog nach Prüfung gerechtfertigt wäre.

Auf diese Weise können derartige operative Eingriffe, die die GKV konventionell chirurgisch als Leistung erstatten würden, zum ökonomischen Vorteil des Leistungserbringers als IGeL-Leistung auf Kosten des Patienten angeboten und abgerechnet werden.

Auch die Höhe der Kosten für die IGeL ist für die Entscheidungsfindung des Versicherten von Bedeutung.

Erst nachdem der Versicherte ausreichend aufgeklärt ist, kann er sich auf fundierter Grundlage für oder gegen die Leistung entscheiden. Die Einwilligungssperrfrist beginnt aber erst nach der Aufklärung.

Die gesetzliche Regelung in Satz 7 schließt es aus, dass das Angebot von IGeL bereits durch das Praxispersonal an den Versicherten herangetragen wird. Auch die Aufklärung muss durch den Vertragsarzt selbst erfolgen. Der Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages, der auch die Kosten enthalten muss, verdeutlicht dem Versicherten, dass er eine Leistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nimmt und hierfür die entsprechenden Kosten zu tragen hat. Dies unterstreicht die Entscheidungsautonomie des Patienten.



Aufgrund der geltenden Besonderheiten bei der Versorgung mit Zahnersatz gilt Satz 1 bis 3 dieser Vorschrift nicht für Zahnärzte.

### **C) Änderungsvorschlag**

**Nach § 73 Abs. 7 SGB V wird folgender Absatz 7 Abs. 7a eingefügt**

„1Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, nicht von der Leistungspflicht der Krankenkassen umfasste Leistungen in direktem zeitlichem Zusammenhang mit dem Angebot der Leistung an den Versicherten zu erbringen. 2Zwischen dem Angebot und der Leistungserbringung müssen mindestens 24 Stunden liegen. 3An dem Tag, an dem eine nicht von der Leistungspflicht der Krankenkassen umfasste Leistung erbracht wird, dürfen keine von der Leistungspflicht der Krankenkassen umfassten Leistungen erbracht werden. 4Der Vertragsarzt hat den Versicherten in einem persönlichen Gespräch insbesondere aufzuklären über:

1. die Tatsache und Hintergründe, warum Versicherte keinen gesetzlichen Anspruch auf die von ihm angebotene Leistung haben,
2. für den Fall, dass der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf die angebotene Leistung hätte, wenn eine entsprechende Indikation vorliegen würde, darüber und warum diese Indikation bei dem Versicherten nicht gegeben ist,
3. über die Vor- und Nachteile der Leistung und deren Konsequenzen,
4. über Diagnose- und Behandlungsalternativen, auf die der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch hat und
5. die anfallenden Kosten.

5Das Gespräch kann nicht durch eine schriftliche Aufklärung ersetzt werden. 6Die Frist nach Satz 2 beginnt erst nach dem Aufklärungsgespräch. 7Der Vertragsarzt darf die Ansprache des Versicherten für eine Leistung nach Satz 1 und die Aufklärung nach Satz 4 nicht auf nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. 8Über die Leistung nach Satz 1 ist vor der Erbringung ein schriftlicher Behandlungsvertrag mit dem Versicherten abzuschließen. 9Satz 1 bis 3 gilt nicht für Zahnärzte.“

