

12.03.2012

Patientenrechtegesetz

**Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zum
Referentenentwurf des Bundesministers für Gesundheit**

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin

A. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf zum Patientenrechtegesetz bleibt deutlich hinter den Forderungen des Verbraucherzentrale Bundesverbands, dem Eckpunktepapier der A-Länder vom Oktober 2011 und sogar hinter den Eckpunkten des Patientenbeauftragten zurück und muss dringend ergänzt werden. Aus der Fülle möglicher Forderungen hat der Verbraucherzentrale Bundesverband drei Schwerpunktthemen herausgegriffen, die nicht nur für die Ausgestaltung individueller Patientenrechte relevant sind, sondern auch besondere Bedeutung für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung haben.

B. Schwerpunktthemen

1. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL): Typische Verbraucherrechte müssen auch bei selbst bezahlten Leistungen gelten!

IGeL sind für Patientinnen und Patienten selten notwendig oder nützlich, haben aber folgende Nebenwirkungen:

- Unverlangte Angebote seitens des Arztes können das Arzt-Patienten-Verhältnis stören.
- Es ergeben sich zusätzliche, unnötige Finanzbelastungen für Patienten.
- Soziale Unterschiede zwischen Patienten werden vergrößert.
- Patientengefährdungen entstehen wegen Überdiagnostik und fehlender Qualitätssicherung.
- Die Vielzahl produzierter falsch-positiver Befunde schafft Ängste bei Patienten und Folgekosten bei der GKV.
- Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung kann hinsichtlich des medizinisch Notwendigen lückenhaft erscheinen oder vom Arzt so dargestellt werden.
- IGeL können von ärztlichen Berufsverbänden aufgrund finanzieller Interessen einer Weiterentwicklung des Leistungskatalogs vorgezogen werden.

Da der Referentenentwurf des Patientenrechtegesetzes lediglich grobe Vorgaben über die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes enthält, die noch hinter heutige Standards zurückfallen, fordert der vzbv folgende ergänzende Regelungen:

- Zusätzlich zur mündlichen Aufklärung eine verpflichtende **schriftliche Aufklärung** der Patienten zu der geplanten Leistung, aus **der transparent** und verständlich **Nutzen, Risiken, Kosten der Leistung und Konsequenzen der Nichtinanspruchnahme** hervor gehen.
- Ohne **Aufklärung, Kostenvoranschlag** und eine **Rechnungsstellung** in Schriftform darf keine Zahlungspflicht der Patienten entstehen. Handelt es sich um eine diagnostische Leistung, sind auch die Diagnoseergebnisse zu erfassen und dem Patienten auszuhändigen.
- Zwischen Aufklärung und Leistungserbringung müssen mindestens 24 Stunden **Bedenkzeit** liegen, damit sich der Patient unabhängig informieren und

entscheiden kann. Ausnahmen sollten im Falle von Reise- und Sportmedizin sowie medizinischen Gutachten möglich sein, da diese der Patient in der Regel aktiv nachfragt und sich vorab informiert hat.

- Eine Rechnungsstellung für eine Leistung, für die ein vergleichbares Leistungsangebot der GKV vorhanden gewesen wäre, stellt nicht nur eine schwerwiegende Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten dar, sie muss auch konkret aufgedeckt und mit Konsequenzen belegt werden.
- Die **gesetzlichen Krankenkassen** werden verpflichtet, auf Wunsch ihrer Versicherten **Rechnungen oder Kostenvoranschläge zu prüfen**. Erhalten die Kassen Kenntnis von Verstößen der Ärzte, müssen sie diese den Kassenärztlichen Vereinigungen melden.
- Bei fortgesetzten nachgewiesenen Verstößen von Ärzten müssen die **Kassenärztlichen Vereinigungen finanzielle Sanktionen** gegen die Ärzte verhängen. In schweren Fällen sollte der Entzug der **Zulassung drohen**.

2. Rechte von Versicherten gegenüber Krankenkassen: Funktionierende Versorgung setzt zuverlässig funktionierende Krankenkassen voraus.

Gesetzliche Krankenkassen wurden im Zuge verschiedener Reformen immer mehr in die Rolle von Versicherungsunternehmen gedrängt und konkurrieren um die gesunden Versicherten. Deren Vertretung dominiert auch in den Strukturen und Entscheidungsprozessen der Selbstverwaltung. Die kranken Patienten hingegen, die Leistungen von der Krankenversicherung benötigen, bedürfen des besonderen Schutzes der Gesellschaft. Die vorgesehene Regelung des Referentenentwurfs im § 13 Abs. 3 SGB V verfehlt dieses Ziel. Der vzbv fordert stattdessen:

- Klare Fristsetzung für die Bescheiderteilung nach Anträgen von Versicherten ohne Möglichkeit der Krankenkassen, diese durch „Mitteilung hinreichender Gründe für Verzögerungen“ auszusetzen.
- Sollten Krankenversicherungen der Verpflichtung zur fristgerechten Bescheiderteilung nicht nachkommen, ist regelhaft von der **Fiktion des positiven Bescheids** auszugehen.
- Einrichtung eines Fonds zur **Übergangsfiananzierung** von noch nicht bewilligten oder nachträglich verwehrt Behandlungskosten.
- **Ablehnende Bescheide** der Kranken- und Pflegekassen bedürfen immer der **ausführlichen Begründung**. Eine negative Beurteilung der Sachlage durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung **ohne Anhörung des Versicherten** allein aufgrund der Aktenlage darf regelmäßig **nicht zulässig** sein.
- **Beteiligung von Patientenvertretern an internen Kommissionsverfahren** der Kassen.
- **Einwirkungen der Krankenversicherungen auf Patienten**, beispielsweise auf weitere Krankschreibungen zu verzichten oder eine Frühverrentung zu beantragen, sind wirksam und sanktionsbewehrt zu **unterbinden**.
- Die Unterstützung, die Krankenkassen potentiellen Opfern von Medizinschäden, unter die nicht nur Behandlungsfehler, sondern auch Probleme bei Medizinprodukten oder Arzneimitteln fallen, zu leisten haben, sollte inhaltlich näher definiert werden.

3. Qualitätsgesichertes Gutachterwesen: Effektive Beweismöglichkeiten für Patienten schaffen

Letztlich haben Regelungen zur Beweislastverteilung vor Gericht kaum Auswirkungen, wenn Patienten keinen Zugang zu Gutachtern und Gutachten haben, die verlässlich grundlegende Anforderungen an die Qualität erfüllen. Zur Erfüllung dieser Qualitätsstandards wären alle Gutachter zwingend zu verpflichten, auch solche, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Unterstützung der Patienten zur Verfügung gestellt werden.

- Gutachter müssen vor Aufnahme ihrer Tätigkeit eine **Schulung in Rechtsfragen** erhalten und nachweisen.
- Gutachter dürfen nur Gutachten erstellen, die in ihr Fachgebiet fallen.
- Potentielle Gutachter sind unter Angabe ihrer Qualifikation bzw. ihres Fachgebiets in einem bundesweit einsehbaren **Gutachterpool** zu führen. Dabei ist ebenfalls transparent anzugeben, in welchen wirtschaftlichen oder verbandspolitischen Abhängigkeiten und Interessenkonflikten die Gutachter stehen.
- Gutachten müssen zwingend folgende Teile enthalten: Darlegung einschlägiger Behandlungsstandards (z. B. Leitlinien) bzw. sachgerechter Behandlungsalternativen, Darstellung des zu bewertenden Behandlungsfalls, Darlegung der Abweichungen zwischen sachgerechter und erfolgter Behandlung. Der Nachweis des Standes medizinischer Erkenntnis muss über einschlägige Anlagen erfolgen (Texte Leitlinien, Fachliteratur). Ein Literaturverzeichnis genügt nicht.
- Bei nachweislich falschen oder unvollständigen Gutachten sind Gutachter aus dem Pool zu entfernen und zukünftige Gutachten sind nicht als Beweismittel vor Gericht anzuerkennen.
- Verpflichtung des Gerichts, bei Anhörungen auch Gutachter der Patientenseite zuzulassen.

C. Weitere Themen

1. Behandlungsvertrag

1.1 Haftung

Der vzbv hält es für unzureichend, dass nur bei einem groben Behandlungsfehler die Beweislast für die Kausalität von Fehler und Schaden beim Arzt liegen soll. In der Vergangenheit hat sich durch die Rechtsprechung eine schrittweise Verbesserung der Rechtsposition von Patienten ergeben, die über die Figur des groben Behandlungsfehlers hinausgeht (z. B. bei unterlassener Befunderhebung in Form eines einfachen Behandlungsfehlers). Die Kodifizierung könnte sich für die weitere richterliche Rechtsentwicklung hinderlich auswirken.

In § 630h sollte mindestens eine entsprechende Öffnungsklausel vorgesehen werden, aus der ersichtlich wird, dass andere Fallkonstellationen möglich sind, die zu einer Beweislastumkehr führen können.

Besser wäre eine grundsätzliche Regelung, wonach der Patient die Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers und des Schadens trägt und der Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Schaden sodann widerlegbar vermutet wird. Die Behandlerseite müsste dann regelmäßig beweisen, dass der festgestellte Fehler den entstandenen Schaden nicht verursacht hat.

1.2 Aufklärung

Ein wichtiger Punkt, der im Patientenrechtegesetz aus Sicht der Betroffenen aufgegriffen wird, ist Art und Umfang der Aufklärung vor Behandlungen. Der geplante § 630c definiert „Informationspflichten“ vor allgemeinen Behandlungen und IGeL, präzisiert die „wesentlichen Umstände der Behandlung“ aber nicht. Es sollte explizit ausgeführt werden, dass der Patient vollständig über die Erfolgsaussichten, die Art, den Umfang und die Risiken der geplanten Behandlung und ihre Alternativen auch im Vergleich zur Nichttherapie aufzuklären ist.

Es ist unklar, inwieweit die weiteren Aufklärungspflichten in § 630 e auch für die „Informationspflichten“ gelten oder umgekehrt. Dies müsste mindestens aus der Begründung klar hervorgehen, denn die Informationspflichten gehören zur Aufklärungspflicht, für deren ordnungsgemäße Erfüllung die Beweislast vollständig beim Behandler liegt. Insgesamt sehen wir es als problematisch an, dass mit den §§ 630c und 630e ähnliche Tatbestände an unterschiedlichen Orten und mit abweichendem Inhalt aufgegriffen werden und so neue Unklarheiten zur jeweiligen Gültigkeit entstehen. Deshalb würden wir die Regelung der Aufklärungspflichten im § 630e, die darüber hinaus den Erfordernissen der Patienten besser entspricht, bevorzugen und plädieren für eine Zusammenfassung der beiden Paragraphen unter dem § 630e. Bei medizinisch nicht notwendigen Eingriffen wie Schönheitsoperationen sollte außerdem ausdrücklich ein strengerer Maßstab gefordert werden. Die Rechtsprechung spricht hier von „schonungsloser Aufklärung“. Die Regelung zu unterlassener Aufklärung bei „erheblichen therapeutischen Gründen“ (Absatz 4 Nr. 2) muss darüber hinaus präziser definiert oder gestrichen werden. Unter § 630 c könnten bei einem solchen Vorgehen die Vorgaben für die wirtschaftliche Aufklärung zusammengefasst werden. Die Höhe der vom Patienten selbst zu tragenden Kosten muss in jedem Fall verpflichtend aus der (auch) schriftlich erfolgenden Aufklärung eindeutig hervorgehen (Kostenvoranschlag).

§630e ist inhaltlich angemessener als der § 630c, gilt aber gegenwärtig nur bei invasiven Eingriffen und enthält darüber hinaus noch eine Ausnahmeregelung, dass die notwendige mündliche Aufklärung bei „geringfügigen Eingriffen auch in Textform erfolgen“ kann. Die Ausnahme ist zu streichen, da auch geringfügige Eingriffe im individuellen Fall schwerwiegende Folgen haben können. Diese Regelung zur medizinischen Aufklärung (Risikoaufklärung) sollte, wie oben dargelegt, so formuliert werden, dass sie für alle medizinischen Behandlungen gilt. Aufgenommen werden sollten in die Aufklärungsverpflichtung auch Sicherheit/ Fehlerhaftigkeit der in Anwendung gebrachten Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. eine Aufklärung über den Stand der Erkenntnisse hierzu zumindest bei höheren Risikoklassen. Ein wichtiges Anliegen ist die verpflichtende Aushändigung des vom Arzt und vom Patienten unterschriebenen Aufklärungsprotokolls an den Patienten. Mit dieser Vorgabe würden sich viele Streitgegenstände erübrigen. Der Patient könnte mit seiner Zweitschrift jederzeit nachweisen, wenn nachträglich Aufklärungsinhalte eingefügt worden sind.

1.3 Dokumentation und Einsichtnahme

Die Unveränderbarkeit medizinischer Dokumentationen ist vor allem durch die Einräumung der Möglichkeit von Papierdokumentationen nicht ausreichend sichergestellt. Elektronische Dokumentationsprogramme sollten in Zukunft verpflichtend so gestaltet werden, dass sie protokollieren, wer wann welche Eintragungen in die Patientenakte vorgenommen hat. Die Einsichtsrechte des

Patienten in die Originaldokumentation und das Recht auf eine Fotokopie bzw. einen Ausdruck müssen auch für die elektronische Dokumentation gelten. Das Recht des Patienten auf Fehlerbeseitigung in der Behandlungsdokumentation sollte noch aufgenommen werden.

Der vzbv begrüßt die ausdrückliche Regelung des Rechts auf Einsichtnahme in die Patientenakte und Aushändigung einer Kopie gegen Kostenerstattung in § 630g. Da dies in der Praxis teilweise nur nach anwaltlicher Aufforderung erfolgte, ist die Festschreibung als Patientenrecht notwendig. Dieses könnte ergänzt werden durch eine Fristenregelung und angemessene Sanktionen, falls Behandler die Unterlagen nicht zugänglich machen.

2. Weiterer Handlungsbedarf

Weiterer Handlungsbedarf besteht nach Auffassung des vzbv in folgenden Bereichen:

- Barrierefreiheit und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
- Recht der Patienten auf unabhängige Beratung
- Umsetzung des Anspruchs auf Entlassmanagement bei stationärer Behandlung
- Härtefallfonds für die Regulierung von Medizinschäden
- Einführung einer Proportionalhaftung bei Behandlungsfehlern
- Verpflichtung für ausreichende Haftpflichtversicherungen für Behandler und ihre Kontrolle
- Beschleunigung von Behandlungsfehlerprozessen
- Reduktion überlanger Wartezeiten
- Sicherstellung von Versorgung im Basistarif der PKV
- Verbesserung der Qualitätstransparenz insbesondere bei Selektivverträgen
- Verbraucherschutz bei Mehrkostenregelungen im Krankenhaus
- Stärkung der kollektiven Patientenvertretung in Krankenkassen, Schlichtungswesen und vor allem der Gemeinsamen Selbstverwaltung