



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, 08.08.2011

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nimmt zum Grundlagenpapier für ein Patientenrechtegesetz vom 22.03.2011,**

vorgelegt vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Justiz (Anlage 1),

mit den nachfolgenden Ausführungen Stellung und bittet, die Ausführungen bei der Erstellung eines Referentenentwurfs und der Beschlussfassung im Deutschen Bundestag zu berücksichtigen.

Da das hier angesprochene Grundlagenpapier zum Teil nur sehr allgemeine Andeutungen hinsichtlich einer Gestaltung des Patientenrechtegesetzes enthält, bleibt eine weitere Stellungnahme nach Vorlage des Referentenentwurfes vorbehalten.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* steht im Übrigen für eine Anhörung zur Verfügung.**

Stellungnahme:

Die nachfolgenden Ausführungen stellen auf die aus Patientensicht gebotene Ausgestaltung eines Patientenrechtegesetzes ab und knüpfen, soweit das Grundlagenpapier vom 22.03.2011 Hinweise enthält, an die jeweiligen Textpassagen an.

Eine weitere Stellungnahme folgt, sobald der angekündigte Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz vorliegt.

In den Vorbemerkungen des Grundlagenpapiers wird ausgeführt:

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 verpflichtet, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. In die Überlegungen der Bundesregierung zu einem Patientenrechtegesetz sind auch die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche des Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen eingeflossen.

Das Gesetz wird die langjährige Diskussion über die Rechte der Patientinnen und Patienten aufgreifen und das Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Welche Rechte Patientinnen und Patienten haben, ist derzeit noch an vielen Stellen geregelt. So finden sich neben den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner sowie in Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz. Weitere Regelungen enthalten die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Schließlich sind die Patientenrechte derzeit auch maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt.

Das geplante Patientenrechtegesetz wird die Rechte der Patientinnen und Patienten transparenter gestalten und bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abbauen. Gleichzeitig wird die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer, indem Risiko- und Fehlervermeidungssysteme dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu optimieren. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur wird Behandlungsfehler jedoch nie gänzlich ausschließen können. Für diesen Fall ist eine verlässliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Krankenkasse vorgesehen. Zudem werden die Rechte der Patientinnen und Patienten, aber auch der Pflegebedürftigen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk erklärt zu den Vorbemerkungen des Grundlagenpapiers:

Patientenrechte sind seit Jahrzehnten von der bundesdeutschen Rechtsprechung geprägt worden. So hat z.B. der Bundesgerichtshof (BGH) bereits in den 50er Jahren herausgestellt: **„Der Patientewille ist das oberste Gesetz“**. Berücksichtigt man alle inzwischen ergangenen Entscheidungen, bis hin zu den Klarstellungen durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zur sog. „Waffengleichheit“, gibt es eine Fülle von Patientenrechten, die streng genommen in den entscheidenden Punkten hilfreich sind, nur durch eine gesetzliche Regelung noch der Bestätigung bzw. Klarstellung bedürfen. Wenn es eine solche Regelung gibt, die dann für mehr Transparenz sorgt, kann ein Patientenrechtegesetz nur begrüßt werden. Diesbezüglich hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* bereits am 11.05.2010 in einer Pressemitteilung geäußert – **Anlage 2**.

Allerdings muss durch die Schaffung eines Patientenrechtegesetzes auch die Chance genutzt werden, die bereits gegebenen **Rechte fortzuentwickeln** und durch Vorschriften für **Fehlervermeidungssysteme** und **nachteilsfreies Melden möglicher Mangelsituationen** zu ergänzen.

Bei **mutmaßlichen Behandlungs- und Pflegefehlern** müssen die Kranken- und Pflegekassen (mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - MDK) verpflichtet werden, den jeweils betroffenen Versicherten zu unterstützen. Die jetzige Kannvorschrift ist in eine Mussvorschrift umzuwandeln. Unerlässlich erscheinen Vorschriften, die den Patienten ein Klageverfahren bei mutmaßlichen Fehlern erleichtern, vor allem durch Regelungen, die die Begutachtung auf Veranlassung der Patientenseite erleichtern (und zwar außerhalb der Gutachter- und Schlichtungsstellen). Zur Zeit ist es leider so, dass Patienten, die eine Klage wegen eines vermuteten Fehlers anstrengen wollen, kaum in der Lage sind, einen geeigneten Gutachter für die Prozesseinleitung und -führung zu gewinnen.

Entscheidend wird sein, ob es durch die Abfassung eines Patientenrechtegesetzes gelingt, die Anwendung der gegebenen Rechte in der Praxis besser durchsetzen zu können. Denn wie in anderen Bereichen ist es oft so, dass es eher weniger Erkenntnis-, sondern hauptsächlich **Durchsetzungsprobleme** gibt.

Damit die Versicherten bzw. Patienten einen besseren Überblick über die Situation ihrer Rechte und Pflicht bekommen, sollten möglichst alle relevanten Vorschriften (Sozialgesetzbuch - SGB, Arzneimittelrecht, Bürgerliches Gesetzbuch - BGB, Datenschutzvorschriften usw.) **in einem Gesetz zusammen geführt** werden.

Die „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ sowie die „**Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland**“ müssen mit ihren grundsätzlichen Aussagen in das Patientenrechtegesetz eingebunden werden. Damit können die entsprechenden grundsätzlichen Formulierungen, die lediglich unverbindlichen Leitlinien ähneln, zu **subjektiv-öffentlichen Rechten** ausgestaltet werden. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* hat bereits 2008 eingefordert, die Einbeziehung der Chartagrundsätze in das Landesheimgesetz NRW zu erreichen, erfolglos. Die dazu am 29.10.2008 verfasste Pressemitteilung ist als **Anlage 3** angefügt. Die seinerzeit erhobenen Forderungen sollten nunmehr bei der Abfassung des Patientenrechtegesetzes Berücksichtigung finden.

Angefügt noch folgende (musterhafte) **Hinweise**:

Den ersten patientenfreundlichen Kurz-Ratgeber zum Patientenrecht gab es bereits 1981 von *Werner Schell* mit dem Titel „**Arztpflichten – Patientenrechte**“. Diese Buchveröffentlichung, die zuletzt 1993 in 4. Auflage neu gestaltet wurde, ist heute noch weitgehend aktuell. Vgl. dazu die **Anlage 4**. Diese Buchveröffentlichung ist bei ihrem erstmaligen Erscheinen im Deutschen Ärzteblatt vom 22.10.10981 besprochen und gleichzeitig heftig kritisiert worden. Eine patientenfreundliche Ratgeberveröffentlichung war damals – zumindest aus der Sicht der organisierten Ärzteschaft - offensichtlich nicht gewünscht.

Einige Jahr später wurde dann durch Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier ein „amtliches Papier“ zu den Patientenrechten formuliert. Diese Ausführungen, die als **Anlage 5** angefügt sind, wurden später mit dem Titel „**Patientenrechte in Deutschland heute**“ in Broschürenform der Öffentlichkeit vorgestellt.

Umfangreiche **Informationen zum Patientenrecht** wurden in den zurückliegenden Jahren – stets aktuell – ins Internet eingestellt und sind unter folgender Adresse verfügbar: <http://www.wernerschell.de/patientenrecht.php>

Im Rhein-Kreis Neuss wurde 2004 (aktualisiert 2006) im Übrigen durch den Arbeitskreis Patientenratgeber der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss, c/o Geschäftsstel-

le der Gesundheitskonferenz im Kreisgesundheitsamt Neuss, ein **Patientenratgeber** herausgegeben, der kostenlos bei der Kreisverwaltung abgerufen werden kann.

Mit diesen Hinweisen wird verdeutlicht, dass es bereits in zurückliegender Zeit umfangreiche Informationen für Patienten gegeben hat. Wenn es gleichwohl **Probleme** bei der Wahrnehmung von Patientenrechten gegeben hat, lagen diese **vornehmlich im Bereich der Durchsetzung der Patientenrechte**. Dies sollte bei der Ausformulierung des Patientenrechtegesetzes bedacht werden.

Im Vorspruch zum Grundlagenpapier heißt es dann noch in allgemeiner Form:

Das Patientenrechtegesetz soll als Artikelgesetz gestaltet werden und im Einzelnen folgende wesentliche Regelungen vorsehen: ...

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bemerkt zum „Vorspruch zum Grundlagenpapier“:

Mit der Schaffung eines Patientenrechtegesetzes sollte die Chance genutzt werden, alle **Rechte und Pflichten** im Zusammenhang mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung **in einem einzigen Gesetz** zusammen zu führen. Wenn mit dem Hinweis auf ein „Artikelgesetz“ gemeint soll, dass die geplanten Regelungen zu einem großen Teil in verschiedene andere Vorschriften eingefügt werden soll, erscheint das weniger patientenfreundlich und schon gar nicht übersichtlich.

Zum „Behandlungsvertrag“ wird unter Ziffer I des Grundlagenpapiers ausgeführt:

1. Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch

Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Dies wird sich durch die bevorstehende Novelle nunmehr ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden und sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an die Angehörigen anderer Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten richten. Die Patientin/ der Patient ist verständlich und umfassend zu informieren und auf die Kosten für solche Heilbehandlungen hinzuweisen, die von den Leistungsträgern nicht übernommen werden.

Beispiel: Der Arzt hat den Patienten über die zur Erstellung der Diagnose erforderlichen Maßnahmen, die Diagnose und die beabsichtigte Therapie aufzuklären. Verstößt er hiergegen, so ist eine Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahme unwirksam.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht

Bereits jetzt müssen die Behandelnden Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff grundsätzlich umfassend über die Art der konkreten Behandlung und über deren Risiken aufklären. Die Aufklärung hat in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen; eine bloß schriftliche Aufklärung reicht nicht aus. Der Patientin/ dem Patienten muss genügend Zeit für eine wohl überlegte Entscheidung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts verbleiben. Im Streitfall muss die/der Behandelnde die ordnungsgemäße Aufklärung der Patientin/ des Patienten beweisen. Diese Verpflichtungen sollen ausdrücklich gesetzlich festgelegt werden.

Daneben wird die Dokumentationspflicht der/ des Behandelnden gesetzlich konkretisiert werden. Krankenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Dies kann - unter Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit - auch elektronisch erfolgen. Dokumentiert die/ der Behandelnde nicht wie im Gesetz vorgesehen, etwa weil Befunde pflichtwidrig nicht gesichert werden, so wird zu seinen/ ihren Lasten vermutet, dass es die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gegeben hat. Schließlich soll eine gesetzliche Regelung auch das Recht auf Akteneinsicht vorsehen und die Patientin/ den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird.

Beispiel: Den Patienten steht das Recht zu, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese - auf eigene Kosten - zu kopieren.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zum „Behandlungsvertrag“ wie folgt Stellung:

(1) Das **Behandlungsvertragsrecht** ist bereits von den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches erfasst und beschreibt damit, wie für viele andere Lebensbereiche auch, grundlegende Rechtspositionen zwischen den Patienten und den Anbietern medizinischer Leistungen. Dass sich aus diesen Vertragsrechtsvorschriften unter Berücksichtigung der Vorgaben in Artikel 1 und 2 Grundgesetz (GG) umfassende Aufklärungspflichten ergeben, haben die bundesdeutschen Gerichte in zahlreichen Streitverfahren in aller Deutlichkeit beschrieben. Dabei wurde klargestellt, dass die gehörige Aufklärung Voraussetzung für eine rechtswirksame Patienteneinwilligung ist. Wenn es insoweit zu einer **Verdeutlichung im Patientenrechtegesetz** kommen sollte, wird dies zwar keine neue Rechtslage schaffen, aber die bereits bekannten Rechtsgrundsätze bekräftigen. Die Schwierigkeit wird nur sein, insoweit Formulierungen zu finden, die den gesamten Komplex der Aufklärungspflicht und Patienteneinwilligung so klar und unmissverständlich erfassen, dass es bezüglich der verfassungsrechtlich garantierten Patientenautonomie keine Zweifelsfragen mehr gibt.

Es erscheint in diesem Zusammenhang geboten, die Grundsätze der **Patientenselbstbestimmung**, soweit sie im BGB -Abschnitt Rechtliche Betreuung - zu finden sind (§ 1901a ff. BGB), in das Patientenrechtegesetz einzubinden. Denn wenn schon die vertraglichen Rechtsgrundlagen in einem Patientenrechtegesetz näher ausgeführt werden, dann müssen auch folgerichtig diesbezügliche **Vertretungsregelungen**, die im Gesundheits- und Pflegesystem von zunehmender Bedeutung sind, dargestellt werden.

Im Übrigen scheint es, wie bereits weiter oben erwähnt, geboten, die Grundsätze der **„Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“** bzw. der **„Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“** in das Vertragsrecht einzubinden und so diese Grundsätze als **subjektiv-öffentliche Rechte** auszugestalten. Bislang wurden die Grundsätze nur als rechtlich unverbindliche Leitsätze angesehen. Insoweit wird noch einmal auf die **Anlage 3** dieser Stellungnahme aufmerksam gemacht. Weitere ausführliche Anmerkungen ergeben sich aus der **Anlage 6**.

Es muss auch darüber nachgedacht und befunden werden, ob und ggf. inwieweit das **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG)** in das Patientenrechtegesetz eingebunden werden sollte. Bereits jetzt leiden die HeimbewohnerInnen, die auch in Mehrheit als potentielle Patientinnen und Patienten auftreten, an einer **Rechtszersplitterung im Heim- und Vertragsrecht**. Es wäre jetzt mit der Schaffung des Patientenrechtegesetzes eine Möglichkeit gegeben, insoweit eine Vereinfachung zu ermöglichen.

Zur Zersplitterung im Heim- und Pflegerecht hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* bereits mehrfach geäußert:

- Stellungnahme zum WVBG vom 16.03.2009 – **Anlage 6**,
- Pressemitteilung vom 23.04.2009 **Anlagen 7**.

(2) Bezüglich der Aufklärungspflicht wurden bereits Hinweise gegeben (1). Die erfolgte Aufklärung ist zu dokumentieren. Zu dokumentieren ist im Übrigen nach der diesbezüglichen Rechtsprechung das gesamte Behandlungsgeschehen. Damit entsteht zwangsläufig eine umfängliche Krankendokumentation (auch Patientenakte bezeichnet), in die der Patient ein Einsichtsrecht hat. Dieses Einsichtsrecht wurde bereits in mehreren Urteilen des BGH näher ausgeführt (vgl. auch die Ausführungen unter Ziffer V/6). Dabei ergaben sich aber auch einschränkende Aussagen. So z.B. die Aussage, dass sich das Einsichtsrecht nur auf objektive Unterlagen bezieht und im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen aus Gefährdungserwägungen das Einsicht verweigert werden darf. Es wird nun in angemessener Weise auf diese Rechtslage einzugehen sein. Das Herausverlangen von Kopien der Krankendokumentation ist ebenfalls so klarzustellen, dass hier Streit zwi-

schen den Vertragsparteien tunlichst vermieden wird. Es stellt sich auch die Frage, ob es einer **Korrektur des § 810 BGB** bedarf.

(3) Es kann nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nicht damit getan sein, bezüglich der Behandlungsverträge im Wesentlichen die gefestigten Aufklärungspflichten und Dokumentationsanforderungen zu beschreiben. Ein Patientenrechtegesetz muss diese Grundsätze zwar aufgreifen, aber darüber hinaus gehende Fragestellungen erfassen und Antworten liefern. Sonst wäre nichts oder zu wenig gewonnen.

Weitere Themen, die in einem Patientenrechtegesetz angesprochen werden können, betreffen die **Schweigepflicht** (also das informationelle Selbstbestimmungsrecht). Es geht insoweit nicht allein um die Klarstellungen zur Verschwiegenheitspflicht, sondern auch um die möglichen **Offenbarungspflichten** (bei höherem Interesse, z.B. Kindesmiss-handlung). Eine besondere Problematik ergibt sich aus dem Umstand, dass **Angehörige**, soweit sie nicht ausdrücklich bevollmächtigt oder als rechtliche Betreuer bestellt sind, keine Entscheidungskompetenzen haben und ihnen gegenüber auch grundsätzlich Verschwiegenheit angesagt ist. Insoweit wird Klärungsbedarf in einem Patientenrechtegesetz gesehen.

Soweit Patienten im **Beisein fremder Personen**, z.B. beim Empfang in Arztpraxen / Aufnahme in Krankenhäusern oder in Mehrbettzimmern, betreut sind, gilt ebenfalls das Gebot Verschwiegenheit zu bewahren. Allerdings wird diese Schweigepflicht durch das zum Teil recht offene Ansprechen von Patientendaten und bzw. diagnostischen und therapeutischen Themen arg beschädigt. Es kommen unter solchen Umständen, weil **Vertraulichkeit nicht gewährleistet** ist, möglicherweise nicht alle Angelegenheiten zur Sprache. Patienten nehmen solche Unkorrektheiten meist zähneknirschend hin. **Der Gesetzgeber ist daher zur Sicherstellung einer umfassenden Vertraulichkeit zu einer verpflichtenden Regelung aufgerufen.**

Zur „Förderung der Fehlervermeidungskultur“ wird unter Ziffer II des Grundlagenpapiers ausgeführt:

Ein zentrales Anliegen des Patientenrechtegesetzes ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Behandlungsfehlern bereits vorzubeugen hat höchste Priorität.

1. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme werden im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung sowohl im Bereich der stationären als auch ambulanten Versorgung gestärkt.

Im Rahmen des Risikomanagements muss für ein Vertrauensklima Sorge getragen werden, das gerade bei der Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern unabdingbar ist. Für die Beschäftigten der medizinischen Einrichtungen sowie der Pflegeheime und Pflegedienste dürfen durch die Meldung von eingetretenen Risiken und Fehlern im Regelfall keine Nachteile entstehen. Gleichzeitig muss den Institutionen für den Fall groben Fehlverhaltens die Möglichkeit erhalten bleiben, adäquat im Sinne des Patientenschutzes zu reagieren. Es wird zu prüfen sein, inwieweit gesetzliche Vorgaben diesem Anliegen Rechnung tragen.

Des Weiteren sollen die Arztpraxen und Krankenhäuser unterstützt werden, unerwünschte Ereignisse und Fehler, die einen Schaden zur Folge hatten, sowie so genannte Beinahe-Fehler systematisch zu erfassen, zu analysieren und notwendige Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Nutzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen ist dabei ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Hierfür ist es notwendig, dass die Einrichtungen die beteiligten Berufsgruppen durch regelmäßige Information und Schulung in entsprechende Maßnahmen einbeziehen und auf diese Weise die Akzeptanz des Risiko- und Fehlermanagements und die Mitwirkung der betroffenen Berufsgruppen fördern. Die Unterstützung erfolgt durch einen zeitlich bestimmten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, grundsätzliche Anforderungen an Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu erarbeiten, und durch die Schaffung finanzieller Anreize zu deren Einführung, z.B. im Rahmen von Qualitätzuschlägen (ambulant und stationär), sowie durch Transparenzvorgaben insbesondere für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern wird gefördert.

Im Rahmen der Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird in § 135a SGB V ein verbindliches Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern vorgeschrieben. Dadurch können auch Patientinnen und Patienten in die Offenlegung kritischer Verfahrensabläufe, möglicher Fehlerquellen und Ereignisse, die zu Schäden oder Beinahe-Schäden führen, einbezogen werden. Den Krankenhäusern bleibt frei gestellt, ob dies durch Patientenfürsprecher/innen oder Ansprechpartner/innen im Bereich des Qualitätsmanagements geschieht.

Wenngleich eine sorgfältige, fehlerfreie Behandlung der Patientin/ des Patienten unverzichtbar ist und auch künftig die Förderung einer Fehlervermeidungskultur an erster Stelle stehen wird, so zeigt doch die Praxis in den Krankenhäusern und Arztpraxen, dass Behandlungsfehler immer wieder vorkommen und menschliches Fehlverhalten nicht gänzlich unvermeidbar ist. Ist ein Behandlungsfehler eingetreten, so stellt sich die maßgebliche Frage, wie mit diesem Fehler und den daraus resultierenden Schäden (haftungsrechtlich) umgegangen wird. In einfach gelagerten Fällen kann eine gütliche Einigung, zum Beispiel im Wege der Mediation den Parteien helfen, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln. Kommt eine Streitbeilegung außerhalb der Gerichte nicht in Betracht, so führt das Haftungssystem des neuen Patientenrechtegesetzes die Parteiinteressen zu einem sachgerechten Ausgleich.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zur „Förderung der Fehlervermeidungskultur“ wie folgt Stellung:

Es versteht sich, dass alle möglichen Anstrengungen unternommen werden müssen, Fehler und damit verbundene Schäden in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Es reicht aber nicht aus, solche **Fehlervermeidungssysteme vorwiegend in Arztpraxen und Krankenhäusern** zu installieren. Auch andere **Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegesystem** müssen umfänglicher als bisher **einbezogen werden**. Vor allem erscheint es dringend geboten, auch die stationären Pflegeeinrichtungen (Heime) in ein gut funktionierendes Fehlervermeidungssystem einzubinden. Denn es ist so, dass die HeimbewohnerInnen nicht nur als pflegebedürftige Menschen gesehen werden dürfen, sondern auch Patienten sind, die in vielfältiger Weise medizinische Hilfen benötigen. **Bisher kommt es z.B. durch mangelhafte ärztliche Versorgung und fehlerbehaftete Medikation zu vielfältigen vermeidbaren Schädigungen**. Demzufolge hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* wiederholt für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Heimen eingesetzt und zuletzt am 18.06.2011 mehr Sorgfalt bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten eingefordert – vgl. **Anlage 8**.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat mit Rücksicht darauf, dass für die ArbeitnehmerInnen, auch in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, ein **nachteilsfreies Benennen von Fehlentwicklungen, Mängeln usw.** möglich sein muss, am 01.08.2011 erneut den Deutschen Bundestag (Fraktionen, Petitionsausschuss, Mitglieder des Bundestages) gebeten, durch eine **Novellierung des § 612a BGB** für eine geeignete Grundlage zu sorgen, die Öffentlichmachung von Mängeln unproblematischer als bisher möglich zu machen. Der umfängliche Text des Anschreibens vom 01.08.2011 an den Deutschen Bundestag ist als **Anlage 9** (mit weiteren **Anlagen A – D**) dieser Stellungnahme angefügt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk tritt grundsätzlich dafür ein, dass die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen organisatorisch und personell so ausgestattet werden, dass uneingeschränkt **Leistungen** erbracht werden, die dem aktuellen **Stand der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft** entsprechen. Daher ist vorrangig an strukturelle Reformen zu denken, die vornehmlich den **Pflegenotstand in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen beheben**. In Krankenhäusern sind in den letzten Jahren nahezu 70.000 Pflegekräftestellen abgebaut worden, obwohl gleichzeitig die Leistungsanforderungen an die Pflege gestiegen sind. Die Stellenbesetzung in den Krankenhäusern erfolgt zur Zeit nur nach Kassenlage. Für die stationären Pflegeeinrichtungen gibt es zwar regional recht unterschiedliche Stellenschlüssel, die scheinbar das erforderliche Personal berechenbar vorgeben. Bei näherem Hinsehen wird aber schnell deutlich, dass die Stellenschlüssel völlig unzureichend sind, so dass auch in den Pflegeheimen von einem **Pflegenotstand** gesprochen werden muss. Davon unabhängig ist die Frage, ob und wie der zukünftige demografiebedingte Stellenbedarf gedeckt werden muss.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert die **Einführung von bundeweit geltenden Personalbemessungssystemen**. Damit kann der Bedarf in der Pflege exakt belegt werden.

Nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* ist es wenig hilfreich, allein vermehrt auf Fehlervermeidungssysteme zu setzen. **Vorrang müssen die strukturellen Verbesserungen haben**. Für entsprechende Reformen hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* am 05.07.2011 eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben und diese dem Deutschen Bundestag vorgelegt. Diese Stellungnahme ist auch im Internet abrufbar, und zwar unter folgender Adresse:

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/EckpunkteUnionStatementBf05072011.pdf>

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk äußert in diesem Zusammenhang noch einmal die Auffassung, dass auch mit vermehrten Prüfungen in Pflegeeinrichtungen nichts wirklich dauerhaft zu verändern ist. **Mit mehr Kontrollen (durch Heimaufsicht und MDK) schaffen wir zwar mehr Druck, aber keine Verbesserungen**. Im Gegenteil: das vorhandene Personal wird noch mehr frustriert und in Krankheit und Berufsflucht gedrängt. Vgl. insoweit auch die Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 03.06.2011 – **Anlage 10** (»Pfleagemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter«).

Bezüglich tatsächlicher oder mutmaßlicher Behandlungs- und Pflegefehler soll es ein umfassendes (neues) Haftungssystem geben. Dazu folgen weitere Ausführungen unter Ziffer III.

Unter Ziffer III. des Grundlagenpapiers wird die „Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems“ angesprochen:

In Haftungsprozessen stellt sich häufig die Frage, ob ein festgestellter Fehler des/ der Behandelnden auch tatsächlich ursächlich für den eingetretenen Schaden gewesen ist, oder ob der Schaden sowieso eingetreten wäre. An dieser zentralen Stelle soll ein Patientenrechtegesetz für mehr Rechtssicherheit sorgen, indem es die schon von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung in das Bürgerliche Gesetzbuch einfügt.

Beispiel:

1.) Im Falle eines groben Behandlungsfehlers, der generell geeignet ist, den Schaden herbeizuführen, wird vermutet, dass der Fehler für den Eintritt des Schadens ursächlich war. Das heißt, dass der Behandelnde den Gegenbeweis antreten muss, dass ein Fehler den Schaden nicht verursacht hat.

2.) Stammt der Schaden eines Patienten aus einem Gefahrenbereich, den der Behandelnde objektiv voll beherrschen kann, so wird eine fehlerhafte Verrichtung der Behandlung vermutet.

Im Falle eines für den Schadenseintritt ursächlichen Behandlungsfehlers wird das Verschulden der/ des Behandelnden grundsätzlich vermutet. Dann ist es die Aufgabe der/ des Behandelnden darzulegen und ggf. zu beweisen, dass sie/ ihn kein Verschulden trifft.

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, um für etwaige Schäden einen vollständigen Ausgleich zu gewährleisten. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfassend erfüllt werden können. Die Länder und (Zahn-)Ärzttekammern werden daher aufgefordert, durch geeignete Überprüfmechanismen einen solchen Schutz der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht wird es künftig Verbesserungen für Patientinnen und Patienten geben.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zur „Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems“ wie folgt Stellung:

Die Gerichte haben in unzähligen Streitfällen die **Grundzüge des Haftungsrechts verdeutlicht und auch umfängliche Beweiserleichterungen zugelassen**. Dies in einem Patientenrechtegesetz für den Verbraucher medizinischer Leistungen **handlich zu formulieren, erscheint hilfreich**. Allerdings wird es wohl schwierig werden, die entsprechenden Grundsätze in Kürze so aufzubereiten, dass sie wirklich hilfreich sein können.

Ärzte sind nach der jeweiligen Berufsordnung verpflichtet, eine **Haftpflichtversicherung** abzuschließen. Es sollte im Patientenrechtegesetz selbst eine entsprechende Verpflichtung ausgeführt werden. Allerdings müsste dann auch die **Mindesthöhe einer Versicherungssumme** genannt und abgesichert sein, dass auch bei rückständigen Versicherungsbeiträgen die Haftpflichtversicherung in einem Schadensfall eintritt. Die Haftpflicht und ihre Überprüfung aufgrund berufsordnungsrechtlicher Regelungen allein im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammern zu belassen, erscheint nicht ausreichend.

Im Übrigen ist es richtig, die verfahrensrechtlichen Regelungen neu, und zwar patientenfreundlicher zu gestalten.

Unter Ziffer IV. des Grundlagenpapiers wird ausgeführt, dass „Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht gestärkt werden“ sollen:

Gerichtsverfahren wegen Behandlungsfehlern nehmen regelmäßig viel Zeit in Anspruch. Sie stellen nicht nur in finanzieller, sondern auch in psychischer Hinsicht eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandelnden dar.

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Betroffene Patientinnen und Patienten sowie die Behandelnden haben die Möglichkeit einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Unterschiedliche Verfahren in den Ländern führen zu Intransparenz und erschweren die Akzeptanz der Ergebnisse. Einige Landes(zahn)ärztekammern haben Gutachterkommissionen eingerichtet, die ein schriftliches Gutachten zum Behandlungsgeschehen erstellen. In anderen Ländern bestehen Schlichtungsstellen, die darüber hinaus die Haftungsfrage beurteilen und einen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeit abgeben. Die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung sind aufgefordert, auf einheitliche und transparentere Verfahren unter Einbindung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Spruchkörper hinzuwirken.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Für gerichtliche Verfahren vor den Landgerichten besteht die Möglichkeit, spezialisierte Arzthaftungskammern einzurichten, damit die für die Bearbeitung von Arzthaftungssachen erforderlichen besonderen Fachkenntnisse in einer Spezialkammer konzentriert und Entscheidungen zu einem schnelleren Abschluss geführt werden können. Von dieser Möglichkeit haben die meisten größeren Landgerichte Gebrauch gemacht. § 348 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e der Zivilprozessordnung sieht vor, dass die Entscheidung in einer speziellen Arzthaftungskammer grundsätzlich nicht durch die Einzelrichterin/ den Einzelrichter, sondern durch drei Berufsrichter/innen getroffen wird. Wo sich die Einrichtung spezieller Arzthaftungskammern - namentlich bei kleineren Landgerichten - vom Geschäftsanfall her nicht lohnt, haben die Länder die Möglichkeit, Arzthaftungssachen für die Bezirke mehrerer Landgerichte bei einem Landgericht zu konzentrieren (§ 13a des Gerichtsverfassungsgesetzes).

3. Ein erster Schritt: Verbesserter Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Einen ersten Schritt, mit dem auch die Patientenrechte gestärkt werden, hat die Bundesregierung bereits auf den Weg gebracht: bislang konnte gegen einen gerichtlichen Beschluss, durch den die Berufung gemäß § 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung zurückgewiesen wurde, kein Rechtsmittel eingelegt werden. Diese Rechtslage, die insbesondere in Arzthaftungsfällen als unbefriedigend empfunden wurde, wird durch den Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 4. Februar 2011 geändert: gemäß § 522 Absatz 3 der Zivilprozessordnung wird es künftig möglich sein, in allen Berufungssachen mit einer Beschwerde von über 20.000 € ein Rechtsmittel, nämlich die Nichtzulassungsbeschwerde, einzulegen.

4. ...?

5. ...?

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zu „Verfahrensrecht bei Behandlungsfehlerverdacht“ wie folgt Stellung:

Verbesserungen bei der verfahrensrechtlichen Behandlung von Behandlungs- und Pflegefehlern erscheinen im Patienteninteresse dringend geboten.

(1) Die **unterschiedlichen Verfahrensregeln der Gutachter- und Schlichtungsstellen** sind ein **Ärgernis** und sollten daher aneinander angeglichen werden. Da insoweit aber alleine die Bundesländer bzw. die Landesärztekammern zuständig sind, werden sich diesbezügliche Vereinheitlichungsbemühungen als schwierig gestalten. Korrekturen sollten aber dennoch mit dem gehörigen Druck angestrebt werden. Dabei sollten auch die Verjährungsregeln und die Tatsache, dass Aufklärungsmängel nicht überprüft werden, hinterfragt werden.

Unabhängig von solchen Überlegungen ist aber zu bedenken, dass die Gutachter- und Schlichtungsstellen nur ärztliche Fehler aufgreifen, nicht aber Pflegefehler des nichtärztlichen Personals. Hinsichtlich solcher **Pflegefehler** gibt es bislang überhaupt **kein Gutachter- und Schlichtungsverfahren**. Es sollte daher geprüft werden, ob insoweit eine geeignete andere Lösung für eine vorgerichtliche Schadensregulierung gefunden werden kann.

(2) Organisatorische Regelungen, die eine kompetente und schnelle Behandlung von Medizinschadensfällen vor den Gerichten beschleunigen können, sind zu begrüßen.

(3) Eine Ausweitung der Rechtsmittelmöglichkeiten kann ebenfalls begrüßt werden.

(4) Überhaupt nicht angesprochen werden im Grundlagenpapier die Schwierigkeiten der Versicherten, bei einem mutmaßlichen Behandlungs- oder Pflegefehler eine **Beweisführung** vorzubereiten, nämlich vor allem dann, wenn sie eine der eingerichteten Gutachter- oder Schlichtungsstellen nicht in Anspruch nehmen wollen. Es besteht nämlich weitgehend der Verdacht, dass die von der Ärzteseite eingerichteten **Gutachter- und Schlichtungsstellen nicht wirklich unabhängig** sind. Denn schließlich werden sie von der Ärzteschaft oder von der Haftpflichtversichererseite finanziert. Im Zusammenhang mit der Abfassung des Patientenrechtegesetzes sollte daher den Länderjustizbehörden aufgegeben werden, für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich **ärztliche Gutachter anzubieten** und auf Anfrage den Versicherten **zu benennen**. Denn der jetzige Zustand, dass sich Versicherte im ganzen Bundesgebiet auf die Suche begeben müssen, einen privat gutachtenden Arzt ausfindig zu machen, ist nicht weiter tolerierbar. Ohne eine ausreichend verfügbare Anzahl kompetenter Gutachter ist eine „**Waffengleichheit**“ nicht herzustellen.

(5) Schließlich wird es für erforderlich erachtet, im Zusammenhang mit der Benennung und Verfolgung von Behandlungs- und Pflegefehlern endlich ein bundesweit zuständiges **Gremium zur Erfassung und Aufarbeitung solcher Schadensfälle einzurichten**. Denn bisher sind die Kenntnisse über Anzahl und Hintergründe der Medizinschadensfälle höchst ungenau und basieren im Wesentlichen auf dem Zahlenmaterial der Gutachter- und Schlichtungsstellen. Dieses Material erfasst aber nur einen Teil der Schadensfälle. Würde man eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Medizinschadensfälle ermöglichen, könnten daraus auch Schlussfolgerungen für Fehlervermeidungssysteme gezogen werden.

Bei der Ziffer V des Grundlagenpapiers geht es um die „Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern“:

1. Patientinnen und Patienten werden bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützt.

Derzeit ist es den Krankenkassen sowie den Pflegekassen frei gestellt, ihre Versicherten in Fällen, in denen der Verdacht auf einen Behandlungs- und Pflegefehler vorliegt, zu unterstützen. Die Kassen haben von dieser Möglichkeit bisher kaum Gebrauch gemacht. Zukünftig sollen Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z.B. medizinische Gutachten, geschehen. Hierzu wird die Regelung des § 66 SGB V stringenter ausgestaltet.

2. Patientenrechte beim Übergang zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren und Leistungsträgern werden gestärkt.

Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vorschrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Sie ist daher so auszugestalten, dass der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingelöst werden kann.

3. Transparenz und Information bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) werden verbessert.

Sogenannte DMPs sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Selektivverträge, etwa Verträge zur integrierten Versorgung, bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung zu optimieren und den Versicherten entsprechende Angebote zu machen. Häufig sind den Versicherten die für sie bestehenden Möglichkeiten in diesem Zusammenhang nicht ausreichend bekannt. Die bereits bestehenden Informationsrechte der Versicherten bei Teilnahme an DMPs und Selektivverträgen werden daher ausgebaut. Patientinnen und Patienten erhalten soweit wie möglich die versorgungsrelevanten Informationen über den Inhalt entsprechender Verträge und Programme.

4. Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften werden eingeführt.

Verschiedene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Hierzu gehören z.B. medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe. Diese Bewilligungsverfahren sollen durch Festlegung gesetzlicher Fristen für alle bei den Krankenkassen zu beantragenden Leistungen beschleunigt werden. In Anlehnung an die für Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im SGB IX wird geregelt, dass die Krankenkassen über die Leistungen innerhalb einer bestimmten Frist nach Antragseingang zu entscheiden haben. Wenn die Krankenkassen unbegründet nicht fristgerecht über den Leistungsantrag entscheiden, sollen sich die Versicherten die erforderliche Leistung letztlich selbst beschaffen können. In diesen Fällen werden die Krankenkassen zur Erstattung erforderlicher Aufwendungen verpflichtet.

5. Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern sollen verkürzt werden.

Patientinnen und Patienten sind insbesondere aus finanziellen Gründen darauf angewiesen, dass Sozialversicherungsträger Anträge auf Gesundheitsleistungen schnell bescheiden. Sowohl aus den allgemeinen Vorschriften des SGB I als auch aus den verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB X ergibt sich, dass die Behörden gehalten sind, zügig über die Anträge zu entscheiden. Geschieht dies nicht, kann gemäß § 88 Sozialgerichtsgesetz nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten unmittelbar das Sozialgericht angerufen werden. Es wird zu prüfen sein, ob eine Reduzierung dieser Frist auf etwa zwei Monate sachgerecht ist, um die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

6. Die Rechte Pflegebedürftiger werden weiter verbessert.

Nach dem SGB X haben Behörden Beteiligten Einsicht in die Akten zu gestatten, soweit die Kenntnis zur Geltendmachung rechtlicher Interessen erforderlich ist. Im SGB XI gibt es zudem für die Pflegeversicherung ein Recht der Versicherten, durch die Pflegekassen über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten informiert zu werden. Nicht eindeutig geregelt ist jedoch die Möglichkeit der Einsicht in die Dokumentation von Pflegeeinrichtungen. Eine Verbesserung des Rechts zur Einsicht in die Dokumentation wird im Zusammenhang mit der Pflegereform geprüft.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zu „Verfahrensrecht bei Behandlungsfehlerverdacht“ wie folgt Stellung:

(1) Es ist richtig, dass Krankenkassen die Versicherten bislang nur ungenügend bei mutmaßlichen Behandlungs- und Pflegefehlern unterstützt haben. Das lag wohl entscheidend daran, dass die maßgebliche Vorschrift in § 66 SGB V als „Kannleistung“ ausgestaltet war. Um die Patientenseite wirkungsvoll zu stärken, erscheint es geboten, den § 66 SGB V so zu fassen, dass die **Krankenkassen mutmaßliche Fehler überprüfen „sollen“ oder gar „müssen“**. Dies dürfte angesichts des insoweit zur Verfügung stehenden Gutachterdienstes MDK auch für die Kassenseite keine Probleme aufwerfen. Angesichts der Möglichkeit, eigene Schäden nach § 116 SGB X ebenfalls geltend zu machen, werden sich für die Kassen sogar finanzielle Vorteile ergeben. Eine verstärkte Unterstützung für die Patientenseite wird auch geeignet sein, die Leistungsanbieter noch umfassender zu motivieren, Fehler zu vermeiden und dieserhalb entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen bzw. zu verbessern.

(2) Dass in § 11 Abs. 4 SGB V angesprochene **Versorgungsmanagement** sollte in geeigneter Weise **Verbesserungen erfahren**. Allerdings kann ein solches Management nur so gut sein, wie auch tatsächlich Versorgungsangebote gemacht werden können. So wird seit Jahren darüber geklagt, dass **die zunehmende Zahl „blutiger Entlassungen“** aus dem Krankenhaus **zu unklaren Versorgungs- und Pflegesituationen führt**. Nicht selten kommt es auch aus „Verlegenheit“ zu einer Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung (kurzzeitig oder auf Dauer). Es erscheint aber angesichts des Grundsatzes **„ambulant vor stationär“** dringend geboten, die **Möglichkeiten einer angemessenen häuslichen Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt entscheidend zu verbessern**. Dazu wäre der § 37 SGB V auszuweiten. Die in dieser Vorschrift gegebene Möglichkeit, dass die Krankenkassen per Satzungsentscheid Ausweitungen des Angebots vornehmen, wird nicht genutzt. **Daher erscheint eine entsprechende gesetzliche Vorschrift dringend erforderlich, die nach „blutiger Entlassung“ eine Pflege Zuhause nach § 37 SGB V gewährleistet**. Dies zumindest so lange, wie eine gegebenenfalls mögliche Einstufung nach § 14 SGB XI noch nicht erfolgt ist.

Im Zusammenhang mit dem Versorgungsmanagement stellen sich weitergehende Fragen der Überleitung. Sog. **Überleitungsbögen** sollten z.B. bundesweit **nach einheitlichem Muster** gestaltet werden.

(3) Ob und ggf. inwieweit weitergehende Informationen bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte **Behandlungsprogramme (DMP)** erforderlich sind, darf bezweifelt werden. Solche Verträge mit gewissen **Bindungswirkungen** finden bei den Beteiligten, Ärzten und Patienten, nicht nur Zustimmung. Dennoch ist gegen weitergehende Informationen nichts einzuwenden. Allerdings sollte sichergestellt werden, dass solche Informationen wirklich nur dem Patientenwohl dienen und nicht ausgerichtet werden an anderen Interessen (z.B. Bindung von Patienten an eine Arztpraxis).

(4) Es ist seit Jahren zu beklagen, dass Krankenkassen im Rahmen von vorgeschriebenen **Genehmigungsverfahren** zum Teil sehr **zögerlich bzw. oft ablehnend** reagieren. Dies wird nicht selten als willkürlich empfunden, da letztlich den Anträgen auf Genehmigung immer eine ärztliche Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit zugrunde liegt. Dass nun nach Verstreichen einer kurzen Prüfungsfrist eine Genehmigung als erteilt gelten soll, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wird damit die Tatsache, dass vor allem bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, zu oft abgelehnt werden, noch nicht aus der Welt geschaffen. **Es sollte nochmals darüber nachgedacht werden, dass die Vorschriften wie „Rehabilitation vor Pflege“ oder „Rehabilitation vor Rente“ eine starke Bedeutung erfahren**.

(5) Es wird sehr befürwortet, den Sozialversicherungsträgern aufzuerlegen, **in einer wesentlich kürzeren Zeit über Anträge zu entscheiden**. Insofern erscheint grundsätzlich eine Monatsfrist ausreichend. Sollte im Rahmen dieser Frist aus unüberwindlichen Gründen eine Entscheidung noch nicht möglich sein, kann der Versicherungsträger ermächtigt werden, eine Verlängerung der Entscheidungsfrist von einem weiteren Monat zu verfügen. Dies muss dann dem Versicherten mit entsprechender Begründung mitgeteilt werden.

(6) Das **Recht auf Einsicht in die ärztliche Krankendokumentation** ist durch die Rechtsprechung ausreichend abgesichert und mittlerweile weitgehend anerkannt (vgl. auch die Ausführungen unter Ziffer I/2). Gleiches muss für die **Pflegedokumentation** gelten. Auch das ist weithin anerkannt. Eine Bekräftigung im geplanten Patientenrechtegesetz, dass das Einsichts- und Kopierrecht auch für die Pflegedokumentation in Krankenhäusern und allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gilt, wäre natürlich hilfreich.

Zur „Stärkung der Patientenbeteiligung“ wird unter Ziffer VI des Grundlagenpapiers ausgeführt:

Patientinnen und Patienten sind an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung - teilweise auch auf Landesebene - zu beteiligen. Hierzu benennen die durch die Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenverbände (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentrale Bundesverband) einvernehmlich sachkundige Personen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung einbringen. Diese im Jahr 2004 eingeführten Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten werden gestärkt.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nimmt zur „Stärkung der Patientenbeteiligung“ wie folgt Stellung:**

Es ist richtig, dass die Patientenbeteiligung verstärkt gehört. Allerdings sind die bislang geschaffenen Instrumente untauglich. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** sieht als Hauptentscheider die Ärzte und Krankenkassen. **Patienten und nichtärztliche Berufe (z.B. Pflegekräfte) sitzen eher am „Katzentisch“** und sind auf **unbedeutende Beteiligungsmöglichkeiten** reduziert. Dabei stellt sich natürlich auch die Grundsatzfrage, ob denn überhaupt der Gemeinsame Bundesausschuss die Kompetenz haben darf, die ihm die gesetzlichen Vorschriften zugedacht haben. **Denn tatsächlich erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss zunehmend Richtlinien und sonstige Regelungen, die das im SGB V garantierte Recht der Versicherten auf die notwendige Krankenversorgung einschränken. Damit wird durch eine nicht demokratisch legitimierte Einrichtung neues Recht zu Lasten der Versicherten geschaffen. Das kann nicht akzeptiert werden.**

Es kann im Übrigen auch nicht gesehen werden, dass allein die genannten Verbände für die Versicherten und Patienten zu sprechen haben. Auch insoweit gibt es **keine demokratische Legitimation**. Für den Bereich der Pflege (SGB XI) ist überhaupt keine geeignete bundesweit tätige Institution beteiligt. Die Bemühungen von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* als Interessenvertretung beim Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung Gehör zu finden, wurden rüde abgeblockt. Bei dem Bemühen von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, beteiligt zu werden, ging es um die spezielle Pflegeproblematik des Pflege-TÜV`s.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* versteht sich als unabhängige und gemeinnützige Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen und ist bundesweit ausgerichtet. Es wird diesseits nicht verstanden, dass man eine solche Institution nicht als Sprachrohr der pflegebedürftigen Menschen anerkennt.**

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk versteht sich als eine der Gesundheits-Selbsthilfe vergleichbaren Initiative, wird aber **nicht finanziell gefördert** (vgl. auch die Ausführungen unter Ziffer VII/1). Die wesentliche Argumentation: Eine Kassenförderung komme nur für die krankheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen infrage. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* gehöre, obwohl man die Arbeit sehr schätze und anerkenne, nicht dazu, man sei ja nur für pflegebedürftige Menschen und nicht für ein bestimmtes Krankheitsbild zuständig. Dabei wurde der hiesigen Argumentation, dass man angesichts der demografischen Entwicklung den Demenzkranken und ihren Problemen besondere Aufmerksamkeit widme, keine Bedeutung beigemessen.

Unter Ziffer VII des Grundlagenpapiers wird ausgeführt, dass die „Patientinnen und Patienten werden über ihre Rechte informiert“ werden sollen:

1. Die unabhängige Patientenberatung ist auf Dauer sicher gestellt.

Um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, ist die Bundesregierung bereits einen wichtigen Schritt gegangen: Seit dem 1. Januar 2011 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern. Die bislang als Modellvorhaben erprobte "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" erhielt nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag für eine bundesweite Beratungsarbeit. Damit sind verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt. Auf diese Weise werden sie in die Lage versetzt, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig bietet eine unabhängige Patientenberatung die Möglichkeit, aus Patientensicht Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen und anzugehen.

2. Der Patientenbeauftragte sorgt für Transparenz.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, den Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz sowie weiteren Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern und Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner. Um hier für die Beteiligten mehr Transparenz über das geltende Recht herzustellen, wird der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung hierüber informieren. Diese Aufgabe wird im SGB V präzisiert.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nimmt zum „Informationsrecht“ wie folgt Stellung:**

(1) Eine **unabhängige Patientenberatung** muss bundesweit angeboten werden. Dies ist zur Zeit nicht gewährleistet, so dass **in verschiedenen Regionen kein entsprechender Ansprechpartner** zur Verfügung steht. Im Übrigen ist zu bemängeln, dass die vorhandenen Beratungsangebote auch nicht immer ausreichend über Probleme aus dem Bereich der Pflege (SGB XI) informieren können. Zunehmend kommen entsprechende Hilfeersuchen bei *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*. Die gewünschten Hilfeleistungen werden im Rahmen des Möglichen erbracht, ungeachtet der Tatsache, dass es hier keine finanzielle Förderung aus öffentlichen Töpfen gibt (vgl. die Ausführungen unter Ziffer VI).

Es ist im Übrigen wohl so, dass die Patienten mehr über ihre Rechte wissen, als bisher angenommen wurde. Sie sehen oft nur kaum Möglichkeiten, diese Rechte gegenüber dem System, Krankenhäuser und Ärzteschaft, durchzusetzen. Dies sollte bedacht werden. **Es gibt offensichtlich weniger als angenommen ein Regelungs-, sondern eher ein Durchsetzungsproblem.** Ähnlich wie bei der Patientenverfügung muss endlich allseits anerkannt werden, dass der **Patient umfassende Selbstbestimmungsrechte hat und allein sein Wille maßgeblich zu sein hat.**

(2) Dass vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung besondere Informationsaufgaben wahrgenommen werden, ist richtig.

Völlig ungeklärt ist aber, wer bei akuten Pflegeproblemen und Pflegemängeln als Ansprechpartner (vor Ort) zur Verfügung steht. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* hat hierzu bereits vor einigen Jahren angeregt, auf Länderebene „**Beauftragte für die Belange pflegebedürftiger Menschen**“ einzusetzen. U.a. gab es von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk am 19.07.2010 eine Pressemitteilung zum Thema – sie ist als **Anlage 11** dieser Stellungnahme angefügt.

Das Ergebnis dieser Anregung ist bislang bescheiden. Nur der Freistaat Bayern hat bisher einen Pflegebeauftragten eingesetzt.

Anlage 1:

Patientenrechte in Deutschland

Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz - Grundlagenpapier vom 22.03.2011

Dokument zum Download:

<http://www.patientenbeauftragter.de/upload/Upload/Grundlagenpapier-Patientenrechte-in-Deutschland.pdf>

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit Bundesministerium der Justiz

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 verpflichtet, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. In die Überlegungen der Bundesregierung zu einem Patientenrechtegesetz sind auch die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche des Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen eingeflossen.

Das Gesetz wird die langjährige Diskussion über die Rechte der Patientinnen und Patienten aufgreifen und das Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Welche Rechte Patientinnen und Patienten haben, ist derzeit noch an vielen Stellen geregelt. So finden sich neben den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner sowie in Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz. Weitere Regelungen enthalten die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Schließlich sind die Patientenrechte derzeit auch maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt.

Das geplante Patientenrechtegesetz wird die Rechte der Patientinnen und Patienten transparenter gestalten und bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abbauen. Gleichzeitig wird die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer, indem Risiko- und Fehlervermeidungssysteme dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu optimieren. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur wird Behandlungsfehler jedoch nie gänzlich ausschließen können. Für diesen Fall ist eine verlässliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Krankenkasse vorgesehen. Zudem werden die Rechte der Patientinnen und Patienten, aber auch der Pflegebedürftigen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt.

Das Patientenrechtegesetz soll als Artikelgesetz gestaltet werden und im Einzelnen folgende wesentliche Regelungen vorsehen:

I. Behandlungsvertrag

1. Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch

Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Dies wird sich durch die bevorstehende Novelle nunmehr ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden und sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an die Angehörigen anderer Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten richten. Die Patientin/ der Patient ist verständlich und umfassend zu informieren und auf die Kosten für solche Heilbehandlungen hinzuweisen, die von den Leistungsträgern nicht übernommen werden.

Beispiel: Der Arzt hat den Patienten über die zur Erstellung der Diagnose erforderlichen Maßnahmen, die Diagnose und die beabsichtigte Therapie aufzuklären. Verstößt er hiergegen, so ist eine Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahme unwirksam.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht

Bereits jetzt müssen die Behandelnden Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff grundsätzlich umfassend über die Art der konkreten Behandlung und über deren Risiken aufklären. Die Aufklärung hat in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen; eine bloß schriftliche Aufklärung reicht nicht aus. Der Patientin/ dem Patienten muss genügend Zeit für eine wohl überlegte Entscheidung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts verbleiben. Im Streitfall muss die/der Behandelnde die ordnungsgemäße Aufklärung der Patientin/ des Patienten beweisen. Diese Verpflichtungen sollen ausdrücklich gesetzlich festgelegt werden.

Daneben wird die Dokumentationspflicht der/ des Behandelnden gesetzlich konkretisiert werden. Krankenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Dies kann - unter Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit - auch elektronisch erfolgen. Dokumentiert die/ der Behandelnde nicht wie im Gesetz vorgesehen, etwa weil Befunde pflichtwidrig nicht gesichert werden, so wird zu seinen/ ihren Lasten vermutet, dass es die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gegeben hat. Schließlich soll eine gesetzliche Regelung auch das Recht auf Akteneinsicht vorsehen und die Patientin/ den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird.

Beispiel: Den Patienten steht das Recht zu, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese - auf eigene Kosten - zu kopieren.

II. Förderung der Fehlervermeidungskultur

Ein zentrales Anliegen des Patientenrechtegesetzes ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Behandlungsfehlern bereits vorzubeugen hat höchste Priorität.

1. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme werden im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung sowohl im Bereich der stationären als auch ambulanten Versorgung gestärkt.

Im Rahmen des Risikomanagements muss für ein Vertrauensklima Sorge getragen werden, das gerade bei der Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern unabdingbar ist. Für die Beschäftigten der medizinischen Einrichtungen sowie der Pflegeheime und Pflegedienste dürfen durch die Meldung von eingetretenen Risiken und Fehlern im Regelfall keine Nachteile entstehen. Gleichzeitig muss den Institutionen für den Fall groben Fehlverhaltens die Möglichkeit erhalten bleiben, adäquat im Sinne des Patientenschutzes zu reagieren. Es wird zu prüfen sein, inwieweit gesetzliche Vorgaben diesem Anliegen Rechnung tragen.

Des Weiteren sollen die Arztpraxen und Krankenhäuser unterstützt werden, unerwünschte Ereignisse und Fehler, die einen Schaden zur Folge hatten, sowie so genannte Beinahe-Fehler systematisch zu erfassen, zu analysieren und notwendige Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Nutzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen ist dabei ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Hierfür ist es notwendig, dass die Einrichtungen die beteiligten Berufsgruppen durch regelmäßige Information und Schulung in entsprechende Maßnahmen einbeziehen und auf diese Weise die Akzeptanz des Risiko- und Fehlermanagements und die Mitwirkung der betroffenen Berufsgruppen fördern. Die Unterstützung erfolgt durch einen zeitlich bestimmten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, grundsätzliche Anforderungen an Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu erarbeiten, und durch die Schaffung finanzieller Anreize zu deren Einführung, z.B. im Rahmen von Qualitätszuschlägen (ambulant und stationär), sowie durch Transparenzvorgaben insbesondere für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern wird gefördert.

Im Rahmen der Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird in § 135a SGB V ein verbindliches Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern vorgeschrieben. Dadurch können auch Patientinnen und Patienten in die Offenlegung kritischer Verfahrensabläufe, möglicher Fehlerquellen und Ereignisse, die zu Schäden oder Beinahe-Schäden führen, einbezogen werden. Den Krankenhäusern bleibt frei gestellt, ob dies durch Patientenführsprecher/innen oder Ansprechpartner/innen im Bereich des Qualitätsmanagements geschieht.

Wenngleich eine sorgfältige, fehlerfreie Behandlung der Patientin/ des Patienten unverzichtbar ist und auch künftig die Förderung einer Fehlervermeidungskultur an erster Stelle stehen wird, so zeigt doch die Praxis in den Krankenhäusern und Arztpraxen, dass Behandlungsfehler immer wieder vorkommen und menschliches Fehlverhalten nicht gänzlich unvermeidbar ist. Ist ein Behandlungsfehler eingetreten, so stellt sich die maßgebliche Frage, wie mit diesem Fehler und den daraus resultierenden Schäden (haftungsrechtlich) umgegangen wird. In einfach gelagerten Fällen kann eine gütliche Einigung, zum Beispiel im Wege der Mediation den Parteien helfen, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln. Kommt eine Streitbeilegung außerhalb der Gerichte nicht in Betracht, so führt das Haftungssystem des neuen Patientenrechtegesetzes die Parteiinteressen zu einem sachgerechten Ausgleich.

III. Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems

In Haftungsprozessen stellt sich häufig die Frage, ob ein festgestellter Fehler des/ der Behandelnden auch tatsächlich ursächlich für den eingetretenen Schaden gewesen ist, oder ob der Schaden sowieso eingetreten wäre. An dieser zentralen Stelle soll ein Patientenrechtegesetz für mehr Rechtssicherheit sorgen, indem es die schon von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung in das Bürgerliche Gesetzbuch einfügt.

Beispiel:

- 1.) Im Falle eines groben Behandlungsfehlers, der generell geeignet ist, den Schaden herbeizuführen, wird vermutet, dass der Fehler für den Eintritt des Schadens ursächlich war. Das heißt, dass der Behandelnde den Gegenbeweis antreten muss, dass ein Fehler den Schaden nicht verursacht hat.
- 2.) Stammt der Schaden eines Patienten aus einem Gefahrenbereich, den der Behandelnde objektiv voll beherrschen kann, so wird eine fehlerhafte Verrichtung der Behandlung vermutet.

Im Falle eines für den Schadenseintritt ursächlichen Behandlungsfehlers wird das Verschulden der/ des Behandelnden grundsätzlich vermutet. Dann ist es die Aufgabe der/ des Behandelnden darzulegen und ggf. zu beweisen, dass sie/ ihn kein Verschulden trifft.

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, um für etwaige Schäden einen vollständigen Ausgleich zu gewährleisten. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfassend erfüllt werden können. Die Länder und (Zahn-)Ärzttekammern werden daher aufgefordert, durch geeignete Überprüfmechanismen einen solchen Schutz der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht wird es künftig Verbesserungen für Patientinnen und Patienten geben.

IV. Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht stärken.

Gerichtsverfahren wegen Behandlungsfehlern nehmen regelmäßig viel Zeit in Anspruch. Sie stellen nicht nur in finanzieller, sondern auch in psychischer Hinsicht eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandelnden dar.

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Betroffene Patientinnen und Patienten sowie die Behandelnden haben die Möglichkeit einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Unterschiedliche Verfahren in den Ländern führen zu Intransparenz und erschweren die Akzeptanz der Ergebnisse. Einige Landes(zahn)ärztekammern haben Gutachterkommissionen eingerichtet, die ein schriftliches Gutachten zum Behandlungsgeschehen erstellen. In anderen Ländern bestehen Schlichtungsstellen, die darüber hinaus die Haftungsfrage beurteilen und einen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeit abgeben. Die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung sind aufgefordert, auf einheitliche und transparentere Verfahren unter Einbindung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Spruchkörper hinzuwirken.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Für gerichtliche Verfahren vor den Landgerichten besteht die Möglichkeit, spezialisierte Arzthafungskammern einzurichten, damit die für die Bearbeitung von Arzthafungssachen erforderlichen besonderen Fachkenntnisse in einer Spezialkammer konzentriert und Entscheidungen zu einem schnelleren Abschluss geführt werden können. Von dieser Möglichkeit haben die meisten größeren Landgerichte Gebrauch gemacht. § 348 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e der Zivilprozessordnung sieht vor, dass die Entscheidung in einer speziellen Arzthafungskammer grundsätzlich nicht durch die Einzelrichterin/ den Einzelrichter, sondern durch drei Berufsrichter/innen getroffen wird. Wo sich die Einrichtung spezieller Arzthafungskammern - namentlich bei kleineren Landgerichten - vom Geschäftsanfall her nicht lohnt, haben die Länder die Möglichkeit, Arzthafungssachen für die Bezirke mehrerer Landgerichte bei einem Landgericht zu konzentrieren (§ 13a des Gerichtsverfassungsgesetzes).

3. Ein erster Schritt: Verbesserter Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Einen ersten Schritt, mit dem auch die Patientenrechte gestärkt werden, hat die Bundesregierung bereits auf den Weg gebracht: bislang konnte gegen einen gerichtlichen Beschluss, durch den die Berufung gemäß § 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung zurückgewiesen wurde, kein Rechtsmittel eingelegt werden. Diese Rechtslage, die insbesondere in Arzthafungsfällen als unbefriedigend empfunden wurde, wird durch den Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 4. Februar 2011 geändert: gemäß § 522 Absatz 3 der Zivilprozessordnung wird es künftig möglich sein, in allen Berufungssachen mit einer Beschwerde von über 20.000 € ein Rechtsmittel, nämlich die Nichtzulassungsbeschwerde, einzulegen.

V. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern

1. Patientinnen und Patienten werden bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützt.

Derzeit ist es den Krankenkassen sowie den Pflegekassen frei gestellt, ihre Versicherten in Fällen, in denen der Verdacht auf einen Behandlungs- und Pflegefehler vorliegt, zu unterstützen. Die Kassen haben von dieser Möglichkeit bisher kaum Gebrauch gemacht. Zukünftig sollen Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z.B. medizinische Gutachten, geschehen. Hierzu wird die Regelung des § 66 SGB V stringenter ausgestaltet.

2. Patientenrechte beim Übergang zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren und Leistungsträgern werden gestärkt.

Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vorschrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Sie ist daher so auszugestalten, dass der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingelöst werden kann.

3. Transparenz und Information bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) werden verbessert.

Sogenannte DMPs sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Selektivverträge, etwa Verträge zur integrierten Versorgung, bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung zu optimieren und den Versicherten entsprechende Angebote zu machen.

Häufig sind den Versicherten die für sie bestehenden Möglichkeiten in diesem Zusammenhang nicht ausreichend bekannt. Die bereits bestehenden Informationsrechte der Versicherten bei Teilnahme an DMPs und Selektivverträgen werden daher ausgebaut. Patientinnen und Patienten erhalten soweit wie möglich die versorgungsrelevanten Informationen über den Inhalt entsprechender Verträge und Programme.

4. Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften werden eingeführt.

Verschiedene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Hierzu gehören z.B. medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe. Diese Bewilligungsverfahren sollen durch Festlegung gesetzlicher Fristen für alle bei den Krankenkassen zu beantragenden Leistungen beschleunigt werden. In Anlehnung an die für Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im SGB IX wird geregelt, dass die Krankenkassen über die Leistungen innerhalb einer bestimmten Frist nach Antragseingang zu entscheiden haben. Wenn die Krankenkassen unbegründet nicht fristgerecht über den Leistungsantrag entscheiden, sollen sich die Versicherten die erforderliche Leistung letztlich selbst beschaffen können. In diesen Fällen werden die Krankenkassen zur Erstattung erforderlicher Aufwendungen verpflichtet.

5. Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern sollen verkürzt werden.

Patientinnen und Patienten sind insbesondere aus finanziellen Gründen darauf angewiesen, dass Sozialversicherungsträger Anträge auf Gesundheitsleistungen schnell bescheiden. Sowohl aus den allgemeinen Vorschriften des SGB I als auch aus den verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB X ergibt sich, dass die Behörden gehalten sind, zügig über die Anträge zu entscheiden. Geschieht dies nicht, kann gemäß § 88 Sozialgerichtsgesetz nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten unmittelbar das Sozialgericht angerufen werden. Es wird zu prüfen sein, ob eine Reduzierung dieser Frist auf etwa zwei Monate sachgerecht ist, um die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

6. Die Rechte Pflegebedürftiger werden weiter verbessert.

Nach dem SGB X haben Behörden Beteiligten Einsicht in die Akten zu gestatten, soweit die Kenntnis zur Geltendmachung rechtlicher Interessen erforderlich ist. Im SGB XI gibt es zudem für die Pflegeversicherung ein Recht der Versicherten, durch die Pflegekassen über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten informiert zu werden. Nicht eindeutig geregelt ist jedoch die Möglichkeit der Einsicht in die Dokumentation von Pflegeeinrichtungen. Eine Verbesserung des Rechts zur Einsicht in die Dokumentation wird im Zusammenhang mit der Pflegereform geprüft.

VI. Stärkung der Patientenbeteiligung

Patientinnen und Patienten sind an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung - teilweise auch auf Landesebene - zu beteiligen. Hierzu benennen die durch die Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenverbände (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentrale Bundesverband) einvernehmlich sachkundige Personen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung einbringen. Diese im Jahr 2004 eingeführten Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten werden gestärkt.

VII. Patientinnen und Patienten werden über ihre Rechte informiert.

1. Die unabhängige Patientenberatung ist auf Dauer sicher gestellt.

Um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, ist die Bundesregierung bereits einen wichtigen Schritt gegangen: Seit dem 1. Januar 2011 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern. Die bislang als Modellvorhaben erprobte "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" erhielt nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag für eine bundesweite Beratungsarbeit. Damit sind verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt. Auf diese Weise werden sie in die Lage versetzt, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig bietet eine unabhängige Patientenberatung die Möglichkeit, aus Patientensicht Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen und anzugehen.

2. Der Patientenbeauftragte sorgt für Transparenz.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, den Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz sowie weiteren Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern und Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner. Um hier für die Beteiligten mehr Transparenz über das geltende Recht herzustellen, wird der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung hierüber informieren. Diese Aufgabe wird im SGB V präzisiert.

Quelle: Pressemitteilung vom 22.03.2011

http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idart=56

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/PatientenrechtegesetzEckpunkte22032011.pdf>

Weitere Beiträge (Diskussion) zum Thema „Patientenrechte“ im Forum Werner Schell

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?p=58345#58345>

Anlage 2:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 11.05.2010

Patientenrechtegesetz (PatRG) überfällig

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert klare und verbindliche Aussagen zur **Patienten - Selbstbestimmung**

Die Rechte der Patienten bzw. pflegebedürftigen Personen einerseits und die Pflichten der Leistungserbringer, z.B. Ärzte, sonstige Gesundheitsberufe, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, andererseits, sind in der bundesdeutschen Rechtsordnung nur unzureichend durch gesetzliche Vorschriften geregelt. Daher ergab sich nicht selten Streit mit der Folge, dass Gerichte zur Entscheidung eingeschaltet werden mussten.

Im Gefolge solcher Streitfälle haben die Gerichte in vielfältiger Weise die Rechtsbeziehungen zwischen den im Gesundheits- und Pflegesystem Beteiligten in Form von sog. Richterrecht näher ausgeführt. Die Gerichte waren dabei immer wieder bemüht, die Grundsätze des verfassungsrechtlich vorgegebenen Patienten – Selbstbestimmungsrechtes zur Geltung zu bringen und eine Art „Waffengleichheit“ zwischen den Beteiligten herauszustellen. In diesem Zusammenhang wurden z.B. Regeln über die Aufklärungspflicht und die Beweislastumkehr in Medizinschadensangelegenheiten geprägt.

Dies alles hat in den zurückliegenden Jahren verschiedene Bundes- und Länderministerien veranlasst, Broschüren mit den „Patientenrechten in Deutschland“ zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausbringen. Diese Informationsschriften befassen sich vor allem mit den Rechten und Pflichten im Behandlungsverhältnis und den Möglichkeiten, in einem Schadensfall gegebene Rechtsansprüche zu verfolgen. Ergänzt wurden diese Broschüren durch gezielte Informationen zum Betreuungsrecht und zur Patientenverfügung.

Trotz all dieser Bemühungen von Rechtsprechung und Behörden ist es aber immer noch so, dass die Patientenrechte nur unvollkommen zur Geltung kommen und von Patienten bzw. pflegebedürftigen Personen mangels ausreichender Kenntnisse auch nicht immer konsequent eingefordert werden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert daher, die Rechte und Pflichten der Beteiligten im Gesundheitswesen in einem Patientenrechtegesetz (PatRG) umfassend festzuschreiben. Dabei sollte auch vorgesehen werden, dass Behandlungs- und Pflegefehler einer noch zu schaffenden zentralen Institution zu melden und von dort einer wissenschaftlichen Auswertung zuzuführen sind. Im Übrigen erscheint es sinnvoll, für die Verfolgung von Medizinschäden (zivilrechtlich wie strafrechtlich) Schwerpunktzuständigkeiten im Justizbereich vorzusehen. Die komplexe Materie macht es nämlich erforderlich, dass sich vornehmlich speziell ausgebildete Bedienstete und Richter mit solchen Streitfällen befassen. In diesem Zusammenhang wäre auch an eine Ausgestaltung des medizinischen Gutachterwesens zu denken in der Absicht, dass immer wirklich unabhängige Sachverständige in die Prozessauseinandersetzungen einbezogen werden können. Bekanntlich werden die Entscheidungen in Medizinschadensfällen maßgeblich durch die Gutachter bestimmt.

Mit der Schaffung eines Patientenrechtegesetzes sollten auch die Vorschriften über die Patientenverfügung, die derzeit als Teil des Betreuungsrechtes (BGB) ausgestaltet sind, in den entsprechenden Gesetzestext eingebunden werden. Grundsätzliche Aussagen über in der Zukunft liegende Behandlungs- bzw. Pflegesituationen sind Ausdruck des verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechtes und müssen auch in einem Patientenrechtegesetz im Zusammenhang mit der Bedeutung des Patientenwillens dargestellt sein. Die isolierten Ausführungen über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen allein im Zusammenhang mit dem Betreuungsrecht entbehren der notwendigen Klarheit und werfen weiterhin zahlreiche rechtliche und tatsächliche Fragen auf. Die mit den jetzigen Vorschriften über die Patientenverfügung geschaffene Rechtslage gibt bereits we-

nige Monate nach ihrer Einfügung in das BGB zu vielfältigen Diskussionen und Gesetzesauslegungen Anlass. Dieser unbefriedigende Zustand sollte schnellstmöglich im Zusammenhang mit der Schaffung eines Patientenrechtegesetzes überwunden werden.

Ein Patientenrechtegesetz sollte sich nicht allein auf die Arzt-Patienten-Beziehung konzentrieren, sondern auch die Grundsätze des in den Pflegesystemen maßgeblichen Pflegerechts erfassen. Vor allem sollten die Grundsätze der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ einbezogen werden mit der Folge, dass die entsprechenden Gewährleistungen zu subjektiv-öffentlichen Rechten mit Anspruchscharakter ausgestaltet werden.

Dass sich wiederholt verschiedene Organisationen der Gesundheitsberufe gegen ein Patientenrechtegesetz ausgesprochen haben, ist unbeachtlich. Die in diesem Zusammenhang aufgestellte Behauptung, Patientenrechte wären bereits jetzt ausreichend gesichert, geht an der Lebenswirklichkeit völlig vorbei und kann nur als einseitiges und interessengeleitetes Statement verstanden werden.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Anlage 3:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 29.10.2008

Statement von "Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk" zum geplanten Heimrecht in Nordrhein-Westfalen:

"Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" verbindlich machen!

Der Gesetzentwurf der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen (NRW) zum geplanten Heimrecht mit der Bezeichnung „Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen“ enthält lediglich in § 1 Abs. 2 einige allgemeine Ausführungen, die in verkürzter Form einen Bezug zu den Chartagrundsätzen herstellen. Diese Ausführungen, unter „Zweck des Gesetzes“, sozusagen als eine Vorbemerkung versteckt, können keine Rechtswirkungen nach sich ziehen. Dies ergibt sich aus dem Charakter einer solchen allgemeinen Zweckbeschreibung und zum anderen daraus, dass hier eine „Soll“-Regelung ausformuliert wurde. „Die Betreuungseinrichtungen sollen ...“ ist lediglich eine Aufmunterung und löst keine konkreten Verpflichtungen aus. Damit sind für die HeimbewohnerInnen keine subjektiv-öffentlichen Rechte geschaffen, die allein die Möglichkeiten bieten könnten, die zur Durchsetzung der Menschenwürdegarantie erforderlichen Klarstellungen herbeizuführen. Auch im weiteren Gesetzestext ist keine Vorschrift zu finden, die auch nur annähernd geeignet wäre, den Grundsätzen der o.a. Charta irgendeine durchsetzbare Verbindlichkeit zu verleihen. So könnte man sich zum Beispiel auch vorstellen, in § 5 des Gesetzes vorzugeben, dass die Grundsätze der Charta zu den Pflichten der Betreiber von Betreuungseinrichtungen gehören und folglich in den Heimvertrag einzubinden sind.

Da auch solche Hinweise fehlen, ist wohl die Aussage begründet, dass auch nach Verabschiedung des jetzt vorliegenden Gesetzestextes in NRW die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ nichts anderes als ein Papiertiger bleibt.

In der Gesetzesbegründung der Landesregierung zu § 1 Abs. 2 wird ausdrücklich hervorgehoben, dass mit dem Katalog des Absatzes 2 keine subjektiv-öffentlichen Rechte begründet werden. Man hat also regierungsamtlich das Problem anerkannt! Dann wird aber wahrheitswidrig behauptet, dass den Betreibern in Wahrnehmung des staatlichen Fürsorgeauftrages die Beachtung der Charta durch dieses Gesetz auferlegt werde. Damit sei der Staat seinem Schutzauftrag nachgekommen. – Genau dies ist aber nicht der Fall. § 1 Abs. 2 ist ausdrücklich als „Sollvorschrift“ konzipiert und verleiht, so die Regierung selbst, keinerlei Ansprüche.

Damit verbleiben alle die menschenwürdige Pflege betreffenden Grundsätze im Unverbindlichen und sind weiterhin der freien Interpretation aller Beteiligten zugänglich. Wenn man sich die unzulänglichen Pflege-Rahmenbedingungen (unzureichender Pflegebegriff, ungenügende Personalausstattungen der Pflegeeinrichtungen, Finanzierungsprobleme usw.) vor Augen führt, wird auch das nordrhein-westfälische Heimrecht mit dem jetzt vorliegenden Text keinen Schritt nach vorne tun, wenn es um die Durchsetzung der Menschenwürdegarantie bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen geht. Wenn es bei der jetzigen unzulänglichen Regelung bleibt, wäre eine große Chance, auch zur Minimierung der immer wieder beschriebenen Pflegemängel (vgl. u.a. MDS-Berichte aus 2005 und 2007), vertan!

Der Landtag von NRW wurde am 26.10.2008 angeschrieben und gebeten, die notwendigen Korrekturen im vorliegenden Gesetzentwurf der Landesregierung vorzunehmen. - Unterstützung erwünscht!

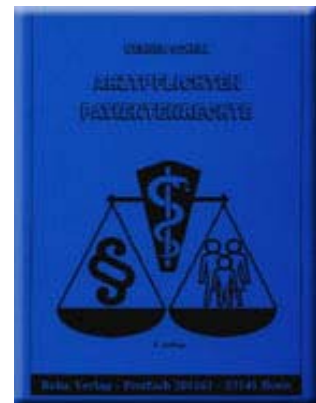
Werner Schell - Dozent für Pflegerecht –

Hier geht`s zur → „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“
mit weiteren Informationen: <http://www.pflege-charta.de>

Anlage 4:

Arztpflichten - Patientenrechte

4. Auflage 1993. 136 Seiten. DIN A 5. 8,00 Euro.
ISBN 3 88239 065 4. Reha Verlag,
Postfach 201161, 53141 Bonn.



Das Buch verfolgt den Zweck, die verschiedenen Rechte und Pflichten im Spannungsfeld zwischen Patient und Arzt (Krankenhaus) informativ darzustellen. Es will aber nicht nur in einfacher und verständlicher Sprache mit dem Patienten- und Arztrecht vertraut machen, sondern will auch eine Fülle von Informationen und Ratschlägen für die konkrete Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern (umgangssprachlich auch „Kunstfehler“) und Sorgfaltspflichtverletzungen anbieten. Der Ratgeber will auch deutlich machen, dass es der mündig gewordene Patient mit Hilfe mutiger Initiativen und der rechtsprechenden Organe dieses Staates verstanden hat, im Verhältnis zum Arzt zu einer Art „Waffengleichheit“ zu gelangen.

Die 4. Auflage des „Patientenratgebers“ präsentiert sich in aktueller Aufmachung (Stand: April 1993) und bringt (im Anhang) u.a. Erklärungen zu den Patientenrechten und die neuesten Grundsätze der ärztlichen Aufklärungspflicht. Die Verfahrensordnungen der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärzte- und Zahnärztekammern sind ebenfalls abgedruckt.

Aus früheren Besprechungen:

„Durch eine möglichst rechtzeitige Beachtung der in diesem Buch von einem Experten des Patientenrechts in allgemeinverständlicher Art und Weise dargestellten Rechte und Pflichten zwischen Patient und Arzt bzw. Krankenhaus kann viel unnötiger Ärger vermieden werden. Besonders wertvoll sind die praktischen Ratschläge sowie Adresshinweise für die konkrete Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen und für die Inanspruchnahme von Schlichtungs- und Gutachterstellen der Ärztekammern. Ein interessanter Ratgeber für Arzt und Patient“ (Z. „Der Arzt und sein Recht“; 22/91).

Quelle: <http://www.wernerschell.de/html/arztpflichten.php>

Anlage 5:

Patientenrechte in Deutschland heute

Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier

I. PRÄAMBEL

II. PATIENTENRECHTE AUF SORGFÄLTIGE INFORMATION

Recht auf Information

Einwilligung

Umfang der Aufklärung

Information über Versuchsbehandlungen

Zeitpunkt der Aufklärung

Wer klärt den Patienten auf?

Wer ist außer dem Patienten zu informieren?

Verzicht auf Aufklärung

Dokumentation der Aufklärung

Information und Beratung durch Krankenkassen und andere Stellen

III. PATIENTENRECHTE IN DER BEHANDLUNG

Recht auf qualifizierte Behandlung

Recht auf qualifizierte Pflege und Versorgung

Wahlrechte des Patienten

Mitwirkung des Patienten an der Behandlung

Dokumentation der Behandlung

Einsichtsrecht

Vertraulichkeit der Patientendaten und Datenschutz

Übernahme der Behandlungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Aufklärung über die Kostenübernahme

IV. RECHT AUF SELBSTBESTIMMTES STERBEN

V. RECHTE IM SCHADENSFALL

Bei wem kann man sich beschweren und sich beraten lassen?

Wo kann man Schadensersatzansprüche klären lassen?

Kosten

Gerichtsverfahren

Unterstützung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung

I. Präambel

Niemand darf bei der medizinischen Versorgung wegen Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen, politischen und sonstigen Anschauungen, seines Alters, seiner Lebensumstände oder seiner Behinderung diskriminiert werden.

Behandlung und Pflege haben die Würde und Integrität des Patienten zu achten, sein Selbstbestimmungsrecht und sein Recht auf Privatheit zu respektieren und das Gebot der Humanität zu beachten.

Respekt, Vertrauen und die einverständliche Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten sind unabdingbare Voraussetzungen für den gewünschten Erfolg einer Behandlung.

Das vorliegende Dokument informiert Patienten und Versicherte über ihre wichtigsten Rechte und Pflichten. Es soll gleichzeitig Ärzten, Zahnärzten, Pflegekräften und Psychotherapeuten sowie Mitarbeitern aus Gesundheitsfachberufen bei der täglichen Arbeit als Orientierungshilfe dienen. Wenn Arzt und Patient ausreichend informiert sind, kann eine vertrauensvolle Beziehung entstehen. Patienten und Ärzte haben das übereinstimmende Ziel, Gesundheit zu erhalten, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen, zu lindern und zu heilen. Dieses Ziel erfordert eine gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten im Gesundheitssystem, auch der Krankenkassen und Gesundheitsverwaltungen.

Nur wer seine Rechte und Pflichten kennt, kann diese Aufgabe bewusst und erfolgreich wahrnehmen. Wer als Patient über seine Rechte informiert ist, kann sich aktiv am Behandlungsprozess beteiligen. Wer als Arzt, Krankenhaus oder Versicherer seine Pflichten kennt, kann Patienten besser unterstützen.

Dieses Dokument soll zur Stärkung der Position des Patienten im Gesundheitswesen beitragen. Es will das Arzt-Patienten-Gespräch anregen und durch Informationen die Entscheidung des Patienten erleichtern. Das Dokument schafft dabei kein neues Recht, sondern gibt einen Überblick über wesentliche bestehende Rechte. Es ersetzt keine Beratung im Einzelfall.

Das Dokument ist eine Momentaufnahme und wird entsprechend der rechtlichen Entwicklung fortzuschreiben sein. Insbesondere gilt es, die Beteiligung von Patienten im Gesundheitswesen auszubauen.

Patienten haben ein Recht auf detaillierte Information und Beratung, sichere, sorgfältige und qualifizierte Behandlung und angemessene Beteiligung. Dabei sind die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz zu beachten.

Ein Behandlungserfolg kann jedoch trotz bester Therapie nicht garantiert werden. Gleichzeitig fördert die Mitwirkung und Einhaltung der Pflichten durch den Patienten sehr wesentlich den Behandlungserfolg.

II. Patientenrechte auf sorgfältige Information

Eine sorgfältige Patientenaufklärung und ärztliche Beratung und das vertrauensvolle Gespräch mit dem Arzt sind die besten Voraussetzungen für eine angemessene Vorsorge, Diagnose, Therapie und Nachsorge.

Recht auf Information

Patienten haben ein Recht in einem persönlichen Gespräch von ihrem Arzt vor der Behandlung verständlich, sachkundig und angemessen aufgeklärt und beraten zu werden. Dies umfasst je nach Erkrankung:

- die geeignete Vorbeugung,
- die Diagnose,
- Nutzen und Risiken diagnostischer Maßnahmen,
- Nutzen und Risiken der Behandlung sowie der zur Anwendung kommenden Arzneimittel und Medizinprodukte
- Chancen der Behandlung im Vergleich zum Krankheitsverlauf ohne Behandlung,
- die Behandlung der Erkrankung und ihre Alternativen, soweit sie mit unterschiedlichen Risiken verbunden sind,
- Nutzen und Risiken der Behandlung sowie
- eine eventuell erforderliche Nachbehandlung.

Dies gilt entsprechend auch für Schwangerschaften und Geburten.

Aufklärung und Beratung müssen auch für Patienten, die sich mit dem Arzt sprachlich nicht verständigen können, verstehbar sein. Der Arzt muss sich davon überzeugen, dass der Patient die Information versteht und verstanden hat. Der Arzt ist allerdings nicht für die Hinzuziehung eines Dolmetschers verantwortlich und kann eine Behandlung ablehnen, soweit es sich nicht um einen Notfall handelt.

Einwilligung

Vor jeder Behandlung muss der Patient seine Einwilligung geben. (Ausnahme: Notfallbehandlung nach mutmaßlicher Einwilligung). Die Einwilligungserklärung sollte ausdrücklich erfolgen, kann sich aber auch aus eindeutigen Umständen ergeben (z. B. der Patient erscheint zur angesetzten Behandlung).

Die wirksame Einwilligung des Patienten ist zwingende Voraussetzung der ärztlichen Behandlung. Eine Einwilligung kann nur wirksam sein, wenn der Patient vorher aufgeklärt wurde oder eindeutig darauf verzichtet hat.

Wirksam einwilligen kann nur, wer einwilligungsfähig ist. Einwilligungsfähig sind auch Betreute und Minderjährige, wenn sie die nötige Einsichtsfähigkeit besitzen. Gerichte fordern teilweise auch bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters in die Behandlung (z. B. Schwangerschaftsabbruch). Wird diese verweigert, kann sie unter bestimmten Bedingungen durch gerichtliche Entscheidung ersetzt werden. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder des vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuers erforderlich. Die Bestellung eines Betreuers ist entbehrlich, wenn der Patient rechtzeitig eine Person seines Vertrauens für die Zustimmung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt hat. (Vorsorgevollmacht).

Wenn der Patient nicht ansprechbar ist, reicht bei lebens- und gesundheitserhaltenden Notfallbehandlungen seine mutmaßliche Einwilligung aus. Diese sollte durch Auskünfte naher Angehöriger (auch Lebenspartnerin/Lebenspartner, Freunde) gestützt werden.

Umfang der Aufklärung

Der Umfang der Aufklärung richtet sich insbesondere nach der Schwere und der Dringlichkeit des Eingriffs. Je dringlicher der Eingriff ist, desto weniger Zeit bleibt für die Information; trotzdem muss eine Aufklärung erfolgen. Kann man die Behandlung vorausplanen, gilt eine solche Einschränkung nicht.

Im Allgemeinen genügt eine Aufklärung "im großen und ganzen". Der Patient muss also nicht über medizinische Details informiert werden, sondern es reicht aus, wenn die für die Lebensführung des Patienten wichtigen Informationen gegeben werden. Dies sind insbesondere der Nutzen der Behandlung, ihre Risiken, die Auswirkungen und Verhaltensanweisungen für die weitere Lebensführung. Über in der Bevölkerung allgemein bekannte Risiken einer Behandlung (z. B. Risiko von Wundinfektionen) muss nicht aufgeklärt werden.

Auch über Nutzen und Risiken der Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten muss der Arzt aufklären.

Patienten haben über die allgemeine Informationspflicht des Arztes hinaus das Recht zu fragen. Der Arzt ist verpflichtet, auf diese Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten.

Information über Versuchsbehandlungen

Es gibt Behandlungen, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich noch nicht abgesichert sind, die aber unter Umständen die einzige Chance auf eine Verbesserung des Krankheitszustandes darstellen. Dies können z. B. individuelle Heilversuche oder klinische Prüfungen sein. Insbesondere klinische Prüfungen werden von Ethikkommissionen begutachtet und unterliegen einer gesonderten Versicherungspflicht.

Der Patient hat auch hier das Recht, diese Behandlungen ohne Angabe von Gründen abzulehnen, ohne dass ihm dadurch ein Nachteil erwächst. Nimmt der Patient an einem Heilversuch oder einer klinischen Prüfung teil, kann er wie auch sonst die einmal erteilte Einwilligung jederzeit zurücknehmen.

Über eine mögliche Teilnahme an Versuchsbehandlungen muss umfassend und vollständig informiert werden. Hier reicht eine Information "im großen und ganzen" nicht aus. Stattdessen muss bei Versuchsbehandlungen über Durchführungsbedingungen, Nutzen und Risiken sowie über Behandlungsalternativen vollständig aufgeklärt werden. Dazu gehört im Falle einer klinischen Prüfung auch die Information darüber, welche Chancen der Patient hat, tatsächlich die neue Behandlung zu erhalten.

Zeitpunkt der Aufklärung

Der Patient muss rechtzeitig vor der Behandlung aufgeklärt werden. Der richtige Zeitpunkt hängt von der Art der Behandlung und ihrer Dringlichkeit ab. Wird ein Eingriff geplant, dann muss die Aufklärung spätestens zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Vornahme des Eingriffs erfolgen. Auch bei kleineren Eingriffen, die stationär vorgenommen werden, muss eine Aufklärung rechtzeitig am Tag davor stattfinden.

Bei ambulanten Eingriffen kann dagegen eine Aufklärung erst am Tage des Eingriffs noch rechtzeitig sein.

Wer klärt den Patienten auf?

Zur Aufklärung verpflichtet ist in der Regel der behandelnde Arzt. Im Krankenhaus kann das auch ein anderer Arzt sein, der mit der Behandlung vertraut ist. Bei Eingriffen unter Narkose ist der Narkosearzt zusätzlich für die Narkoseaufklärung zuständig. Nichtärztliches Personal darf keine ärztlichen Aufklärungsaufgaben übernehmen.

Wer ist außer dem Patienten zu informieren?

Der Patient entscheidet, wen der Arzt außer ihm oder statt seiner informieren darf oder soll. Eine solche Entscheidung des Patienten kann ausdrücklich erfolgen oder sich aus den Umständen ergeben. Der Arzt ist daran gebunden und darf nur die Vertrauensperson informieren. Diesen Personen steht dann ein Recht auf Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten zu.

Ist der Patient zu einer solchen Entscheidung nicht in der Lage, ist sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln.

Verzicht auf Aufklärung

Patienten haben das Recht, auf die ärztliche Aufklärung zu verzichten. Dies sollten Patienten eindeutig äußern. Der Arzt hat nicht das Recht, von der Aufklärung nach eigenem Ermessen abzusehen, ausgenommen, wenn Leben oder Gesundheit des betreffenden Patienten durch die Aufklärung erheblich und konkret gefährdet würde.

Dokumentation der Aufklärung

Ebenso wie die Behandlung ist die Patientenaufklärung zu dokumentieren. In Arztpraxen und Krankenhäusern können zur Erleichterung der Dokumentation der Aufklärung Formulare oder Aufklärungsbögen verwendet werden, die unter anderem den Nutzen und die Risiken der Behandlung beschreiben und Besonderheiten des individuellen Aufklärungsgesprächs festhalten. Diese Dokumente werden zu den Krankenakten des Patienten genommen, nachdem sie von ihm unterschrieben sind. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen in keinem Fall das Aufklärungsgespräch. Bezüglich der Einsichtnahme und der Erstellung von Abschriften oder Kopien wird auf das dritte Kapitel verwiesen.

Information und Beratung durch Krankenkassen und andere Stellen

Die Krankenkasse muss den Patienten individuell über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beraten. Versicherte haben auf Antrag einen Anspruch an ihre Krankenkasse auf Information über die in einem Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen.

Die Sozialleistungsträger haben die Pflicht, der Bevölkerung eine allgemeine Aufklärung über die sozialrechtlichen Rechte und Pflichten zu geben.

Der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt durch die kommunalen Gesundheitsämter viele Aufgaben der Beratung, Förderung und Hilfe in gesundheitlichen Belangen, bei Krankheit und Behinderung. Es besteht ein Anspruch auf Gewährung der gesetzlich vorgesehenen Leistungen. Die Sozialhilfebehörden beraten, informieren und unterstützen bei Behinderung.

Ärzte- und Zahnärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Pflegeorganisationen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Verbraucherschutzverbände und unabhängige Patientenberatungsstellen beraten und informieren über gesundheitliche Belange. Darüber hinaus bieten neben den Rechtsanwältinnen auch Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Verbraucherschutzverbände und unabhängige Patientenberatungsstellen Unterstützung bei der Durchsetzung von Patientenrechten.

III. Patientenrechte in der Behandlung

Recht auf qualifizierte Behandlung

Der Patient hat ein Recht auf eine sichere, sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Dies setzt voraus, dass die Behandlung wissenschaftlich gesichert und/oder aufgrund praktischer ärztlicher Erfahrung in der Ärzteschaft akzeptiert ist. Die Wirksamkeit der Patientenbehandlung ist zu optimieren und ihre Risiken sind zu minimieren. Über die Wirkung der Behandlung ist der Patient zu informieren.

Eine Behandlung, die diesen Erfordernissen nicht entspricht, aber dennoch ärztlich vertretbar ist, darf nur durchgeführt werden, wenn der Patient über die Unsicherheit der Behandlung und über ihre Nutzen und Risiken aufgeklärt wurde und daraufhin eingewilligt hat.

Arzneimittel oder Medizinprodukte, die zur Behandlung eingesetzt werden, müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllen. Dafür tragen der Hersteller, teilweise auch Arzt oder Krankenhaus, die Verantwortung.

Sind in einer Praxis oder im Krankenhaus die erforderlichen organisatorischen, personellen (z. B. Ausbildung des Personals, Spezialisierung) oder sachlichen (z. B. medizinische Geräte, Hygienestandards) Voraussetzungen einer Behandlung nicht oder nicht mehr gegeben, so ist der Patient unverzüglich an einen geeigneten Arzt oder ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen. Zumindest ist der Patient über die Situation zu informieren. Eine Überweisung an einen anderen Arzt oder ein anderes Krankenhaus ist dann notwendig, wenn der erforderliche Standard nicht gewährleistet ist.

Recht auf qualifizierte Pflege und Versorgung

Der Patient hat während der Behandlung auch ein Recht auf qualifizierte Pflege und Betreuung und auf den Schutz seiner Privatsphäre. Bei stationären Behandlungen hat der Patient außerdem ein Recht auf eine angemessene und sichere Unterbringung und Versorgung sowie die Möglichkeit, Besuche zu empfangen oder abzulehnen.

Der Patient ist zu informieren, wer für seine Behandlung und Pflege zuständig ist. Andere Personen als das Behandlungs- und Pflegepersonal dürfen bei therapeutischen Gesprächen (auch Visiten) und der Behandlung nur nach vorheriger Zustimmung des Patienten anwesend sein. Der Arzt kann den Wunsch des Patienten, weitere Personen hinzuzuziehen, nur in begründeten Fällen ablehnen und muss sich um eine Einigung mit dem Patienten bemühen.

Wahlrechte des Patienten

Der Patient hat ein Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl. Dies schließt im ambulanten Bereich das Recht ein, den Arzt zu wechseln.

Im Notfall hat der Patient ein Recht auf sofortige Behandlung.

Der Patient hat ein Recht auf die Wahl zwischen Behandlung und Nichtbehandlung. Wenn mehrere gleichwertige medizinische Behandlungen oder Behandlungsmethoden bestehen, hat er die Möglichkeit zu wählen. Ist zwischen Arzt und Patient darüber kein Einverständnis herzustellen, kann der Arzt die Behandlung ablehnen.

Der gesetzlich Krankenversicherte kann unter den zugelassenen Behandlern auswählen. Das Behandlungsrecht umfasst die in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Behandlungsmethoden. In der ambulanten Behandlung kann der Versicherte neue Behandlungsmethoden beanspruchen, wenn sie ein Anerkennungsverfahren durchlaufen haben. Dies gilt auch für alternative Behandlungsverfahren. Behandlungsmethoden der sogenannten besonderen Therapierichtungen und Außenseitermethoden sind nur sehr eingeschränkt in der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

Niemand kann zur Behandlung gezwungen werden und niemand darf eine Behandlung erzwingen. In seltenen Ausnahmefällen kann der Staat Anordnungen treffen, die die Gesundheit und Selbstbestimmung des Patienten berühren (z. B. die Einweisungsmöglichkeit nach dem Unterbringungsrecht oder die Pflicht, Untersuchungen nach dem Bundesseuchengesetz zu dulden).

Jeder Patient sollte die Entscheidung über eine Behandlung nach eingehender Beratung durch den Arzt seines Vertrauens treffen.

Der Patient kann eine ärztliche Zweitmeinung einholen. Er sollte sich vorher aber über Kostenfolgen informieren.

Mitwirkung des Patienten an der Behandlung

Jede Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten. Die Verständigung zwischen Arzt und Patient ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung.

Eine erfolgreiche Behandlung hängt wesentlich von der Bereitschaft des Patienten ab, die ärztlichen Empfehlungen zu beachten (z. B. Arzneimittelaufnahme, Regeln der Lebensführung, Information des Arztes über unerwünschte Wirkungen einer Behandlung). Der Arzt muss den Patienten in Kenntnis setzen, welches Verhalten wünschenswert ist, um den Behandlungserfolg zu sichern und Gefahren der Behandlung abzuwenden. Beispielsweise muss der Arzt über die Dosierung, den Zeitpunkt der Einnahme und das richtige Verhalten beim Auftreten unerwünschter Wirkungen eines Arzneimittels informieren. Nur so kann der Patient an der erfolgreichen Durchführung der Behandlung mitwirken. Diese Information muss verständlich erfolgen.

Von den Verhaltensregeln sollte nur nach einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt abgewichen werden. Bei anhaltend fehlender Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung, die zu einer dauerhaften Störung des Vertrauensverhältnisses führt, kann der Arzt die weitere Behandlung ablehnen. Über etwaige gesundheitliche Folgen des Behandlungsabbruchs muss der Arzt den Patienten aufklären.

Dokumentation der Behandlung

Jede Behandlung muss, soweit medizinisch erforderlich, dokumentiert werden, um Ärzten und Patienten die Information über die Behandlung zu ermöglichen. Zu dokumentieren sind die wichtigsten präventiven, diagnostischen, therapeutischen und nachsorgenden Maßnahmen und Verlaufsdaten. Die Dokumentation ist vor unbefugtem Zugriff und vor nachträglichen Veränderungen zu schützen.

Einsichtsrecht

Jeder Patient hat ein Recht auf Einsicht in diese Dokumentation, ohne dass er ein besonderes Interesse erklären muss. Das Einsichtsrecht erstreckt sich nach der Rechtsprechung und dem ärztlichen Berufsrecht nicht auf den Teil der Dokumentation, der subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthält. Aus datenschutzrechtlicher Sicht wird die Auffassung vertreten, dass nach dem Bundesdatenschutzgesetz auch dieser Teil der ärztlichen Aufzeichnungen zu offenbaren ist.

Um sein Einsichtsrecht wahrzunehmen, kann der Patient einen Arzt oder eine sonstige Person seines Vertrauens mit der Einsicht beauftragen. Patienten können Kopien der Dokumentation von dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus anfordern, die in angemessener Zeit erstellt werden müssen. In der Regel hat der Patient die Kopierkosten zu tragen.

Das Einsichtsrecht bezieht sich auch auf Befunde und Röntgenbilder. Der Patient kann sich Röntgenbilder ausleihen, muss sie aber zurückgeben. Bei einem Arztwechsel lassen sich dadurch Doppeluntersuchungen und damit verbundene Belastungen und Kosten vermeiden.

Das Einsichtsrecht kann in Ausnahmefällen eingeschränkt sein, unter anderem, wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z.B. Angehörige, Freunde) berührt werden. Diese Einschränkung ist vom Arzt zu begründen.

Nach einer Behandlung im Krankenhaus wird in der Regel ein "Arztbrief" an den weiterbehandelnden (Vertrags-)Arzt ausgestellt. Patienten haben das Recht, auch diesen Arztbrief einzusehen und zu bestimmen, wer ihn erhält.

Vertraulichkeit der Patientendaten und Datenschutz

Der Patient hat einen Anspruch darauf, dass Arzt und Krankenhaus seine Unterlagen vertraulich behandeln. Diese ärztliche Schweigepflicht besteht auch gegenüber anderen Ärzten, die nicht in die Behandlung einbezogen sind. Für Zwecke der Leistungsabrechnung, der Sicherheit und Kontrolle sehen Gesetze einzelne Ausnahmen von der Schweigepflicht vor.

Anderen Personen - auch Angehörigen und Seelsorgern - darf der Gesundheitszustand eines Patienten nur dann offenbart werden, wenn es seinem Willen entspricht. Dieser Wille kann ausdrücklich erklärt werden oder den Umständen zu entnehmen sein.

Der Patient hat darüber hinaus weitergehende Datenschutzrechte. Er muss benachrichtigt werden, wenn seine Angaben erstmals in einer Datei gespeichert werden, ohne dass ihm das erkennbar ist. Er kann über alle Informationen Auskunft verlangen, die zu seiner Person in einer Datei gespeichert sind einschließlich der Herkunft, des Speicherungszwecks und regelmäßiger Übermittlungsempfänger dieser Daten. Haben Arztpraxis oder Krankenhaus unrichtige Daten gespeichert, hat der Patient einen gesetzlichen Berichtigungsanspruch. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen kann der Patient die Löschung seiner Daten verlangen. Der Patient hat schließlich einen datenschutzrechtlichen Anspruch darauf, dass Arzt und Krankenhaus seine gespeicherten Daten technisch und organisatorisch vor Zerstörung, Änderung und unbefugtem Zugriff schützen.

Übernahme der Behandlungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung bei Krankheit und Schwangerschaft. Die Behandlung muss notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Ein familienversicherter Patient kann seine Leistungsansprüche eigenständig gegenüber der Krankenkasse geltend machen.

Der Anspruch auf einige Leistungen wird speziell geregelt (z.B. Sterilisation, Empfängnisverhütung, Früherkennung von Krankheiten, zahnärztliche Individual- und Gruppenprophylaxe). Leistungsausschlüsse bestehen u. a. bei bestimmten nicht zweckmäßigen oder unwirtschaftlichen Arzneimitteln, Leistungsbegrenzung z. B. bei Zahnersatz.

Aufklärung über die Kostenübernahme

Bevor der Patient Leistungen in Anspruch nimmt, deren Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung nicht gesichert ist, muss der Arzt oder das Krankenhaus den Patienten darüber informieren. Der Patient entscheidet dann, ob er diese Behandlung gleichwohl in Anspruch nehmen und selbst bezahlen will.

IV. Recht auf selbstbestimmtes Sterben

Jeder Patient hat das Recht auf ein menschenwürdiges Leben bis zum Tode. Auch am Ende des Lebens hat der Patient das Recht auf Selbstbestimmung und eine angemessene Versorgung, insbesondere auf schmerzlindernde Behandlung.

Jeder Patient, der entscheidungsfähig und über seine Situation aufgeklärt ist, hat das Recht, den Abbruch oder das Unterlassen weiterer lebensverlängernder Maßnahmen zu verlangen, unabhängig davon, ob der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat.

Der Patient kann für den Fall, dass er nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte, durch eine Patientenverfügung auf lebenserhaltende und -verlängernde Maßnahmen verzichten. Der Arzt zieht diese Patientenverfügung für die Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten heran. Über die konkrete Formulierung einer solchen Verfügung (Form, Zeit, Zeugen, Aktualität) sollte sich der Patient ausführlich beraten lassen.

V. Rechte im Schadensfall

Bevor der Patient eine Beschwerde oder einen Schadensersatzanspruch geltend macht, sollte er das Gespräch mit den Behandlern in der Praxis oder im Krankenhaus suchen und Einsicht in die Behandlungsdokumentation nehmen bzw. sich Kopien anfertigen lassen.

Bei wem kann man sich beschweren und sich beraten lassen?

Mit Beschwerden und Beratungsanliegen kann sich ein Patient an die Landesärzte- bzw. Zahnärztekammern und die Patientenberatungs- und -beschwerdestellen wenden, die in unterschiedlichen Institutionen, z.B. in Krankenhäusern, bei öffentlichen Trägern, privaten Initiativen oder Verbraucherzentralen, eingerichtet wurden.

Wo kann man Schadensersatzansprüche klären lassen?

Um Schadensersatzansprüche klären zu lassen, kann sich der Patient an

- die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die durch die Ärztekammern eingerichtet wurden,
- Rechtsanwälte (spezialisierte Anwälte, sind zu erfragen bei den Anwaltskammern oder -vereinen),
- sonstige, zur Rechtsberatung befugte Institutionen, z. B. die Verbraucherzentralen, wenden.

Kosten

In der Regel ist es kostenlos, sich bei Patientenbeschwerde- und -beratungsstellen zu informieren und Ansprüche bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen geltend zu machen.

Bei den ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen erhält der Patient eine kostenlose medizinisch-sachverständige Beurteilung seines Beschwerdefalles und bei den Schlichtungsstellen häufig auch einen Regulierungsvorschlag, wenn ein ärztlicher Fehler festgestellt worden ist. Bei den zahnärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen entstehen für den Patienten Kosten.

Gerichtsverfahren

Der Patient kann seinen Anspruch auch direkt bei Gericht geltend machen. Dies ist ohne vorherige sachverständige medizinische und rechtliche Beratung nicht zu empfehlen.

Wenn der Patient Schadensersatzansprüche, z. B. Schmerzensgeld, vor Gericht geltend machen will, muss er in der Regel den ärztlichen Fehler darlegen und beweisen. Darüber hinaus muss er die Ursächlichkeit des Fehlers für die Verletzung der Gesundheit, das Verschulden des Arztes und den Zusammenhang zwischen Gesundheitsverletzung und eingetretenem Schaden beweisen. Unter bestimmten Umständen kann die Beweislast für die Ursächlichkeit und das Verschulden erleichtert werden (z. B. bei der Verletzung von Dokumentationspflichten und groben Behandlungsfehlern). Bei einer ärztlichen Verletzung von Informationspflichten hingegen muss der Arzt beweisen, dass er tatsächlich sorgfältig aufgeklärt hat; der Patient wiederum muss seinerseits plausibel dartun, dass er bei sachgerechter Aufklärung in einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte, ob er die Behandlung durchführen lassen soll. Die ordnungsgemäße Dokumentation muss ebenfalls durch den Arzt bewiesen werden.

Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt (z. B. Röntgengerät) verursacht werden, können auch Ansprüche gegen den Hersteller bestehen.

Bei möglichen Schadensersatzansprüchen ist es ratsam, diese unverzüglich geltend gemacht werden, da diese je nach Fall sehr unterschiedlichen Verjährungsfristen unterliegen. Teilweise können Fristen schon nach sechs Monaten verstreichen. Es wird empfohlen, sich im Schadensfall zügig beraten zu lassen, um Ansprüche nicht zu verlieren.

Unterstützung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung kann den Versicherten unterstützen, wenn dieser bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen wegen Behandlungsfehlern dies beantragt. Die Krankenkasse kann dem Versicherten durch Auskünfte aus ihren Akten und Daten bei der Durchsetzung seines Anspruchs unterstützen. Geldleistungen für die Rechtsverfolgung dürfen nicht gewährt werden. Im Einzelfall kann die Krankenkassen die Unterstützung aus sachlichen Gründen verweigern.

Quelle: http://www.wernerschell.de/Patientenschutz/Grundsatzliches/patientenrechte_in_der_behandlung.php

+++

Die Bundesärztekammer hat den vorgestellten „**Patientenrechten in Deutschland heute**“ einen Entwurf einer **Charta der Patientenrechte** entgegen gestellt (Beschluss vom 30.09.1999) und zur öffentlichen Diskussion aufgerufen.

Quelle: http://www.wernerschell.de/Patientenschutz/Grundsatzliches/patientenrechte_grundgesetz.php

Am 16.10.2002 wurde eine **Charta der Patientenrechte in Deutschland** –vorgelegt. Sie war von einer „Arbeitsgruppe Patientencharta“, eingesetzt von der Bundesregierung erarbeitet worden, formuliert worden.

Quelle: http://www.wernerschell.de/web/02/patientenrechte_in_deutschland.php

Für ein modernes Patientenrechtgesetz - Antrag (von mehreren Bundestagsabgeordneten der SPD) vom 09.03.2010 – Bundestags-Drucksache 17/907 - Lesen Sie **hier (PDF)** <http://www.wernerschell.de/Patientenschutz/Grundsatzliches/dipbtd1700907SPDPatrechtegesetz.pdf>

Anlage 6:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 16.03.2009

Bundsrats-Drucksache 167/09 vom 20.02.2009

An den
Deutschen Bundestag (Präsidium / Fraktionen)
An den
Bundesrat
An die
Landesgesundheitsministerien
An die
Bundesregierung (Bundeskanzleramt)
An das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
An das
Bundesgesundheitsministerium
....

Betr.: Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG)
Bezug: Pressemitteilung des BMFSFJ vom 18.02.2009, **Bundsrats-Drucksache 167/09 vom 20.02.2009** und hiesige Stellungnahme an den Deutschen Bundestag mit der Kennzeichnung „**Drucksache 16(10)958**“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten um Beteiligung bei den weiteren Beratungen (**Anhörung**) über das geplante **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)** und geben zunächst die nachfolgende **Stellungnahme** ab:
1) In dem vorliegenden Entwurf geht es im Wesentlichen darum, die §§ 5 – 9 und 14 Heimgesetz (Bund) abzulösen und, wie es heißt, durch moderne verbraucherschutzrechtliche Regelungen zu ersetzen. Die insoweit vorgesehenen Einzelregelungen scheinen überwiegend zielführend, werden aber mit Rücksicht auf Umfang und Ausgestaltung den bürokratischen Aufwand im Heimbereich vermehren. Es wird daher angeregt, im weiteren Beratungsverfahren zu prüfen, ob nicht eine **Straffung einzelner Vorschriften** möglich ist, ohne damit die Zielsetzung der Neuregelung infrage zu stellen.

2) Die in der Begründung zur o.a. Gesetzesinitiative abgegebenen Erklärungen zu der umfassenden Schutzwirkung des WBVG für die Verbraucher pflegerischer Dienstleistungen müssen nach hiesiger Überzeugung in einigen Punkten relativiert werden. Denn der vorliegende Gesetzentwurf greift nicht einmal die in der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ dargestellten Rechtspositionen auf. Es erscheint aber zwingend, in den heimvertragsrechtlichen Vorgaben vorzusehen, dass die Chartagrundsätze Bestandteil der vertraglichen Beziehungen sein müssen. Eine solche Feststellung erscheint auch deshalb geboten, weil die bisherigen Länder-Heimgesetze (bzw. die vorliegenden Entwürfe) eine klare Verbindlichkeit der Charta nicht vorsehen. In Einzelvorschriften ist es lediglich zu allgemeinen Formulierungen hinsichtlich der Selbstbestimmungsrechte der pflegebedürftigen Menschen gekommen, ohne aber damit konkrete Ansprüche zu verbinden. Daher muss der Bundesgesetzgeber die erwähnte **Charta in das WBVG einbeziehen und die Grundsätze zu subjektiv-öffentlichen Rechten ausgestalten**. Insoweit ist auch eine Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers zweifelsfrei gegeben. Zu bedenken wäre dabei, ob man diese Verbindlichmachung der Chartagrundsätze in den Text des WBVG hineinschreibt oder aber einen weiteren Artikel zur „Neuregelung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform“ formuliert, mit dem die Verbindlichkeit der Chartagrundsätze in den Text

des SGB XI eingefügt wird. Dort würde es möglicherweise besser vorhandene Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen ergänzen bzw. bekräftigen.

Zur „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ hat „Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk“ bereits vor Bekanntwerden der jetzigen Gesetzesinitiative in 2008 das nachfolgende **Statement** abgegeben:

- Die Krankenversorgung, Pflege und sonstige Betreuung müssen unter Beachtung der Menschenwürdegarantie erfolgen. Insoweit ist unsere Werteordnung eindeutig!
- Welche Grundsätze im Einzelnen bei der Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten und pflegebedürftigen Menschen zu beachten sind, ergibt sich vornehmlich aus Artikel 1 und 2 Grundgesetz und der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.“
- Da die „Charta“ aber keine subjektiv-öffentlichen Rechte mit einklagbarem Anspruchscharakter enthält, sind weitergehendere Folgerungen notwendig.
- Die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern sind aufgefordert, die in der „Charta“ beschriebenen Handlungsgrundsätze verbindlich zu machen. Dies ergibt sich aus der staatlichen Schutzpflicht nach Artikel 1 Grundgesetz.
- Weil die Lobby der Patienten und pflegebedürftigen Menschen im Medizinrecht schwach ist und die organisierten wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer und der am Gesundheitsmarkt beteiligten Unternehmen stark ausgeprägt sind, ist die Wahrnehmung der Schutzpflicht aller staatlichen Organe insoweit besonders wichtig!
- Solange es die Verbindlichkeit der „Chartagrundsätze“ im Sinne von subjektiv-öffentlichen Rechten (noch) nicht gibt, sind alle Verantwortlichen im Gesundheits- und Pflegesystem aufgefordert, diesen Grundsätzen im Rahmen einer Art Selbstverpflichtung zu entsprechen.
- Die Verbindlichkeit unserer Werteordnung hat unabhängig vom Personalbestand zu gelten. Die Führungskräfte stehen insoweit mit ihren Kompetenzen klar in der Pflicht. Gleichwohl ist dafür Sorge zu tragen, dass personelle Engpässe, die natürlich bei einer konsequenten Anwendung der „Chartagrundsätze“ verstärkt werden, durch entsprechende Reformen beseitigt werden („Nach der Reform ist vor der Reform“).
- Pflegekräfte, die aufgrund von Arbeitsverdichtungen und personeller Not nicht immer allen Anforderungen gerecht werden können, müssen gegebenenfalls innerbetrieblich für entsprechende Abklärungen Sorge tragen. Zu bedenken ist dabei, dass immer mit der „erforderlichen Sorgfalt“ (§§ 276, 278 BGB) gearbeitet werden muss.
- Der Gesetzgeber hat auch dafür zu sorgen, dass Pflegekräfte, ohne Nachteile erfahren zu müssen, nachhaltig auf Missstände bei der Versorgung von Patienten und pflegebedürftigen Menschen aufmerksam machen dürfen. Damit könnten sich Pflegekräfte vor Ort stärker für eine Umsetzung der „Chartagrundsätze“ einsetzen.
- Der Gesetzgeber ist im Übrigen aufgefordert, durch strukturelle Veränderungen im Gesundheits- und Pflegesystem für die erforderliche finanzielle und personelle Ausstattung zu sorgen. Dem vor einigen Monaten von einem bekannten Münchener Pflegekritiker abgegebenem Statement, mit dem die Pflegekräfte pauschal zu 40% als ungeeignet bezeichnet wurden, wird ausdrücklich widersprochen. Eine solche diskriminierende Äußerung ist nicht akzeptabel!
- Es muss im Übrigen den Menschen in dieser Gesellschaft erforderlichenfalls gesagt werden, dass Verbesserungen im Gesundheits- und Pflegesystem mehr Geld kosten. Eine stärkere individuelle Versorgung ist daher in Erwägung zu ziehen. Die demografische Entwicklung wird keine andere Wahl lassen.

An diesem Statement wird unverändert festgehalten und kann daher auch als Begründung für den Antrag gelten, die **Chartagrundsätze in das jetzige Gesetzgebungsverfahren einzubeziehen**.

3) Die seit Jahren beklagten Pflegemängel (siehe dazu u.a. die einschlägigen Berichte von MDK und MDS) werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit neuen Transparenzvorgaben und Bewertungssystemen – „Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WBVG entscheidend vermindert werden können.

Entscheidend wird sein, mit der nächsten Pflegereform den bereits geplanten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) zu formulieren und damit verbunden für eine deutliche Ausweitung des Pflege-Leistungsrechts zu sorgen. Im Zusammenhang mit der notwendigen Ausweitung des Leistungsrechts wird es dazu kommen müssen, eine bundeseinheitliche Vorgabe für die Schaffung

von Personalstellen in den Pflegeheimen zu schaffen. Die bisherigen völlig unzureichenden und regional sehr unterschiedlichen Stellenschlüssel, ohne jegliche Verbindlichkeit, müssen ersetzt werden durch klare Vorgaben, die auf einem der Pflegewissenschaft Rechnung tragenden Personalbemessungssystem beruhen. Ohne ein solches Personalbemessungssystem wird die Personalnot in den Pflegeeinrichtungen nicht behoben werden können („Personalbestand nach Kassenlage“). Vorwiegend diese Personalnot ist maßgeblich dafür, dass die von der Gesellschaft geforderte Zuwendung für die pflegebedürftigen Menschen nur in kümmerlicher Weise angeboten werden kann.

Mehr Transparenz, „Schulnoten“ und unangemeldete Prüfungen können ein Pflegesystem, das an gravierenden strukturellen Mängeln leidet, nicht entscheidend verbessern (vgl. insoweit u.a. Abschnitt „8 Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmängel“ in Thomas Gerlinger / Michaela Röber „Die Pflegeversicherung“, Verlag Hans Huber, Bern 2009). Qualität kann nicht ohne gute Pflegestrukturen erzwungen werden. Solch ein Zwang kann allenfalls bei allen Beteiligten den Frust steigern helfen.

Die MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen müssen nach hiesiger Auffassung in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden. Beschwerden über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen **„nachteilsfrei“ gestellt werden** (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Insoweit wird bereits im Deutschen Bundestag eine **Gesetzesinitiative** diskutiert, die u.a. die **Einfügung eines neu gefassten § 612a in das BGB** vorsieht. Siehe dazu u.a. Ausschussdrucksachen 16(10)849, 16(10)958, 16(10)850-L, 16(10)874) und Protokoll des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Nr. 16(81 (neu):

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständige Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,
2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,
3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,
4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

(3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Quelle für das Zitat u.a.: Drucksache des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz – Nr. 16(10)849

Die Erörterungen zu dem neugefassten § 612a BGB sind eigentlich abgeschlossen, so dass entschieden werden kann. Denkbar wäre, die Änderung ebenfalls als Artikelvorschrift in die o.a. Neuregelung einzubeziehen.

Es wird aber auch die Möglichkeit gesehen, die im § 612a (neu) formulierten Arbeitnehmerrechte mit entsprechenden Einschränkungen in das WBVG einzubeziehen und damit die Neuerung zunächst nur auf den Pflegebereich zu beschränken.

Es ist absehbar, dass die Träger(verbände) einer solchen Regelung widersprechen werden. Im Rahmen der o.a. Diskussionen ist aber bereits klargestellt worden, dass Arbeitgeberinteressen gegenüber dem Interesse der Arbeitnehmer und der dahinter stehenden Beweggründe – hier: Abstellung von Pflegemissständen effektiver zu ermöglichen - überragend sind.

Zur Begründung für die neue Regelung ist u.a. anzumerken: Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu lassen. Pflegekräfte, die sich in der Vergangenheit im Sinne der öffentlichen Aufmunterungen couragiert verhalten haben, fanden sich wenig später fast ausnahms-

los in der Arbeitslosigkeit wieder. Bei dem Bemühen, eine neue Arbeitsstelle in der Pflege zu finden, gab es zusätzliche Schwierigkeiten, weil anscheinend eine Art „stille Post“ der Heimbetreiber ein System vorsieht, vor couragierten Pflegekräften unauffällig, aber wirksam, zu warnen. Aufgrund solcher Erkenntnisse liegt es auf der Hand, dass man den **Pflegekräften Schutz zu bieten** hat. Insoweit scheint der neugefasste **§ 612a BGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG)** **sehr hilfreich**. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene **Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln**.

4) Im Übrigen ist abschließend noch einmal festzustellen, dass die seinerzeitige **Föderalismusreform mit der Verlagerung des Heimrechtes in die Zuständigkeit der Länder eine Fehlentscheidung** war. Denn es zeigt sich, dass im Heimrecht bereits jetzt eine **Rechtszersplitterung** eingetreten ist, die die Wahrnehmung der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen nicht verbessert, sondern eher verschlechtert hat. Heimrechtliche Fragen werden demnächst u.a. im SGB XI, in 16 Heimgesetzen der Länder einschließlich weiterer Rechtsverordnungen und im WBVG geregelt sein. Es gibt einen **Mischmasch an Zuständigkeiten von Bundes- und Länderrecht**. Daher wäre eigentlich allein hilfreich, das Heimrecht komplett in die vorrangige Zuständigkeit des Bundes zurückzuverlagern. Die vorrangige Zuständigkeit der Länder in verschiedenen Aufgabenbereichen kann Sinn machen, im Heimrecht ist die eingetretene Rechtszersplitterung für die von diesen Vorschriften betroffenen BürgerInnen ein klarer Nachteil. Eine neue **Ausrichtung des Heimrechts in Richtung Bundeskompetenz** könnte auch die Chance bieten, die vielfach verlangte **Entbürokratisierung endlich voran zu bringen**.

Mit freundlichen Grüßen
Werner Schell

Quelle: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/16032009statement.php>

Anlage 7:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 23.04.2009

Zersplitterung des Heim- und Pflegerechts Föderalismusreform von 2006 korrigieren

Die 2006 von der Großen Koalition durchgeführte Föderalismusreform hatte u.a. zum Inhalt, die Zuständigkeit für das Heimrecht vom Bund auf die Länder zu übertragen. Diese Entscheidung stieß seinerzeit bei den meisten Altenhilfe-Experten auf scharfe Kritik. Künftig könne es zu pflegerischer Versorgung von Heimbewohnern nach Kassenlage der Länder, abgesenkten Fachkraftquoten, zum Unterlaufen bisheriger baulicher Mindeststandards und Qualitätseinbußen in einzelnen Ländern kommen, befürchteten sie. Auf jeden Fall werde es, so die Experten weiter, zu einer Rechtszersplitterung kommen, die die Qualität der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen nicht verbessern, sondern eher verschlechtern werde. Denn „Qualitätsnormen können sinnvollerweise nur bundeseinheitlich geregelt werden.“

Inzwischen warnen die Länder selbst vor einer Zersplitterung des Heim- und Pflegerechts mit verheerenden Folgen für rund eine Million Heimbewohner. So seien z.B. die Pläne der Bundesregierung, ein neues bundeseinheitliches Verbraucherschutzrecht für die Heimpflege zu schaffen, verfassungswidrig. Dies sagte Bayerns Sozialministerin Christine Haderthauer (CSU) dem Handelsblatt: „Kommt dieses Gesetz durch, droht eine Rechtskollision zwischen Bundes- und Landesrecht.“ Baden-Württemberg und Hessen wollen das Gesetzesvorhaben deshalb im Bundesrat stoppen, Bayern unterstützt den Antrag.

Tatsache ist, dass die seinerzeit befürchtete Rechtszersplitterung Realität geworden ist. Denn mittlerweile sind die Länder dabei, eigene Länder-Heimgesetze zu erlassen, und zwar mit unterschiedlichen Inhalten. Wenn diese gesetzgeberischen Aktivitäten abgeschlossen sind, wird es in Deutschland allein 16 verschiedene Heimgesetze mit voneinander abweichenden Ausführungsvorschriften geben. Daneben ist die weitere Zuständigkeit des Bundes für das SGB XI – Soziale Pflegeversicherung – und für das bürgerlich-rechtliche Vertragsrecht gegeben. Insoweit ergeben sich zwangsläufig Probleme, wie die jetzt von einigen Bundesländern angesprochenen Rechtskollisionen verdeutlichen.

Die von den Ländern geäußerten Bedenken weisen allerdings in die falsche Richtung. Es kann eigentlich nicht darum gehen, die Bundeskompetenz für das bürgerlich-rechtliche Vertragsrecht zurückzudrängen, sondern eher gibt es Veranlassung, die Föderalismusreform wegen der gebotenen einheitlichen Gestaltung des Heim- und Pflegerechts für diese Rechtsbereiche rückgängig zu machen und die frühere einheitliche Bundeskompetenz wieder herzustellen.

Die entscheidenden Rechtsfragen des Heim- und Pflegerechts sollten sinnvollerweise nur bundeseinheitlich geregelt werden. Dazu gehört, wie bereits 2006 eingefordert, das gesamte Heimrecht. Zu denken ist aber z.B. auch an die notwendigen Regelungen zur Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit dem zur guten Pflegequalität erforderlichen Pflege(fach)personal. Dazu bedarf es dringend bundeseinheitlicher Personalbemessungssysteme, die allein die auskömmliche Personalausstattung im Bereich der pflegerischen Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen gewährleisten können. Ohne solche bundeseinheitliche Vorgaben werden die Pflegesysteme weiter auseinanderfallen und die Qualität in den Pflegeeinrichtungen - entgegen anderslautender Bekundungen - nicht verbessern: Dies zum Nachteil der pflegebedürftigen Menschen!

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Anlage 8:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 18.06.2011

»Demenzkranke: Die Versorgung mit Medikamenten ist dringend verbesserungsbedürftig«

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert mehr Sorgfalt bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten

Seit Jahren ist bekannt, dass die medikamentöse Versorgung von Demenzkranken den wirklichen Bedürfnissen dieser Menschen nur unzureichend gerecht wird. Man darf vermuten, dass allzu oft Nebenwirkungen und Risiken einfach billigend in Kauf genommen werden.

Bereits im August 2010 wurde von Arzneimittelexperten die sog. Priscus-Liste vorgestellt, eine Zusammenstellung gefährlicher Medikamente für ältere Menschen. Diese Liste verdeutlichte, dass fast dreiviertel von 83 Medikamenten für ältere Menschen, Demenzkranke eingeschlossen, ungeeignet sind. Als konkrete Folgen der ungeeigneten Medikation wurden u.a. genannt: Sturzgefahr, Nierenschäden, Magenblutungen.

Mit ihrem Ergebnis, dass ältere Menschen im Schnitt sechs Medikamente täglich einnehmen, von denen viele gar nicht für sie geeignet sind oder sich untereinander nicht vertragen, haben die Forscher im Verbund PRISCUS für viel Aufsehen gesorgt. Als Gegenmaßnahme entwickelten sie nun eine Liste, die Ärzten als Hilfe bei der Auswahl und Zusammenstellung von Medikamenten für Ältere dienen soll. Ob und wie die Liste wirkt, wollen sie in der zweiten Projektphase untersuchen. In einer Pressemitteilung der AOK Rheinland / Hamburg vom 30.03.2011 wurde unter Berufung auf die Verordnungsdaten des Jahres 2010 Zurückhaltung bei der Verordnung von Psychopharmaka angemahnt. Dazu wurde u.a. ausgeführt:

„Die Auswertung zeigt, dass immer mehr Patienten immer größere Mengen von Psychopharmaka wie Mittel gegen Depressionen oder psychisch stimulierende Arzneien erhalten. Besonders kritisch ist dabei die stark wachsende Verordnung von Antidepressiva zu sehen. So erhöhte sich allein von 2009 auf 2010 die Zahl der antidepressiv behandelten Patienten um 21,4 Prozent, während die Verordnungsmenge der Antidepressiva um 12,8 Prozent zunahm. Hinzu kommt, dass bei den Verordnungen ein Umstieg von niedrigpreisigen zu höherpreisigen Psychopharmaka festzustellen ist. Bei den Psychopharmaka stellt sich vor dem Hintergrund, dass ein frühzeitiger und unkritischer Einsatz dieser Arzneimittel den Patienten mehr schadet als nutzt, die skizzierte Verordnungsentwicklung als besorgniserregend dar.“

In einer Arzneimittelstudie der Barmer GEK, vorgestellt am 15.06.2011, werden weitere Besorgnisse hinsichtlich der Medikation geäußert. In der Studie heißt es u.a.:

„Demenzkranken erhalten sechsmal häufiger Neuroleptika als Patienten ohne Demenz. Gleichzeitig ist seit Jahren bekannt, dass Demenzkranke nach Einnahme von Neuroleptika eine 1,6- bis 1,7-fach erhöhte Sterblichkeitsrate gegenüber der Placebogruppe aufweisen. Gesundheitsexperte Glaeske: Hier erhält eine Patientengruppe mit erhöhtem Sterblichkeitsrisiko Medikamente, deren Wirksamkeit teilweise nicht belegt ist und deren Folgen bei Langzeitgabe weithin ungeklärt bleiben.“

Das Thema Medikation in Pflegeeinrichtungen wird auch kritisch im Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhil-

fe“, vorgelegt am 17.06.2011 durch das Bundesfamilienministerium und Bundesgesundheitsministerium, angesprochen.

Da alte und demente Patienten nicht selten unerkannt Schmerzen leiden, ist viel Aufmerksamkeit des Personals erforderlich. Denn Schmerzen können nach einer Mitteilung des Universitätsklinikums Jena vom 08.06.2011 Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe und Aggressionen hervorrufen. Wird dem nicht genug Beachtung geschenkt, können dabei selbst Brüche nach Stürzen übersehen werden oder Schmerzen durch Gelenkerkrankungen. Studien zeigen nach Angaben des Klinikums Jena, dass demente Patienten weniger Schmerzmittel erhalten als gleichaltrige kognitiv unbeeinträchtigte Patienten. Dies spricht für die häufige Verknennung des Problems.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk greift die besorgniserregenden Informationen auf und fordert mehr Sorgfalt bei der medikamentösen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen, vor allem bei den Demenzkranken. Es wird in diesem Zusammenhang u.a. erforderlich sein, die ärztliche Versorgung in den Pflegeeinrichtungen bundesweit deutlich zu verbessern und im erforderlichen Umfang die notwendigen Hausbesuche, auch außerhalb der Sprechstundenzeiten, sicherzustellen. In der 2010 vorgestellten „KV-Initiative Pflegeheim“ wurden gleichlautende Forderungen ausgeführt.

Bezüglich der Medikation erscheinen neben der Einbeziehung des pharmakologischen Sachverständes der Apotheken (auch mit Blick auf die mögliche Verblisterung von Medikamenten) Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern von Pflegeeinrichtungen und Ärzten sinnvoll. Darin sollten u.a. die Kommunikations- und Dokumentationsanforderungen näher beschrieben sein. Fortbildungsveranstaltungen, in denen das Wissen um eine zielführende Versorgung mit Medikamenten vermittelt und stets aktualisiert wird, erscheinen ebenfalls dringend geboten.

Es muss so auch sichergestellt werden, dass telefonische Medikationsverordnungen und weitreichende Bedarfsmedikationen möglichst vermieden werden. Medikamente müssen im notwendigen und ausreichenden Umfang verfügbar sein, dürfen aber unter keinen Umständen als „pflegeerleichternde Maßnahmen“ zum Einsatz gelangen (können). Ärzte, die sich solchen Praktiken entgegen stellen und sich allein am Patienteninteresse und am Sorgfaltsgebot orientieren, verdienen Anerkennung und Unterstützung.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/demenzkrankte_und_medikation.php

Anlage 9:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“

01.08.2011

**An die
Fraktionen und den Petitionsausschuss
im Deutschen Bundestag**

Schutz der ArbeitnehmerInnen durch ein nachteilsfreies Beschwerdemanagement

Durch Neufassung des § 612a BGB die Öffentlichmachung von Mängeln in Pflegeeinrichtungen durch die MitarbeiterInnen gewährleisten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk wird seit Jahren in unterschiedlichsten Fallkonstellationen von Pflegekräften und Angehörigen über Pflegemängel informiert und um konkrete Hilfen gebeten. Insoweit gewähren wir entsprechende Unterstützung, soweit es die Möglichkeiten erlauben.

Es ergibt sich aber immer wieder das Gebot, bezüglich von Mitteilungen, Beschwerden, Anzeigen ... usw. nach außen Zurückhaltung zu üben bzw. die geltenden Rechtsregeln zu beachten. Wer nämlich als Arbeitnehmer – vielleicht mit guten Argumenten – zu engagiert / couragiert auftritt, ist schnell arbeitslos. Zahlreiche Einzelbeispiele können insoweit als Beleg dienen.

So ging es auch der ehemaligen Altenpflegerin Brigitte Heinisch. Ihre Streitsache fand erst am 21.07.2011 vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) einen (vorläufigen) Abschluss. Dazu hat **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** am 21.07.2011 eine Pressemitteilung herausgegeben, die als **Anlage A** angefügt ist. Darin haben wir u.a. ausgeführt, dass mit der EGMR-Entscheidung keineswegs die notwendige Abklärung bei der Öffentlichmachung von Mängeln herbeigeführt worden ist.

Nach Meinung von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bedarf es einer gesetzlichen Vorschrift, die den ArbeitnehmerInnen unter klaren Voraussetzungen eine nachteilsfreie Beschwerdemöglichkeit bei Mängeln, z.B. in Pflegeeinrichtungen, gewährleistet.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk tritt daher seit Jahren dafür ein, den § 612a BGB zu überarbeiten und dort die nachteilsfreie Mitteilungsberechtigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern näher auszuführen.

Ein Novellierungsvorschlag wurde bereits in der vergangenen Legislaturperiode im Deutschen Bundestag erörtert. Er kam aber wegen der Arbeitgeber-Gegenargumente nicht voran, fand dann mit Beendigung der Legislaturperiode automatisch seine Erledigung.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat dann am 04.04.2010 das Landwirtschaftsministerium (es hatte seinerzeit wegen der Gammelfleischdebatte die Diskussion in den Bundestag getragen) und am 18.10.2011 das Arbeitsministerium angeschrieben und gebeten, eine neue Gesetzesinitiative in Gang zu bringen – **Anlagen B und C**. Dies hatte aber keinen Erfolg, weil das wohl aktuell federführend zuständige Bundesarbeitsministerium kein Interesse zeigt(e), den Vorgang in Form einer Gesetzesinitiative aufzugreifen. Erinnerungsschreiben von hier waren auch nicht wirklich hilfreich.

Im Zusammenhang mit der Buchveröffentlichung **Werner Schell: „100 Fragen zum Umgang mit Pflegemängeln in Pflegeeinrichtungen“** (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1), konnte verdeutlicht werden, dass das Beschwerdemanagement vor allem für Pflegekräfte gestärkt werden muss. Siehe dazu die am 16.05.2011 herausgegebene Pressemitteilung. – **Anlage D**. An den in der Buchveröffentlichung getroffenen Feststellungen hat die erwähnte Entscheidung des EGMR vom 21.07.2011 nichts geändert.

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk stellt nunmehr in aller Form den Antrag, die mehrfach angesprochene **Novellierung von § 612a BGB** zum Schutz der ArbeitnehmerInnen aufzugreifen und durch eine entsprechende Beschlussfassung umzusetzen. Mit dem Antrag von **Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk** können die Bestrebungen, den allgemeinen **Whistleblowerschutz für die Bundesrepublik Deutschland voran zu bringen**, unterstützt werden.

Der von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** vorgelegte Petitionsantrag ist unabhängig von der Petition vom 09.12.2010, die sich in allgemeiner Form mit Regelungen zum besseren Schutz von Whistleblowern befasst.

Es ist möglicherweise sinnvoll, die weiteren Erörterungen im Zusammenhang mit dem geplanten **Patientenrechtgesetz** zu führen. Denn Patienten haben ein großes Interesse daran, dass Fehler im Gesundheits- und Pflegesystem vermieden und alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, entsprechende Vorkehrungen, auch per Beschwerdemanagement, ausgeschöpft werden. **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** hat daher vorgesehen, beim Pflorgetreff am 13.09.2011 die hier vorgestellte Problematik zur Diskussion zu stellen. Näheres zum Treff (immer aktuell) unter folgender Adresse:
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15674>

Mit freundlichen Grüßen

(Werner Schell)

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von **Pro Pflege-Selbsthilfenetzwerk**
<http://www.wernerschell.de>

Anlage 9/A:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 21.07.2011

Über Pflegemängel darf bei einem herausragenden Interesse öffentlich informiert werden

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat den Whistleblowerschutz gestärkt

Über Pflegemängel in einer Pflegeeinrichtung darf bei einem Interesse, das gegenüber dem Interesse des Unternehmens am Schutz seines Rufes und seiner Geschäftsinteressen überwiegt, öffentlich informiert werden. Das entschied heute, 21.07.2011, der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in einem Streitverfahren zu Gunsten von Frau Brigitte Heinisch. Frau Heinisch erhielt eine Entschädigung von 15.000 Euro zugesprochen. Bei der Urteilsfindung war sicherlich bedeutsam, dass die von Frau Heinisch beklagten Missstände vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Wesentlichen bestätigt worden waren.

Das Urteil des EGMR ist noch nicht rechtskräftig. Die Bundesregierung hat drei Monate Zeit, um Einspruch einzulegen und die Verweisung an die Große Kammer des Gerichtshofs zu beantragen.

Obwohl der Entscheidung des EGMR richtungsweisenden Charakter zukommt, sollten ArbeitnehmerInnen bei Mitteilungen / Anzeigen über Pflegemängel die allgemein geltenden Regeln über betriebliche Beschwerden nicht außer Acht lassen. Solange nämlich nicht entsprechend den seit Jahren erhobenen Forderungen von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** eine arbeitnehmerfreundliche Novellierung des § 612a Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) aufgegriffen ist, bleiben bei einer Öffentlichmachung von Mangelsituationen Risiken. Solche Risiken hat auch das Urteil des EGMR, das sich auf einen ganz konkreten Einzelfall bezieht, nicht vollständig beseitigen können.

Es kann daher nur empfohlen werden, den in der im Juni 2011 vorgelegten Buchveröffentlichung „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“ (ISBN 978-3-89993-767-1, Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover) aufgezeigten Handlungsanleitungen Aufmerksamkeit zu schenken.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von **Pro Pflege- Selbsthilfenetzwerk**

Die vorstehende Pressemitteilung ist zur Veröffentlichung frei

Siehe auch im Forum Werner Schell unter

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=13942>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=16115>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15822>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=12379>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=11114>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=9875>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=7335>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15043>

>>> Falls sich Links nicht direkt öffnen lassen: Bitte jeweilige Fundstelle kopieren und in den InternetBrowser übertragen!

Anlage 9/B



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 04.04.2010

**An das
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft
und Verbraucherschutz
z.Hd. Frau Julia Klöckner,
Parlamentarische Staatssekretärin und MdB
Wilhelmstraße 54
10117 Berlin**
E-Mail: 211@bmelv.bund.de

Nachrichtlich:

**An das
Bundeskanzleramt**
E-Mail: internetpost@bpa.bund.de;

**An das
Bundesgesundheitsministerium
z.Hd. von Frau ORRin Langhans
Robhusstraße 1
53123 Bonn**

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de; annette.widmann-mauz@bundestag.de; daniel.bahr@bundestag.de; info@bmg.bund.de;

Zu Vorgang: Pfl egetreffs in Neuss-Erftal - Pflegereformerfordernisse - Transparenzvereinbarungen und Schulnoten für Heime (Schreiben vom 24.03.2010 - G31 - 98/Schell -)

**An den
Patientenbeauftragten der Bundesregierung
Herrn Wolfgang Zöller, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin**

E-Mail: patientenbeauftragter@bmg.bund.de;

Zu Vorgänge: Pflege-TÜV und die Bewertungskriterien bzw. Patientenrechtegesetz (PaRG)

(Schriftwechsel erfolgt zur Vereinfachung und zur Kosteneinsparung im E-Mail-Verfahren)

Betr.: Neufassung des § 612a BGB – Verankerung des gesetzlichen Informationsschutzes für ArbeitnehmerInnen - Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen

Bezug: Bundestags-Ausschussdrucksache 16(10)848, Protokoll Nr. 16/81 (neu) des Bundestags-Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und weitere Beratungsunterlagen sowie unser Schreiben vom 31.03.2010 zum Thema „**Transparenzvereinbarungen und Schulnoten für Heime**“ (zu Ihrem Schreiben vom 24.03.2010 - Az. 211-08006/0116 -)

Sehr geehrte Frau Klöckner,
sehr geehrte Damen und Herren,

es gibt seit Jahren vielseitige Bemühungen, die Qualität in den Pflegesystemen zu verbessern und die MitarbeiterInnen von entsprechenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu motivieren, im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden bezüglich festgestellter Mängel und Fehler im

Betrieb, bei den zuständigen Behörden und auch in der Öffentlichkeit vorzutragen. Sie werden sogar von verschiedenen Seiten dazu ausdrücklich ermuntert, zu mehr Courage aufgefordert. Es wird in diesem Zusammenhang sogar behauptet, Pflegekräfte, die sich nicht deutlich zu Wort melden, hätten Mitschuld an den systemischen Unzulänglichkeiten.

Es ist aber bei Kennern der Szene und auch in Ihrem Hause bekannt, dass MitarbeiterInnen, die sich selbstbewusst zu Mängeln, Fehlentwicklungen usw. äußern, schnell Nachteile erfahren. Dabei sind (fristlose) Kündigungen keine Seltenheit. Die dann in Anspruch genommenen Gerichte haben überwiegend zum Nachteil der MitarbeiterInnen entschieden. Der Fall Heinisch ist insoweit ein gutes Beispiel.

Es war daher richtig, dass sich der Bundestag bereits in der vergangenen Legislaturperiode mit einer Neufassung des § 612a BGB befasst und dazu Anhörungen durchgeführt hat. Von hier aus gab es zu diesen Beratungen auch entsprechende Wortmeldungen.

Wir waren und sind der Meinung, dass eine solche Neufassung eine gute Möglichkeit bieten würde, die MitarbeiterInnen in der Pflege zu ermuntern, sich zeitgerecht und ohne (wesentliche) Nachteile befürchten zu müssen, zur Qualitätsverbesserung mit geeigneten Hinweisen / Vorschlägen einzubringen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat daher in seinem Statement vom 10.11.2009 zum Koalitionsvertrag (Abschnitt 9.2: Pflege – Weiterentwicklung der Pflegeversicherung) zu diesem Thema ausgeführt:

+++

--- **Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen**

Im Übrigen müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, für Pflegeeinrichtungen **Beschwerdemanagementsysteme** zu installieren, die wirksam **Pflegemissstände aufklären und beseitigen** helfen. Dazu erscheint u.a. eine Vorschrift im BGB erforderlich (= **Neufassung des § 612a BGB**), die es MitarbeiterInnen in der Pflege **nachteilsfrei** ermöglicht, **offensiver mit Anregungen und Beschwerden umzugehen**.

Dazu hat sich **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** 2008 wiederholt an den Deutschen Bundestag gewandt und auf notwendige Beschlussnotwendigkeiten aufmerksam gemacht, erfolglos. U.a. wurde dazu von hier ausgeführt:

Die seit Jahren beklagten Pflegemängel werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit den neuen Transparenzvereinbarungen und Bewertungssystemen –„Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WVG entscheidend vermindert werden können.

Daher müssen die **MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden**. **Beschwerden** über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen **„nachteilsfrei“ gestellt werden** (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Insoweit wird bereits im Deutschen Bundestag eine **Gesetzesinitiative** diskutiert, die u.a. die **Einfügung eines neu gefassten § 612a in das BGB** vorsieht:

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständigen Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,
2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,
3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,

4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Quelle für das Zitat u.a.: Drucksache des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz – Nr. 16(10)849

Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu lassen. Es liegt auf der Hand, dass man den **Pflegekräften Schutz zu bieten** hat. Insoweit scheint der neugefasste **§ 612a BGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG) sehr hilfreich**. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene **Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln**.

Auch die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat den Deutschen Bundestag anlässlich seiner Hauptversammlung am 07.11.2009 aufgefordert, für mehr Informationsfreiheit einzutreten, damit endlich der Schutz von Fehlermeldern (Whistleblowers) für das Gesundheitswesen gesetzlich festgeschrieben wird. Dies sei auch Voraussetzung dafür, dass die Idee des Critical Incident Reporting Systems (CIRS), also der Mitteilung von Beinahe-Schadensfällen, nachhaltig Fuß fassen kann. In einer Pressemitteilung des Marburger Bundes vom 07.11.2009 heißt es dazu:

„Die Beschäftigten im Gesundheitswesen dürfen keine arbeitsrechtlichen Folgen befürchten müssen, wenn sie Gefahren und Rechtsverstöße in ihrem Arbeitsbereich melden. Eine Novellierung des § 612a BGB zum Informationsschutz für Beschäftigte mit der Aufnahme eines Anzeigerechtes ist erforderlich“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteverbandes.

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/reform_der_pflegesysteme.php

+++

Wir würden es sehr begrüßen, wenn Sie die Angelegenheit innerhalb der Bundesregierung mit dem Ziel einer neuen Gesetzesinitiative aufgreifen und Entsprechendes veranlassen könnten. Wir sind nämlich nach langjährigen Erfahrungen im Umgang mit den jetzigen Regelungen, auch zur Qualitätssicherung (z.B. Transparenzvereinbarungen und Pflege-TÜV), zu der Meinung gekommen, dass nur eine veränderte Gesetzeslage wirksam helfen kann. Dabei ist uns klar, dass selbst mit einer Neufassung des § 612a BGB nicht etwa alle Probleme ausgeräumt wären. Die Neufassung wäre aber mehr als ein Schritt in die richtige Richtung!

Wir haben vorgesehen, in unserem nächsten **Pflegetreff am 27.04.2010 in Neuss-Erfttal** zu- mindest kurz über das Thema zu informieren und wären für eine Mitteilung dankbar, ob Sie unseren Vorschlag – trotz möglicher Einwände der Arbeitgeberseite - aufgreifen wollen. Hinweise zu unserem Pflegetreff finden Sie unter:

http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/welche_pflege_wollen_wir_uns_leisten.php

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=12279>

Für Ihre Bemühungen bereits jetzt vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht

<http://www.wernerschell.de>

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Anlage 9/C:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 18.10.2010

**An das
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Rochusstraße 1
z.Hd. Herrn Scheddler
53123 Bonn**

E-Mail: iiia1@bmas.bund.de; info@bmas.bund.de; ursula.vonderleyen@bundestag.de;

Nachrichtlich:

**An das
Bundeskanzleramt**

E-Mail: internetpost@bpa.bund.de;

**An das
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft
und Verbraucherschutz
z.Hd. Frau Julia Klöckner,
Parlamentarische Staatssekretärin und MdB
Wilhelmstraße 54
10117 Berlin**

E-Mail: 211@bmelv.bund.de; julia.kloeckner@bundestag.de;

**An das
Bundesgesundheitsministerium
z.Hd. von Frau ORRin Langhans
Rochusstraße 1
53123 Bonn**

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de; annette.widmann-mauz@bundestag.de; daniel.bahr@bundestag.de; info@bmg.bund.de;

Zu Vorgang: Pflegereforms in Neuss-Erftal - Pflegereformfordernisse - Transparenzvereinbarungen und Schulnoten für Heime (Schreiben vom 24.03.2010 - G31 - 98/Schell -)

**An den
Patientenbeauftragten der Bundesregierung
Herrn Wolfgang Zöllner, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin**

E-Mail: patientenbeauftragter@bmg.bund.de;

Zu Vorgänge: Pflege-TÜV und die Bewertungskriterien bzw. Patientenrechtegesetz (PaRG)

(Schriftwechsel erfolgt zur Vereinfachung und zur Kosteneinsparung im E-Mail-Verfahren)

Betr.: Neufassung des § 612a BGB – Verankerung des gesetzlichen Informationsschutzes für ArbeitnehmerInnen - Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen

Bezug: Bundestags-Ausschussdrucksache 16(10)848, Protokoll Nr. 16/81 (neu) des Bundestags-Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und weitere Beratungsunterlagen sowie **Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 15.10.2010 – IIIa1-96 -**

Sehr geehrter Herr Scheddler,

wie ich in verschiedenen Zuschriften ausführte, gibt seit Jahren vielseitige Bemühungen, die Qualität in den Pflegesystemen zu verbessern und die MitarbeiterInnen von entsprechenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu motivieren, im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden bezüglich festgestellter Mängel und Fehler im Betrieb, bei den zuständigen Behörden und auch in der Öffentlichkeit vorzutragen.

Ich bat daher darum, (erneut) gesetzgeberisch aktiv zu werden und eine den Bedürfnissen gerecht werdende **Neuregelung des § 612a BGB** anzustoßen. Dazu habe ich ausführliche Informationen übermittelt.

Auf diese Anregung haben Sie nun mit Zuschrift vom 15.10.2010 geantwortet und die geltenden Rechtsregeln und einige Gerichtsentscheidungen kurz vorgestellt. Auf den Vorschlag, eine Neuregelung anzustreben, sind Sie aber nicht eingegangen.

Es besteht daher Veranlassung, nochmals auf unsere Ausführungen aufmerksam zu machen und zu bitten, seitens der Bundesregierung eine die Angelegenheit hilfreich klärende Gesetzesinitiative auf den Weg zu bringen.

Die von Ihnen beschriebene Rechtslage und zitierte Rechtsprechung ist hier bekannt. Genau diese Situation ist aber so vieldeutig, dass sich die MitarbeiterInnen, vor allem in den Gesundheitseinrichtungen, bislang nur in Ausnahmesituationen trauen, ihre gezielten Anregungen, Beschwerden usw. in dem erforderlichen Umfang dem Arbeitgeber, Behörden und ggf. der Öffentlichkeit vorzutragen. Es ist, wie hier aus vielfältigen Zuschriften und Telefonaten, auch aus jüngster Zeit, bekannt geworden ist so, dass die Folgen von „Wortmeldungen“ mit Blick auf Mängelsituationen allzu oft Mobbing bzw. Kündigungen sind. Daher dürfen wir uns nicht wundern, dass die Pflegekräfte nahezu „flächendeckend“ lieber nichts sagen und still vor sich hin leiden und so nicht selten in eine Krankheit gedrängt werden.

Die vorgeschlagene Neuregelung gehört, mit anderen Maßnahmen zusammen, zu einer Reform der Gesundheits- und Pflegesysteme. Deshalb nochmals die Bitte, die Angelegenheit im Sinne unserer Vorschläge aufzugreifen.

Da wir in diesem Punkt von der großen Bedeutung einer Gesetzesnovellierung überzeugt sind, würden wir die Einbeziehung von Frau Ministerin von der Leyen in die Beurteilung und Entscheidung begrüßen. Da wir von der Sinnhaftigkeit unserer arbeitsrechtlichen Vorschläge überzeugt sind, müssen wir auf Hartnäckigkeit setzen.

Für Ihre nochmaligen Bemühungen bereits jetzt vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht

<http://www.wernerschell.de>

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Anlage 9/D:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 16.05.2011

Pflegemängel – schnelle Hilfe für den Notfall

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk befasst sich seit Jahren mit Pflegemängeln und wird immer von Pflegekräften und Angehörigen um Rat gefragt, wie damit umgegangen werden soll. Oftmals wird couragiertes Vorgehen der Pflegekräfte gefordert. Arbeitsrechtlich gibt es aber insoweit vieles zu bedenken (z.B. Loyalitäts- und Schweigepflichten der Arbeitnehmer), weil nicht sorgsam bedachtes Verhalten bei der Benennung von Mangelsituationen für Pflegekräfte schnell in der Arbeitslosigkeit enden kann. Umso wichtiger ist es, dass Pflegekräfte wissen, was sie tun müssen, wenn gefährliche Situationen auftreten; dass sie ihre Rechte kennen und adäquat vertreten.

Werner Schell, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** hat im Mai 2011 im Brigitte Kunz Verlag (Buchreihe der Schlüterschen, Hannover) ein Buch mit dem Titel „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“ herausgebracht (ISBN 978-3-89993-767-1), das vor allem Pflegekräften zeigt, was sie tun können oder müssen, wenn sie mit Mängeln in ihren Pflegeeinrichtungen konfrontiert werden. Dabei müssen sie bei jedem Vorgehen beachten, dass sie fast ausnahmslos gegen Strukturen ankämpfen, die sie selbst nicht beeinflussen können. Umso wichtiger ist es, die maßgeblichen Verhaltensregeln zu beachten. Welche das sind, wie man konkret bei Pflegemängeln vorgeht, das verraten die 100 Tipps dieses Buches, kompakt, sachlich und leicht verständlich formuliert. Dieser Ratgeber zum Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderecht gehört in jedes Büro und auf jede Station.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Weitere Informationen mit Flyer der Buchansicht:

http://www.wernerschell.de/Buchtipps/100_fragen_zum_umgang_mit_maengeln_in_pflegeeinrichtungen.php

Anlage 10:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“

03.06.2011

»Pflegemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter«

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich, vertreten durch den Vorstand Werner Schell, vor allem 2010 in die Pflegemängelsituationen in Mönchengladbach eingebündelt und über die gewonnenen Erkenntnisse und gebotenen Folgerungen in den Medien informiert (Printmedien und TV, z.B. Aktuelle Stunde des WDR). Dabei konnte verdeutlicht werden, dass mit staatsanwaltlichen / strafrechtlichen Mitteln keine Befriedung in den Heimen zu erreichen ist. Auch ein Pflege-TÜV (mit Schulnoten), der im Wesentlichen auf die Dokumentation abstellt, ist ein untaugliches Mittel zur Reduzierung von Mängeln.

Es war daher zu erwarten, dass die seinerzeit von der Mönchengladbacher Staatsanwaltschaft weit über 30 eingeleiteten Ermittlungsverfahren zu nichts führen werden. Am 02.06.2011 konnte daher die Rheinische Post unter Berufung auf Erklärungen der Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach darüber informieren, dass bislang in keinem einzigen Fall Anklage wegen Körperverletzung usw. erhoben werden konnte. Zahlreiche Ermittlungsverfahren wurden bereits eingestellt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat daher in einer erneuten Zuschrift vom 02.06.2011 an die Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach Veranlassung gesehen, u.a. folgende Hinweise zu geben:

„Die Mängel liegen im Kern in den völlig unzureichenden Pflege-Rahmenbedingungen begründet. Wir haben seit Jahren einen Pflegenotstand, der sich durch die demografische Entwicklung drastisch verschärfen wird. Daher gehören eigentlich nicht Pflegekräfte auf die Anklagebank, sondern die Politiker, die es bisher nicht zustande gebracht haben, für angemessene Pflegebedingungen zu sorgen und darüber hinaus Trägerverantwortliche, denen es in Einzelfällen offensichtlich an der Befähigung fehlt, die notwendigen personellen und organisatorischen Entscheidungen zu treffen. Daher habe ich auch wiederholt dafür plädiert, die Prüftätigkeit in den Pflegeeinrichtungen (Pflege-TÜV) in andere Bahnen zu lenken und vor allem allein auf die Lebens- und Ergebnisqualität abzustellen.“

In einer Erklärung vom 29.10.2010 wurde von Werner Schell, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, bereits ausgeführt:

„Es ist mir deutlich vor Augen geführt worden, dass die beklagten Pflegesituationen fast ausschließlich mit den unzulänglichen Pflegerahmenbedingungen zu tun haben. Unzureichende Personalausstattungen in den Pflegeeinrichtungen (und Krankenhäusern) führen zwangsläufig zu Leistungseinschränkungen, die dann in unterschiedlicher Ausprägung zu Zurücknahmen bei der Zuwendung und auch zu nicht immer ausreichend sorgfältigen Verrichtungen führen. Und diese Situation ist nicht auf eine Stadt, eine Region, beschränkt, sie ist, weil systemisch bedingt, wohl bundesweit gegeben. Dabei können sich natürlich Unterschiedlichkeiten in der Ausprägung ergeben. Dort, wo z.B. die Führungskräfte ausreichend qualifiziert und hoch motiviert arbeiten, vielleicht auch eine große Zahl ehrenamtliche HelferInnen mobilisieren können, mag es besser funktionieren. Aber alles in allem können wirklich gute oder gar sehr gute Pflegesituationen eigentlich nirgendwo garantiert werden.
Da ´Mönchengladbach überall ist` (oder sein kann) sehe ich die dringende Notwendigkeit, auf die politischen Verantwortlichen einzuwirken, unser Pflegesystem grundlegend zu reformieren, vor al-

lem an einigen entscheidenden Eckpunkten Veränderungen per Gesetz vorzugeben.“

Aufgrund der gemachten Erfahrungen wurde vom Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, Werner Schell, inzwischen ein Buch mit dem Titel **>> 100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen <<** verfasst (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1). Es zeigt insbesondere für die Pflegekräfte auf, wie sie korrekt und ohne persönliche Nachteile mit unguten Pflegesituationen umgehen sollten. Weil es um eine komplexe Materie geht, informiert das Buch über die Grundsätze des Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderechts.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bereitet im Übrigen als Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen eine Stellungnahme zur überfälligen Pflegereform vor. Denn nach Überzeugung von Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk liegt der Knackpunkt der wesentlichen Beanstandungen im Pflegebereich in der völlig unzureichenden Stellendotierung. Darauf macht die Interessenvertretung seit Jahren in aller Deutlichkeit aufmerksam.

Imagekampagnen für die Pflege sind nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* allein deshalb entbehrlich, weil Pflegekräfte in der Bevölkerung bereits hohes Ansehen genießen. Die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Arbeit muss endlich auch Niederschlag finden in einer deutlichen Verbesserung der Stellenschlüssel und sonstigen Arbeitsbedingungen.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/mehr_pflegekraefte_an_die_pflegebetten.php

Anlage 11:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 19.07.2010

Schaffung einer Stelle für einen „Beauftragten für die Belange pflegebedürftiger Menschen“ (Ombudsmann-/frau)

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen (NRW) vorgeschlagen, eine (ehrenamtlich zu führende) Stelle eines **„Beauftragten für die Belange pflegebedürftiger Menschen“ (Ombudsmann-/frau)** zu schaffen und diese Stelle zunächst mit bescheidenen Sachmitteln auszustatten.

Eine solche Stelle erscheint *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* deshalb für erforderlich, weil die Betreuung, ärztliche Versorgung und Pflege in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen immer wieder als arg mangelbehaftet bezeichnet werden muss. Weder Heimaufsichten noch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) haben diesem Übel bisher wirksam begegnen können. Dies hat vielerlei Gründe. Dabei ist auch zu bedenken, dass die Heimaufsichten bezüglich der ambulanten Pflegeeinrichtungen überhaupt keine Aufsichtskompetenzen haben. Im Übrigen prüfen die genannten Institutionen immer nur die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, d.h. überwiegend sind die Prozess- und Strukturverhältnisse im Blickfeld. Probleme in der Ergebnisqualität bleiben dann weitgehend unangesprochen. Dies ist mehr als bedauerlich, weil gerade dieser Bereich der für die pflegebedürftigen Menschen entscheidende ist.

Auch die Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien für den sog. Pflege-TÜV sind nach Einschätzung von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* völlig unzureichend und zur Zeit, auch vor den Gerichten, heftig umstritten. Es sind folgerichtig Bestrebungen im Gange, diese Vorschriften entscheidend zu verändern. Selbst wenn die Pflege-TÜV-Regelungen im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und für mehr Transparenz verbessert würden, kann der durch Schulnoten ausgeübte Druck die Verhältnisse voraussichtlich kaum wirklich verbessern. Die ohnehin gebeutelten Pflegekräfte würden noch mehr in Notlagen geraten. Denn vor allem aufgrund unzulänglicher Stellen-schlüssel sind die Arbeitsverdichtungen immens.

Es wird daher nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* für erforderlich erachtet, ganz konkret bestimmten Pflegemängeln nachzugehen und für Abstellung einzutreten. Dies könnte sinnvollerweise durch eine Beauftragtenstelle im Sinne der gemachten Vorschläge geschehen. Unabhängig davon sieht *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* eine Pflegereform, die diesen Namen verdient, als notwendig an. Dabei müssen solidarische Erwägungen im Mittelpunkt stehen.

Werner Schell, Dozent für Pflegerecht

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/beauftragte_fuer_die_belange_pflegebeduerftiger_menschen.php