



AOK
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

▶ **Patientenrechte – Wunsch- oder Stiefkind?**

Ansätze für eine verbesserte Rechtsstellung von Patienten

Berlin, 6. September 2007
AOK-Bundesverband

22

Patientenrechte – Wunsch- oder Stiefkind?

Ansätze für eine verbesserte Rechtsstellung von Patienten

Berlin, den 6. September 2007

Patientenrechte – Wunsch- oder Stiefkind?

Ansätze für eine verbesserte Rechtsstellung von Patienten

Berlin, den 6. September 2007



AOK IM DIALOG, Band 22

Bei den in diesem Buch abgedruckten Texten handelt es sich um eine Dokumentation von Redebeiträgen, also um gesprochene Sprache.

Impressum

Herausgeber:

AOK-Bundesverband
Stabsbereich Politik
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
www.aok-bv.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Fotos:

Anke Jacob, Berlin

Produktion:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Bonn/Frankfurt am Main
www.kompart.de

■ Patientenrechte im Gesetz fixieren	7
■ Patientenrechte – Chancen für mehr Lebensqualität und Effizienz in der Versorgung <i>Dr. Hans Jürgen Ahrens</i>	13
■ Patientenrechte – wie geht es weiter? <i>Helga Kühn-Mengel</i>	17
■ Patientengesetz oder Patientencharta? Ansätze für eine rechtliche Weiterentwicklung der Patientenrechte <i>Prof. Dr. Dieter Hart</i>	27
■ Patientenrechte im Alltag – Beispiele aus der Anwaltspraxis <i>Dr. Roland Uphoff</i>	35
■ Eckpunkte für eine Normierung der Patientenrechte und Fortentwicklung des ärztlichen Behandlungsvertrags <i>Dr. Stefan Etgeton</i>	45
■ Weiterentwicklung der Patientenrechte aus ärztlicher Sicht – Verankerung von Patientenrechten im ärztlichen Behandlungsvertrag <i>Dr. Frank Ulrich Montgomery</i>	53
■ Eckpunkte der AOK zur Stärkung der Patientenrechte <i>Wolfgang Metschurat</i>	65
■ Podiumsdiskussion: Patientenrechte stärken – aber wie? <i>Moderation: Hans-Bernhard Henkel-Hoving</i>	75
■ Die Referenten / Moderation	88

AOK
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

Dr. Stef
Etgeto

Wolfgang
Metschurat

Helga
Kühn-Mengel

Patientenrechte im Gesetz fixieren

Vom Recht zur Pflicht: Auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“ setzte sich die Gesundheitskasse gemeinsam mit weiteren Experten für eine stärkere gesetzliche Verankerung der Patientenrechte ein.

Die Patientenrechte befinden sich in Deutschland auf hohem Niveau. Darin waren sich die Teilnehmer der Veranstaltung „AOK im Dialog: Patientenrechte – Wunsch- oder Stiefkind?“ in Berlin einig. Dennoch beklagten die meisten Referenten Defizite bei der Umsetzung. Eine Ursache: Die Patientenrechte sind nicht zusammenhängend oder gar nicht gesetzlich geregelt. Helga Kühn-Mengel, Patientenbeauftragte der Bundesregierung, plädierte auf der Tagung vor mehr als hundert Zuhörern deshalb dafür, den ärztlichen Behandlungsvertrag zu kodifizieren. Ihr Ziel sei es, dass Patientinnen und Patienten ihre Rechte in einem Gesetz ebenso einfach nachlesen könnten wie Urlauber dies im Reisevertragsrecht könnten.

Zersplitterte Regelungen bündeln. Eine Forderung, die Dr. Stefan Etgeton von der Verbraucherzentrale Bundesverband unterstützte. Die Verbraucherzentrale trete seit Jahren dafür ein, die Patientenrechte in einem eigenen Abschnitt des Bürgerlichen Gesetzbuches systematisch und übersichtlich zusammenzufassen und habe bereits 2005 einen konkreten Vorschlag zur Regelung des Behandlungsvertrags vorgelegt.

Auch Wolfgang Metschurat, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes und alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Berlin, äußerte Sympathie für den Vorschlag, den Arztvertrag zu kodifizieren. „Das ist ein sehr pragmatischer Weg. Der Vorteil wäre, dass man auf diese Weise kurzfristig die Patientenrechte stärken, rechtssicherer und transparenter machen könnte“, so Wolfgang Metschurat in Berlin.

Arbeitsgruppe einrichten. Gegenstand eines Gesetzes über den Behandlungsvertrag sollte unter anderem das Recht auf Einsichtnahme und Dokumentation sein, führte Helga Kühn-Mengel aus. Zudem sollten darin das Recht auf Selbstbestimmung, auf Information und Aufklärung und die Schweigepflicht geregelt sowie Qualitätskriterien festgelegt werden. Ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren sei jedoch nicht einfach, da mehrere Ebenen und Ressorts betroffen seien. Vor diesem Hintergrund sei es laut Kühn-Mengel sinnvoll, eine parlamentarische Arbeitsgruppe einzurichten. Sie führe diesbezüglich bereits Gespräche mit den zuständigen Abgeordneten, Experten, Vertretern der Selbsthilfe, der Krankenkassen und der Verbraucherschutzorganisationen.

Für Rechtssicherheit sorgen. „Das ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung“, sagte Dr. Hans Jürgen Ahrens. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes betonte anlässlich der Veranstaltung in Berlin die Bedeutung der Patientenrechte in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Gesundheitswesen. Patienten sollten zwischen Wahlтарifen der Kassen, Selbstzahlerangeboten der Ärzte oder auch speziellen Versorgungsformen auswählen können. Das setze voraus, dass sie gut informiert und aufgeklärt seien und ihre Rechte kennen. Allerdings sollte man nicht bei der Aufklärung über die Rechte stehen bleiben, sondern überlegen, wie Patientenrechte durchgesetzt werden können. Ahrens: „Wir brauchen mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten.“

Aufklärungsbogen aushändigen. Woran die Durchsetzung von Patientenrechten in der Praxis scheitern kann, schilderte Dr. Roland Uphoff, Fachanwalt für Medizinrecht. Seiner Erfahrung nach hapert es beispielsweise an der Information über eine Behandlung und ihre möglichen Folgen. So bekommt der Patient zwar vor einer Operation einen Aufklärungsbogen vorgelegt. Er muss den Bogen jedoch unterschrieben zurückgeben und behält meist kein Duplikat in der Hand. Kommt es später zur gerichtlichen Auseinandersetzung wegen eines vermuteten Medizinschadens,

gäbe es häufig erhebliche Widersprüche zwischen der Dokumentation in den Unterlagen und den Schilderungen seiner Mandanten, berichtete Roland Uphoff, der sich als Anwalt auf Geburtsschäden spezialisiert hat. Das betreffe insbesondere den Inhalt der Aufklärungsgespräche. Uphoff plädierte dafür, es zur Pflicht zu machen, den Patienten eine Kopie des unterschriebenen Aufklärungsbogens auszuhändigen – eine Forderung, die die Referenten der Tagung einhellig begrüßten.

Privatgutachter mündlich anhören. Zudem stellt die Beweislast des Patienten, dass ein Behandlungsfehler im Zusammenhang mit dem erlittenen Schaden steht, eine hohe Hürde dar. „Das Vorliegen eines besonders schweren, groben Fehlers wird in der Praxis von Sachverständigen nur mit sehr großer Zurückhaltung bestätigt“, so Roland Uphoff. Dieser sei aber die Voraussetzung für eine Beweislastumkehr.

In diesem Zusammenhang forderte der Medizinrechtler nicht nur, die Beweislastumkehr schon bei leichteren Behandlungsfehlern gelten zu lassen, sondern warb außerdem dafür, die Bedeutung privater Gutachter zu stärken. Es müsse einen Rechtsanspruch darauf geben, dass der Privatgutachter zum Prozess geladen und mündlich gehört wird, meinte der Patientenanwalt, der die Erfahrung gemacht hat, dass „privat beauftragte Gutachter von den Gerichten ignoriert werden.“

Akten-Einsichtnahme durchsetzen. Wie der Patientenanwalt weiter ausführte, ist auch das Recht auf Einsichtnahme in die eigenen Krankenakten nicht immer leicht durchzusetzen. Patienten und Eltern von geburtsgeschädigten Kindern kämen zu ihm, weil ihnen der Arzt die Krankenunterlagen nicht oder nur teilweise aushändigen wolle. Dies sei ein Fehlverhalten seiner ärztlichen Kollegen, das es heute nicht mehr geben dürfe, kommentierte der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, den Bericht des Patientenanwalts. Solche Vorfälle seien jedoch kein Grund für ein neues Gesetz. Wenn ein Arzt die Behandlungsunter-

lagen nicht herausrücken wolle, dann verberge sich dahinter ein schlechtes Gewissen. „Schlechtes Gewissen können Sie ebenso wenig wie schlechtes Benehmen gesetzlich regeln.“ Deutschland nehme im europäischen Vergleich bezüglich der Patientenrechte eine Spitzenstellung ein, unterstrich Montgomery. Die Ziele individueller Patientenrechte seien reziprok als Ärztepfllichten in den ärztlichen Berufsordnungen festgeschrieben.

Charta und Gesetz kombinieren. Montgomery verwies zudem auf das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“, in dem Vertreter der Kassen, der Ärzteschaft, der Verbraucherorganisationen und andere Experten auf Initiative von Bundesgesundheits- und Bundesjustizministerium im Jahr 2003 den Status quo der Patientenrechte beschrieben haben. Die Ministerien hätten sich seinerzeit bewusst gegen eine weitere Kodifizierung entschieden, „ein weiser Entschluss, bei dem wir es belassen sollten“, so der Ärztefunktionär. Auch Professor Dr. Dieter Hart erinnerte an die Diskussion über eine Patienten-Charta. Der Direktor des Bremer Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht wünscht sich eine Fortsetzung des Charta-Prozesses. Die Diskussion solle in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Gesundheits- und Justizministerium wieder aufgenommen, Wirkungen evaluiert, Lücken und Änderungen analysiert, das Produkt aktualisiert und die Öffentlichkeit informiert werden.

Die Charta sollte jedoch mit einem Patientenrechtsgesetz kombiniert werden, meint Dieter Hart. Nur mit einem prinzipienorientierten Gesetz, das die zersplitterte Gesetzgebung im Bereich der Patientenrechte zusammenführe, ließen sich Fortschritte in Rechtssicherheit und Klarheit erzielen. Ein Gesetz habe mehr Akzeptanz und bekäme mehr Aufmerksamkeit als eine Charta, so der Bremer Jurist. Dass ein Patientenrechtsgesetz nicht so schnell auf den Weg kommt, weiß wohl auch Dieter Hart. Die Wiederaufnahme des Charta-Prozesses solle nicht auf ein Gesetz warten müssen.



40 Jahre
Gesundheitswesen

Dr. Frank Grottel
Management

Dr. Roland
Schmitt

Dr. Ingrid
Mitternigg

Dr. Ingrid
Mitternigg



Patientenrechte – Chancen für mehr Lebensqualität und Effizienz in der Versorgung

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Der Untertitel der heutigen Veranstaltung: „Ansätze für eine verbesserte Rechtsstellung von Patienten“, lässt Sie womöglich eine knochentrockene Diskussion erwarten, geprägt vom Schlagabtausch rechthaberischer Juristen, wobei ich mich auch zu diesem Berufsstand zähle. Aber ich verspreche Ihnen: Weit gefehlt! Es erwartet Sie eine äußerst spannende Diskussion. Mein Dank gilt an dieser Stelle schon jetzt den Referenten, insbesondere der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Kühn-Mengel. Unsere kompetenten Referenten werden – aus Sicht der Politik, der Jurisprudenz, aber auch der Ärzteschaft – sicherlich zu einer anregenden Debatte beitragen.

Patientenrechte sind Menschenrechte. Jeder von uns weiß, was es heißt, krank zu sein, Patient zu sein, in seiner Autonomie, in seiner Entscheidungsfähigkeit, in seinem Willen und auch in seiner Würde beeinträchtigt zu sein. Patientenrechte sind Menschenrechte. Und um nicht weniger geht es heute. Wir wollen mit dieser Veranstaltung ein Forum bieten für die Frage, wie die Patientenrechte in Deutschland fortentwickelt werden können. Diskussions- und Fortentwicklungsbedarf sehen wir in vielen Bereichen, unter anderem im Bereich des Schutzes vor fehlerhaften Medizinprodukten, bei der Aufklärung über Arzneimittelrisiken oder auch bei der Frage der Patientenpartizipation auf der Systemebene. Wir wollen uns heute allerdings vor allem darauf konzentrieren, wie die Patientenrechte im Rahmen des Behandlungsverhältnisses gestärkt werden könnten.

Uns geht es bewusst um die Frage, wie die Rechte des einzelnen Patienten – und auch seine Pflichten! – konkretisiert und transparenter gemacht werden können und suchen hierfür eine pragmatische Lösung. Warum halten wir es für wichtig, die Rechte von Patienten zu stärken? Patienten werden in einem mehr und mehr wettbewerblich geprägten Gesundheitswesen zunehmend zu Kunden, die wählen sollen: zwischen Wahlтарifen der Kassen, Selbstzahlerangeboten der Ärzte oder auch speziellen Versorgungsformen. Die AOK will diesen Wettbewerb, weil wir in ihm große

Die AOK will den Wettbewerb im Gesundheitswesen, weil wir in ihm große Chancen sehen. Und wir wollen, dass Versicherte und Kunden von diesen Chancen profitieren.

Chancen sehen. Und wir wollen, dass Versicherte und Kunden von den Chancen dieses Wettbewerbs profitieren. Dazu zählt auch, dass Versicherte in der Lage sind, eventuelle Risiken einzuschätzen.

Bekannt ist, dass Patienten ihre Rechte häufig nicht durchsetzen können und sie oftmals sogar gar nicht kennen. Dies war übrigens ein Grund, warum wir im vergangenen Jahr unsere Versicherten in einer Aufklärungskampagne zum Thema „Patientenrechte“ informiert haben.

Wir haben unsere Versicherten im Rahmen dieser Informationskampagne systematisch über die Bedeutung einzelner Patientenrechte, wie das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen oder die Unterstützung bei Behandlungsfehlern, aufgeklärt. Diese Information setzen wir kontinuierlich fort.

Um die neuen Wahlentscheidungen sinnvoll nutzen zu können, brauchen Patienten bessere Informationen und mehr Transparenz, insbesondere über die Qualität von Leistungserbringern wie Krankenhäusern, Ärzten oder Pflegeheimen. Und sie müssen darauf vertrauen können, dass die Qualität und die Sicherheit der Behandlung stimmen.

Mehr Sicherheit für Ärzte und Patienten. Es ist richtig, dass in den vergangenen Jahren das Thema „Patientenrechte“ stärker in den Fokus gerückt ist.

Frau Kühn-Mengel wird hierauf in ihrem Vortrag sicher eingehen. So ist es gelungen, gemeinsam mit vielen Akteuren das Aktionsbündnis Patientensicherheit zu gründen, das ganz konkrete Vorschläge erarbeitet, wie zum Beispiel Seitenverwechslungen bei Operationen vermieden werden können. Wir sind sicher, dass es auch gelingen kann, gemeinsam Ansätze zu finden, wie die Patientenrechte rechtlich fortentwickelt werden können. Nicht nur Patienten, auch Ärzte müssen wissen, was ihre Rechte und Pflichten sind. Es geht um Sicherheit für beide Seiten.

Wunschkind statt Stiefkind. Als im Jahr 2002 das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ konsentiert wurde, haben kluge Menschen eine Öffnungsklausel eingefügt, um Raum für eine Weiterentwicklung zu eröffnen. Ich denke, die Zeit ist nun gekommen, die Debatte erneut aufzugreifen. Dabei sollten wir dieses Thema nicht wie ein ungeliebtes Stiefkind behandeln, sondern ihm die Aufmerksamkeit widmen, die Wunschkindern gebührt. Denn nur dann, wenn Patienten in die Behandlung und auch in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einbezogen werden, kann es gelingen, dieses effizient und zukunftsfähig zu gestalten.



Der Autor

Dr. Hans Jürgen Ahrens
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



AOK

Aja Kuhn-Mengel

Patientenrechte – wie geht es weiter?

Helga Kühn-Mengel

Ich freue mich, dass die AOK diesem Thema eine so hohe Aufmerksamkeit widmet. Vorab danke ich für die gute Zusammenarbeit auch in diesem Bereich. Die Patientenorientierung und die Stärkung der Patientenrechte ist wirklich ein großes und wichtiges Thema im Gesundheitswesen, in dem sich in den letzten Jahren viel getan hat. Gewissermaßen zum Warmlaufen erwähne ich immer zwei Studien, die ich in diesem Zusammenhang für wichtig halte.

Die Schwachpunkte im deutschen Gesundheitssystem. Es ist zum einen die Studie des Commonwealth Fund, in deren Rahmen chronisch kranke Menschen in den englischsprachigen Ländern USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Großbritannien sowie in Deutschland befragt wurden. Dabei gab es viele positive Aussagen über das deutsche Gesundheitssystem. Es zeigte sich aber auch deutlich, wo die Schwächen liegen. Diese finden sich in zwei Bereichen: im Bereich der integrierten Versorgung, also in der Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer, und im Bereich der Patientenorientierung und Patienteninformation.

61 Prozent der Befragten sagten aus, dass sie noch nie etwas über Behandlungsalternativen gehört haben. 46 Prozent bekamen noch nie Behandlungsziele dargestellt. Etwa ein Viertel der Befragten gab an, unterschiedliche und widersprüchliche Informationen erhalten zu haben. 38 Prozent hatten nichts über Nebenwirkungen von Medikamenten gehört. In 20 Prozent der Fälle gab es eine Anordnung von überflüssigen diagnostischen

Tests. In 18 Prozent der Fälle bei der gesetzlichen Krankenversicherung und 30 Prozent bei der privaten Krankenversicherung sagten die Befragten, dass es Koordinierungsprobleme gegeben habe. 60 Prozent schilderten schließlich ein unzureichendes Entlassungsmanagement. Sie kannten zwar nicht diesen Begriff; sie schilderten aber, dass sie nicht wussten, wie es nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weitergeht. Deswegen wurde dieses Problem im Rahmen der letzten Gesundheitsreform auch aufgegriffen.

Die zweite Studie, die ich in diesem Zusammenhang nennen möchte, wurde vom Bundesgesundheitsministerium finanziert. Diese Studie bezieht sich auf die Patienten als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Dies ist eine wichtige Studie, in deren Rahmen bei zehn Krankheiten in zehn Kliniken andere Wege der Kommunikation und Ein-

beziehung der Patientinnen und Patienten gesucht wurden. Ich fasse das Ergebnis kurz zusammen: Die gut informierte Patientin und der gut informierte Patient bewegen sich nicht nur selbstbewusster und zufriedener im System, sondern sie zeigen nachweislich – jedenfalls traf dies für die Mehrheit der Krankheitsbilder zu – signifikant bessere Heilungsergebnisse. Wir müssen uns insofern immer vergegenwärtigen, dass Kommunikation auch viel mit dem gesundheitlichen Zustand zu tun hat.

Die gut informierte Patientin und der gut informierte Patient bewegen sich nicht nur selbstbewusster und zufriedener im System, sondern sie zeigen nachweislich signifikant bessere Heilungsergebnisse.

In der letzten Zeit hat sich viel getan, was unser Thema angeht. 2004 wurde das Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss für Patienten und Selbsthilfeorganisationen – ich nenne in diesem Zusammenhang die Verbraucherzentrale und den Deutschen Behindertenrat – geschaffen. Zum ersten Mal gibt es damit die Möglichkeit, eigene Interessen und Alltagskompetenz einzubringen. Im Jahr 2004 wurde zugleich das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eingerichtet, das für Patienten-

information, Qualität und mehr Transparenz sorgt. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf die unabhängige Patientenberatung, die seit Anfang dieses Jahres bundesweit vernetzt im Rahmen der Unabhängigen Patientenberatung – UPD – erfolgt.

Patienten brauchen verständliche Informationen. Es gibt somit eine Reihe von neuen und positiven Elementen. Patientinnen und Patienten brauchen verlässliche und verständliche Informationen darüber, bei welchen medizinischen Leistungen Qualität und vielleicht auch Wirtschaftlichkeit stimmen. Sie benötigen vor allem in ganz konkreten gesundheitlichen Situationen Rat und Hilfe. Deshalb haben wir uns alle auch so sehr für die Verlängerung der Modellvorhaben nach Paragraph 65 b des Sozialgesetzbuches eingesetzt. Das Modellvorhaben zu einer unabhängigen Patientenberatung – wiederum nenne ich das Stichwort UPD – wird fortgesetzt, und zwar auch mit anderen Akzenten, wobei Vernetzung und Niedrigschwelligkeit ganz wichtig sind. Ich persönlich würde mir weiterhin eine Einbindung der Selbsthilfe an vielen Stellen wünschen.

Es ist ferner wichtig, dass die Krankenhäuser einen Qualitätsbericht vorlegen. Dieser informiert seit 2005 über Struktur und Leistungsumfang der Krankenhäuser. In diesem Jahr werden diese Qualitätsberichte zum zweiten Mal erscheinen. Ich habe sie an mancher Stelle nicht nur begrüßt, sondern auch kritisiert. Manchmal haben sie eher den Charakter von Hochglanzbroschüren und oft sind sie in der Sprache nicht patientenorientiert. Sie sind aber ein erster Schritt, mit dessen Hilfe sich einweisende Ärzte und Patienten orientieren können. Auch hier sind die Patientinnen und Patienten beteiligt. Alles kann zwar noch verbessert werden, aber ich denke, wir haben es hier qualitativ mit durchaus beeindruckenden Schritten zu tun.

Was das Aktionsbündnis Patientensicherheit im System leistet, ist ebenfalls sehr wichtig. So wurden zum Beispiel Empfehlungen zur Verhinde-

rung von Seiten- und Eingriffsverwechslungen erarbeitet. Sie wissen, dass die Chirurgen selbst vor einiger Zeit auf die Entwicklung eines Fehlerlernsystems in deutschen Krankenhäusern aufmerksam gemacht haben. Welche Bedeutung solche Empfehlungen haben können, konnte man soeben hier in Berlin bei der Klinik sehen, in der 47 Kniegelenke falsch implantiert wurden. Auch ich war damit befasst.

All das, was in Sachen Patientenorientierung getan wurde, ist wichtig, betrifft aber die Patientinnen und Patienten als Gruppe. Es betrifft nicht das direkte Verhältnis der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten zum Arzt. Die bisherigen Regelungen betreffen vielmehr Kollektivrechte. Was wir noch zu klären haben, ist eine Kodifizierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Noch immer wird viel zu oft lieber über Patienten gesprochen als mit ihnen. Vor allem tun sich Patientinnen und Patienten im Alltag oft schwer, ihre Rechte gegenüber dem Arzt einzufordern. Es gibt viele Patienten, die zum Beispiel die Patientenquittung verlangen. Das tun die meisten aber nur einmal, weil es dadurch doch zu empfindlichen Störungen beim Kontakt kommen kann. Vielfach besteht bei Patientinnen und Patienten, aber auch bei Ärzten Unsicherheit darüber, welche Rechte und Pflichten im Behandlungs-

Noch immer wird viel zu oft lieber über Patienten gesprochen als mit ihnen.

verhältnis bestehen. Das Spektrum der offenen Fragen reicht von der Einsicht in die Behandlungsunterlagen bis hin zu rechtlich komplexen Sachverhalten, die das Selbst-

bestimmungsrecht betreffen. Patienten haben Rechte, das ist klar. Sie resultieren aus unterschiedlichen Gesetzen, zum Teil aber auch aus dem Richterrecht. Diese Rechte sind aber nicht zusammenhängend geregelt. Regelungen finden sich in einer Vielzahl von Gesetzen, etwa im Sozialgesetzbuch und im Zivilrecht, aber auch im Bundesmantelvertrag für Ärzte und in den Berufsordnungen der Landesärztekammern. Die Rechte sind aber nicht ausdrücklich als Anspruch des Patienten gegen den Arzt,

wie die Juristen immer sagen, formuliert. Ich finde die Formulierung „gegen den Arzt“ unglücklich und schwäche sie jeweils ab, indem ich sage „gegenüber dem Arzt“.

Vielfältige Regelungen zur Dokumentationspflicht. Wir sind uns alle darüber einig, dass Ärzte eine Dokumentation über die Behandlung anfertigen müssen. Regelungen zu dieser Dokumentationspflicht finden sich zum Beispiel in Paragraph 57 des Bundesmantelvertrages für Ärzte, also in einer Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Die Berufsordnungen, mit denen die Landesärztekammern die Berufspflichten ihrer Mitglieder, also der Ärzte, regeln, enthalten ebenfalls Regelungen zur Dokumentationspflicht. Regelungen finden sich darüber hinaus in der Strahlenschutzverordnung und der Röntgenverordnung.

Richtig interessant wird es dann bei der Einsicht in diese Dokumentation. Die Juristen sind sich zwar sicher, dass die Patientinnen und Patienten das Recht auf Einsicht haben. Woraus es sich ergibt, ist aber nicht immer ganz klar. Das Bundesverfassungsgericht – dieses sollte es ja eigentlich wissen – leitet den Anspruch des Patienten gegenüber dem ihn behandelnden Arzt auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen aus dem Recht des Patienten auf Selbstbestimmung und personale Würde her. Das ist für Nichtjuristen nicht immer leicht nachvollziehbar.

Patientinnen und Patienten haben es in jedem Fall schwer, ihre Rechte durchzusetzen. Das hat natürlich etwas mit mangelnder Rechtskenntnis und auch mit unklarer Gesetzeslage zu tun. Häufig ergeben sich aber auch andere Schwierigkeiten für Patientinnen und Patienten, ihre Rechte durchzusetzen. Sie wollen im Verhältnis zum behandelnden Arzt keinen Anlass zu Konfrontationen geben. Oft kostet es schon Überwindung, überhaupt Einsicht in die Behandlungsunterlagen einzufordern oder darum zu bitten. Wenn der Arzt die entsprechenden Kopien nicht ange-

fertigt hat, ist es Sache des Patienten, noch einmal nachzuhaken. Das ist für viele nicht einfach. Aufgrund solcher Fälle, die ich im Alltag als Patientenbeauftragte bei vermuteten Behandlungsfehlern, aber auch bei einem Arztwechsel kenne, habe ich mich immer dafür eingesetzt, Regelungen zur Stärkung der Patientenrechte einzufordern. Dazu hat es – auch mit Ihnen – eine Reihe von Veranstaltungen, etwa Fachgespräche und Workshops, gegeben. Es hat beispielsweise Gespräche mit Professor Hart, mit anderen Patientenvertretern sowie mit Expertinnen und Experten gegeben.

Behandlungsvertrag als übersichtliche Zusammenfassung der Rechte. Ich habe immer gesagt, dass die Rechte und die Pflichten zusammenhängend geregelt werden müssten. In diesem Punkt sind viele mit mir einer Meinung. Man kann in diesem Zusammenhang an ein Patientenrechtegesetz denken. Der erste Schritt zur Weiterentwicklung der Patientenrechte wäre aber eine systematische Zusammenführung der bestehenden Rechte zum Behandlungsvertrag zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient. Wenn Patientinnen und Patienten in einem Gesetz ihre Rechte in einem Behandlungsvertrag übersichtlich zusammengefasst nachlesen könnten, würde das die Durchsetzung der eigenen Rechte erheblich erleichtern.

Ein Beispiel für solche Regelungen ist das Reisevertragsrecht. Ich verweise hier auf die Paragraphen 651 a und folgende im Bürgerlichen Gesetzbuch. Sie können dort alles über Ihre Rechte und Pflichten bei einer Reisebuchung nachlesen. Mögliche Regelungsinhalte betreffend das Verhältnis von Patientin beziehungsweise Patient zu Ärztin beziehungsweise Arzt sehe ich in folgenden Bereichen: Qualität der ärztlichen Behandlung, Selbstbestimmung, Information und Aufklärung, Dokumentation, Schweigepflicht sowie Patientenverfügung, welche aber wahrscheinlich besser im Betreuungsrecht zu regeln wäre.

Dass Ärzte ihren Patienten eine Behandlung nach dem Stand der medizinischen Erkenntnis schulden, ist sicherlich unumstritten. Es ist für den

Patienten aber wichtig, dass in der Behandlung Grundregeln des Umgangs miteinander eingehalten werden. Dazu zählen zum Beispiel die Achtung der Würde des Patienten und die Berücksichtigung seiner Krankheits-situation. In der Behandlungssituation entsteht durch die Krankheit des Patienten und das überlegene Wissen des Arztes ein Ungleichgewicht, sodass sich in der Regel nicht gleichgewichtige Verhandlungspartner gegenüberstehen können. Das führt nicht nur zu Handlungsmustern wie einem ausgeprägten Paternalismus, sondern es begünstigt auch Situationen, in denen Patientinnen und Patienten nicht immer das notwendige Maß an Respekt und Rücksichtnahme erfahren und in denen sie selbst nicht in der Lage sind, dies einzufordern.

Diese grundsätzlichen Anforderungen an Behandlungsqualität sollten am Beginn einer Regelung des Behandlungsvertrages stehen. Als konkrete Ausprägung sollte aufgenommen werden, dass Ärztinnen und Ärzte insbesondere dem Wunsch der Patienten – dieser Wunsch kommt oft vor –, bei Untersuchung und Behandlung durch eine Person ihres Vertrauens begleitet zu werden, möglichst weitgehend zustimmen sollten.

Patienten müssen über ihre Krankheit, mögliche Therapien und auch über Alternativen umfassend aufgeklärt werden.

Jede medizinische Behandlung bedarf der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Patient bestimmt Art und Umfang der medizinischen Behandlung. Das setzt aber voraus, dass Patientinnen und Patienten umfassend über ihre Krankheit und mögliche Therapien und auch über Alternativen aufgeklärt werden. Sie müssen natürlich auch die Möglichkeit haben, sich vor einer Entscheidung weiter zu informieren. Das bezieht sich auf den Wunsch nach einer ärztlichen Zweitmeinung.

Patientinnen und Patienten haben natürlich das Recht auf umfassende Aufklärung und Information. Die Aufklärung bezieht sich zunächst auf Diagnose und Krankheitsverlauf. Dazu gehören aber auch potenzielle

Auswirkungen einer Erkrankung auf die Lebensumstände der Patientin und des Patienten. Darüber hinaus sind die zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten mit ihren jeweiligen Risiken und Nebenwirkungen und auch die Kosten zu erläutern. Ein Punkt, der mir sehr wichtig ist, ist, dass auch über geschlechtsspezifische Aspekte der Medikation aufgeklärt werden sollte. Ich habe gerade gestern noch etwas über Untersuchungen, auch aus dem Bereich der Charité, darüber gehört, wie wichtig die geschlechtsspezifische Betrachtung bei der Medikamentierung ist. Zur Aufklärung gehören natürlich auch Hinweise auf mögliche Warnsymptome.

Die Frage der Einsichtsrechte Dritter. Die Dokumentation der ärztlichen Behandlung dient natürlich auch der Information der Patienten. Sie muss inhaltlich umfassend sein. Sie muss über eine angemessene Frist aufbewahrt werden und gegen unbefugte Einsichtnahme geschützt werden. Das alles wissen Sie. Die Patienten haben ein Recht auf Einsichtnahme in diese Dokumentation. Dies muss geregelt werden. Einer Regelung bedarf auch das Einsichtsrecht Dritter. Das betrifft manchmal Familien, die einem vermuteten Behandlungsfehler nachgehen. Kein Einsichtsrecht in die

Behandlungsunterlagen besteht für einen Praxisnachfolger. Auch diesbezüglich muss es Regelungen geben. Gleiches gilt bezüglich des Themas Schweigepflicht.

Man muss eine politische Mehrheit finden, zumal das Thema Patientenrechte mehrere Ressorts tangiert.

Vor dem Hintergrund der Vielzahl möglicher Regelungsinhalte und auch der unterschiedlichen Zuständigkeiten auf Bundes- oder Landesebene handelt es sich um kein einfaches Verfahren. Deswegen versuche ich seit einiger Zeit,

Mitstreiterinnen und Mitstreiter zu finden. Diese finde ich ganz klar bei den Patienten, den Krankenkassen, vielen Verbänden und auch bei vielen Ärzten. Man muss aber auch die politische Mehrheit finden, zumal das Thema mehrere Ressorts tangiert. Wir wissen ja alle, wie schwierig es war, im Falle des SGB IX zu einem Ergebnis zu kommen, bei dem viele Minis-

terien an der Formulierung der Regelungen beteiligt waren. Die Gestaltung von Patientenrechten ist ein wichtiges Thema. Ich denke, die Zeit für eine Regelung ist reif. Studien und Gutachten zu diesem Thema liegen vor. Wir sollten nun gemeinsam an die Gestaltung herangehen.



Die Autorin

Helga Kühn-Mengel

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten



Prof. Dr. Dieter Hart



Patientengesetz oder Patientencharta?

Ansätze für eine rechtliche Weiterentwicklung der Patientenrechte

Prof. Dr. Dieter Hart

Einleitend möchte ich sagen: Wir haben Patientenrechte – ja, aber ... Es stellt sich die Frage, was das Wort „aber“ bedeutet. Es kann heißen: Wir haben zu wenig Patientenrechte. Oder: Wir haben zu wenige davon fixiert. Es kann aber auch heißen: Wir haben Patientenrechte, aber wir setzen sie nicht um. Letzteres ist unser gravierendes Problem. Die Frage lautet: Gesetz oder Charta oder Gesetz und Charta – was löst dieses Problem am ehesten? Das ist der Befund, vor dem wir stehen.

Vor diesem Hintergrund muss man fragen: Was hat sich in der Zeit von 1999 bis 2003 geändert? Im Jahre 2003 hat Herr Bollweg in einem Aufsatz in der Neuen Juristischen Wochenschrift geschrieben: „Es gibt keinen Handlungsbedarf für ein Gesetz.“ Er hat das geschrieben, nachdem eine Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesjustizministeriums eine Charta ausgearbeitet und insofern eine ganze Menge für Patientenrechte getan hatte. Die Frage ist: Müssen wir dieses Urteil heute noch genauso fällen oder gibt es Veränderungen, die uns eine andere Richtung einschlagen lassen sollten?

Es ist mir ein erstes Anliegen, die Themen Patientenrechte und Patientensicherheit – Frau Kühn-Mengel hat das auch schon getan – zusammenzu-

bringen. Das zweite betrifft Befunde und Modelle, die sich auf individuelle Patientenrechte und auf kollektive Bürgerrechte, Beteiligungsrechte von Bürgern an Entscheidungen im Versorgungssystem, beziehen. Mein Hauptthema ist aber das von Normativität und Normalität und deren Auseinanderfallen. Das Auseinanderfallen kann sich auf Vollzugsdefizite bezüglich bestehender Rechte und auch auf Normdefizite beziehen. Es kann also sein, dass wir keine Rechte haben oder dass die Rechte nicht so kodifiziert sind, dass sie vollzogen werden können oder besser vollzogen werden. Zum Schluss des Referats werde ich auf ein Kombinationsmodell zu sprechen kommen. Bei diesem Kombinationsmodell von Gesetz und Charta gibt es für mich einen Vorrang, nämlich dass bestimmte Prozesse der Diskussion über stattgehabte Veränderungen und Fortentwicklungen neu belebt werden müssen.

Bei den individuellen Patientenrechten steht die Arzt/Pflege-Patient-Beziehung im Vordergrund, während bei der Versorgungsbeziehung die kollektiven Bürgerrechte im Zentrum stehen. Das sind die Ziele, die gleichzeitig die wünschenswerten Rechte kennzeichnen, um die es geht. Mein Anliegen ist es, dass der Bürger beziehungsweise der Patient einbezogen wird.

Patientensicherheit ist auch ein Patientenrecht. Es ist übrigens eine der Veränderungen, die in den letzten fünf oder sechs Jahren stattgefunden haben, dass man Patientensicherheit als ein Qualitätsziel entdeckt hat, das durch die Vermeidung beziehungsweise die Verringerung – die Verringerung ist wahrscheinlich sehr viel realistischer als die Vermeidung – von unerwünschten Ereignissen bei der Behandlung von Patienten definiert ist. Unter unerwünschten Ereignissen verstehe ich schädliche Vorkommnisse, die eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruhen, mögen sie nun vermeidbar oder unvermeidbar sein. Wir haben inzwischen Systeme, zum Beispiel das Critical-incident-reporting-System, die uns in die Lage versetzen, solche vermeidbaren oder unvermeidbaren Ereignisse frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren. Das ist ein

Thema, das Patientensicherheit zentral tangiert. Wer die Patientensicherheit stärkt, erhöht insofern die Qualität von medizinischen Behandlungen und deren Organisation. Ich betone hier den Begriff „Organisation“. Der ganze Bereich von Organisation ist bei der bisherigen Diskussion über Patientenrechte zu kurz gekommen und bedarf aus meiner Sicht dringend einer Aufarbeitung. Dasselbe gilt für die Schnittstellenproblematik.

Wer die Patientensicherheit stärkt, erhöht die Qualität von medizinischen Behandlungen und deren Organisation.

Nun zum zweiten Teil meines Referats, bei dem es um Befunde und Modelle geht. Der Ausgangspunkt der Geschichte der individuellen Patientenrechte war 1999 die Charta der Patientenrechte. Es folgte der einstimmige Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz betreffend Patientenrechte in Deutschland heute, den Herr Montgomery nicht mochte. Ich personalisiere dies jetzt; bis zu einem gewissen Grade ist dies sicherlich auch berechtigt. Auf Patientenrechte in Deutschland bezieht sich sodann das Dokument der Arbeitsgruppe beim Bundesjustizministerium, das unter Mitarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde. Dieses Dokument beinhaltete zum damaligen Zeitpunkt eine umfassende Darstellung. Es war gegenüber den von der Konferenz der Minister und Senatoren für Gesundheit erarbeiteten Vorstellungen bezüglich einer Charta etwas abgespeckt, etwas weniger deutlich, detailliert und klar. Ich glaube, diese Analyse ist für alle akzeptabel.

Sie basiert aber auf dem Ausgangspunkt, dass wir in Deutschland ein hohes Niveau bei den Patientenrechten auch im Verhältnis zu fortschrittlichen Ländern in Europa gesichert haben. Wir haben eine zersplitterte Gesetzgebung und die Charta. Die Antwort auf die Frage: „Charta oder Gesetz in der Zukunft?“ habe ich schon angedeutet. Ich habe mich vorhin auf den Aufsatz von Herrn Bollweg bezogen, der den Befund zum Zeitpunkt Oktober 2002 schildert. Seit diesem Zeitpunkt verzeichnen wir einen Stillstand. Es hat zwar immer wieder einmal jemand gesagt, es müsse

etwas passieren, aber seit dem gerade genannten Zeitpunkt ist tatsächlich nichts passiert. Ich rede an dieser Stelle über individuelle Patientenrechte, nicht über kollektive Bürgerrechte. Der Begriff „Einbeziehung“ ist eine Umschreibung. Heute würde man entsprechend einem Modellversuch von Shared-Decision-Making sprechen. Die Behandlungsentscheidung liegt aber endgültig beim Patienten. Das ist ein Grundsatz. Diesen Grundsatz finden Sie nirgends normiert. Er wird aber von allen akzeptiert.

Nun zur Bürgerbeteiligung. Wir haben Beteiligungsgerechtigkeit als ein Element der Definition sozialstaatlicher Demokratie betont. Es gibt zunehmend die Möglichkeit der Beteiligung von Bürgern an verschiedenen Prozessen der Entscheidung. Im Gesundheitsbereich ist die Entwicklung von 2000 bis 2004 gut verlaufen: Es geht von Konzepten zum Experiment, vom Experiment zur Praxis, von der Praxis zum Gesetz und vom Gesetz zur Praxis. Aus meiner Sicht haben wir im Bereich der GKV auf der Basis gesetzlicher Regelungen eine gute Praxis von Beratungsbeteiligungen. Das ist der Befund im Bereich kollektiver Beteiligungsrechte. Wir haben auch bei diesem Modell – ich weise Sie auf den Begriff „Beteiligung“ hin – ein Shared-Decision-Making. In diesem Fall entscheidet aber am Ende der Gemeinsame Bundesausschuss, nicht der Patient.

Es gibt ein Rechtssicherheitsdefizit und ein Vollzugsdefizit. Es fehlt meiner Ansicht nach an Normen.

Es gibt, wie ich bereits angedeutet habe, ein Rechtssicherheitsdefizit und ein Vollzugsdefizit. Es fehlt meiner Ansicht nach an Normen. Es fehlt eine „Einheitsgesetzgebung“.

Beim Vollzugsdefizit ist das Auseinanderfallen von Theorie und Praxis und das Auseinanderfallen von Norm und Anwendung zu nennen. Gravierende Defizite gibt es im Bereich von individuellen Patientenrechten. Auf einige der gravierenden Defizite möchte ich aufmerksam machen. So gibt es zum Beispiel im Bereich der Befolgung von hochwertigen Leitlinien Defizite. Das ist ein Standardproblem und ein Problem der Qualität von Behandlung. Die Organisation von Sicherheit und insbesondere das

Risikomanagement ist ein Problem der Organisation von Kommunikation und Qualität. Das Hauptthema ist die Patientensicherheit. In dieser Hinsicht gibt es ein Defizit. Weiterhin nenne ich Schnittstellenprobleme. Die Organisation von Kommunikation innerhalb der Sektoren und über die Sektoren hinweg ist ein Qualitätsproblem. Die Organisation von Kommunikation ist defizitär. Abschließend will ich nur noch das Stichwort „Patientenverfügungen“ nennen, ohne es näher zu erläutern.

Defizite bei Rechtsklarheit und Rechtssicherheit. Gibt es im Bereich der kollektiven Patientenrechte als Beteiligungsrechte Vollzugsdefizite, also Rechte, bei deren Umsetzung die Praxis hinterherhinkt? Es gibt drei Stichworte, über die wir gern diskutieren können: IQWiG, Ethikkommissionen und Leitlinienerstellung. Meines Erachtens brauchen wir Normen für gebietsübergreifende Rechtsprinzipien: Dignität, Qualität – Qualität auch als Umschreibung für Nutzen und Sicherheit –, Autonomie, Information, Dokumentation und Einsicht. Das Normthema ist ein überaus wichtiges Thema. Auch in diesem Bereich gibt es ein Defizit an Rechtsklarheit und Rechtssicherheit. Ich nenne in diesem Zusammenhang weiterhin die Stichworte Patientenverfügung und Pharmakovigilanz-Verfahren, also die Beteiligung von Bürgern an dem Prozess der Herstellung von Arzneimittelsicherheit. Auch in diesem Bereich gibt es ein Defizit. Dieses Problem können Sie nur durch ein Gesetz regeln. Die Frage nach der Entscheidungsbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist nach meiner Einschätzung derzeit zu verneinen.

Ich komme nun auf Normdefizite anhand des Beispiels von Autonomie zu sprechen. Es fehlen Grundsatzregelungen, die Orientierungen ermöglichen. Die Grundsatzregelung beinhaltet: Patientenautonomie geht vor ärztlicher Fürsorge, ist aber verzichtbar. Wenn gesagt wird, sie sei verzichtbar, so heißt dies: Der Patient kann verzichten, niemand sonst. Dies habe ich durchgespielt mit Bezug auf Regelungen, die Kinderautonomie betreffen, Regelungen über Patientenautonomie am Ende des Lebens,

Regelungen über Informationsansprüche und Anforderungen an Informationsangebote als Voraussetzung für die Ausübung von Patientenautonomie und Regelungen über Beratungsrechte.

Übergreifende Grundsätze und notwendige Einzelregelungen. Das Kombinationsmodell setzt Gesetz und Charta in eine Interaktion. Das Gesetz muss übergreifende Grundsätze und notwendige Einzelregelungen beinhalten. Übergreifende Grundsätze bedeuten gleichzeitig eine Abweichung von dem, was Frau Kühn-Mengel gesagt hat, und eine Abweichung von dem, was wahrscheinlich Herr Etgeton sagen wird. Ich glaube nicht, dass es ausreicht, ein Behandlungsvertragsgesetz zu haben. Ich meine vielmehr, man sollte ein Grundsätzegesetz haben, das eine Interpretation in anderen Rechtsbereichen und anderen Vertragsbereichen ermöglicht, weil es sich um Grundsätze handelt, die als Rechtsprinzipien längst anerkannt sind.

Insofern würde ich für ein eventuell gebietsübergreifendes Grundsätzegesetz plädieren. Es stellt sich von der Gesetzgebungskompetenz her natürlich ein Problem, wenn das Gesetz gebietsübergreifend konzipiert würde. Ich würde dieses Grundsätzegesetz im Bereich des Zivilrechts

Die Verbindlichkeit, die ein Gesetz hat, bewirkt möglicherweise durch höhere Aufmerksamkeit eine stärkere Befolgung.

ansiedeln. Insofern gibt es keine Probleme, aber möglicherweise überschießende Wirkungen in andere Gesetze und andere Rechtsgebiete hinein. Es muss sich um ein Grundsätzegesetz handeln, das sich auf die wichtigsten medizin- und gesundheitsrechtlichen Rechtsprinzipien bezieht und gleichzeitig Spielräume für Entwicklungen auf der Ebene von Verwaltung und Rechtsprechung lässt. Möglicherweise sollte es ergänzende Regelungen dort geben, wo

Konflikte existieren, die einer Entscheidung jenseits von Rechtsprechung, jenseits von Verwaltung und jenseits von professionellen Entscheidern bedürfen. Ein solches Gesetz würde für meine Begriffe eine höhere Aufmerksamkeit finden als alle anderen Regelungsmöglichkeiten. Es würde möglicherweise eine höhere Befolgung bewirken. Die Verbindlichkeit,

die es ohnehin hat, bewirkt möglicherweise durch höhere Aufmerksamkeit eine stärkere Befolgung.

Man könnte – ich sage es jetzt etwas polemisch – auch einmal über die Rechtskultur in Europa nachdenken und fragen, ob Deutschland nicht ein Gesetz als Vorbild für vorzügliche Regelungen betreffend Patientenrechte braucht.

Patientencharta – nicht länger warten. Eine Botschaft möchte ich Ihnen allen gerne ans Herz legen. Es geht um die Fortsetzung des Chartaprozesses. Es gibt ausreichend Veränderungen, die es erforderlich machen, diesen Prozess, der 1999 begonnen und dann beendet worden ist, fortzusetzen. Das würde bedeuten, dass die Arbeit einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Justiz- und Gesundheitsministerium an der Charta so wieder aufgenommen wird, dass Wirkungen der Charta evaluiert werden, Lücken und Änderungen analysiert werden, das Produkt aktualisiert wird und die Öffentlichkeit darüber informiert wird. Möglicherweise könnte man der Arbeitsgruppe auch eine gewisse Gutachterfunktion im Hinblick auf einen Fortentwicklungsbedarf zuweisen. Dieser Aspekt ist damals etwas untergegangen.

Beide zusammen – Gesetz und Charta – können die Inkongruenz zwischen Theorie und Praxis, Normativität und Normalität verringern helfen. Diese Inkongruenz ist unser eigentliches Problem. Gesetz und Charta würden gleichzeitig die erforderliche Anpassungsflexibilität und Rechtssicherheit und -klarheit gewährleisten. Keinesfalls – dies betone ich zum Schluss – sollte die Wiederaufnahme des Chartaprozesses auf ein Gesetz warten müssen.



Der Autor

Prof. Dr. Dieter Hart

Direktor des Bremer Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht

Bew
bere
Fehl
3 Ger
Vorl
fahle

www.uphoff.de



Patientenrechte im Alltag – Beispiele aus der Anwaltspraxis

Dr. Roland Uphoff

Ich bin gern von Bonn nach Berlin gekommen, um zum Thema „Patientenrechte im Alltag – Beispiele aus der Anwaltspraxis“ zu referieren. Es freut mich sehr, dass sich der AOK-Bundesverband dieses Themas annimmt. Herr Dr. Ahrens hat es schon zu Recht gesagt: Patientenrechte sind Menschenrechte. Ich will Ihnen die alltägliche Praxis des Arzthaftungsrechts darstellen. Für mich sind Ärzte in der täglichen Praxis häufig doch Gegner. Ich habe mit der „Gegenseite“ tagtäglich zu tun. Ich möchte Ihnen daher jetzt die forensische Praxis, die Schadensregulierungspraxis aus der Sicht eines Patientenanwalts, eines Prozessanwalts darstellen.

Ich bearbeite Arzthaftungsverfahren jetzt seit mehr als 16 Jahren. Wir betreuen in meiner Kanzlei über 500 Verfahren von Patienten, und zwar ausschließlich solche Verfahren, in denen es um die Arzthaftung gegenüber Patienten geht. Wir vertreten die Patienten außergerichtlich und gerichtlich bundesweit. Der Schwerpunkt meiner Tätigkeit ist die Beratung und Vertretung von Eltern mit geburtsgeschädigten Kindern. Sie werden bei den Beispielen aus der Praxis jetzt gleich einiges zum Geburtsschadensrecht als speziellem Aspekt des Arzthaftungsrechtes hören.

Die Situation der Patienten im Prozessfall. Ich habe mein Referat in drei Themen aufgegliedert. Erstens wird es um Einsicht in Krankenunterlagen und Dokumentation in den Behandlungsunterlagen gehen. Das zweite Thema ist die Aufklärung über Behandlungsalternativen, insbesondere über die Möglichkeit einer Kaiserschnittentbindung. Das dritte Thema ist die

Frage, die mir besonders am Herzen liegt, nämlich wie die Beweis- und Prozesssituation des Patienten ist, insbesondere in Geburtsschadensverfahren. Ich werde mich also weniger mit der Frage beschäftigen, wie es derzeit mit den Normen aussieht und wie sich die Rechtsprechung darstellt. Ich bin mit Herrn Professor Hart hier einer Meinung, dass die wesentlichen Fragen entschieden beziehungsweise vom Gesetzgeber normiert werden. Nichtsdestotrotz bedarf es verschiedener Klarstellungen.

Die erste Frage – Einsicht in die Krankenunterlagen – ist im Grunde von der Rechtsprechung entschieden, wenn auch keine gesetzliche Normierung erfolgt ist. Für einen Juristen ist die Frage klar beantwortet, denn

Obwohl ein einklagbarer Anspruch des Patienten auf Einsichtnahme in und Herausgabe der Behandlungsunterlagen besteht, haben Patienten erhebliche Schwierigkeiten, diese Unterlagen zu bekommen.

die Aushändigung der Behandlungsunterlagen ist eine vertragliche Nebenpflicht. Obwohl ein einklagbarer Anspruch des Patienten auf Einsichtnahme in und Herausgabe der Behandlungsunterlagen – in Kopie, gegen Kostenerstattung – besteht, haben Patienten oder Eltern trotz ihrer direkten Aufforderung erhebliche Schwierigkeiten, diese Unterlagen zu bekommen. Wie sieht es praktisch aus? Die Eltern äußern gegenüber dem Frauenarzt oder auch der Entbindungsklinik nach der Geburt den Wunsch: „Wir möchten die Unterlagen gern einmal einsehen.“ Daraufhin erhalten sie den abschließenden Arztbrief. Der Frauenarzt sagt: „Sie haben doch den Mutterpass.“ Der Kinderarzt sagt: „Ich kann Ihnen den Abschlussbericht schicken, aber meine Patientenkarteikarte betreffend das Kind bekommen Sie nicht.“ Das sind tägliche Probleme, die wir bei der Durchsetzung dieses zwar nicht verbrieften, aber mehrfach ausgeurteilten Rechts haben.

Ich habe Ihnen, um es etwas plastischer zu machen, aus einem aktuellen Fall einen Brief mitgebracht, den ich hier auszugsweise zitieren will. Der von uns mit der Bitte um Übersendung der Unterlagen angeschriebene Arzt schreibt: „Sehr geehrter Herr Dr. Uphoff! Vielen Dank für Ihr Schrei-

ben. ... Ich darf Sie zunächst darum bitten, mitzuteilen, ob ein Verfahren bei der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammer gegen mich anhängig ist und ob Ihre Mandantin beabsichtigt, gegen meine Person Interessen durchsetzen zu wollen. Letztlich muss ich Sie auch darum bitten, mir zum Abgleich der Unterschrift auf der Vollmacht ein Dokument mit der Unterschrift Ihrer Mandantin in Kopie – zum Beispiel Personalausweis – zu übersenden.“

Abschreckung statt Auskunft. So sieht also die Praxis aus. Letztlich ist der Arzt in dem betreffenden Fall doch bereit gewesen, die Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Eltern lassen sich sicherlich manchmal aber auch abschrecken, wenn sie solche Briefe bekommen. Nachdem ich nunmehr seit 16 Jahren mit Arzthaftungsverfahren befasst bin, ist meine Erfahrung, dass die überwiegende Anzahl der Patienten, speziell der Eltern mit geburtsgeschädigten Kindern, nicht zu mir kommt, um aufgrund eines Anspruchsdenkens Schadenersatz durchzusetzen. Das eminent wichtige Anliegen der Eltern ist, den Sachverhalt aufzuklären und zu erfahren: Gibt es Dinge, die wir vor der Geburt oder unter der Geburt vielleicht falsch gemacht haben? Es gibt nicht wenige Verfahren, in denen ich nach langer Beratung der Eltern und auch nach Prüfung durch externe Gutachter sage: Der Fall Ihres Kindes ist schicksalhaft; die Behinderung des Kindes kann möglicherweise nicht erklärt werden. Das können die Eltern auch akzeptieren. Man sollte also nicht den Eindruck haben, dass anspruchsendenkende, Schuld suchende Eltern oder Patienten in die Kanzlei kommen. Es mag natürlich auch solche Leute geben. Sie sind dann entsprechend zu beraten und zu betreuen.

Wie sieht es mit der Dokumentation aus, wenn wir die Unterlagen erhalten haben? Ist die Dokumentation – wie die Rechtsprechung sagt – „wahr, vollständig und widerspruchsfrei“? Die Dokumentation dient bekanntlich dazu, dass die Behandlung für den Nachbehandler rekonstruierbar ist. Wie sieht es in der Praxis aus? Es gibt häufig erhebliche Widersprüche

zwischen der Dokumentation in den Unterlagen und den Schilderungen der Eltern beziehungsweise der Patienten.

Als Beispiel seien hier Angaben zu Schmerzen genannt, über die geklagt wurde und die Frage: Wer hat wann was gemacht? Es geht oft insbesondere darum, über was gesprochen worden ist. Wie ist die werdende

Es gibt häufig erhebliche Widersprüche zwischen der Dokumentation in den Unterlagen und den Schilderungen der Eltern beziehungsweise der Patienten.

Mutter aufgeklärt worden? Ist sie überhaupt aufgeklärt worden? Von wem ist sie gegebenenfalls aufgeklärt worden? Es gibt ganz erhebliche Widersprüche, insbesondere in der Hinsicht, welche Behandlungsrisiken genannt wurden, ob es überhaupt Behandlungsalternativen gibt und ob diese erörtert worden sind. In diesem Zusammenhang wäre mein Vorschlag, um auch eventuelle spätere Auseinandersetzungen zu entschärfen, dass der Patient – die werdende Mutter oder die werdenden Eltern – eine Durchschrift des Aufklärungsbogens bekommen sollten. Im Zweifel sollte der Auf-

klärungsbogen mit einer Blaupause unterschrieben werden. Ich habe auch schon Fälle erlebt – und dies zeigt, dass die Aufklärungsbogen doch mit einer gewissen Skepsis zu bewerten sind –, in denen die Unterlagen, die die Eltern irgendwann einmal von der Entbindungsklinik erhalten haben und die Unterlagen, die ich nochmals aus der Klinik angefordert habe, unterschiedliche Eintragungen im Aufklärungsbogen enthalten.

Wie sieht es in der Praxis mit der Aufklärung über Behandlungsalternativen aus? Werden die Patienten ausreichend aufgeklärt? Die Aufklärung verunsichert nicht. Die Information ist unbedingt notwendig. Frau Kühn-Mengel hat bereits angesprochen, dass der informierte und aufgeklärte Patient besser mitarbeitet. Er weiß, worum es geht, und kann sich um Dinge kümmern, die für die weitere Behandlung wichtig sind. Auf die Frage, ob werdende Mütter beziehungsweise werdende Eltern über das weitere Geburtsprozedere aufgeklärt werden, sage ich Ihnen ganz offen: Nein, das werden sie nicht. Bei der lebensentscheidenden Frage, wie die

werdende Mutter bei der Geburt betreut wird, ob die Möglichkeit einer Kaiserschnittentbindung besteht oder nicht, wird häufig nicht aufgeklärt. Es wird nicht aufgeklärt, weil der Geburtshelfer aus seiner persönlichen Einschätzung heraus sagt: „Ich weiß schon, was gut für die werdende Mutter ist. Ich spreche nicht mit der werdenden Mutter.“ Prozesse scheitern letztendlich daran, dass auch der vom Gericht herangezogene Sachverständige aus persönlichen Gründen sagt, auch er hätte die Mutter – das ist medizinisch nicht begründbar! – nicht informiert und aufgeklärt.

Hohe rechtliche Hürden für geschädigte Patienten. Das führt zu der wesentlichen Frage, wie die Beweis- und Prozesssituation des Patienten bei Geburtsschadensklagen, bei außergerichtlichen und gerichtlichen Auseinandersetzungen aussieht. Ich habe die Frage etwas plakativ einmal so formuliert: Ist es eigentlich einfach, einen Rechtsstreit gegen die Entbindungsklinik oder gegen den behandelnden Frauenarzt zu gewinnen? Die Antwort lautet: Nein, das ist es nicht. Die Tatsache, dass der Patient beweisen muss, dass etwas falsch gemacht wurde, dass eine Behinderung oder ein Schaden beim Patienten aufgetreten ist und dass diese Behinderung beziehungsweise dieser Schaden deswegen besteht, weil ein Fehler gemacht wurde, ist eine sehr hohe Hürde.

Die Situation ist für einen juristischen Laien natürlich auch schwer verständlich. Die Eltern sitzen vor mir und sagen: „Aber wir haben doch bewiesen, dass vor der Geburt etwas nicht perfekt war und auch unter der Geburt sind wir nicht richtig betreut worden und wir wissen auch, dass das Kind behindert ist.“ Meine Antwort lautet dann immer: „Wir haben die Beweise erbracht, dass zum einen etwas falsch gemacht worden ist und dass zum anderen das Kind behindert ist. Wir müssen aber auch noch eine dritte und sehr hohe Hürde überwinden, nämlich belegen, dass das Kind wegen des Fehlers des Arztes behindert ist.“ Diese Hürde ist zum Teil sehr schwer zu überwinden. Es kann natürlich sein, dass bei einer Frühgeburt die Betreuung vor der Geburt unzureichend war und das Kind heute

behindert ist. Dann haben Sie bewiesen: Die Frühgeburt ist falsch betreut worden und das Frühchen ist behindert. Vonseiten des behandelnden Arztes oder der Klinik wird dann oft gesagt: „Unabhängig davon, ob wir die Frühgeburt richtig oder falsch betreut haben, wäre das Kind sowieso behindert gewesen, denn es ist ja ein Frühchen.“

Unzureichende Versorgung trotz bekannter Risiken. Ein anderes Beispiel ist, dass Hochrisiko-Schwangere – es gibt dazu aktuelle Studien aus den letzten Jahren – nicht in Perinatalzentren eingewiesen werden, aus welchen Gründen auch immer. Das heißt, das Risiko, das sich abzeichnet, wird bei der werdenden Mutter zwar erkannt, aber trotzdem kommt sie nicht in das Perinatalzentrum, also in ein Zentrum der Maximalversorgung. In solchen Fällen wird dann von der Behandlungsseite eingewandt: „Selbst im Perinatalzentrum wäre nicht anders als in unserer kleinen Belegklinik gehandelt worden.“

Einige von Ihnen werden wissen, dass es in der Praxis Möglichkeiten gibt, dass der Patient von der vorhin erwähnten Beweislast befreit wird und die Beweislast sich umkehrt. In den Fällen, in denen ein besonders schwerer

Das Vorliegen eines besonders schweren, groben Fehlers wird in der Praxis von Sachverständigen nur mit sehr großer Zurückhaltung bestätigt.

Fehler begangen worden ist – ich verdeutliche dies immer mit dem Begriff „dicker Hund“ –, kehrt sich die Beweislast um. Dann ist der Arzt in der Situation, sich entlasten zu müssen. Wie sieht es diesbezüglich aber in der Praxis aus? Das Vorliegen eines besonders schweren, groben Fehlers wird in der Praxis von Sachverständigen nur mit sehr großer Zurückhaltung bestätigt. Ich habe es zwar nicht statistisch erfasst, denke aber, dass nur in weniger als zehn Prozent der Fälle, in denen wir Prozesse führen, tatsäch-

lich grobe Fehler gesehen werden. Wie wird dann von den Gutachtern, von den Medizinern formuliert? Es wird wie folgt formuliert: Die Behandlung war „suboptimal“. Man hätte die Maßnahme ergreifen „sollen“. Ein solcher Fehler „kann einfach passieren“. Es ist „üblich“, die

Maßnahme nicht zu ergreifen. Der „klinische Alltag“ erlaube nicht, diese Maßnahme zu ergreifen. – Der letzten Aussage wäre gewissermaßen in Klammern hinzuzufügen: obwohl sie eigentlich gefordert war. Auf die Antwort, es sei „üblich“, die Maßnahme nicht zu ergreifen, antworte ich immer: Wenn alle bei Rot über die Ampel fahren, ist das kein Standard. Es ist dann zwar vielleicht üblich, aber trotzdem falsch! Die hier vorgebrachten Formulierungen sind Formulierungen von erfahrenen Gerichtsgutachtern; ich habe mit solchen Gutachtern tagtäglich zu tun. Ich kenne die Formulierungen zur Genüge.

Beweislastumkehr zugunsten des Patienten? Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es? Man könnte im Rahmen einer Gefährdungshaftung grundsätzlich überlegen, ob man die Beweislast auf die Behandlerseite verlagert. Ich denke, dies ist im deutschen Zivilrecht letztendlich nicht durchsetzbar. Es gibt eine solche Beweislastumkehr in der Straßenverkehrsordnung, aber in der Praxis der Arzthaftung wird sie nicht umsetzbar sein. Ich meine, man sollte stattdessen den Weg beschreiten, eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten bereits beim Vorliegen eines Fehlers vorzusehen. Liegt ein Fehler vor und ist der Schaden eingetreten, dann liegt es am medizinischen Profi zu beweisen, dass dieser Fehler sich nicht ausgewirkt hat. Eine weitere Möglichkeit wäre – dies wäre letztendlich eine Aufgabe der Rechtsprechung –, geringere Voraussetzungen für das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers festzulegen. Mit anderen Worten: Man fordert dann nicht mehr das Vorliegen eines „dicken Hundes“, sondern ein bisschen weniger.

Der Einfluss privater Gutachter auf das Verfahren ist gering. In der Praxis ist es tatsächlich so – das ist für uns ein großes Problem –, dass der vom Gericht bestellte Sachverständige den Prozess entscheidet. Ich verwende in diesem Zusammenhang gern das plakative Schlagwort „Richter in Weiß“. Der Gerichtsgutachter kann dem Gericht quasi erklären, dass die Erde eine Scheibe ist. Das Gericht wird dieses dann auch im Urteil schreiben. Im

Urteil heißt es dann: „Der Gerichtssachverständige ist der Kammer aus vielen anderen Verfahren bekannt. Er hat die Dinge schlüssig und nachvollziehbar erläutert. Auch auf mehrfache Nachfrage des Klägervertreters blieb er bei seinen Anknüpfungspunkten im Gutachten. Dem war zu folgen.“ Das sind Textbausteine, die jeweils verwendet werden. Wenn von unserer Seite, von Patientenseite private Gutachter eingeschaltet werden, im Sinne der Einholung einer Zweitmeinung, so werden diese glattweg ignoriert. Deren Meinung wird einfach nicht zur Kenntnis genommen. Mein Vorschlag ist, dass die prozessuale Bedeutung des Privatgutachters im Ergebnis gestärkt werden muss. Es müsste einen zivilprozessualen Rechtsanspruch geben, dass der Privatgutachter mündlich anzuhören ist. Die Kammer müsste sich dann mit seinem Gutachten auseinandersetzen. Es sollte nicht länger so sein, dass der Gerichtsgutachter derjenige ist, der den Prozess entscheidet.

Wie sieht es in der Praxis mit der Schmerzensgeldbemessung aus? Ich habe es einmal ganz krass formuliert: Die Bemessung von Schmerzensgeld und Schadenersatz in den Prozessen ist heute Willkür. Es gibt Entscheidungen,

Die Bemessung von Schmerzensgeld und Schadenersatz in den Prozessen ist heute Willkür.

diese sind auch publiziert, beispielsweise des Oberlandesgerichts Braunschweig, welche Sie mit Entscheidungen der Oberlandesgerichte in Köln oder in Düsseldorf vergleichen können. Bei einem annähernd gleichen Behinderungsgrad des Kindes werden in einem Fall 350.000 Euro und im anderen Fall 500.000 Euro gezahlt. Das sagen Ihnen die Senatsvorsitzenden beim Oberlandesgericht auch im

Gerichtstermin. Sie sagen Ihnen – ich kann das hier wiederholen, weil die Verhandlungen öffentlich gewesen sind –: „Uns interessiert nicht, ob Sie für dieses Kind beim OLG Köln 500.000 Euro bekommen hätten, hier in Stuttgart oder Karlsruhe bekommen Sie nur 400.000 Euro.“ Dagegen können Sie auch nicht mehr gerichtlich vorgehen und zum Beispiel zum Bundesgerichtshof gehen und sagen: „Die Stuttgarter oder Karlsruher sind geizig.“

Geringe Chancen in der Berufung. Abschließend zur Frage des Berufungsrechts. Man sagt dem Patienten ja immer: „Wenn wir den Prozess beim Landgericht verlieren, gehen wir zum Oberlandesgericht.“ Auch die sich dadurch eröffnenden Möglichkeiten sind de facto und de jure quasi abgeschnitten. Es ist in Patientenverfahren, in Arzthaftungsverfahren unerträglich, wenn Sie – ich sage es wieder plakativ – mit einem ungerechten Urteil des Landgerichts zum Oberlandesgericht gehen und Ihnen das Oberlandesgericht dann fünf Zeilen schreibt: „Das Urteil ist gut lesbar. Die Berufung ist offensichtlich unbegründet. Mit freundlichen Grüßen...“ Das ist unerträglich und für die Mandanten unzumutbar. Grundlage dieser Entscheidungen ist Paragraf 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung, welcher die schriftliche Zurückweisung der Berufung ermöglicht. Die Rechtsanwaltskammern und auch der Deutsche Anwaltverein sind dagegen Sturm gelaufen. Wir haben aber diese Norm leider nicht verhindern können und das ist wirklich kaum zu ertragen und bitter. Man hat mittlerweile die ersten Studien zu der Frage durchgeführt, wie das Berufungsrecht gehandhabt wird. Wir wissen, dass zum Beispiel das OLG Celle oder das OLG Hamm Berufungen zu annähernd 50 Prozent vom Tisch fegen, also „kurzen Prozess“ machen. In Köln und Düsseldorf ist das derzeit in über 20 Prozent der Fälle so. Es kann einfach nicht sein, dass die Berufungsverfahren in Celle oder in Hamm zu 50 Prozent unbegründet sind.

Mein Resümee ist: Der Alltag des Arzthaftungsrechtes zeigt, dass Patientenrechte in der Praxis nur bedingt gewährleistet sind. Bei der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen müssen die Patientenrechte unbedingt gestärkt werden.



Der Autor

Dr. Roland Uphoff
Fachanwalt für Medizinrecht



Eckpunkte für eine Normierung der Patientenrechte und Fortentwicklung des ärztlichen Behandlungsvertrags

Dr. Stefan Etgeton

Mein Part ist es, jetzt einen etwas konkreteren Blick auf das zu richten, was zum Teil schon angesprochen wurde. Sofern es dabei Wiederholungen gibt, werde ich mich kurz fassen. Zugleich möchte ich die anstehenden Fragen unter dem Aspekt der politischen Gesamtlage betrachten. Ich habe hier gewissermaßen eine Brückenfunktion zwischen dem doch sehr pointierten Erfahrungsbericht aus der juristischen Praxis und der Position der Ärzteschaft. Ich hoffe, dass es mir – auch inhaltlich – gelingt, eine Brücke zu schlagen.

Kennen die Patienten ihre Rechte? Grundlage der Patientenrechte sind insbesondere die Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes. Was die konkreten Ausformulierungen anbelangt, ist aber natürlich der Dienstvertrag nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch die Grundlage. Es gibt sehr spezifische Regulierungen durch die Gerichte. Ferner gibt es das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“. Der Stand der Patientenrechte hängt aber aus unserer Sicht wesentlich von den einzelnen Gerichtsentscheidungen ab, die einen gewissen Grad an Konsistenz erreicht haben, ohne dass diese in einem konkreten Gesetz transparent ihren Niederschlag gefunden hat. Die Frage ist aber: Weiß der Patient überhaupt um seine Rechte?

Wir haben ein hohes Maß an Intransparenz im Hinblick auf die Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis.

Der Vorschlag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes ist, die Patientenrechte positiv zu kodifizieren und damit den Versuch zu machen, die Patientenrechte in Deutschland auf ein neues Niveau zu heben. Wir haben, wie auch Herr Hart schon gesagt hat, ein hohes Maß an Intransparenz im Hinblick auf die Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis. Ich würde übrigens nicht von Patientenrechten gegen den Arzt sprechen. Es geht vielmehr darum, Rechte und Pflichten beider Partner im Behandlungsverhältnis so zu definieren, dass für beide Seiten möglichst mehr Rechtssicherheit und Rechtsklarheit entsteht. Im Moment haben wir eher den Zustand, dass man irgendwo am Horizont zwar die Patientenrechte sieht, dass der Weg dorthin häufig aber sehr mühsam ist. Der Weg führt über Fachanwälte und über Publikationen. Das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ hat zwar einiges bewirkt, aber das ist noch lange nicht ausreichend.

Wir haben uns überlegt, wie man den Komplex der individuellen Patientenrechte besser regeln kann. Auch wir wollten zunächst ein Patientenrechtegesetz als Artikelgesetz, in dem alle Dinge geregelt werden. Insofern habe ich große Sympathien für den Ansatz von Herrn Hart. Wir haben dann aber gesagt: Wir überheben uns als Verbraucherzentrale Bundesverband ein wenig, wenn wir selbst solch ein Artikelgesetz vorschlagen, und haben uns deshalb gefragt: Was können wir konkret tun? Welche Probleme treten bei der Beratung am häufigsten auf? Wir haben uns dann fachkundigen Rat geholt, und zwar bei Marcus Lindemann, der hier auch anwesend ist.

Marcus Lindemann ist neben seiner anwaltlichen Tätigkeit auch als Berater für Verbraucherzentralen tätig. Wir haben ihn gebeten, einmal zu ermitteln, welche Punkte in der Beratungspraxis eine wichtige Rolle spielen. Im Ergebnis hat dies dazu geführt, dass wir uns zunächst einmal auf den Behandlungsvertrag konzentriert haben, und zwar mit einem ganz

konkreten Vorschlag, wie man es im BGB formulieren kann. Im Jahre 2005 haben wir einen solchen Vorschlag vorgelegt. Sie können ihn von unserer Website www.vzbv.de herunterladen. Am Anfang steht eine Definition des Begriffs der Heilbehandlung und der Partner, die am Heilbehandlungsprozess beteiligt sind. Danach betrifft Heilbehandlung sämtliche Leistungen – also nicht nur die ärztlichen Leistungen, sondern auch den Bereich der Pflege –, deren Zweck die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit oder Linderung eines Leidens einer Patientin oder eines Patienten ist. Heilbehandler ist insofern folgerichtig der Anbieter solcher Leistungen. Die Patientin beziehungsweise der Patient ist jeder Mensch, bei dem eine solche Heilbehandlung erbracht wird.

Zur Aufklärung gehört auch die Möglichkeit zu Nachfragen. Bezüglich der Aufklärung haben wir formuliert: Aufklärung ist die Gesamtheit aller Informationen über eine Heilbehandlung und ihre Auswirkungen auf den Patienten, den Verlauf und mögliche Alternativen durch den Heilbehandler, der die Heilbehandlung erbringt. Wir sagen weiterhin, dass die Aufklärung nicht allein darin bestehen kann, dass ein schriftliches Dokument unterschrieben und abgeliefert wird. Vielmehr muss auch die Möglichkeit zu einem mündlichen Gespräch gegeben werden. Es muss also die Möglichkeit geben, Rückfragen zu stellen, auch und gerade vor einer Operation. Es ist sinnvoll – in dieser Hinsicht schließe ich mich Herrn Uphoff an –, dem Patienten eine Kopie des Aufklärungsprotokolls zur Verfügung zu stellen. Die Diagnose soll grundsätzlich vollständig mitgeteilt werden. Bei der Praxis, dass man den Patienten vor einer Diagnose schonen will, haben wir es mit einer Grauzone zu tun. Es ist ein Teil dessen, was man etwas abfällig „benevolenten Paternalismus“ nennt. Das wollen wir im Prinzip nicht, es sei denn, es gibt eindeutige medizinische Gründe, eine Diagnose zu verschweigen – beispielsweise Suizidgefahr oder eine

Die Aufklärung kann nicht allein darin bestehen, dass ein schriftliches Dokument unterschrieben und abgeliefert wird.

psychische Erkrankung, die durch eine Diagnose möglicherweise verschärft würde – oder der Patient lehnt die Mitteilung der Diagnose ausdrücklich ab. Das Recht auf Nichtwissen soll also unberührt bleiben.

Zur wirtschaftlichen Aufklärung gehören Informationen darüber, was die Behandlung kostet und wer die Kosten trägt. Der letztgenannte Aspekt wird zunehmend wichtiger, weil immer mehr Leistungen von Ärzten angeboten werden, die der Patient ganz oder zum Teil selbst zu bezahlen hat. Wichtig ist auch – diese Frage ist durch die Rechtsprechung im Wesentlichen geklärt – die Frage des Zeitpunkts der Aufklärung. Gerade vor operativen Eingriffen muss genügend Zeit vorhanden sein, um sich das Ganze zu überlegen. Bei Operationen sagen wir, dass bis spätestens 18 Uhr des Vortages eine entsprechende Aufklärung stattfinden sollte. Diese Aufklärung sollte auch persönlich erfolgen. Ohne Einwilligung der

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte werden sich die Fragen des Eigentumsrechts an den Patientinformationen ganz anders darstellen.

Patientin oder des Patienten – das ist eine Selbstverständlichkeit – sollte keine Behandlung erfolgen, wobei besondere Fälle wie Notfälle und Bewusstlosigkeit natürlich ausgenommen sind.

Das Thema der Dokumentation ist ebenfalls schon angesprochen worden. Der Arzt ist verpflichtet zur zeitnahen Dokumentation auf Datenträgern mit Überschreibschutz und der Patient beziehungsweise die Patientin hat ein Recht auf eine Kopie. Ich denke, es wird sich ein neuer Zustand

ergeben, wenn wir die elektronische Gesundheitskarte und die elektronische Patientenakte haben. Dann werden sich die Fragen des Eigentumsrechts an den Informationen ganz neu und anders darstellen. Die Patientenakte ist ja ein Dokument, das nicht mit der Akte des Arztes identisch ist. Die elektronische Patientenakte stellt eine eigene Ebene dar. Sie gehört dem Patienten und wandert mit ihm im besten Falle durch das System. Eigner dieser Akte ist der Patient und nicht mehr der einzelne Arzt, der seine Beiträge zu dieser Akte leistet. Der Arzt verfügt weiterhin über seine

Dokumentation für seinen Behandlungsbereich; die Zusammenführung der Daten ist aber Sache des Patienten und auch der Patientenakte.

Der Patient als Herr seiner Daten. In diesem Zusammenhang entstehen spannende Fragen, etwa die Frage nach der Eignerschaft der Informationen. Diese Frage ist übrigens auch für das Thema der sektorübergreifenden Qualitätssicherung von Belang. Dem Patienten wächst im System hier eine ganz neue Rolle zu, und zwar insofern, als er über zentrale Informationen zum Behandlungsverlauf verfügt. Das ist sicherlich ein Thema, das man perspektivisch auch rechtlich noch einmal durchdenken müsste. So stellt sich zum Beispiel die Frage, ob der Arzt alles zur Kenntnis nehmen muss, was in der Patientenakte steht, und ob für ihn daraus, dass er bestimmte Informationen nicht zur Kenntnis nimmt, ein mögliches Haftungsrisiko erwachsen kann. Der richtige Ansatzpunkt ist natürlich, die Informationen behandlungsorientiert so zu strukturieren, dass die relevanten Informationen für den Arzt schnell und leicht verfügbar sind. Entscheidend ist, dass die Patientinnen und Patienten sowie die Versicherten Herren beziehungsweise Herrinnen ihrer Daten bleiben. Sie wollen wissen und entscheiden, was in den Datenwerken steht, und sie wollen auch wissen, wer hineinschaut.

Wir haben konkret ausformuliert, was wir hinsichtlich der Dokumentation erwarten. Wir erwarten nicht nur, dass eine solche Dokumentation zeitnah erstellt wird, sondern natürlich auch vom jeweils behandelnden Arzt selbst. Es sollten also nicht etwa vom Assistenzarzt am Ende des Monats Sammeldokumentationen gefertigt werden, bei denen der Bezug zum Behandlungsgeschehen nicht mehr möglich ist. Ob der Krankenhausbetrieb eine zeitnahe Dokumentation immer hergibt, ist eine andere Frage. Ein solcher Anspruch muss aber selbstverständlich bestehen bleiben. Der Betrieb muss entsprechend organisiert werden. Ein weiteres Erfordernis ist, dass die Dokumentation mindestens dreißig Jahre lang aufbewahrt werden sollte, um auch Spätfolgen noch dokumentieren zu können.

Der Punkt Behandlungsfehler und Schadenersatz ist eigentlich der einzige Punkt in unserem Vorschlag, bei dem wir über das hinausgehen, was bisher geltendes Recht ist. Wir sagen, dass die Beweislast bei nachgewiesenen Behandlungsfehlern, nicht nur bei „groben“ Behandlungsfehlern, umgekehrt werden sollte. Die Gründe dafür wurden von Herrn Dr. Uphoff bereits angeführt. Ich verweise in Wiederholung des Gesagten darauf, dass die Abgrenzung zwischen groben und normalen Behandlungsfehlern in der Praxis relativ schwer vorzunehmen ist. Ersatzansprüche und Schmerzensgeld beziehen sich auf zwei Verstöße, und zwar sowohl auf den Verstoß gegen Aufklärungspflichten als auch auf den Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst. Die Beweislast des Patienten für den Nach-

weis des Schadens beziehungsweise des Fehlers, aber auch für den Verstoß gegen die Aufklärungspflicht bleibt natürlich bestehen. Einzig und allein bei einem nachgewiesenen Verstoß gegen die ärztliche Heilkunst liegt die Beweislast für die Schadensregulierung beim Arzt.

Die Beweislast bei nachgewiesenen Behandlungsfehlern, nicht nur bei „groben“ Behandlungsfehlern, sollte umgekehrt werden.

Ich komme abschließend auf weitere Vorschläge zu sprechen, die sich nicht auf Regelungen des Behandlungsvertrages beziehen und die wir in der Diskussion noch weiter

vertiefen können. Das Thema der verschuldensunabhängigen Haftung nach dem skandinavischen Modell ist hier bereits angesprochen worden. Ich glaube, dass dies im Sinne von Patienten und Ärzten gemeinsam ein wichtiges Instrument sein kann, um die Beziehungssituation zu entlasten, wenn der Verdacht auf Behandlungsfehler im Raum steht. Dieses Instrument kann zu einer Entkrampfung der Situation führen. Patienten berichten häufig, dass dann, wenn der Begriff „Behandlungsfehler“ fällt, das Arzt-Patient-Verhältnis plötzlich einen ganz anderen Charakter bekommt, was aus Sicht des Arztes notwendigerweise der Fall ist. Das Vertrauensverhältnis wird dadurch nachhaltig belastet, obwohl die Beziehung möglicherweise noch fortgesetzt werden muss oder soll. Eine verschuldensunabhängige Haftungsregelung könnte insofern zu einer Entlastung beitragen.

Patientenvertreter als Schlichter. Der Aufbau eines verlässlichen, unabhängigen Gutachterwesens ist ebenfalls schon angesprochen worden. Ich bin etwas erschüttert angesichts dessen, was Herr Dr. Uphoff hier berichtet hat, nämlich dass die Privatgutachter in vielen Gerichtsverfahren überhaupt nicht gehört werden. Das war für mich neu. Ich halte das für einen skandalösen Zustand. Auch uns berichten Patientinnen und Patienten und ebenso die Medizingeschädigten immer wieder, dass es bei den Gutachtern Probleme gibt, was ihre Neutralität und ihre Patientenorientierung angeht. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es notwendig sein kann, dass weitere Unterstützungsmöglichkeiten, zum Beispiel auch seitens der Krankenkassen, eröffnet werden, und zwar unabhängig davon, ob Schadenersatzansprüche vorliegen; ob man also Krankenkassen in die Lage versetzen sollte, Gutachter zum Beispiel auch in anderen Konstellationen zur Verfügung zu stellen, sei es vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder in einem eigenen Gutachtersystem, das aufzubauen wäre. Ein weiterer wichtiger Punkt, der von Herrn Professor Hart schon angesprochen wurde, ist die Einbindung von Patientenvertretern in die Schlichtungsstellen. Meines Wissens wird eine solche Einbindung bisher nur in Rheinland-Pfalz praktiziert, in den anderen Bundesländern noch nicht. Ich könnte mir vorstellen, dass diese Einbindung auch etwas zur Entkrampfung mancher Konfliktsituation beitragen kann.

**Der Autor**

Dr. Stefan Etgeton
Verbraucherzentrale Bundesverband



Weiterentwicklung der Patientenrechte aus ärztlicher Sicht

Verankerung von Patientenrechten im ärztlichen Behandlungsvertrag

Dr. Frank Ulrich Montgomery

Ich hätte natürlich große Lust, als einziger „Gegner“ beziehungsweise als einziges Gegenüber aller Vorredner hier auf all das zu antworten, was meine Vorredner gesagt haben. Es gäbe das eine oder andere, was ich gern kommentieren würde. Aus Gründen der Fairness – die Vorredner hatten schließlich keine Möglichkeit zur Entgegnung – will ich auf diese Kommentierung jedoch verzichten.

Die Patientenrechte und der ärztliche Behandlungsvertrag. Ich will mich nur mit dem befassen, was ich ursprünglich als Aufgabe gestellt bekommen habe. Sie haben freundlicherweise eine ganz konkrete Fragestellung vorgegeben und uns dazu auch Unterlagen geschickt, nämlich das Gutachten von Herrn Francke und Herrn Hart von 2005, und das Gutachten, das für den Bundesverband der Verbraucherzentralen erstellt worden ist. Darauf will ich mich beziehen. Ich will mich im Kern mit der Frage befassen: Ist es notwendig, die Patientenrechte im ärztlichen Behandlungsvertrag beziehungsweise in einem eigenen Gesetz zu verankern?

Lassen Sie mich eingangs klar feststellen: Nach meiner Meinung sind die Patientenrechte im ärztlichen Behandlungsvertrag festgelegt und verankert, allerdings nicht in einem eigenen Gesetz. Das ist also nichts Neues.

Bei der heutigen Veranstaltung geht es im Kern um das Projekt einer neuen gesetzlichen Regelung von Patientenrechten. Dafür gibt es verschiedene Modelle: ein Einheitsgesetz, wie Francke und Hart es in ihrem Gutachten vorschlagen, ein Artikelgesetz und verschiedene andere Möglichkeiten.

Gegensätzliche Positionen. Im Kern gibt es bei dem, was wir heute hier gehört haben, zwei völlig unterschiedliche Positionen. Auf der einen Seite steht die Position von Francke und Hart, wie sie in dem Gutachten von 2005 zu finden ist. Diese Position geht, wie Herr Hart hier auch ausgeführt hat, von einem hohen Niveau der Verankerung von Patientenrechten in Deutschland aus. Zugleich wird aber gesagt, dass wir für die Regelung ein eigenes Gesetz brauchen. Das ist alles nichts Neues. Herrn Hart und seine einschlägigen Forderungen kennen wir seit der Debatte über die Charta aus den späten 90er-Jahren. Das hat damals dazu geführt, dass wir nach der Befassung der Gesundheitsministerkonferenz zusammen in der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Bundesjustizministerium und Bundesgesundheitsministerium gearbeitet haben. Ich hatte das Vergnügen, dieser Arbeitsgruppe anzugehören, die unter der Leitung des ehemaligen Präsidenten des Bundesgerichtshofes, Dr. Geiß, tagte. Wir haben die erwähnten Überlegungen damals alle gekannt und wir haben sie bewusst nicht mit in die Broschüre aufgenommen. Man möge mir jetzt beweisen, welche Veränderung eine andere Position bedingen könnte.

Die zweite Position ist diejenige, die hier vom Bundesverband der Verbraucherzentralen dargestellt worden ist. Bei dieser Position versucht man, den Ansatz der gesetzlichen Normierung des Behandlungsvertrages dazu zu benutzen, Inhalte zu verändern. Bei der gesetzlichen Normierung des Behandlungsvertrages soll also etwas anderes als das festgeschrieben werden, was vorher drinstand. Lieber Herr Etgeton, das ist – hegelianisch gesagt – der Versuch, die „Patientenrechte an und für sich“ auf ein höheres Niveau zu heben. Ich bitte aber um Verständnis, dass ich mich aus der

Position und Sicht der Bundesärztekammer darauf beschränken möchte, eine eigene Position zu beschreiben, vor allen Dingen im Blick auf das, was legislativ in der nächsten Zeit auf uns zukommen könnte.

Medizinische Leistungen ohne Erfolgsgarantie. Meine Eingangsfeststellung ist diese: Der ärztliche Behandlungsvertrag ist gesetzlich und richterrechtlich umfassend definiert. Der Gegenstand dieses Vertrages ist eine medizinische Leistung. Grundformen sind Verträge mit niedergelassenen Ärzten, Verträge mit Krankenhausärzten und Verträge mit Krankenhäusern. Dieser Behandlungsvertrag ist übrigens interessanterweise auch nach der Schuldrechtsmodernisierung 2002 nicht als eigenständiger Vertragstyp ausgestaltet oder etwa besonders kodifiziert worden, obwohl schon damals eine entsprechende Forderung bestand. Der Gesetzgeber hat auf eine solche Ausgestaltung verzichtet. Es handelt sich bei dem Behandlungsvertrag nicht um einen Werkvertrag. Der Arzt schuldet kein Ergebnis, sondern eine Leistung. Die herrschende Lehre definiert den Behandlungsvertrag daher als einen Dienstvertrag. Das ist richtig, denn der Arzt kann den durch die Behandlung erhofften Heilungsverlauf nicht garantieren und daher auch nicht für einen Behandlungserfolg einstehen. Der Grund dafür liegt übrigens nicht beim Arzt, sondern in der Natur des Menschen. Ich nenne hier die Unberechenbarkeit des menschlichen Körpers, die Individualität des Heilverlaufs, aber auch eine ganze Reihe soziologischer Faktoren wie Compliance des Patienten und Coping.

Inhalt des medizinischen Behandlungsvertrages ist die Behandlung des Patienten. Sie erstreckt sich bekanntermaßen auf Diagnose – diese sollte in der Regel am Anfang stehen –, Therapie, Nachbehandlung und, – das ist ganz wichtig – die über all dies zu leistende Aufklärung. Der Schutzzweck des Behandlungsvertrages umfasst zum einen die körperliche Integrität des Patienten und zum anderen sein Selbstbestimmungsrecht, über Eingriffe bei sich

Die Behandlung des Patienten erstreckt sich auf Diagnose, Therapie, Nachbehandlung und die über all dies zu leistende Aufklärung.

selbst zu entscheiden. Aus diesem Schutzzumfang leiten sich die ärztlichen Pflichten ab, deren Verletzung dann wieder die Arzthaftung im engeren Sinne auslöst: die Pflicht zur Behandlung *lege artis* auf der einen Seite und die Pflicht zur Aufklärung über die Behandlung auf der anderen Seite – zur Vermeidung von notwendigen haftungsrechtlichen Interventionen von Herrn Uphoff.

Herr Uphoff, ich habe während Ihres Vortrags mehrfach den Kopf geschüttelt; das bezog sich auf Ihre Beispiele von Fehlverhalten von Kollegen meiner Profession. Solche Fälle dürfte es heute nicht mehr geben. Diese Fälle müssen wir genau analysieren. Wir müssen feststellen, was dahintersteckt, wenn ein Arzt glaubt, er käme ohne Weiteres davon, wenn er seine Behandlungsunterlagen nicht herausrückt. Wir wissen doch alle, dass solche Fälle in keinem Gesetz der Welt zu normieren sind, denn hinter einer solchen Reaktion verbirgt sich das schlechte Gewissen. Schlechtes Gewissen können Sie ebenso wenig wie schlechtes Benehmen gesetzlich regeln.

Arzthaftung und medizinische Standards. Ich will auf das Arzthaftungsrecht, das bei den Ausführungen vieler Vorredner eine Rolle gespielt hat, nicht weiter eingehen. Es entzieht sich nach unserer Auffassung einer Kodifikation. Im Kern – auch wenn es am Anfang viel Scharmützel um die Formalien gibt, wie sie Herr Uphoff hier geschildert hat – geht es beim Arzthaftungsrecht doch immer um die Frage, ob die medizinischen Standards eingehalten worden sind. Diese Standards ändern sich aber entsprechend dem Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft, übrigens in der Regel sehr viel schneller und durchgreifender als Gesetze dies vermögen. Über die Änderung entscheidet die Medizin und nicht das Recht. Medizinische Standards kann man weder durch Abstimmung im Parlament noch durch richterliche Bestimmung ändern. Es geht hier um eine Entscheidung, die die Medizin trifft.

Zum anderen hat die Rechtsprechung das Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung aber über ein rein juristisches Vertragsverhältnis hinaus durch die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten geprägt. Die sinnvolle Wahrnehmung dieses Rechtes sicherzustellen ist der Hauptzweck der Aufklärungspflicht des Arztes. Daraus ergibt sich aber auch umgekehrt, dass die Mitwirkung des Patienten an seiner Behandlung Grundvoraussetzung für einen rechtskonformen Heileingriff ist. In der Diskussion um Patientenrechte geht dieser Aspekt oftmals unter und auch Patientenpflichten werden vielfach nicht ausreichend gesehen.

Die Mitwirkung des Patienten an seiner Behandlung ist Grundvoraussetzung für einen rechtskonformen Heileingriff.

Bei der Diskussion um Patientenrechte ging und geht es um individuelle Patientenrechte auf der einen Seite, aber auf der anderen Seite, gerade in der letzten Zeit, auch um Beteiligungsrechte der Patienten in gesundheitsrechtlich oder gesundheitspolitisch relevantem Kontext. Auf der Grundlage eines Gutachtens aus dem Jahre 1999, welches Francke und Hart im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz zur Vorbereitung der Charta verfasst hatten, haben wir ein Arbeitspapier entwickelt, das Sie unter den Daten 2003 und 2005 von der Website des Bundesministeriums der Justiz abrufen können. Wir nennen dieses Papier „Patientenrechte in Deutschland“. Diese Dokumentation beinhaltet eine Deskription des bestehenden Rechtszustandes, keine neue normative Entwicklung. So haben wir sie selbst verstanden. Gestatten Sie ein kurzes Zitat daraus: „Das Dokument ist eine Bestandsaufnahme des geltenden Rechts, die weiteren Diskussionen nicht vorgeht. Es soll die Transparenz im Gesundheitswesen erhöhen und durch eine breite Unterstützung nachhaltige Wirkungen für alle Beteiligten entfalten.“

Man hat sich damals bewusst und begründet gegen eine weitere Kodifizierung und Verrechtlichung der Patient-Arzt-Beziehung gewendet. Herr Bollweg hat darüber in der Neuen Juristischen Wochenschrift

berichtet. Herr Hart ist heute ebenfalls darauf eingegangen. Der Entschluss von damals war ein weiser Entschluss; dabei sollte man es weiterhin belassen.

Partnerschaftliche Kooperation zwischen Arzt und Patient. Der modernen Konzeption betreffend die Patientenrechte liegt ein partnerschaftliches Modell der Kooperation von Arzt und Patient zugrunde. Der Medizinrechtler Katzenmeier spricht in seinem Buch „Arzthaftung“ deswegen von der Patient-Arzt-Beziehung als einem „therapeutischen Arbeitsbündnis“. Damit ist aber auch die Rolle des Patienten, welche in dem beschriebenen Dokument der Ministerien nur sehr zart anklingt, in einer anderen rechtlichen Funktion zu sehen, die in der Diskussion oft vernachlässigt wird.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verlangt vom Arzt, den Kranken an den oft schwer zu vermittelnden Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Der Arzt hat sich mit dem Patienten über Krankheit und Behandlung zu verständigen. Diese Interaktion führt dazu, dass nicht ein von außen bestimmter Behandlungsstandard am Patienten vollzogen wird, sondern dass eine individuelle Behandlung stattfindet, bei der, wie Kat-

**Arzt und Patient
sollten den Behand-
lungserfolg zu ihrem
gemeinsamen
Anliegen machen.**

zenmeier es ausdrückt, auch die Wertewelt des Gegenübers Beachtung und Eingang findet, sodass wirklich von einer partnerschaftlichen Beziehung gesprochen werden kann. Wenn man das Partnerschaftsmodell zu Ende denkt, ist es verfehlt, daraus einseitig nur Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten abzuleiten. Arzt und Patient sollten den Behandlungserfolg zu ihrem gemeinsamen Anliegen

machen. Es ist vom Patienten zu erwarten, dass er Heilung nicht aus einer passiven Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete Reparaturleistung des Arztes nach dem Motto „Hier bin ich Kunde“ im Verbraucherkontext betrachtet, sondern Selbstverantwortung für seine Gesundheit und für sein Vorgehen bei behandlungsbedürftiger Erkrankung übernimmt. Dieses Partnerschaftsmodell finden Sie übrigens auch in der Berufsord-

nung der deutschen Ärzte verankert. Ich zitiere hier aus Paragraf 7: „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“ Sie finden also die Regelung von Patientenrechten reziprok in der Berufsordnung über Arztpflichten.

Ich bin froh und dankbar, dass mehrere meiner Vorredner sich schon auf das bezogen haben, was auch ich jetzt sagen werde. In Deutschland haben wir ein hohes Niveau bei der Sicherung von Patientenrechten. Wir nehmen damit in Europa eine Spitzenstellung ein. Warum also eine neue Gesetzgebung? Sollen individuelle Patientenrechte ausgebaut werden? Soll die kollektive Beteiligung von Patienten an Legislation und Administration, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, verstärkt werden? Oder besteht ein Unbehagen darüber – welches wir als Ärzteschaft im Übrigen teilen –, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung möglicherweise ein anderes Verständnis von Patientenrechten besteht als zum Beispiel wir Ärzte es haben? Ich meine, diese Sachverhalte sollten wir einmal differenziert betrachten.

Berufspflichten der Ärzte spiegeln Patientenrechte wider. Welches sind die Ziele individueller Patientenrechte? Nach Hart geht es um die Gewährleistung von angemessener Information und Beratung, standardgemäßer Behandlung, standardgemäßer Dokumentation, Einsicht in die Behandlungsunterlagen sowie Vertraulichkeit und Datenschutz. Nehmen Sie einmal die Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft zur Hand, die von allen Landesärztekammern in fast identischer Weise verabschiedet worden ist. Dann werden Sie feststellen, dass alle diese Patientenrechte in den Berufsordnungen reziprok als Arztpflichten definiert sind. Die Bundesärztekammer hat daher stets in der ihr eigenen einfachen und schlichten Weise betont, dass der beste Patientenschutz von der Berufsordnung ausgeht, und zwar von einer Berufsordnung, welche die Ärzteschaft auf der Grund-

lage des Auftrags aus den Kammer- und Heilberufsgesetzen, die von den Ländern vorgegeben werden, in Autonomie und in diskursiver Selbstbestimmung ihres Arztbildes entwickelt hat.

Paradoxerweise liegt übrigens in dieser gesetzlich verankerten und von den Ländern mitgestalteten Funktion der Berufsordnung auch ein Grund für ein wachsendes Potenzial an Konflikten zwischen Ärzteschaft und Politik

Die Patientenrechte sind in den Berufsordnungen als Arztpflichten definiert.

im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Das liegt an ihrer Entwicklung, die die Aufgabe des Arztes, gegenüber seinem Patienten dessen individuellen Bedürfnissen entsprechend professionell vorzugehen, zunehmend reglementiert. Wir stellen immer öfter die Frage, ob der wünschenswerte Zusammenhang mit den programmatischen

Vorgaben für medizinische Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht häufig übersehen wird.

Dennoch: Francke und Hart sprechen zu Recht von einer Inkongruenz von Normativität und Normalität. Damit ist gemeint, dass es zwar alle jene Rechtsnormen gibt, sie in der Praxis jedoch defizitär angewendet werden. Dies mag in dem einen oder anderen Fall durchaus so sein. Fragen wir uns nun aber: Woran liegt das? Liegt es an der mangelnden Bereitschaft oder Fähigkeit der Ärzte oder am immer mehr reglementierten, bürokratisch gesteuerten und durch rechtliche Vorgaben im GKV-Raum eingegengten Handlungsrahmen der Ärzte, wenn sie in ihrer Professionalität und nach ihrem Heilauftrag tätig werden sollen? Es muss jedem klar sein: Eine Diskussion über eine gesetzliche Regelung von individuellen Patientenrechten wird immer auch vor dem Hintergrund der Ressourcen- und Finanzierungsdiskussion in unserem Gesundheitswesen geführt werden müssen.

Geht die Forderung nach gesetzlicher Regelung womöglich auf ein Unbehagen der Patientenverbände und Verbraucherschutzverbände aufgrund

einer mangelnden Beteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen zurück? Hier ist zunächst festzuhalten, dass das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Patientenbeteiligung institutionalisiert haben, und zwar insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss. Davon wird auch Gebrauch gemacht. Die Bundesärztekammer ist daran nicht beteiligt. Alle Beteiligten berichten aber, dass sich die Nutzung dieser Funktion positiv auf die Richtliniengebung des G-BA ausgewirkt hat. Ob dies als ausreichend angesehen wird, ist zunächst eine Frage, die sich die Politik selbst stellen muss und die auch eine neuartige Diskussion vor allem für die gesetzliche Krankenversicherung bewirken würde, nach deren traditionellem Konzept Entscheidungen in der Selbstverwaltung von Versichertenvertretern und von Arbeitgebervertretern getroffen werden.

Einheit von Verantwortung und Handeln ist wichtig. Wir müssen hier auch an die Kongruenz von Handeln und Verantwortung denken. In einem durch Verträge regulierten und selbstverwalteten Gesundheitssystem müssen die Partner der Selbstverwaltung die von ihnen getroffenen Vereinbarungen und Verträge ja nicht nur gemeinsam gestalten, sondern auch „leben“ und manchmal hinterher auch „ertragen“. Angesichts der zunehmend rationalisierenden und von vielen schon als rationierend empfundenen Knappheit in diesem Vertragssystem kommt der Einheit von Verantwortung und Handeln also eine große Bedeutung zu. Dann ist es problematisch, wenn das Vertragsgeschäft, um das es im Kern dabei geht, von Partnern mitbestimmt wird, die für die materiellen Konsequenzen der Verträge nicht einzustehen haben.

Für die Bundesärztekammer möchte ich daher anmerken, dass wir einen Ausbau kollektiver Patientenbeteiligung im gesundheitspolitischen Kontext in dafür in Betracht kommenden Bereichen unter Beachtung der Einheit von Verantwortung und Handeln befürworten. Ich verweise darauf, dass wir bei unseren Qualitätssicherungsmaßnahmen selbst entsprechend

handeln, zum Beispiel beim Ärztlichen Zentrum für Qualität der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Zum Ende meines Vortrags möchte ich nun auf die eigentliche Problematik der Patientenrechte, wie wir sie sehen, zu sprechen kommen, nämlich auf das Problem der angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und vor allem der mittelbaren Beeinflussung der Leistungserbringer – Ärzte und Krankenhäuser – durch entsprechende sozialrechtliche Vorgaben. Patientenrechte sind weniger durch die Ärzteschaft, die sie mittelbar durch ihre Pflichten realisiert, gefährdet als im Kontext staatlicher Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung.

Individuelle Versorgung im Krankheitsfall ist gefährdet. Eine forcierte Wettbewerbsorientierung mit Risikoauslese und Gefährdung flächendeckender Versorgung, eine überbetonte Nutzenorientierung hinsichtlich der Anwendung von Diagnostik und Therapie, eine mittelbare Zugangssteuerung für die Versicherten durch Zuzahlungen und die Inanspruchnahmesteuerung in bestimmten Versorgungsmodellen stellen in bestimmten Fällen Gefährdungen des Anspruchs auf individuelle Versorgung im Krankheitsfälle dar. Der übermäßige Zugriff des Gemeinsamen Bundesausschusses über Richtlinien mittelbar auf die ärztliche Versorgung, die Entwicklung von Disease-Management-Programmen und auch der Ausbau einer rein ökonomisch orientierten Qualitätssicherung können ebenfalls solche Gefährdungen darstellen. Deshalb ist es erforderlich, diese Sachverhalte in der Gesundheitspolitik künftig aufzuarbeiten und gegebenenfalls Mechanismen zu finden, welche eine Harmonisierung von Patientenbedürfnissen, ärztlicher Berufsausbildung und Vorstellungen der Ressourcenverwendung, insbesondere unter Betonung des Primats der evidenzbasierten Medizin, ermöglichen.

An einem Ausbau der Patientenbeteiligung führt dabei kein Weg vorbei. Die Kodifikation des Behandlungsvertragsrechts für Arzt und Patient,

womöglich mit sozialrechtlich definierten Akzentuierungen, wäre aber auf keinen Fall eine hilfreiche Lösung. Das Behandlungsvertragsrecht darf nicht als Surrogat für das Versagen der Politik in der GKV verstanden werden. Die Behandlungsbeziehung zwischen Arzt und Patient ist in ihrer rechtlichen Dimension als Kompensation für Versorgungsdefizite in der gesetzlichen Krankenversicherung völlig ungeeignet. Fehlerhafte Finanzierungskonzepte lassen sich nicht durch Eingriffe in die Patient-Arzt-Beziehung heilen. Lassen Sie mich dies hier ausdrücklich betonen.

An einem Ausbau der Patientenbeteiligung führt kein Weg vorbei.

Die Politik übersieht oft, dass mit den Sicherungen der Freiheit ärztlicher Berufsausübung, wie sie im Rahmen der ärztlichen Berufsordnung gewährleistet ist, vorrangig dem Patientenschutz gedient ist. Das wurde übrigens auch schon im Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahre 1992 festgestellt. Ich glaube deshalb, dass die Bundesärztekammer zu Recht daran festhält, dass eine Veränderung der Finanzierung des Gesundheitswesens erforderlich ist, und zwar sowohl im Interesse der Patienten als auch im Interesse des medizinischen Behandlungsauftrags der Ärzte und der Krankenkassen. Wir sollten diesbezüglich vorrangig partnerschaftlich konsentrierte Aktionen entwickeln. Unser Ziel sollten nicht neue Gesetze, sondern bessere Regeln sein. Ich halte es hier mit Tacitus: „Corruptissima res publica plurimae leges. – Der schlechteste Staat hat die meisten Gesetze.“



Der Autor

Dr. Frank Ulrich Montgomery
Vizepräsident der Bundesärztekammer



Eckpunkte der AOK zur Stärkung der Patientenrechte

Wolfgang Metschurat

Es entspricht der allgemeinen Lebensweisheit, dass den Rechten der einen Pflichten der anderen entgegenstehen. Dies gilt auch für das Thema Patientenrechte. Als AOK sehen wir die Verpflichtung zur Achtung der Patientenrechte beileibe nicht nur aufseiten der Leistungserbringer; wir sehen sie ebenso auf Kassenseite, sprich: auch bei uns. Wir wissen, dass wir als großer Kassenverband eine hohe Verantwortung haben, Patienten in ihren Rechten zu stärken und sie darin zu unterstützen, diese Rechte auch geltend zu machen.

In einer repräsentativen Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen – dem WiDO – sprachen sich 76,6 Prozent der Befragten dafür aus, dass Krankenkassen die Möglichkeit haben sollten, Patienten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern aufzuklären. Der Bedarf an Informationen gerade über die Qualität von Leistungserbringern ist hoch. Wir sehen uns, erst recht als Vertreter der Versicherten in der Selbstverwaltung der AOK, durch derartige Umfragen bestätigt, eine aktive Rolle als Anwälte von Versicherten und Patienten zu übernehmen und auch zu gestalten.

Wir wollen aber nicht nur bessere Informationen für Versicherte und Patienten, zum Beispiel über ihre Rechte, und ein höheres Maß an Transparenz im Gesundheitswesen. Wir wollen vielmehr auch Motor sein, um den Patientenschutz und die Patientensicherheit in Deutschland zu erhöhen.

Wir wollen ein Motor sein, um den Patientenschutz und die Patientensicherheit in Deutschland zu erhöhen.

Viele Patienten erleiden vermeidbare Schäden. Laut Sachverständigenrat muss in Deutschland bei rund 17 Millionen Krankenhausbehandlungen davon ausgegangen werden, dass allein im Krankenhausbereich 850.000 bis 1,7 Millionen sogenannte unerwünschte Ereignisse stattfinden. 340.000 bis 720.000 Patienten erleiden Schäden, die vermeidbar wären.

Patientenrechte sind nicht nur Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts von Patienten. Sie sollen vor allem auch dazu beitragen, mit dem Arzt auf möglichst gleicher Augenhöhe zu kommunizieren und eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung zu fördern. Um entscheiden zu können, brauchen Patienten Informationen und Beratung, insbesondere über Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen, die mit bestimmten Behandlungen verbunden sind. Nur dann können sie, soweit sie es wünschen, selbstbestimmt über ihre Gesundheit mitentscheiden. Das Recht auf Nichtwissen und auch auf Fürsorge durch den Arzt sind davon vollkommen unberührt und stehen auch für uns nicht infrage. Auch das Nicht-Wissen-Wollen, zum Beispiel bezüglich der Prognose einer Erkrankung oder auch genetischer Veranlagungen, muss respektiert werden.

Der Verwaltungsrat des AOK-Bundesverbandes hat sich im vergangenen Jahr intensiv mit der Frage befasst, wie die Patientenrechte gestärkt werden können und welchen Anforderungsbedarf es in Bezug auf gesetzliche Änderungen gibt. Wir haben dazu einige Vorschläge entwickelt und suchen heute mit Ihnen das Gespräch darüber, was wir gemeinsam auf den Weg bringen können. Erst dann macht die Frage Sinn, ob die Patientenrechte in einem Patientenschutzgesetz zusammengefasst werden sollen, ob es ausreicht, eine Patientencharta politisch zu konsentieren und damit eher auf die Selbstverpflichtung zu vertrauen, oder ob beispielsweise der ärztliche Behandlungsvertrag eigenständig kodifiziert werden soll.

An der Programmgestaltung haben Sie gemerkt, dass wir gleichwohl bereits eine gewisse Neigung zu dem zuletzt genannten Vorschlag haben:

Kodifizierung des Arztvertrages, das heißt, Rechte und Pflichten sowohl der Ärzte als auch der Patienten wären im Bürgerlichen Gesetzbuch zu verankern. Dieser Vorschlag, kurzfristig den ärztlichen Behandlungsvertrag zu kodifizieren, bedeutet, einen pragmatischen Weg zu gehen. Der Vorteil wäre, dass man auf diese Weise kurzfristig bedeutende Patientenrechte stärken, rechtssicherer und transparenter machen könnte.

Die wichtigste Botschaft dieser Veranstaltung sollte sein: Ja, wir brauchen mündige Patienten und dafür müssen Patienten in ihren Rechten gestärkt werden. Lassen Sie mich ergänzen: Patienten müssen umgekehrt auch wissen, dass mit diesen Rechten auch Pflichten einhergehen. Wenn sich Arzt und Patient im Sinne der gemeinsamen, partizipativen Entscheidungsfindung auf eine bestimmte Therapie geeinigt haben, kann man auch vom Patienten erwarten, dass er oder sie compliant, sprich: therapietreu ist. Zumindest sollte man es mit seinem Arzt besprechen, wenn man von der vereinbarten Therapie abweichen will. Wenn jährlich Millionen Packungen von Arzneimitteln im Hausmüll landen, gefährdet dies unter Umständen nicht nur die Umwelt und die Patientensicherheit, sondern verursacht auch volkswirtschaftlich einen immensen Schaden.

Wir brauchen mündige Patienten und dafür müssen Patienten in ihren Rechten gestärkt werden.

Nun im Einzelnen zu unseren Vorschlägen, die die Information und Transparenz verbessern sollen und nach unserer Vorstellung im Rahmen einer Kodifizierung von Haupt- und Nebenpflichten im BGB geregelt werden könnten.

Aufklärung über Diagnosen, Therapien und Risiken tut not. Patienten sollten nicht nur unbedingt mündlich aufgeklärt werden, sondern auch – insbesondere im Krankenhaus – eine Kopie des Aufklärungsbogens erhalten. Nur so lässt sich die Beweissituation klären, wenn später ein Behandlungsfehler vermutet wird. Patienten müssen nicht nur über Diagnosen,

Therapien und Risiken aufgeklärt werden, sondern insbesondere auch über Behandlungsalternativen, die im konkreten Fall in Betracht kommen und „state of the art“ sind. Es muss auch über mögliche wirtschaftliche Folgen aufgeklärt werden. Fast einem Viertel der Patienten werden in der Arztpraxis sogenannte IGeL-Leistungen angeboten. Mehr als 63 Prozent der Patienten werden laut einer aktuellen Studie des WIdO nicht darauf aufmerksam gemacht, dass bei Selbstzahlerleistungen eine schriftliche Vereinbarung notwendig ist. Wir brauchen ferner Regelungen zu Art und Umfang der Dokumentation, zum Beispiel zu der Frage, wie die elektronische Dokumentation von Patientendaten vor nachträglichen Ergänzungen gesichert werden kann.

Nun zum Thema der besseren Informationen über die Qualität der Leistungserbringer. Patienten können nur dann besser über die Qualität von Leistungserbringern informiert werden, wenn die Qualitätsdaten auch erhoben werden, verfügbar sind und entsprechend aufbereitet werden. Für den Krankenhausbereich haben wir hierfür eine gut gesicherte gesetzliche

Die AOK erleichtert mit ihrem Krankenhausnavigator Versicherten bereits heute die richtige Wahl des Krankenhauses.

Grundlage. Wir begrüßen ausdrücklich den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass die Krankenhäuser in den Qualitätsberichten ab 2007 auch Qualitätsindikatoren einschließlich Daten zur Ergebnisqualität veröffentlichen sollen. Bei den Ergebnisdaten von Krankenhäusern ist der Anfang also gemacht worden. Bislang sieht der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, dass ab 2007 die Krankenhäuser Ergebnisdaten für zehn Leistungs-

bereiche uneingeschränkt zur Verfügung stellen müssen. Hierzu zählen zum Beispiel Angaben über postoperative Wundinfektionen bei der erstmaligen Implantation einer Hüftendoprothese. Diese Auswahl ist ein guter Anfang. Längerfristig brauchen wir aber auch Daten über weitere Leistungsbereiche.

Die AOK erleichtert mit ihrem Krankenhausnavigator Versicherten bereits heute die richtige Wahl des Krankenhauses. Wir werden künftig

sowohl im Krankenhausnavigator Ergebnisdaten zur Verfügung stellen als auch in unserem Fachportal, dem Klinikkonsil, eine vergleichende Darstellung und damit die gezielte Suche nach Häusern mit guter Ergebnisqualität ermöglichen.

Lebensqualität in Pflegeheimen. Ich gehe nun auf Qualitätsdaten über Pflegeheime ein. Patienten brauchen auch bessere Informationen, um sich auf dem Pflegemarkt orientieren zu können. AOK-Versicherte können über den sogenannten Pflegeheimnavigator seit kurzem aus über 12.000 Angeboten ein geeignetes Pflegeheim wählen und sie erfahren dabei nicht nur Daten zur Ausstattung, sondern auch die entsprechenden Preise. Zurzeit können die Pflegeheime über einen Log-in-Bereich selbst ergänzende Qualitätsinformationen einstellen, zum Beispiel darüber, ob seelsorgerische Angebote vorhanden sind oder ob die Mitnahme von Haustieren gestattet ist. Diese Angaben sind für die Lebensqualität in einem Pflegeheim wichtig, aber nicht ausreichend. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen brauchen darüber hinaus Angaben über die fachliche Qualität des Hauses. Dafür bedarf es – ähnlich wie im Krankenhausbereich – einer gesicherten rechtlichen Grundlage. Die AOK hat in ihren Eckpunkten zur Stärkung der Patientenrechte einen konkreten Vorschlag gemacht, der die Änderung von Paragraph 35 SGB I – Sozialheimnis – betrifft. Als ersten Schritt brauchen wir aber auch hier mehr Transparenz: Im Zuge der anstehenden Pflegereform sollten insbesondere die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht werden.

Es ist wichtig, das Ziel weiter vor Augen zu haben, Patienten in ihrem Recht auf Information zu stärken, damit sie erfahren, ob das Personal im Pflegeheim fachlich gut ausgebildet ist oder ob das Haus über eine Organisation verfügt. Pflegeheime werden daher nicht umhinkommen, ihre Anstrengungen für das Risikomanagement und zum Beispiel den Schutz Einzelner vor Dekubitus oder Stürzen zu verstärken. Gute Anregungen in Form von Expertenstandards liegen vor und könnten genutzt werden.

Unsere Vorschläge beziehen sich des Weiteren auf die Verbesserung von Patientenschutz und Patientensicherheit in Medizin und Pflege. Wichtig ist hier vor allem ein besserer Schutz von Patienten bei Behandlungs- und Pflegefehlern. Jährlich wenden sich über 8.000 Versicherte mit dem Verdacht an die AOK, einen Behandlungs- oder auch Pflegefehler erlitten zu haben. Angesichts von mehreren hundert Millionen Patienten-Arzt-Kontakten allein in niedergelassenen Praxen mag diese Zahl gering erscheinen. Jeder Einzelfall bedeutet allerdings persönliches Leid, nicht selten den Verlust des Arbeitsplatzes und eine hohe physische und psychische Belastung. Herr Dr. Uphoff hat in beeindruckender Weise dargestellt, welche Schwierigkeiten Patienten haben, den Beweis dafür anzutreten, dass der Fehler des Arztes tatsächlich ursächlich für den erlittenen Schaden war. Die AOK regt daher an, im Zusammenhang mit der Kodifizierung des ärztlichen Behandlungsvertrages die Diskussion über eine Änderung der Beweislastverteilung neu aufzugreifen. Die Lösung kann nicht die generelle Beweislastumkehr sein. Wer wollte dann noch den Arztberuf ergreifen? Wenn aber feststeht, dass der Arzt einen Fehler gemacht hat – auch einen einfachen Fehler –, wäre es für den Patienten eine große Erleichterung, wenn der Arzt seinerseits belegen müsste, dass der Fehler nicht den Schaden verursacht hat.

Versicherungsschutz bei Behandlungsfehlern. Es wäre auch klarzustellen, was der Arzt bei einem Behandlungsfehlerverdacht gegenüber dem Versicherten äußern darf, ohne dass er den Versicherungsschutz verliert. Auch Ärzte brauchen Sicherheit in der Hinsicht, was sie sagen dürfen. Viele wissen offenbar nicht, dass sie den Patienten wahrheitsgemäß über den Sachverhalt informieren und auch Mitgefühl und Verständnis äußern dürfen. Viele Behandlungsfehler – so die Erfahrung der AOK – kämen vermutlich überhaupt nicht zur Anzeige, wenn Patienten das Gefühl hätten, mit ihrem Arzt ausreichend über die Ursachen für den nicht eingetretenen Behandlungserfolg sprechen zu können.

Ein Manko sehen wir auch darin, dass Ärzte und Krankenhäuser für Schäden häufig nicht oder nicht ausreichend über eine Haftpflichtversicherung abgesichert sind. Im Schadensfall ist eine Regulierung mit der Haftpflichtversicherung deshalb teilweise nicht sichergestellt. Hier fehlt es vor allem an der Kontrolle, ob Ärzte eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben.

Arzthaftungskammern sollen Kompetenzen bündeln. Wir halten es außerdem für dringend geboten, dass die seit 2002 eingeführte Beschränkung des Berufsrechts wieder aufgehoben wird. Wenn gesundheitlich oft schwer geschädigten Patienten letztlich aus Gründen der Arbeitsüberlastung der Gerichte verwehrt wird, ihre Ansprüche durch eine höhere Instanz überprüfen zu lassen, dann ist dies nicht hinnehmbar. Wir plädieren zudem dafür, dass regelmäßig spezielle Arzthaftungskammern bei den Landgerichten und Oberlandesgerichten eingerichtet werden, um dort Kompetenz zu bündeln.

Wir wollen Patienten aber nicht nur optimal unterstützen, wenn sie einen Behandlungsfehler erlitten haben. Unsere Vorschläge gehen weiter. Unser Ziel ist die Entwicklung einer Fehlervermeidungskultur. Die AOK unterstützt engagiert das Ziel, Ansätze zur Fehlervermeidung zu entwickeln und kooperiert daher im Rahmen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit seit seiner Gründung mit wichtigen Partnern. Dies geschieht in konstruktiver Weise auch mit der Ärzteschaft. Es kann und darf nicht um Schuldzuweisungen gehen. Dort, wo im Gesundheitswesen in hohem Maße in komplexen Strukturen und auch mit einem hohen Schadenspotenzial gearbeitet wird, heißt es den Blick des Einzelnen auf das Umfeld zu lenken. Die Chance zu erkennen, wie der Fehler entstanden ist und wie er hätte verhindert werden können, ist ein wichtiger Schatz. Bereits heute erfassen einige Kliniken auf freiwilliger Basis – ähnlich wie in der Luftfahrt – Beinaheschäden, Fehler und Schäden. Diese

Unser Ziel ist die Entwicklung einer Fehlervermeidungskultur.

Erfassungssysteme sind allein jedoch nicht ausreichend. Wir müssen weiterhin Patientensicherheitsindikatoren entwickeln. Die AOK schließt sich daher der Auffassung des Sachverständigenrates an, dass für Deutschland Patientensicherheitsindikatoren als Teilmenge der Qualitätsindikatoren entwickelt werden, wobei internationale Erfahrungen berücksichtigt werden sollten. Fehlerprävention muss in der Tat auf der Systemebene stattfinden. Hierbei können Sicherheitsindikatoren eine wichtige Rolle spielen.

Wir wünschen uns vor allem, dass Krankenhäuser verstärkt darangehen, ein klinisches Risikomanagement auf den Weg zu bringen. Krankenhäuser sind bereits heute verpflichtet, einrichtungsintern ein Risikomanagement einzuführen. Wir wünschen uns, dass Krankenhäuser diese Verpflichtung

mit Leben erfüllen und das Wie klären. Wenn Kassen künftig planbare Krankenhausleistungen ausschreiben dürfen, wofür die AOK Vorschläge gemacht hat, können wir uns gut vorstellen, in diesen Verfahren neben Qualität und Preis auch das Vorhandensein eines funktionsfähigen Risikomanagements bei der Vergabe als Kriterium heranzuziehen.

Die Zukunft gehört den Krankenhäusern, die durch Fehlerberichtssysteme Risikoquellen identifizieren, ihre Prozesse optimieren und dadurch das Risikopotenzial für die Patienten reduzieren.

Ich glaube, dass die Zukunft den Häusern gehört, die durch Fehlerberichtssysteme nicht nur Risikoquellen und Fehlerarten identifizieren, sondern auch ihre Prozesse optimieren und dadurch das Risikopotenzial für Patienten reduzieren.

Durch die Einführung des klinischen Risikomanagements werden diese Krankenhäuser nicht nur Wettbewerbsvorteile erlangen, sondern vor allem auch die Patienten werden von dem höheren Maß an Sicherheit profitieren.

Jeder Punkt, den ich aufgeführt habe, ist ein Gewinn für die Stärkung der Patientenrechte. Ich hoffe, dass wir in den notwendigen Dialog hierüber

eintreten. Der gesundheitliche Verbraucherschutz hat es verdient, dass wir ihn als Wunschkind vorbehaltlos fördern, gut entwickeln und nicht als Stiefkind behandeln.

**Der Autor****Wolfgang Metschurat***Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des AOK-Bundesverbandes*



Podiumsdiskussion

Patientenrechte stärken – aber wie?

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Ich bitte nun alle Referenten zu mir auf die Bühne. Wir wollen allen Teilnehmern jetzt die Gelegenheit geben, noch Fragen zu stellen.

Dr. Hans-Georg Bollweg: Ich wurde heute schon mehrfach zitiert. Deswegen will ich jetzt etwas aus der Deckung kommen. Ich bin der für das Arzthaftungsrecht zuständige Referatsleiter im Bundesjustizministerium und daher einer der Hauptadressaten der heutigen Veranstaltung. Ich war erstaunt, als ich die Einladung zur heutigen Veranstaltung erhalten habe, weil ich den Eindruck hatte, dass längst geschlagene Schlachten hier neu geschlagen werden sollen. Nachdem ich die Beiträge heute nun aber gehört habe, hat sich dieser Eindruck noch verstärkt. Wir haben jetzt nicht das Jahr 1990, sondern das Jahr 2007. Seit 1990 hat sich gewaltig viel getan. Ich habe den Eindruck, dass das, was getan worden ist, und die Diskussionen, die geführt worden sind, teilweise nicht bekannt sind oder teilweise ignoriert werden. Es ist für mich ein wichtiges Anliegen, dass hier vor dem Hintergrund des Ist-Zustandes argumentiert wird und Forderungen erhoben werden.

Zum Ist-Zustand ist zu sagen, dass wir in Deutschland – ich bin Herrn Hart dankbar, dass er dies deutlich gesagt hat – ein außerordentlich hohes Niveau beim Arzthaftungsrecht haben. Zum Ist-Zustand gehört auch, dass dieses Recht sehr allgemein geregelt ist und dass es kein spezielles Arzthaftungsrecht gibt. Dies ist für die Bundesregierung Anlass gewesen, schon seit Anfang der 90er-Jahre in unterschiedlichen Gremien und unter-

schiedlichen Formen und Beteiligungen darüber nachzudenken, ob das so richtig ist oder ob es geändert werden sollte. So gab es in den Jahren 1999 und 2000 – ich kann nur ab diesem Zeitpunkt berichten, weil ich erst von diesem Zeitpunkt an zuständig war – eine Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium, die sich ausschließlich der Frage der Arzthaftung und des Behandlungsvertrages gewidmet hat. Alle im Gesundheitswesen Beteiligten waren in dieser Arbeitsgruppe vertreten und an der Analyse sowie dem erarbeiteten Ergebnis beteiligt. Ebenso waren alle einschlägigen Juristen, die sich mit Arzthaftung und Behandlungsverträgen befassen, daran beteiligt.

Diese Gruppe ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die gegenwärtige Rechtslage, die im Wesentlichen unkodifiziert ist und auf dem Richterrecht beruht, das Erstrebenswerte ist. In der veröffentlichten juristischen Meinung findet sich kein Beleg dafür, dass eine Kodifizierung der Arztfehlerhaftung und des Behandlungsvertrages gefordert wird. Es wird im Gegenteil vielfach auf die großen Gefahren hingewiesen, die damit verbunden wären. Diese Gefahren liegen vor allem darin, dass ein Gesetz

Die gegenwärtige gesetzliche Lage ist in Ordnung. Es gibt aber Informations- und Vollzugsdefizite.

statisch ist und ein statisches Gesetz eine Wissenschaft, die sich entwickelt, schwer erfassen kann. Es gibt noch viele weitere Argumente, die ich Ihnen ersparen will.

Nachdem die erwähnte Arbeitsgruppe getagt hatte und wir die Ergebnisse der Öffentlichkeit vorgelegt haben, haben wir festgestellt, dass die gesetzliche Lage zwar in Ordnung ist, dass es aber Informations- und Vollzugsdefizite gibt. Daraufhin haben wir geprüft, wie man diese beseitigen kann. Es gab dafür schon Ansätze bei der Bundesärztekammer, der Gesundheitsministerkonferenz und den Patientenverbänden und es gab unterschiedliche Chartas der Patientenrechte. Das Bundesjustizministerium und das Bundesgesundheitsministerium haben dann alle Beteiligten an einen Tisch gebracht und es wurde eine gemeinsame Patientencharta erarbeitet. Es ist mir wichtig zu beto-

nen, dass diese gemeinsam erarbeitet wurde; das wurde heute hier nicht hinreichend deutlich. Diese gemeinsam erarbeitete Patientencharta – Herr Montgomery und Herr Etgeton waren bei der Erarbeitung ebenfalls dabei – ist stark nachgefragt und mittlerweile auch in Millionenaufgabe vertrieben worden. Unglaublich viele Menschen interessieren sich für diese Charta. Sie liegt inzwischen bereits in zweiter Auflage vor. Die Ministerien und auch die Verbände haben viel Geld dafür investiert, sie zu verbreiten. Das ist der Stand von 2003.

Was hat sich seit 2003 geändert? Wenn sich wirklich etwas geändert hat, wenn also Bedarf besteht, die Patientencharta zu novellieren, warum sollte man das dann nicht tun? Das Bessere ist schließlich der Feind des Guten. Herr Hart hat bezüglich der Konstellation von damals in dieser Hinsicht nichts benannt. Wenn er noch etwas benennen könnte, sind wir gern bereit, dies zu analysieren.

Nun noch eine Bemerkung insbesondere zu dem, was Herr Metschurat und Herr Etgeton gesagt haben. Ich bin dankbar, dass ich heute von Ihren Vorschlägen erfahre. Wir – ich denke, hier kann ich für die Bundesregierung insgesamt sprechen – sind sicherlich immer gern zum Dialog darüber bereit. Man muss allerdings auch wissen, dass diese Vorschläge vorhanden sind. Man muss auch von einem Gesprächsbedarf wissen. Insofern war die heutige Veranstaltung vielleicht verdienstvoll. Ich biete Ihnen gerne an, den Dialog fortzusetzen. Das wird sicherlich auch für die anderen Ministerien gelten.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Ich danke zunächst für diesen engagierten Beitrag. Jetzt darf jeder hier oben auf dem Podium kurz zu dem Beitrag von Herrn Bollweg Stellung nehmen.

Dr. Roland Uphoff: Herr Bollweg, auch Sie wissen, dass Juristen traditionell konservativ sind. Das heißt, man kann nicht zwingend erwarten, dass

dann, wenn sich Juristen zusammensetzen, an der Rechtslage etwas geändert werden soll. Ich habe die damaligen Diskussionen nicht mitbekommen. Ich war daran nicht beteiligt. Ich kann Ihnen aus der Praxis heute nur sagen, dass die Rechtslage nicht in Ordnung ist. Die Rechtslage, die ich täglich erlebe, habe ich Ihnen dargestellt. Es gibt Handlungsbedarf und es gibt auch Bedarf an gesetzlicher Normierung. Man mag sich darüber

Als Praktiker muss ich Ihnen heute sagen, dass die Rechtslage verbessert werden muss. Die Patientenrechte müssen weiter gestärkt werden.

streiten, wie weit diese Normierung geht und ob man so weit geht, eine Beweislastumkehr vorzunehmen. Als Praktiker muss ich Ihnen heute aber sagen, dass die Rechtslage verbessert werden muss. Die Patientenrechte müssen weiter gestärkt werden.

Wolfgang Metschurat: Dem möchte ich mich anschließen. Allein mit einer Novellierung der Charta wäre es nicht getan. Herr Dr. Uphoff hat hier deutlich gemacht, in welchem

rechtlichen Rahmen wir uns bewegen und in welchem rechtlichen Rahmen die Versicherten, die Patienten sich bewegen, wenn sie Probleme haben. Aus unserer Sicht muss schleunigst etwas getan werden, was diesen rechtlichen Rahmen betrifft.

Helga Kühn-Mengel: Es ist nicht einfach, in wenigen Sätzen Stellung zu nehmen. Es ist richtig, dass sich in den letzten Jahren viel getan hat. Die Patientenrechte sind deutlich gestärkt worden, und zwar auch durch Richterrecht. Das gilt sowohl für die kollektiven Patientenrechte als auch für einige individuelle Patientenrechte. Die Landschaft hat sich insgesamt verändert. Heute liegen Studien vor, die deutlich belegen, wie wichtig es ist, die Patienten – etwa unter dem Stichwort Sicherheit – einzubinden. Eine vom Rechtsmedizinischen Institut in Bonn erarbeitete Studie wurde hier noch nicht erwähnt. Dies ist eine Studie, die die Ministerin für Gesundheit finanziert hat und in der vermuteten Behandlungsfehlern mit tödlichem und nicht-tödlichem Verlauf nachgegangen wurde. In rund sechs Prozent der Fälle wurde ein Behandlungsfehler als Ursache für den Todes-

fall bejaht. Bei der Untersuchung von Vorfällen mit nicht-tödlichem Verlauf wurde der Vorwurf eines Behandlungsfehlers in 34 Prozent der Fälle für berechtigt gehalten. Dies sind Zahlen, die uns beschäftigen.

Patientinnen und Patienten wollen heute besser informiert werden. Sie wissen oft allerdings nicht, wonach sie fragen müssen. Sie haben mitbekommen, dass es um Qualität geht und dass sie mehr Rechte haben. Dennoch ist ihnen vieles häufig nicht klar. Mein Amt ist auch Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten. Ich habe eine Fülle von Hinweisen darauf vorliegen, dass wir Patientinnen und Patienten erstens besser informieren müssen und zweitens auch ihre Stellung stärken müssen.

Ich will hier nicht näher auf die IGeL-Leistungen eingehen. Das Thema ist hier schon angerissen worden. Das Problem der IGeL-Leistungen ist ein Beispiel, an dem deutlich wird, wie wenig transparent die Situation für Patientinnen und Patienten manchmal ist. Es gibt viele Hinweise darauf, dass wir diesbezüglich etwas tun müssten. Die Frage ist nur, was wir tun müssten. Ich war bei der Erarbeitung der Charta damals nicht dabei. Ich habe allerdings gehört, dass der Erarbeitungsprozess ein schwieriger Prozess war. Dazu kann vielleicht Herr Etgeton noch etwas sagen.

Dr. Stefan Etgeton: Ich war bei der Erarbeitung der Charta dabei. Zunächst einmal zu dem in meinem Referat skizzierten Vorschlag von uns, der seit November 2005 vorliegt. Wir haben dazu auch eine Pressemitteilung herausgegeben. Der Vorschlag wurde auch der Bundesregierung zugeleitet, allerdings vielleicht nicht dem Bundesjustizministerium. Ich gehe aber davon aus, dass solche Vorschläge ministeriell kommuniziert werden. Herr Bollweg, Sie hätten sich über unseren Vorschlag auf unserer Website auf jeden Fall schon seit 2005 informieren können. Es gibt in dieser Hinsicht auch eine gewisse Holschuld und nicht nur eine Bringpflicht.

Nun zum Thema der Charta für Patientenrechte. Ich spreche jetzt für die Verbraucherorganisationen, die Patientenorganisationen, die an der Erarbeitung beteiligt waren, kann aber, wie ich glaube, auch einen Teil der Krankenkassen einbeziehen. Wir hatten durchaus ein Problem damit, uns in diesem Erarbeitungsprozess der Charta auf den bloßen Ist-Zustand zu verständigen. Wir haben uns letztlich aber doch darauf verständigt, dies zu tun, und haben gesagt: Das ist immerhin besser als gar nichts. Deswegen steht in der Präambel auch der Satz, den Herr Montgomery dankenswerterweise zitiert hat und in dem deutlich darauf hingewiesen wird, dass die weitere Diskussion durch das, was in der Charta niedergeschrieben wurde, nicht abgebrochen werden soll. Um diesen Satz haben wir zwei Sitzungen lang erbittert gekämpft. Für uns wurde die Zustimmung zu der Charta nur dadurch ermöglicht, dass dieser Satz aufgenommen wurde. Dass die Tatsache, dass wir an der Erarbeitung der Charta beteiligt waren, jetzt zur Begründung benutzt wird, genau das zu tun, was wir mit diesem Satz verhindern wollten, nämlich zu sagen: „Die Charta ist verabschiedet, damit ist die Diskussion abgeschlossen“, finde ich geradezu infam. Das entspricht jedenfalls nicht dem Diskussionsprozess, wie ich ihn wahrgenommen habe.

Prof. Dr. Dieter Hart: Das Stichwort von den geschlagenen Schlachten kam von Herrn Bollweg. Ich weiß nicht, ob es sinnvoll ist, sich dieses Schlagworts zu bedienen. Ich möchte auch einige Bemerkungen zu dem Begriff „statisches Gesetz“ machen. In einem statischen Behandlungsvertragsgesetz, wie es hier vorgeschlagen wurde – dies ist allerdings nicht meine Position –, steht: Der Standard ist für die Qualität der Behandlung entscheidend. Wer bestimmt den Standard? Die Ärzteschaft. Das heißt, das Gesetz ist nicht statisch, sondern dynamisch.

Ich will mich auch zur Dynamik der Rechtsprechung noch kurz äußern. Es gibt in der Rechtsprechung Entwicklungen, die man aus Patientensicht möglicherweise nicht mag und im Hinblick auf die man sagen

muss: Die Patientenrechte sind zu sichern. Dazu würde ich, dies als ein Beispiel, Einsichtsrechtsbeschränkungen zählen. Das ist ein Thema, bei dem ich sagen würde, dass Sie es nur durch ein Gesetz regeln können.

Nun schließlich noch zu meinem Anliegen, von dem ich meine, dass es heute eigentlich konsentiert werden sollte, zur Wiederaufnahme des Chartaprozesses. Es gibt eine Reihe von Änderungen, die diese Wiederaufnahme notwendig machen. Es gibt Entscheidungen des Bundesgerichtshofes, die auf Probleme hinweisen, welche durch diese Entscheidungen nicht gelöst sind. Diese Probleme sollten aufgegriffen werden. Ich spreche hier das Thema der Minderheiten- beziehungsweise Jugendlichenautonomie an. Es gibt im Hinblick auf das Einverständnisfordernis Vetorechte der hier angesprochenen Gruppe gegenüber Einverständniserklärungen von gesetzlichen Vertretern. Als weiteres Beispiel nenne ich den individuellen Heilversuch. Eine neue Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom März dieses Jahres verändert das gesamte Heilversuchsrecht. In gleicher Weise verändert eine Entscheidung von 2005 zur Aufklärung im Arzneimittelbereich den ganzen Aufklärungsbereich im Krankenhausbereich, und zwar nicht nur im vertragsärztlichen Bereich. Auch die Regelung der Organisationshaftung, also die Umsetzung von Patientensicherheit in Haftungsrecht ist ein Thema, mit dem sich die Charta meiner Ansicht nach sinnvollerweise beschäftigen müsste. Änderungen im SGB V haben Auswirkungen auf das, was in der Charta steht. Insofern sollte man den Diskussionsprozess wieder aufnehmen. Die Frage der Gesetzgebung ist eine weitere Frage, zu der ich argumentieren könnte. Jetzt steht mir dafür die Zeit nicht mehr zur Verfügung.

Es gibt eine Reihe von Änderungen, die eine Wiederaufnahme der Diskussion um eine Patientenrechtscharta notwendig machen.

Dr. Frank Ulrich Montgomery: Dr. Etgeton hat mich zum Adressaten von Infamie gemacht. Wir haben in der Tat um den von ihm erwähnten Satz gerungen. Ich habe nichts gegen eine Fortsetzung des Diskussionspro-

zesses betreffend die Charta. Wir müssen die Charta an moderne GKV-Regelungen anpassen. In dieser Hinsicht bin ich absolut Ihrer Meinung. Das ist ein vernünftiger Weg.

Lassen Sie mich aber noch zu zwei anderen Punkten Stellung nehmen. Zunächst zu den haftungsrechtlichen Fragen. Ich bin Gott sei Dank kein Jurist und kann deswegen sehr allgemein sprechen. Seit 1990 beschäftigen wir uns, wie Herr Bollweg zu Recht geschildert hat, intensiv mit haftungsrechtlichen Fragen. Auch die Europäische Union versuchte, diesbezüglich Regelungen in einer Richtlinie zu treffen, hat davon aber wieder abgelassen. Sie hat versucht, das schwedische Modell einzuführen, und hat dann klugerweise wieder darauf verzichtet. Es wurde gesagt: Die einschlägigen Fragen sind in Deutschland ausgesprochen gut und flexibel über das Zivilrecht geregelt. Deswegen ist dies in der Tat eine Schlacht von vorgestern, die wir heute wieder schlagen.

Eine weitere Frage ist, ob wir durch ein Patientenrechtsgesetz Defizite beseitigen können, wie sie hier geschildert worden sind. Ich meine, das von Herrn Uphoff angesprochene Haftungsproblem in Bezug auf Aufklärung und Aushändigung von Unterlagen werden Sie durch ein Patientenrechtsgesetz nicht lösen. Sie werden es nur durch ein vernünftiges Verhalten von Menschen lösen können.

Auch das immer wieder angeführte Problem der IGeL-Leistungen werden Sie durch ein Patientenrechtsgesetz nicht lösen. Sie werden es nur lösen, indem Sie in der GKV vernünftige Regelungen zum Ersatz dieser Leistungen treffen. IGeL-Leistungen haben mit dem Patientenrechtsgesetz überhaupt nichts zu tun. Wir müssen vielmehr dafür sorgen, dass die GKV nicht weiter versucht, durch eine vermeintliche Stärkung von Rechten von Patienten im Grunde genommen ihre eigenen Defizite bei den Zahlen auszugleichen. Dies war jetzt eine Traumvorlage für einen Vertreter der AOK.

Dr. Marlies Volkmer: Ich gehöre der SPD-Bundestagsfraktion an und bin Mitglied des Gesundheitsausschusses. Herr Bollweg, die Praxis ist anders als die Theorie. In meine Abgeordnetensprechstunde kommen nicht selten Patientinnen und Patienten, die sich in ihren Rechten verletzt sehen, bei denen Behandlungsfehler festgestellt wurden, wobei aber durch die Patientinnen und Patienten nicht zweifelsfrei belegt werden kann, dass der eingetretene Schaden auf die Fehler zurückzuführen ist.

Ich möchte die Frage stellen, ob Sie sich sicher sind, dass durch die Aushändigung einer Kopie des Aufklärungsbogens die Situation für die Patienten tatsächlich verbessert wird. Ich glaube das nicht. Ich fürchte eher, die Situation wird dadurch schlechter. Ich befürchte, es wird dann etwa so wie bei den Beipackzetteln der Medikamente sein. Es wird alles, was in irgendeiner Form an Komplikationen auftreten kann, hineingeschrieben und es gibt keine Aussage darüber, ob die Patienten das überhaupt verstanden haben oder ob sie nachfragen konnten. Viele Patienten befinden sich im Krankenhaus in einer Ausnahmesituation. Sie befinden sich in einer Situation, in der sie den Aufklärungsbogen unterschreiben, egal was darin steht. Ich habe die Sorge, dass ihre Unterschriftsleistung dann gegen sie verwandt wird.

Ich möchte nun noch eine Bemerkung zu den Ausführungen von Herrn Montgomery machen. Sie haben Herrn Katzenmeier sinngemäß dahingehend zitiert, dass die Behandlung nicht nur auf der Grundlage von außen bestimmter Standards erfolgen solle. Es solle eine individuelle, an den Patienten orientierte Behandlung erfolgen, in die auch die Wertvorstellungen der Patienten eingingen. Das ist richtig, spricht aber nicht gegen eine Kodifizierung des Behandlungsvertrages, weil der Patient das Recht hat, sofern es Standards und Leitlinien gibt, standard- und leitliniengerecht behandelt zu werden. Wenn der Arzt aus individuellen Gründen, die beim Patienten vorliegen, von einer solchen Behandlung abweicht, muss er dies dem Patienten sagen. Er muss sagen, dass er aus

diesen oder jenen Gründen von einer standard- und leitliniengerechten Behandlung abweicht, und er muss dies begründen.

Dr. Roland Uphoff: In der Praxis, wie sie mir geschildert wird, sieht es wie folgt aus: Die Patienten bekommen einen zwei bis vier Seiten umfassenden Aufklärungsbogen. Der Perimed-Verlag ist ein bekannter Verlag, der solche Aufklärungsbogen erarbeitet hat. Diese Aufklärungsbogen haben je nach Eingriff einen unterschiedlichen Seitenumfang. Dem Patienten wird vom Arzt jeweils gesagt: „Lesen Sie sich den Bogen einmal durch; ich komme gleich wieder.“ Der Arzt kommt dann nach zehn Minuten wieder und fragt den Patienten, ob er alles verstanden habe. Danach sagt er zu ihm: „Unterschreiben Sie dort unten.“ Herr Etgeton hat erwähnt, dass in der Rechtsprechung gefordert werde, dass der Patient die Möglichkeit haben müsse, sich den Aufklärungsbogen in Ruhe durchzulesen. Ich meine, allein aufgrund der Tatsache, dass inzwischen überhaupt ein Formular existent ist – das gab es vor 20 oder 30 Jahren de facto nicht –, ist etwas erreicht worden. Wenn der Patient jetzt sogar noch eine Kopie des Bogens bekommt, weiß er, dass er sich das, was er erhält, vorher in Ruhe durchlesen muss. Die Patienten, die mir Aufklärungsgespräche schildern, sagen: „Wir haben das Formular hingehalten bekommen und zehn Minuten später wurde es wieder abgeholt.“ Ich bin mir ganz sicher, dass die meisten Patienten sagen werden: „Wenn ich das Formular unterschreibe und auch noch eine Kopie bekomme, kann ich die Dinge nachvollziehen.“ Man lernt ja bereits in der Schule, dass man nur das unterschreiben soll, was man gelesen hat und was man hinterher auch in der Hand hat. Ich glaube, dass dies ein wichtiger Punkt ist, damit auch das Gespräch mit dem Arzt gefunden werden kann. Wenn der Patient etwas in der Hand hat, was er gelesen hat und dann auch in Kopie erhalten hat, ist er eher in der Lage, auch Fragen zu stellen. Ich plädiere stark für dieses Verfahren, weil ich glaube, dass dadurch sogar das Gespräch gefördert wird.

Dr. Stefan Etgeton: Ganz wichtig ist, dass der Aufklärungsbogen nicht das persönliche Gespräch ersetzt. Das muss ganz deutlich festgehalten werden.

Es muss dokumentiert werden, dass auch das persönliche Gespräch stattgefunden hat. Ich halte es für eine Selbstverständlichkeit, dass jemand, der etwas unterschreibt, auch eine Kopie dessen bekommt, was er unterschrieben hat. Dies ist fast eine Banalität. Insofern stimme ich dem voll zu, was Herr Uphoff gesagt hat.

Ganz wichtig ist, dass der Aufklärungsbogen nicht das persönliche Gespräch ersetzt.

Dr. Frank Ulrich Montgomery: Gestatten Sie mir, einmal nicht als Vertreter der Bundesärztekammer, sondern als immer noch invasiv tätiger Radiologe zu antworten. Ich würde es begrüßen, wenn wir den Patienten die Aufklärungsbogen mitgeben könnten, aber nicht etwa deshalb, weil diese Bogen das Gespräch ersetzen sollen. Ich weiß aus eigenem Erleben – wir alle laufen ja Gefahr, einmal Patient zu werden –, dass man nach der Unterschriftsleistung abends im stillen Kämmerlein noch einmal nachlesen möchte, was man unterschrieben hat. Der Aufklärungsbogen ersetzt, wie gesagt, nicht das persönliche Gespräch. Er birgt das Risiko der defensiven Medizin seitens der Ärzte in sich. Trotzdem ist der Aufklärungsstand des Patienten nach dem Überreichen des Bogens besser, als wenn der Bogen nicht überreicht worden wäre. Deshalb bin ich im Kern aus der Praxis heraus dafür. Wenn es stimmt, was Herr Uphoff gesagt hat, nämlich dass er in den Akten der Krankenhäuser offensichtlich gefälschte Aufklärungsbogen gefunden hat, dann wäre das Überreichen der Bogen ein Weg, um solchen Fälschungen den Boden zu entziehen.

Prof. Dr. Dieter Hart: Wenn es selbstverständliche Praxis wäre, dass die Aufklärungsbogen in Kopie an die Patienten gegeben werden, müsste man keine Regelung treffen. Soweit ich weiß, gibt es im Krankenhaus so gut wie immer eine entsprechende Praxis. In der vertragsärztlichen Praxis ist es sicherlich nicht so.

Herr Montgomery, an einer Stelle haben Sie alte Schlachten geschlagen, nämlich an der Stelle, an der es um Patientenpflichten geht. Es ist doch selbstverständlich, dass der Patient im Rahmen des Behandlungsverhält-

nisses Pflichten gegen sich selbst hat. Dies sind aber keine Pflichten, die er gegenüber dem Arzt hat. Insofern sprechen die Juristen von Obliegenheiten. Es ist aber überhaupt keine Frage, dass diese existieren. Es gibt eine sehr gute Dissertation von Herrn Koyuncu zu diesem Thema, die vor etwa anderthalb Jahren vorgelegt wurde.

Helga Kühn-Mengel: Bei den IGeL-Leistungen geht es mir nur darum, pars pro toto etwas aufzuzeigen. An dieser Stelle verdichtet sich etwas an Nichtqualität, an Nichtaufklärung, an Diskriminierung auch der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und so weiter, wobei im Übrigen auch viele Ärztinnen und Ärzte dagegen sind. Als Patientenbeauftragte sage ich, dass dies ein Beispiel für intransparente Situationen ist. Ich will dies nicht weiter vertiefen, könnte dafür aber viele Belege anführen.

Tacitus hat viel Kluges gesagt. Bei der Aussage, die von ihm hier zitiert wurde, irrt er aber. Ich glaube, in der Diktatur geht immer alles am schnellsten, nämlich ohne Gesetze. Eine demokratische Gesellschaft braucht meines Erachtens relativ viele Gesetze. Ich glaube nicht an den Bierdeckelstaat. Dies ist aber nur meine persönliche Sichtweise.

Ich habe früher immer von einem Patientenschutzgesetz gesprochen. Später habe ich mich korrigiert und gesagt: Das ist mir zu paternalistisch. Wir brauchen ein Patientenrechtegesetz. In den letzten Jahren hat sich durch Richterrecht, aber auch durch unsere eigenen gesetzlichen Aktivitäten in diesem Bereich vieles verändert. So haben wir den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Beratung über Behandlungsfehler durchzuführen. Eine solche Möglichkeit gab es vor ein paar Jahren noch nicht. Wir haben weiterhin die kollektiven Patientenrechte gestärkt. Das alles sollte sich in einem Patientenrechtegesetz wiederfinden. Für das Reisevertragsrecht gibt es, wie ich vorhin bereits gesagt habe, in den Paragraphen 651 a und folgende im BGB exzessive Regelungen. Ich denke, dass in vergleichbarer Weise auch die Rechte von Patientinnen und Patienten geregelt werden sollten. Ich bin sehr

für die Wiederaufnahme des Charta-Prozesses und ich bin auch dafür, mit Ihnen über die Möglichkeiten eines Patientenrechtegesetzes zu sprechen.

Wolfgang Metschurat: Der Behandlungsvertrag beziehungsweise die Aufklärungsbogen im Krankenhaus ersetzen sicherlich nicht das Gespräch. Im Gegenteil, sie machen eine Aufklärung des Patienten erforderlich. Es wäre im Übrigen wünschenswert, dass auch hinsichtlich der Verabreichung von Medikamenten ein persönliches Gespräch stattfindet. Der Patient kann den Beipackzettel der Arzneimittel ja erst zu Hause, wenn er das Medikament aus der Apotheke abgeholt hat, lesen. Er kann also erst zu Hause erfahren, welche Nebenwirkungen mit der Verabreichung des Medikaments unter Umständen einhergehen. Es fehlt in diesem Falle an der vorherigen Beratung durch den Arzt. Man hätte unter Umständen die Abholung von Medikamenten aus der Apotheke und damit letzten Endes die Belastung des Mülls vermeiden können.

Dr. Hans Jürgen Ahrens: Ich möchte mich bei Ihnen herzlich dafür bedanken, dass Sie uns bei dieser Veranstaltung zur Verfügung gestanden haben und dass Sie zu uns gekommen sind. Wir möchten mit dieser Veranstaltung etwas in Bewegung bringen. Sie haben festgestellt, dass es zu den Patientenrechten unterschiedliche Auffassungen gibt – mehrheitlich die eine und minderheitlich die andere. Wir hoffen, dass für Sie mit dieser Veranstaltung ein Anstoß gegeben worden ist, über das, was Sie hier gehört haben, nachzudenken und uns, wenn Sie es für richtig halten, dabei zu helfen, wenn wir bestimmte Dinge in Bewegung setzen wollen. Wir werden das Thema weiterverfolgen. Wir halten eine Stärkung der Patientenrechte für den richtigen Weg. Einige sehen allerdings keinen Handlungsbedarf. Vielleicht gelingt es uns aber noch, diese im Dialog davon zu überzeugen, dass es auch für sie nützlich ist, in diesem Bereich tätig zu werden.

Die Referenten / Moderation

Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
Kortrijker Straße 1 · 53177 Bonn

Dr. Stefan Etgeton, Verbraucherzentrale Bundesverband
Markgrafenstraße 66 · 10969 Berlin

Prof. Dr. Dieter Hart, Direktor des Bremer Instituts für Gesundheits-
und Medizinrecht
Universitätsallee, GW 1 · 28359 Bremen

Helga Kühn-Mengel, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange
der Patientinnen und Patienten
Friedrichstraße 108 · 11017 Berlin

Wolfgang Metschurat, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des
AOK-Bundesverbandes
Kortrijker Straße 1 · 53177 Bonn

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin

Dr. Roland Uphoff
Heinrich-von-Kleist-Straße 4 · 53113 Bonn

Moderation: **Hans-Bernhard Henkel-Hoving**, G+G
Kortrijker Straße 1 · 53177 Bonn



AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Telefon: 0228 843-299
Telefax: 0228 843-322
E-Mail: politik@bv.aok.de
www.aok-bv.de

