

Antrag

der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Kerstin Tack, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Für ein modernes Patientenrechtegesetz

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Schutz von Patientinnen und Patienten in Deutschland sind im internationalen Vergleich gut. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch wurden in den letzten zehn Jahren verstärkt Patientenrechte und Patientenbeteiligung im Gesundheitssystem verankert. Zentral waren die Verankerung von Mitberatungs- und Antragsrechten für Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, die Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie die Schaffung des Amtes der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten als eine zentrale Vertretung von Patienteninteressen. Die Rechtsprechung hat das geltende Recht an vielen Stellen im Interesse der Patientinnen und Patienten ausgelegt, z. B. hinsichtlich verschiedener Beweiserleichterungen. Das deutsche Arzthaftungsrecht ist verglichen mit anderen Ländern patientenfreundlich.

Das geltende Recht ist allerdings wenig transparent, es bestehen Vollzugsdefizite und es genügt den Ansprüchen an ein modernes partizipatives Patientenrecht nicht.

Patientenrechte sind u. a. im Sozialrecht, im Landesrecht, im Zivilrecht, im Strafrecht und im Sicherheitsrecht (z. B. Arzneimittelgesetz) geregelt. Häufig sind sie nur generalklauselartig geregelt und werden erst durch die Rechtsprechung konkretisiert. Für juristische Laien ist es aus diesen Gründen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, sich über die geltende Rechtslage zu informieren.

Deshalb muss im Interesse von mehr Transparenz und Rechtsklarheit das geltende Recht zusammengeführt werden. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten ihre Rechte wahrnehmen und notfalls auch einfordern können.

Das Zusammenführen bestehenden Rechts allein genügt den Anforderungen an ein modernes Patientenrechtegesetz aber nicht. Oft bestehen Vollzugsdefizite bestehender Regelungen in der Praxis.

Vor diesem Hintergrund haben die Bundesministerien der Justiz und für Gesundheit 2003 die Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ veröffentlicht. Diese wurde von einer Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von Patientinnen und Patienten, Ärzten und Krankenhäusern, Ländern und Krankenkassen erarbeitet und liegt mittlerweile in vierter Auflage vor.

Die Broschüre hat nicht verhindert, dass die Rechte der Patientinnen und Patienten im medizinischen Behandlungsgeschehen auch heute nicht selbstverständlich geachtet werden. Vielmehr haben sich die bereits zu Beginn des Charta-Prozesses geäußerten Befürchtungen bestätigt: Eine „Charta“ kann keine Rechtssicherheit und Verbindlichkeit herstellen, sie kann angesichts einer unübersichtlichen und komplexen Rechtslage keine Transparenz herstellen, sie ist nicht grundsatzorientiert und implizierte keine Vollständigkeitsvermutung.

Diese Ansprüche kann nur eine gesetzliche Lösung erfüllen. Dabei ist es denkbar, dass ein Patientenrechtegesetz durch eine „Charta“ flankiert wird, um Akzeptanz und Öffentlichkeitswirksamkeit zu verbessern.

Ein modernes Patientenrechtegesetz muss die heute bestehenden Rechte der Patientinnen und Patienten allerdings nicht nur zusammenführen und auf Vollzugsdefizite reagieren. Insbesondere die Erfahrungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten der letzten Legislaturperioden haben verdeutlicht, dass die Patientenrechte in vielen Bereichen deutlich erweitert werden müssen.

Ausgangspunkt einer Erweiterung der Patientenrechte muss es sein, Patientinnen und Patienten von Betroffenen zu Beteiligten zu machen. Im Mittelpunkt steht dabei ein fairer Ausgleich der Interessen der Patientinnen und Patienten auf der einen und der Leistungserbringer und Kostenträger auf der anderen Seite. Die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit werden dort gestärkt, wo die informierte Patientin oder der informierte Patient dem Arzt oder der Ärztin gegenübersteht. Partnerschaftliche Entscheidungen von Arzt und Patient führen zudem zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und zu nachweislich besseren Behandlungsergebnissen.

Eine gesetzliche Regelung, die Patientenrechte kodifiziert, ist dafür zentral: Sie garantiert, dass Patientinnen und Patienten um ihre Rechte wissen, die sie im Streitfall auch durchsetzen können. Eine gesetzliche Regelung garantiert auch die Verpflichtung der Behandler, Patientenrechte nicht nur zu kennen, sondern sie auch zu beachten.

Ein zentraler Aspekt der Patientenrechte ist die Patientensicherheit. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine sichere und bedarfsgerechte Behandlung, die modernen Standards entspricht. Dabei hat Fehlervermeidung oberste Priorität. Patientinnen und Patienten sind nur dann optimal geschützt, wenn Behandlungsfehler gar nicht erst entstehen.

Laut Zahlen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit gibt es bei 17 Millionen Krankenhauspatienten pro Jahr 17 000 Todesfälle durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse. Dokumentiert sind mindestens 200 Seiten- und Eingriffsverwechslungen. Viele dieser und anderer unerwünschter Ereignisse gehen auf Fehler zurück, die infolge komplexer und arbeitsteiliger Abläufe unter hoher Arbeitsbelastung und bei schneller Entscheidungsfrequenz entstehen. Daher müssen organisatorische Mängel, die zu Behandlungsfehlern führen, prioritär beseitigt werden.

Dafür sind keine gesetzlichen Regelungen erforderlich. Die Einrichtung flacher Hierarchien, eindeutiger Regelungen von Verantwortlichkeiten und klarer Strukturierungen von Behandlungsabläufen im Klinikalltag sind zentrale Maßnahmen einer Fehlervermeidungsstrategie, die krankenhaus- und trägerintern implementiert werden können.

Fehler müssen aber bekannt werden, um Wege zur Vermeidung zu diskutieren und umzusetzen. Nur die Analyse der Fehler kann zeigen, an welchen Stellen es Schwachpunkte gibt und welche Mechanismen greifen, um Schadensfolgen zu verhindern. Deshalb ist es wichtig, gesetzlich arbeitsrechtliche Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler auszuschließen.

Auch bei moderner Organisation und ausreichender Personalausstattung sind Fehler bei der ärztlichen Behandlung nicht vollständig auszuschließen. Ist es zu einem Behandlungsfehler gekommen, besteht bei den Patientinnen und Patienten allerdings oft Unklarheit über die Rechtslage. Ursache ist die hohe Komplexität des Arzthaftungsrechts, dessen Grundzüge schon für juristische Laien schwer verständlich sind.

Ein Patientenrechtegesetz muss deshalb vor allem die Opfer von Behandlungsfehlern stärken. Eine Schwierigkeit für den Patienten oder die Patientin ist der Nachweis der Kausalität. Dabei geht es in der Regel um die Frage, ob der Gesundheitsschaden tatsächlich auf dem Behandlungsfehler des Arztes beruht oder ob er wegen anderer Ursachen, insbesondere wegen der Erkrankung selbst, nicht ohnehin eingetreten wäre.

Die Rechtsprechung hat sich bemüht, hier einen fairen Ausgleich herzustellen. Bei einem groben Behandlungsfehler wird vermutet, dass dieser Fehler den eingetretenen Schaden verursacht hat. Diese Beweislastumkehr bei schweren Behandlungsfehlern verbessert die Rechtsposition der Patientinnen und Patienten und muss daher im Interesse einer größeren Sicherheit der Patientinnen und Patienten gesetzlich verankert und erweitert werden.

Verbessert werden muss die Rechtslage der Patientinnen und Patienten im Bereich der ärztlichen Dokumentation. Noch immer ist es für Patienten aber auch für Rechtsanwälte und Gerichte schwierig, im Streitfall Zugang zu vollständigen Patientenakten zu bekommen. Teilweise werden Akten unvollständig geführt oder auch unvollständig oder zeitverzögert zur Verfügung gestellt. Änderungen an dieser Stelle sind nur zu erwarten, wenn Fehlverhalten hart sanktioniert wird. Dies kann u. a. eine Beweislastumkehr für den Fall sein, dass die Dokumentation nicht oder nicht vollständig oder zeitverzögert herausgegeben wird.

Eine generelle vollständige Beweislastumkehr ist hingegen sehr problematisch. Der Nachweis, dass nicht der Behandlungsfehler, sondern die Grunderkrankung selbst für einen Schaden ursächlich war, ist sehr schwierig zu erbringen. Eine unabsehbare Ausweitung der Haftung der Ärzte könnte zur Folge haben, dass Versicherungen bestimmte Facharztgruppen nicht versichern bzw. Ärztinnen und Ärzten unbezahlbare Prämien abverlangt werden. In der Folge würden bestimmte Behandlungen nicht mehr angeboten werden bzw. Ärzte würden Versicherungskosten auf die Patienten abwälzen.

Patientinnen und Patienten werden auf der überindividuellen Ebene von Betroffenen zu Beteiligten, wenn sie Entscheidungen, die sie betreffen, mitgestalten. Deshalb ist es wichtig, bestehende Mitberatungs- und Beteiligungsrechte inhaltlich und organisatorisch auszubauen. Die Erfahrung mit der Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss beispielsweise hat gezeigt, dass eine echte Beteiligung nur mit einem Stimmrecht der Patientenbank erreicht werden kann.

Vor diesem Hintergrund hat sich in der 16. Legislaturperiode eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der SPD-Bundestagsfraktion mit der Erarbeitung von Eckpunkten eines Patientenrechtegesetzes befasst. Sie hat ein umfassendes Konzept für Anforderungen an ein modernes Patientenrechtegesetz vorgelegt, das aus Zeitgründen in der letzten Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt werden konnte. Der vorliegende Antrag nimmt die Vorschläge der Arbeitsgruppe auf und entwickelt diese weiter.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

A. einen Gesetzentwurf zum Schutz der Patientenrechte vorzulegen, der folgenden Anforderungen genügt:

1. Als Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag werden ausdrücklich normiert:

- Recht des Patienten und der Patientin auf rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung über alle für die Ausübung seines/ihrer Selbstbestimmungsrechts und die medizinische Behandlung wesentlichen Punkte einschließlich Behandlungsalternativen und Recht auf Nichtwissen;
- Recht des Patienten und der Patientin auf fachgerechte Behandlung nach dem wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard für die jeweiligen Heilberufe/Gesundheitsfachberufe;
- Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten. Das Selbstbestimmungsrecht endet nicht an der Grenze der Einwilligungsfähigkeit. Der mutmaßliche Wille sowie sprachliche und nichtsprachliche Äußerungen, die auf eine Verweigerung der Behandlung schließen lassen, sind zu berücksichtigen;
- Recht des Patienten und der Patientin auf vollständige Dokumentation, auf Einsicht in die Dokumentation und auf Kopien der Dokumentation. Patientinnen und Patienten müssen bei Differenzen über die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation das Recht haben, eine Gegendarstellung zu den Akten zu geben. Es müssen die Voraussetzungen geregelt werden, unter denen Angehörige und/oder Erben nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin ein Recht auf Einsicht in die Dokumentation haben;
- Pflicht der Behandler und Behandlerinnen zur Verschwiegenheit über das, was ihnen im Rahmen des Behandlungsverhältnisses anvertraut wurde oder bekannt geworden ist. Es ist eine Regelung zu den Voraussetzungen zu schaffen, unter denen Behandler oder Behandlerinnen nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin gegenüber deren Erben und/oder Angehörigen von der Schweigepflicht entbunden sind;
- Koordinierung der vertraglichen Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsverhältnis mit den Regelungen des Sozialrechts.

2. Zur Verbesserung im Bereich Risikomanagement werden festgeschrieben:

- Auflegung eines Programms zur Förderung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen, das u. a. Maßnahmen zur Schulung aller beteiligten Berufsgruppen beinhaltet;
- gesetzlicher Ausschluss von arbeitsrechtlichen Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler;
- Ausdehnung des Fehlermanagements auf die ambulante Versorgung.

3. Folgende Maßnahmen werden zur Stärkung der Opfer von Behandlungsfehlern eingeführt:

- Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen, ihre Versicherten beim Verdacht eines Behandlungsfehlers zu unterstützen;
- Pflicht des oder der Nachbehandelnden, den Patienten oder die Patientin unverzüglich auf einen möglichen groben Behandlungsfehler hinzuweisen;

- weitere Beweiserleichterungen über die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler hinaus, ohne eine vollständige Beweislastumkehr vorzusehen;
- Kodifizierung von Beweiserleichterungen bei Dokumentationsmängeln bis hin zur Beweislastumkehr, wenn die Dokumentation nicht oder nicht vollständig oder zeitverzögert herausgegeben wird;
- grundsätzliche Zuweisung von Arzthaftungssachen an Spezialkammern;
- Beschleunigung der gerichtlichen Verfahren durch enge Fristsetzung für Gutachten und Sanktionierung von Fristversäumnissen;
- Verbesserung der Stellung der Privatgutachter im Prozessrecht;
- Verbesserung der Qualität und Transparenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern;
- Aufnahme von Patientenvertretern und -vertreterinnen in die Spruchkörper der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern.

Zusätzlich wird die Bundesregierung aufgefordert, sich für eine Einsetzung von Patientenfürsprechern und -sprecherinnen in allen stationären Einrichtungen einzusetzen.

4. Zur Optimierung der Leichenschau werden folgende Maßnahmen ergriffen:
 - Vornahme der Leichenschau grundsätzlich nicht durch den behandelnden Arzt, sondern durch einen speziell fortgebildeten, unabhängigen Leichenschauarzt;
 - verpflichtende Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte für den Bereich Leichenschau;
 - bundeseinheitlicher Leichenschauschein;
 - Aufnahme einer Rubrik „unerwarteter Tod im Zusammenhang mit ärztlichen und/oder pflegerischen Maßnahmen“ in den Leichenschauschein und Pflicht zur Sektion.
5. Kollektive Beteiligungsrechte der Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen über Verbände und fachkundige Organisationen werden durch Gesetz auf Bundes- wie auf Landesebene gestärkt und die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt:
 - Inhaltlicher Ausbau der Mitberatungsrechte sowie Erweiterung einzelner bereits bestehender Mitberatungsrechte zu Mitbestimmungsrechten. Insbesondere müssen die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht erhalten;
 - Schaffung einer bundesgesetzlichen Regelung über eine fachliche Mindestzusammensetzung von nach Landesrecht gebildeten Ethikkommissionen, die auch die gleichberechtigte Teilnahme von medizinischen Laien vorsieht.
6. Zur Stärkung der Patientenrechte gegenüber Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern werden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen:
 - Sicherstellung der materiellen und personellen Voraussetzungen für eine unabhängige Tätigkeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen;

- Ausbau der Kooperation der Leistungsträger und Koordination der unterschiedlichen Leistungen, z. B. in Form eines Fallmanagements oder durch integrierte Behandlungspläne;
- Erhöhung der Sicherheit von Medizinprodukten, z. B. Einführung eines Registers für Produkte hoher Risikoklassen und zur Langzeitverfolgung. Das Medizinproduktegesetz wird weiterentwickelt;
- Verbesserung der Arzneimittelversorgung hinsichtlich geschlechterspezifischer Arzneimittelwirkungen: Aufnahme des Nachweises einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern (bzw. der Beleg des Gegenteils) in den Zulassungsvoraussetzungen für Arzneimittel;
- Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften, wie z. B. des § 14 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Zuständigkeitsklärung);
- Beschleunigung von Bewilligungsverfahren, vor allem zur Vermeidung finanzieller Problemlagen;
- Weiterentwicklung der institutionellen Förderung der Selbsthilfe unter besonderer Berücksichtigung des Transparenzgebots;
- Überführung der Modellvorhaben der unabhängigen Patientenberatung in eine dauerhaft finanzierte Institution.

B. Darüber hinaus wird die Bundesregierung aufgefordert, folgende Maßnahmen zu prüfen und über das Ergebnis der Prüfung dem Deutschen Bundestag bis Ende 2010 Bericht zu erstatten:

- Absenkung des Beweismaßes auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit;
- Einführung einer verpflichtenden umlagefinanzierten Versicherungslösung entsprechend der gesetzlichen Unfallversicherung im Bereich der Arzthaftung;
- Einrichtung alternativer Entschädigungssysteme wie etwa ein Entschädigungsfonds oder eine verschuldensunabhängige Entschädigung;
- Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für so genannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), der gewährleistet, dass diese Leistungen niemandem aufgedrängt werden, nicht zur Ersetzung von Leistungen nach dem SGB führen, nur nach umfassender Aufklärung über Inhalt und Preis sowie vorheriger schriftlicher Einwilligung erbracht werden und umfassender Qualitätssicherung und -kontrolle unterliegen.

Berlin, den 3. März 2010

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

