

Stärkung und Weiterentwicklung der Patientenrechte in Deutschland

Forderungspapier



Vorwort und Problembeschreibung

Medikamente vertauscht, Körperteil verwechselt, Kompresse nach der Operation im Körper vergessen oder eine leere Sauerstoffflasche bei Beatmungspatient*innen verspätet bemerkt: Werden bei der medizinischen oder pflegerischen Behandlung allgemein anerkannte fachliche Standards nicht eingehalten, liegt ein Behandlungsfehler vor. Die tatsächliche Anzahl der Behandlungsfehler ist nach wie vor unbekannt. In rund jedem vierten gemeldeten Fall haben die Gutachter*innen der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste im Jahr 2020 einen vermuteten Behandlungsfehler bestätigt (4.099 Fälle). Dabei liegt die Dunkelziffer in Deutschland wahrscheinlich um ein Vielfaches höher. Viele Patient*innen wissen nicht, dass sie Opfer eines Behandlungsfehlers sind. Das ist nicht zuletzt auf das erhebliche Wissensgefälle um das Behandlungsgeschehen zum Nachteil der Patient*innen zurückzuführen, sondern auch auf die Aufklärungsschwierigkeiten zum Nachteil der Patientensicherheit insgesamt.

Das Patientenrechtegesetz von 2013 war ein Meilenstein. Es hat die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsverhältnis erstmals auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und damit die Transparenz erhöht. Es zeigt sich aber, dass nach wie vor Schwierigkeiten bei der Durchsetzung der Patientenrechte und bei der Aufklärung des Behandlungsgeschehens bestehen.

Nach annähernd zehn Jahren Erfahrung mit dem Patientenrechtegesetz müssen die Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis im Interesse der Patientensicherheit weiterentwickelt und den aktuellen Erkenntnissen angepasst werden. Der Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD) hat dazu ein rechtswissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, das notwendige Handlungsbedarfe und konkrete Empfehlungen für eine Weiterentwicklung und Stärkung der Patientenrechte in Deutschland aufzeigt. Dieses Forderungspapier greift die zentralen Handlungsempfehlungen auf. Eine Stärkung erfahren muss auch die Berücksichtigung und Beteiligung der Interessen der Patient*innen, chronisch Kranken und Pflegebedürftigen sowie Menschen mit Behinderungen in den Entscheidungsprozessen des deutschen Gesundheitswesens. Letztlich muss die Patientensicherheit insgesamt verbessert werden, um einen wirklich wirksamen Schutz vor Behandlungsfehlern zu erreichen.

Die Forderungen auf einen Blick

I. Stärkung der individuellen Patientenrechte

Erforderlich sind

- ein geringeres Beweismaß für den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und eingetretenem Schaden,
- eine Pflicht zur Information über Behandlungsfehler ohne Nachfrage,
- eine schriftliche Bestätigung der Vollständigkeit bereitgestellter Unterlagen,
- wirkungsvolle Sanktionen bei Verstößen gegen Informationspflichten.

II. Stärkung der Unterstützung der Versicherten durch ihre Kassen

Es bedarf

- der zwingenden Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen, die Versicherten dabei zu unterstützen, aus Behandlungsfehlern entstandene Schadensersatzansprüche zu verfolgen,
- der Pflicht der Kassen, bei offensichtlichen Anhaltspunkten für Behandlungsfehler die betroffenen gesetzlich Versicherten zu informieren,
- einer sozialgerichtlichen Überprüfbarkeit der Auswahl der Unterstützungsleistung durch die Kranken- und Pflegekassen.

III. Stärkung der kollektiven Patienten- und Pflegebetroffenenrechte

Notwendig sind

- erweiterte Verfahrensrechte der in den Gremien des Gesundheitswesens beteiligten Organisationen für die Interessen der Patient*innen sowie chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen,
- zusätzliche Unterstützungsstrukturen,
- eine personelle und finanzielle Unterstützung zur Aufgabenwahrnehmung.

IV. Verbesserung der Patientensicherheit

Unerlässlich sind

- eine bundesweit angelegte und öffentliche Kampagne zur Sensibilisierung,
- ein unabhängiges, zentrales Meldesystem für Behandlungsfehler,
- eine Meldepflicht schwerwiegender Schäden und sogenannter „Never Events“.

Ausformulierte Forderungen im Einzelnen:

I. Stärkung der individuellen Patientenrechte

Patient*innen haben in der Regel fehlendes Fach- und Sachwissen sowie Unkenntnis über die konkreten Umstände und den tatsächlichen Verlauf einer Behandlung.

Zudem sind sie bei der Verfolgung von aus Behandlungs- und Pflegefehlern resultierenden Schadensersatzansprüchen vielfachen Belastungen ausgesetzt.¹

In einem Arzthaftungsprozess befinden sie sich damit im Verhältnis zu den Behandelnden aus mehreren Gründen regelmäßig in einer unterlegenen und höchst vulnerablen Position. Hinzu treten spezifische Beweisprobleme und eine strukturelle Beweisnot, gerade im Hinblick auf den Ursachenzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem geltend gemachten Schaden. Eine verfassungsrechtlich gebotene „Waffengleichheit“² im Verhältnis zum Behandlungserbringer erfordert eine dringende Stärkung ihrer gegenwärtigen Position im Behandlungsverhältnis und im Arzthaftungsprozess.

- **Erforderlich ist eine „Beweismaßreduktion“ hin zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit für den Ursachenzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden. Der Gesetzgeber sollte dazu die Geltung der allgemeinen Prinzipien des vertraglichen Haftungsrechts für die Haftung im Rahmen des Behandlungsvertrages wiederherstellen.**

Mit der gesetzlichen Ausgestaltung des Behandlungsvertrages durch das Patientenrechtegesetz (durch sogenannte Kodifikation) wurden die Regeln des Vertragsrechts zur Rechtsgrundlage der Arzthaftung. Die Haftung des Behandelnden ist eine vertragliche. Sie verlangt keine Rechtsgutsverletzung wie im Deliktsrecht, sondern knüpft den Schadensersatz an die Verletzung der Pflicht zu einer standardgemäßen, also nicht fehlerhaften, Behandlung an (vertragliche Pflichtverletzung). Nach dem üblichen Beweismaß bei der Vertragshaftung müssten die geschädigten Patient*innen „nur“ die fehlerhafte Behandlung als die Pflichtverletzung des Behandelnden nachweisen. Für den Nachweis des Ursachenzusammenhangs (Kausalität) zwischen Behandlungsfehler und dem eingetretenen Schaden bedeutet dies, dass die überwiegende Wahrscheinlichkeit genügt. Das heißt, in der Gesamtschau müssen die Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang sprechen. Eine solche „Beweismaßreduktion“ beim Nachweis der Kausalität zwischen Behandlungsfehler und eingetretenem Schaden wäre der „Normalfall“

1 Vergleiche das rechtswissenschaftliche Gutachten von Prof. Dr. Thomas Gutmann im Auftrag des Sozialverbands Deutschland e.V. (SoVD), Stärkung und Weiterentwicklung der Patientenrechte in Deutschland, 2022, Seite 48 ff.

2 Gutmann (2022) Seite 11.

für eine vertragliche Haftung.³ Davon ist der Gesetzgeber bei der Kodifikation abgewichen, als er die im Rahmen des Deliktsrechts entwickelten richterrechtlichen Prinzipien samt der hierfür entwickelten Beweislastverteilung in das Vertragsrecht übernommen hat. Dies gilt es zu korrigieren.

■ **Notwendig ist eine Informationspflicht der Behandelnden über Behandlungsfehler auch ohne Nachfrage der Patient*innen.**

Bei Behandlungsfehlern sind die Patient*innen die Leidtragenden und Geschädigten. Informationen über Behandlungsfehler erhalten die betroffenen Patient*innen regelmäßig aber nur, wenn sie gezielt danach fragen oder wenn die Information zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist. Diese Regelung ist bei einem Laienverständnis der Betroffenen und dem gravierenden Wissensnachteil vom Behandlungsgeschehen schlicht unverständlich. Zugleich erfährt der*die misstrauische Patient*in gegenwärtig einen besseren Schutz als der*die gutgläubige.⁴ Die Gewissheit, Informationen über Auffälligkeiten im Behandlungsgeschehen auch ohne Nachfrage zu erhalten, fördert das Patient*innenvertrauen und stärkt letztlich das gesamte Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis.

■ **Erforderlich ist eine Pflicht der Behandelnden, die Vollständigkeit der bereitgestellten Patientenunterlagen schriftlich zu bestätigen, wenn Patient*innen ihr Akteneinsichtsrecht uneingeschränkt wahrnehmen.**

Die Behandelnden haben ein überlegenes Wissen und kontrollieren die Behandlungsdokumentation. Die vollständige – aber auch rechtzeitige – Einsicht in die Patientenakte ist für die Patient*innen als in der Regel medizinische Lai*innen wesentlich, um gesichert von Umständen Kenntnis zu erlangen, die den Anspruch begründen. Entsprechend sollten die Behandelnden die Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten oder übermittelten Informationen und Abschriften der Patientenakte und Dokumentation seitens der Behandelnden bestätigen müssen. Hinsichtlich der Verjährung möglicher Schadensersatzansprüche muss zudem festgehalten werden, dass der Lauf der Verjährungsfrist frühestens ab dem Zeitpunkt beginnt, zu dem die Patient*innen ihre vollständige Patientenakte einsehen konnten. Dabei muss der Begriff der Patientenakte und einsichtsrelevanter Dokumente weit verstanden werden und etwa auch Informationen über die Person des Vertragspartners und tatsächlich behandelnde Personen wie auch Mitteilungen über den Verdacht auf drittverursachte Schäden zum Beispiel durch Produkthersteller umfassen.⁵

3 Gutmann (2022) Seite 12 ff.

4 Gutmann (2022) Seite 41 ff.

5 Gutmann (2022) Seite 37 ff.

- **Zwingend notwendig ist die „Scharfstellung“ der Patientenrechte durch eine Abkehr von der Sanktionslosigkeit. Verstöße gegen die Offenbarungspflicht von Behandlungsfehlern müssen spürbare Folgen haben und zu einer Beweislastumkehr für den primären Behandlungsfehler auf die Behandelnden führen. Gleiches muss bei verweigerter, unvollständiger oder vorsätzlich verzögerter Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte gelten.**

Das Patientenrechtegesetz ist seit seiner Kodifizierung im Jahr 2013 in vielen Teilen ein „zahnloser Tiger“. Verstöße gegen die Offenbarungspflicht von Behandlungsfehlern und Obliegenheitsverletzungen der Behandelnden bleiben in der Regel für die Behandelnden folgenlos. Es fehlt an rechtlichen Konsequenzen und Anreizen für normenkonformes Verhalten.⁶ Dies gilt es zu korrigieren. Verstöße gegen die Offenbarungspflicht von Behandlungsfehlern müssen spürbare Folgen haben. Schließlich dient eine solche „Behandlung“ der Patient*innen ohne Weiteres der Beweisvereitelung. Deshalb muss ein solches Vergehen – einem groben Behandlungsfehler gleich – ebenfalls zu einer Beweislastumkehr für den primären Behandlungsfehler zulasten der Behandelnden führen.⁷ Gleiches muss bei verweigerter, unvollständiger oder vorsätzlich verzögerter Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte gelten. Zugleich sollten strenge, berufsrechtliche Konsequenzen festgelegt werden. Das stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zusätzlich.

II. Stärkung der Unterstützung der Versicherten durch ihre Kassen

Der Gesetzgeber erkannte erheblichen Unterstützungsbedarf betroffener Patient*innen. § 66 SGB V regelt die (sozialrechtliche) Pflicht der Krankenkassen zur Unterstützung gesetzlich Versicherter bei der Verfolgung von aus Behandlungsfehlern entstandenen (zivilrechtlichen) Schadensersatzansprüchen. Das gilt entsprechend für Pflegefehler⁸. Mit dem Patientenrechtegesetz wurde die Regelung im Jahr 2013 als „Soll“-Vorschrift ausgestaltet. Das heißt, die Kassen sind grundsätzlich zur Unterstützung verpflichtet, es sei denn, es sprechen besondere Gründe dagegen. Die Norm ist zudem in mehrfacher Weise zu unkonkret, missverständlich und ungenügend ausgestaltet. Gesetzgeberische Korrekturen sind dringend erforderlich:

- **Die Soll-Vorschrift des § 66 S. 1 SGB V ist als Muss-Vorschrift auszugestalten.**

Eine zwingende Unterstützungspflicht schafft Rechtssicherheit und Transparenz für alle Beteiligten. Es stünde damit gerade für die von Behandlungsfehlern betroffenen Versicherten außer Frage, ob sie von ihren Krankenkassen Unterstützung verlangen können. Ein unverhältnismäßiger Mehraufwand für die Kassen ist mit einer gebundenen Verpflichtung nicht zu befürchten. Schließlich bedarf

⁶ Gutmann (2022) Seite 43 ff.

⁷ Gutmann (2022) Seite 46 m. w. N.

⁸ § 115 III 7 Hs. 2 SGB XI.

es zur Abklärung der Unterstützungspflicht regelmäßig der Anforderung der Patientenakte und zumindest deren Durchsicht seitens der Krankenkassen.⁹

- **Liegen den Krankenkassen offensichtliche Anhaltspunkte für mögliche Behandlungs- oder Pflegefehler vor, haben diese ihre betroffenen Versicherten darüber zu unterrichten und auf das Antragsrecht nach § 66 SGB V hinzuweisen.**
Für medizinische Lai*innen sind Behandlungs- oder Pflegefehler selten erkennbar und Hinweise schwer einzuordnen. Deshalb stößt es auf Unverständnis, wenn eine Unterrichtung der Krankenkasse bei offensichtlichen Anhaltspunkten nicht erfolgen sollte.¹⁰ Eine entsprechende Informationspflicht und -befugnis entspricht dem gesetzlichen Unterstützungsgedanken und stärkt das Vertrauensverhältnis in die eigene gesetzliche Krankenversicherung.
- **Die Auswahl einer bestimmten Leistung durch die Krankenkasse muss sozialgerichtlich überprüfbar sein.**

Bisweilen sind Art und Umfang der Unterstützungsleistungen von Kasse zu Kasse unterschiedlich. Die Sozialgerichte können nach gegenwärtigem Verständnis nur prüfen, ob die Krankenkassen bei der Entscheidung ihr Ermessen pflichtwidrig, also fehlerhaft, unvollständig oder gar nicht ausgeübt oder überschritten haben. Die Zweckmäßigkeit der Entscheidung der Krankenkassen können die Gerichte danach nicht überprüfen. Eine uneingeschränkte gerichtliche Nachprüfbarkeit der konkreten Auswahlentscheidung durch die Sozialgerichte wäre aber ein klares Bekenntnis für mehr Transparenz und Rechtssicherheit. Dies wäre der Fall, wenn der Begriff der „Unterstützung“ lediglich ein unbestimmter Rechtsbegriff auf Rechtsfolgenseite wäre. Diesen müssten die Krankenkassen auslegen und auf den konkreten Fall anwenden, was gerichtlich überprüfbar wäre.¹¹

III. Stärkung der kollektiven Patienten- und Pflegebetroffenenrechte

Als Stimme der über 70 Millionen gesetzlich Versicherten wirken Patientenvertreter*innen seit 2004 in dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), an Entscheidungsprozessen mit. Seit 2012 sind die maßgeblichen Interessenverbände pflegebedürftiger und behinderter Menschen auch in der pflegerischen Selbstverwaltung an Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Die Mitwirkung hat sich bewährt und das deutsche Gesundheitswesen hat davon insgesamt profitiert. Vertreter*innen der Patienten*innen und Pflegebetroffenen bringen ihr Wissen um die Bedürfnisse und die Probleme aus dem Versorgungsalltag aus der eigenen Betroffenheit, der organisierten Selbsthilfe und der Beratung ein. Zugleich hat die Beteiligung zu deutlich mehr Transparenz und Patientenorientierung geführt. Mit den zunehmenden Aufgaben der Selbstverwaltung sind auch die Aufgaben und

⁹ Gutmann (2022) Seite 58 f.

¹⁰ Gutmann (2022) Seite 55 f.

¹¹ Hierzu insgesamt Gutmann (2022) Seite 63 ff.

Anforderungen an die Patienten- und Pflegebetroffenenvertretung über die Jahre mitgewachsen. Um ihrem gesetzlichen Auftrag weiterhin entsprechen zu können, sind notwendige Ergänzungen der Mitgestaltungsrechte und die weitere Stärkung der Patienten- und Pflegebetroffenenbeteiligung in personeller, finanzieller und struktureller Hinsicht notwendig.

- **Die Verfahrensrechte der maßgeblichen Patienten- und Pflegebetroffenenorganisationen in den Gremien des Gesundheitswesens müssen erweitert werden.**

Um eine angemessene Beteiligung zu erreichen, sind erweiterte Mitgestaltungsmöglichkeiten in den Beratungsverfahren notwendig, etwa bei der Festlegung von Tagesordnungen, beim Zustandekommen von Sitzungsterminen und bei Entscheidungen über die Hinzuziehung externen Sachverständigen.

- **Es braucht notwendige Unterstützungsstrukturen der Patientenbeteiligung auch auf der Landesebene und für die Pflegebetroffenenvertretung insgesamt.**

Damit die Patientenbeteiligung ihre gesetzlichen Aufgaben wahrnehmen kann, müssen weitere Unterstützungsstrukturen und Angebote geschaffen werden. Dies gilt insbesondere für die Landesebene, wo beispielsweise eine Stabsstelle Patientenbeteiligung nach § 140f Abs. 6 SGB V nicht vorhanden ist. In der Pflegebetroffenenbeteiligung fehlt es grundlegend an notwendigen Unterstützungsinstrumenten, um die Betroffenenbeteiligung wirkungsvoll zu organisieren. Eine Verankerung entsprechender Unterstützungsregelungen ist auch hier notwendig.

- **Notwendig ist eine personelle und finanzielle Stärkung der maßgeblichen Patienten- und Pflegebetroffenenorganisationen für ihre systemunterstützende Arbeit, um weiterhin auf Augenhöhe mit den Selbstverwaltungspartnern in den Entscheidungsverfahren zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens mitwirken zu können.**

Die koordinierende Tätigkeit der maßgeblichen Patienten- und Pflegebetroffenenorganisationen ist eine Grundvoraussetzung für die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Diese Tätigkeit erfolgt im Gesamtinteresse aller Patient*innen und der Selbsthilfe chronisch kranker und pflegebetroffener sowie behinderter Menschen und geht über das Verbandsinteresse weit hinaus. Deshalb ist eine nachhaltige Gegenfinanzierung der systemunterstützenden Arbeit der maßgeblichen Patienten- und Pflegebetroffenenorganisationen durch den Bund zu schaffen. Die vornehmlich ehrenamtlich tätigen Patientenvertreter*innen sind längst einer intensiv koordinierenden und fachlich vertieft aufwendigen Arbeit ausgesetzt. Nicht zuletzt ihretwegen bedarf es einer Weiterentwicklung der strukturellen und personellen Unterstützung. Es braucht beispielsweise eine nachhaltig finanzierte Institution, die die Patienten- und Pflegebetroffenenorganisationen an mehreren Stellen fachlich unterstützt: bei der Qualifizierung der Patientenvertreter*innen, bei der patientenorientierten Analyse und Aufbereitung wissenschaftlicher Erkenntnisse und bei der Koordination der Willensbildungsprozesse über die verschiedenen Gremien des Gesundheitswesens hinweg.

IV. Verbesserung der Patientensicherheit

Fehler passieren, wo Menschen handeln. Sie verpflichten aber dazu, aus ihnen zu lernen und die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Entscheidende Vorkehrungen müssen verbessert und Risiken im Versorgungsprozess minimiert werden, um die Sicherheit der Patient*innen zu verbessern.

- **Eine bundesweit angelegte und öffentliche Kampagne der Bundesregierung ist notwendig, um die breite Öffentlichkeit stärker für das Thema zu sensibilisieren.** Noch immer kommt es vor, dass Patient*innen nicht ausreichend über ihre Rechte und über die Pflichten der Behandelnden aus dem Behandlungs- und Pflegeverhältnis informiert sind. Hier steht die Bundesregierung in der Pflicht, eine breit angelegte Kampagne ins Leben zu rufen, zu koordinieren und Akteur*innen zu beteiligen.
- **Es ist ein zentrales und unabhängiges Fehlermelderegister einzurichten, das Informationen über Behandlungs- und Pflegefehler anonym bündelt, diese auswertet sowie Handlungsempfehlungen zur künftigen Fehlervermeidung ausarbeitet und bereitstellt.**

Fehlermeldesysteme tragen dazu bei, dass Risiken und Fehlerquellen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung erkannt und ausgewertet werden, um unerwünschte Ereignisse schon im Vorfeld zu vermeiden. Einrichtungs-interne Systeme leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. Von dem Erfahrungswissen sollten aber nicht nur einrichtungsinterne Kolleg*innen profitieren, damit diese Ereignisse auch extern von vornherein vermieden werden können. Dafür ist eine wertschätzende, transparente und aktive Fehlerkultur unerlässlich.

- **Es braucht eine sanktionsbewehrte Meldepflicht von besonders folgenschweren Fällen (sogenannten „Never Events“).** Sogenannte „Never Events“ sind fehlerbedingte Schadensereignisse, wie Dekubitus bei stationärem Aufenthalt, im Körper vergessene Gegenstände bei Operationen oder Operationen an falschen Körperteilen. Sie führen meist zu gravierenden Schäden und wären durch entsprechende Maßnahmen sicher zu vermeiden. Seit Jahren ist die Zahl von „Never Events“ gleichbleibend. Gleichzeitig ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Zur Verbesserung der Patientensicherheit bedarf es strengerer Vorgaben für die Meldung solch schwerwiegender Fehler an das zentrale und unabhängige Fehlermeldesystem. Die World Health Organization (WHO) hat ihre Mitgliedstaaten zur Einrichtung eines ebensolchen unabhängigen Untersuchungsmechanismus in Fällen von schwerwiegenden Schäden und „Never Events“ aufgefordert.¹² Das Ziel der WHO ist, dass 90 Prozent aller Mitgliedsstaaten bis zum Jahr 2030 ein System zur Meldung von „Never Events“ eingeführt haben.

Berlin, 8. Februar 2022

¹² Strategisches Ziel Nr. 2 des globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021–2030 der World Health Organisation.

Impressum

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
www.sovd.de/mitgliedsantrag

Verfasser

Florian Schönberg, Abt. Sozialpolitik

Bildquellen

Titelbild © bnenin - stock.adobe.com

Druck

SoVD Bundesgeschäftsstelle, Berlin

Stand

Februar 2022
1. Auflage

© Sozialverband Deutschland e. V., 2022