



## **Sachstandsbewertung des Patientenrechtegesetzes**

### **Ergebnis eines APS-Workshops mit Patientenorganisationen und Forderungen des APS Vorstandes**

#### **Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Geschäftsstelle des APS  
Am Zirkus 2, 10117 Berlin  
Tel. 030 3642 816 0

Email: [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)

Internet: [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

Vorsitzende: Hedi François-Kettner  
Stellv. Vorsitzende: Dr. Ruth Hecker  
Geschäftsführer: Hardy Müller



## **Sachstandsbewertung des Patientenrechtegesetzes**

### **Ergebnis eines APS-Workshops mit Patientenorganisationen und Forderungen des APS Vorstandes**

Am 26. Februar 2013 trat nach jahrelangen Verhandlungen das Patientenrechtegesetz in Kraft. Erklärtes Ziel der Politik war die Kodifizierung des Richterrechtes, um die Bekanntheit der Regelungen und so ihre Wirksamkeit zu steigern. Es wird vielerorts durchaus als positiv empfunden, dass nunmehr die rechtlichen Grundsätze in einem Gesetzeskanon aufgeführt sind. Erste Erfahrungen zeigen jedoch, dass das Ziel, die Patienten besser über ihre Rechte zu informieren, noch nicht erreicht wurde.<sup>1</sup>

In einem Workshop des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedenster Patientenorganisationen am 13. Mai 2016 zum Thema „Drei Jahre Patientenrechtegesetz“ schilderten die Anwesenden ihre Eindrücke. Dabei betonten sie einheitlich, dass substantielle Verbesserungen der Patientenrechte in verschiedenen Bereichen, von der Aufklärung durch den Arzt über den Behandlungsfehler, über die Unterstützung der Krankenkassen bis hin zu den Verfahrensrechten vor dem Gericht u.v.m. nach wie vor unvollständig und ergänzungsbedürftig sind.

Einige Punkte, der aus Sicht der Patientenvertretungen dringend verbesserungs- bzw. ergänzungsbedürftigen Regelungen betreffen folgende Themen:

1. medizinischer Standard / Sachverständigengutachten
2. Unterstützung durch die Kostenträger / Krankenkassen
3. Informationspflichten
4. Dokumentationspflichten
5. Beweislast
6. Durchsetzung der Rechte / Verfahrensrechte
7. Patientenentschädigungs- und Härtefall-Fonds

#### **1. Medizinischer Standard / Sachverständigengutachten**

Nach wie vor zeigt sich, dass das Verfolgen von Patientenrechten bei Behandlungsfehlern einer ganz eigenen Systematik unterworfen ist. Zentral geht es bei der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, darum, ob der medizinische Standard, gemäß § 630 A Abs. 2 BGB der allgemein anerkannte fachliche Standard, eingehalten wurde. Da die Behandlung von Patienten immer eine individuelle ist, ist es für den medizinischen Laien vielfach nicht erkennbar, wie der medizinische Standard in seinem Fall zu

---

<sup>1</sup> s. IGES Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes. Verfügbar unter [www.patientenbeauftragter.de/patientenrechtegesetz](http://www.patientenbeauftragter.de/patientenrechtegesetz)

definieren ist. Dies ist Aufgabe der medizinischen Sachverständigengutachter, die aus dem gleichen Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung sowie aus der gleichen Versorgungsebene gewählt werden sollen. Die Neuregelung in der Zivilprozessordnung (ZPO), nach der der Sachverständigengutachter dem Gericht Gründe einer eventuellen Befangenheit ohne Aufforderung mitteilen soll, wird begrüßt. Es wird erhofft, dass diese gesetzliche Regelung einen verbesserten Standard bewirkt.

Es wurde im Workshop beklagt, dass häufig medizinische Sachverständige beim selben Fall zu unterschiedlichen Bewertungen kommen. Das Risiko hierfür trägt nach wie vor der Patient. Die WS Teilnehmer plädieren dafür, dass die schon im Gesetz verankerte Aufgabe der Fachexpertise des Gutachters nachweislich umgesetzt wird.

## **2. Unterstützung durch die Kostenträger / Krankenkassen**

Es wird im Workshop berichtet, dass die Kostenträger / Krankenkassen diese neue Aufgabe in sehr unterschiedlicher Form angenommen haben und dass die Qualität dieser Unterstützung sehr unterschiedlich ist. Der Gesetzgeber hat die Unterstützung nicht weiter definiert. Nach Auffassung der Workshop-Teilnehmer sollten sich die Kostenträger / Krankenkassen insbesondere auf die Bewertung des medizinischen Standards im Sinne des § 630 a BGB Abs. 2 fokussieren und die Interessen der Patienten/ Versicherten dabei unterstützen.

## **3. Informationspflichten**

Während die Patientenaufklärung nach § 630 e BGB vor einer Behandlung von den Ärzten überwiegend gekannt und umgesetzt wird, ist dies bei den Informationspflichten nach § 630 c BGB nicht durchweg der Fall. Die Informationspflichten umfassen die kommunikative Begleitung während der gesamten Behandlung. Sie erstrecken sich auf medizinische, pflegerische aber auch wirtschaftliche und finanzielle Belange. Sie verlangen von dem Arzt, aber auch von dem Patienten, ein hohes Maß an Kommunikation. Schwierigkeiten ergeben sich in besonderem Maße bei der Verpflichtung, dass der Behandelnde den Patienten informieren muss, wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Eine Informationspflicht hat er auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren. Die Informationspflicht zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren hat als Nebenpflicht des Behandlungsvertrages schon immer bestanden. Jetzt ist zusätzlich eine Verpflichtung des Arztes normiert, auf Nachfrage des Patienten ihn auf einen Behandlungsfehler hinzuweisen. Zentrales Problem ist hier, wie die Nachfrage des Patienten auszusehen hat. Im Workshop wird berichtet, dass nunmehr Ärzte, manchmal beiläufig, erwähnen, dass sie die Behandlung des Vorbehandlers als fehlerhaft erachten. Die Nachfrage wird mit einem Interesse des Patienten dabei mehr oder minder gleichgestellt. Unbeachtet bleibt bei derartigen, manchmal spontanen Äußerungen, die den Patienten mitunter verunsichern, die für die Frage des Behandlungsfehlers wichtige Bewertung einer ex-ante Situation, d.h. ob definitiv ein Behandlungsfehler vorliegt. Zur Problematik hatte das APS in seiner Stellungnahme zum Entwurf des PatRG hingewiesen<sup>2</sup>. "Es sollte nicht auf die Nachfrage des Patienten gewartet werden müssen, sondern es muss verpflichtend sein, über Behandlungsfehler zu informieren, wenn sie offensichtlich sind und erst recht (s.u.) wenn sie gesundheitliche Konsequenzen für den Patienten bedeuten."

Es kommt vor, dass der Arzt auf einer schriftlichen Nachfrage besteht und er sich dann-möglicherweise auch aus dienstrechtlichen Erwägungen anwaltlich vertreten lässt, bevor er eine Aussage macht.

---

<sup>2</sup> APS-Stellungnahme zum Referenten-Entwurf des PatRG, 2012, 7f

#### 4. Dokumentationspflichten

Leider ist es immer noch zu beobachten, dass handschriftlich geführte Patientendokumentationen zu einem nicht nachvollziehbaren Zeitpunkt geändert werden. Eine nachträgliche Änderung nachzuweisen, gelingt dem Patienten kaum. Oftmals werden Gründe vorgetragen, die den Nachtrag oder die Änderung plausibel erscheinen lassen, aber nicht nachprüfbar sind. Deshalb sollte darauf hingearbeitet werden, dass die Behandlungsdokumentation elektronisch erfolgt. Hierzu hat das APS bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf gefordert, dass die an der Behandlung Beteiligten verpflichtet werden sollen, „zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt“<sup>3</sup>. Nur so kann durch technische Maßnahmen die Fälschungssicherheit insbesondere gegenüber nachträglichen Ergänzungen sichergestellt werden. Diese sollten zwar möglich sein, aber immer zweifelsfrei mit Datum, Uhrzeit und Signatur der eintragenden Person versehen werden.

Der Dokumentationspflicht ist auch deswegen so eine hohe Bedeutung beizumessen, da die Patienten sich zunächst allein auf die dokumentierte Krankenakte zur Beweisführung stützen können.

#### 5. Beweislast

Die Beweislastregelungen sind seit jeher in der Diskussion. Grundsätzlich ist der Gesetzgeber bei dem Patientenrechtegesetz bei den allgemeinen Beweislastregelungen der Zivilprozessordnung (ZPO) geblieben, d.h. dass der Patient im Regelfall den Behandlungsfehler, den Schaden und die Kausalität darlegen und beweisen muss. § 630h BGB - eine für Patienten schwer verständliche Norm - erwähnt die Fallgruppen, die zu einer Beweiserleichterung zugunsten des Patienten führen. Es besteht auf Seiten der Patientenvertreter übereinstimmend die Auffassung, dass die Fallgruppen, für die eine Beweiserleichterung höchststrichterlich festgelegt wurden, ergänzt werden müssen. So sollten beispielsweise die Patienten, die in ihren Patientenrechten eingeschränkt werden aufgrund von Umständen, die sie nicht zu vertreten haben, von der Last der Beweisführung entbunden werden (Beispiel bei Organtransplantation, wenn der Anspruch auf Herausgabe der Krankenakte des Spenders nicht besteht).

Generell entsteht auch eine Schiefelage dann, wenn beispielsweise der Patient Fehler und Schaden beweisen kann, hinsichtlich der Kausalität aber Bedenken bestehen bleiben. Nach dem derzeitigen“ alles oder nichts“ Prinzip führt die Ablehnung des Anspruchs häufig zu einem unbefriedigenden und nicht gerechtfertigten Ergebnis.

Das APS plädiert in Falle der Beibehaltung der prinzipiellen Beweislastregelungen den Patienten-Entschädigungs- und Härtefallfonds unmittelbar einzurichten<sup>4</sup>. Grundsätzlich wird jedoch die Anregung gegeben, die Beweislastregelungen in Gänze zu überarbeiten.

---

<sup>3</sup> Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) zum Referentenentwurf des BMG und BMJ vom 16.01.2012, S. 12

<sup>4</sup> Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. für die Anhörung am 22.10.2012 im Ausschuss für Gesundheit und Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages vom 15.10.2012

## 6. Durchsetzung der Rechte/ Verfahrensrechte

Die anwesenden Patientenvertreter sehen nach wie vor ein großes Problem darin, dass Patienten möglicherweise Rechte haben, diese jedoch nicht verfolgen können, weil ihnen einerseits die Wege einer Durchsetzung unbekannt sind, andererseits sie aber auch nicht über die Mittel für eine erforderliche anwaltliche Vertretung verfügen. Das Prozessrisiko in Arzthaftungssachen ist nach Einschätzung der Workshop-Beteiligten höher als in anderen Verfahren. Dies ergibt sich schon daraus, dass die Höhe des Streitwertes regelhaft in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, eine bestimmte Untergrenze aber in Hinblick auf eine weitere Instanz nicht unterschritten werden sollte. Selbst dann, wenn der Anspruch dem Grunde nach gerichtlich bestätigt wird, kann der erfolgreiche Kläger mit Kosten belastet werden, weil er nicht die geforderte Schadenssumme in vollem Umfang erhält.

## 7. Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds

Ein Patienten-Entschädigungs- und Härtefallfonds (PatEHF) wurde vom APS schon vor Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes gefordert, da er wesentlich zu einem Ausbau der Patientensicherheits-Kultur beiträgt<sup>5</sup>.

Zur Ausgestaltung geeigneter Verfahrensregeln für einen PatEHF liegt ein Gutachten der Professoren Hart und Francke vor,<sup>6</sup> dessen Inhalte vom APS vollumfänglich unterstützt werden. Über die Empfehlungen des Gutachtens hinaus fordert das APS die Regulierung von Schadensfällen aus allen Versorgungsbereichen. Eine Beschränkung auf den stationären Bereich ist nicht zielführend, da die Mehrzahl der Behandlungen im ambulanten Bereich stattfindet und sinnvolle Verfahrens-Regeln diesen wesentlichen Versorgungsbereich nicht aussparen dürfen.

Eine Härtefallregelung sollte zunächst und vorrangig für die Fälle gelten, bei denen großes persönliches Leid und soziale Härten vorliegen und vermieden werden können. Lange Prozesse sind nach Beobachtung der Patientenvertretungen nicht der Regelfall, kommen aber immer wieder vor und belasten die Betroffenen bzw. die Familien unverhältnismäßig und zum Teil existenziell. Die Prozessdauer ist grundsätzlich nicht von den Patienten beeinflussbar und zu vertreten.

Mit dem PatEHF soll ein Ausgleich von erheblichen Verletzungen und unzumutbaren sozialen Belastungen realisiert werden. Statt einer "mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit" sollte eine „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ bei der Nachweisanforderung hinreichend sein. Diese Regelung tritt neben Arzthaftung und soziale Sicherung und ist kein Ersatz für diese.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit regt an, in einer multiprofessionellen Expertengruppe unter Einbeziehung von Vertretern der Kostenträger / privaten und gesetzlichen Krankenversicherung auf der Basis des o.g. Gutachtens modellhaft Vorschläge für eine Härtefallregelung zu erarbeiten und anschließend das Verfahren in einem Modellversuch zu erproben.

---

<sup>5</sup> SVR-Gutachten 2003, Randziffer 485.

<sup>6</sup> Prof. Dr. Dieter Hart/ Prof. Dr. Robert Francke (2013): Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und härtefallfonds (PatEHF) für Schäden durch medizinische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag. Rechtsgutachten für die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.

## Zusammenfassende Forderungen des APS-Vorstandes

- **Der Begriff des „groben Behandlungsfehlers“ muss konkretisiert werden.**

Der Begriff des groben Behandlungsfehlers normiert im Gesetz die Umkehr der Beweislast. Der Begriff ist daher von zentraler Bedeutung. Eine weitergehende Definition ist aus Gründen der Rechtssicherheit erforderlich.

- **Das Informations-Angebot für Patientinnen und Versorgerinnen über die Regelungen des PatRG ist auszubauen.**

Die Offenbarungspflicht des Arztes bei Vorliegen des Verdachtes auf einen Behandlungsfehler und auf Nachfrage der Versicherten ist noch zu wenig bekannt. Wissensdefizite zu den Regelungen des Gesetzes sind abzubauen. Das Angebot von Schlichtungsstellen ist bei Patienten und Patientinnen besser bekannt zu machen

- **Ein Modellversuch für einen Patienten-Entschädigungs- und Härtefall-Fond ist zu entwickeln und durchzuführen.**

Die Sicherheits-Kultur im Gesundheitswesen bestimmt in maßgeblicher Weise die Qualität der Versorgung. Mit dem Instrument eines Entschädigungs- und Härtefall-Fonds würden unverzichtbare Impulse zum Ausbau der Sicherheits-Kultur gesetzt. Ein Modellversuch könnte die Erwartungen überprüfen.

Berlin, 26. Januar 2016

### An dem Workshop haben teilgenommen und mitgearbeitet:

Sonja Arens	DCCV – e.V.
Gabriele Bemba	Deutsche Lebenshilfe e.V.
Daniela Brohlburg	PRO RETINA Deutschland e.V.
Dr. Siiri Doka	BAG Selbsthilfe
Sabine Düver	BAGP
Hedi François-Kettner	APS e.V.
Markus Georg	PRO RETINA Deutschland e.V.
Margit Golfels	Kindernetzwerk e.V.
Bärbel Irion	Patientenfürsprecherin Charité

Simone Kneer-Weidenhammer	Rechtsanwältin
Dr. Ilona Köster-Steinebach	VZ BV
Gerhard Kouba	Bund zur Förderung Sehbehinderter e.V.
Petra Krause-Wloch	Bundesverband Brandverletzte e.V.
Gisela Kröger	IEB e.V. DEBRA Deutschland
Hans-Detlev Kunz	Deutscher Psoriasis Bund e. V.
Frank Lepold	Deutscher Patientenschutzbund e.V.
Andrea Liebig	Notgemeinschaft Medizingeschädigter e.V.
Hannelore Loskill	APS e.V., BAGS
Anja Alexandra Meier	Notgemeinschaft Medizingeschädigter e.V.
Gabriele Scheuring	Turner Syndrom Vereinigung Deutschland e. V.
Prof. Dr. Hartmut Siebert	APS e.V.
Stefan Sitter	Deutscher Patientenschutzbund e.V.
Angela Staub	Landesvereinigung Selbsthilfe im Saarland e.V.
Karin Stötzner	DAG SHG, SEKIS Berlin (SENGS, Berlin)
Cordula Stork	ACHSE e. V.
Reiner Tippel	Deutscher Diabetikerbund LV Berlin e.V.
Katrin Ulmer	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Dr. Ines Verspohl	Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Reinhard Wagner	Arbeitskreis Schlafapnoe nds.
Conny Wiebe-Franzen	APS e.V.

**Kontakt und Information:**

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.  
Hedwig François-Kettner  
Vorsitzende  
Am Zirkus 2, 10117 Berlin  
Tel. 030 3642 816 0  
E-Mail: francois-kettner@aps-ev.de