

In Deutschland existiert eine ganze Reihe von Gesetzen und Verordnungen, die die Rechte der Patientinnen und Patienten definieren. Leider sind aus Sicht der Betroffenen diese Regelungen über viele, unterschiedliche Gesetzesgrundlagen verteilt. Zu diesen gehören u. a.: das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher (SGB), die Richtlinien des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragenen Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), die Bundesmantelverträge, die Berufsordnungen der Landesärztekammern sowie weitere Spezialnormen, wie zum Beispiel das Arzneimittelgesetz.¹

Für die Patientinnen und Patienten ist es bei dieser Regelungsvielfalt nicht gerade leicht, einerseits die im Rahmen der unterschiedlichen Regelungen ausgelobten Hilfestellungen zu überblicken und andererseits etwaige Ansprüche aus diesen Regelwerken unbürokratisch abzuleiten und durchzusetzen. Dies war Grund, um die unterschiedlichen Regelungen zu den Patientenrechten in einem sogenannten „Patientenrechtegesetz“ zusammenzuführen.²

¹ Vgl. Grundlagenpapier [2011], S. 8.

² Vgl. Eckpunktepapier [2011], S. 2.

2.1 Gesetzliche Neuregelungen

2.1.1 Grundlagenpapier

Dazu einigte sich die damals aus den Fraktionen der CDU/CSU und der SPD bestehende „Große Koalition“ im III. Quartal 2009 darauf „[d]en begonnenen Weg zu einer stärkeren Patientenpartizipation (...) mit dem Ziel fort[zusetzen], die Informations- und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten auszubauen und die Transparenz zu erhöhen.“³ Aus diesem Konsens ging ein Grundlagenpapier hervor, das die Absicht verfolgte, die Rechte der Patienten hinsichtlich einer größeren Transparenz klarer zu gestalten und die Rechte gegenüber den beteiligten Organisationen zu stärken. Ein weiterer zentraler Punkt des Papiers ist die Änderung beim Umgang mit Behandlungsfehlern⁴ im Gesundheitswesen. Dieses Grundlagenpapier zielt auch darauf ab, dass gerade eine Kultur zur Fehlervermeidung in der Gesundheitsversorgung zukünftig angegangen werden soll. Grund hierfür ist, dass medizinische Abläufe immer komplexer werden, was als Hauptursache für eine höhere Fehleranfälligkeit diskutiert wird. Weitere Forderung des Papiers ist, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten im Falle eines Behandlungsfehlers eine aktivere Unterstützung durch die Kranken- und Pflegekassen erhalten sollen.⁵

2.1.2 Eckpunktepapier

Zur Erweiterung der politischen Forderungen des Grundlagenpapiers wurde am 16. November 2011 von den Gesundheitsministerinnen und -ministern der Länder, in denen die Sozialdemokraten mit in der Regierungsverantwortung⁶ waren, ein Eckpunktepapier erstellt.⁷ Grund für die von den Ländern mit diesem Eckpunktepapier untermauerten, politischen Forderungen war der Umstand, dass bei der Stärkung der Patientenrechte eine große Anzahl der betroffenen Regelungsbereiche der Gesetzgebungskompetenz der Länder obliegt.⁸ Auch wenn die Bundesländer mit

³ Koalitionsvertrag [2005], S. 101.

⁴ Vgl. Grundlagenpapier [2011], S. 1.

⁵ Vgl. ebd.

⁶ Zu diesen Bundesländern gehörten: Hamburg (in der Federführung), Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

⁷ Vgl. Eckpunktepapier [2011], S. 1.

⁸ Als Beispiel sollen hier die jeweiligen Kammergesetze der Länder genannt werden. Vgl. ebd.

sozialdemokratischer Regierungsbeteiligung den Inhalten des vorangegangenen Grundlagenpapiers inhaltlich zum größten Teil zustimmten, hielten es einige der Länder dennoch für geboten, weitere Detailregelungen in das Papier aufzunehmen bzw. Ergänzungen einzufordern. Zu diesen Forderungen gehörte u. a. die Verbesserung der Rechte ggü. den Kostenträgern, Verbesserung der Transparenz, Förderung einer Fehlervermeidungskultur, die Kodifizierung eines Haftungssystems und die Stärkung der kollektiven Patientenrechte.⁹ Ferner sollte ein so genannter Härtefallfonds etabliert werden.¹⁰ Dieser Fonds sollte – österreichischem Vorbild folgend – für betroffene Patientinnen und Patienten eingerichtet werden. Die im Rahmen von Behandlungsfehlern bei einer (stationären) Versorgung Geschädigten sollten vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten bei der Durchsetzung ihrer zivilrechtlichen Schadensersatzansprüche finanzielle Unterstützung zugesprochen bekommen.¹¹

2.1.3 Referentenentwurf

Der auf das Eckpunktepapier folgende Referentenentwurf ist am Anfang des Jahres 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Justiz veröffentlicht worden und sieht Änderungen und Ergänzungen im Bürgerlichen Gesetzbuch, im Fünften Buch Sozialgesetzbuch betreffend die Krankenversicherung – SGB V -, in der Patientenbeteiligungsverordnung und im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vor.¹² Das Gesetz verfolgt ein gesundheitspolitisches Ziel: „Richtig verstandener Patientenschutz setzt nicht auf rechtliche Bevormundung, sondern orientiert sich am Leitbild des mündigen Patienten. Deshalb gilt es, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.“¹³ Das Patientenrechtsgesetz ist am 1. Januar 2013 in Kraft getreten.¹⁴

⁹ Vgl. ebd., S. 4 ff.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 10 f.

¹¹ Vgl. genauere Ausarbeitungen zur Finanzierung im Anhang I Eckpunktepapier [2011], S. 13 ff.

¹² Vgl. Referentenentwurf [2012], S. 1.

¹³ Ebd., S. 1.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 11.

2.2 Kurzdarstellung der aktuellen Änderungen

2.2.1 Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch

Im Bürgerlichen Gesetzbuch wurden Regelungen zum Behandlungsvertrag in die §§ 630 ff. BGB aufgenommen:¹⁵ Diese Bestimmungen zielen auf die Regelung des Vertragsverhältnisses zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten sowie zu anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens (z. Bsp. andere Heilberufe). In den BGB-Regelungen werden nun auch Informations- und Aufklärungspflichten festgelegt. Danach ist zukünftig eine alleinige, schriftliche Aufklärung unzureichend. Demnach muss stets ein persönliches Gespräch vor einem Eingriff erfolgen, in dem unter anderen auch alle Zusatzkosten (bspw. aufgrund so genannter, individueller Gesundheitsleistungen, kurz: IGeL) benannt werden müssen. Weiterhin wird die Pflicht zur vollständigen Dokumentation einer Behandlung gesetzlich verankert. Diese Regelung ist mit dem Recht der Patientinnen und Patienten verbunden, jederzeit Einsicht in die Dokumentation nehmen zu können bzw. sich eine Abschrift mitgeben zu lassen.¹⁶

2.2.2 Änderungen im Fünften Sozialgesetzbuch und im Krankenhausrecht

Die Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches und die des Krankenhaus-(finanzierungs-)gesetzes zielen zum einen auf die Stärkung der Rechte der Patienten gegenüber Leistungserbringern. So sollen Kranken- und Pflegekassen zukünftig aktiv in den Unterstützungsprozess bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen seitens aller bei ihnen versicherten Patienten einbezogen werden.¹⁷ Zum anderen sollen Krankenhäuser und vertragsärztliche Praxen rechtlich verpflichtet werden, ein differenzierteres Qualitätsmanagementsystem einzuführen, welches zu einer erhöhten Patientensicherheit beitragen soll.¹⁸ Darüber hinaus werden für Krankenhäuser finanzielle Anreize gesetzt, damit diese an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem mitwirken und somit „ein gemeinsames Lernen aus unerwünschten Ereignissen auch außerhalb der eigenen Ein-

¹⁵ Vgl. ebd., S. 15 f.

¹⁶ Vgl. Referentenentwurf [2012], S. 7.

¹⁷ Vgl. ebd., S. 17.

¹⁸ Vgl. ebd.: So soll zum Beispiel in Krankenhäusern die Einführung eines Patientenbeschwerdemanagements Pflicht werden.

richtung ermöglichen.“¹⁹ Um dies zu gewährleisten, wird der Gemeinsame Bundesausschuss in die Pflicht genommen, entsprechende Regelungen auf den Weg zu bringen.²⁰

2.2.3 Änderungen im Rahmen der Patientenbeteiligungsverordnung

Darüber hinaus werden die Patientenverbände zukünftig Mitsprachrechte bei der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung²¹ und bei der Befristung von Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten erhalten. Diese Regelungen werden in eine Mitwirkungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen eingebettet.²² Der Entwurf macht auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen für privat und gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten aufmerksam. Hier liegt die Vermutung nahe, dass es ggf. mit den unterschiedlichen, kodifizierten Rechtsnormen nicht gelungen ist, einheitliche Regelungen über alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem gesetzlichen oder aber privaten Versicherungsstatus, zu entfalten.²³

¹⁹ Ebd.

²⁰ Vgl. ebd.: So soll zum Beispiel in Krankenhäusern die Einführung eines Patientenbeschwerdemanagements Pflicht werden.

²¹ Vgl. ebd., S. 18.

²² Vgl. ebd.

²³ Vgl. ebd., S. 27.

Patientenrechte in Europa

Ausgesuchte, europäische Patientenrechtssysteme
und -gesetze im Vergleich

Hoffmann, L.C.; Hartweg, H.R.

2014, XI, 32 S. 1 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-07286-5