



Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)¹

Grundsätzliche Anmerkungen

Grundsätzlich begrüßt der Deutsche Verein die gemeinsame Initiative des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums der Gesundheit, ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) zu verabschieden, sowie eine Vielzahl der im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen. Ungeachtet der Tatsache, dass eine Stärkung der Rechtsstellung von Patient/innen wünschenswert ist, bleibt nach Auffassung des Deutschen Vereins der vorliegende Entwurf allerdings zum Teil hinter dem Erforderlichen zurück und greift mit seinen Regelungen den Handlungsbedarf nur punktuell auf. Ziel muss die möglichst weitgehende Sicherheit und Souveränität aller Patient/innen gleichermaßen sein. Dabei müssen auch die besonderen Bedürfnisse älterer Patient/innen und von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen beachtet werden. Ein darauf gerichteter Gestaltungswille ist allerdings an einigen Stellen nicht erkennbar; der Entwurf regelt fast ausschließlich das, was die Rechtsprechung bisher ohnehin gefordert hat.

Zudem ist das Verhältnis der Patientenrechte zu anderen Rechtsbereichen wie insbesondere dem SGB IX und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nicht hinreichend berücksichtigt und gestaltet worden. In der jetzigen Form fügt sich der Entwurf nicht ausreichend in das vorhandene Rechtssystem ein. Auch

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Susann Kroworsch. Die Stellungnahme wurde von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins auf der Basis der Erörterung im Fachausschuss Alter und Pflege am 23. Februar 2012 gefertigt.

einrichtungsübergreifende Überlegungen wurden vernachlässigt, was vor allem zu Defiziten in der praxiswirksamen Umsetzung führen würde.

Schließlich fürchtet der Deutsche Verein insbesondere aufgrund der Entwurfsbegründung mit Blick auf Heilberufe Missverständnisse hinsichtlich des Anwendungsbereichs des vorgesehenen § 630a BGB. Der Deutsche Verein regt daher an klarzustellen, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch Pflegekräfte nach § 37 SGB V nicht unter den Behandlungsvertrag nach § 630a BGB fallen. Entsprechendes gilt für die pflegerischen Leistungen, die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V erbracht werden.

Zum Entwurf im Einzelnen

1. Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Der Deutsche Verein erachtet es für sinnvoll und dringend geboten, die Vertragsbeziehungen zwischen Patient/innen und Ärzt/innen bzw. anderen Heilberufen gesetzlich zu verankern. Insbesondere die Einführung des Behandlungsvertrags als **eigener Vertragstyp** dient der Klarheit und unterstützt das Bestreben, Patient/innen umfassend mit ihren Rechten vertraut zu machen.

Aus Verbraucherschutzgesichtspunkten befürwortet der Deutsche Verein außerdem dazugehörige **Informationspflichten**. Nach § 630c Abs. 2 BGB-E müssen Patient/innen über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien in einem persönlichen Gespräch verständlich und umfassend informiert werden. Vor dem Hintergrund nicht zuletzt der UN-BRK muss jedoch sichergestellt werden, dass der Wortlaut „in verständlicher Weise“ des § 630c Abs. 2 BGB und „verständlich“ des § 630e Abs. 3 Nr. 3 BGB Erläuterungen auch in **leichter Sprache** für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erfasst und **erforderliche Hilfen für Menschen mit Hör- oder Sehbehinderungen** zur Verfügung stehen. Gleiches gilt für die ebenfalls grundsätzlich vom Deutschen Verein unterstützte Regelung, Patient/innen ausdrücklich über Kosten für Leistungen zu informieren, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, § 630c

Abs. 3 BGB (z.B. im Falle der sogenannten „individuellen Gesundheitsleistungen“, IGeL) für die dort bislang nur verlangte Textform. Der Wortlaut der geplanten Normen ist um entsprechende Formulierungen zu ergänzen.

Entsprechendes gilt im Übrigen auch für die Ergänzung nach § 140h Abs. 2 SGB V.

Schließlich ist nicht nachvollziehbar, warum die Information über **Behandlungsfehler** nach § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB generell nur auf Nachfrage zu erfolgen hat, soweit dies nicht nach Satz 3 zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren darüber hinaus erforderlich ist. Durch das Erfordernis der aktiven Nachfrage würden weniger fordernd auftretende und weniger artikulationsstarke Patient/innen benachteiligt, weshalb diese Einschränkung gestrichen werden sollte.

Im Übrigen muss das Haftpflichtrecht für medizinische Berufe derart angepasst werden, dass den behandelnden Personen allein aufgrund der Erfüllung ihrer Informations- und Offenbarungspflichten kein Nachteil entsteht.

Um das Informationsgefälle zwischen Behandelnden und Patient/innen noch weiter zu minimieren und zugunsten eines möglichst optimalen Zusammenwirkens aller Beteiligter im Sinne des Behandlungsziels, wäre nach Ansicht des Deutschen Vereins in manchen Fällen ein **Patientenbrief** mit möglichst leicht verständlichen Informationen über Diagnose und Behandlung wünschenswert. Um hier keine überbordende Bürokratie und daraus folgend weitere Kosten zu schaffen und gleichzeitig dieses Instrument in geeigneten Fällen zu erproben, empfiehlt der Deutsche Verein eine offene Formulierung hierzu aufzunehmen, wonach der Behandelnde in geeigneten Fällen einen Patientenbrief erstellen soll.

Für mit dem Anspruch der UN-BRK und insbesondere Art. 12 UN-BRK nicht vereinbar hält der Deutsche Verein die vorgesehenen Regelungen nach §§ 630d Abs. 2, 630e Abs. 4 des Entwurfs, soweit dies zur Folge hat, dass **nur der zur Einwilligung Berechtigte** aufgeklärt wird und eine Aufklärung der Patient/innen selbst unterbleibt. Auch Patient/innen, die nach dem Gesetz als einwilligungsunfähig gelten, sind in ihrem Informationsbedürfnis gleichermaßen zu achten und müssen aufgrund der bestehenden Einschränkungen mit besonderer Sensibilität unterstützt werden. Soweit sie eine Aufklärung begehren bzw. dafür zugänglich sind, hat diese durch die zuständige Person

auch ihnen gegenüber in für sie verständlicher Weise zu erfolgen. Der Entwurfstext sollte entsprechend grundlegend geändert werden.

Zwar begrüßt der Deutsche Verein, dass erstmalig die Pflicht zur **Dokumentation** der Behandlung in § 630f BGB und ein Recht auf **Akteneinsicht** in § 630g BGB für Patient/innen festgeschrieben werden soll. Beide Instrumente können die Beweisführung von Patient/innen im Falle eines Gesundheitsschadens erheblich erleichtern. Es ist jedoch zu beanstanden, dass keine **unbürokratischen Durchsetzungsmechanismen** vorgesehen sind. Auch wenn Patient/innen gemäß § 888 ZPO die Möglichkeit offen steht, auf Durchsetzung des Rechts auf Akteneinsicht zu klagen, ist es ihnen oftmals nicht zumutbar bzw. würde es in der Praxis eine zu große Hürde darstellen, erst den gerichtlichen Weg der Zwangsvollstreckung wählen zu müssen, um Einsicht in die Behandlungsakten zu erhalten. Daher regt der Deutsche Verein an, § 630g Abs. 1 BGB um eine Regelung zu ergänzen, die bei einer etwaigen Weigerung eine schnelle und unbürokratische Durchsetzung ermöglicht, hilfsweise den/die Behandelnde/n nach Ablauf einer angemessenen Frist mit Sanktionen belegt.

Mit einem hohen Anspruch an **Patientensouveränität** ist es nach Ansicht des Deutschen Vereins nicht zu vereinbaren, dass die Einsichtnahme in die eigene Patientenakte unter Hinweis auf "**erhebliche therapeutische Gründe**" verweigert werden kann. In der derzeitigen Entwurfsformulierung sieht der Deutsche Verein ein falsches Signal zugunsten möglicher Bevormundung und ein Einfallstor für Missbrauch. Vielmehr könnte hier allenfalls vorgesehen werden, dass das Informationsbedürfnis und die Souveränität der Patient/innen als so hochwertig zu achten sind, dass die Einsichtnahme aus medizinischen Gründen nur in ganz außergewöhnlichen Fällen bei mit Sicherheit zu erwartender Gefahr für Leib und Leben abgelehnt werden kann. Dies sollte im Gesetz ausdrücklich geregelt werden.

Gleiches gilt für die entsprechende Formulierung in § 630c Abs. 4 Nr. 2 BGB hinsichtlich der Informationspflichten sowie in § 630e Abs. 3 Nr. 2 hinsichtlich der Aufklärungspflichten.

Zweifelhaft ist aus Sicht des Deutschen Vereins außerdem der Ausschluss der Informationspflichten sowie der Aufklärungspflichten aufgrund **eigener Fachkenntnisse** des Patienten/der Patientin nach § 630c Abs. 4 Nr. 4 sowie § 630e Abs. 3 Nr. 4 BGB.

Diese Differenzierung lädt zu unnötigen Abgrenzungsstreitigkeiten geradezu ein und ist aus Sicht des Deutschen Vereins entbehrlich. Vielmehr ist es selbstverständlich, dass der Umfang und die Art und Weise der Information und Aufklärung stets von den Voraussetzungen des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin abhängt. Dies sollte das Gesetz deutlich machen. Eine formalisierte Information und Aufklärung kann es aufgrund der jeweiligen Individualität eines jeden Behandlungsfalles nicht geben.

In diesem Sinne sollte im Übrigen auch in § 630c Abs. 4 Nr. 3 und § 630e Abs. 3 Nr. 3 BGB klargestellt werden, dass ein **ausdrücklicher Verzicht** nur in absoluten **Ausnahmefällen** angenommen werden kann und nur unter der Voraussetzung, dass es sich dabei nicht lediglich um die Unterzeichnung eines routinemäßig unterbreiteten Formblattes handelt und der Patient/die Patientin zuvor über die Bedeutung der Information und Aufklärung insbesondere auch für ein erfolgreiches Zusammenwirken aller Beteiligten zugunsten des angestrebten Behandlungsziels aufgeklärt wurde.

Im Übrigen sieht der Deutsche Verein in der Entwurfsfassung ansonsten einen gewissen Widerspruch zu der in § 630c Abs. 1 BGB normierten **Mitwirkungspflicht** der Patient/innen. Diese ausdrückliche Normierung hält der Deutsche Verein darüber hinaus ohnehin aufgrund der allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätze für überflüssig. Außerdem ist die sprachliche Fassung unklar, wenn in der Überschrift von „Mitwirkung“ die Rede ist und im Absatz 1 dann von „zusammenwirken“. Eine ausdrückliche Normierung einer Mitwirkungspflicht der Patient/innen kann aus Sicht des Deutschen Vereins unnötig zu missbräuchlichen Argumentationen im Falle von Rechtsstreitigkeiten einladen. Der Deutsche Verein regt daher an, dies zu streichen oder zumindest die Überschrift in „Zusammenwirken“ abzuändern und im Text deutlich zu machen, dass es dabei um ein erfolgreiches Zusammenwirken aller Beteiligten (des Behandelnden und seiner Erfüllungsgehilfen) zugunsten des angestrebten Behandlungsziels geht.

Die ausdrückliche gesetzliche Regelung der von der Rechtsprechung entwickelten **Beweiserleichterungen** für Haftungsfälle in § 630h BGB befürwortet der Deutsche Verein ebenfalls aus Transparenzgründen. Dabei wird bei der Verwirklichung eines allgemeinen Behandlungsrisikos, das der Behandelnde voll beherrscht (Absatz 1), die Vermutung für die Verantwortlichkeit des Behandelnden für einen Behandlungsfehler angenommen bzw. muss sich der Behandelnde bei groben Behandlungsfehlern (Absatz 5) seinerseits entlasten und beweisen, dass der nachgewiesene

Behandlungsfehler nicht generell geeignet war, eine Gesundheitsschädigung der eingetretenen Art herbeizuführen. Dabei wird in Zukunft genau zu beobachten sein, ob und wie sich die Position von geschädigten Patient/innen bei der Beweisführung durch die beabsichtigte gesetzliche Verankerung einer Dokumentationspflicht und die bei fehlender oder unvollständiger Dokumentation zugunsten des/r Patient/in eintretende Beweiserleichterung sowie die Verankerung eines Rechts auf Akteneinsicht verbessern wird und ob dies insgesamt hinreichend ist.

2. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Hinsichtlich der vorgesehenen Änderungen des SGB V ist aus Sicht des Deutschen Vereins insgesamt darauf zu achten, dass für Privatpatient/innen und Selbstzahler/innen sowie für gesetzlich Versicherte grundlegend gleiche Anforderungen gelten. Nach der Entwurfsbegründung soll angeblich bei privat Versicherten die Regelung des § 627 BGB mit der Möglichkeit der fristlosen **Kündigung** zur Anwendung kommen, während bei gesetzlich Versicherten dies angeblich wegen § 76 Abs. 3 SGB V nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes nach § 626 BGB möglich sein soll. Dazu ist daran zu erinnern, dass die Wirkungen des § 76 Abs. 3 SGB V nur sehr begrenzt sind und zur Rechtfertigung einer solchen Ungleichbehandlung daher schon aus praktischen Gründen nicht herangezogen werden können. Im Übrigen erscheint dies auch aus dogmatischen Gründen zweifelhaft. Zwar mag das SGB V das Zivilrecht in manchen Punkten überlagern. Dennoch ist – was nicht zuletzt auch die Normierung des Behandlungsvertrages deutlich macht – zwischen den einzelnen Rechtsverhältnissen zu unterscheiden. Der Gesetzgeber ist hier gehalten, auf **Kompatibilität der Rechtsbereiche** und **Gleichbehandlung der Personengruppen** zu achten.

Die durch die Einfügung von Absatz 3a nach § 13 Abs. 3 SGB V angestrebte **Beschleunigung der Bewilligungsverfahren** bei den Krankenkassen wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass die vorgesehenen Fristen im Verhältnis zur geltenden **Zwei-Wochen-Frist des § 14 SGB IX** vergleichsweise lang und mit dieser Regelung nicht hinreichend abgestimmt sind. Die Entwurfsbegründung, die lediglich von einer Anlehnung an die insoweit für

Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im SGB IX spricht, befriedigt auch insoweit nicht, als es sich bei den beantragten Leistungen nach SGB V auch um Rehabilitationsleistungen im Sinne des SGB IX handeln kann. Zwar erkennt der Deutsche Verein durchaus an, dass die Frist des § 14 SGB IX in Anbetracht der damit verfolgten Zwecke und der bisherigen praktischen Erfahrungen mit dieser Regelung oftmals als sehr knapp bemessen empfunden wird. Allerdings verfolgt der vorgeschlagene § 13 Abs. 3a SGB V nicht dasselbe trägerübergreifende Ziel wie § 14 SGB IX und zieht andere, nicht die Zuständigkeit betreffende Konsequenzen nach sich, weshalb hier allenfalls eine kürzere, nicht aber eine längere Frist als im SGB IX angezeigt wäre. Der Deutsche Verein regt daher dringend eine **Harmonisierung** der Vorschriften an, um die Praxis durch verschiedene Fristen nicht unnötig zu verkomplizieren und die Regelungen des SGB IX nicht zu unterlaufen.

Befürwortet wird insgesamt der Ausbau der **Patientenbeteiligung** und daher die Ergänzung in § 99 Abs. 1 Satz 4 SGB V, wonach Patientenorganisationen bei der Bedarfsplanung stärker einbezogen werden sollen.

Der Deutsche Verein unterstützt zudem generell die im Gesetzentwurf vorgesehene Förderung einer **Fehlervermeidungskultur** in der medizinischen Versorgung. Dazu gehört zum einen die Verpflichtung zu einem nach den Belangen von Patient/innen ausgestalteten **Beschwerdemanagement**. In Ergänzung der vorgesehenen Regelung des § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V sollte dieses allerdings nicht auf Krankenhäuser beschränkt sein, sondern auch den ambulanten Bereich mit einbeziehen.

Im Rahmen eines sachgerechten **Qualitätsmanagements** wird entgegen der im Entwurf in § 137 Abs. 1c SGB V vorgeschlagenen Ausgestaltung ein einrichtungsinternes Instrument abgelehnt. Vielmehr sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegt werden, bei der Festlegung von Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zur Entwicklung eines versorgungspolitischen „Gesamtkonzepts“ alle Leistungserbringer und Versorgungsbereiche verpflichtend einzubeziehen und vor allem das (pflegerische) **Entlassungs- und Überleitungsmanagement** für den Bereich des Risikomanagements zu berücksichtigen. Gleiches gilt für die vorgesehene, ergänzende Formulierung „einrichtungsübergreifend“ in § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Auch sie muss – ggf. durch eine erläuternde Ergänzung – das Entlassungs- und Überleitungsmanagement miteinbeziehen.

Eine klarstellende Formulierung wird ebenso für die in § 140h Abs. 2 geplante Ergänzung hinsichtlich der Zusammenstellung und Bereithaltung von Informationen über die Rechte von Patient/innen „in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form“ durch den/die Beauftragte/n der Bundesregierung für die Belange der Patient/innen angeregt. Wie schon im Rahmen von § 630c und § 630e BGB gefordert, müssen auch hier die Anforderungen der UN-BRK berücksichtigt und für **Barrierefreiheit** und **Informationen in leichter Sprache** Sorge getragen werden.

Der Deutsche Verein regt darüber hinaus an, einen von allen Krankenkassen (mit)finanzierten **Härtefallfonds** für Opfer von Behandlungsfehlern einzurichten, um ihnen auf unbürokratischem Weg Entschädigung für einen von ihnen erlittenen Schaden (und eventuell auch für Anwaltskosten) zu ermöglichen.