

## Diagnose behandlungsbedürftig – Patientenrechte in Deutschland

Thomas Schneider<sup>1</sup>

### Auf einen Blick

Im internationalen Vergleich stehen Patientenrechte in Deutschland unter formalen Gesichtspunkten gut da. Doch das geltende Recht ist wenig transparent und es bestehen erhebliche Hürden beim Rechtsvollzug. Beweiserleichterungen, die Stärkung von Patientenverbänden und eine stärkere öffentliche Kontrolle von Beratungs- und Behandlungsabläufen können die Rechtswirklichkeit aus Patientensicht verbessern. In einem eigenständigen Patientenrechtegesetz sollten diese Elemente im Zentrum stehen. Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass solche Verbesserungen möglich sind.

Die Perspektive von Patientinnen und Patienten hat während der letzten Jahre eine zunehmende Beachtung im Gesundheitswesen gefunden. Doch obwohl die Bundesregierung 2002 eine Patientenrechtscharta angenommen hat und 2004 das Patientenbeauftragten-Amt auf Bundesebene eingerichtet wurde, befinden sich die Patientenrechte in Deutschland in behandlungsbedürftigem Zustand. Während die formale rechtliche Situation hinsichtlich der Rechte von Patientinnen und Patienten in Deutschland vergleichsweise gut erscheint, bestehen in der Praxis vielfältige Vollzugsprobleme.

### Patientenrechte in Deutschland – rechtliche Normen und faktische Hürden

Den letzten Erhebungen des Robert-Koch-Instituts zufolge werfen jährlich 40.000 Patienten ihrem Arzt einen Behandlungsfehler vor, in 12.000 Fällen werden diese Vorwürfe gerichtlich oder durch die Schlichtungsstellen anerkannt.<sup>2</sup> Laut Patientenverbänden gibt es 25.000 Medizintote bei etwa 100.000 Medizinschäden pro Jahr. Derzeit bleibt in den allermeisten dieser Fälle nur der individuelle Klageweg. Die Rechtsgrundlagen dafür haben sich aus Patientensicht zwar in den letzten Jahren etwas verbessert, aber der Rechtsweg bleibt unübersichtlich und aufwändig.

### **Individuelle Rechte**

Das deutsche Grundgesetz garantiert in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 jedem Bürger ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, was eng mit dem Recht auf Gesundheit zusammenhängt.<sup>3</sup> Der Rechtsweg bei Gesundheitsbeeinträchtigungen nach Behandlungsfehlern hat damit in Deutschland eine grundgesetzliche Basis.

In Angelegenheiten der Sozialversicherung, insbesondere also auch bei Streitigkeiten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, entscheiden heute vor allem Sozialgerichte. Gerichtskosten werden in den drei maximal möglichen Instanzen – von den örtlichen Sozialgerichten über die Landessozialgerichte bis hin zu den Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht – von den Versicherten, Leistungsempfängern und Behinderten laut § 183 Sozialgerichtsgesetz (SGG) grundsätzlich nicht erhoben. Aber auch der normale Zivilrechtsweg bei direkten Klagen gegen Ärzte und Krankenhäuser, aber auch gegen Hersteller schädlicher Medikamente oder schadhafter Medizingeräte steht jedem offen. Schmerzensgeld kann gerichtlich und Schadensersatzansprüche können zudem auch außergerichtlich geltend gemacht werden. Auf Wunsch unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen kostenlos ihre Versicherten bei der Durchsetzung möglicher Schadensersatzansprüche wegen eines Behandlungsfehlers durch Einholung medizinischer Sachverständigengutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Bei Dokumentationsmängeln wird zulasten des Arztes vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme unterblieben ist.

Auch im Falle der Nichtgewährung von medizinischen Leistungen durch die Krankenkasse ist ein Rechtsweg vorgesehen. Nach einem erfolglosen Antrag auf Anerkennung einer Kassenleistung können Versicherte bei ihrer Krankenkasse in Widerspruch gehen. Falls dieser auch zurückgewiesen wird, kann mit dem Widerspruchsbeseid innerhalb eines Jahres nach dessen Erhalt vor dem Sozialgericht Klage eingereicht werden. Auch in diesem Falle entstehen keine Gerichtskosten für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.

Laut einer Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) sind zwei Drittel der befragten Patienten dazu bereit, ihren Arzt zu ver-

klagen, wenn dieser einen Behandlungsfehler begeht.<sup>4</sup> Allerdings müssen in der Regel die Patienten beweisen, dass ein Behandlungsfehler begangen wurde. Aufgrund meist erheblicher Informationsasymmetrien, lediglich partieller Dokumentation von Behandlungs- und Beratungsabläufen und dadurch, dass Patienten und Angehörige insbesondere bei schweren Erkrankungen erst einmal andere Sorgen haben, ist die Beweiserbringung oft schwierig. Allein in einem vom Arzt voll beherrschbaren Bereich wie zum Beispiel der Überwachung von Patienten (z. B. auf Intensivstationen) ist auch eine Umkehr der Beweislast möglich.

Die schwierige Beweissituation für Patienten führt oft dazu, dass viele Verfahren gar nicht erst aufgenommen werden oder zu Unrecht scheitern, obwohl die Rechte für Patienten in Deutschland insgesamt als gut und nahezu umfassend erscheinen. Prinzipiell positiv zu wertenden Rechtsnormen steht daher eine deutlich weniger positive Rechtswirklichkeit gegenüber.

Eine ähnliche Situation kann man auch im Bereich der kollektiven Beteiligung von Patienten über Verbände und Gremien im Gesundheitswesen beobachten: Dem begrüßenswerten Ausbau der Berücksichtigung von Patientenvertretern in entscheidenden Gremien des Gesundheitswesens stehen weiterhin nur eingeschränkte Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber.

### **Kollektive Beteiligungsmöglichkeiten und -rechte**

Über verbindliche Richtlinien für Leistungserbringer, Krankenkassen und Versicherte und über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Neben Vertretern der Leistungserbringer und der gesetzlichen Krankenkassen sind auch Vertreter von Patientenorganisationen als Mitglieder vorgesehen. Im Unterschied zu den Leistungserbringern und der Krankenkassen haben die Patientenvertreter im G-BA jedoch nur ein Antrags- und Mitberatungs-, jedoch kein Stimmrecht.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat den gesetzlichen Auftrag, dem G-BA fachlich zuzuarbeiten, indem es Vor- und Nachteile zum Beispiel von verschiedenen Arzneimitteln oder Operationsverfahren hinsichtlich ihrer medizinischen

Effektivität und wirtschaftlichen Effizienz vergleicht und beurteilt. Dies geschieht allerdings anhand von Sekundäranalysen bereits vorhandener Studien, die der internationalen Fachliteratur zu entnehmen sind, und nicht anhand eigener klinischer Studien mit Patientinnen und Patienten.

## Mögliche Verbesserungen

Eine der wichtigsten Verbesserungen für die Wirksamkeit von Patientenrechten in Deutschland wäre eine Erleichterung der Beweislast bei Behandlungs- und Beratungsfehlern, die bislang noch nahezu vollständig bei den Patienten liegt. Neben Ansätzen zu einer Beweislastumkehr kann dabei eine unabhängige Überwachung der Leistungsträger – etwa durch ein „Forschungszentrum für Medizinschäden“, wie es Patientenverbände fordern – zu einer erheblichen Verbesserung der Situation beitragen. Zumindest sollte Patienten und, sofern sie dazu nicht in der Lage oder verstorben sind, ihren Angehörigen oder Erben die Einsichtnahme in die Dokumentation ihres Falles erleichtert werden. Eine Beschleunigung gerichtlicher und Vereinfachung außergerichtlicher Verfahren würde die Wirksamkeit bestehender Patientenrechte fördern.

Eine deutliche Verbesserung der patientenrechtlichen Situation in Deutschland ist von einer Stärkung unabhängiger Patientenverbände zu erwarten. Die Verbände, die es gibt, verfügen lediglich über geringe Ressourcen und sind institutionell nur ungenügend abgesichert. So ist etwa die Finanzierung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) durch den Bund bislang nur bis Ende 2010 gesichert.

Die Versicherten wünschen sich zudem schon lange mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei den Angeboten ihrer Krankenversicherungsträger.<sup>5</sup> Um dem Rechnung zu tragen, sollten die Patientenvertreter im G-BA auch ein Stimmrecht erhalten.

Der Patientenbeauftragte Wolfgang Zöllner hat angekündigt, für 2011 ein Gesetzgebungsverfahren für ein Patientenrechtegesetz anzustoßen. Doch die Einführung von umfassenden Patientenrechten in Deutschland, die jene vorgenannten Elemente umfasst, wird wahrscheinlich noch längere Zeit in Anspruch nehmen. Zum einen müssen alle Leistungserbringer sich daran betei-

gen, was nicht ohne Reibungen und Widerstände zu erwarten ist, zum anderen stellen die notwendigen Beweiserleichterungen bis zur Beweislastumkehr das deutsche Rechtssystem vor erhebliche Herausforderungen.

Dass eine substanzielle Verbesserung der patientenrechtlichen Lage allerdings möglich ist, zeigen Beispiele aus anderen europäischen Ländern, wie insbesondere Dänemark, die Niederlande und Schweden. Diese können zwar wegen der unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen nicht ohne weiteres auf die deutsche Situation übertragen werden, aber sie liefern Hinweise darauf, an welchen Stellen das deutsche Gesundheitssystem reformiert werden könnte, um die Stellung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

## Von europäischen Nachbarn lernen

Eigenständige Patientenrechtegesetze im europäischen Raum gibt es bislang bereits in Finnland, den Niederlanden, Litauen, Ungarn, Griechenland, Lettland, Dänemark, Norwegen, Frankreich, Belgien, Estland, Spanien, Österreich, Rumänien, Zypern und in der Slowakei.<sup>6</sup>

Als vorbildlich bei den Patientenrechten gilt Dänemark. Dort sind die kommunalen Verwaltungen verpflichtet, Patienten über die diversen Beschwerdemöglichkeiten bei einer vermuteten Fehlbehandlung aufzuklären, zu beraten und diese bei einem Klagewunsch oder bei Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. Die für Beschwerden zuständige Kommission der obersten Gesundheitsbehörde führt zudem Statistiken über auffällig gewordene Ärzte und Einrichtungen und ordnet bei wiederholtem Fehlverhalten eine spezielle Überwachung an.

In den Niederlanden existiert seit 1994 ein Patientenrechtegesetz. Das Health Insurance Disputes Board ermöglicht außergerichtliche Klagen gegen die eigene Krankenkasse, wenn gesetzliche Leistungen der Krankenversicherung nicht gewährt wurden. Das Health Insurance Disputes Board finanziert sich hauptsächlich aus Mitteln der Krankenversicherer, die allerdings nicht zweckgebunden sind. Nach 4 bis 6 Monaten erhalten die betroffenen Parteien ein verbindliches Übereinkommen. Ein Ombudsmann kann zudem bei Streitfällen zwischen Versicherten und seiner privaten Krankenkasse schlichten.<sup>7</sup> Der Staat för-

dert auch Selbsthilfegruppen und Patientenzusammenschlüsse, wobei die Patientenzusammenschlüsse in den Niederlanden gleichberechtigte Partner im Gesundheitswesen sind.<sup>8</sup> Patientenbelange finden daher bei der Aushandlung von Gesundheitsreformen in den Niederlanden eine bessere Berücksichtigung als in Deutschland.

In Schweden gibt es zwar kein eigenständiges Patientenrechtegesetz, doch die patientenrechtliche Situation ist dennoch in mehrererlei Hinsicht besser als in Deutschland.<sup>9</sup> So ermöglicht eine verschuldensunabhängige Patientenschadensversicherung vom 1. Januar 1975 einen außergerichtlichen Klageweg gegenüber Krankenhäusern und Ärzten. Die Patienten müssen in entsprechenden Verfahren das Verschulden von Ärzten oder anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen bei Fehlern nicht aufwändig nachweisen, da in diesem Bereich bereits eine Beweislastumkehr gilt. Zwischen 1975 und 1991 wurden 41 % der registrierten Fälle entschädigt, wobei die durchschnittliche Entschädigungssumme umgerechnet 2.091 Euro betrug.<sup>10</sup> Es gibt in Schweden zudem ein Zentralamt für Patientenbeschwerden, das gerichtsähnliche Züge hat.<sup>11</sup> Zusätzlich existiert noch eine Versicherung gegen negative Folgen von Medikamenten.

Dass ein effektives Beschwerde- und Fehlermanagement im Gesundheitswesen ohne gesetzliche Grundlage funktionieren kann, zeigt auch Großbritannien. Grundsätzlich hat dort jeder Patient des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS) ein Recht darauf, dass Beschwerden, ob

mit oder ohne finanzielle Ansprüche, untersucht und Schritte unternommen werden, ähnliche Vorfälle in Zukunft zu vermeiden.<sup>12</sup>

## Regelungen auf EU-Ebene und die Rolle des Europäischen Gerichtshofes

Die Beispiele zeigen, dass der Weg zu einheitlichen europäischen Mindeststandards für den Patientenschutz noch weit ist. So existiert zwar seit 1984 eine Charta der Patientenrechte auf der europäischen Ebene, in der ein patientenorientierter Vertretungsschutz und ein kundenorientierter Gesundheitswettbewerb festgeschrieben werden. Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes von 1998 bis 2003 zur freien ambulanten und genehmigungspflichtigen stationären Versorgung der Patienten innerhalb der EU haben auch gezeigt, dass Patienten im europäischen Gesundheits- und Verbraucherschutzrecht bereits als Subjekt gelten. Doch im Dezember 2009 ist die europäische Patientenrechte-Richtlinie gescheitert, die die nationalstaatliche Implementierung der bisherigen Urteile des Europäischen Gerichtshofes im Bereich der Patientenrechte, Qualitätsverbesserungen und eine engere Koordination zwischen den nationalen Gesundheitspolitiken gewährleisten sollte. Auch wenn beabsichtigt ist, die Verhandlungen dazu im 2. Halbjahr 2010 wieder aufzunehmen, sollte dies kein Grund dafür sein, die Patientenrechte in den Mitgliedsstaaten und insbesondere in Deutschland, nicht schon vorher zu verbessern.

- 1 Dr. Thomas Schneider hat als Stipendiat der Friedrich-Ebert-Stiftung über Gesundheitssysteme in europäisch vergleichender Perspektive promoviert.
- 2 Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt: Medizinische Behandlungsfehler (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 04/2001).
- 3 Vgl. Claus Wendt: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, Wiesbaden 2003, S. 44f.
- 4 Eine repräsentative Umfrage des Gesundheitsmagazins „Apotheken Umschau“, durchgeführt von der GfK Marktforschung Nürnberg bei 2.014 Bundesbürgern ab 14 Jahren; <http://www.wortundbildverlag.de/--allgemein-VHP/Aerztliches-Fehlverhalten-A091026PIRUR124315.html> (Pressemitteilung vom 28.10.2009).
- 5 Vgl. Jürgen Wasem, Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung? In: Stephan Leibfried, Uwe Wagschal (Hrsg.): Der deutsche Sozialstaat: Bilanzen – Reformen – Perspektiven, Frankfurt/New York, 2000, S. 427–438.
- 6 Vgl. European Observatory on Health Systems and Policies, Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity, (unveröffentlichter Bericht für die Europäische Kommission) 2007, S. 132.
- 7 Vgl. Thomas Schneider, Krankenversicherung in Europa: Deutschland, Schweden und die Niederlande im Vergleich, Neue Lösungsansätze einer europäischen Gesundheitspolitik, Tectum-Verlag, Marburg 2010, S. 248.
- 8 Vgl. Axel Mühlbacher et al., Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen: Der Vergleich staatlicher und marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme am Beispiel Deutschlands, Großbritanniens, den Niederlanden und der Schweiz, Blaue Reihe, Berliner Zentrum Public Health, Berlin Mai 2004, S. 69.
- 9 Vgl. European Observatory on Health Systems and Policies, a.a.O., S. 148.
- 10 Vgl. Uwe K. Preusker, Gesundheitssysteme in Skandinavien, Eine aktuelle Darstellung des schwedischen, norwegischen und finnischen Gesundheitswesens, Bergisch Gladbach 1996, S. 208f.
- 11 Vgl. Susanne Tiemann, Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt: Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien: Analyse und Vergleich, Berlin 2006, S. 215.
- 12 Vgl. Petra Spielberger, Ein kunterbunter Flickenteppich, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 16. Februar 2006, online unter: [http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/4\\_06/pages2/int1.htm](http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/4_06/pages2/int1.htm)