

Wortprotokoll
87. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit
gemeinsam mit der
97. Sitzung des Rechtsausschusses

Berlin, den 22.10.2012, 13:00 Uhr
Sitzungsort: Logenhaus
Emser Str. 12-13, 10719 Berlin

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten
BT-Drucksache 17/10488
- b) Antrag der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen
BT-Drucksache 17/9061
- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
Patientenrechte wirksam verbessern
BT-Drucksache 17/11008
- d) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Dr. Martina Bunge, Katrin Kunert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten
BT-Drucksache 17/6489

- e) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Ingrid Hönlinger, Fritz Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen

BT-Drucksache 17/6348

I Block: Rechtspolitischer Teil, der die zivilrechtlichen Gesichtspunkte beleuchten soll

III Block: Rechtspolitische und SGB-Fragen

II Block: SGB-V-Fragestellungen (IGeL - BGB)

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 13:01 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf Sie hier im Logenhaus ganz herzlich zur Anhörung und zur 87. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, gemeinsam durchgeführt mit dem Rechtsausschuss in dessen 97. Sitzung, begrüßen. Und ich darf die Vertreter der Bundesregierung sowie insbesondere die Sachverständigen ganz herzlich begrüßen. Ich begrüße aber genauso die Vertreter der Medien und alle Interessierten. Vor Beginn der Sitzung will ich einige Erläuterungen zum Verfahren geben. Gegenstand der Beratung heute ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/10488, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, sowie der Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9061, Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen, der Antrag der SPD-Fraktion auf Drucksache 17/11008, Patientenrechte wirksam verbessern, der Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/6489, Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten, und – last but not least – der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/6348, Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen. Da es sich um einen recht komplexen und durchaus umfangreichen Beratungsgegenstand handelt, haben wir uns erlaubt, die Anhörung zu strukturieren. Und deshalb werden wir die Anhörung in drei Blöcken durchführen. Zunächst kommt ein erster Block zwischen 14 und 15 Uhr, der sich ausschließlich mit den Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) beschäftigt und nach den Verfahrensregeln des Rechtsausschusses durchgeführt wird. Denn wir, die Kollegen aus dem Gesundheits- und dem Rechtsausschuss, machen eine gemeinsame Anhörung und wenden daher in diesem ersten Teil das Verfahren des Rechtsausschusses an. Dann werden wir zu einem zweiten Block von 90 Minuten, also von 14.15 bis 15.45 Uhr, kommen. Dieser Block soll sich mit den vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen im Bereich des BGB befassen. Zudem wollen wir uns dem Thema

IGeL-Leistungen zuwenden. Das Verfahren in diesem Teil würde dann den Regeln des Ausschusses für Gesundheit entsprechen. Das bedeutet, dass die zur Verfügung stehende Zeit von 90 Minuten auf die Fraktionen aufgeteilt wird. Das gleiche Verfahren wird auch im dritten Block angewendet, der sich in der Zeit von 16 bis 17 Uhr ausschließlich mit den Änderungen im SGB V befassen soll. Zwischen den Blöcken eins und zwei haben wir eine kleine Pause von 15 Minuten vorgesehen. Ich bitte, diese einzuhalten. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, möchte ich die Sachverständigen bitten, bei der Beantwortung der Fragen das Mikrofon einzuschalten, da die Anhörung digital aufgezeichnet wird. Bevor Sie antworten, sollten Sie sich bitte mit Namen vorstellen. Halten Sie sich angesichts der Zeit möglichst kurz. Ich bitte, alle Mobiltelefone auszuschalten, um die Aufzeichnung nicht noch mehr zu stören, als dies durch Bewegung im Raum ohnehin geschieht. Nun will ich zu Block I kommen. Die Abgeordneten haben die Möglichkeit, je eine Frage an zwei Sachverständige zu stellen oder zwei Sachverständige mit einer Frage zu befassen. Bitte benennen Sie die Sachverständigen, an die Sie Ihre Fragen richten. Angesichts der Zeitplanung werden keine Eingangsstatements abgeben, sondern wir beginnen gleich mit der Frage- und Antwortrunde. Da wir keine Eingangsstatements der Sachverständigen hören, will ich zum Inhalt des Gesetzentwurfs nur soviel sagen: Das Ziel des Gesetzentwurfs ist es, die Patientenrechte transparenter und ausgewogener zu gestalten. Die ergangene Rechtsprechung zum Behandlungs- und Arzthaftungsrecht soll kodifiziert und vorhandene Rechtslücken geschlossen werden. Hierzu soll das BGB durch die §§ 630a bis 630h, das sind Regelungen zum Behandlungsvertrag als Unterform des Dienstvertrages, ergänzt werden. Es wird der Behandlungsvertrag definiert und Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten des Behandelnden werden festgelegt. Ferner gibt es Regelungen zur Einwilligung in die Behandlung und zur Beweislast für die Haftung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehler .

Abg. **Mechthild Dyckmans** (FDP): Meine ersten beiden Fragen gehen an Herrn Professor Spickhoff. Zum ersten eine ganz allgemeine Frage: Wie sehen Sie den Gesetzentwurf, gibt er weiterhin genügend Möglichkeiten für Rechtsfortbildung in der Rechtsprechung, um den Einzelfall ausgewogen und sachgerecht entscheiden zu können? Besteht dadurch, dass wir das jetzt gesetzlich festlegen, noch genügend Spielraum? Die zweite Frage bezieht sich auf § 630c Absatz 2 Satz 3 BGB-E. Nach der heutigen Rechtsprechung ist es nicht treuwidrig, wenn der Behandelnde, ohne Tatsachen zu verschweigen oder zu verdrehen, ein schuldhaftes Fehlverhalten nicht offenbart. § 630c Absatz 2 Satz 3 BGB-E schafft nun unter gewissen Voraussetzungen eine Fehleroffenbarungspflicht des Behandelnden. Wie bewerten Sie diese Regelung zu Gunsten der Patientinnen und Patienten?

Abg. **Andrea Astrid Voßhoff** (CDU/CSU): Ich habe je eine Frage an Frau Vavra und an Herrn Simon. Sie, Frau Vavra, haben in Ihrem Statement die Bezeichnung der Verhandlungspartner in § 630a BGB-E kritisiert beziehungsweise diese Regelung als nicht glücklich empfunden. Ich hätte von Ihnen gerne gewusst, wo genau Sie das Problem sehen und welche alternativen Begrifflichkeiten Sie vorschlagen können. Die Frage an Herrn Simon: Sie monieren in Ihrem Statement die Begriffe Informations- und Aufklärungspflicht in den §§ 630c und 630e BGB-E und legen dar, dass dies in der Praxis zu Verwirrungen führen würde. Es würde mich interessieren, welche Verwirrungen Sie befürchten. Wenn die Begrifflichkeiten aufgegeben werden sollten, nehme ich an, dass Sie die Sachverhalte in anderen Begriffen definiert haben wollen. Auch für eine Information dazu wäre ich dankbar.

Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine erste Frage richtet sich an Professor Hart. Herr Professor Hart, Sie sehen im Arzthaftungsrecht eine Gerechtigkeitslücke und wollen diese Lücke durch einen Patien-

tenentschädigungs- oder Härtefallfonds, wie immer man es bezeichnet, schließen. Können Sie die Gerechtigkeitslücke erläutern und darstellen, wie der Härtefallfonds aussehen könnte? Die zweite Frage richte ich an Professor Geiger: Herr Geiger, halten Sie die Regelungen zum Behandlungsvertrag im Gesetzentwurf für ausreichend oder wo sehen Sie konkret Verbesserungsmöglichkeiten?

Abg. **Ingrid Hönlinger** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine beiden Fragen richten sich an Herrn Heynemann. Die erste Frage bezieht sich auf den geplanten § 630h BGB-E, also auf die Beweislastverteilung. Sie schreiben, dass Sie gegenüber der Beweislastverteilung wie sie jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen ist, eine andere Regelung für vorzugswürdig halten, nämlich eine Beweiserleichterung auch bei einfachen Behandlungsfehlern im Hinblick auf die Kausalität in Form einer widerlegbaren Vermutung. Wenn wir es jetzt bei dem Gesetzentwurf der Bundesregierung belassen würden: Welche Gefahren und Nachteile sehen Sie für Patientinnen und Patienten? Meine zweite Frage bezieht sich auf die Kodifizierung der Rechtsprechung. Sie problematisieren einerseits, dass wir damit die Möglichkeit der Rechtsfortbildung einschränken. Andererseits sagen Sie aber auch, dass der jetzige Regierungsentwurf sogar hinter der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zurückbleibe. Könnten Sie uns das bitte näher erläutern?

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Einzelsachverständige Anke Plener. Welche Probleme sehen Sie in der Formulierung von § 630c BGB-E. Ist dadurch eine verständliche und sichere Aufklärung im Behandlungsvertrag gesichert, und wie bewerten Sie die Selbstbeziehungsklausel in § 630c Absatz 2 BGB-E.

ESV **Prof. Dr. Dieter Hart**: Die Frage des Herrn Abgeordneten Dr. Franke bezog sich

auf den Entschädigungs- beziehungsweise Härtefallfonds und die Gerechtigkeitslücke, die ich in meiner Stellungnahme konstatiert habe. Der Patient trägt die Beweislast für den Fehler und die haftungsbegründende Kausalität, also das Risiko des Scheiterns des Verfahrens, obwohl feststeht, dass der Behandlungsfehler und/oder die haftungsbegründende Kausalität überwiegend wahrscheinlich sind. Das hängt daran, dass wir im Arzthaftungsrecht eine Anforderung haben, die heißt: „vernünftigen Zweifeln Einhalt gebieten“ oder – in einer saloppen Formulierung – „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit muss der Behandlungsfehler und die haftungsbegründende Kausalität nachgewiesen werden“. Würde man im deutschen Arzthaftungsrecht, Herr Spickhoff hat darauf in seiner Stellungnahme hingewiesen, zu einem „überwiegend wahrscheinlich“ hinsichtlich des Behandlungsfehlers und der haftungsbegründenden Kausalität kommen, wäre für einen solchen Härtefallfonds, wie ich ihn vorschlage, kein Raum. Dann müsste man vielmehr über andere Lösungen nachdenken. Jetzt zur Lösung dieser Gerechtigkeitslücke: Es gibt natürlich andere Formen der Lösung neben der von mir geschilderten. Der Fonds sollte, wenn er denn aufgelegt wird, auf zwei „Leistungskriterien“ beruhen. Erstens: Erhebliche Gesundheitsschäden werden durch überwiegend wahrscheinliche Behandlungs- und Organisationsfehler verursacht. Diese Differenzierung ist mir wichtig, weil der Organisationsfehler im Patientenrechtsgesetzentwurf nicht ausreichend berücksichtigt worden ist. Zweitens – kumulativ: Eine soziale Belastung durch die erheblichen Gesundheitsschäden; für Fehler und Kausalität entscheidend und ausreichend: überwiegende Wahrscheinlichkeit. Insofern hätte man behandlungsinduzierte Schäden als Voraussetzung und die unzumutbare soziale Lastentragung, um den Härtefallfonds zu legitimieren. Ich würde vorschlagen, den Fonds als einen Modellversuch zu konzipieren, weil er für unser Rechtssystem Neuland ist. Deswegen ein Modellversuch mit zeitlicher Begrenzung, möglicherweise auch mit sach-

licher Begrenzung und einer Höhenbegrenzung scheint mir notwendig zu sein. Dieser Modellversuch muss unbedingt wissenschaftlich begleitet werden. Ich möchte dazu noch sagen, dass ein so konzipierter Härtefallfonds die deutsche Arzthaftung nicht tangieren würde. Er würde ihre Funktionen nicht beeinträchtigen, weder bei der Individualhaftung in einer Präventionsfunktion noch bei der Organisationshaftung, weil der Fonds „haftungsrechtsfern“ angelegt ist. Insofern würde ich eine solche ergänzende Lösung für ganz wichtige Bereiche von entstehenden Schäden im Arzthaftungsbereich für sinnvoll und wünschenswert halten.

ESV Jörg F. Heynemann: Die erste Frage von Frau Abgeordneten Hönlinger bezog sich auf die Beweislastverteilung, d. h. auf den sich jetzt auch im Gesetzentwurf manifestierenden § 630h BGB-E. Herr Professor Hart hat diese Gerechtigkeitslücke, die sich im Hinblick auf die Beweislastverteilung im Arzthaftungsprozess ergibt, schon dargelegt. Das manifestiert sich hauptsächlich im Hinblick auf die Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Schaden. Es ist in der Rechtswirklichkeit so, dass, wenn ein Behandlungsfehler und auch der Schaden feststehen, die Kausalität aber unsicher ist, dies zu Lasten des Patienten geht und damit nicht zu einer Haftung führt. Mir ging es darum, diese Gerechtigkeitslücke aufzuheben. Man hätte sich verschiedene Varianten überlegen können, meinestwegen die Proportionalhaftung oder, was Eike Schmidt vorgeschlagen hat, dass man im Hinblick auf die Kausalitätsvermutung eine andere Wahrscheinlichkeitskategorie wählt, dass man sagt, bei überwiegender oder hinreichender Wahrscheinlichkeit der Kausalität reicht es aus, um hier zu einer Haftung zu gelangen. Ich hatte dagegen vorgeschlagen, dass man die Beweislast hinsichtlich des Behandlungsfehlers und des Schadens beim Patienten belässt. Der Patient muss nach wie vor den Behandlungsfehler und auch den Schaden beweisen, was schon schwer genug ist. Die Kausalität wird dann zu seinen Gunsten

vermutet – und zwar widerlegbar, der Arzt kann den Gegenbeweis führen, dass dieser Kausalitätszusammenhang nicht gegeben ist. Die zweite Frage zielte darauf – das überschneidet sich ein bisschen mit der ersten, worauf ich dann noch zurückkomme –, inwieweit die Kodifizierung der Rechtsprechung, die mit dem hier vorliegenden Gesetzentwurf versucht wird, Gefahren in sich birgt. Es ist so, dass das Gesetz zwar vom Titel her den Anschein erweckt, als wolle man die Patientenrechte stärken, tatsächlich ist es aber so, dass man den derzeitigen Status quo, der durch die Rechtsprechung des VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs geprägt ist, manifestieren wollte. Frau Diederichsen, eine der Richterinnen des VI. Senats des Bundesgerichtshofs, hat gesagt, dass sie selbstbewusst genug sei, um mit dem Gesetz umzugehen. Das verstehe ich so, dass der Bundesgerichtshof auch im Hinblick auf das kommende Gesetz nichts ändern will. Gleichwohl sehe ich hier dennoch eine Gefahr, und zwar die, dass der derzeitige Zustand zementiert wird, so dass die Rechtsprechung sich schwertun wird, die bisher doch sehr innovativen, meistens zu Gunsten des Patienten entwickelten, tragenden Rechtsgedanken dann nicht weitergeführt werden können. Dass diese Kodifizierung hier nicht in allen Punkten gelungen ist, zeigt zum Beispiel die Beweislastumkehr beim vollbeherrschbaren Risiko. Hier wird ein Fehler vermutet. Die bisherige Rechtsprechung bezog diese Vermutungsregelung jedoch auf die Kausalität, also nicht auf den Behandlungsfehler. Wenn ein Fehler aus dem Bereich stammt, der voll beherrschbar ist, dann wird nach diesem Gesetzentwurf der Fehler vermutet, aber nicht die Kausalität. Das war in der Rechtsprechung bisher anders. Auch die letzte Fallvariante des Befunderhebungsfehlers, die der Bundesgerichtshof im Jahr 2011 in einem Beschluss, glaube ich, behandelt hat, wurde noch nicht umgesetzt. Das zeigt auch das strukturelle Problem, dass man hier ein „Case law“ hat, ein Rechtsprechungsgesetz – das BGB ist aber an sich eine abstrakte Norm –, und dass das irgendwie nicht so richtig zusammenpasst und es zu diesen

Überschneidungen kommt. Ich hätte auf jeden Fall etwas präferiert, was im Hinblick auf die Beweislastumkehr beziehungsweise Beweiserleichterung etwas völlig Neues vorsieht, dann wäre man auch von diesem unsäglichen Begriff des groben Behandlungsfehlers weggekommen. Das ist ein Streitpunkt in jedem Arzthaftungsprozess. Was für den einen Arzt oder Sachverständigen ein grober Behandlungsfehler ist, ist für den anderen überhaupt kein Behandlungsfehler. Diese Ungerechtigkeit hätte man durch eine andere Beweislastregelung sicherlich verbessern können.

ESVe Anke Plener: Die von Frau Abgeordnete Vogler aufgeworfene Frage spricht drei Problempunkte aus § 630c BGB-E an. Der Gesetzentwurf verlangt eine Sicherungs- und Therapieaufklärung in verständlicher Sprache – und zwar zu Beginn der Behandlung. Hier plädiere ich zunächst dafür, dass die Aufklärung nicht zu Beginn, sondern vor Beginn der Behandlung ansetzen sollte, da der Begriff „zu Beginn“ viel zu unbestimmt ist, angesichts der verschiedenen Behandlungsabläufe, die denkbar sind. Die Gesetzesbegründung sieht vor, dass ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten herangezogen werden soll. Dies erscheint mir nicht interessengerecht. Der Vorzug ist hier der generellen Übernahme von Dolmetscherkosten zu geben. Und zwar regelt bisher § 17 Absatz 2 SGB I bei ärztlichen Behandlungen die Kostenübernahme für Menschen mit Hörbehinderung, nicht aber für Menschen mit anderen Behinderungen oder gar für Leistungsempfänger in der Grundsicherung nach dem SGB II und dem SGB XII. Insofern könnte man § 17 Absatz 2 SGB I dahingehend ergänzen und verlagerte dann die Kosten auf die Solidargemeinschaft, erfasste dann aber den größten Teil der privatversicherten Patienten nicht. Eine weitere Überlegung wäre es, diese Dolmetscherkosten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Auf diese Art und Weise müsste die Versichertengemeinschaft diese Kosten tragen, aber auch dies er-

fasste ebenfalls wiederum nicht privatversicherte Patienten. Zu erwägen ist auch ein spezialisierter Dolmetscherdienst, angesiedelt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, wobei, um hier Verwaltungskosten zu sparen, möglicherweise auf die bei den Landgerichten geführte Liste der Dolmetscher zurückgegriffen werden könnte. Zweitens halte ich bei der wirtschaftlichen Aufklärung, etwa über IGeL-Leistungen, die Textform für nicht ausreichend. Nach der Gesetzesbegründung ist es so, dass das mündliche Gespräch allein für die Risikoaufklärung in den Mittelpunkt gestellt wird. Gerade aber wegen des Wissensvorsprungs von Behandelnden sollte die wirtschaftliche Aufklärung mündlich erfolgen. Daneben halte ich auch ein Schriftformerfordernis für erforderlich, was dann beiden Seiten unter Umständen auch mehr Beweissicherheit in einem nachfolgenden Prozess geben könnte. Insofern begrüße ich ausdrücklich die Empfehlung des Bundesrates für die Schaffung eines weiteren § 630i BGB-E, der vorsieht, dass es für Zusatzleistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen sind, einer schriftlichen Vereinbarung bedarf. Allerdings meine ich, dass auch dieser Vorschlag zu kurz greift, da er wiederum privatversicherte Patienten nicht erfasst. Drittens könnte meines Erachtens die Verpflichtung für die Behandelnden, Behandlungsfehler offen zu legen, angesichts der Besonderheiten des Behandlungsvertrages unter Umständen verfassungswidrig sein. Die vorgeschlagene Selbstbeziehungsklausel ist eine Durchbrechung des Nemo-tenetur-Grundsatzes, nach dem sich niemand bei drohender Strafverfolgung selbst belasten muss. Jeder Behandlungsfehler kann das Risiko einer Strafverfolgung wegen fahrlässiger Körperverletzung nach sich ziehen. Informiert der Behandelnde, setzt er sich bewusst automatisch der Strafverfolgung aus. Nur ausnahmsweise lässt das Bundesverfassungsgericht zu, dass sich jemand selbst bezichtigen muss. Die Rechtmäßigkeit von gesetzlichen Auskunftspflichten außerhalb des Strafverfahrens ist nicht grundsätzlich

ausgeschlossen. Erlaubt ist eine Auskunft, die nicht gegen den Willen des Beschuldigten in einem Strafverfahren verwendet werden darf. Außerdem muss damit ein strafrechtliches Verwertungsverbot verbunden sein. Zwar statuiert der jetzige Gesetzentwurf ein solches relatives Beweisverwertungsverbot, hier sind jedoch die Besonderheiten des Verhältnisses zwischen dem Behandelnden und dem Patienten zu berücksichtigen. Der Gesetzentwurf lässt bislang unberücksichtigt, dass ein relatives Beweisverwertungsverbot nicht ausreichend ist, um den offenlegenden Behandelnden zu schützen, denn der Patient kann jederzeit als Zeuge der Anklage gehört werden. Insofern erscheint es unverhältnismäßig, den Nemo-tenetur-Grundsatz zu durchbrechen, denn jede Behandlung ist ohnehin schon eine Körperverletzung, die durch die Einwilligung des Patienten beziehungsweise durch seinen mutmaßlichen Willen gerechtfertigt ist. Der Behandelnde setzt sich einem unverhältnismäßigen Risiko der Strafbarkeit aus, wenn ihm auch noch die Offenbarungspflicht bezüglich der Bewertung als Körperverletzung auferlegt wird. Denn viel entscheidender ist, dass es sich bei dem Begriff „Behandlungsfehler“ um einen unbestimmten, auslegungsbedürftigen Rechtsbegriff handelt. Er ist ebenso wenig wie der Begriff der „medizinischen Behandlung“ oder auch der „grobe Behandlungsfehler“ im Gesetz definiert. Der Behandelnde muss also eine Bewertung seiner eigenen Handlung abgeben, die er rechtlich eigentlich nicht einschätzen kann. Eine Offenbarungspflicht von Tatsachen ohne die Abgabe rechtlicher Wertungen halte ich für vertretbar. Zu überlegen ist daher eine Informationspflicht über Komplikationen während der Behandlung beziehungsweise während des Eingriffs. Im Übrigen halte ich die Verortung des Beweisverwertungsverbotes in der Strafprozessordnung (StPO) für systematisch angezeigt, und zwar bei den §§ 53, 136 und 137 StPO. Auffällig ist, dass im Gesetzentwurf der Bundesregierung zahlreiche Pflichtverstöße sanktionslos bleiben. Das gilt für die Selbstbeziehungsklausel und

ebenso für das Textformerfordernis der schriftlichen Aufklärung. Insofern bleibt es an dieser Stelle beim moralischen Zeigefinger. Ich überlasse es Ihrer Fantasie, wem dies nützt. Für mehr Patientensicherheit sorgt dies aus meiner Sicht jedenfalls nicht.

ESV Dr. Alfred Simon: Ich wurde von Frau Abgeordneter Voßhoff gebeten, zu meiner Kritik an der Unterscheidung zwischen Informations- und Aufklärungspflichten nochmals Stellung zu beziehen. Das tue ich sehr gerne, weil das einer meiner Hauptkritikpunkte an dem ansonsten aus meiner Sicht recht gelungenen Entwurf der Bundesregierung ist. In § 630c und § 630e BGB-E wird eine Unterscheidung eingeführt, die in der Literatur, zumindest in der medizinethischen Literatur, völlig unbekannt ist. In der Begründung heißt es auch, dass es offensichtlich auch in der medizinrechtlichen Debatte neu ist. Wenn ich eine solche neue Unterscheidung einführe, erwarte ich, dass dies einen Mehrwert hat, der auch entsprechend begründet wird. Diese Begründung fehlt mir in der Gesetzesbegründung. Konkret zu meiner Kritik: Ich kann diese Unterscheidung zwischen Informations- und Aufklärungspflichten inhaltlich absolut nicht nachvollziehen. Es gibt im englischen und auch im deutschsprachigen Raum unterschiedliche Begriffe, wie „informed consent“, „informierte Zustimmung“, „Einwilligung nach Aufklärung“, die aber im Wesentlichen immer dasselbe meinen, nämlich dass die Einwilligung des Patienten voraussetzt, dass er vom Arzt über die Vor- und Nachteile der Behandlung und auch mögliche Alternativen aufgeklärt wird, so dass er dann eine für sich richtige Entscheidung fällen kann. Das heißt, Aufklärung verfolgt im Wesentlichen das Ziel, den Patienten auf Augenhöhe zu bringen und ihn dazu zu ermächtigen, eine Entscheidung für sich, eine autonome Entscheidung zu fällen. Was die Unterscheidung von Informations- und Aufklärungspflichten genau soll, verstehe ich nicht. So heißt es nämlich im § 630c BGB-E, dass der Arzt über sämtliche für

die Behandlung wesentlichen Umstände informieren soll. Und im § 630e BGB-E heißt es, er soll über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufklären. Da es letztendlich immer um die Einwilligung oder Nichteinwilligung geht, kann ich nicht verstehen, warum ich ihn einmal nur über die Behandlung informiere und dann mit Blick auf die Einwilligung aufkläre. Das ergibt für mich keinen Sinn. Ganz deutlich wird es bei § 630c Absatz 3 BGB-E. Hier geht es um die Information über Behandlungskosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Das ist natürlich eine Information, die aber auch für die Einwilligung nicht irrelevant ist. Wenn ich vom Arzt erfahre, dass die Kosten für die Behandlung nicht von der Krankenkasse übernommen werden, dann werde ich mir vielleicht noch einmal überlegen, ob ich diese Behandlung tatsächlich mache oder nicht. Also ist es wiederum auf meine Einwilligung oder Nichteinwilligung in die konkrete Behandlung hin ausgerichtet, so dass ich auch hier wieder keinen Sinn zwischen der Trennung von Informations- und Aufklärungspflichten sehe. Und bei der Ausnahme, dass der Arzt auch auf Information oder Aufklärung verzichten kann, heißt es im Gesetzentwurf, dass der Arzt auch dann ausnahmsweise auf Information verzichten kann, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist, das heißt, hier steht er dann doch wieder unmittelbar vor der Behandlung. Da wird die eigene Intention dieser Unterscheidung von Informations- und Aufklärungspflichten wieder konterkariert. In Summe: Es bringt nichts. Es ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und es wird zu Verwirrung führen, weil eine konkrete Pflicht, nämlich die Aufklärungspflicht, plötzlich in zwei unterschiedlichen Abschnitten geregelt ist – und dass kann nur zu Unsicherheit sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten führen.

ESV Prof. Dr. Andreas Spickhoff: Frau Abgeordnete Dyckmans, Sie hatten mich nach zwei Dingen gefragt. Zunächst die Frage, ob der Rechtsprechung nach dem

Entwurf noch genügend Spielraum verbleiben würde, um die Arzthaftung, in welche Richtung auch immer, weiter fortzuentwickeln: Die Frage würde ich im Prinzip bejahen. Das ergibt sich auch aus dem Wortlaut des Gesetzestextes. Da steht bei § 630c BGB-E, bei den Informationspflichten, zwar allerlei an Beispielen, es steht darin aber auch das Wort „insbesondere“. Das Gleiche finden Sie noch einmal in § 630e BGB-E zu den in der Tat doppelt wiederkehrenden Aufklärungspflichten. Dort ist sogar gleich zweimal auf den Spielraum der Rechtsprechung, vielleicht einmal zu viel, hingewiesen worden, weil da „in der Regel“ und „insbesondere“ steht – „insbesondere“ würde genügen. Dieses Regelbeispiel, das ist eine Technik, die wir in der Juristerei schon lange kennen, zeigt an: Dann mit Sicherheit! Man kann aber auch noch darüber hinausgehend Pflichten kreieren. Ich bin mir sicher, Frau Senatsvorsitzende Vavra wird das auch bestätigen können, dass die Rechtsprechung gerade in Deutschland in der Vergangenheit das Niveau der Arzthaftung auf einen Standard gebracht hat, auf den wir im weltweiten Vergleich, das darf man sagen, stolz sein können – und zwar zu Gunsten der Patienten. Noch massiv darüber hinauszugehen, würde möglicherweise den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Waffengleichheit in Frage stellen. Vielleicht kann man, meine Damen und Herren, in einem Punkt allerdings noch für ein bisschen mehr Flexibilität sorgen. Und zwar wird in § 630h BGB-E versucht, mehr oder weniger alle Fallgruppen der Rechtsprechung aufzuführen, die entwickelt worden sind – auch neben dem Gesetz oder über das Gesetz hinausgehend. Aber es gibt dort nicht den Hinweis, dass die Rechtsprechung die Freiheit hätte, noch weitere, zusätzliche zu erfinden. Es steht nicht zu erwarten, dass das alsbald geschieht, aber es wäre vielleicht kein Fehler, wenn man auch da zu Beginn auf die allgemeinen Regeln verweisen und dann sagen würde: Insbesondere gibt es zu Gunsten der Patienten folgende Beweiserleichterungen – und dann kommen die Absätze, die Sie dort nachlesen können. Das wäre also eine

Sache an zusätzlicher Flexibilität oder an zusätzlichem Spielraum, die man auf Ihre Frage hin noch offen ansprechen könnte. Die zweite Frage hat sich auf die sogenannte Fehleroffenbarungspflicht bezogen. Das ist eine lange Diskussion. In der Rechtsprechung ist das bislang nicht anerkannt worden. Es ist also durchaus so, dass in diesem Punkt die Rechte der Patienten im Vergleich zur bisherigen Rechtslage erweitert und nicht nur festgeschrieben werden. Der Tatbestand ist gar nicht so ohne! Da steht nämlich, diese Hinweis- und Fehleroffenbarungspflicht besteht, wenn das für den Behandelnden erkennbar ist – wobei ich nicht genau weiß, ob das eine subjektive Erkennbarkeit ist. Ist das individuell für diesen Behandelnden oder für einen Behandelnden erkennbar? Dieser Fehleroffenbarungspflicht könnte er, wenn er seinen eigenen Fehler gar nicht bemerkt hat, nämlich persönlich gar nicht ohne Weiteres in der konkreten Situation nachkommen. Die zweite Voraussetzung ist die Nachfrage des Patienten. Dazu wird es wahrscheinlich nicht so oft kommen. Es kann vorstellbar sein, etwa wenn ein Angehöriger verstorben ist, dass die Angehörigen später nachfragen, woran das gelegen hat. Es gibt entsprechende Fälle, die mir aus der veröffentlichten Rechtsprechung auch bekannt sind. Die zweite Fallgruppe, würde ich, im Gegensatz zu Frau Plener, nicht als verfassungswidrig ansehen. Es heißt: Abwendung gesundheitlicher Gefahren. Dem Patienten soll gesagt werden: „Hör mal, da ist mir ein Fehler unterlaufen, bitte gib doch darauf Acht, dass Folgeschäden gesundheitlicher Natur auftreten könnten, wenn du diesen Fehler nicht bemerkst und dich entsprechend verhältst.“ Ich kann nicht sehen, dass das verfassungswidrig sein würde. Der langen Rede kurzer Sinn: Ich würde diese Pflicht zur Offenbarung eigenen Fehlverhaltens, die in der Tat etwas Besonderes ist, nicht ausdehnen, aber ich halte das so, wie es hier formuliert ist, für eine durchaus interessante und gelungene Akzentuierung auf dem Weg hin zur weiteren Stärkung der Patientenrechte.

ESVe Maria Vavra: Ich bin die Vorsitzende des Arzthaftungssenats am Oberlandesgericht München. Den schönen Titel „Senatspräsidentin“, der in der Tagesordnung verwendet wurde, gibt es leider nicht mehr. An mich wurde die Frage nach § 630a BGB-E gerichtet, die Frage nach dem Vertragspartner. Ich möchte am Anfang klarstellen: Der Vertragspartner ist objektiv natürlich immer klar. Aber er ist für den Patienten nicht klar. In der gerichtlichen Praxis erleben wir sehr oft, dass die Parteien und auch die Rechtsanwälte eigentlich nicht wissen, wen sie jetzt verklagen sollen. Das fehlt uns an diesem Gesetzentwurf. Ich will Ihnen einfach ein paar Beispiele schildern. Es gibt den totalen Krankenhausvertrag, da ist es ganz einfach. Der Partner und Anspruchsgegner ist das Krankenhaus, wenn das Krankenhaus Pflege und Behandlung schuldet. Es gibt den Belegarztvertrag, hier schuldet das Krankenhaus nur die Pflege und der Belegarzt die ärztliche Leistung. Dann gibt es aber Fälle, in denen der Belegarzt aus irgendwelchen Gründen nicht vor Ort ist. Jetzt wird der Patient oder die Patientin in eine andere Abteilung geschoben. Haftet jetzt das Krankenhaus für die Ärzte, die dann behandeln, oder ist es noch der Belegarzt? Das wissen die Leute nicht. Wir haben auch Fälle gehabt, in denen unter dem Dach eines öffentlichen Krankenhauses ein privates Gesundheitszentrum tätig war und Briefköpfe mit unterschiedlichen Adressen und Angaben versandt worden sind. Das ist ein Tohuwabohu für die Patienten! Und ich hätte mir deshalb gewünscht, dass bei den Informationspflichten, die ich nicht so ablehne wie meine Vorredner, eine Information für den Patienten gegeben würde, wer nun eigentlich sein Vertragspartner ist – eine schlichte Information. Für die Kassenpatienten ist es praktisch völlig undurchschaubar, die wissen das eigentlich gar nicht. Ich will ein weiteres Beispiel nennen: Auch für Privatpatienten kann es schwierig werden, wenn er ins Krankenhaus kommt und eine Wahlleistungsvereinbarung haben möchte. Die Frau kommt zur Entbindung und sie möchte gerne ihr Baby sofort auf dem Zimmer haben, dann

ist das eine Wahlleistung. Sobald sie diese unterschreibt, übersieht sie, dass irgendwo unten auf dem Zettel steht: „Wenn Sie diese Wahlleistung vereinbaren, dann haftet für Fehler nicht mehr das Krankenhaus, sondern nur noch der Chefarzt persönlich.“ Zumindest darauf müsste man entweder ganz deutlich hinweisen, damit es dem Patienten klar wird, oder sich überlegen, inwieweit solche Klauseln nicht insgesamt unwirksam sind. Denn der normale Privatpatient meint, er erhalte eine zusätzliche Leistung, doch in Wirklichkeit verzichtet er auf die Haftung des meistens im Vergleich zum Chefarzt doch solventeren Krankenhauses. Ich meine, man könnte das unter den Informationspflichten bei § 630c BGB-E einfügen. Ich darf vielleicht ganz kurz sagen, dass der Unterschied zwischen den Informationspflichten und den Aufklärungspflichten meiner Ansicht nach ist, dass die Einwilligung nur bei einer Verletzung von Aufklärungspflichten rechtswidrig ist. Das gilt eben nicht für die in § 630c BGB-E aufgeführten Informationspflichten. Deshalb könnte man das da leicht einfügen.

ESV Prof. Dr. Hansjörg Geiger: Die Frage zum Behandlungsvertrag hat meine Vorrednerin gerade sehr klug und ausführlich beantwortet. Ich kann mich dem nur anschließen. Es ist wichtig, dass der Patient weiß, wer sein Vertragspartner ist. Das haben Sie auch deutlich gemacht, Frau Vavra. Und ich meine, dass sichergestellt sein muss, dass der Patient dies im Zweifel auf Nachfrage auch ausdrücklich schriftlich mitgeteilt bekommt, nicht nur mündlich. Vielmehr ist es ganz entscheidend, dass dies schriftlich erfolgt, weil er später, wenn er nach der Behandlung aus dem Krankenhaus kommt, nicht mehr weiß, ob am Dienstag, den 3. Oktober, Frau Meier seine zuständige Ärztin war, und am Nachmittag, den 3. Oktober, Frau Huber usw. Ich meine, das sollte ganz deutlich sein, man hat, wenn man ihn erhebt, einen Anspruch darauf, schriftlich mitgeteilt zu bekommen, wer jeweils behandelnder Vertragspartner war. Im Übrigen verweise ich aber auf die Antwort von Frau Vavra.

Abg. **Dr. Jan-Marco Luczak** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage, die sich an Frau Senatsvorsitzende Vavra richtet. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme Ausführungen zu § 630e Absatz 2 Nr. 1 BGB-E gemacht, wo es um die Pflicht zur Aufklärung geht, die grundsätzlich durch den Behandelnden zu erfolgen hat, aber möglicherweise auch durch eine andere Person vorgenommen werden kann. Wie sieht es nun mit der Befähigung dieser Person aus? Dass das vielleicht nicht eine Krankenschwester sein darf, das ist sicherlich klar. Aber es gibt auch die Fälle, wo die Aufklärung zum Beispiel durch einen Assistenzarzt erfolgt, der noch in seinem ersten Berufsjahr ist, der, von der Theorie her, von seinen Examina her, natürlich die notwendige Befähigung hat, eine Operation durchzuführen, der aber, wenn es konkret um die Operation geht, diese Befähigung möglicherweise nicht hat. Und da könnten sich durchaus Friktionen ergeben. Ihre Einschätzung dazu würde mich interessieren. Die zweite Frage, die ich habe, richtet sich an Herrn Jünemann und knüpft an § 630c Absatz 2 BGB-E an, und zwar geht es um die Hinweispflicht auf Behandlungsfehler. Ihre Einschätzung dazu würde mich interessieren. Es ist bislang keine Sanktion vorgesehen, wenn man dieser Pflicht nicht Folge leistet. Und da könnte es möglicherweise so sein, dass dies dann, weil es durchaus eine einschneidende Frage ist, ob man darauf hinweist oder nicht, in der Rechtsprechung möglicherweise als Anknüpfungspunkt für weitergehende Ansprüche genommen wird, wenn man beispielsweise an Fragen der Beweislast denkt, was ja ein nicht unerheblicher Punkt ist. Es würde mich interessieren, ob Sie da Entwicklungsmöglichkeiten sehen. Sehen Sie, dass das tatsächlich ein Anknüpfungspunkt für weitergehende Ansprüche sein kann, die von der Rechtsprechung aufgrund der Nichtoffenbarung eines Behandlungsfehlers angenommen würden?

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Heynemann. Die Fraktion der SPD schlägt in ihrem Antrag

Beweiserleichterungen in bestimmten Fällen vor. Halten Sie diese Forderung für sachgerecht und würden Sie in bestimmten Fällen noch darüber hinausgehen? Dann frage ich Herrn Professor Hart. Die SPD-Fraktion hat einen Vorschlag für einen Härtefallfonds gemacht, der Opfern von Behandlungsfehlern finanzielle Hilfen gewähren kann. Wie beurteilen Sie diesen konkreten Vorschlag?

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Frau Plener. Wie bewerten Sie die Vorschläge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bezüglich der Berufshaftpflichtversicherung für Ärztinnen und Ärzte?

Abg. **Ingrid Hönlinger** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Geiger und bezieht sich auf die Frage der Gutachterbestellung. Herr Geiger, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass das Gericht die Parteien vor der Bestellung des Gutachters über die beabsichtigte Bestellung unterrichten und ihnen auch die Möglichkeit einräumen sollte, hierzu in einer angemessenen Frist Stellung zu nehmen. Warum halten Sie das für so dringend notwendig, und wie, denken Sie, sollten wir es am besten gesetzlich verankern? Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Spickhoff. Sie bemängeln, dass die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger im Gesetzentwurf offenbleibt. Welche Lösung schlagen Sie vor, wenn es um die Einwilligung Minderjähriger geht?

Abg. **Mechthild Dyckmans** (FDP): Meine erste Frage geht an Herrn Heynemann. Es geht um § 630g BGB-E, die Einsichtnahme in die Patientenakten, die Sie, so habe ich Ihrem Gutachten entnommen, sehr positiv sehen. Aber Sie sagen, es müsste ergänzt werden: „in die vollständigen Akten“. Ist das nicht eigentlich selbstverständlich, oder warum glauben Sie, dass dies noch so geregelt werden muss? Meine zweite Frage geht an Frau Vavra. § 630g Absatz 1 BGB-E

schränkt die Einsichtnahme durch die Formulierung „...soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen“ ein. Diese Einschränkung ist sehr weitgehend und war bisher in der Rechtsprechung nicht vorhanden. Mich würde interessieren, ob Sie eine Notwendigkeit für diese weitgehende Einschränkung sehen.

SV Prof. Dr. Dieter Hart: Die Frage bezog sich konkret auf den vorgeschlagenen Härtefallfonds. Er ist sehr stark parallelisiert mit dem österreichischen Entschädigungsfonds und Härtefallfonds. Ich möchte zu einzelnen Punkten, auch weil meiner Meinung nach das Vorbild Österreich in diesen Punkten nicht trägt, Präzisierungen anmahnen. Ihre erste Voraussetzung heißt: Der Härtefallfonds tritt ein, wenn es keinen sicheren Nachweis der Schadensursache oder des Verschuldens gibt. Hier würde ich sehr stark darauf abheben, deutlich zu markieren, wie die Leistungskriterien des Fonds sein sollen. „Kein sicherer Nachweis“ ist mir insofern zu unpräzise. Ich würde hier also sagen: „überwiegend wahrscheinlich Fehler“ und/oder „überwiegend wahrscheinlich Kausalität“. Das ist gleichzeitig eine Kritik am Verschuldensbegriff im Arzthaftungsrecht, weil ich glaube, dass es dort kein Verschulden mehr gibt. Vielmehr ist die Fehlerkonzeption das Entscheidende – und nicht irgendeine wie immer geartete subjektive Vorwerfbarkeit. Die gibt es im Arzthaftungsrecht nicht. Ob ich bei Ihrer zweiten Voraussetzung „...oder eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation...“ ebenfalls den Härtefall eintreten lassen würde, würde ich nochmals zur Überlegung stellen, weil das bedeutet, dass es eine ganz erhebliche Ausweitung der möglichen Inanspruchnahmen des Fonds gibt. Man sollte, wenn man einen Modellversuch, wie Sie ihn vorschlagen, startet, sehen, dass man eine Eingrenzung dergestalt hat, dass man am Ende aufgrund der Überprüfung der Ergebnisse sagen kann, dass wir uns in Zukunft in diese oder jene Richtung bewegen wollen. Mög-

licherweise wollen wir uns in Zukunft auf eine Änderung des Haftungsrechts hinbewegen. Das wäre wichtig. Eines noch: Der Fonds sollte bei sicherer Haftung und bei sicherer Nichthaftung nicht eintreten. Das wäre auch zu präzisieren. Sie beschränken es auf die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V. Das halte ich im Hinblick auf den Modellversuch für sinnvoll und auch zukunftsweisend.

ESV RA Jörg F. Heynemann: Die erste Frage bezog sich auf den Vorschlag der SPD-Fraktion, in bestimmten Fällen Beweiserleichterungen einzuführen. Zudem wurde gefragt, ob ich zusätzliche Vorschläge habe. Ich hatte schon gesagt, dass ich grundsätzlich eine andere Beweislastregelung präferiere. Ich halte den Vorschlag aber dennoch für sinnvoll – wenn man sagt, eine Beweislastumkehr oder Beweislastvermutung bekommt man jetzt nicht hin, dass man dann doch Felder nimmt, wo sich ein Behandlungsfehler aufdrängt. Sie haben gesagt, dass dann, wenn Qualitätsberichte bei bestimmten Krankenhäusern eine erhöhte Komplikationsrate aufweisen, eine Beweiserleichterung greifen muss. Wie man das im Einzelnen praktiziert, dürfte natürlich sehr schwierig sein. Aber wenn man etwa aus aktuellem Anlass an die Hygienemängel in Berliner Krankenhäusern denkt, dann wäre das natürlich so ein Bereich. Wenn man sagt, in bestimmten Krankenhäusern treten sehr viel öfter multiresistente Keime auf als in anderen, dann könnte man sagen, es wird vermutet, dass der Keim aus dem Krankenhaus kommt – mit den entsprechenden Haftungsfolgen. Für solche Fälle hielte ich eine solche Regelung für sinnvoll. Die zweite Frage bezog sich auf die Vollständigkeit der Behandlungsunterlagen. Sie hatten gefragt, ob das nicht ohnehin so sei. Das sollte man meinen, aber es ist so, dass man, wenn man als Patientenanwalt Behandlungsunterlagen anfordert, im Arzthaftungsprozess oft feststellt, dass man sie nicht vollständig erhalten hat. Sie sind davon ausgegangen, dass sie vollständig sind, oft hat der Arzt sogar die Vollstän-

digkeit erklärt, aber es stellt sich dann heraus, dass sie nicht vollständig sind. Die Gegenseite, die Ärztevertreter, argumentieren dann immer, dass es diesen Anspruch nicht gibt. Es ist auch nirgendwo festgeschrieben, dass man einen Anspruch auf die vollständige Herausgabe hat. Weil das auch einige Vertreter auf der Gegenseite gegenüber dem Gericht so proklamieren, indem sie sagen: „Ihr habt gar keinen Anspruch auf die vollständige Herausgabe“, sollte man das, denke ich, in dem Gesetz ergänzen. Einfach aus praktischen Gründen, weil es immer wieder zu einem Streitpunkt wird.

ESV Lothar Jünemann: Herr Dr. Luczak, ich bin mir nicht ganz sicher, ob die Verletzung der Selbstbeziehungspflicht in § 630c Absatz 2 BGB-E tatsächlich sanktionslos ist, denn die Regelungen über den Behandlungsvertrag sind im Besonderen Teil des Schuldrechts des BGB eingebettet. Natürlich gelten auch die übrigen Vorschriften des BGB für den Vertrag, seine Pflichten und seine Rechte, insbesondere auch der Allgemeine Teil des Schuldrechts, und damit auch die anwendbaren Vorschriften bei Pflichtverletzungen, §§ 280, 241 ff. BGB. Im Übrigen will ich noch auf ein Zweites hinweisen, allerdings ohne Strafrechtler zu sein, deswegen mit einem gewissen Vorbehalt: Zumindest dann, wenn ein weitergehender Gesundheitsschaden droht, der möglicherweise manifest wird, weil über den Behandlungsfehler nicht aufgeklärt worden ist, droht auch die Frage einer strafrechtlichen Haftung wegen vorsätzlicher Körperverletzung, begangen durch Unterlassen, aus der Garantenstellung der vorangegangenen Behandlung. Der ursprüngliche, der Ausgangsbehandlungsfehler ist möglicherweise nur eine kleine Fahrlässigkeit gewesen, das heißt, eine fahrlässige Körperverletzung, die in der Regel nicht sonderlich hart sanktioniert wird. Aber je nach dem eintretenden Schaden kann sich das noch von der vorsätzlichen Körperverletzung in die verschiedenen Erscheinungsformen der Körperverletzung ausweiten. Und es hat zusätzlich den weiteren un-

angenehmen Nachteil, dass, wenn es eine vorsätzliche Körperverletzung ist, eine Haftpflichtversicherung in der Regel nicht zahlt.

ESVe Anke Plener: Die Frage war, ob ich die Vorschläge der Bundesregierung bezüglich der Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte und Ärztinnen für ausreichend halte. Ich denke, dass der bisherige Vorschlag nicht ausreichend ist. Bisher lautet der Vorschlag so, dass im § 6 Absatz 1 der Bundesärztleitung ein Ruhen der Approbation angeordnet werden kann, wenn eine Berufshaftpflichtversicherung nicht vorliegt. Damit wird hingenommen, dass der Zugang zur Approbation ohne den Nachweis einer Haftpflichtversicherung erfolgen kann. Dies halte ich für ausgesprochen problematisch und denke, dass schon dann, wenn die Approbation erteilt wird, eine Haftpflichtversicherung nachgewiesen werden muss, ähnlich wie auch die Regelung für Rechtsanwälte lautet. Im Übrigen halte ich die Regelung auch deshalb für problematisch, weil keine Mitteilungspflichten von Haftpflichtversicherern vorgesehen sind, so dass die Kenntnis der entsprechenden Gremien, die zur Entscheidung befugt sind, in der Regel fehlen dürfte. Das heißt, wenn, dann müsste das einhergehen mit einer Verpflichtung der Haftpflichtversicherer, auch das Erlöschen oder die Kündigung der Versicherung mitzuteilen.

ESV Prof. Dr. Andreas Spickhoff: Ich bin nach der Konkretisierung der Einwilligungsfähigkeit gefragt worden und möchte dem vorwegschicken, dass ich es für dringend geboten halte, dass diese Frage im Gesetz kodifiziert wird – und zwar nicht nur mit Wirkung für das Zivilrecht, sondern auch mit Wirkung für das Strafrecht, weil die zivilrechtliche Rechtsprechung mit der strafrechtlichen Linie offensichtlich nicht mehr übereinstimmt. Der Bundesgerichtshof hat 2007 entschieden, dass eine Minderjährige, eine 16-Jährige, bei einer Rückenmarkskrümmung nur ein Veto-Recht hätte, aber

nicht, trotz feststehender Einwilligung- und Urteilsfähigkeit, selber entscheiden kann. Das soll nur für schwere Eingriffe gelten, für gefährliche. Aber wie ist das eigentlich bei einem Schwangerschaftsabbruch? Ist der nicht für das Baby, den Nasciturus, allemal ganz besonders gefährlich? Und kann man diese Linie eigentlich darauf erstrecken? Der langen Rede kurzer Sinn: Das ist dringend kodifikationsbedürftig. Die Ärzte wissen es nie, und man hat auch als Jurist immer wieder Schwierigkeiten zu sagen, ob ein Arzt darf oder nicht. Es kann nicht richtig sein, dass das, was im Zivilrecht gemacht werden muss, weil die Eltern den Behandlungsvertrag abgeschlossen haben, vielleicht strafrechtlich unerlaubt ist oder – umgekehrt – strafrechtlich etwas erlaubt ist, was aber zivilrechtlich wiederum nicht erlaubt ist. Was würde ich vorschlagen? Ich würde vorschlagen, es ins BGB zu kodifizieren, aber mindestens in die Gesetzesbegründung hineinzuschreiben, dass das einheitlich für die Gesamtrechtsordnung gilt, und sagen, dass der oder die Minderjährige, wenn eine sorgfältig im Einzelfall von Ärzten, vielleicht im Konsilium zu prüfende Urteils- und Entscheidungsfähigkeit feststeht, selber entscheiden kann. Zweitens – unterhalb dieser Schwelle, man denke an die Zehn- oder Elfjährige, noch nicht einwilligungsfähige Minderjährige, die aber schwanger ist –, dass eine Minderjährige oder ein Minderjähriger, der oder die äußerungsfähig und schon in der Lage ist, ihren oder seinen Willen selber sinnvoll zu äußern, ein Veto-Recht hat. Es sei denn, das ist für sie oder ihn mit Lebensgefahr oder schweren gesundheitlichen Nachteilen verbunden. Das würde ich dringend empfehlen. Das fehlt in der Kodifikation, und das ist auch etwas, das die Patientenautonomie von Minderjährigen stärkt, die bislang in unserer Rechtsordnung wirklich nicht ausreichend berücksichtigt ist.

ESVe **Maria Vavra**: Ich bin nach der Qualifikation des Aufklärenden gefragt worden, also nach § 630e Absatz 2 BGB-E. Dazu muss man sagen, der Behandelnde klärt, jedenfalls nach unserer Erfahrung, in

der Regel dann selber auf, wenn er ein niedergelassener Arzt ist, der dem Patienten gegenübersteht. Im Klinikalltag ist das ausgeschlossen, denn da sind die Chef- und Oberärzte mit den Operationen beschäftigt. Wenn sie nach den Operationen noch alle Patienten, die für den nächsten Tag auf der OP-Liste stehen, persönlich aufklären müssten, dann kämen sie im Grunde genommen nicht zu ihrer anderen Arbeit, nämlich zu Stationsarbeit und Visitentätigkeit. Darum ist es richtig und zu begrüßen, dass auch andere Personen die Aufklärung durchführen können. Wie Sie schon sehr richtig sagten, reicht die Aufklärung durch eine Krankenschwester natürlich nicht. Doch wenn man sich den Wortlaut anschaut: „... durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt...“, dann ist dies meiner Ansicht nach etwas schillernd. Man könnte daran denken, ob diese Person auch die praktische Qualifikation haben muss, ob sie praktisch genauso gut sein muss wie der Oberarzt, der ganz schwierige und risikoreiche neurochirurgische Eingriffe durchführt. Oder genügt es, dass die theoretische Ausbildung abgeliefert worden ist? Kann auch ein Assistenzarzt, wie es in den deutschen Kliniken üblich ist, eine Aufklärung regelgerecht betreiben? Ich würde letzterem den Vorzug geben. Man könnte es vielleicht dadurch in den Gesetzestext aufnehmen, dass man sagt, „der durch seine Ausbildung dazu befähigt ist“. Denn die Theorie reicht, man muss es ja nicht praktisch machen. Die Aufklärungsbögen sind im Prinzip Standard, und der Arzthaftungssenat selber könnte jetzt auch schon die Aufklärung betreiben, wenn es gefordert würde. Die speziellen Kenntnisse kann man natürlich nur dann haben, wenn man auch fachärztliche Kenntnisse in dem Gebiet hat. Das ist ganz selbstverständlich. Die zweite Frage ging dahin, wie es mit der Einsicht in die Patientenakten ist. In der Tat liegen die therapeutischen Gründe auf der Hand. Dann nämlich, wenn man es mit psychisch kranken Personen zu tun hat, ist es jedenfalls im Betreuungsrecht und im Unterbringungsrecht so, dass ihnen die Gutachten aus

therapeutischen Gründen oft nicht mitgeteilt werden sollten, weil dies zu einer Manifestation der psychischen Störung führen kann. Bei der Formulierung „...sonstige Gründe...“ denkt man vielleicht zunächst, dass es etwas zu weit gefasst ist. Es gibt sie aber, nämlich dann, wenn der Patient dem Arzt während der Behandlung etwas sehr Persönliches anvertraut, und das betrifft vor allem nicht nur Psychotherapeuten und Psychologen, sondern kann auch zum Beispiel Ärzte betreffen, die Krebspatienten, die sehr schwere Leiden im letzten Stadium haben, behandeln. Wir hatten jedenfalls Fälle, in denen diese Patienten den Ärzten Dinge anvertraut haben, die auch in den Patientenakten notiert waren, von denen die Patienten aber selber gesagt haben, sie möchten nicht, dass ihre Angehörigen davon erfahren. Das heißt, unter die sonstigen Dinge würde ich diese persönlichen Geheimnisse nehmen, die der Patient dem Arzt anvertraut. Man könnte sich vielleicht vorstellen, dass der Arzt dann einen entsprechenden Vermerk in die Akte aufnimmt, damit man das auch überprüfen kann. Es ist allerdings schwierig, gerichtlich zu überprüfen, ob die persönlichen Gründe nun tatsächlich vorliegen oder nicht. Man kann es natürlich auch missbrauchen.

ESV Prof. Dr. Hansjörg Geiger: Ich habe Fragen zur Gutachterbestellung in Arzthaftungsprozessen gestellt bekommen und gebe darauf drei kurze Antworten. Erstens: Ich bin der Überzeugung, dass es wichtig ist, dass die Patientenpartei gerade in Arzthaftungsprozessen unterrichtet wird, welchen Sachverständigen das Gericht zu bestellen beabsichtigt. Wir erleben immer wieder Fälle, in denen bei Nachprüfung herauskommt, dass es Kontakte gegeben hat im Laufe der Ausbildung, im Laufe des Berufslebens, zwischen dem Arzt, gegen den sich ein Verfahren richtet, gegen den sich der Vorwurf richtet, und zwischen dem, der nun zum Sachverständigen benannt ist. Die Möglichkeit, das festzustellen, muss man dem Patienten einräumen. Zweiter Punkt: Warum soll es in einer

kurzen Zeit erfolgen? Der ohnehin viel zu lange Arzthaftungsprozess darf dadurch nicht noch weiter verzögert werden. Das sollten deswegen beispielsweise 14 Tage sein. Drittens: Wie könnte die Regelung ausschauen? In § 404 Zivilprozessordnung zur Gutachterbestellung könnte der Passus aufgenommen werden, dass die Parteien in Arzthaftungssachen unter einer bestimmten Fristsetzung die Gelegenheit zur Stellungnahme bekommen.

Die Vorsitzende: Ich darf mich für die Antworten in diesem ersten Themenblock bedanken.

Block II: Änderungen im BGB und Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): In den nächsten 90 Minuten beschäftigen wir uns im Wesentlichen mit den Änderungen im BGB sowie den Individuellen Gesundheitsleistungen oder IGeL-Leistungen. In diesem zweiten Anhörungsteil werden wir das Prozedere des Ausschusses für Gesundheit anwenden. Zunächst wird die Fraktion der CDU/CSU 18 Minuten Zeit haben, die Sachverständigen zu befragen. Dann folgen die Fraktion der SPD mit elf Minuten, die Fraktion der FDP mit 13 Minuten, die Fraktion DIE LINKE mit elf Minuten und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit zehn Minuten Fragezeit. In der zweiten Runde beträgt die Frage- und Antwortzeit der CDU/CSU-Fraktion 17 Minuten und die der SPD-Fraktion zehn Minuten.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Caritas, die Deutsche Krebshilfe, das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Bundesärztekammer. Der vorliegende Gesetzentwurf verfolgt nach einer mehr als zwei Jahrzehnte dauernden Diskussion das Ziel, die Rechte von Patientinnen und Patienten auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Es soll eine größere Transparenz über die bereits heute bestehenden Rechte der Patientinnen und Patienten hergestellt und die tatsächliche Durchsetzung der Rechte verbessert werden. Wie bewerten Sie diese Ziele?

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir begrüßen es außerordentlich, dass mit dem Patientenrechtgesetz erstmalig eine Kodifizierung der Patientenrechte vorgelegt wird. Das Gesetz wird nicht nur die Transparenz für Ärzte und Patienten erhöhen, sondern die Patienten in die Lage versetzen, ihre Rechte zu kennen. Es ist ein erster Aufschlag, wobei es im Detail sicherlich noch Nachbesserungsbedarf gibt. Wir erwarten auch, dass in den kommenden Jahren der Behand-

lungsvertrag im BGB im Sinne einer Rechtsfortbildung weiterentwickelt wird.

SVe Hilde Schulte (Deutsche Krebshilfe e. V. (DHK)): Die Patienten begrüßen das Patientenrechtgesetz, weil dadurch mehr Transparenz hergestellt wird. Die Patienten werden nun als mündig und kompetent angesehen. Der nationale Krebsplan spricht in diesem Zusammenhang von Patientenorientierung. Damit die Patienten ihre Rechte wahrnehmen können, müssen diese gebündelt nachlesbar und verständlich sein. Patienten benötigen qualitätsgesicherte Informationen sowie entsprechende Hinweise, wo sie diese Informationen beziehen können, damit sie ihre Aufgabe im Gesundheitssystem wie vorgesehen wahrnehmen können.

SV Hardy Müller (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)): Prinzipiell begrüßen wir die Vorlage des Gesetzes. Wir sehen aber bei einigen Details noch großen Nachbesserungsbedarf. Dies betrifft zum Beispiel die Frage, wie man das Anliegen der Patientensicherheit finanziert. Es wird ausgeführt, dass für den Betrieb der Fehlermeldesysteme bei den Krankenkassen ein jährlicher Aufwand von 720.000 Euro entsteht – das ist richtig. Es ist aber auch richtig, dass man erwartet, dass sich diese Aufwendungen rechnen. Nicht richtig und nicht verständlich ist, dass man sich in dem Gesetz ausschließlich auf ein Modul zur Verbesserung der Patientensicherheit konzentriert und die anderen bereits entwickelten Verfahren nicht weiter fördert. Offen sind die Fragen: Wie schult man ein Verfahren zur Verbesserung der Patientensicherheit? Wie können wir die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensicherheit verbessern? Wie betreibt man ein Institut für Patientensicherheit? Wie erstellen wir Informationen für Patienten, um dadurch die Behandlung sicherer zu machen? Ein anderer Punkt ist der Schutz der Fehlerdaten, die in den Source-Systemen gemeldet werden. Dieser Schutz war lange nicht umfassend gesetz-

lich geregelt. Dies wäre aber ein wichtiger Impuls, um die notwendige Kultur einer verbesserten Sicherheitsarbeit zu befördern. Schließlich sollte der mehrfach angesprochene Schadensfonds konkretisiert werden. Es muss deutlich werden, welche Regelungsinhalte mit dem Schadensfonds gewünscht werden, um dann in einem zeitlich befristeten, evaluierten Modellversuch die konkrete Umsetzung durchzuführen. Die Überprüfungen bedürfen dringend einer Ergänzung, um letztendlich von einer verbesserten Situation für die Patienten sprechen zu können.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie hatten gefragt, ob die drei Ziele Kodifizierung der rechtlichen Grundlagen, Erhöhung der Transparenz und Durchsetzung der Patientenrechte erreicht werden. Wir sehen den Gesetzentwurf bezüglich der Zielerreichung der drei Punkte ausgesprochen positiv. Dies bedeutet aber nicht, dass wir nicht in einzelnen Punkten Detailkritik haben. Der Gesetzentwurf ist nach vielen Jahren der frustrierenden Debatte ein guter Aufschlag, um das Thema abschließend zu regeln.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich beginne mit dem Behandlungsvertrag. Meine erste Frage geht an die Kieferorthopäden. In Ihrer Stellungnahme zu § 630a BGB-E sagen Sie, dass insbesondere bei minderjährigen Patienten eine weitere Klarstellung erforderlich sei. Es würde mich interessieren, wie Sie zu der Auffassung gelangen.

SV Sascha Milkereit (Berufsverband Deutscher Kieferorthopäden e. V. (BDÄ)): Der Gesetzentwurf unterscheidet, genauso wie die Gebührenordnung für Zahnärzte, zwischen dem Patienten und dem Zahlungspflichtigen. Es ist bislang herrschende Meinung, dass in der Regel der Behandlungsvertrag nicht mit dem Minderjährigen, sondern mit den Patientenelementen geschlossen wird. Zahlungspflichtig

sind die Eltern und behandlungsbedürftig ist das Kind. Wir halten es für sinnvoll, das hat der Bundesrat auch in seiner Stellungnahme zu § 630a aufgenommen, nicht den Patienten als Behandlungspartner zu definieren, sondern danach zu differenzieren, wer im Erstattungsverhältnis Vertragspartner werden soll.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zu den Patientendaten und der Patientenakte an den Einzelsachverständigen Herrn Eibich. Der Gesetzentwurf sieht das Recht auf Einsichtnahme und Kopie der Patientenakte vor. Wie bewerten Sie diese Regelung auch im Hinblick auf den Anspruch, die Daten in elektronischer Form zu erhalten? Der Gesetzentwurf verpflichtet den Behandelnden zur Dokumentation der Behandlung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang. Weiter muss bei einer späteren Änderung die ursprüngliche Dokumentation erkennbar und nachvollziehbar bleiben. In der Begründung zu § 630f BGB-E wird hierzu eine geeignete Software gefordert. Können Sie erklären, wie die Dokumentation elektronisch gestützt und fälschungssicher geführt werden kann und welche Lösungen gegebenenfalls bereits existieren? Wie hoch ist nach Ihrer Einschätzung der zusätzliche Aufwand? Die Frage nach dem zusätzlichen Aufwand richte ich auch an die DKG, die KBV und den GKV-Spitzenverband.

ESV **Uwe Eibich**: Wir begrüßen es, dass es digitale Abschriften der Akte für die Patienten gibt. Heute dokumentiert der überwiegende Teil unserer ärztlichen Kunden bereits digital. Auch wenn noch viele Dokumente eingescannt werden, werden doch die meisten Informationen, zum Beispiel zur Abrechnung und zu ähnlichen Dingen, bereits digital erfasst. Auf Patientenseite gibt es ebenfalls eine zunehmende Nachfrage nach IT-Lösungen, mittels deren die eigene Gesundheit im weitesten Sinne gemanagt werden kann. Die Eintrittsbarriere ist deutlich gesunken. Jeder von Ihnen hat vielleicht

schon die Erfahrung gemacht, dass in der Klinik oder in der Praxis der Arzt die Daten in ein IT-System eintippt oder Röntgen-CDs an die Patienten weitergibt. Diese Entwicklung ist positiv zu sehen. Es gibt natürlich noch einige Hürden. Wenn die Daten entsprechend bereitgestellt werden sollen, müssen beim Arzt auch entsprechende Vorrichtungen schaffen werden. Die Software muss angepasst werden und die Patienten müssen die Möglichkeit erhalten, ihre digitalen Daten persönlich, sicher und lebenslang speichern zu können. Dafür gibt es bereits technische Lösungen. Man darf natürlich nicht aus dem Auge verlieren, dass die elektronische Dokumentation auch für die Ärzte mit Aufwand verbunden ist. Ein klassisches Beispiel ist heute der Arztbrief. Dieser wird überwiegend per Post und Fax verschickt. Technisch wäre die Umstellung kein Problem, denn bereits vor Jahren wurde vom Bundesverband der VHitG-Arztbrief entwickelt. Was fehlt, ist ein Anreiz in der Vergütung. Der Papierbrief wird besser bezahlt als der elektronische Brief. Wenn man die Verfahren entsprechend fördert, wird sich das Thema auch durchsetzen. Deshalb würde ich der elektronischen Abschrift klar den Vorzug geben, da hierbei der Arzt unmittelbar und fälschungssicher dokumentieren muss, und jede Änderung nachvollziehbar dokumentiert werden muss. Das ist zwar grundsätzlich technisch möglich, aber aus meiner Sicht nicht trivial. Der Vergleich mit der ordentlichen Buchhaltung trifft nicht ganz. Eine Arztpraxis ist kein Buchhaltungsunternehmen. Es gibt eine Reihe von Dingen, die in einer Arztpraxis berücksichtigt werden müssen. Meistens trägt nicht nur ein Arzt, z. B. in der Klinik, in das System ein, sondern mehrere Ärzte. Deshalb muss ein Rollenkonzept festgelegt werden: Wer darf was dokumentieren. Der Arzt muss zudem seine Einträge eindeutig signieren können. Dafür gibt es zum Beispiel die elektronische Signatur. Der Heilberufsausweis kann ebenfalls hierfür herangezogen werden. Aber auch Fremdbefunde, die von anderen Ärzten übermittelt werden, müssen entsprechend signiert sein. Ein Zeit-

stempel müsste in die Systeme eingeführt werden, damit eine Änderung kenntlich und unveränderbar ist. Für diese Dinge benötigt man in der Regel einen Online-Anschluss. Hierzu gibt es Bemühungen, eine bundesweite Telematikinfrastruktur einzuführen. Ich verweise auf § 291a SGB V, woran sich auch eine Gesundheitsakte für Patienten anknüpft. Das Unternehmen gematik ist damit seit Jahren befasst. Dies ist ein wichtiger Punkt, der als Voraussetzung geschaffen werden muss. Die auf dem Markt befindlichen Systeme erfüllen diese Anforderungen nur teilweise. Grundsätzlich ist es aber aus Softwaresicht möglich, dies alles zu programmieren. Es ist nur eine Frage des nicht unerheblichen Aufwands. Auch der Aufwand in den Praxen, teurere Softwaresysteme, größere Anforderungen an die Datenspeicherung und die -sicherheit, darf nicht aus dem Auge verloren werden.

SV Ingo Schliephorst (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Inhaltlich schließe ich mich den Ausführungen meines Vorredners vollkommen an. Insbesondere die weitergehenden Aufgaben können von der vorhandenen Software nur teilweise erfüllt werden. Deshalb sind nicht unerhebliche Aufwendungen für den Ausbau bzw. die Erneuerung oder Restrukturierung der Software erforderlich. Eine genaue Zahl kann ich Ihnen aber nicht nennen.

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sind grundsätzlich der Auffassung, dass die weitreichenderen Anforderungen, die hier statuiert werden, zum Großteil in der Praxis nicht realisiert werden können. Sie führen zu einem viel zu großen bürokratischen Aufwand, der allein aufgrund der Speicherkapazitäten nicht gewährleistet werden kann. Es kommt hinzu, dass durch die digitale Datenspeicherung die Zugriffsrechte zum Teil durch ein Rollenkonzept definiert werden müssen. Nicht jeder Praxismitarbeiter kann dann zu jeder

Zeit Zugriff auf alle Daten haben. Dies betrifft insbesondere Computer in öffentlich zugänglichen Räumen, zum Beispiel im Anmeldebereich einer Arztpraxis. In diesem Fall wäre eine qualifizierte elektronische Signatur erforderlich. Dies führt aber dazu, dass nach jeder Dateneingabe der Computer wieder gesperrt würde und sich der Arzt bei einer neuen Eingabe neu einloggen müsste. Das würde einen wesentlich höheren Aufwand bedeuten.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Es ist wichtig und unerlässlich, auch um den Rahmen zu schaffen, in dem Patientinnen und Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler ihre Interessen wirksam vertreten können, dass die Behandlungsverläufe und damit die Akten vollständig, den Patienten zugänglich und manipulationssicher sind. Wir haben vom Vertreter der IT-Branche gehört, dass dies technisch grundsätzlich möglich ist. Es ist, unabhängig von der Form, ob per Hand, per Karteikarte oder elektronisch, eine Frage des ärztlichen Handlungsstandards. Zum Realismus gehört die Schätzung der Mehrkosten. Diese können derzeit nicht abgeschätzt werden, weil die Detailfunktionalitäten nicht abschließend beschrieben sind. Es wäre aber sicherlich ein überschaubarer Betrag, über den man vernünftigerweise reden sollte. Das Ergebnis ist nämlich ganz wichtig.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer bezüglich der Aufklärungspflicht in § 630e BGB-E. Sie haben in Ihrer Stellungnahme kritisiert, dass auch bei Routineeingriffen künftig die Aufklärung in Textform nicht mehr möglich sein soll. Ich hätte gern eine Begründung, warum aus Ihrer Sicht, insbesondere bei Routineeingriffen und gegebenenfalls bei diagnostischen Maßnahmen, die reine Textform ausreichend sein soll. Laut Gesetzentwurf darf im Moment weder ein Assistenz- noch ein Stationsarzt, der den Eingriff oder die diagnostische Maßnahme nicht

selber durchführen kann, die Aufklärung vornehmen. Ich habe eine zweite Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sind die Regelungen zur Aufklärungspflicht und zur erforderlichen Einwilligung eines Dritten in § 630e BGB-E für alle bekannten Fachfallsituationen sachgerecht?

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Würde man bei Routineeingriffen auf die Möglichkeit der Aufklärung in Textform verzichten, dann fiel man hinter den Standard zurück, den die Rechtsprechung bereits seit dem Jahr 2000 entwickelt hat. Bei kleinen Routineeingriffen, hierzu zählt zum Beispiel die Impfung, hat es sich bewährt, den Patienten durch verständliche Merkblätter über den Eingriff und die damit verbundenen Risiken zu informieren. Durch die Textinformation hat der Patient die gleiche Ausgangsbasis für seine Einwilligung wie nach einem persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch. Auf jeden Fall muss der Patient nach der schriftlichen Aufklärung durch das Merkblatt die Möglichkeit haben, Rück- oder Verständnisfragen an den Arzt zu stellen. Bei dem Routineeingriff der Impfungen sehen die Empfehlungen der STIKO bereits seit 1998 vor, dass die Aufklärung in Textform vorzunehmen ist.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann mich den Ausführungen der KBV anschließen. Es gibt Routineeingriffe, die Impfung ist so ein Beispiel oder bestimmte Formen von Blutentnahmen, bei denen die Aufklärung in Textform ausreicht. Andernfalls kommen wir in den Krankenhäusern und in den Praxen zu einer Aufklärungs-Plethora, die niemandem dient. Bei größeren Eingriffen ist das Aufklärungsgespräch völlig in Ordnung. Aber bei standardisierten Routineeingriffen muss das Merkblatt und die Möglichkeit, Fragen zu stellen, genügen.

SV Ingo Schliephorst (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Es wurde nach der Stellung der DKG zur Aufklärungspflicht in § 630e Absatz 2 BGB-E gefragt. Positiv gegenüber dem Referententwurf bewerten wir, dass jetzt klar ist, dass der Behandelnde aufklären muss. Anfänglich hieß es noch, dass dies der an der medizinischen Maßnahme oder am Eingriff Beteiligte übernehmen muss. Welche Fallgruppe uns noch fehlt sind die Jugendlichen. Stichwort: Vetorecht. Es wäre notwendig, dass noch einmal verdeutlicht wird, dass ein einsichtsfähiger Jugendlicher auch über die Tragweite des Eingriffes aufzuklären ist und nicht nur derjenige, der tatsächlich in die Behandlung einwilligen muss.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte auf § 630c BGB-E zurückkommen. Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, die Caritas und an Herrn Rechtsanwalt Heynemann. Ich möchte gern von Ihnen wissen, wie Sie die in § 630c BGB-E vorgesehene Verpflichtung des Behandelnden bewerten, dass er den Patienten nur auf dessen Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren über für ihn als Behandelnden erkennbare Umstände oder über die Annahme eines Behandlungsfehlers informieren muss. In dem Absatz heißt es weiter: „Erfolgt die Information durch denjenigen, dem der Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf sie zu Beweis Zwecken in einem gegen ihn geführten Strafverfahren oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten nur mit seiner Zustimmung verwendet werden.“ Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir halten die Regelung, dass ein Arzt den Patienten über vorangegangene Behandlungsfehler informieren sollte, grundsätzlich für gut aber für zu eng, weil die Information nur auf Nach-

frage erfolgen soll. In der Literatur ist bereits anerkannt, dass die Aufklärungspflicht eine Nebenpflicht des Arztes ist. Insoweit zeichnet die Regelung im Grunde nicht den entsprechenden Stand in der Literatur nach, sondern verengt diesen auf die Nachfrage. Das relative Beweisverwertungsverbot, das nachfolgt, halten wir grundsätzlich für richtig, da wir ansonsten einen Verstoß gegen den Nemo tenetur-Grundsatz hätten, der unter Umständen verfassungsrechtlich angegriffen werden könnte.

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich gehe zunächst auf den zweiten Teil der Frage ein. Ich sehe dies als Ausgleich zwischen dem Nemo tenetur-Grundsatz und der Tatsache, dass der Patient über Behandlungsfehler informiert werden muss. Auf die Voraussetzungen komme ich gleich zu sprechen. Hier sollte nichts verändert werden. Sie hatten gefragt, wie wir es bewerten, dass der Arzt dem Patienten den Behandlungsfehler nur auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren übermitteln muss. Diese beiden Punkte sehen wir sehr kritisch. Wenn der Patient nachfragen muss, ist dieser Vorgang grundsätzlich dazu geeignet, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten zu beeinträchtigen. Deshalb sollte „auf Nachfrage“ gestrichen werden. Das zweite Kriterium „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ erachten wir zunächst als sinnvoll. Denkt man allerdings darüber nach, kommt man auch hier zu einer Problemkonstellation. Es ist nämlich bei einem Behandlungsfehler nicht in jedem Fall sofort erkennbar, ob auch für die Zukunft gesundheitliche Gefahren abzuwenden sind. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn durch den Behandlungsfehler zunächst keine gesundheitlichen Probleme auftreten. Diese könnten aber im Zusammenwirken mit anderen gesundheitlichen Risiken des Patienten, von denen der Behandler unter Umständen zu diesem Zeitpunkt keine Kenntnis hat, weil sie für die Behandlung nicht relevant waren, zu einem späteren

Zeitpunkt gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachen. Deshalb schlagen wir vor, beide Voraussetzungen sowohl „auf Nachfrage“ als auch „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ zu streichen.

ESV Jörg Heynemann: Auch mir geht die Einschränkung „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ und „nur auf Nachfrage“ zu weit. Die Abwendung gesundheitlicher Gefahren ist bereits gängige Rechtsprechung, da eine vorhandene Gesundheitsgefährdung ein Risiko darstellt, über das der Patient aufgeklärt werden muss. Ich würde die Formulierung aber nicht streichen, sondern durch eine „insbesondere Regelung“ ergänzen. Insbesondere bei diesen beiden Konstellationen soll darüber aufgeklärt werden. Das Beweisverwertungsverbot, dass ein Arzt, der seinen Behandlungsfehler oder den eines anderen dem Patienten mitteilt, nicht strafrechtlich verfolgt wird, ist sinnvoll. Schließlich sollen auch künftig Behandlungsfehler vermieden werden. Es wäre ein Schritt hin zu einer besseren Fehlerkultur, wenn ein Arzt einen Behandlungsfehler zugeben kann, ohne eine Sanktion befürchten zu müssen.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich wende mich dem Thema Individuelle Gesundheitsleistungen zu und stelle meine Fragen an den Verbraucherzentrale Bundesverband, an das IQWiG und an Herrn Jacobs. Wie beurteilen Sie die augenblickliche Datenlage zu den IGeL-Leistungen im Hinblick auf das Patientenwohl und den Verbraucherschutz? Unter welchen Voraussetzungen kann eine Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden? Warum sind IGeL-Leistungen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse?

SV Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Bei IGeL-Leistungen besteht das grundsätzliche Problem der fehlenden Evidenz. Der IGeL-Monitor wurde gerade veröffentlicht

und wird monatlich um neue evidenzbasierte Informationen zu IGeL-Leistungen ergänzt. Begonnen wurde mit den am häufigsten nachgefragten bzw. angebotenen IGeL-Leistungen. In absehbarer Zeit werden aussagekräftige Daten vorliegen. Gegenwärtig ist es für die Patienten schwierig, unabhängige Informationen zu erhalten, die bei einer Entscheidung hilfreich sind. Das Grundproblem besteht darin, dass der Patient in der Arztpraxis weder die Zeit noch die Gelegenheit hat, sich unabhängig über eine angebotene IGeL-Leistung zu informieren. Er sucht in der Regel die Praxis wegen eines anderen Anliegens auf und wird dort mit einer IGeL-Leistung konfrontiert. Jetzt muss er ad hoc entscheiden, ob er die Leistung möchte. Dies betrifft insbesondere die gesamten Vorsorgeleistungen. Eine Ausnahme hiervon ist der Bereich der Sportmedizin und der Reiseimpfungen. Diese Leistungen werden überwiegend aktiv nachgefragt.

SV Dr. Klaus Koch (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Ein wichtiges Kriterium für die Aufnahme einer Leistung in den GKV-Leistungskatalog ist die Zweckmäßigkeit. Dabei geht es um die Relation von Nutzen und Schaden einer Maßnahme. Man muss, so wie der IGeL-Monitor, jede Leistung einzeln betrachten, um eine präzise Antwort geben zu können. IGeL-Leistungen sind hauptsächlich Früherkennungs- und insbesondere Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Für die meisten als IGeL-Leistung angebotenen Methoden der Vorsorgeuntersuchung gilt, dass der Nachweis der Zweckmäßigkeit, das heißt der Nachweis, dass der Nutzen größer ist als der Schaden, fehlt oder sehr umstritten ist. Ein Beispiel ist der PSA-Test zur Prostatakrebsvorsorge. Bei der Ultraschalluntersuchung zur Eierstockkrebs-Früherkennung ist der mögliche Schaden sogar größer als der Nutzen. Vor diesem Hintergrund glauben wir, dass Handlungsbedarf besteht. Die Datenlage zu den IGeL-Leistungen muss im Hinblick auf Patientenwohl und Verbraucherschutz

verbessert werden. Das Beispiel der Prostatakrebsfrüherkennung durch den PSA-Wert verdeutlicht, dass diese Leistungen bereits epidemiologisches Gewicht haben. Seit den 1980er Jahren ist in Deutschland eine Verdreifachung der Prostatakrebsdiagnosen zu beobachten. International ist unbestritten, dass zwar ein großer Teil durch das Alter bzw. die gestiegene Lebenserwartung bedingt ist. Allerdings hat auch die gestiegene Zahl der PSA-Tests die Zunahme dieser Diagnose verursacht. Auf diesen Umstand muss beim Angebot von IGeL-Leistungen hingewiesen werden.

ESV Klaus Jacobs (Wissenschaftliches Institut der AOK): Die Datenlage ist natürlich schlecht. Wir machen seit rund zehn Jahren regelmäßig repräsentative Erhebungen bei den gesetzlich Versicherten zum IGeL-Markt. Die genannten Zahlen, Marktvolumen 1,5 Milliarden Euro und IGeL-Leistungen 18,5 Millionen Euro pro Jahr, sind Hochrechnungen. Das sind aber nur Erhebungen im Bereich der ambulanten Versorgung. Wir erheben aber keine zahnärztlichen Leistungen, weil dies einen komplexeren methodischen Ansatz erfordern würde. Zahnärztliche Leistungen enthalten Selbstzahlerleistungen, weshalb man bei einer Erhebung viel mehr erklären müsste. Hier müsste noch eine Menge getan werden. Wir erheben auch keine Daten zu den durch das SGB V definierten Leistungsbereichen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Die Versicherten der GKV sind eine Solidargemeinschaft und bestimmte Leistungen müssen nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Lässt sich beispielsweise jemand eine Tätowierungen oder ein Piercing entfernen, soll er diese Leistung selbst bezahlen, obwohl es eine sinnvolle Leistung darstellt und es auch sinnvoll ist, dass sie von einem Arzt erbracht wird. Schwieriger wird es bei Leistungen, die anderen Kriterien des SGB V nicht entsprechen oder bei denen zumindest begründete Zweifel bestehen. Dies hat der Kollege vom IQWiG gerade erläutert. Ich will ein weiteres Beispiel

nennen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V verlangt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß an Notwendigem nicht überschreiten. So hat in der GKV jede Frau mit regulärem Schwangerschaftsverlauf im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge einen Anspruch auf drei Ultraschalluntersuchungen. Mehr Untersuchungen werden nicht für notwendig erachtet. Ist es keine reguläre Schwangerschaft, hat sie Anspruch auf weitere Untersuchungen. Aber bei einem normalen Verlauf muss sie jede weitere Ultraschalluntersuchung selbst bezahlen, da dies als eine überflüssige Leistung, die das Maß des Notwendigen überschreitet, angesehen wird. Es wird problematisch, wenn es sich um Leistungen handelt, die nicht zweckmäßig sind. Ich zitiere einen Satz aus dem IGeL-Ratgeber der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Unter der Überschrift „Zulässige Leistungen“ heißt es: „Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss sich beziehen auf Leistungen, die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert bzw. sinnvoll, zumindest aber vertretbar sind.“ Das genügt nicht als Begründung für die Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine ersten beiden Fragen richten sich an die KBV und die Bundesärztekammer. Mich würde interessieren, wie Sie die Informationsqualität zu IGeL in den Arztpraxen bewerten. Können Sie sich konkrete Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten vorstellen? Welche Rolle könnten die Ärzte übernehmen? Wie bewerten Sie die Forderungen der SPD-Fraktion, dass der Arzt darüber informieren soll, warum eine IGeL-Leistung keine GKV-Leistung ist?

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Verpflichtung dem Patienten zu erklären,

warum eine Leistung nicht von der GKV-Leistungspflicht erfasst ist, obliegt aus unserer Sicht in erster Linie der Krankenkasse und nicht dem Arzt. Zwischen Arzt und Patienten besteht kein sozialrechtliches Leistungsverhältnis. Natürlich kann der Arzt dies bei entsprechendem Informationsbedarf des Patienten erläutern. Aber eine grundlegende Darstellung, weshalb eine Leistung keine GKV-Leistung, sondern eine IGeL-Leistung ist, kann der Arzt in seiner Sprechstunde nicht leisten. Das übersteigt schlichtweg seine Möglichkeiten. Hinsichtlich des ersten Teils der Frage würde ich gerne auf die BÄK verweisen.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich mit dem IGeL-Ratgeber dieses Problems angenommen. Ich bin übrigens Herrn Jacobs für seine Aussage dankbar, dass das gesamte Zahlenmaterial zu den IGeL-Leistungen ausgesprochen unpräzise ist und keine Differenzierung nach den drei Kategorien von IGeL-Leistungen ermöglicht. Das sind erstens die sinnvollen zusätzlichen Leistungen, zum Beispiel Reiseberatungen oder Impfungen, zweitens die von der GKV in anderen Kontexten bezahlten Leistungen, wie die Schwangerschaftsult-raschallvorsorge, und drittens die reinen Wunschleistungen, die im Rahmen der GKV noch nie bezahlt wurden, zum Beispiel Homöopathie. Es müsste dringend eine stärkere Differenzierung geben, damit wir wissen, worüber wir genau reden. In dem gemeinsamen IGeL-Ratgeber, den wir Patienten und Ärzten empfehlen, versuchen wir diese Differenzierung. Jeder kann den Ratgeber von der Homepage der Bundesärztekammer oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abrufen. Ich könnte mir vorstellen, dass es nützlich wäre, wenn der Ratgeber in den Arztpraxen den Patienten zur Verfügung gestellt wird. Er enthält sogar eine Checkliste, mit der überprüft werden kann, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass die IGeL-Leistungen sinnvoll oder nicht

sinnvoll sind. Wenn der Arzt darüber informieren soll, warum die gesetzliche Krankenversicherung eine IGeL-Leistung in einem bestimmten Kontext nicht bezahlt, würde dies in weiten Bereichen die Möglichkeiten des niedergelassenen Vertragsarztes übersteigen. Angesichts der hohen Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen der gesetzlichen Krankenversicherung weiß der Arzt dies häufig selber nicht. Deswegen würden man den Arzt mit einer Aufklärungspflicht überfordern.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage geht wieder an die Bundesärztekammer, die KBV und den GKV-Spitzenverband. Mich interessiert, wie Sie die Forderung beurteilen, dass Ärzte gegenüber einem Patienten nicht am gleichen Tag eine GKV-Leistung und eine IGeL-Leistung erbringen dürfen. Halten Sie dies für praktikabel?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir halten diese Regelung für nicht praktikabel und für eine Entmündigung des Patienten. Für uns ist unabdingbare Voraussetzung, dass nach Aufklärung und Information zwischen dem Arzt und dem Patienten ein Vertragsverhältnis eingegangen wird. Wenn zwei mündige Menschen einen Vertrag miteinander schließen, benötigen sie keine 24-stündige Karenzzeit. Es sei denn, man will damit unterstreichen, dass man die Leistung für unnötig hält. Das tun wir aber nicht. Wenn bezüglich der IGeL-Leistung aufgeklärt und informiert und schließlich ein Vertrag geschlossen wurde, bedarf es keiner 24-stündigen Karenzfrist.

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sehen dies ganz genau so. Es entspricht einfach nicht der praktischen Realität, dass sich der Patient für den nächsten Tag einen neuen Termin geben lässt, nachdem er sich gerade entschlossen hat, eine IGeL-Leistung zu beanspruchen. Wir müssen zudem be-

rücksichtigen, dass es immer mehr Multimorbidität gibt. Das bedeutet unter Umständen, dass die IGeL-Leistung gar nicht im Rahmen der gleichen Indikation erbracht wird, wie die am gleichen Tag erbrachte GKV-Leistung. Beispielsweise sucht ein Patient seinen Hausarzt am gleichen Tag wegen zwei oder drei unterschiedlicher Krankheiten auf. Die eine Krankheit lässt er nach dem GKV-Leistungskatalog behandeln, bei der anderen möchte er eine Leistung, die die GKV nicht zur Verfügung stellt. Wir sehen keinen Grund, weshalb es nicht möglich sein sollte, dass der Patient am gleichen Tag auch die IGeL-Leistung erhalten sollte.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Markt der IGeL-Leistungen dynamisch ist und ein großes Umsatzvolumen hat. Die vertragsärztliche Tätigkeit und das Verkaufen von sonstigen medizinischen Leistungen, die teilweise nur bedingt qualitätsgesichert sind und auch von den Medizinerinnen und Medizinern hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Notwendigkeit unterschiedlich beurteilt werden, müssen getrennt betrachtet werden. Der Patient geht zunächst im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zum Arzt. Auf Basis eines bestimmten Beziehungsgeflechts oder einer Vertrauenssituation will er die medizinisch notwendigen Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn der Arzt nun gleichzeitig aus überwiegend kaufmännischem Interesse, das aber nicht per se sittenwidrig ist, sein Anliegen und das des Patienten vermengt und zusätzlich, quasi by the way, andere Leistungen mit fragwürdigem oder zumindest teilweise fragwürdigem medizinischen Kontext anbietet, dann nutzt er das Vertrauensverhältnis zur Realisierung seiner kaufmännischen Interessen aus. Deshalb müssen diese unterschiedlichen Leistungen mindestens 24 Stunden auseinander liegen. In anderen Rechtsgebieten, beispielsweise bei den Haustürgeschäften, hat der Gesetzgeber auch gesagt, dass es eines bestimmten Schutzes bedarf und die

Menschen die Möglichkeit haben müssen, von einem Vertrag zurückzutreten.

Abg. Jens Ackermann (FDP): Ich habe eine Frage an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Wie bewerten Sie aus vertragszahnärztlicher Perspektive die Forderungen zu den Individuellen Gesundheitsleistungen?

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Im zahnärztlichen Bereich gibt es zwar keine IGeL-Leistungen, ich möchte aber trotzdem Einiges anmerken. Dies erkennt man bereits an der Terminologie der Anträge und den geforderten Maßnahmen. Im Gegensatz zum ärztlichen Bereich haben wir bei der zahnärztlichen Behandlung die Situation, dass wir den Patienten bei einem vorgegebenen Befund viele Behandlungsalternativen anbieten können, durch die mit unterschiedlichem Aufwand und mit unterschiedlichen Maßnahmen ein identisches Behandlungsziel erreicht werden kann. Diese Methoden sind wissenschaftlich anerkannt. Ein Beispiel ist der Bereich der Füllungstherapie, wenn ein Patient keine Amalgamfüllung möchte. Beim Zahnersatz und den verschiedenen Therapieformen oder bei der kieferorthopädischen Behandlung gibt es das Festzuschussmodell. Der Gesetzgeber ist hier auf die besondere Situation im zahnärztlichen Bereich eingegangen. Durch die gesetzlichen Regelungen bekommt der Versicherte bei einer Therapienotwendigkeit eine Wahlmöglichkeit eingeräumt. Gleichzeitig ist sein Leistungsanspruch an die gesetzliche Krankenkasse gesichert. Der Gesetzgeber hat aber auch vorgeschrieben, dass der Patient aufgeklärt werden muss. Im Zahnersatzbereich erhält der Patient, der eine andere als die sogenannte Regelversorgung wünscht, eine vom Gesetzgeber geforderte und von uns vermittelte Information über die Kosten, die bei seiner Regelversorgung als Eigenanteil entstehen würden und über die Kosten der alternativen Behandlungsmethode. Dadurch erfährt er nicht nur den

unterschiedlichen finanziellen Aufwand zwischen der Regelversorgung und der von ihm präferierten Versorgung, sondern auch hinsichtlich der Behandlungsmethode. Insofern sind manche Fristen, die bei den IGeL-Leistungen diskutiert werden, aus unserer Sicht völlig unsinnig. Man muss das Ganze im Rahmen einer strukturierten, umfassenden Behandlung sehen, die im Wesentlichen immer aus Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Fristen sind hier nicht hilfreich. Kommt zum Beispiel ein Patient wegen einer zu erneuernden Füllung zum Zahnarzt, muss er sich zwischen den verschiedenen Therapiemöglichkeiten entscheiden. Gäbe es eine Frist, müsste er am nächsten Tag wieder kommen. Die Leistung der Füllung muss dann zwei Mal erbracht werden, da der Patient nicht ohne Übergangsfüllung wieder nach Hause geschickt werden kann. Diese müsste nach Ablauf der Karenzzeit für die Entscheidung gegen die vom Patienten dann gewählte Füllung ausgetauscht werden. Das ist kaum praktikabel. Deshalb lehnen wir diese Forderung für den zahnärztlichen Bereich ab. In den Anträgen wird die Begrenzung der Verfahrensdauer bei der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gefordert. Auch diese Forderung ist wenig realitätsnah. Sollen bestimmte Verfahren evidenzbasiert aufgearbeitet werden, dann hängt die hierfür erforderliche Zeit von der individuellen Fragestellung ab. Dies wird in den Anträgen nicht berücksichtigt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Verband der Demokratischen Ärztinnen und Ärzte. Welche Forderung erhebt der VDÄÄ zu IGeL und wie bewerten Sie die Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf?

SV Dr. Volker Pickerodt (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)): Wir gehen mit unseren Vorstellungen zu den IGeL-Leistungen weit über die Ideen der Bundesärztekammer und der KBV und auch des vorliegenden Gesetzentwurfs

hinaus. Wir sind der Meinung, dass sinnvolle Leistungen, wie zum Beispiel Reiseschutzimpfungen, von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden sollten. Nicht sinnvolle Leistungen, der Vertreter des IQWiG hat einige genannt, sollten nicht durchgeführt werden. Es gibt sicherlich eine Grauzone, zum Beispiel im Bereich der ästhetischen Operationen. Hier kann es unter Umständen Eingriffe geben, deren Sinnhaftigkeit mit einem psychologischen Gutachten nachgewiesen werden kann. In diesem Fall sollten die Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen auch übernommen werden. Wenn dieses nicht so ist, sollten sie nicht durchgeführt werden. Gibt es in der Grauzone der sinnvollen Leistungen tatsächliche Schwierigkeiten, dann sollten die im Antrag Ihrer Fraktion genannten Voraussetzungen als Mindeststandard gelten. Das heißt, Leistungen sollten nur durchgeführt werden, wenn sie von den Patientinnen und Patienten nachgefragt werden. Die Voraussetzung einer zeitlichen Frist zwischen Aufklärung und Durchführung einer solchen Leistung sollte ebenso eingehalten werden. Wenn unser primärer Standpunkt nicht in allen Punkten durchgesetzt werden kann, dann sollten zumindest die von Ihnen geforderten Voraussetzungen gelten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an den Einzelsachverständigen Volker Loeschner. Zum einen würde ich gerne wissen, wie Sie die Forderung der Fraktion DIE LINKE. nach einer fälschungssicheren Dokumentation im Vergleich zu den entsprechenden Regelungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung bewerten. Zum anderen wüsste ich gerne, was Sie von unseren Vorschlägen zur Beweislastleichterung für Patientinnen und Patienten halten.

ESV Volker Loeschner: Als Patientenanwalt kann ich ohne Zweifel behaupten, dass nachträgliche Streichungen, Einfügungen oder gar komplette Neufassungen der Patientenakte häufig nicht auffallen.

Während auf dem Papier Handschriften, die sich unterscheiden, beim ersten Eindruck ins Auge stechen, lässt sich eine EDV-Dokumentation beliebig verändern. Ich hatte auch mehrere Fälle von unterschiedlichen elektronischen Patientenkarteikarten, die es aber nicht geben dürfte. Hat der Arzt plausibel gefälscht, kommt er damit durch. Der Patient trägt als Kläger die Beweislast. Er führt in der Regel diesen Beweis mittels der ärztlichen Dokumentation. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung der Fraktion DIE LINKE., Fälschungssicherheit herzustellen, aus der Patientensicht sehr zu begrüßen. Eine teilweise Fälschungssicherheit genügt aber nicht. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wird das Entscheidende offen gelassen. In § 630f Absatz 1 Satz 2 steht nicht, dass die Person, die die Änderung vornimmt, kenntlich gemacht werden muss. Damit der Behandlungsablauf nachvollziehbar wird, ist aber die Angabe der Person des Behandelnden erforderlich. Der Patient muss aus der Dokumentation ersehen können, welche Qualifikation sein Behandelnder hat und gegen welchen Behandelnden er gegebenenfalls deliktische Ansprüche geltend machen kann. Damit die elektronische Dokumentation beweissicher wird, muss das Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des Behandelnden versehen werden. Nur so wird die Person des Behandelnden deutlich. Die Fraktion DIE LINKE. hat den weitreichendsten Vorschlag zur Beweiserleichterung gemacht. Das ist aus Patientensicht positiv zu bewerten. Die stärkste Beweiserleichterung ist die widerlegbare Vermutung. Das bedeutet: Tritt nach der Behandlung ein Gesundheitsschaden ein, muss der Behandelnde den Verstoß gegen die geltenden medizinischen Standards widerlegen. Es kann nicht verlangt werden, dass der Patient seinen Mangel an Fachkenntnissen aufarbeitet, sondern es muss umgekehrt vom Fachmann, zum Beispiel vom Krankenhaus oder vom Arzt, verlangt werden, dass dieser sein Wissen preis gibt, um auf diese Weise zu einer Waffen-gleichheit zu gelangen. Der Behandelnde muss zum Interesse an Aufklärung ver-

pflichtet werden. Der widerlegbaren Vermutung liegt ein ähnlicher Gedanke wie der Beweislastumkehr bei der Produzentenhaftung zugrunde: Nämlich der des BGH, dass der Schädiger näher an der Sache oder dem Fall dran ist. Dies war auch die Ausgangslage zum Beispiel im Fall von Margarete Kiel. Sie lag nach einer Gallenoperation drei Monate im Koma. Der Patient kann nicht die Unterschreitung professioneller Standards beweisen, die er nicht kennt, deren Beweise er nicht sichern kann und die er auch während der Behandlung nicht gesehen hat. Nach Ansicht der Befürworter einer widerlegbaren Vermutung ist im Haftpflichtprozess allein die Behandlungsseite zu hinreichend substantiierten Ausführungen in der Lage.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Wir reden hier hauptsächlich über das SGB V. Ich wüsste gerne, ob es für Sie hinreichend ist, die Patientenrechte hauptsächlich im Bereich des SGB V zu sichern oder ob es Patientinnen und Patienten gibt, die davon weniger profitieren würden?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wie man an dem Gesetzentwurf sieht, folgt er vor allen Dingen dem Bild des gesetzlich Versicherten und dessen Angehörigen. Drei Gruppen sind aber nicht erfasst: Das sind erstens die Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, die Sans-Papiers. Das sind mehrere zehntausend Menschen. Zweitens gibt es die Gruppe der nichtversicherten Personen, das sind auch mehr als hunderttausend Menschen. Es gibt zwar die Versicherungspflicht, die aber von niemandem überprüft wird. Die dritte Gruppe sind die Kunden der privaten Krankenversicherungswirtschaft. Auch diese steht nicht im Zentrum dieses Gesetzentwurfs. Dieser enthält sehr gute Regelungen. Wenn die Krankenkassen die Interessen der gesetzlich Versicherten vertreten sollen, dann ist dies ein richtiger Ansatz, den man auf keinen Fall vernachlässigen darf und der

noch weiter gestärkt werden sollte. Allerdings müssen auch die drei genannten Personengruppen in den Blick genommen werden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an die Diakonie. Die Einzelsachverständige Frau Plener hat sich bereits zum Dolmetscherdienst geäußert. Können Sie schildern, welche ergänzenden Überlegungen die Diakonie hierzu hat?

Sve **Svea von Hübbenet** (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband): Wir befürworten ebenfalls die Einführung eines Dolmetscherpools, der ähnlich wie bei der Polizei oder vor Gericht genutzt werden könnte. Dies ist nach unserer Auffassung ein Teil des Rechts auf Information und Aufklärung für jene Migranten oder Asylbewerber, die nicht ausreichend deutsch sprechen und verstehen können. Dies sollte eine GKV- bzw. auch PKV-Versicherungsleistung sein. Man muss aber überlegen, auf welcher Ebene man einen Dolmetscherpool ansiedelt. Auf der kommunalen Ebene wäre dies vorstellbar. Natürlich müsste man die Finanzierung sicherstellen, damit die Kommunen nicht zu sehr zusätzlich belastet werden. Es ist auch vorstellbar, einen solchen Dolmetscherpool für den Bereich des SGB XI zu nutzen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Prof. Spickhoff zu den Dolmetscherkosten und den Regelungen zur Aufklärung und Gewährleistung der Verständlichkeit. Sie haben bemängelt, dass es eine Unklarheit gebe. Einerseits müsse sichergestellt sein, dass der Patient auf deutsch der Information und Aufklärung folgen könne und andererseits müsse der Mediziner sicherstellen, dass die Aufklärung auch gewährleistet sei. Enthält der Regierungsvorschlag eine konsistente Regelung oder sehen Sie Änderungs- und Präzisierungsbedarf? Meine nächste Frage zur Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen oder

von unter Betreuung stehenden Personen richte ich an die Psychotherapeutenkammer und die APK. Sind die im Gesetz vorgeschlagenen Regelungen zur Einwilligungsfähigkeit ausreichend und was ist insbesondere im Hinblick auf die besondere Gruppe der Minderjährigen und der unter Betreuung stehenden Personen zu beachten?

ESV **Prof. Dr. Andreas Spickhoff**: Zu den Dolmetscherkosten habe ich mich vor ca. einem Jahr vor dem Deutschen Ethikrat geäußert. Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat sich damals meinem Vorschlag, die Dolmetscherkosten in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, angeschlossen. Nach der Rechtsprechung des Berliner Kammergerichtes muss ein Arzt dafür Sorge tragen, dass der Patient die Aufklärung, die nach dem Gesetzentwurf nun Hauptpflicht wird, auch versteht. Dies ist zur Selbstbestimmungsaufklärung zwingend erforderlich. Man kann nicht wie das Bundessozialgericht sagen, dass der Patient die Kosten selber tragen muss. Dies bleibt nämlich auf halbem Wege stehen. Letztendlich würde dies bedeuten, dass der Arzt einen Dolmetscher engagiert und den Patienten auffordert, die Bezahlung zu übernehmen. Kann oder will der Patient die Kosten nicht übernehmen, kann der Arzt ihn ohne Behandlung weg schicken. Die einzige Ausnahme wären dringende Notfälle. Die Selbstbestimmungsaufklärung ist Hauptpflicht und die gesetzliche Krankenversicherung muss die Kosten tragen. In einem Fall wurden sogar die Kosten für einen Gebärdendolmetscher nicht übernommen, wobei kein Ausländer oder Migrant betroffen war. Der Arzt hat gefordert, dass der Patient die Kosten selber finanzieren soll. Das halte ich für nicht überzeugend. Die Kostenübernahme sollte man deshalb im SGB V ergänzen.

SV **Matthias Rosemann** (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Der gegenwärtige Gesetzentwurf sieht vor, dass die Einwilligung zur Behandlung eingeholt werden muss. Das findet sich in § 630d Absatz 2

und in § 630e Absatz 4. Wenn ein Mensch hierzu selbst nicht in der Lage ist, muss diese Einwilligung von anderen eingeholt werden. Diese Formulierung im Gesetzentwurf halten wir für sehr problematisch, weil sie suggeriert, dass nur der, der die Einwilligung zu erteilen hat, auch aufgeklärt werden muss. Durch eine einfache Änderung der Formulierung kann verdeutlicht werden, dass immer der Betroffene selbst aufzuklären ist, auch wenn ein Dritter die Einwilligung zu erteilen hat. Dazu müsste in § 630d Absatz 2 das „und/oder“ durch ein „und“ ersetzt und in § 630e Absatz 4 ein „auch“ eingefügt werden. Das betrifft nicht nur Kinder, sondern auch Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen, die einen rechtlichen Betreuer bestellt bekommen haben. Deshalb sind wir der Auffassung, dass die gegenwärtige Formulierung nicht im Einklang mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung steht.

Die **Vorsitzende**: Ein Vertreter der Psychotherapeutenkammer ist nicht anwesend.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Als nächstes habe ich eine Frage zur Berufshaftpflichtversicherung für die Ärzte. Im Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen ist eine Kann-Regelung vorgesehen. Ist dies aus Sicht der Caritas eine gute Regelung oder sehen Sie Ergänzungsbedarf und wie sollte die Ergänzung aussehen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Für uns ist die Kann-Regelung nicht ausreichend. Das Problem bei der Berufshaftpflicht besteht darin, dass die Ärzte nur bei der Approbation die Berufshaftpflichtversicherung nachweisen müssen, nicht aber im weiteren Berufsleben. Der Änderungsantrag sieht vor, eine Sanktion einzuführen. Das setzt aber voraus, dass die Ärztekammer tatsächlich darüber Kenntnis erlangt, ob

eine Haftpflichtversicherung weiterhin in ausreichendem Umfang besteht. Diese Kenntnis hat sie aber nicht, wenn keine Nachweispflicht besteht. Deswegen schlagen wir in Anlehnung an die Bundesrechtsanwaltsordnung vor – wir haben einen eigenen Formulierungsvorschlag unterbreitet –, in der Bundesärztleordnung eine Nachweispflicht für die Berufshaftpflichtversicherung zu statuieren. Jede wesentliche Änderung oder die Kündigung muss gemeldet werden. Nur so kommt die Sanktionsregelung auch zum Tragen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Dr. Heynemann zum Haftungs- oder Regelungsbedarf bei Folgeschäden aufgrund eines fehlerhaften Medizinprodukts. Was schlagen Sie als Ergänzung des Gesetzentwurfs vor?

ESV **Jörg Heynemann**: Im Gesetzentwurf gibt es keine Regelungen zu den Medizinprodukten. Es hätte aber sowohl bei der Haftung für eingetretene Schäden als auch bei den Zulassungsvoraussetzungen und der Überwachung der in Umlauf befindlichen Medizinprodukte dringenden Handlungsbedarf gegeben. Es kommt immer wieder zu Schädigungen von Patienten, ohne dass die Patienten die Möglichkeiten haben, ihre Ansprüche durchzusetzen. Im Zusammenhang mit den Folgeschäden bei fehlerhaften Medizinprodukten wäre zu ergänzen, dass ein Arzt, der von der Fehlerhaftigkeit eines Produktes Kenntnis hat, den Patienten informieren muss. In Deutschland haben zum Beispiel zehntausende Patienten fehlerhafte Hüftendoprothesen. Sie wissen nicht, dass die Prothese jederzeit brechen könnte. Hier gibt es natürlich die Verpflichtung der Ärzte, das ist nach meiner Auffassung vom bisherigen Aufklärungsrecht gedeckt, die Patienten entsprechend zu informieren.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte von der Verbraucherzentrale wissen, ob in dem Gesetzentwurf die Rechte der privat Versicherten angemessen berücksichtigt sind.

SV Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Regelungen im BGB gelten grundsätzlich auch für privat Versicherte. Hätte man die Regelungen nur im SGB getroffen, wären privat Versicherte ausgeschlossen. Aber bei dem vorliegenden Gesetzentwurf gibt es nichtsdestotrotz viele Mängel. Im SGB V wird zum Beispiel geregelt, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten bei Haftungsprozessen unterstützen müssen. Eine solche Regelung gibt es im Bereich der privat Versicherten nicht. Diese haben grundsätzlich keinen Anspruch auf die Unterstützung durch ihre Krankenversicherung. Das ist sehr problematisch. Eine analoge Regelung müsste ins Versicherungsvertragsgesetz (VVG) aufgenommen werden. Das gilt für alle Einzelnormen im SGB V, die spiegelbildlich ins VVG übertragen werden müssten. Privat Krankenversicherte werden demnach nicht den gesetzlich Versicherten gleichgestellt. Eine Novelle des VVG hat es nur im Bereich des Einsichtnahmerechts gegeben. Bisher hatten nämlich privat Versicherte nicht das Recht, Gutachten zur Frage, ob eine bestimmte Maßnahme durchgeführt werden soll, einzusehen. Anwalt und Arzt konnten dies, nicht aber der Patient. Hier erfolgte eine Anpassung. Besondere Härten für die PKV-Versicherten ergeben sich gegenwärtig beim Ruhen der Leistungen, das heißt, wenn die Beiträge nicht gezahlt werden und Beitragsrückstände entstehen. PKV-Versicherte haben keine Klarheit darüber, welche Notfallbehandlungen sie beanspruchen können. Auch dies ist bei den GKV-Versicherten anders geregelt. Weiter haben wir das Problem, dass im Basistarif oder im Standardtarif Versicherte häufig keinen Arzt finden, der sie behandelt. Das ist ein Missstand, der unbedingt behoben werden muss. Dahinter steht der Aspekt einer bezahlbaren Kran-

kenversicherung. Denn bei der PKV orientieren sich die Versicherungsprämien nicht am Einkommen. Hier sind soziale Klauseln erforderlich. Prinzipiell müsste im Zusammenhang mit den GKV-Versicherten immer auch die Situation der PKV-Versicherten berücksichtigt und im Idealfall mit erwähnt werden.

Abg. **Dr. Jan-Marco Luczak** (CDU/CSU): Ich möchte zwei Fragen an Prof. Kuhla richten. Eine Frage bezieht sich auf § 630a BGB und auf die verwendete Terminologie. Vom Behandelnden wird einmal als der Vertragspartner und einmal als diejenige Person, die eine ärztliche Leistung ausführt, gesprochen. Nach meinem Eindruck ist dies nicht immer trennscharf. Mich interessiert, ob Sie, obwohl wir uns im Zivilrecht befinden, eine Parallelität zur Terminologie des SGB empfehlen. Die zweite Frage bezieht sich auf § 630c Absatz 2 BGB und die Verletzung der Informationspflicht bei Behandlungsfehlern. Der Behandelnde wird verpflichtet, den Patienten über einen Behandlungsfehler zu informieren. An diese Information könnten aber strafrechtliche Sanktionen anknüpfen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Frage aufgeworfen, ob die Rechtsprechung dies möglicherweise als groben Verstoß klassifizieren könnte, mit der Folge einer Beweislastumkehr. Dies ist im Gesetzestext nicht ganz klar ausformuliert. Hier würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

ESV Prof. Dr. Wolfgang Kuhla: Für die Rechtsanwender ist, wenn wir Ärzte bzw. Leistungserbringer beraten, Rechtsklarheit und Rechtssicherheit das höchste Gut. Es fällt auf, dass der Gesetzesentwurf der Bundesregierung an einigen Stellen handwerkliche Mängel hat. Das heißt, die Terminologie ist nicht in allen Fällen klar. § 630a bezeichnet die Vertragspartei auf der Leistungsseite als den Behandler, das kann auch eine juristische Person sein, zum Beispiel der Träger eines Krankenhauses oder eines MVZ. Bei anderen Regelungen, beispielsweise in § 630h, ist

offensichtlich nicht der Behandler, sondern der behandelnde Arzt gemeint ist. Es würde helfen, wenn man hier eine trennscharfe Terminologie entwickelt und zwischen dem Vertragspartner auf der einen Seite und der behandelnden Person auf der anderen Seite unterscheidet. Sie fragten, ob die Verpflichtung eines Arztes, über einen Behandlungsfehler zu informieren, so wie es im Gesetz geregelt wird, möglicherweise Konsequenzen für den Arzthaftungsprozess haben kann. Wir Sachverständigen waren uns einig, dass bereits das geltende Recht eine Pflicht des Arztes kennt, den Patienten darüber zu informieren, dass eine fehlerhafte Behandlung gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge hat. Herr Heynemann hat darauf hingewiesen, dass sich der Arzt in sehr schweres Fahrwasser begibt, wenn er darüber nicht informiert, da er dann Gefahr läuft, eine vorsätzliche Körperverletzung zu begehen. Aus dem Umstand, dass der Arzt den Behandlungsfehler erkennt und ihn offenbart, wird man für den Zivilprozess sicherlich nicht die Konsequenz ziehen können, dass damit dieser Behandlungsfehler automatisch als grober Behandlungsfehler einzustufen ist. Es bleibt bei den Qualifikationskriterien, die in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs entwickelt worden sind. Die Offenbarung selbst ändert an der Qualifikation nichts. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass die Formulierung im Gesetzentwurf hinsichtlich der Verwertung oder der Verwendung dieser Informationen für andere Verfahren, insbesondere für Strafverfahren, unklar ist. Wir unterscheiden das Verwertungs- und das Verwendungsverbot. Das heißt, darf ich die Information, die ich selbst gewonnen habe, selber verwerten? Oder darf ich die Information, die ich gewonnen habe, zum Anlass nehmen, andere Ermittlungen anzustellen, um dadurch diese Informationen erneut bestätigt zu bekommen? Diese Unterscheidung wird im vorliegenden Gesetzentwurf nicht vorgenommen. Es ist aus meiner Sicht unklar, wie weit das Verwendungsverbot im Strafprozess reichen soll.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Mir geht es noch einmal um die Einsichtnahme in die Patientenakte nach § 630g. Meine Frage richte ich an die Bundesärztekammer, die BAG SELBSTHILFE und die BAG PatientInnenstellen. Sind die vorgeschlagenen Regelungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte ausreichend?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Zum einen ist festzustellen, dass die Norm teilweise die aktuelle Rechtsprechung widerspiegelt. Zum anderen werden aber auch die Grenzen einer Qualifikation offenbar. Die Rechtsprechung des BGH wird nicht ausreichend berücksichtigt. Die subjektiven Wahrnehmungen und Eindrücke des Arztes sollen in einer besonderen Form erhalten, aber nicht weitergegeben werden. Es ist ausgesprochen problematisch, wenn die in der Akte enthaltenen Folgerungen des Arztes sowie seine Stellungnahmen, zum Beispiel bei der Behandlung von psychiatrischen Patienten, in toto weitergegeben werden.

SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir halten die Regelung für gut, aber ergänzungsbedürftig. Es wäre hilfreich, wenn die Namen und Adressen von sämtlichen an der Behandlung beteiligten Hilfspersonen erfasst würden. In vielen Fällen haben wir bei der Rechtsverfolgung das Problem, dass die Zuordnung von Behandlungsfehlern und Verstößen gegen die Aufklärungspflicht unklar ist, weil die Namen fehlen. Ferner sollte der Patient das Recht auf Gegendarstellung einer unrichtigen Dokumentation erhalten, da sich ansonsten die Unrichtigkeit in weiteren Behandlungsunterlagen perpetuiert.

SVe Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Ich spreche auch für die BAGP. Die Ein-

sichtsrechte bleiben grundsätzlich gewahrt, allerdings sind die Ausnahmen nun großzügiger ausgestaltet, als dies bisher der Fall war, wo es nur die Beschränkung bei psychisch Kranken gab. Nun können erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe der Einsichtnahme entgegenstehen. Dies ist nicht zielführend und muss geändert werden. Es muss ganz klar sein, dass der Arzt eine sehr hohe und sehr präzise Begründungspflicht hat, wenn er eine Einsichtnahme verweigert. Die Begründung, dass Gefahren drohen, ist zu wenig. Ziel ist die Verbesserung des Einsichtsrechts. In der gegenwärtigen Rechtslage erhalten viele Patienten nur Akteneinsicht, wenn sie einen Anwalt einschalten. Es muss aber künftig so sein, dass der Arzt die Dokumentation ganz selbstverständlich zur Verfügung stellt und dass es für den Patienten kein Problem ist, dies vom Arzt zu verlangen. Dies muss auch für die elektronische Dokumentation gelten, was aber im Gesetzentwurf nicht enthalten ist.

SV Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen zum Thema Aufklärungspflichten bei IGeL-Leistungen. Die erste Frage richtet sich an den Verband der Privatkliniken, den Verband für Physiotherapie und den Verband der privaten Krankenversicherung. Es wird nun geregelt, dass der Behandelnde dann aufklären muss, wenn ihm bekannt ist oder wenn er hinreichende Anhaltspunkte dafür hat, dass Leistungen von Dritten nicht übernommen werden. Ich möchte wissen, ob Sie diese Formulierung für sachgerecht halten. Die zweite Frage richtet sich an den Caritasverband. Ist der Caritasverband der Auffassung, dass die IGeL-Leistungen im § 630e BGB ausreichend geregelt sind?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Wir halten es für schwierig, die wirtschaftliche Aufklärungspflicht in die Zuständigkeit des Leistungserbringers zu verlagern. Denn im Grunde wird nicht zwischen einer nachvollziehbaren und

einer weniger nachvollziehbaren Ablehnung einer Leistung unterschieden. Das heißt, auch eine den vertraglichen oder den gesetzlichen Grundlagen weniger angepasste Leistungsentscheidungspraxis fällt damit in den Haftungsbereich oder kann in den Haftungsbereich der Klinik fallen. Das ist ein großes Problem.

SV Heinz-Christian Esser (Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V. (ZVK)): Auch wir sehen hier ein großes Problem, das überraschenderweise in den Stellungnahmen nicht erörtert wurde. Adressat des Gesetzes sind auch die behandelnden Physiotherapeuten. Wenn ein Physiotherapeut erkennt, dass nicht ordnungsgemäß therapiert wurde, ist er verpflichtet, den Patienten über den Fehler des Arztes aufzuklären. Es kann sein, dass der Arzt nicht leitliniengerecht oder gar nicht verordnet hat, weil sein Budget angeblich erschöpft ist, oder dass er bei einem Schlaganfallpatienten einen dringend erforderlichen Hausbesuch nicht gemacht hat. Es gibt viele Beispiele. Ich verweise auf den GEK-Heilmittelreport 2007. Es stellt sich somit die Frage, wie der Psychotherapeut in einem hierarchisch geordneten Verordnungsverhältnis – der Physiotherapeut wird aufgrund einer ärztlichen Verordnung tätig und ist von dieser abhängig – der gesetzlich vorgegebenen Verpflichtung nachkommen soll. Dies wurde bisher nicht diskutiert. BMG und Justizministerium habe mir gemeinsam schriftlich mitgeteilt, dass dies nun so geregelt sei und dass wir damit zurechtkommen müssten. Dabei wurde auf die Rechtsprechung verwiesen. Meines Erachtens deckt die Rechtsprechung dies in dieser Form bisher nicht ab.

SV Dr. Timm Gennett (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die Informationspflicht wird für die Privatversicherten mit der Begründung eingeschränkt, in der PKV gebe es viele unterschiedliche Tarifgestaltungen, so dass

es für den Arzt schwer sei, zu sagen, ob die Behandlung von der Krankenversicherung übernommen werde. Insofern fallen die Privatversicherten tendenziell durch den Rost. Wir empfehlen für die privat Versicherten, die Selbstzahler sind und zunächst die Kosten der Heilbehandlung voll übernehmen, eine Informationspflicht einzuführen, die klarstellt, dass ab einem bestimmten Kostenrahmen – wir haben 300 Euro veranschlagt – der Arzt über die zu erwartenden Kosten informieren muss. Es kann nämlich durchaus sein, dass der privat Versicherte einen Selbstbehalt hat und die Kosten voll übernehmen muss, da er diese Rechnung nicht zur Kostenerstattung einreicht.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Aufklärungspflichten zu den IGeL-Leistungen halten wir für ausreichend. An die Aufklärung werden drei Anforderungen gestellt: Der Behandelnde oder eine Person die hierzu befähigt ist muss aufklären, die Sprechstundenhilfe kann dies nicht übernehmen. Es muss eine Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Behandlung eingeräumt werden. Eine Bedenkzeit von 24 Stunden ist durchaus angebracht. Dies müsste natürlich im SGB V und nicht im BGB geregelt werden. Die einzige Einschränkung würde ich bei der Form der Aufklärung machen. Die kann mündlich erfolgen und sollte nur im Bedarfsfall in Textform sein. Bei den IGeL ist es unbedingt erforderlich, dass die Schriftform eingehalten wird. Aber auch dies wäre im SGB V und nicht im BGB zu regeln.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer und die KBV. Sie haben gesagt, die Trennung der IGeL-Leistungen von den Leistungen der GKV sei nicht praktikabel. Sie empfehlen aber in Ihrem IGeL-Ratgeber unter Punkt 8: „Von Ausnahmen abgesehen sollten individuelle Gesundheitsleistungen nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht

werden.“ Ich frage mich, warum Sie dies empfehlen, obwohl Sie gegen eine 24-stündige Bedenkzeit sind. Vielleicht können Sie das noch einmal erklären?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Zwischen den beiden Aussagen besteht kein Widerspruch. Meine Ausführungen bezogen sich nicht auf die zeitliche Trennung, sondern darauf, dass in einem Behandlungsakt nicht im Rahmen des Sicherstellungsauftrages behandelt werden darf und gleichzeitig eine Behandlung als individuelle Gesundheitsleistung erfolgen kann. Dies verbietet der Vertrag, den der Arzt mit der kassenärztlichen Vereinigung geschlossen hat. Die Trennung bezieht sich nicht auf die zeitliche, sondern auf die inhaltliche Ebene. Sie muss aus abrechnungstechnischen Gründen, damit der Arzt nicht gegen seinen Vertrag gegenüber der KV verstößt, eingehalten werden. Eine vorgeschriebene 24-stündige Frist für eine IGeL-Leistung ist etwas anderes. Das ist eine Entmündigung des Patienten.

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich schließe mich den Ausführungen an. Ausgangspunkt ist die Einheitlichkeit des Behandlungsfalles nach Bundesmantelvertrag. Diese verbietet es, innerhalb eines konkreten Behandlungsfalles und im Rahmen einer einheitlichen Therapie sowohl GKV- als auch Privatleistungen als IGeL-Leistungen zu erbringen. Nur hierauf bezieht sich der Punkt 8. Damit ist aber nicht gemeint, dass es eine zeitliche Zäsur von mindestens 24 Stunden geben muss.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Ich glaube, es ist deutlich geworden, dass die Trennung von GKV-Behandlungen und IGeL-Leistungen sehr problematisch ist. Mich würde interessieren, wie Sie unseren Vorschlag beurteilen, dass die Patientinnen und Patienten nach jedem größeren medizinischen Eingriff ein

Schreiben erhalten sollen, das über den Verlauf und eventuell aufgetretene Komplikationen aufklärt. Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die BAG SELBSTHILFE, die Caritas und das IQWiG.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir beurteilen den Gedanken, der hinter dem Vorschlag steht, extrem positiv. Es sollte eine Kaskade geben. Zunächst ist es wichtig, die Defizite in der Dokumentation innerhalb der Patientenakten zu beseitigen, da noch nicht jede Lücke geschlossen ist, die vernünftigerweise geschlossen werden müsste. Weiter ist es wichtig, dass der Patient das selbstverständliche Recht erhält, zeitnah und ohne Beeinträchtigungen einen vollständigen Einblick in seine Patientenakten zu bekommen. Hinsichtlich Ihres Vorschlags müsste man definieren, bei welchen schwerwiegenden Eingriffen auch eine schriftliche Aushändigung der entsprechenden Dokumentation sinnvoll ist. Ich glaube eines ist wichtig, das ist ein Kanon. Die schriftliche Dokumentation sollte nach unserer Auffassung jenen Fallkonstellationen vorbehalten bleiben, die von besonderer Schwere und besonders risikobehaftet sind. Die Informationen müssen auf das Notwendige und Wichtige konzentriert sein. Es sollte keine sinnlose Informationsflut produziert werden.

SVe Dr. Siiri An Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Auch wir beurteilen den Vorschlag sehr positiv. Ich habe als Anwältin einen Fall erlebt, bei dem völlig unklar war, ob acht oder neun Operationen stattgefunden hatten. Die Patientin konnte auf Grund ihrer Beeinträchtigung ebenfalls nicht sagen, wie viele Operationen sie erlebt hatte. Hier wäre ein Patientenbrief sehr hilfreich gewesen.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir setzen uns ebenfalls dafür ein, dass ein Patientenbrief mit den im Antrag genannten Punkten in den Informationspflichten verankert wird. Dieser sollte aber nur für spezifische Fälle, zum Beispiel eine Operation, verankert werden. Ein Patientenbrief sollte dem Patienten immer dann ausgehändigt werden, wenn er von der stationären zur ambulanten Behandlung wechselt. Ein weiterer spezifischer Fall wären schwerwiegende Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf, bei denen sich die Diagnosen im Verlauf ändern und deshalb Therapieanpassungen notwendig sind. Grundsätzlich sollte der Patientenbrief dann ausgehändigt werden, wenn der Behandelnde erkennt, dass der Patient die im Rahmen der Informationspflicht erhaltenen Informationen nicht verstanden hat, weil er dement oder schwerhörig ist oder weil er nach einer Diagnose unter Schock steht. Der Patient soll in diesen Fällen zur Sicherheit einen Patientenbrief an die Hand bekommen, damit er in Ruhe nachlesen kann, welche Behandlungen er erhalten hat. Zudem erhöhen sich durch den Patientenbrief bei einem Behandlungsfehler die Klagechancen des Patienten. Deshalb sollte der Patientenbrief bei den Informationspflichten nach § 630c verankert werden.

SV Dr. Klaus Koch (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)): Ich kann ergänzen, dass es im britischen Gesundheitswesen bereits einen ähnlichen Vorschlag gab und Erfahrungen hierzu vorliegen. Seit 2004 wurden die Arztbriefe, die zwischen Klinik und niedergelassenem Allgemeinarzt verschickt werden, in Kopie auch an die Patienten verschickt. Diese Information wurde von den Patienten als sehr positiv bewertet. Diskutiert wurde aber der Aufwand. Vorausgegangen war eine Pilotphase in der ein Leitfaden zur guten Praxis des Schreibens der Arztbriefe entwickelt wurde.

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich bedanke mich für die Fragen und Antworten in diesem zweiten Themenblock und die hohe Disziplin aller Beteiligten. Ich unterbreche die Anhörung bis 16.00 Uhr.

Block III: Änderungen im SGB V

Die **Vorsitzende**: Im dritten Themenkomplex behandeln wir die für den Bereich des SGB V vorgesehenen Gesetzesänderungen. Das Verfahren ist das des Ausschusses für Gesundheit.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Hohnl, die Deutsche Krebshilfe und den Bundesverband der Hörgeräteakustiker. Wie bewerten Sie die geplante Regelung zu den Bewilligungsfristen in § 13 SGB V? Inwieweit wird diese Änderung zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren führen? Von der KZBV möchte ich wissen, ob das Verfahren und die Fristen vor dem Hintergrund der Regelung zum Gutachterwesen im Bundesmantelvertrag für sachgerecht und die Fristen ausreichend sind. Eine Ergänzungsfrage geht an den vdek, der in seiner Stellungnahme fordert, dass psychotherapeutische Leistungen, für die es bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren gibt, von dieser Regelung ausgenommen werden. Warum erachten Sie dies für notwendig? Gerade wurde erläutert, dass weder KBV noch Ärzte darüber informiert sind, welche Leistungen Kassenleistung sind. Deshalb möchte ich von der KBV wissen, ob sie an der Bewilligung oder der Festsetzung von Kassenleistungen beteiligt ist.

ESV **Jürgen Hohnl**: Die Innungskrankenkassen bewerten die gesetzlichen Fristen von drei bzw. fünf Wochen sehr positiv. Wir sind der Auffassung, dass es für eine Krankenversicherung möglich sein muss, in dieser Zeit eine Leistung zu genehmigen bzw. voranzutreiben. Die Verzugsetzung ist ebenfalls ein Punkt, den wir für wichtig und überfällig halten. Dies liegt vielleicht daran, dass die Innungskrankenkassen handwerkliche Krankenversicherungen sind und die Verzugsetzung aus ihrem Trägerbereich bekannt ist. Bei der Frage der Kostenerstattung sind wir aber der Auffassung, dass es eine Nachbesserung

geben muss. Wenn die Leistung selbstständig eingekauft wird, muss sichergestellt sein, dass sie nur von zugelassenen Leistungserbringern erbracht wird und dass das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wird, da es ansonsten Probleme gibt. Zur Frage, ob die Leistungsbewilligung in der Krankenversicherung durch die Fristsetzung beschleunigt wird, kann ich für die Innungskrankenkassen sagen, dass wir eigentlich in den allermeisten Fällen innerhalb der Frist antworten. Für die Anträge, bei denen dies nicht so ist, wird es durch diese Regelung sicherlich eine Beschleunigung des Verfahrens geben.

SVe **Hilde Schulte** (Deutsche Krebshilfe e. V. (DKH)): Entschuldigung, ich habe die Frage nicht gehört, ich war noch nicht im Raum.

SVe **Marianne Frickel** (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (biha)): Die biha begrüßt den neuen § 13 Absatz 3a, der die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen regeln soll. Gerade die Hörgeräteakustiker und auch andere Gesundheitshandwerke haben festgestellt, dass Kostenvoranschläge der Leistungserbringer und Leistungsanträge teilweise über mehrere Wochen bzw. auch Monate nicht bearbeitet wurden. Das lange Hinauszögern einer Entscheidung seitens der gesetzlichen Krankenkassen durch den Nichterlass eines entsprechenden Verwaltungsakts verhindert, dass der Versicherte sich ein Hilfsmittel beschaffen und dass er letztendlich dem Verwaltungsakt der Krankenkasse widersprechen kann. Ich möchte Ihnen ein Beispiel nennen. Seit Dezember 2009 gibt es einen neuen Festbetrag für die Versorgungen von an Taubheit grenzende Schwerhörige, weshalb die Versicherten viele Kostenvoranschläge bei den Krankenkassen einreichten. Das Kostenvoranschlagsverfahren war u. a. notwendig geworden, weil in einigen Regionen die Krankenkassen keinen wohnortnahen Versorgungsvertrag realisieren wollten und somit keine kollektiven Versorgungsverträge geschlossen hatten.

Einige dieser Krankenkassen sind dann dazu übergegangen, nur mit einzelnen Leistungserbringern Verträge zu schließen. Damit haben sie letztendlich wiederum andere Leistungserbringer zu einem opportunen Versorgungsvertrag, ich möchte sagen, erpresst. Diese wurden zur Unterschrift gezwungen, ohne dass weitere Verhandlungen auch mit den Verbänden geführt wurden. Die bereits von den Versicherten eingereichten Kostenvorschläge wurden und werden zum Teil bis heute nicht genehmigt oder sogar abgelehnt. Dies führt wiederum zu einem Druck auf die Leistungserbringer, die sich letztendlich gezwungen fühlen, einem solchen opportunen Vertrag beizutreten. Wir sehen, dass der Versicherte quasi in Geiselhaft genommen wird, um den einseitigen Vertragsdruck einzelner Krankenkassen auszuhalten. Von der Einführung des § 13 Absatz 3a versprechen wir uns, dass dieser Praxis ein Ende gesetzt wird.

Sve Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Im Bereich der psychotherapeutischen Leistungen gibt es ein spezielles Gutachterverfahren, das von der vorgesehenen Regelung des § 13 Absatz 3a ausgenommen werden müsste. Für den Bereich der Psychotherapie werden rund 300.000 Bewilligungsanträge gestellt, die in das Gutachterverfahren gehen. Die sogenannten probatorischen Leistungen und der Großteil der Kurzzeitpsychotherapien gehen nicht in das Gutachterverfahren und sind nicht bewilligungsfähig. Für die restlichen Psychotherapien, Folgebehandlungen und Langzeittherapien haben die Krankenkassen mit der KBV ein Genehmigungsverfahren vereinbart, das vorsieht, dass möglichst innerhalb von zwei Wochen die gutachterliche Stellungnahme eines psychotherapeutischen Gutachters vorliegen soll. Wird das Gutachten in diesem Zeitraum durchgeführt, ist es kein Problem, die gesetzlichen Fristen einzuhalten. Es gibt aber immer wieder Fälle, bei denen der Gutachter Rückfragen an den beantragenden Therapeuten hat. Oftmals ist es so, dass der Gutachter sowohl

den Erstantrag als auch den Verlängerungsantrag begutachtet muss. Dadurch entsteht ein zeitlicher Engpass. Deshalb möchte ich darum bitten, dass die psychotherapeutische Leistungserbringung von dieser Regelung ausgenommen wird, da hier andere Rahmenbedingungen gelten. In der Praxis entsteht für den Versicherten kein Nachteil, da die Behandlung zunächst auch ohne Begutachtung und Genehmigung der Krankenkassen möglich ist.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Die Zahnärzte haben gemeinsam mit der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahren ein Erfolgsmodell etabliert, das zu kippen droht, wenn man sich allzu sehr an diese Fristen bindet. Das Modell beruht darauf, dass wir in den Leistungsbereichen Zahnersatz, Kieferorthopädie, Parodontologie und in bestimmten Ausnahmefällen im Bereich der Implantologie im Einvernehmen mit den Kassen Gutachter ausgewählt haben. Diese Gutachter sind Praktiker, die nicht nur den hohen wissenschaftlichen, sondern auch den Alltagsblickwinkel haben. Der Gutachter muss innerhalb von zwei Wochen sein Gutachten erstellen. Allerdings muss man die Vorlaufzeit bei den Krankenkassen beachten. Manchmal ist es nicht möglich, auch wegen notwendiger Rückfragen, das Verfahren innerhalb von fünf Wochen durchzuführen. Wir würden es begrüßen, wenn dieses Erfolgsmodell der Selbstverwaltung weiterhin Bestand haben könnte und nicht durch gesetzliche Fristen in seinen Grundfesten gefährdet wird.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Eine gesetzliche Norm ist immer dann erforderlich, wenn man durch möglichst systematische Erhebung der Realität feststellt, dass es ein Problem gibt. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass der überwiegende Teil der von den Krankenkassen zu genehmigenden Anträge innerhalb dieser Fristen bereits genehmigt wird. Im Bereich der Psychotherapie, des Zahnersatzes, der

Implantologie und teilweise bei der Hilfsmittelversorgung gibt es oftmals sachlich begründete und inhaltlich nachvollziehbare Situationen, in denen die Genehmigung auch länger dauern kann. Deshalb sind wir der Auffassung, dass die Norm ein Problem angehen will, das in der unterstellten Form nicht existiert. Für die Patientinnen und Patienten werden durch die durchaus sinnvollen Überprüfungs-, Genehmigungs- und Beratungsverfahren neue Schwierigkeiten geschaffen. Deshalb sollte man, wenn man die Fristen beibehalten möchte, insbesondere im Bereich des Zahnersatzes, der Zahnheilkunde und der Psychotherapie Ausnahmen zulassen. Eine Anmerkung zum Beitrag der Bundesinnung. Der Gesetzgeber geht bei der Hörgeräteversorgung davon aus, dass die Versorgung mit qualifizierten, medizinisch sinnvollen Hörgeräten in der Regel zum Festbetrag erfolgen soll, was die deutschen Hörgeräteakustiker ignorieren. Sie versorgen nur zu 30 Prozent mit Hörgeräten zum Festbetrag.

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Hinsichtlich der Frage, ob und inwieweit die KBV an der Leistungsbewilligung beteiligt ist, muss man zwei Ebenen unterscheiden: In die Einzelfallfrage, ob ein GKV-Versicherter eine GKV-Leistung also ein bestimmtes Heil- oder Hilfsmittel erhält, ist die KBV nicht involviert. Dies entscheidet die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten. Bei der Entscheidung der Frage, ob eine Leistung grundsätzlich eine GKV-Leistung ist oder nicht, ist die KBV als Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses natürlich beteiligt. Das heißt, der einzelne Vertragsarzt weiß durchaus, welche Leistung eine Kassenleistung ist und welche nicht. Er muss dies auch entsprechend abrechnen. Dies bedeutet aber noch lange nicht, dass er, wie hier gefordert, gegenüber dem Patienten begründen kann, weshalb eine bestimmte Leistung eine IGeL- und keine GKV-Leistung ist. Warum eine Leistung nicht als GKV-Leistung abgerechnet werden darf, kann an der fehlenden Wirt-

schaftlichkeit oder Zweckmäßigkeit oder am Stand der medizinischen Erkenntnisse liegen. Es können aber auch politisch motivierte Gründe sein. All dies ist dem Vertragsarzt natürlich nicht bekannt, da diese Diskussionen im Gemeinsamen Bundesausschuss geführt werden. Sie lässt sich nicht in die Arztpraxis verlagern.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Fragen beziehen sich auf einen Änderungsantrag, den die Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebracht haben und der sich mit dem Ruhen der Approbation bei einer fehlenden oder nicht ausreichenden Haftpflichtversicherung befasst. Ich frage die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, den Berufsverband der Kieferorthopäden, den Deutschen Caritasverband und die Justiziarin des Marburger Bundes, ob sie mit einer solchen Regelung einverstanden sind. Vom GDV möchte ich wissen, in wie vielen Fällen der Versicherungsschutz von Ärztinnen und Ärzten bei Haftpflichtansprüchen nicht oder in nicht ausreichendem Maß bestand.

SV Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Kern begrüßen wir, dass die Möglichkeit geschaffen wird, bei fehlender Haftpflichtversicherung die Approbation zum Ruhen bringen zu können. Die Frage ist aber im Detail schwierig zu lösen, weil noch nicht alle Ärztekammern die sogenannten entgegennehmenden Stellen nach § 117 Versicherungsvertragsgesetz sind. Aber nur diese Stellen erfahren, dass ein Arzt keine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat. Dies müsste zunächst in den Landesärztekammergesetzen klar geregelt werden. Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe der AOLG, der leitenden Ministerialbeamten der Länder, haben wir den Konsens, dass in den Kammergesetzen der Länder ein Passus ergänzt werden soll, wodurch die Ärztekammern zu entgegennehmenden Stellen nach dem Versicherungsvertragsgesetz werden. Die Beantwortung der Frage, ob eine Haftpflicht-

versicherung ausreichend ist, stellt ein weiteres Problem dar. Denn wie soll eine Ärztekammer prüfen, ob eine Haftpflichtversicherung ausreichend ist für das, was der Kollege in seiner Praxis tut. Es müsste ein Kontrollmechanismus aufgebaut werden, um den Umfang der individuellen Tätigkeit jedes Kollegen nachzuweisen. Wir schlagen deshalb eine ähnliche Regelung wie bei den Rechtsanwälten vor. Der Rechtsanwalt muss erklären, dass der Versicherungsschutz ausreichend ist. Wir sind aber bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Es ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Wir glauben aber auch, dass entsprechend dem Vorbild der Bundesrechtsanwaltsordnung eine stärkere Nachweispflicht statuiert werden muss. Ich kann mich bezüglich des ausreichenden Versicherungsschutzes Prof. Montgomery anschließen. Wir schlagen im Übrigen vor, eine Mindestversicherungssumme von 250.000 Euro pro Fall zu statuieren.

SV Stefanie Gehrlein (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Bundesverband): Wir schließen uns den Ausführungen der Bundesärztekammer an, sind allerdings auch der Auffassung, dass die Länder dafür sorgen müssen, dass Überprüfungsmechanismen geschaffen werden, damit bei Approbationserteilung und für die praktische Tätigkeit eine entsprechende Haftpflichtversicherung sichergestellt ist.

SV Norbert Markut (Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)): Die entsprechenden Berufsregelungen für die Zahnärzte sehen bereits jetzt eine Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung vor. Insofern würden wir uns auch der Auffassung der Bundesärztekammer anschließen, dass es vielfach ein Problem ist,

von Kündigungen der Berufshaftpflichtversicherungen Kenntnis zu erlangen. Wir halten es für sinnvoll, analog den Rechtsanwälten eine Meldepflicht im VVG einzuführen.

SV Sascha Milkereit (Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. (BdK)): Wir schließen uns den Ausführungen der Bundeszahnärztekammer an.

SV Nils Hellberg (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)): Wir haben keine Statistiken darüber, wie viele Ärzte nicht versichert sind. Wir haben nur Daten zu den versicherten Ärzten. Aber auch hier liegen uns keine Statistiken darüber vor, in wie vielen Fällen der Versicherungsschutz unzureichend war und deshalb der Schaden nur zum Teil reguliert werden konnte. Natürlich sind wir auch dran interessiert, dass es keine unversicherten Ärzte gibt und würden uns an einer weiteren Diskussion beteiligen wollen.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Ich habe zum Thema Qualitätssicherung Fragen an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Es ist nach § 135a SGB V vorgesehen, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement im stationären Bereich aufzubauen. Wie beurteilen Sie dieses Vorhaben? Wie sind Sie bisher mit Beschwerden umgegangen? Wie beurteilen Sie ein Beschwerdemanagement mit Blick auf andere Leistungsbereiche?

SV Ingo Schliephorst (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das patientenorientierte Management ist bereits Bestandteil des internen Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern und in den meisten Ländern landesrechtlich ausdrücklich geregelt. Es ist ein wesentlicher Bestandteil für die Fehlervermeidung. Allerdings darf es nicht auf den Bereich der stationären Behandlung beschränkt werden, sondern muss auf alle

Leistungserbringer übertragen werden. Insofern ist die beabsichtigte Regelung in § 135a Absatz 2 Nummer 2 zu eng. Wir plädieren für eine Ausdehnung. Dann wären z. B. Einrichtungen im KTQ-System (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) Bestandteil.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Meine Fragen gehen an den AOK-Bundesverband und an den Verband der Ersatzkassen. Patienten müssen oft lange warten, bis sie wissen, ob sie Opfer eines Behandlungsfehlers geworden sind. Wie hat sich die Zahl der Versicherten, die sich an Sie gewandt haben, entwickelt? Wie unterstützen Sie die Versicherten bei vermuteten Behandlungsfehlern? Wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf, um die Patientenrechte entsprechend zu stärken?

SVe **Dr. Anja Mertens** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Bei der Entwicklung des Behandlungsfehlermanagements können wir auf eine zwölfjährige Erfahrung zurückgreifen. Die AOK hat freiwillig ein solches System als Zusatzangebot für die Versicherten flächendeckend implementiert. Die Versicherten werden bereits mit unterschiedlichen Angeboten unterstützt. Wenn ein Patient zu den spezialisierten Mitarbeitern eines AOK-Service Teams kommt, wird zunächst versucht, das gestörte Arzt-Patienten-Verhältnis wieder in Takt zu bekommen. Die Erfahrung der vergangenen zehn Jahre hat gezeigt, dass sich viele Auseinandersetzungen durch den Dialog erledigen. Das Unterstützungsangebot beinhaltet auch die Aufklärung über die Rechtswege und andere Möglichkeiten der Begutachtung, z. B. Ärztekammern, Schlichtungsstellen oder der Weg zu Verbraucher- und Patienteneinrichtungen. Ein wichtiges Angebot ist, dem Patienten zu helfen, den Sachverhalt zusammenzustellen, auf Wunsch die Kranken- und Behandlungsunterlagen einzufordern und diese, wenn sich der Verdacht eines Behandlungsfehlers erhärtet, an den MDK zur gutachterlichen Begutachtung weiter

zu geben. Natürlich wird mit dem Patienten auch die weitere medizinische Versorgung besprochen. Wenn es zu keiner außergerichtlichen Einigung mit dem Arzt oder dessen Haftpflichtversicherer kommt, steht der Patient vor der Aufgabe, einen Rechtsstreit zu führen, was nicht einfach ist. Die Patienten sollten grundsätzlich durch ihre Krankenkassen unterstützt werden. Denn in der Regel sind auch bei den Kranken- und Pflegekassen Kosten entstanden, die nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen selbst übergehen. Da es sich um die gleichen Ansprüche handelt, besteht hier die Möglichkeit der Zusammenarbeit. Uns wäre wichtig, dass man die Unterstützungsangebote in der Gesetzesbegründung auflistet. Soweit ich aus den Gesetzeskommentierungen weiß, ist es für die Kassen unproblematisch, medizinische Gutachten kostenlos an die Patienten weiterzugeben. Allerdings darf sich die Kasse nicht an den Kosten des Rechtsstreits und anderen Gutachten beteiligen. Wenn die Kasse einen Nutzen von der Klage des Patienten hat und so selbst Kosten spart, dann müsste es möglich sein, dass sie sich nach eigenem Ermessen an geeigneten Fällen beteiligen kann. Die Kommentierung verneint dies bisher. Es wäre auch wichtig, dass die Unterstützungsvorschrift des § 66 SGB V auf fehlerhafte Medizinprodukte und fehlerhafte Arzneimittel erweitert wird. Oft ist streitig, ob es sich um einen Behandlungsfehler handelt oder ob der Schaden durch ein fehlerhaftes Medizinprodukt entstanden ist. Dies sollte in der Vorschrift explizit geregelt werden. Auch in diesen Fällen können die gesetzlichen Krankenkassen über das Know-how des MDS, der die medizintechnischen Begutachtungen vornehmen kann, die Patienten unterstützen.

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir unterstützen ebenfalls die weitere Konkretisierung der Regelung. Seit vielen Jahren betreuen und beraten die Ersatzkassen ihre Versicherten aktiv bei Behandlungsfehlern. Pro Jahr gehen mehr als 10.000 Fälle von Behandlungsfehlern ein. Nach einem Erstgespräch

werden 70 Prozent dieser Fälle näher untersucht. Zwischen 15 und 20 spezialisierte Mitarbeiter sind in besonderen Kompetenzzentren zusammengefasst und stehen für eine entsprechende Beratung zur Verfügung. Die gemachten Erfahrungen sind durchweg positiv. In den meisten Fällen wird zunächst der Klärungsprozess strukturiert. Mit Unterstützung der spezialisierten Sachbearbeiter kann dann ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben werden. Die Sachverhalte können mit der Zielsetzung, gemeinsam mit dem Versicherten und dem betroffenen Leistungserbringer eine außergerichtliche Einigung anzustreben, entsprechend aufgearbeitet werden. Es geht um Regress, Schadensersatz und Schmerzensgeld. Oft kann bei einer gut strukturierten Vorarbeit auf einen Prozess um Schmerzensgeld verzichtet werden, da dieses häufig von den Versicherern anerkannt wird. Bei der praktischen Arbeit berichten unsere Mitgliedschaften, dass die Einsichtnahme in die Patientenakte problematisch ist. Die Kassen fragen mit schriftlicher Zustimmung des Patienten um Einsicht in die Patientenakte nach. Eine entsprechende schriftliche Erklärung erhält auch der Arzt oder das Krankenhaus. In neun von zehn Fällen gibt es aber Probleme, die entsprechenden Informationen zu erhalten. Die Krankenhäuser erklären, sie würden die Unterlagen nur an den MDK übergeben, wie es zum Teil bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen üblich ist. Aber dies sind unterschiedliche Sachverhalte. Durch dieses Verhalten wird die Unterstützungshandlung und die Schadensklärung bis hin zur Schadensersatzfestsetzung sehr stark behindert. Deshalb möchte ich anregen, dass eine konkretisierende Regelung aufgenommen wird. Die Krankenkassen sollten nach der schriftlichen Zustimmung des Versicherten das Recht haben, die Patientendokumentation einsehen zu dürfen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Rosenbrock und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wenn Ärzte IGeL-Leistungen anbieten, wissen Sie, was diese kosten, da es ent-

sprechende Listen gibt, und die Patienten werden darüber aufgeklärt. Müsste man nicht von Ärzten, die IGeL-Leistungen anbieten, verlangen können, dass sie wissen, welchen Status eine IGeL-Leistung hat? Das heißt, dass beispielsweise die Glaukom-Untersuchungen in bestimmten Fällen eine Leistung der Krankenkasse ist, dass der gemeinsame Bundesausschuss die Leistung als Kassenleistung abgelehnt hat, weil sie keinen Nutzen hat oder dass kein Antrag auf Aufnahme in den GKV-Katalog gestellt wurde wie bei der Bioresonanztherapie.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Ärzte müssen sowohl über ihr Tun und die Evidenzbasis, auf der sie agieren, als auch über die Kosten von Leistungen informiert sein, zumal es sich um ihren Umsatz handelt. Deswegen ist die Forderung, dass Ärzte im Rahmen der Patientenaufklärung die Evidenz und die Kosten erörtern, völlig berechtigt und sollte nicht aufgegeben werden. Zusätzlich sollte man dem Vorschlag folgen und in den Praxen Plakate aushängen, die über den Evidenzstatus und den Preis der Leistungen informieren. Es sollten auch die Fälle aufgelistet werden, bei denen die GKV die Kosten der Leistung übernimmt. Das wäre die beste Gewähr dafür, dass die Ärzte ihren Aufklärungspflichten nach dem neuen BGB-Behandlungsvertrag nachkommen.

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Selbstverständlich muss der Arzt wissen, welche Leistungen keine Kassenleistungen sind. Wenn er sie dennoch erbringt, muss er den Preis kennen und dem Patienten erläutern können. Aber die tiefen Verästelungen der Gründe, weshalb eine Leistung IGeL-Leistung und keine Kassenleistung ist, kann der Arzt nicht kennen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe noch eine Frage an Herrn Heynemann. Die

SPD schlägt in ihrem Antrag ein Mediations- und Schiedsverfahren vor. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

ESV RA Jörg Heynemann: Ich finde den Vorschlag sehr gut. Ich habe zwar äußerst selten Erfahrungen mit den Mediationsverfahren im Arzthaftungsrecht gemacht, diese wenigen waren aber durchaus positiv. Eine Zeit lang haben die Gerichte regelmäßig Mediationsverfahren vorgeschlagen. Meine Kollegen und ich waren hierzu auch bereit, nicht aber die Haftpflichtversicherungen. Deshalb kamen die Verfahren nicht zustande. Ich habe mit zwei niedergelassenen Ärzten, die nicht versichert waren, Mediationsverfahren durchgeführt. Es kam jeweils zu einer Einigung, weil man auf beiden Seiten Verständnis für die jeweilige Situation des anderen wecken konnte. Der Patient erfuhr, was den Arzt dazu bewogen hat, vielleicht falsch zu handeln, und auch der Arzt erhielt eine andere Sicht auf den Patienten. Deshalb wären Mediationsverfahren ein Weg zu einer schnelleren Lösung und zu einem Ausgleich zwischen Arzt und Patient. Falls dies auf freiwilliger Basis nicht möglich ist, könnte man, analog des Familienrechts, regeln, dass ein Mediationsverfahren vorgeschaltet werden muss. Problematischer könnte es sein, wenn Krankenhäuser oder Krankenhausträger betroffen sind. Dort gibt es eine arbeitsteilige Verantwortung. Deshalb weiß man nicht genau, mit wem man das Mediationsverfahren durchführen soll.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Ich komme auf die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen und die Neuregelung des § 13 SGB V zurück. Mich würde von der Caritas interessieren, wie sie diese Neuregelung beurteilt und ob diese zu einer Beschleunigung der Verfahren führen wird.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Frage ist nicht ganz leicht zu beantworten. Es kann zu einer

Beschleunigung der Verfahren kommen. Es kann aber auch dazu führen, dass bei drohender Überschreitung der Frist die Krankenkasse die Leistung zunächst ablehnt. Der Patient muss nun in Widerspruch gehen, was das Verfahren in die Länge zieht. Für uns ist es problematisch, dass der Gesetzgeber einen hinreichenden Grund verlangt, damit sich der Patient im Wege der Kostenerstattung das Hilfsmittel oder eine andere Leistung selbst beschaffen kann. Der Patient wird wahrscheinlich nicht in der Lage sein, rechtssicher zu erkennen, was ein solcher hinreichender Grund ist. Dafür müsste es Spezifikationen im Gesetz geben. Andernfalls glauben wir, dass die Regelung, die zur Beschleunigung des Verfahrens gedacht ist, weitgehend ins Leere laufen wird. Der Patient wird es nicht wagen, das Mittel der Ersatzbeschaffung in Anspruch zu nehmen, weil er Angst hat, auf den Kosten sitzen zu bleiben.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage betrifft den Behandlungsfehler und die Regelung in § 66 SGB V und geht an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft. Künftig sind die Krankenkassen bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zur Unterstützung des Patienten verpflichtet. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

SV Nils Hellberg (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)): Es ist grundsätzlich sinnvoll, die Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen. Die Gründe haben wir schon verschiedentlich gehört. Allerdings haben wir festgestellt, dass die gesetzlichen Kassen verstärkt versuchen, Regressansprüche gegenüber dem Haftpflichtversicherer geltend zu machen, weil sie ihre Heilbehandlungskosten regressieren und nicht weil sie den Versicherten unterstützen wollen. Dieser Umstand prägt die Schadenlast sehr stark und gilt insbesondere bei sogenannten Personengroßschäden, die zumeist von

Hebammen, Krankenhäusern oder von Ärzten mit sogenannten schweren Fachrichtungen zu tragen sind. Wenn dies künftig weiter ausgedehnt werden soll, halten wir das für grundsätzlich schwierig. Wir finden es besser, vor der Wahrnehmung und Durchführung von Regressen standardmäßig den Medizinische Dienst der Krankenkassen einzuschalten. Hierdurch würde man vernünftige Hinweise auf die Durchsetzbarkeit der Ansprüche erhalten, das Regressverfahren ließe sich zielgerichteter durchführen und die Haftpflichtversicherer hätten es leichter mit der Anerkennung von Ansprüchen und der entsprechenden Regulierung. Derzeit haben wir es häufig mit unqualifizierten Anträgen zu tun, die aber trotzdem bearbeitet und auch abgewehrt werden müssen. Es wäre besser, dem Patienten das Recht auf ein medizinisches Gutachten einzuräumen, da dann der Regress zielgerichteter und auch durchführbar wäre.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Ich komme zur nationalen Kontaktstelle. Die Frage richte ich an den GKV-Spitzenverband, die PKV, die DKG und die KBV. Die Patientenmobilitätsrichtlinie verpflichtet die Mitgliedstaaten der EU, bis zum Oktober 2013 eine nationale Kontaktstelle zu errichten. Wie bewerten Sie den vorgelegten Regelungsvorschlag? Vor allen Dingen interessiert mich, welche Voraussetzungen nach Ihrer Ansicht eine nationale Kontaktstelle erfüllen muss, um sowohl den Interessen der Versicherten als auch den Interessen der in Anspruch genommenen Leistungserbringer zu genügen.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband hat zwar die Diskussion um die Frage, wie diese EU-Richtlinie in bundesdeutsches Recht umgesetzt werden soll, in den letzten Monaten intensiv verfolgt, aber keine Vorschläge dazu gemacht, wo die Kontaktstelle angesiedelt werden soll. Der Vorschlag, die Kontaktstelle beim GKV-Spitzenverband in der Abteilung

Deutsche Krankenversicherung Ausland anzusiedeln, halten wir für eine mögliche und sinnvolle Lösung. Es muss aber deutlich werden, dass es darum geht, in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Gruppen der Leistungserbringer das Informationsangebot entsprechend zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Natürlich benötigt man hierzu einen Vorlauf, um bis Oktober des nächsten Jahres eine solche Umsetzung auch gewährleisten zu können. Insofern ist eine zeitnahe Regelung richtig. Die Interessen sind allerdings deutlich verteilt. Von einer nationalen Kontaktstelle profitieren die stationären Einrichtungen aber auch andere Beteiligte. Deshalb rege ich an, die derzeit vorgeschlagene Kostentragungsregelung zu überdenken.

SV Dr. Timm Gennett (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die private Krankenversicherung hat einen anderen Blick auf diese Materie, da die privat Versicherten bereits seit Jahrzehnten den Rechtsanspruch auf eine Krankenversicherung im gesamten europäischen Ausland haben. Dagegen garantiert die EU-Richtlinie vor allem den gesetzlich Versicherten einen Rechtsanspruch. Gehen privat Versicherte ins Ausland, können sie verlässliche Informationen nur auf der Basis des Versicherungsvertrages ihres PKV-Unternehmens erhalten. Die vorgeschlagene Finanzierung der nationalen Kontaktstelle auch durch privat Versicherte ist nur schwer zu begründen und wird von uns abgelehnt.

SV Ingo Schliephorst (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Es handelt sich um eine EU-Richtlinie, die umgesetzt werden muss. Deshalb bietet natürlich auch die DKG Unterstützungsleistungen an. Wir entziehen uns nicht der Verpflichtung, sondern werden ein objektives Informationsangebot über die Leistungserbringer erstellen. Über die Angliederung der Stelle bei der DVKA, kann man kritisch nachdenken. Es mag aus der Gesamtschau konsequent erscheinen. Wir

finden dies aber im Hinblick auf eine möglichst objektive Information für die Informationen suchenden Patienten fraglich. Auch die Finanzierung dieser nationalen Stelle wird von uns äußerst kritisch gesehen. Zur Umsetzung einer staatlichen Aufgabe wird eine privatrechtliche Organisation der Selbstverwaltung mit einem Kostenblock von 25 Prozent herangezogen, sofern im Vertrag keine andere Regelung gefunden wird. Ist diese Zahl aber im Gesetz zementiert, dann muss man kein Prophet sein, um zu erkennen, dass eine Änderung nur schwerlich möglich ist. Wir sehen ebenfalls kritisch, ob die Vorteile, die mit der nationalen Stelle verbunden sein sollen, für die Leistungserbringer im stationären Bereich tatsächlich quantifizierbar nachzuverfolgen sein werden. Denn ob es durch die Teilnahme an der nationalen Stelle tatsächlich zu einer erhöhten Nachfrage von Behandlungsleistungen aus dem Ausland kommt, ist fraglich, und ob aufgrund der Teilnahme an dieser nationalen Kontaktstelle eine Erhöhung erfolgt, ist aus unserer Sicht sehr schwierig nachzuvollziehen.

SV Dr. Thomas Rompf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich schließe mich weitgehend der DKG an. Wir sehen die Verortung der nationalen Kontaktstelle bei der deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland ebenfalls kritisch. Im Hinblick auf die Interessen der Gesundheitsdienstleister ist für uns das zuständige Bundesministerium für Gesundheit in der Pflicht, diese staatliche Aufgabe zu erfüllen. Entsprechendes gilt für die Ausführungen der DKG zur Finanzierung der Kontaktstelle. Wir bitten zudem, folgenden Aspekt zu berücksichtigen: Auf Bundesebene werden der KBV und anderen Institutionen weitreichende Informationspflichten auferlegt. Die Informationen rund um die Gesundheitsdienstleister werden zumindest im Bereich der ärztlichen Versorgung überwiegend von den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene bereitgehalten. Das heißt, es werden, ohne dass es wahrscheinlich ge-

wollt ist, faktisch Zuständigkeiten oder Aufgaben auf die Bundesebene verlegt.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ich habe zu Beginn zwei Fragen an den Einzelsachverständigen Volker Loeschner. Es geht darum, wie in der Praxis Patientinnen und Patienten zu ihrem Recht kommen. Welche Probleme sehen Sie als Patientenanwalt bei der Inanspruchnahme von Schlichtungsstellen und welche Änderungen sind hier erforderlich? In diesem Zusammenhang ist das Gutachterwesen ein weiteres Thema. Wie bewerten Sie insbesondere die Forderung der Fraktion DIE LINKE., dass Qualitätsstandards für Gutachten festgesetzt werden müssen und die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter nachgewiesen werden muss?

ESV RA Volker Loeschner: Es fehlen einheitliche Standards für die Sachverständigen, das gilt auch für die gerichtlichen Sachverständigen. Die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sind häufig qualitativ zu beanstanden. Das eigentliche Problem stellen sogenannte Krähengutachten dar, in denen ein Mediziner einem anderen einen Freifahrtschein ausstellt. Die eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus. Die Forderungen der Fraktion DIE LINKE. sind daher zukunftsweisend. Es ist empfehlenswert, deutschlandweit einen Gutachterpool zu bilden und die Gutachter, z. B. die gerichtlichen Sachverständigen, Qualitätskontrollen zu unterziehen. Ein Sachverständiger, der für das Gericht ein Gutachten erstellt, sollte wissen, dass ein anderer Sachverständiger sein Gutachten im Hinblick auf die Verwertbarkeit gegenliest und bewertet. Eine solche institutionalisierte Gutachtenüberprüfung wäre im Sinne des Patienten, weil dessen Chancen, ein objektives Gutachten und damit ein faires Verfahren zu erhalten, steigen. Das Schlichtungsstellenverfahren ist bei den Ärztekammern angegliedert. Die Ärztekammern sprechen aber nicht gerne darüber, dass sie von den Haftpflichtversi-

cherern Geldzuwendungen für ihre Schlichtungsstellen erhalten. Für den Patienten drängt sich daher die Vermutung auf, „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“. Deshalb müssten auch für die Schlichtungsstellen einheitliche Qualitätsstandards implementiert werden. Außerdem sollten sie unabhängig von den Ärztekammern und Haftpflichtversicherern agieren. Die Schlichtungsstellen für Nachbarschaftsstreitigkeiten könnten ein denkbares Modell sein. Ein solches Schlichtungsverfahren, im Rahmen dessen der Patient ein Gutachten erhält, könnte dem gerichtlichen Verfahren vorgeschaltet werden.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet ich an den SoVD. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland benötigte in der Schlussphase des Modellprojekts bereits 5,8 Mio. Euro jährlich. Es stellt sich nun die Frage, ob jene 5,2 Mio. Euro, die im Augenblick für den Regelbetrieb zur Verfügung stehen, auskömmlich sein können und wie die Patientenberatungsstellen die Beratung im Rahmen des Patientenrechtegesetzes gewährleisten sollen?

SV **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir sind als Träger einzelner Einrichtungen an der unabhängigen Patientenberatung beteiligt und haben die Erfahrung gemacht, dass der Zulauf steigt. Das Modellvorhaben war ein Erfolg. Wir hätten uns gewünscht, dass in der Regelversorgung durch den Ausbau der UPD eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden kann. Das heißt, flächendeckend mehr Beratungsstellen, damit wirklich jeder wohnortnah das Angebot der UPD in Anspruch nehmen kann. Die jährlich bereitgestellten 5,1 Mio. Euro genügen nicht. Wir müssen aber bedenken, dass wir uns derzeit wieder in der Vertragsphase befinden und die Mittel nicht ad hoc aufgestockt werden. Ein neues Vergabeverfahren würde die bestehenden Strukturen und die Beratung der Patientinnen und Patienten wieder ge-

fährden. Da sich die derzeitigen Strukturen bewährt haben, sollte man von dem Fünfjahresrhythmus abweichen und längere Ausschreibungszeiträume sowie eine Institutionalisierung vorsehen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Welche Forderungen haben Sie hinsichtlich der Unterstützung, die Patientinnen und Patienten von ihrer Kasse erhalten sollen?

SV **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir wünschen uns eine Präzisierung der Unterstützungsleistungen. Dies könnte sicherlich in die Gesetzesbegründung genommen werden. Wichtig wäre z. B. die Verankerung kostenloser Gutachten durch den MDK und dass Gutachten unter Umständen auch interdisziplinär erstellt werden können. Außerdem sollten die Krankenkassen die Patienten vor Schlichtungs- und Gutachterkommissionen unterstützen können oder bei Rückfragen in den Gerichtsverfahren zur Verfügung stehen, da oft Folgegutachten der Gegenseite vorgelegt werden. Es wäre dann wichtig, wenn der MDK fachlich Stellung nehmen könnte. Die gesamte Unterstützung sollte auch auf den Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte ausgedehnt werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zu den Gutachten eine vertiefende Frage an die BAG Selbsthilfe. Welche Vorschläge haben Sie zur Verbesserung der Qualität der Gutachten? Ich habe eine ähnliche Frage an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Wie könnten die Gutachten vereinheitlicht, die Qualität gesteigert und die gerade im Medizinrecht erforderliche Spezialisierung erreicht werden?

SV Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ein unabhängiges Gutachterinstitut wäre wünschenswert. Bei den Gutachten haben wir oft das Problem, dass die fachlichen Standards sehr unzureichend erfüllt oder gar nicht vorhanden sind. Es bleibt weitgehend den Richtern überlassen, welche Anforderungen sie an die Gerichtsgutachter stellen. Zudem sind die Beweisbeschlüsse oft fehlerhaft, weil die Beweisfragen dem falschen medizinischen Fachgebiet zugeordnet werden. Ein Gutachterinstitut würde sicherlich die Standards im Gutachterwesen erhöhen. Dies ist auch wichtig, weil die Begutachtung regelmäßig die entscheidende Stellenschraube im Prozess ist und nicht selten der Prozessausgang davon abhängt.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Die Zahl der Gutachten steigt u. a., weil in den vergangenen fünf Jahren die Zahl der Krankenkassenaufträge um rund 40 Prozent gestiegen ist. Das hat uns aber in die Lage versetzt, spezielle Gutachterteams einzurichten, die neben dem Sachverstand im jeweiligen Fachgebiet auch entsprechende rechtsmedizinische Kenntnisse haben. Spezialisierung und Teamarbeit gibt es somit bereits. Der Medizinischen Dienst tauscht sich mit den Krankenkassen, die Aufträge erteilen, und deren Spezialisten aus den Regressabteilungen aus. Es gibt außerdem einen informellen Austausch mit den Schlichtungsstellen. Hinsichtlich der Qualitätsentwicklung ist durchaus einiges auf den Weg gebracht. Wir werden diese Richtung auch vor dem Hintergrund des § 66 weiter verfolgen, denn wir sind der Meinung, dass unsere Gutachten Bestand haben können und werden. Das haben auch die heutigen Beiträge deutlich gemacht.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Fragen

richte ich an die Norddeutsche Schlichtungsstelle. Im Gesetzentwurf wird auf eine Vereinheitlichung der Schlichtungsstellen im Bundesgebiet verzichtet. Wie stehen Sie dazu? Welche Vorschläge können Sie machen, damit bundesweit jeder Patient weiß, was ihn vor einer Schlichtungsstelle erwartet und wie das Verfahren abläuft? Könnten Sie sich vorstellen, dass die Verfahrensregelungen im Schlichtungsverfahren ähnlich wie die der Zivilprozessordnung ausgestaltet sind? Sollten die Patientenvertretungen einbezogen werden?

SV Johannes Neu (Schlichtungsstelle für Arzthaftungsfragen der norddeutschen Ärztekammern GbR): Das Bild der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist in der Tat sehr unterschiedlich. Das ist für die Rechtsöffentlichkeit verwirrend. Deshalb scheint die Forderung nach einer Vereinheitlichung der Verfahrensordnung gerechtfertigt. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer stellen wir gerade entsprechende Überlegungen an. Hinsichtlich der Zivilprozessordnung denke ich, dass die Patienten besser bei der Schlichtungsstelle aufgehoben sind als bei Gericht. Denn im Unterschied zum Zivilprozess agieren die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen nach dem Untersuchungsgrundsatz. Das heißt, der Patient als medizinischer Laie muss nicht im Detail vortragen, weshalb er die Behandlung für fehlerhaft erachtet, sondern die Stellen prüfen von sich aus, ob und an welcher Stelle ein Behandlungsfehler vorgekommen sein könnte. Zum Gutachterwesen möchte ich ergänzen, dass wir pro Jahr ungefähr 3.000 Gutachten in Auftrag geben und der Schlichtungsstelle sowohl gute als auch schlechte Gutachten vorgelegt werden. Wir haben aber das Problem erkannt und sind nun dabei, Gutachterschulungen zu organisieren, durch die wir zu einer Qualitätsverbesserung beitragen. In der Norddeutschen Schlichtungsstelle haben wir eine Patientenvertretung eingerichtet. Allerdings sind die Patienten nicht an der Entscheidungsfindung im Einzelfall betei-

ligt. Vielmehr wird die Entscheidung interdisziplinär durch Ärzte und Juristen getroffen. Die Patientenvertretung sorgt aber für Transparenz für die Öffentlichkeit, bewertet und beobachtet das Verfahren und kümmert sich um Patientenbeschwerden, falls es im Einzelfall haken sollte.

Die **Vorsitzende**: Damit sind wir am Ende unserer Anhörung zur Thematik Patientenrechte. Ich darf mich bei allen für das Interesse, bei den Sachverständigen für die Antworten und bei den Kollegen für die Fragen bedanken.

Ende der Sitzung: 16:39 Uhr