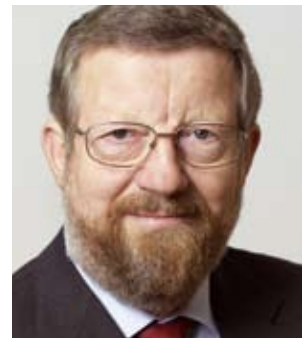


**Damit der Patient im Mittelpunkt steht
Für eine Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten**



Anforderungen des SoVD an ein Patientenrechtegesetz

Barrierefreier Broschüreninhalt:
<http://www.sovd.de/patientenrechte/>



Adolf Bauer
Präsident des SoVD

**Liebe Leserin,
lieber Leser,**

seit vielen Jahren vertritt der Sozialverband Deutschland (SoVD) als einer der größten und ältesten Sozialverbände die Interessen der Versicherten und Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wir können diesbezüglich bereits auf eine langjährige Erfahrung und auf Erfolge unter anderem durch unsere Mitarbeit im Rahmen der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss zurückblicken.

Doch nicht nur für diese Form der Patientenvertretung, sondern auch für die Rechte jedes Patienten im Einzelfall machen wir uns stark und wollen, dass die Patienten als Subjekt im Mittelpunkt des Gesundheitswesens und des Leistungsgeschehens stehen. Krankenkassen und Leistungserbringer haben sich an ihren individuellen Bedarfen zu orientieren. Keinesfalls dürfen die berechtigten Interessen der Patienten und Versicherten finanziellen Interessen der Gesundheitswirtschaft untergeordnet werden.

Der SoVD spricht sich dafür aus, die Rechte der Patienten fortzuentwickeln und in einem Patientenrechtegesetz zusammenzufassen. Hierfür unterbreiten wir die nachfolgenden Vorschläge und Forderungen. Die baldige Verwirklichung eines Patientenrechtegesetzes muss dazu beitragen, die umfassenden Rechte der Patienten und Versicherten übersichtlich darzustellen und ihre Durchsetzung zu erleichtern. Darüber hinaus muss ein Patientenrechtegesetz dem Ziel dienen, Transparenz im Behandlungsgeschehen herzustellen.

Auch unter Berücksichtigung der vergangenen und gegenwärtigen Gesetzgebung ist es mehr denn je dringend erforderlich, die Rechtsstellung der Patienten auszubauen und diese in den Stand zu versetzen, ihre Rechte auch wahrzunehmen.

Berlin, März 2011

A handwritten signature in blue ink that reads "Adolf Bauer".

Adolf Bauer
Präsident

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Barrierefreier Zugang zu Gesundheitsleistungen	4
3. Regelungen zum Inhalt der Aufklärung und zu Informationspflichten	5
3.1. Information und Beratung im Vorfeld der Behandlung	5
3.2. Aufklärung während der Behandlung	5
3.3. Beipackzettel	7
3.4. Kontinuierliche Behandlung	7
4. Fehlermanagement	9
5. Verfahrenserleichterungen	10
5.1. Akteneinsicht	10
5.2. Beratungspflicht der Krankenkassen	10
5.3. Gutachter und Schlichtungswesen	11
5.4. Spezialkammern und gerichtliches Verfahren	12
5.5. Beweislast erleichterungen	12
5.6. Entschädigungsfonds	13
6. Versicherungspflicht für Angehörige medizinischer Berufe	14
7. Beteiligungsrechte der Betroffenen bzw. der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V	15
8. Leichenschau	16

1. Einleitung

Der Patient steht im Mittelpunkt des Geschehens – eine Worthülse, die von den Akteuren des Gesundheitswesens, von Ärzten, Krankenkassen usw. immer wieder und immer gern gebraucht wird.

Tatsächlich aber stehen die Patienten oft am Rand und sind dem Kräftespiel der Akteure im Gesundheitswesen zuweilen hilflos ausgeliefert. Sie haben Schwierigkeiten, sich umfassend über mögliche Behandlungsalternativen zu informieren. Sie haben Probleme, Zugang zu den nötigen Behandlungen zu erhalten, weil z. B. Arztpraxen nicht barrierefrei ausgestattet sind. Es kommt zu Brüchen im Behandlungsablauf beim Wechsel vom stationären in den ambulanten Sektor. Zudem ist es für die Patienten schwierig und langwierig, ihre Ansprüche bei Behandlungsfehlern gerichtlich durchzusetzen.

Und schließlich sind die Patienten nicht hinreichend in das System der Selbstverwaltung eingebunden. Entweder sind sie nicht beteiligt oder haben zu wenig Rechte.

Die von den Akteuren stets betonte „selbstbestimmte Entscheidung“ des Patienten als Ausdruck derjenigen Patientenautonomie, die ihm grundgesetzlich aus der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz) zusteht, existiert in dieser Form nicht.

Der SoVD verlangt, dass die Patienten als selbstbestimmt handelnde Subjekte tatsächlich im Mittelpunkt des Gesundheitssystems stehen müssen. Als ersten Schritt, um dieses Ziel zu erreichen, stellen wir die folgenden Forderungen auf, die die Rechte und die Position der Patienten stärken sollen.

2. Barrierefreier Zugang zu Gesundheitsleistungen

Alle Patienten haben das Recht auf uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitswesen und den daran beteiligten Einrichtungen.

Für Menschen mit Behinderung ist der Zugang zu Leistungen im Gesundheitssystem, aber auch zu (Beratungs-)Leistungen der Krankenkassen, mangels Barrierefreiheit problematisch. Dies setzt sich dann oft bei der konkreten Behandlung fort. Zum Beispiel ist es für behinderte Frauen schwierig, barrierefrei eingerichtete Gynäkologen aufzusuchen bzw. diese überhaupt zu finden*.

Der bisher im Sozialgesetzbuch (SGB) I und SGB V formulierte Anspruch auf Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung muss in der Praxis umgesetzt werden. Die wohnortnahe, barrierefreie Versorgung und die Berücksichtigung der Bedürfnisse von behinderten Menschen müssen explizit im gesetzlichen Sicherstellungsauftrag verankert werden.

Zudem ist Menschen mit sprachlichen Barrieren (z. B. Gehörlosen, geistig behinderten Menschen aber auch Migranten) die ungehinderte Kommunikation mit Leistungserbringern, z. B. durch Dolmetscher, zu ermöglichen. Nur so können gesundheitliche Bedürfnisse erkannt und umgesetzt werden.

* Siehe dazu nur „Gynäkologie-Praxen für Behinderte? Fehlanzeige!“, Ärzte-Zeitung vom 22.11.2010.

3. Regelungen zum Inhalt der Aufklärung und zu Informationspflichten

3.1. Information und Beratung im Vorfeld der Behandlung

Die Patienten können nur dann selbstbestimmt entscheiden, wenn sie über die Entscheidungsgrundlagen informiert sind. Dafür sind Informationsangebote erforderlich, auf die jeder Patient ohne Zugangshindernisse zurückgreifen kann.

Aufklärung und Information von Patienten und Patientinnen haben bereits im Vorfeld der konkreten Behandlung stattzufinden. Sie müssen sich unabhängig über Erkrankungen und Behandlungen, über Therapiemöglichkeiten, Ärzte usw. informieren und die Qualität der erbrachten Leistungen einschätzen können.

Die etablierte Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist ein erster Schritt hin zu einem unabhängigen, flächendeckenden Informationsangebot. Die Angebote der UPD sind flächendeckend und personell auszubauen. Die derzeit 21 Standorte stellen eine ausreichende Versorgung weder flächendeckend noch personell sicher.

3.2. Aufklärung während der Behandlung

Dass Patienten im Arzt-Patienten-Gespräch in verständlicher, einfacher Weise über ihre Erkrankungen und die entsprechenden Behandlungsalternativen aufgeklärt werden, ist oft eine Selbstverständlichkeit.

Der Arzt muss aber auch dazu befähigt werden, eine Aufklärung, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten berücksichtigt, vornehmen zu können. Dafür ist es unerlässlich, dass bereits in der Ausbildung Fähigkeiten erlernt und nachgewiesen werden, um spezielle Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und zu erfragen, damit diese dann in ein Behandlungskonzept einfließen können.

Darüber hinaus fehlt eine gesetzliche Regelung zum Inhalt der Aufklärung. Dies kann besonders dann zu Problemen im Arzt-Patienten-Verhältnis führen, wenn nicht gewünschte Folgen auftreten.

Bei der Kodifikation des Aufklärungsinhalts ist zu regeln, dass es einer persönlichen, rechtzeitigen, umfassenden und verständlichen Aufklärung bedarf.

Nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kann sichergestellt werden, dass Kommunikationsbarrieren nicht vorhanden sind und der Patient das Gespräch tatsächlich verstanden hat. Eine telefonische Aufklärung reicht dafür z. B. nicht aus, lässt sie die Stresssituation, in der sich der Angerufene befindet, doch vollkommen außer Acht. Zudem ergeben sich erhebliche Probleme bei der Beweismöglichkeit, wenn es zu Differenzen über den Umfang der Aufklärung kommt.

Verständlich ist die Aufklärung dann, wenn keinerlei kommunikative Barrieren bestehen. Dabei kommt es nicht nur auf die Sprache, sondern auch auf den kulturellen Kontext an. Daneben hat die Verständlichkeit die zweite Bedeutungsebene, dass möglichst einfache Worte unter Verzicht auf unnötige Fachtermini benutzt werden.

Eine Aufklärung muss rechtzeitig stattfinden. Der Patient/die Patientin soll ohne unnötigen Druck zu einer Entscheidung gelangen. Rechtzeitigkeit liegt demnach vor, wenn das Gespräch nicht bereits Wochen im Vorfeld, aber auch nicht erst unter bereits begonnener Anästhesie stattfindet. Maßgebliches Kriterium zur Bestimmung des Aufklärungszeitpunktes sollte die Bedeutung des Eingriffs für die spätere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sein. Demnach könnte sich z. B. bei der Einwilligung in eine Sterilisation ein früher Zeitpunkt ergeben. Vor einem weniger schwerwiegenden Eingriff sollte in der Regel eine Aufklärung 24 Stunden vor dem Eingriff genügen.

Umfassend ist eine Aufklärung, wenn sie sowohl die Behandlung als auch Behandlungsalternativen umfasst. Dabei soll nicht über jede mögliche Therapiealternative bis ins Detail aufgeklärt werden. Zumindest soll eine die persönlichen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigende Aufklärung über die evidenzbasierten, gebräuchlichsten, für den Patienten nutzbringendsten Behandlungsmethoden und die, falls vorhanden, leitliniengerechte Behandlung erfolgen.

Daneben müssen die Patienten bei Behandlungsänderungen über die resultierenden Folgen und alternativen Möglichkeiten aufgeklärt werden, sofern dies möglich ist.

Von einer umfassenden Aufklärung ist nur dann zu sprechen, wenn sie in negativer Hinsicht auch das Recht auf Nichtwissen gewährleistet. Das heißt, der Arzt muss den Wunsch, nicht über alles aufgeklärt zu werden, respektieren und die Aufklärung beschränken bzw. entsprechend anpassen.

Zur Verbesserung der Transparenz ist zudem gesetzlich zu verankern, dass die Patienten eine Kopie der Aufklärungsunterlagen sowie nach Abschluss der stationären Behandlung eine Kopie des ausgestellten Arztbriefes erhalten.

Neben der rein ärztlichen Aufklärung ist es zwingend notwendig, dass die Patienten über die möglichen Kosten der Behandlung informiert werden. Das heißt, wählen Patienten die Möglichkeit einer Kostenerstattung, so muss der Arzt schriftlich dokumentieren, dass sie über die entstehende Mehrbela-

stung aufgeklärt worden sind. Verstöße gegen die wirtschaftliche Aufklärung sind berufsrechtlich zu sanktionieren.

Entsprechende Transparenzregelungen müssen für die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gelten. Hier besteht die Gefahr, dass die Patienten nicht hinreichend informiert werden und dann privat zu finanzierende Leistungen in Anspruch nehmen, ohne deren Nutzen bzw. Qualität unabhängig beurteilen zu können*.

Zu einer aktiven Rolle der Patienten im Behandlungsgeschehen gehört in diesem Zusammenhang, dass die Patienten und Patientinnen regelmäßig eine Quittung über die bei Ihnen erbrachten Leistungen erhalten.

3.3. Beipackzettel

Patienten, die einer medikamentösen Therapie bedürfen, müssen sich selbständig und ohne Zugangshindernisse über die Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen usw. von Medikamenten informieren können. Hauptinformationsquelle ist dabei der Beipackzettel.

Der Beipackzettel muss gesetzlich verpflichtend einerseits in einer leicht verständlichen Sprache und andererseits in einer ausreichenden Schriftgröße gestaltet sein. Parallel dazu ist es unerlässlich, dass Beipackzettel in Blindenschrift bzw. in barrierefreier Form, unter Umständen elektronisch, erhältlich sein müssen.

Als ergänzenden Baustein bezüglich der Schaffung größtmöglicher Transparenz fordern wir, in Registern Arzneimittelstudien zu veröffentlichen. Dadurch wird erkennbar, ob Studien unabhängig durchgeführt wurden und ob tatsächlich alle Studien für eine Bewertung des Arzneimittels herangezogen wurden.

3.4. Kontinuierliche Behandlung

Unbefriedigend für die Patienten ist die Situation, dass auf Grund der immer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus auch nach der Entlassung im häuslichen Umfeld eine Unterstützung nötig sein kann. Diese gebotene Unterstützung wird den Patienten heute durch die Gesetzliche Krankenversicherung teilweise nicht gewährt. Die sogenannte ambulante Versorgungslücke ist im Interesse der Patienten zu schließen.

* Siehe dazu WiDO-Monitor 02/2010 „Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis“.

Ein weiterer Bruch in der Behandlung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung kann im Bereich der Arzneimittelversorgung auftreten. Der Patient muss, unter Berücksichtigung der Aspekte Vertrauen und Gewöhnung sowie Verträglichkeit, nach einem stationären Aufenthalt auch im häuslichen Bereich dieselbe medikamentöse Therapie ohne eine finanzielle Mehrbelastung bzw. Eigenbeteiligung erhalten können. Dies ist derzeit durch die verschiedenen Regelungsregime im stationären und ambulanten Bereich nicht möglich. Diese sektorale Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich muss aufgehoben werden.

In diesem Zusammenhang muss auch dafür Sorge getragen werden, dass durch Rabattverträge gleichgelagerte Situationen im ambulanten Sektor nicht entstehen.

4. Fehlermanagement

In jedem Behandlungsverhältnis können Fehler vorkommen. Im Interesse einer größtmöglichen Patientensicherheit muss versucht werden, die entsprechenden Fehlerquellen aufzudecken und durch Veränderung der entsprechenden Handlungsabläufe zu beseitigen.

Es ist daher ein System aufzubauen, das auftretende Fehler und Beinahefehler systematisch auswertet. Die Meldungen an dieses System sollten grundsätzlich anonym erfolgen. Nur dadurch wird dem grundgesetzlichen Verbot der Pflicht zur Selbstanzeige nachgekommen. Ein solches System kann dann ein wichtiger Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung sein.

Weiterhin fordern wir, dass es neben einem Fehlermeldesystem ein Register für Medizinprodukte gibt. So könnte zum Beispiel ein Register über Endoprothesen, wie z.B. Hüftgelenke, wichtige Aufschlüsse über die Qualität der Produkte wie der Behandlung geben.

5. Verfahrenserleichterungen

5.1. Akteneinsicht

Heute noch haben Patienten trotz entgegenstehender Rechtslage Schwierigkeiten, Einsicht in die sie betreffenden Patientenakten zu bekommen.

Daher muss in einem Patientenrechtegesetz festgeschrieben werden, dass der Patient Anspruch auf Einsicht in seine Patientenakte hat und Kopien aus dieser Patientenakte anfertigen darf. Dieses Recht darf natürlich nicht nur dem Patienten selbst, sondern muss auch im Falle des Versterbens den Erben/Bevollmächtigten eingeräumt werden. Verstöße gegen dieses Recht sind zu ahnden.

Zu dem Recht auf Akteneinsicht gehört auch das Recht auf eine wahrheitsgetreue, lückenlose Aktenführung. Das heißt, die Dokumentation in der Patientenakte muss vollständig sein. Verstöße gegen diese Dokumentationspflichten müssen sanktioniert werden. Zum einen ist eine wirksame berufsrechtliche Ahndung sicherzustellen, zum anderen sind bei unvollständigen bzw. fehlerhaften Dokumentationen prozessrechtliche Folgen (wie z.B. Beweislastumkehrungen bis hin zu einer Beweislastumkehr) zu schaffen.

Bei Meinungsdivergenzen über den Inhalt der Patientenakten ist darüber hinaus vorzusehen, dass die Patienten das Recht haben, Gendarstellungen zu der Akte abgeben zu können.

5.2. Beratungspflicht der Krankenkassen

Patienten werden immer ein Wissens- und Informationsdefizit gegenüber Ärzten und anderen Erbringern medizinischer Leistungen haben.

Sie bedürfen deshalb unterstützender Beratung. In diesen Fällen sind auch die jeweiligen Krankenversicherer/Krankenkassen verpflichtet, die Patienten zu unterstützen. Wenn sich die Versicherer, wie immer behauptet wird, als „Anwalt der Patienten“ verstehen, dann sind sie erst recht zu einer Unterstützung bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern aufgerufen.

Über die Gesetzlichen Krankenkassen Gutachten des MDK zu erhalten, stellt gerade für sozial benachteiligte Patienten eine wichtige Möglichkeit dar, eine gerichtliche Geltendmachung ihrer Ansprüche überhaupt zu ermöglichen.

5.3. Gutachter und Schlichtungswesen

Die bei den Ärztekammern angegliederten Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen können für die Patienten eine wichtige Institution sein. So wird bei diesen ohne einen langwierigen Prozess entschieden, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht und gegebenenfalls ein Ausgleich herbeigeführt. Aber den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen wird oftmals der Vorwurf der Parteilichkeit und Intransparenz gemacht.

Damit die Schlichtungsstellen und Kommissionen, die teilweise gut funktionieren, in ihrer Funktion gestärkt und von den Patienten vorbehaltlos genutzt werden, sind einheitliche Qualitätsstandards festzulegen und für eine transparente Entscheidungsfindung zu sorgen. Dazu sind einheitliche Verfahrensvorschriften zu erlassen.

Darin ist festzulegen, dass bei der Entscheidungsfindung alle Tatsachen und Wertungen der Beteiligten einzubeziehen sind. Zudem ist festzulegen, dass grundsätzlich der Patient mündlich angehört werden soll und sich eines (Rechts-)Beistands bedienen darf. Ergänzend dazu sollte die Praxis einzelner Ärztekammern flächendeckend umgesetzt werden, Patientenvertreter an den Spruchkörpern zu beteiligen.

Zudem ist sowohl im gerichtlichen als auch im außergerichtlichen Verfahren sicherzustellen, dass die hinzugezogenen Gutachter keinen Interessenskonflikten unterliegen und fachlich entsprechend qualifiziert sind. Die Sicherstellung der fachlichen Qualifikation hat dabei neben medizinischen auch juristische Aspekte zu umfassen. So ist es wichtig, dass die Gutachter über eine gewisse juristische Grundkenntnis verfügen, um vor allem die gerichtlichen Fragestellungen entsprechend präzise und punktgenau beantworten zu können.

Daneben kann die Einführung eines bundesweiten Gutachterregisters ein sinnvolles Instrument zur Qualitätssicherung und zur Bestimmung der fachlichen Kompetenz darstellen.

5.4. Spezialkammern und gerichtliches Verfahren

Wenn es zu einem gerichtlichen Verfahren kommt, so ist der Weg bis zur Klärung des Rechtsstreits, also bis zu einem Endurteil, für die mutmaßlich geschädigten Patienten oft unerträglich lang.

Zur Beschleunigung sind flächendeckend Spezialkammern für Arzthaftungsangelegenheiten einzurichten. Dadurch wird ermöglicht, dass die entscheidenden Richter über medizinisches Grundwissen verfügen und den Sachverhalt schneller und kompetenter entscheiden können. Zudem kann durch Schöffen, die von den maßgeblichen Patientenorganisationen entsandt werden, sichergestellt werden, dass auch die diese über eine entsprechende Qualifikation verfügen.

Das Verfahren kann auch dadurch beschleunigt werden, dass die dann spezialisierten Spruchkörper die Frist für die Erstellung von Gutachten nach § 411 ZPO angemessen festsetzen und bei Überschreiten der Frist schneller ein Ordnungsgeld festsetzen. Hierzu ist erforderlich, dass die Ermessensvorschrift wesentlich enger ausgelegt wird und nicht jede Begründung für eine Fristverlängerung akzeptiert wird.

5.5. Beweislastenerleichterungen

Im Prozess muss der Patient nach den allgemeinen Beweislastregeln beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und ein Gesundheitsschaden eingetreten ist. An dieser Grundkonstellation soll sich unseres Erachtens nichts ändern.

Das Problem bei Arzthaftungsprozessen liegt in der Kausalität. Der Patient muss bisher beweisen, dass der Behandlungsfehler zu dem Gesundheitsschaden geführt hat. Eine bloße Wahrscheinlichkeit reicht dafür nicht aus. Gerade multimorbide Patienten haben Probleme, den Nachweis zu führen, dass der Gesundheitsschaden gerade auf den Behandlungsfehler und nicht auf die Multimorbidität zurückzuführen ist. Im Übrigen haben die Patienten dadurch auch nachzuweisen, dass es nicht schicksalhaft zu dem Gesundheitsschaden gekommen ist. Lediglich bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers muss der Patient die Kausalität nicht nachweisen. Wann dabei ein grober Behandlungsfehler vorliegt, ist schwer bestimmbar. Die Medizin kennt jedenfalls den Begriff eines „grogen Fehlers“ nicht.

Sachgerecht ist es, diese Probleme im Sinne einer Beweiserleichterung zu lösen. So ist die widerlegbare Vermutung einzuführen, dass der Gesundheitsschaden auf dem Behandlungsfehler beruht. Damit ändert sich nichts an der eigentlichen Beweislast. Diese gilt weiter, aber nur, wenn die gegnerische Partei, und

damit der Behandelnde, die Vermutung der Kausalität mit Tatsachen erschüttert hat. Der Verweis auf einen schicksalhaften Verlauf würde dafür nicht ausreichen.

Für die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen, deren medizinische Wirksamkeit in der Regel nicht nachgewiesen ist, ist als Ausnahmeregelung eine vollständige Beweislastumkehr einzuführen.

5.6. Entschädigungsfonds

Sollte ein Fehler schwer beweisbar oder eine Komplikation eingetreten sein, die schicksalhaft ist, aber schwerwiegende Schäden zur Folge hat, so erscheint es unbillig und der Situation des Patienten nicht angemessen, ihm kein Schmerzensgeld gewähren zu können.

Wir fordern, einen Entschädigungsfonds für Opfer von Medizinschäden einzurichten. Dieser soll möglichst aus staatlichen Mitteln finanziert werden und dafür Sorge tragen, dass bei möglichen Beweisschwierigkeiten oder aber bei schweren Schädigungen ohne Nachweis des Verschuldens der Patient eine angemessene Entschädigung erhält.

6. Versicherungspflicht für Angehörige medizinischer Berufe

Der Arzt übt eine Tätigkeit aus, die bei Fehlern massive Schäden beim Betroffenen verursachen können. Daher ist es erforderlich, dass Ärzte verpflichtet werden, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Dies ist bereits heute in der Musterberufsordnung der Ärzte festgelegt. Es fehlen aber die erforderlichen Kontroll- und Sanktionsmechanismen.

Parallel zu den Regelungen bei Rechtsanwälten muss auch für Ärzte gelten, dass diese ohne Nachweis des Abschlusses einer Versicherung nicht praktizieren dürfen und der Verlust des Versicherungsschutzes zumindest zum Ruhen der Approbation führt.

Ergänzend dazu übt nicht nur der Arzt, sondern z. B. auch der Psychotherapeut eine medizinische Tätigkeit aus. Wir fordern, dass jeder, der eine medizinische Tätigkeit ausübt, zwingend einen entsprechenden Versicherungsschutz besitzt.

7. Beteiligungsrechte der Betroffenen bzw. der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V

Der Patient respektive der Versicherte steht im Mittelpunkt des Geschehens – zumindest sollte er das. In den entscheidenden Gremien im Gesundheitswesen ist dies jedoch nicht seine Position.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), also jenem Gremium, welches den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung mitbestimmt, haben die maßgeblichen Patientenorganisationen als Vertreter der Patienten bisher ein reines Antrags – und Mitberatungsrecht. Dieses Recht ist zwingend auszubauen. In einem ersten Schritt muss den maßgeblichen Patientenorganisationen zumindest ein Abstimmungsrecht in Verfahrensfragen eingeräumt werden.

Ergänzend ist auch die Organisationsstruktur der Patientenbeteiligung zu stärken. Während die anderen Akteure auf institutionelle Ressourcen zurückgreifen können, findet die Patientenbeteiligung hauptsächlich ehrenamtlich statt. Um diese Arbeit weiter zu gewährleisten und fachlich noch stärker zu verbessern, ist es erforderlich die Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA auszubauen.

Weiterhin gibt es neben dem G-BA weitere Gremien, die das Leistungsgeschehen in der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich mitbestimmen. In diesen Gremien muss eine Patientenbeteiligung eingerichtet werden.

Beispielhaft hierfür ist der Bewertungsausschuss. Es ist folgerichtig, wenn Behandlungsmethoden, die unter Mitwirkung der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss in den Leistungskatalog aufgenommen wurden, dann auch unter Beteiligung der Patientenvertreter im einheitlichen Bewertungsmaßstab innerhalb einer angemessenen Zeitspanne neu abgebildet werden.

Zudem fordert der SoVD, die Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen auch vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention über das Gesundheitssystem hinaus auszubauen. Gerade im Bereich der Pflege ist eine Beteiligung der Betroffenen notwendig und sinnvoll.

Aktuell zeigt sich dies an den Pflge­transparenzvereinbarungen. Diese sollen es den Betroffenen und ihren Angehörigen ermöglichen, qualitativ hochwertige Pflege in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten erkennen zu können. Es ist sachgerecht, die betroffenen­spezifischen Indikatoren, die entsprechende Gewichtung sowie die für Betroffene und ihre Angehörigen transparente Darstellung gemeinsam mit ihnen zu erarbeiten. Zudem könnten die Betroffenenvertreter ein vermittelndes Korrektiv zwischen den widerstreitenden Interessen der Leistungserbringer und der Pflegekassen sein und den Weiterentwicklungsprozess aktiv voranbringen.

8. Leichenschau

Der Tod eines Menschen ist für Angehörige eine schmerzliche, oft traumatische Erfahrung. Verschlimmert wird diese Erfahrung immer dann, wenn im Nachhinein bekannt wird, dass die Leichenschau nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde.

Daher fordern wir, dass die Leichenschau nur von speziell geschulte Ärzte vorgenommen wird. Diese dürfen nicht als Hausarzt für die Verstorbenen bzw. dessen Angehörige tätig gewesen sein. Bei der Durchführung der Leichenschau durch den Hausarzt besteht die Gefahr, dass durch falsche Rücksichtnahme auf den Zustand der Angehörigen oder auf Grund mangelnder fachlicher Expertise und Erfahrung leichtfertig eine natürliche Todesursache diagnostiziert wird.

Impressum

Herausgeber

Sozialverband Deutschland e.V.
Abteilung Sozialpolitik

Stand

März 2011

Verfasser

Ass. jur. Fabian Székely, M. mel.

Titelbild

© Peter Atkins - Fotolia

Layout

Matthias Herrndorff

Druck

Elbe Druckerei Wittenberg GmbH

Copyright © 2011 Sozialverband Deutschland e.V.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verbandes reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Sozialverband Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63
10179 Berlin

Tel. (030) 72 62 22 - 0
Fax (030) 72 62 22 - 311
kontakt@sovd.de

www.sovd.de | www.sovd-tv.de