



Gemeinsames Statement der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

zum Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung zur Verbesserung der
Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)
(BT-Drs. 17/10488)

Berlin, 24. September 2012

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

In der gemeinsamen Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vom 9. März 2012 wurde ausführlich zu dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) Stellung genommen.

Am 23. Mai 2012 hat die Bundesregierung den Regierungsentwurf zum Patientenrechtegesetz verabschiedet. Inhaltlich schließt der Regierungsentwurf an den Referentenentwurf an. Dieser wurde, auch aufgrund der Einwände der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, modifiziert. Die Änderungen des Regierungsentwurfs sind im Wesentlichen zu begrüßen; gleichwohl wurden zentrale Kritikpunkte nicht aufgegriffen. Dies betrifft insbesondere die Regelungen zu den Informationspflichten, den Aufklärungspflichten sowie zu der Dokumentation der Behandlung; hier besteht weiterhin Nachbesserungsbedarf. Die von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der o. g. gemeinsamen Stellungnahme geäußerte Kritik wird daher aufrechterhalten und nochmals bekräftigt. **Im Einzelnen betrifft dies zusammengefasst folgende Regelungen:**

I.

Informationspflicht (§ 630c BGB Reg-E)

Gemäß § 630c Abs. 2 S. 1 BGB Reg-E ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern. Eine solche umfassende Informationspflicht muss unter dem Vorbehalt des Verhältnismäßigen stehen. Die Einschränkung des Regierungsentwurfs unter diesem Gesichtspunkt („und soweit erforderlich“), darf sich daher nicht nur auf die Informationspflicht im Verlauf der Behandlung beziehen, sondern muss sich auf die Behandlung insgesamt erstrecken.

Die Verpflichtung des Behandelnden, den Patienten auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren über einen Behandlungsfehler zu informieren, wenn für den Behandelnden Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers rechtfertigen (§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB Reg-E), ist abzulehnen. Die Umformulierung des Regierungsentwurfs im Vergleich zum Referentenentwurf vermag hieran nichts ändern. Einer Selbstbeziehung stehen der nemo-tenetur-Grundsatz des Strafverfahrens und die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Einschränkung dieses Grundsatzes außerhalb von Strafverfahren entgegen. Von dem allgemeinen Prinzip der Selbstbelastungsfreiheit, das sich aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG ableiten lässt, darf im Zivilrecht nur in zwingend erforderlichen, gesetzlich geregelten Ausnahmefällen abgewichen werden. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, denn es wäre unverhältnismäßig, den nemo-tenetur-Grundsatz zu durchbrechen, damit Patienten leichter Schadenersatzansprüche geltend machen können (vgl. Dann, Ärztliche Fehleroffenbarung – Strafrechtliche Strategien für postinvasive Arzt-Patientengespräche, MedR 2007, S. 640).

Der in § 630c Abs. 2 S. 2 BGB Reg-E verwandte Begriff des Behandlungsfehlers ist zu korrigieren. Geschuldet wird eine wahrheitsgemäße Tatsacheninformation i. S. einer therapeutischen Aufklärung, um Schaden vom Patienten abzuwenden und deshalb die für das weitere Vorgehen relevanten Tatsachen offenzulegen. Verlangt werden kann hingegen nicht, diese Umstände oder Tatsachen als Sorgfaltspflichtverstoß oder gar als Behandlungsfehler einzuordnen (vgl. Schelling, Warntjen, Die Pflicht des Arztes zur Offenbarung von Behandlungsfehlern, MedR 2012, S. 506 ff.).

Gibt der Behandelnde den Patienten Informationen im Sinne des § 630c Abs. 2 S. 2 BGB Reg-E, dürfen diese in einem gegen den Behandelnden geführten Strafverfahren oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten nur mit seiner Zustimmung verwendet werden. Bereits der Regelungsort im BGB ist unglücklich gewählt. Es handelt sich um ein Beweisverwertungsverbot, welches an entsprechender Stelle in der Strafprozessordnung zu regeln wäre. Zudem ist unregelt, welche Auswirkungen eine solche Information auf einen Zivilprozess oder ein außergerichtliches Schlichtungsverfahren hat. Fraglich ist

auch, ob diese Information als Anerkenntnis des Behandelnden zu werten ist. Deshalb bleibt die Reichweite und die Relevanz dieses Beweisverwertungsverbots unklar.

§ 630c Abs. 3 BGB Reg-E bestimmt die wirtschaftliche Aufklärungspflicht. In der Begründung zum Regierungsentwurf wird diese Verpflichtung des Behandelnden im Verhältnis zu den gesetzlich Krankenversicherten mit dem „überlegenen Wissen des Behandelnden im täglichen Umgang mit Abrechnungen und dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse“ begründet (S. 33 Regierungsentwurf). Eine solche einseitige Informationslastzuschreibung kann nicht überzeugen. Auch die Krankenversicherungen haben ihre Versicherten zu informieren und aufgrund der größeren Sachnähe genaue Kenntnis darüber, welche Kosten im Einzelfall zu tragen sind. Weiterhin ist als problematisch zu bewerten, dass bereits Regelungen (§ 3 Abs. 1 S. 2, § 18 Abs. 8 Nr. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte; § 2 Abs. 11 S. 2, § 21 Abs. 8 Nr. 3 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen; § 12 Abs. 4 MBO) zu dieser Frage bestehen. Ein Nebeneinander von Vorschriften im selben Regelungsbereich ist zugunsten der Rechtsklarheit zu vermeiden.

Die systematische Trennung der Informations- und der Aufklärungspflichten überzeugt nicht, zumal die Informationspflichten sowohl die therapeutische und die wirtschaftliche Aufklärung als auch vertragliche Nebenpflichten beinhalten.

[Vergleiche ausführlich Seite 5 ff. der gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.]

II.

Aufklärungspflicht (§ 630e BGB Reg-E)

Die Vorschrift soll, so die Begründung (S. 36 Regierungsentwurf), die Pflicht des Behandelnden zur Eingriffs- und Risikoaufklärung festschreiben. Der Umfang einer Aufklärung ist durch objektive und subjektive Kriterien bestimmt: Zum einen vom Inhalt, Umfang, von der Art und Weise des konkreten Eingriffs; zum anderen von der Erwartung des Patienten. Dies berücksichtigt auch die geänderte Fassung des § 630e BGB Reg-E nicht.

Im Referentenentwurf war die Möglichkeit vorgesehen, dass die Aufklärung bei geringfügigen Eingriffen in Textform erfolgen kann (§ 630e Abs. 2 S. 2 BGB Ref-E). Im Regierungsentwurf findet sich eine Norm mit vergleichbarem Aussagegehalt nicht mehr. Auch dies ist zu kritisieren, verschärft es doch die durch die Rechtsprechung (vgl. BGH, Urteil v. 15. Februar 2000, Az.: VI ZR 48/99) geschaffenen Erleichterungen der Aufklärung bei Routineeingriffen. Vor diesem Hintergrund sind die gesetzlich bestimmten Anforderungen an die Aufklärung weder verhältnismäßig noch praktikabel.

[Vergleiche zum Gesamten ausführlich Seite 11 ff. der gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.]

III.

Dokumentationspflicht (§ 630f BGB Reg-E)

Gemäß § 630f Abs. 2 BGB Reg-E ist der „Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“ Diese Regelung verschärft die Rechtslage für den Behandelnden unter drei Gesichtspunkten: Zum einen geht die Regelung über die in der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze (vgl. mit dezidierten Nachweisen in der gemeinsamen Stellungnahme, S. 14 ff.) und die berufsrechtliche Regelung (§ 10 Abs. 1 MBO) hinaus, zum anderen knüpft § 630h Abs. 3 BGB Reg-E daran *expressis verbis* beweisrechtliche Konsequenzen.

Die Verpflichtung zur Dokumentation wird ausgeweitet. Das Übermaß an Dokumentation überlagert das Arzt-Patient-Verhältnis in einer Weise, die nicht angemessen ist. Im Fokus steht nicht die Behandlung des Patienten, sondern die Dokumentation „sämtlicher aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse...“.

[Vergleiche zum Gesamten ausführlich Seite 11 ff. der gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.]

IV. Förderung einer Fehlervermeidungskultur

Das Beschwerdemanagement ist immanenter Bestandteil eines funktionierenden Qualitätsmanagements. Bei der vorgesehenen Überarbeitung der Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wird der G-BA wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit bestimmen und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festlegen (vgl. § 137 Abs. 1d SGB V-E). Fehlermeldesysteme stellen eine Möglichkeit dar, Gefährdungen zu erkennen und zu beseitigen. Diese Systeme basieren auf Meldungen von Fehlern oder „Beinahefehlern“. Die Informationen in Fehlermeldesystemen sind deshalb vor dem Zugriff in Verfahren, insbesondere in Straf-, Zivil- oder Arbeitsgerichtsverfahren, zu schützen. Hierfür bedarf es einer gesetzlichen Regelung.

[Vergleiche weiter Seite 45 f. und Seite 51 ff. der gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.]

V. Widerruf der Teilnahmeerklärung und die Folgen

Den Versicherten, die eine Teilnahmeerklärung an einem Selektivvertrag (hausarztzentrierte Versorgung, § 73b SGB V; besondere ambulante Versorgung, § 73c SGB V; integrierte Versorgung, § 140a ff. SGB V) abgegeben haben, wird in den §§ 73b Abs. 3, 73c Abs. 2, 140a Abs. 2 und 117f Abs. 4a SGB V das Recht eingeräumt, innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Erklärung dieselbe zu widerrufen.

Grundsätzlich werden diese der Patientensouveränität und dem Verbraucherschutz dienenden Regelungen begrüßt.

Die Regelungen über den Widerruf der Teilnahme an den Selektivverträgen lässt jedoch offen, ob der Widerruf ex-tunc oder ex-nunc wirkt. Dies ist jedoch unter folgenden Aspekten relevant:

Zum einen würden die in der Zeit zwischen der Erklärung der Teilnahme und der Erklärung des Widerrufs erbrachten Leistungen im Falle einer Ex-Tunc-Wirkung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, unter Zugrundelegung einer Ex-Nunc-Wirkung von den Krankenkassen vergütet. Im letzteren Fall hätten die Versicherten vorübergehend an einem Selektivvertrag teilgenommen, sodass es zu einer Bereinigung der MGV käme. Hierbei bliebe jedoch unberücksichtigt, dass im verbleibenden Teil des Quartals sämtliche von den Versicherten in Anspruch genommene Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet sind und somit aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet würden. Daher dürfte diese insoweit nicht bereinigt werden.

Wir regen daher eine entsprechende Klarstellung an.

VI. Fazit

Der Regierungsentwurf weist im Bereich der Informationspflichten, der Aufklärungspflichten sowie der Dokumentation weiterhin Nachbesserungsbedarf auf.

Der Regierungsentwurf löst ein erhöhtes Haftungsrisiko aufgrund gestiegener Anforderungen an Information, Aufklärung und Dokumentation aus.

In dem Regierungsentwurf werden auch berufsrechtliche Pflichten geregelt. Dies bedeutet nicht nur einen Eingriff in die Selbstverwaltungskompetenz, sondern führt in der jetzigen Ausgestaltung des Regierungsentwurfs auch zu einer Kollision der Regelungen in den Berufsordnungen und im BGB.