



Maintal, 26.01.2012

## **Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte Entwurf des Patientenrechtegesetzes – zu kurz geraten!**

Der gemeinsam von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz vorgestellte Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz ist viel zu kurz gegriffen, er geht kaum über die Kodifizierung bereits bestehenden Rechts hinaus. Die Ärzteschaft ist zufrieden, die Interessen der Patientinnen und Patienten aber bleiben wieder einmal auf der Strecke.

Seit bald 20 Jahren wird von vielen im Gesundheitswesen Verantwortlichen, von Patientenorganisationen, Gesundheitspolitikern, Juristen, Patientenberatungsstellen und Verbraucherschutzorganisationen ein Patientenrechtegesetz angemahnt. Bereits in seinem Jahresgutachten 2000/2001 empfahl der **Sachverständigenrat** für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „die bislang in unterschiedlichen Gesetzestexten verstreuten Patientenrechte in einem Patientenrechtegesetz zusammenzufassen“. Die 2003 von der Bundesregierung veröffentlichte sogenannte **Patientencharta („Patientenrechte in Deutschland“)** enthält zwar die Darstellung des geltenden, über viele Gesetze verstreuten Arztvertrags- und Arzthaftungsrechts in bürgernaher Sprache, allerdings ohne rechtsverbindlich zu sein.

Oft wird behauptet, die Anbieter im Gesundheitswesen, allen voran Ärztinnen und Ärzte, seien die besten Anwälte ihrer Patientinnen und Patienten. Dies ist ein paternalistischer Irrtum. Die derzeitige Versorgung tendiert vor allem aus wirtschaftlichen Gründen dazu, Abhängigkeiten und Regressions-tendenzen zu stärken, statt Selbstbestimmung zu fördern. Die Versicherten bzw. Verbraucher sollten Möglichkeiten erhalten, ihre Interessen selbst bzw. über Ombudspersonen zu vertreten. Zwar sind alle im Gesundheitswesen Tätigen an ethische, rechtliche und fachliche Vorgaben gebunden, dennoch können die Interessen von Anbietern und Patienten nicht überall deckungsgleich sein. Es geht darum, die Divergenz der Interessen zu akzeptieren und sie offen zu legen, sich über sie zu verständigen und in partnerschaftlicher Weise, auf vertraglicher Grundlage ein konstruktives Behandlungs- und Arbeitsbündnis unter Einbeziehung des sozialen Umfelds zu schaffen. Diesen Ansprüchen wird der Gesetzentwurf nicht gerecht.

In der **Begründung zum Referentenentwurf** selbst werden erhebliche Defizite in der Gesundheitsversorgung konkret benannt: Nichtbeachtung persönlicher Behandlungswünsche, zeitraubende Bewilligungsverfahren für Leistungen durch die Krankenkassen, Versagung des Einblicks in die ärztliche Dokumentation bis hin zu Fehlern in der Behandlung.

### **Im Referentenentwurf fehlt die gesetzliche Verankerung eines Entschädigungsfonds.**

Ein solcher Fonds soll geschädigten Patienten helfen, wenn kein sicherer Nachweis der Schadensursache oder des Verschuldens erbringbar ist, wenn eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation mit erheblicher Schädigung für den Patienten auftritt oder wenn die Durchsetzung des Schadenersatzanspruches unzumutbar lange dauern würde. Zusätzlich sollte der Fonds bei sozialen Härtefällen unterstützen. Der Fonds sollte durch ein Mischmodell (aus Steuermitteln, von den Haftpflichtversicherern der Leistungserbringer, von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie aus den bereits zu erbringenden Zuzahlungen der GKV-Versicherten im ambulanten und stationären Bereich und über eine analoge Abgabe der PKV-Versicherten) finanziert werden. Obwohl im Ausland (z.B. Österreich) mit einem solchen Fonds beste Erfahrungen gemacht werden, lehnt der Referentenentwurf jeglichen Fonds wegen angeblich mangelnder Finanzierbarkeit ab. Über diesen Fonds sollte eine verschuldensunabhängige Schadensregulierung möglich sein.

**Im Referentenentwurf fehlen** Modalitäten zur **Beweislasterleichterung** für geschädigte Patienten. Es reicht nicht, eine Beweislastumkehr nur bei groben Behandlungsfehlern zu fordern. Ein grober Fehler ist ein offensichtlicher Fehler und bedarf keiner großen Beweise. Im Entwurf findet sich keine Definition von „groben“ Behandlungsfehlern. Insbesondere bei Fehlern, die dem Gefahrenbereich der Behandler zuzuordnen sind, müssen Modalitäten zur Beweislasterleichterung oder Beweislastumkehr definiert werden. Ärzte verlieren ihren Schutz durch die Haftpflichtversicherung, wenn sie sich zu einem Schadensfall, auch wenn er offensichtlich ist, äußern. Dieses Aussageverbot sollte aufgehoben werden.

Im Referentenentwurf fehlen verbindliche Regelungen zu einer besseren Patienteninformation. Der vdää fordert, das **Recht des Patienten auf einen „Patientenbrief“** (als Pendant zum Arztbrief) im Patientenrechtegesetz zu verankern. Patienten sollten auf Verlangen hin einen solchen Brief von den Behandlern erhalten. Die Erstellung eines Patientenbriefes muss als eigenständige Leistung in den GKV-Katalog aufgenommen werden. Der Patientenbrief soll in für Patientinnen und Patienten, also Laien, verständlicher Sprache abgefasst werden und wichtige diagnostische und therapeutische Überlegungen sowie Zielvorgaben darlegen. Dies soll den Patienten befähigen, aktiv und als Partner zur gemeinsamen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindungen beizutragen.

**Im Referentenentwurf fehlen** verbindliche Regelungen, die **unzulässige, nutzlose und schädliche IGeLeistungen und Zusatzleistungen untersagen**. Es fehlen verbindliche Regelungen, wie Igel- und Zusatzleistungen vereinbart werden müssen. Tatsächlich werden solche Leistungen häufig den Patientinnen und Patienten einseitig von den Leistungsanbietern ohne Aufklärung aufgedrängt. Häufig werden Leistungen aus dem GKV-Katalog als IGeLeistungen verkauft. Bei Nichteinhaltung der Bestimmung müssen die Patientinnen und Patienten Anrecht auf Schadensersatz erhalten. IGeLeistungen werden allzu oft ohne vorausgegangene Information und Aufklärung sowie ohne schriftliche Vereinbarung durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten müssen vor der Kommerzialisierung der Medizin geschützt werden.

**Im Referentenentwurf fehlt** das **Recht auf eine verpflichtende Behandlungsvereinbarung** für Menschen, deren Einwilligungsfähigkeit vorübergehend durch eine psychiatrische Erkrankung eingeschränkt ist. Psychiatrische Einrichtungen müssen verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsverläufen den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung anzubieten (Dies entsprechend der UN-Behindertenkonvention).

**Im Referentenentwurf fehlt** die Verpflichtung zur Einrichtung von anonymen Fehlermeldesystemen bzw. CIRS (critical incident reporting systems - Anonymes Meldesystem für Beinahefehler) in Krankenhäusern und ambulanter Praxis. Nur durch Lernen von Fehlern und Beinahefehlern können zukünftige Fehler vermieden und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gesteigert werden. Vermiedene Fehler sind der beste Schutz von Patientinnen und Patienten.

Dem Referentenentwurf sind „Ziele“ vorangestellt. Danach „gilt es, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.“

***Wenn es sich hierbei nicht nur um eine hehre Sonntagsrede handeln soll, dann sind die oben genannten Forderungen des vdää in das Patientenrechtegesetz mit aufzunehmen.***

*Prof. Dr. Wulf Dietrich  
(Vorsitzender des vdää)  
Dr. Peter Scholze  
(Mitglied im erweiterten Vorstands des vdää)*

*Diese Presseerklärung kann, wie auch Bilder und andere Texte von der Homepage des vdää, kostenlos veröffentlicht und weiter verbreitet werden.*