

<https://doi.org/10.1007/s00350-022-6397-1>

Patientenrechtegesetz 2.0 – aus Sicht der Ärzteschaft*

Klaus Reinhardt

Abstract

Der Beitrag gibt die Position der Ärzteschaft zu einem möglichen Patientenrechtegesetz 2.0 wieder. Er stellt ausgehend vom ärztlichen Selbstverständnis einzelne Elemente dazu dar. Vor allem zeigt er auf, was aus Sicht der Ärzteschaft in der Debatte fehlt oder zumindest zu kurz kommt und warum ein Patientenrechtegesetz viel früher ansetzen müsste als die aktuelle Diskussion vermuten lässt.

I. Patientenrechte und ärztliches Selbstverständnis

Ärztinnen und Ärzte sind dem Patientenwohl verpflichtet und möchten ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich behandeln – im Einklang mit ihren Rechten. Patientenrechte sind integraler Bestandteil jeder Behandlung. Es besteht gerade kein Widerspruch zwischen Patientenrechten und ärztlicher Behandlung, vielmehr ist eine ärztliche Behandlung, welche die Patientenrechte nicht achtet oder gegen sie verstößt, zugleich auch ein Verstoß gegen das ärztliche Selbstverständnis.

Drei Sätze aus dem „Genfer Gelöbniß“, das von vielen Ärztinnen und Ärzten zu Beginn ihrer Berufstätigkeit abgelegt wird, belegen dies eindrücklich:

„Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein. [...] Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren. [...] Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.“¹

Das kommt aber auch durch die berufsrechtlichen Regelungen zum Ausdruck. Die Missachtung der Patientenrechte stellt einen Verstoß gegen die Berufspflichten dar². Und diese Pflichtverstöße können die Ärztekammern in berufsgerichtlichen Verfahren ahnden³.

Eine gute Behandlung braucht gute Rahmenbedingungen. Und ein modernes Patientenrechtegesetz ist ganz wesentlicher Bestandteil dieser Rahmenbedingungen.

Im Folgenden werden einige Punkte aus der Debatte um ein „Patientenrechtegesetz 2.0“ herausgegriffen, worauf sich der Beitrag konzentriert. Diese werden aus ärztlicher Sicht beleuchtet und es wird dargestellt, was in der Diskussion fehlt oder zumindest zu kurz kommt.

II. Einordnung aus Sicht der Ärzteschaft

Zunächst soll das Thema Patientenrechte aus Sicht der Ärzteschaft eingeordnet werden. Der Fokus der Debatte liegt zu sehr auf der Frage, ob bereits ein Fehler passiert ist und was passiert, wenn der Fehler geschehen ist. Dann ist es aber bereits zu spät. Viele denken bei dem Wort Patientenrechte

als erstes an Schadensersatz im Falle eines Behandlungsfehlers.

Niemand möchte Fehler machen – erst recht nicht, wenn dadurch Leid und Schaden entsteht. Ärztinnen und Ärzte sind hochengagiert, wenn es darum geht, Fehlern vorzubeugen, weil jeder Fehler auch uns nahegeht. Fehler werden aber nie ganz zu vermeiden sein. Sie sind menschlich.

Es ist richtig, dass Patientinnen und Patienten dann angemessen entschädigt werden. Hierzu hat die Rechtsprechung ein differenziertes System von Beweiserleichterungen entwickelt⁴. Ein großes Problem stellt aber dar, dass dies dazu führen kann, dass es allein unter dem Aspekt des Haftungsrisikos wichtiger erscheint, formale Vorgaben mit bürokratischem Aufwand einzuhalten, als sich auf die eigentliche Behandlung zu konzentrieren.

III. Bürokratischer Aufwand

Das zeigt uns die aktuelle Gesetzgebung zur Triage. Ärztinnen und Ärzte haben bei der intensivmedizinischen Versorgung von schwer an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten bis zur absoluten Erschöpfung gearbeitet. Viele haben es als erfüllend angesehen, wenn eine Patientin bzw. ein Patient das Krankenhaus einigermaßen genesen verlassen konnte. Aber viele stellen sich auch die Frage, wie lange sie sich selbst oder ihre Familie einer solchen Belastung aussetzen können. Bei Pflegefachpersonen ist es im Übrigen genauso.

Bei allem Verständnis für juristische Anforderungen halte ich es aber für absolutes Übermaß, was in dem Kabinettsentwurf für einen neuen § 5c IfSG zur Frage der Dokumentation vorgesehen ist. Gemeint sind die umfangreichen Dokumentationspflichten, die in § 5c Abs. 4 des IfSG nach dem Kabinettsentwurf formuliert sind⁵. Dies betrifft die Situation, dass zwei oder mehr Patientinnen oder Patienten um den letzten freien Platz auf einer Intensivstation konkurrieren.

Sind es z. B. drei Personen, müssen „die der Zuteilungentscheidung zugrunde gelegten Umstände“ – also eine Auswahl der maßgeblichen klinischen Parameter – für alle drei Patienten verschriftlicht werden. Das mag noch gehen. Aber die Stellungnahmen der bis zu drei beteiligten Intensivmediziner und möglicherweise mehrerer hinzugezogener Fachexperten für die besonderen Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen müssen jeweils gesondert festgehalten werden.

Dieses mag für ein Planfeststellungsverfahren ein sachgerechtes Vorgehen sein. Auf einer Intensivstation, in der um das Leben der Menschen gerungen wird, müssen wir aber andere Prioritäten setzen. Wenn noch Zeit bleibt, sollte der Arzt zunächst einmal für ein Gespräch mit den Angehörigen, vielleicht sogar mit der Frage, ob eine Organspende in

*) Schriftliche Fassung des auf dem 7. Kölner Medizinrechtstag „Patientenrechtegesetz 2.0?“ am 21. 10. 2022 gehaltenen Vortrags.

1) Genfer Gelöbniß in der amtlichen deutschen Übersetzung in der der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) vorangestellten Fassung.

2) Vgl. § 2 Abs. 2, §§ 7 ff. MBO-Ä.

3) Vgl. beispielhaft §§ 60 ff. HeilBerG NRW.

4) Vgl. dazu zutreffend Katzenmeier, VersR, 2014, 405, 410.

5) BT-Dr. 20/3877, S. 8.

Betracht kommt, zur Verfügung stehen, bevor er sich an die Schreibtischarbeit macht.

Es gibt ein Beispiel, an welcher Stelle der Gesetzgeber ohne großen Aufwand nachsteuern und Erleichterung schaffen könnte:

Alle Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich gegen Haftpflichtansprüche mit einer hinreichenden Berufshaftpflichtversicherung abzusichern⁶. Und das ist auch gut so. Es schützt nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern vor allem auch Patientinnen und Patienten. Es sichert ab, dass sie wenigstens entschädigt werden können, wenn doch ein Fehler passiert.

Die Verpflichtung besteht berufsrechtlich für jeden Arzt und jede Ärztin, ist vollkommen akzeptiert und wird eingehalten. Eine Schutzlücke gab es nur bei medizinischen Versorgungszentren in nicht-ärztlicher Trägerschaft. Diese hätte man auch spezifisch schließen können. Stattdessen müssen jetzt Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine Versicherung gem. § 95e Abs. 3 SGB V durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG nicht nur gegenüber der für sie zuständigen Ärztekammer, sondern auch dem Zulassungsausschuss nachweisen⁷.

Das ist nicht nur überflüssiger Aufwand. Unklar ist auch, ob die in § 95e Abs. 2, Abs. 5 S. 2 SGB V genannten Versicherungssummen ebenfalls ausreichend sind, um die Versicherungspflicht nach der Berufsordnung vollständig zu erfüllen. Besser und bürokratieärmer wäre es hier gewesen, es bei einer Versicherungspflicht zu belassen.

IV. Aufklärung

Gerade weil es oft unklar bleibt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob dieser zu einem Schaden geführt hat, hat sich die Patientenanwaltschaft und ihr zwangsläufig folgend die Rechtsprechung auf die Aufklärungsfehler konzentriert⁸. Für Juristinnen und Juristen ist das auch eine Materie, bei der sie viel leichter mitreden können als bei der Frage, ob medizinisch richtig gehandelt wurde.

1. Grundsatz der mündlichen Aufklärung

Die Fokussierung auf die Aufklärung führt jedoch dazu, dass der Dokumentation der Aufklärung juristisch eine größere Bedeutung beigemessen wird als der Aufklärung selbst. Zumindest erscheint es Ärztinnen und Ärzten manchmal so.

Patientinnen und Patienten müssen selbstverständlich ordnungsgemäß aufgeklärt werden – aus ärztlicher Perspektive nicht nur aufgrund rechtlicher Vorgaben. Nach dem ärztlichen Verständnis gehört es zur Behandlung dazu, zu erklären, wie die Behandlung ablaufen wird, was geschehen wird und welche Risiken bestehen⁹. Die wenigsten Ärztinnen und Ärzte denken zuerst an rechtliche Vorgaben, wenn eine Patientin oder ein Patient vor ihnen sitzt und sich erkennbar schwertut, eine für sich richtige Entscheidung zu treffen.

Denn: Patientinnen und Patienten müssen die Aufklärung verstehen – das ist aufgrund unseres beruflichen Selbstverständnisses unser Anspruch. Ein Abheften unterschriebener Aufklärungsbögen kann das nicht ersetzen. Das ist im Patientenrechtegesetz 1.0 – wenn man es so nennen möchte – auch so angelegt: Erforderlich ist ausnahmslos die mündliche Aufklärung¹⁰.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob der Wortlaut des Gesetzes nicht über das Ziel hinausgeschossen ist. Denn nach der BGH-Rechtsprechung ist oder war bei einfach gelagerten Fällen von Impfungen die schriftliche Aufklärung ausreichend¹¹. Hier sollten die Grundsätze der seinerzeitigen Rechtsprechung wieder gelten und dies sollte sich auch aus dem Gesetz ergeben.

Anschaulich kann man das am Beispiel einer Auffrischungsimpfung im Rahmen der Empfehlung der Stän-

digen Impfkommision (STIKO) aufzeigen, also einer wohlabgewogenen Empfehlung zu einem millionenfach erprobten Impfstoff: Muss hier wirklich immer mündlich aufgeklärt werden oder würde es nicht ausreichen, schriftlich aufzuklären und genügend Raum für etwaige Nachfragen zu lassen?

Aber abgesehen von solchen Fällen, in denen die mündliche Aufklärung ausnahmsweise nicht notwendig erscheint, ist die mündliche Aufklärung wichtig und richtig. Es geht nämlich darum, dass Patientinnen und Patienten die Aufklärung verstehen. Sie müssen begreifen, wie die Behandlung ablaufen wird, welche Risiken es gibt. Es geht hierbei nicht darum, vorgefertigte und juristisch stichfeste Formulare zu unterschreiben, die zu lang sind, als dass Patientinnen und Patienten sie durchlesen.

Angesichts der mancherorts auch auf juristischen Rat hin erfolgenden Dokumentationsorgien bestehen aber erhebliche Zweifel, ob der Fokus wirklich auf der verständlichen mündlichen Aufklärung liegt.

2. Aufklärungsfehler als eigener Streitgegenstand

Aufklärungsfehler werden im prozessrechtlichen Sinne als gegenüber Behandlungsfehlern vollständig eigene Streitgegenstände gewertet, die unabhängig voneinander angegriffen werden können¹². Solche juristischen Unterscheidungen sind aus ärztlicher Sicht kaum nachvollziehbar. Medizinisch leuchtet es schlicht nicht ein, weshalb streng zwischen Behandlungsfehler und Aufklärungsfehler getrennt wird. Das Arzt-Patienten-Gespräch ist Teil einer guten Behandlung. Die Patientin oder den Patienten aufzuklären und sich rückzuversichern, dass verstanden wird, wozu einwilligt wird, ist Kernbestandteil der ärztlichen Aufgabe.

Der bürokratische Aufwand, der zum erheblichen Teil auch der Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht geschuldet ist, ist der Behandlung nicht zuträglich. Es ist deshalb verständlich, dass manche Ärztinnen und Ärzte, etwa in der Geburtshilfe, auch Angst haben zu haften, wenn sie nichts falsch gemacht haben.

Unbestritten ist: Wo Patientinnen und Patienten durch Behandlungsfehler geschädigt werden, müssen sie auch eine Entschädigung erhalten. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, wie mit Schäden umgegangen werden sollte, die einem schicksalhaften Verlauf geschuldet sind, insbesondere wenn sie ein erhebliches Ausmaß haben. Darauf komme ich gleich zurück.

Der Gesetzgeber hat mit dem letzten Patientenrechtegesetz auch die Beweislastregeln kodifiziert. Das ist sachgerecht. Denn insgesamt haben sich die Grundsätze des Arzthaftungsrechts sehr bewährt und ich glaube nicht, dass wir gut daran täten, sie vollständig aufzugeben und ein ganz neues System zu etablieren.

V. Proportionalhaftung

Dass es keine grundlegenden Änderungen geben sollte, kann an einem Vorschlag verdeutlicht werden, der im Zusammenhang mit einem Patientenrechtegesetz 2.0 auch diskutiert wird: die Proportionalhaftung¹³. Er soll hier nicht

6) § 21 MBO-Ä.

7) Spiegel, GesR 2021, 477.

8) Vgl. z.B. BGH, MedR 2010, 101; 2016, 431; 2021, 41; OLG Koblenz, NJW-RR 2002, 816; OLG Köln, MedR 2011, 161.

9) Vgl. § 8 S. 3 MBO-Ä.

10) § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB.

11) BGH, MedR 2001, 42.

12) BGH, MedR 2007, 722.

13) Gutmann, in: SoVD-Gutachten „Stärkung und Weiterentwicklung der Patientenrechte in Deutschland“, 2021, S. 20f. m. w. N.; Stremtzer, AcP 2008, 676; krit. Katzenmeier, ZfP 117 (2004), 187, 208ff.

juristisch, sondern unter medizinischen Gesichtspunkten bewertet werden.

Die Idee dahinter ist folgende: Wenn man nicht sicher weiß, ob ein Behandlungsfehler zu einem Schaden geführt hat, dies aber zu einem bestimmten Prozentsatz wahrscheinlich ist, soll der Patient entsprechend anteilig entschädigt werden. Ist die Ursächlichkeit zu 50 Prozent wahrscheinlich, werden 50 Prozent des Schadens ersetzt, bei einer Wahrscheinlichkeit von 70 Prozent eben 70 Prozent des Schadens.

Diese Quoten müssen jedoch festgestellt werden. Aus ärztlicher Sicht stellt sich die Frage, wer woher wissen will, wie hoch die exakte Wahrscheinlichkeit in Prozent ausgedrückt dafür ist, dass der Schaden auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist. Ärztinnen und Ärzten kann nicht empfohlen werden, dazu ein Gutachten abzugeben. Ich jedenfalls würde keine derartige Beurteilung abgeben und könnte es auch keinem meiner Kolleginnen und Kollegen empfehlen. Solche Gutachten würden hier bei gleichen Sachverhalten zu völlig unterschiedlichen Bewertungen kommen. Es gibt nämlich schlicht keine medizinische Grundlage, um dies festzustellen.

VI. Beweislastumkehr

Ebenso wenig ist die Forderung nach einer generellen Beweislastumkehr¹⁴ zielführend. Bei komplexen medizinischen Zusammenhängen einfach generell und nicht nur bei hinzukommenden Begleitumständen zu unterstellen, ein unerwünschtes Behandlungsergebnis sei Folge eines Behandlungsfehlers, ist aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Das führt nur dazu, dass Schadensersatzansprüche angenommen werden, bei denen tatsächlich kein Kausalzusammenhang besteht. Ärzte müssten in der Folge zukünftig erst einmal Beweis führen, um ungerechtfertigte Schadensersatzansprüche abzuwehren. Und damit wird beispielsweise ein Krankenhausträger noch mehr verlangen, dass alles nahezu minutiös dokumentiert wird. Die Konsequenz wäre, dass noch weniger Zeit für das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten verbleibt.

Ärztinnen und Ärzte tragen persönlich Verantwortung für ihr ärztliches Handeln. Aber kraft Gesetzes verpflichtet zu werden, in Zukunft gegen erhobene ungerechtfertigte Ansprüche Beweis zu führen, ist ein Irrweg.

Auch eine juristische Bewertung wird zu dem Ergebnis kommen, dass eine generelle Beweislastumkehr auch aus rechtsdogmatischen Gründen abgelehnt werden muss.

VII. Zur Fehlervermeidung früher ansetzen

Ein Problem der Debatte um ein Patientenrechtegesetz 2.0 besteht darin, dass der Fokus beim Thema Patientenrechte immer schnell auf der Frage der Arzthaftung liegt. Patientinnen und Patienten haben jedoch zunächst das Recht, gemäß dem anerkannten fachlichen Standard behandelt zu werden¹⁵. Wenn ein Fehler passiert, ist dieses Recht bereits verletzt. Daran ändert auch eine nachträgliche finanzielle Entschädigung nichts. Denn sie kann keinen Fehler, keine Schädigung rückgängig machen, sondern allenfalls Erleichterung für den Umgang mit den Folgen des Behandlungsfehlers verschaffen.

Ein Patientenrechtegesetz 2.0 muss früher ansetzen und beantworten, wie am besten sichergestellt werden kann, dass erst gar keine oder jedenfalls möglichst wenige Fehler entstehen.

Nicht nur in der Medizin gilt: Schlechte Rahmenbedingungen fördern Fehler. Völlige Überlastung wegen Personalmangels, fehlende Zeit für Patientinnen und Patienten wegen bürokratischen Aufwands oder unausgereifter IT-Infrastruktur stellen deshalb auch für die Patientensicherheit gravierende Probleme dar.

1. Mehr Zeit für die eigentliche Patientenbehandlung

Es bedarf deshalb vor allem mehr Zeit, sich mit den Fragen, Zweifeln und Ängsten von Patientinnen und Patienten zu befassen. Patientensicherheit heißt eben auch, dass Patientinnen und Patienten sich sicher fühlen, weil der Arzt und die Ärztin ihnen genügend Zeit und Zuwendung schenkt und sie damit ernst nimmt. Es bedarf aber auch Zeit, um Kolleginnen und Kollegen nach Rat zu fragen, also Zeit für ein offenes Konsil und die Abstimmung mit Pflegekräften oder Medizinischen Fachangestellten. Und es ist auch Zeit notwendig, einmal wirklich Pause zu machen – alles das würde maßgeblich zur Fehlervermeidung beitragen.

Diese Zeiten fehlen aber zunehmend in einem System, das politisch nur noch aus der Kostenperspektive gesteuert wird.

2. Sprachbarrieren entgegenreten

Unerlässlich für die Entscheidung von Patientinnen und Patienten für oder gegen eine Behandlung und auch für den Heilungserfolg ist es, dass sie die Ärztin oder den Arzt verstehen. Wenn Patientinnen oder Patienten keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse haben, behilft man sich mit Angehörigen, Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern oder mit einer beschränkten Aufklärung und Information auf das Allernötigste. Im Ergebnis können Patientinnen und Patienten dann mangels Aufklärung entweder gar nicht behandelt werden oder sind vielleicht im rechtlichen Sinne gerade so ausreichend aufgeklärt. Von einer vernünftigen Versorgung ist das noch weit entfernt. Daher müssen Dolmetscherkosten finanziert werden.

3. Rahmenbedingungen verbessern

Ziel für Ärztinnen und Ärzte ist die bestmögliche Versorgung der ihnen anvertrauten Menschen. Ziel ist es nicht, gerade so rechtliche Mindestvorgaben einzuhalten.

Daher bedarf es in einem echten Patientenrechtegesetz Lösungen

- zur adäquaten Personalausstattung,
- zu einer adäquaten IT-Infrastruktur,
- zum Abbau überbordender bürokratischer Vorgaben,
- zur besseren Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen und – wie bereits erwähnt –
- zur Finanzierung von Dolmetscherkosten.

So kann das Recht der Patientinnen und Patienten auf fehlerfreie Behandlung auch bestmöglich erreicht werden.

VIII. Echter Härtefallfonds

Ein richtiges und wichtiges Anliegen von Patientinnen und Patienten ist es, im Falle eines Schadens auch entschädigt zu werden. Dies gilt für nachgewiesene Behandlungsfehler.

In einem Sozialstaat muss dies aber auch für alle besonders gravierenden Fälle gelten – unabhängig davon, ob diese auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen sind oder schicksalhaft eintreten. Vereinzelt gibt es diesen Anspruch unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung. Im Infektionsschutzgesetz ist festgelegt, dass Personen, die einen Impfschaden erleiden, Versorgungsansprüche haben, und zwar auch dann, wenn die Impfung nach allen Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde¹⁶.

Härtefälle sollen also ausgeglichen werden. Das sollte auch für Fälle gelten, bei denen am Ende einer Behandlung kein Erfolg steht, sondern ein außergewöhnlicher Schaden

14) Ablehnend Katzenmeier, MedR 2011, 201, 206.

15) § 630a Abs. 2 BGB.

16) Vgl. § 60 IfSG.

– auch wenn schlicht der Heilungsprozess ungünstig verlaufen ist. Das wäre ein echter Härtefallfonds.

IX. Unabhängige Patientenberatung verstetigen

Wichtig ist auch, dass Patientinnen und Patienten gut informiert und beraten sind, und zwar nicht nur in medizinischen Fragen von den sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten, sondern auch in anderen Fragen rund um die Behandlung.

Eine Beratung ist nicht erst dann notwendig, wenn ein Schaden eingetreten ist. Schon vor der Behandlung müssen sich Patientinnen und Patienten zum Beispiel zuverlässig informieren können, ob sie einen Anspruch auf eine Behandlung haben, wenn ihnen ihre Krankenkasse diesen Anspruch verweigert hat. Solche Beratungen müssen unabhängig erfolgen. Deshalb sollte die Unabhängige Patientenberatung ausgebaut und verstetigt werden¹⁷. Es bedarf hierbei einer dauerhaften Lösung, ohne regelmäßig europaweit auszuschreiben.

X. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Fehler werden sich nie ganz vermeiden lassen. Ebenso wenig wird sich aber vermeiden lassen, dass Arzthaftungsprozesse häufig lange dauern und mit einem hohen Kostenrisiko einhergehen. Gerichte werden weiter auf differenzierte Gutachten angewiesen sein. Denn Medizin ist keine Mathematik. Leitlinien geben immer einen Behandlungskorridor vor und sind keine Vorschrift, unter die sich eins zu eins die Behandlung subsumieren lässt. In der Medizin entscheidet der Einzelfall, und genau das macht Medizin so anspruchsvoll. Gutachter, die ihr Handwerk beherrschen und das alles einbeziehen, werden weiterhin viele Aufträge erhalten und Gutachten nicht immer so schnell erstellen können, wie es sich die Prozessbeteiligten wünschen.

Die aufwendigen Gerichtsverfahren belasten nicht nur die Patienten, sondern auch den Staatshaushalt. Sie sind – wenn man es so bezeichnen möchte – ein „Minusgeschäft“

für den Staat. Gerichte können in den aufwendigen Verfahren, in denen die Kläger häufig angehört werden müssen, nicht kostendeckend „arbeiten“.

Die Ärzteschaft hat hier ein Angebot gemacht und für potenzielle Behandlungsfehler Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet. Die meisten Länder haben das aufgegriffen und die Landesärztekammern in den Heilberufe- und Kammergesetzen beauftragt, bei Behandlungsfehlervorwürfen zwischen Patienten und Ärzten zu vermitteln und zu schlichten¹⁸.

Deshalb ist in diesem Zusammenhang das für Patientinnen und Patienten – und den Staat – kostenlose Angebot der Landesärztekammern so wichtig. Patientinnen und Patienten können sich bei einem Verdacht an die unabhängigen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wenden. Sie kommen auf diesem Weg an für sie kostenlose und differenzierte Gutachten. Teure und langwierige Prozesse lassen sich so in den meisten Fällen vermeiden.

Fazit

Hufeland prägte den Satz: „Vorbeugen ist besser als Heilen.“ Bei einem „Patientenrechtegesetz 2.0“ muss es darum gehen, wie die Patientenrechte aufrechterhalten und schon ihre Verletzung verhindert werden kann. Es sollte deshalb gelten: „Vorbeugen ist besser als entschädigen.“

17) Vgl. dazu den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/U/UPD_Stiftung_RefE_65b_SGB_bf.pdf, abgerufen am 21.10.2022; Modell, 2024 – Weiterentwicklung der Unabhängigen Patientenberatung, Stand: 9.9.2022; BAGP, Unabhängige Patientenberatung Deutschland künftig als Stiftung vom GKV Spitzenverband Bund der Krankenkassen?, Stand: 24.10.2022.

18) Bspw. §§ 6 Abs. 1 Nr. 8; 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 Nds. HKG; § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SächsHKaG; § 6 Abs. 1 Nr. 7 HmbKGGH.

Die Zukunft der Patientenrechte aus Sicht der Patientenschaft*

Stefan Schwartzte

Als Patientenbeauftragter der Bundesregierung ist es dem Verfasser naturgemäß ein besonders wichtiges Anliegen, sich für die Weiterentwicklung der Patientenrechte einzusetzen. Dies gehört nicht nur zu seinen originären Aufgaben. Ein entsprechender Auftrag findet sich auch ausdrücklich im aktuellen Koalitionsvertrag. Der Patientenbeauftragte wird sich daher in der laufenden Legislaturperiode für die Verabschiedung eines „Patientenrechtstärkungsgesetzes“ einsetzen. Insbesondere die Durchsetzung der bereits bestehenden Patientenrechte in der bestehenden Versorgungsrealität soll dabei im Fokus stehen. Aber auch

die Erhöhung der Patientensicherheit durch verschiedene Instrumente und die Verbesserung der beweisrechtlichen Situation im Arzthaftungsprozess sind Gegenstand seines Einsatzes.

I. Einführung

1. Gegenwärtige Patientenrechte

Betrachtet man die Anwendung des im Februar 2023 bereits seit 10 Jahren geltenden Patientenrechtegesetzes¹ im Versorgungsalltag und durch die Judikative aus Sicht der Patienten², zeigt sich in verschiedenen Bereichen erheb-

Stefan Schwartzte, MdB,
Patientenbeauftragter der Bundesregierung,
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin, Deutschland

Der Beitrag wurde unter Mitwirkung von Anne Rother, LL.M. (Medizinrecht), Rechtsreferendarin des Patientenbeauftragten, verfasst

* Schriftliche Fassung des auf dem 7. Kölner Medizinrechtstag „Patientenrechtegesetz 2.0?“ am 21. 10. 2022 gehaltenen Vortrags.

1) „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“, BT-Dr. 17/10488.

2) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden das generische Maskulinum verwendet.