

POLITIK



Foto: Your Photo Today

PATIENTENRECHTE

Warten aufs Gesetz

Über das geplante Patientenrechtegesetz und die nationale Umsetzung der neuen EU-Patientenrichtlinie diskutierten Experten beim Deutschen Medizinrechtstag.

Als politische „Alibimaßnahme“ kritisierte der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. med. Günther Jonitz, das geplante Patientenrechtegesetz beim 12. Deutschen Medizinrechtstag in Berlin. „Die Rechte werden in der Regel immer dann entdeckt, wenn sie bedroht sind“, sagte Jonitz und verwies auf die „weiche“, heimliche Rationierung durch Personalabbau und Ärztemangel in den Krankenhäusern. Gesundheitspolitik sei vorwiegend defizit- und kostenorientiert. Die wirtschaftlichen Zwänge sorgten dafür, dass Qualität und Patientensicherheit abnehmen.

Die Patientenrechte in Deutschland seien so gut wie in fast keinem anderen europäischen Land. „Das Patientenrechtegesetz sieht dahin, wo die Probleme ankommen, nicht dahin, wo sie herkommen. Die eigentlichen Probleme liegen woanders, nämlich in der Ökonomisierung“, betonte Jonitz. Das Patientenrechtegesetz könne nicht das Ende, sondern bestenfalls der Beginn einer gesellschaftspolitischen Debatte über die Rechte der Patienten und die Möglichkeiten ihrer Verwirklichung sein.

Hinweisen aus den beteiligten Bundesministerien für Justiz und Gesundheit zufolge sei mit dem Referentenentwurf zum Gesetz Ende Oktober 2011 zu rechnen, berichtete Prof. Dr. iur. Dieter Hart, Universität Bremen. Die Aussagen im Grundlagenpapier, das der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner (CSU), im März vorgelegt hatte (siehe DÄ, Heft 13/2011), sind nach Meinung des Rechtsexperten teilweise sehr knapp und auslegungsbedürftig. „Man muss abwarten, was der Gesetzentwurf bringt“, sagte Hart. „Das Grundlagenpapier ist ein Flickenteppich.“ Es lasse kein kohärentes Konzept erkennen und habe die durch die Koalitionsvereinbarungen geweckten Erwartungen vieler Akteure im Gesundheitssektor bislang enttäuscht.

Patientensicherheit als Schwerpunkt

Der Befürworter des Gesetzesvorhabens hält statt des geplanten Artikelgesetzes, das die in vielen Einzelgesetzen geregelten Patientenrechte lediglich zusammenfasst, ein einheitliches gebietsübergreifendes

Gute Kommunikation spielt für die Patientensicherheit eine wesentliche Rolle.

Grundsatzgesetz mit den wichtigsten Rechtsprinzipien für wünschenswert. Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei auf der Patientensicherheit liegen. „Patientensicherheit ist ein Patientenrecht. Es greift über alle betroffenen Rechtsgebiete hinweg und harmonisiert sie unter diesem Aspekt. Das reicht vom Berufs- und Vertrags-, über das Haftungs- bis in das Sozialrecht“, erläuterte Hart. Patientensicherheit als Vermeidung unerwünschter Ereignisse umfasst dabei nach Hart nicht nur eine gute Behandlung und Kommunikation, sondern vor dem Hintergrund immer mehr institutionell-organisatorischer Fehler auch das Recht auf eine gute Organisation der Behandlungsprozesse. Hierzu gehöre auch ein funktionierendes Risiko- beziehungsweise Fehlermanagement. Informationen aus Fehlerberichtssystemen wie etwa CIRS müssten dabei vor dem Zugriff in Rechtsverfahren geschützt werden, forderte Hart.

Im Hinblick auf die geplante Regelung zur Berufshaftpflichtversicherung, die nach dem Grundlagenpapier künftig die Länder und (Zahn-)Ärzttekammern durch geeignete Überprüfungsmechanismen zum Schutz der Patienten sicherstellen sollen, schlug Prof. Dr. Karl Otto Bergmann, Hamm, vor, eine Pflichtversicherung mit angemessener Mindestdeckung, einem Quotenverrecht des Geschädigten und einer persönlichen Haftungsbeschränkung des Arztes auf die Deckungssumme einzuführen.

Während das Patientenrechtegesetz in Deutschland weiter auf sich warten lässt, gibt es auf europäischer Ebene Fortschritte: Sichtbares Zeichen dafür ist die europäische Patientenrichtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, die in einem weiteren Themenblock des Symposiums diskutiert wurde. Die Richtlinie, die die Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) bis zum 25. Oktober 2013 umsetzen müssen, be-

trifft die Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Sie beschreibt die Voraussetzungen, unter denen Patienten in einem anderen Mitgliedsstaat einen Arzt aufsuchen und sich medizinisch behandeln lassen können. Gleichzeitig soll sie die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung fördern. Dabei definiert die Richtlinie Gesundheitsversorgung als „Gesundheitsdienstleistungen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten“.

Die Patientenrichtlinie ist nach Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Universität Kiel, eine Abspaltung der Dienstleistungsrichtlinie, die ihre Ursprünge unter anderem im Scheitern des Einbezugs von Gesundheitsdienstleistungen in die Dienstleistungsrichtlinie hat. „Mit der Richtlinie wird mehr gewollt, als nur einen freien Gesundheitsdienstleistungsverkehr herzustellen“, erklärte Igl. Dieser die Dienstleistungsfreiheit „überschießende Teil“ der Richtlinie mache sie zum Problem, auch im Hinblick auf die Umsetzung in den Mitgliedstaaten. Die Union werde dadurch zu einem wichtigen Akteur in der Gesundheitsversorgung der Mitgliedstaaten aufgebaut, vor allem im Hinblick auf die Bereiche der Prävention und des öffentlichen Gesund-

heitsschutzes. Inwiefern sich hier auch eine „Hintertür für die Einflussnahme auf die nationale gesundheitspolitische Gestaltungsmacht“ (Igl) aufzutut, ist nach Meinung des Experten noch offen.

Nationale Kontaktstellen als Herausforderung

Nach Artikel 4 der Richtlinie muss jedes EU-Land mindestens eine nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung errichten, in der Art der Ausgestaltung sind die Mitgliedstaaten frei. Welche Herausforderungen mit dieser Regelung verbunden sind, beschrieb Anja Mertens, Justiziarin des AOK-Bundesverbands. Die nationalen Kontaktstellen sollen die Bürgerinnen und Bürger innerhalb der EU als unabhängige Informationsstelle verständlich und fachkundig über grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen informieren. Die Informationen müssen dabei leicht und auf elektronischem Weg sowie barrierefrei zugänglich sein.

Die Informationspflicht für die EU-Länder in ihrer Rolle als Behandlungsmittelländer umfasst dabei nicht nur die Leistungen der Krankenkassen, sondern aller privaten und öffentlichen Gesundheitsdienstleister gemäß den jeweiligen nationalen gesetzlichen Bestimmungen und Berechtigungen. Zu Gesundheitsdienstleistern zählen nicht nur Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser und sonstige medizinische Einrichtungen, sondern auch Angehörige von Gesundheitsberufen wie Pflegekräfte, Heb-

men, Logopäden et cetera. „Die reine Auflistung der Leistungserbringer reicht dabei nicht aus, sondern es geht um Informationen zu Qualität, Sicherheit und Verfügbarkeit“, betonte Mertens. So müssen beispielsweise auf Anfrage Informationen über geltende Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit sowie über die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Personen mit Behinderungen bereitgestellt werden. Auch über Patientenrechte, die in Deutschland derzeit noch nicht kodifiziert vorliegen, sowie über Verfahren etwa bei Streitigkeiten, ist zu informieren. Die Erfüllung dieser Informationspflichten durch den Mitgliedstaat sei mit einem hohen administrativen, technischen und personellen Aufwand verbunden, erklärte Mertens. Der „große Knackpunkt“ seien die privaten Dienstleister, wenn der Markt dem Wettbewerb für Patienten aus dem Ausland geöffnet werde. Hier muss eine Datenbank mit qualitätsgesicherten Informationen zu den Dienstleistern aufgebaut und evaluiert werden, ohne dass bisher klar ist, wer dafür zuständig ist und wie dies finanziert werden soll.

In ihrer Rolle als Versicherungsmittelländer hingegen müssen die EU-Länder auf Anfrage über Rechte und Ansprüche insbesondere im Hinblick auf Kostenerstattungsverfahren informieren. Dies sei in Deutschland aber bereits umgesetzt und daher inhaltlich unproblematisch, meinte die Rechtsanwältin. Auch sei hierfür nicht mit weiteren Kosten zu rechnen.

Zusätzlich zu den Informationspflichten sollen die Kontaktstellen auch als Kommunikationspartner auf EU-Ebene fungieren. Hierzu sind sie aufgefordert, eng untereinander, das heißt mit den mindestens 26 Kontaktstellen der übrigen EU-Länder und mit der Kommission zusammenzuarbeiten und einen Austausch mit Patientenorganisationen, Krankenversicherungsträgern und Leistungserbringern zu gewährleisten. Der föderale Aufbau Deutschlands könnte die Komplexität dieser geforderten Vernetzung zusätzlich erhöhen.

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union wird künftig für Patienten einfacher.



Foto: gpd

Heike E. Krüger-Brand