



BAG SELBSTHILFE
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-36
Fax. 0211/31006-48

Positionspapier

der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

Reformbedarfe

zur Stärkung der individuellen Patientenrechte

Als Dachverband von 123 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 14 Landesarbeitsgemeinschaften tritt die BAG SELBSTHILFE seit vielen Jahren für eine substantielle Stärkung der individuellen Patientenrechte in Deutschland und für die Schaffung eines Medizinschadensfonds ein.

Zwar ist es im Jahr 2012 gelungen, eine Kodifizierung der Rechte aus dem Behandlungsvertrag in das Bürgerliche Gesetzbuch aufzunehmen. Dabei wurde aber im Wesentlichen die damals bestehende Rechtsprechung aufgegriffen, in einzelnen Punkten aber sogar zulasten der Patient*innen entschärft.

Die Schaffung eines Medizinschadensfonds ist im Jahr 2012 und in der Folgezeit immer wieder vertagt worden. Was ebenfalls fehlt, ist eine systematische Kodifizierung der Patientenrechte in den Sozialgesetzbüchern.

Dies alles führt in der Praxis dazu, dass sich Betroffene bei der Wahrnehmung ihrer Rechte in der Gesundheitsversorgung in vielen Fällen allein gelassen und benachteiligt fühlen. Im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis sind die Rechtsbeziehungen zwischen Patient:innen und Leistungserbringer:innen bislang oft nicht hinreichend deutlich. So besteht im Hilfsmittelbereich beispielsweise Unklarheit darüber, ob Mängelrügen direkt gegenüber dem Leistungserbringer oder nur über die Krankenkasse vorgebracht werden dürfen.

Auch für Menschen mit Behinderungen fehlt es bislang an einer Absicherung ihrer Rechtspositionen aus der UN-Behindertenrechtskonvention. Rechte, wie den ortsnahen Zugang zu **barrierefreien Gesundheitseinrichtungen** oder **Mitspracherechte von Menschen mit Behinderungen bei der Ausgestaltung des Gesundheitswesens** sind in der UN-Behindertenrechtskonvention abstrakt gewährleistet. Dringend erforderlich sind aber konkrete Normen, die die Umsetzung der Rechte in der Praxis sicherstellen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE setzt die Stärkung der individuellen Patientenrechte in Deutschland daher insgesamt voraus,

- A) dass mehr Rechtsklarheit hinsichtlich der individuellen Patientenrechte im **Bürgerlichen Gesetzbuch** geschaffen wird,
- B) dass eine Stärkung der Patientenrechte auch im **Sozialrecht** erreicht wird,
- C) dass die gerichtliche Durchsetzbarkeit von Patientenrechten erleichtert wird,
- D) dass die Maßgaben der UN-Behindertenrechtskonvention zu den Rechten von Patient:innen mit Behinderungen durch konkrete Normen und Vorgaben insbesondere zur Schaffung von Barrierefreiheit Verbindlichkeit erlangen.

Ferner muss

- E) nun ein Medizinschadensfonds sozialrechtlich implementiert werden.

Im Einzelnen bestehen aus Sicht der BAG SELBSTHILFE folgende gesetzgeberische Handlungsbedarfe:

A) Stärkung der individuellen Patientenrechte-Regelungen im BGB

Folgende Punkte sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE hinsichtlich der bestehenden Regelungen im BGB änderungsbedürftig:

1. Behandlungsvertrag (§ 630a BGB)

Die BAG SELBSTHILFE hält die Regelung in Absatz 2, wonach Abweichungen vom Facharztstandard vertraglich mit dem/der Patient:in vereinbart werden können, für verfehlt und gefährlich, da sie die Tür für Haftungsfreizeichnungsklauseln öffnet.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Verhältnis von Arzt:in und Patient:innen regelmäßig durch ein hohes Wissens- und Informationsgefälle gekennzeichnet ist; zudem befinden sich Patient:innen, die an einer ernsthaften Erkrankung leiden, häufig in einem emotionalen Ausnahmezustand. Auch vor diesem Hintergrund wird die Möglichkeit einer vertraglichen Vereinbarung eines niedrigeren Standards als überaus problematisch angesehen. Die Regelung sollte daher gestrichen werden, zumal bei einem Abweichen von Facharztstandard auch die Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts kaum noch rechtssicher möglich ist.

2. Information des/der Patient:in (§ 630 c BGB)

a.) Zusammenwirken zwischen Arzt:in und Patient:in (§ 630c Abs. 1 BGB)

Die Vorschrift regelt u.a. die Sicherungsaufklärung bzw. -information: Zur Sicherung der Therapie hat der/die Arzt:in auch über alle Umstände zu informieren, die zur Sicherung des Heilungserfolges und einem therapiegerechten Verhalten und zur Vermeidung möglicher Selbstgefährdungen erforderlich sind.

In Absatz 1 der Vorschrift sollte aus Sicht der BAG SELBSTHILFE klargestellt werden, dass die Pflicht zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt:in und Patient:in auch als Pflicht für den/die Ärzt:in zur Beteiligung von Patient:innen an der Entscheidungsfindung i. S. e. Shared Decision Making zu verstehen ist.

Zwar „sollen“ Patient:in und Ärzt:in nach der Formulierung in Abs. 1 „zusammenwirken“. Gleichzeitig geht das Gesetz aber offenbar nachfolgend davon aus, dass der Behandler die Therapie festlegt und den Patient:innen über diese informiert.

Damit wird aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Informationspflicht in einer Weise definiert, die von einem paternalistischen Verhältnis zwischen Behandler:in und Patient:in ausgeht, das weder zeitgemäß ist noch den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht. In der Praxis hat das oftmals zur Folge, dass die Aufklärung der Patient:innen von den Behandler:innen vielfach nur als bürokratische Anforderung, nicht aber als konstitutive Voraussetzung der Behandlung angesehen wird. Insoweit sollte hier eine entsprechende Anpassung i.S.d. Shared Decision Making vorgenommen werden.

b.) Information über Behandlungsfehler (§ 630c Abs. 2 BGB)

Die BAG SELBSTHILFE hält die Regelung in § 630c Abs. 2 BGB, wonach der/die Ärzt:in den Patient:innen nur auf Nachfrage oder bei Vorliegen von Gesundheitsrisiken über die Möglichkeit eines vorangegangenen Behandlungsfehlers informieren muss, für zu eng.

In der Literatur ist die Aufklärung über vorangegangene Behandlungsfehler seit langem als echte Nebenpflicht des Arztes anerkannt; wenn man zudem die umfassende Aufklärung als Voraussetzung für die selbstbestimmte Entscheidung für notwendig erachtet, so muss diese Aufklärung auch die Ursachen des gesundheitlichen Zustandes miteinschließen. Insoweit hält es die BAG SELBSTHILFE für notwendig, eine generelle Informationspflicht des Arztes über vorangegangene Behandlungsfehler gesetzlich zu verankern, ohne dass der Patient nachfragen muss oder Gesundheitsrisiken vorhanden sein müssen.

c.) Informationspflicht bei eigener Kostentragung (§ 630c Abs. 3 BGB)

Soweit in § 630c Abs. 3 eine Informationspflicht für die Fälle vorgesehen ist, in denen der Behandelnde weiß, dass die vollständige Übernahme der Behandlungskosten nicht gedeckt ist, sieht die BAG SELBSTHILFE diese Regelung für den Bereich der sogenannten IGeL-Leistungen als nicht ausreichend an. Die Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen führt immer wieder dazu, dass Betroffene finanziell stark belastet werden, häufig ohne dass ein therapeutischer Nutzen der Behandlung auf höchstem Evidenzniveau nachgewiesen ist.

Insoweit reicht es nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE nicht aus, allein über die Kostenpflicht der Behandlung zu informieren; vielmehr sollte in die Informationspflichten aufgenommen werden, dass der/die Behandler:in auch darüber informieren muss, inwieweit der therapeutische Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung nachgewiesen ist. Auf der Basis evidenzbasierter Informationsquellen muss den Patient:innen so die Möglichkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung gegeben werden.

d.) Entbehrlichkeit der Information und Aufklärung (§ 630c Absatz 4, §630e Abs. 3 BGB)

Die Vorschriften der §§ 630c Absatz 4 und 630e Absatz 3 BGB eröffnen generalklauselartig die Möglichkeit, auf eine Information bzw. Aufklärung der Patient:innen zu verzichten. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE lässt dies zu viele Spielräume für die Begründung einer Nichtdurchführung der Information und Aufklärung. Daher sollte die in §§ 630c, e SGB V genannte Aufzählung abschließend gestaltet sein und das Wort „insbesondere“ gestrichen werden.

Andere Ausnahmegründe entsprechen nicht dem Verhältnis, bei dem sich Arzt:in und Patient:in eine Entscheidung i.S.e. Shared Decision Making treffen können. Der Patient/die Patientin kann nur dann als „mündige/r Patient:in“ auftreten, wenn er/sie umfassend informiert und aufgeklärt wurde; von daher sind Ausnahmen von dieser Informations- und Aufklärungspflicht streng zu begrenzen.

Zudem ist die Aufklärung zwingende Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung des/der Patienten/der Patientin in die Behandlung, ohne die sich der Behandelnde/die Behandelnde gegebenenfalls strafbar machen würde. Es ist daher auch im Sinne des Behandlers/der Behandlerin, dass rechtlich eindeutig klargestellt, wann er/sie von einer Aufklärung und Information absehen kann.

e.) Information über Einholung einer Zweitmeinung, Bereitstellen von evidenzbasierter Patienteninformation und Verweis auf die Angebote der Selbsthilfe

In der Versorgungspraxis bestehen bei vielen Patient:innen Zweifel, ob es denn erlaubt ist, nach einem ärztlichen Votum auch noch eine zweite Meinung einzuholen. Auch in der Ärzteschaft wird die Einholung einer zweiten Meinung durch die Patient:innen oftmals als unangemessenes Misstrauen angesehen. Gerade in heutiger Zeit, in der Behandlungsentscheidungen oftmals vor dem Hintergrund dynamischer Veränderungen des medizinischen Wissensstandes getroffen werden müssen, ist es aber gerade dann, wenn die Patient:innen sich hinsichtlich ihrer Entscheidungsfindung noch unklar sind, überaus wünschenswert, dass noch weitere Meinungen eingeholt werden. Daher muss aus Sicht der BAG SELBSTHILFE im Gesetz auch eine ausdrücklich formulierte Informationspflicht über die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung verankert werden.

Nimmt man die Orientierung des Versorgungsgeschehens an der evidenzbasierten Medizin und am Shared Decision Making ernst, dann ist auch ein Rechtsanspruch der Patient:innen auf Zurverfügungstellung evidenzbasierter Patienteninformationen zwingend erforderlich.

Auch auf Angebote der Selbsthilfe sollte hingewiesen werden, da diese umfangreiche Unterstützungsangebote für betroffene Menschen für die Krankheits- und Alltagsbewältigung bereitstellen.

f.) Patientenbrief

Um das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten hinreichend zu sichern, muss nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE ein Anspruch des Patienten/der Patientin auf einen Patientenbrief mit Diagnose und Behandlungsoptionen in barrierefreier Form und patientenverständlicher Sprache durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin im Gesetz verankert werden:

Viele Patient:innen verstehen die Erklärungen des Arztes nicht auf Anhieb oder sind zu getroffen von der Diagnose, um sich die Erläuterungen zu merken. Hier wäre es wichtig, dass Patienten die Möglichkeit haben, sich in Ruhe in der häuslichen Umgebung mit der Situation zu befassen. Das Modellvorhaben „Was hab‘ ich?“ wurde vielfach ausgezeichnet und vom Innovationsausschuss positiv bewertet. Eine Überführung in die Regelversorgung findet ohne gesetzgeberischen Impuls nicht statt.

Daher wäre es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE folgerichtig, einen entsprechenden Rechtsanspruch im Gesetz zu verankern.

g.) Information über die Risiken von Medizinprodukten

Nach dem Gesetzeswortlaut des § 630e BGB soll der Patient/die Patientin über sämtliche wesentliche Umstände der Behandlung aufgeklärt werden. In der Gesetzesbegründung ausdrücklich genannt sind in diesem Zusammenhang Informationen über die Medikation; da jedoch auch der Einsatz von Medizinprodukten erhebliche Risiken mit sich bringen kann, wird angeregt, beispielhaft zur Klarstellung nicht nur Medikationsrisiken, sondern auch Risiken von Medizinprodukten im Gesetz zu nennen.

h) Einwilligung und Aufklärung (§ 630 d, e BGB)

Nach wie vor existiert zur Patientenaufklärung ein kaum überblickbares, nicht immer konsistentes Richter:innenrecht. Dies hat seine Ursache darin, dass § 630 e Absatz 1 BGB den Rahmen der Aufklärungspflichten nur grob absteckt.

Folgende Konkretisierungen könnten hilfreich sein:

- Der Patient oder die Patientin ist zwar bereits nach der derzeitigen Gesetzeslage über das **Risiko** des Eingriffs und das Risiko therapeutischer Alternativen aufzuklären; es fehlt jedoch auch eine Festlegung, dass dies in vergleichender Art und Weise zu geschehen hat. Zudem ist die Person insbesondere über die Schwere und Richtung des Risikospektrums sowie auch über äußerst seltene schwere Risiken aufzuklären.
- Ferner sollte die Regelungen zur sog. therapeutischen Sicherungsaufklärung ergänzt werden; diese umfasst die Ausklärung über die weiteren Verhaltensweisen der Patient:innen nach der Behandlung. Zwar ist anerkannt, dass eine solche erfolgen und auch i.d.R. schriftlich fixiert werden muss. Diese Art der Aufklärung ist aber, wenn sie mangelhaft durchgeführt wird, nach herrschender Rechtsprechung als ein Behandlungsfehler zu werten und nicht als eine Aufklärung im Sinne einer Selbstbestimmungsaufklärung (die ja grundsätzlich der Arzt/die Ärztin zu beweisen hat). Dies bedeutet, dass eine mangelhafte therapeutische Sicherungsaufklärung immer von den Patient:innen zu beweisen ist. Wenn dazu keine oder nur eine lückenhafte Dokumentation existiert, dann greift zwar die Vermutung zugunsten der Patient:innen, dass die Verhaltenshinweise auch nicht durch die Ärzt:innen an die Patient:innen gegeben wurden, aber den Vollbeweis nach § 286 ZPO haben auch hier letztlich die Patient:innen zu führen. Hier sollte die therapeutische Aufklärung der allgemeinen Selbstbestimmungsaufklärung gleichgestellt werden; mindestens sollte die unten dargestellte Beweismaßreduzierung auch für die therapeutische Sicherungsaufklärung gelten.
- Auch über die **Diagnose** ist der Patient oder die Patientin umfassend aufzuklären, selbst dann, wenn der Befund für die Entscheidung über den Eingriff nicht von Bedeutung ist. Lediglich ausnahmsweise - etwa bei der Gefahr eines Suizids - sollte die Möglichkeit bestehen, von der Pflicht zur Aufklärung über die Diagnose abzuweichen.

- Ferner sollten aus Sicht der BAG SELBSTHILFE auch detaillierte Vorschriften zum **Zeitpunkt und Form der Aufklärung** im Gesetz mit aufgenommen werden.
- Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zwar die expliziten Handlungsvorgaben bzgl. der Aufklärung im Arztgespräch in § 630e Absatz 2 BGB. Verständlichkeit beinhaltet aber nicht nur das Vermitteln der Inhalte, sondern auch das Nachfragen, ob die Aufklärung richtig verstanden wurde.
- Hat der/die Behandelnde den Eindruck, dass der Patient/die Patientin im Augenblick nicht in der Lage ist, der Aufklärung zu folgen und den Inhalt sachgemäß zu verstehen, ist der Patient/die Patientin zu fragen, ob er/sie einen Angehörigen, Patientenfürsprecher:in oder eine ihm sonst vertraute Person hinzuziehen möchte.

3. Wirtschaftliche Aufklärungspflicht der Behandlerinnen und Behandler

Neben der ärztlichen Aufklärungspflicht zu medizinischen Fragen muss auch die **umfassende wirtschaftliche Aufklärungspflicht** der Behandlungsseite Eingang in das Patientenrechtegesetz finden; die in § 630 c Abs. 3 BGB statuierte Pflicht ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu eng gefasst.

Insbesondere Kosten-Nutzen-Risiken von sog. IGeL-Leistungen (s.o.), aber auch eventuelle medizinische Konsequenzen aus unterschiedlichen Vertragsgestaltungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden müssen den Patient:innen transparent und nachvollziehbar gemacht werden.

Nur so kann eine sachgerechte gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt:in und Patient:in im Behandlungsgeschehen erfolgen. Analog zu § 66 SGB V sollte zudem eine Bestimmung geschaffen werden, wonach der Patient/die Patientin auch Unterstützung durch seine Krankenkasse bei der Klärung von Kostenfragen im Zusammenhang mit IGeL-Leistungen anfordern kann.

Insgesamt muss für sog. **IGeL-Angebote ein gesetzlicher Rahmen** geschaffen werden, zumal der Nutzen von sog. IGeL-Leistungen oftmals zweifelhaft ist. Das Leistungsangebot der Ärzte wird durch IGeL-Leistungen nicht dort hingelenkt, wo es vermehrt benötigt wird, nämlich zu den älteren, behinderten und kranken Menschen. Sie tragen zudem zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten bei und belasten das Vertrauensverhältnis zum Arzt/zur Ärztin. Insgesamt sind diese regelmäßig auf gesunde und einkommensstärkere Versicherte ausgerichtet. Gleichzeitig führt das Vorhandensein von IGeL-Angeboten immer zu der latenten Gefahr der Ersetzung von Leistungen nach dem SGB V, z.B. im Bereich der gesundheitlichen Prävention. Hier bedarf es stärkerer Patientenrechte.

4. Dokumentation der Behandlung (§ 630f BGB)

Die Vorschrift des § 630f BGB geht davon aus, dass der Behandler/die Behandlerin eine Patientenakte führt.

Unter der Patientenakte, auch der elektronischen Patientenakte wird damit nicht die elektronische Patientenakte nach dem SGB V verstanden. Daher muss dringend durch eine Überarbeitung des § 630f BGB geklärt werden, in welchem Verhältnis die Behandlungsdokumentation des Behandlers/der Behandlerin zur allgemeinen elektronischen Patientenakte steht.

Der Patient/die Patientin muss jedenfalls unabhängig davon, wie er sich zur Patientenakte nach dem SGB V verhält, einen Rechtsanspruch auf Einsichtnahme in die Originaldokumentation und die Anfertigung von Kopien zur gesamten Behandlungsdokumentation haben.

Selbstverständlich muss auch bei elektronischer Dokumentation eine nachträgliche Änderung ohne Wissen des Patienten/der Patientin weiterhin ausgeschlossen sein (§ 630f Absatz 1 Satz 2 BGB). Hier muss zudem sichergestellt werden, dass die gesamte digitale Akte mit entsprechenden Änderungsvornahmen den Patient:innen und Gerichten zur Verfügung gestellt werden.

Des Weiteren ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE eine gesetzgeberische Klarstellung erforderlich, dass die Dokumentationspflichten nach § 630 f BGB selbstverständlich vollumfänglich auch für nicht-ärztliche Behandler:innen gelten.

5. Recht auf Akteneinsicht (§ 630g BGB)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zwar die 2012 erfolgte gesetzliche Normierung des Akteneinsichtsrechts in § 630g BGB. Auch hier müssen aber die Unklarheiten hinsichtlich des Begriffs „Patientenakte = Behandlungsdokumentation des Behandlers/Behandlerin“ vs. „Patientenakte im Sinne des SGB V“ beseitigt werden.

Der Rechtsanspruch des Patienten/der Patientin muss sich auf die gesamte Behandlungsdokumentation des jeweiligen Behandlers/der Behandler:in beziehen. Dies beinhaltet dann auch einen Anspruch darauf, die gesamte elektronische Dokumentation einschließlich etwaiger Änderungen zu erhalten, da nur so die Genese der Dokumentation nachvollzogen werden kann. Gleiches gilt natürlich - bei Papierform - auch hinsichtlich des Erhalts der Originalakte.

Um die Durchsetzung der Rechte des Patienten/der Patientin zu sichern, sollten die Patient:innen das Recht haben auf **Bekanntgabe der Namen und Adressen** von allen Hilfspersonen, die am Behandlungsgeschehen beteiligt waren. Hierzu fehlt es bislang an einer klaren Rechtsgrundlage, was sich bei der Rechtsverfolgung als fatal erweist, wenn die haftungsrechtliche Zuordnung von Behandlungsfehlern und Aufklärungspflichtverstößen unklar ist.

Ferner muss gesetzlich klargestellt werden, dass auch Hygienepläne, Dienstpläne und Wartungsunterlagen von Medizinprodukten Teil der Patientenakte sind und die Patient:innen zukünftig auch die Änderungs- und Speicherdaten herausverlangen können, d.h. ein komplettes Auslesen der Festplatte der Ärzt:innen.

Ferner wäre aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE eine weitere Stärkung der Rechte Angehöriger wünschenswert, da die Patient:innen bei schlechter Konstitution oft nicht in der Lage sind, alleine für ihre Rechte einzustehen. Anhand von abgesicher-

ten Verfahren muss aber sichergestellt werden, dass die Angehörigen im Patienteninteresse handeln (Patientenverfügung).

Letztlich sollte auch das Recht des Patient:innen auf Gegendarstellung zu einer inhaltlich unrichtigen Dokumentation in den Behandlungsunterlagen verankert werden. Dieses Recht ist insbesondere bzgl. der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte besonders wichtig, da sich sonst Fehldarstellungen perpetuieren.

Die BAG SELBSTHILFE lehnt zudem eine Einschränkung des Einsichtsrechtes „aus therapeutischen Gründen“ ab. Bei dem Einsichtnahmerecht eines Patienten/einer Patientin handelt es sich um einen grundlegenden Ausfluss des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten. Der Begriff der therapeutischen Gründe ist zu unbestimmt für eine Eingrenzung eines so grundlegenden Rechtes und bietet zudem ein erhebliches Missbrauchspotential.

Schließlich sollte auch die Verweigerung einer Akteneinsicht durch den/die Ärzt:in Sanktionen nach sich ziehen. Aus der Beratung wird immer wieder berichtet, dass Ärzt:innen oft grundlos die Herausgabe der Akte verweigern und erst nach Einschaltung eines Anwalts herausgeben. Hier sollten empfindliche Strafen für eine solche Zuwiderhandlung vorgesehen werden, zumal hier häufig eine falsche Rechtsauskunft gegeben wird („die Herausgabe darf nur an einen Anwalt geschehen“), was dann auch zu der Frage führt, ob Ärzt:innen überhaupt zu Rechtsauskünften berechtigt sind.

6. Beweislast (§ 630h BGB)

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wurde im Jahr 2012 versäumt, das Beweisrecht zur Klärung des Verdachts auf Behandlungsfehler adäquat zu regeln.

Die BAG SELBSTHILFE hält bei der Frage der Beweislast folgende Änderungen für notwendig:

a.) Beweislast bei der Haftung für Einwilligungs- und Aufklärungsfehler (§ 630h Abs. 2 BGB)

§ 630h Absatz 2 BGB verkürzt die rechtliche Situation bei Aufklärungspflichtverstößen und wird damit auch der geltenden Rechtsprechung nicht gerecht.

Der Behandelnde/die Behandelnde hat nämlich nach ständiger Rechtsprechung darzulegen und zu beweisen, dass er/sie den/ die Patienten/Patientin ordnungsgemäß aufgeklärt und dessen wirksame Einwilligung eingeholt hat. Ist die Aufklärung mangelbehaftet oder unterblieben, kann der Behandelnde einwenden, dass der Patient auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung eingewilligt hätte. Dem kann wiederum der Patient entgegenhalten, dass er sich im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt darüber befunden hätte, ob er den tatsächlich durchgeführten Eingriff durchführen lassen sollte. Dieser dem Patienten/der Patientin zustehende Gegeneinwand findet in § 630h Absatz 2 BGB keine Erwähnung und sollte daher entsprechend ergänzt werden.

Zur Beweislast bei Fehlern bei der therapeutischen Sicherheitsaufklärung gilt das oben Gesagte.

b.) Folgen von Dokumentationspflichtverstößen (§ 630h Abs. 3 BGB)

In § 630 h Absatz 3 BGB sind bislang die Folgen von Dokumentationspflichtverstößen nicht hinreichend geregelt. Eine sachgerechte Dokumentation des Behandlungsgeschehens ist elementarer Bestandteil einer fachgerechten ärztlichen Behandlung und dient nicht nur der anschließenden Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen, sondern vor allem auch der Kommunikation der Behandler:innen untereinander. Daher fehlt die notwendige Klarstellung, dass Dokumentationspflichtverstöße der Fehlbehandlung zuzuordnen sind und daher einen selbständigen Anspruch begründen.

Die in § 630h Abs. 3 vorgenommene Beweiserleichterung reicht aus Sicht der BAG SELBSTHILFE insoweit nicht aus; sie betrifft insoweit nur einen Teil der Dokumentationspflichtverstöße, nämlich diejenigen, bei denen eine medizinisch notwendige Maßnahme nicht dokumentiert wurde.

In der Praxis kommt es jedoch durchaus vor, dass der Behandlungsablauf und die gebotenen Maßnahmen wegen einer Vielzahl von Dokumentationsdefiziten aus der Akte überhaupt nicht mehr nachvollziehbar sind, so etwa, wenn die Anzahl der durchgeführten Operationen unklar ist oder die Akte in weiten Teilen unvollständig ist. In diesen Fällen ist eine vollständige Beweislastumkehr gesetzlich vorzusehen.

c.) Umkehr der Beweislast bzgl. der haftungsbegründenden Kausalität zwischen Fehler und Schaden (§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB)

Leider hat sich der Gesetzgeber im Jahr 2012 darauf beschränkt, die umstrittene Rechtsprechung zum sog. groben Behandlungsfehler einfach zu kodifizieren. Dies ist nicht sachgerecht. Denn wenn es dem Patienten/der Patientin gelungen ist, ein ärztliches Fehlverhalten zu beweisen, muss es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE eine Verpflichtung des Behandelnden/der Behandlerin sein, nachzuweisen, dass sich dieses Fehlverhalten nicht gesundheitsschädigend bzw. behinderungsauslösend ausgewirkt hat.

Dies bedeutet nicht, dass der Patient/die Patientin keinerlei Beweislasten zu tragen hat. Nach wie vor muss er auch bei einer Umkehr der Beweislast bzgl. der haftungsbegründenden Kausalität das Vorliegen eines Schadens beweisen; dies ist oft schwer genug. Die Vorschrift des § 630h Absatz 5 BGB verharrt darin, die bisherige, nicht sachgerechte beweisrechtliche Rechtsprechung nachzuempfinden und verkennt die bestehenden prozessualen Defizite.

In der Praxis hat dies folgende bedrückende Konsequenz: Selbst wenn ein Gutachter/eine Gutachterin feststellt, dass der eingetretene Schaden mit 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit auf dem ärztlichen Fehler beruht, wird der Patient/die Patientin den Prozess verlieren, da die Kausalität nicht hinreichend nachgewiesen ist.

In der Gerichtspraxis hilft diese Beweisregel des „groben Behandlungsfehlers“ dem Patienten/ der Patientin vielfach nur wenig: Ein Gutachter/ eine Gutachterin wird vielleicht seinem/ihrer Kollegen/seiner Kollegin noch einen Behandlungsfehler attestieren, ihm/ihr aber einen groben Behandlungsfehler zu bescheinigen, also

einen Fehler, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt/der Ärztin schlechterdings nicht unterlaufen darf, ist für Gutachter:innen oft emotional schwierig.

Zudem werden gerade multimorbide, also mehrfach erkrankte, Patient:innen durch die geltende Rechtslage massiv benachteiligt. Ihnen ist ein Nachweis einer Kausalität deutlich erschwert, da vielfach von ihnen nicht nachgewiesen werden kann, dass nicht eine ihrer sonstigen Erkrankungen zu dem Schaden geführt hat. Insoweit hält die BAG SELBSTHILFE hier eine generelle Umkehr der Beweislast bzgl. der haftungsbegründenden Kausalität für notwendig.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE könnte eine Regelung in der ZPO oder in § 630h Absatz 5 BGB wie folgt gefasst werden:

„Der Patient/die Patientin hat den Behandlungsfehler und den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit zu beweisen. Ist dies gegeben, wird vermutet, dass der **Behandlungsfehler** für diese Verletzung ursächlich war.“

Wenn man eine solche Umkehr der Beweislast bzgl. der Kausalität für zu weitgehend hält, sollte zumindest geregelt werden, dass der Nachweis ausreicht, dass **eine Kausalität „überwiegend wahrscheinlich“** ist (Wahrscheinlichkeit höher als 50 Prozent im Sinne der bisherigen Rechtsprechung zu § 287 ZPO, der bisher nur für die haftungsausfüllende Kausalität angewandt wird). Auf diese Weise würden lediglich die allgemeinen Beweisregeln des Vertragsrechtes auf den Arzthaftungsprozess angewandt; hier ist es dringend erforderlich, wenigstens die - gegenüber anderen Vertragsarten vorgesehene - Schlechterstellung der Patient*innen im Prozess zu beheben.

Denkbar wäre aber auch die Einführung einer quotalen Haftung je nach dem Grad der Wahrscheinlichkeit, wie dies in anderen europäischen Ländern praktiziert wird.

d.) Beweislastumkehr bzgl. von Befunderhebungsfehlern, Erstreckung auf Diagnosefehler (§ 630h Abs. 5 S. 2 BGB)

Derzeit nimmt die Rechtsprechung (siehe etwa OLG Frankfurt 8. Zivilsenat, 8 U 142/18) kaum vorherzusehende Unterscheidungen zwischen Diagnose- und Befunderhebungsfehlern vor; nur bei letzterem findet eine Beweislastumkehr statt. Dieses führt bei den Betroffenen dazu, dass sie trotz klarem Fehler des Arztes die Erfolgsaussichten des Falles kaum vorher abschätzen können. Vor diesem Hintergrund sollte § 630 Abs. 5 S. 2 auf Diagnosefehler erweitert werden. Zudem sollte im Gesetz klargestellt werden, dass die Regelung nicht nur grobe Diagnosefehler umfasst; in der Gerichtspraxis stufen nämlich Gutachter:innen und Richter:innen einfache Diagnosefehler nur als „zu tolerierbare Fehleinschätzung“ ein.

e.) Beweislastumkehr bei IGeL-Leistungen

Da insbesondere bei IGeL-Leistungen der Patientennutzen häufig sehr zweifelhaft und nicht auf höchstem Evidenzniveau nachgewiesen ist, sollte aus Sicht der BAG SELBSTHILFE bei allen Behandlungsfehlern in Zusammenhang mit diesen eine generelle Beweislastumkehr bzgl. der haftungsbegründenden Kausalität festgeschrieben werden.

f.) Richterliche Beweiswürdigung

Aus der Praxis wird immer wieder berichtet, dass Richter:innen und Gutachter:innen die MD-Gutachten weder lesen und noch würdigen. Dies ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE fachlich nicht nachzuvollziehen, da auch diese entscheidende Hinweise zur Einschätzung der Sachlage geben können. Vor diesem Hintergrund hält sie es für notwendig, hier explizit den Richter:innen eine Ladung der MD-Gutachter zur mündlichen Verhandlung und der Würdigung aller im Prozess beigebrachten Gutachten aufzuerlegen sowie den Gerichtsgutachter zu einer Berücksichtigung aller Vorgutachten zu verpflichten.

B) Stärkung der Patientenrechte im Sozialrecht

Die Sozialgesetzbücher, insbesondere das SGB V sind in ihrer historischen Entstehung dadurch gekennzeichnet, dass Versorgungsansprüche der Versicherten, die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden und die Rechte und Pflichten von Institutionen geregelt werden. Die Perspektive der Patientenrechte wird im SGB V nicht systematisch verfolgt.

1. Reformkommission

Es bedürfte somit einer systematischen Überarbeitung des SGB V, um die Patientenrechte im Leistungsgeschehen zu kodifizieren. Die BAG SELBSTHILFE tritt daher dafür ein, hierzu eine Kommission einzusetzen, um eine neue Regelungssystematik des SGB V zu erarbeiten, die Rechtspositionen spezifisch aus Patientensicht und nicht vorwiegend aus Sicht von Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbstverwaltungsinstitutionen definiert.

2. Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen bei der Verfolgung individueller Patientenrechte (§ 66 SGB V)

Jenseits der gebotenen Neuorientierung des SGB V im Hinblick auf die Dimension der sozialrechtlichen Patientenrechte ist es aber auch erforderlich, dass insbesondere die Krankenkassen verstärkt die Patientinnen und Patienten bei der Wahrnehmung ihrer individuellen zivilrechtlichen Patientenrechte unterstützen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es sehr wichtig, dass die Patientinnen und Patienten bei der Durchsetzung Ihrer Ansprüche auch die Unterstützung ihrer Krankenkasse erfahren. Insoweit wurde die Verstärkung der bereits bestehenden Unterstützungsmöglichkeit im Patientenrechtegesetz I ausdrücklich begrüßt. Um zu vermeiden, dass sich manche Krankenkassen dieser Pflicht teilweise entziehen, ist jedoch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE die bisherige „Soll“ Vorschrift des § 66 SGB V in eine „Muss“-Vorschrift umzuwandeln.

Ferner sollte Art und Umfang der Unterstützungsleistungen durch die Krankenkassen präzisiert werden: So ist für nichtvermögende oder nicht rechtsschutzversicherte Patientinnen und Patienten eine Hilfestellung durch den Medizinischen Dienst (MD) eine wichtige Möglichkeit, ein kostenfreies Gutachten zu erhalten, um so das Prozessrisiko abschätzen zu können. Insoweit sollte hier eine entsprechende Pflicht zur Erstellung eines solchen Gutachtens verankert werden. In diesem Zusammenhang wäre es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE überdies wichtig, eine Pflicht des Medizinischen Dienstes (MD) zur interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Erstellung des Gutachtens zu verankern, soweit eine solche Zusammenarbeit wegen der sich stellenden medizinischen Fragen notwendig ist.

Schließlich wäre es sinnvoll, dass die Patient:innen die Möglichkeit erhalten, bei der Erstellung der Gutachten vonseiten des MD und auch vonseiten des Schlichtungsgutachters selbst persönlich vorstellig zu werden und eine körperliche Untersuchung mit einer notwendigen ausführlichen Anamneseerhebung zu erlauben.

Auch die Pflicht der Krankenkassen, den Versicherten bei der Rechtsverfolgung vor den Schlichtungs- oder Gutachterkommissionen zu unterstützen, sollte gesetzlich normiert werden: In vielen Fällen begibt sich der/ die Patient:in vor den Schlichtungsstellen ohne Not seiner Rechte, hier wäre eine entsprechend erfahrene und medizinisch ausgebildete Unterstützung dringend erforderlich.

Gesetzlich zu verankern wäre auch die Pflicht der Krankenkassen, dass der MD auch bei Folgefragen, welche aufgrund des Gegengutachtens des Arztes entstehen, für weitere Rückfragen und in der Gerichtsverhandlung selbst zur Verfügung steht.

Ferner sollte gesetzlich geklärt werden, dass sich die Unterstützungsverpflichtung der Krankenkassen nicht nur auf den Arzthaftungsbereich, sondern auch auf Schadensfälle im Bereich der Arzneimittel und der Medizinprodukte beziehen muss. Auch hier besteht ein Unterstützungsbedarf der betroffenen Patientinnen und Patienten, wie der Brustimplantate-Skandal zeigt.

Darüber hinaus ist die BAG SELBSTHILFE der Auffassung, dass auch eine Pflicht der privaten Krankenkassen zur Unterstützung ihrer Versicherten gesetzlich festzulegen

ist, da auch privat krankenversicherte Patienten häufig kostenfreie Hilfen zur Durchsetzung ihrer Ansprüche benötigen.

3. Genehmigungsfiktion als Sachleistungsanspruch (§ 13 Abs. 3a SGB V)

Im sog. Patientenrechtegesetz I hat der Gesetzgeber geregelt, dass Patient:innen einen Anspruch auf Gewährleistung einer von der Krankenkasse genehmigungsbedürftigen Leistung haben, wenn diese nicht innerhalb von 3 bzw. 5 Wochen reagiert bzw. einen Grund für eine Verzögerung mitteilt. Sinn und Zweck dieser Regelung war die Beschleunigung der Verfahren insbesondere im Hilfsmittelbereich. Lange Zeit war umstritten, welchen Umfang dieser Anspruch hatte und insbesondere, ob es sich um einen Sachleistungsanspruch handelt. Leider hat das BSG jüngst in einer Grundsatzentscheidung entschieden, dass der Anspruch nur einen Anspruch auf Kostenerstattung enthält. Angesichts der Tatsache, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen häufig nicht über hohe Einkünfte verfügen, dürfte es den wenigsten gelingen, die Kosten für das Hilfsmittel vorzustrecken und diese anschließend einzuklagen. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, gesetzlich festzulegen, dass es sich um einen Anspruch auf Kostenerstattung handelt. Zudem sollte auch die Parallelvorschrift im SGB IX (§§ 18 ff.) entsprechend in den Fristen und dem Umfang des Anspruches angepasst werden, da das BSG in der Vergangenheit einen Teil der Ansprüche ins SGB IX verlagert hat.

C) Verbesserung der gerichtlichen Durchsetzbarkeit von Patientenrechten

a. Amtsermittlungsgrundsatz

Im Verhältnis zwischen Kassenärzten und GKV-Versicherten ist das privatrechtliche Arzt-Patientenverhältnis sozialrechtlich durch das SGB V geprägt. Daher liegt es nahe, auch in Arzthaftungsprozessen den Amtsermittlungsgrundsatz gesetzlich zu etablieren, der auch schon so aus der entsprechenden Rechtsprechung festgelegt ist. Dies gebietet schon das ansonsten bestehende Informationsungleichgewicht zwischen der Behandler- und Patientenseite im Arzthaftungsprozess. Zudem ist eine Stärkung der Patientenrechte nur dann in der Rechtspraxis zu erreichen, wenn

das Engagement der Gerichte bei der Aufarbeitung von Fehlbehandlungen gestärkt wird. In der bisherigen Gesetzesfassung fehlt es an der notwendigen, in der Rechtsprechung bereits herausgearbeiteten Klarstellung, dass in Arzthaftungssachen nicht die Verhandlungsmaxime gilt, sondern dass insbesondere der Sorgfaltsmaßstab des ärztlichen Standards von Amts wegen zu ermitteln ist. Ferner muss die Richterausbildung zur interdisziplinären medicolegalen Sachverhaltsaufklärung verbessert werden. Auch hier fehlt es bisher an notwendigen Vorschriften.

b. Besetzung der Gerichte

Ohne eine ausreichende und medizinrechtlich qualifizierte Besetzung der Gerichte werden sich jedoch Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf Schadensersatz und Schmerzensgeld nicht in der gebotenen zügigen Weise durchsetzen lassen. Deshalb fordert die BAG SELBSTHILFE dazu auf, die **Spezialisierung der Richter:innen** durch Einrichtung von entsprechenden Kammern zu fördern und diese ausreichend zu besetzen. Zwar gibt es in vielen Landgerichtsbezirken entsprechende Kammern, in anderen Bezirken fehlen diese jedoch, was sich auch in der Qualität der entsprechenden Diskussionen niederschlägt. Das Patientenrechtegesetz sollte von daher Vorgaben für die Länder in den für die Besetzung der Gerichte maßgeblichen Normen vorsehen.

c. Gutachterwesen

aa.) Qualitätssicherung des Gutachterwesens

Hier sollte durch entsprechende Standards und deren Überprüfung sichergestellt werden, dass unzureichende Gutachter:innennicht mehr vor Gericht zugelassen werden. Bislang greifen viele Richterinnen und Richter bzw. Kammern und Senate bei der Einholung von Sachverständigengutachten auf persönliche bekannte Gutachterinnen und Gutachter zurück, ohne deren fachliche Eignung prüfen zu können. Nicht selten sind Beweisschlüsse fehlerhaft, weil Beweisfragen dem falschen medizinischen Fachgebiet zugeordnet werden (häufig: Orthopädie anstelle Neurologie). Hier bedarf es eines unabhängigen Gutachterinstituts, das die Schulung, Qualitätssicherung und fachliche Zuordnung der Gutachterinnen und Gutachter übernimmt.

Ferner gibt es offenbar Richter:innen, die ein rein mündlich vorgetragenes Gutachten für ausreichend erachten. Dies bevorteilt jedoch die Partei des Behandlers/der Behandlerin deutlich, da diese/r die mit medizinischen Fachausdrücken versehene Gutachten eher verstehen kann; zudem ist es schwierig, sich auf ein solches Gutachten hinreichend bzgl. anstehender Fragen vorzubereiten. Insoweit sollte gesetzlich festgelegt werden, dass ein Gutachten schriftlich vorzulegen sein muss.

bb.) Finanzierung von Privatgutachten von Patientinnen und Patienten

In Arzthaftungsprozessen kann die Behandlerseite auf die finanzielle Unterstützung von Haftungspflichtverletzungen bei der Einholung von Privatgutachten zurückgreifen. Nicht selten wird in Prozessen jede Äußerung der/des Gerichtssachverständigen mit einer Stellungnahme der Privatgutachter der Behandlerseite beantwortet bzw. kommentiert. Die Patientenseite kann hierauf nicht reagieren. Daher muss über eine Änderung der Regelungen zur Prozesskostenhilfe bzw. durch entsprechende Vorgaben für Rechtsschutzversicherungen sichergestellt werden, dass die Patientenseite auf Äußerungen von Gutachten der Behandlerseite gutachterlich reagieren können.

d. Verlängerung der Verjährungsfrist

Die BAG SELBSTHILFE hält ferner eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf 5 Jahre entsprechend der im Baurecht geltenden Frist für sinnvoll. In beiden Fällen handelt es sich um häufig hochkomplexe Sachverhalte, bei denen häufig die Fehler spät festgestellt sind. Ferner gilt im Arzthaftungsrecht folgendes: Häufig sind Patientinnen und Patienten zunächst einmal mit den physischen und psychischen Folgen ihrer Gesundheitsschädigung beschäftigt, so dass sie sich die Frage der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen oft erst spät stellen. Die geltende Rechtslage, wonach auch eine grob fahrlässige Unkenntnis dazu führt, dass die Verjährungsfrist zu laufen beginnt, führt zudem zu unterschiedlicher Spruchpraxis der Gerichte und damit zu erheblicher Rechtsunsicherheit. In der Praxis wird außerdem häufig beobachtet, dass Versicherungen auf Zeit spielen und sich nicht auf verjährungshemmende Maßnahmen einlassen.

Mindestens jedoch sollte der Beginn der Verjährungsfrist im Gesetz klar festgelegt werden: Erst die Übersendung einer vollständigen Akte mit der Möglichkeit der Überprüfung anhand der Originalakte auf Änderungen sollte die Frist in Lauf setzen. Denn vorher kann der/ die Betroffene noch nicht ansatzweise klären, ob es sich um einen Behandlungsfehler handelt oder nicht.

e. Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen

Die BAG SELBSTHILFE sieht auch im Bereich der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen erheblichen Reformbedarf. Da ein Großteil der Streitigkeiten im Hinblick auf Behandlungsfehler bereits vorgerichtlich entschieden bzw. beigelegt werden, hat die Struktur und die Ausgestaltung des Verfahrens vor den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen eine hohe Bedeutung für Patientinnen und Patienten.

Bei der Ausgestaltung des Verfahrens muss sichergestellt werden, dass die Sachverhaltsfeststellung nicht allein auf der Basis der Behandlungsunterlagen, sondern auf der Basis einer umfassenden Würdigung aller Umstände stattfindet, insbesondere sollte auch die Möglichkeit einer alternativen Begutachtung bei unterschiedlichen Sachverhaltsdarstellungen gegeben sein. Die derzeitigen Satzungen sehen nicht in allen Fällen die Anhörung des Betroffenen vor, die Möglichkeit einer Zeugenbefragung fehlt. Insgesamt wäre das Schlichtungsverfahren zunächst einheitlich mit Verfahrensregeln entsprechend der ZPO auszugestalten; auf lange Sicht sollte ein unabhängiges Schlichtungs- oder Gutachterverfahren eingeführt werden. Zudem müssten die Verfahrenszeiten verkürzt werden.

Da die Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern angesiedelt sind, sehen sie sich zudem häufig dem Vorwurf ausgesetzt, sie würden nicht hinreichend objektiv über die erhobenen Vorwürfe urteilen. Ferner wird vorgebracht, dass es kaum transparent ist, auf welche Weise die Entscheidungen gefällt würden. Die Aufnahme von Patientenvertreter:innen in die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sollte in § 140 f SGB mit aufgenommen werden.

Die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen muss aber auch im Sinne der Prävention von Behandlungsfehlern genutzt werden. Die in den Verfahren festgestellten Fehler müssen wissenschaftlich ausgewertet, und die Lehren aus diesen Fehlern müssen im Sinne der Fehlervermeidung Eingang in Risikomanagementsysteme finden.

D. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung (Art. 25 Abs. S. 2) auch in ländlichen Gebieten gemeindenah (Art. 25 Abs. 1 S. 3c) für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen.

Da die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland bindendes Recht ist, handelt es sich um verbindliche Rechtspositionen, die nun in Rechtsansprüche der Patientinnen und Patienten konkret umzusetzen sind.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE muss insofern die Frage der Barrierefreiheit einer Arztpraxis als eigener Faktor für die Bedarfsplanung festgeschrieben werden und nicht nur bei einer Neubesetzung einer Arztpraxis eine Rolle spielen.

Um Anreize für barrierefreie Praxen zu setzen und gleichzeitig Ärzten Hilfestellungen für den Ausbau barrierefreier Praxen geben zu können, sollte nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE in § 105 SGB V verankert werden, dass Mittel aus den Strukturfonds hierfür vergeben werden können. Zudem sollte von Ärztinnen und Ärzten, die in überversorgten Gebieten nicht-barrierefreie Arztpraxen vorhalten, eine Ausgleichsabgabe zur Schaffung barrierefreier Praxen insbesondere in unterversorgten Gebieten verlangt werden. Für die Vergabe der Mittel aus den Strukturfonds sollte eine Patientenbeteiligung vorgesehen werden.

Im Zuge der Honorarverhandlungen sollte gesetzlich festgeschrieben werden, dass das Vorhalten einer barrierefreien Praxis und die Behandlung von Menschen mit Behinderungen als Faktor für ein erhöhtes Honorar vereinbart werden muss; dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen oft mit einem erhöhten Zeitaufwand gerechnet werden muss, der in

der derzeit geltenden Ausgestaltung der Honorarverteilung nur unzureichend abgebildet ist.

Schließlich muss die Verpflichtung der KBV, Transparenz hinsichtlich der noch bestehenden Barrieren in Arztpraxen auszuweisen, mit konkreten Umsetzungsvorgaben versehen werden

E) Medizinschadensfonds

Im Rechtssinne spricht man von einer Aufopferung, wenn

- durch einen hoheitlichen Eingriff,
- nicht vermögenswerte Rechte wie Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit unmittelbar beeinträchtigt werden,
- der Eingriff durch das Allgemeinwohl motiviert ist
- und die Beeinträchtigung für den Bürger ein Sonderopfer darstellt.

Die gesetzliche Krankenversicherung stellt in Deutschland ein Pflichtversicherungssystem dar, das dem Allgemeinwohlinteresse entspricht.

Es kommt aber immer wieder zu Situationen, in denen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Gesundheit und körperlichen Unversehrtheit, manchmal sogar hinsichtlich ihres Lebens zu Schaden kommen, ohne dass konkrete Schadensverursacher herangezogen werden können.

Dies kann wie beim Brustimplantateskandal auf Versicherungslücken bzw. Insolvenzen Beteiligter oder auf der Komplexität eines immer arbeitsteiliger zusammenwirkenden Gesundheitswesens beruhen.

Um Patient:innen zu schützen, die derartig im Sinne eines Sonderopfers betroffen sind, sollte ein Medizinschadensfonds im Rahmen des SGB V eingerichtet werden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre dies gegenüber einer zivilrechtlichen Konzeption eines Medizinschadensfonds vorzugswürdig.

F) Verpflichtung zur Meldung von Fehlern und Beinahefehlern an das CIRS-Register

Derzeit finden leider kaum Meldung an das CIRS-Register statt. Damit jedoch Ärzt:innen kontinuierlich aus ihren und den Fehlern anderer Ärzt:innen lernen können, sind jedoch genau solche Meldungen an das CIRS-Register erforderlich. Insofern sollte hier eine entsprechende Verpflichtung zu einer solchen Meldung gesetzlich verankert werden.