

Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes

STUDIEN
BERICHT

Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes

IGES Institut in Zusammenarbeit mit Gerhard Igl

Stefan Loos
Meilin Möllenkamp
Martin Albrecht
Gerhard Igl

Studienbericht

für das Bundesministerium für Gesundheit
vertreten durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung

Berlin, November 2016

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Stefan Loos
Meilin Möllenkamp

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Prof. Dr. Gerhard Igl
Universitätsprofessor a.D.

Inhalt

Management Summary	11
1. Einleitung	16
1.1 Patientenrechtegesetz: Gegenstand und Zielsetzung	16
1.2 Ziel und Fragestellungen der Studie	17
2. Vorgehensweise	19
2.1 Auswertung von Literatur und Sekundärdaten	20
2.2 Befragung von Versicherten und Patienten	21
2.3 Befragung von Verbänden der Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger und Freien Wohlfahrtspflege sowie von Rechtsexperten	22
3. Ergebnisse der vorbereitenden Recherchen	26
3.1 Ergebnisse zum Patientenrechtegesetz insgesamt	26
3.2 Kenntnis und Wahrnehmung der Patientenrechte und des Patientenrechtegesetzes durch die Ärzteschaft	30
3.3 Analyse von Sekundärdaten	34
3.3.1 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern	34
3.3.2 Behandlungsfehlerstatistik des MDS/MDK	36
3.3.3 Tätigkeitsberichte der Patientenberatungen	37
3.3.4 Rechtspflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für Zivilgerichte	41
3.4 Empirische Studien zu Kenntnis und Wahrnehmung von Patientenrechten	44
3.4.1 Kenntnisse und Wahrnehmung von Patientenrechten vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes	45
3.4.2 Kenntnisstand der Bevölkerung zu Patientenrechten nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes	47
3.4.3 Kenntnisstand von Ärzten zu Patientenrechten	47
4. Ergebnisse zu den einzelnen zu evaluierenden Paragraphen	48
4.1 Informationspflichten (§ 630c BGB) über notwendige Maßnahmen und ggf. entstehende Behandlungskosten, die nicht durch Dritte gesichert sind	48
4.1.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen	48
4.1.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens	49
4.1.3 Erfüllungsaufwand	56
4.2 Einwilligung zu medizinischen Maßnahmen, insbesondere zu einem Eingriff in den Körper oder die Gesundheit (§ 630d BGB)	56
4.2.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen	56
4.2.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens	57
4.2.3 Umsetzung des Gesetzes	58

4.3	Aufklärungspflichten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände (§ 630e BGB)	58
4.3.1	Gesetzesinhalt/Neuerungen	58
4.3.2	Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens	59
4.3.3	Umsetzung des Gesetzes	61
4.3.4	Erfüllungsaufwand	62
4.4	Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB)	63
4.4.1	Gesetzesinhalt/Neuerungen	63
4.4.2	Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens	63
4.4.3	Umsetzung des Gesetzes	66
4.4.4	Erfüllungsaufwand	67
4.5	Ersatzvornahme und Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3a SGB V)	67
4.5.1	Gesetzesinhalt/Neuerungen	67
4.5.2	Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens	68
4.5.3	Umsetzung des Gesetzes	72
4.5.4	Erfüllungsaufwand	74
4.6	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)	75
4.6.1	Gesetzesinhalt/Neuerungen	75
4.6.2	Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens	76
4.6.3	Umsetzung des Gesetzes	79
4.6.4	Erfüllungsaufwand	84
5.	Ergebnisse der Versicherten- und Patientenbefragung	85
5.1	Beschreibung der Stichprobe	85
5.1.1	Soziodemographischer Hintergrund	85
5.1.2	Wertvorstellungen zu Entscheidungen über medizinische Maßnahmen	87
5.2	Ergebnisse der Versicherten- und Patientenbefragung	88
5.2.1	Informiertheit und Kenntnisstand zu Patientenrechten	88
5.2.2	Stellenwert der Patientenrechte	99
5.2.3	Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenrechten	103
5.2.4	Zufriedenheit mit den Patientenrechten	121
6.	Befragung von Verbänden und Rechtsexperten	123
6.1	Beschreibung der Stichprobe	123
6.2	Ergebnisse	124
6.2.1	Ergebnisse der Befragung zur Information (§ 630c BGB)	124
6.2.2	Ergebnisse der Befragung zur Einwilligung (§ 630d BGB)	140
6.2.3	Ergebnisse der Befragung zur Aufklärung (§ 630e BGB)	143
6.2.4	Ergebnisse der Befragung zur Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB)	148
6.2.5	Ergebnisse der Befragung zur Bearbeitung von Leistungsanträgen (§ 13 Abs. 3a SGB V)	153

6.2.6	Ergebnisse der Befragung zur Unterstützung bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (§ 66 SGB V)	158
6.2.7	Ergebnisse der Befragung zum Patientenrechtegesetz insgesamt	164
7.	Zusammenfassung, Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen	173
7.1	Der Stellenwert der Patientenrechte für die verschiedenen Akteursgruppen	173
7.2	Transparenz der Patientenrechte	173
7.2.1	Rechtstransparenz und Rechtsklarheit	174
7.2.2	Informationsangebot und Informiertheit über Patientenrechte	175
7.3	Umsetzung und Wirkung des Patientenrechtegesetzes	176
7.3.1	Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflichten	177
7.3.2	Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte	178
7.3.3	Pflichten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten	178
7.4	Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen	180
7.4.1	Versicherte bzw. Patientinnen/Patienten	180
7.4.2	Behandelnde	181
7.4.3	Krankenkassen	181
7.4.4	Perspektiven für eine mögliche Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes	182
	Literaturverzeichnis	185

Abbildungen

Abbildung 1:	Dimensionen des Verbändefragebogens	23
Abbildung 2:	Selbsteinschätzung der Kenntnis von Patientenrechten in der Ärzteschaft	31
Abbildung 3:	Selbstberichteter Kenntnisstand des Patientenrechtegesetzes in Abhängigkeit vom selbstberichteten Kenntnisstand der Patientenrechte in der Ärzteschaft	32
Abbildung 4:	Bewertung des Nutzens des Patientenrechtegesetzes durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte nach selbst eingestuftem Kenntnisstand des Patientenrechtegesetzes	34
Abbildung 5:	Beratungszahlen der Unabhängigen Patientenberatung nach Beratungsthemen, 2013-2015	38
Abbildung 6:	Entwicklung der Beratungsschwerpunkte innerhalb des Themenbereichs Patientenrechte	39
Abbildung 7:	Erwartungen der Patienten, wie sich die Wahrnehmung von Patientenrechten auswirkt	46
Abbildung 8:	Unterstützungsleistungen der Krankenkassen	82
Abbildung 9:	Höchste Bildungsabschlüsse der befragten Patienten und Versicherten	86
Abbildung 10:	Wertvorstellungen der befragten Patienten und Versicherten zu Entscheidungen über medizinische Maßnahmen	87
Abbildung 11:	Informationsbeschaffung der befragten Patienten und Versicherten zu Patientenrechten	88
Abbildung 12:	Selbsteinschätzung der befragten Patienten und Versicherten zu ihren Kenntnissen der Patientenrechte	89
Abbildung 13:	Selbsteinschätzung der Kenntnisse der befragten Patienten und Versicherten zu den spezifischen Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes	90
Abbildung 14:	Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zu den Informationspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten (§ 630c BGB)	91
Abbildung 15:	Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht des Behandelnden, vor medizinischen Maßnahmen (Notfälle ausgenommen) die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 BGB)	92

Abbildung 16:	Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zu den Aufklärungspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten (§ 630e BGB)	93
Abbildung 17:	Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht des Behandelnden, dem Patienten unverzüglich Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte zu gewähren (§ 630g Abs. 1 BGB)	94
Abbildung 18:	Erste Anlaufstelle von Patienten und Versicherten, wenn der Behandelnde dem Patienten die Einsicht in seine Patientenakte verweigert	95
Abbildung 19:	Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht der Krankenkassen, Leistungsanträge ihrer Versicherten fristgerecht zu bearbeiten (§ 13 Abs. 3a SGB V)	96
Abbildung 20:	Angaben der befragten Patienten und Versicherten zur ersten Anlaufstelle, wenn der Verdacht besteht, dass bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ein Behandlungsfehler passiert ist	97
Abbildung 21:	Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht der Krankenkassen, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, zu unterstützen (§ 66 SGB V)	98
Abbildung 22:	Stellenwert der Festschreibung von Rechten gegenüber Krankenkassen und gegenüber Ärzten in einem Gesetz aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten	99
Abbildung 23:	Allgemeiner Stellenwert von Patientenrechten aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten	100
Abbildung 24:	Stellenwert der gesetzlichen Pflicht des Arztes, vor medizinischen Maßnahmen (Notfälle ausgenommen) die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 BGB), aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten	101
Abbildung 25:	Stellenwert des Rechts der Patienten auf unverzügliche Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten	102
Abbildung 26:	Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit dem Umfang der Information des Behandelnden zu Beginn und im Verlauf einer medizinischen Behandlung	103

Abbildung 27: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Verständlichkeit der Information des Behandelnden zu Beginn und im Verlauf einer medizinischen Behandlung	104
Abbildung 28: Kosten von angebotenen oder in Rechnung gestellten IGeL-Leistungen	105
Abbildung 29: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Information des Behandelnden über eine angebotene IGeL-Leistung	106
Abbildung 30: Anteil der befragten Patienten mit einer geplanten Operation, die zuvor durch den Behandelnden aufgeklärt wurden	107
Abbildung 31: Zufriedenheit der befragten Patienten mit der Aufklärung vor einer geplanten Operation	108
Abbildung 32: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Person des Aufklärenden bzw. der Art der Aufklärung vor einer geplanten Operation	109
Abbildung 33: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Verständlichkeit der Aufklärung vor einer geplanten Operation	110
Abbildung 34: Erfahrungen der befragten Patienten mit den Inhalten der Aufklärung vor einer geplanten Operation	111
Abbildung 35: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Rechtzeitigkeit der Aufklärung vor einer geplanten Operation	112
Abbildung 36: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Aushändigung von Kopien der Unterlagen, die im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung zu einer geplanten Operation vom Patienten unterzeichnet wurden	113
Abbildung 37: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Einwilligung in eine geplante Operation	114
Abbildung 38: Allgemeine Zufriedenheit der befragten Patienten und Versicherten mit dem Verfahren der Einsichtnahme in die Patientenakte	115
Abbildung 39: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Bereitschaft des Arztes (und ggf. des Praxispersonals), ihnen Einsichtnahme in die Akte zu gewähren	116

Abbildung 40: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit dem Zeitrahmen, in dem ihnen Einsichtnahme in ihre Akte gewährt wurde	117
Abbildung 41: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Verständlichkeit der Inhalte der Patientenakte	118
Abbildung 42: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Nützlichkeit der Inhalte der Patientenakte	119
Abbildung 43: Einschätzungen der befragten Patienten und Versicherten zur Vollständigkeit der Patientenakte	120
Abbildung 44: Allgemeine Zufriedenheit mit den Patientenrechten aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten	121
Abbildung 45: Einschätzungen der befragten Patienten und Versicherten zur Erreichung der mit dem Patientenrechtegesetz verfolgten Ziele	122

Tabellen

Tabelle 1:	Umsetzung des Patientenrechtegesetzes (§ 630g BGB) und der MBO in den Berufsordnungen der Landesärztekammern	29
Tabelle 2:	Selbsteinschätzung der Kenntnis der Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes in der Ärzteschaft	32
Tabelle 3:	Anzahl der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern gestellten Anträge und deren Bearbeitung, 2010-2014	35
Tabelle 4:	Anzahl der vom MDS/MDK begutachteten Fälle und Anteile Fälle mit nachgewiesenem Fehler bzw. Fehler mit Schaden und nachgewiesener Kausalität, 2010-2014	36
Tabelle 5:	Beratungsthemen der Unabhängigen Patientenberatung, 2015	40
Tabelle 6:	Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Patientenrechte der Unabhängigen Patientenberatung, 2015	41
Tabelle 7:	Entwicklung der vor Gerichten erledigten Zivilprozessverfahren in Arzthaftungssachen, nach Instanzen, 2010-2014	42
Tabelle 8:	Entwicklung der vor Amtsgerichten in Deutschland erledigten Zivilprozessverfahren in Arzthaftungssachen, nach Art der Erledigung und Kostenentscheidung, 2010-2014	43
Tabelle 9:	Entwicklung der vor Amtsgerichten in Deutschland erledigten Zivilprozessverfahren insgesamt, nach Art der Erledigung und Kostenentscheidung, 2010-2014	44
Tabelle 10:	Reduzierung des Erfüllungsaufwands für die Bearbeitung von Anträgen bei Gutachterkommissionen der Ärztekammern infolge von § 630e BGB	62
Tabelle 11:	Erfüllungsaufwand der Krankenkassen für Umsetzung § 13 Absatz 3a SGB V	75
Tabelle 12:	Ausgaben der Krankenkassen für die Unterstützung von Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V), 2011-2014	84
Tabelle 13:	Befragte Patienten und Versicherte nach Art der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in den letzten 12 Monaten und nach Altersgruppen	85
Tabelle 14:	Rücklauf der Verbände-/Rechtsexpertenbefragung	123

Management Summary

Ziel und Vorgehen

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Wirkungen des Patientenrechtegesetzes rund 2 ½ Jahre nach Inkrafttreten zu untersuchen. Der Fokus lag dabei einerseits auf den Regelungen zur Information und Aufklärung des Patienten sowie zur Einwilligung des Patienten in medizinische Maßnahmen (§§ 630c, d, e, g BGB) und andererseits auf der Verpflichtung von Krankenkassen, bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten bestimmte Bearbeitungsfristen einzuhalten (§ 13 Abs. 3a SGB V) sowie ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen (§ 66 SGB V).

Die gegenwärtige Situation der Patientenrechte wurde mit den Zielen des Patientenrechtegesetzes verglichen und auf dieser Basis bewertet. Hierzu wurden eine Befragung von Versicherten und Patienten sowie eine Befragung von Verbänden und Rechtsexperten durchgeführt. Als Ergänzung sowie Grundlage der Befragungen wurden die für die untersuchten Fragestellungen relevante Literatur, Rechtsprechung und Sekundärdaten ausgewertet.

Bedeutung und praktische Relevanz des Patientenrechtegesetzes

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass den Patientenrechten von der deutlichen Mehrheit der befragten Patienten und Versicherten ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Auch von Seiten der Verbände wird die Festschreibung von Patientenrechten in einem Gesetz mehrheitlich als grundsätzlich wichtig anerkannt.

Die praktische Relevanz des Gesetzes wird im Hinblick auf seinen Regelungsgehalt dagegen eher verhalten gesehen. Vor allem von juristischer Seite wurde wiederholt die Einschätzung vertreten, dass das Gesetz überwiegend lediglich den Stand der Rechtsprechung in Gesetzesform gieße und daher keine eigenständige Regelungskraft entfalten werde. Diese Einschätzung bezieht sich von den im Rahmen dieser Studie betrachteten Regelungen vor allem auf die Informations- und Aufklärungspflichten. Bei den Regelungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte, zur Kostenerstattung bei Fristüberschreitung und zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern durch die Kassen wurden im Gesetzgebungsverfahren vom Gesetzgeber jedoch klare (Vollzugs-) Defizite angeführt und dementsprechend die bestehenden Regelungen prominenter dargestellt, präzisiert und teilweise verschärft.

Erreichung der mit dem Patientenrechtegesetz verfolgten übergeordneten Ziele

Rechtstransparenz und Rechtsklarheit

In der Begründung zum Gesetzentwurf (BT-Drs. 17/10488) wurde u. a. als Zielstellung des Patientenrechtegesetzes formuliert, durch mehr Transparenz hinsichtlich ihrer Rechte die Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern zu stärken. Die vorliegende Studie kann aufgrund von widersprüchlichen Ergebnissen keine eindeutige Aussage dazu treffen, ob dieses Ziel erreicht wurde.

In Teilen wurden durch das Gesetz Unklarheiten bestehender Rechtsprechung beseitigt (etwa im Hinblick auf die Information des Patienten über Behandlungsfehler). Auf der anderen Seite blieben aber auch wesentliche Unklarheiten – etwa zum Zeitpunkt der Aufklärung oder zur Einwilligungsunfähigkeit – bestehen und einige neue sind hinzugekommen, z. B. im Hinblick auf den Schutz des Verwertungsverbots in zivilrechtlichen Streitfällen bzw. bei haftungsrechtlichen Fragen.

Darüber hinaus wurden vielfach Zweifel an einer hinreichenden Rechtsklarheit sowohl im Gesetzgebungsverfahren zum Patientenrechtegesetz als auch im Rahmen der Verbände-/Rechtsexpertenbefragung geäußert. Diese Zweifel bezogen sich überwiegend auf unbestimmte Rechtsbegriffe.

Forderungen nach einer stärkeren Spezifizierung der Tatbestandsmerkmale scheinen zwar verständlich und sollten in Einzelfällen bei einer Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes berücksichtigt werden. In anderen Fällen verkennen diese Forderungen jedoch die Erforderlichkeit des Ermessensspielraums, der den Normadressaten mit solchen unbestimmten Rechtsbegriffen eingeräumt wird. Hier muss ggf. die Rechtsprechung zeigen, inwieweit die vom Bestimmtheitsgebot gezogenen Grenzen überschritten wurden.

Vereinzelt sind die untersuchten Normen des Patientenrechtegesetzes auch so formuliert, dass nicht deutlich wird, welche Rechtsfolge aus dem Vorliegen der Tatbestandsmerkmale resultiert. So bedurfte es hinsichtlich der Frage, ob § 13 Abs. 3a SGB V lediglich einen Kostenerstattungsanspruch konstituiert, oder – über den Wortlaut der Vorschrift hinausgehend – auch einen unmittelbaren Leistungsanspruch, erst einer klärenden Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (B 1 KR 25/25 R, juris, Rn. 25).

Weiterhin ist es nicht gelungen, die patientenrechtlichen Regelungen umfassend in einem Gesetz zu kodifizieren. So findet sich etwa die Frist für eine Untätigkeitsklage bei verzögerter Bescheidung eines Widerspruches gegen die Ablehnung eines Leistungsantrags durch die Krankenkassen nicht etwa im § 13 Abs. 3a SGB V, sondern – sachgerecht, aber für Patienten wenig transparent – in § 88 Abs. 2 SGG.

Diese insgesamt ambivalente Bewertung des Beitrags des Patientenrechtegesetzes zur Erhöhung der Transparenz der Patientenrechte wird auch durch das uneinheitliche Meinungsbild der Versicherten und Patienten zu dieser Fragestellung gestützt.

Von den Patienten- und Versicherten wurden außerdem auch unterschiedliche Ansichten dazu vertreten, ob das Patientenrechtegesetz zu einer Stärkung ihrer Position gegenüber Leistungserbringern beigetragen habe.

Wissen von Patienten und Versicherten über ihre Rechte

Die Befragung von Patienten und Versicherten hat gezeigt, dass diese im Großen und Ganzen allgemein über ihre Rechte informiert und damit zufrieden sind. Die spezifischen Regelungen des Patientenrechtegesetzes kannten die Patienten und Versicherten nach eigenen Angaben jedoch mehrheitlich nicht.

Wissensdefizite gibt es insbesondere bei den Rechten gegenüber den Krankenkassen auf Kostenerstattung und Unterstützung bei Behandlungsfehlern sowie im Hinblick auf die Offenbarungspflicht des Arztes bei Vorliegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler.

Ob das Patientenrechtegesetz zu einer Verbesserung des Wissens der Patienten und Versicherten über ihre Patientenrechte geführt hat, konnte nicht eindeutig geklärt werden, da hier die Einschätzungen der befragten Verbände auseinandergehen. Eine aktuelle Studie (Euler und Böcken 2016) deutet jedoch im Wesentlichen auf einen gleichbleibenden Wissensstand und in Teilbereichen sogar auf eine leichte Verschlechterung des Wissenstandes der Bevölkerung hin.

Umsetzung

Maßnahmen zur Förderung der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes

Insbesondere in der Zeit unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes gab es eine Vielzahl von Maßnahmen zur Information der Behandelnden über ihre Pflichten und der Versicherten und Patienten über ihre Rechte, die sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben. Bei den Behandelnden zählten dazu vor allem Änderungen im Berufsrecht sowie Ergänzungen bzw. Anpassungen von medizinischen Behandlungsleitlinien, Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen sowie von Qualitätssicherungs- und IT-Systemen für Arztpraxen und Krankenhäuser wie auch Informationsveranstaltungen, Schulungen und schriftliche Informationsmaterialien. Zur Information der Versicherten und Patienten dienten insbesondere breit angelegte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

Umsetzung des Gesetzes: Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflichten

Hinsichtlich der Umsetzung der Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflichten waren die Verbände unterschiedlicher Ansicht. Insbesondere von den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden wurde Kritik an der aus ihrer Sicht zu stark eingeschränkten, unzureichenden Umsetzung geübt. Die Behandelndenverbände verwiesen dagegen auf ausbleibende Klagen und Beschwerden und gingen deshalb grundsätzlich von einer guten Umsetzung aus. Sie kritisierten aber z. T., dass die Pflichten zu weitgehend und wirklichkeitsfremd seien.

Die befragten Patienten selbst waren mit der Aufklärung durch die Ärzte sowie dem Einwilligungsprozedere und der Information über die wesentlichen Umstände der Behandlung überwiegend zufrieden.

Im Hinblick auf den Umfang der Information durch den Behandelnden über die wesentlichen Umstände einer medizinischen Behandlung zu Beginn und im Verlauf waren die Patienten – im Vergleich zur Aufklärung vor einer geplanten Operation – zwar etwas weniger zufrieden, dennoch fand das Gros der Patienten den Umfang der Information ausreichend und die Informationen verständlich.

Umsetzung des Gesetzes: Einsichtnahme in die Patientenakte

Deutlichere Umsetzungsprobleme schien es dagegen beim Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte zu geben, obwohl der Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz diesbezügliche Defizite explizit adressiert hat.

Vor allem die Patienten- und Wohlfahrtsverbände wiesen auf eine vielfach unzureichende Umsetzung der Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte hin. Sie werden in dieser Einschätzung auch durch eine Reihe anderer Studien gestützt.

Die Patienten- und Versichertenbefragung ergab zwar, dass die Mehrzahl derjenigen, die in den letzten zwei Jahren eine Einsichtnahme in ihre Akte gefordert hatten, mit dem Verfahren der Einsichtnahme im Großen und Ganzen zufrieden war, die Befragung der Patienten und Versicherten ist aufgrund der kleinen Fallzahl bzgl. dieser Fragestellung jedoch möglicherweise nicht repräsentativ.

Umsetzung des Gesetzes: Pflichten der Krankenkassen

Die befragten Verbände beurteilten die Umsetzung und Wirkung des § 13 Abs. 3a SGB V (Verpflichtung von Krankenkassen zur Einhaltung von Bearbeitungsfristen bei Leistungsanträgen der Versicherten) eher neutral bis negativ. Sowohl die Krankenkassenverbände als auch die Patienten-/Wohlfahrtsverbände waren mehrheitlich der Auffassung, dass durch die Regelung neue rechtliche Probleme geschaffen wurden. Hierzu zählten sie vor allem Unklarheiten bzgl. des Geltungsbereichs des Kostenerstattungsanspruchs, des unbestimmten Rechtsbegriffs „hinreichende Gründe“ sowie Unklarheiten über den Zeitpunkt des jeweiligen Fristbeginns.

Defizite wurden auch bei der Unterstützung der Versicherten durch ihre Krankenkasse bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (§ 66 SGB V) gesehen. Die Mehrzahl der Verbände ging davon aus, dass es die Unterstützungsangebote überwiegend bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes gab und dass diese daher gegenwärtig in einem unveränderten Ausmaß wahrgenommen werden. Vereinzelt wurde hingegen über eine häufigere Unterstützung berichtet. Die Durchsetzbarkeit von Schadenersatzansprüchen der Versicherten in einem Klageverfahren gegen den Behandelnden bei Verdacht auf Behandlungsfehler habe sich aufgrund der Regelung des § 66 SGB V bislang jedoch nicht verbessert.

Die im Rahmen der Studie durchgeführte Patienten-/Versichertenbefragung ergab, dass nur ein Viertel der Versicherten als erstes ihre jeweilige Krankenkasse kontaktieren würde, wenn der Verdacht auf Behandlungsfehler bestünde.

Hemmnisse für die Umsetzung

Mit der vorliegenden Studie wurden vor allem folgende Erkenntnisse über Gründe und Hemmnisse einer (fehlenden) Wahrnehmung und Durchsetzung von Patientenrechten gewonnen:

- ◆ mangelndes Wissen der Patienten über ihre Rechte

- ◆ mangelnde Rechtsklarheit
- ◆ mangelnde Transparenz über das Ausmaß der Umsetzung der Patientenrechte (z. B. unterschiedliches Engagement der Krankenkassen)
- ◆ mangelnde Sanktionen bei einer Nichteinhaltung der gesetzlichen Pflichten durch Behandelnde oder Krankenkassen (z. B. Schwierigkeit der Überprüfbarkeit der Vollständigkeit der Akte für Patienten)
- ◆ mangelnde Materialien/kommunikative Fähigkeiten (etwa zur verständlichen Information/Aufklärung)
- ◆ mangelnde Ressourcen (z. B. Zeit für Information / Aufklärung)

Handlungsbedarf und Perspektiven für eine Weiterentwicklung des Rechts

Aus den genannten Hemmfaktoren lassen sich insbesondere Handlungsbedarfe ableiten bezüglich der

- ◆ Verbesserung der Information bzw. des Kenntnisstands von Patienten und Versicherten über ihre Rechte,
- ◆ Wahrnehmung der Pflichten der Krankenkassen und
- ◆ Verbesserung der ärztlichen Kommunikation und Dokumentation.

Hinsichtlich einer möglichen Weiterentwicklung des Rechts ist zunächst festzuhalten, dass die Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes in ihrer Anlage grundsätzlich sachgerecht und für die Praxis auch handhabbar sind. Weder in der die Einführung des Gesetzes begleitenden rechtswissenschaftlichen und sonstigen fachlichen Literatur noch in den Anhörungen der Verbände und Experten im Gesetzgebungsverfahren sind Stimmen laut geworden, die auf einen zwingenden Änderungsbedarf von einzelnen Vorschriften hingedeutet hätten.

Allerdings ist zur Kenntnis zu nehmen, dass in zahlreichen Äußerungen auf die Problematik sehr weit formulierter Begriffe bzw. auf die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe verwiesen wurde. Die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe ist in der Rechtssprache jedoch üblich. Die Gerichte überprüfen unbestimmte Rechtsbegriffe grundsätzlich vollinhaltlich, so dass es sich vor Gesetzesänderungen anbietet, weitere Erfahrungen mit der Rechtsprechung abzuwarten. Deshalb kann es bei einer Weiterentwicklung des Rechts nur darum gehen, Präzisierungen dann vorzunehmen, wenn dies der Sicherung und der Wahrnehmung von Patientenrechten dient.

1. Einleitung

1.1 Patientenrechtegesetz: Gegenstand und Zielsetzung

Am 26. Februar 2013 ist das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten¹ (Patientenrechtegesetz) in Kraft getreten.² Der gesetzgeberische Handlungsbedarf wurde aus dem Umstand abgeleitet, dass Patientenrechte in Deutschland zuvor in einer Vielzahl von Vorschriften in verschiedenen Rechtsbereichen und teilweise nur lückenhaft geregelt waren. Hieraus resultierten aus Sicht der Gesetzgebers eine unzureichende Transparenz und Rechtssicherheit – den Beteiligten war die Rechtslage häufig kaum oder gar nicht bekannt – und damit auch eine unzureichende Rechtsdurchsetzung. Einen weiteren Anlass für das Patientenrechtegesetz bildeten Mängel beim Patientenschutz und der Patientenunterstützung im Hinblick auf mögliche Behandlungsfehler.

Das Gesetz umfasst die folgenden Regelungs- bzw. Maßnahmenkomplexe (vgl. dazu auch BT-Drs. 17/10488):

- ◆ Das rechtliche Verhältnis zwischen den Erbringern von Gesundheitsleistungen einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits (Behandlungsvertrag) wird im BGB in einem speziellen Untertitel geregelt (neue §§ 630a bis 630h). Die speziellen Rechte und Pflichten, die sich aus dem grundsätzlich formfreien Behandlungsvertrag ergeben, wurden damit explizit festgeschrieben, da sich zuvor ein wesentlicher Teil von ihnen nicht aus dem Gesetz, sondern aus Richterrecht ergab. Die neuen gesetzlichen Regelungen umfassen Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, das Akteneinsichtsrecht sowie die Beweislast bei Behandlungsfehlern. Mit ihnen sollen die Transparenz der Patientenrechte und die Rechtssicherheit für alle Beteiligten erhöht werden. Gemäß dem Leitbild der mündigen Patienten soll es dadurch Patienten und Patientinnen erleichtert werden, ihre Rechte zu kennen und einzufordern.
- ◆ Die Rechte der Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungs- bzw. Kostenträgern werden gestärkt. Dies betrifft Entscheidungsfristen bei der Leistungsbewilligung (z. B. bei Heil- und Hilfsmitteln), die Widerrufsmöglichkeit einer Teilnahme an selektivvertraglichen Versorgungsformen sowie einen Unterstützungsanspruch bei Verfahren um Schadenersatz wegen Behandlungsfehlern.

¹ Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Folgenden die männliche Form gewählt wurde beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

² Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 wurde am 25. Februar 2013 im Bundesgesetzblatt (BGBl I S. 277) veröffentlicht. Es trat am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

- ◆ Eine Förderung von Risiko- und Fehlervermeidungssystemen soll dazu beitragen, die zunehmend komplexeren medizinischen Behandlungsprozesse zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu optimieren. Die Neuregelungen beziehen sich auf Richtlinien und Vorgaben für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und vertragsärztlichen Praxen sowie auf einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (Vergütungszuschläge für teilnehmende Krankenhäuser).
- ◆ Auf institutioneller Ebene erweitert das Gesetz die Patientenbeteiligung bei der Bedarfsplanung (Patientenverbände erhalten Recht zur Stellungnahme), im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, in den Zulassungs- und Berufungsausschüssen sowie bei Richtlinien zur Hilfsmittelversorgung und Krankentransportleistungen.
- ◆ Die Information der Bevölkerung über bestehende Patientenrechte wird durch eine umfassende Übersicht verbessert, die der Patientenbeauftragte der Bundesregierung erstellt.
- ◆ Das Gesetz zielt darauf ab, eine ausreichende Versicherung von Ärzten gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren sicherzustellen. Dazu wurde die Bundesärzteordnung (§ 6 Abs. 1 Nr. 5 Bundesärzteordnung) geändert.

1.2 Ziel und Fragestellungen der Studie

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Wirkungen des Patientenrechtegesetzes rd. 2 ½ Jahre nach Inkrafttreten zu untersuchen. Dabei soll die gegenwärtige Situation der Patientenrechte mit den Zielen des Patientenrechtegesetzes verglichen und auf dieser Basis bewertet werden. Hierfür sind der Umfang der Umsetzung bestimmter Patientenrechte und der diesbezügliche Einfluss des Patientenrechtegesetzes zu prüfen. Mit der Studie sollen Erkenntnisse über Gründe und Hemmnisse einer (fehlenden) Wahrnehmung und Durchsetzung von Patientenrechten gewonnen werden.

Insbesondere soll die Studie Aussagen zu den folgenden Fragestellungen treffen:

1. Wie stellt sich die Ist-Situation zur Umsetzung der Patientenrechte (§§ 630c, 630d, 630e, 630g BGB, §§ 13 Abs. 3a, 66 SGB V) aus Sicht der Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe und Beratungskräfte dar?
 2. Welchen Stellenwert besitzen die Patientenrechte für die unterschiedlichen Akteursgruppen? Wird die Relevanz der Rechte und Pflichten bei Patientinnen und Patienten einerseits und Behandelnden und den Krankenkassen andererseits unterschiedlich wahrgenommen?
 3. Wie gut sind die unterschiedlichen Akteursgruppen über ihre jeweiligen Rechte und Pflichten informiert? Auf Patientenseite: Gibt es Unterschiede
-

bei bestimmten Patientengruppen, beispielsweise solchen, deren Auffassungsgabe beeinträchtigt bzw. eingeschränkt ist? Welchen Informationsbedarf haben Patientinnen und Patienten? Wie und durch wen wird dieser abgedeckt?

4. Welche Faktoren hemmen die Durchsetzung von bestehenden Rechten? Auf welche Ursachen und Faktoren ist dies zurückzuführen?
5. Welche Handlungsbedarfe und Handlungsempfehlungen gibt es bezüglich
 - ◆ der Patientinnen/Patienten,
 - ◆ der Ärztinnen/Ärzte,
 - ◆ der Angehörigen anderer Heilberufe,
 - ◆ der Krankenkassen,
 - ◆ der Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser
 - ◆ sowie der Gesundheitspolitik?

Die Untersuchung und Bewertung beziehen sich somit auf die folgenden Teile des Patientenrechtegesetzes:

- ◆ die Informationspflichten des Behandelnden (§ 630c BGB), sowohl über die notwendigen Maßnahmen als auch über ggf. entstehende Behandlungskosten, die nicht durch Dritte gesichert sind,
 - ◆ die Verpflichtung des Behandelnden vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d BGB), insbesondere bei Eingriffen in den Körper oder die Gesundheit,
 - ◆ die Aufklärungspflichten des Behandelnden (§ 630e BGB) über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände,
 - ◆ die Gewährung der unverzüglichen Einsichtnahme des Patienten in die Patientenakte (§ 630g BGB),
 - ◆ die Entscheidungsfrist für Krankenkassen bei Leistungsanträgen, Ersatzvornahme und Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3a SGB V) sowie
 - ◆ die Soll-Vorschrift für Krankenkassen zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V).
-

2. Vorgehensweise

Die Untersuchung stützt sich methodisch maßgeblich auf Befragungen von Versicherten und Patienten, Verbänden der Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger und Freien Wohlfahrtspflege sowie von Rechtsexperten. Als Ergänzung sowie Grundlage der Befragungen wurden die Literatur, Rechtsprechung und Sekundärdaten mit Relevanz für die Fragestellungen der Studie ausgewertet.

Als Beurteilungsmaßstab für die Wirkung des Patientenrechtegesetzes wurden die oben genannten Ziele herangezogen, die der Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz verfolgt:

- ◆ die Stärkung der Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen,
- ◆ die Erhöhung der Transparenz und Kenntnis bestehender Rechte bei den Patienten,
- ◆ die Verbesserung der Durchsetzung der Rechte (Abbau von Vollzugsdefiziten),
- ◆ die stärkere Unterstützung von Patienten durch Krankenkassen bei Behandlungsfehlern und Schadensersatzforderungen sowie
- ◆ die Verbesserung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten und der Gesundheitsversorgung (Patientensicherheit/-mündigkeit).

Für die Studie wurden aus diesen Zielen folgende konkrete Fragen für die Akteursbefragungen abgeleitet:

- ◆ Kennen die Akteure ihre Rechte/Pflichten – und, falls ja, woher?
- ◆ Wie wichtig sind den Akteuren diese Rechte/Pflichten?
- ◆ Wie häufig haben die Versicherten/Patienten ihre Patientenrechte in Anspruch genommen? Wie häufig sind die Leistungserbringer/Kassen ihren Verpflichtungen nachgekommen?
- ◆ Welche Erfahrungen haben die Versicherten/Patienten mit der Inanspruchnahme ihrer Rechte und die Leistungserbringer mit der Umsetzung ihrer Pflichten gemacht?
- ◆ Welche Hemmnisse gab es für Versicherte/Patienten bei der Inanspruchnahme ihrer Rechte? Welche Hemmnisse gab es für die Leistungserbringer/Kassen bei der Umsetzung ihrer Pflichten?
- ◆ Welchen Nutzen sehen die Versicherten/Patienten in der Inanspruchnahme ihrer Rechte? Welchen Nutzen sehen die Leistungserbringer/Kassen in ihren Pflichten?

Bei den befragten relevanten Akteuren handelte es sich um

- ◆ diejenigen, denen die Patientenrechte (potentiell) zugute kommen, also die Versicherten und Patienten,
-

- ◆ diejenigen, für die die Patientenrechte Verpflichtungen auslösen, also die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Angehörige sonstiger Heilberufe) und Krankenkassen (in ihrer Funktion als Leistungsgewährer) bzw. ihre Verbandsorganisationen und
- ◆ Akteure, die zwischen diesen beiden Seiten vermitteln, also zum einen die Patientenberatungsstellen der verschiedenen Akteure (z. B. Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)), zum anderen Rechtsexperten (Rechtsanwälte und Richter), die mit Verfahren zu Patientenrechtsstreitigkeiten befasst sind.

Unter methodischen Gesichtspunkten wäre für die Evaluation der Wirkungen des Patientenrechtegesetzes eine prospektive längsschnittlich (Prä-Post-Design) vergleichende Analyse einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe bei randomisierter Zuweisung von Testpersonen zu diesen Gruppen unter laufender Berücksichtigung möglicherweise konfundierender Drittvariablen optimal. Ein solches Design ist jedoch nicht möglich: zum einen weil es keine Kontrollgruppe gibt (das wäre z. B. möglich, wenn ein Gesetzesvorhaben nur in einem Bundesland umgesetzt würde), zum anderen weil zu den interessierenden abhängigen, unabhängigen und konfundierenden Variablen keine echte Messung vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes stattgefunden hat. Stattdessen folgt die Studie einem retrospektiven Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe. Im Wesentlichen erfolgt eine Erhebung zur aktuellen Ist-Situation der Umsetzung der Patientenrechte (Post-Erhebung). Um eine Aussage zu der Wirkung des Patientenrechtegesetzes treffen zu können, werden zum einen teilweise Daten retrospektiv für den Prä-Zeitpunkt erhoben (d. h. die Befragten müssen sich an den Zustand vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes erinnern). Zum anderen werden die Befragten z. T. direkt danach gefragt, welche Veränderungen sie im Hinblick auf die Wahrnehmung der Patientenrechte in den letzten beiden Jahren auf das Patientenrechtegesetz zurückführen.

Im Folgenden werden die drei Elemente des für die Studie gewählten methodischen Vorgehens – Literatur- und Sekundärdatenauswertung, Versicherten-/Patientenbefragung, Verbände-/Rechtsexpertenbefragung – näher erläutert.

2.1 Auswertung von Literatur und Sekundärdaten

Zunächst wurde die vorliegende (juristische bzw. Fach-) Literatur zum Thema Patientenrechte ausgewertet. Die Literaturanalyse umfasste dabei u. a. wissenschaftliche Veröffentlichungen, Berichte einzelner Institutionen (z. B. Monitor Patientenberatung der UPD); Berichte der Gutachterkommissionen der Ärztekammern, einschlägige Rechtsgrundlagen und Urteile, Stellungnahmen von Verbänden (v. a. im Gesetzgebungsverfahren) sowie parlamentarische Debatten (inklusive Kleine und Große Anfragen etc.).

Darüber hinaus wurden die Daten der Jahresstatistiken des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und des Medizini-

schen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Behandlungsfehler-Begutachtungen sowie der Statistiken der Gutachterkommissionen der Ärztekammern ausgewertet.

Ziel der Literaturrecherche und der Betrachtung o. a. Daten war es, erste Informationen bzw. Einschätzungen zu

- ◆ den Zielen des Patientenrechtegesetzes,
- ◆ zur Umsetzung des Patientenrechtegesetzes,
- ◆ zu den tatsächlichen oder erwarteten Wirkungen des Gesetzes und
- ◆ zu möglichen Hemmnissen bei der Umsetzung der Patientenrechte

zu erlangen. Auf dieser Informationsbasis konnten dann die im Folgenden näher beschriebenen Erhebungen durchgeführt werden.

Bei der Aufbereitung der Rechtsgrundlagen und der Rechtsprechung wurde das IGES durch Prof. Dr. iur. Gerhard Igl unterstützt.

2.2 Befragung von Versicherten und Patienten

Im Rahmen der Evaluation des Patientenrechtegesetzes wurde eine bundesweite Online-Befragung zu Patientenrechten durchgeführt. Die Befragung diente dazu, herauszufinden, inwiefern die Patientenrechte bei Versicherten und Patienten bekannt sind, wie wichtig ihnen diese Rechte sind und welche Erfahrungen sie bei der Inanspruchnahme dieser Rechte bisher gemacht haben.

Hierfür hat das IGES Institut einen Fragebogen entwickelt, der im Wesentlichen Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu den folgenden Aspekten enthielt:

- ◆ Informiertheit über Patientenrechte und die damit verbundenen Pflichten,
- ◆ Stellenwert der Patientenrechte,
- ◆ Inanspruchnahme der Patientenrechte und Erfahrungen bei der Inanspruchnahme,
- ◆ Häufigkeit und Art der Arztkontakte (ambulant/stationär) und
- ◆ Angaben zur Person und Ausbildung.

Der Fragebogen wurde von der Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz kommentiert. Unter Rücksprache insbesondere mit der Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege wurde der Fragebogen überarbeitet und finalisiert. Der Fragebogen wurde daraufhin von der Schmiedl Marktforschung GmbH online programmiert. Es fand ein interner Pretest

durch 15 Mitarbeiter des IGES Instituts statt, die nicht mit der Bearbeitung des Projekts befasst waren.

Der Online-Fragebogen wurde von der Schmiedl Marktforschung GmbH auf einer eigens dafür erstellten Webseite im Internet zugänglich gemacht. Die Online-Befragung startete am 29. Februar 2016 und endete am 11. März 2016. Die Schmiedl Marktforschung GmbH verfügt über ein umfassendes, aktiv verwaltetes Panel³ und hat anhand der Hintergrunddaten über die Panelmitglieder Probanden zielgerichtet zur Teilnahme an der Onlinebefragung angesprochen. Ziel war es, folgende Personen zu rekrutieren:

- ◆ mind. 100 Personen aller Altersklassen, die in den letzten 12 Monaten einen Klinikaufenthalt hatten,
- ◆ mind. 300 Personen, die in dieser Zeit einen niedergelassenen Arzt aufgesucht hatten und
- ◆ mind. 100 Personen, die im besagten Zeitraum keinen Arztkontakt hatten.

Die Ergebnisse der Befragung wurden mit gängiger Statistik-Software (Stata Version 14) ausgewertet und anschließend tabellarisch/grafisch aufbereitet.

Bei der Auswertung einzelner Fragen liegt die Stichprobengröße – z. B. aufgrund der geringen Anzahl an Personen, die Erfahrungen mit IGeL-Leistungen⁴ oder der Aufklärung und Information durch den Behandelnden gemacht, bzw. Einsicht in ihre Patientenakte genommen haben – bei unter 200 Befragten. Die Befragungsergebnisse sind in diesen Fällen nicht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung.⁵

2.3 Befragung von Verbänden der Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger und Freien Wohlfahrtspflege sowie von Rechtsexperten

Bei den weiteren Akteursgruppen, die zu ihren Einschätzungen zum Patientenrechtegesetz befragt wurden, handelte es sich um

- ◆ Leistungserbringer bzw. deren Verbandsorganisationen (Ärzte, Krankenhäuser),
- ◆ Krankenkassen bzw. deren Verbandsorganisationen (in ihrer Funktion als Kostenträger und Unterstützer der Patienten),
- ◆ Patienten- und Wohlfahrtsverbände und

³ Ein Panel beinhaltet einen Pool von Personen, die sich freiwillig bereit erklärt haben, an Online-Umfragen des jeweiligen Marktforschungsinstituts teilzunehmen.

⁴ Zu IGeL-Leistungen kann alternativ z. B. auf die vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführte bundesweit repräsentative Befragung von gesetzlich Versicherten verwiesen werden (Zok 2015).

⁵ Legt man eine Genauigkeit von 5 Prozentpunkten und eine Sicherheit von 95 % zugrunde, liegt der niedrigste empfohlene Stichprobenumfang bei rd. 385 zu befragenden Personen.

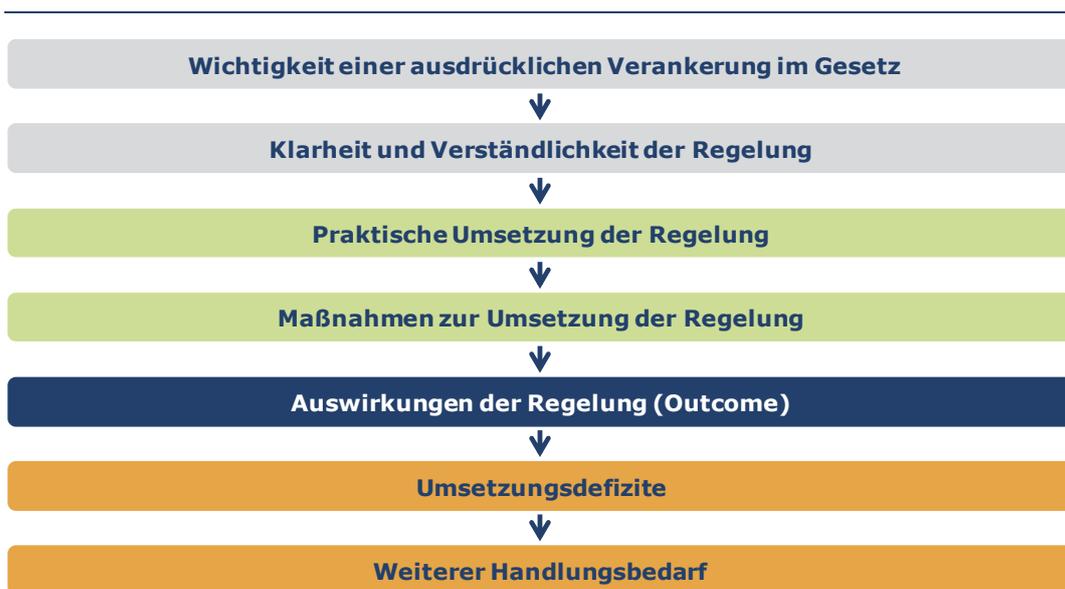
- ◆ Rechtsexperten (ausgewählte Rechtsanwälte und Richter), die sich mit Verfahren zu Patientenrechtsstreitigkeiten sowie mit der Umsetzung der Patientenrechte befassen.

Entwicklung der Fragebögen und Durchführung der Befragung

Für die Befragung dieser Gruppen entwickelte das IGES Institut teilstrukturierte Fragebögen, die nach den zu untersuchenden Teilen des Patientenrechtegesetzes untergliedert wurden (§ 630c, § 630d, § 630e, § 630g BGB, § 13 Abs. 3a SGB V, § 66 SGB V). Es wurde eine Kombination aus offenen und geschlossenen Fragen gewählt. Mit dieser Erhebungsmethodik wurde es den Befragten einerseits ermöglicht, die Fragen nur mit geringem Aufwand zu beantworten, andererseits stand es ihnen offen, ausführlich zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen.

Die Fragebögen hatten für alle befragten Akteure und je zu untersuchendem Gesetzesparagrafen eine einheitliche Grundstruktur, um die Vergleichbarkeit über die zu untersuchenden Teile des Patientenrechtegesetzes und die Institutionen hinweg zu gewährleisten (Abbildung 1).

Abbildung 1: Dimensionen des Verbändefragebogens



Quelle: IGES

Wo erforderlich, wurden aber auch Institutions-Spezifika bei der Fragebogengestaltung berücksichtigt. Dementsprechend wurden vier verschiedene Fragebögen – ein Fragebogen je Akteursgruppe – konzipiert.

- ◆ Den Patienten- und Wohlfahrtsverbänden wurden zu allen relevanten Teilen des Patientenrechtegesetzes und zu allen Bewertungsdimensionen Fragen gestellt.

- ◆ Für die Rechtsexperten bezogen sich die Fragen vor allem auf die Wichtigkeit einer ausdrücklichen Verankerung im Gesetz, die rechtlichen Auswirkungen der Regelung sowie die Umsetzungsdefizite und den weiteren Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht.
- ◆ Die Befragung der Leistungserbringer beschränkte sich im Wesentlichen auf die für sie unmittelbar relevanten Teile des Patientenrechtegesetzes (§ 630c, § 630d, § 630e, § 630g BGB).
- ◆ Die Krankenkassen wurden ebenfalls schwerpunktmäßig zu den sie direkt betreffenden Paragraphen (§ 13 Abs. 3a SGB V, § 66 SGB V) befragt.

Die Fragebögen wurden von der Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz kommentiert. Unter Rücksprache insbesondere mit der Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege wurden die Fragebögen überarbeitet und finalisiert.

Zudem wurden die Fragebögen von zwei – an der Erstellung des Fragebogens bis dahin nicht beteiligten – IGES-Mitarbeitern, die über Erfahrung in der Fragebogen-gestaltung verfügen, im Hinblick auf ihren Aufbau und ihre Verständlichkeit geprüft.

Das IGES Institut hat in Abstimmung mit dem Auftraggeber 33 Institutionen bzw. Akteure (acht Patienten-/Wohlfahrtsverbände, zehn Verbände der Leistungserbringer, sieben Verbände der Krankenkassen, acht Rechtsanwälte/Richter) für die Befragung ausgewählt. Die Mehrzahl von ihnen hatte sich bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens aktiv eingebracht, etwa durch eine Stellungnahme zum Gesetzesentwurf.

Die Befragung startete am 23. März 2016 mit dem E-Mail-Versand der Fragebögen. Ursprünglich war für die Befragung eine Laufzeit von etwas mehr als fünf Wochen bis zum 30. April 2016 geplant. Am 18. April wurden die Befragten noch einmal per E-Mail angeschrieben und an die Beantwortung der Fragebögen erinnert. Für einzelne Verbände, denen eine Beantwortung bis zum 30. April nicht möglich war, wurde die Frist bis zum 20. Mai verlängert.

Am 25. Mai wurden noch zwei weitere Patientenverbände vom Auftraggeber zur Teilnahme an der Befragung nominiert. Der Befragungszeitraum für die nachträglich nominierten Verbände wurde bis zum 9. Juni 2016 terminiert. Die Frist wurde auf Nachfrage noch einmal bis zum 20. Juni verlängert.

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde außerdem ausgewählten Verbänden angeboten, sich über den Fragebogen hinaus im Rahmen eines Gesprächstermins auch mündlich zu äußern und einzelne Sachverhalte tiefergehend zu erläutern.

Auswertung der Verbändebefragung

Bei der Verbändebefragung wurden zunächst die geschlossenen Fragen ausgewertet, um einen ersten Eindruck von den Einschätzungen der Befragten zu erhalten. In zentralen Auswertungsschritt wurden die Freitextantworten der Befragten den einzelnen Auswertungsdimensionen der Befragung zugeordnet und inhaltlich hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit gruppiert. Zeichnete sich in den Antworten ein akteursgruppenübergreifender Tenor ab, wurde dieser herausgearbeitet und dargestellt, bevor in einem zweiten Schritt die davon abweichenden (aktorsgruppenspezifischen) Meinungen erarbeitet wurden. Teilweise unterschieden sich die Antworten aber deutlich zwischen den Akteursgruppen, so dass hier die Positionen dieser Gruppen stärker heraus- und einander gegenüber gestellt wurden.

Sonderabfrage beim GKV-Spitzenverband

Um möglichst empirisch fundierte Aussagen zur Umsetzung des § 13 Abs. 3a SGB V und des § 66 SGB V treffen zu können, wurde schon im Vorfeld der o. g. Verbändebefragung durch die Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege eine Datenabfrage an den GKV-Spitzenverband gerichtet. Zur Beantwortung der Fragen zur Umsetzung des § 66 SGB V hat der GKV-SV eine Befragung seiner Mitgliedskassen durchgeführt. An dieser Befragung haben sich 76 Kassen mit insgesamt 65 Mio. Versicherten beteiligt.

Das Antwortschreiben des GKV-Spitzenverbandes wurde dem IGES Institut vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse dieser Anfrage werden in Kapitel 4.5.3 (§ 13 Abs. 3a SGB V) und in Kapitel 4.6.3 (§ 66 SGB V) dargestellt.

3. Ergebnisse der vorbereitenden Recherchen

3.1 Ergebnisse zum Patientenrechtegesetz insgesamt

In der rechtswissenschaftlichen Literatur fiel die Beurteilung des Gesetzes recht unterschiedlich aus.⁶ Als Grundlage für die nachfolgenden Arbeitsschritte im Rahmen der Evaluation wurden die folgenden Diskussionsschwerpunkte als wesentlich identifiziert.

Notwendigkeit der gesetzlichen Fassung von Patientenrechten

In der Literatur (z. B. Preis und Schneider 2013) ebenso wie in der Anhörung zum Gesetzentwurf (z. B. BT-Adrs. 17(14)0326(4)) wurde die Schaffung eines Patientenrechtegesetzes mehrfach grundsätzlich begrüßt.

Allerdings gab es auch Stimmen, welche die Notwendigkeit des Gesetzes (jedenfalls hinsichtlich der Regelungen im BGB) grundsätzlich infrage stellten, etwa weil die in der Gesetzesbegründung angeführte mangelnde Rechtssicherheit oder fehlende Rechtsklarheit angesichts der ausdifferenzierten Rechtsprechung negiert wurde (z. B. Katzenmeier 2014: 35ff., Martis und Winkhart-Martis 2014, Patientenrechtegesetz I. 2 P6 m. w. V.).

Nach Hart *et al.* (2015) war das Gesetz dagegen deshalb erforderlich, weil der Erfolg des bisherigen Ansatzes der Stärkung der Patientenrechte durch informelle Überzeugungs- und Verbreitungskonzepte zumindest zweifelhaft sei.

Einfluss auf die Arzt-Patientenbeziehung

Es wird die Gefahr gesehen, dass das Gesetz anstatt zu einem vertrauensvollen Zusammenwirken eher zu einer weiteren Verrechtlichung der Arzt-Patientenbeziehung führt. So erwartet etwa Katzenmeier (2014: 35ff.), dass sich die beiden Parteien in ihrer Begegnung künftig noch stärker auf den Rechtsstandpunkt beziehen werden und dass die Klagebereitschaft weiter ansteigen werde.

Weiterentwicklung in strittigen Fragen

Mit dem Gesetz wurde ausweislich der Gesetzesbegründung u. a. das Ziel verfolgt, den richterrechtlich entwickelten Stand der Patientenrechte gesetzlich festzuschreiben. Dies ist im Wesentlichen auch geschehen (so BT-Adrs. 17(14)0326(10), Hart 2013, Montgomery *et al.* 2013, Schliephorst 2013, Wagner 2012).

Kritisiert wurde teilweise (etwa von Hart 2013: 159), dass dabei der erreichte Diskussionsstand nicht ausreichend abgebildet wurde.⁷

⁶ Bei den Stellungnahmen im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens ist zu berücksichtigen, dass es sich um Einschätzungen und Bewertungen handelte, die zu einem Zeitpunkt abgegeben wurden, als noch keine Erfahrungen mit dem Patientenrechtegesetz möglich waren.

⁷ Vgl. dazu Kapitel 4.

Wo es Abweichungen vom Stand der Rechtsprechung gab, wurde vor allem in den Anhörungen über die Richtung und das Ausmaß dieser Abweichungen diskutiert. Kritisiert wurde auch, dass der Gesetzgeber seine Gestaltungskompetenz nicht genutzt habe, um tatsächlich strittige patientenrechtliche Fragen zu klären (so etwa BT-Adrs. 17(14)0326(10), Hart 2013, Thurn 2013).

Schaffung von Transparenz

Kritisch wurde in der Literatur (etwa von Thurn 2013, Katzenmeier 2014, Preis/Schneider 2013, Martis und Winkhart-Martis 2014, Patientenrechtegesetz I. 2 P7ff. m. w. V.) der Beitrag des Gesetzes im Hinblick auf eine größere Transparenz der Patientenrechte für die Versicherten/Patienten gesehen. Als Gründe dafür wurde u. a. die dem Rechtsgebiet inhärente Komplexität⁸, die ursprünglich angestrebte, dann aber nicht durchgeführte Bündelung aller relevanten Gesetzesnormen und die zumindest für juristische Laien z. T. schwer verständlichen Gesetzesformulierungen (z. B. hinsichtlich der Abgrenzung von Information und Aufklärung) genannt.

Einfluss auf die Rechtsfortbildung

In der Literatur (Hart 2013, Katzenmeier 2013, Katzenmeier 2014: 38, Wagner 2012) wird die Gefahr gesehen, dass die gesetzliche Kodifizierung zu einer Hemmung der Rechtsfortbildung im Bereich kollektiver und individueller Patientenrechte führt, da Gesetze weit weniger flexibel seien als Richterrecht. Dies könne auch zu Friktionen im Verhältnis zum Deliktsrecht führen, das richterrechtlich dynamischer weiter entwickelt werden könne.⁹

Weitere Wirkungen des Gesetzes

Schließlich wird auch die Frage, ob durch das Patientenrechtegesetz die mit ihm verbundenen Ziele grundsätzlich erreicht werden können, in der Literatur unterschiedlich beurteilt.

Nach Hart *et al.* (2015) reichen die Bewertungen von hilfreich („besser ein Gesetz als eine unübersichtliche Rechtsprechung) über überflüssig („die Rechtsprechung ist besser, als ein Gesetz sein kann“) bis schädlich („das Gesetz schafft neue Interpretationsprobleme“).

So vertritt etwa Jaeger (in: Prütting 2014: 565) die Auffassung, dass das „Ziel des Patientenrechtegesetzes, Ärzte und Patienten „auf Augenhöhe“ zu bringen, eher nicht erreicht wurde.

⁸ Nach Katzenmeier (2013) ergibt sich der „eigentliche Regelungsgehalt einer Vorschrift erst aus der Gesetzesbegründung, nicht selten erschließt er sich gar erst bei genauerer Kenntnis der Rechtsprechung“.

⁹ Letzteres ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn – wie von Katzenmeier (2014) – die Ansicht vertreten wird, die in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebrachte Erwartung, die deliktische Haftung werde neben der vertraglichen Haftung weiter an eigenständiger Bedeutung einbüßen, sei nicht belegt.

Martis und Winkhart-Martis (2014, Patientenrechtegesetz I. 2 P6 m. w. V.) erwarten, dass das Gesetz die Ärzte „kaum zu einer besseren, sondern eher zu einer nur noch formelhafteren Pflichterfüllung anhalten [wird].“

Wenzel und Steinmeister (2015: 23) konstatieren hingegen positiv, dass die Kodifizierung sicherlich das Bewusstsein für die Patientenrechte sowohl auf der Patienten- als auch auf der Behandlerseite geschärft habe.

Hart (2013) schreibt den nun in Gesetzesform gegossenen Patientenrechten eine höhere Geltungsseriosität zu. Damit sieht er die Möglichkeit, dass dies zu einer effektiveren Durchsetzung bestehender Patientenrechte insbesondere bei den bekanntermaßen bestehenden Vollzugsdefiziten im Bereich von Patienteninformation und -aufklärung führen könnte.

Schulungen, Informationsveranstaltungen, Anpassungsmaßnahmen

Im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens, vor allem aber unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes gab es eine Vielzahl von Schulungen und Informationsmaßnahmen, die sich nicht nur an Rechtsexperten, sondern vor allem auch an die vom Patientenrechtegesetz in die Pflicht genommenen Behandelnden richteten. Nach Angaben von Hart *et al.* (2015) ist bekannt, „dass das Patientenrechtegesetz seit seiner Verabschiedung häufiger Gegenstand von Fortbildungsveranstaltungen für Krankenhausärzte und für niedergelassene Ärzte in Praxen war und ist. Im Krankenhaus sind es meist interne Fortbildungen durch die eigenen Rechtsabteilungen, im niedergelassenen Bereich sind Ärztekammern und private Fortbildungsunternehmen tätig, sodass hier eher eigene Fortbildungsinitiative gefragt ist, während im Krankenhaus eher »obligatorische« Angebote stattfinden. Schon diese Beobachtung könnte dafür sprechen, dass das Gesetz zu einer höheren Beachtung der Patientenrechte in der Ärzteschaft geführt hat.“

Auch auf den Internet-Seiten der relevanten Verbände des Gesundheitswesens (Bundesärztekammer, Landesärztekammern, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)) findet sich Informationsmaterial zum Patientenrechtegesetz und dessen sachgerechter Umsetzung.

Auch die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) wurde als Folge des Patientenrechtegesetzes novelliert¹⁰, nicht oder nur partiell jedoch die Berufsordnungen der Landesärztekammern (Tabelle 1).

¹⁰ Vgl. dazu z. B.: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_Ergaenzung_Synopse.pdf. [Abruf am: 19.01.2016].

Tabelle 1: Umsetzung des Patientenrechtegesetzes (§ 630g BGB) und der MBO in den Berufsordnungen der Landesärztekammern

Rechtsnorm bzw. Bundesland	Stand	Nur "grundsätzlich" Recht auf Einsichtnahme	Ausnahme "subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen"	Einschränkung aufgrund von therapeutischen Gründen oder sonstige erhebliche Rechte des Arztes oder Dritter
§ 630g BGB	26.02.2013	nein	nein	Ja
MBO-Ä	27. 05.2015	nein	nein	Ja
Bayern	25.10.2014	ja	ja	Nein
Sachsen	23.11.2011	ja	ja	Nein
Baden-Württemberg	17.09.2014	ja	ja	Nein
Hessen	01.01.2009	ja	ja	Nein
Brandenburg	19.09.2012	ja	ja	Nein
Rheinland-Pfalz	30.06.2015	ja	ja	Nein
Nordrhein-Westfalen	13.03.2013	ja	ja	Nein
Niedersachsen	01.12.2014	ja	ja	Nein
Sachsen-Anhalt	07.05.2014	ja	ja	Nein
Schleswig-Holstein	28.04.2008	ja	ja	Nein
Thüringen	08.07.2009	ja	nein	Nein
Saarland	12.12.2012	ja	nein	Nein
Hamburg	10.03.2014	ja	nein	Nein
Bremen	02.03.2012	ja	nein	Nein
Berlin	26.11.2014	ja	nein	Ja
Mecklenburg-Vorpommern	15.01.2014	ja	nein	Nein

Quelle: IGES auf Basis der aktuellen Berufsordnungen der Landesärztekammern, Stand: 10.11.2015

Auch in den unterschiedlichen Praxisverwaltungsprogrammen und in Qualitätssicherungssystemen wurden Anpassungen vorgenommen, um Ärzten die Erfüllung der gesetzlichen Pflichten aus dem Patientenrechtegesetz zu erleichtern. Beispiels-

weise wurden in das QEP-System (Qualitätsmanagement und Entwicklung in Praxen) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) spezifische Items aufgenommen, um den Praxen die Einhaltung von Pflichten aus dem Patientenrechtegesetz und deren Dokumentation zu ermöglichen.

Erfüllungsaufwand

Der Gesetzgeber (BT-Drs. 17/10488) ging bei der Darstellung des Erfüllungsaufwandes für die Bürgerinnen und Bürger im Hinblick auf die §§ 630a ff. BGB grundsätzlich davon aus, dass es sich bei den dort getroffenen Regelungen „methodisch im Wesentlichen um rein formale Änderungen der Gesetzesgrundlage ohne eine inhaltliche Änderung handelt“ und daher kein erhöhter Erfüllungsaufwand oder Umstellungsaufwand zu erwarten sei. Anders wurde dies auf Ärzteseite gesehen: Hier wurde ein deutlich höherer Verwaltungsaufwand erwartet.¹¹

3.2 Kenntnis und Wahrnehmung der Patientenrechte und des Patientenrechtegesetzes durch die Ärzteschaft

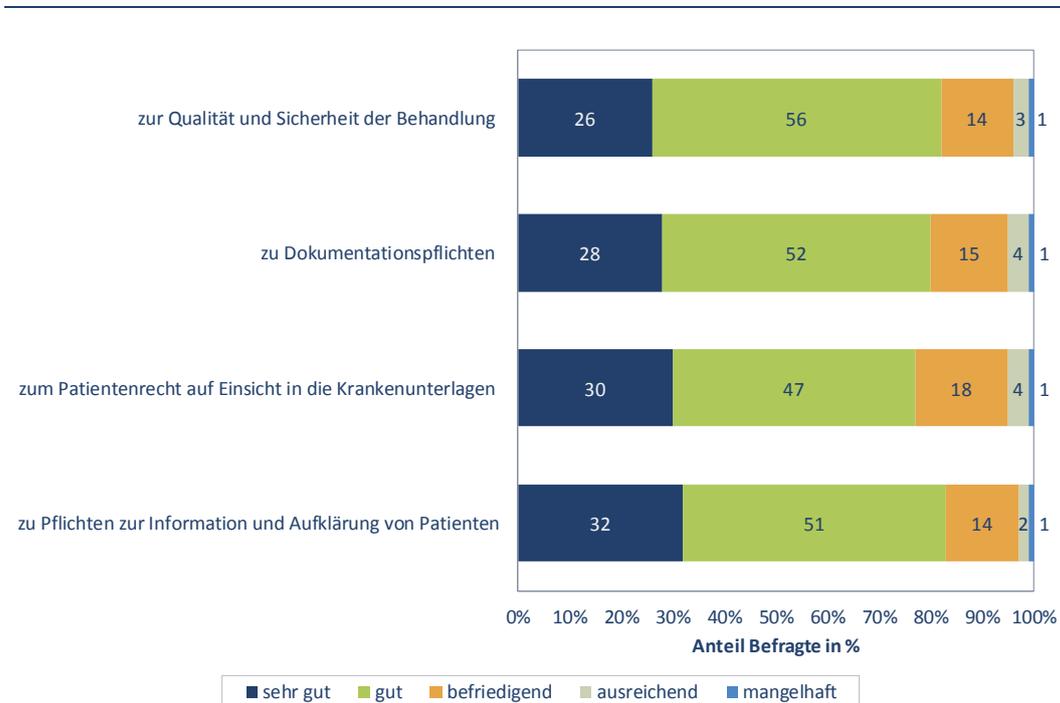
Um zu ermitteln, wie gut Ärzte die Patientenrechte und das Patientenrechtegesetz kennen und wie sie das Patientenrechtegesetz bewerten, wurde 2014 von Hart *et al.* (2015) eine Online-Befragung durchgeführt. Insgesamt nahmen 800 niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte unterschiedlicher Fachgebiete an dieser Befragung teil.

Selbstberichteter Kenntnisstand zu Patientenrechten

Über 80 % der teilnehmenden Ärzte geben an, die Patientenrechte „gut“ oder „sehr gut“ zu kennen. Dieses Bild zeigt sich über die verschiedenen Aspekte der Patientenrechte hinweg (Abbildung 2).

¹¹ Vgl. etwa Braun (2015).

Abbildung 2: Selbsteinschätzung der Kenntnis von Patientenrechten in der Ärzteschaft



Quelle: IGES auf Basis Hart *et al.* (2015), n=800

Auf Basis dieser Angaben wurden die befragten Ärzte in drei Gruppen (Ärzte mit hoher, mittlerer oder niedriger Kenntnis der Patientenrechte) eingeteilt.

Tendenziell schätzten niedergelassene Ärzte ihren Kenntnisstand zu den Patientenrechten schlechter ein als Krankenhausärzte. Auch über Facharztgruppen hinweg lassen sich Unterschiede erkennen: Chirurgen, Anästhesisten und Orthopäden gaben tendenziell einen höheren Kenntnisstand an als "sprechende Disziplinen". Auch über Altersgruppen lassen sich Tendenzen beobachten; so schätzten ältere Ärzte ihr Wissen höher ein als jüngere Ärzte.

Selbstberichteter Kenntnisstand zu Patientenrechtegesetz

In einem nächsten Schritt wurden die Ärzte zu Ihrer Kenntnis der Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes befragt. Dabei gaben 26 % der Befragten an, das Gesetz nur vom Hörensagen zu kennen (Tabelle 2). Entsprechend ihrer Antwort wurden die befragten Ärzte in drei Gruppen der Patientenrechtegesetz-Experten, Patientenrechtegesetz-Kenner und Patientenrechtegesetz-Nichtkenner eingeteilt.

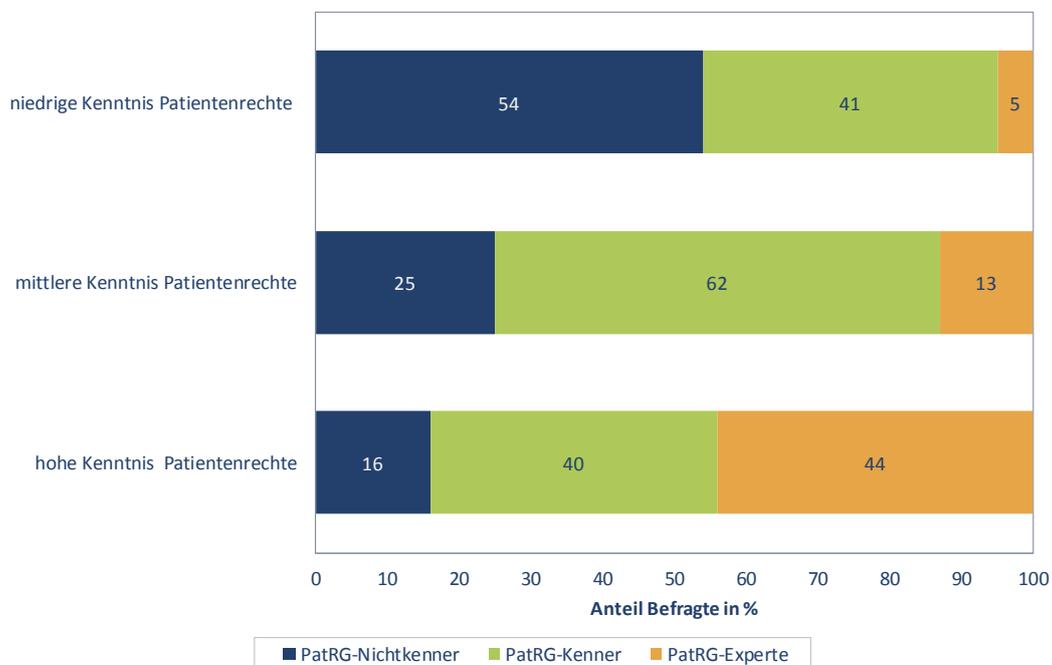
Tabelle 2: Selbsteinschätzung der Kenntnis der Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes in der Ärzteschaft

Gruppe	Kenntnis der Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes	Anteil Befragte
Patientenrechtegesetz-Experte	Ich kenne alle wichtigen Bestimmungen recht gut	4 %
	Ich kenne die meisten Bestimmungen recht gut	16 %
Patientenrechtegesetz-Kenner	Ich kenne einige Bestimmungen recht gut, andere weniger gut	48 %
Patientenrechtegesetz-Nichtkenner	Ich kenne das Gesetz vom Hörensagen	26 %
	Ich kenne das Gesetz nicht	6 %

Quelle: IGES auf Basis von Hart *et al.* (2015).

Tendenziell waren Ärzte mit einem hohen Kenntnisstand der Patientenrechte auch besser über das Patientenrechtegesetz informiert; ein eindeutiger Zusammenhang bestand jedoch nicht: So gaben immerhin 16 % der Ärzte mit einer hohen Kenntnis der Patientenrechte an, das Patientenrechtegesetz nicht oder nur vom Hörensagen zu kennen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Selbstberichteter Kenntnisstand des Patientenrechtegesetzes in Abhängigkeit vom selbstberichteten Kenntnisstand der Patientenrechte in der Ärzteschaft



Quelle: IGES auf Basis von Hart *et al.* (2015), n=800.

Ansprache von Patientenrechten durch Patienten

62 % der Ärzte gaben an, noch nicht von Patienten direkt zum Thema Patientenrechte angesprochen worden zu sein. Von den Ärzten, die durch Patienten mit dem Thema in Kontakt gekommen sind (38 %), gaben 77 % an, dass es sich bei diesen Ansprachen um das Recht auf Einsichtnahme in Krankenunterlagen handelte. 40 % der Befragten gaben an, dass sie von Patienten zum Thema Aufklärung über Behandlungsalternativen angesprochen wurden.

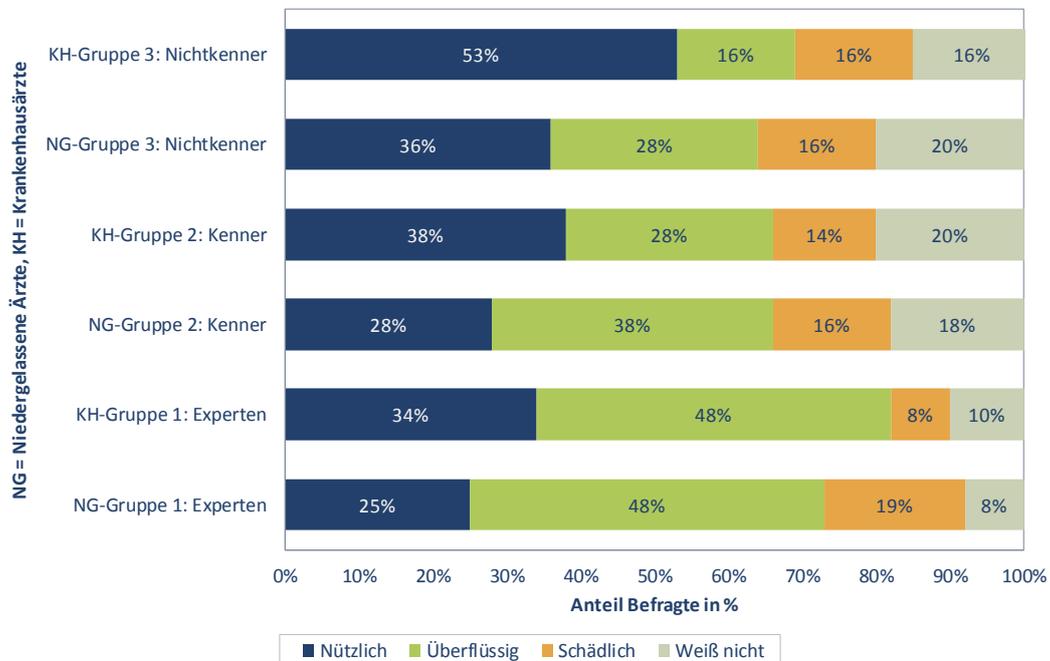
Bewertung und Wirkungen des Patientenrechtegesetzes

Die Gruppe der Experten und Kenner innerhalb der Ärzteschaft ist sich der Bedeutung des Gesetzes für die Patienten bewusst, denn 75 % befürworteten prinzipiell ein solches Gesetz. Andererseits sahen nur 52 % das Ziel für mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten tatsächlich auch erreicht. Auch bezüglich der Transparenz für Ärzte hielten nur 26 % der Kenner und Experten das Gesetz für förderlich. Über die Hälfte (51 %) der Ärzte, die angaben, das Patientenrechtegesetz sehr gut zu kennen, empfand das Gesetz als partiell und weniger rechtssichernd für die Ärzteschaft. Dagegen waren knapp 20 % der Befragten der Ansicht, dass das Patientenrechtegesetz auch mehr Rechtssicherheit für Ärzte bringe. Die Mehrheit der Experten (52 %) und der Kenner (42 %) des Patientenrechtegesetzes fühlte sich durch das neue Gesetz nicht in der Therapieauswahl eingeschränkt.

Unabhängig vom Kenntnisstand der Patientenrechte beobachteten 90 % der Befragten seit der Einführung des Patientenrechtegesetzes eine Zunahme des zeitlichen Aufwands zur Dokumentation und zur Aufklärung.

Insgesamt empfanden Krankenhausärzte das Gesetz eher nützlich als niedergelassene Ärzte. Weiter bewerteten Ärzte, die angaben, die Patientenrechte gut zu kennen, das Gesetz als weniger nützlich als Ärzte, die angaben, sich in Sachen Patientenrechten weniger gut auszukennen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Bewertung des Nutzens des Patientenrechtegesetzes durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte nach selbst eingestuftem Kenntnisstand des Patientenrechtegesetzes



Quelle: IGES auf Basis Hart *et al.* (2015), NG = Niedergelassene Ärzte, KH=Krankenhausärzte, n=800

Die Autoren der Studie (Hart *et al.* 2015) ziehen aus den Ergebnissen insgesamt den Schluss, dass weiterhin ein hohes Informationsbedürfnis seitens der Ärzteschaft bestehe und das Ziel, mehr Rechtssicherheit und Transparenz zu schaffen, aus Sicht der Ärzte noch nicht erreicht worden sei.

3.3 Analyse von Sekundärdaten

3.3.1 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern

Seit 1975 bieten die bei den Landesärztekammern angesiedelten, unabhängigen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen die Möglichkeit der objektiven Beurteilung und außergerichtlichen Schlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen. Die Gutachterkommission besteht aus einem Richter und zwei Ärzten, wobei einer davon im gleichen Fachgebiet tätig sein muss wie der betroffene Arzt. Einer Schlichtungsstelle gehören ein Arzt als Vorsitzender, ein Rechtsexperte mit Befähigung zum Richteramt sowie weitere Mitglieder (Ärzte) an. Die Schlichtungsstelle erstellt auf Basis des Gutachtens der Gutachterkommission einen schriftlichen Vorschlag zur Klärung des Sachverhalts.

Die Einleitung des Verfahrens kann schriftlich und formlos sowohl durch den Arzt als auch durch den betroffenen Patienten erfolgen. Zunächst werden die Verfahrensvoraussetzungen geprüft, und alle Beteiligten müssen einem Verfahren zustimmen. Anschließend wird der Sachverhalt aufgeklärt, indem der Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden wird und Krankenunterlagen herangezogen werden. Auf dieser Basis erstellt die Gutachterkommission ein Gutachten. Die Schlichtungsstelle beurteilt in ihrer Stellungnahme den zivilen Anspruch auf Schadenersatz und die Haftungsfrage. Dies legt die Basis für eine außergerichtliche Einigung. Diese wird in 90 % der Fälle erreicht (Bundesärztekammer 2011).

Die Anzahl der Anträge lag in den Jahren 2010 und 2011 bei etwas mehr als 11.000 Fällen, in den Jahre 2012, 2013 und 2014 dagegen bei etwas mehr als 12.000 Fällen. Der deutliche Anstieg im Jahr 2012 führte dazu, dass in diesem Jahr nur 94 % der Anträge erledigt werden konnten (Tabelle 3).

In den letzten Jahren wurden in ca. zwei Drittel der Anträge Sachentscheidungen getroffen. Sachentscheidungen sind die Fälle mit Bestätigung oder Ausschluss eines ärztlichen Fehlers und/oder eines Gesundheitsschadens für den Patienten, der auf diesen Behandlungsfehler zurückzuführen ist (Bundesärztekammer 2010). Im Jahr 2014 wurde in 29,1 % aller Sachentscheidungen ein Behandlungsfehler (28,5 %) bzw. ein Risikoaufklärungsmangel (0,6 %) festgestellt. In 23,9 % der Fälle wurde festgestellt, dass der Behandlungsfehler bzw. der Risikoaufklärungsmangel ursächlich für einen Gesundheitsschaden des Patienten war.

Tabelle 3: Anzahl der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern gestellten Anträge und deren Bearbeitung, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Anzahl der gestellten Anträge	11.016 (100 %)	11.107 (100 %)	12.232 (100 %)	12.173 (100 %)	12.053 (100 %)
davon Anzahl der erledigten Anträge	11.096 (100,7 %)	11.032 (99,3 %)	11.511 (94,1 %)	12.021 (98,8 %)	11.787 (97,8 %)
davon Anzahl aller Sachentscheidungen	7.355 (66,3 %/ 100 %)	7.452 (67,5 %)	7.578 (65,8 %/ 100 %)	7.922 (65,9 %/ 100 %)	7.751 (65,8 %)
davon Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel	2.199 (29,9 %)	2.287 (30,7 %)	2.280 (30,1 %)	2.243 (28,3 %)	2.252 (29,1 %)
davon Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel, Schaden/Kausalität	1.821 (24,8 %)	1.901 (25,5 %)	1.889 (24,9 %)	1.864 (23,5 %)	2.206 (23,9 %)

Quelle: Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für die verschiedenen Jahre

3.3.2 Behandlungsfehlerstatistik des MDS/MDK

Seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler zu unterstützen. Die Krankenkassen greifen dabei häufig auf die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zurück. Durch den MDK wird eine interne Begutachtung durch eigene Fachärzte veranlasst oder ein externer Facharzt mit der Begutachtung beauftragt. Liegt ein Behandlungsfehler vor, so wird weiterhin geprüft, ob dem Patienten ein Schaden entstanden ist und ob dieser Schaden auf den Fehler zurückgeführt werden kann. Erst dann hat der Patient Anspruch auf Schadensersatz. Diese Gutachten dienen dem Patienten als Entscheidungsgrundlage für das weitere juristische Vorgehen. Seit 2009 fertigt der MDK jährlich ca. 12.000 Gutachten an und bei ca. einem Viertel erhärtet sich der Verdacht auf Behandlungsfehler tatsächlich (Mayer und Rieger 2009).

Die Zahl der begutachteten Fälle ist von 2012 auf 2013 um ca. 2.000 Fälle (+17 %) gestiegen und im Jahr 2014 in etwa auf dem Niveau von 2013 verharret. Gleichermaßen steigt von 2013 auf 2014 auch die Zahl der bestätigten Fälle leicht an – von 3.690 (25,3 %) auf 4.287 (29,3 %).

Der Anteil der Fälle an allen Begutachtungsfällen, in denen ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden konnte, schwankte in den letzten Jahren deutlich: lag er 2011 noch bei 24,9 %, so betrug der Anteil im Jahr 2013 nur 17,4 % und im Jahr 2014 dann 20,3 % (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl der vom MDS/MDK begutachteten Fälle und Anteile Fälle mit nachgewiesenem Fehler bzw. Fehler mit Schaden und nachgewiesener Kausalität, 2010-2014

	2010 2. Hj.	2011	2012	2013	2014
Begutachtete Fälle gesamt	6.302 (12.604)*	12.686	12.483	14.585	14.633
davon Fehler		32,1%	31,5%	25,3%	29,3%
davon Fehler mit Schaden und Kausalität nachgewiesen	20,0%	24,9%	21,7%	17,4%	20,3%

Quelle: Behandlungsfehlerstatistik des MDS/MDK, entsprechende Jahrgänge

Anmerkung: * Die Statistik weist nur den Wert für das zweite Halbjahr 2010 aus, der Wert in Klammern für das ganze Jahr 2010 wurde auf dieser Basis geschätzt

Bezüglich der Behandlungsorte stellt der MDK für das Jahr 2014 fest (MDS und MDK 2015: 16): „Der Großteil der Vorwürfe (n=7.845; 53,5 %, davon festgestellte Fehler bei n=1.904; 24,3 %) und auch ein wesentlicher Teil aller festgestellten Fehler

ler (n=1.904; 44,5 %) steht nicht nur medizinisch im Zusammenhang mit operativen/chirurgischen Fachgebieten, sondern betrifft auch räumlich den Operationsaal. In besonderem Maße gilt dies für das Krankenhaus im stationären Sektor, aber auch ambulant spielt das perioperative Umfeld eine erhebliche Rolle mit 37,5 % der Vorwürfe (n = 1.942) und 33,8 % der festgestellten Fehler (n = 552).“

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), der die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in medizinischen und organisatorischen Fragen koordiniert (§ 282 Abs. 2 S. 2 SGB V), weist darauf hin, dass die Ergebnisse aus der Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft weder für die in Deutschland insgesamt erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe noch für alle tatsächlich auftretenden Fehler bzw. „vermeidbaren unerwünschten Ereignisse“ in der Medizin repräsentativ sein können. So geht er etwa davon aus, dass sich die Fallzahlen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern (Kapitel 3.3.1) und des MDK nur in sehr geringem Maße überschneiden und die Anzahl der tatsächlich stattfindenden Behandlungsfehler um ein Vielfaches höher liegen dürfte (MDS 2015).

3.3.3 Tätigkeitsberichte der Patientenberatungen

Ein wichtiger Ansprechpartner bei Fragen zu rechtlichen, gesundheitlichen oder psychosozialen Fragen für Patienten ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD). Die Beratungsschwerpunkte sind seit 2013 in einem Monitor zusammengefasst und betreffen die Themen Patientenrechte, Geldforderungen und Zuzahlungen, Ansprüche gegenüber Kostenträgern, Behandlungsfehler und Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld. Die absolute Häufigkeit der Beratungen zu einem bestimmten Thema liefert erste Hinweise auf die Probleme der Patienten. Die zusätzliche Dokumentation der Beschwerden gibt Aufschluss über den Zufriedenheitsgrad und die Dringlichkeit der Themenschwerpunkte, ebenfalls aus Patientensicht. Die Dokumentation der Fälle mit Problemlagen erfolgt durch die Berater und gibt somit deren fachliche Bewertung wieder. Damit wird versucht, die Darstellung der Patienten zu objektivieren und bestimmten übergeordneten Problematiken des Gesundheitswesens zuzuordnen. Die UPD hat 2013 folgende vier Themenbereiche mit besonderen Problemschwerpunkten dokumentiert:

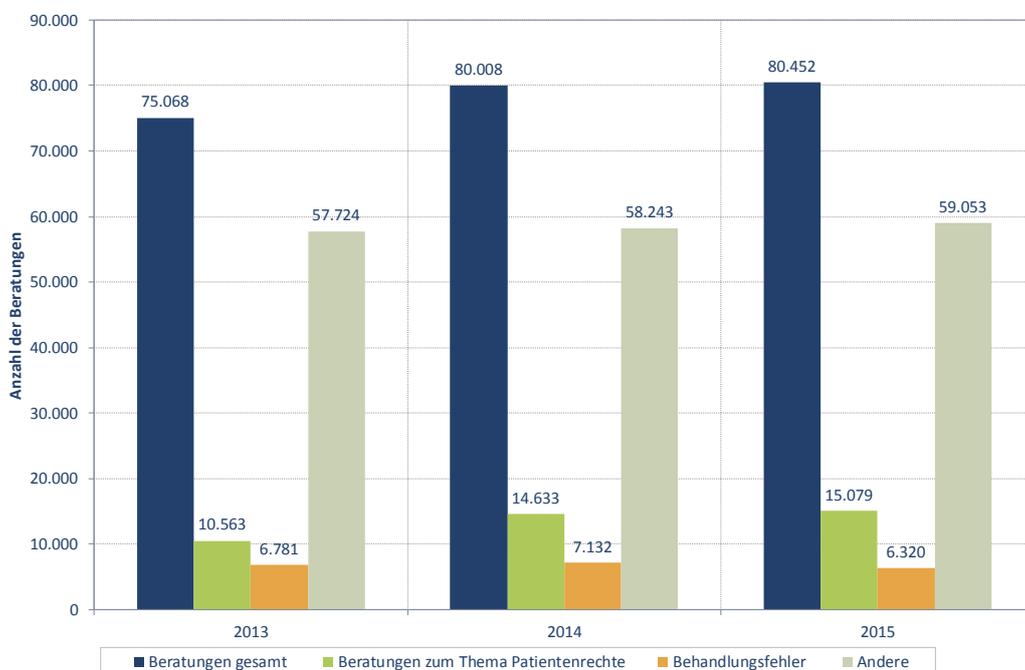
1. Informationen über gesundheitliche Versorgung (falsche, unvollständige oder widersprüchliche Information) in 37 % der Problemlagen,
 2. Zugang zur gesundheitlichen Versorgung (unberechtigte Ablehnung durch Kostenträger) in 25,2 % der Problemlage,
 3. Qualität der Versorgung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) in 21,2 % der Problemlagen und
 4. Überversorgung (Zweifel am Nutzen von Behandlungen) [Anhang 2; UPD 2013]
-

Die Vereinheitlichung der Problemlagen erlaubt einerseits eine einheitlichere Dokumentation und andererseits schafft sie ein Problembewusstsein. Daraus können wiederum Rückschlüsse auf die Bedürfnisse und Probleme der Patienten gezogen werden und Implikationen für die Politik abgeleitet werden.

Seit dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ im Jahr 2013 erkennt die UPD, dass mehr Patienten über ihre Rechte Bescheid wüssten und, dass sie diese auch verstärkt einforderten. Als Beispiel wird hier das Recht auf Einsicht in die Krankenakte genannt (UPD 2014: 30). Andererseits hätten Patienten Schwierigkeiten, ihre Rechte gegenüber Leistungserbringern oder Kostenträgern geltend zu machen (UPD 2014: 30).

Generell verzeichnet die UPD einen Anstieg der Beratungsgespräche (von 75.068 in 2013 auf 80.452 in 2015). Das entspricht einer relativen Zunahme von 7 %. Deutlich stärker ist die Anzahl der Beratungen zum Themenbereich Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen (kurz: Patientenrechte) gestiegen: um 43 % von 10.563 Fällen in 2013 auf 15.079 Fälle in 2015. Leicht zurück gegangen ist dagegen die Anzahl der Beratungsgespräche zu Behandlungsfehlern (-7 %). Nahezu konstant ist die Anzahl der Beratungen zu anderen Themen geblieben (+2 %) (Abbildung 5).

Abbildung 5: Beratungszahlen der Unabhängigen Patientenberatung nach Beratungsthemen, 2013-2015

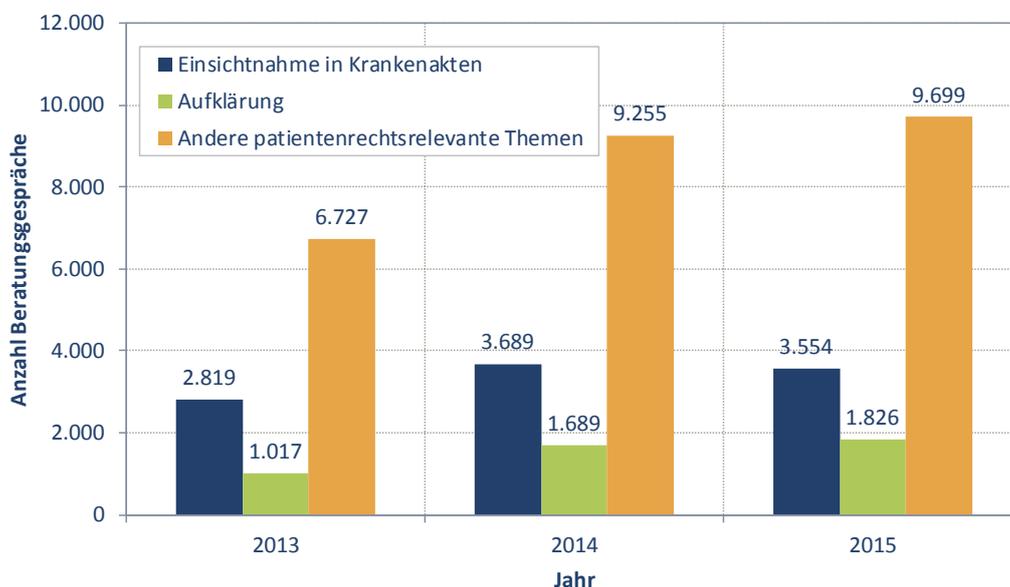


Quelle: IGES auf Basis des UDP Monitor

Im Bereich Patientenrechte werden auch die zweitmeisten Beschwerden formuliert (knapp 30 % in 2015, Rang 2 hinter dem Themenschwerpunkt Behandlungsfehler). Beschwerden werden ebenso vom Berater notiert, wenn sich der Ratsuchende direkt beschwert oder auf Nachfrage eine Beschwerde formulieren möchte.

Innerhalb des Themenbereichs Patientenrechte ist die Einsichtnahme in die Krankenunterlagen der quantitativ bedeutendste Beratungsschwerpunkt mit einem Anteil von 23,6 % an allen patientenrechtsbezogenen Beratungsgesprächen. Einen besonders starken Anstieg der Beratungsgespräche im Beobachtungszeitraum gab es zum Thema Aufklärung (+80 %) (Abbildung 6).

Abbildung 6: Entwicklung der Beratungsschwerpunkte innerhalb des Themenbereichs Patientenrechte



Quelle: IGES auf Basis der UPD Monitore 2013-2015

Jedoch ist die Vergleichbarkeit über die untersuchte Zeitspanne relativ eingeschränkt. Das liegt an dem kurzen Beobachtungszeitraum von drei Jahren, an möglichen Verzerrungseffekten durch mediale Berichterstattung in Folge der Veröffentlichung dieser Monitore und an der kontinuierlichen Anpassung der Dokumentationssysteme seit 2012 (UPD 2015: 14).

Daher wird im Folgenden besonders die aktuelle Situation untersucht. Im Zeitraum vom 01.04.2014 bis zum 31.03.2015 fanden insgesamt 80.452 Beratungen statt (UPD 2015), davon 15.079 zum Themenbereich „Patientenrechten, Berufspflichten, Verhaltensnormen“ (UPD 2015: 17) (Tabelle 5).

Tabelle 5: Beratungsthemen der Unabhängigen Patientenberatung, 2015

Thema	Anzahl Kontakte zu diesem Thema (Rang)	Anteil Hinweise auf Problemlagen (Rang)	Anteil Beschwerden (Rang)
Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen eines Kostenträgers	23.241 (1)	13,0% (18)	9,1% (15)
Patientenrechte, Berufspflichten, Verhaltensnormen	15.079 (2)	23,5% (3)	28,7% (2)
Prüfung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen und Zusatzzahlungen	9.2845 (4)	18,3% (8)	17,4% (8)
Prävention, Diagnostik, Therapie einer Krankheit	8.226 (5)	15,50%	7,7% (19)
Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegen Kostenträger	8.075 (6)	20,3% (6)	20,2% (6)
Mitgliedschaft sowie Versicherungs-/Kassenwechsel und Zusatzversicherungen	8.066 (7)	10,1% (19)	5,4% (22)
Behandlungsfehler	6.320 (9)	32,0% (1)	32,6% (1)

Quelle: UPD Monitor, 2015: 25

Der Bereich Patientenrechte verzeichnet mit 28,7 % einen deutlich überdurchschnittlich hohen Anteil an Beschwerden (Mittel: 15,3 %) und mit 23,5 % einen deutlich überdurchschnittlich hohen Anteil an dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen (Mittel: 17,5 %). Nur der Bereich Behandlungsfehler weist einen höheren Anteil an Beschwerden auf. In etwa der Hälfte der Beratungsgespräche dokumentierten die Berater mutmaßlich unangemessenes Verhalten gegenüber Patienten oder falsche oder unvollständige Information von Patienten.

Innerhalb des Schwerpunkts Patientenrechte haben sich im Jahr 2015 die meisten Patienten bezüglich ihres Rechts auf Einsicht in die Krankenunterlagen beraten lassen (23,6 %) (Tabelle 6). Hier haben knapp ein Viertel der Patienten, die zu diesem Thema beraten wurden, eine Beschwerde formuliert, aber nur knapp ein Fünftel der Berater sah hier ebenfalls eine Problemlage. Der höchste Anteil an Beschwerden wurde – angesichts der Bezeichnung dieser Kategorie selbsterklärend – zum Thema „unangemessene Verhaltensweisen“ dokumentiert (62,2 %).

Tabelle 6: Die häufigsten Unterthemen im Beratungsschwerpunkt Patientenrechte der Unabhängigen Patientenberatung, 2015

Thema	Beratungen gesamt	Anteil mit Beschwerden	Hinweis auf Problemlagen
Einsichtnahme in Krankenunterlagen	3.554 (23,6%)	876 (24,6%)	686 (19,3%)
Zweitmeinung	2.104 (12,5%)	234 (11,1%)	301 (14,3%)
Gewährung notwendiger Be- handlungen	1.885 (12,5%)	903 (47,9%)	745 (39,4%)
Aufklärung	1.826 (12,1%)	599 (32,8%)	626 (34,3%)
Selbstbestimmungsrecht	1.740 (11,5%)	524 (30,1%)	514 (29,5%)
Unangemessene Verhaltensweisen	1.477 (9,8%)	928 (62,8%)	640 (43,3%)
Freie Arzt- und Krankenkassenwahl	1.361 (9,0%)	351 (25,8%)	332 (24,4%)

Quelle: UPD Monitor (2015: 27)

Insgesamt wird aus Sicht der UPD-Berater vor allem das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen noch nicht hinreichend gewährt. Außerdem gibt es häufig Beschwerden über die Aufklärung (32,8 % in 2015) und zum Thema Selbstbestimmungsrecht (30,1 %), da Patienten häufig nur schriftlich bzw. unzureichend über medizinische Maßnahmen informiert werden und häufig den Eindruck haben, eine Einwilligung in die Behandlung sei ihre Pflicht („Mitwirkungspflicht“).

3.3.4 Rechtspflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für Zivilgerichte

Die Rechtspflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für Zivilgerichte weist aus, dass im Jahr 2014 – nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes – insgesamt 1.708 Verfahren in Arzthaftungssachen an den Amtsgerichten erledigt worden sind (Tabelle 7). In allen Instanzen verlief die Entwicklung der Verfahrenszahlen in den betrachteten Jahren uneinheitlich.

Tabelle 7: Entwicklung der vor Gerichten erledigten Zivilprozessverfahren in Arzthaftungssachen, nach Instanzen, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Amtsgerichte	1.777	1.651	1.774	1.630	1.708
Landgerichte, erstinstanzlich	8.150	8.876	8.540	8.803	9.116
Landgerichte, Berufungsinstanz	431	411	364	346	351
Oberlandesgerichte	1.917	2.095	2.046	2.091	2.136

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 2.1, entsprechende Jahrgänge

Während allerdings die Anzahl der erledigten Zivilprozessverfahren insgesamt in allen Instanzen von 2010 bzw. 2012 bis 2014 abgenommen hat, war bei den Arzthaftungssachen sowohl bei den erstinstanzlichen Verfahren vor den Landgerichten als auch bei den Verfahren vor den Oberlandesgerichten ein deutlicher Verfahrenszuwachs zu verzeichnen.

Weiter zeigt sich, dass im Jahr 2014 rd. 11 % (185 Fälle) aller Arzthaftungs-Verfahren vor einem Amtsgericht durch einen Vergleich erledigt wurden. Dieser Anteil ist über die betrachteten Jahre hinweg relativ gleich geblieben und so hoch wie für die erledigten Zivilverfahren vor Amtsgerichten insgesamt.

Tabelle 8: Entwicklung der vor Amtsgerichten in Deutschland erledigten Zivilprozessverfahren in Arzthaftungssachen, nach Art der Erledigung und Kostenentscheidung, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Rücknahme der Klage oder des Antrags	13%	13%	11%	12%	11%
Verfahren mit Kostenentscheid	65%	64%	62%	65%	68%
Gerichtskosten ganz durch Kläger (Antragsteller)	36%	39%	35%	35%	38%
Gerichtskosten überwiegend durch Kläger (Antragsteller)	9%	8%	11%	11%	9%
Gerichtskosten ganz/überwiegend durch Kläger/Antragsteller	45%	47%	46%	46%	47%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 2.1, entsprechende Jahrgänge

Deutlich höher war bei Arzthaftungsverfahren jedoch der Anteil der Verfahren, bei denen der Kläger bzw. Antragsteller ganz oder überwiegend die Gerichtskosten tragen musste: Während er bei Arzthaftungsverfahren im Jahr 2014 bei 47 % lag (Tabelle 8), waren es bei den Zivilverfahren insgesamt nur 19 % (Tabelle 9).

Tabelle 9: Entwicklung der vor Amtsgerichten in Deutschland erledigten Zivilprozessverfahren insgesamt, nach Art der Erledigung und Kostenentscheidung, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Rücknahme der Klage oder des Antrags	12%	12%	12%	12%	11%
Verfahren mit Kostenentscheid	69%	72%	73%	73%	70%
Gerichtskosten ganz durch Kläger (Antragsteller)	15%	15%	15%	15%	15%
Gerichtskosten überwiegend durch Kläger (Antragsteller)	5%	5%	5%	5%	5%
Gerichtskosten ganz/überwiegend durch Kläger/Antragsteller	20%	19%	19%	19%	19%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 2.1, entsprechende Jahrgänge

3.4 Empirische Studien zu Kenntnis und Wahrnehmung von Patientenrechten

Im Rahmen dieser Studie wurde eine Befragung von Versicherten und Patienten zu ihrer Sicht auf die Patientenrechte durchgeführt, um daraus Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Wirkung des Patientenrechtegesetzes ziehen zu können. Derartige Schlussfolgerungen sind vor allem dann möglich, wenn die Einschätzungen von Versicherten und Patienten nach Einführung des Patientenrechtegesetzes mit der Einschätzung von Versicherten und Patienten vor dessen Einführung verglichen werden können.

Als Vergleichsbasis können insbesondere die Ergebnisse einer Befragung herangezogen werden, die im Jahre 2010 von Braun und Marstedt (2010) durchgeführt wurde. Im Rahmen dieser Online-Befragung wurden 1.789 Bürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren zu ihrem Kenntnisstand der Patientenrechte befragt. Die Ergebnisse dieser Befragung werden detailliert in Kapitel 3.4.1 vorgestellt.

In Kapitel 3.4.2 werden dann die Ergebnisse einer aktuellen Befragung von Euler und Böcken (2016) vorgestellt, die unmittelbar auf der o. g. Studie von Braun und Marstedt (2010) aufbaut und somit ebenfalls einen Vergleich zwischen dem Kenntnisstand in der Bevölkerung zu Patientenrechten vor und nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes ermöglicht.

3.4.1 Kenntnisse und Wahrnehmung von Patientenrechten vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes

Selbstberichtete Kenntnis der Patientenrechte

22 % der Befragten geben an, ihre Rechte „gut“ oder „sehr gut“ zu kennen. Die Hälfte gibt an, eine „befriedigende“ Kenntnis zu haben und 28 % sind über ihre Rechte „ausreichend“ oder „ungenügend“ informiert. Die Selbsteinschätzung korreliert positiv statistisch signifikant ($p < 0,01$) mit dem Bildungsgrad, dem Alter und dem Versicherungsstatus (Privatversicherte geben eine höhere Kenntnis an). Personen, die früher oder aktuell im Gesundheitswesen gearbeitet haben bzw. arbeiten, geben ebenfalls einen höheren Kenntnisstand an.

Tatsächliche Kenntnis der Patientenrechte

Ob diese Selbsteinschätzung mit dem tatsächlichen Kenntnisstand übereinstimmt, wurde mit Aussagen getestet, die als „wahr“, „falsch“ oder mit „Weiß nicht“ bewertet werden sollten.

Aus der Korrelation der Selbsteinschätzung mit der Richtigbewertung der Aussagen schlossen Braun und Marstedt (2010), dass 90 % der Befragten das Recht auf freie Arztwahl und das Recht zur Aufklärung durch den Arzt kennen. „Rund ein Viertel aller GKV- und PKV-Versicherten [kenne] beispielsweise nicht ihr Recht auf die freie Krankenhauswahl, auf Einsicht in ihre Behandlungsunterlagen oder auf das Recht, dass ein Arzt nur mit ihrer Zustimmung Angehörige über ihren Gesundheitszustand informieren darf.“ (Braun und Marstedt 2010: 339).

Drei oben erwähnte Aussagen, die im Rahmen der Objektivierung des Kenntnisstands gegeben wurden, wurden bewusst falsch formuliert. Ein Viertel der Befragten bewertete die Aussage irrtümlich als zutreffend, dass ein Arzt sie über bestimmte Dinge im Unklaren lassen dürfe, wenn es der Behandlung förderlich sei. Über 40 % dachten, sie hätten tatsächlich ein Recht auf lebensverkürzende Maßnahmen im Falle einer unheilbaren Krankheit und knapp zwei Drittel würden bei einem Arztwechsel zu Unrecht die Herausgabe der Originalunterlagen fordern. Die Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“ wurde bei jedem Statement von zwischen 22 % bis 40 % der Befragten ausgewählt.

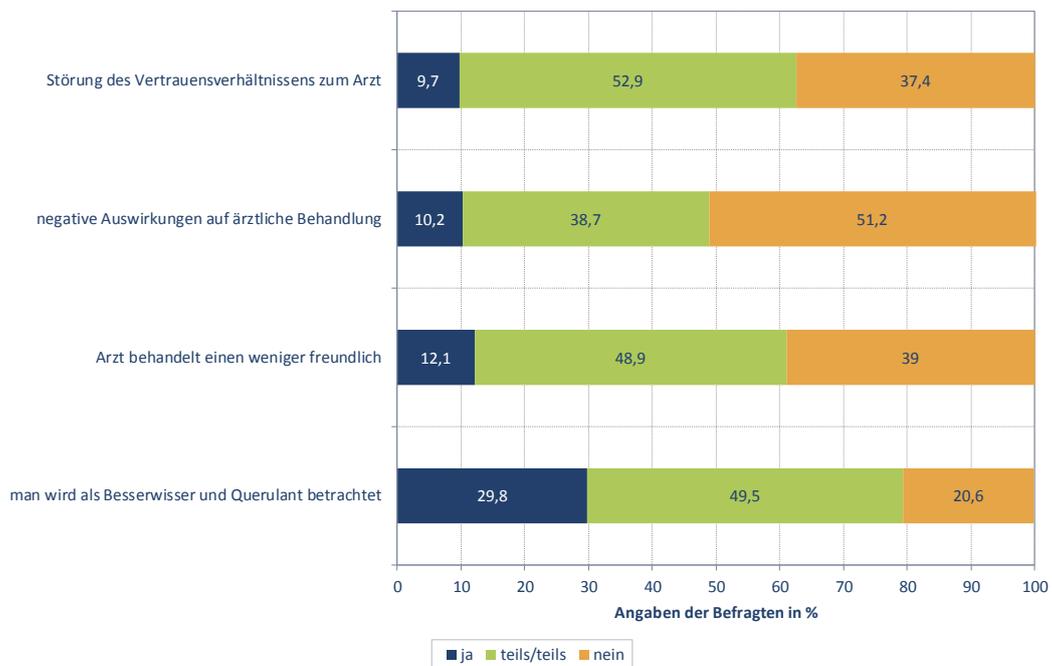
Insgesamt haben 39 % der Befragten alle Aussagen richtig klassifiziert und wurden entsprechend als „Patientenrechte-Kenner“ klassifiziert. Auch hier zeigt sich ein deutlicher positiver und statistisch signifikanter ($p > 0,01$) Zusammenhang zwischen Wissensstand und sozioökonomischem Status, Alter und Tätigkeit in der Gesundheitsbranche. 41 % der Befragten haben dagegen alle drei falschen Statements als „wahr“ bewertet und wurden deshalb als „Nichtkenner der Patientenrechte“ klassifiziert.

Auswirkung der Wahrnehmung von Patientenrechten

Nahezu ein Drittel (29,8 %) aller Befragten erwartete, dass man vom Arzt als Beserwisser oder Querulant betrachtet werde, wenn man seine Patientenrechte

wahrnehme; eine negative Auswirkung auf die fachärztliche Behandlung erwarten immerhin noch 10,2 % (Abbildung 7).

Abbildung 7: Erwartungen der Patienten, wie sich die Wahrnehmung von Patientenrechten auswirkt



Quelle: IGES auf Basis von Braun und Marstedt (2010)

Patienten mit einem geringeren sozioökonomischen Status erwarteten signifikant häufiger (13 %), durch den Arzt schlechter behandelt zu werden, wenn sie ihre Rechte artikulieren. Unter den befragten GKV-Versicherten erwarteten mit 31 % signifikant mehr Befragte als unter den befragten PKV-Versicherten (22 %), bei der Durchsetzung ihrer Rechte als Querulant oder Besserwisser zu gelten.

Im Falle des Verdachts auf einen Behandlungsfehler im Krankenhaus würden sich 63,9 % der Befragten an ihren Haus- bzw. Facharzt wenden, gefolgt von der Patienten- bzw. Verbraucherberatung mit 52,0 %. Einem Rechtsanwalt würden 43,9 % und einer Krankenkasse 40,9 % der Befragten vertrauen. Knapp 20 % würden sich an die Ärztekammer wenden und weitere 11,4 % an Selbsthilfeeinrichtungen, nur 3,2 % an einen Wohlfahrtsverband.

Zusammenfassend zogen die Autoren (Braun und Marstedt 2010) aus der Studie den Schluss, dass es keine hinreichende Kenntnis der Patientenrechte in Deutschland gebe und daher ein Patientenrechtegesetz dringend notwendig sei.

3.4.2 Kenntnisstand der Bevölkerung zu Patientenrechten nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes

Zwei Jahre nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes wurden im Rahmen des Bertelsmann Gesundheitsmonitors (Euler und Böcken 2016) die oben beschriebenen Fragen erneut in einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung (n= 1.598) gestellt und die Ergebnisse unmittelbar mit denen der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2010 verglichen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Selbsteinschätzung des Wissens über Patientenrechte in der Bevölkerung gegenüber dem Jahr 2010 erhöht hat und führen als möglichen Grund dafür die intensiven öffentlichen Diskurs über Patientenrechte rund um die Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes an. Sie stellen aber auch fest, dass das tatsächliche Wissen der Befragten über Patientenrechte im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2010 je nach Fragestellung in etwa konstant oder sogar leicht gesunken ist: So gehen im Jahr 2015 nur 69 % der Befragten zutreffend davon aus, dass Sie das Recht zur Einsichtnahme in ihre Patientenakte haben; im Jahr 2010 lag dieser Anteil noch bei 76 %. Und während im Jahr 2010 noch 91 % der Befragten zutreffend von einem umfassenden Aufklärungsanspruch gegenüber den Behandelnden ausgehen, betrug dieser Anteil im Jahr 2015 nur noch 85 %.

Besonders niedrig ist nach Euler und Böcken der Wissensstand der Bevölkerung zu den Rechten der Versicherten gegenüber den Krankenkassen¹²: Nur gut ein Drittel (36 %) geht zutreffend davon aus, dass die Kassen ihre Versicherten gem. § 66 SGB V bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen unterstützen sollen. Und nur gut jeder Zehnte (11 %) kennt seine Rechte auf Kostenerstattung aus dem § 13 Abs. 3a SGB V.

3.4.3 Kenntnisstand von Ärzten zu Patientenrechten

Ergebnisse des Gesundheitsmonitors 2015 (Böcken et al. 2015: 18-20) zeigen, dass die Ärzte mehrheitlich (68 %) die Ansicht vertreten, im Großen und Ganzen über die Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes informiert zu sein. Dennoch kennt immerhin knapp ein Drittel der Ärzte (32 %) das Gesetz nach eigenen Angaben wenig oder gar nicht. Ärzte im Krankenhaus waren grundsätzlich besser über Patientenrechte informiert als niedergelassene Ärzte. Weiterhin ergab die Studie, dass die Ärzteschaft Informationen zu Patientenrechten vor allem aus Fachliteratur und Fachzeitschriften, Fortbildungsveranstaltungen (vor allem durch die Arbeitgeber), im Rahmen ihrer Ausbildung (Medizinstudium) sowie Presse und Internet bezieht.

¹² Zu diesen Rechten wurden in der Studie aus dem Jahr 2010 noch keine Fragen gestellt.

4. Ergebnisse zu den einzelnen zu evaluierenden Paragraphen

4.1 Informationspflichten (§ 630c BGB) über notwendige Maßnahmen und ggf. entstehende Behandlungskosten, die nicht durch Dritte gesichert sind

4.1.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen

Der § 630c BGB regelt in den Absätzen 2 bis 4 die Informationspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten.

§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

Gem. § 630c Abs. 2 S. 2 BGB ist der Behandelnde zur Information des Patienten verpflichtet,

- ◆ wenn für ihn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines eigenen oder fremden Behandlungsfehlers begründen
- ◆ und wenn der Patient nachfragt
- ◆ oder die Information zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist.

§ 630c Abs. 3 BGB regelt die wirtschaftliche Informationspflicht des Behandelnden gegenüber dem Patienten. Wenn der Behandelnde weiß, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.

§ 630c Abs. 4 BGB legt fest, dass es einer Information des Patienten nicht bedarf, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Die in § 630c BGB niedergelegten Informationspflichten stellen – auch nach Ansicht der Bundesregierung (BT-Drs. 17/10488: 13f) überwiegend keine Neuerungen dar, sondern kodifizieren die einschlägige Rechtsprechung zur therapeutischen Sicherungsaufklärung, die von der in den §§ 630d, 630e BGB niedergelegten Eingriffs-/Selbstbestimmungsaufklärung getrennt wurde.

Die Fehleroffenbarungspflicht gem. § 630c Abs. 2 S. 2 BGB knüpft der Gesetzesbegründung zufolge im Wesentlichen an die bestehende Rechtsprechung an. Diese

Auffassung wird in der Literatur zumindest für die Offenbarungspflicht „zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren“ geteilt (Preis und Schneider 2013, Rehborn 2013: 261, Schelling und Warntjen 2012). Eine Neuerung stellt dagegen – so etwa Osmialowski (2014) – die Offenbarungspflicht auf Nachfrage dar. Martis und Winkhart-Martis (2014, Patientenrechtegesetz III. 3 P19 m. w. V.) sehen in der Offenbarungspflicht eine Neuerung.

Von der Literatur wird grundsätzlich die Einschätzung der Bundesregierung in der Gesetzesbegründung geteilt, dass die wirtschaftliche Informationspflicht im Kern inhaltlich nicht neu ist (LAEK-BW, weitere Verweise bei Thurn (2013, Fn: 20) und Jaeger (in: Prütting 2014: § 630c BGB, Rn. 38). Neu sei die Erfordernis der Textform, eine Verschärfung (Rehborn 2013: 262), die von Thurn (2013) begrüßt wird.

4.1.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens

Bei der Vorbereitung eines Patientenrechtegesetzes und im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens kristallisierten sich die folgenden, für diese Untersuchung relevanten Diskussionsstränge heraus:

- ◆ Trennung von Information und Aufklärung,
- ◆ Verständlichkeit und Form der Information über die Behandlung,
- ◆ Pflicht zur Information über Behandlungsfehler,
- ◆ Anforderungen an die Information über die wirtschaftlichen Folgen einer Behandlung, insbesondere bei individuellen Gesundheitsleistungen und
- ◆ Entbehrlichkeit der Patienteninformation.

4.1.2.1 Trennung zwischen Information und Aufklärung

In der juristischen Literatur, wie in den Stellungnahmen zum Gesetzentwurf wurde die im Gesetz jetzt vorgenommene Unterscheidung zwischen Information (§ 630c BGB) und Aufklärung (§ 630e BGB) differenziert bewertet.

Die gesetzgebenden Körperschaften¹³ (Thole 2013) und Verbände der Krankenkassen (z. B. GKV-SV, AOK-Bundesverband (AOK-BV), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek))¹⁴ befürworteten vermehrt eine Unterscheidung zwischen Informationspflichten (§ 630c Abs. 2 und 3 BGB) und der Eingriffsaufklärung (§ 630e BGB): einerseits wegen der unterschiedlichen Rechtsfolgen, die mit einem Verstoß gegen die Vorschriften verbunden sein können (§ 630c BGB: Behandlungsfehler; § 630e BGB: Unwirksamkeit der Einwilligung), andererseits wegen Unterschieden

¹³ In seiner zweiten und dritten Lesung hatte der Bundestag das Patientenrechtegesetz mit Zustimmung der Koalitionsfraktionen unter Ablehnung der Fraktionen SPD und DIE LINKE sowie unter Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach insgesamt 19 Änderungen beschlossen. Im Anschluss hatte das Gesetz auch den Bundesrat passiert.

¹⁴ BT-Adrs. 17(14)0326(20) (12), BT-Adrs. 17(14)0326(23) (11), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

in der Beweislast (§ 630c BGB: Patient, § 630e BGB: Arzt). Auch Katzenmeier (2013, 2014) hält die Trennung grundsätzlich für sinnvoll, eine klarere Abgrenzung aber für wünschenswert („unglückliche Doppelung der Regelung von identischen Pflichten“).

Kritisch wurde die Trennung in der Literatur (Preis und Schneider 2013, Thurn 2013, Spickhoff (2012, 2014, § 630c BGB, Rn. 11 bis 13), Martis und Winkhart-Martis 2014, Patientenrechtegesetz III. 2 P18 m. w. V.) und von mehreren Verbänden im Gesetzgebungsverfahren (wie z. B. (Bundesärztekammer (BÄK) & KBV, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), Paritätischer Gesamtverband e. V., (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) & Bundeszahnärztekammer (BZÄK))¹⁵ sowie der Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte (Prof. Geiger)¹⁶ und der Akademie für Ethik in der Medizin (PD Dr. Alfred Simon)¹⁷) gesehen: Kritisiert wurde die fehlende klare Abgrenzung von Informations- und Aufklärungspflichten und eine daraus resultierende mangelnde Transparenz und Rechtsklarheit. Teilweise (Martis und Winkhart-Martis 2014, Patientenrechtegesetz III. 2 P19 m. w. V.) wird aber die Erwartung geäußert, dass die kritisierte „Doppelung“ der Informations- und Aufklärungspflichten in der praktischen Anwendung keine Probleme verursachen werde.

4.1.2.2 Verständlichkeit und Form der Information über die Behandlung

Der Bundesrat forderte im Gesetzgebungsverfahren mit Verweis auf die UN-Behindertenrechtskonvention, die mündliche Information des Patienten müsse „im Bedarfsfall in leichter Sprache“ erfolgen.

Zudem solle die Information dem Patienten auf Verlangen, in verständlicher Sprache sowie bei Bedarf, in leichter Sprache in Textform ausgehändigt werden. Auch viele Verbände (wie z. B. Diakonie Bundesverband, Caritas, Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK), SoVD, BAG SELBSTHILFE, Verbraucherzentrale Bundesverband)¹⁸ forderten, dass die dem Patienten erteilten Informationen nach § 630c BGB grundsätzlich auch in schriftlicher Form an den Patienten weiterzureichen sind (in Form eines Patientenbriefes), um sie gegebenenfalls erneut nachlesen zu können.

Eine Vielzahl von Akteuren im Gesundheitswesen bemängelte im Bezug auf die Informationspflicht eine fehlende Rücksichtnahme auf Patienten mit eingeschränkter Auffassungsgabe oder Migrationshintergrund. Wohlfahrtsverbände wie der Diakonie Bundesverband und der Deutsche Caritasverband forderten deshalb bei

¹⁵ BT-Adrs. 17(14)0326(5), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(14), BT-Adrs. 17(14)0326(15), BT-Adrs. 17(14)0326(19).

¹⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(10).

¹⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(9).

¹⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(25), BT-Adrs. 17(14)0326(31).

gegebener Notwendigkeit die Bereitstellung eines Sprachdolmetschers auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Von Leistungserbringerseite (BÄK & KBV, KZBV & BZÄK)¹⁹ wurde der Umfang der Informationspflicht als zu weitgehend und – wegen des damit verbundenen erheblichen Aufwands – als unverhältnismäßig und sachlich nicht angemessen erachtet.

4.1.2.3 Information über Behandlungsfehler

Im Hinblick auf die Offenbarungspflicht über Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB) wurden insbesondere das Ziel der Regelung und der Gegenstand der Informationspflicht, die Wirkung des Verwertungsverbots und die erwarteten Auswirkungen des Gesetzes diskutiert.

Regelungsziel – Regelungsgegenstand der Informationspflicht

In der Literatur und den Stellungnahmen wurde diskutiert, welche Ziele der Gesetzgeber mit der Offenbarungspflicht verfolgt und worüber der Behandelnde den Patienten demgemäß zu informieren hat. Hier lassen sich zwei Positionen ausmachen:

- ◆ Position 1: Schutz der Gesundheit des Patienten -> Offenbarungspflicht: unerwünschte Ereignisse,
- ◆ Position 2: Unterstützung bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen -> Offenbarungspflicht: Behandlungsfehler.

Gemäß der ersten Position schreibt das Gesetz im Wesentlichen die bestehende Rechtsprechung fest. Primäre Zielsetzung des Gesetzes ist es demzufolge, i. S. der therapeutischen Aufklärungspflicht durch die Information des Patienten über unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Behandlung gesundheitlichen Schaden vom Patient abzuwenden. Dann jedoch – so Schelling und Warntjen (2012) „kann es nicht darauf ankommen, ob das Behandlungsgeschehen sorgfaltswidrig war oder nicht. Allein ausschlaggebend muss sein, ob es bei der Behandlung zu einem mit nachteiligen Folgen für den Patienten verbundenen unerwünschten Ereignis kam. Die Differenzierung zwischen Behandlungsfehler i. S. einer dem Arzt unterlaufenen Sorgfaltspflichtwidrigkeit und eingriffsimmanenten Risiken spielt nämlich unter dem Gesichtspunkt der Abwehr gesundheitlicher Gefahren für den Patienten keine Rolle.“ In diese Richtung weist auch die Gesetzesbegründung, der zufolge bei dieser Regelung eine Abwägung getroffen wird zwischen dem Interesse des Behandelnden am Schutz seiner Person und dem Interesse des Patienten am Schutz seiner Gesundheit. Folgerichtig – so die Gesetzesbegründung – müsse der Behandelnde den Patienten auch nicht ungefragt über einen Behandlungsfehler informieren, soweit keine gesundheitlichen Gefahren für den Patienten bestehen; den Behandelnden treffe nur die „Pflicht zur gesundheitlichen Sorge des Patienten,

¹⁹ BT-Adrs. 17(14)0326(5) , BT-Adrs. 17(14)0326(15).

nicht aber eine umfassende Fürsorgepflicht.“ Eine Verpflichtung des Behandelnden, den Patienten auch unabhängig von therapeutischen Erwägungen über einen (möglichen) Behandlungsfehler aufzuklären, um ihn etwa in die Lage zu versetzen, dagegen zivil- oder strafrechtlich vorzugehen, wird nach Auffassung von Schelling und Warntjen (2012) zu Recht von der ganz überwiegenden Meinung abgelehnt. Auch bei einer direkten Frage des Patienten (und erst recht ohne eine direkte Frage) müsse der Arzt im Rahmen seiner Auskunftspflicht nach Treu und Glauben lediglich „alle zur Verfolgung eines Schadensersatzanspruchs notwendigen Tatsachen“ zum Behandlungsverlauf mitteilen, nicht jedoch eine Bewertung im Hinblick auf seine Sorgfaltspflichtgemäßheit vornehmen. Wenn im Gesetz und in der Gesetzesbegründung immer wieder vom „Behandlungsfehler“ die Rede sei, trage das Gesetz – so Schelling und Warntjen (2012) – nicht zur Transparenz und Rechtssicherheit bei. Aus Sicht der Ärzteschaft kritisierten Montgomery *et al.* (2013) ebenfalls die Begriffswahl und empfahlen, statt von einem „Behandlungsfehler“ von einer „wahrheitsgemäßen Tatsacheninformation“ im Sinne einer therapeutischen Aufklärung zu sprechen.

Wagner (2012) hingegen sah ausdrücklich den Sekundärzweck der Regelung in der Erleichterung der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (s. vorstehend Position 2). In diese Richtung gehen auch Stellungnahmen im Gesetzgebungsverfahren, die eine Lösung der Offenbarungspflicht von einer Nachfrage oder einer gesundheitlichen Gefährdung des Patienten gefordert haben. So hat der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu § 630c Abs. 2 S. 2 BGB für eine *umfassende Aufklärungspflicht* des Behandelnden über eigene oder fremde Behandlungsfehler plädiert und gefordert, die Einschränkung, dass der Behandelnde nur „auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ informieren müsse, aus dem Gesetz zu streichen. Auch mehrere Wohlfahrtsverbände und Sachverständige (z. B. Diakonie Bundesverband, Caritas, Notgemeinschaft Medizingeschädigter e. V., VdK, SoVD, BAG SELBSTHILFE, Deutsche Krebshilfe, Prof. Geiger)²⁰ verlangten eine Verschärfung der Informationspflicht bei vorliegender Annahme eines Behandlungsfehlers. Es solle keiner expliziten Nachfrage von Seiten des Patienten und auch keiner vorliegenden gesundheitlichen Gefahren bedürfen, um die Offenbarungspflicht auszulösen.

Wirkungen des Verwertungsverbots

Die Ärzteseite hingegen tritt diesen Forderungen nach einer umfassenden Selbstoffenbarungspflicht entgegen und beruft sich dabei auf das Prinzip der *allgemeinen Selbstbelastungsfreiheit*.²¹ Insgesamt wurde bezweifelt, dass das Verwertungsverbot der Information über eine Behandlungsfehlerannahme die

²⁰ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(7), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(10), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(13), BT-Adrs. 17(14)0326(25).

²¹ Darüber hinaus bemängelt sie bestehende Rechtsunklarheiten bei der Definition von "erkennbaren Umständen für die Annahme eines Behandlungsfehlers" (s. z. B. BÄK & KBV). Spickhoff (2012) kritisiert weiterhin, dass es nach § 630c Abs. 2 S. 2 und 3 BGB unklar sei,

Behandelnden im Strafverfahren oder anderen Verfahren umfassend genug schützen werde (so z. B. Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. (BDK) & Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e. V. (BDO), BÄK & KBV)²². Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) befürchtete, dass die Selbstbeziehungspflicht des Behandelnden über Behandlungsfehler als Schuldanerkenntnis des Behandelnden i. S. d. § 781 BGB missverstanden werden könne; in diesem Fall würde das Verwertungsverbot nicht helfen, da es sich auf ein Strafverfahren bzw. auf ein Verfahren nach dem OWiG bezieht, nicht auf ein zivilrechtliches Verfahren. Spickhoff (2014 Rn. 24) kam vor diesem Hintergrund zu dem Schluss, dass der mit § 630c Abs. 2 S. 3 intendierte Schutz „ein überaus löchriger“ wäre. Auch Montgomery *et al.* (2013) betonten, dass die Auswirkungen der Information über einen Behandlungsfehler auf einen Zivilprozess oder ein außergerichtliches Schlichtungsverfahren nicht absehbar seien. Schelling und Warntjen (2012) gingen von einem eingeschränkten Verwertungsverbot aus, das lediglich – wie es in der Gesetzesbegründung heißt – unmittelbare strafrechtliche und ordnungswidrigkeitsrechtliche Nachteile vermeiden solle, aber – so Schelling/Warntjen mittelbare Nachteile zulasse und somit keinen wirksamen Schutz des Behandelnden vor strafrechtlicher Verfolgung gewährleiste. Insgesamt blieben daher die Reichweite und die praktische Relevanz des neuen Beweisverwertungsverbotes unklar.

Der Vorsitzende des Deutschen Richterbunds (DRB), Lothar Jünemann, vertrat hingegen im Rahmen der Anhörung zum Gesetzesentwurf die Ansicht, die Gesetzesänderung führe zu einer Besserstellung der Behandelnden (BT-Adrs. 17(14)0326(38)). Zuvor hätte sich ein Behandelnder, der einen Behandlungsfehler erkenne und den Patienten trotz zu erwartender gesundheitlicher Probleme nicht über den Fehler aufkläre, bei weiteren Schäden aufgrund des Behandlungsfehlers wegen eines Körperverletzungsdeliktes oder wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar gemacht. Laut Jünemann ist das Verwertungsverbot deshalb positiv für Behandelnde und Patienten, da es einen verbesserten Anreiz für Behandelnde darstelle, angenommene Fehler frühzeitig offenzulegen.

Erwartete Wirkungen des Gesetzes

Im Hinblick auf die erwartete Wirkung dieser Regelung befürchteten Thurn (2013) und Jaeger (in: Prütting 2014: § 630c Rn. 13), dass sie für erhebliche Unruhe und Unsicherheit bei den Ärzten sorgen, letztlich aber ins Leere laufen werde. Auch Preis und Schneider (2013) zweifelten am Mehrwert der Regelung: einerseits angesichts der schon jetzt bestehenden Informationspflichten, andererseits aufgrund der nicht spezifizierten Folgen für den Behandelnden bei Nichtbeachtung (so auch Wever in: Bergmann *et al.* 2014 m. w. V., Schliephorst 2013).²³ Auch Wagner (2012)

ob sich die Informationspflicht nur auf Behandlungsfehler und nicht auf Aufklärungsfehler oder sonstige Fehler beziehe.

²² BT-Adrs. 17(14)0326(3), BT-Adrs. 17(14)0326(5).

²³ Prof. Dr. Geiger von der Alexandra-Lang-Stiftung (BT-Adrs. 17(14)0326(10)) forderte daher in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf eine gesetzlich festgelegte Sanktion bei einem Verstoß des Behandelnden gegen diese Informationspflicht nach §630c Abs. 2 S. 2. BGB.

hat darauf hingewiesen, dass das Gesetz nicht genug Anreize für den Behandelnden schaffe, Fehler gegenüber dem Patienten zu offenbaren.²⁴ Eine eingeschränkte Wirkung der Vorschrift sei – Katzenmeier (2014: 22) – auch deswegen zu erwarten, weil sie ohne eigenständige haftungsrechtliche Bedeutung bleibe.

Für Frahm *et al.* (2013: Rn. 35); ebenso Müller (GuP 2013, 2, 5, zit. nach Spickhoff 2014: Rn. 16) waren die Folgen der Offenbarungspflicht kaum abzuschätzen). Nach Wever (in: Bergmann *et al.* 2014: Rn. 9) müsse erst die richterrechtliche Ausgestaltung zeigen, ob durch die Norm mehr Transparenz für den Patienten gewährleistet werden kann.

Mehrere Autoren (Katzenmeier in Büsow 2014, Jaeger (in: Prütting 2014: § 630c BGB, Rn. 29ff.), Spickhoff (2014: Rn. 27) erwarteten dagegen, dass die Vorschrift dazu beitragen könne, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu (zer-)stören.

Hart (2013) vertrat hingegen die Ansicht, dass die mit der Gesetzesform verbundene höhere Geltungsseriosität möglicherweise zu einer effektiveren Durchsetzung bestehender Patientenrechte insbesondere bei den bekanntermaßen bestehenden Vollzugsdefiziten im Bereich von Patienteninformation und -aufklärung führen könne.

4.1.2.4 Wirtschaftliche Information

Einige Akteure äußerten im Rahmen der Stellungnahmen im Gesetzgebungsverfahren Kritik an der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht (§ 630c Abs. 3 u. 4 BGB) durch den Behandelnden (u. a. DKG, BÄK & KBV²⁵, Spickhoff, Montgomery *et al.* (2013: 153)). Die Ärzteseite bemängelte eine einseitige Verantwortlichkeit für die wirtschaftliche Aufklärung und forderte den Einbezug der Krankenkassen, da diese die anfallenden Kosten häufig besser einschätzen könnten (vgl. BÄK & KBV). Die DKG²⁶ verwies darauf, dass die Behandelnden die entstehende Kostengefahr häufig nicht konkret beziffern könnten und vertrat deshalb die Ansicht, dass ein Hinweis des Behandelnden auf eine bestehende Kostengefahr für die wirtschaftliche Aufklärung ausreichen müsse. Spickhoff²⁷ wies darauf hin, dass die Informationspflicht in Textform zwar einerseits im Interesse des Patienten liege, andererseits jedoch ärztlicherseits einen zusätzlichen Schreibbedarf erfordere.

²⁴ Er hat deshalb vorgeschlagen, Ärzten für ihre Offenlegung von eigenen Behandlungsfehlern im Gegenzug strafrechtliche Immunität für Fahrlässigkeitsdelikte zu gewähren.

²⁵ BT-Adrs. 17(14)0326(5), BT-Adrs. 17(14)0326(12).

²⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(12).

²⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(4).

Der Sozialverband VdK²⁸ Deutschland e. V. forderte hingegen eine Verschärfung der Informationspflicht dergestalt, dass die vom Patienten zu tragenden Behandlungskosten den im Kostenvoranschlag genannten Betrag nur um einen bestimmten Anteil (z. B. 10 %) überschreiten dürften.

Im Fokus der Diskussion stand die Aufklärung über die Kosten individueller Gesundheitsleistungen. Hier hatte schon der Bundesrat detailliertere Aufklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gefordert, „insbesondere über die Gründe, die zum Ausschluss der zu erbringenden Leistung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung führen....“.

Auch ein Großteil der Verbände forderte schärfere Vorgaben zur wirtschaftlichen Aufklärung über IGeL-Leistungen (vgl. u. a. Caritas, Akademie für Ethik in der Medizin e. V., Deutsche Krebshilfe, SoVD, Paritätischer Gesamtverband e. V., GKV-SV, BAG SELBSTHILFE, vdek, AOK-BV, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., VdK)²⁹. Es wurde vorgeschlagen, vor allem die unabhängige Information des Patienten zu stärken (z. B. durch eine Förderung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), den IGeL-Monitor oder eine verpflichtende objektive Aufklärung über Kosten und Nutzen durch den Behandelnden).

Einige Akteure (z. B. Caritas, SoVD, GKV-SV, vdek, AOK-BV, MDS)³⁰ forderten zudem bei IGeL-Leistungen eine 24-Stunden Sperrfrist im Sinne einer Bedenkzeit zwischen Information und Behandlung sowie eine Unterschriftspflicht (so auch eine Stellungnahme des Bundesrates, BT-Drs. 17/10488: 40, Ziffer 12)³¹.

Auf der anderen Seite argumentierten Montgomery *et al.* (2013), dass Patienten und Ärzten bereits seriöse Informationen zum richtigen Umgang mit IGeL an die Hand gegeben worden seien (z. B. IGeL-Ratgeber). Daher bedürfe es über die vorgesehenen zivilrechtlichen Regelungen zur Informationspflicht im BGB, im Sozialrecht und im ärztlichen Berufsrecht hinaus keiner weiteren Regelungen.

4.1.2.5 Entbehrlichkeit der Information

Mit Blick auf die Gründe, aus denen eine Information des Patienten für entbehrlich gehalten werden kann, hat der Bundesrat im Gesetzgebungsverfahren gefordert, die Aufzählung im Gesetz abschließend zu gestalten, um die möglichen Gründe

²⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(11).

²⁹ BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(13), BT-Adrs. 17(14)0326(19), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(23), BT-Adrs. 17(14)0326(25), BT-Adrs. 17(14)0326(26), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

³⁰ BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(23), BT-Adrs. 17(14)0326(26), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

³¹ BT-Drs. 17/10488(40).

einzuengen (a. a. O., S. 41, Ziffer 13). Auch manche Verbände befürchteten im Rahmen der Anhörung zum Gesetz, dass die Ausnahmeregelungen für die Informationspflichten zu viel Spielraum für Missbrauch lassen (vgl. z. B. GKV-SV, Aktion Psychisch Kranke)³². Spickhoff³³ hingegen vertrat die Ansicht, es sei nicht sachgerecht, nur einen ausdrücklichen Verzicht auf Information zu akzeptieren, und plädierte daher dafür, auf die Eindeutigkeit eines Verzichts abzustellen.

4.1.3 Erfüllungsaufwand

4.1.3.1 Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger

Nach Einschätzung der Bundesregierung³⁴ wird die durch das Gesetz geschaffene, erhöhte Transparenz zu Gunsten der Bürgerinnen und Bürger Einsparungen in nicht unerheblicher Höhe zur Folge haben. Ein exakter Betrag wird nicht ausgewiesen.

4.1.3.2 Erfüllungsaufwand für Behandelnde

Auch für die Behandelnden sieht die Bundesregierung keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand, da die in § 630c BGB beschriebenen Informationspflichten bereits vorher bestanden hätten.

4.2 Einwilligung zu medizinischen Maßnahmen, insbesondere zu einem Eingriff in den Körper oder die Gesundheit (§ 630d BGB)

4.2.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen

§ 630d Abs. 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit keine entsprechende Patientenverfügung vorliegt.

Kann die Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung nur dann durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

³² BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(32).

³³ BT-Adrs. 17(14)0326(4).

³⁴ BT-Drs. 17/10488.

Gem. § 630d Abs. 2 BGB ist eine Einwilligung nur dann wirksam, wenn der Patient bzw. der zur Einwilligung Berechtigte vorher nach Maßgabe von § 630e BGB aufgeklärt worden ist.

Nach § 630d Abs. 3 BGB kann die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

4.2.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens

Die Pflicht zur Einwilligung und der ihr vorausgehenden Aufklärung ist in jahrzehntelanger Rechtsprechung zum § 823 BGB (Schadensersatz) entwickelt worden. Jaeger (in: Prütting 2014: § 630d Rn. 1) und Thurn (2013) vertraten daher die Ansicht, dass die Bestimmung nur Selbstverständlichkeiten regelt und daher überflüssig sei.

4.2.2.1 Schutzwürdige Rechtsgüter

Einige Wohlfahrtsverbände (z. B. Diakonie Bundesverband, Deutscher Caritasverband, Der Paritätische Gesamtverband e. V.)³⁵ kritisierten den im Gesetz im Gegensatz zum Referentenentwurf fehlenden Schutz der Freiheit der sexuellen Selbstbestimmung und sonstiger Rechte des Patienten (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). Insbesondere die Aufnahme der „Freiheit“ als schutzwürdiges Rechtsgut in den Gesetzestext sei bei freiheitsentziehenden Maßnahmen wie einer stationären Unterbringung bei psychiatrischen Patienten von besonderer Wichtigkeit.

4.2.2.2 Einwilligungsunfähigkeit

Verschiedene Akteure (Spickhoff (Zentrum für Medizinrecht), Simon (Akademie für Ethik in der Medizin e. V.), VdK, GKV-SV, AOK-BV)³⁶ vermissten eine konkrete Regelung zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger und beschränkt geschäftsfähiger Patienten (z. B. an Demenz erkrankten Personen, Menschen mit geistiger Behinderung). Aus dem Gesetzestext gehe nicht hervor, ob Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit getrennt werden sollten. Der Diakonie Bundesverband, der Deutsche Caritasverband und der Paritätische Gesamtverband e. V. schlugen vor, Kriterien zur Beurteilung der Einwilligungsunfähigkeit z. B. zusammen mit Verbänden für Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrenen zu entwickeln. Bisher widerspreche die Annahme der Einwilligungsunfähigkeit (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB) den Regelungen der UN-Behindertenrechts-Konvention (vgl. Der Paritätische Gesamtverband e. V.)³⁷.

³⁵ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(19).

³⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(4), BT-Adrs. 17(14)0326(9), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

³⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(19).

Der GKV-SV³⁸ hob die Stärkung der Bedeutung der Patientenverfügung, die nach der neuen Regelung die Einwilligung eines Betreuers oder Bevollmächtigten nicht mehr erforderlich mache positiv hervor. Spickhoff³⁹ stimmte weitgehend mit dem GKV-SV überein, fordert jedoch, dass auch Fälle der mutmaßlichen Einwilligung (§§ 1901a Abs. 2 bis 5, 1901 BGB) mit einbezogen werden müssten, um Missverständnissen oder einem verfehlten Umkehrschluss vorzubeugen.

4.2.3 Umsetzung des Gesetzes

4.2.3.1 Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger

Die Bundesregierung hat in der Gesetzesbegründung⁴⁰ keine Angaben dazu gemacht, ob sich der Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger durch die Einführung der Vorschrift des § 630d BGB ändern wird.

4.2.3.2 Erfüllungsaufwand für die Behandelnden

Für die Behandelnden hat die Bundesregierung in der Gesetzesbegründung⁴¹ keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand seitens der Behandelnden, da der Zeitaufwand für die Einholung der Einwilligung vernachlässigbar klein sei und die Verpflichtung zur Einholung der Einwilligung bei entsprechenden Behandlungen ohnehin schon bestehe.

4.2.3.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Der Gesetzgeber gibt an, dass durch die Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (Paragrafen werden hier nicht spezifiziert) der Verwaltung keine weiteren Kosten entstehen.⁴²

4.3 Aufklärungspflichten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände (§ 630e BGB)

4.3.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen

Gemäß § 630e Abs. 1 BGB muss der Behandelnde den Patienten über sämtliche für die Einwilligung nach § 630e BGB wesentlichen Umstände aufklären.

³⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(20).

³⁹ BT-Adrs. 17(14)0326(4).

⁴⁰ (BT-Drs. 17/10488).

⁴¹ (BT-Drs. 17/10488).

⁴² (BT-Drs. 17/10488: 15).

Gemäß § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB muss die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine für die Durchführung der Maßnahme ausgebildete Person erfolgen; dabei kann ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält.

§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 3 BGB verpflichten zu einer rechtzeitigen und verständlichen Aufklärung.

Vom Patienten unterzeichnete Unterlagen sind diesem in einer Abschrift auszuhandigen.

Gem. § 630e Abs. 3 BGB bedarf es der Aufklärung nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn eine Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet.

§ 630e Abs. 4 BGB sieht vor, dass auch Einwilligungsberechtigte gem. § 630d Abs. 1 S. 2 BGB aufzuklären sind.

Einwilligungsunfähige Patienten sind gem. § 630e Abs. 5 BGB grundsätzlich im Rahmen ihrer Fähigkeiten aufzuklären, soweit dies ihrem Wohl nicht zuwider läuft.

Gemäß der Gesetzesbegründung zeichnet diese Vorschrift die bestehende gefestigte Rechtsprechung zu Eingriffs- und Risikoaufklärung nach. Auch nach Martis und Winkhart-Martis (2014, Patientenrechtegesetz IV. 2 P42 m. w. V) gibt das Gesetz die bisherige Rechtslage „weitestgehend wieder“. Als Neuerung wird in der Literatur (Osmialowski 2014, Schliephorst 2013) die Verpflichtung zur Aushändigung von Abschriften der vom Patienten unterzeichneten Unterlagen angesehen.

4.3.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens

Bei der Diskussion um die Aufklärungspflicht im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens ging es im Wesentlichen um die Vorgaben zur Person des Aufklärenden, die Anforderungen an die Verständlichkeit der Aufklärung, die Aushändigung der vom Patienten unterschriebenen Unterlagen und den Umfang der Aufklärungspflicht.

4.3.2.1 Person des Aufklärenden

Im Rahmen der Anhörung zum Gesetzentwurf wurde kritisiert (z. B. VdK, GKV-SV)⁴³, dass die Aufklärung auch durch eine andere Person als den Behandelnden selbst vorgenommen werden kann.

Die Ärzteschaft (BÄK & KBV)⁴⁴ dagegen hielt eine solche Regelung aus praktischen Gründen für unbedingt notwendig, weil es sonst etwa dazu kommen könne, dass bei Erkrankung des Arztes, der die Aufklärung durchgeführt hat, auch der geplante Eingriff ausfallen müsse, selbst wenn andere ausreichend qualifizierte Ärzte zur

⁴³ BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(20).

⁴⁴ BT-Adrs. 17(14)0326(5).

Verfügung stünden. Zudem sei es für den Patienten vorrangig, dass die Aufklärung ordnungsgemäß durch einen Arzt erfolge, der die Fragen der Patienten kompetent beantworten könne.

4.3.2.2 Verständlichkeit, Einsatz eines Dolmetschers

Grundsätzlich hat der Behandelnde im Rahmen der Aufklärung sicherzustellen, dass der Patient die Aufklärung nachvollziehen kann. Bei Bedarf muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden (vgl. Spickhoff 2014: Rn. 7,8): Die Kosten dafür soll der Gesetzesbegründung zufolge der Patient tragen; sie werden weder von der GKV noch von der PKV, der Beihilfe oder sonstigen Dritten übernommen (Martis und Winkhart-Martis 2014, Patientenrechtegesetz IV. 4 P51 m. w. V.). Dieser Sachverhalt wurde vielfach kritisiert: Verbände und Sachverständige forderten eine gesetzliche Regelung, nach der diese Kosten durch die Krankenkassen übernommen werden müssen (z. B. Spickhoff, Deutscher Caritasverband, Diakonie Bundesverband, SoVD)⁴⁵.

4.3.2.3 Aushändigung der vom Patienten unterschriebenen Unterlagen

Bezüglich der in § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB geregelten Verpflichtung zur Aushändigung der vom Patienten unterschriebenen Unterlagen kritisiert Schliephorst (2013), dass wichtige Fragen (Form, Zeitpunkt, Kostenbeteiligung des Patienten) nicht geklärt worden seien.

4.3.2.4 Umfang der Aufklärungspflicht

Eine Vielzahl an Wohlfahrts- und Kassenverbänden forderte einen präziseren Rechtsrahmen für Art und Umfang der Aufklärung. Die „umfassende“ Aufklärungspflicht sollte aus Sicht mehrerer Akteure (z. B. Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte, Paritätischer Gesamtverband e. V., AOK-BV, BAG SELBSTHILFE, GKV-SV)⁴⁶ ebenso wie die Informationspflicht bezüglich sonstiger Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) im Gesetzestext ausdrücklich klargestellt werden.

Einige Wohlfahrtsverbände (z. B. SoVD, Der Paritätische Gesamtverband e. V.)⁴⁷ forderten zudem einen verpflichtenden Hinweis des Behandelnden auf sämtliche diagnostische oder therapeutische Behandlungsoptionen. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso die Aufklärungspflicht über Alternativen im Gesetzestext nur gelte, wenn mehrere Methoden zu „wesentlich“ unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führten. Der Begriff „wesentlich“ führe außerdem zu

⁴⁵ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(4), BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(8).

⁴⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(10), BT-Adrs. 17(14)0326(19), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(25), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

⁴⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(19).

Rechtsunklarheiten darüber, welche Fälle hiermit gemeint seien. Der AOK-BV forderte sogar eine Aufklärungspflicht des Behandelnden über die Option einer Behandlung im Vergleich zu der Alternative der Nichtbehandlung.

Die Seite der Leistungserbringer (z. B. BÄK & KBV, AG MedReha, BDK & BDO)⁴⁸ beklagte, dass die gesetzlich festgelegten Anforderungen an die Aufklärung schon in jetziger Form weder verhältnismäßig noch praktikabel seien. Die Spannbreite aufklärungspflichtiger Risiken und einzelner Behandlungsarten sei zu groß, um ständig eine detaillierte Erläuterung der Ziele, Methoden, Alternativen und Risiken für jede einzelne Maßnahme zu garantieren (z. B. im Reha-Bereich). Die Ausführlichkeit und Eindringlichkeit der Aufklärung sollte umso größer sein, je weniger ein Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist (BÄK & KBV). Bei geringfügigen Eingriffen sprachen sich die Leistungserbringer für die Möglichkeit einer Aufklärung in Textform aus.

4.3.3 Umsetzung des Gesetzes

4.3.3.1 Form der Aufklärung

Sommerfeld (2015) stellt im Zuge einer Analyse der aktuellen Entwicklung der Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht fest, dass die Rechtsprechung in Bezug auf die Aufklärungspflicht grobenteils unverändert geblieben sei.

4.3.3.2 Person des Aufklärenden

Angesichts des Wortlauts des § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB (die Aufklärung muss „durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme nötige Ausbildung verfügt“) ist eine Entscheidung des OLG Karlsruhe (OLG Karlsruhe VersR 2014, 710 = GesR2014, 161) kritisch zu bewerten, in der eine Risikoaufklärung allein durch eine Medizinstudentin im Praktischen Jahr (PJ) als wirksam angesehen wurde (Sommerfeld 2015: 672). Das Gericht stellte zwar voran, dass die Aufklärung eine ärztliche Aufgabe sei, meinte danach jedoch, dass hier aufgrund einer Regelung in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) die Aufklärung durch einen Studenten ausreichend sei. Aufgrund des Wortlauts des neu geschaffenen § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 wird derzeit jedoch diskutiert, ob für eine Aufklärung eventuell sogar ein Facharztvorbehalt gilt (vgl. Bender 2013: 962, Rehborn 2013: 264).

⁴⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(5), BT-Adrs. 17(14)0326(17).

4.3.4 Erfüllungsaufwand

4.3.4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Die Bundesregierung geht in der Gesetzesbegründung⁴⁹ davon aus, dass sich durch die Aufklärungspflichten des Behandelnden aus § 630e BGB der Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger reduzieren wird. Dem liegt laut Gesetzesbegründung die idealtypische Annahme zugrunde, dass das Gesetz zu einer umfassenden Reduktion der Anzahl von fehlerhaften Risikoaufklärungen führt und entsprechend die 1.771 von den Bürgerinnen und Bürgern im Jahr 2009 bei den Gutachterkommissionen der Ärztekammern gestellten Anträge wegen mangelnder Risikoaufklärung nicht gestellt worden wären.

4.3.4.2 Erfüllungsaufwand der Behandelnden

Durch diese angenommene vollständige Vermeidung von Anträgen wegen fehlerhafter Risikoaufklärung bei den Gutachterkommissionen der Ärztekammern aufgrund des Gesetzes würde es nach Ansicht der Bundesregierung auch auf Seiten der Behandelnden zu einer Reduktion des Erfüllungsaufwandes kommen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Reduzierung des Erfüllungsaufwands für die Bearbeitung von Anträgen bei Gutachterkommissionen der Ärztekammern infolge von § 630e BGB

Kostenträger	Häufigkeit	Kosten
Bürgerinnen & Bürger	1.771 vermeidbare Anträge aufgrund mangelnder Risikoaufklärung im Jahr 2009	Geringere Kosten durch erhöhte Transparenz: 179 Minuten pro Fall bzw. 5.280 Stunden pro Jahr Entlastung
Behandelnde	1.771 vermeidbare Anträge aufgrund mangelnder Risikoaufklärung im Jahr 2009	Kostenreduktion von 185.000 Euro pro Jahr (104,60 Euro pro Fall)

Quelle: IGES auf Basis Drucksache 17/10488

⁴⁹ (BT-Drs. 17/10488).

4.4 Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB)

4.4.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen

Gemäß § 630g Abs. 1 BGB ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.

Gemäß § 630g Abs. 2 BGB kann der Patient auch elektronische Abschriften der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

Gemäß § 630g Abs. 3 BGB steht dieses Einsichtsrecht im Fall des Todes des Patienten grundsätzlich auch seinen Erben und nächsten Angehörigen zu.

Nach Rehborn (2013: 267) und Martis/Winkhart (2014, § 630g BGB I E1) deckt sich diese Regelung grundsätzlich mit der Rechtslage vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes. Gleichwohl bezeichnet Wagner (2012) das Recht auf Einsichtnahme als wesentliche Neuerung des Gesetzes. Aus Sicht der gesetzgebenden Körperschaften (Thole 2013) hat sich diese Regelung als notwendig erwiesen, um ein Vollzugsdefizit zu beheben: Der bisher von § 810 BGB (Einsicht in Urkunden) mit erfasste, aber etwas versteckte Anspruch des Patienten auf Einsichtnahme habe nicht verhindern können, dass immer wieder die Einsichtnahme in die Patientenakte verweigert worden sei. Mit der Regelung ist auch die in § 10 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) zuvor⁵⁰ enthaltene Einschränkung entfallen, dass von dem Einsichtsrecht diejenigen Teile ausgenommen seien, welche subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthalten.⁵¹

Auch Bergmann (in Bergmann *et al.* 2014: § 630g BGB Rn. 1) vertritt die Ansicht, dass mit der Neuregelung ein jahrzehntelanger Streit um den Umfang des Einsichtsrechts des Patienten in Krankenunterlagen beendet und ein Beitrag zur Rechtssicherheit geleistet werde.

4.4.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens

Im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens wurden insbesondere die Möglichkeit zur Einschränkung des Einsichtsrechts, die Barrierefreiheit der Einsichtnahme, das

⁵⁰ In der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

⁵¹ Die MBO-Ä wurde in der Folge entsprechend angepasst. In § 10 Abs. 2 MBO-Ä heißt es jetzt: „Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.“

Einsichtsrecht für Erben und sonstige berechtigte Dritte, Sanktionen bei Verzögerung der Einsichtnahme sowie die voraussichtliche Wirkung des Gesetzes diskutiert.

4.4.2.1 Umfang des Einsichtsrechts

Die Regelung zum Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte wurde von den Wohlfahrtsverbänden größtenteils positiv bewertet (z. B. VdK, SoVD, BAG SELBSTHILFE)⁵². Dennoch kritisierten viele Akteure (u. a. Diakonie Bundesverband, Deutscher Caritasverband, Notgemeinschaft Medizingeschädigter e. V., Der Paritätische Gesamtverband e. V., BAG SELBSTHILFE, Verbraucherzentrale Bundesverband, GKV-SV)⁵³ die im Gesetz (§ 630g Abs. 1 2 Hs. BGB) enthaltene Möglichkeit der Aufhebung des Einsichtsrechts, wenn diesem erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe ließen zu viel Spielraum für weitgehende Einschränkungen in das Einsichtsrecht und wären somit nicht im Sinne der informationellen Selbstbestimmung der Patienten.

Von Seiten der Ärzte (BÄK & KBV)⁵⁴ wurde das Einsichtsrechts dagegen als sehr weit- und über die Rechtsprechung hinausgehend kritisiert. Auch in der juristischen Literatur (Martis und Winkhart-Martis 2014, § 630g BGB, II E 11f. m. w. V.) wird z. T. die Position vertreten, dass das Einsichtsrecht aufgrund des Gesetzes nun umfassender oder sogar schrankenlos gewährt werden wird.

Von Seiten der Wohlfahrtsverbände wie der Ärzte wird daher vorgeschlagen, nach vermittelnden Lösungen zu suchen, um einen Konflikt zwischen Arzt und Patient zu vermeiden, etwa durch die Einschaltung von Dritten wie Vertrauenspersonen oder Sachverständigen.⁵⁵

4.4.2.2 Barrierefreie Einsichtnahme

Die Wohlfahrtsverbände (z. B. SoVD, Der Paritätische Gesamtverband e. V.)⁵⁶ betonten, dass das Einsichtsrecht barrierefrei ausgestaltet werden müsse. Der Staat sei verpflichtet, alle erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, um behinderten Menschen die Unterstützung zu verschaffen, die sie zur Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen (Art. 12 UN-Behindertenrechtskonvention). Jaeger (2014b) stellte in diesem Zusammenhang die Frage, ob ein Patient Anrecht auf eine

⁵² BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(25).

⁵³ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(7), BT-Adrs. 17(14)0326(19), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(25), BT-Adrs. 17(14)0326(31).

⁵⁴ BT-Adrs. 17(14)0326(5).

⁵⁵ Vgl. dazu auch Martis und Winkhart-Martis (2014: § 630g BGB, II E 13 m. w. V.).

⁵⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(19).

„verständliche“ Lesefassung der Akte haben sollte (ob also der Eintrag „MM o. B.“ genüge oder als „Mammographie ohne Befund“ ausgeführt werden müsse).⁵⁷

4.4.2.3 Einsichtsrecht für Erben und sonstige berechtigte Dritte

Nach Bergmann (in: Bergmann *et al.* 2014: § 630g BGB Rn. 6) hat der Gesetzgeber den Konflikt zwischen der Schweigepflicht des Arztes aus Gründen des Schutzes des postmortalen Persönlichkeitsrechtes des Patienten in angemessenem Umfang zugunsten der Erben und Angehörigen entschieden. In der Anhörung war allerdings umstritten, ob der Kreis der Einsichtsberechtigten richtig gewählt und die Norm hinreichend bestimmt ist.

BÄK & KBV⁵⁸ kritisierten diese Norm insgesamt als zu unbestimmt und wenig rechtssicher; sie lehnten insbesondere die Ausweitung des Einsichtsrechts auf Angehörige zulasten des Persönlichkeitsrechtes des Verstorbenen ab. Anders dagegen die DKG⁵⁹: Bezüglich des Einsichtsrechts von Angehörigen solle die Einschränkung gestrichen werden, dass ein solches Recht nur bestehe, soweit sie immaterielle Rechte geltend machen. Dies sei zum einen nicht erforderlich, zum anderen zu unbestimmt und würde schließlich dem Behandelnden zu weit gehende Prüfpflichten auferlegen.

4.4.2.4 Sanktionen bei Verzögerung der Einsichtnahme

Von mehreren Verbänden bzw. Sachverständigen (Prof. Dr. Geiger von der Alexandra-Lang-Stiftung, Deutsche Krebshilfe, VdK und SoVD)⁶⁰ wurde das Fehlen von Sanktionsmöglichkeiten kritisiert, wenn der Behandelnde die Akteneinsicht verzögere oder verweigere. Während z. B. der GKV-SV Sanktionen gegen den Behandelnden in Form einer entsprechenden Beweiserleichterung für den Patienten forderte, empfahl Geiger bei Verletzung der Herausgabepflicht ein vereinfachtes gerichtliches Verfahren oder prozessrechtliche Auswirkungen im Sinne des amerikanischen „Pre-trial discovery Verfahrens“.⁶¹

⁵⁷ Nach Martis und Winkhart-Martis (2014, § 630g BGB, II E 29 m. w. V.) hat der Patient gegenüber dem Arzt oder Krankenhaus keinen Anspruch auf die Aufschlüsselung von Kürzeln.

⁵⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(5).

⁵⁹ BT-Adrs. 17(14)0326(12).

⁶⁰ BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(10), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(13).

⁶¹ Ein solches vereinfachtes Verfahren wurde empfohlen mit der Begründung, dass den Patienten ein gerichtliches Verfahren gegen den Behandelnden oft nicht zuzumuten sei.

4.4.2.5 Wirkungen des Gesetzes

Jaeger (in: Prütting 2014: § 630g BGB Rn. 2) erwartet, dass die klare gesetzliche Grundlage die Einsichtnahme in die Patientenakte für die Patienten künftig erleichtern wird.

Es wurde aber auch – für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung – die Befürchtung geäußert (Stanko 2012)⁶², dass die Qualität der Dokumentation zu einer „doppelten Buchführung“ und zu einer Minderung der Aussagekraft und des Informationsgehaltes der Dokumentation führen werde.

4.4.3 Umsetzung des Gesetzes

Die Rechtsprechung hat sich bisher nur wenig mit dem Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte beschäftigt. Nach dem Inkrafttreten des § 630g BGB hat sich der BGH bislang lediglich mit dem Einsichtnahmerecht (Herausgabe von Kopien) in die Dokumentation einer Lehranalyse im Rahmen einer Weiterbildungsmaßnahme befasst. Diese Entscheidung werde – so Sommerfeld (2015: 675) – vermutlich keine Auswirkungen auf das generelle Einsichtsrecht des Patienten haben.

Gemäß dem aktuellen UPD-Monitor (UPD 2015: 27ff.) ist die Einsichtnahme in die Patientenakte das häufigste Beratungsthema zum Thema Patientenrechte (3.554 Beratungen, 23,5 % aller Beratungen zum Thema Patientenrechte). Es werde häufig nicht gewährt. Patienten schreckten aus Furcht vor Verfahrenskosten vor dem Rechtsweg zurück.

Zur praktischen Umsetzung des Rechts auf Einsichtnahme in die Patientenakte hat die Stiftung Warentest im Frühjahr 2015 einen Test durchgeführt. Dafür hat sie 12 geschulte Tester, je drei in Hausarzt-, Facharzt-, Zahnarzt- und Augenarztpraxen, geschickt.

Ergebnisse zu Qualität und Vollständigkeit:

- ◆ Sieben von 12 Akten waren nahezu leer oder sehr lückenhaft. Vor allem die Notizen der Ärzte fehlten häufig.
- ◆ Drei von 12 Akten waren wegen schlechter Kopierqualität nicht lesbar. Teilweise konnten handschriftliche Notizen nicht entziffert werden.

Ergebnisse zu Reaktionen in der Arztpraxis und entstandener Kosten:

- ◆ In der Hälfte der Praxen wurde nach dem Grund für die Akteneinsicht gefragt. In vier Praxen war die Reaktion abweisend. Nur in zwei Fällen erfolgte die Herausgabe selbstverständlich.

⁶² http://www.bptk.de/uploads/media/20121102_Stanko_Impulsreferat_Workshop1_BPtK_Patientenrechte.pdf [Abruf am: 27. August 2015].

- ◆ Die vom Gesetzgeber geforderte „unverzögliche“ Herausgabe, bedeutet lediglich „ohne schuldhaftes Zögern“ und darf deshalb in der Praxis bis zu zwei Wochen dauern. Das wurde bei den Tests erfüllt.
- ◆ Ärzte dürfen pro kopierte Seite bis zu 50 Cent verlangen. Acht Tester erhielten die Akte kostenlos. In drei Fällen zahlten die Tester zwischen 20 und 50 Cent. Ein Tester erhielt eine einseitige Zusammenfassung seines Gesundheitsstatus für 14,40 Euro.

Die Stiftung Warentest folgert aus diesen Ergebnissen, dass „Ärzte sich ungern in die Karten schauen lassen“ (Stiftung Warentest 2015: 86) und dass nach wie vor das Recht auf Einsichtnahme in die Krankenunterlagen nicht selbstverständlich umgesetzt wird. Die Stiftung Warentest sieht hier noch deutlichen Kommunikationsbedarf.

4.4.4 Erfüllungsaufwand

Bezüglich der Einsichtnahme in die Patientenakte sieht die Bundesregierung in der Gesetzesbegründung keine Änderungen des Erfüllungsaufwands für die relevanten Akteure, da die Verpflichtung zur Einsichtnahme schon vorab bestanden habe.

4.5 Ersatzvornahme und Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3a SGB V)

4.5.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V müssen die Krankenkassen innerhalb bestimmter Fristen (maximal sechs Wochen) nach Eingang über einen Antrag auf Leistungen entscheiden. Kann eine Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, muss sie dies dem Leistungsberechtigten rechtzeitig schriftlich mitteilen und begründen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung mit Ablauf der entsprechenden Frist als genehmigt. Die Krankenkasse ist dann zur Erstattung der Kosten verpflichtet, die dem Leistungsberechtigten durch die Beschaffung der erforderlichen Leistung entstanden sind.

Die Kassen müssen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden, Bericht erstatten.

Gemäß der Gesetzesbegründung verfolgt der Gesetzgeber mit dieser Neuregelung „die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen“ Nach Grötschel (in Bergmann *et al.* 2014: § 13 SGB V, Rn. 26) wurde mit dieser Regelung eine Gesetzeslücke im System der Kostenerstattung bei selbstbeschafften Leistungen geschlossen.⁶³

⁶³ (BT-Drs. 17/10488)(32).

4.5.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens

4.5.2.1 Allgemeine Beurteilung

Die Befristung von Entscheidungen über Leistungsanträge wurde unterschiedlich bewertet. Während einige Verbände (z. B. biha, Der Paritätische Gesamtverband e. V., Deutsche Krebshilfe)⁶⁴ die Regelung im Hinblick auf die damit erhoffte Beschleunigung der Entscheidungen der Krankenkassen bei Kostenvoranschlägen und Leistungsanträgen begrüßten, sahen andere (z. B. BDK & BDO, Diakonie Bundesverband, GKV-SV, SoVD)⁶⁵ diese Neuregelung deutlich kritischer, da die Fristsetzung die Besonderheiten in der Praxis wie z. B. bei Gutachterverfahren im Bereich der kieferorthopädischen und zahnprothetischen Versorgung nicht berücksichtige.

Gegen die Neuregelung sprechen aus Sicht der Krankenversicherungen (z. B. GKV-SV, vdek, AOK-BV, MDS)⁶⁶ vor allem der zusätzliche bürokratische Aufwand und die damit einhergehenden Mehrkosten aufgrund der vorgesehenen schriftlichen Informationspflicht, sowohl bei Einschaltung des MDK, als auch bei Verzögerung der Leistungsentscheidung. Der im Gesetzesentwurf ausgewiesene Erfüllungsaufwand sei wegen fehlender Kosten kaum realistisch. Zudem – so etwa GKV-SV und AOK BV – lägen die Bearbeitungszeiten schon jetzt (zum Zeitpunkt der Gesetzesanhörung) bei einem Gros der genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen des Gesetzesvorschlags. Zudem (so etwa der GKV-SV) seien für viele Leistungsbereiche jetzt schon spezielle Entscheidungsfristen vorgegeben.

Weiterhin verkompliziere die Regelung die Erstattungspraxis der Krankenkassen und führe zu Unübersichtlichkeit für den Versicherten (so GKV-SV). Der MDS⁶⁷ kritisierte außerdem, dass aufgrund der Neuregelung der Aspekt der „Schnelligkeit“ das Kriterium der „Qualität“ in Zukunft überlagern könnte.

Wenner (in: 2014: § 13 SGB V, Rn. 8b) befürchtete, dass das Gesetz die Krankenkassen dazu verleiten werde, zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion eher negativ zu entscheiden, so dass der Versicherten dann Rechtsmittel ergreifen muss, um seinen Anspruch durchzusetzen.

Nach Meinung des VdK⁶⁸ stellt der Anspruch auf Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3a SGB V keine Stärkung der Patientenrechte gegenüber den Leistungsträgern dar. Der VdK bemängelte vor allem, dass die aus der analogen Regelung im

⁶⁴ BT-Adrs. 17(14)0326(1), BT-Adrs. 17(14)0326(13), BT-Adrs. 17(14)0326(19).

⁶⁵ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(3), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(20).

⁶⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(23), BT-Adrs. 17(14)0326(26), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

⁶⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(26).

⁶⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(11).

SGB IX bekannten Vollzugsdefizite bei der Ausgestaltung dieser Norm keine Berücksichtigung gefunden hätten.

4.5.2.2 Kostenerstattungs- und Sachleistungsanspruch

Kritisiert wurde, dass eine Kostenerstattungslösung alleine dem Versicherten oft nicht weiterhelfe, da sie eine entsprechende finanzielle Liquidität des Versicherten voraussetze. Es bestehe daher (so Diakonie Bundesverband, Verbraucherzentrale Bundesverband, SoVD) die Gefahr, dass nur einkommensstärkere Personen sich die erforderlichen Leistungen selbst beschaffen.⁶⁹ Im Nachgang zur Anhörung wurde die Regelung dahingehend ergänzt, dass die Leistung als genehmigt gilt, wenn kein hinreichender Grund mitgeteilt wird.⁷⁰

4.5.2.3 Von der Genehmigungsfiktion erfasste Leistungen

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens war strittig, welche Leistungen durch die Genehmigungsfiktion erfasst werden können.

Der GKV-SV⁷¹ ging davon aus, dass von der Genehmigungsfiktion nur die Leistungen erfasst werden können, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V entsprechen. Auch die Gesetzesbegründung und – darauf sich stützend – Grötschel (in: Bergmann *et al.* 2014, § 13 SGB V, Rn. 26) sehen eine entsprechende Begrenzung der Kostenerstattung.

Der vdek⁷² dagegen befürchtete höhere Kosten, da die Erstattungspflicht – anders als im § 13 Abs. 3 SGB V – im § 13 Abs. 3a SGB V nicht auf das Maß des Notwendigen begrenzt werde. Auch die ärztliche Seite (BÄK & KBV)⁷³ teilte die Einschätzung des vdek und forderte daher, den verordnenden Arzt von der wirtschaftlichen Verantwortung für die vom Versicherten selbst beschaffte Leistung freizustellen.

Aus Sicht der Kassen (GKV-SV)⁷⁴ sorgt die Vorschrift für Rechtsunsicherheit bei den Patienten, da nicht klar sei, ob eine Erstattungspflicht nur in den Fällen bestehe, in denen die Leistung durch nicht zugelassene Leistungserbringer erbracht wurden.

⁶⁹ Um dem entgegenzuwirken, schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband die Einrichtung eines Fonds zur Übergangsfinanzierung von noch nicht bewilligten oder nachträglich verwehrteten Behandlungskosten vor.

⁷⁰ Zur Auslegung dieses Satzes vgl. unten Kapitel 4.5.3.

⁷¹ BT-Adrs. 17(14)0326(20).

⁷² BT-Adrs. 17(14)0326(23).

⁷³ BT-Adrs. 17(14)0326(5).

⁷⁴ BT-Adrs. 17(14)0326(20).

4.5.2.4 Festlegung des Fristzeitraums

In der Anhörung zum Gesetzentwurf wurden die Fristen für die Bearbeitung der Leistungsanträge durch die Kassen kontrovers diskutiert.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE müssten die Fristen gerade bei genehmigungspflichtigen Verordnungen im ambulanten Bereich dringend weiter verkürzt werden. Längere Fristen seien nur bei Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen verzeichnet sind, akzeptabel.

Der MDS⁷⁵ argumentierte dagegen, dass in der Praxis bestimmte Fälle einer zeitintensiveren Begutachtung bedürften. Eine übereilte und damit unter Umständen fachlich unzureichend fundierte Entscheidung könnte die Patienteninteressen verletzen. Aus den Erfahrungen in der Begutachtungspraxis des MDS werde deutlich, dass sich die aus dem Bereich des SGB IX übernommene Fristenregelung nicht generell auf andere, im Vergleich zur Rehabilitation teilweise komplexere Begutachtungsbereiche übertragen lasse.

BDK & BDO, vdek und GKV-SV⁷⁶ vertraten die Auffassung, dass die Fristenregelung bei gutachtlichen Stellungnahmen auf Grundlage der bundesmantelvertraglich vereinbarten Gutachterverfahren zu zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen nicht einzuhalten sei. Eine Verkürzung der Prüfung liege weder im Interesse der Patienten noch der Versichertengemeinschaft.

MDS, GKV-SV und BZÄK/KZBV⁷⁷ sprachen sich gegen eine Fristenregelung für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen aus; auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme⁷⁸ forderte eine Ausnahme für das im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) geregelte, schon bestehende Verfahren.

4.5.2.5 Nochmalige Fristsetzung durch den Versicherten

Der Gesetzesbegründung⁷⁹ zufolge muss der Versicherte, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes durch die Kasse erfolgt, dieser eine angemessene Frist für die Entscheidung mit der Erklärung setzen, dass er sich danach die Leistung selbst beschaffe. Dieser Hinweis in der Gesetzesbegründung wurde von mehreren Verbänden (wie z. B. SoVD, Diakonie Bundesverband, AG MedReha)⁸⁰ kritisiert.

Trenk-Hinterberger (in: Spickhoff 2014: § 13 SGB V Rn. 19) vertrat entgegen der Gesetzesbegründung die Auffassung, dass eine zusätzliche eigene Fristsetzung

⁷⁵ BT-Adrs. 17(14)0326(26).

⁷⁶ BT-Adrs. 17(14)0326(3), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(23).

⁷⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(15), BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(26).

⁷⁸ (BT-Drs. 17/10488).

⁷⁹ (BT-Drs. 17/10488)(32).

⁸⁰ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(17).

durch den Versicherten keine Voraussetzung für eine Selbstbeschaffung der Leistung mit der Folge einer Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse ist, stellte aber die Frage: „Wie aber ein allein durch Fristablauf genehmigter Antrag bei einem Leistungserbringer umzusetzen ist, muss die Praxis zeigen.“

4.5.2.6 Hinreichender Grund für Nichteinhaltung der Frist

Einige Wohlfahrtsverbände (z. B. Verbraucherzentrale Bundesverband, Diakonie Bundesverband und Der Paritätische Gesamtverband)⁸¹ kritisierten die Option für die Krankenversicherungen, bei Nichteinhaltung der Fristen diese durch eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung zu verlängern, da diese womöglich die Gefahr berge, die Bewilligung erneut unnötig hinauszuzögern. Der deutsche Caritasverband und der Diakonie Bundesverband forderten den Gesetzgeber deshalb dazu auf, zu präzisieren, was ein „hinreichender Grund“ für die Nichteinhaltung der Frist sei und beispielhaft Gründe, die als „hinreichend“ bezeichnet werden können aufzuzählen.

Aber auch Kassen (GKV-SV)⁸² kritisierten, dass die hinreichenden Gründe im Gesetzesentwurf nicht hinreichend spezifiziert seien. Dies führe sowohl bei den Kassen als auch bei den Versicherten zu einer Rechtsunsicherheit.

Aus Sicht der Kassen (z. B. AOK BV, vdek)⁸³ könnte ein Grund für die Nichteinhaltung der Frist darin liegen, dass die Kasse nicht alle notwendigen Informationen vom Versicherten oder ein MDK-Gutachten nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen drei Wochen erhalten habe. Nach Angaben des AOK BV sind 35-40 % aller Anträge unvollständig oder fehlerhaft.

4.5.2.7 Berichtspflicht gegenüber Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Der GKV-SV gab zu bedenken, dass Aufwand und Nutzen bei dem vorgesehenen Verfahren zur Meldung nicht eingehaltener Fristen oder vorgenommener Kostenerstattungen bei der Vielzahl von täglich eingehenden Leistungsanträgen und der mutmaßlichen Anzahl von zu meldenden Fällen in keinem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Laut GKV-SV wäre es empfehlenswert, die vorgesehene Meldung in bereits etablierte statistische Verfahren, wie z. B. KG 2, einzubinden. Im Übrigen vertrat der GKV-SV die Ansicht, dass sich aus den zu meldenden Daten keine aussagekräftigen Erkenntnisse oder Handlungsempfehlungen ableiten lassen werden.

Der AOK-BV forderte eine Beschränkung der Berichtspflichten gegenüber dem GKV-SV auf die Anzahl der Fälle, in denen Kostenerstattungen erfolgten. Der Diakonie Bundesverband sprach sich dagegen für eine Ausweitung der Berichtspflicht

⁸¹ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(19), BT-Adrs. 17(14)0326(31).

⁸² BT-Adrs. 17(14)0326(20).

⁸³ BT-Adrs. 17(14)0326(28).

von Seiten der Krankenkassen aus und befürchtete, dass durch eine alleinige Berichtspflicht gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 13 Abs. 3a S. 8 SGB V keine hinreichende Transparenz geschaffen werde.

4.5.3 Umsetzung des Gesetzes

4.5.3.1 Häufigkeit von Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen

Gemäß § 13 Abs. 3a S. 8 SGB V berichtet die Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Durch Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung der Statistik der GKV vom 02.01.2014 wurde die entsprechende Datenmeldung in die Statistik KG 2 übernommen. Diese Berichtspflicht war erstmals für das Berichtsjahr 2014 umzusetzen. Für dieses Jahr weist die KG 2 insgesamt 254.581 Fälle mit Fristüberschreitung sowie 76 Fälle (0,03 % aller Fristüberschreitungen) aus, in denen wegen Fristüberschreitung ein Anspruch auf Kostenerstattung entstanden ist. Bei den Fristüberschreitungen werden nur die Fälle gezählt, in denen die Krankenkasse keinen hinreichenden Grund gemäß § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V mitgeteilt hat. Die Anzahl aller gestellten Leistungsanträge wird in der Statistik nicht berichtet. Im Schreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 08.03.2016 (vgl. dazu Kapitel 2.3) wird von einer „zu vermutenden Gesamtzahl von sicherlich mehreren Millionen gestellten Leistungsanträgen im Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V im Jahr 2014“ ausgegangen.

4.5.3.2 Reichweite der Genehmigungsfiktion

Im Hinblick auf die Reichweite der Genehmigungsfiktion des neuen § 13 Abs. 3a SGB V hat es schon eine Reihe von Gerichtsentscheidungen gegeben, die von Werner (2015) diskutiert werden. Demnach wurde in den Entscheidungen zunächst eine eher einschränkende Auslegung des Gesetzes vertreten, nach der die Kassen auch auf Basis des § 13 Abs. 3a SGB V nur für solche Leistungen die Kosten erstatten müssen, die gemäß § 12 Abs. 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, also auch ohne Genehmigungsfiktion genehmigungsfähig sind.

Demgegenüber gibt es (2015) eine mittlerweile weit verbreitete Auslegung in – überwiegend erstinstanzlichen – Urteilen, die den Leistungs- und Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nicht auf Leistungen beschränkt, die zum Leistungskatalog der GKV gehören.⁸⁴ Nur auf diese Weise – so das LSG Nordrhein-Westfalen⁸⁵ – könne „der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel

⁸⁴ SG Heilbronn, Urt. v. 10.03.2015 – Az. S 11 KR 2425/14 -, juris. SG Mannheim, Urt. v. 3.06.2014 – Az. S 9 KR 3174/13 -, juris. SG Augsburg, Urt. v. 27.11.2014 – Az. S 12 KR 183/14 -, juris.

⁸⁵ Beschluss vom 23. Mai 2014 Az. L 5 KR 222/14 B ER.

würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen.“ Die Kassen hingegen waren gemäß ihrem Gemeinsamen Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15. Mai 2013 davon ausgegangen, dass sich der Kostenerstattungsanspruch nur auf erforderliche Leistungen im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V beziehen könne.

In seinem Urteil vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/25 R, juris, Rn. 26) führt das Bundessozialgericht unter Berufung auf die Gesetzesmaterialien aus, dass die Begrenzung auf erforderliche Leistungen eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen bewirke, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits solle die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits solle sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwinde, die jedem Versicherten klar sein müssen.

Von Werner (2015) und der Rechtsprechung⁸⁶ wird zudem die Auffassung vertreten, dass mit der Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a SGB V nicht nur ein Kostenerstattungsanspruch, sondern auch ein eigenständiger Sachleistungsanspruch konstituiert werde. So heißt es in dem Urteil des SG Augsburg⁸⁷: „Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewährt Satz 6 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch, Satz 7 dagegen einen Kostenerstattungsanspruch. Mit der Genehmigungsfiktion wollte der Gesetzgeber offensichtlich die Benachteiligung eines Versicherten, der finanziell nicht dazu in der Lage ist, die begehrte Leistung vorzufinanzieren und später einen Kostenerstattungsanspruch geltend zu machen, gegenüber einem finanziell gut gestellten Versicherten beseitigen.“ Die Krankenkassen waren gemäß ihrem Gemeinsamen Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15. Mai 2013 noch davon ausgegangen, dass § 13 Abs. 3a SGB V lediglich die Kostenerstattung regelt und Voraussetzung dafür die tatsächliche Selbstbeschaffung der beantragten Leistung durch den Leistungsberechtigten nach Ablauf der Frist verbunden mit einer (rechtlich wirksamen) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung sei.

In seinem Urteil vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/25 R, juris, Rn. 25 – unter Auslassung der Zitierungen wiedergegeben) führt das Bundessozialgericht aus, dass die Genehmigungsfiktion zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch begründe, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspreche. Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermögliche auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren. Für diese Auslegung spreche schließlich der Sanktionscharakter der Norm. Der Anspruch sei

⁸⁶ LSG NRW Beschluss vom 23. Mai 2014 Az. L 5 KR 222/14 B ER, SG Augsburg.

⁸⁷ SG Augsburg, Urt. v. 27.11.2014 – Az. S 12 KR 183/14 -, juris. Rn. 35f.

entsprechend den allgemeinen Grundsätzen auf Freistellung von der Zahlungspflicht gerichtet, wenn die fingierte Genehmigung eine Leistung betreffe, die nicht als Naturalleistung erbracht werden kann. Auch der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion setze voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine „erforderliche“ Leistung selbst beschaffen.

4.5.4 Erfüllungsaufwand

Die Bundesregierung macht in der Gesetzesbegründung⁸⁸ keine Angaben zu einem (zusätzlichen) Erfüllungsaufwand, der den Behandelnden und der Verwaltung als Folge des § 13 Abs. 3a SGB V entstehen könnte.

Seitens der Bürgerinnen und Bürger erwartet die Bundesregierung in der Gesetzesbegründung keine Änderung des Erfüllungsaufwandes, da der Versicherte sich in jedem Fall um den Erhalt der Leistung, kümmern müsse und dies auch bisher schon getan habe.

Den Krankenkassen entstehen nach Ansicht der Bundesregierung auf Grund von § 13 Abs. 3a SGB V vor allem Kosten für

- ◆ die Information der Versicherten bei verspäteter Entscheidung bzw. Beauftragung des MDK und
- ◆ die Berichterstattung an den GKV-SV.

Die Krankenkassen müssen nun die Versicherten darüber informieren, wenn sie nicht innerhalb der vorgegebenen Frist über die Erbringung der Leistung entscheiden können. Die Höhe der zusätzlichen Ausgaben ist nur eingeschränkt quantifizierbar. Für eine Information entstehen nach Einschätzung der Bundesregierung, ausgehend von einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 35,40 Euro bei einem Zeitaufwand von 10 Minuten, Sach- und Personalkosten in Höhe von 6,90 Euro. Laut der Statistik des BMG (KG 2) werden im Jahr 2014 254.581 Fälle mit Fristüberschreitung und 76 Fälle mit Kostenerstattung gemeldet. Legt man diese Fallzahlen zu Grunde, so ergibt sich ein Erfüllungsaufwand für die gesetzliche Krankenversicherung von insgesamt rd. 1.757.133 Euro.

Auch die Information bezüglich der Beauftragung des MDK verursacht Mehrkosten (geschätzt 5,54 Mio. Euro). Für die im Gesetz vorgesehene Berichterstattung der Krankenkassen an den Spitzenverband wurden Kosten in einer Gesamthöhe von 15.505 Euro veranschlagt. In der Summe kann somit der Erfüllungsaufwand auf Basis der Annahmen der Bundesregierung und der Anzahl der jährlich auftretenden informationspflichtigen Fristüberschreitungen gem. KG 2 auf rd. 7.312.638 Euro geschätzt werden (Tabelle 11). Dabei ist nicht berücksichtigt, dass die Berichterstattung tatsächlich nicht an den GKV-SV, sondern im Rahmen der KG 2 an das BMG erfolgt.

⁸⁸ (BT-Drs. 17/10488).

Tabelle 11: Erfüllungsaufwand der Krankenkassen für Umsetzung § 13 Absatz 3a SGB V

Erfüllungsaufwand	Geschätzte Kosten
Information über Fristüberschreitung	1.757.133 Euro
Information über Beauftragung des MDK	5.540.000 Euro (gesamt)
Berichterstattungskosten	15.505 Euro (gesamt)
Gesamt	7.312.638 Euro

Quelle: IGES auf Basis Drucksache17/10488

Die zusätzlichen Kosten, die den Krankenkassen ggf. im Rahmen der Kostenerstattung entstehen, bleiben im Rahmen der Abschätzung des Erfüllungsaufwandes grundsätzlich unberücksichtigt.

4.6 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)

4.6.1 Gesetzesinhalt/Neuerungen

§ 66 SGB V (a. F.) wurde im Jahr 1989 eingeführt. Die Vorschrift sieht die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen vor, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und die nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen. Die Notwendigkeit dieser Regelung wurde damit begründet, dass Versicherte häufig keine ausreichenden Informationen über ihre Behandlung (Diagnose, Therapie, Name des behandelnden Arztes) hätten, um etwaige Schadensersatzansprüche zu verfolgen.

Bei der Umsetzung dieser Vorschrift kamen den Kassen nach altem Rechtsstand sowohl ein Entschließungs- als auch ein Auswahlermessen zu.

Durch das Patientenrechtegesetz wurde § 66 SGB V dahingehend geändert, dass nun die Kassen die Versicherten unterstützen *sollen*. Dies führt für die Kassen zu einem gebundenen Entschließungsermessen, von dem nur bei Vorliegen besonderer Gründe abgewichen werden kann. Das bedeutet, dass die Kassen in der Regel unterstützend tätig werden müssen. Diese Gesetzesänderung wird damit begründet (BT-Drs. 17/10488)(BT-Drs. 17/10488)(BT-Drs. 17/10488)(BT-Drs. 17/10488)(BT-Drs. 17/10488)(BT-Drs. 17/10488)(BT-Drs. 17/10488), dass die Kassen von ihren Unterstützungsmöglichkeiten in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht haben.⁸⁹ In diese Richtung auch: „Die Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte

⁸⁹ (BT-Drs. 17/10488).

hat die Erfahrung gemacht, dass die Unterstützung der Versicherten bei der bestehenden Kann-Regelung nur selten erfolgt und die Qualität der MDK-Gutachten stark schwankt.“

Worin diese Unterstützung bestehen soll, gibt das Gesetz selbst weiterhin nicht vor. In der Gesetzesbegründung heißt es zur Art der Unterstützung lediglich: „Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z. B. medizinische Gutachten, geschehen.“⁹⁰ Insofern wurde durch das Gesetz lediglich das Entschließungsermessen der Kassen, eingeschränkt, nicht jedoch ihr Auswahlermessen hinsichtlich der Art der Unterstützung.

4.6.2 Kritik im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens

Die Neufassung des § 66 SGB V wird in der Literatur teilweise grundsätzlich kritisiert. So weist Katzenmeier (2014: 31) darauf hin, dass sich die Vorschrift in der Vergangenheit schon als „zahnloser Tiger“ erwiesen habe. Die Kassen könnten auch künftig versucht sein, den durch die Unterstützung entstehenden Verwaltungsaufwand zu vermeiden, da sie kein eigenständiges Interesse an der Unterstützung fremder Rechtsverfolgung besäßen. Auch würde sie ihr Verhältnis zur Ärzteschaft nicht über Gebühr belasten wollen.

Preis und Schneider (2013) kritisieren den weiterhin bestehenden Ermessensspielraum der Krankenkassen und befürchten, dass die Rechtsprechung eine derart allgemeine Sollvorschrift als weitgehend inhaltsleeren Programmsatz interpretieren werde. Weiter sehen sie in der Vorschrift einen Fall von Scheingesetzgebung, die keine zusätzliche Klarheit und keinen Regelungsmehrwert schaffe: „Ob sich die verstärkte Unterstützungspflicht der Krankenkassen positiv zugunsten der Patienten und Versicherten bei Behandlungsfehlern auswirken wird, darf angesichts der unvollkommenen Ausgestaltung eher bezweifelt werden.“

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wurden vor allem die folgenden Änderungswünsche geäußert:

- ◆ Verschärfung der Verpflichtung
- ◆ Spezifizierung des Unterstützungsbegriffs
- ◆ Ausweitung der Unterstützung auf andere Sachverhalte als Behandlungsfehler
- ◆ Einsichtnahme der Kassen in Patientenunterlagen

⁹⁰ (BT-Drs. 17/10488)(32).

4.6.2.1 Verschärfung der Verpflichtung

Die Umwandlung der Kann- in eine Soll-Vorschrift wurde vielfach begrüßt (z. B. Diakonie Bundesverband - Evangelischer Bundesverband (EKD), Deutscher Caritasverband, GKV-SV)⁹¹.

Von anderer Seite (SoVD, Paritätischer Gesamtverband, Prof. Dr. Geiger von der Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte, BAG SELBSTHILFE)⁹² wurde auch ein Soll-Regelung als nicht ausreichend angesehen und stattdessen für eine Muss-Regelung plädiert, um eine bedarfsgerechte und einheitliche Hilfeleistung der Kassen zu gewährleisten. Der Deutsche Caritasverband sprach sich insbesondere für einen Rechtsanspruch des Versicherten auf eine gutachterliche Stellungnahme des MDK aus.

Teilweise wurde diese Neuregelung kritisch gesehen (z. B. BDK & BDO, GDV, KZBV, BZÄK)⁹³, weil befürchtet wurde, dass es dadurch häufiger zu – gerichtlichen – Konfrontationen zwischen Patienten (unterstützt durch Kassen) einerseits und Leistungserbringern andererseits kommen könne und bestehende Patientenberatungs- und Konfliktschlichtungsangebote an den Rand gedrängt würden.

4.6.2.2 Spezifizierung des Unterstützungsbegriffs

In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf⁹⁴ hat der Bundesrat die Tatsache, dass die Krankenkassen bisher in ganz unterschiedlicher Weise Unterstützungsleistungen erbringen als einen Grund dafür gesehen, dass diese gesetzlich konkretisiert werden sollten. Er hat daher die Auffassung vertreten, dass die durchzuführenden Unterstützungsmaßnahmen gesetzlich definiert werden sollten.⁹⁵ Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag abgelehnt mit der Begründung, eine genaue Benennung der von den Krankenkassen durchzuführenden Unterstützungsleistungen enge die Krankenkassen in ihrem Entscheidungsspielraum ein.⁹⁶ Dadurch werde die Möglichkeit einer auch vom Bundesrat geforderten möglichst unbürokratischen Hilfe eingeschränkt.

⁹¹ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(20).

⁹² BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(10) (13), BT-Adrs. 17(14)0326(19), BT-Adrs. 17(14)0326(25) .

⁹³ BT-Adrs. 17(14)0326(3), BT-Adrs. 17(14)0326(14), BT-Adrs. 17(14)0326(15) .

⁹⁴ (BT-Drs. 17/10488).

⁹⁵ (BT-Drs. 17/10488)(48).

⁹⁶ (BT-Drs. 17/10488)(57).

Auch andere Verbände (z. B. AOK-BV, GDV, Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte, EKD, Paritätischer Gesamtverband, VdK, SoVD, BAG SELBSTHILFE, Verbraucherzentrale Bundesverband)⁹⁷ forderten eine solche Konkretisierung des Unterstützungsbegriffs.

Der SoVD⁹⁸ fordert neben einer solchen Konkretisierung der Unterstützungsmaßnahmen auch die Festlegung einer gesetzlichen Frist, in der die Unterstützungsleistung zu erbringen ist.

Auch die aktuelle Literatur und Rechtsprechung hat sich mit der Auslegung des Unterstützungsbegriffes auseinandergesetzt.

Nach Wenner (2013) führt die Tatsache, dass die Vorschrift, die Kassen nicht zu bestimmten Unterstützungsmaßnahmen zwingt, dazu, dass die Norm eine eher geringe praktische Bedeutung entfalten werde.

Nach Steinmeyer (in: Bergmann *et al.* 2014: § 66 SGB V, Rn. 3) und Lang (in: Becker und Kingreen 2014: § 66 SGB V, Rn. 4) kann sich die Unterstützung insbesondere auf die Beweisführung des Versicherten beziehen und in Gestalt von Auskünften (etwa über Diagnose, Therapie und Behandler) erfolgen; auch beratende und begutachtende Unterstützung – etwa durch den MDK – kommt in Betracht.

Preis und Schneider (2013) kritisierten, dass der Gesetzgeber keine Vorgaben zur Art der Unterstützung gemacht hat. Die in der Gesetzesbegründung genannten Gutachten des MDK seien in der Praxis vielfach nicht ausreichend und „für die Versicherten mithin zumeist wertlos“.

4.6.2.3 Ausweitung der Unterstützung auf andere Sachverhalte und Bereiche der Sozialversicherung

Die Begrenzung der Unterstützungspflicht auf Krankenkassen einerseits und Behandlungsfehler andererseits wurde von mehreren Verbänden/Sachverständigen als unzureichend erachtet: So forderten etwa Krankenkassenverbände (z. B. vdek, GKV-SV, AOK-BV)⁹⁹ und Wohlfahrtsverbände (Deutscher Caritasverband, Diakonie Bundesverband, BAG SELBSTHILFE, Verbraucherzentrale Bundesverband)¹⁰⁰ eine Ausweitung auf fehlerhafte Medizinprodukte und fehlerhafte Arzneimittel.

⁹⁷ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(8), BT-Adrs. 17(14)0326(10), BT-Adrs. 17(14)0326(11), BT-Adrs. 17(14)0326(14), BT-Adrs. 17(14)0326(19), BT-Adrs. 17(14)0326(25), BT-Adrs. 17(14)0326(28), BT-Adrs. 17(14)0326(31).

⁹⁸ BT-Adrs. 17(14)0326(8) (11).

⁹⁹ BT-Adrs. 17(14)0326(20), BT-Adrs. 17(14)0326(23), BT-Adrs. 17(14)0326(28).

¹⁰⁰ BT-Adrs. 17(14)0326(2), BT-Adrs. 17(14)0326(6), BT-Adrs. 17(14)0326(25), BT-Adrs. 17(14)0326(31).

Von der Deutschen Krebshilfe¹⁰¹ wurde gefordert, die Unterstützungspflicht nicht nur auf die Krankenkassen zu begrenzen, sondern auch die Renten- und Unfallversicherung mit in die Pflicht zu nehmen, wenn Behandlungsfehler in deren Zuständigkeitsbereich auftreten.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband und die BAG SELBSTHILFE forderten darüber hinaus auch eine gesetzliche Festlegung der Unterstützungspflicht für privat Krankenversicherte gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen, da auch privat krankenversicherte Patienten häufig kostenfreie Hilfen zur Durchsetzung ihrer Ansprüche benötigen würden.

4.6.2.4 Einsichtnahme der Kassen in Patientenunterlagen

Vielfach wurde auch von Verbänden/Krankenkassen die Forderung einer erleichterten Einsichtnahme der Kassen in die Patientenakte in Unterstützungsfällen (nach schriftlicher Einwilligung des Versicherten) gefordert (vdek).

Diesbezüglich verweisen Bergmann *et al.* (2014 Rz. 3) darauf, dass die Krankenkassen gem. § 294a Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf Herausgabe der Daten durch die Leistungserbringer u. a. bei drittverursachten Gesundheitsschäden haben.

4.6.3 Umsetzung des Gesetzes

4.6.3.1 Einsichtsrecht von Krankenkassen

Hauser (2015) stellt fest, dass zumindest auf Seiten der Krankenhäuser beträchtliche Unsicherheit bestehe, über welche Kompetenzen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Unterstützung der Versicherten verfügten, insbesondere dahingehend, ob § 66 SGB V die Krankenkassen legitimiere, Unterlagen von den Krankenhäusern anzufordern. Zum selben Sachverhalt berichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft davon, dass Kassen mit Bezugnahme auf § 66 SGB V von Krankenhäusern immer wieder die Herausgabe sensibler Informationen über das Behandlungsgeschehen ihrer Versicherten verlangen würden¹⁰². Wegen der unsicheren Rechtslage¹⁰³ empfiehlt sie den Krankenhäusern, diesen Aufforderungen in der Regel nicht nachzukommen.

¹⁰¹ BT-Adrs. 17(14)0326(13) (3).

¹⁰² http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/130/aid/13743/title/Unterstuetzungshandlung_gemaess___66_SGB_V___aktuelle_LSG-Entscheidungen [Abruf am 30. September 2015].

¹⁰³ Hauser zitiert dazu mehrere Entscheidungen, u. a. ein Urteil des Hessischen LSG vom 4. Mai 2015, Az.: L 1 KR 381/13 sowie einen Beschluss des LSG Schleswig-Holstein vom 20. März 2015, Az.: L 5 KR 40/15 B ER.

4.6.3.2 Spezifizierung des Unterstützungsbegriffs

Es wird allgemein davon ausgegangen, dass die Kasse im Rahmen ihrer Unterstützung nach § 66 SGB V keine Haushaltsmittel für eine medizinische Untersuchung von Versicherten einsetzen darf (z. B. Becker und Kingreen 2014: Rn. 4).

Die aktuelle Rechtsprechung setzt sich mit der Konkretisierung der Unterstützungsverpflichtung der Krankenkassen auseinander. Als h. M. kristallisiert sich heraus, dass „Unterstützung“ nicht gleichbedeutend ist mit umfassender Hilfeleistung zur Klärung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. In einer aktuellen Entscheidung geht das LSG Schleswig-Holstein¹⁰⁴ auf Basis der sozialrechtlichen Literatur davon aus,

„dass die Unterstützung im Sinne des § 66 SGB V darauf abzielt dem Versicherten die für eine Rechtsverfolgung essentiellen Informationen zugänglich zu machen. Im Einzelfall könnte es ausreichen, wenn sich der Versicherte durch die erhaltene Information über die Aussichten einer weiteren Rechtsverfolgung klar wird (vgl. Roß in Kruse/Hähnlein, SGB V-Kommentar, § 66 Rn. 5 m. w. V.). Ebenso wie der Gesetzgeber in der zitierten Drucksache¹⁰⁵ geht auch die sozialrechtliche Literatur davon aus, dass die notwendige Information des Versicherten regelmäßig in der Angabe der Diagnose, Therapie sowie dem Namen des behandelnden Arztes erschöpft, gegebenenfalls noch ergänzt um ein Gutachten des MDK (Koch in juris PK-SGB V, § 66, Rz. 8; Flint in Hauck/Noftz, SGB V, § 66 Rz. 17). Die Einholung eines freien Gutachtens, um das es sich hier bei dem Gutachten von Dr. C handelt, wird dabei teilweise schon als zu weitgehend angesehen (LSG Baden-Württemberg vom 9. Juli 2013 -L 11 KR 5691/11). Zutreffend weist der angefochtene Beschluss daher darauf hin, dass die Krankenkasse nicht dazu verpflichtet ist, einen von ihrem Versicherten angestrebten Schadensersatzprozess in der Weise zu begleiten, dass sie zur Beantwortung medizinischer Nachfragen zur Verfügung steht, die im Verlaufe des Rechtsstreits entstehen.“

4.6.3.3 Inanspruchnahme

Angaben zur Umsetzung des § 66 SGB V finden sich in der Literatur nur selten. Die UPD stellt in ihrem aktuellen Bericht (UPD 2015: 74) fest, dass die Unterstützungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen von den Kassen sehr unterschiedlich wahrgenommen werde. Zwar seien die Gutachten des MDK sehr fundiert und ausführlich, die Bearbeitung dauere jedoch häufig mehrere Monate, in Einzelfällen länger als ein Jahr. Dies treffe

¹⁰⁴ LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.03.2015, Az.: L 5 KR 40/15 B ER vom 20.03.2015, NZS 2015, 543. S. auch LSG Hessen, Urt. v. 04.05.2015, Az.: L 1 KR 381/13.

¹⁰⁵ (BT-Drs. 11/2237: 189).

auf Unverständnis von Seiten der Patienten. Die Berater bemängeln außerdem, dass es keine einheitliche Regelung gebe, wie diese Unterstützung erfolgen sollte.

Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014) hat daher zu diesem Thema eine Befragung von Krankenkassen durchgeführt. Dazu erhielten im Juni 2014 insgesamt 72 Krankenkassen, die bundesweit oder ausschließlich für Nordrhein-Westfalen geöffnet waren, einen schriftlichen Fragebogen. Bis Ende Juli 2014 hatten sich 50 Kassen an der Befragung beteiligt.

Der Fragebogen ist in vier Bereiche gegliedert (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen 2014: 3):

- Die Zugangsmöglichkeiten zu der Beratung bei Behandlungsfehlern
- Die Art der Unterstützungsleistungen
- Die Rückmeldung an die Versicherten
- Die Organisation der Unterstützung bei den Krankenkassen.

Insgesamt machten 41 der 50 Krankenkassen zum Berichtsjahr 2013 Angaben zur Anzahl der Beratungen zum Thema Behandlungsfehler und von diesen variiert die Zahl von einem Fall bis über 6.000 Beratungen pro Krankenkasse. Ein Viertel verzeichnete weniger als 32 Beratungen, während 75 % bis zu 500 angaben. Der Medianwert lag bei 101 Beratungen.

Die meisten Krankenkassen registrierten einen Anstieg dieser Zahlen von 2012 auf 2013.

Die Auswertung zum Themenbereich „Zugangsmöglichkeiten“ ergab, dass alle Krankenkassen ihre Patienten bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler unterstützen. Es handelt sich in 98 % der Kassen um einen Service auf Anfrage (telefonisch (100 %), Fax und Post (98 %), Kontaktformular im Internet (60 %). Nur 62 % informieren ihre Mitglieder schriftlich in einem Anschreiben oder in der Mitgliederzeitschrift (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen 2014:4).

Fast alle Kassen bieten für den Verdacht auf Behandlungsfehler einen festen Ansprechpartner, der bei 94 % der Krankenkassen auch über den gesamten Unterstützungsprozess nicht wechselt. Zusätzlich können Patienten bei der Mehrheit der Kassen wählen, ob diese Vertrauensperson männlich oder weiblich sein soll. Außerdem erfolgt in den meisten Fällen zunächst eine allgemeine Beratung zu dem Thema Rechte, den Möglichkeiten der Krankenkasse und dem Prozedere (über 95 % der Krankenkassen). Die Hälfte der Kassen händigt dem Patienten schriftliche Informationsbroschüren über das allgemeine Prozedere aus.

Drei Viertel der Krankenkassen unterstützen ihre Patienten indem sie eigene Recherchen anstellen, die u. a. das Sichten interner Akten und Daten, das Anfordern von Krankenakten und Unterlagen und weiteren Befunden umfassen. Nur rund 40 % der Krankenkassen führen immer eine medizinisch-juristische Fallberatung durch (Abbildung 8).

Abbildung 8: Unterstützungsleistungen der Krankenkassen



Quelle: IGES auf Basis der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen

Rund 70 % der Krankenkassen beauftragen immer den MDK und ebenso viele geben immer den Hinweis auf eine Schlichtungsstelle. 30 % der Krankenkassen geben meistens ein Gutachten in Auftrag.

Eine schriftliche Rückmeldung mit den Ergebnissen der Recherche erfolgt bei 94 % der Krankenkassen.

Bezüglich des letzten Themenbereichs „Organisation der Unterstützung bei den Krankenkassen“ zeigt sich eine große Varianz, je nach Häufigkeit der Beratungszahlen zu Behandlungsfehlern. 64 % der Kassen haben Einzelpersonen mit der Betreuung beauftragt, 74 % der Krankenkassen geben an, eigene Fachabteilungen dafür vorzuhalten. Eine eigene Organisationseinheit für das Behandlungsfehlermanagement haben rund 40 % der Kassen eingerichtet.¹⁰⁶

Insgesamt sieht die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen viele positive Ansätze, aber in einigen Bereichen deutlichen Verbesserungsbedarf. Zum Beispiel plädiert die VZ-NRW für eine einheitliche Regelung der Unterstützung über die Kassen hinweg, damit das Prozedere für Patienten transparent und verständlich wird. Des Weiteren sieht die Verbraucherzentrale Nachholbedarf bei der Information über diesen Service, da mehr als ein Drittel der Kassen ihre Mitglieder nicht gezielt über die Unterstützungspflicht aufklärt und nur 4 % der Kassen ihre Mitglieder schriftlich in einem Anschreiben kontaktieren. Wichtig wäre auch eine mündliche Rückmeldung der Rechercheergebnisse, die bisher nur von 33 % der Kassen immer erfolgt, da nur so die Nachvollziehbarkeit seitens des Versicherten gewährleistet werden kann. Dies würde das Vertrauen der Patienten in die Institution Krankenkasse und ihre Unterstützung erhöhen, vor allem während der teilweise Monate langen Fallprüfung.

Insgesamt hat das Patientenrechtegesetz die Unterstützungsleistungen der Krankenkassen bei Behandlungsfehlern wenig verändert. „92 % der Krankenkassen berichten, dass es diese Leistungen bereits vorher gab“ (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen 2014: 7). Immerhin schulten 16 % der Kassen ihre Mitarbeiter auf das Inkrafttreten des Gesetzes hin und 12 % haben ihre Prozesse überarbeitet. Da diese Unterstützungsleistungen durch die Krankenkassen selbst nicht evaluiert wurden, kennen die Kassen die Zufriedenheit der Patienten über dieses Angebot nicht.

Eine eigenständige Datengrundlage für die Umsetzung des § 66 SGB V liefert das Schreiben des GKV-SV an die Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege vom 08.03.2016. Die dort berichteten Daten basieren auf insgesamt 76 Krankenkassen, die rund 65 Mio. Versicherte vertreten. Dort wird von insgesamt 25.951 Leistungsanträgen von Versicherten auf Unterstützung bei einem Behandlungsfehler berichtet.¹⁰⁷ Allerdings wird nicht angegeben bei wie vielen Fällen der Antrag auf Unterstützung von den Kassen abgelehnt wurde. Zu den Gründen für eine Ablehnung schreibt der GKV-SV:

„Im Rahmen des Behandlungsfehlermanagements und der in diesem Kontext stattfindenden individuellen Beratung werden immer wieder auch fehlende

¹⁰⁶ Eine Studie aus dem Jahr 2007 kam zu dem Ergebnis, dass 57 % der Kassen ein professionelles Behandlungsfehler-Management anbieten und dafür eine eigens eingerichtete Abteilung unterhalten (Braun und Marstedt 2010: 333).

¹⁰⁷ Bezogen auf alle GKV-Versicherten wären dies etwa 28.000 Leistungsanträge.

Plausibilität und damit die nicht Begründbarkeit des Behandlungsfehlers festgestellt. Wiederholt handelt es sich bei den Beanstandungen auch um „normale“ Komplikationen/schicksalshafte Verläufe einer Behandlung. Teilweise verzichteten Versicherte nach der Aufklärung über die Schlichtungsmöglichkeiten auf ein weiteres Vorgehen.“

Auch zur Anzahl der Fälle, in denen ein Gutachten durch den MDK in Auftrag gegeben wurde, liegen keine verlässlichen Daten vor: Der GKV-SV berichtet seinem Schreiben von 13.884 Begutachtungen durch den MDK, schränkt aber zugleich ein, dass diese Beauftragung nicht bei allen Kassen erfasst werde. Noch einmal deutlich geringer sind die berichteten Zahlen zu Gutachten bei anderen Gutachtern (208 Fälle) und Zweitgutachten (1.676 Fälle).

4.6.4 Erfüllungsaufwand

Die Gesetzesbegründung¹⁰⁸ geht davon aus, dass den Krankenkassen aus dieser Umwandlung der Unterstützung von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung ein Erfüllungsmehraufwand in nicht quantifizierbarer Größenordnung entsteht.

Tatsächlich sind diese Ausgaben von 2012 (dem Jahr vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes) bis zum Jahr 2014 von rd. 3,8 Mio. € auf 6,8 Mio. € (+75 %) gestiegen (Tabelle 12). Dabei weist die AOK im Verhältnis zu ihrem Versichertenanteil (35 % aller GKV-Versicherten gem. KM 1 im Jahr 2014) deutlich überproportional hohe Ausgaben für die Unterstützung von Versicherten bei Behandlungsfehlern aus (91 % aller Ausgaben gem. KJ 1).

Tabelle 12: Ausgaben der Krankenkassen für die Unterstützung von Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V), 2011-2014

	BUND	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	VDEK
2011	4.087.276	3.784.416	260.298	-115.880	787	10.892	146.763
2012	3.870.845	3.686.100	415.615	-416.154	610	8.973	175.701
2013	5.897.740	5.359.800	466.128	-851.097	-3.012	18.988	906.933
2014	6.768.455	6.137.484	526.362	-671.481	0	36.029	740.062
2012-2014	+75%	+67%	+27%	+61%		+302%	+321%

Quelle: KJ 1- Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit, verschiedene Jahrgänge

Der Anteil der Ausgaben für die Beratung der Patienten an allen Leistungsausgaben (rd. 193,6 Mrd. €) lag im Jahr 2014 bei 0,003 % bzw. der Anteil an den Brutto-Verwaltungskosten (rd. 12,3 Mrd. €) bei 0,06 %.

¹⁰⁸ (BT-Drs. 17/10488)(15).

5. Ergebnisse der Versicherten- und Patientenbefragung

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Soziodemographischer Hintergrund

Zum Ende der Befragung am 11. März 2016 haben insgesamt 527 Personen im Alter zwischen 18 und 82 Jahren den Online-Fragebogen vollständig ausgefüllt. Unter den Befragten waren rund 44 % (n = 250) im Alter von 18-49 Jahren, ca. 27 % (n = 144) gehörten zur Altersgruppe der 50-65-Jährigen und etwa 25 % (n = 133) waren über 66 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug ca. 50 Jahre. Damit liegt das Durchschnittsalter der Teilnehmer in der Stichprobe über dem Durchschnittsalter in der Bundesrepublik (44,3 Jahre) (Statistisches Bundesamt 2015).

Von den 527 Befragten, die den Online-Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, hatten ca. 60 % (n = 315) in den letzten 12 Monaten einen Arzt besucht, knapp 21 % (n = 109) hatten in den letzten 12 Monaten einen Aufenthalt in einer Klinik und 20 % (n = 103) hatten in diesem Zeitraum überhaupt keinen Arztkontakt; die angestrebten Befragungszahlen wurden somit für alle drei Teilpopulationen erfüllt. Der Anteil der Befragten über 65 Jahre war in der Gruppe der Befragten mit einem Klinikaufenthalt in den letzten 12 Monaten am größten (Tabelle 13).

Tabelle 13: Befragte Patienten und Versicherte nach Art der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in den letzten 12 Monaten und nach Altersgruppen

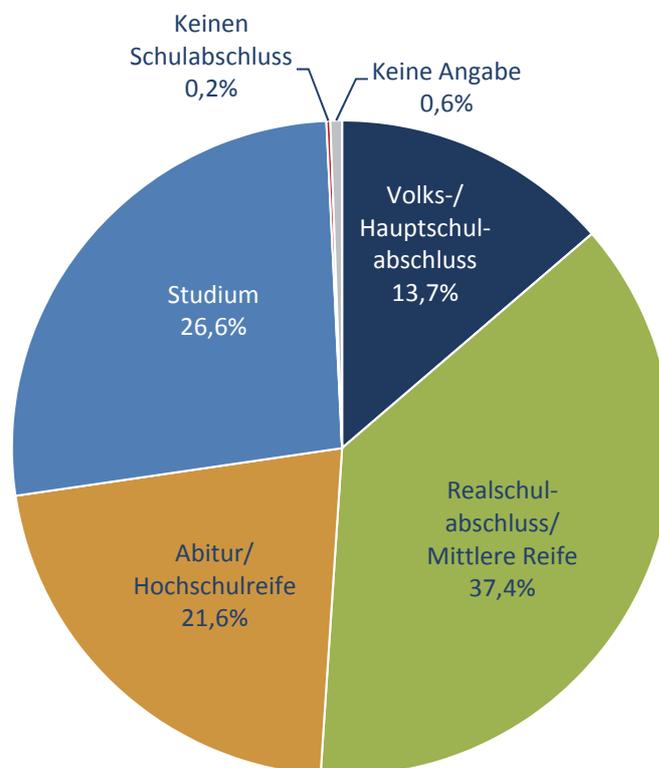
Art der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Altersgruppe	Zahl der Befragten	Prozentualer Anteil
Klinikaufenthalt (und ggf. Kontakt mit niedergelassenem Arzt)	18-49 Jahre	50	46%
	50-65 Jahre	25	23%
	66-75 Jahre	34	31%
Arztkontakt (aber kein Klinikaufenthalt)	18-49 Jahre	150	48%
	50-65 Jahre	75	24%
	66-75 Jahre	90	29%
Kein Arztkontakt	18-49 Jahre	50	49%
	50-65 Jahre	44	43%
	66-75 Jahre	9	9%

Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

Von den Befragten waren 53 % (n = 281) weiblich und 47 % (n = 246) männlich. Im Vergleich zur Bevölkerung (51 % weiblich; Statistisches Bundesamt 2015) waren die Frauen damit leicht überrepräsentiert.

Gut die Hälfte (ca. 51 %) der Befragten hatten entweder einen Haupt-/Volksschulabschluss oder einen Realschulabschluss/Mittlere Reife (Abbildung 9). In der Gesamtbevölkerung liegt dieser Anteil nach Angaben des Statistischen Bundesamtes mit etwa 63 % höher. Eine Vergleichbarkeit mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2010) ist nur teilweise gegeben, da das Statistische Bundesamt zwischen Schulausbildung und beruflichem Bildungsabschluss (inkl. Studium) trennt.

Abbildung 9: Höchste Bildungsabschlüsse der befragten Patienten und Versicherten



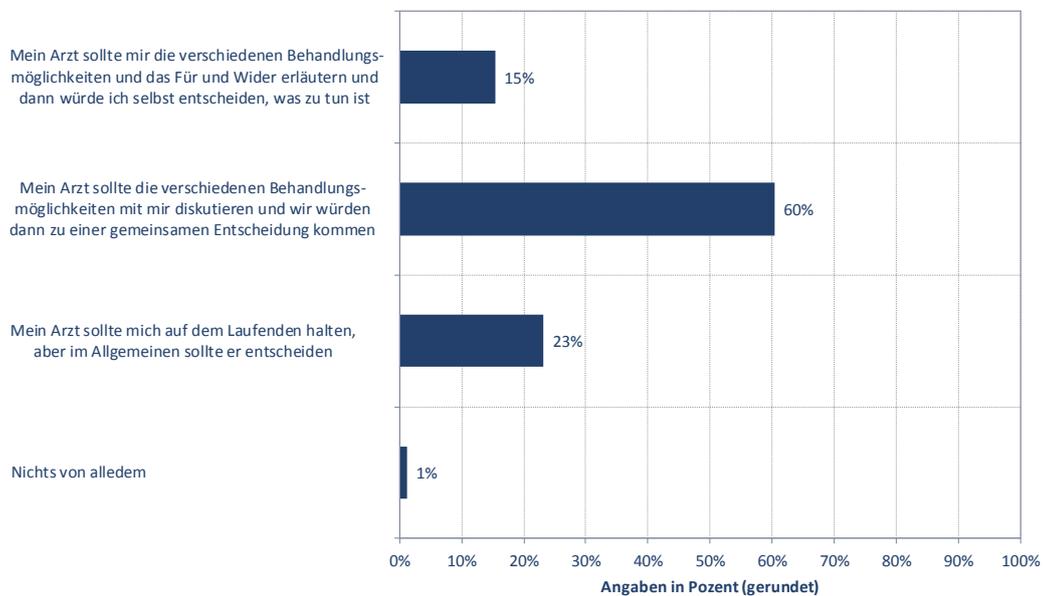
Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

Von den Probanden waren ca. 85 % (n = 450) gesetzlich und ca. 15 % (n = 77) privat versichert. Dies spiegelt in etwa das Verhältnis zwischen gesetzlich und privat versicherten Personen in der Bevölkerung wieder. Der Anteil der deutschen Muttersprachler in der Stichprobe ist mit rund 98 % (n = 514) überdurchschnittlich hoch.

5.1.2 Wertvorstellungen zu Entscheidungen über medizinische Maßnahmen

Über die Hälfte der Befragten (60 %, n = 318) ist der Auffassung, dass der Behandelnde und der Patient Entscheidungen über medizinischen Maßnahmen gemeinsam treffen sollten (Abbildung 10). 23 % (n = 122) der Befragten sind der Meinung, der Arzt solle Entscheidungen über medizinische Maßnahmen treffen und den Patienten lediglich darüber informieren und 15 % (n = 81) denken, dass der Patient selbst über medizinische Maßnahmen entscheiden sollte, nachdem der Arzt ihm das Für und Wider der Maßnahme erläutert hat.

Abbildung 10: Wertvorstellungen der befragten Patienten und Versicherten zu Entscheidungen über medizinische Maßnahmen



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

5.2 Ergebnisse der Versicherten- und Patientenbefragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung graphisch aufbereitet und interpretiert.

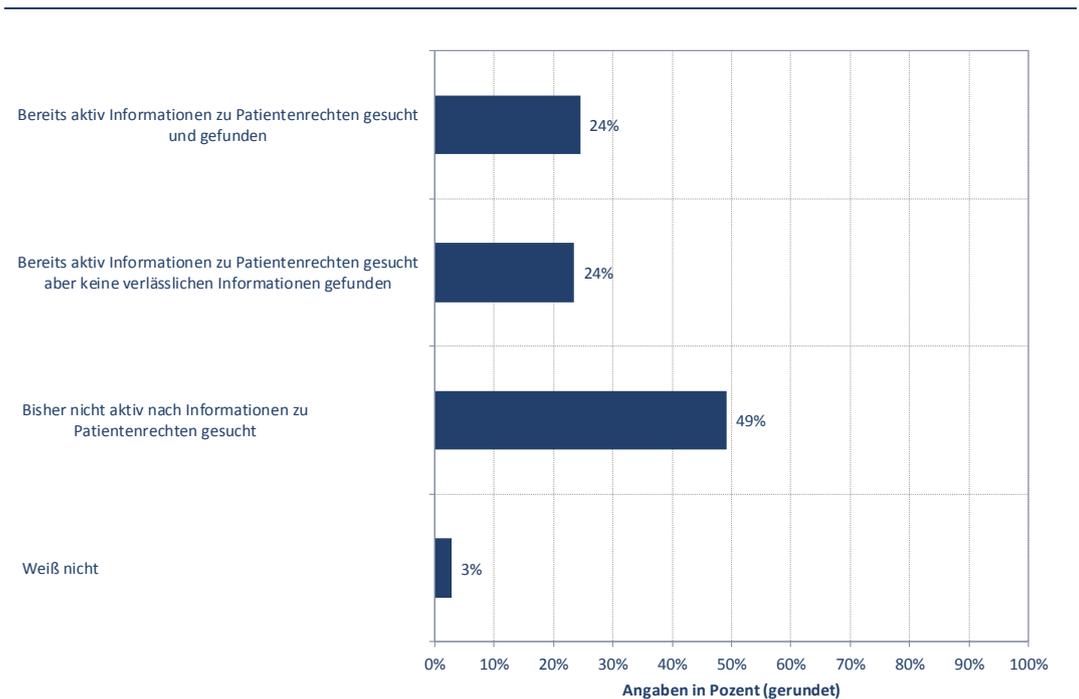
5.2.1 Informiertheit und Kenntnisstand zu Patientenrechten

5.2.1.1 Informationsbeschaffung

Zunächst sollten die Teilnehmer angeben, ob sie sich schon einmal zu Patientenrechten informiert haben und einschätzen, wie gut sie ihre Rechte als Patient allgemein kennen.

Knapp die Hälfte der Befragten ($n = 253$) hatte bereits aktiv Informationen zu Patientenrechten gesucht, aber nur 24 % ($n = 129$) hatten aus ihrer Sicht verlässliche Informationen gefunden (Abbildung 11).

Abbildung 11: Informationsbeschaffung der befragten Patienten und Versicherten zu Patientenrechten

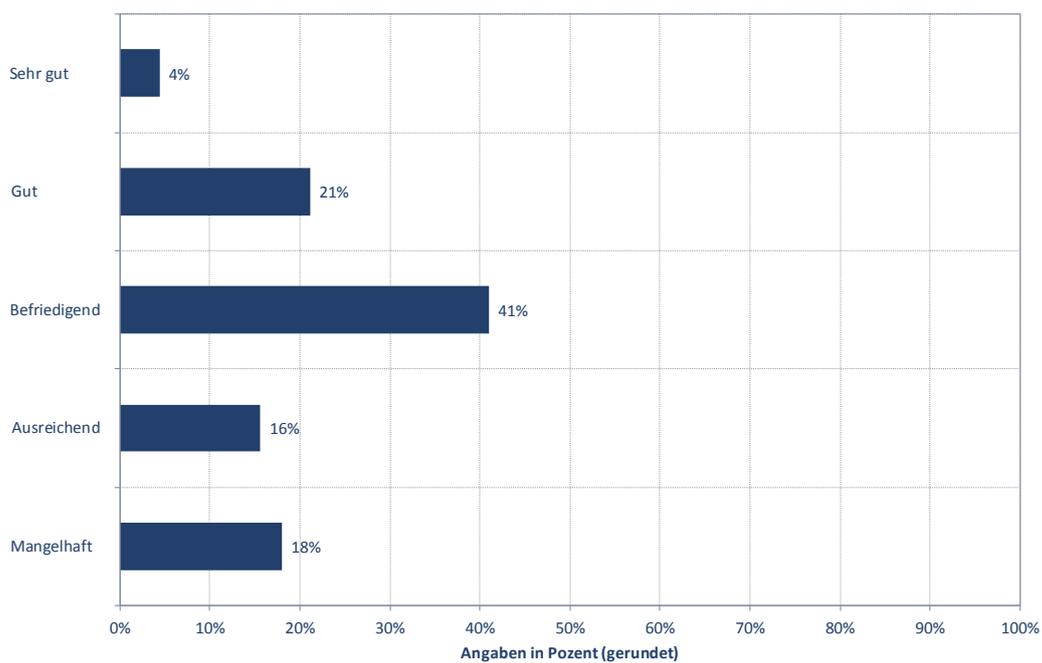


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: $n = 527$

5.2.1.2 Selbsteinschätzung

Nichtsdestotrotz schätzte ein Viertel (25 %, n = 134) der befragten Patienten und Versicherten seine allgemeinen Kenntnisse zu Patientenrechten als gut oder sehr gut ein (Abbildung 12). Rund 41 % (n = 216) der Befragten stufen die eigenen Kenntnisse zu den Rechten als Patient als befriedigend ein. Ein gutes Drittel (34 %, n = 177) der Befragten bewertete seine Kenntnisse zu Patientenrechten nur als ausreichend oder mangelhaft.

Abbildung 12: Selbsteinschätzung der befragten Patienten und Versicherten zu ihren Kenntnissen der Patientenrechte

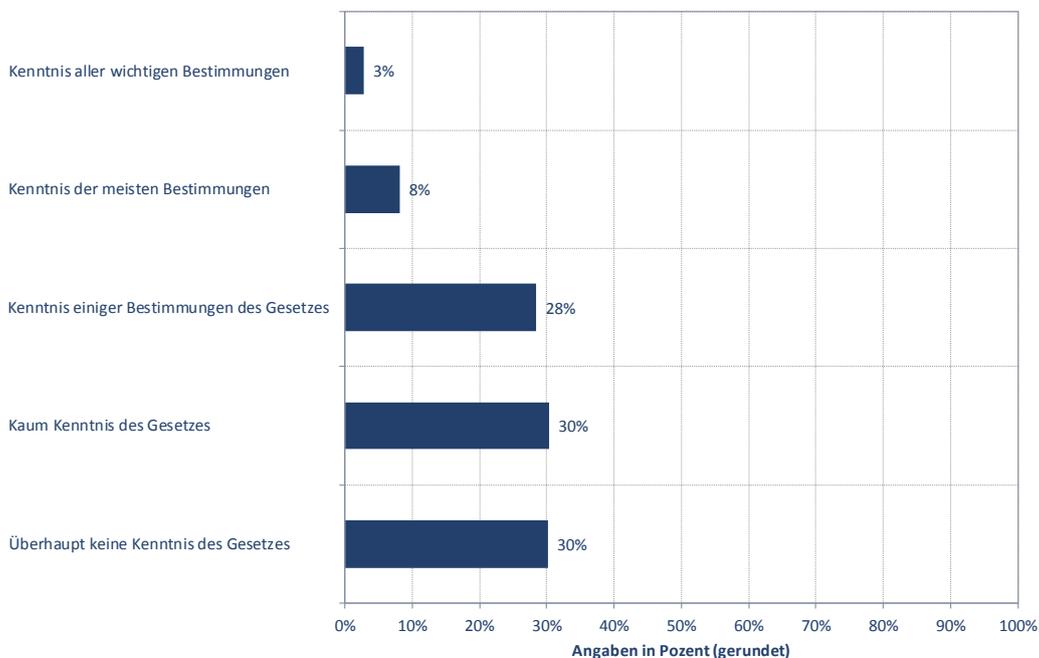


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

Während zuvor die Selbsteinschätzung zu den allgemeinen Kenntnissen von Patientenrechten in Abbildung 12 dargestellt wurde, zeigt Abbildung 13 die Selbsteinschätzung zu den spezifischen Bestimmungen.

Das im Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz kannte die Mehrzahl der Befragten entweder nur vom Hörensagen (30 % bzw. n = 160) oder überhaupt nicht (30 % bzw. n = 159). 28 % (n = 150) kannten nach eigenem Bekunden zumindest einige der Bestimmungen des Gesetzes recht gut. Nur ein kleiner Teil der Befragten glaubte, über die meisten Bestimmungen (8 %, n = 43) bzw. alle wichtigen Bestimmungen (3 %, n = 15) Bescheid zu wissen.

Abbildung 13: Selbsteinschätzung der Kenntnisse der befragten Patienten und Versicherten zu den spezifischen Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

5.2.1.3 Kenntnisse zu den Rechten gegenüber Ärzten

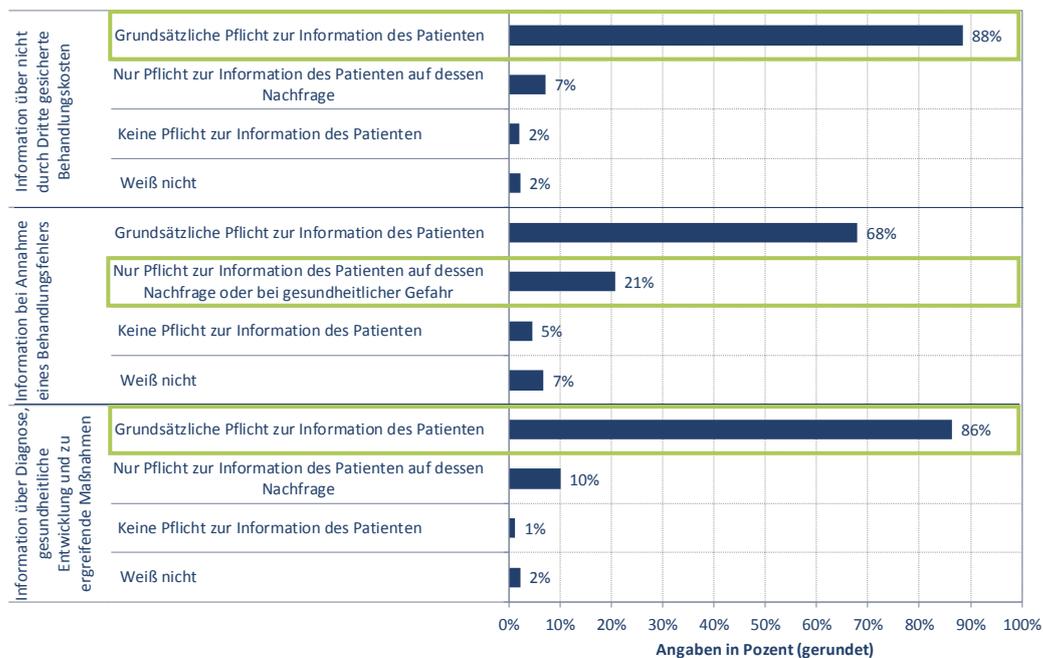
Im Folgenden wurden den Teilnehmern spezifische Wissensfragen zu den einzelnen Paragraphen des Patientenrechtegesetzes gestellt, um den tatsächlichen Kenntnisstand zu den Patientenrechten in der Bevölkerung festzustellen.

In Bezug auf die Informationspflichten des Behandelnden (§ 630c BGB), wusste die Mehrzahl der Befragten (88 %, n = 466), dass der Behandelnde den Patienten grundsätzlich immer über entstehende Behandlungskosten, die vermutlich nicht durch Dritte abgesichert sind, informieren muss (Abbildung 14).

Darüber hinaus wusste ebenfalls der Großteil der Teilnehmer (86 %, n = 455), dass der Behandelnde den Patienten grundsätzlich immer über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen informieren muss.

Jedoch wussten 21 % (n = 109) der Befragten, dass der Behandelnde nur auf Nachfrage des Patienten oder bei gesundheitlicher Gefahr dazu verpflichtet ist, den Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu informieren. Die Mehrzahl der Befragten (68 %, n = 358) ging davon aus, dass es eine grundsätzliche Pflicht der Behandelnden zur Information des Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler gibt.

Abbildung 14: Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zu den Informationspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten (§ 630c BGB)

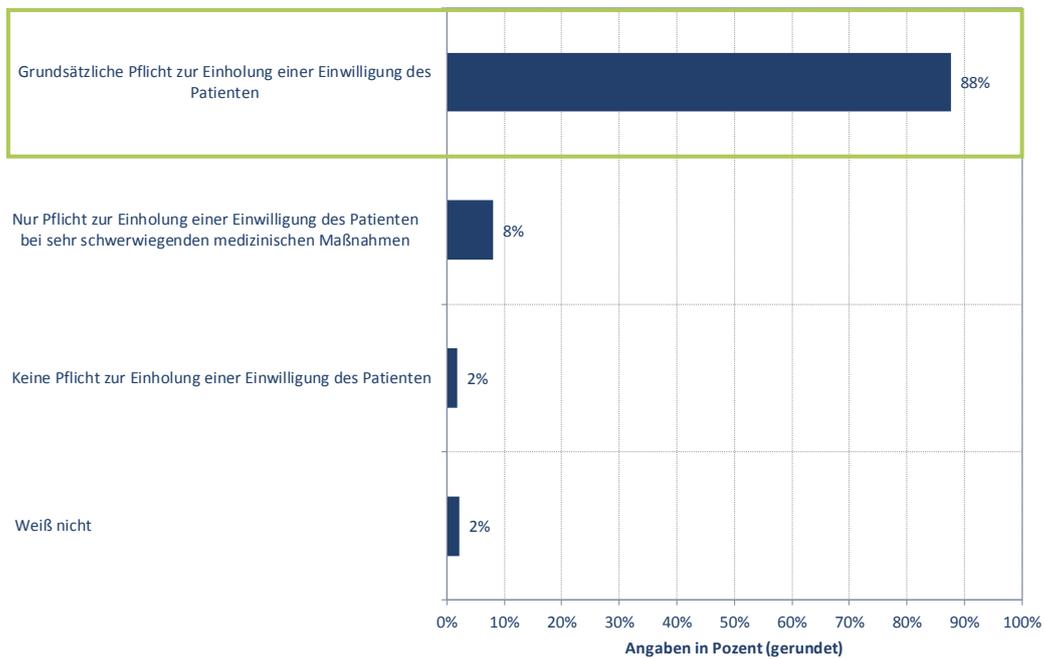


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

- Anmerkungen:
- 1) n = 527
 - 2) Bei der Informationspflicht zu Behandlungsfehlern lautete die Antwortkategorie „Ja, auf Nachfrage oder bei gesundheitlicher Gefahr“, bei den anderen Informationspflichten lautete die Antwortkategorie „Ja, auf Nachfrage“
 - 3) Die grün umrandete Antwortalternative entspricht der Gesetzeslage

Die weit überwiegende Mehrheit der Befragten 88 % (n = 462) geht zutreffend davon aus, dass der Arzt – wie in § 630d Abs. 1 BGB geregelt – grundsätzlich immer dazu verpflichtet ist (Notfälle ausgenommen), eine Einwilligung des Patienten einzuholen (Abbildung 15).

Abbildung 15: Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht des Behandelnden, vor medizinischen Maßnahmen (Notfälle ausgenommen) die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 BGB)



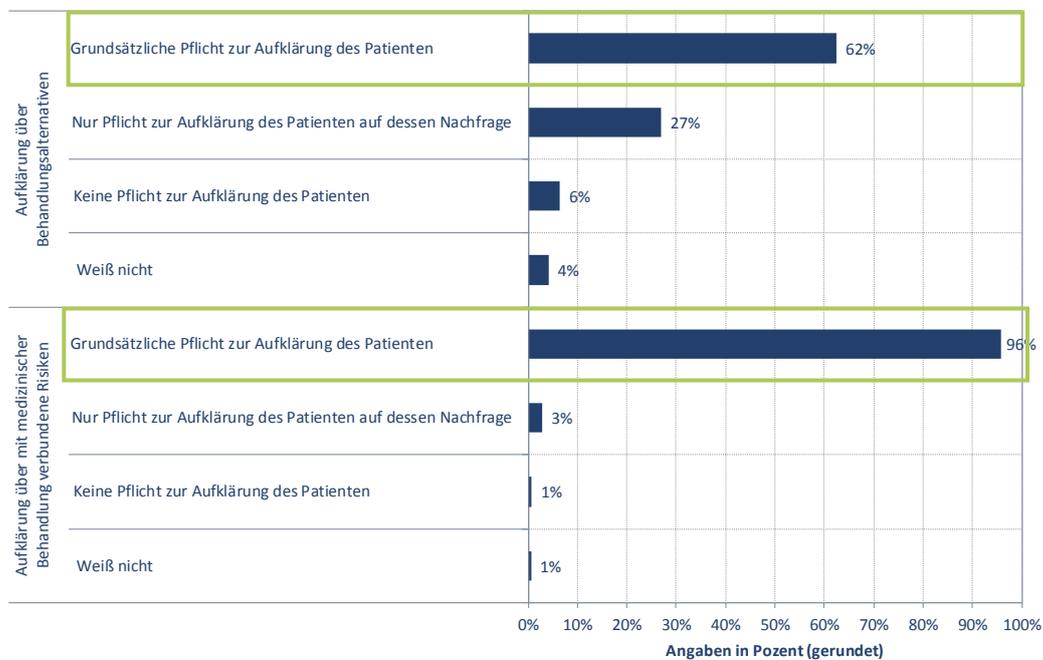
Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkungen: 1) n = 527

2) Die grün umrandete Antwortalternative entspricht der Gesetzeslage

Bei den Fragen zu den Aufklärungspflichten des Behandelnden (§ 630e BGB) war fast allen Befragten (96 %, n = 505) bekannt, dass der Behandelnde dazu verpflichtet ist, den Patienten über die mit der medizinischen Behandlung verbundenen Risiken aufzuklären (Abbildung 16). Weitaus weniger bekannt war die Aufklärungspflicht über Behandlungsalternativen: 62 % (n = 329) der Befragten wussten, dass der Behandelnde grundsätzlich dazu verpflichtet ist, den Patienten immer über Behandlungsalternativen aufzuklären. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27 %, n = 142) war der Überzeugung, dass der Patient nur auf sein Nachfragen hin von dem Behandelnden über alternative Maßnahmen aufzuklären ist.

Abbildung 16: Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zu den Aufklärungspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten (§ 630e BGB)



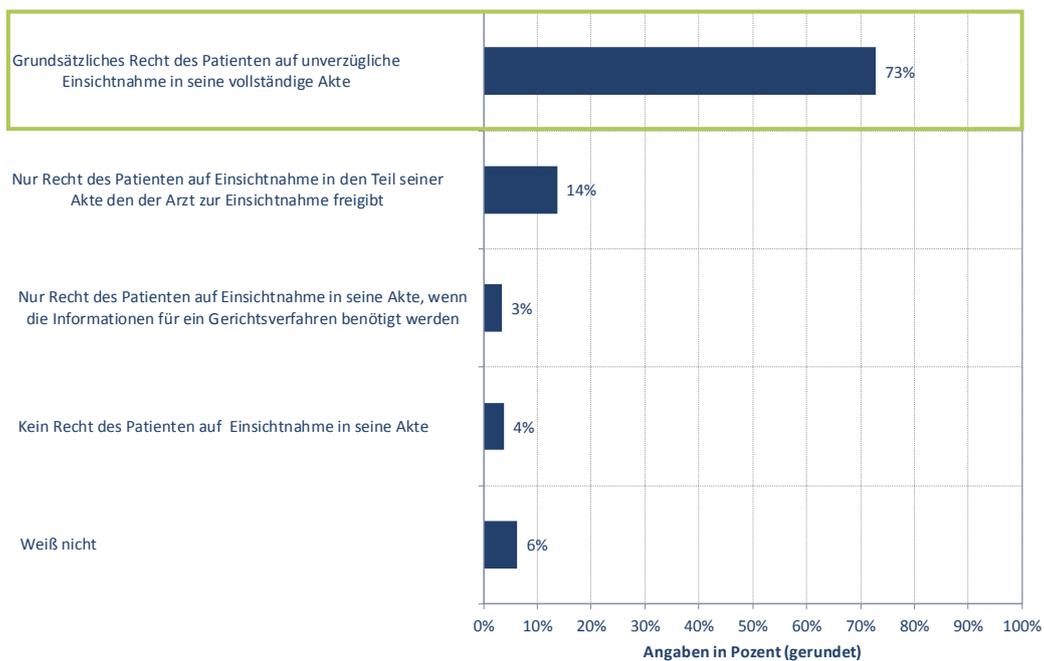
Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkungen: 1) n = 527

2) Die grün umrandete Antwortalternative entspricht der Gesetzeslage

Die grundsätzliche Pflicht der Behandelnden, ihren Patienten unverzüglich Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte zu gewähren (§ 630g BGB) kannten knapp drei Viertel der Befragten (73 %, n = 384) (Abbildung 17). 14 % (n = 72) der Befragten waren der Auffassung, sie hätten nur ein Recht auf Einsichtnahme in die Teile der Patientenakte, die der Behandelnde zur Einsichtnahme freigegeben hat.

Abbildung 17: Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht des Behandelnden, dem Patienten unverzüglich Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte zu gewähren (§ 630g Abs. 1 BGB)



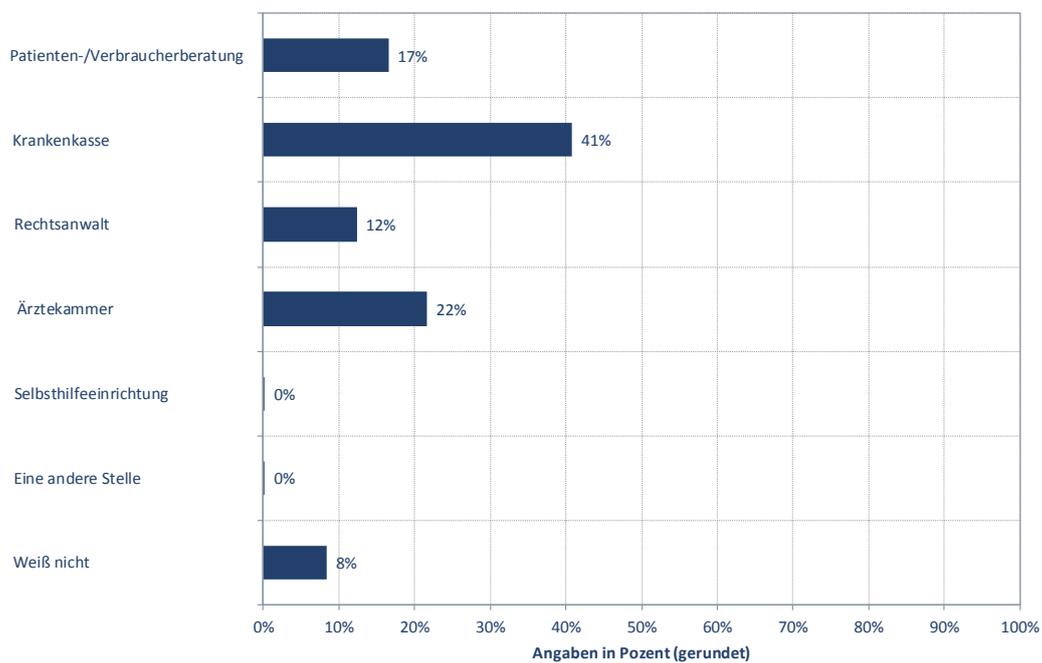
Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkungen: 1) n = 527

2) Die grün umrandete Antwortalternative entspricht der Gesetzeslage

Wenn der Behandelnde seiner Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte nicht nachkäme, würden sich 41 % (n = 215) der Befragten als erstes an ihre Krankenkasse wenden (Abbildung 18). 22 % (n = 114) der Befragten sehen die Ärztekammer in diesem Fall als die erste Anlaufstelle an, und 17 % (n = 87) würden zuerst die Patienten-/Verbraucherberatung kontaktieren. 12 % (n = 65) würden direkt einen Anwalt aufsuchen. 12 % (n = 65) würden direkt einen Anwalt aufsuchen.

Abbildung 18: Erste Anlaufstelle von Patienten und Versicherten, wenn der Behandelnde dem Patienten die Einsicht in seine Patientenakte verweigert



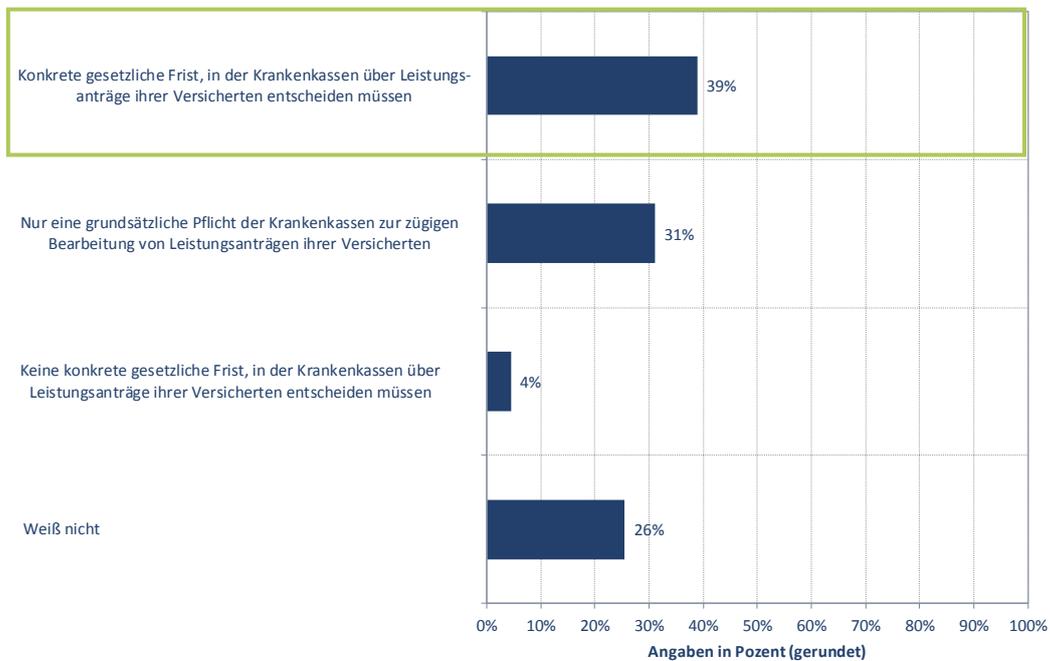
Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: 1) n = 527

5.2.1.4 Kenntnisse zu den Rechten gegenüber Krankenkassen

Die Rechte der gesetzlich Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse scheinen in der Bevölkerung deutlich weniger bekannt zu sein als die Rechte der Patienten gegenüber den Behandelnden.

Nur 39 % (n = 175) der befragten gesetzlich Versicherten wussten darüber Bescheid, dass es eine gesetzlich festgelegte zeitliche Frist gibt, in der die Krankenkassen Leistungsanträge ihrer Versicherten bearbeiten müssen (Abbildung 19). 31 % (n = 140) der gesetzlich Versicherten gingen davon aus, dass es lediglich eine grundsätzliche Pflicht zur zügigen Bearbeitung von Leistungsanträgen gebe.

Abbildung 19: Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht der Krankenkassen, Leistungsanträge ihrer Versicherten fristgerecht zu bearbeiten (§ 13 Abs. 3a SGB V)

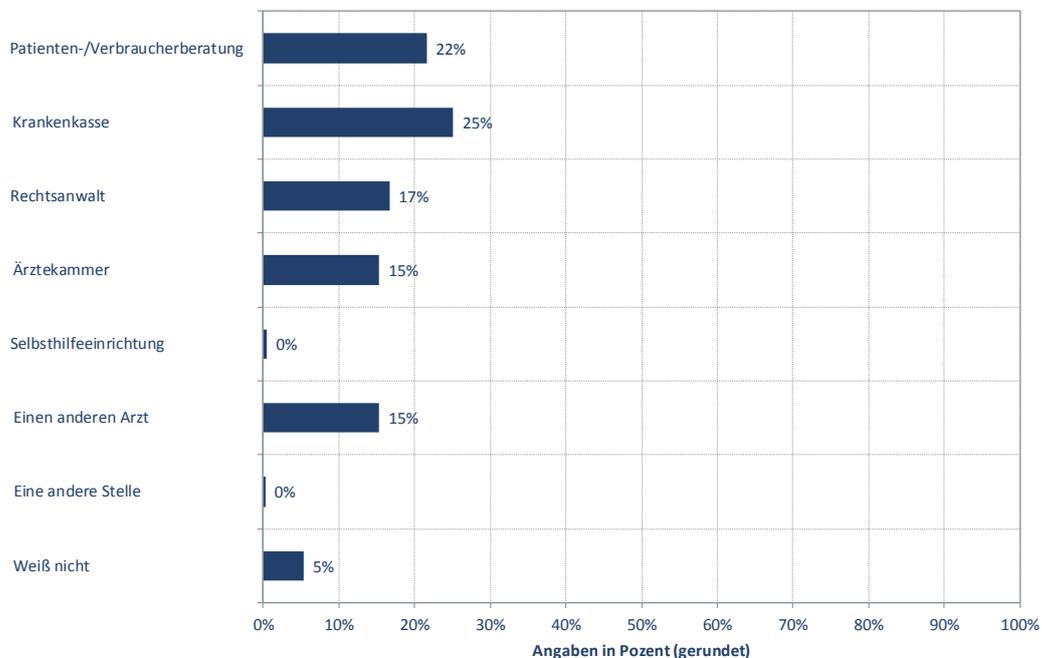


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

- Anmerkungen:
- 1) n = 450 (enthält nur Personen, die gesetzlich versichert sind)
 - 2) Die grün umrandete Antwortalternative entspricht der Gesetzeslage

Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler würde sich ein Viertel der befragten gesetzlich Versicherten zunächst an ihre Krankenkasse wenden (25 %, n = 113) (Abbildung 20). 22 % (n = 97) der gesetzlich Versicherten sehen als erste Anlaufstelle bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler die Patienten-/Verbraucherberatung. Weitere erste Anlaufstellen sind aus Sicht der gesetzlich Versicherten der Rechtsanwalt (17 %, n = 75), die Ärztekammer (15 %, n = 69) oder ein anderer Arzt (15 %, n = 69). 5 % (n = 24) gaben an, nicht zu wissen, welche der genannten Institutionen die erste Anlaufstelle bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler wären.

Abbildung 20: Angaben der befragten Patienten und Versicherten zur ersten Anlaufstelle, wenn der Verdacht besteht, dass bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ein Behandlungsfehler passiert ist

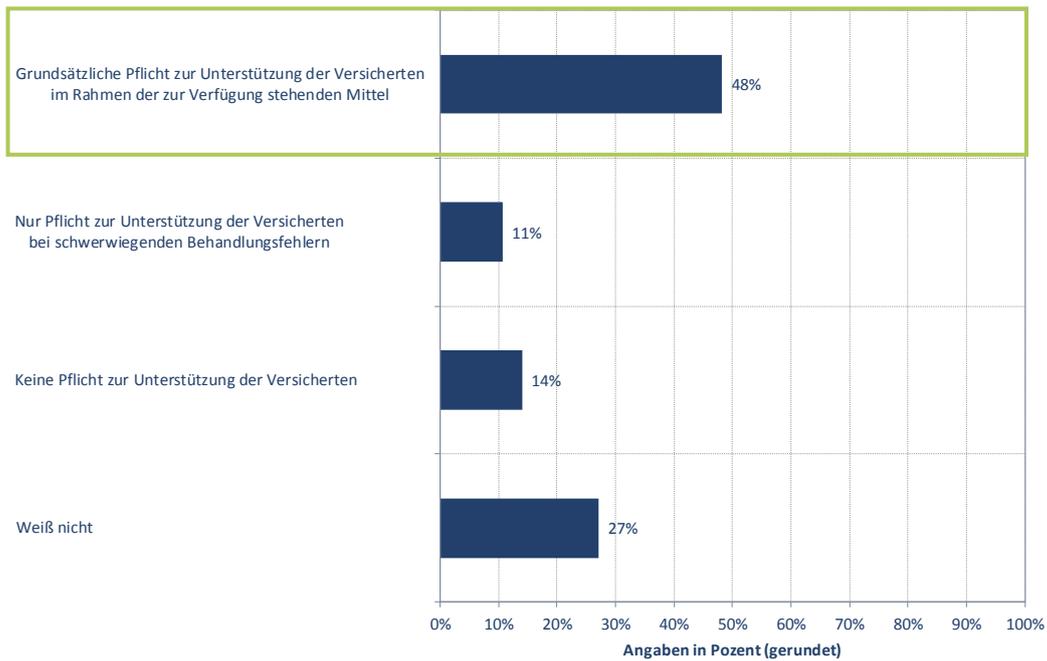


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: 1) n = 450 (enthält nur Personen, die gesetzlich versichert sind)

Nur knapp die Hälfte der befragten gesetzlich Versicherten (48 %, n = 217) wusste jedoch, dass die Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen bei Verdacht auf Behandlungsfehler gesetzlich vorgeschrieben ist (Abbildung 21).

Abbildung 21: Kenntnisstand der befragten Patienten und Versicherten zur Pflicht der Krankenkassen, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, zu unterstützen (§ 66 SGB V)



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

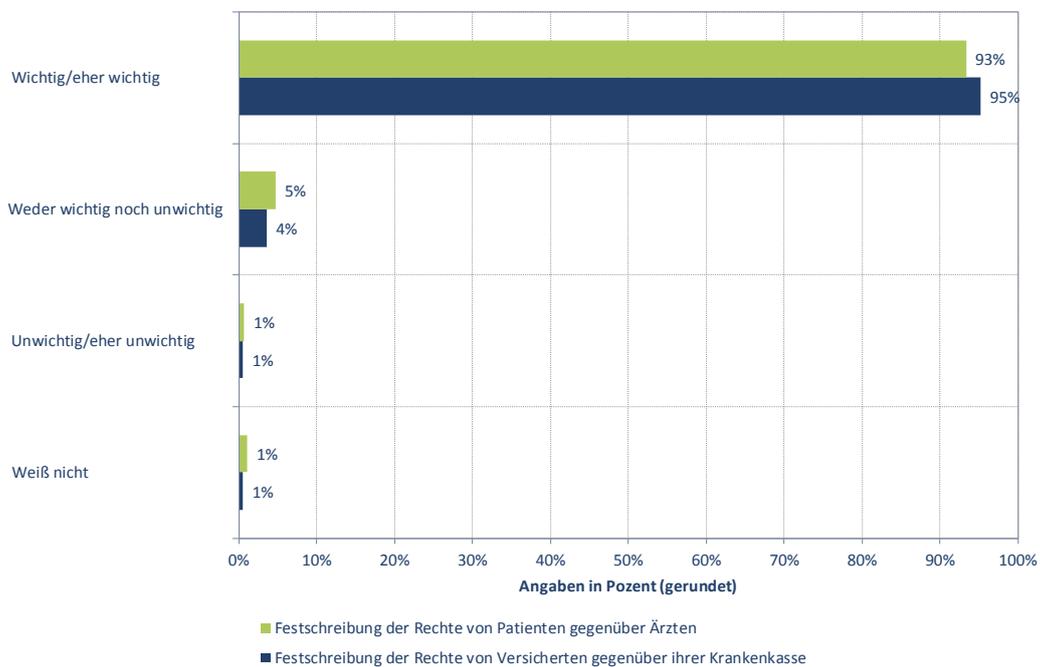
Anmerkungen: 1) n = 450 (enthält nur Personen, die gesetzlich versichert sind)
2) Die grün umrandete Antwortalternative entspricht der Gesetzeslage

5.2.2 Stellenwert der Patientenrechte

Nach der Ermittlung des Kenntnisstands zu Patientenrechten wurde der Stellenwert der Patientenrechte für die Bevölkerung erfragt.

Sowohl die Festschreibung von Rechten gegenüber Krankenkassen als auch gegenüber Ärzten in einem Gesetz war fast allen Befragten wichtig oder eher wichtig (Abbildung 22).

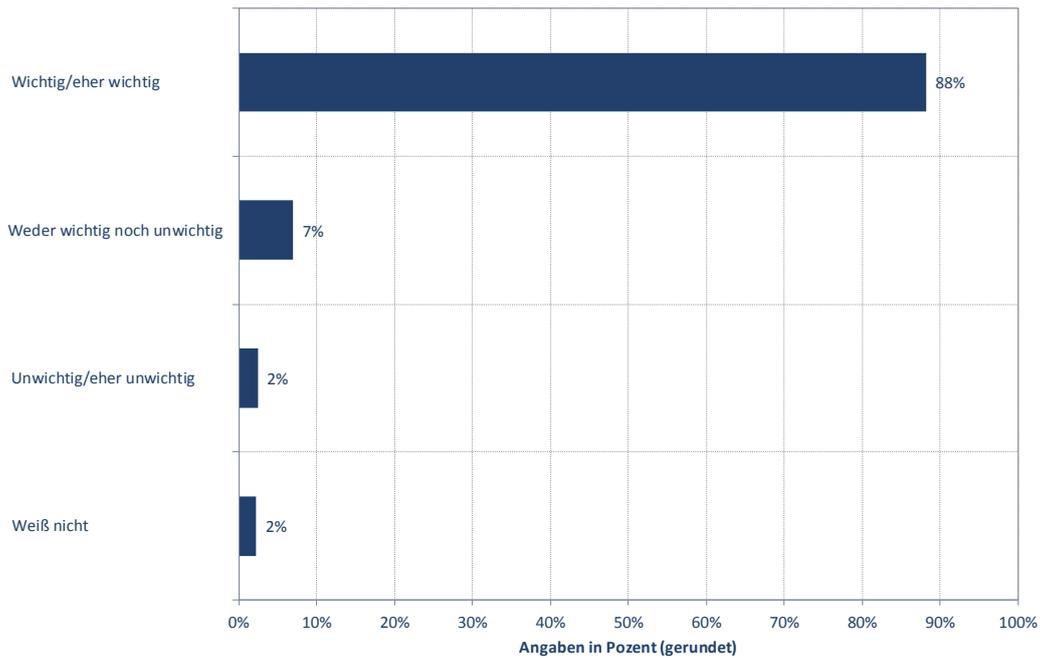
Abbildung 22: Stellenwert der Festschreibung von Rechten gegenüber Krankenkassen und gegenüber Ärzten in einem Gesetz aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

Der Mehrzahl der Befragten (88 %, n = 465) waren Patientenrechte allgemein wichtig oder eher wichtig. 7 % (n = 37) der Befragten hielten Patientenrechte weder für wichtig noch für unwichtig und 2 % (n = 13) für unwichtig oder eher unwichtig.

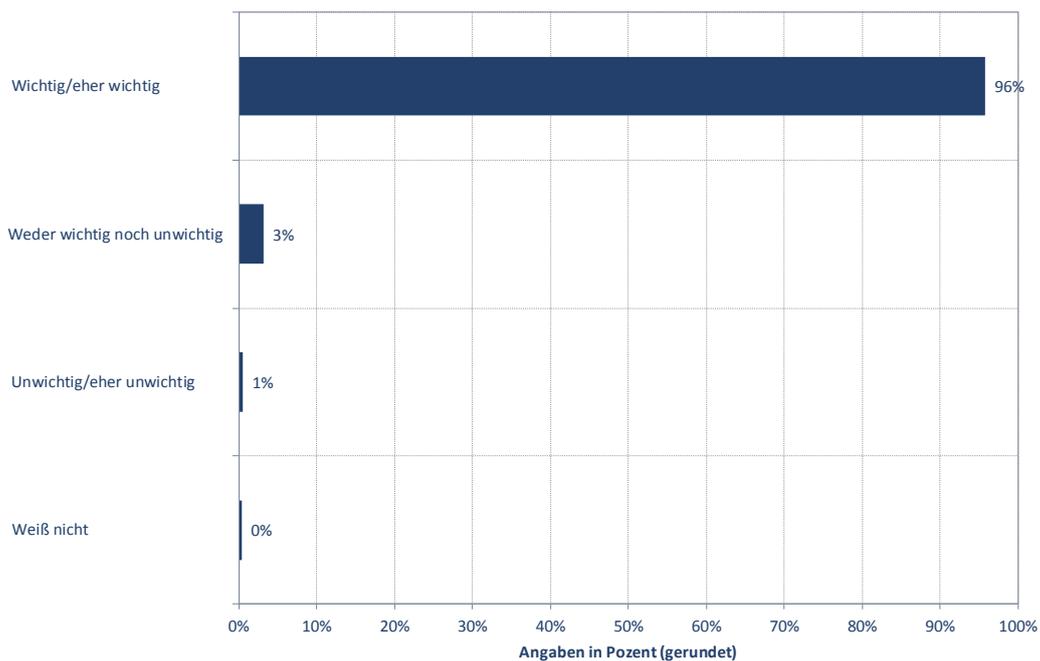
Abbildung 23: Allgemeiner Stellenwert von Patientenrechten aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

Die Pflicht des Arztes, vor medizinischen Maßnahmen (Notfälle ausgenommen) die Einwilligung des Patienten einzuholen, war 96 % (n = 505) der Befragten wichtig oder eher wichtig, 3 % (n = 17) hielten es weder für wichtig noch für unwichtig, 1 % (n = 3) befanden diese Pflicht als unwichtig.

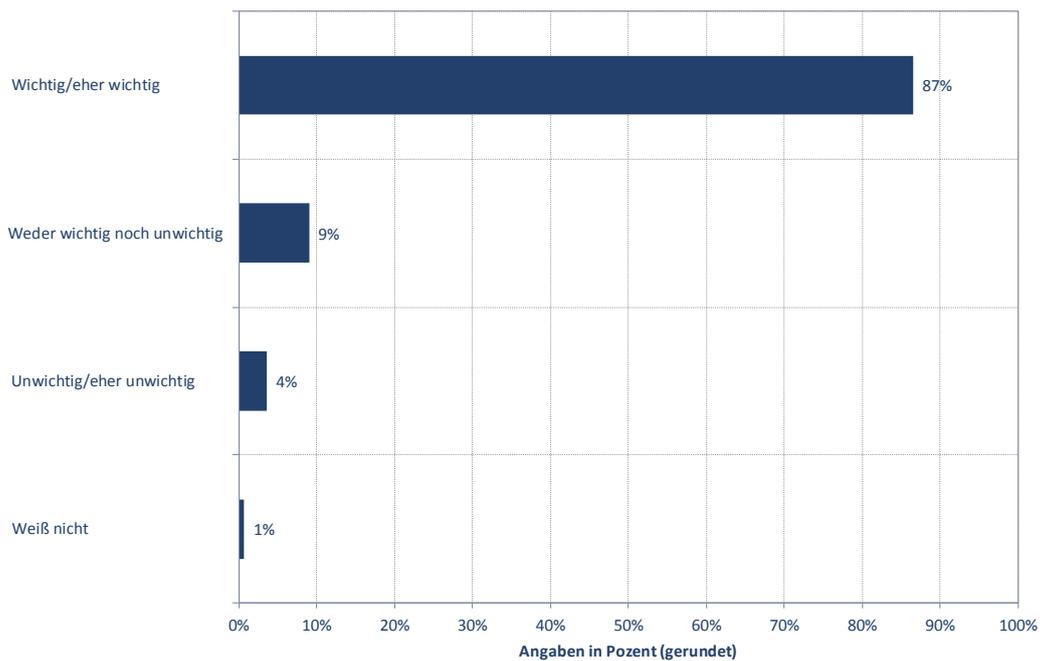
Abbildung 24: Stellenwert der gesetzlichen Pflicht des Arztes, vor medizinischen Maßnahmen (Notfälle ausgenommen) die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 BGB), aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

Das Recht auf unverzügliche Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte war 87 % (n = 456) der Befragten wichtig oder eher wichtig, 9 % (n = 48) hielten dieses Recht weder für wichtig noch für unwichtig, 4 % (n = 19) befanden es unwichtig (Abbildung 25).

Abbildung 25: Stellenwert des Rechts der Patienten auf unverzügliche Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

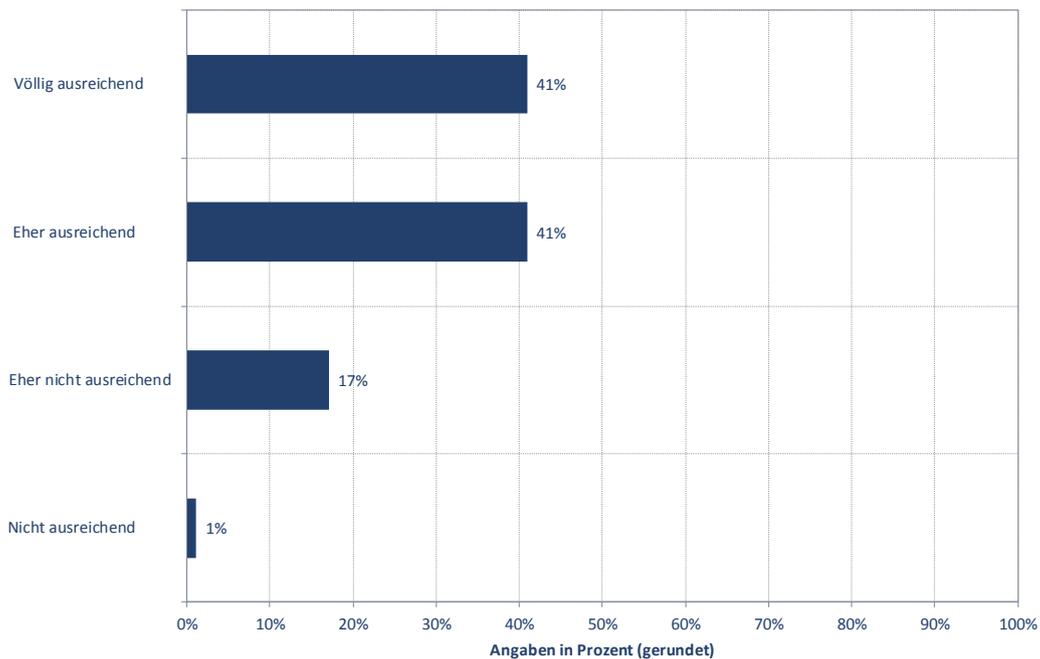
5.2.3 Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenrechten

5.2.3.1 Information des Patienten zu Beginn und im Verlauf einer medizinischen Behandlung

Die Befragten, bei denen während eines Arztbesuches in den letzten zwei Jahren eine Erkrankung diagnostiziert und eine neue Therapie begonnen wurde (n = 88), wurden zu ihren Erfahrungen mit den Informationspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten befragt.

Auf die Frage, ob sie ausreichend über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen informiert worden seien, gaben 41 % (n = 36) der Befragten an, völlig ausreichend informiert worden zu sein (Abbildung 26). Ebenfalls 41 % (n = 36) empfanden den Umfang der Informationen als eher ausreichend und 17 % (n = 15) gaben an, dass sie eher nicht ausreichend informiert wurden.

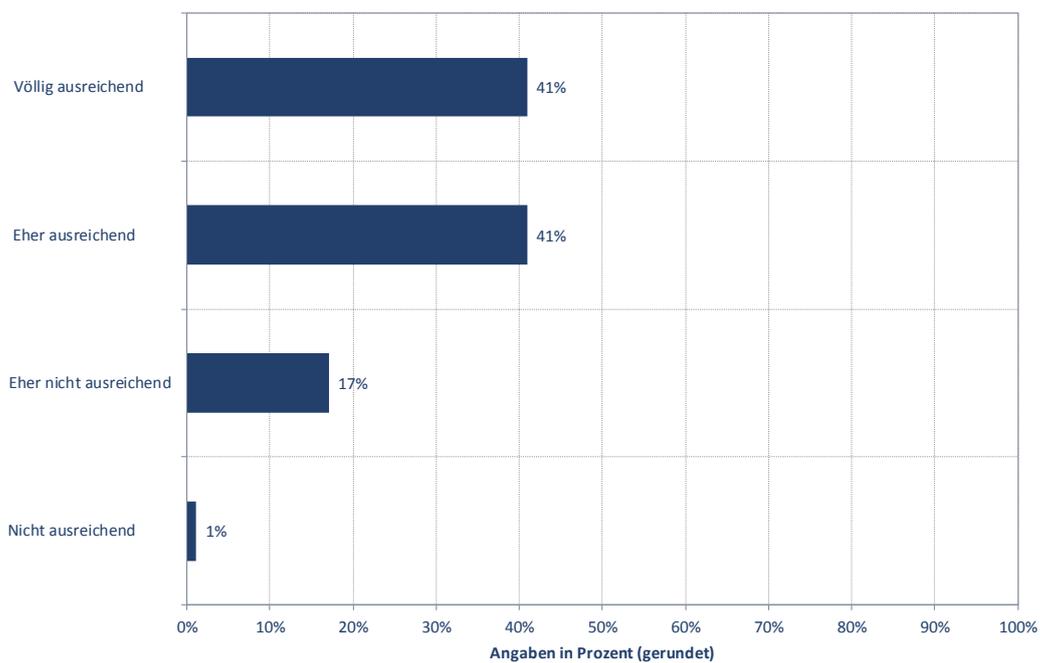
Abbildung 26: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit dem Umfang der Information des Behandelnden zu Beginn und im Verlauf einer medizinischen Behandlung



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 88 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine Erkrankung diagnostiziert und eine neue Therapie begonnen wurde)

Gut die Hälfte der Befragten (51 %, n = 45) gab an, die Informationen des Arztes über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen sei verständlich gewesen (Abbildung 27). 36 % (n = 32) gaben an, dass die Informationen des Arztes eher verständlich waren. Für 13 % (n = 11) der Befragten waren die Informationen hingegen eher unverständlich.

Abbildung 27: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Verständlichkeit der Information des Behandelnden zu Beginn und im Verlauf einer medizinischen Behandlung



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

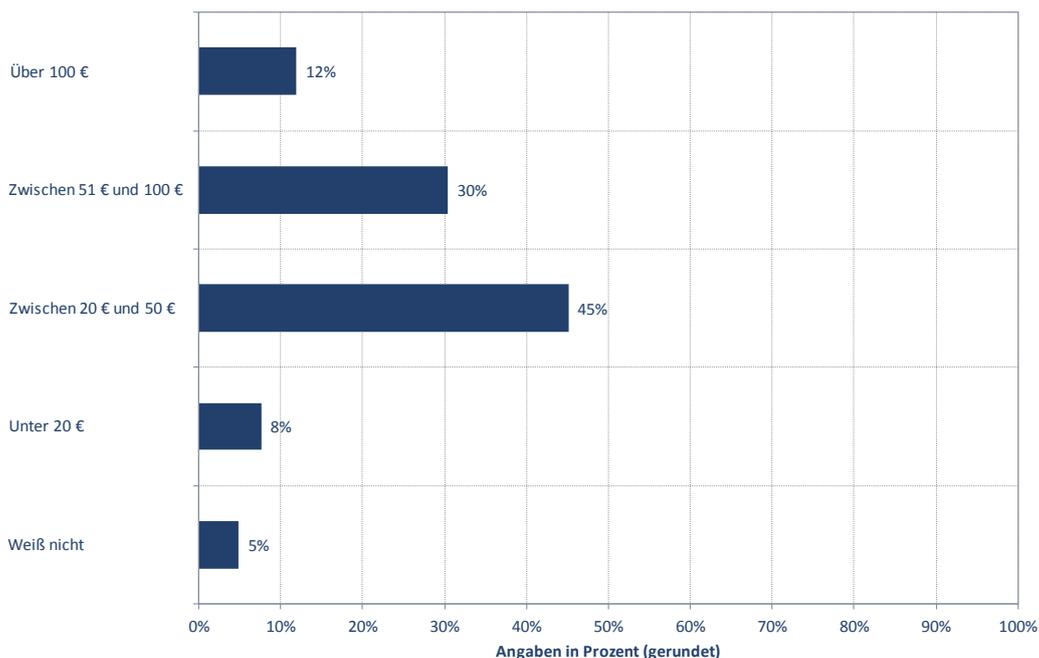
Anmerkung: n = 88 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine Erkrankung diagnostiziert und eine neue Therapie begonnen wurde)

Information bei der Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)

51 % (n = 184) der Befragten wurde in den letzten zwei Jahren in einer Arztpraxis – Zahnärzte ausgenommen – mindestens eine IGeL-Leistungen¹⁰⁹ angeboten oder in Rechnung gestellt.

Fast die Hälfte (45 %, n = 83) der Befragten, denen in den letzten zwei Jahren in einer Arztpraxis eine IGeL-Leistung angeboten oder in Rechnung gestellt worden war, gab an, dass diese einen finanziellen Rahmen zwischen 20 € und 50 € umfasste (Abbildung 28). In 30 % (n = 56) der Fälle betrug die Kosten der angebotenen oder in Rechnung gestellten Leistung zwischen 51 € und 100 €. Eine Leistung im Wert von über 100 € wurde in 12 % (n = 22) der Fälle angeboten oder berechnet.

Abbildung 28: Kosten von angebotenen oder in Rechnung gestellten IGeL-Leistungen



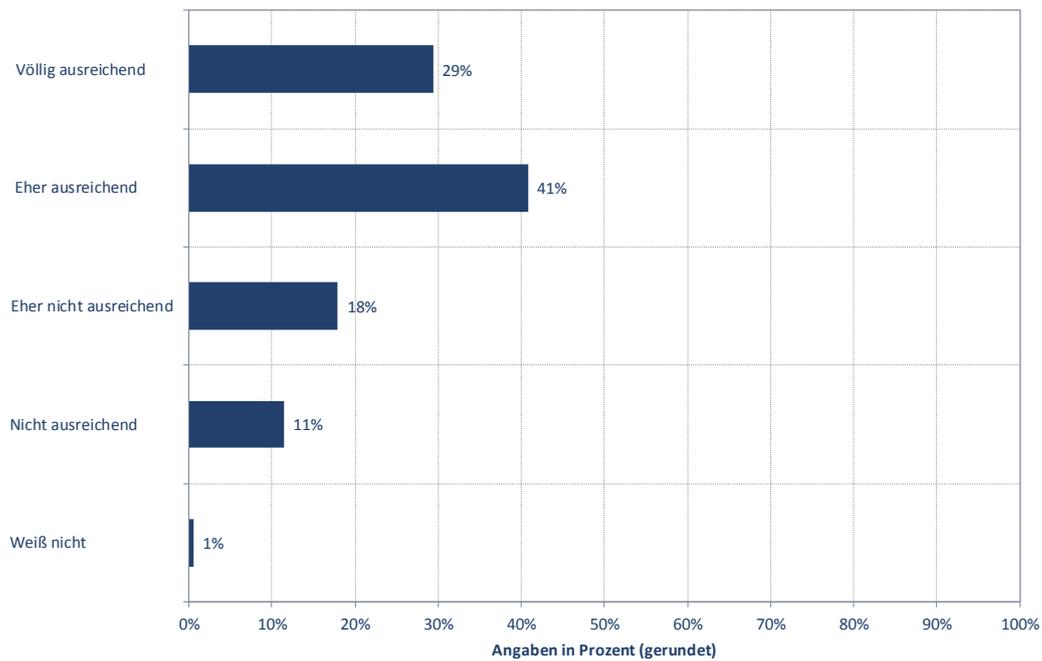
Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 184 (enthält nur Befragte, denen in den letzten zwei Jahren in einer Arztpraxis – Zahnärzte ausgenommen – eine IGeL-Leistung angeboten oder in Rechnung gestellt wurde)

¹⁰⁹ Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind ärztliche Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert werden und daher von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen (z. B. Leistungen zur Krankheitsfrüherkennung, wie zusätzliche Ultraschalluntersuchungen beim Frauenarzt, PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs, Auflichtmikroskop-Untersuchungen zur Hautkrebsfrüherkennung, Augeninnendruckmessungen).

Der überwiegende Teil der Befragten gab an, beim letzten Mal ausreichend über die angebotene Igel-Leistung informiert worden zu sein (Abbildung 29). So wurde der Informationsumfang von 29 % (n = 54) der Befragten als völlig ausreichend und von 41 % (n = 75) als eher ausreichend eingeschätzt. 18 % (n = 33) der Befragten fühlten sich eher nicht ausreichend informiert und 11 % (n = 21) gaben an, nicht ausreichend informiert worden zu sein.

Abbildung 29: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Information des Behandlenden über eine angebotene IGEL-Leistung



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

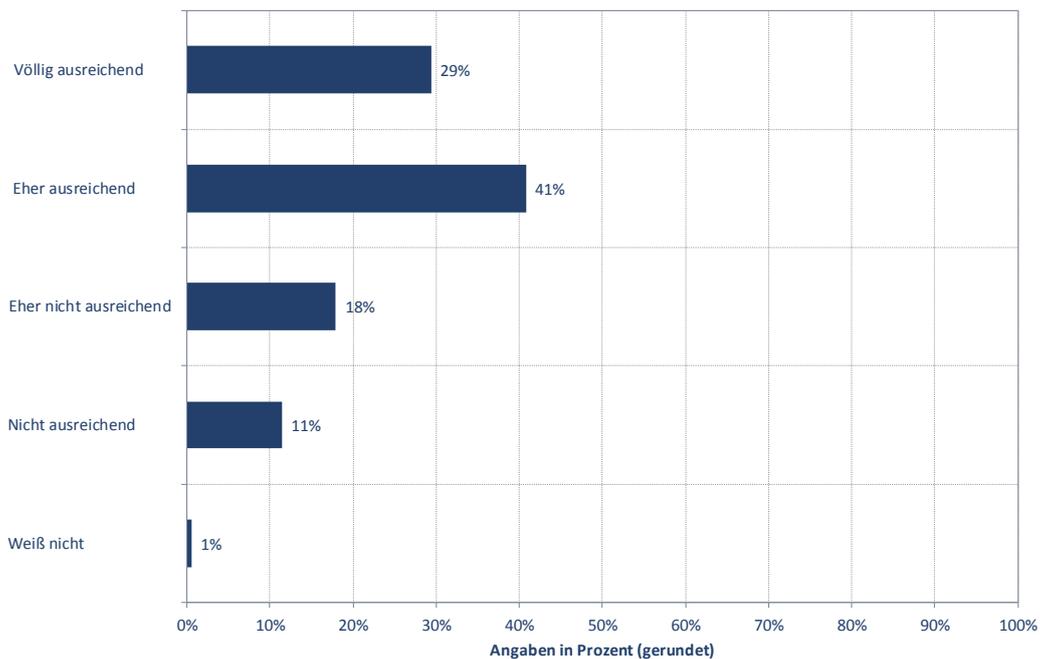
Anmerkung: n = 184 (enthält nur Befragte, denen in den letzten zwei Jahren in einer Arztpraxis – Zahnärzte ausgenommen – eine IGEL-Leistung angeboten oder in Rechnung gestellt wurde)

5.2.3.2 Aufklärung und Einwilligung des Patienten vor medizinischen Maßnahmen

Vor medizinischen Maßnahmen muss der Patient insbesondere über die Art, den Umfang, die Durchführung, die zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten aufgeklärt werden. Außerdem ist bei der Aufklärung auch auf andere übliche Alternativen zu der empfohlenen Maßnahme hinzuweisen, wenn diese zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Insgesamt gaben 144 Befragte an, dass bei ihnen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt wurde. Davon gaben fast alle Befragten (93 %, n = 134) an, vor Durchführung einer geplanten Operation aufgeklärt worden zu sein (Abbildung 30). 3 % (n = 5) wurden nach eigenen Angaben hingegen nicht aufgeklärt, und weitere 3 % (n = 5) konnten sich nicht daran erinnern, ob eine Aufklärung stattgefunden hatte.

Abbildung 30: Anteil der befragten Patienten mit einer geplanten Operation, die zuvor durch den Behandelnden aufgeklärt wurden

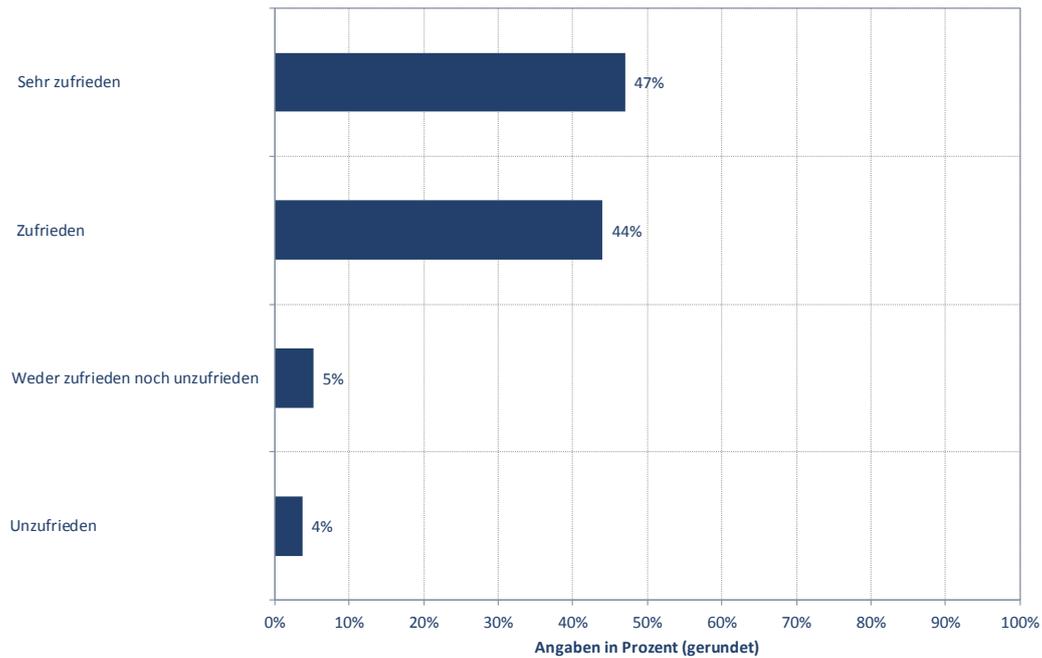


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 144 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt wurde)

91 % (n = 122) der Befragten waren zufrieden oder sehr zufrieden mit der Aufklärung vor geplanten Operationen (Abbildung 31). 5 % (n = 7) waren weder zufrieden noch unzufrieden, und 4 % (n = 5) waren mit der Aufklärung vor geplanten Operationen unzufrieden.

Abbildung 31: Zufriedenheit der befragten Patienten mit der Aufklärung vor einer geplanten Operation

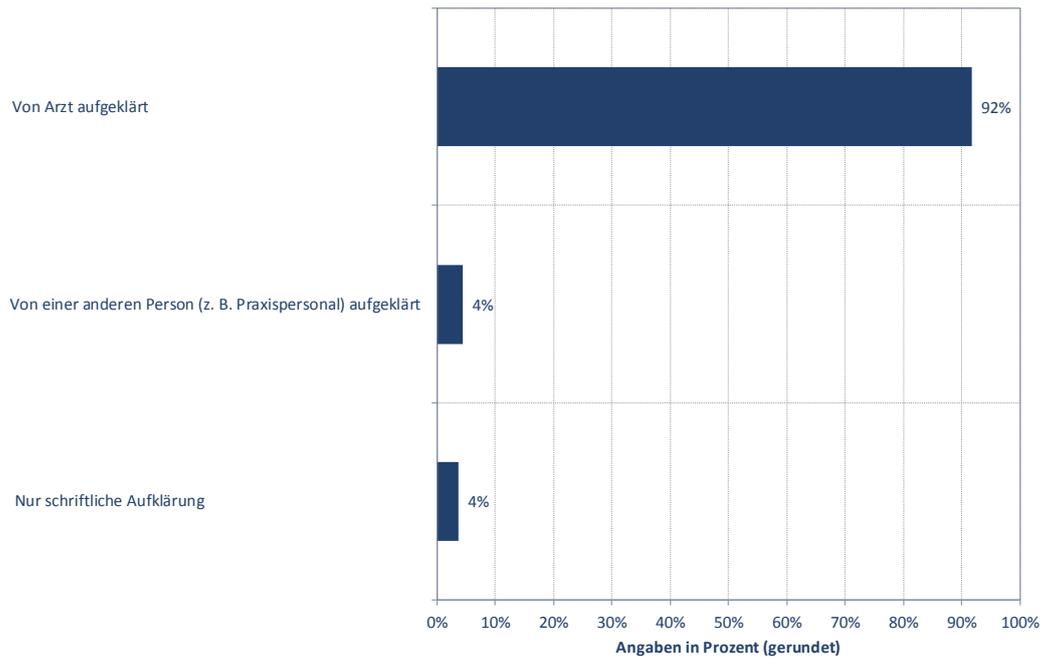


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 134 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt und die vorher aufgeklärt wurden)

Die weit überwiegende Mehrheit der Befragten (92 %, n = 123) wurde von einem Arzt aufgeklärt (Abbildung 32). 4 % (n = 6) der Befragten wurden von einer anderen Person (z. B. Praxispersonal) aufgeklärt, und weitere 4 % (n = 5) wurden ausschließlich schriftlich aufgeklärt.

Abbildung 32: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Person des Aufklärenden bzw. der Art der Aufklärung vor einer geplanten Operation

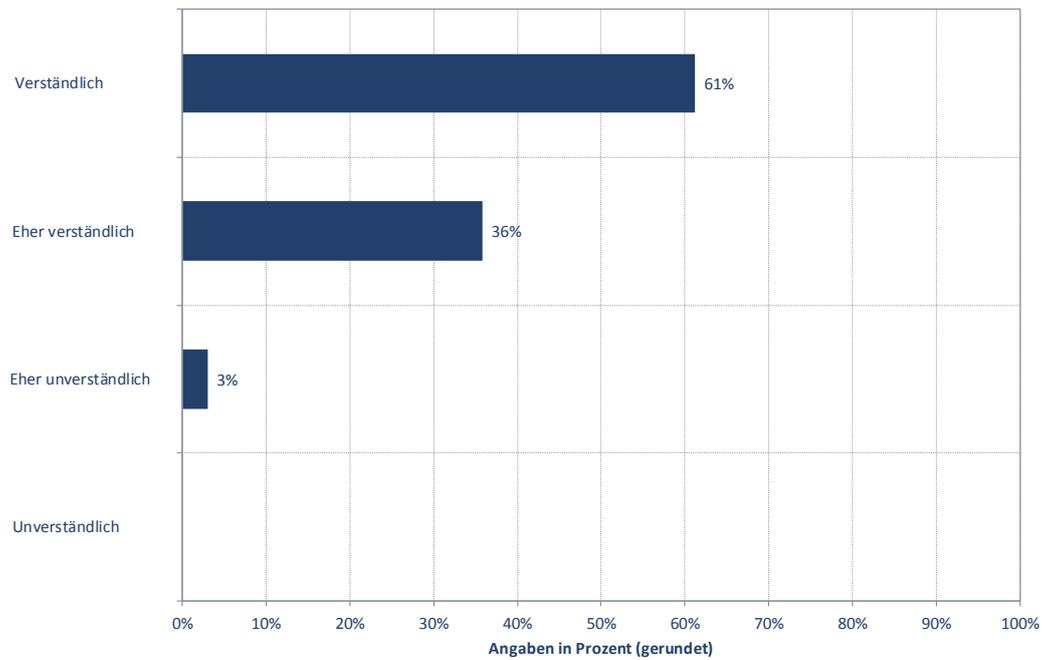


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 134 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt und die vorher aufgeklärt wurden)

Fast alle Befragten (97 %, n = 130) fanden die Aufklärung vor einer geplanten Operation verständlich oder eher verständlich (Abbildung 33). Lediglich 3 % (n = 4) der Befragten gaben an, die Aufklärung sei für sie eher unverständlich gewesen.

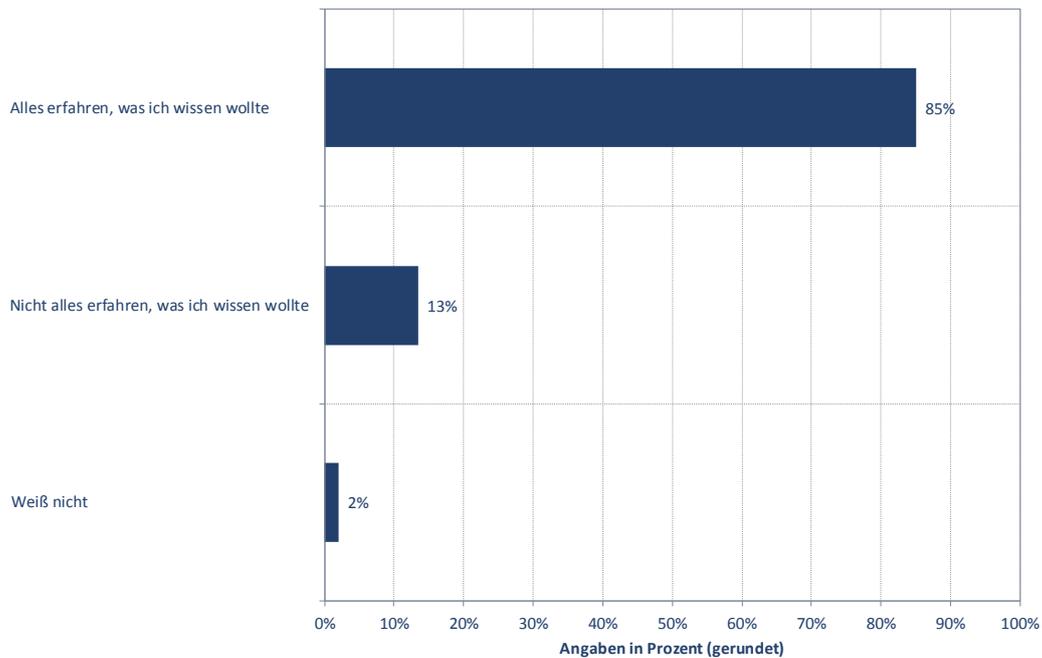
Abbildung 33: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Verständlichkeit der Aufklärung vor einer geplanten Operation



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 134 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt und die vorher aufgeklärt wurden)

Die Mehrheit der Befragten (85 %, n = 114) gab an, im Rahmen der Aufklärung vor geplanten Operationen alles erfahren zu haben, was sie wissen wollten (Abbildung 34).

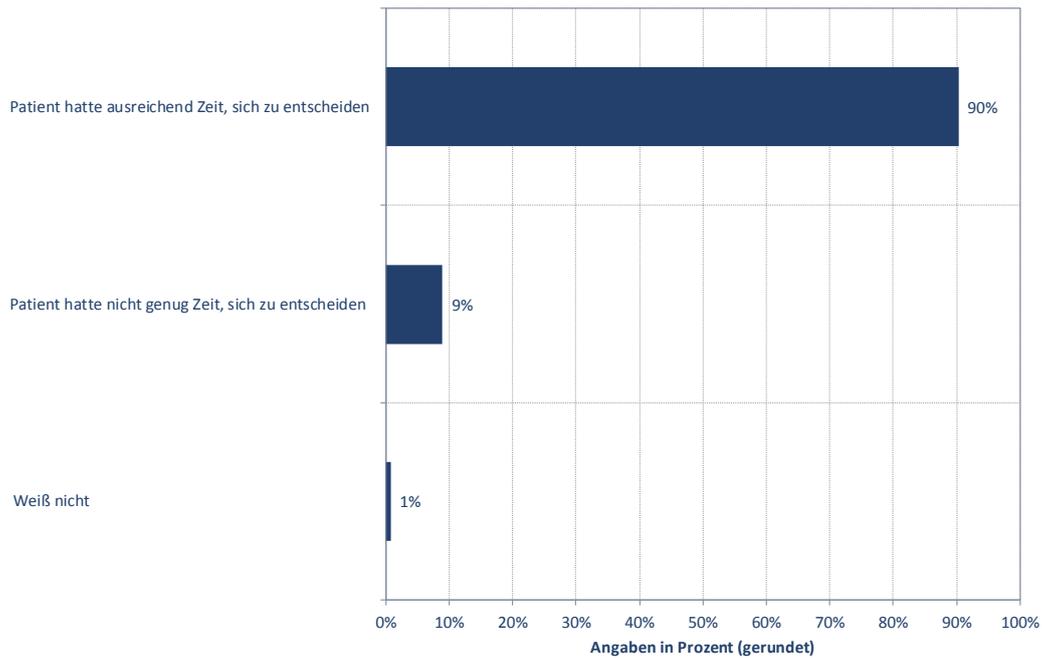
Abbildung 34: Erfahrungen der befragten Patienten mit den Inhalten der Aufklärung vor einer geplanten Operation



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 134 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt und die vorher aufgeklärt wurden)

Der Großteil der Befragten (90 %, n = 121) hatte nach eigenen Angaben ausreichend Zeit, sich nach der Aufklärung für oder gegen die geplante Operation zu entscheiden (Abbildung 35). 9 % (n = 12) der Befragten empfanden die Zeit zwischen Aufklärung und Operation als zu kurz.

Abbildung 35: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Rechtzeitigkeit der Aufklärung vor einer geplanten Operation

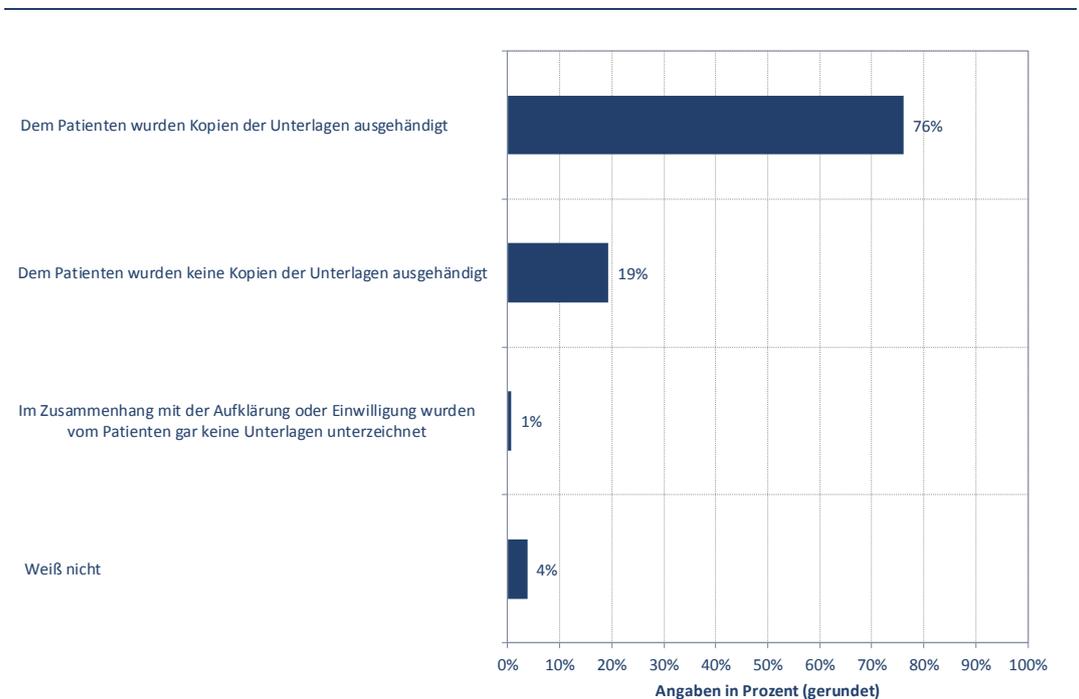


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 134 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt wurde und die vorher aufgeklärt wurden)

76 % (n = 102) der Befragten, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt wurde und die vorher aufgeklärt wurden, bekamen Kopien der Unterlagen, die sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung zu einer geplanten Operation unterzeichnet hatten, ausgehändigt (Abbildung 36). 19 % (n = 26) der Befragten erhielten keine Kopien der unterzeichneten Unterlagen, und 1 % (n = 1) der Befragten hatte keine Unterlagen im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterschrieben.

Abbildung 36: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Aushändigung von Kopien der Unterlagen, die im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung zu einer geplanten Operation vom Patienten unterzeichnet wurden

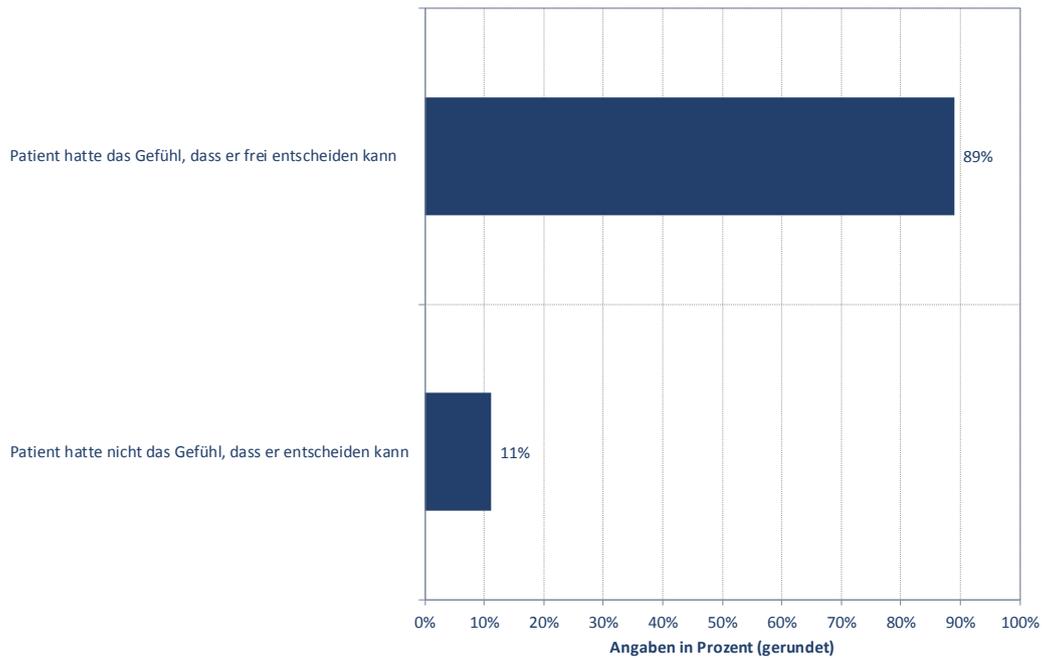


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 134 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt und die vorher aufgeklärt wurden)

Insgesamt hatten 89 % (n = 128) der befragten Patienten und Versicherten den Eindruck, dass die Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer geplanten Operation bei Ihnen lag (Abbildung 37). 11 % (n = 16) hatten nicht das Gefühl, dass sie selbst über die Durchführung entscheiden konnten.

Abbildung 37: Erfahrungen der befragten Patienten mit der Einwilligung in eine geplante Operation



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

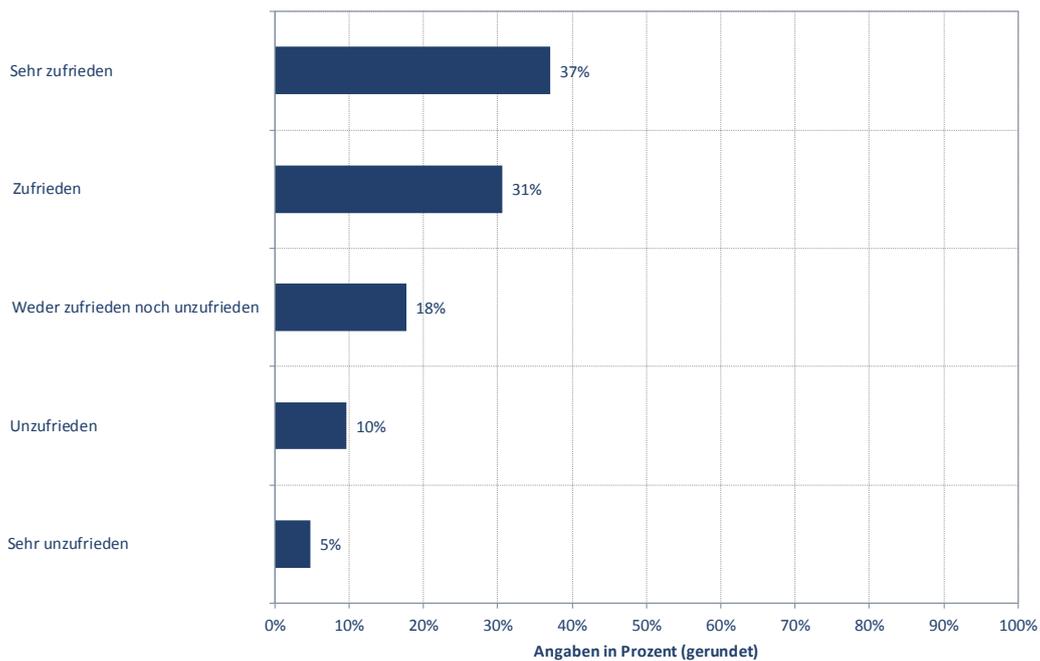
Anmerkung: n = 144 (enthält nur Personen, bei denen in den letzten zwei Jahren eine geplante Operation (keine Notfalloperation) durchgeführt wurde)

5.2.3.3 Einsichtnahme in die Patientenakte

Insgesamt haben 12 % (n = 62) aller 527 Befragten in den letzten zwei Jahren Einsicht in die eigene Patientenakte gefordert. Von den 315 Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt waren, hatten 11 % (n = 34) in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Patientenakte gefordert. Von den 109 Befragten mit mindestens einem stationären Aufenthalt in den letzten 12 Monaten haben 26 % (n = 28) in den vergangenen zwei Jahren angefordert, ihre Akte einzusehen.

Der Großteil der befragten Patienten und Versicherten (68 %, n = 42), die in den letzten zwei Jahren eine Akteneinsicht gefordert hatten, war mit dem Verfahren der Einsichtnahme in die Patientenakte zufrieden oder sehr zufrieden (Abbildung 38). 15 % (n = 9) der Befragten waren mit dem Verfahren zur Einsichtnahme in die eigene Akte unzufrieden oder sehr unzufrieden.

Abbildung 38: Allgemeine Zufriedenheit der befragten Patienten und Versicherten mit dem Verfahren der Einsichtnahme in die Patientenakte

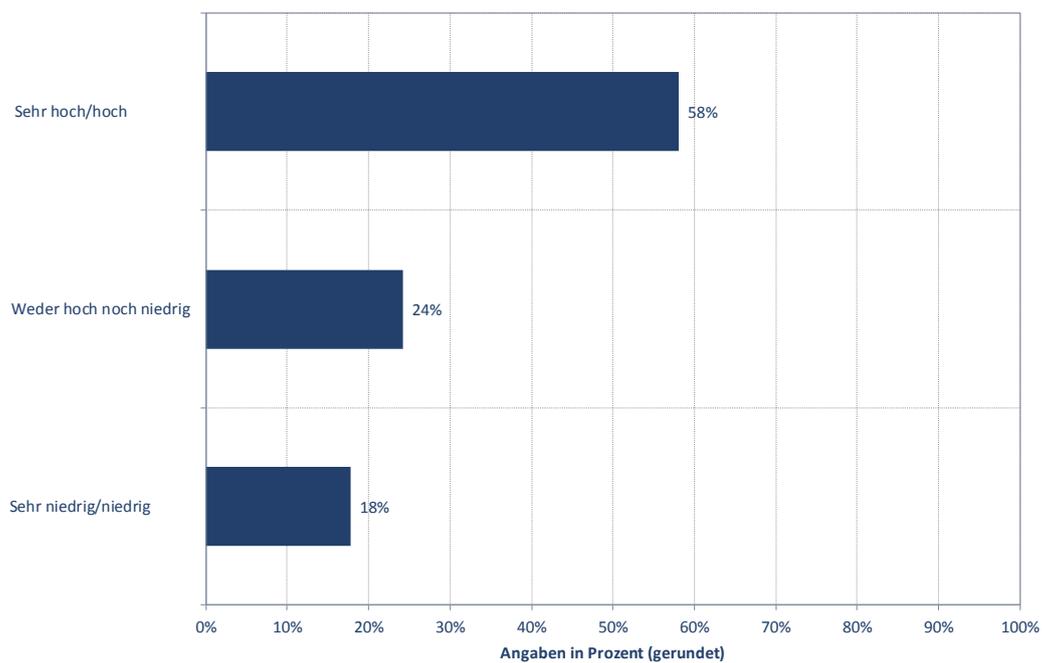


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 62 (enthält nur Personen, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Patientenakte gefordert haben)

Über die Hälfte der befragten Patienten und Versicherten, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Patientenakte gefordert haben (58 %, n = 36), stufte die Bereitschaft des Arztes oder ggf. des Praxispersonals, ihnen Einsichtnahme in die Akte zu gewähren, als sehr hoch oder hoch ein (Abbildung 39). 18 % (n = 11) bewerteten die Bereitschaft des Arztes oder ggf. des Praxispersonals, ihnen Einsichtnahme zu gewähren, als niedrig oder sehr niedrig.

Abbildung 39: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Bereitschaft des Arztes (und ggf. des Praxispersonals), ihnen Einsichtnahme in die Akte zu gewähren

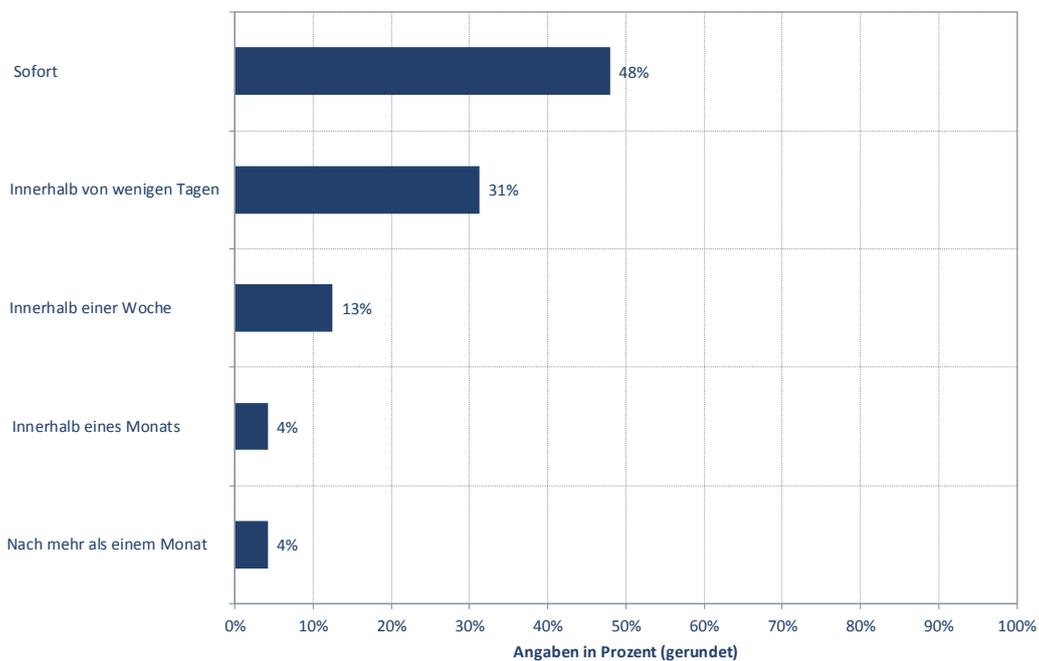


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 62 (enthält nur Personen, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Patientenakte gefordert haben)

Von den befragten Patienten und Versicherten, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Akte gefordert hatten (n = 62), haben 77 % (n = 48) ihre Akte tatsächlich eingesehen. Von diesen wurde dem überwiegenden Teil (79 %, n = 38) die Akte sofort oder innerhalb von wenigen Tagen zur Verfügung gestellt (Abbildung 40). 13 % (n = 6) wurde die Akte innerhalb einer Woche und 4 % (n = 2) innerhalb eines Monats zur Verfügung gestellt. Weitere 4 % (n = 2) konnten die Akte erst nach mehr als einem Monat einsehen.

Abbildung 40: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit dem Zeitrahmen, in dem ihnen Einsichtnahme in ihre Akte gewährt wurde

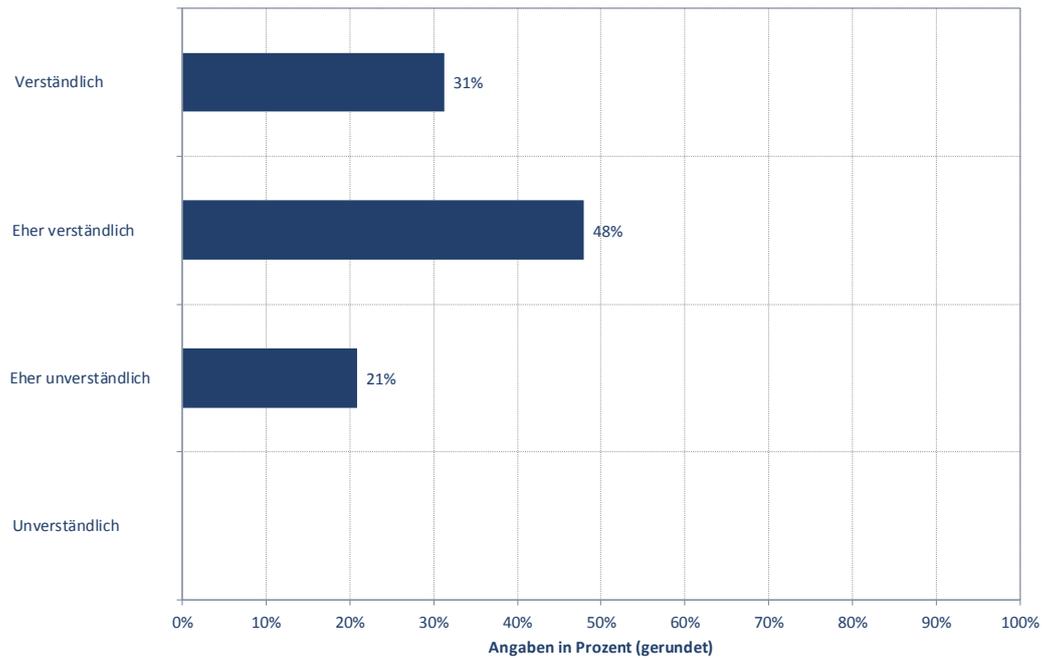


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 48 (enthält nur Personen, die in den letzten zwei Jahren tatsächlich Einsicht in ihre Patientenakte genommen haben)

Von den befragten Patienten und Versicherten, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Akte gefordert und sie tatsächlich eingesehen hatten (n = 48), fanden 79 % (n = 38) die Inhalte der Akte verständlich oder eher verständlich (Abbildung 41). 21 % (n = 10) der Befragten fanden die Inhalte eher unverständlich.

Abbildung 41: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Verständlichkeit der Inhalte der Patientenakte

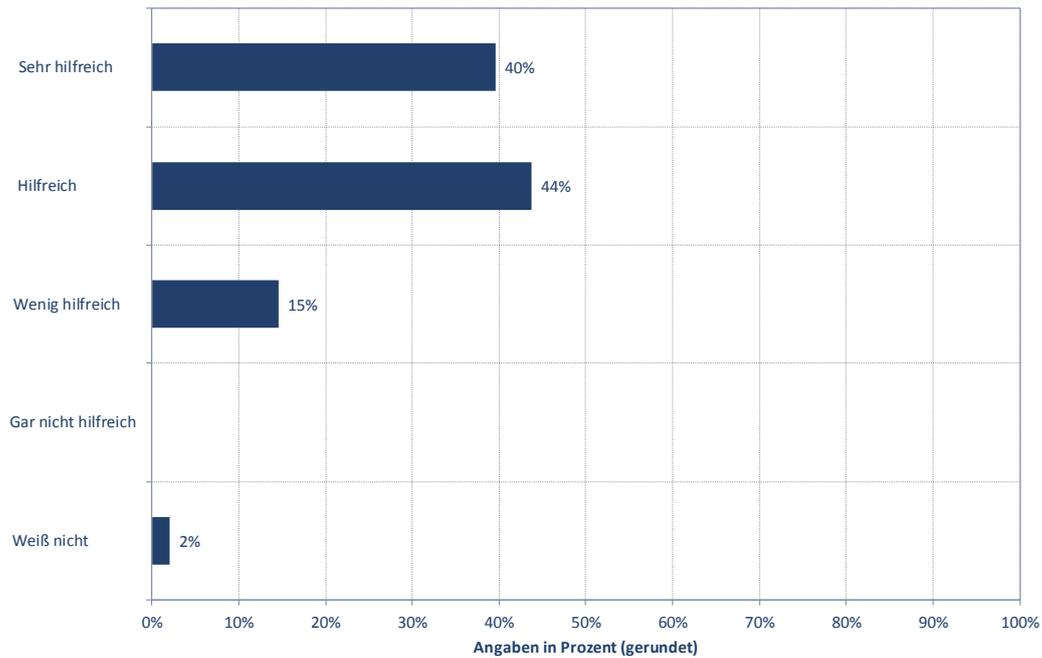


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 48 (enthält nur Personen, die in den letzten zwei Jahren tatsächlich Einsicht in ihre Patientenakte genommen haben)

Von den befragten Patienten und Versicherten, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Akte gefordert und sie tatsächlich eingesehen hatten (n = 48), fand der Großteil (84 %, n = 40) die Einsichtnahme hilfreich oder sehr hilfreich (Abbildung 42). 15 % (n = 7) der Befragten fanden die Einsichtnahme wenig hilfreich.

Abbildung 42: Erfahrungen der befragten Patienten und Versicherten mit der Nützlichkeit der Inhalte der Patientenakte

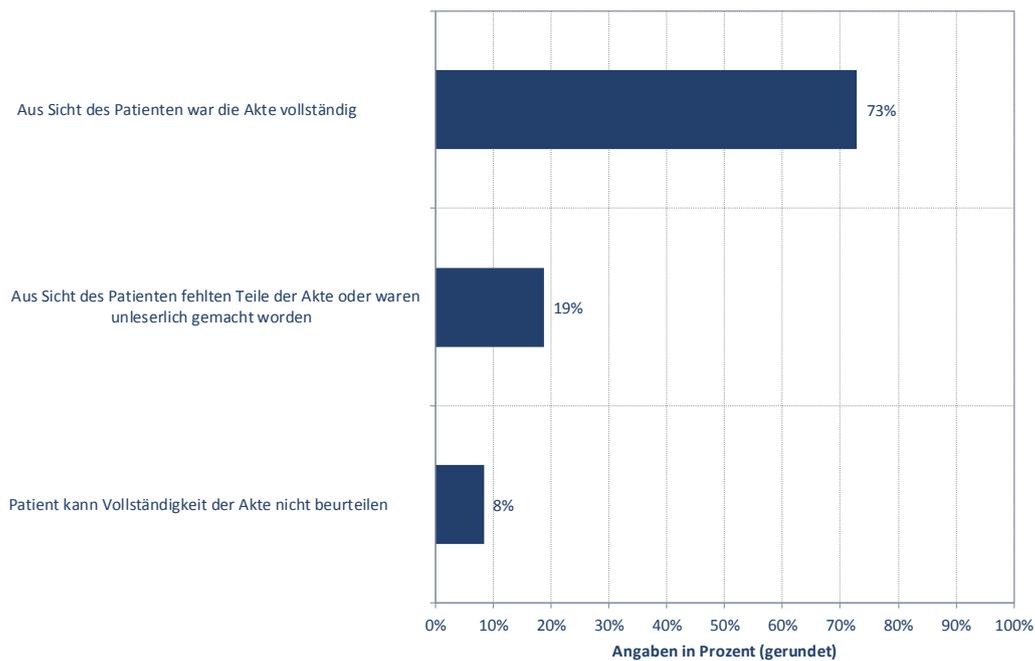


Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 48 (enthält nur Personen, die in den letzten zwei Jahren tatsächlich Einsicht in ihre Patientenakte genommen haben)

Der Großteil der befragten Patienten und Versicherten, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Akte gefordert und sie tatsächlich eingesehen hatten (73 %, n = 35), war der Auffassung, dass ihre Akte vollständig war (Abbildung 43). 19 % (n = 9) der Befragten hatten dagegen den Eindruck, dass Teile der Patientenakte fehlten oder unleserlich gemacht worden waren.

Abbildung 43: Einschätzungen der befragten Patienten und Versicherten zur Vollständigkeit der Patientenakte



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

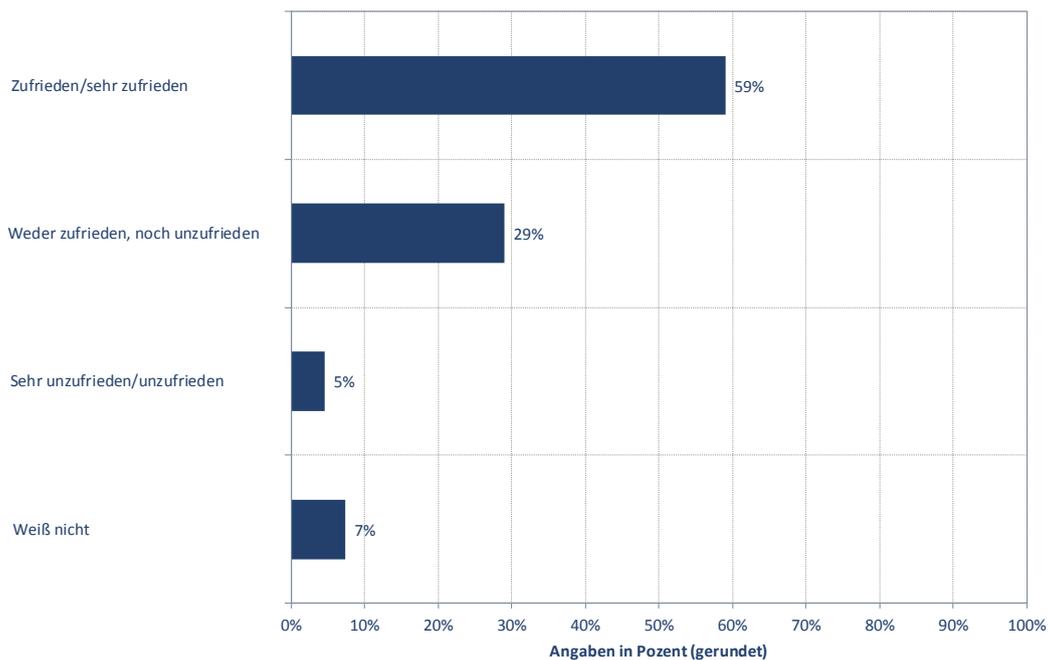
Anmerkung: n = 48 (enthält nur Personen, die in den letzten zwei Jahren tatsächlich Einsicht in ihre Patientenakte genommen haben)

Insgesamt gaben 14 Personen, die in den letzten zwei Jahren Einsicht in ihre Patientenakte gefordert hatten, an, diese letztlich nicht eingesehen zu haben. Darunter war einer Person die Einsichtnahme in die Akte aus therapeutischen Gründen verwehrt worden. Vier Personen war die Einsichtnahme in die Akte aus anderen, nicht therapeutischen Gründen verwehrt worden. Drei Personen war die Anfertigung der Kopien zu teuer, und sie entschieden sich deshalb gegen eine Einsichtnahme in die Akte. Sechs Personen hatten die Akte aus anderen Gründen nicht eingesehen.

5.2.4 Zufriedenheit mit den Patientenrechten

Insgesamt wird deutlich, dass die Mehrheit der Befragten (59 %, n = 311) mit den Rechten als Patient zufrieden ist (Abbildung 44). 29 % (n = 153) der Befragten waren weder zufrieden, noch unzufrieden, und 5 % (n = 24) waren unzufrieden oder eher unzufrieden mit ihren Rechten als Patient.

Abbildung 44: Allgemeine Zufriedenheit mit den Patientenrechten aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung

Anmerkung: n = 527

In der Begründung zum Gesetzentwurf (BT-Drs. 17/10488) wurde als Zielstellung des Patientenrechtegesetzes u. a. formuliert, durch mehr Transparenz hinsichtlich der Rechte als Patient die Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern zu stärken.

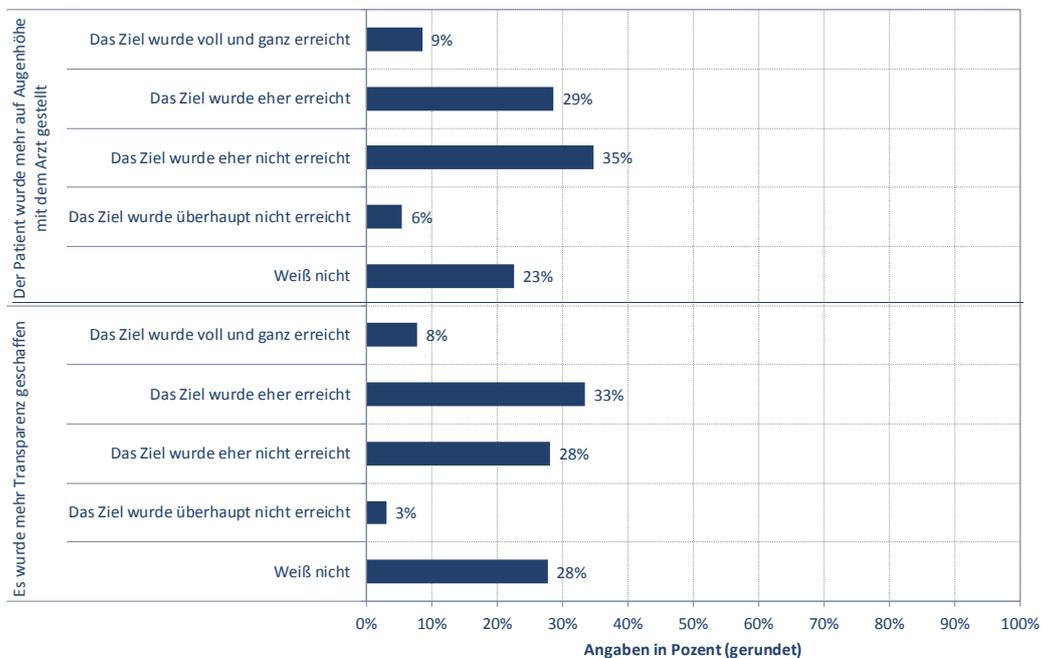
Die Befragten wurden gebeten einzuschätzen, inwieweit die Ziele, die mit der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes verfolgt worden waren, bisher erreicht wurden. Aus den Befragungsergebnissen geht nicht eindeutig hervor, ob die Ziele des Patientenrechtegesetzes aus Sicht der befragten Patienten und Versicherten erreicht wurden oder nicht (Abbildung 45).

Bezüglich des Ziels, den Patienten mehr auf Augenhöhe mit dem Arzt zu stellen, gab der Großteil der Befragten (35 %, n = 183) an, dass dieses Ziel eher nicht erreicht wurde. Demgegenüber antworteten 29 % (n = 151) der Befragten, dieses

Ziel sei eher erreicht worden und 9 % (n = 45) gaben an, dass es voll und ganz erreicht wurde. Fast ein Viertel der Befragten (23 %) wusste keine Antwort auf die Frage, ob das Patientenrechtegesetz dazu beigetragen hat, den Patienten mehr auf Augenhöhe mit dem Arzt zu stellen.

Von den Befragten vertraten 41 % (n = 217) die Ansicht, dass das Patientenrechtegesetz zu einer größeren Transparenz im Gesundheitswesen beigetragen habe. 31 % (n = 164) waren gegensätzlicher Meinung (Ziel wurde eher nicht erreicht/überhaupt nicht erreicht). Mehr als ein Viertel der Befragten (28 %, n = 146) wusste keine Antwort auf die Frage, ob durch das Patientenrechtegesetz mehr Transparenz geschaffen wurde.

Abbildung 45: Einschätzungen der befragten Patienten und Versicherten zur Erreichung der mit dem Patientenrechtegesetz verfolgten Ziele



Quelle: IGES auf Basis der Patienten- und Versichertenbefragung
Anmerkung: n = 527

6. Befragung von Verbänden und Rechtsexperten

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Mit der Befragung wurde angestrebt, etwa 15 Verbände und Rechtsexperten zu befragen. Dazu wurden insgesamt 35 Akteure angeschrieben. Zum Ende der Befragung am 20. Juni 2016 lagen dem IGES insgesamt 23 ausgefüllte Fragebögen vor: darunter 8 Fragebögen von Verbänden der Leistungserbringer, 7 Fragebögen von Patienten- und Wohlfahrtsverbänden, 4 Fragebögen von Krankenkassenverbänden und 4 Fragebögen von Rechtsexperten (Tabelle 14).

Tabelle 14: Rücklauf der Verbände-/Rechtsexpertenbefragung

Akteursgruppe	Akteur/Organisation
Verbände von Leistungserbringern	Bundesärztekammer (BÄK)
	Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
	Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP)
	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)
	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
	Deutscher Hausärzterverband
Patienten- und Wohlfahrtsverbände	Deutscher Caritasverband (DCV)
	Sozialverband VdK Deutschland e. V.(VdK)
	Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte
	Sozialverband Deutschland e. V.(SoVD)
	Verbraucherzentrale Bundesverband
	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)
	BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP)
Krankenkassenverbände	Verband der Privaten Krankenversicherung
	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
	BKK Dachverband
	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.(MDS)
Rechtsexperten	Prof. Dr. Thomas Clemens, Richter a. D. am Bundessozialgericht
	Karl Schreiner, Präsident a. D. des Landgerichts Leipzig
	Prof. Dr. Andreas Spickhoff, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht und Medizinrecht, LMU München
	Lothar Jaeger, Vorsitzender Richter a. D. OLG Köln

Quelle: IGES

6.2 Ergebnisse

6.2.1 Ergebnisse der Befragung zur Information (§ 630c BGB)

Die Informationspflichten des Behandelnden gegenüber dem Patienten sind in § 630c Abs. 2 und 3 BGB geregelt. Entsprechend wurden die Akteure schwerpunktmäßig zu diesen Absätzen befragt. Zu der Ausnahmeregelung bzgl. der Entbehrlichkeit einer Information des Patienten durch den Behandelnden (§ 630c Abs. 4 BGB) wurde lediglich gefragt, ob sich diese Regelung aus Sicht der Akteure in der Praxis bewährt hat und warum.

6.2.1.1 Informationspflicht über die wesentlichen Umstände der Behandlung (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Insgesamt vertritt die Mehrzahl der befragten Akteure die Ansicht, dass die ausdrückliche gesetzliche Verankerung der Informationspflicht des Behandelnden gegenüber dem Patienten über die wesentlichen Umstände der Behandlung (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB) wichtig ist.

Aus Sicht der Mehrzahl der Patienten- und Wohlfahrtsverbände ist die ausdrückliche gesetzliche Verankerung wichtig, da sie sicherstellt, dass dem Behandelnden die Pflicht zur umfassenden Information vergegenwärtigt wird. Ferner biete die gesetzliche Normierung die Möglichkeit für die Patienten, ihr Recht auf Information über die wesentlichen Umstände der Behandlung unmittelbar dem Gesetz zu entnehmen. Für eine partizipative Entscheidungsfindung über die Behandlung sei es notwendig, dass die Patienten genau wüssten, welche Erkrankung sie haben, wie sich diese entwickeln wird, welche Therapieoptionen bestehen und welche Mitwirkungsleistungen/Verhaltensmaßnahmen von ihnen mit Rücksicht auf die Erkrankung, aber auch bei verschiedenen Therapieoptionen gefordert werden.

Von den Verbänden der Behandelnden und auch von den befragten Rechtsexperten wird die Wichtigkeit der gesetzlichen Verankerung der Inhalte des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB unterschiedlich beurteilt. Unwichtig sei die Regelung aus Sicht einiger Akteure, da die Informationspflicht des Behandelnden über die wesentlichen Umstände der Behandlung bereits vor der gesetzlichen Kodifizierung bestanden habe und in der Rechtswirklichkeit anerkannt gewesen sei. Grundsätzlich halten die Akteure die Kodifizierung für eine zutreffende Abbildung der bisherigen Rechtsprechung. Ein Rechtsexperte erklärt außerdem, dass die Regelung des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB für die Praxis genügend Flexibilität lasse, die Informationspflichten weiter zu konkretisieren und gegebenenfalls durch neue, notwendig werdende Informationspflichten zu ergänzen.

Rechtsklarheit

Nach Ansicht eines der Patienten-/Wohlfahrtsverbände könne die Formulierung des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB bei Nichtjuristen –insbesondere bei Patienten –auf Verständnisprobleme stoßen. Dies gelte insbesondere für den Begriff der „wesentlichen Umstände“ der Behandlung. Ein Verband der Behandelnden wie auch einer der befragten Rechtsexperten kritisieren, der Umfang der Verpflichtung zur Information des Patienten über die wesentlichen Umstände der Behandlung (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB) sei – insbesondere in Abgrenzung zur Aufklärungspflicht – nicht ohne Weiteres erkennbar.

Außerdem sei für die Behandelnden unklar, inwieweit eine weitgehende Information der Patienten hinsichtlich des Inhalts und den Umständen der Behandlung sowie den während bzw. nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen bei geringfügigen Behandlungen ebenfalls erforderlich ist.

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Die Mehrzahl der Behandelndenverbände sowie ein Patienten-/Wohlfahrtsverband und ein Rechtsexperte erklären, es habe bereits vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes keine rechtlichen Probleme gegeben. Inhaltlich nehme das Patientenrechtegesetz das auf, was ohnehin durch die Rechtsprechung entwickelt worden ist. Die Regelung habe jedoch zur Rechtssicherheit beigetragen.

Zwei der Rechtsexperten sind sich uneinig, ob die Verletzung einer Informationspflicht i. S. v. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB haftungsrechtliche Relevanz entfalten kann oder nicht. Wenn sich an der Rechtslage durch die Normierung des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB diesbezüglich nichts geändert hätte, würden rechtliche Probleme weiterhin bestehen. Ein Rechtsexperte vertrat jedoch die Auffassung, durch die neue Rechtslage werde klargestellt, dass auch im Rahmen von § 280 Abs. 1 BGB nur die Selbstbestimmungsaufklärung sowie die darauf bezogene Einwilligung im Hinblick auf die Beweislast der Behandlungsseite überantwortet sei.¹¹⁰

Einige Patienten-/Wohlfahrtsverbände erklären, dass es Patienten nach wie vor praktisch nicht möglich sei, als medizinischer Laie und ohne das notwendige medizinische Fachwissen zu erkennen, geschweige denn zu beweisen, dass sie nur unzureichend über die wesentlichen Umstände der Behandlung informiert wurden.

Entsprechend ist die Mehrzahl der Patienten-/Wohlfahrtsverbände und der Rechtsexperten der Auffassung, dass hinsichtlich der haftungsrechtlichen Konsequenzen weiterhin rechtliche Probleme bestehen.

¹¹⁰ Bei § 280 Abs. 1 BGB trägt sonst der Gläubiger – hier der Patient – grundsätzlich die Beweislast für die objektive Pflichtverletzung.

Einige Patienten-/Wohlfahrtsverbände sind der Auffassung, die Normierung in § 630c Abs. 2 S. 1 BGB habe neue rechtliche Probleme geschaffen: Durch die Regelung könnte im Zweifelsfall davon ausgegangen werden, dass die Information erfolgt sei und der Patient beweispflichtig für das Gegenteil ist.

Ein Teil der Behandelndenverbände sowie einer der befragten Rechtsexperten sehen ebenfalls neue rechtliche Probleme durch die Normierung des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB insoweit, als sich die Frage stelle, wie eine Information sowohl über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, als auch die Therapie und die während und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen bereits „zu Beginn der Behandlung“ erfolgen sollte, wenn zu diesem Zeitpunkt häufig noch gar keine Aussagen dazu getroffen werden könnten. Aus Sicht der Behandelndenverbände kann der Behandelnde zu Beginn der Behandlung häufig nur Vermutungen hinsichtlich der Diagnose äußern, da die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist. Solche Vermutungen können den Patienten jedoch unnötig verunsichern.

Auswirkungen des Gesetzes auf die Information über die wesentlichen Umstände der Behandlung

Im Hinblick auf die Wirkung der gesetzlich verankerten Pflicht der Behandelnden, ihre Patienten über die wesentlichen Umstände der Behandlung zu informieren (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB), wurde außerdem gefragt, ob die Patienten – verglichen mit der Zeit vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes – nun besser über ihre Behandlung informiert werden.

Aus den Antworten der Patienten-/Wohlfahrtsverbände lässt sich schlussfolgern, dass die gesetzliche Pflicht teilweise die Informationsbereitschaft befördert hat, zugleich aber nach wie vor große Mängel bei der Information von Patienten bestehen. Die Behandelndenverbände machten zum Großteil keine Aussage dazu, ob sich die Information der Patienten verbessert habe.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Den meisten Verbänden der Behandelnden sind nach eigenen Angaben keine Beschwerden oder Rechtsstreitigkeiten bzw. Anfragen ihrer Mitglieder zu § 630c Abs. 2 S. 1 BGB bekannt. Deshalb gehen sie davon aus, dass die Regelung umfassend oder weitgehend umgesetzt werde.

Die Patienten- und Wohlfahrtsverbände sind dagegen mehrheitlich der Auffassung, die Regelung werde nur teilweise umgesetzt. Sie berichten von erheblichen Unterschieden bzgl. des Umfangs der Information über die Umstände der Behandlung ggü. den Patienten. Vieles hänge vom persönlichen Engagement des Behandelnden und den äußeren Bedingungen (Zeit, Personal) ab. Außerdem seien die Informationen des Behandelnden für Laien nicht immer verständlich und es bleibe unklar, wie häufig eine Rückversicherung dahingehend geschehe, ob der Patient die Erklärung des Behandelnden verstanden habe.

Der Großteil der befragten Akteure benennt bzgl. der Information der Patienten über die wesentlichen Umstände der Behandlung Faktoren, die deren Umsetzung verhindern oder erschweren.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände geben u. a. folgende Gründe für die aus ihrer Sicht mangelnde Umsetzung des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB an:¹¹¹

- ◆ geringe Kenntnis der Behandelnden über die eigenständige Verpflichtung zur Information über die wesentlichen Umstände der Behandlung – vielfach werde die Information nach § 630c Abs. 2 S. 1 BGB mit der Risikoaufklärung vor einem Eingriff nach § 630e BGB gleichgestellt, verwechselt oder bewusst „zeitgleich“ vorgenommen,
- ◆ von Seiten der Behandelnden mangelnde kommunikative Kompetenzen und Sprachbarrieren, Zeitdruck bzw. mangelnde Abrechnungsmöglichkeit der Informationsgespräche, Unsicherheit über Art und Umfang der Information (insbesondere bei kognitiv und kommunikativ eingeschränkten Patienten),
- ◆ fehlende standardisierte Informationsmaterialien für die Patientengespräche, so dass diese von den Behandelnden als erhebliche zeitliche Belastung ohne Honorierung empfunden werden,
- ◆ fehlende Sanktionsmöglichkeiten bei Nichterfüllung der Informationspflicht gem. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB,
- ◆ fehlende Verpflichtung zur Dokumentation des Informationsgesprächs (unklare bzw. fehlende Koppelung an die Dokumentationspflichten nach § 630f BGB) erschwert für Patienten den Nachweis, dass keine (ausreichende) Information stattgefunden hat und
- ◆ fehlende einschlägige Qualitätssicherungsmaßnahmen, die die Einhaltung überprüfen – allerdings seien solche Maßnahmen aufgrund der vielfach fehlenden Dokumentation auch kaum möglich.

Aus Sicht der Behandelndenverbände sind Faktoren, die eine Information der Patienten i. S. d. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB erschweren vor allem:

- ◆ Sprachbarrieren beim Patienten,
- ◆ „Halbwissen“ der Patienten aufgrund von Internetrecherchen („googeln“) des Patienten zur eigenen Information und
- ◆ möglicher erheblicher Mehraufwand und zeitliche Verzögerungen bei der Information (geistig) behinderter Patienten sowie ihrer häufig wechselnden Betreuer.

¹¹¹ Hierbei handelt es sich um eine Betrachtung des gesamten Spektrums der angegebenen Gründe. Dementsprechend hat nicht jeder Verband jeden dieser Punkte genannt. Das gilt auch für weitere Auflistungen der Hemmfaktoren für die Umsetzung aus Sicht verschiedener Akteursgruppen im Kapitel 6.2.

Weiterer Handlungsbedarf

Aus den genannten Faktoren, die die Umsetzung des § 630c Abs. 2 S. 1 BGB behindern, leiten die Patienten-/Wohlfahrtsverbände insbesondere folgende Handlungsbedarfe ab:¹¹²

- ◆ eine Ergänzung des Gesetzestextes dahingehend, dass die Information des Patienten „in verständlicher Weise“ zu erfolgen habe (vgl. § 630e Abs. 2 Nr. 3. BGB),
- ◆ eine Ergänzung des Gesetzestextes dahingehend, dass dem Patienten (auf Verlangen auch schriftlich) mitzuteilen ist, wer ihn behandelt,
- ◆ die verpflichtende Einforderung einer Bestätigung des Patienten über die Verständlichkeit der Informationen über die wesentlichen Umstände der Behandlung,
- ◆ die Verpflichtung, die Informationen nach § 630c Abs. 2 S. 1 BGB grundsätzlich¹¹³ in schriftlicher Form an den Patienten weiterzureichen,
- ◆ die Ermöglichung eines Zugangs zu Dolmetscherkompetenz,
- ◆ die Förderung von Arzt-Patienten Kommunikations-Schulungen,
- ◆ die Klarstellung, dass die Informationspflicht immer dann greift, wenn der Patient mit Behandlungsschritten bzw. Erkrankungen konfrontiert wird, die ihm bisher nicht bekannt sind (auch bei Bagatellerkrankungen),
- ◆ die verpflichtende Vorgabe, im Rahmen der Information über die Umstände der Behandlung bereits mögliche Behandlungsalternativen zu nennen, um die Entscheidungsfindung des Patienten und sein Selbstbestimmungsrecht zu unterstützen (dazu zählt auch die Nennung von Risiken und potentielltem Nutzen der Behandlung),
- ◆ die Klarstellung dahingehend, dass im Rahmen der Dokumentation nach § 630f BGB auch Zeitpunkt und grober Umfang des Informationsgesprächs zu dokumentieren sind, damit die Leistung in Abrechnungsfähigkeit und Qualitätssicherung aufgenommen werden kann sowie
- ◆ eine Evaluation der Umsetzung in der Praxis über die vorliegende Befragung hinaus.

¹¹² Hierbei handelt es sich um eine Betrachtung des gesamten Spektrums der angegebenen Handlungsbedarfe. Dementsprechend hat nicht jeder Verband jeden dieser Punkte genannt. Das gilt auch für weitere Auflistungen der Handlungsbedarfe aus Sicht verschiedener Akteursgruppen im Kapitel 6.2.

¹¹³ Oder zumindest in solchen Fällen, in denen der Patient erkennbar nicht in der Lage ist, die mündliche Kommunikation vollständig zu erfassen, eine neue Diagnose gestellt wird oder eine veränderte Diagnose einer erheblichen Erkrankung vorliegt, die einen längeren Behandlungsverlauf nach sich zieht.

Laut der Behandelndenverbände gibt es keinen weiteren Handlungsbedarf im Hinblick auf die Informationspflicht über die wesentlichen Umstände der Behandlung.

Die Rechtsexperten geben an, dass vor allem folgende Faktoren eine Information der Patienten i. S. d. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB erschweren:

- ◆ Mangelhafte Ausbildung und mangelhafte Kommunikationsfähigkeit der Ärzte,
- ◆ Mangelhaftes Verständnisvermögen der meisten Patienten und
- ◆ Zeitdruck im ärztlichen Berufsalltag.

Grundsätzlich ist der Großteil der Rechtsexperten bzgl. des weiteren Handlungsbedarfs zu § 630c Abs. 2 S. 1 BGB der Auffassung, dass der Gesetzgeber die Ursachen der Defizite nicht beseitigen kann. Der einzige Vorschlag, der von einem Rechtsexperten im Hinblick auf möglichen Handlungsbedarf geäußert wird, ist die Änderung der Formulierung „zu Beginn der Behandlung“ in „zu gegebener Zeit“, um die Information des Patienten i. S. d. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB nicht zu einem Zeitpunkt zu verlangen, zu dem noch keine Diagnose gestellt werden könne.

6.2.1.2 Informationspflicht bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Aus Sicht der Patienten- und Wohlfahrtsverbände ist die in § 630c Abs. 2 S. 2 BGB ausdrücklich benannte Informationspflicht des Behandelnden hinsichtlich eigener und fremder Behandlungsfehler zu begrüßen, und eine gesetzliche Verankerung war aus ihrer Sicht notwendig. Ein Patientenverband bewertet die Regelung sogar als einen echten Fortschritt. Auch die Krankenkassenverbände halten die aktuelle Regelung zur Informationspflicht über Behandlungsfehler für wichtig.

Die Verbände der Behandelnden lehnen die Informationspflicht bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB) dagegen mehrheitlich ab, da diese trotz des Verwertungsverbots (§ 630c Abs. 2 S. 3 BGB) nicht mit den Vorgaben des BVerfG zur Einschränkung des Prinzips der Selbstbelastungsfreiheit (Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 GG) vereinbar sei. Ein Behandelndenverband befürchtet, dass die Aussage des Behandelnden zu einem Behandlungsfehler trotz des Verwertungsverbots (§ 630c Abs. 2 S. 3 BGB) als Schuldanerkenntnis i. S. d. § 781 BGB missverstanden werden könnte.¹¹⁴

Aus Sicht der Rechtsexperten ist die Informationspflicht bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler wichtig oder eher wichtig. Ein Rechtsexperte

¹¹⁴ Damit wird eher die allgemeine Problematik von Anerkenntnissen, die kein abstraktes oder deklaratorisches Schuldanerkenntnis darstellen, gemeint sein.

hebt die Regelung als eine wesentliche sachliche Innovation des Patientenrechtegesetzes hervor, da diese – entgegen der Gesetzesbegründung – über die bisherige Rechtsprechung hinausgehe. Er begründet dies folgendermaßen:

„Es handelt sich dabei keineswegs (wie gelegentlich zu lesen ist) um eine sinn- und funktionslose Norm. Sie kann durchaus – bei der Nachfragevariante – zu einem zusätzlichen Haftungsrisiko führen, wenn auch eher in Randbereichen. Ihre Präventivwirkung dürfte sich insbesondere in der Abwägung der straf- und strafverfahrensrechtlichen Implikationen zeigen. Außerdem ist zu vermuten, dass private und gesetzliche Krankenversicherungen versuchen werden, am Nutzen des Informationsgewinns zum Zwecke der Realisierung von Regressforderungen zu partizipieren.“

Rechtsklarheit

Im Hinblick auf die Informationspflicht bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB) kritisieren mehrere Verbände der Behandelnden wie auch einige Patienten-/Wohlfahrtsverbände die Formulierung „erkennbare Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“. Die Formulierung verlege die Selbstbeziehungspflicht zu weit in den Bereich des Ungewissen. Darüber hinaus sei nicht erkennbar, ob hinsichtlich der Verpflichtung zur Offenbarung von Behandlungsfehlern auf einen objektiven oder subjektiven Maßstab abgestellt werde. Auch sei nicht ersichtlich, welche Reichweite die Offenbarungspflicht aufweise: ob sie sich darauf beschränke, dass der Behandelnde über die äußeren Umstände informiert, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, mithin also lediglich einen nicht intendierten Zustand des Patienten offenbaren müsse, oder, ob der Behandelnde so umfängliche Informationen über einen Behandlungsfehler preisgeben solle, dass die weiterhin fortbestehende Beweislast des Patienten faktisch umgekehrt würde.

Ein Teil der Patienten-/Wohlfahrtsverbände befürchtet, die Behandelnden könnten den Patienten aufgrund der unklaren Formulierung nur über gravierende Behandlungsfehler informieren. Fehler, wie z. B. Narbenbildung, die auf eine nicht dem „state of the art“ entsprechende Behandlung zurückzuführen sind, würden unter Umständen nicht als Behandlungsfehler klassifiziert.

Ein Teil der Behandelndenverbände sieht hingegen eine mögliche Gefahr darin, dass der Behandelnde für einen (fremden) Behandlungsfehler haften könnte, den er nicht erkannt habe, obwohl ihm das objektiv möglich gewesen wäre.

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Der Großteil der Verbände der Behandelnden erklärt, dass es vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes bereits keine rechtlichen Probleme gegeben im Hinblick auf die Information von Patienten über Behandlungsfehler habe.

Ein Behandelndenverband und ein Teil der Rechtsexperten vertreten die Ansicht, dass die Regelung rechtliche Probleme beseitigt habe. Begründet wird dies vor allem damit, dass die Informationspflicht über Behandlungsfehler vorher in ihrem

Umfang umstritten gewesen sei und erst durch das Patientenrechtegesetz Klarheit über die Hinweispflicht bestehe.

Insgesamt hat das Gesetz (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB) nach Ansicht der meisten Befragten jedoch nicht dazu beigetragen, rechtliche Probleme zu beseitigen.

Ein Teil der Behandelndenverbände erklärt, es seien neue rechtliche Probleme geschaffen worden, da der Behandelnde nun entscheiden solle, wann ein Behandlungsfehler im juristischen Sinne vorliege. Dies sei ohne juristische Kenntnisse jedoch nicht möglich. Außerdem sei die Frage der Verwertbarkeit entsprechender Offenbarungen in Straf- oder Bußgeldverfahren ungeklärt.

Auswirkungen des Gesetzes auf die Information über Behandlungsfehler

Auf Basis der Antworten der befragten Akteure kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Regelung des § 630c Abs. 2 S. 2 BGB zu einer besseren Information der Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler geführt hat.

Während die überwiegende Mehrzahl der Patienten- und Wohlfahrtsverbände eine solche Verbesserung verneint, vertritt ein Patientenverband die Ansicht, dass zumindest die Sensibilität bzgl. der Wahrnehmung von Behandlungsfehlern auf Patientenseite gestiegen sei.

Ein Großteil der Krankenkassen und Patienten-/Wohlfahrtsverbände erklärt dies damit, dass das Problem, dass Patienten keine verlässliche Kenntnis davon hätten bzw. erlangen könnten, ob fachlich der Verdacht auf einen Behandlungsfehler vorliegt, weiterhin bestehe: Der Behandelnde sei weiterhin nicht verpflichtet, den Patienten unaufgefordert über einen Behandlungsfehler zu unterrichten, soweit keine gesundheitliche Gefahr des Patienten bestehe.

Der Großteil der Behandelndenverbände gibt an, keine Aussage dazu treffen zu können, ob der § 630c Abs. 2 S. 2 BGB zu einer verbesserten Information der Patienten geführt hat.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Den befragten Verbänden fällt es schwer, einzuschätzen, inwiefern die Informationspflicht bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB) in der Praxis umgesetzt wird.

Die Mehrzahl der Behandelndenverbände enthält sich einer Antwort mit der Begründung, dass ihnen keine Informationen im Hinblick auf die Umsetzung der Regelung vorliegen. Nur zwei Verbände der Behandelnden geben an, die Regelung werde umfassend umgesetzt, da ihnen keine gegenteiligen Informationen vorlägen.

Die Patienten- und Wohlfahrtsverbände sind dagegen mehrheitlich der Auffassung, die Regelung werde nur eingeschränkt umgesetzt. Sie begründen ihre Einschätzung damit, dass viele der von ihnen betreuten Patienten über mangelnde Offenheit der Behandelnden im Hinblick auf mögliche Fehler berichteten. Hinweise auf einen vermeintlichen Behandlungsfehler würden, wenn überhaupt

i. d. R. nur mündlich und inoffiziell gegeben. Bei ambulanten Behandlungsfehlern findet nach Einschätzung eines Patientenverbandes die Kommunikation seltener statt als im stationären Bereich. Im stationären Setting sei allerdings zu beobachten, dass Behandlungsfehler zwar häufiger mündlich kommuniziert werden, aber nicht in der Patientenakte dokumentiert werden.

Faktoren, welche die Umsetzung erschweren

Aus Sicht der deutlichen Mehrzahl der befragten Akteure gibt es Faktoren, die eine Information der Patienten bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler durch den Behandelnden i. S. d. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB verhindern oder erschweren. Dementsprechend sehen die meisten Akteure auch weiteren Handlungsbedarf im Hinblick auf die Informationspflicht bei Vorliegen eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB).

Die mangelnde Umsetzung des § 630c Abs. 2 S. 2 BGB liegt aus Sicht mehrerer Patienten-/Wohlfahrtsverbände und Rechtsexperten insbesondere daran, dass die Hürde der Nachfrage für viele Patienten sehr hoch ist: Sie seien im Arzt-Patientenverhältnis bezogen auf das medizinische Fachwissen unterlegen und hätten häufig Hemmungen, einen sie behandelnden Arzt mit einer Vermutung oder einem vermeintlichen Vorwurf zu konfrontieren.

Sowohl von Seiten der Patienten-/Wohlfahrtsverbände als auch von Behandelndenverbänden wurden haftpflichtversicherungsrechtliche Unsicherheiten (möglicherweise Verlust des Versicherungsschutzes bei Schuldanerkenntnis) als ein Grund für ein zurückhaltendes Informationsverhalten der Behandelnden genannt.

Einige Verbände der Behandelnden sehen ein Umsetzungsproblem darin, dass die Einstufung eines Sachverhaltes als Behandlungsfehler eine juristische Bewertung sei, für die der Behandelnde häufig weder über die Kompetenz noch über die notwendigen Informationen verfüge. Auch vertreten sie die Auffassung, dass der Ausgleich zwischen der (Selbst-)Offenbarungspflicht und dem berufsrechtlichen Kollegialitätsgebot sowie dem nemo-tenetur-Grundsatz nicht in zufriedenstellender Art und Weise gelungen sei: Die Regelung sei nicht mit den Vorgaben des BVerfG zur Einschränkung des Prinzips der Selbstbelastungsfreiheit (Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 GG) vereinbar, zumal die Regelung des § 630c Abs. 2 S. 2 BGB die Schwelle der Selbstbezeichnung in den Bereich der Vermutung vorverlegt habe.

Von einigen Rechtsexperten wird ein Umsetzungsproblem vor allem darin gesehen, dass dem Arzt die Nachfrage von Seiten des Patienten sowie die diesbezügliche Antwort des Arztes im Streitfall nachgewiesen werden müsse; auch diesbezüglich gebe es ein Dokumentationsdefizit.

Ein Teil der Patienten-/Wohlfahrtsverbände sieht darüber hinaus noch die mangelnde Sanktionsbewehrung der Vorschrift sowie eine Unkenntnis vieler Behandelnder über die Informationspflicht als Ursachen für eine mangelhafte Umsetzung der Regelung.

Die Krankenkassenverbände geben mehrheitlich an, die Umsetzung scheitere vor allem daran, dass die Einhaltung der Regelung kaum prüfbar sei und Verstöße nicht sanktioniert werden.

Weiterer Handlungsbedarf

Sowohl mehrere Patienten-/Wohlfahrtsverbände als auch Rechtsexperten und Krankenkassenverbände sprechen sich dafür aus, dass die Behandelnden ihre Patienten immer informieren müssen, wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Diese Informationspflicht sollte nicht von einer Nachfrage des Patienten bzw. von Gesundheitsgefahren abhängig gemacht werden. Sowohl von einigen Rechtsexperten als auch von einem Patienten-/Wohlfahrtsverband wird in diesem Zusammenhang vorgeschlagen, die Informationspflicht über Behandlungsfehler in die allgemeine Informationspflicht des Behandelnden zu integrieren.

Aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände sollte darüber hinaus vor allem

- ◆ die Informationspflicht auch auf Behandlungsfehler ausgedehnt werden, die keine unmittelbaren gesundheitlichen Risiken bedeuten (z. B. das Abbrechen des Bohrers beim Zahnarzt),
- ◆ der Arzt zur Dokumentation von Umständen, die einen Behandlungsfehler vermuten lassen, verpflichtet werden,
- ◆ die Verpflichtung zur proaktiven Information bei gesundheitlicher Gefahr noch klarer formuliert und in der ärztlichen Aus- und Fortbildung bzw. Fachpresse stärker kommuniziert werden,
- ◆ juristisch geprüft werden, ob sichergestellt ist, dass den Behandelnden durch Eingestehen eines Fehlers keine zivilrechtlichen Probleme mit ihrer Versicherung etc. drohen (das Ergebnis sollte breit kommuniziert und bekannt gemacht werden) und
- ◆ die Nichterfüllung der Informationspflicht sanktioniert werden.

Für diese Sanktionsbewehrung der Informationspflicht über Behandlungsfehler spricht sich auch ein Großteil der Krankenkassen aus. Ein Krankenkassenverband erachtet darüber hinaus eine Meldepflicht für Behandlungsfehler als dringend notwendig, um eine Übersicht zu Anzahl, Art und zeitlicher Entwicklung bei anerkannten Behandlungsfehlern zu erlangen mit dem Ziel einer systematischen Fehlervermeidung.

Ein Teil der Behandelndenverbände hat dagegen grundsätzliche Bedenken im Hinblick auf die (Selbst-)Offenbarungspflicht. Diese sollte ihrer Ansicht nach entweder gestrichen werden oder dahingehend eingeschränkt werden, dass eine solche Informationspflicht nur besteht, wenn es gelte, durch einen (erneuten) Eingriff weiteren Schaden abzuwenden bzw. einen zurückliegenden Behandlungsfehler zu beseitigen. Andere Behandelndenverbände sehen keinen weiteren Handlungsbedarf bzgl. der Regelung.

6.2.1.3 Verwertungsverbot zum Schutz der Behandelnden vor rechtlichen Folgen einer Selbstoffenbarung bei Behandlungsfehlern (§ 630c Abs. 2 S. 3 BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Das Beweisverwertungsverbot wird von den meisten Befragten als notwendig angesehen, um die Bereitschaft der Behandelnden, Anzeichen für Behandlungsfehler zu offenbaren, zu fördern.

Der Großteil der Krankenkassenverbände hingegen hält die gesetzliche Verankerung des Verwertungsverbots dagegen für unwichtig oder eher unwichtig.

Rechtsklarheit

Die Mehrzahl der Akteure gibt an, § 630c Abs. 2 S. 3 BGB mache für den Behandelnden hinreichend deutlich, unter welchen Bedingungen seine Informationen zu Behandlungsfehlern gegen ihn oder gegen einen Angehörigen verwendet werden dürfen.

Ein Rechtsexperte erklärt:

„Bezüglich § 630c Abs. 2 S. 3 BGB stehen sich im Wesentlichen zwei Positionen gegenüber. Aus der Analyse der Gesetzesmaterialien hat man zunächst im Wesentlichen gefolgert, dass nur die unmittelbare Information der Behandlungsseite nicht verwertet werden könne. Verwertbar wären demgemäß aber bereits durch die Information veranlasste weitere Erkenntnisse, ja sogar die Zeugenaussage des Patienten. Hinzu kommt, dass in der Parallelbestimmung des § 97 Abs. 1 S. 3 InsO im Gesetzgebungsverfahren sehr reflektiert ein Verwertungsverbot durch ein Verwendungsverbot ersetzt worden ist, und genau die letztgenannte Formulierung findet sich in § 630c Abs. 2 S. 3 BGB. Im Insolvenzrecht darf eine Auskunft des Schuldners nach den Vorstellungen des Gesetzgebers „eindeutig“ nicht ohne Zustimmung des Schuldners als Ansatz für weitere Ermittlungen dienen. Daher sollte man § 630c Abs. 2 S. 3 BGB zum Nachteil der Behandlungsseite nicht abweichend auslegen.“

Auswirkungen des Gesetzes auf den Ausgleich der Interessen von Patienten und Behandelnden

Im Hinblick auf die Regelung des § 630c Abs. 2 S. 3 BGB gab die Mehrzahl der Befragten an, dass das Verbot geeignet sei, Behandelnde im Rahmen eines Straf- oder Bußgeldverfahrens vor rechtlichen Folgen einer Selbstoffenbarung zu Behandlungsfehlern zu schützen und so einen Ausgleich zwischen den Interessen des Patienten und den Interessen des Behandelnden herzustellen. Allerdings wurde von Seite der Rechtsexperten eingeschränkt, dass diese Schutzwirkung nur dann zum Tragen komme, wenn sich das Verwertungs- bzw. Verwendungsverbot auch auf Informationen erstrecke, welche aufgrund der (Selbst-)Offenbarung des Behandelnden erlangt wurden.

Einige der Behandelndenverbände betonen jedoch, dass das Verwertungsverbot die Behandelnden eben *nur* hinsichtlich Straf- und Bußgeldverfahren schütze. Ungeklärt sei nach wie vor die Verwertung in zivil- und arbeitsrechtlichen sowie in

berufsgerichtlichen Verfahren. Außerdem bestehe aus ihrer Sicht die Gefahr der mittelbaren Verwertung, so dass die Wirkung des Verwertungsverbots insgesamt eingeschränkt werde.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Im Hinblick auf die Umsetzung der Regelung zum gesetzlichen Verbot der Verwertung von Informationen über Behandlungsfehler in einem gegen den Behandelnden geführten Straf- oder Bußgeldverfahren konnten die Verbände der Behandelnden und die Mehrzahl der Patienten- und Wohlfahrtsverbände keine Angaben machen.

Ein Teil der Patienten- und Wohlfahrtsverbände gab an, die Frage nach der Umsetzung des Verwertungsverbots sei in der Praxis irrelevant, da Patienten entweder nicht oder nur mündlich über mögliche Behandlungsfehler informiert werden. Dementsprechend gebe es in der Regel weder Gesprächsprotokolle noch Hinweise in der Dokumentation zum Geschehen, die in einem Verfahren gegen den Behandelnden verwendet werden könnten.

Faktoren, welche die Umsetzung erschweren

In puncto Umsetzung des Verwertungsverbots (§ 630c Abs. 2 S. 3 BGB) sind sich die befragten Akteure mehrheitlich einig darüber, dass es keine Faktoren gibt, die die Umsetzung des Verwertungsverbots in der Praxis verhindern oder erschweren. Die meisten Akteure sehen entsprechend auch keinen weiteren Handlungsbedarf im Hinblick auf das bestehende Verwertungsverbot.

Weiterer Handlungsbedarf

Ein Teil der Behandelndenverbände fordert, das Verwertungsverbot ausdrücklich auch auf zivilrechtliche Angelegenheiten auszudehnen, um der Gefahr, dass das Verwertungsverbot umgangen werden könnte (etwa im Zivilprozess), zu begegnen. Diesbezüglich sei entweder eine Klarstellung im Gesetz erforderlich oder eine Rechtsprechung, die die aufgeworfenen Fragen beantworte.

Einige der Patienten-/Wohlfahrtsverbände fänden es demgegenüber unangemessen, wenn sich das Verwertungsverbot auch auf Zivilprozesse erstrecken würde. Angesichts der Tatsache, dass die Behandelnden im Rahmen ihrer Haftpflichtversicherung gegen das finanzielle Risiko von Behandlungsfehlern abgesichert seien, vertreten sie die Ansicht, dass das Interesse des Behandelnden gegenüber den Interessen der Patienten stärker in den Hintergrund treten müsse.

6.2.1.4 Informationspflicht über ggf. entstehende, nicht durch Dritte gesicherte Behandlungskosten (§ 630c Abs. 3 BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Die wirtschaftliche Informationspflicht (§ 630c Abs. 3 BGB) ist aus Sicht der Mehrheit der Verbände wichtig. Einige der Verbände sind der Meinung, eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung im BGB wäre angesichts einer gefestigten Rechtsprechung zu einer solchen Informationspflicht nicht zwingend notwendig gewesen.

Rechtsklarheit

Bezüglich der Informationspflicht der Behandelnden über ggf. entstehende, nicht gesicherte Behandlungskosten (§ 630c Abs. 3 BGB) fehlt aus Sicht mehrerer Behandelndenverbände eine Klarstellung dahingehend, dass der Patient eine konkrete Bezifferung der entstehenden Behandlungskosten im Einzelfall nicht verlangen könne, da der Umfang sowie z. B. die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes und damit die entstehenden Kosten nicht genau vorhergesagt werden könnten. Ausreichen müsse somit der Hinweis auf eine mögliche Kostengefahr.

Aus Sicht eines Patientenverbandes finden sich in § 630c Abs. 3 BGB mehrere unklare Formulierungen („vor Beginn der Behandlung“ und „in Textform“), die in der Praxis zu Verbraucherproblemen führen. Durch den Begriff „vor Beginn der Behandlung“ komme nicht deutlich genug zum Ausdruck, dass die Information so rechtzeitig zu erfolgen habe, dass der Patient noch hinreichend Zeit für eine Entscheidungsfindung habe. Der Begriff „in Textform“ sei nicht spezifisch genug, da davon sowohl eine individuelle schriftliche Information des Patienten als auch eine ausliegende oder aushängende Preisliste umfasst werde.

Von einigen Rechtsexperten wird kritisiert, dass für einen Mediziner nicht hinreichend klar erkenntlich sei, wann die vom Gesetz geforderten „hinreichenden Anhaltspunkte“ dafür vorliegen, dass die Behandlungskosten nicht durch Dritte gesichert sein könnten.

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Die Behandelndenverbände wie auch die befragten Rechtsexperten gaben überwiegend an, es habe vor Inkrafttreten des Gesetzes keine rechtlichen Probleme gegeben. Neue Probleme ergeben sich aus ihrer Sicht insbesondere aufgrund des unbestimmten Rechtsbegriffs „hinreichende Anhaltspunkte“.

Auswirkung des Gesetzes auf die Information über Behandlungskosten

Die gesetzliche Pflicht zur Information über ggf. entstehende, nicht gesicherte Behandlungskosten (§ 630c Abs. 3 BGB) hat aus Sicht der Mehrheit der befragten Verbände dazu geführt, dass Patienten von ihrem Behandelnden nun besser über diese Kosten informiert werden.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Die gesetzliche Pflicht zur Information über ggf. entstehende Behandlungskosten wird insgesamt nach Ansicht der Mehrzahl der befragten Verbände weitgehend umgesetzt.

Die Antworten der Patienten- und Wohlfahrtsverbände zur Umsetzung des § 630c Abs. 3 BGB sind breit gestreut und zum Teil negativ:

- ◆ Die Umsetzung der Informationspflicht über ggf. entstehende, nicht durch Dritte gesicherte Behandlungskosten hängt aus Ihrer Sicht stark vom jeweiligen Behandelnden ab.
- ◆ Laut einem Patientenverband gibt es nach wie vor zu viele Fälle, in denen die schriftliche Information über die Kosten nicht, wie gesetzlich festgelegt, vor der Behandlung erfolge.
- ◆ Darüber hinaus finde die vorab Information nach wie vor oft nur mündlich statt.

Die Verbände der Behandelnden sind sich dagegen einig, dass die Regelung umfassend oder zumindest weitgehend umgesetzt wird. Den meisten Behandelndenverbänden sind nach eigenen Angaben keine Beschwerden oder Rechtsstreitigkeiten zu § 630c Abs. 3 BGB bekannt und sie gehen davon aus, dass die Behandelnden ein Interesse daran haben, die Patienten über ungesicherte Kosten zu informieren, um sich selbst vor Honorarausfall zu schützen.

Faktoren, welche die Umsetzung erschweren

Die überwiegende Anzahl der befragten Akteure ist hinsichtlich des § 630c Abs. 3 BGB der Auffassung, dass es Faktoren gibt, die die Information über ggf. entstehende Behandlungskosten, die nicht durch Dritte gesichert sind, verhindern oder erschweren.

Aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände hemmen vor allem folgende Faktoren die Umsetzung des § 630c Abs. 3 BGB:

- ◆ Kosten oder Zuzahlungen, die erst im Verlaufe der Behandlung entstehen und über die somit nicht zu Beginn der Behandlung noch nicht informiert werden kann,
- ◆ Fehlende Sanktionierung bei Missachtung der Informationspflicht durch den Behandelnden und
- ◆ Vertragsvielfalt der Krankenkassen, aufgrund von Selektivverträgen o. ä. unterscheiden sich die Krankenkassen in ihren Leistungsumfängen. D. h. im Einzelfall weiß der Leistungserbringer vielleicht tatsächlich nicht, ob die Krankenkasse die Kosten übernehmen würde oder nicht (z. B. Vorsorgemodule wie beim Dermatologen die Verwendung der Lupenbrille).

Die Behandelndenverbände sehen die Umsetzung des § 630c Abs. 3 BGB insbesondere durch folgende Faktoren gefährdet:

- ◆ Unklare Auslegung des Begriffes „hinreichende Anhaltspunkte“,
 - Insoweit die Informationspflicht auch den Bereich der PKV betreffe, stelle sich aufgrund der Vielzahl von Versicherungstarifen die Frage, woran der Behandelnde erkennen soll, wann „nach den Umständen hinreichende Anhaltspunkte“ dafür vorliegen, dass eine vollständige Kostenübernahme durch Dritte nicht gesichert sei. Letzteres dürfe praktisch fast immer der Fall sein.
 - Diese Problematik stelle sich durch die zunehmende Einführung von Selbstbehalt- oder Wahltarifen mittlerweile auch im Bereich der GKV und werde durch die regionale Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten an Flüchtlinge, soweit diese einen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in geringerem Umfang ausfallenden Leistungsanspruch haben, ohne, dass dieser Umstand derzeit im Versichertenstatus auf der Gesundheitskarte hinterlegt werden könne, zusätzlich verschärft.
- ◆ Ungewissheit darüber, ob eine konkrete Bezifferung der entstehenden Behandlungskosten erforderlich ist oder ob eine realitätsnahe Schätzung ausreiche und
- ◆ unklare Rechtsfolgen bei Verstoß gegen die Informationspflicht.

Weiterer Handlungsbedarf

Im Hinblick auf die Informationspflicht nach § 630c Abs. 3 BGB sehen die befragten Verbände vor allem Konkretisierungsbedarf bei den verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffen.

Aus Sicht eines Patienten-/Wohlfahrtsverbandes sollte rechtlich klargestellt werden, dass die Information über ggf. nicht durch Dritte gesicherte Behandlungskosten so rechtzeitig zu erfolgen habe, dass der Verbraucher ausreichend Zeit habe, sich frei zu entscheiden. Der Verband spricht sich weiter dafür aus, dass die Textform der Information immer eine individuelle schriftliche Information des Patienten impliziere.

Mehrere Behandelndenverbände fordern eine Klarstellung, dass der Patient eine konkrete Bezifferung der entstehenden Behandlungskosten im Einzelfall nicht verlangen könne, da z. B. der Umfang sowie die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes und damit die entstehenden Kosten nicht genau vorhergesagt werden können. Ausreichen müsse der Hinweis auf eine mögliche Kostengefahr.

Ein Rechtsexperte erläutert: Statt „hinreichender Anhaltspunkte“ bedürfe es für eine Informationspflicht nach § 630c Abs. 3 BGB zumindest im Sinne der bisherigen Linie der Arzthaftungsrechtsprechung „begründeter Zweifel“ an der Kostenübernahme.

6.2.1.5 Entbehrlichkeit der Information

Die Mehrzahl der Patienten- und Wohlfahrtsverbände ist der Auffassung, dass sich die Regelung zur Entbehrlichkeit einer Information des Patienten durch den Behandelnden in der Praxis nicht bewährt. Sie bewerten dabei vor allem den ausdrücklichen Verzicht auf Information kritisch. Die Verbände der Behandelnden gaben größtenteils an, sie hätten keine Kenntnis darüber, ob sich die Regelung in der Praxis bewähre.

Der Verzicht auf Information (§ 630c Abs. 4 BGB) ist aus Sicht der Patienten- und Wohlfahrtsverbände zweifelhaft, da die entscheidende Frage in der Praxis sei, ob der Verzicht auf die Information tatsächlich in allen Fällen aus eigenem Antrieb heraus erfolge. Aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände wurde mit der Regelung die Grundlage für weitere Rechtsunsicherheiten geschaffen, denn es stelle sich die Frage nach der Beweispflicht für den Patientenwunsch. Im Streitfall, der in der Regel so aussehen dürfe, dass der Behandelnde vorbringt, dass der Patient auf die Information verzichtet hatte, der Patient aber deren Fehlen bemängelt, wird es zu schwierigen Beweisfindungen kommen, die nicht selten zu Ungunsten des Patienten ausgehen dürften. Wenn auch ein Recht auf Nichtwissen bei medizinischen Fakten bestehe, sind aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände kaum Situationen vorstellbar, in denen sich Patienten von der Übermittlung schriftlicher Informationen (Minimalinformationen) in ihren Interessen verletzt sehen können.

Auch die Entbehrlichkeit aufgrund von Unaufschiebbarkeit birgt aus Sicht der Patienten- und Wohlfahrtsverbände die Gefahr, dass umstritten sein könnte, ob eine Behandlung oder ein operativer Eingriff tatsächlich unaufschiebbar war. Ihrer Ansicht nach bleibe auch bei unaufschiebbaren Eingriffen häufig Zeit für Information. Ein Patientenverband berichtet bereits von einem Rechtsstreit, bei dem ein Eingriff, über dessen Risiken aufgrund der Regelung zur Entbehrlichkeit der Information (aus Sicht der Behandelnden ein Notfalleingriff, aus Sicht der medizinischen Experten ein planbarer Eingriff) nicht informiert oder aufgeklärt wurde, zu gravierenden Behandlungsschäden führte.

Nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbands ist diese Vorschrift teilweise überflüssig und teilweise schädlich für Verbraucher. Unaufschiebbare Behandlungen setzen eine medizinische Notwendigkeit voraus. Medizinische Notwendigkeit impliziert aber immer, dass es sich um eine Leistung handeln muss, die von der Krankenversicherung übernommen wird. Geht es aber um eine Zusatzleistung zu einer medizinisch notwendigen Leistung (z. B. Chefarztbehandlung bei einem medizinischen Notfall), dann sollten sich in dieser Situation, in der die Patienten nicht in der Lage sind, die finanzielle Tragweite ihrer Entscheidung abzuschätzen, finanziell bindende Vereinbarungen ausschließen, so dass auch keine Information bzw. deren Wegfall geregelt werden müssten.

Die Verbände der Behandelnden beziehen größtenteils keine Position dazu, ob sich die Regelung zur Entbehrlichkeit der Information bewährt habe, mit der Begründung, dass ihnen Erfahrungswerte hierzu fehlten. Die sich äußernden Verbände der Behandelnden waren eher der Meinung, die Regelung habe sich bewährt.

6.2.2 Ergebnisse der Befragung zur Einwilligung (§ 630d BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Die Mehrheit aller Befragten hält die gesetzliche Verankerung der Regelung zur Einwilligung für wichtig. Gleichzeitig wird die Wichtigkeit der Regelung wiederholt mit dem Hinweis darauf relativiert, dass die Regelung nichts grundlegend Neues verankere und – so vor allem die Behandelndenverbände – die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Einwilligung ihrer Meinung nach bereits vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes in der Praxis vollumfänglich beachtet worden seien.

Aus juristischer Sicht wird die Wichtigkeit der gesetzlichen Verankerung darin gesehen, dass damit die Einwilligungspflicht nicht nur aus dem Deliktsrecht begründet, sondern ausdrücklich als Vertragspflicht verankert wird. Laut einem der befragten Rechtsexperten ist die Regelung in Verbindung mit § 630f BGB im Vergleich zu vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetz ein „schärferes Schwert“ geworden.

Rechtsklarheit

Sowohl die befragten Rechtsexperten, als auch die Behandelndenverbände und die Patienten-/Wohlfahrtsverbände waren mehrheitlich der Überzeugung, der § 630d BGB sei grundsätzlich klar und verständlich formuliert. Aus Sicht eines Rechtsexperten hat das Gesetz klargestellt, dass grundsätzlich immer die Einholung einer Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Einige Akteure kritisieren jedoch, dass die Formulierung des § 630d BGB zu kompliziert sei, da Ausnahmen und Regelfall in schwer verständlicher Weise miteinander verknüpft würden.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Hinsichtlich der Umsetzung der Verpflichtung zur Einholung einer Einwilligung vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme vertreten die befragten Verbände unterschiedliche Ansichten.

Die Behandelndenverbände sind überzeugt, dass die Regelung des § 630d BGB umfassend umgesetzt werde. Aufgrund der straf- und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen könne davon ausgegangen werden, dass die Behandelnden bereits zur eigenen rechtlichen Absicherung grundsätzlich Einwilligungen vor medizinischen Maßnahmen einholen. Hemmnisse bei der Umsetzung des § 630d BGB sehen sie – wenn überhaupt – nur im Hinblick auf

- ◆ Verständnisschwierigkeiten und Sprachbarrieren bei Patienten (i. V. m. keinem Anspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse auf Zurverfügungstellung eines Dolmetschers) und
- ◆ Fälle, in denen die Einwilligung nicht unmittelbar beim Patienten eingeholt werden kann – also etwa bei Betreuten oder Minderjährigen bzw. bei

Minderjährigen mit geschiedenen/getrennt lebenden Erziehungsberechtigten

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände kritisieren jedoch die aus ihrer Sicht unzureichende Umsetzung des § 630d BGB. Nach ihren Erfahrungen

- ◆ werden Einwilligungen bei anderen Behandlungen als Operationen, die möglicherweise aber einen genauso schwerwiegenden Eingriff in die Gesundheit darstellen können (wie z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie oder Medikamente mit erheblichem Risikopotential), nicht konsequent eingeholt,
- ◆ willigen Patienten zwar häufig schnell in eine medizinische Maßnahme ein, sind sich über die Inhalte der Einwilligung jedoch häufig nicht im Klaren
 - Besonders problematisch ist dies bei vulnerablen Patientengruppen, also vor allem bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die sich nicht (mehr) ausreichend artikulieren können. Gleiches gelte aber auch für Menschen mit Migrationshintergrund ohne ausreichende deutsche Sprach- und Schriftkenntnisse.
- ◆ werden in ambulanten Behandlungssettings nur selten Kopien der Einwilligungsunterlagen ausgehändigt.

Unklarheiten bzgl. der Regelung zur Einwilligungsunfähigkeit

Im Hinblick auf die spezifischen Regelungen zum Umgang mit einwilligungsunfähigen Patienten (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB) machte ein Großteil der Verbände der Behandelnden und etwa die Hälfte der Patienten- und Wohlfahrtsverbände aufgrund fehlender Erfahrungswerte keine Angaben. Die Mehrzahl der Patienten- und Wohlfahrtsverbände, die eine Einschätzung diesbezüglich trafen und ein Behandelndenverband vertreten die Ansicht, die Regelung zur Einwilligungsunfähigkeit (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB) habe sich in der Praxis bewährt.

Von juristischer Seite sowie von Behandelnden wird kritisiert, dass aus der Vorschrift nicht eindeutig hervorgehe, welche konkreten Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit des Patienten gestellt werden (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB), hier sei versäumt worden, eine bestehende Rechtsunsicherheit zu beseitigen.

Darüber hinaus scheint bei den Behandelnden Unklarheit darüber zu bestehen, ob das Gesetz eine konkludente Einwilligung zulässt. In jedem Falle geht die in der Gesetzesbegründung geforderte ausdrückliche und unmissverständliche Frage des Behandelnden an den Patienten, ob dieser in die Maßnahme einwillinge, aus Sicht der Behandelnden am Praxisalltag vorbei. Diese gesetzgeberische Intention gehe über die bisherige Rechtsprechung hinaus, nach der die Einwilligung auch konkludent erfolgen konnte (mit Verweis auf BGH NJW 1961, 261) und stehe im Widerspruch dazu, dass es letztlich auf das Vorliegen der Einwilligung und nicht die Art und Weise ihrer Einholung ankomme. Außerdem besteht nach Ansicht eines

Rechtsexperten nun die Gefahr, dass ein Arzt bei der Behandlung eines minderjährigen Patienten ohne Einwilligung der Eltern vertragsrechtlich und unter dem Aspekt einer drohenden Strafbarkeit durch Unterlassen zu einem Tun verpflichtet ist, das er nach der zivilrechtlichen Judikatur indes nur rechtswidrig ausführen könnte.

Weiterhin wird auch die Verknüpfung der Einwilligung mit der Patientenverfügung nach § 1901a BGB als unklar empfunden. Ein Patientenverband erklärt zudem, die Regelung habe sich aufgrund von organisatorischen/strukturellen Problemen mit Vorsorgevollmachten in der (Krankenhaus-)Praxis nicht bewährt. Das Auslegen/Interpretieren der Patientenverfügung sei oft sehr schwierig.

Entbehrlichkeit der Einwilligung

Im Hinblick auf die spezifischen Regelungen zur Entbehrlichkeit einer Einwilligung vor medizinischen Maßnahmen (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB) machte ein Großteil der Verbände der Behandelnden und etwa die Hälfte der Patienten- und Wohlfahrtsverbände aufgrund fehlender Erfahrungswerte keine Angaben. Die sich äussernden Akteure vertreten überwiegend die Auffassung, die Regelung habe sich in der Praxis bewährt. Lediglich ein Patientenverband kritisiert, dass sich die Regelung nicht bewährt habe, da ein Mindestmaß an Informationen grundsätzlich unverzichtbar sei. Außerdem sei nicht hinreichend definiert, an welchen Kriterien sich der Behandelnde bei der Annahme eines „mutmaßlichen Willens“ des Patienten orientieren solle (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB).

Weiterer Handlungsbedarf

Hinsichtlich weiterer Handlungsbedarfe sind sich die Patienten- und Wohlfahrtsverbände sowie die Behandelndenverbände mehrheitlich einig darüber, dass bei Bedarf die für die Einwilligung notwendigen Sprachkompetenzen durch Dritte (Dolmetscher) verpflichtend bereitgestellt werden und die Übernahme der Kosten dafür geklärt werden müsse. Auch einer der Rechtsexperten spricht sich für eine Kostenübernahme für Dolmetscherkosten durch die Krankenkasse aus.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände fordern darüber hinaus insbesondere:

- ◆ ein Verbot von Generaleinwilligungen,
- ◆ eine Ergänzung der Regelung des § 630d Abs. 1 S. 1 BGB für Fälle, in denen die Behandlung einen Eingriff in die Freiheit des Patienten bedeutet (z. B. bei Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung) und¹¹⁵
- ◆ eine Klarstellung dahingehend, dass auch medizinische Maßnahmen, die weitreichende Folgen für die Gesundheit haben/nennenswerte Risiken beinhalten, aber keine Operation darstellen, von der Einwilligungspflicht umfasst sind.

¹¹⁵ Die Aufnahme der „Freiheit“ als schutzwürdiges Rechtsgut in den Gesetzestext wurde bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens von einigen Wohlfahrtsverbänden (z. B. Diakonie Bundesverband, Deutscher Caritasverband, Der Paritätische Gesamtverband e. V.) gefordert (s. Kapitel 3.5.2).

Von einzelnen Verbänden der Behandelnden wird im Hinblick auf die Rechtsklarheit außerdem gefordert, dass im Gesetzestext klargestellt werde, dass die Einwilligung des Patienten zulässigerweise auch konkludent erfolgen könne. Weiter sollten die Unklarheiten bzgl. der Verknüpfung mit der Patientenverfügung nach § 1901a BGB aus dem Weg geräumt werden. Im Hinblick auf die Regelung zur Einwilligungsfähigkeit sieht sowohl die Seite der Behandelnden als auch einer der Rechtsexperten ebenfalls weiteren Regelungsbedarf durch den Gesetzgeber. Vor allem der derzeitige Rechtszustand in Bezug auf minderjährige oder demente, einwilligungsunfähige Personen sei aus Sicht einiger Rechtsexperten nicht akzeptabel.¹¹⁶

6.2.3 Ergebnisse der Befragung zur Aufklärung (§ 630e BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Die befragten Akteure halten die gesetzliche Verankerung der Regelung zur Aufklärung mehrheitlich für wichtig. Laut einem Rechtsexperten finden sich in § 630e Abs. 1 BGB die wesentlichen, von der Rechtsprechung und Literatur entwickelten Fallgruppen wieder und gewährleisten so eine umfassende Aufklärung.

Die Patienten- und Wohlfahrtsverbände begrüßen vor allem die Regelung, dass den Patienten die von ihnen im Rahmen der Aufklärung unterschriebenen Unterlagen in Abschrift/Kopie auszuhändigen sind, da so nachträgliche Ergänzungen von Aufklärungsinhalten im Fall eines Rechtsstreites bei Behandlungsfehlerverdacht beweisbar werden. Außerdem ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass durch die Verpflichtung zur Mündlichkeit der Aufklärung (zumindest in der Theorie) ein Dialog zwischen Arzt und Patienten ermöglicht wird.

Die Behandelndenverbände schätzen die Wichtigkeit der gesetzlichen Verankerung der Aufklärungspflicht des Behandelnden unterschiedlich ein. Einige Behandelndenverbände finden die ausdrückliche Verankerung wichtig, da sie den Behandelnden die Wichtigkeit der Aufklärung noch einmal verdeutliche. Andere Behandelndenverbände sind unentschieden oder schätzen die Verankerung als unwichtig bzw. eher unwichtig ein, da die Regelung zur Aufklärung bereits vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes eindeutig geregelt und eine gesetzliche Verankerung aus ihrer Sicht deshalb nicht notwendig gewesen sei.

Rechtsklarheit

Die Mehrzahl der Verbände der Behandelnden und der Patienten- und Wohlfahrtsverbände ist der Auffassung, die Pflicht zur Aufklärung von Patienten in § 630e BGB sei klar und verständlich formuliert. Dennoch werden einige Punkte kritisiert:

- ◆ Aufklärung über sämtliche für die Behandlung „wesentliche Umstände“

¹¹⁶ Insbesondere mit Blick auf den Bruch des Prinzips der Einheit der Rechtsordnung bestehende Handlungsbedarf.

Aus Sicht einiger Patienten- und Wohlfahrtsverbände lässt der Begriff „wesentlich“ einen zu großen Ermessensspielraum für den Behandelnden. Einer der Rechtsexperten erklärt, der Wortlaut des Gesetzes gehe entgegen der amtlichen Begründung bereits über die bisherige Rechtsprechung hinaus. Diese habe eine Aufklärung „im Großen und Ganzen“ statt einer Aufklärung über sämtliche für die Behandlung „wesentlichen Umstände“ gefordert.

- ◆ Aufklärung über zu erwartende „Risiken der Maßnahme“

Aus Sicht eines Behandelndenverbandes und eines Rechtsexperten macht die Regelung des § 630e BGB nicht hinreichend deutlich, über welche Risiken der Behandelnde den Patienten aufklären muss. Der Behandelndenverband erklärt, es sei unklar, ob der Patient lediglich hinsichtlich der spezifischen Risiken der angedachten Maßnahme aufgeklärt, oder ob er bzw. unter welchen Umständen er auch über allgemeine Risiken aufgeklärt werden müsse. Aus Sicht des Rechtsexperten geht aus dem Gesetzestext für den Behandelnden nicht eindeutig hervor, dass er gegebenenfalls auch über seltene und sehr seltene Risiken aufklären muss.

- ◆ Aufklärung bei medizinisch nicht zwingend notwendigen Operationen

Einige der Patienten- und Wohlfahrtsverbände kritisieren, dass die Regelung für Patienten ohne juristische oder medizinische Kenntnisse nur in Teilbereichen verständlich sei. Im Gesetzestext sei beispielsweise nicht erkennbar, dass der Patient im Falle kosmetischer, also medizinisch nicht zwingend notwendiger Operationen ebenfalls „umfassend“ aufgeklärt werden müsse. Dies sei lediglich der Gesetzesbegründung¹¹⁷ zu entnehmen.

- ◆ Trennung der Informations- und Aufklärungspflichten

Einige der Behandelndenverbände sowie einige Rechtsexperten kritisieren außerdem, die gleich zweifach erscheinende Pflicht zur (Selbstbestimmungs-)Aufklärung (sowohl Regelungsgegenstand von § 630c Abs. 2 S. 1 BGB und § 630e BGB). Ein Rechtsexperte erklärt zwar, innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion hätten sich diesbezüglich keine nachteiligen Missverständnisse herausgebildet, dennoch ist die Trennung seiner Meinung nach und auch aus Sicht der Behandelndenverbände irreführend.

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Im Hinblick darauf, ob durch die Regelung zur Aufklärungspflicht des Behandelnden gegenüber den Patienten rechtliche Probleme beseitigt wurden, sind die befragten Akteure unterschiedlicher Meinung.

Die Mehrzahl der Verbände der Behandelnden und ein Teil der Patienten- und Wohlfahrtsverbände vertreten die Ansicht, dass es bereits vor Inkrafttreten des

¹¹⁷ (BT-Drs. 17/10488)(25).

Patientenrechtegesetzes keine rechtlichen Probleme im Hinblick auf die Aufklärung von Patienten gab.

Im Wesentlichen habe sich aus ihrer Sicht die Rechtslage nicht geändert. Einzig die explizite Aufzählung der in der Aufklärung zu berücksichtigenden Inhalte stelle eine Neuerung oder zumindest eine besser zugängliche Sammlung der bisherigen Rechtslage dar und habe klarstellenden Charakter.

Einer der Behandelndenverbände vertritt die Ansicht, die Regelung schränke die Flexibilität in der Rechtsanwendung in Bezug auf den konkreten Fall ein. Aus Sicht eines Rechtsexperten ist diese Sorge jedoch unbegründet, da die Aufzählung in § 630e Abs. 1 BGB nur beispielhaft erfolge und somit weiterhin genügend Flexibilität für die Rechtsprechung lasse.

Einer der Rechtsexperten ist der Auffassung, rechtliche Probleme wurden beseitigt, da durch die Regelung klargestellt wurde, dass eine Aufklärung immer erforderlich sei. Ein Patientenverband erklärt ebenfalls, dass rechtliche Probleme aufgrund der Regelung beseitigt wurden, ohne diese näher zu spezifizieren.

Ein Teil der Rechtsexperten und der Behandelndenverbände gibt schließlich an, dass bestehende rechtliche Probleme im Hinblick auf die Aufklärung von Patienten mit der Neuregelung des § 630e BGB nicht beseitigt bzw. neu geschaffen wurden. Grund dafür ist aus ihrer Sicht die Trennung von Information (§ 630c BGB) und Aufklärung (§ 630e BGB). Innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion gibt es aus Sicht eines Rechtsexperten im Bereich der Selbstbestimmungsaufklärung und Sicherungsaufklärung noch Abgrenzungsbedarf. Der Gesetzgeber scheine sich durch die gefundene Regelung (Doppelung der Selbstbestimmungsaufklärung in § 630c Abs. 2 S. 2 BGB und § 630e BGB; keine trennscharfe Abgrenzung zwischen Sicherungs- und Selbstbestimmungsaufklärung) dieser Abgrenzungsproblematik nicht annähern zu wollen.

Auswirkungen des Gesetzes auf die Aufklärungspraxis

- ◆ Regelung zur Person des Aufklärenden (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB)

Im Hinblick auf die Frage, ob die Regelung zur Person des Aufklärenden (§ 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB) einen Einfluss auf die Praxis der Aufklärung hatte, kann ein Großteil der befragten Behandelndenverbände und der Patienten-/Wohlfahrtsverbände keine Einschätzung treffen. Ein Patientenverband gibt an, dass die Aufklärung auch vor Inkrafttreten der Regelung in den meisten Fällen bereits durch den Behandelnden selbst erfolgte.

- ◆ Regelung zur Rechtzeitigkeit der Aufklärung (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB)

Bzgl. der Pflicht zur rechtzeitigen Aufklärung (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB), die dem Patienten eine wohlüberlegte Entscheidung zur Einwilligung ermöglichen soll, erklären die Behandelndenverbände mehrheitlich, die Regelung hatte in der Praxis keinen Einfluss auf die Rechtzeitigkeit der Aufklärung. Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände sind jedoch

größtenteils der Ansicht, dass die Aufklärung jetzt häufiger so rechtzeitig stattfindet, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen könne. Es gebe aus ihrer Sicht aber trotzdem noch zahlreiche Fälle kurzfristig aufgeklärter Patienten, ohne die Möglichkeit zu einer „wohlüberlegten Entscheidung“ vor allem im ambulanten Bereich (z. B. bei Impfungen durch den Hausarzt).

- ◆ Regelung zur Verständlichkeit der Aufklärung (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 3 BGB)

Der Einfluss der gesetzlichen Pflicht zu einer verständlichen Aufklärung (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 3 BGB) auf die tatsächliche Verständlichkeit der Aufklärung in der Praxis wird sowohl von den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden als auch von den Verbänden der Behandelnden als eher gering eingeschätzt. Die Mehrzahl beider Akteursgruppen gibt jeweils an, das Patientenrechtegesetz habe keinen Einfluss auf die Verständlichkeit der Aufklärung gehabt. Die Meinungen der Patienten- und Wohlfahrtsverbände dazu sind jedoch sehr unterschiedlich.

- ◆ Regelung zur Aushändigung der im Rahmen der Aufklärung unterschriebenen Unterlagen in Abschrift/Kopie (§ 630e Abs. 2 S. 2 BGB)

Die Regelung, dass den Patienten die von ihnen im Rahmen der Aufklärung unterschriebenen Unterlagen in Abschrift/Kopie auszuhändigen sind (§ 630e Abs. 2 S. 2 BGB), hat sowohl aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände als auch der Behandelndenverbände dazu geführt, dass Patienten die von ihnen im Rahmen der Aufklärung unterschriebenen Unterlagen in Abschrift/Kopie häufiger ausgehändigt bekommen.

Diese Aussage beziehe sich aber laut den Patientenverbänden vor allem auf den stationären Bereich. Dort bekämen die Patienten inzwischen sehr viele Unterlagen in Kopie, von denen sie Teile sogar gar nicht benötigten. In niedergelassenen Praxen habe sich dagegen nicht viel geändert. Patienten, die dort eine Kopie der Unterlagen einforderten, würden nach wie vor häufig „anecken“ und ihnen werde ein „Mangel an Vertrauen“ unterstellt. Es komme laut einem Patientenverband auch vor, dass Patienten z. B. die Aufklärungsbögen „unterschrieben in die Praxis mitbringen“ sollen, obwohl noch keine mündliche Aufklärung erfolgt sei.

Umsetzung, Umsetzungsdefizite und Faktoren, welche die Umsetzung erschweren

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände wie auch die Behandelndenverbände geben an, die Pflicht zur Aufklärung nach § 630e BGB werde in der Praxis umfassend oder weitgehend umgesetzt. Dies sei größtenteils auch schon vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes der Fall gewesen, dennoch sei die Aufklärung aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände nach wie vor oft „mangelhaft“ bzw. nicht patientenorientiert gestaltet.

Die Mehrzahl der befragten Akteure ist der Auffassung, es gäbe konkrete Faktoren, die eine Aufklärung der Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände verhinderten oder erschwerten. Diese Faktoren sowie auch die abgeleiteten Handlungsbedarfe ähneln denen, die bei der Informationspflicht über die wesentlichen Umstände der Behandlung (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB) bereits von den Verbänden genannt wurden.

Aus Sicht der Behandelndenverbände und der Patienten-/Wohlfahrtsverbände sind Sprach- und Verständnisbarrieren und die fehlende Bereitstellung von externem Fachpersonal (vor allem Dolmetscher) durch die Krankenkassen einer der wichtigsten Hemmfaktoren für die Umsetzung der Aufklärung.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände sehen außerdem Probleme bei der Umsetzung des § 630e BGB aufgrund von Zeitmangel und mangelnden Fähigkeiten der Behandelnden zur Vermittlung. Darüber hinaus sei die Aufklärung bei anderen Behandlungen als Operationen (wie z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie oder Medikamente mit erheblichem Risikopotential) sowie bei Routinemaßnahmen im ambulanten Bereich (wie z. B. Impfungen) häufig noch unzureichend und deute auf weiterhin bestehende Unsicherheiten der Behandelnden über Art und Umfang der Aufklärung hin.

Sowohl aus Sicht einiger Patienten- und Wohlfahrtsverbände als auch aus Sicht eines Rechtsexperten hapert die Umsetzung der Aufklärungspflichten möglicherweise auch an teilweise fehlenden Sanktionsmöglichkeiten (u. a. bei Nichterfüllung der Pflicht des § 630e Abs. 5 BGB). Ein Patientenverband erklärt, dass es in Gerichtsprozessen häufig ausreiche, wenn das Praxispersonal vor Gericht aussage, dass der Behandelnde „üblicherweise vollumfänglich aufklärt“, auch wenn dies aus Patientensicht nicht der Fall war.

Weiterer Handlungsbedarf

Hinsichtlich des weiteren Handlungsbedarfs fordern die Patienten- und Wohlfahrtsverbände neben der Übernahme der Kosten für die Unterstützung bei der Aufklärung durch externes Fachpersonal (vor allem Dolmetscher) insbesondere:

- ◆ Aufklärungsmaterialien in leichter Sprache für eine wirksame Aufklärung auch bei Patienten mit kommunikativen Einschränkungen,
 - ◆ eine Klarstellung dahingehend, dass sämtliche medizinische Maßnahmen, die weitreichende Folgen für die Gesundheit haben können bzw. nennenswerte Risiken beinhalten aber keine Operation darstellen, von der Aufklärungspflicht umfasst sind,
 - ◆ eine gleichgewichtige Benennung der Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten bei schweren Erkrankungen im Gesetz (bei Krebserkrankungen etwa Behandlungsmethoden zur Steigerung der Lebensqualität),
 - ◆ die gesetzliche Festlegung ausreichender Zeitfenster bis zur Einwilligung bei elektiven Eingriffen und
-

- ◆ eine höhere Vergütung der sprechenden Medizin, damit ein echter Dialog zwischen Behandelndem und Patienten ermöglicht werden kann.

Im Hinblick auf die Aushändigung der Aufklärungsunterlagen fordern die Patienten- und Wohlfahrtsverbände:

- ◆ eine ergänzende Klarstellung des § 630e Abs. 2 BGB dahingehend, dass die Aufklärungsunterlagen vor Beginn der Behandlung ausgehändigt werden müssen und
- ◆ ggf. eine Verpflichtung zum Protokoll des Aufklärungsgespräches mit Unterschrift beider Seiten zur Begegnung von Problemen der Nachweisbarkeit einer unzureichenden Aufklärung.

Die Behandelndenverbände fordern eine eindeutigere Regelung hinsichtlich des Erfordernisses einer mündlichen Aufklärung und deren zeitlicher Positionierung zur jeweiligen Maßnahme, insbesondere hinsichtlich Routinebehandlungen im Bereich der ambulanten Behandlung.

Aus Sicht eines Behandelndenverbandes bedarf es außerdem auch einer eindeutigeren Regelung hinsichtlich des Erfordernisses einer mündlichen Aufklärung und deren zeitlicher Positionierung zur jeweiligen Maßnahme, insbesondere im Hinblick auf Routinebehandlungen im Bereich der ambulanten Behandlung.

6.2.4 Ergebnisse der Befragung zur Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Insgesamt hält es die deutliche Mehrheit der befragten Akteure für wichtig, die Pflicht der Behandelnden, ihren Patienten unverzüglich Einsicht in die vollständige Patientenakte zu gewähren, auch gesetzlich zu verankern.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände sowie die Verbände der Krankenkassen gaben an, dass die ausdrückliche gesetzliche Verankerung der Einsichtnahme in die Patientenakte wichtig sei.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände erklären die Wichtigkeit der Regelung damit, dass die Einsichtnahme zwar auch schon vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes rechtlich möglich gewesen sei; in der Praxis sei es jedoch immer dazu gekommen, dass Patienten das Einsichtsrecht in ihre Akte nur mit erheblicher Verzögerung gewährt, ganz verwehrt oder nur eine unvollständige Akte zur Verfügung gestellt wurde. Da bei einem Behandlungsfehlerverdacht die ärztliche Dokumentation das wesentliche Beweismittel darstelle und eine Überprüfung möglicher Gesundheitsschäden nur anhand einer vollständigen Patientenakte möglich sei, sei die gesetzliche Regelung erforderlich gewesen.

Den Krankenkassenverbänden ist die ausdrückliche Verankerung im Gesetz wichtig, da diese zu einer höheren Rechtssicherheit und erleichterten Umsetzung des Einsichtsrechts beitrage.

Die Behandelndenverbände sowie die befragten Rechtsexperten sind zwar überwiegend der Meinung die Verankerung im Gesetz sei wichtig oder eher wichtig, doch es gibt auch Gegenstimmen. Die Behandelndenverbände, die die gesetzliche Verankerung als unwichtig oder eher unwichtig bewerten, begründen dies damit, dass die Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte bereits vor Kodifizierung des Patientenrechtegesetzes Bestandteil der Rechtsprechung sowie in den Berufsordnungen der Behandelnden enthalten war.

Auch die Beurteilung der Wichtigkeit der Regelung durch die befragten Rechtsexperten hängt im Wesentlichen davon ab, wie sie die Rechtslage zur Einsichtnahme in die Patientenakte vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes beurteilen: Einer der Rechtsexperten erklärt die Wichtigkeit der Regelung damit, dass das Gesetz mit dem nun gewährten Recht auf Einsicht in die Originalpatientenakte inklusive der Niederschriften über persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmungen über die Rechtslage vor Inkrafttreten des Gesetzes hinaus gehe. Ein anderer vertritt hingegen, die Ansicht, das Gesetz gebe im Wesentlichen die zuvor schon bestehende Rechtslage wieder und sei somit eher unwichtig.

Rechtsklarheit

Die Mehrzahl der befragten Akteure ist der Auffassung die Pflicht der Behandelnden, ihren Patienten unverzüglich Einsicht in die vollständige Patientenakte zu gewähren, sei klar und verständlich formuliert.

Aus Sicht einiger Behandelndenverbände und eines Rechtsexperten ist allerdings im Gesetz nicht hinreichend klar definiert, welche „erheblichen therapeutischen Gründe“ oder „sonstige erhebliche Rechte Dritter“ dem Recht auf Einsichtnahme entgegenstehen können.

Aus Sicht eines Behandelndenverbandes ist außerdem nicht ausreichend spezifiziert, wie schnell die Einsichtnahme gewährt werden müsse, um der gesetzlichen Pflicht einer „unverzöglichen“ Gewährung zu entsprechen.

Außerdem stellt sich aus Sicht eines Rechtsexperten die Frage, wer genau unter die „nächsten Angehörigen“ in § 630g Abs. 3 S. 2 BGB falle und wie in diesem Zusammenhang das immaterielle von dem materiellen Interesse abzugrenzen sei.

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Bzgl. der rechtlichen Wirkung des § 630g BGB vertreten die befragten Akteure sehr unterschiedliche Meinungen.

Die Behandelndenverbände geben mehrheitlich an, es habe vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes keine rechtlichen Probleme bzgl. der Einsichtnahme in die Patientenakte gegeben. Von ihnen wird kritisch gesehen, dass durch das Recht des Patienten auf Einsichtnahme in die persönlichen Anmerkungen des Arztes die Persönlichkeitsrechte des Arztes nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Aus Sicht eines Rechtsexperten wurden bestehende rechtliche Probleme insofern beseitigt, als z. B. medizinisch relevante subjektive Wertungen des Behandelnden nun zweifelsfrei vom Einsichtsrecht erfasst seien.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände sind sich uneinig, ob mit der Regelung des § 630g BGB bestehende rechtliche Probleme beseitigt wurden oder nicht bzw. ob es bereits vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes keine rechtlichen Probleme gegeben habe. Im Vordergrund stehen aus ihrer Sicht nicht die rechtlichen Probleme, sondern die Umsetzungsprobleme.

Aus Sicht eines Rechtsexperten ist problematisch, dass die Ablehnung der Gewährung vollständiger oder partieller Einsichtnahme durch den Behandelnden zu begründen ist. Dies berge die Gefahr, dass in der Ablehnungsbegründung gerade die Umstände, um derentwillen das Einsichtsrecht nicht besteht bzw. beschränkt ist, doch offengelegt werden.

Auswirkungen des Gesetzes auf die Praxis der Einsichtnahme in die Patientenakte

Die Befragten sollten einschätzen, ob sich die Einsichtnahme in die Patientenakte für Patienten aufgrund des § 630g BGB in der Praxis erleichtert hat und inwieweit sich die spezifische Regelung zur Gewährung einer unverzüglichen Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte für Erben und sonstige berechnigte Dritte (§ 630g Abs. 3 BGB) in der Praxis ausgewirkt hat.

Die befragten Akteure sind trotz großer Umsetzungsprobleme mehrheitlich der Auffassung, dass die Regelung des § 630g BGB Einsicht in die Patientenakte grundsätzlich erleichtert habe. Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände erklären, dass es für Patienten einfacher sei auf das Patientenrechtegesetz verweisen zu können, wenn man seine Akte einsehen möchte, als sich auf gerichtliche Urteile berufen zu müssen. Dennoch sei die Durchsetzung nach wie vor schwierig und es bedürfe eines großen Aufwandes bis der Patient eine vollständige Akte erhalte.

Die Sonderregelung für Erben und sonstige berechnigte Dritte (§ 630g Abs. 3 BGB) hatte aus Sicht der Mehrzahl der Akteure (die Behandelndenverbände enthielten sich hierzu größtenteils) jedoch bisher keinen Einfluss auf die Praxis. Ein Patienten-/Wohlfahrtsverband begründet dies damit, dass es nach wie vor schwierig für die Hinterbliebenen sei, Einsicht in die Akte zu erhalten, selbst wenn Vollmachten vorlägen. Einige Patienten-/Wohlfahrtsverbände geben jedoch auch an, die Regelung des § 630g Abs. 3 BGB habe sich in der Praxis positiv ausgewirkt.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Im Hinblick auf die Umsetzung der Pflicht der Behandelnden, ihren Patienten unverzüglich Einsicht in die vollständige Patientenakte zu gewähren, sind die befragten Patienten-/Wohlfahrtsverbände und Behandelndenverbände unterschiedlicher Ansicht.

Die Behandelndenverbände berichten, ihnen lägen entweder nur wenige Beschwerden bzgl. der Einsichtnahme in die Patientenakte vor oder ihnen seien keine Rechtsstreitigkeiten bekannt. Aus ihrer Sicht wird die Regelung umfassend oder weitgehend umgesetzt. Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände gehen stattdessen mehrheitlich von einer eingeschränkten oder teilweisen Umsetzung aus.

Die Krankenkassen- und Patienten-/Wohlfahrtsverbände bemängeln trotz der ausdrücklichen und klaren gesetzlichen Verankerung nach wie vor Probleme bzgl. der Gewährung der Einsichtnahme wie auch der Vollständigkeit der Patientenakten (vor allem im ambulanten Setting). Nicht selten bedürfe es erst der Intervention eines Rechtsbeistands oder der eingeschalteten Krankenkasse, um Dokumente (vollständig) zu erhalten.

Die mangelnde Vollständigkeit lasse sich unter anderem damit begründen, dass zwischen Arzt-Patienten-Gespräch und Dokumentation häufig viel Zeit vergehe und oft verschiedene Personen an der Dokumentation in der Akte beteiligt seien. Protokolle des Arzt-Patienten-Gesprächs gebe es i. d. R. nicht. Geschildert werde dieses Problem sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

Faktoren, welche die Umsetzung erschweren

Aus Sicht der Mehrzahl der Akteure gibt es Faktoren, die die Umsetzung der Pflicht der Behandelnden, ihren Patienten unverzüglich Einsicht in die vollständige Patientenakte zu gewähren, verhindern oder erschweren.

Aus Sicht der Patienten- und Wohlfahrtsverbände, sind die folgenden Punkte kritisch für die Umsetzung des § 630g BGB:

- ◆ Fehlende Sanktionen bei einer Nichteinhaltung des § 630g BGB¹¹⁸ – Diese Ansicht wird auch von den befragten Krankenkassen geteilt.
- ◆ „Erhebliche therapeutische Gründe“ werden vom Behandelnden häufig als Argument gegen die Einsichtnahme vorgeschoben.
- ◆ Bestehende Unkenntnis der Patienten von der Regelung oder Angst hinsichtlich eines Bruchs des Vertrauensverhältnisses (vor allem in Regionen mit wenigen Ärzten).
- ◆ Patienten scheuen sich, die Einsichtnahme zu verlangen, da sie befürchteten, dieses Verlangen werde vom behandelnden Arzt als Vertrauensbruch bewertet und die Weiterbehandlung abgelehnt.
- ◆ Der Patient kann die Vollständigkeit der Akte nicht überprüfen
- ◆ Vor allem bei Patienten mit mehreren, besonders schwerwiegenden, und chronischen Leiden und einer entsprechend umfangreichen Patientenakte können die Kosten für die Kopie der Patientenakte die Patienten von einer Einsichtnahme abhalten (berichtet werden Kosten von bis zu 500 € für die Kopie einer Patientenakte).

¹¹⁸ Ein Patientenverband erklärt, dass dem Behandelnden keine Sanktionen drohten, wenn er dem Patienten die Einsichtnahme in die Patientenakte verweigere. Stattdessen habe er lediglich Vorteile im Hinblick auf die Abwendung und Verzögerung von Behandlungsfehlervorfürfen. Selbst, wenn der Patient mittels rechtlicher Schritte sein Recht auf Einsichtnahme gerichtlich durchsetze, gäbe es für den Behandelnden keine Nachteile / Konsequenzen gegenüber einer sofortigen Gewährung der Einsichtnahme in die Akte.

- ◆ Es gibt in Deutschland noch keine (idealerweise elektronische) Patientenakte im Besitz/Zugriff des Patienten, die diesen über verschiedene Behandelnde hinweg begleitet. Dies erhöht den mit der Einsichtnahme verbundenen Aufwand für die Patienten.

Weiterer Handlungsbedarf

Ein Großteil der Akteure sieht weiteren Handlungsbedarf. Den wichtigsten Handlungsbedarf bzgl. des § 630g BGB sieht die Mehrzahl der Patienten-/Wohlfahrtsverbände und Krankenkassenverbände im Hinblick auf Sanktionen (z. B. Bußgeld und/oder Verpflichtung zur Übernahme aller Kosten, die den Patienten bei der Durchsetzung ihres Rechtsanspruchs (z. B. Rechtsberatung, Anwalt) entstehen) bei Verstößen gegen das Einsichtsrecht. Einer der Rechtsexperten gibt ebenfalls zu bedenken, dass die Regelung des § 630g BGB gegebenenfalls strafbewehrt werden sollte.

Darüber hinaus sehen die Patienten-/Wohlfahrtsverbände insbesondere Handlungsbedarf bei den folgenden Punkten:

- ◆ Konkretisierung dahingehend, in welcher Höhe Entgelte für Abschriften erhoben werden dürfen (ggf. in Anlehnung an bereits bestehende Gebührenordnungen),
- ◆ Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen bei Kosten für Kopien der Unterlagen – vor allem bei finanziell schwachen Patienten,
- ◆ Barrierefreie Ausgestaltung des Einsichtsrechts,
- ◆ Organisatorische Vereinfachung der Einsichtnahme und Einbindung in die Praxisroutine (vor allem die Weitergabe von digitalen Befunden),
- ◆ Verpflichtung der Behandelnden, bei Herausgabe der „vollständigen“ Kopien die Tatsache der Vollständigkeit ausdrücklich zu bestätigen,
- ◆ macht ein Arzt gegen die Herausgabe an den Patienten „erhebliche therapeutische Gründe“, geltend, so soll er dazu verpflichtet werden, die Patientenakte auf Verlangen des Patienten an einen von diesem bestimmten Arzt oder Psychotherapeuten zum Zwecke der Einholung einer Zweitmeinung zu übergeben,
- ◆ eine ergänzende ausdrückliche Formulierung, dass auch elektronische Abschriften (Kopien) „unverzüglich und vollständig“ zur Verfügung gestellt werden müssen.

Aus Sicht der Behandelndenverbände sollten im Hinblick auf die Reichweite des Rechts auf Einsichtnahme die Interessen der Behandelnden, die der Einsichtnahme möglicherweise entgegenstehen (Persönlichkeitsrecht) ausdrücklich berücksichtigt und geregelt werden. Ein Behandelndenverband schlägt vor, die Regelung – entsprechend der auch durch das Bundesverfassungsgericht bestätigten

Rechtsprechung¹¹⁹ hinsichtlich der Aufzeichnung persönlicher Motive und Eindrücke des Arztes, die über die rein medizinisch notwendige Dokumentation hinausgehen, anzupassen.

Zudem fordert einer der Behandelndenverbände, § 630g Abs. 3 S. 1 bis 2 BGB dahingehend umzuformulieren, dass Erben und nächsten Angehörigen ein Einsichtnahmerecht in die Patientenakte des Verstorbenen zusteht, für die Erben jedoch nur, wenn sie vermögensrechtliche Interessen haben und diese nachweisen. Im Gesetz wäre demnach nicht mehr zwischen vermögensrechtlichen und immateriellen Interessen zu differenzieren sodass der Behandelnden von weitergehenden Prüfpflichten entlastet würde.

Ein Rechtsexperte fordert eine Evaluation dazu, inwieweit die Beweislastverteilung des § 630g Abs. 3 S. 3 BGB zulasten des Behandelnden zweckmäßig ist und im Interesse des verstorbenen Patienten steht. Es sei denkbar, dass dem Willen des Patienten, eine Einsichtnahme von Erben bzw. nächsten Angehörigen auszuschließen, nur aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Beweismitteln nicht nachgekommen werde. Denn es dürfte der Behandlungsseite regelmäßig schwerfallen, solch einen Beweis aus der Privatsphäre des Patienten vorzubringen.

6.2.5 Ergebnisse der Befragung zur Bearbeitung von Leistungsanträgen (§ 13 Abs. 3a SGB V)

Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung

Insgesamt befindet die deutliche Mehrheit der befragten Akteure die gesetzliche Verankerung der Pflicht der Krankenkassen zur Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten im Rahmen einer gesetzlichen Frist für wichtig.

Aus Sicht der Mehrzahl der Patienten-/Wohlfahrtsverbände ist die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V wichtig, da sie einerseits Transparenz herstellt, in welcher Frist Patienten mit einer Antwort auf einen Leistungsantrag rechnen können und andererseits die Krankenkassen motiviert, innerhalb dieser Frist Entscheidungen zu treffen.

Die Krankenkassenverbände relativieren die Wichtigkeit der gesetzlichen Regelung insofern, als ihr ein sachlicher Grund weitgehend fehle: die Bearbeitung von Leistungsanträgen sei bereits vor Inkrafttreten des § 13 Abs. 3a SGB V überwiegend zeitnah erfolgt. Zudem sei der allgemeine Grundsatz, dass Verwaltungsverfahren zügig durchzuführen sind, schon in § 9 S. 2 SGB X verankert. Längere Bearbeitungszeiten seien häufig insofern plausibel, als bei komplexeren Sachverhalten notwendige zusätzliche Unterlagen oft erst beschafft werden müssten.

¹¹⁹ Im Streitfall wird eine neutrale ärztliche Vertrauensperson eingeschaltet, die ggf. eine Überprüfung der Inhalte der Patientenakte insgesamt vornehmen kann.

Rechtsklarheit

Die Mehrzahl der befragten Akteure ist der Auffassung, die Pflicht der Krankenkassen zur Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten im Rahmen einer gesetzlichen Frist sei klar und verständlich formuliert.

Die Krankenkassenverbände kritisieren im Hinblick auf die Klarheit und Verständlichkeit des § 13 Abs. 3a SGB V, dass nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V für den Fall, dass die Mitteilung eines hinreichenden Grundes unterbleibe, die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gelte (Genehmigungsfiktion), § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V eine Kostenerstattung jedoch nur für eine erforderliche Leistung erlaube. Aus ihrer Sicht sei unklar, was unter einer erforderlichen Leistung zu verstehen ist. Ginge man davon aus, dass ein Kostenerstattungsanspruch auch für Leistungen bestünde, die bei rechtzeitiger Leistungsentscheidung aufgrund fehlender Voraussetzungen nicht übernommen worden wären, würde das zu Widersprüchen sowohl im Verhältnis zur Kostenerstattungsregelung nach § 15 SGB IX für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch zwischen den Kostenerstattungsregelungen nach Abs. 3 und Abs. 3a des § 13 SGB V führen.

Die Krankenkassenverbände kritisieren weiter, dass die Regelung in Bezug auf die Rechtsfolgewirkung unklar und aus diesem Grund mit Rechtsunsicherheiten verbunden sei.

Aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände wird aus der Regelung zur Bearbeitung von Leistungsanträgen nicht klar ersichtlich, was der Patient tun soll, wenn die Fristen überschritten werden. Für den Patienten bleibe fraglich, ob die Erstattung der Kosten für das Hilfsmittel, bei Eintritt der Genehmigungsfiktion gesichert ist, wenn er sich dieses nach Ablauf der Frist selbst besorge.

Aus Sicht mehrerer Patienten-/Wohlfahrtsverbände bestehen erhebliche Rechtsunsicherheiten dahingehend, welche Gründe als „hinreichend“ angesehen werden, um eine Fristüberschreitung zu legitimieren. Darüber hinaus ist die Regelung zur Genehmigungsfiktion insofern problematisch, als dass für die Versicherten die Erforderlichkeit im Sinne des SGB V nur schwer zu ermitteln ist und Unklarheit über den konkreten Zeitpunkt des jeweiligen Fristbeginns besteht.

Im Hinblick auf die Klarheit des § 13 Abs. 3a SGB V kritisieren die Rechtsexperten, dass das Gesetz mehrere und verschiedene Fälle in einem Absatz regelt.

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Die befragten Akteure sind mehrheitlich der Auffassung, dass mit der Regelung neue rechtliche Probleme geschaffen wurden; diese rühren im Wesentlichen aus der von den Verbänden kritisierten mangelnden Rechtsklarheit her.

Weiter kritisieren die Krankenkassenverbände, dass Leistungsentscheidungen gemäß dem sich aus dem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 Abs. 1 bis 2 SGB X) ableitenden rechtstaatlichen Verbot des vorzeitigen Verfahrensabschlusses erst dann erfolgen dürften, wenn die Sach- und Rechtslage abschließend geklärt sei (vgl. BSG, Urteile vom 28.06.1990 – 4 RA 57/89 -, Rn. 39 und 46, 28.11.1990 – 4 RLw 5/90 -,

Rn. 27, und 29.04.1997 - 4 RA 46/96 –, Rn. 63, alle juris). Dem könne eine fristgemäße Entscheidung i. S. d. § 13 Abs. 3a SGB V entgegen stehen.

Auswirkungen des Gesetzes auf die Praxis der Antragsprüfung

Zur Einschätzung der Wirkung des § 13 Abs. 3a SGB V wurden den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden und den Behandelndenverbänden weiterhin spezifische Fragen dazu gestellt, ob die Fristenregelung zur Entscheidung über Leistungsanträge dazu geführt habe, dass die Zeit bis zur Entscheidung der Krankenkassen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten verkürzt wurde oder dass Leistungsanträge von Versicherten häufiger abgelehnt oder bewilligt werden. Darüber hinaus wurde gefragt, ob sich die Qualität der Bescheide (z. B. sachliche Richtigkeit, vollständige und verständliche Darstellung der Gründe) der Krankenkassen zu Leistungsanträgen ihrer Versicherten verbessert oder verschlechtert hat und ob Krankenkassen ihren Versicherten, wenn sie die Frist nicht einhalten können, in der Praxis rechtzeitig eine schriftliche Mitteilung mit einer hinreichenden Begründung zukommen lassen.

- ◆ Zeit bis zur Entscheidung der Krankenkassen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten (§ 13 Abs. 3a SGB V)

Nach Ansicht der Krankenkassenverbände hat § 13 Abs. 3a SGB V keinen wesentlichen Einfluss auf die Dauer der Antragsprüfung durch die Krankenkassen gehabt.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände sind sich uneinig darüber, ob die Fristenregelung zur Entscheidung über Leistungsanträge dazu geführt hat, dass die Zeit bis zur Entscheidung der Krankenkassen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten verkürzt wurde. Es wird sowohl die Auffassung vertreten, die Entscheidungszeiträume seien grundsätzlich verkürzt worden, als auch die Auffassung, die Krankenkassen würden vermehrt MDK-Gutachten in Auftrag geben, um Zeitaufschub zu ermöglichen.

- ◆ Bewilligung von Leistungsanträgen von Versicherten (§ 13 Abs. 3a SGB V)

Die Patienten- und Wohlfahrtsverbände vertreten mehrheitlich die Auffassung, dass Leistungsanträge seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes häufiger abgelehnt werden. Einer der Verbände gibt jedoch zu bedenken, dies liege u. U. an dem Bestreben, über Kosteneinsparungen die Position der Krankenkasse im Zusatzbeitragswettbewerb zu verbessern, und nicht unbedingt an der Fristenregelung. Ein anderer Patientenverband vermutet, die Krankenkassen würden die Anträge etwas häufiger ablehnen, ggf. auch um zusätzliche Zeit im Widerspruchsverfahren zu bekommen.

Die Krankenkassenverbände gehen hingegen davon aus, dass § 13 Abs. 3a SGB V keinen Einfluss auf das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen ausgeübt hat: Leistungsanträge würden genauso häufig bewilligt wie vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes.

- ◆ Qualität der Bescheide der Krankenkassen zu Leistungsanträgen

Sowohl die Patienten-/Wohlfahrtsverbände als auch die Krankenkassenverbände erklären, die Qualität der Bescheide (z. B. sachliche Richtigkeit, vollständige und verständliche Darstellung der Gründe) habe sich nicht verändert.

- ◆ Rechtzeitigkeit von schriftlichen Mitteilungen (inkl. hinreichender Begründung) der Krankenkassen bei Nichteinhaltung der Frist (§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V)

Aus Sicht der Krankenkassenverbände sei zwar anzunehmen, dass die Krankenkassen ihren Versicherten einen hinreichenden Grund für zeitliche Verzögerungen rechtzeitig schriftlich mitteilen, da andernfalls die in § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V geregelte Genehmigungsfiktion der beantragten Leistung eintritt, sie können aber keine Erfahrungswerte angeben.

Laut einiger Patienten-/Wohlfahrtsverbände werden die Versicherten trotz der Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V häufig nicht rechtzeitig schriftlich darüber informiert werden (inkl. hinreichender Begründung), wenn die Krankenkassen die gesetzliche Frist zur Entscheidung über Leistungsanträge nicht einhalten können.

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Im Hinblick auf die Umsetzung der Pflicht der Krankenkassen zur Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten im Rahmen einer gesetzlichen Frist waren die befragten Krankenkassenverbände der Auffassung die Regelung werde umfassend oder weitgehend umgesetzt. Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände gaben dagegen mehrheitlich an, die Regelung werde nur teilweise umgesetzt.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände begründen die „teilweise“ Umsetzung weitgehend damit, dass die Krankenkassen seit Inkrafttreten der Regelung zwar häufig schneller reagierten, die gesetzlichen Fristen aber nicht immer einhielten. Die Gründe für die Verzögerung würden den Versicherten im Fall einer Verzögerung nach wie vor häufig nicht rechtzeitig mitgeteilt. Darüber hinaus seien Versicherte bei Fristüberschreitungen durch die Krankenkassen genauso unsicher wie zuvor und forderten ihre Rechte nicht ein.

Im Hinblick auf die Feststellung möglicher Umsetzungsdefizite, wurden die Akteure darum gebeten, zu erklären, warum es aus ihrer Sicht im Jahr 2014 laut KG 2-Statistik nur 76 Fälle von Kostenerstattungen bei rund 254.000 Fristüberschreitungen gab. Mögliche Gründe dafür sind aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände:

- ◆ Unkenntnis der Versicherten über die Rechte aus § 13 Abs. 3a SGB V,
- ◆ Unsicherheit darüber, ob die Ersatzbeschaffung auch sicher zur Kostenerstattung führen wird: Versicherte scheuen das Risiko, dass die ausgeleg-

ten erheblichen Kosten letztlich nicht von den Krankenkassen übernommen werden (z. B. weil sie nicht zum Leistungskatalog gehören oder weil der Leistungserbringer kein Vertragspartner der Krankenkasse war)¹²⁰ und

- ◆ die Regelung der Kostenerstattung, die voraussetzt, dass Versicherten finanziell in Vorleistung gehen und rückwirkend die Kosten ersetzt bekommen – einkommensschwache Personen werden damit ausgeschlossen.

Die Krankenkassenverbände vermuten dagegen, die geringe Zahl der Kostenerstattungen sei darauf zurückzuführen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch häufig fehlten. Gemäß der gesetzlichen Intention werde von der GKV die Auffassung vertreten, dass eine Kostenerstattung gemäß dem in § 13 Abs. 1 SGB V verankerten Grundsatz „Kostenerstattung anstelle von Sach- oder Dienstleistung“ nur dann in Betracht käme, wenn auf die selbstbeschaffte Leistung auch ein Anspruch als Sach- und Dienstleistung (Naturalleistung) bestanden hätte. Würden diese für die Naturalleistung bestehenden konkreten Anspruchsvoraussetzungen jedoch nicht erfüllt oder handelt es sich bei der beantragten Leistung schon dem Grunde nach nicht um eine Leistung, die in den Aufgabenbereich der GKV fällt, werden die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch als nicht erfüllt angesehen.

Weitere Gründe, die die Umsetzung des § 13 Abs. 3a SGB V aus Sicht der Krankenkassen verhindern oder erschweren, sind:

- ◆ bürokratische Verzögerungen,
- ◆ fehlendes Personal und Überlastung,
- ◆ unvollständige oder fehlende Unterlagen im Zusammenhang mit gestellten Leistungsanträgen und
- ◆ eine zu lange Zeitspanne zwischen der Anforderung notwendiger medizinischer Unterlagen und dem Eingang dieser Unterlagen beim MDK.

Weiterer Handlungsbedarf

Die Mehrzahl der Akteure sieht weiteren Handlungsbedarf im Hinblick auf die Fristenregelung zur Entscheidung über Leistungsanträge (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Die Patienten- /Wohlfahrtsverbände fordern insbesondere:

- ◆ mehr Öffentlichkeitsarbeit der Politik, um Kenntnisse der Versicherten über ihre Rechte zu verbessern,
- ◆ eine Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte über den Eingang des Antrags und den konkreten Fristbeginn zu informieren,
- ◆ eine Festlegung von Sanktionen für das Nichteinhalten der Frist,

¹²⁰ Versicherte befürchten, dass die Erstattung erst mittels langwieriger rechtlicher Auseinandersetzungen gegen ihre Versicherung eingeklagt werden muss.

- ◆ Transparenz und Berichterstattung darüber, welche Krankenkassen anteilig zum gesamten Bewilligungsgeschäft besonders häufig mit Entscheidungen in Verzug geraten,
- ◆ die Schaffung einer Stelle, die Patienten bei Problemen bzgl. der Genehmigungsfiktion unterstützt (ggf. auch finanziell),
- ◆ eine generelle gesetzliche Klarstellung, dass unter den Begriff „hinreichende Gründe“ prinzipiell nur solche fallen können, die nicht im Verantwortungsbereich der Kassen liegen (z. B. durch Leistungserbringer nicht bereitgestellte Befunde) und
- ◆ eine Vereinheitlichung der Gutachterregeln beim MDK bzw. Schaffung eines von den Kassen unabhängigen Gutachterdienstes.

Die Krankenkassenverbände fordern hingegen eine Klarstellung dahingehend, welche Leistungen vom Kostenerstattungsanspruch umfasst sind oder eine Abschaffung der Regelung (zumindest in der jetzigen Form).

6.2.6 Ergebnisse der Befragung zur Unterstützung bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (§ 66 SGB V)

Erforderlichkeit der gesetzlichen Regelung

Die Mehrheit der befragten Akteure hält die im Zuge des Patientenrechtegesetzes erfolgte Umwandlung der Unterstützung von Versicherten durch ihre Krankenkasse bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, von einer Ermessensleistung in eine Pflichtleistung (§ 66 SGB V) für erforderlich.

Die Krankenkassenverbände erklären, die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland hätten ihre Versicherten bereits vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes freiwillig bei Behandlungsfehlern unterstützt. Die Änderung von einer Kann- in eine Soll-Regelung werde jedoch trotzdem begrüßt.

Den Patienten-/Wohlfahrtsverbände ist die Umwandlung in eine Sollvorschrift ebenfalls wichtig. Die Unterstützung der Versicherten sei früher ein Qualitätsmerkmal einer Kasse gewesen und keine selbstverständliche Leistung. Die Hürden für Patienten, bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler eine Kompensation der erlittenen Schäden zu erreichen, seien ausgesprochen hoch. Eine der wesentlichen Hürden sei dabei die Erlangung einer medizinischen Einschätzung und insbesondere eines gerichtlich verwertbaren Gutachtens. Hier könne die Unterstützung der Krankenkassen einen wichtigen Schritt bei der Durchsetzung berechtigter Patienteninteressen bieten. Allerdings sei die im Zuge des Patientenrechtegesetzes erfolgte Einengung der Ermessensleistung aus Sicht mehrerer Patienten-/Wohlfahrtsverbände dennoch nur ein erster Schritt in die richtige Richtung. Es sei nicht nachvollziehbar, warum die Kann-Vorschrift lediglich in eine Soll-Vorschrift umgewandelt wurde und nicht eine ausdrückliche Pflicht der Krankenkasse zur Unterstützung festgelegt wurde.

Die Rechtsexperten halten die „Soll“-Regelung ebenfalls für erforderlich oder eher erforderlich, damit zukünftig nur in atypischen Sonderfällen die Unterstützung versagt werde.

Rechtsklarheit

Die Mehrzahl der befragten Akteure gibt zwar an, die Pflicht der Krankenkassen zur Bearbeitung von Leistungsanträgen der Versicherten im Rahmen einer gesetzlichen Frist sei klar und verständlich formuliert. Dennoch werden von allen befragten Akteursgruppen (Rechtsexperten, Krankenkassen- und Patienten-/Wohlfahrtsverbände) Unklarheiten hinsichtlich der Art und Umfangs der Erfüllung der Unterstützungsleistungen thematisiert.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände kritisieren insbesondere Unklarheiten hinsichtlich:

- ◆ des Zeitpunkts, ab welchem und bzgl. des Zeitrahmens, innerhalb welchem die Krankenkassen Unterstützung zu leisten haben,
- ◆ vermeintlicher Schadensersatz-/Schmerzensgeldansprüche, da die Regelung ggf. erst dann gelte, wenn der Verdacht eines Behandlungsfehlers berechtigt ist und Versicherte häufig nicht wissen, ob Schadensersatz-/Schmerzensgeldansprüche gegeben sind und
- ◆ des Umfangs der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen:
 - Die Formulierung „soll“ impliziert eine Vorschrift nach Maßgabe der vorhandenen Möglichkeiten. Diese Möglichkeiten sind aber nicht fix, sondern unterliegen ihrerseits der Ressourcen- und damit der Ausgabenplanung der Krankenkassen.
 - Die Inhalte der Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen sind im Gesetz nicht klar formuliert und können deshalb erheblich variieren (z. B. zwischen der simplen Übersendung einer Broschüre mit Ansprechpartnern und allgemeinen Informationen und der vollständigen Erstellung eines Gutachtens durch den MDK).

Rechtliche Auswirkungen des Gesetzes

Die Akteure sind unterschiedlicher Meinung, ob mit der Regelung neue rechtliche Probleme geschaffen, bisherige rechtliche Probleme bestehen blieben oder beseitigt wurden. Die Mehrzahl geht aber davon aus, dass rechtliche Probleme weiterhin bestehen oder neu geschaffen wurden; diese haben ihre Ursachen insbesondere in den oben beschriebenen rechtlichen Unklarheiten.

Ebenso bleibt aus Sicht eines Rechtsexperten unklar, in welchen Fällen eine Krankenkasse zur Unterstützung nicht verpflichtet ist. Daran schließe sich die Frage danach an, welche Rechtsfolgen ausgelöst werden, wenn die entsprechende Unterstützungspflicht durch die Versicherung nicht eingelöst werde.

Auswirkungen des Gesetzes auf die Praxis der Antragsprüfung

Zur Einschätzung der Wirkung des § 66 SGB V wurden spezifische Fragen dazu gestellt, wie sich die Anzahl der Mitarbeiter, die in Ihren Mitgliedskrankenkassen für die Unterstützung von Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler zuständig sind, seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes entwickelt habe, wie sich die Verschärfung der Regelung (von Kann-Regelung zu Soll-Regelung) in der Praxis ausgewirkt und ob die Regelung dazu geführt habe, dass Patienten ihre Rechte in einem Klageverfahren gegen einen Behandelnden besser durchsetzen können.

- ◆ Anzahl der Mitarbeiter, die bei den Krankenkassen für die Unterstützung von Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler zuständig sind (§ 66 SGB V)

Die Krankenkassenverbände gaben an, vereinzelt hätten Mitglieds-kassen ihr Personal infolge des Patientenrechtegesetzes aufgestockt, sowie ggf. neue Referate für „Behandlungsfehlermanagement“ aufgebaut. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Krankenkassen sei die Anzahl der für die Unterstützung von Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler zuständigen Mitarbeiter jedoch gleich geblieben.

- ◆ Häufigkeit der Unterstützung der Versicherten durch ihre Krankenkassen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (§ 66 SGB V)

Im Hinblick auf die Frage, wie sich die Verschärfung der Regelung (von Kann-Regelung zu Soll-Regelung) in der Praxis ausgewirkt habe, gaben zwei Krankenkassenverbände an, dass die Mehrzahl der bereits bestehenden Unterstützungsangebote etwa in gleichem Umfang wahrgenommen werde wie zuvor. Vereinzelt sei über eine häufigere Unterstützung berichtet worden. Die Erwartungen der Versicherten hinsichtlich des Inhalts der Unterstützung seien laut der Krankenkassenverbände insgesamt gestiegen.

Ein anderer Krankenkassenverband erklärte hingegen, die Begutachtungszahlen seien im Jahr 2013 deutlich angestiegen und in den Jahren 2014 und 2015 bei weiterhin leicht steigender Tendenz auf diesem Niveau verblieben (vgl. hierzu auch MDS 2016).

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände schätzen den Anstieg der Begutachtungszahlen durch den MDK seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes hingegen als unwesentlich ein. Dies gelte auch für die Zahl der Anträge bei den Landesärztekammern.

- ◆ Durchsetzbarkeit der Versicherten in einem Klageverfahren gegen den Behandelnden (§ 66 SGB V)

Die befragten Akteure sind mehrheitlich der Ansicht, die Chancen von Versicherten, in einem Klageverfahren ihre Schadensersatzansprüche gegenüber Behandelnden geltend machen zu können, habe sich aufgrund der Regelung des § 66 SGB V nicht verbessert.

Die Krankenkassenverbände erklären dies damit, dass der Fokus der Unterstützung bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen vor allem im außergerichtlichen Bereich liege. Klageverfahren dauerten meist mehrere Jahre, seien kostenintensiv und hinsichtlich des Ergebnisses schwer einschätzbar, so dass noch immer nur wenige Patienten den Klageweg beschreiten würden. Im außergerichtlichen Bereich seien die Hürden jedoch ähnlich hoch und die Beweislast liege weiterhin grundsätzlich beim Patienten. Häufig scheiterten die Patienten bereits an der Hürde, den Fehler als Ursache des Schadens beweisen zu können.

Von Seiten der Patienten-/Wohlfahrtsverbände wird ausgeführt, die Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen i. S. d. § 66 SGB V bestehe im Wesentlichen darin, dass einmalig ein Gutachten erstellt werde. Damit ende i. d. R. die Unterstützung der Krankenkasse für ihre geschädigten Versicherten hinsichtlich der Klärung und Geltendmachung ihrer möglichen Ansprüche. Vor Gericht bzw. bei der Verfolgung der Schadensersatzzahlung reiche allerdings das MDK Gutachten meist nicht aus – die Behandelnden würden dieses häufig nicht einmal anerkennen (vor allem in der Zahnmedizin). Ein Patientenverband kritisiert, dass Versicherte von ihrer Krankenkasse nur insofern unterstützt werden, als zunächst die Krankenkasse ihre kassenseitigen Ansprüche einklage und der Patient sich dann an diese Klage „dranhängen könne“.¹²¹

Umsetzung und Umsetzungsdefizite

Im Hinblick auf die Umsetzung der gesetzlichen Regelung zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V) sind die befragten Patienten-/Wohlfahrtsverbände und Krankenkassenverbände unterschiedlicher Auffassung. Während die Patienten-/Wohlfahrtsverbände mehrheitlich die Ansicht vertreten, die Regelung werde nur teilweise umgesetzt, gaben die Krankenkassenverbände an, die Regelung werde umfassend oder weitgehend umgesetzt.

Einige Krankenkassenverbände verweisen auf eine kürzlich vom GKV-SV zu dieser Thematik durchgeführte Befragung seiner Mitglieder: Demnach werden grundsätzlich alle Versicherten, die einen Antrag auf Unterstützung nach § 66 SGB V stellen, auch beraten. Im Rahmen des Behandlungsfehlermanagements und der in diesem Kontext stattfindenden individuellen Beratung werde aber auch immer wieder die mangelnde Beweisbarkeit des Behandlungsfehlers festgestellt. Wieder-

¹²¹ Es werde zwar alljährlich durch den MDS und die MDKen in den Begleitmaterialien zur Behandlungsfehlerstatistik dargestellt, dass Patienten nach einem positiven MDK-Gutachten und bei nicht drohender Verjährung zunächst der Krankenkasse den „Vortritt“ bei der Klärung von Forderungen lassen könnten (https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/15-05-20_Fragen_und_Antworten.pdf). Die Praxis bestätige dies jedoch nicht.

holt handele es sich bei den Beanstandungen auch um „normale“ Komplikationen/schicksalhafte Verläufe einer Behandlung. Teilweise verzichteten Versicherte nach der Beratung auf ein weiteres Vorgehen.¹²²

Ein Krankenkassenverband erklärt, man gehe davon aus, dass gerade die großen Krankenkassen mit einem spezialisierten Team qualifizierte Unterstützung leisten. Zumeist werde ein MDK-Gutachten eingeholt. Jedoch lägen ihnen keine Informationen dazu vor, ob, wann und aus welchen Gründen ggf. keine Unterstützung durch MDK-Gutachten erfolge. In Einzelfällen schein keine MDK-Beauftragung zu erfolgen.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände erklären mehrheitlich, die Qualität der Unterstützung ihrer Versicherten durch die Krankenkassen sei sehr unterschiedlich. Es gäbe einerseits Fälle, in denen die Krankenkasse ihre Versicherten umfassend unterstützte, diese umfänglich berate, ihnen beim Bezug der Krankenakte helfe und in Übereinstimmung mit dem § 66 SGB V dann auch eine entsprechende Unterstützung bei der Klärung vermeintlicher Behandlungsschäden gewähre, indem beispielsweise der MDK mit einer Begutachtung beauftragt werde. Andererseits gäbe es Fälle, in denen keinerlei Unterstützung geleistet werde. Nach wie vor berichteten Versicherte, dass sie bei Ihrer Krankenkasse nicht über ihre Möglichkeiten beraten wurden, einen vermeintlichen Behandlungsschaden zu klären. Das heißt man habe die Patienten nicht über die bestehende Möglichkeit eines kostenlosen fachärztlichen MDK-Gutachtens informiert und ihnen auch keine sonstige Unterstützung angeboten, beispielsweise dabei, ihr Recht auf Akteneinsicht durchzusetzen.

Ein Patientenverband gibt an, die Erfahrungen seiner Mitglieder deckten sich von der Tendenz her mit einer Umfrage der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2014 (Stukenberg 2016). Demnach wurde eine Erstberatung von „fast allen“ der 50 befragten Krankenkassen angeboten. Drei von vier Krankenkassen beschafften demnach die Unterlagen von der Behandlungsseite. 70 Prozent der Krankenkassen beauftragten demnach immer den MDK mit einem Gutachten.

Faktoren, welche die Umsetzung erschweren

Aus Sicht der Patienten-/Wohlfahrtsverbände erschweren insbesondere folgende Faktoren die Umsetzung des § 66 SGB V:

- ◆ Unterschiede in den Unterstützungsleistungen und dem Engagement der Krankenkassen bzw. der Sachbearbeiter:
 - Eine Unterstützung nach § 66 SGB V erfolgt häufig nicht oder weniger engagiert in Fällen, an die Krankenkasse kein eigenes, finanzielles Interesse hat
 - Es gibt bei den Kassen keine bzw. zu wenig speziell für die Unterstützung der Versicherten ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

¹²² Vgl. dazu Kapitel 4.6.3.

- ◆ mangelndes Wissen der Versicherten über die Unterstützungsverpflichtung der nach § 66 SGB V:
- ◆ Krankenkassen informieren in sehr unterschiedlichem Maße, mitunter sehr zurückhaltend über das eigene Unterstützungsangebot (z. B. auf ihrer Homepage)
- ◆ Unterschiedliche Qualität von gutachterlichen Stellungnahmen oder Gutachten (betrifft nicht nur den MDK, aber auch).

Die Krankenkassenverbände benennen folgende Hemmfaktoren für die Umsetzung des § 66 SGB V:

- ◆ Die Herausgabe der Behandlungsunterlagen sei trotz klarer gesetzlicher Regelung nach wie vor ein Problem, das mindestens zu Verzögerungen bei der Unterstützung führe.
- ◆ Bei einer Verweigerung der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen oder weiterführender Unterlagen, wie Hygienepläne oder Medizinproduktebuch, können mögliche Ansprüche gar nicht erst gutachterlich geprüft und bewertet werden. Die Qualität der Unterstützung hänge aber wesentlich von der medizinischen Begutachtung ab.
- ◆ Auf die „Durchsetzung“ der Ansprüche hat die Krankenkasse praktisch keinen Einfluss, da über die Regulierung der Ansprüche die Behandelnden bzw. deren Haftpflichtversicherer entscheiden.

Weiterer Handlungsbedarf

Die Mehrzahl der befragten Akteure sieht entsprechend weiteren Handlungsbedarf im Hinblick auf die Unterstützung der Patienten durch die Krankenkassen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (§ 66 SGB V).

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände fordern insbesondere:

- ◆ eine Berichtspflicht und Transparenz über die Aktivitäten und Unterschiede der Krankenkassen bzgl. ihrer Unterstützungsleistungen bei Behandlungsfehlerverdacht gegenüber den Patienten,
 - ◆ konkrete Vorgaben zu Art und Umfang der zu leistenden Unterstützung und zu Folgen für deren Nichtbeachtung durch den Gesetzgeber (Sanktionen bei Verstoß gegen § 66 SGB V),
 - ◆ eine Unterstützung des Patienten durch die Krankenkassen bei der Beziehung vollständiger Patientenunterlagen,
 - ◆ konkrete Vorgaben zu qualitativen Mindestanforderungen an Gutachten,
 - ◆ die Änderung von einer Soll-Regelung zu einer verpflichtenden Regelung,
 - ◆ eine gesetzliche Klarstellung dahingehend, dass die Unterstützung nach § 66 SGB V auch Arzneimittel- und Medizinprodukteschäden umfasst,
-

- ◆ die Bekanntmachung der Möglichkeit der Unterstützung durch die Krankenkasse nach § 66 SGB V in der Bevölkerung,
- ◆ eine organisatorische Sicherstellung, dass der MDK über die notwendigen Kapazitäten und Kompetenzen verfügt, um geeignete Unterstützung, insbesondere in Form von Gutachtenerstellung zu leisten und
- ◆ ggf. eine Vorabprüfung der Ansprüche des Versicherten durch eine unabhängige Stelle, da der Patient oft den Eindruck hat, dass die Kasse nur unterstützt, wenn es um Versicherungsleistungen geht („wenn für die Kasse etwas zu holen ist“).

Die Krankenkassenverbände sehen vor allem Handlungsbedarf bzgl.

- ◆ einheitlicher Vorgaben zu Art und Umfang der Unterstützung (insbesondere die Beauftragung zur Begutachtung durch den MDK sollte dezidiert genannt werden),
- ◆ einer Ergänzung der §§ 66 sowie 284 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, dass auch die Unterstützung bei Arzneimittel- und Medizinprodukteschäden umfasst sind (bisher wird nur auf Behandlungsfehler abgestellt) und
- ◆ einer gesetzlichen Normierung des Rechts der Krankenkasse, alle zur Bewertung notwendigen Unterlagen anfordern zu können (dies muss auch Unterlagen, wie z. B. Hygienepläne oder das Medizinproduktebuch umfassen).
 - Vorschlag für die Behandlungsdokumentation: § 630 g Abs. 1 S. 2 (neu) BGB: „Selbiges gilt auch für Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte, für die eine Schweigepflichtentbindungserklärung und Herausgabegenehmigung des Patienten vorliegt“.

6.2.7 Ergebnisse der Befragung zum Patientenrechtegesetz insgesamt

Den Verbänden und Rechtsexperten wurden im Zuge der Befragung weitere allgemeine Fragen zum Patientenrechtegesetz insgesamt gestellt. Die Fragen bezogen sich auf die ergriffenen Maßnahmen zur Information über das Patientenrechtegesetz, den Einfluss des Patientenrechtegesetzes (i. V. m. diesen Maßnahmen) auf den Kenntnisstand der Behandelnden und Patienten bzw. Versicherten zu Patientenrechten, den Einfluss des Patientenrechtegesetzes auf die Rechtsprechung und Weiterentwicklung des Rechts sowie den Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes in der Praxis.

6.2.7.1 Ergriffene Maßnahmen zur Umsetzung des Patientenrechtegesetzes

Maßnahmen zur Information der Behandelnden

Die Behandelndenverbände geben an, als Reaktion auf das Patientenrechtegesetz verschiedene Maßnahmen ergriffen zu haben, um sicherzustellen, dass die Behandelnden ihren Pflichten nachkommen können. Die Maßnahmen zur Unterrichtung der Verbandsmitglieder lassen sich folgendermaßen gruppieren:

- ◆ Printmedien (Veröffentlichungen (u. a. in Ärzteblättern) , Info-Broschüren, Rundschreiben, Artikelserien, Bereitstellung von Formularen und Informationsmaterialien u. a. Checklisten, Leitfäden, Merkblätter, Repetitor),
- ◆ Veröffentlichungen auf Homepages der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer,
- ◆ Schulungs-/Fortbildungsveranstaltungen und Vorträge,
- ◆ Sonder-Newsletter zum Qualitätsmanagement-Verfahren QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen und Einbindung in QM-Systeme: Die gesetzlichen Anforderungen an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten werden von der KBV im Qualitätsziel-Katalog des Qualitätsmanagement-Verfahrens QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen operationalisiert. Diese wurde mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes systematisch überprüft und für die Anwender dargelegt. In QEP-Einführungsseminaren und im QEP-Manual werden ergänzend Materialien zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen angeboten.

Maßnahmen zur Information der Patienten und Versicherten

Als Reaktion auf das Patientenrechtegesetz wurden von verschiedenen Akteuren Maßnahmen ergriffen, um Patienten und Versicherte über die Rechte, die sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben, aufzuklären.

Von den Krankenkassen wurden v. a. folgende Maßnahmen zur Information der Patienten und Versicherten genannt:

- ◆ Beratungs- und Informationsangebote für Versicherte u. a. in Form von Mitgliederzeitungen, Hotlines, speziellen Email-Adressen (Behandlungsfehlermanagement) und Homepages sowie Verweis auf den Ratgeber Patientenrechte des BMG und BMJV,
 - ◆ die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkassen sowie z. T. Überarbeitung und Neu-Konzeption von Flyern und Broschüren für Versicherte,
 - ◆ die Durchführung von Schulungen und Seminaren für Mitarbeiter von Krankenkassen sowie
 - ◆ die vereinzelte Aufstockung von Personal bei einigen Krankenkassen, ggf. Aufbau neuer Referate für „Behandlungsfehlermanagement“.
-

Aus Sicht der Behandelndenverbände und der Patienten-/Wohlfahrtsverbände tragen außerdem v. a. folgende wesentliche Maßnahmen zur Information der Patienten und Versicherten bei:

- ◆ der KBV-Patienten-Newsletter,
- ◆ der Ratgeber für Patientenrechte des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
- ◆ Aufklärungsgespräche durch Behandelnde
- ◆ die Broschüre der Bundesregierung vom Juni 2013 „Informiert und selbstbestimmt: Ratgeber für Patientenrechte“,
- ◆ Informationsflyer des Bundesgesundheitsministeriums,
- ◆ Unterstützung und Information durch die unabhängige Patientenberatung (UPD),
- ◆ Informationsmaterialien der Verbraucherzentralen über Patientenrechte,
- ◆ Informationen für Mitglieder von Patientenorganisationen, NGOs im Gesundheitsbereich, Behindertenverbänden, Sozialverbänden etc. durch diese Institutionen,
- ◆ allgemein eine größere Aufmerksamkeit für Patientenrechte in den Medien aufgrund des neuen Gesetzes und
- ◆ Informationen auf den Internet-Seiten verschiedener Akteure im Gesundheitswesen (z. B. Ärztekammern).

Aus Sicht der meisten Krankenkassenverbände liegt den Patienten bzw. Versicherten damit ein umfangreiches Informationsmaterial vor.

6.2.7.2 Kenntnisstand zu Patientenrechten

Kenntnisstand der Behandelnden zu Patientenrechten

Das Patientenrechtegesetz hat aus Sicht der deutlichen Mehrzahl der Befragten grundsätzlich dazu geführt, dass die Behandelnden insgesamt besser über ihre jeweiligen Pflichten den Patienten gegenüber informiert sind.

Grund dafür ist aus Sicht einiger Behandelndenverbände sowie einiger Krankenkassenverbände vor allem die verstärkte Berichterstattung im Umfeld des Gesetzgebungsverfahrens, die zu einer gewissen Sensibilisierung für das Thema geführt hat. Darüber hinaus haben – aus Sicht mehrerer Behandelndenverbände – auch die von ihnen versendeten Verbandsinformationen zum Patientenrechtegesetz, zu einem besseren Kenntnisstand der Behandelnden beigetragen.

Aus Sicht mehrerer Krankenkassenverbände und Patienten-/Wohlfahrtsverbände hat das Detailwissen der Behandelnden zu den einzelnen Regelungen des Patientenrechtegesetzes aber nicht wesentlich zugenommen und es gibt hier immer noch große Wissenslücken bei den Behandelnden.¹²³

Kenntnisstand der Patienten bzw. Versicherten zu Patientenrechten

Insgesamt gibt die Mehrzahl der befragten Verbände an, dass Versicherte bzw. Patienten (insbesondere auch vulnerable Gruppen) nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes nicht besser über ihre Rechte informiert sind als zuvor – diese Meinung wird vor allem von den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden vertreten.

Die Mehrheit der Patienten-/Wohlfahrtsverbände bezweifelt, dass die ergriffenen Maßnahmen der verschiedenen Akteure in der Summe bisher ausgereicht haben bzw. geeignet waren, um den allgemeinen Kenntnisstand zu Patientenrechten in der Bevölkerung spürbar zu verbessern. Es mangle insbesondere bei der Information von vulnerablen Gruppen und Personen mit geringen Deutschkenntnissen. Ein Patientenverband erklärt, die Angebote würden überwiegend nur bei Patienten bzw. Versicherten greifen, die gezielt nach entsprechenden Informationen suchen, etwa wenn sie vermuten, von einem Behandlungsfehler betroffen zu sein.

Wissens- und Informationslücken bei den Versicherten/Patienten bestehen aus Sicht der Mehrzahl der Patienten-/Wohlfahrtsverbände in allen Bereichen der Regelungen des Patientenrechtegesetzes.

6.2.7.3 Rechtsprechung und Weiterentwicklung des Rechts

Die Mehrzahl der Befragten ist der Auffassung, dass das Patientenrechtegesetz nicht dazu geführt hat, dass Patienten ihre Rechte in einem Klageverfahren gegen Behandelnde oder die Krankenkassen besser durchsetzen können. Als Hauptgrund dafür wird angegeben, dass das Patientenrechtegesetz inhaltlich im Wesentlichen den Stand der Rechtsprechung kodifiziert hat. Mehrere Patienten-/Wohlfahrtsverbände verweisen im Hinblick auf die Durchsetzbarkeit der Patientenrechte in einem Klageverfahren auch auf die lange Dauer von Arzthaftungsverfahren und die Regelung zur Beweislast (s. Kapitel 6.2.7.5).

Die befragten Rechtsexperten können keine Aussage dazu treffen, ob das Patientenrechtegesetz zu einer höheren Anzahl von Klagen mit Bezug zu Patientenrechten geführt hat. Die Rechtsexperten sind sich aber einig, dass das Patientenrechtegesetz bisher nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Rechtsprechung zu Patientenrechten geführt hat.

Ein Rechtsexperte erklärt, der BGH (insbesondere der VI. Zivilsenat (Haftungs-senat)) habe sich in seinen Entscheidungen jedenfalls bislang noch nicht näher mit den neuen Normen befasst. Anders sehe es in der oberlandesgerichtlichen Recht-

¹²³ Vgl. dazu auch Kapitel 3.4.3.

sprechung aus. Gelegentlich würden die §§ 630a ff. BGB ohne Weiteres auf Behandlungen vor Inkrafttreten der neuen Normen angewendet. Abgesehen von der dogmatischen Fragwürdigkeit dieses unmittelbaren Heranziehens der neuen Vorschriften auf den vertraglichen Pflichtenkatalog vor Inkrafttreten der Norm lasse sich aber konstatieren, dass die seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes ergangene Judikatur zwar gelegentlich unreflektiert die neuen Normen der §§ 630a ff. BGB anwendet, ohne in der Sache jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen im Vergleich zur Rechtslage davor zu gelangen.

Die befragten Rechtsexperten sind sich uneinig darüber, welchen Einfluss das Patientenrechtegesetz auf die Weiterentwicklung der Patientenrechte haben wird. Während zwei Rechtsexperten eher einen hemmenden bzw. keinen Einfluss des Patientenrechtegesetzes auf die Weiterentwicklung der Patientenrechte erwarten, vertreten zwei andere Rechtsexperten der Ansicht, die Weiterentwicklung werde durch das Gesetz eher befördert. Zum einen lasse ein Großteil der Regelungen durch die lediglich beispielhafte Aufführung bisher anerkannter Fallgruppen (vgl. z. B. § 630c Abs. 2 S. 1 BGB und § 630e Abs. 1 BGB) der Arzthaftungsrechtsprechung und Literatur genügend Flexibilität für eine Weiterentwicklung des Rechts. Zum anderen habe die Neuregelung an gewissen Stellen neue Akzente gesetzt und bestimmte Fragen erstmalig aufgeworfen.

6.2.7.4 Erfüllungsaufwand

Die Krankenkassenverbände sind sich uneinig, ob die tatsächlichen Kosten, die den Krankenkassen durch die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes entstehen, den Schätzungen des Erfüllungsaufwandes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens entsprechen, oder ob die tatsächlichen Kosten höher sind.

Die Mehrheit der Krankenkassenverbände gibt an, dass die im Gesetzgebungsverfahren genannte Kostenschätzung den Aufwand der GKV gut darstellt. Gleichzeitig wird aber von einem Krankenkassenverband auch darauf hingewiesen, dass die Kosten insgesamt die Einnahmen durch Regresse übersteigen. Als Grund wird angegeben, dass ein erhöhter Prüfaufwand aufgrund steigender Fallzahlen und langwieriger Regressierung notwendig sei. Dieser erfordere auch personelle Aufstockungen, die die Kosten in die Höhe treiben.

Bei den Behandelndenverbänden enthielt sich die Mehrzahl im Hinblick auf die Frage, ob die tatsächlichen Kosten der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes den Schätzungen des Erfüllungsaufwandes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens entsprechen. Zwei Behandelndenverbände gaben an, dass die tatsächlichen Kosten höher seien, da im Gesetzgebungsverfahren kein Erfüllungsaufwand für den Bereich Wirtschaft ausgewiesen wurde. Da das Patientenrechtegesetz in einigen Bereichen aber zu einer deutlichen Verschärfung der Dokumentations- und Aufklärungspflichten der Behandelnden geführt habe, sei der tatsächliche Aufwand höher als im Gesetzgebungsverfahren geschätzt.

6.2.7.5 Weitere Evaluations- bzw. Handlungsbedarfe

Einige Verbände und Rechtsexperten äußerten sich im Rahmen der Befragung der Verbände und Rechtsexperten über die in dieser Studie evaluierten Teile des Patientenrechtegesetzes hinaus zu weiteren Teilen des Patientenrechtegesetzes bzw. fordern eine Ausweitung des derzeitigen Umfangs des Patientenrechtegesetzes. In diesem Kapitel wird auch eine dem IGES vorliegende separate Stellungnahme vom AOK-Bundesverband¹²⁴ berücksichtigt, die sich ebenfalls auf Punkte bezieht, die über die im Rahmen dieses Gutachtens evaluierten spezifischen Regelungen hinausgehen, thematisch jedoch den Untersuchungsgegenstand mit betreffen.

Die entsprechenden Stellungnahmen verdeutlichen, dass auch in anderen Bereichen – die in diesem Gutachten nicht im Fokus der Betrachtung standen – von verschiedenen Akteuren noch Evaluations- und Handlungsbedarf gesehen wird. Die genannten Punkte werden im Folgenden in komprimierter Form wiedergegeben.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Im Rahmen der Stellungnahmen der Verbände zu der Umsetzung des § 630c Abs. 3 BGB wurde mehrfach Bezug auf IGeL genommen. Da die Information zu IGeL im Patientenrechtegesetz nicht spezifisch geregelt wurde und bereits eine Vielzahl von Publikationen zur IGeL-Problematik existiert, werden die Stellungnahmen der Verbände zu IGeL in diesem gesonderten Kapitel nur kurz wiedergegeben.

Laut mehrerer Patienten- und Wohlfahrtsverbände hat die Regelung des § 630c Abs. 3 BGB nicht unmittelbar zu einer verbesserten Information des Patienten zur Inanspruchnahme von IGeL geführt. Als Grund dafür wird genannt, dass der Umfang der wirtschaftlichen Informationspflicht nach § 630c Abs. 3 BGB für IGeL nicht ausreicht; vielmehr müssten die Behandelnden bzgl. der IGeL dazu verpflichtet werden, den Patienten auch über kostengünstigere oder (für den Patienten) kostenfreie Behandlungsalternativen aus dem GKV-Leistungskatalog zu informieren.

Die Patienten- und Wohlfahrtsverbände kritisieren insbesondere die nach wie vor mangelhafte Information über IGeL-Angebote.^{125,126}

¹²⁴ Der AOK Bundesverband war angefragt worden, sich an der Befragung der Verbände und Rechtsexperten zu beteiligen, hat den Fragebogen aber nicht ausgefüllt, sondern stattdessen lediglich zu spezifischen Punkten Stellung bezogen. Deshalb wird er im Folgenden gesondert benannt.

¹²⁵ In der Erhebung des Verbraucherzentrale Bundesverbands aus dem Jahr 2012 gaben knapp die Hälfte der Befragten an, keine hinreichenden Informationen über den Nutzen der Maßnahme erhalten zu haben, und drei Viertel der Befragten fehlten Informationen über Risiken.

¹²⁶ Weiterhin lasse sich aus Verbraucherberichte zu Erfahrungen mit IGeL im Internetportal „IGeL-Ärger“ der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen schlussfolgern, dass nach wie vor in nennenswertem Umfang Fälle auftreten, in denen Patienten vorab nicht ausreichend über die Kosten informiert wurden bzw. in denen von Seite des Behandelnden Druck auf den Patienten ausgeübt wurde, damit dieser die Leistungen in Anspruch nimmt.

Kritisiert wird vor allem, dass

- ◆ der Patient nicht einschätzen kann, ob eine Methode wirklich medizinisch sinnvoll ist oder nicht,
- ◆ auch Informationsangebote wie der IGEL-Monitor des MDK nicht weiterhelfen, da diese auch nicht neutral, sondern interessengeleitet seien¹²⁷ und
- ◆ die Vorgabe flächendeckend nicht eingehalten werde, dass nach dem ärztlichen Berufsrecht nur solche IGeL legitim seien, die auf Initiative des Patienten erbracht und im Gespräch mit dem Arzt vereinbart werden.

Die Patienten-/Wohlfahrtsverbände sehen deshalb insbesondere noch folgenden Handlungsbedarf im Hinblick auf die Informationspflicht der Behandelnden bei IGeL:

- ◆ Gesetzliche Festlegung der Erfordernis der Schriftform, einer ausreichenden Bedenkzeit sowie einer umfangreichen vorgelagerten Information, die über die Erfordernisse von § 630c Abs. 2 S. 1 BGB hinausgeht, insbesondere bei Selbstzahlerleistungen auf Initiative des Behandelnden.
- ◆ Die schriftliche Information des Patienten sollte auch Informationen über mögliche Folgekosten beinhalten.¹²⁸
- ◆ Klare Information darüber, wenn der wissenschaftliche Nutzen nicht belegt bzw. unklar ist und Verweis auf neutrale Informationsangebote – idealerweise benötigen Patienten hierzu auch schriftliche Aufklärungsmaterialien.
- ◆ Festlegung, dass finanziell bindende Vereinbarungen nicht im Zusammenhang mit einer dringenden medizinischen Notwendigkeit oder im Zustand eingeschränkter Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit abgeschlossen werden dürfen sowie
- ◆ verpflichtende zeitliche und ggf. auch räumliche und personelle Trennung von GKV-Leistungen und Selbstzahlerleistungen auf Initiative des Behandelnden,

¹²⁷ Bei positiven IGeL-Bewertungen stelle sich sofort die Frage, weswegen diese Leistung nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sei bzw. warum der GKV-SV noch keinen Antrag gestellt habe.

¹²⁸ Dies werde z. B. bei Wunschleistungen nach Chefarztbehandlung im Krankenhaus relevant, wenn nicht nur der Chefarzt, sondern plötzlich alle mit der Behandlung in Verbindung stehenden medizinischen Leistungen, die andernfalls von der GKV getragen würden, selbst übernommen werden müssen.

Auch der AOK-Bundesverband spricht sich für eine gesetzliche Regelung aus, dass bei Behandlungen, für die eine vollständige Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse nicht gesichert ist, neben der allgemeinen Informationspflicht eine spezifische Aufklärungspflicht bezüglich des Nutzens dieser Behandlung besteht.

Beweislastverteilung

Im Hinblick auf die Durchsetzbarkeit der Patientenrechte in einem Klageverfahren gegen Behandelnde bzw. die Krankenkassen wurde von mehreren Patienten-/Wohlfahrtsverbänden und vom AOK-Bundesverband auch das Thema der Beweislastumkehr thematisiert. Es wird kritisiert, dass das Patientenrechtegesetz in der Frage der Beweislastverteilung die bisherige Rechtsprechung lediglich kodifiziert habe. Die Chancen, einen Schadensersatzanspruch wegen eines Behandlungsschadens durchzusetzen, sind aus Sicht mehrerer Patienten-/Wohlfahrtsverbände und des AOK-Bundesverbandes nach wie vor eher gering. Eine große Hürde für den Patienten bestehe darin, neben dem Nachweis des Behandlungsfehlers und des erlittenen Schadens die Kausalität zwischen dem Fehler und dem eingetretenen Schaden nachzuweisen. Dies liege vor allem an dem Wissensgefälle zwischen Behandelndem und Patienten.

Die benannten Akteure fordern deshalb eine Änderung der Beweislastverteilung bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler (§ 630h BGB) stärker zugunsten der Patienten bzw. Versicherten.

Verfahrensbeschleunigung

Ein Patientenverband und der AOK-Bundesverband kritisieren auch die langen Verfahrensdauern von Arzthaftungsprozessen; diese würden insbesondere für die betroffenen Patienten eine hohe Belastung darstellen. Die langen Verfahrensdauern erforderten häufig wiederholte Einarbeitungen in den Sachverhalt durch die zuständigen bzw. wechselnden Richter und erschwerten außerdem die Aufklärung des Sachverhalts und die Bewertung, da Erlebtes sowohl bei den Patienten bzw. Versicherten, als auch bei potentiellen Schädigern oder Zeugen mit zunehmender Verfahrensdauer in Vergessenheit gerate.

Der AOK-Bundesverband fordert deshalb eine Evaluation der bisherigen Verfahrensabläufe, um Erkenntnisse dahingehend zu gewinnen, wie man zukünftig qualitativ optimierte Abläufe sicherstellen kann.

Stellung von Privatgutachtern

Vom AOK-Bundesverband wird auch angeführt, dass im Rahmen eines Gerichtsverfahrens häufig zusätzlich zu einem Privatgutachten (zu denen z. B. die Gutachten des MDK oder auch der Schlichtungsstelle gehören) ein weiteres Gutachten durch einen gerichtlich bestellten Sachverständigen eingeholt werde, obwohl dies juristisch nicht notwendig sei und das Verfahren zusätzlich in die Länge ziehe. Darüber hinaus werde Privatgutachten – trotz anders lautender Rechtsprechung – häufig nicht dieselbe Aufmerksamkeit zuteil, wie den Gutachten der gerichtlich bestellten Sachverständigen.

Härtefallfonds

Als Ergänzung zu den bestehenden Regelungen des Patientenrechtegesetzes wird von mehreren Patienten-/Wohlfahrtsverbänden sowie vom AOK-Bundesverband ein Patientenentschädigungs- oder Härtefallfonds gefordert. Dieser könnte für eine zeitnahe Entschädigung sorgen und die Durchsetzung der Ansprüche in unzumutbaren Fällen übernehmen.

7. Zusammenfassung, Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

7.1 Der Stellenwert der Patientenrechte für die verschiedenen Akteursgruppen

Insgesamt wird den Patientenrechten von der deutlichen Mehrheit der befragten Patienten/Versicherten ein hoher Stellenwert eingeräumt. Auch von Seiten der Verbände wird die Festschreibung von Patientenrechten in einem Gesetz mehrheitlich als grundsätzlich wichtig anerkannt. Die praktische Relevanz des Gesetzes wird im Hinblick auf seinen Regelungsgehalt dagegen eher verhalten gesehen.

Den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden und Rechtsexperten ist die Festschreibung der Rechte gegenüber Ärzten und Krankenkassen in etwa ähnlich wichtig. Dabei bilden sich die jeweiligen Interessenlagen unterschiedlich ab. Die Krankenkassen- und Behandelndenverbände messen der gesetzlichen Verankerung der Patientenrechte i. d. R. immer dann einen geringeren Stellenwert bei, wenn die Regelung eine Verpflichtung für ihre Mitglieder (Krankenkassen/Behandelnde) bedeutet. Umgekehrt unterstützen die Patienten-/Wohlfahrtsverbände stärker die ihre Klientel stärkenden Vorschriften. Beispielsweise hatte für die Behandelndenverbände die gesetzliche Verankerung der wirtschaftlichen Informationspflicht (§ 630c Abs. 3 BGB) einen geringeren Stellenwert als für die Patienten-/Wohlfahrtsverbände und die Rechtsexperten. Bei der Regelung zum Verwertungsverbot (§ 630c Abs. 2 S. 3 BGB) verhält es sich umgekehrt: Diese ist den Behandelndenverbänden deutlich wichtiger als den anderen Akteursgruppen.

Die Befragung der Patienten/Versicherten ergab ebenfalls, dass fast allen Patienten/Versicherten die Festschreibung von Rechten sowohl gegenüber Krankenkassen (95 %) als auch gegenüber Ärzten (93 %) wichtig oder eher wichtig ist. Die Rechte gegenüber Ärzten und gegenüber Krankenkassen haben für sie dabei in etwa den gleichen Stellenwert.

Insbesondere die gesetzliche Pflicht des Arztes, vor medizinischen Maßnahmen (Notfälle ausgenommen) die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 BGB), ist den Patienten und Versicherten wichtig.

7.2 Transparenz der Patientenrechte

Eine wesentliche Voraussetzung für die zielkonforme Umsetzung des Patientenrechtegesetzes ist die Transparenz und Klarheit seiner Rechtsnormen mit Blick auf die Patienten wie auf die Behandelnden und die Krankenkassen. Die Normadressaten müssen die Rechtsnormen kennen und aus ihnen mit vertretbarem Aufwand ableiten können, welches Verhalten in einer konkreten Situation von ihnen erwartet wird.

7.2.1 Rechtstransparenz und Rechtsklarheit

Um diese Transparenz herzustellen, wurden mit dem Patientenrechtegesetz folgende Ziele verfolgt,

- ◆ die relevanten patientenrechtlichen Normen aus dem Richterrecht in Gesetzesnormen überzuleiten,
- ◆ Unklarheiten zu beseitigen, die sich aus der bisherigen Rechtsprechung ergeben haben,
- ◆ bestehende allgemeine Gesetzesnormen, aus denen Patientenrechte abgeleitet werden können, durch spezifischere Normen zu ergänzen und
- ◆ diese gesetzlichen Normen in einem Gesetz zusammenzufassen.

Das Ziel der Überleitung wesentlicher richterrechtlicher Grundsätze zum Patientenrecht in Gesetzesform wurde mit dem Patientenrechtegesetz prinzipiell erreicht, auch wenn das Gesetz diesbezüglich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

Unklarheiten bestehender Rechtsprechung wurden durch das Gesetz in Teilen beseitigt (etwa im Hinblick auf die Information des Patienten über Behandlungsfehler). Auf der anderen Seite blieben aber auch wesentliche Unklarheiten – etwa zum Zeitpunkt der Aufklärung oder zur Einwilligungsunfähigkeit – bestehen und einige neue sind hinzu gekommen, z. B. im Hinblick auf den Schutz des Verwertungsverbots in zivilrechtlichen Streitfällen bzw. bei haftungsrechtlichen Fragen.

Auch wurden bestehende Normen wie etwa das allgemeine Recht zur Einsichtnahme in Urkunden (§ 811 BGB) durch eine spezifische Norm zur Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB) ergänzt, um mehr Transparenz und Rechtsklarheit zu schaffen. Allerdings ist es nicht gelungen, die patientenrechtlichen Regelungen umfassend in einem Gesetz zu kodifizieren. So findet sich etwa die Frist für eine Untätigkeitsklage bei verzögerter Bescheidung eines Widerspruches gegen die Ablehnung eines Leistungsantrags durch die Krankenkassen nicht etwa im § 13 Abs. 3a SGB V, sondern – sachgerecht, aber für Patienten wenig transparent – in § 88 Abs. 2 SGG.

Ein weiterer Aspekt der Rechtstransparenz ist die Rechtsklarheit, also die Möglichkeit für den Normadressaten, aus der Rechtsform relativ zweifelsfrei ableiten zu können, welches Verhalten von ihm im Einzelfall erwartet wird. Zweifel an einer hinreichenden Rechtsklarheit wurden sowohl im Gesetzgebungsverfahren zum Patientenrechtegesetz als auch im Rahmen der Verbände-/Rechtsexpertenbefragung vielfach geäußert. Diese Zweifel bezogen sich überwiegend auf unbestimmte Rechtsbegriffe (z. B. „sämtliche für die Behandlung wesentliche Umstände“ in § 630c Abs. 2 BGB, „hinreichende Anhaltspunkte“ in § 630c Abs. 3 BGB, „einwilligungsunfähig“ in § 630d BGB, „erhebliche therapeutische Gründe“ in § 630g Abs. 1 BGB, „Mitteilung eines hinreichenden Grundes“ in § 13 Abs. 3a SGB V oder „bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen [...] unterstützen“ in § 66 SGB V).

Diesbezüglich wurde vor allem von den Patienten- und Wohlfahrtsverbänden häufig eine stärkere Spezifizierung der Tatbestandsmerkmale in den für die Evaluation relevanten Paragraphen gefordert. Diese Forderung scheint aus Sicht der unmittelbaren und mittelbaren Normadressaten zwar verständlich und sollte in Einzelfällen (etwa bei der Spezifizierung der Einwilligungsunfähigkeit in § 630d BGB) bei einer Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes berücksichtigt werden. In anderen Fällen verkennen diese Forderungen jedoch die Erforderlichkeit des Ermessensspielraums, der den Normadressaten mit solchen unbestimmten Rechtsbegriffen eingeräumt wird, um im Einzelfall sachgerecht handeln und der „Vielgestalt des Lebens“ (BVerfGE 47, 109 Rn. 39) gerecht werden zu können. Hier muss ggf. die Rechtsprechung zeigen, inwieweit die vom Bestimmtheitsgebot gezogenen Grenzen überschritten wurden.

Vereinzelt sind die hier untersuchten Normen des Patientenrechtegesetzes auch so formuliert, dass nicht deutlich wird, welche Rechtsfolge aus dem Vorliegen der Tatbestandsmerkmale resultiert. So bedurfte es hinsichtlich der Frage, ob § 13 Abs. 3a SGB V lediglich einen Kostenerstattungsanspruch konstituiert, oder – über den Wortlaut der Vorschrift hinausgehend – auch einen unmittelbaren Leistungsanspruch, erst einer klärenden Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (B 1 KR 25/25 R, juris, Rn. 25).

Diese insgesamt ambivalente Bewertung des Beitrags des Patientenrechtegesetzes zur Erhöhung der Transparenz der Patientenrechte wird auch durch die Befragung der Versicherten und Patienten gestützt. Obwohl der Großteil (41 %) angab, dass das Ziel, durch das Patientenrechtegesetz mehr Transparenz zu schaffen, erreicht wurde, war auch ein erheblicher Anteil (31 %) der Befragten nicht der Ansicht, dass dieses Ziel erreicht wurde. 28 % der Befragten konnten keine klare Aussage hierzu treffen.

7.2.2 Informationsangebot und Informiertheit über Patientenrechte

Schon im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens, insbesondere aber in der Zeit unmittelbar nach dem Inkrafttreten des Gesetzes gab es eine Vielzahl von Maßnahmen, um die Behandelnden über ihre Pflichten und die Versicherten und Patienten über ihre Rechte zu informieren.

Für die Behandelnden zählten dazu vor allem Informationsveranstaltungen, Schulungen und schriftliche Informationsmaterialien. Die Informiertheit der Behandelnden über ihre Pflichten gegenüber den Patienten ist die Grundvoraussetzung für die Umsetzung in der Praxis und hat somit einen hohen Stellenwert. Eine Studie aus dem Jahr 2015 (Hart, Brechtel & Bruitkamp 2015) kam zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der Ärzteschaft (68 %) die Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes zwei Jahre nach Inkrafttreten kannte. Dennoch kannte ein Teil (32 %) der befragten Ärzte das Gesetz zum Befragungszeitpunkt nicht oder nur vom Hörensagen.

Zur Information der Versicherten und Patienten dienten eher breit angelegte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Die Befragung von Versicherten und Patienten

hat gezeigt, dass diese im Großen und Ganzen allgemein über ihre Patientenrechte informiert und mit ihren Rechten zufrieden sind. Die spezifischen Regelungen des Patientenrechtegesetzes kannten die Versicherten und Patienten nach eigenen Angaben jedoch mehrheitlich nicht. Wissensdefizite gibt es insbesondere bei den Rechten gegenüber den Krankenkassen auf Kostenerstattung und Unterstützung bei Behandlungsfehlern sowie im Hinblick auf die Offenbarungspflicht des Arztes bei Vorliegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler.

Ob das Patientenrechtegesetz zu einer Verbesserung des Wissens der Patienten und Versicherten über ihre Patientenrechte geführt hat, konnte nicht eindeutig geklärt werden, da hier die Einschätzungen der befragten Verbände auseinandergehen. Eine aktuelle Studie (Euler und Böcken 2016) deutet jedoch im Wesentlichen auf einen – verglichen mit dem Zeitraum vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes – gleichbleibenden Wissensstand und in Teilbereichen sogar auf eine leichte Verschlechterung des Wissenstandes der Bevölkerung hin. Mögliche Gründe hierfür könnten einerseits sein, dass die Krankenkassen ihrer Pflicht, die Patienten über ihre Leistungsangebote zu informieren, nicht ausreichend nachkommen und andererseits, dass die Patienten trotz oder aufgrund der Vielzahl an Informationen im Internet keine aus ihrer Sicht verlässlichen Informationen finden. Knapp die Hälfte der im Rahmen der Evaluation befragten Versicherten und Patienten gab an, bereits aktiv Informationen zu Patientenrechten gesucht zu haben: aber nur etwa ein Viertel hatte nach eigener Einschätzung verlässliche Informationen gefunden.

7.3 Umsetzung und Wirkung des Patientenrechtegesetzes

Neben einer Verbesserung der Information der Versicherten bzw. Patienten über ihre Rechte sollen durch das Patientenrechtegesetz u. a. auch

- ◆ die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte verbessert und Vollzugsdefizite beseitigt,
- ◆ die Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen gestärkt,
- ◆ Patienten bei Behandlungsfehlern stärker unterstützt und
- ◆ das Selbstbestimmungsrecht der Patienten verbessert werden.

In der Literatur wurde die praktische Relevanz des Patientenrechtes im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens vielfach angezweifelt. Vor allem von juristischer Seite wurde die Einschätzung vertreten, dass das Gesetz überwiegend lediglich den Stand der Rechtsprechung in Gesetzesform gieße und daher keine eigenständige Regelungskraft entfalten werde. Von den hier betrachteten Regelungen bezog sich diese Einschätzung vor allem auf die Informations- und Aufklärungspflichten. Anders gestaltet sich die Situation bei den Regelungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte, zur Kostenerstattung bei Fristüberschreitung durch die Kassen und zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern durch die Kassen. Hier wurden im Ge-

setzungsverfahren vom Gesetzgeber klare (Vollzugs-) Defizite angeführt. Deshalb wurden die bestehenden Regelungen prominenter dargestellt, präzisiert und ggf. verschärft.

Insgesamt war die Mehrheit (59 %) der befragten Patienten/Versicherten mit den Patientenrechten zufrieden. Weitere 29 % waren weder zufrieden noch unzufrieden und 7 % konnten keine Aussage zur Zufriedenheit treffen. Es gab nur einen geringen Anteil der Patienten, die angaben, mit den Patientenrechten unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein (5 %).

Die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes fand zunächst in Form von Änderungen im Berufsrecht (auf Grundlage der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte MBO-Ä¹²⁹) statt sowie durch Ergänzungen bzw. Anpassungen von medizinischen Behandlungsleitlinien, Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen der Behandelnden und Qualitätssicherungs- und IT-Systemen der Arztpraxen und Krankenhäuser.

7.3.1 Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflichten

Hinsichtlich der Umsetzung der Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflichten unterscheiden sich die Ansichten der Patienten-/Wohlfahrtsverbände einerseits und der Verbände der Behandelnden andererseits deutlich voneinander: Während erstere vielfach eine zu stark eingeschränkte, unzureichende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben monierten und dies anhand vieler Einzelbeispiele zu belegen versuchten, gingen letztere – mit Verweis auf ausbleibende Klagen und Beschwerden – grundsätzlich von einer guten Umsetzung aus. Sie kritisierten aber z. T., dass die Pflichten zu weitgehend und wirklichkeitsfremd seien.

Bei aller Kritik, die insbesondere von den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden geübt wurde, waren die befragten Patienten selbst mit der Aufklärung durch die Ärzte sowie dem Einwilligungsprozedere und der Information über die wesentlichen Umstände der Behandlung überwiegend zufrieden. Fast alle Patienten gaben an, sie seien vor einer geplanten Operation vom Behandelnden aufgeklärt worden und mit der Aufklärung grundsätzlich zufrieden gewesen (91 %), die Aufklärung sei außerdem verständlich gewesen (97 %) und habe rechtzeitig stattgefunden (90 %). Nur zu einem geringen Teil erklärten die Patienten, sie hätten im Rahmen der Aufklärung nicht alles erfahren, was sie wissen wollten (13 %). Im Hinblick auf die Einwilligung in hatte die Mehrzahl der Patienten (89 %) vor einer Operation das Gefühl, sich eigenständig für oder gegen die Maßnahme entscheiden zu können.

Im Hinblick auf den Umfang der Information des Behandelnden über die wesentlichen Umstände der Behandlung zu Beginn und im Verlauf einer medizinischen Behandlung waren die Patienten im Vergleich zur Aufklärung vor einer geplanten Operation zwar etwas weniger zufrieden, dennoch fand das Gros der Patienten

¹²⁹ Die MBO-Ä ist weder eine Verordnung noch ein Gesetz, sondern eine Grundlage zur Orientierung für die Landesgesetzgeber/Landesärztekammern, die Berufsordnungen entsprechend zu ändern.

den Umfang der Information durch den Behandelnden ausreichend (82 %) und die Informationen verständlich (87 %).

7.3.2 Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte

Deutlichere Umsetzungsprobleme scheint es dagegen beim Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte zu geben, obwohl der Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz diesbezügliche Defizite explizit adressiert.

Von den befragten Versicherten und Patienten haben rd. 12 % (n = 62) in den letzten zwei Jahren vor der Befragung Einsichtnahme in die Patientenakte gefordert; von den Befragten mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten waren es sogar 26 % (n = 28). Ein großer Teil (68 %) der befragten Patienten und Versicherten, die in den letzten zwei Jahren eine Einsichtnahme in ihre Akte gefordert hatten, war mit dem Verfahren der Einsichtnahme im Großen und Ganzen zufrieden – unzufrieden oder sehr unzufrieden waren nur 15 %. Die Befragung der Patienten und Versicherten ist aufgrund der kleinen Fallzahl bzgl. dieser Fragestellung jedoch möglicherweise nicht repräsentativ.

Vor allem die Patienten- und Wohlfahrtsverbände wiesen auf eine vielfach unzureichende Umsetzung der Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte hin. Sie werden in dieser Einschätzung auch durch eine Reihe anderer Studien gestützt.

Als Gründe für diese aus ihrer Sicht unzureichende Umsetzung nannten die Verbände insbesondere fehlende Sanktionen bei einer Nichteinhaltung des § 630g BGB, die Schwierigkeit der Überprüfbarkeit der Vollständigkeit der Akte für Patienten sowie teils zu hohe Kosten für die Kopien der Patientenakte (bis zu 500 Euro).

7.3.3 Pflichten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten

Bezüglich der Umsetzung der Pflichten der Krankenkassen ist zunächst zu berücksichtigen, dass den befragten Versicherten und Patienten die daraus resultierenden Rechte deutlich weniger bekannt waren als ihre Rechte gegenüber den Behandelnden.¹³⁰ So wusste nicht einmal die Hälfte (39 %) der befragten Versicherten, dass es gesetzliche Fristen gibt, innerhalb derer Krankenkassen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten entscheiden müssen.

Ein Indikator für die Relevanz des § 13 Abs. 3a SGB V im Versorgungsgeschehen sind die diesbezüglichen Angaben in der KG 2-Statistik: Für das Jahr 2014 weist diese Statistik zwar 254.581 Fälle mit Fristüberschreitung aus, aber nur 76 Fälle

¹³⁰ Dies kann u. a. dadurch begründet sein, dass sich die Versicherten bzw. Patienten seltener in Situationen befinden, in denen sie ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen geltend machen könnten, als in Situationen, in denen sie ihre Rechte gegenüber den Behandelnden wahrnehmen können.

(0,03 % aller Fristüberschreitungen), in denen wegen Fristüberschreitung ein Anspruch auf Kostenerstattung entstanden ist. Eine umfassende Beurteilung der Umsetzung des § 13 Abs. 3a SGB V auf Basis dieser Statistik ist allerdings nicht möglich, da weitere hierfür erforderliche Angaben (z. B. die Anzahl der Leistungsanträge insgesamt als Bezugsgröße) in der Statistik nicht enthalten sind.

Die befragten Verbände beurteilten die Umsetzung und Wirkung des § 13 Abs. 3a SGB V eher neutral bis negativ. Sowohl die Krankenkassenverbände als auch die Patienten-/Wohlfahrtsverbände waren mehrheitlich der Auffassung, dass durch die Regelung neue rechtliche Probleme geschaffen wurden. Hierzu zählten sie vor allem Unklarheiten bzgl. des Geltungsbereichs des Kostenerstattungsanspruchs, den unbestimmten Rechtsbegriff „hinreichende Gründe“ sowie Unklarheiten über den Zeitpunkt des jeweiligen Fristbeginns.

Als weitere Faktoren, die die Umsetzung des § 13 Abs. 3a SGB V hemmen, wurden von den Patienten-/Wohlfahrtsverbänden vor allem die Unsicherheit der Versicherten bzgl. der Genehmigungsfiktion sowie der (faktische) Ausschluss einkommensschwacher Versicherter von Kostenerstattungen (Versicherte müssen anders als bei Sachleistungen finanziell in Vorleistung treten) genannt. Schließlich hat das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/25 R, juris, Rn. 25 – unter Auslassung der Zitierungen wiedergegeben) diese Unsicherheit beseitigt und klargestellt, dass kraft Genehmigungsfiktion auch ein Naturalleistungsanspruch besteht.“

Defizite wurden auch bei der Unterstützung der Versicherten durch ihre Krankenkasse bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler (§ 66 SGB V) gesehen. Die Mehrzahl der Verbände ging davon aus, dass es die Unterstützungsangebote überwiegend bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes gab und dass diese daher gegenwärtig in einem unveränderten Ausmaß wahrgenommen werden. Vereinzelt wurde hingegen über eine häufigere Unterstützung berichtet. Die Durchsetzbarkeit von Schadenersatzansprüchen der Versicherten in einem Klageverfahren gegen den Behandelnden bei Verdacht auf Behandlungsfehler habe sich aufgrund der Regelung des § 66 SGB V bislang jedoch nicht verbessert.

Die im Rahmen der Studie durchgeführte Patienten-/Versichertenbefragung ergab, dass nur ein Viertel der Versicherten als erstes ihre jeweilige Krankenkasse kontaktieren würde, wenn der Verdacht auf Behandlungsfehler bestünde.

Als Gründe für eine mangelnde Umsetzung des § 66 SGB V wurden u. a. genannt:

- ◆ Unterschiede des Ausmaßes an Unterstützungsleistungen und des Engagements der Krankenkassen,
- ◆ Ressourcenmangel bei den Krankenkassen,
- ◆ mangelnde Verbreitung des Wissens über die Unterstützungsmöglichkeiten,

- ◆ verbleibende hohe Hürden für Patienten/Versicherte bei der Feststellung und Verfolgung von Behandlungsfehlern (Unterstützung der Krankenkassen beschränkt sich i. d. R. auf die Erstellung eines MDK-Gutachtens) und
- ◆ die Verwehrung oder Verzögerung der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen oder weiterführende Unterlagen.

7.4 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, in welchen konkreten Bereichen die Wahrnehmung der Patientenrechte sowie die Erfüllung der damit verbundenen Pflichten bislang noch hinter den Erwartungen und Zielen zurückbleiben, die mit dem Patientenrechtegesetz verknüpft wurden. Hieraus lassen sich Handlungsbedarfe und -empfehlungen hinsichtlich der Normadressaten Versicherte bzw. Patientinnen/Patienten, Behandelnde und Krankenkassen sowie für die Gesundheitspolitik ableiten.

7.4.1 Versicherte bzw. Patientinnen/Patienten

Sowohl die Befragung von Verbänden und Rechtsexperten als auch die Versicherten-/Patientenbefragung haben gezeigt, dass zum Teil noch Wissenslücken bei den Patienten hinsichtlich ihrer Rechte bestehen, die insbesondere ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen betreffen. Demgegenüber ist der weitere Aufklärungsbedarf über die Patientenrechte gegenüber Ärzten bzw. Behandelnden geringer.

Einige Patienten-/Wohlfahrtsverbände weisen außerdem darauf hin, dass Patienten häufig Einwilligungensformulare unterschrieben, obwohl sie sich über deren Inhalte nicht im Klaren seien. Es besteht somit ein Mangel an effektiver Sensibilisierung der Versicherten, dass sie im Behandlungsfall den Einwilligungserklärungen größere Aufmerksamkeit schenken und im Bedarfsfall Klärungen von den Behandelnden einfordern.

Die Befragung der Versicherten bzw. Patienten hat gezeigt, dass nur etwa die Hälfte der Patienten, die bereits aktiv nach Informationen zu Patientenrechten gesucht hatten, verlässliche Informationen fanden. Weiterhin hat auch die Befragung der Verbände und Rechtsexperten ergeben, dass die bisher ergriffenen Maßnahmen zur Information von Versicherten und Patienten nicht ausgereicht haben, um den allgemeinen Kenntnisstand der Bevölkerung zu Patientenrechten deutlich zu verbessern. Daher sollten weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsstandes auf die von den Patienten bzw. Versicherten bevorzugten Informationskanäle gerichtet werden. Gemäß den Befragungsergebnissen des Gesundheitsmonitors sind dies primär – abgesehen von Informationen durch den Behandelnden – unentgeltliche Informationsbroschüren, Apothekenzeitung und das Internet. Für Patienten bzw. Versicherte mit kommunikativen Einschränkungen sollten außerdem zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der

Information ergriffen werden (z. B. Kurzversionen des Patientenrechtegesetzes in verschiedenen Sprachen).

7.4.2 Behandelnde

Die beiden Befragungen haben ergeben, dass sowohl die Inhalte der Information über die wesentlichen Umstände der Behandlung als auch der Aufklärung über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände für die Patienten nicht immer verständlich sind. Hier besteht Handlungsbedarf auf Seiten der Ärzte, sich um eine verständlichere Wortwahl zu bemühen. Unterstützen könnten sie hierbei Aufklärungsmaterialien in leichter Sprache, vor allem für die Aufklärung bei Patienten mit kommunikativen Einschränkungen.

Bemühungen um weitergehende Patientenaufklärung von Behandelnden dürften i. d. R. mit größerem Zeitaufwand verbunden sein, der von den befragten Patientenverbänden mehrheitlich auch eingefordert wurde. Allerdings lässt sich dieser Forderung aufgrund begrenzter zeitlicher Kapazitäten nicht ohne weiteres nachkommen. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch kontraproduktive Anreize einer Vergütungsstruktur, gemäß der bislang die „sprechende Medizin“ relativ geringer bewertet wird als die so genannte „Apparatemedizin“.

Die Verbände-/Rechtsexpertenbefragung ergab, dass nach wie vor Defizite bei der Patienteninformation und -aufklärung sowie bei der regelmäßigeren Einholung einer Einwilligung durch die Behandelnden vor allem in der ambulanten Gesundheitsversorgung bestehen sowie bei nicht-operativen Behandlungen wie z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie oder Medikamente mit erheblichem Risikopotential, Impfungen.

Geprüft werden sollten die Hinweise in den Stellungnahmen der Verbände, dass die Dokumentation von Sachverhalten in den Patientenakten teilweise unvollständig ist (z. B. fehlende Dokumentation bei dem Patienten, lediglich mündlich mitgeteilten Behandlungsfehlern oder fehlende Teile der Patientenakte). So könnte im Rahmen der Unterstützungsprozesse der Krankenkassen bei Verfahren über mögliche Behandlungsfehler ermittelt werden, mit welcher Häufigkeit nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes längerfristig dieses Problem auftritt. Je nach Ergebnis einer solchen Prüfung (Art, Umfang/Verbreitung der Dokumentationslücken) könnten die Landesorganisationen bzw. Verbände der Behandelnden gezielte Informationsmaßnahmen entwickeln, um auf vollständige Dokumentationen hinzuwirken.

7.4.3 Krankenkassen

Gemäß den Befragungsergebnissen besteht ein konkreter Handlungsbedarf hinsichtlich häufiger Unklarheiten über Bearbeitungs- und Entscheidungsfristen bzw. den Fristbeginn, wenn Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten bei ihren Krankenkassen Anträge auf Leistungsgewährung (z. B. bei Hilfsmitteln) stellen. Zu emp-

fehlen ist hier, dass Krankenkassen zukünftig ihre Versicherten stets über den Antragsengang und Fristbeginn/-ende informieren. Ggf. könnten hierfür auf (Spitzen-)Verbandsebene einheitliche Kommunikationsstandards entwickelt werden.

Da Wissens- und Informationslücken der Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten primär ihre Rechte gegenüber den Kostenträgern betreffen, besteht Handlungsbedarf für die Krankenkassen, ihre Versicherten weitergehend – etwa im Rahmen ihres Website-Informationsangebots – zu informieren. Dies betrifft insbesondere die Unterstützungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen bei Behandlungsfehlerverdacht. In welchem Ausmaß sich die Krankenkassen beim Angebot und bei der Erbringung solcher Unterstützungsleistungen engagieren, scheint darüber hinaus zwischen den Krankenkassen recht stark zu variieren. Auch diesbezüglich könnten auf Verbandsebene (GKV-SV) Rahmenempfehlungen für ein gleichmäßigeres Engagement der einzelnen Krankenkassen entwickelt werden.

Der o. a. Handlungsbedarf, der aus bestehenden Defiziten bei der Patienteninformation und -aufklärung durch die Behandelnden abgeleitet wird, betrifft auch die Kostenträger. Eine Vielzahl von Patienten-/Wohlfahrts- und Behandelndenverbänden äußerte, dass es hierfür notwendig sei, die „sprechende Medizin“ speziell auch für Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten für die Behandelnden gegenüber der so genannten „Apparatemedizin“ relativ höher zu vergüten. Diese Leistungen kämen aufgrund der gegenwärtigen Höhe und Struktur der Leistungsvergütung im Praxisalltag häufig zu kurz. Bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bzw. fehlenden Deutschkenntnissen kommt erschwerend hinzu, dass die Kosten von Dolmetscherleistungen für Information, Aufklärung und Einwilligung nicht übernommen werden.

Schließlich besteht Handlungsbedarf bei den Kosten für Kopien von Behandlungsunterlagen, wenn diese insbesondere für einkommensschwache Versicherte eine prohibitive Höhe erreichen. Diesbezüglich sollte zunächst die quantitative Dimension des angesprochenen Problems geprüft werden. Insoweit dieses eine Hürde für die Umsetzung des Patientenrechts auf Einsichtnahme in die Patientenakte darstellt, sollten die Krankenkassen, ggf. auf Ebene ihres Spitzenverbandes und in Kooperation mit den Spitzenorganisationen der Behandelnden (z. B. Bundesärztekammer), zumindest Rahmenempfehlungen bzw. Maßstäbe für die nachvollziehbare Berechnung von Kopierkosten entwickeln, evtl. ergänzt um Härtefallregelungen für einkommensschwache Versicherte. Dazu bedürfte es aber einer gesetzlichen Handlungsgrundlage.

7.4.4 Perspektiven für eine mögliche Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes

Die Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes sind in ihrer Anlage grundsätzlich sachgerecht und für die Praxis auch handhabbar. Weder in der die Einführung des Gesetzes begleitenden rechtswissenschaftlichen und sonstigen fachlichen Litera-

tur noch in den Anhörungen der Verbände und Experten im Gesetzgebungsverfahren sind Stimmen laut geworden, die auf einen zwingenden Änderungsbedarf von einzelnen Vorschriften hingedeutet hätten.¹³¹

Allerdings ist zur Kenntnis zu nehmen, dass zahlreiche Stimmen auf die Problematik sehr weit formulierter Begriffe bzw. auf die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe verwiesen haben. Die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe ist in der Rechtssprache üblich. Die Gerichte überprüfen unbestimmte Rechtsbegriffe grundsätzlich vollinhaltlich, so dass es sich vor Gesetzesänderungen anbietet, weitere Erfahrungen mit der Rechtsprechung abzuwarten. Dabei kann es nur darum gehen, Präzisierungen dann vorzunehmen, wenn dies der Sicherung und der Wahrnehmung von Patientenrechten dient. Dies könnte in Zukunft etwa nach den bisherigen Aussagen hinsichtlich der „Einwilligungsunfähigkeit“ von Patienten, der „erheblichen“ therapeutischen Gründe, die gegen eine Einsichtnahme sprechen, sowie des Unterstützungsbegriffs bei Behandlungsfehlerverdacht der Fall sein.

Weitere Punkte, die in der Weiterentwicklung von Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes der Beobachtung bedürfen, sind insbesondere

- ◆ der Schutz des Verwertungsverbots in zivilrechtlichen Streitfällen bzw. bei haftungsrechtlichen Fragen,
- ◆ eine mögliche Klarstellung im Gesetz, dass bei § 13 Abs. 3a SGB V nicht nur ein Kostenerstattungs-, sondern auch ein Sachleistungsanspruch besteht, so dass einkommensschwache Versicherte nicht (faktisch) aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V ausgeschlossen werden (wie im Urteil des Bundessozialgerichts vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/25 R, juris, Rn. 25) entschieden),
- ◆ die Zulässigkeit einer konkludenten Einwilligung im Rahmen des § 630d BGB. In dieser Vorschrift ist keine ausdrückliche und schriftliche Einwilligung vorgesehen; die Gesetzesbegründung betont aber, dass der Behandelnde den Patienten ausdrücklich und unmissverständlich nach seiner Einwilligung fragen muss. In der Begründung findet sich jedoch keine Aussage dazu, ob auch die Einwilligung ebenso ausdrücklich und unmissverständlich erfolgen muss.

In einigen Punkten ist eher kleinteiliger, im Einzelnen jedoch durchaus relevanter Bedarf an künftigen Präzisierungen gegeben.

- ◆ Das gilt für die Höhe der Kopierkosten bei Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g Abs. 2 S. 2 BGB). Hier sollte zunächst auf die Selbstverwaltung gesetzt werden, die hier angemessene Regelungen zu finden hat.

¹³¹ Der Hinweis auf die notwendige Einführung der Vorschrift in § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V ist im Gesetzgebungsverfahren aufgenommen worden.

- ◆ Im Zuge der regelmäßig anstehenden Gesetzesänderungen zum SGB V könnte die Datenmeldung nach § 13 Abs. 3a S. 8 SGB V in der KG 2-Statistik ausgeweitet werden. Neben der Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden, sollte sich die Berichtspflicht der Krankenkassen auch auf die Frage erstrecken, wie viele Leistungsanträge insgesamt bei den Krankenkassen gestellt, in welchem Zeitraum sie bearbeitet und wie viele davon abgelehnt (ggf. auch mit Angabe von Gründen) bzw. genehmigt wurden.
 - ◆ Im Auge zu behalten, aber nicht von vordringlichem Änderungsbedarf, sind die Punkte, die mit einer stärkeren Sanktionsbewehrung für Fälle zu diskutieren sind, in denen offensichtlich und nachweisbar Pflichten, die aus den Patientenrechten resultieren, nicht erfüllt werden. Hier könnte es in einem ersten Schritt darum gehen, Vorschläge dafür zu entwickeln, wie derartige Sanktionen künftig konkret gestaltet sein könnten (z. B. Bußgelder und/oder Verpflichtung zur Übernahme aller Kosten, die den Patienten bei der Durchsetzung ihres Rechtsanspruchs etwa in Form von Rechtsberatung entstehen) und gemäß welchem (Feststellungs-)Prozedere über Sanktionen entschieden werden könnte.
-

Literaturverzeichnis

- Becker U & Kingreen T (2014): SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. 4., neu bearbeitete Auflage. C. H. Beck. ISBN: 978-3-406-66104-4
- Bender AW (2013): Facharztvorbehalt und „fachfremde“ Aufklärung bei der Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht nach dem Patientenrechtegesetz. *Versicherungsrecht* 2013(22), 962-965.
- Bergmann KO (2014): Kommentar zu § 630g BGB. In: Bergmann KO, Pauge B & Steinmeyer H-D: *Gesamtes Medizinrecht*. 2. Auflage. *Nomos Kommentar*. Baden-Baden: Nomos. ISBN: 978-3-8487-0116-2.
- Bergmann KO, Pauge B & Steinmeyer H-D (2014): *Gesamtes Medizinrecht*. 2. Auflage. *Nomos Kommentar*. Baden-Baden: Nomos. ISBN: 978-3-8487-0116-2.
- Braun B & Marstedt G (2010): Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand. In: Böcken J, Braun B & Landmann J: *Gesundheitsmonitor 2010*. Verlag Bertelsmann Stiftung, 328-351.
http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201009-Beitrag.pdf
[Abruf am: 06. Oktober 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(1): Gesetz zur Verbesserung der Recht von Patientinnen und Patienten. hier: Stellungnahme der biha zu § 13 Absatz 3a SGB V. 11.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_1_biha.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(2): Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. 11.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_2_EKD.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(3): Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der deutschen Kieferorthopäden und des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. 10.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_3_BDK.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(4): Kurzschriftliche Stellungnahme zum geplanten Patientenrechtegesetz. 09.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_4_Patientenrechtegesetz.pdf
-

- [7/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_4_ESV_Spickhoff.pdf](#) [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(5): Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 12.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_5_BaeK-KBV.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(6): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Drs. 17/10488) und Änderungsanträge. 12.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_6_Caritas.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(7): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: „Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“. 15.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_7_NGM.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(8): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Rechtsausschuss und den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22. Oktober 2012. 15.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_8_SoVD.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(9): Die vertrauensvolle Beziehung von Patient und Arzt stärken. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten aus medizinethischer Sicht. 15.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_9_ESV_Simon.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(10): Kurze schriftliche Stellungnahme. 15.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_10_ESV_Geiger.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(11): Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). 15.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_11_VdK_Deutschland_e.V.pdf
-

[7/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_11_VdK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_11_VdK.pdf) [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(12): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)“ sowie zum Änderungsantrag 3 der CDU/CSU und FDP (§ 135a (Absatz 3 neu) SGB V) und zum Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (§ 219d SGB V). 17.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_12_1_DKG_zu_AAe.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(13): Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“. 15.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_13_Deutschen_Krebshilfe.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(14): Stellungnahme des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft ID-Nummer 6437280268-55 zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). 15.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_14_GDV.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(15): Gemeinsame Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (BT-Drucks. 17/10488) sowie zu den Anträgen „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ der SPD-Fraktion (BT-Drucks. 17/9061), „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“ der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucks. 17/6489), „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucks. 17/6348) 15.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_15_BZAeK_KZBV.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(17): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) vom 15.10.2012 zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) BT Drucksache 17/10488. 15.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_17_AGMReha.pdf

- [7/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_17_BDPK_gemeinsam_mit_AG_Med_Reha.pdf](#) [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(19): Stellungnahme zum Gesetzesentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 15.08.2012 (Patientenrechtegesetz). 18.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_19_Der_Paritaetische.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(20): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2012 zur Bundestagsdrucksache (17/10488) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten 16.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_20_GKV-SV.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(23): Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 15.08.2012 . 17.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_23_vdek.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(25): Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten 17.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_25_BAG_SELBSTHILFE.pdf [Abruf am: 23. September 2015].
- BT-Adrs. 17(14)0326(26): Stellungnahme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zur öffentlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten BT-Drs. 17/10488 zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP Ausschussdrucksache 17(14)0325 zum Antrag der Fraktion der SPD „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ BT-Drs. 17/9061 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“ BT-Drs. 17/6489 zum Antrag Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“ BT-Drs. 17/6348 am 22. Oktober 2012 in Berlin. 17.10.2012.
http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_26_MDS.pdf
-

[7/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_26_MDS.pdf](#) [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(28): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten BT-Drs. 17/10488 sowie zu den Anträgen Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen BT-Drucksache 17/6348 Fraktion der SPD Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen BT-Drucksache 17/9061 Fraktion DIE LINKE. Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten BT-Drucksache 17/6489. 17.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_28_AOK-BV.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(31): Patientenrechte tatsächlich stärken: Nachbesserungsbedarf am Patientenrechtegesetz. Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes. 17.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_31_neu_vzbv.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(32): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ". 19.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_32_APK.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Adrs. 17(14)0326(38): Stellungnahme zu einem gemeinsamen Gesetzentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). 25.10.2012.

http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_38_Juenemann_ESV.pdf [Abruf am: 23. September 2015].

BT-Drs. 11/2237: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG) 03. Mai 1988. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/022/1102237.pdf> [Abruf am: 24. August 2015].

BT-Drs. 17/10488: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. 15. August 2012. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.

- <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/104/1710488.pdf> [Abruf am: 26. August 2015].
- Bundesärztekammer (2011): Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern. *Ein Wegweiser*. Berlin: BÄK.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Wegweiser_Gutachterkommissionen_082011.pdf [Abruf am: 27. August 2015].
- Bundesärztekammer (2010): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2010.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Gesamtstatistik_2010.pdf [Abruf am: 27. August 2015].
- Büssow R (2014): Wie Gesetze zur Defensivmedizin führen. *Ärzte Zeitung* 07.04.2014.
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/patientenrecht_egesetz/article/858404/inflation-paragrafen-gesetze-defensivmedizin-fuehren.html [Abruf am: 27. August 2015].
- Euler S & Böcken J (2016): Wissen und Wahrnehmung von Patientenrechten in Deutschland 2010 bis 2015. In: Böcken J, Braun B & Meierjürgen R (Hrsg.) (2016): *Gesundheitsmonitor 2016: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Verlag Bertelsmann Stiftung, 86-112. ISBN: 978-3-86793-751-1.
- Frahm W, Walter A & Nixdorf W (2013): *Arzthaftungsrecht: Leitfaden für die Praxis. VersR-Schriften 1*. Lorenz E (Hrsg.). ISBN: 978-3-89952-667-7.
- Grötschel K (2014): Kommentar zu § 13 SGB V. In: Bergmann KO, Pauge B & Steinmeyer H-D: *Gesamtes Medizinrecht*. 2. Auflage. *Nomos Kommentar*. Baden-Baden: Nomos. ISBN: 978-3-8487-0116-2.
- Hart D (2013): Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz. *MedizinRecht* 2013(31), 159-165. DOI: 10.1007/s00350-013-3366-8.
- Hart D, Brechtel T & Buitkamp M (2015): Wie nimmt die Ärzteschaft Patientenrechte und das Patientenrechtegesetz wahr? Ergebnisse einer Ärztebefragung des Gesundheitsmonitors. In: Böcken J, Braun B & Meierjürgen R: *Gesundheitsmonitor 2015*. Verlag Bertelsmann Stiftung, 12-36. ISBN: 978-3-86793-680-4.
- Hauser A (2015): Unterstützungshandlung gemäß § 66 SGB V. *Das Krankenhaus* 9/2015, 849-850.
- Jaeger L (2014a): *Arzthaftungsrecht*. In: Prütting D: *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*. 3. Auflage. Köln: Luchterhand Verlag, 263-343. ISBN: 978-3-472-08547-8.
-

- Jaeger L (2014b): Diskussionsbeitrag. In: Lorenz E: Karlsruher Forum 2013: Patientenrechte und Arzthaftung. VersR-Schriften 52. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, 163-165. ISBN: 978-3-89952-753-7.
- Katzenmeier C (2013): Der Behandlungsvertrag - Neuer Vertragstypus im BGB. *Neue Juristische Wochenzeitschrift* 2013(12), 817-829.
- Katzenmeier C (2014): Patientenrechte und Arzthaftung. In: Lorenz E: Karlsruher Forum 2013: Patientenrechte und Arzthaftung. VersR-Schriften 52. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, 5-82. ISBN: 978-3-89952-753-7.
- Lang H (2014): Kommentar zu § 66 SGB V. In: Becker U & Kingreen T: SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. 4., neu bearbeitete Auflage. C. H. Beck. ISBN: 978-3-406-66104-4.
- Martis R & Winkhart-Martis M (2014): Arzthaftungsrecht: Fallgruppenkommentar. 4., neu bearbeitete Auflage. Dr. Otto Schmidt. ISBN: 978-3-504-18052-2
- Mayer B & Rieger M (2009): 11 477 Gutachten durch den MDK in 2009: Behandlungsfehler oder Komplikation? *MDK forum* 4/10, 17-18. [http://www.mdk.de/media/pdf/Behandlungsfehler MDK Forum 2010-4.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/Behandlungsfehler_MDK_Forum_2010-4.pdf) [Abruf am: 02. Oktober 2015].
- MDS [Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes] (2015): Behandlungsfehler-Begutachtung der Medizinischen Dienste: Trend zu mehr Vorwürfen hält an. [*Pressemitteilung*] 20. Mai 2015. Berlin/Essen. <http://www.krankenkassen-direkt.de/news/mitteilung/MDS-Behandlungsfehler-Begutachtung-der-Medizinischen-Dienste-Trend-zu-mehr-Vorwuerfen-haelt-an-984312.html> [Abruf am: 20. Mai 2015].
- MDS [Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes] (2016): MDK-Behandlungsfehler-Begutachtung: Medizinische Dienste stellen erneut mehr Fehler fest [*Pressemitteilung*]. 12. Mai 2016. Berlin/Essen. <https://www.mds-ev.de/presse/pressemitteilungen/neueste-pressemitteilungen/2016-05-12.html> [Abruf am: 25. Juli 2016].
- Montgomery FU, Brauer D, Hübner M & Seeböhm A (2013): Das Patientenrechtegesetz aus Sicht der Ärzteschaft. *MedizinRecht* 2013(31), 149-153. DOI: 10.1007/s00350-013-3371-y.
- Osmialowski C (2014): Arzthaftung – ein Update nach dem Patientenrechtegesetz. *Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis* 3(11), 558-563.
- Preis U & Schneider A (2013): Das Patientenrechtegesetz - eine gelungene Kodifikation? *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 2013(8), 281-294.
-

- Prütting D (2014): Fachanwaltskommentar Medizinrecht. 3. Auflage. Köln: Luchterhand Verlag. ISBN: 978-3-472-08547-8.
- Rehborn M (2013): Das Patientenrechtegesetz. *GesundheitsRecht* 12(5), 257-272.
- Schelling P & Warntjen M (2012): Die Pflicht des Arztes zur Offenbarung von Behandlungsfehlern. Zugleich Überlegungen zum Entwurf eines Patientenrechtegesetzes. *MedizinRecht* 30(8), 506-512. DOI: 10.1007/s00350-012-3207-1.
- Schliephorst I (2013): Das Patientenrechtegesetz. *Das Krankenhaus* 5/2013, 496-506.
- Sommerfeld P (2015): Aktuelle Entwicklung der Rechtsprechung der Obergerichte und des BGH im Arzthaftungsrecht. *Versicherungsrecht* 2015(16), 661-691.
- Spickhoff A (2014): Medizinrecht: AMG, ApoG, BGB, GenTG, KHG, MBO, MPG, SGB V, SGB XI, StGB, TFG, TPG. 2. Auflage. München: C. H. Beck. ISBN: 978-3-406-65753-5
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden.
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/VorlBevoelkerungsfortschreibung5124103149004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/VorlBevoelkerungsfortschreibung5124103149004.pdf?blob=publicationFile) [Abruf am: 30. September 2015].
- Statistisches Bundesamt (2010): Bildungsstand. Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Bevoelkerung/2010_10/Bidlungsstand.html [Abruf am: 25. April 2016].
- Steinmeyer H-D (2014): Kommentar zu § 66 SGB V. In: Bergmann KO, Pauge B & Steinmeyer H-D: *Gesamtes Medizinrecht*. 2. Auflage. *Nomos Kommentar*. Baden-Baden: Nomos. ISBN: 978-3-8487-0116-2.
- Stiftung Warentest (2015): Begrenzter Blick in die Karten. *Stiftung Warentest* 8/2015, 84-88.
- Stukenberg T (2016): Behandlungsfehler: Wie bekommen Betroffene eine Entschädigung? *Spiegel Online* 16. März 2016.
<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/behandlungsfehler-wie-bekommen-betroffene-eine-entschaedigung-a-1082490.html> [Abruf am: 09. April 2016].
- Thole L (2013): Das Patientenrechtegesetz – Ziele der Politik. *MedizinRecht* 2013(31), 145-149. DOI: 10.1007/s00350-013-3365-9.
-

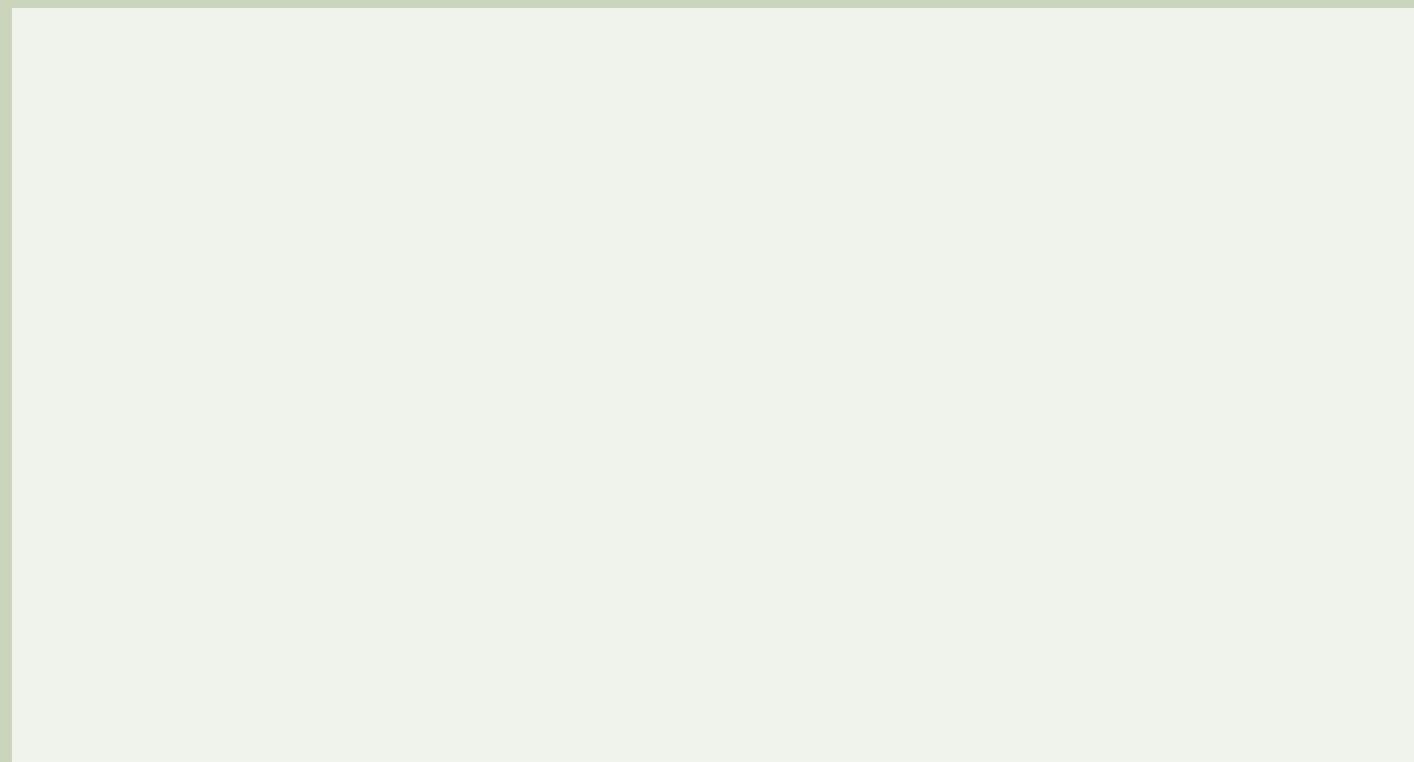
- Thurn P (2013): Das Patientenrechtegesetz – Sicht der Rechtsprechung. *MedizinRecht* 2013(31), 153-157. DOI: 10.1007/s00350-013-3367-7.
- Trenk-Hinterberger P (2014): Kommentar zu § 13 SGB V. In: Spickhoff A: *Medizinrecht: AMG, ApoG, BGB, GenTG, KHG, MBO, MPG, SGB V, SGB XI, StGB, TFG, TPG*. 2. Auflage. C. H. Beck. ISBN: 978-3-406-65753-5.
- UPD [Unabhängige Patientenberatung Deutschland] (2013): Monitor Patientenberatung 2013: Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Berlin. http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/UPD_Monitor-Patientenberatung_Stand_1-Juli-2013_17.49.pdf [Abruf am: 03. September 2015].
- UPD [Unabhängige Patientenberatung Deutschland] (2014): Monitor Patientenberatung 2014: Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Berlin. http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/2014_UPD_Monitor-Patientenberatung.pdf [Abruf am: 27. August 2015].
- UPD [Unabhängige Patientenberatung Deutschland] (2015): Monitor Patientenberatung 2015: Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Berlin. http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/Monitor_2015/Monitor-Patientenberatung_150623.pdf [Abruf am: 27. August 2015].
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen. Düsseldorf. <http://www.vz-nrw.de/SET8/media231404A> [Abruf am: 27. August 2015].
- Wagner G (2012): Kodifikation des Arzthaftungsrechts? - Zum Entwurf eines Patientenrechtegesetzes -. *Versicherungsrecht* 2012, 789-812.
- Wenner U (2014): Kommentar zu § 13 SGB V. In: Prütting D: *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*. 3. Auflage. Köln: Luchterhand Verlag, 1793-1874. ISBN: 978-3-472-08547-8.
- Wenner U (2013): Kommentar zu § 66 SGB V. In: Eichenhofer EW, U.: *Kommentar zum SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung*.
- Wenzel F & Steinmeister M (2015): Das neue Patientenrechtegesetz. Veränderungen in der Arzthaftung? *Bundesgesundheitsblatt* 58, 23-31. DOI: 10.1007/s00103-014-2085-2.
-

Werner TC (2015): Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V am Beispiel stationärer Krankenhausbehandlung. *SGb* (6), 323-325.

Wever C (2014): Kommentar zu § 630c-e BGB. In: Bergmann KO, Pauge B & Steinmeyer H-D: *Gesamtes Medizinrecht*. 2. Auflage. *Nomos Kommentar*. Baden-Baden: Nomos. ISBN: 978-3-8487-0116-2.

Zok K (2015): Anteil der Arztgruppen an privatärztlichen Leistungen und Modellrechnung zur durchschnittlichen Anzahl der IGeL-Angebote pro Arzt und Jahr, in: *WIdOmonitor* 1/2015.

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_monitor_ausg1_2015_0515.pdf [Abruf am: 27. August 2015].



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com