16. November 2011

Eckpunktepapier

Patientenrechte in Deutschland

der
Gesundheitsministerinnen und –minister /
Gesundheitssenatorinnen und –senatoren
der Länder:

- Hamburg (Federführung)
- Baden-Württemberg
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Sachsen-Anhalt
- Thüringen

Stand: 16.11.2011

Eckpunktepapier
Patientenrechte in Deutschland
der A-Länder

Gliederung:

Einleitung 2

I. Zugang zu medizinischen Leistungen 3
1. Grundsätze 3
2. angemessene Terminvergabe 3
3. Barrierefreiheit 4

II. Behandlungsvertrag 4
1. Regelung im BGB 4
2. Anwendungsgebiet 4
3. Mit dem Behandlungsvertrag zu regelnde Einzelfragen 5
4. Behandlungsvereinbarung 6
5. Besondere Regelungen des Behandlungsvertrages bei der Erbringung von Zusatzleistungen 6

III. Patienteninformation 8

IV. Rechte gegenüber den Kostenträgern 8
Unterstützung der Versicherten 8

V. Transparenz von Qualität 9

VI. Förderung einer Fehlervermeidungskultur 9

VII. Kodifizierung eines Haftungssystems 10
1. Härtefallfonds 10
2. Regelmäßiger Nachweis einer Haftpflichtversicherung 11

VIII. Patientenorientierung bei der Auswahl von Gutachtern 11

IX. Stärkung der kollektiven Patientenrechte 12

Anhang I 13
Wiener Patientenentschädigungsfonds und der freiwillige Wiener Härtefonds 13
Vergleich Wien – Hamburg – Bundesrepublik Deutschland: 14
Hochrechnungen 14
Finanzierungsmodelle eines Härtefallfonds 16

Anhang II 17
§ 6a HmbKHG Beschwerdemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten 17

Einleitung

Nach etwa 20 jähriger kontroverser Diskussion besteht derzeit erstmals sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene ein breiter politischer Konsens darüber, die Patientenrechte zu stärken. Bereits 1997 und 2005 haben die Länder –gestützt auf ein Rechtsgutachten der Professoren Hart und Francke -einen Anstoß für ein Patientenrechtegesetz des Bundes gegeben. Die Ankündigung zu einem solchen Gesetz mit dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung wurde auf der 83. GMK durch die Länder einstimmig begrüßt. Mit Beschluss der 84. GMK bestätigten die Länder diesen Beschluss erneut und forderten darüber hinaus ihre aktive Beteiligung am Prozess der Ausgestaltung der Rechte von Patientinnen und Patienten ein. Wesentliche Themen, die bei der Stärkung von Patientenrechten eine Rolle spielen, liegen in der Gesetzgebungskompetenz der Länder (z.B. die Ausübung der Heilberufe, Kammergesetze der Länder, Landeskrankenhausgesetze). Es wird daher als eine selbstverständliche Verpflichtung des Bundes angesehen, die Länder bei der Ausarbeitung und Umsetzung eines Patientenrechtegesetzes zu beteiligen.
Eine Einbindung der Länder durch den Bund hat bisher noch nicht statt gefunden.

Ein Patientenrechtegesetz verfolgt das Ziel, die Rechte von Patientinnen und Patienten zu stärken, indem durch die Rechtsprechung, insbesondere durch den 6. Senat des BGH, entwickelte Grundsätze erstmals gesetzlich verankert werden, zusätzliche Rechte geschaffen und die Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, ihre Rechte geltend zu machen. Zugleich ist zu vermeiden, die Leistungserbringer weiterer Bürokratie bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten auszusetzen.
Ein problemorientiertes Vorgehen erfordert dabei aufeinander aufbauende, sich ergänzende Regelungsschritte.
Anfang des Jahres haben bereits das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Justiz und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung ein gemeinsames „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ (im Weiteren: Grundlagenpapier) vorgelegt. Die dort enthaltenen Vorstellungen werden von den Ländern[1] im Wesentlichen geteilt, reichen aber nicht aus. Um die Rechte von Patientinnen und Patienten effektiv zu stärken, sind über das Grundlagenpapier hinausgehende Regelungen zu treffen. Deshalb unternehmen die Länder[2] mit diesem Papier einen erneuten Anstoß, ergänzend zum Grundlagenpapier weitergehende Aspekte für eine Verbesserung der rechtlichen Situation von Patientinnen und Patienten in Deutschland in Schwerpunktbereichen darzustellen.

In einem Patientenrechtegesetz sollten zunächst für alle Patientinnen und Patienten sowie alle Regelungsbereiche geltende wesentliche Grundsätze festgelegt werden, die anschließend zu konkretisieren sind. Ein Patientenrechtegesetz verschafft den Versicherten wie letztlich allen Beteiligten Überblick und Transparenz. Die Konkretisierung ist am dualen System der GKV und PKV auszurichten. So sind für Mitglieder der GKV häufig Regelungen in den Sozialgesetzbüchern möglich, für privat Versicherte ist die Realisierbarkeit auf Grundlage der Musterbedingungen der PKV im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) anzustreben.[3] Die Länder erwarten, dass die privaten Krankenversiche-

[1] BB, BE, BW, HB, HH, MV, NW, RP, ST, TH
[2] s. Fn. 1
[3] Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stützen sich auf die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12GG). Regelungen bezüglich der privaten Krankenversicherung müssten hingegen auf die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Recht der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) gestützt werden. Solche Regelungen stellen regelmäßig einen Eingriff in das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG der privaten Versicherungsunternehmen dar (vgl. Urteil des BVerfG zum Basistarif vom 10.06.2009- Az. 1 BvR 706/08). Diese Eingriffe in das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit müssten jeweils durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls legitimiert werden, wobei Eingriffszweck und Eingriffsintensität in einem angemessenen Verhältnis stehen müssen (vgl. BVerfG a.a.O.). Je intensiver ein bestimmter Eingriff ist, desto weniger wäre dieser legitimiert.

rungen die Regelungen des Patientenrechtegesetzes übernehmen werden, um ihre Versicherten vor einer Benachteiligung gegenüber den gesetzlich Versicherten zu schützen.

I. Zugang zu medizinischen Leistungen

Vorbemerkung: Dieser Themenkomplex wird vom Grundlagenpapier nicht behandelt.

1. Grundsätze

Alle Patientinnen und Patienten haben das Recht auf zeitnahe, fachgerechte, dem jeweiligen anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard entsprechende Behandlung und Pflege in der Gesundheitsversorgung unabhängig ihrer Kassenartzugehörigkeit sowie auf zuverlässige und sichere Organisation der Gesundheitsversorgung. Sie haben das Recht korrekt und vollständig über ihre Behandlung und mögliche Alternativen informiert, aufgeklärt und beraten zu werden. Das schließt das Recht zur Einholung weiterer Fachmeinungen ein. Sie sind an den Entscheidungen, die ihre Behandlung betreffen, umfassend zu beteiligen. Das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten ist unantastbar.

Patientinnen und Patienten haben zudem das Recht auf Beratung und Unterstützung durch unabhängige und neutrale Institutionen.

Begründung:
Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes gewährt das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Hieraus ergibt sich nicht nur ein Abwehrrecht gegenüber dem staatlichen Handeln, sondern zugleich auch eine Schutzpflicht des Staates zu Gunsten seiner Bürgerinnen und Bürger. Dieser Anspruch wird durch eine qualitativ hochwertige, sichere und erreichbare Medizin erfüllt, die für jedermann gleichermaßen gilt. Die oben aufgeführten allgemeinen Grundsätze sollten im Patientenrechtegesetz als für alle Patientinnen und Patienten und für alle Regelungsbereiche geltenden Grundsätze festgelegt werden. Sie bilden damit eine Art „Grundrechte in der Gesundheitsversorgung“ und sind als solche richtungsweisend für konkretisierende Regelungen und das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen. Diese allgemeingültigen Grundsätze werden durch die nachfolgenden Eckpunkte konkretisiert.

2. angemessene Terminvergabe

Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen werden verpflichtet eine zeitnahe und fachgerechte Behandlung innerhalb einer angemessenen Frist zu gewährleisten sowie Patientinnen und Patienten im Einzelfall zu unterstützen. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen erhalten den Auftrag hierzu entsprechende vertragliche Regelungen zu vereinbaren, die eine angemessene und zeitnahe ärztliche Versorgung (z.B. durch Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Terminvereinbarung durch die Krankenkasse oder die Hausärzte/innen) sicherstellt.

Begründung:
Es häufen sich die Berichte, dass es vermehrt zu unzumutbaren Wartezeiten auf Behandlungstermine, insbesondere bei Fachärzten und Fachärztinnen, kommt. Um diesem entgegenzuwirken, soll den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen als Vertragspartner der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge die Vereinbarung eines verbesserten Versorgungsmanagements obliegen. Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag obliegt auch weiterhin den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Die Patientinnen und Patienten bedürfen bei der Terminvereinbarung einer besseren zu Unterstützung. Diese könnte beispielsweise durch die Kassen oder den Hausarzt quasi als Lotse für die Patienten/innen erfolgen.

3. Barrierefreiheit

Der Zugang zu medizinischer Versorgung muss durch alle Leistungserbringer grundsätzlich barrierefrei gestaltet sein. Barrierefrei sind Einrichtungen dann, wenn sie von jedem / jeder ohne weitere Hilfen gleichermaßen genutzt werden können. Damit dieses Ziel im baulichen Bereich erreicht wird, ist eine entsprechende grundsätzliche Verpflichtung für Neuzulassungen und bei wesentlichen Umbauten vorzusehen. Barrieren, auf die sinnesbehinderte Patientinnen und Patienten stoßen und solche mit kognitiven Einschränkungen, sind durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen.

Begründung

Im Sinne der UN-Behindertenkonvention müssen Chancen, die die Möglichkeit bieten, für Menschen mit Behinderungen die gleichen Rechte wie für alle anderen Menschen auch zu verwirklichen, genutzt werden. Der Aktionsplan der Bundesregierung sieht hier schon eine Reihe von Maßnahmen vor: z.B. Ausbau der barrierefreien Arzt- und Klinikauskunft, Programm barrierefreie Arztpraxen und die Entwicklung von IT-gestützten Werkzeugen für Ärztinnen und Ärzte bei der Planung barrierefreier Praxen.

II. Behandlungsvertrag

1. Regelung im BGB

Vorbemerkung: Die Regelung des Behandlungsvertrags im BGB wird zwar auch vom Grundlagenpapier vorgeschlagen, die nachfolgenden Ausführungen stellen dies jedoch konkreter dar.

Der Behandlungsvertrag ist bisher gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die vertraglichen Rechte und Pflichten der Vertragspartner (Patienten / Behandler) werden aus den Bestimmungen des BGB von der Rechtsprechung hergeleitet. Der Behandlungsvertrag soll daher als eigenständiger Vertragstyp mit seinen insbesondere durch die Rechtsprechung entwickelten Besonderheiten in das Regelungsgefüge des BGB implementiert und in geeigneter Weise mit dem Patientenrechtegesetz verknüpft werden. Neben den Titeln über den Dienst- und den Werkvertrag ist ein weiterer Titel „Behandlungsvertrag“ in das BGB aufzunehmen. Es sollen insbesondere Regelungen über die Qualifikation des Aufklärenden, Inhalte und Dokumentation der Aufklärung, Verständlichkeit der Aufklärung, Regelungen bezüglich der Behandlungsdokumentation, der Akteneinsicht und über die Qualität der zur Verfügung gestellten Patienteninformationen als Pflichten und Rechte aus dem Behandlungsvertrag geschaffen werden (ausführlicher s.u.). Dabei darf nicht aus dem Blick geraten, dass es sich um einen zweiseitigen Vertrag mit gegenseitigen Rechten und Pflichten handelt. Im Folgenden soll sich aber auf die Punkte, die der Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten dienen, konzentriert werden.

2. Anwendungsgebiet

Vorbemerkung: Das Grundlagenpapier enthält keine Definition des Behandlungsvertrages.

Die Vorschriften des neuen Titels zum Behandlungsvertrag sollen dann zur Anwendung kommen, wenn einer der Vertragspartner als Angehöriger eines Heilberufs tätig wird und die erbrachte Leistung dazu bestimmt ist, die Gesundheit des anderen Vertragspartners (Patient) zu fördern, zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen, den anatomischen Aufbau zu ersetzen oder zu verändern, Informationen über den Gesundheitszustand oder gesundheitliche Probleme zu erhalten (Diagnostik) oder ein Leiden zu lindern oder der Empfängnisregelung oder der Geburtshilfe dient.

3. Mit dem Behandlungsvertrag zu regelnde Einzelfragen

3.1. Aufklärung

Vorbemerkung: Die umfassende, persönliche, rechtzeitige Aufklärung ist im Grundlagenpapier enthalten. Darüber hinausgehenden Forderungen sind:

Das Aufklärungsgespräch und die Person des Aufklärenden müssen dokumentiert werden. Die Aufklärung darf nur durch eine Person vorgenommen werden, die den Eingriff (ggf. auch unter Aufsicht) selber durchführen kann.
Die Aufklärung muss sich mindestens erstrecken auf: Befund / Diagnose, Leistungen (Häufigkeit des Eingriffs, Risiko), weitere in Betracht kommende Behandlungsmöglichkeiten, auch wenn diese von dem Leistungserbringer nicht selbst erbracht werden, umfassende Erläuterung des Behandlungsverlaufs sowie die Kosten für die Patientin / den Patienten. Handelt es sich um Operationen oder invasive Diagnostik müssen die Patientinnen und Patienten eine Kopie der Dokumentation der Aufklärung mit Unterschrift des Aufklärenden und eigener Unterschrift erhalten. Das Gleiche gilt für Behandlungen, bei denen schwere Nebenwirkungen häufig sind. Soweit vorhanden, sind evidenzbasierte Patienteninformationen anzubieten. Die Aufklärung muss patientenzentriert sein und in Zeitpunkt und Form der/dem jeweiligen Patientin/Patienten entgegenkommen.
Das Recht auf Widerruf der Einwilligung in die Behandlung soll konkret fixiert werden. Zudem muss Patientinnen und Patienten das Recht auf Nichtwissen zustehen.

Begründung:

Im Schadensfall, so wird berichtet, gibt es häufig Beweisprobleme zu Art und Weise der Aufklärung. Weiter wird teilweise von dem Verdacht berichtet, die Dokumentation der Aufklärung sei im Nachhinein verändert worden.
Auch wird berichtet, dass in Krankenhäusern mitunter von jungen Assistenzärztinnen oder –ärzten ohne Erfahrung aufgeklärt wird, die dann Fragen der Patientinnen und Patienten nicht adäquat beantworten können. Vor dieser Situation müssen sowohl junge Medizinerinnen und Mediziner als auch Patientinnen und Patienten geschützt werden. Eine gründliche Aufklärung und deren Dokumentation macht selbstbestimmte Entscheidungen überhaupt erst möglich. Sie fördert die gemeinsame Entscheidungsfindung und kann den Behandler zudem vor dem Vorwurf eines Aufklärungsfehlers und daraus resultierenden Schadenersatzforderungen schützen.

3.2. Behandlungsdokumentation und Akteneinsicht

Vorbemerkung: Das Grundlagenpapier enthält bereits die Pflicht zur vollständigen und sorgfältigen Behandlungsdokumentation, die Beweislastumkehr bei nicht dokumentierten Maßnahmen sowie das generelle Recht der/des Patientin/Patienten auf Akteneinsicht. Als Konkretisierungen und darüber hinaus gehende Forderungen werden erhoben:

Die Dokumentation der Behandlung muss alle relevanten, behandlungsbezogenen Aspekte beinhalten und revisionssicher sein, d.h. insbesondere bei elektronischen Krankenakten muss durch entsprechende Softwarekonstruktionen sichergestellt werden, dass nachträgliche Änderungen der Patientenakte vollständig protokolliert werden und der Autor jederzeit identifizierbar ist. Dokumentationsmängel führen zur Beweislastumkehr im Schadensfall, d.h. eine medizinisch gebotene Maßnahme, die nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht. Das gleiche gilt, wenn die medizinisch gebotene Maßnahme erst 48 Stunden nach ihrer Vornahme oder später dokumentiert wird. Als Nebenpflicht des Behandlungsvertrages ist festzulegen, dass Patientinnen und Patienten sowie deren Erben grundsätzlich das Recht haben, in die vollständige Dokumentation Einsicht zu nehmen. Das schließt die Möglichkeit Kopien zu fertigen ein. Eine Begründung des Einsichtsbegehrens ist nicht erforderlich.

Begründung:
Heute und zukünftig werden die Krankenakten vermehrt elektronisch geführt und sind dadurch ohne weitere Vorkehrungen leicht zu manipulieren. In Arzthaftungsprozessen haben Gerichte schon Zweifel an der Eignung der (elektronischen) Aufzeichnungen geäußert, weil sie nachträglich veränderbar waren. Deshalb sollte insbesondere geregelt werden, dass auch eine elektronische Krankenakte nicht nachträglich geändert werden darf bzw. durch entsprechende Softwarekonstruktionen sichergestellt werden muss, dass nachträgliche Änderungen der Patientenakte vollständig protokolliert werden und der Autor jederzeit identifizierbar ist.
Das Recht, in Patientenunterlagen einzusehen, besteht schon, wird aber nicht selten erschwert oder sogar verweigert.
Eine Unterscheidung der Dokumentation in objektive und subjektive Aufzeichnungen („Handakte“), wie zurzeit praktiziert, dient gelegentlich als Vorwand, das Recht auf Einsichtnahme in die Gesamtakte zu verweigern. Diese Aufteilung soll unterbunden werden, indem sämtliche für die Behandlung relevanten Aspekte in *einer Akte* festzuhalten sind und nur diese dann rechtlich relevant ist. Durch eine vollständige, revisionssichere Dokumentation kann sich der Leistungserbringer vor dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers und daraus resultierenden Schadenersatzforderungen schützen. Die Beweislastumkehr bei Dokumentationsmängeln ist durch die Rechtsprechung etabliert und anerkannt.
Ausnahmen vom Einsichtsrecht sind unter engen Voraussetzungen möglich, z.B. bei therapeutisch induzierten Bedenken, wenn diese konkret vom Leistungserbringer begründet werden.

4. Behandlungsvereinbarung

Vorbemerkung: Die Behandlungsvereinbarung wird vom Grundlagenpapier nicht behandelt.

Psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden psychischen Krankheitsverläufen haben das Recht mit der psychiatrischen Einrichtung eine Behandlungsvereinbarung schließen zu können, in der sie festlegen, welche Behandlung sie sich im Falle einer fehlenden Entscheidungsfähigkeit wünschen.

Begründung
Nach der UN-Behindertenrechtskonvention muss das Recht auf Selbstbestimmung auch für Menschen realisiert werden, deren Einwilligungsfähigkeit vorübergehend durch eine psychiatrische Erkrankung eingeschränkt ist. Deshalb sollen psychiatrische Einrichtungen verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsverläufen den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung anzubieten.

5. Besondere Regelungen des Behandlungsvertrages bei der Erbringung von Zusatzleistungen

Vorbemerkung: Das Thema Zusatzleistungen/IGeL wird vom Grundlagenpapier nicht behandelt.

Für die Erbringung von Zusatzleistungen sind darüber hinaus besondere Vorschriften vorzusehen. Zusatzleistungen dürfen den Patientinnen und Patienten nicht aufgedrängt werden und nicht als Ersatz von Leistungen dienen, die insbesondere vom GKV-Leistungskatalog erfasst wären oder auf die der/die Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber seiner/ihrer Versicherung hätte. Patientinnen und Patienten müssen über den Umstand informiert werden, warum eine Leistung nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst ist (insb. Nutzenbewertung), welchen Leistungsumfang sie „einkaufen“, welche Behandlungs- oder Diagnosealternativen bestehen (insbesondere bzgl. GKV-Leistungen) und welche Kosten auf sie zukommen. Ein schriftlicher Vertrag ist in jedem Fall erforderlich. Information, Aufklärung, Ansprache der Patientinnen und Patienten, Abschluss und Unterzeichnung der Honorarver-

einbarung dürfen nicht an Hilfspersonal delegiert werden. Die Haftung des Leistungserbringers darf nicht vertraglich ausgeschlossen werden.

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten soll in bestimmten Fällen die Pflicht zur Gegenleistung (Bezahlung) entfallen. Dies betrifft die Fälle, in denen die geforderte Vergütung den marktüblichen Preis um mehr als 50 Prozent übersteigt oder die erbrachte Leistung erheblich vom anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik abweicht. Ebenso soll der Leistungserbringer keinen Anspruch auf Bezahlung der Leistung durch die Patientinnen und Patienten haben, wenn für diese ein grundsätzlicher Leistungsanspruch gegenüber seiner/ihrer Versicherung auf eine gleiche Leistung besteht.

Darüber hinaus sollte gesetzlich klargestellt werden, dass Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen.

Begründung: Durch das Angebot von Zusatzleistungen (insb. IGe-Leistungen) wandelt sich das Arzt-Patienten-Verhältnis in ein Anbieter-Kunden-Verhältnis unter ungleichen Voraussetzungen. Patientinnen und Patienten sind oft nur ungenügend in der Lage, Bedarf, Qualität und Nutzen sowie damit einhergehend die Angemessenheit der Leistung sowie der entstehenden Kosten zu beurteilen. Entsprechend sind Patientinnen und Patienten oft verunsichert, ob die ihnen angebotene Leistung tatsächlich notwendig ist. Andererseits steigt die Anzahl angebotener Zusatz- und IGe-Leistungen rapide an. Daher ist es sinnvoll, Vorgaben zu Akquise, Beratung, Vertragsgestaltung und Liquidierung von solchen Leistungen gesetzlich zu regeln.

Um die Patientinnen und Patienten vor Übervorteilung zu schützen, sind bestimmte Fälle vorzusehen, in denen der Anspruch des Leistungserbringers auf die Vergütung entfällt. Derzeit sind die Patientinnen und Patienten in den oben genannten Fällen darauf verwiesen, ihr Recht über den Weg z.B. der Minderung oder der Anfechtung des Vertrages geltend zu machen. Die rechtlichen Folge (z.B. bei Anfechtung des Vertrages und damit einhergehender Auflösung des Vertragsverhältnisses sowie ggf. Wegfall vertraglicher Nebenpflichten) sind für die Patientinnen und Patienten nur schwer zu überblicken. Es wäre ein Gewinn an Transparenz, wenn bereits das Gesetz konkrete Fälle von Übervorteilung mit einer konkreten Rechtsfolge versähe. Dabei ist in Übereinstimmung mit dem Rechtsgedanken des Wuchers der Wegfall des gesamten Gegenleistungsanspruchs des Leistungserbringers vorzusehen, damit ein ausreichender Anreiz zur Rechtsbefolgung gesetzt wird. Würde sich die Gegenleistung lediglich auf ein angemessenes Maß reduzieren, so könnte der Leistungserbringer ohne Risiko zunächst eine überhöhte Leistungsforderung stellen.

Der Fall, dass die geforderte Vergütung das Marktübliche um mehr als 50 Prozent übersteigt ist orientiert an der Rechtsprechung zum Mietwucher bei Wohnraum. Im Fall der erheblichen Abweichung der erbrachten Leistung vom anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik stünde den Patientinnen und Patienten derzeit u.a. das Recht auf Minderung der Gegenleistung zu. Dies wird jedoch als nicht ausreichend angesehen, da den Patientinnen und Patienten damit i.d.R. nicht geholfen ist. Diese haben Anspruch auf eine dem anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik entsprechende medizinische Leistung. Um diesen Anspruch zu stützen und zu fördern, ist bei Nichtübereinstimmung der Wegfall der Gegenleistung vorzusehen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, bei denen der Patient/die Patientin einen grundsätzlichen Leistungsanspruch gegenüber seiner/ihrer Versicherung auf eine gleiche Leistung hat (z.B. wenn abhängig von einer Indikation die Leistung eine GKV-Leistung sein kann oder auch nicht). Zusatzleistungen dürfen nicht zur Ersetzung von bestehenden Leistungsansprüchen gegenüber der Versicherung (insbesondere nicht zur Ersetzung von Leistungen nach dem SGB V) führen. Patienten/innen werden aber immer häufiger Zusatzleistungen angeboten, auch dann, wenn es eine gesetzliche Leistung gibt. Damit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin nicht dauerhaft gestört wird und die abhängige Situa-

tion vieler Patienten/innen einseitig ausgenutzt wird, sollte der Gesetzgeber eine weitere Ausweitung reglementieren.

III. Patienteninformation

Vorbemerkung: Die Patienteninformation wird vom Grundlagenpapier nicht behandelt

Die Behandlungsinformation („Patientenbrief“) ist das Pendant zum Arztbrief und soll Patienten zu einer Behandlung ausgehändigt werden und in verständlicher Sprache geschrieben sein. Sie soll dann ausgehändigt werden, wenn neue oder veränderte Diagnosen gestellt oder Therapieschemata angewendet werden. Sie enthält neben den Diagnosen, erbrachten Leistungen und der Beschreibung von Situationen, in denen der Patient aktiv werden muss auch Verhaltens-, Behandlungs- und Therapieempfehlungen sowie bei Bedarf Informationen zu verordneten Arzneimitteln.

Begründung:
Im Sinne eines mündigen Patienten und einer aktiven, informierten Mitarbeit im Behandlungsprozess soll das Instrument „Patientenquittung“ weiterentwickelt werden (als Ansatz bereits vorhanden: § 305 Abs. 2 SGB V). Die schriftliche Patienteninformation dokumentiert Diagnose- und Behandlungsverläufe für die „Handakte“ der Patienten und dient der Verbesserung des Verständnisses der eigenen Krankheit und der Therapiesicherheit. Die routinemäßige Aushändigung soll verhindern, dass der Patient bzw. die Patientin von Seiten des Behandlers unter einen Misstrauensverdacht gestellt wird. Der „Patientenbrief“ ist ein wertvolles Instrument zur Verbesserung der Therapietreue und eine Hilfestellung im Umgang mit Komplikationen.

IV. Rechte gegenüber den Kostenträgern

Unterstützung der Versicherten

Vorbemerkung: Das Grundlagenpapier sieht ebenfalls eine Unterstützung der Versicherten vor, die nachfolgend konkretisiert wird.

Kranken- und Pflegekassen müssen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen. Die Versicherten können dies ablehnen. Die Unterstützung durch Gutachten des MDK wird als gesetzliche Leistung definiert. Dazu wird § 275 Abs. 3 Nummer 4 SGB V in den Katalog der gesetzlichen Leistungspflichten in § 275 Abs. 1 SGB V überführt.

Begründung:
Bislang „kann“ die Krankenkasse ihre Mitglieder bei vermuteten Behandlungsfehlern unterstützen. Für eine ausreichende Unterstützung im Patienteninteresse soll ein grundsätzlicher Anspruch bestehen.
Der erste Schritt, um die Vermutung, es liege ein Behandlungsfehler vor, zu überprüfen, besteht in einem Gutachten, das die finanziellen Möglichkeiten mancher Versicherter übersteigt. Die Gutachten des MDK werden daher als gesetzliche Leistung definiert.

V. Transparenz von Qualität

Vorbemerkung: *Ein Beschwerdemanagement ist auch im Grundlagenpapier vorgesehen. Darüber hinausgehenden Forderungen sind:*

Qualitätsinformationen sind für Patientinnen und Patienten verständlich aufzubereiten und zu veröffentlichen. Dazu sollen Krankenkassen, Patientenorganisationen nach Patientenbeteiligungsverordnung, Ärztekammern, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften der Bundesländer kooperieren. Die Informationen sollen unter anderem zu den häufigsten Diagnosen und Prozeduren Auskünfte über Komplikations- und Fehlerraten geben sowie über die Häufigkeit, mit der die jeweiligen Leistungserbringer entsprechende Diagnostik und Behandlung durchführen. Die Wahl der Qualitätsindikatoren ist laufend weiter zu entwickeln. Ebenso sind für den ambulanten Bereich Qualitätsberichte zu veröffentlichen und weiter zu entwickeln (§ 136 Abs. 1 SGB V).
Krankenhäuser sollen ein Beschwerdemanagement nachweisen, das ebenfalls in §137 SGB V, etwa nach dem Modell im Hamburger Krankenhausgesetz, ausgestaltet werden könnte (siehe Anhang II). Ein entsprechend angepasstes Beschwerdemanagement ist auch für Pflegeheime vorzusehen.

Begründung:
Eine Konkretisierung der Qualitätstransparenz über ein Patientenrechtegesetz würde in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung (auch bei selbst zu zahlenden Leistungen) für mehr Transparenz sorgen. Durch ein Patientenrechtegesetz sollte weiter bewirkt werden, dass Qualität nach ausgewiesenen Kriterien gemessen und veröffentlicht wird. Qualitätssicherung ist allerdings einer gesetzlichen Regelung kaum zugänglich, da es einen beständigen und raschen Wechsel der Erkenntnisse und Methoden gibt. In den §§ 135 ff SGB V werden deshalb sinnvollerweise nur Verfahren und organisatorische Strukturen festgelegt, welche im Rahmen eines Patientenrechtegesetzes weiter zu entwickeln wären.
Gesetzliche Vorgaben fordern ein verpflichtendes Qualitätsmanagement für einen Teil der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (§137 SGB V). Sie ermöglichen die Konzentration auf messbare Qualitätsindikatoren, die für die Zielgruppen transparent gemacht werden können. Dies ist ein Ansatz zur Förderung der Patientensouveränität, der jedoch nicht ausreicht. Zu fördern ist ein „Wettbewerb um Qualität“, indem die Krankenhäuser ihre Darstellung von Qualität gemeinsam und kontinuierlich im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterentwickelten**.** Dazu gehört auch, Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Informationen für die interessierte Zielgruppe der Patientinnen und Patienten zu schaffen. Die Wahl der Qualitätsindikatoren muss der ständigen Weiterentwicklung unterliegen.

VI. Förderung einer Fehlervermeidungskultur

Vorbemerkung: *Das Grundlagenpapier sieht insoweit eine Unterstützung der Leistungserbringer durch finanzielle Anreize und einen Auftrag an den GBA, grundsätzliche Anforderungen zu erarbeiten, vor. Die nachfolgenden Ausführungen sind weitergehend.*

Leistungserbringer haben ein eigenes oder die Beteiligung an einem externen klinischen Risikomanagement nachzuweisen, in dem Meldesysteme für kritische Ereignisse (CIRS) Bestandteil sind. Maßnahmen zur Patientensicherheit sind in die Qualitätsberichte nach § 137 SGB V aufzunehmen.
Dazu wird in § 135a Abs. 2 SGB V eine neue Nr. 3 eingefügt, in der die Verpflichtung zum klinischen Risikomanagement geregelt wird. In Nr. 2 wird der Halbsatz „die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern“ gestrichen.
Für Pflegeeinrichtungen wird eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen (z.B. über Expertenstandards nach § 113a SGB XI). Die Informationen in Fehlermeldesystemen sind vor dem Zugriff in Rechtsverfahren zu schützen. Insbesondere dürfen sie nicht für arbeitsrechtliche Maßnahmen herangezogen (Kündigungsschutzrecht), in Strafverfahren nicht be-

schlagnahmt (Strafprozessordnung) und in zivilrechtlichen Verfahren nicht als Beweismittel (Zivilprozessordnung) herangezogen werden.
Haftpflichtversicherungen, die Daten aus Schadensfällen bei medizinischen Behandlungen oder bei der Pflege sammeln, sollen diese Daten in anonymisierter Form an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung sowie (ggf.) an die Länder zur Auswertung melden. Die Datenschutzbeauftragten der Länder und des Bundes sind hinsichtlich des Verfahrens zu beteiligen.

Begründung:
Fehlermeldesysteme stellen eine Möglichkeit dar, Gefährdungen für Patientinnen und Patienten zu erkennen. Die Berichtspflicht fördert dies und hilft Patientinnen und Patienten, eine Versorgung mit hohen Sicherheitsstandards zu finden. Um die Beschäftigten zu ermutigen Fehler zu melden, sind sie, wenn sie auf Missstände hinweisen, vor negativen Konsequenzen zu schützen. Das schließt die Verfolgung von Fehlverhalten auf Grund anderer Informationsquellen nicht aus.
Die Beschränkung auf Ergebnisqualität im § 135a SGB V ist in der Praxis problematisch, weil gerade Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität oft nicht das aussagen, was sie vorgeben auszudrücken. In den Qualitätsberichten sind struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen.
Haftpflichtversicherungen sammeln und analysieren Daten aus Schadensfällen, die sie zu regulieren haben. Erkenntnisse daraus müssen zur Verbesserung der Sicherheitsstandards für Behandlung und Pflege genutzt werden können.

VII. Kodifizierung eines Haftungssystems

Vorbemerkung: Die im Grundlagenpapier vorgeschlagenen und von der Rechtsprechung entwickelten Regelungen zur Beweislastverteilung sowie das einheitliche Schlichtungsverfahren und die Einrichtung von spezialisierten Arzthaftungskammern werden inhaltlich geteilt. Darüberhinaus halten wir für erforderlich:

1. Härtefallfonds

Es soll ein Fonds aufgelegt werden, der nach folgenden Maßgaben eintritt:
Der Fonds tritt ein für diejenigen Patientinnen und Patienten, die in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus einen Schaden erleiden, wenn

es keinen sicheren Nachweis der Schadensursache oder des Verschuldens gibt,
oder
eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation auftritt, die die betroffene Person erheblich schädigt,
oder
die Durchsetzung des Schadensersatzanspruches unzumutbar lange dauern würde
und
eine finanzielle Hilfe aus sozialen oder anderen Gründen geboten erscheint.

Bei Durchsetzung eines Schadenersatzanspruches ist bis zur Höhe der dabei erhaltenen Entschädigung die seitens des Fonds erbrachte Zahlung an diesen zurückzuzahlen. Der Fonds kann geschädigte Patientinnen oder Patienten dazu verpflichten, die gerichtliche Durchsetzung ihres Schadensersatzanspruches zu betreiben und dabei unterstützen. Bei eindeutiger Beweislage und problemlos erscheinender Durchsetzbarkeit des Schadenersatzanspruches tritt der Fonds nicht ein.
Der Auszahlungsbetrag des Fonds ist auf 100.000 Euro je Schadensfall begrenzt.
Der Fonds wird voraussichtlich ca. 35 000 Mal pro Jahr in Anspruch genommen werden (vorausgesetzt, dass die Wiener Verhältnisse sich näherungsweise übertragen lassen) und Kosten in Höhe von 300 Mio. Euro pro Jahr verursachen (Berechnungsgrundlage, Finanzierungsmodelle und Erläuterung im Anhang I).

Die Kosten sind durch ein Mischmodell aus Steuermitteln, durch die Haftpflichtversicherer der Leistungserbringer, aus den bereits zu erbringenden Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten zum Krankenhausaufenthalt und eine analoge Abgabe der PKV-Versicherten zu finanzieren und betragen umgerechnet ca. 2 Euro pro Patient und Krankenhaustag (Erläuterungen in Anhang I).

Über eine Ausweitung auf den Bereich ambulanter Operationen und ambulanter riskanter Eingriffe ist zu entscheiden, nachdem ausreichend Erfahrungen mit dem Fonds gesammelt und ausgewertet wurden.

Begründung/Erläuterung:
Schutzlücken bei Schadensfällen müssen mit unbürokratischer, schneller Hilfe geschlossen werden. Schutzlücken entstehen vor allem durch lange zivilgerichtliche Verfahrensdauern bei Verdacht auf Behandlungsfehler und durch die Schwierigkeit, die Ursächlichkeit eines Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden eindeutig nachzuweisen, selbst wenn sie jedem verständigen und neutralen Beobachter glaubhaft erscheinen muss.
Die vorgeschlagenen Regelungen lehnen sich an das Modell der beiden Wiener Fonds, dem Wiener Patientenentschädigungsfonds und dem freiwilligen Wiener Härtefonds, an. Dabei werden die beiden Wiener Fonds in dem vorgeschlagenen Modell zu einem Fonds zusammengelegt.

2. Regelmäßiger Nachweis einer Haftpflichtversicherung

Vorbemerkung: *Das Grundlagenpapier sieht eine Aufforderung an Länder und Kammern vor, Überprüfungsmechanismen auszuarbeiten. Dies wird hier durch eine Selbstverpflichtung der Länder ergänzt.*

Die Länder betonen, dass eine ausreichende Haftpflichtversicherung Voraussetzung für heilberufliche Tätigkeiten ist. Sie muss in regelmäßigen zeitlichen Abständen nachgewiesen und kontrolliert werden. Verstöße gegen die Versicherungspflicht sind zu sanktionieren.

Die Länder verpflichten sich, einen Vorschlag auszuarbeiten, wie eine regelmäßige Nachweispflicht für die Berufshaftpflichtversicherung auf Landesebene im Interesse der Patientinnen und Patienten zuverlässig so ausgestaltet, eingeführt und aufsichtsrechtlich sicher gestellt werden kann, dass die Handhabung in den Ländern einheitlich erfolgt.

Begründung:
Probleme mit der Haftpflichtversicherung entstehen typischerweise, wenn Heilberufler, z.B. ein Arzt oder eine Ärztin, in einem anderen Fachgebiet tätig werden oder innerhalb ihres Fachgebietes ihre Tätigkeit verändern und so ihren Versicherungsrahmen überschreiten (z.B.: Ein Allgemeinchirurg wird als Schönheitschirurg tätig). Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie des Leistungserbringers ist auch in solchen Fällen sicherzustellen, dass eine ausreichende Haftpflichtversicherung besteht. Damit wird berücksichtigt, dass Risiken durch neue Angebote eines Leistungserbringers, Fortschritte in der Medizin oder höhere Schadenersatzsummen abgedeckt werden.
Die Berufsausübung der Heilberufe fällt in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Die Länder verpflichten sich daher, eine gemeinsame Regelung zu finden, beispielsweise indem die Haftpflichtversicherungen die Aufsichtsbehörden bzw. die Kammern informieren, sobald eine Haftpflichtversicherung eines Arztes erlischt. Eine Änderung in den Kammergesetzen könnte Ärztinnen und Ärzte zum Abschluss von Haftpflichtversicherungen mit einer solchen Klausel verpflichten.

VIII. Patientenorientierung bei der Auswahl von Gutachtern

Vorbemerkung: *Im Grundlagenpapier gibt es dazu keine Aussage.*

Es sollen Kriterien für die Auswahl von Gutachtern festgelegt werden (z.B. aus dem einschlägigen Fachgebiet, aus einem anderen Land oder ggf. auch aus einem internationalen Bereich, Leistung innerhalb bestimmter Frist). Zudem muss für eine leistungsgerechte Gegenleistung in Bezug auf die Gutachtenerstellung Sorge getragen werden.
Bei der Auswahl der medizinischen Gutachter ist darauf zu achten, dass sie keine Verbindung zu einer der Parteien haben oder Interessenkollisionen bestehen.
Die Auswahl der Gutachter sowie die Gründe für die getroffene Wahl sind offen zu legen. Die Parteien müssen zur Auswahl der Gutachter Stellung nehmen können. Hierzu wird § 404 ZPO dahingehend geändert, dass das Gericht vor der Bestellung der Gutachterin bzw. Gutachters die Parteien über die beabsichtigte Bestellung unterrichtet und ihnen die Möglichkeit einräumt, binnen zwei Wochen Stellung zu nehmen. Es besteht die Möglichkeit, einen Gutachter wegen Befangenheit, fehlender fachlicher Eignung etc. ablehnen zu können.

An einer zentralen Stelle soll durch Zusammenschluss der Gutachterpools der Landesärztekammern (z.B. bei der Bundesärztekammer) ein Gutachterpool aufgebaut werden. Sachkunde und Unabhängigkeit der Gutachter sind durch verbindliche Vorgaben sicherzustellen und zu überprüfen. Die Anforderungen sind von der zentralen Stelle zu spezifizieren.

Begründung
Gutachten sind häufig die entscheidende Erkenntnisquelle und Beweismittel bei der Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen. Um die Qualität der Gutachten und damit einhergehend deren Akzeptanz bei den Beteiligten zu verbessern und so zur Beschleunigung der Verfahren (gerichtlich und außergerichtlich) beizutragen sind die oben genannten Maßnahmen zu treffen.

IX. Stärkung der kollektiven Patientenrechte

Vorbemerkung: Das Grundlagenpapier sieht die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in weiteren Gremien vor. Die konkretisierenden und darüber hinausgehenden Forderungen sind:

Auf Bundesebene ist den Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht in Verfahrensfragen einzuräumen.
Auf der Länderebene sollte die bisher nur vereinzelt geregelte Beteiligung in Planungsverfahren verbindlich für den stationären und ambulanten Bereich analog der Patientenbeteiligung auf Bundesebene geregelt werden.

Dabei sollten insbesondere angemessene Unterstützungen in Form notwendiger Erstattungsregelungen für das Ehrenamt (z.B. Fahrtkosten) kodifiziert werden.

Auch eine Regelung der Patientenbeteiligung in Verfahren der Schlichtungsstellen ist vorzusehen.

Begründung:
Neben der Stärkung der individuellen Patientenrechte gilt es auch die Beteiligungsmöglichkeiten von Patientinnen/Patienten und legitimierten Patientenorganisationen weiterzuentwickeln.

Die Beteiligungsrechte von Patientinnen und Patienten und ihrer maßgeblichen Organisationen (gemäß der Definition nach PatBVo § 140f SGB V) in relevanten Gremien des Gesundheitswesens haben sich als produktive Ergänzung der Gremienarbeit bewährt und bedürfen dort einer Erweiterung, wo für versorgungsrelevante Entscheidungen die Sicht der Betroffenen mit einbezogen werden sollte.

Anhang I

Wiener Patientenentschädigungsfonds und der freiwillige Wiener Härtefonds

Quelle: http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/pdf/taetigkeitsbericht-2009.pdf

Es gibt in Wien zwei verschiedene Fonds für die Entschädigung bei Behandlungsfehlern. Einen Patientenentschädigungsfonds und einen Härtefallfonds. Beide beziehen sich nur auf den Bereich stationärer Behandlungen. Bei der Hochrechnung für deutsche Verhältnisse wurde ebenfalls nur der stationäre Bereich berücksichtigt, da die dort vorgenommenen Eingriffe in der Regel ein größeres Risiko darstellen als die im ambulanten Bereich vorgenommenen Behandlungen.

1. Patientenentschädigungsfonds:

Voraussetzungen:

- Für jemanden, der in einem Wiener Krankenhaus einen Schaden erlitten hat,
- wenn dieser Schaden nicht eindeutig zur Haftung des Krankenhausträgers führt (kein sicherer Nachweis der Schadensursache oder des Verschuldens)

oder

- eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation eintritt, die zu einer erheblichen Schädigung führt, auch dann, wenn die Patientin/der Patient hinreichend über die Komplikation aufgeklärt worden ist.
- Bei eindeutiger Beweislage tritt der Fonds nicht ein.

Entschädigung:
Einmalig bis zu 100 000 Euro. Wenn es von anderer Stelle Schadensersatz gibt, ist bis zu dessen Höhe die Leistung zurückzuzahlen. Ausnahmen können bei sozialen Härten gemacht werden.

Fallzahlen:

Jahr	Fälle	Zahlungen
2007	161	1 872 577
2008	191	1 666 834
2009	174	1 437 375

2. Wiener Härtefonds:

Voraussetzungen:

- Falls Schadensersatzforderungen nur mit aufwändigem, langandauernden Beweisverfahren durchzusetzen sind

oder

- die Durchsetzung nicht sicher ist

und

- eine finanzielle Hilfe aus sozialen oder anderen Gründen geboten ist.

Zahlung:
im Einzelfall bis zu 50 000 Euro, soweit die Ansprüche nicht aus anderen Quellen abgegolten werden (Subsidiarität). Rückzahlungspflicht analog zum Patientenentschädigungsfonds.

Fallzahlen:

Jahr	Fälle	Zahlungen
2007	12	137870
2008	31	308315
2009	26	270508

Fallzahlen beider Fonds zusammen:

Jahr	Fälle	Zahlungen
2007	173	2 010 447
2008	222	1 975 149
2009	200	1 707 883

Im Jahr 2009 wurden an den Härtefallfonds 34, an den Patientenentschädigungsfonds 187 Anträge gerichtet. Davon wurden 26 (Härtefallfonds) bzw. 174 (Patientenentschädigungsfonds) positiv beschieden; d.h. etwa 10,5% der Anträge wurden abgelehnt. Die relativ geringe Zahl der Ablehnungen erklärt sich durch das Verfahren: Die Anträge werden an den Beirat von der Referentin oder dem Referenten der Patientenanwaltschaft gestellt. Die Patientinnen oder Patienten werden zuvor von der Referentin/dem Referenten über ihre Chancen informiert. Damit geraten aussichtslose Fälle nur dann an den Beirat, wenn die Patientinnen oder Patienten gegen den Rat der/des Referentin/Referenten auf eine Antragstellung bestehen.

Der Beirat setzt sich zusammen aus:

1. Dem Wiener Patientenanwalt oder der Patientenanwältin (entspricht in etwa dem Patientenbeauftragten),
2. Einer Expertin oder einem Experten für Pflege auf Vorschlag der Pflegedienstdirektionen der Krankenhäuser,
3. Einem Rechtsanwalt oder einer Rechtsanwältin auf Vorschlag der Rechtsanwaltskammer,
4. Einem rechtskundigen Vertreter oder einer Vertreterin der Geschäftsgruppe für Gesundheit und Soziales,
5. Einem Vertrauensarzt oder einer Vertrauensärztin der Wiener Patientenanwaltschaft.

Bestellt werden die Mitglieder von der Wiener Patientenanwaltschaft.

Vergleich Wien – Hamburg – Bundesrepublik Deutschland:

Krankenhausfälle pro Jahr:

Wien	112 000
Hamburg	390 000
Deutschland	17 500 000

Beide Wiener Fonds werden in 0,154% bis 0,198% der Krankenhausfälle in Anspruch genommen. Die Zahlen sind nur bedingt vergleichbar, da die Zahl der Krankenhausfälle pro Einwohner voneinander abweichen.

Krankenhausfälle pro Einwohner:

Wien	0,07
Hamburg	0,23
Deutschland	0,21

Hochrechnungen

Hochrechnung mit Bezug zu den Wiener Fonds

Eine orientierende Hochrechnung der Inanspruchnahme und der Kosten eines Entschädigungsfonds in Deutschland erfolgt unter der Voraussetzung, dass bei gleichen Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsbeträgen sich die Kosten pro Krankenhausfall ähneln. Das ist deswegen annähernd plausibel, weil Behandlungsfehler ungefähr gleich häufig sein dürften,

da das Niveau der medizinischen Versorgung vergleichbar ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass in weniger als 0,2% der Krankenhausfälle der Fonds in Anspruch genommen wird. Auf Deutsche Verhältnisse übertragen würde das ca. **35 000** Inanspruchnahmen des Fonds pro Jahr bedeuten.

In den Jahren 2007 bis 2009 wurden in Wien aus beiden Fonds 5 693 479 Euro gezahlt (rund: 5,7 Mio.) bei insgesamt 336 000 Krankenhausfällen in den gleichen drei Jahren. Also ungefähr 17 Euro pro Krankenhausfall. Daraus ergibt sich folgende Schätzung:

	Krankenhausfälle (ca.)	Zahlungen (ca.) Pro Krankenhausfall In Euro	Zahlungen Im Jahr (Durchschnitt ca.)
Wien	112 000	17	1 904 000
Hamburg	390 000	17	6 630 000
Deutschland	17 500 000	17	297 500 000

Die tatsächlichen Kosten dürften darunter liegen, weil alle Zahlen aufgerundet wurden, aber vor allem, weil es pro Einwohner in Deutschland etwa dreimal so viele Krankenhausfälle wie in Wien gibt (0,07 gegen 0,21 für Deutschland). In Wien wird offensichtlich mehr ambulant versorgt, was in den Krankenhäusern für eine höhere Konzentration der schwierigeren Fälle mit einem höheren Risiko, Fehler zu machen, sorgen dürfte. In Wien wird der Härtefallfonds durch eine Umlage unter den Patientinnen/Patienten von 0,73 Euro pro Patientin/Patient und Krankenhaustag finanziert. Die Verwaltung des Fonds obliegt der Wiener Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, die aus dem Wiener Landeshaushalt finanziert wird. Wollte man nur die Ausschüttung des Fonds an geschädigte Patientinnen und Patienten bei uns ähnlich finanzieren, ergäbe sich bei einer durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus von 8,6 Tagen ein Beitrag von knapp 2 Euro pro Patientin/Patient und Krankenhaustag. Die Differenz zwischen dem Beitrag für den Wiener Härtefallfonds und dieser Schätzung erklärt sich aus dem Umstand, dass für diese Schätzung beide Fonds zusammen gerechnet wurden, während im Fall Wien nur die Kosten für einen von zwei Fonds angegeben wurden.

Weitere Zahlen aus Deutschland

Es gibt keine zusammenfassende Darstellung vermuteter oder nachgewiesener Behandlungsfehler in Deutschland. Daher sind die vorhandenen Berechnungsgrundlagen eher unsicher. Folgende Zahlen, die als Orientierung in Deutschland herangezogen werden könnten, lassen zunächst vermuten, dass eher mit weniger „Härtefällen“ zu rechnen ist.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schätzen, dass es in 5% - 10% der Krankenhausfälle zu „unerwünschten Ereignissen“ kommt, von denen ungefähr die Hälfte vermeidbar wäre. Bei 17,5 Mio. Krankenhausfällen pro Jahr in Deutschland bedeutet dies, dass es in 437 500 bis 875 000 Fällen pro Jahr zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen allein im Krankenhausbereich kommt. Schon diese Breite des geschätzten Bereichs macht es schwer, diese Schätzung für eine Hochrechnung der Fälle für einen Fonds heranzuziehen. Ein krasses Missverhältnis entsteht zusätzlich dann, wenn diese Zahlen mit Schätzungen und Angaben über Behandlungsfehler(vorwürfe) verglichen werden. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes spricht von ca. 40 000 Behandlungsfehlervorwürfen pro Jahr. Dem AOK-Bundesverband sind 20 000 Verdachtsfälle bekannt. 1999 schätzten die Haftpflichtversicherungen die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in Krankenhäusern auf 22 600 im Jahr. Bei den Schlichtungsstellen der Ärztekammern gab es 2010 insgesamt 11 000 Anträge. Bei Gerichten waren 2009 in der ersten Instanz 9133 Verfahren anhängig.
Die Diskrepanz zwischen der Zahl der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse einerseits und den (unsicheren) Zahlen über bekannt gewordene Behandlungsfehlervorwürfe andererseits ist zu einem Teil daraus zu erklären, dass nicht jedes unerwünschte Ereignis zu einer Schädigung der Patientin oder des Patienten führt, zu einem anderen Teil daraus, dass in einer unbekannten Anzahl von Fällen Geschädigte keine Ansprüche geltend machen, weil

sie lange und zusätzlich belastende Verfahren fürchten. Ein Härtefallfonds könnte geschädigte Patientinnen und Patienten dazu animieren, ihre Rechte geltend zu machen, so dass es zu mehr Verfahren kommen kann. Von den ohnehin zu entscheidenden Verfahren sind jedoch nicht alle als Härtefälle einzustufen.
Allerdings zeigen die Erfahrungen aus Wien in den letzten Jahren, dass es auch dort ca. 7-10 mal mehr Härtefälle als Schiedsverfahren gegeben hat.

Finanzierungsmodelle eines Härtefallfonds

Zur Finanzierung sind die unten beschriebenen Modelle denkbar. Wegen der Vor- und Nachteile ist eine Mischlösung aus den nachfolgenden Punkten a)-d) zu favorisieren, auch um die Kosten möglichst breit zu streuen.

a. Durch die Haftpflichtversicherer der Leistungserbringer.
Vorteile:
Belastet würden über die Haftpflichtversicherungsbeiträge die potentiellen Verursacher von Schäden. Es gibt eine Analogie zur gesetzlichen Unfallversicherung.
Nachteile:
Die finanzielle Belastung der Leistungserbringer durch steigende Haftpflichtversicherungsbeiträge würde entweder das Gesundheitswesen teurer machen oder durch Ausfälle und Leistungsreduktion an anderer Stelle kompensiert.

b. Für die gesetzlich Versicherten Patientinnen und Patienten durch die gesetzlichen Krankenkassen, indem von der bereits zu erbringenden Zuzahlung der Krankenhauspatienten in Höhe von 10 € pro Tag (§ 39 Abs. 4 SGB V) 2 Euro je Tag für den Fonds abgezweigt werden. Vorteile:
Bezahlt wird durch diejenigen, die von dem Fonds profitieren, ohne sie jedoch im Einzelfall zusätzlich zu belasten, sofern der Zuzahlungsbetrag nicht erhöht wird. Es wird kein neues Solidarsystem geschaffen, sondern das vorhandene genutzt. Vorrangige Belastung der leistungsfähigen GKV-Mitglieder. Solidarprinzip für Zuzahlungsbefreite.
Nachteile:
Es werden ausschließlich Patientinnen und Patienten erfasst, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Leistungserbringer (indirekte Verursacher) werden nicht am Fonds beteiligt. Bei bestimmten Kassen könnte dies Modell dazu führen, dass sie Zusatzbeiträge erheben müssen. Einführung einer neuen Leistungsart in die GKV (Übernahme von „Risikoversicherungsbeiträgen“.)

c. Für die privat Versicherten Patientinnen und Patienten durch die Privaten Krankenkassen, indem eine zu lit. b) analoge Abgabe in die Regelungen der PKV ins Versicherungsvertragsgesetz eingeführt wird. (Die Argumentation verhielte sich analog zu der Einführung des Basistarifs der PKV).
Vorteile:
Bezahlt wird durch diejenigen, die von dem Fonds profitieren. Es wird kein neues System geschaffen, sondern das vorhandene genutzt. Vorrangige Belastung der leistungsfähigen PKV-Mitglieder.
Nachteile:
Es werden ausschließlich Patientinnen und Patienten erfasst, die in einer privaten Krankenkasse versichert sind. Leistungserbringer (indirekte Verursacher) werden nicht am Fonds beteiligt. Dieses Modell kann zu steigenden Beiträgen für die PKV-Versicherten führen.

d. Aus Steuermitteln
Vorteile:
Die gesamte Gesellschaft würde das Risiko tragen.
Nachteile:
Belastung des Haushalts mit ca. 300 Mio. Euro jährlich.

Anhang II

§ 6a HmbKHG Beschwerdemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten

(1) Das Krankenhaus hat im Rahmen des Qualitätsmanagements ein Beschwerdemanagement für die Beschwerden von Patientinnen und Patienten vorzuhalten. Hierzu gehört die Einrichtung von Patientenbeschwerdestellen durch Benennung geeigneter Personen oder Stellen. Das Krankenhaus trifft Regelungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden. Es legt die Befugnisse und Pflichten der Patientenbeschwerdestellen schriftlich fest und stellt sicher, dass sie weitgehend unabhängig arbeiten können.

(2) Die Regelungen nach Absatz 1 Satz 3 sollen der zuständigen Behörde spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten des Gesetzes vorgelegt werden.

(3) Der Senat wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Einzelheiten zur Ausgestaltung der Beschwerdemöglichkeiten und deren Bearbeitung in den Krankenhäusern festzusetzen.