

Beschluss des
MIT-Bundesvorstands am 1.3.2012

Vorlage der Kommission Gesundheitspolitik
Vorstand: Dr. Rolf Koschorrek MdB und Hans-Peter Küchenmeister

**Stellungnahme zum
„Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“
(Patientenrechtegesetz)
Gemeinsamer Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des
Bundesministeriums der Gesundheit vom 16.01.2012**

Die MIT begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten gesetzlich zu regeln. Diese Regelung darf aber nicht zu noch mehr bürokratischen Lasten durch erweiterte Dokumentationspflichten führen, wodurch der Bürokratieaufwand zu Lasten der medizinischen Behandlung steigen wird.

Begründung:

Die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) erkennt im gemeinsamen Referentenentwurf von Bundesjustiz- (BMJ) und -gesundheitsministerium (BMG) das Vorhaben der christlich-liberalen Koalition, das Rechtsverhältnis im Behandlungsvertrag zwischen Patienten und medizinischen Therapeuten neu zu kodifizieren.

Die MIT appelliert an den Gesetzgeber, bei dem wohlgemeinten Ansatz den Gesundheitsberufen nicht noch mehr bürokratische Lasten aufzuerlegen, die dann gesetzlich verpflichtend prioritär zu Lasten der Behandlung durchgeführt werden müssen.

Zudem erscheint der Konflikt zwischen dem Sozialrecht und allgemeinem Recht (Haftungsfragen nach BGB, wirtschaftliche Verantwortung nach SGB) nicht hinreichend aufgelöst zu sein. Dadurch werden unklare und letztlich rechtsstreitige Vorgänge geradezu herausgefordert.

Die §§ 630ff. des BGB werden mit dem Patientenrechtegesetz neu formuliert. Der Entwurf umfasst folgende Regelungsbereiche:

- Der Behandlungsvertrag wird ausdrücklich im Gesetz geregelt. Die Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch erfasst die Vertragsbeziehung zwischen Patienten und Ärzten, aber auch anderen Heilberufen wie Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten. Es wird geregelt, dass Patienten verständlich und umfassend informiert werden müssen, etwa über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Die Patienten sind gesondert auf Kosten für solche Leistungen hinzuweisen, die nicht von den Leistungsträgern übernommen werden.
- Die Aufklärungspflichten werden ausdrücklich gesetzlich geregelt. Vor jedem Eingriff müssen alle Patienten umfassend über die konkrete Behandlung und die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden. Dazu muss rechtzeitig vorher ein persönliches Gespräch geführt werden, damit sich der Patient seine Entscheidung gut überlegen kann. Eine bloß schriftliche Aufklärung reicht nicht.
- Auch die Dokumentationspflichten bei der Behandlung sollen im Gesetz festgelegt werden. Patienten bekommen nunmehr ein gesetzliches Recht auf Akteneinsicht. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.
- Für Haftungsfälle soll es mehr Transparenz geben. „Die von der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen sollen ausdrücklich gesetzlich geregelt werden. Dann kann jeder im Gesetz nachlesen, wer im Prozess was beweisen muss“, heißt es in einer Stellungnahme der Ministerien dazu. Bei sogenannten "einfachen" Behandlungsfehlern verbleib es dabei, dass der Patient den Behandlungsfehler sowie die Ursächlichkeit dieses Fehlers für die eingetretene Gesundheitsschädigung nachweisen muss. Für bestimmte Fallgruppen wie den "groben" Behandlungsfehlern seien Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten vorgesehen. „Hierbei handelt es sich um gravierende Fälle, die aus objektiver medizinischer Sicht schlechterdings nicht mehr verständlich erscheinen. Dann muss sich der Behandelnde seinerseits entlasten und beweisen, dass der nachgewiesene Behandlungsfehler nicht generell geeignet war, eine Gesundheitsschädigung der eingetretenen Art herbeizuführen.“
- Weitere Beweiserleichterungen für Patienten betreffen etwa das sogenannte voll beherrschbare Risiko. „So wird die Vermutung für einen Behandlungsfehler angenommen, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht, das der Behandelnde voll beherrscht - führt z.B. ein defektes Narkosegerät während einer Operation des Patienten zu einer Sauerstoffunterversorgung und dadurch bedingt zu Hirnschädigungen, so wird die Verantwortlichkeit des Behandelnden für diesen Fehler vermutet.“
- Bei Behandlungsfehlern sind die Kranken- und Pflegekassen künftig verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. „Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, zum Beispiel medizinischen Gutachten, geschehen.

Durch die Zusammenfassung und Änderung von BGB-Regelungen und gesetzlichen Zusätzen auf Grund aktueller Rechtsprechung soll Transparenz und Rechtssicherheit gewährleistet werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf wird dem aber in weiten Teilen nicht gerecht.

Die MIT warnt eindringlich vor einer Kostenexpansion im Gesundheitswesen durch erweiterte Aufklärungs- und Dokumentationspflichten. Die MIT appelliert, den Gesundheitsberufen nicht noch mehr bürokratische Lasten aufzuerlegen, die letztlich dazu führen, dass der Bürokratieaufwand zu Lasten der medizinischen Behandlung massiv steigt und finanziert werden muss. Geld, das für immer mehr Bürokratie ausgegeben wird, fehlt in der Versorgung!

Die Gewährleistung von qualitativ hochwertigen Behandlungen muss im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen. Die Politik muss alle Maßnahmen unterlassen, die dazu führen, dass immer weniger Zeit für die Behandlung von Patienten bleibt.

Wenn medizinische Behandlung zukünftig einer wesentlich schärferen Haftungsregelung unterworfen wird, würde das die Therapieentscheidungen erheblich beeinflussen. Es droht eine Defensivmedizin mit einem Rückzug der Gesundheitsberufe auf lediglich Rechtsansprüche der Krankenversorgung. Innovative und aufwendige Versorgung würde nicht mehr im erforderlichen Umfang vorgehalten, weil im Falle auch nur einer subjektiven Unzufriedenheit unter Umständen massive haftungsrechtliche Konsequenzen drohen.

Ein so formuliertes Patientenrechtegesetz kann erheblichen Schaden für das von Vertrauen getragene Patienten-Arzt-Verhältnis anrichten. Das für einen Gesundungsprozess notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient darf nicht durch ausufernde Bürokratie und juristische Zwickmühlen gefährdet werden. Klar müssen die unterschiedlichen Rechtskreise Sozial- und Privat-/Zivilrecht abgegrenzt werden, ansonsten wird das Ziel der Transparenz nicht erreicht sondern erhebliche Rechtsunsicherheit erzeugt.

Mit der Formulierung „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der versprochenen Behandlung zusammenwirken“ soll auch der Patient in die Pflicht genommen werden.

Was ist, wenn sich der Patient bei der Anamnese unvollständige oder unwahre Angaben macht? Was ist die Konsequenz, wenn er sich nicht an die Therapievorgaben hält oder sie abbricht? Welche Folgen hat das für spätere Haftungsfragen? In den neuen BGB-Bestimmungen werden nur den Behandlern Verpflichtungen auferlegt, für fahrlässiges oder vorsätzliches Patientenhandeln sind keine Sanktionen beschrieben.

Besonders folgende Punkte sieht die MIT mit Sorge:

§ 630a Abs.2 BGB neu - Behandlungsstandard

Für den Behandlungsvertrag zwischen Vertragsarzt, Gesetzliche Krankenversicherung und Patient gilt der „allgemeine Facharztstandard“. Es gibt keine Regelung zum Verhältnis zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung.

Es droht ein Auseinanderfallen des zivil-/haftungsrechtlich geforderten „allgemeinen Facharztstandards“ und des öffentlich-rechtlich/vertragsarztrechtlich zu gewährenden Sachleistungsanspruch gemäß Leistungskatalog. Sozialrechtlich gilt: das Leistungsrecht folgt dem Leistungserbringerrecht, d.h. was der Vertragsarzt lt. Leistungskatalog nicht erbringen darf, kann der GKV-Patient für seine Versorgung auch nicht beanspruchen. Doch was passiert, wenn der Leistungskatalog (EBM, BEMA) dem „allgemeinen Facharztstandard“ nicht entspricht?

Die Konsequenz ist eine „BGB-SGB V-Zwickmühle“ für den Vertragsarzt/-zahnarzt!
>> Dringende Klarstellung erforderlich!!

§ 630c BGB neu - Informationspflichten

Der Behandelnde wird verpflichtet, dem Patienten zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf in verständlicher Weise sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern.

Hier wird unbestimmt der Begriff „wesentlich“ ohne konkrete Maßgabe verwendet, ebenfalls gibt es keine Differenzierung zwischen großen und kleinen Behandlungsmaßnahmen, bei denen diese Informationspflicht mehr Zeit als die tatsächliche Behandlung erfordern wird.

Der Behandelnde soll über Behandlungsfehler aufklären. Ob und welche Auswirkungen das auf seine vertraglichen Verpflichtungen gemäß der gesetzlich vorgeschriebenen Haftpflichtversicherung hat, wird nicht berücksichtigt.

§ 630d BGB neu - Einwilligung

Erfordert die Behandlung einen Eingriff in den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, die sexuelle Selbstbestimmung oder in ein sonstiges Recht des Patienten, so ist der Behandelnde verpflichtet, für die Durchführung des Eingriffs die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Es besteht keine Regelung bzgl. datenschutzrechtlicher Implikationen der Einwilligung und der datenschutzrechtlichen Reichweite der Einwilligung.

Bsp.: faktischer Zugriff auf Patientenakten in Serververwaltung von Großkliniken; wer muß und wer darf alles Einsicht nehmen (Ärzte, Pfleger, Krankentransport, ...)? Wie weit reicht die übliche Einwilligung des Patienten?

Bsp.: Reichweite der Einwilligung bei sektorenübergreifender Versorgung, z.B. §§ 73b/c, 140a ff BGB-Verträge?

>> Patientendatenschutz bleibt unregelt!

§ 630e BGB neu - Aufklärungspflicht

Erforderlich soll sein, dass der Behandelnde den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufklärt. Exemplarisch listet Absatz 1 Satz 1 die aufklärungsbedürftigen Umstände wie Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und spezifische Risiken des Eingriffs, die Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung des Eingriffs zur Diagnose oder zur Therapie und die Erfolgsaussichten des Eingriffs im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie auf. Dieser Katalog ist nicht abschließend; im Einzelfall kann die Notwendigkeit bestehen, über weitere Umstände aufzuklären.

Gemäß Absatz 1 Satz 2 hat eine Aufklärung auch über bestehende Behandlungsalternativen zu erfolgen, wenn mehrere Behandlungsmethoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Nach diesem Absatz muss das soeben beschlossene Versorgungsstrukturgesetz im § 128 Abs. 5a geändert werden, welcher Vertragsärzten untersagt, „Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen,...“, denn die geforderte umfassende Aufklärung kann den Patienten in seiner Entscheidung beeinflussen.

§ 630h Abs.5 BGB neu - Beweislastumkehr

In Abkehr von den üblichen Regelungen zur Beweislastverteilung soll der Behandelnde beweisen müssen, dass er den Patienten oder den zur Einwilligung gemäß § 630d Absatz 1 Satz 2 Berechtigten ordnungsgemäß nach Maßgabe des § 630e über sämtliche maßgeblichen Umstände der Behandlung aufgeklärt und eine wirksame Einwilligung eingeholt hat. So kann sich der Behandelnde zum Beispiel durch etwaige Formulare von dem Patienten bestätigen lassen, dass eine bestimmte Aufklärung in einem bestimmten Umfang erfolgt ist und dass der Patient in den Eingriff eingewilligt hat. Zudem kann beziehungsweise muss er diese Unterlagen zur Dokumentation in die Patientenakte aufnehmen

Steht fest, dass die Aufklärung nicht die Anforderungen des § 630e erfüllt, wird vermutet, dass der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung nicht in den Eingriff eingewilligt hätte.

Verstößt der Behandelnde gegen die Dokumentationspflicht aus § 630f, soll die Vermutung in Absatz 3 in Anknüpfung an die bisherige Rechtsprechung dazu führen, dass die dokumentationspflichtigen Maßnahmen als unterblieben und von dem Behandelnden nicht getroffen anzusehen sind.

Diese Sanktionen bedeuten für Behandler und Mitarbeiter eine Unmenge von Bürokratie und Dokumentation und binden zeit, die für die Krankenversorgung fehlt. Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für den Eintritt des Schadens ursächlich war.

Der Referentenentwurf gibt keine Definition „grober Behandlungsfehler“ im eigentlichen Gesetzestext, Ausführungen dazu sind nur in der Begründung enthalten.

>> Legaldefinition „grober Behandlungsfehler“ fehlt!!

§ 73b Abs.3 SGB V neu / § 73c Abs.2 SGB V neu / § 140a Abs.2 SGB V neu – Widerrufsbelehrung bei neuen Versorgungsformen

Die Versicherten sollen zukünftig das Recht erhalten, innerhalb von zwei Wochen –wie bei Haustürgeschäften- nach ihrer Erklärung der Teilnahme an der durch einen Selektivvertrag geregelten Versorgung diese Erklärung zu widerrufen.
Ist diese Widerrufstechnik praktikabel und sinnvoll? Wie ist die Kontrollierbarkeit?
Welche Konsequenz ergeben sich für GKV-Patient und für die an Versorgungsverträgen teilnehmenden Vertragsärzte / für die aufgesuchten anderweitigen Vertragsärzte (faktischer Arztwechsel) ohne Kenntnis des Arztes?
Diese Regelung bedeutet einen Bürokratieaufbau statt –abbau?

§ 135a Abs.2 Nr.2 SGB V neu – Verpflichtung zu patientenorientiertem Beschwerdemanagement

In Krankenhäusern soll es eine Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements geben, ist wenig konkret formuliert.
Wie soll die Umsetzung sein? Weitere Bürokratiekosten für Krankenhäuser sind vorprogrammiert.
Wer übernimmt die Kontrolle? Gibt es eine „Kummerkasten-Aufsicht“ analog der Heimaufsicht für Pflege- und Wohneinrichtungen?

§ 140f SGB V neu – Beteiligung Patientenorganisationen

Ein Mitberatungsrecht der Patientenorganisationen bei der Entscheidung über die Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungs-Verordnung für Vertragsärzte soll eingeführt werden.
Befristete Zulassungen betrifft nur Zulassungsverfahren in Planbereichen mit Versorgungsgrad 100-110%, ist da die Beteiligung der Patientenorganisationen im Zulassungsausschuss bei den KV'en für befristete Zulassungen wirklich sinnvoll?