

Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium der Justiz

22. März 2011

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 verpflichtet, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. In die Überlegungen der Bundesregierung zu einem Patientenrechtegesetz sind auch die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche des Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen eingeflossen.

Das Gesetz wird die langjährige Diskussion über die Rechte der Patientinnen und Patienten aufgreifen und das Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Welche Rechte Patientinnen und Patienten haben, ist derzeit noch an vielen Stellen geregelt. So finden sich neben den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner sowie in Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz. Weitere Regelungen enthalten die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Schließlich sind die Patientenrechte derzeit auch maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt.

Das geplante Patientenrechtegesetz wird die Rechte der Patientinnen und Patienten transparenter gestalten und bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abbauen. Gleichzeitig wird die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer, indem Risiko- und Fehlervermeidungssysteme dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu optimieren. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur wird Behandlungsfehler jedoch nie gänzlich ausschließen können. Für diesen Fall ist eine verlässliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Krankenkasse vorgesehen. Zudem werden die Rechte der Patientinnen und Patienten, aber auch der Pflegebedürftigen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt.

Das Patientenrechtegesetz soll als Artikelgesetz gestaltet werden und im Einzelnen folgende wesentliche Regelungen vorsehen:

I. Behandlungsvertrag

1. Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch

Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Dies wird sich durch die bevorstehende Novelle nunmehr ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden und sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an die Angehörigen anderer Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten richten. Die Patientin/ der Patient ist verständlich und umfassend zu informieren und auf die Kosten für solche Heilbehandlungen hinzuweisen, die von den Leistungsträgern nicht übernommen werden.

Beispiel: Der Arzt hat den Patienten über die zur Erstellung der Diagnose erforderlichen Maßnahmen, die Diagnose und die beabsichtigte Therapie aufzuklären. Verstößt er hiergegen, so ist eine Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahme unwirksam.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht

Bereits jetzt müssen die Behandelnden Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff grundsätzlich umfassend über die Art der konkreten Behandlung und über deren Risiken aufklären. Die Aufklärung hat in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen; eine bloß schriftliche Aufklärung reicht nicht aus. Der Patientin/ dem Patienten muss genügend Zeit für eine wohl überlegte Entscheidung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts verbleiben. Im Streitfall muss die/ der Behandelnde die ordnungsgemäße Aufklärung der Patientin/ des Patienten beweisen. Diese Verpflichtungen sollen ausdrücklich gesetzlich festgelegt werden.

Daneben wird die Dokumentationspflicht der/ des Behandelnden gesetzlich konkretisiert werden. Krankenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Dies kann - unter Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit - auch elektronisch erfolgen. Dokumentiert die/ der Behandelnde nicht wie im Gesetz vorgesehen, etwa weil Befunde pflichtwidrig nicht gesichert werden, so wird zu seinen/ ihren Lasten vermutet, dass es die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gegeben hat. Schließlich soll eine gesetzliche Regelung auch das Recht auf Akteneinsicht vorsehen und die Patientin/ den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird.

Beispiel: Den Patienten steht das Recht zu, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese - auf eigene Kosten - zu kopieren.

II. Förderung der Fehlervermeidungskultur

Ein zentrales Anliegen des Patientenrechtegesetzes ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Behandlungsfehlern bereits vorzubeugen hat höchste Priorität.

1. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme werden im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung sowohl im Bereich der stationären als auch ambulanten Versorgung gestärkt.

Im Rahmen des Risikomanagements muss für ein Vertrauensklima Sorge getragen werden, das gerade bei der Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern unabdingbar ist. Für die Beschäftigten der medizinischen Einrichtungen sowie der Pflegeheime und Pflegedienste dürfen durch die Meldung von eingetretenen Risiken und Fehlern im Regelfall keine Nachteile entstehen. Gleichzeitig muss den Institutionen für den Fall groben Fehlverhaltens die Möglichkeit erhalten bleiben, adäquat im Sinne des Patientenschutzes zu reagieren. Es wird zu prüfen sein, inwieweit gesetzliche Vorgaben diesem Anliegen Rechnung tragen.

Des Weiteren sollen die Arztpraxen und Krankenhäuser unterstützt werden, unerwünschte Ereignisse und Fehler, die einen Schaden zur Folge hatten, sowie so genannte Beinahe-Fehler systematisch zu erfassen, zu analysieren und notwendige Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Nutzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen ist dabei ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Hierfür ist es notwendig, dass die Einrichtungen die beteiligten Berufsgruppen durch regelmäßige Information und Schulung in entsprechende Maßnahmen einbeziehen und auf diese Weise die Akzeptanz des Risiko- und Fehlermanagements und die Mitwirkung der betroffenen Berufsgruppen fördern. Die Unterstützung erfolgt durch einen zeitlich bestimmten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, grundsätzliche Anforderungen an Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu erarbeiten, und durch die Schaffung finanzieller Anreize zu deren Einführung, z.B. im Rahmen von Qualitätszuschlägen (ambulant und stationär), sowie durch Transparenzvorgaben insbesondere für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern wird gefördert.

Im Rahmen der Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird in § 135a SGB V ein verbindliches Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern vorgeschrieben. Dadurch können auch Patientinnen und Patienten in die Offenlegung kritischer Verfahrensabläufe, möglicher Fehlerquellen und Ereignisse, die zu Schäden oder Beinahe-Schäden führen, einbezogen werden. Den Krankenhäusern bleibt frei gestellt, ob dies durch Patienten-

fürsprecher/innen oder Ansprechpartner/innen im Bereich des Qualitätsmanagements geschieht.

Wenngleich eine sorgfältige, fehlerfreie Behandlung der Patientin/ des Patienten unverzichtbar ist und auch künftig die Förderung einer Fehlervermeidungskultur an erster Stelle stehen wird, so zeigt doch die Praxis in den Krankenhäusern und Arztpraxen, dass Behandlungsfehler immer wieder vorkommen und menschliches Fehlverhalten nicht gänzlich unvermeidbar ist. Ist ein Behandlungsfehler eingetreten, so stellt sich die maßgebliche Frage, wie mit diesem Fehler und den daraus resultierenden Schäden (haftungsrechtlich) umgegangen wird. In einfach gelagerten Fällen kann eine gütliche Einigung, zum Beispiel im Wege der Mediation den Parteien helfen, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln. Kommt eine Streitbeilegung außerhalb der Gerichte nicht in Betracht, so führt das Haftungssystem des neuen Patientenrechtgesetzes die Parteieninteressen zu einem sachgerechten Ausgleich.

III. Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems

In Haftungsprozessen stellt sich häufig die Frage, ob ein festgestellter Fehler des/ der Behandelnden auch tatsächlich ursächlich für den eingetretenen Schaden gewesen ist, oder ob der Schaden sowieso eingetreten wäre. An dieser zentralen Stelle soll ein Patientenrechtgesetz für mehr Rechtssicherheit sorgen, indem es die schon von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung in das Bürgerliche Gesetzbuch einfügt.

Beispiel:

- 1.) Im Falle eines groben Behandlungsfehlers, der generell geeignet ist, den Schaden herbeizuführen, wird vermutet, dass der Fehler für den Eintritt des Schadens ursächlich war. Das heißt, dass der Behandelnde den Gegenbeweis antreten muss, dass ein Fehler den Schaden nicht verursacht hat.
- 2.) Stammt der Schaden eines Patienten aus einem Gefahrenbereich, den der Behandelnde objektiv voll beherrschen kann, so wird eine fehlerhafte Verrichtung der Behandlung vermutet.

Im Falle eines für den Schadenseintritt ursächlichen Behandlungsfehlers wird das Verschulden der/ des Behandelnden grundsätzlich vermutet. Dann ist es die Aufgabe der/ des Behandelnden darzulegen und ggf. zu beweisen, dass sie/ ihn kein Verschulden trifft.

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, um für etwaige Schäden einen vollständigen Ausgleich zu gewährleisten. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfassend erfüllt werden können. Die Länder und (Zahn-)Ärztekammern werden daher aufgefordert, durch ge-

eignete Überprüfmechanismen einen solchen Schutz der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht wird es künftig Verbesserungen für Patientinnen und Patienten geben.

IV. Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht stärken.

Gerichtsverfahren wegen Behandlungsfehlern nehmen regelmäßig viel Zeit in Anspruch. Sie stellen nicht nur in finanzieller, sondern auch in psychischer Hinsicht eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandelnden dar.

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Betroffene Patientinnen und Patienten sowie die Behandelnden haben die Möglichkeit einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Unterschiedliche Verfahren in den Ländern führen zu Intransparenz und erschweren die Akzeptanz der Ergebnisse. Einige Landes(zahn)ärztekammern haben Gutachterkommissionen eingerichtet, die ein schriftliches Gutachten zum Behandlungsgeschehen erstellen. In anderen Ländern bestehen Schlichtungsstellen, die darüber hinaus die Haftungsfrage beurteilen und einen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeit abgeben. Die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung sind aufgefordert, auf einheitliche und transparentere Verfahren unter Einbindung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Spruchkörper hinzuwirken.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Für gerichtliche Verfahren vor den Landgerichten besteht die Möglichkeit, spezialisierte Arzthaftungskammern einzurichten, damit die für die Bearbeitung von Arzthaftungssachen erforderlichen besonderen Fachkenntnisse in einer Spezialekammer konzentriert und Entscheidungen zu einem schnelleren Abschluss geführt werden können. Von dieser Möglichkeit haben die meisten größeren Landgerichte Gebrauch gemacht. § 348 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e der Zivilprozessordnung sieht vor, dass die Entscheidung in einer speziellen Arzthaftungskammer grundsätzlich nicht durch die Einzelrichterin/ den Einzelrichter, sondern durch drei Berufsrichter/innen getroffen wird. Wo sich die Einrichtung spezieller Arzthaftungskammern – namentlich bei kleineren Landgerichten – vom Geschäftsanfall her nicht lohnt, haben die Länder die Möglichkeit, Arzthaftungssachen für die Bezirke mehrerer Landgerichte bei einem Landgericht zu konzentrieren (§ 13a des Gerichtsverfassungsgesetzes).

3. Ein erster Schritt: Verbesselter Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Einen ersten Schritt, mit dem auch die Patientenrechte gestärkt werden, hat die Bundesregierung bereits auf den Weg gebracht: bislang konnte gegen einen gerichtlichen Beschluss, durch

den die Berufung gemäß § 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung zurückgewiesen wurde, kein Rechtsmittel eingelegt werden. Diese Rechtslage, die insbesondere in Arzthaftungsfällen als unbefriedigend empfunden wurde, wird durch den Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 4. Februar 2011 geändert: gemäß § 522 Absatz 3 der Zivilprozessordnung wird es künftig möglich sein, in allen Berufungssachen mit einer Beschwer von über 20.000 € ein Rechtsmittel, nämlich die Nichtzulassungsbeschwerde, einzulegen.

V. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern

1. Patientinnen und Patienten werden bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützt.

Derzeit ist es den Krankenkassen sowie den Pflegekassen frei gestellt, ihre Versicherten in Fällen, in denen der Verdacht auf einen Behandlungs- und Pflegefehler vorliegt, zu unterstützen. Die Kassen haben von dieser Möglichkeit bisher kaum Gebrauch gemacht. Zukünftig sollen Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z.B. medizinische Gutachten, geschehen. Hierzu wird die Regelung des § 66 SGB V stringenter ausgestaltet.

2. Patientenrechte beim Übergang zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren und Leistungsträgern werden gestärkt.

Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vorschrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Sie ist daher so auszugestalten, dass der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingelöst werden kann.

3. Transparenz und Information bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) werden verbessert.

Sogenannte DMPs sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Selektivverträge, etwa Verträge zur integrierten Versorgung, bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung zu optimieren und den Versicherten entsprechende Angebote zu machen. Häufig sind den Versicherten die für sie bestehenden Möglichkeiten in diesem Zusammenhang nicht ausreichend bekannt. Die bereits bestehenden Informationsrechte der Versicherten bei Teilnahme an DMPs und Selektivverträgen werden daher ausgebaut. Patientinnen und Patienten erhalten soweit wie möglich die versorgungsrelevanten Informationen über den Inhalt entsprechender Verträge und Programme.

4. Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften werden eingeführt.

Verschiedene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Hierzu gehören z. B. medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe. Diese Bewilligungsverfahren sollen durch Festlegung gesetzlicher Fristen für alle bei den Krankenkassen zu beantragenden Leistungen beschleunigt werden. In Anlehnung an die für Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im SGB IX wird geregelt, dass die Krankenkassen über die Leistungen innerhalb einer bestimmten Frist nach Antragseingang zu entscheiden haben. Wenn die Krankenkassen unbegründet nicht fristgerecht über den Leistungsantrag entscheiden, sollen sich die Versicherten die erforderliche Leistung letztlich selbst beschaffen können. In diesen Fällen werden die Krankenkassen zur Erstattung erforderlicher Aufwendungen verpflichtet.

5. Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern sollen verkürzt werden.

Patientinnen und Patienten sind insbesondere aus finanziellen Gründen darauf angewiesen, dass Sozialversicherungsträger Anträge auf Gesundheitsleistungen schnell bescheiden. Sowohl aus den allgemeinen Vorschriften des SGB I als auch aus den verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB X ergibt sich, dass die Behörden gehalten sind, zügig über die Anträge zu entscheiden. Geschieht dies nicht, kann gemäß § 88 Sozialgerichtsgesetz nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten unmittelbar das Sozialgericht angerufen werden. Es wird zu prüfen sein, ob eine Reduzierung dieser Frist auf etwa zwei Monate sachgerecht ist, um die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

6. Die Rechte Pflegebedürftiger werden weiter verbessert.

Nach dem SGB X haben Behörden Beteiligten Einsicht in die Akten zu gestatten, soweit die Kenntnis zur Geltendmachung rechtlicher Interessen erforderlich ist. Im SGB XI gibt es zudem für die Pflegeversicherung ein Recht der Versicherten, durch die Pflegekassen über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten informiert zu werden. Nicht eindeutig geregelt ist jedoch die Möglichkeit der Einsicht in die Dokumentation von Pflegeeinrichtungen. Eine Verbesserung des Rechts zur Einsicht in die Dokumentation wird im Zusammenhang mit der Pflegeform geprüft.

VI. Stärkung der Patientenbeteiligung

Patientinnen und Patienten sind an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung – teilweise auch auf Landesebene – zu beteiligen. Hierzu benennen die durch die Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenverbände (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft Patientinnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und

Verbraucherzentrale Bundesverband) einvernehmlich sachkundige Personen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung einbringen. Diese im Jahr 2004 eingeführten Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten werden gestärkt.

VII. Patientinnen und Patienten werden über ihre Rechte informiert.

1. Die unabhängige Patientenberatung ist auf Dauer sicher gestellt.

Um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, ist die Bundesregierung bereits einen wichtigen Schritt gegangen: Seit dem 1. Januar 2011 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern. Die bislang als Modellvorhaben erprobte "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" erhielt nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag für eine bundesweite Beratungsarbeit. Damit sind verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt. Auf diese Weise werden sie in die Lage versetzt, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig bietet eine unabhängige Patientenberatung die Möglichkeit, aus Patientensicht Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen und anzugehen.

2. Der Patientenbeauftragte sorgt für Transparenz.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, den Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz sowie weiteren Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern und Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner. Um hier für die Beteiligten mehr Transparenz über das geltende Recht herzustellen, wird der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung hierüber informieren. Diese Aufgabe wird im SGB V präzisiert.