

Kurzfassung der Forderungen zur Weiterentwicklung der individuellen Patientenrechte

Zwar war die Kodifizierung der Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht im Patientenrechtegesetz 2012 aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ein wichtiger Schritt. Will man die Rechte der Patient*innen jedoch wirklich verbessern, braucht es ein Patientenrechtegesetz II, das die Schwächen der bisherigen Regelungen aufgreift und verändert.

Die BAG SELBSTHILFE fordert

für die Reform des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Zivilprozessordnung

1. eine **Umkehr der Beweislast** hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität zwischen Fehler und Schaden; **mindestens** sollte eine **überwiegende Wahrscheinlichkeit** für den Nachweis der Kausalität ausreichen (mehr als 50 Prozent). Die Maßgabe, dass eine Umkehr der Beweislast stattzufinden hat, sollte insbesondere bei Fehlern aufgrund der Anwendung von IGEL-Leistungen erfolgen, da sie typischerweise dadurch gekennzeichnet sind, dass ein Nutznachweis auf hohem Evidenzniveau nicht vorhanden ist.
2. Verbesserungen beim **Einsichtsrecht in die Behandlungsakte**. Dies betrifft zum einen die Sanktionierung von Verstößen und falschen Auskünften seitens der Ärzte, andererseits aber auch eine Erweiterung auf alle relevanten Informationen (z.B. Hygienepläne und Funktionsprüfungen medizinischer Geräte, Dienstpläne, Metadaten etc.). Dabei sollte klargestellt werden, dass sich die Einsichtnahme auf die Originalakte beziehen muss und - im Falle digitaler Speicherungen - die gesamte Akte auf der Festplatte mit entsprechenden Änderungen ausgelesen werden kann.
3. Eine **Schärfung der patientenorientierten Informations- und Aufklärungspflichten** der Behandelnden. So sollte etwa immer auch über das Recht einer Zweitmeinung aufgeklärt werden und über äußerst seltene schwere Risiken. Auch eine Nachfrage, ob das Mitgeteilte verstanden wurde, sollte verpflichtend sein. Generell muss die sprechende Medizin gestärkt und rechtlich abgesichert werden.
4. Eine **Klarstellung der Dokumentationspflichten** einerseits im Hinblick auf die bestehenden Verpflichtungen auch nicht-ärztlicher Behandler*innen, andererseits im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Behandlungsdokumentation und elektronischer Patientenakte.
5. Ergänzungen der **Normen für den Behandlungsvertrag**, wie etwa die Verpflichtung zum Shared Decision Making, Informationsverpflichtung eines

nachbehandelnden Arztes bzgl. des möglichen Fehlers auch ohne Nachfrage der Patient*innen, einen Anspruch auf einen barrierefreien Patientenbrief, Ansprüche auf verschiedene Informationsangebote.

6. Eine **Verlängerung der Verjährungsfrist auf 5 Jahre** entsprechend der Regelungen im Baurecht und eine Festlegung, dass die Frist erst mit der Übersendung der vollständigen Akte in den Lauf gesetzt wird.
7. Einführung von Vorschriften zur Beschleunigung der Arzthaftungsprozesse und Sicherstellung, dass Arzthaftungsprozesse in entsprechenden spezialisierten Kammern durchgeführt werden müssen.

für die Normen im Sozialrecht

1. eine **umfassende Unterstützungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen** bei der Aufklärung von Fällen, in denen der Verdacht auf Behandlungsfehler oder Aufklärungspflichtverstöße besteht. Dies bedeutet einerseits eine Umwandlung der Soll-Vorschrift in eine Muss-Vorschrift, andererseits aber auch Festlegungen über den Umfang der Unterstützungsverpflichtung, etwa Hilfestellungen bei medizinischen Rückfragen aufgrund von Einwänden der Gegenseite oder die Unterstützung auch bei Arzneimittelhaftungsfällen. Diese Unterstützungsverpflichtung sollte auch für die privaten Krankenkassen festgelegt werden,
2. die **Bildung einer Reformkommission zu den Weiterentwicklungsbedarfen der Patientenrechte im Sozialrecht**, da insbesondere das SGB V diese Perspektive des Leistungsgeschehens nur unzureichend abdeckt,
3. die **Regelung der Genehmigungsfiktion in § 13 Abs. 3a SGB V und §§ 18ff SGB IX als Sachleistungsanspruch**, damit auch Betroffene ohne größeres Vermögen die Möglichkeit haben, Hilfsmittel zeitnah zu erhalten,
4. eine **Verpflichtung zur Meldung von Fehlern und Beinahefehlern an die CIRS-Systeme**, da hier bisher kaum Meldungen seitens der Ärzt*innen erfolgen,
5. die **Einführung eines haftungsergänzenden Medizinschadensfonds**, der Lücken im bestehenden Haftungssystem auffangen kann.