

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 18/10022 –**

### **Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes auf die Rechte der Opfer von Behandlungsfehlern**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Am 26. Februar 2013 trat das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (kurz Patientenrechtegesetz) in Kraft. Seitdem sind dreieinhalb Jahre vergangen, in denen Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde im Gesundheitssystem unterschiedliche Erfahrungen mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen gesammelt haben.

Einen Schwerpunkt des Patientenrechtegesetzes bildete die Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern, da geschädigte Patientinnen und Patienten häufig keine Unterstützung bei der Geltendmachung ihrer Ansprüche erfuhren und sie aufgrund langer Gerichtsverfahren, eines hohen Kostenrisikos und der hohen Anforderungen an die Beweisführung kaum eine Chance vor Gericht auf Schadensersatz hatten. Abhilfe sollte die Kodifizierung der von der Rechtsprechung entwickelten Beweislastregelungen schaffen. Bei groben Behandlungsfehlern muss der Behandelnde die Vermutung widerlegen, dass der von der Patientin bzw. vom Patienten nachgewiesene Fehler den Eintritt des Schadens verursacht hat. Bei sonstigen Behandlungsfehlern müssen Patientinnen und Patienten vor Gericht also weiterhin nachweisen, dass ein Behandlungsfehler ursächlich für den bei ihnen eingetretenen Schaden war. Darüber hinaus wurden mit dem Patientenrechtegesetz die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen im Falle von Behandlungsfehlern zu unterstützen (§ 66 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V).

Die fragstellende Fraktion hatte sich im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses dafür eingesetzt, dass nicht nur die bis dahin bereits bestehende Rechtsprechung bezüglich der Rechte von geschädigten Patientinnen und Patienten kodifiziert wird, sondern die Regelungen beispielsweise durch Beweiserleichterungen oder einen Härtefallfonds für schwer geschädigte Patientinnen und Patienten ausgebaut werden (vgl. Bundestagsdrucksache 17/6348). Auch Patientenorganisationen und Sozialverbände zeigten sich enttäuscht darüber, dass das Gesetz kaum spürbare Verbesserungen zur Stärkung der Patientinnen und Patienten gegen-

über Leistungserbringern und Krankenkassen enthielt (vgl. Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu dem Entwurf für ein Patientenrechtegesetz, Bundestagsdrucksache 17/10488, und weiterer Initiativen am 22. Oktober 2012).

Für durch Behandlungsfehler geschädigte Patientinnen und Patienten ist es weiterhin schwierig, Unterstützung zu erhalten, um den Behandlungsverlauf zu überprüfen und Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Eine Befragung von 50 Krankenkassen durch die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (NRW) zeigte, dass Krankenkassen ihre Versicherten sehr unterschiedlich und oft nur unzureichend über Unterstützungsmöglichkeiten informieren (Verbraucherzentrale NRW (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen).

Die fragestellende Fraktion möchte in Erfahrung bringen, wie sich die Häufigkeit und der Umgang mit Behandlungsfehlern entwickelt hat, welche Verbesserungen das Patientenrechtegesetz für geschädigte Patientinnen und Patienten in der Praxis bewirkt hat und wo noch Handlungsbedarf besteht, um das Ziel einer Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten tatsächlich umzusetzen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Im modernen Arzt-Patienten-Verhältnis steht die Autonomie des Patienten, aber auch seine Eigenverantwortung und Mündigkeit im Vordergrund. Da in der Praxis jedoch vielfach ein Informations- und Machtgefälle zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten wahrgenommen wurde, war die Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) nach vielen Jahren der Diskussion ein wichtiger Schritt, mehr „Augenhöhe“ zwischen beiden Seiten herzustellen. Dabei stand die Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten allgemein, und nicht nur bei Behandlungsfehlern, im Vordergrund. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist als eigener Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gesetzlich verankert worden; damit wurden wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten, wie z. B. das Recht auf umfassende und rechtzeitige Aufklärung oder das Einsichtsrecht in Behandlungsunterlagen, festgeschrieben. Auch die Rechte im Bereich der Sozialversicherung wurden ausgebaut.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Patientenbeauftragter) hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz eine Studie zu den Wirkungen einzelner Regelungen des Patientenrechtegesetzes in Auftrag gegeben, die der Patientenbeauftragte am 9. November 2016 der Öffentlichkeit vorstellen wird.

Im Übrigen weist die Bundesregierung darauf hin, dass eine Vielzahl der gestellten Fragen bereits Gegenstand parlamentarischer Anfragen waren (vgl. z. B. Antworten auf die Schriftlichen Fragen 68, 69 und 84 auf Bundestagsdrucksache 18/4642 im März 2015, die Schriftlichen Fragen 85 bis 88 auf Bundestagsdrucksache 18/7510 im Januar 2016 sowie die Schriftlichen Fragen 59 bis 61 auf Bundestagsdrucksache 18/8659 im Mai 2016 zur Berufshaftpflichtversicherung).

1. Welche Zahlen liegen der Bundesregierung bezüglich der jährlich aufgetretenen Behandlungsfehler von 2010 bis einschließlich 2015 vor, und wie viele der Behandlungsfehler verliefen für die Patientin bzw. den Patienten tödlich (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Das der Bundesregierung zur Verfügung stehende Zahlenmaterial zu Art, Häufigkeit und Entwicklung von Behandlungsfehlern besteht im Wesentlichen aus der Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern, die jährlich von der Bundesärztekammer vorgestellt wird, sowie der jährlichen Auswertung und Zusammenführung der Begutachtungsstatistik der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Im Jahr 2010 wandten sich 11 016 Patientinnen und Patienten mit der Vermutung eines medizinischen Behandlungsfehlers an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. In 7 355 Fällen wurde eine Sachentscheidung getroffen und in 2 157 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt. Im Jahr 2011 wurden 11 107 Begutachtungsanträge gestellt, bei denen in 7 452 Fällen eine Sachentscheidung getroffen wurde und in 2 241 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt wurde. Im Jahr 2012 wurden 12 232 Begutachtungsanträge gestellt, bei denen in 7 578 Fällen eine Sachentscheidung getroffen wurde und in 2 231 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt wurde. Im darauffolgenden Jahr wurden 12 173 Begutachtungsanträge gestellt, bei denen in 7 922 Fällen eine Sachentscheidung getroffen wurde und in 2 206 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt wurde. Bei im Jahr 2014 12 053 gestellten Begutachtungsanträgen wurde in 7 751 Fällen eine Sachentscheidung getroffen und in 2 206 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt. Im Jahr 2015 sank die Anzahl der Begutachtungsanträge auf 11 822, wobei in 7 215 Fällen eine Sachentscheidung getroffen wurde. Ein Behandlungsfehler wurde in 2 078 Fällen bejaht. Von den zur Entscheidung angenommenen Fällen liegt im fraglichen Zeitraum in 28 bis 30 Prozent der Fälle ein Behandlungsfehler vor.

Im Jahr 2015 wurden nach Angaben des MDS 14 828 Einzelfälle zu vermuteten Behandlungsfehlern von einem der insgesamt 15 MDK mit einem Gutachten bearbeitet. Im Jahr 2014 waren es 14.663, im Jahr 2013 14 585, im Jahr 2012 12 483, im Jahr 2011 12 686, im Jahr 2010 12 600 und im Jahr 2009 10 300 Einzelfälle. Die Quote anerkannter Behandlungsfehler lag bei 21,3 Prozent im Jahr 2015, bei 20,3 Prozent im Jahr 2014, bei 17,4 Prozent im Jahr 2013, bei 21,7 Prozent im Jahr 2012, bei 24,1 Prozent im Jahr 2011 und bei 29 Prozent im zweiten Halbjahr des Jahres 2010 (Erhebungszeitraum Juli bis Dezember 2010).

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis darüber, in wie vielen Fällen die Behandlungsfehler tödlich verliefen.

2. Welche Daten und Informationen liegen der Bundesregierung dazu vor, in wie vielen Fällen anerkannter Behandlungsfehler die Betroffenen Schadensersatz erhalten haben (bitte nach Jahren für 2010 bis 2015 aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben zur außergerichtlichen Schadensregulierung, etwa durch den Haftpflichtversicherer des Behandelnden, vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 14 bis 17 verwiesen.

3. Welche gesetzlichen Änderungen wird die Bundesregierung zum Schutz von geschädigten Patientinnen und Patienten wann vorschlagen, um sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten ihre Rechte im Falle von Behandlungsfehlern wirksam durchsetzen können?

Patientinnen und Patienten können bereits heute ihre Rechte im Falle von Behandlungsfehlern wirksam durchsetzen. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht derzeit nicht. Die etwaige Erforderlichkeit einer zukünftigen sachgerechten Weiterentwicklung der Patientenrechte wird beständig geprüft.

4. Welche Maßnahmen zur Fehlervermeidung wird die Bundesregierung ergreifen, um Risiko und Fehlerzahlen in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren (z. B. verpflichtende Einführung von Fehlervermeidungssystemen in Krankenhäusern, Schutz von Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern, gesetzliche Verankerung eines nationalen Endoprothesenregisters mit Beteiligung aller Akteure)?

Im deutschen Gesundheitswesen haben Fragen der Patientensicherheit und insbesondere der Fehlervermeidung bereits seit längerem große Bedeutung. Wichtige Beiträge zur Vermeidung von Fehlern bei der Behandlung werden nicht zuletzt durch spezialgesetzlich verankerte Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben (z. B. Infektionsschutzgesetz) geleistet sowie durch gesetzlich verankerte Verpflichtungen zur Qualitätssicherung (externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement) im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zusätzlich verpflichtet, wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu bestimmen und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen (vgl. § 136a Absatz 3 SGB V). Diesen Auftrag hat der G-BA u. a. bereits mit Beschlüssen vom 23. Januar 2014 zur Änderung seiner Qualitätsmanagement-Richtlinien erfüllt. Beispielsweise wurden die Krankenhäuser schon mit diesen Regelungen verpflichtet, einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme einzuführen, mit denen Fehler und solche, die beinahe passiert wären, systematisch aufzuarbeiten sind, um mögliche Fehlerquellen zu beseitigen. Die Meldungen zu solchen Systemen müssen nach den G-BA-Regelungen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen können. Diese verbindlichen Vorgaben sind schon im April 2014 in Kraft getreten.

Mit Beschlüssen vom 15. Dezember 2015 und 15. September 2016 hat der G-BA seine ehemals sektorspezifischen Qualitätsmanagement-Richtlinien in eine sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie, die für die vertragsärztliche, vertragszahnärztliche, vertragspsychotherapeutische sowie die stationäre Versorgung gilt, überführt. Mit dieser Zusammenführung wurden sektorenübergreifend auch die verbindlichen Mindeststandards für Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme vereinheitlicht. Ergänzend wurden Vorgaben insbesondere zum Notfallmanagement, zum Hygienemanagement und zur Arzneimitteltherapiesicherheit getroffen. Auch eine verbindliche Vorgabe zur Nutzung von sogenannten OP-Checklisten bei Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen und Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen, wurde aufgenommen.

Für die freiwillige Beteiligung von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen wurden auch schon mit dem Patientenrechtegesetz Vergütungszuschläge (§ 17b Absatz 1a Nummer 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz) vorgesehen. Durch den finanziellen Anreiz der Zuschläge wird die Mitwirkung an solchen Systemen unterstützt, weil diese ein übergreifendes Lernen aus

Fehlern auch außerhalb der eigenen Einrichtung ermöglichen. Außerdem wurde klargestellt, dass zu der Einführung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in Krankenhäusern auch die verpflichtende Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

Und schließlich wurden mit dem Patientenrechtegesetz auch Regelungen zum Schutz von Hinweisgebern verankert: Die in § 630c Absatz 2 Satz 2 BGB vorgesehene Verpflichtung des Behandlenden, die Patientin oder den Patienten auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren über erkennbare Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, zu informieren, geht einher mit dem in Satz 3 verankerten Verwertungsverbot; in § 135a Absatz 3 SGB V ist vorgesehen, dass aus einrichtungswirtschaftlichen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen im Rechtsverkehr (d. h. sowohl straf- als auch arbeitsrechtlich) nur in Ausnahmefällen gegen den Meldenden verwendet werden dürfen.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit haben sich Initiativen aus der Selbstverwaltung verstärkt des Themas Patientensicherheit angenommen. Hier ist insbesondere die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) im Jahr 2005 zu nennen, das von Anfang an sowohl ideell als auch finanziell durch das BMG unterstützt wurde und weiterhin unterstützt wird. Seit 2014 wird innerhalb des Gesundheitsziele-Prozesses das Nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit bearbeitet.

Für den Aufbau eines Implantateregisters mit verpflichtender Datenlieferung wurde Anfang 2016 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Implantateregister“ eingerichtet. Diese hat auf der Basis eines Erfahrungsberichtes des (freiwilligen) Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) bereits Eckpunkte entwickelt. Zurzeit werden Gespräche mit allen Beteiligten geführt. Auf der Basis der Gesprächsergebnisse und eines gemeinsamen Berichtes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird über die nächsten Schritte entschieden werden.

5. Wird die Bundesregierung sich für die Einführung eines Monitorings zur Art, Häufigkeit und Entwicklung von Behandlungsfehlern einsetzen, welches öffentlich zugänglich ist, um Fehlentwicklungen oder Missstände in der Praxis zu erkennen und zu korrigieren?

Wenn nein, warum nicht?

Meldungen über Häufigkeiten und Ursachen von Behandlungsfehlern sind wichtig, um richtige Maßnahmen zu ergreifen und so zu einer Sicherheits- und Fehlervermeidungskultur beizutragen. Daher nimmt die Bundesregierung die Berichterstattung über Behandlungsfehler sehr ernst und hat mit verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen darauf reagiert.

Bei der Diskussion um ein effektives Monitoring, beispielsweise durch ein nationales Register, gilt es jedoch sorgsam zwischen etwaigem wissenschaftlichem und praktischem Mehrwert und vermutlich sehr umfanglichem Umsetzungsaufwand abzuwägen.

6. a) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Umsetzung der Pflicht seitens der Krankenkassen, Patientinnen und Patienten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen als Folge von Behandlungsfehlern zu unterstützen?
- b) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, mit welchen Maßnahmen die Krankenkassen ihre Versicherten gemäß § 66 SGB V konkret unterstützen (z. B. Beauftragung eines Gutachtens, Unterstützung bei der Einholung der Patientenakte, Information und Beratung über Rechte gegenüber Krankenkassen und Behandlern, Unterstützung bei außergerichtlichen Verhandlungen mit der Haftpflichtversicherung der oder des Behandelnden)?
7. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass Krankenkassen ihrer Pflicht zur Unterstützung gemäß § 66 SGB V umfassend nachkommen, vor dem Hintergrund, dass laut der Umfrage der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2014
  - nicht alle Krankenkassen Erstberatungen anbieten,
  - ein Viertel der Krankenkassen bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler sich nicht die Patientenunterlagen von den Behandlern beschafft,
  - 30 Prozent der Krankenkassen nicht immer ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Auftrag geben?
8. Hält die Bundesregierung insbesondere Nachbesserungen des § 66 SGB V für notwendig, um klarzustellen, in welchem Stadium der Aufklärung eines Behandlungsverlaufs und der Klärung vermeintlicher Schadensersatzansprüche Krankenkassen ihre Versicherten unterstützen müssen und mit welchen Leistungen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 6 bis 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Patientenbeauftragte hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) bereits Ende 2015 um nähere Informationen zur Umsetzung der Unterstützung der Krankenkassen nach § 66 SGB V gebeten. Nach einer Abfrage des GKV-SV, die 76 Krankenkassen mit insgesamt 65 Millionen Mitgliedern beantwortet haben, reicht das Spektrum der Unterstützung der Krankenkassen bei Behandlungsfehlern von einer individuellen Beratung durch einzelne Mitarbeiter bis zur Beratung durch Kompetenzcenter und Serviceteams. Allen gemein ist, dass für die Prüfung und Bearbeitung derartiger Fallkonstellationen spezialisiertes Personal für die Beratung der Versicherten zur Verfügung steht. Die individuelle Unterstützung der Versicherten im Behandlungsfehlermanagement erfolgt durch eine Beratung zu sozialversicherungsrechtlichen, medizinischen und juristischen Fragen. Dabei wird auch über Beratungsalternativen, beispielsweise durch Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte oder Selbsthilfegruppen, informiert. Im Ablauf werden zunächst Behandlungsunterlagen angefordert. Einige Krankenkassen übernehmen auch die Korrespondenz zur Anforderung. Es folgt eine Prüfung und Bewertung aller fallbezogenen Unterlagen durch die Experten der Krankenkassen. Bei einer Erhärtung des Behandlungsfehlerverdachts innerhalb der individuellen Beratung des Versicherten folgt die medizinische Bewertung durch den MDK. Sollten unterschiedliche medizinische Fachrichtungen betroffen sein, sind auch Zweit- und Mehrfachbegutachtungen möglich. Anschließend folgen medizinische Erläuterungen für die Versicherten und Hinweise auf disziplinübergreifende, ergebnisabhängige Handlungsoptionen sowie weitere Beratungsleistungen und Unterstützungen für das weitere Verfahren. Versicherte, die einen

Antrag auf Unterstützung nach § 66 SGB V stellen, werden auch beraten. Im Rahmen des Behandlungsfehlermanagements und der individuellen Beratung werden immer wieder fehlende Plausibilität und damit die fehlende Begründbarkeit eines Behandlungsfehlers festgestellt. Beanstandungen der Versicherten haben auch „normale“ Komplikationen oder schicksalshafte Behandlungsverläufe zum Gegenstand. Teilweise verzichten Versicherte nach der Aufklärung über Schlichtungsmöglichkeiten auf ein weiteres Vorgehen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Leistung nach § 66 SGB V sind von 2012 (d.h. vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes) bis 2014 von 3,8 Mio. Euro auf 6,8 Mio. Euro, also um rund 75 Prozent gestiegen.

Gleichwohl prüfen der Patientenbeauftragte und die Bundesregierung auch insoweit die Möglichkeiten einer sachgerechten Weiterentwicklung der Patientenrechte.

9. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Qualität der beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in Auftrag gegebenen Gutachten sowie der durchschnittlichen Dauer zu deren Erstellung?
10. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass medizinische Gutachten des MDK, die für den Nachweis von Behandlungsfehlern zentral sind, qualitativ sehr unterschiedlich ausgestaltet sind?
  - b) Wird die Bundesregierung daraufhin hinwirken, dass einheitliche Qualitätsstandards für medizinische Gutachten des MDK sowie einheitliche Zulassungsstandards für medizinische Gutachterinnen und Gutachter eingeführt werden?

Wenn ja, wie sollten diese gestaltet sein?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 9 und 10 werden aufgrund des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Hinweise auf eine systematisch unterschiedliche Qualität der Begutachtungen der MDK im Rahmen von Behandlungsfehlervorwürfen vor.

Die MDK stellen an die Gutachten zur Beurteilung vermuteter Behandlungsfehler sehr hohe Qualitätsanforderungen und setzen dafür besonders geschulte Fachärztinnen oder Fachärzte mit langjähriger Berufserfahrung in speziell eingerichteten Fachreferaten ein. Wenn im Einzelfall die notwendige Expertise innerhalb des zuständigen MDK nicht verfügbar ist, werden durch den MDK auch ausgewählte externe Experten bei der Begutachtung dieser Fälle einbezogen. Im Jahr 2015 betrug nach Angaben des MDS die durchschnittliche Zeit für die Erstellung von Gutachten bei Behandlungsfehlervorwürfen 84 Tage, dabei waren 62,4 Prozent der Gutachten bereits nach 12 Wochen abgeschlossen. Für diese Gutachten werden nach Mitteilung des MDS einheitliche Qualitätsstandards im Rahmen eines bundesweiten MDK-übergreifenden Qualitätsmanagementprogramms festgelegt.

Insgesamt wurden so angemessene Maßnahmen zur Sicherstellung einer hohen fachlichen Qualität etabliert. Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung derzeit keinen zusätzlichen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Qualität und Verfügbarkeit von MDK-Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen.

11. Wie lange dauern nach Kenntnis der Bundesregierung die Verfahren zur Geltendmachung von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern durchschnittlich?

Nach Kenntnis der Bundesregierung dauern die Verfahren zur Geltendmachung von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern im Durchschnitt zwischen zehn und zwölf Monaten.

12. Wird die Bundesregierung zur Verbesserung der außergerichtlichen Verfahren zur Schadensregulierung darauf hinwirken, dass die Verfahrensabläufe der Schlichtungs- und Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern einheitlich nach definierten Qualitätsstandards gestaltet werden?

Wenn nein, warum nicht?

Da für die ärztliche Berufsausübung nach dem Grundgesetz die Länder zuständig sind, finden sich die Regelungen zu den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder.

13. Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung über die Wirksamkeit der mit dem Patientenrechtegesetz kodifizierten Rechte von geschädigten Patientinnen und Patienten aus den seit dem Jahr 2013 weitgehend unveränderten Jahresstatistiken zu Behandlungsfehlern der MDK-Gemeinschaft sowie der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern?

Die etwa gleichbleibende Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler bei leicht rückläufigen Behandlungsfehlervorwürfen bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen lässt den Schluss auf eine zumindest im Wesentlichen konsistente Bewertung der ihnen vorgetragenen Fälle durch die MDK sowie die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern zu. Der Patientenbeauftragte wird die in der Frage erwähnten Jahresstatistiken darüber hinaus bei der Auswertung der Ergebnisse der Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes berücksichtigen.

14.
  - a) In wie vielen Fällen haben Patientinnen und Patienten nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich seit dem Jahr 2013 vor Gericht Schadensersatzansprüche wegen Behandlungsfehlern geltend gemacht (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
  - b) Welche durchschnittliche Dauer wiesen die Verfahren auf?
  - c) Wie vielen dieser Klagen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung stattgegeben, wie vielen nicht und aus welchen Gründen nicht?
15. Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung über die Wirksamkeit der mit dem Patientenrechtegesetz kodifizierten Rechte von geschädigten Patientinnen und Patienten aus der Entwicklung der jährlichen gerichtlichen Verfahren zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen wegen Behandlungsfehlern?

16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten in gerichtlichen Verfahren nachzuweisen, dass der Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen Schaden war?
17. a) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten nachzuweisen, dass es sich bei dem Fehlverhalten des oder der Behandelnden, um einen groben Behandlungsfehler handelt, mit der Folge, dass gesetzlich vermutet wird, der Behandlungsfehler sei kausal für den eingetretenen Schaden gewesen?
- b) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die unterschiedliche richterliche Auslegung des Begriffs „grober Behandlungsfehler“?

Die Fragen 14 bis 17 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die zur Beantwortung der Frage 14 erforderlichen detaillierten Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Bundesregierung verweist insoweit allerdings auf die vom Statistischen Bundesamt herausgegebene Statistik „Rechtspflege – Zivilgerichte“ für die Jahre 2013 und 2014, der sich folgende Zahlen zu erledigten Verfahren in Arzthaftungssachen vor den Amts-, Land- und Oberlandesgerichten entnehmen lassen:

	2013	2014
Amtsgericht	1 630	1 708
Landgerichte (erste Instanz)	8 803	9 116
Landgerichte (Berufungsinstanz)	346	351
Oberlandesgericht (Berufungsinstanz)	2 091	2 136

Darüber hinaus enthält die Statistik ergänzende Informationen zur Art der Verfahrenserledigung, zu Verfahrensdauern bzw. zum Prozesserfolg bei amtsgerichtlichen Verfahren.

Eine entsprechende Statistik für das Jahr 2015 liegt noch nicht vor.

Zu den in gerichtlichen Verfahren zugrunde liegenden Lebenssachverhalten und deren tatrichterlichen Bewertungen, insbesondere dazu, ob ein Unterliegen im Einzelfall im mangelnden Nachweis der Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für einen Schaden begründet liegt, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Der Bundesregierung liegen dementsprechend auch keine Erkenntnisse darüber vor, dass es erhebliche Beweisschwierigkeiten in Bezug auf die Kausalität von Behandlungsfehler und Schaden sowie Abgrenzungsschwierigkeiten von groben und nicht groben Behandlungsfehlern gibt. Bei der Behandlungsfehlerhaftung ist jedoch stets zu berücksichtigen, dass bei einer gesundheitlichen Schädigung nicht nur ein Behandlungsfehler, sondern auch ein schicksalhafter Verlauf bei erkrankten Patientinnen und Patienten ursächlich sein kann. Rückschlüsse insbesondere auf die Wirksamkeit der mit dem Patientenrechtegesetz kodifizierten Beweiserleichterungen bzw. Vermutungsregeln lassen sich nach Auffassung der Bundesregierung ohne Kenntnis der zugrunde liegenden Lebenssachverhalte und allein aus der Entwicklung der jährlichen gerichtlichen Verfahren in Arzthaftungssachen nicht ableiten.

18. Beabsichtigt die Bundesregierung angesichts der erheblichen Beweisschwierigkeiten in Bezug auf die Kausalität von Behandlungsfehler und Schaden sowie der Abgrenzungsschwierigkeiten von groben und nicht groben Behandlungsfehlern, weitere gesetzliche Beweiserleichterungen für Patientinnen und Patienten einzuführen?

Wenn ja, welche?

Wenn nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

19. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um einheitliche Qualitätsstandards für vom Gericht in Auftrag gegebene medizinische Gutachten sowie einheitliche Zulassungsstandards für medizinische Gutachterinnen und Gutachter einzuführen?

Bereits nach geltendem Recht müssen die Gerichte sicherstellen, dass ausschließlich qualifizierte medizinische Sachverständige bestellt werden und die fachliche Qualität von gerichtlichen medizinischen Sachverständigengutachten gewährleistet ist. Zudem sind Ärztinnen und Ärzte nach dem Berufsrecht verpflichtet, Gutachten mit der notwendigen Sorgfalt und nach bestem Wissen zu erstellen.

Darüber hinaus sieht das Gesetz zur Änderung des Sachverständigenrechts und zur weiteren Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit sowie zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes, der Verwaltungsgerichtsordnung, der Finanzgerichtsordnung und des Gerichtskostengesetzes, das am 15. Oktober 2016 in Kraft getreten ist, weitere Regelungen zur Gewährleistung der Transparenz im gerichtlichen Auswahlverfahren und des Vertrauens in die Unabhängigkeit und Neutralität der Sachverständigen vor. Auch enthält es Vorschriften, die der weiteren Beschleunigung der Erstattung von Sachverständigengutachten dienen. Dazu tragen folgende Regelungen bei: die mögliche Anhörung der Parteien vor Ernennung des Sachverständigen, die Pflicht des Sachverständigen zur unverzüglichen Prüfung und Mitteilung von Interessenskonflikten und Verzögerungen, die obligatorische Fristsetzung zur Erstattung des schriftlichen Sachverständigengutachtens und die regelmäßige Festsetzung von Ordnungsgeldern gegen den Sachverständigen bei Fristversäumnis, die künftig bis zu 3 000 Euro (anstatt bisher bis zu 1 000 Euro) betragen können.

20. Hält die Bundesregierung angesichts der langwierigen und mit hohem Kostenrisiko verbundenen gerichtlichen Prozesse die Einrichtung eines Entschädigungsfonds für Härtefälle bei Patientinnen und Patienten für sinnvoll, die durch eine medizinische Behandlung einen schweren gesundheitlichen Schaden erlitten haben, aber der Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden nicht nachgewiesen werden kann?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung hat sich im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzentwurfs zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten eingehend mit der Einführung eines Entschädigungs- bzw. Härtefallfonds für von ärztlichen Behandlungsfehlern Betroffene befasst. Sie war zu dem Ergebnis gekommen, dass die Einrichtung eines solchen Fonds aus den nachfolgenden Gründen nicht angezeigt ist:

Ein Fonds, der ergänzend neben die Arzthaftung tritt, kann zu Ungleichgewichten zwischen Entschädigungs-/Härfällen und Arzthaftungsfällen führen. Die Einführung eines solchen Fonds liefe zudem den Grundprinzipien des deutschen Deliktsrechts zuwider. Es wären zudem die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Finanzierungswege eines solchen Fonds abzuwägen.

21. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Anzahl von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die nicht berufshaftpflichtversichert sind sowie über damit verbundene Hürden bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen?
- b) Hält die Bundesregierung es zum Schutz der Interessen geschädigter Patientinnen und Patienten für sinnvoll, die Pflicht zum Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung einzuführen sowie die aufsichtsrechtliche Überwachung der tatsächlichen Einhaltung dieser Vorgabe sicherzustellen?

Wenn nein, warum nicht?

Der Bundesregierung liegen weder konkrete Erkenntnisse über die Anzahl nicht haftpflichtversicherter Leistungserbringerinnen und -erbringer noch über damit verbundene Hürden bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen vor. Entsprechend der Zuständigkeit der Länder für die ärztliche Berufsausübung hat der Patientenbeauftragte die Länder wiederholt aufgefordert, die Umsetzung der Verpflichtung zur Sicherstellung eines angemessenen Berufshaftpflichtversicherungsschutzes sicherzustellen. Regelungen zur Gewährleistung eines angemessenen Berufshaftpflichtversicherungsschutzes sind standesrechtlich und in den Heilberufs- und Kammergesetzen verankert. Danach sind Ärztinnen und Ärzte in sämtlichen Ländern verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Um einen wirkungsvolleren Sanktionsmechanismus zu verankern, wurde mit dem Patientenrechtegesetz eine Regelung geschaffen, wonach die Approbationsbehörde das Ruhen der Approbation anordnen kann, wenn sich ergibt, dass der Arzt entgegen den landes- oder standesrechtlichen Vorgaben nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist (vgl. § 6 Absatz 1 Nummer 5 Bundesärzteordnung – BÄO). Es ist und bleibt gleichwohl Aufgabe der Länder, Kontrollen über den Versichertenstatus von Ärztinnen und Ärzten durchzuführen. Einige Heilberufs- und Kammergesetze enthalten bereits ausdrückliche Regelungen, wonach die Kammermitglieder das Bestehen einer ausreichenden Haftpflichtversicherung auf Verlangen gegenüber der Kammer nachzuweisen haben.

22. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass Patientinnen und Patienten die Pflicht der Behandelnden über die Annahme von Behandlungsfehlern gemäß § 630c Absatz 2 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zu informieren, nicht kennen oder es nicht wagen, ihren Arzt mit einem möglichen Fehler zu konfrontieren?
- b) Befürwortet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Informationspflicht bei der Annahme eines Behandlungsfehlers gemäß § 630c Absatz 2 Satz 2 BGB dahingehend zu erweitern, dass Behandelnde Patientinnen und Patienten per se auf Fehler hinweisen müssen und nicht – wie bisher – nur auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren?
- Wenn nein, warum nicht?
- c) Welche rechtlichen Konsequenzen hat die Nichterfüllung der geltenden Informationspflicht, und erkennt die Bundesregierung hier Änderungsbedarf?
- Wenn ja, welche?

Die Erfüllung der Informationspflicht nach § 630c Absatz 2 Satz 2 BGB soll den Patientinnen und Patienten die Geltendmachung von Ansprüchen aufgrund eines Behandlungsfehlers erleichtern. Erkenntnisse darüber, dass Patientinnen und Patienten es nicht wagen, Behandelnde mit einem möglichen Fehler zu konfrontieren, liegen der Bundesregierung nicht vor. Etwaige neue Erkenntnisse aus der Studie zu den Wirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung) werden sorgfältig geprüft werden. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

23. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass Patientinnen und Patienten häufig nicht wissen, wer konkret ihr Behandelnder/ihre Behandelnde ist, wodurch es bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen zu Verzögerungen und Komplikationen kommen kann?
- b) Wie wird die Bundesregierung zum Zwecke der Transparenz sowie der Vereinfachung der Geltendmachung von Ansprüchen sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig Auskunft über ihre Vertragspartner erhalten?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass Patientinnen und Patienten häufig nicht wissen, wer konkret der Behandelnde ist. Die Person des Behandelnden dürfte Patientinnen und Patienten insbesondere im ambulanten Bereich stets bekannt sein. Im stationären Bereich steht zumindest der Krankenhausträger fest. Über diesen oder die Behandlungsdokumentation ist in jedem Fall der konkret Behandelnde festzustellen.

24. a) Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung in der Praxis sichergestellt, dass die Aufklärung der Patientinnen und Patienten rechtzeitig und verständlich erfolgt?
- b) Welche Daten und Information liegen der Bundesregierung zu Beschwerden von Patientinnen und Patienten über eine Verletzung der Aufklärungspflicht vor, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Die gesetzlichen Regelungen zur Aufklärung sind eindeutig und finden sich in gleicher Weise auch im ärztlichen Berufsrecht. Über Beschwerden von Patientin-

nen und Patienten über eine Verletzung der Aufklärungspflicht liegen der Bundesregierung keine Daten und Informationen vor. Aus dem Monitor Patientenberatung 2015 der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ergibt sich jedoch, dass Fragen zur Aufklärung innerhalb des Themenbereichs Patientenrechte einen Anteil von 12,1 Prozent an allen patientenrechtsbezogenen Beratungsgesprächen einnahmen. Der Patientenbeauftragte wird dies bei der Auswertung der Ergebnisse der Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes berücksichtigen.

25. a) Sind sprachliche Barrieren nach Ansicht der Bundesregierung problematisch hinsichtlich der Erfüllung der Aufklärungspflicht seitens der Behandelnden sowie des Erfordernisses einer informierten Entscheidung seitens der Patientinnen und Patienten?
- b) Wie beabsichtigt die Bundesregierung sicherzustellen, dass die Patientenrechte von Menschen ohne ausreichende Deutschkenntnisse umfassend gewahrt werden (bspw. Kostenübernahme der Sprach- und Kulturmittlung)?

Nach Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) ist die Ermöglichung einer sprachlichen Verständigung zwischen Therapeut und Patient in einer nichtdeutschen Sprache, etwa durch Hinzuziehung eines Dolmetschers, als Nebenleistung zur Krankenbehandlung nicht vom Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten umfasst. Das BSG hat darauf hingewiesen, dass die Verständigung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringern auch in ihrer jeweiligen nichtdeutschen Muttersprache nicht zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung gehört (Urteil des BSG vom 19. Juli 2006, Az. B 6 KA 33/05 B). Bereits heute sind jedoch zunehmend Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die eine medizinische Behandlung in einer nichtdeutschen Sprache durchführen können. Berufsverbände und Kassenärztliche Vereinigungen bieten Suchportale an, die bei der Arztsuche nach vorhandenen Sprachkenntnissen von Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeuten differenzieren. Besondere Sprachkenntnisse einer Bewerberin oder eines Bewerbers können auch bei der Zulassung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes bzw. bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen berücksichtigt werden.

26. Wird die Bundesregierung zur Stärkung der Selbstbestimmung vorübergehend einsichtsunfähiger Menschen sicherstellen, dass psychiatrische Krankenhäuser verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden psychischen Krankheitsverläufen den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen anzubieten, in der sie festlegen, welche Behandlung sie sich im Falle einer fehlenden Entscheidungsfähigkeit wünschen?

Wenn nein, warum nicht?

Bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten ist gemäß § 630d Absatz 1 Satz 2 BGB die Einwilligung eines hierzu Berechtigten, beispielsweise eines Betreuers oder rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten, einzuholen, soweit nicht eine wirksame Patientenverfügung gemäß § 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB vorliegt, welche die Maßnahme gestattet oder untersagt. Ein einwilligungsfähiger Volljähriger kann gemäß § 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB durch eine Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festlegen, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende

Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt. Die im Rahmen einer Patientenverfügung getroffene Festlegung ist für den Arzt verbindlich, wenn sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Sie gilt dann unmittelbar, eine Stellvertretung durch den Betreuer oder Bevollmächtigten ist nicht erforderlich. Der Betreuer bzw. Bevollmächtigte hat dem Willen des Betroffenen nach § 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB (bei einer Bevollmächtigung in Verbindung mit § 1901a Absatz 5 BGB) lediglich Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Dies gilt unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung (§ 1901a Absatz 3 BGB).

Auch die Aufklärung hat bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten dementsprechend gegenüber der zur Einwilligung berechtigten Person zu erfolgen (vgl. § 630e Absatz 4 BGB). Der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (vgl. Beschluss vom 23. März 2011, Az. 2 BvR 882/09, Randnummer 59) folgend, darf jedoch auch ein Einwilligungsunfähiger über das Ob und Wie einer Behandlung, der er unterzogen wird, grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen werden. Daher sollen gemäß § 630e Absatz 5 BGB auch einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten in das Behandlungsgeschehen einbezogen werden, indem auch ihnen entsprechend ihrem Verständnis die wesentlichen Umstände der vorgesehenen Maßnahme zu erläutern sind, soweit sie auf Grund ihres Entwicklungsstandes und ihrer Verständnismöglichkeiten in der Lage sind, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies ihrem Wohl nicht zuwiderläuft. Die gesetzlichen Regelungen zur Aufklärungspflicht ermöglichen daher insgesamt eine dem Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten Rechnung tragende und an die Umstände des jeweiligen Einzelfalls angepasste Herangehensweise.

Ein Instrument zur Stärkung der Selbstbestimmung und der partizipativen Entscheidungsfindung bei Menschen mit rezidivierenden schweren Episoden psychiatrischer Erkrankungen, die mit einer verminderten Einwilligungsfähigkeit einhergehen, sind Behandlungsvereinbarungen. Eine Behandlungsvereinbarung kann ein für die Ärztin oder den Arzt rechtlich verbindlicher Vertrag und zugleich eine Patientenverfügung sein. Die gemeinsame Erarbeitung einer Behandlungsvereinbarung durch die Ärztin oder den Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten hat dabei bereits unmittelbar therapeutisches Potenzial, da sie zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung beiträgt und der Patientin oder dem Patienten von Anfang an eine aktive Rolle im Behandlungsprozess zuschreibt. Dementsprechend sind Behandlungsvereinbarungen auch bereits in wissenschaftliche Leitlinien eingegangen und sie werden in zahlreichen Kliniken angeboten. Die Förderung des Angebots von Behandlungsvereinbarungen in den psychiatrischen Krankenhäusern ist vorrangige Aufgabe der für diese Einrichtungen zuständigen Länder. Die Bundesregierung unterstützt dies mit flankierenden Maßnahmen wie der Förderung von Fachveranstaltungen oder Projekten im Bereich der psychiatrischen Versorgung, die auch das Instrument der Behandlungsvereinbarung in den Blick nehmen. Auch die kürzlich gestarteten, vom BMG geförderten Forschungsprojekte zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem werden die besonderen Potenziale der Behandlungsvereinbarung für die Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick nehmen.

27. Wie wird die Vollständigkeit, Richtigkeit und Fälschungssicherheit der von Behandelnden anzulegenden Patientenakte nach Kenntnis der Bundesregierung garantiert und überprüft?

Die Dokumentationspflicht ist in § 630f BGB und im ärztlichen Standesrecht (§ 10 Absatz 1 Satz 1 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, die regelmäßig durch die Landesärztekammern in geltendes Berufsrecht umgesetzt wird) verankert. Die Ärztin oder der Arzt ist verpflichtet, eine Patientenakte zu führen, die fälschungssicher sein muss, d.h. Berichtigungen und Änderungen müssen den ursprünglichen Eintrag erkennen lassen und den Zeitpunkt, zu dem sie vorgenommen wurden. Die Patientenakte kann in Papierform oder elektronisch geführt werden. In der Akte sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen aufzuzeichnen. Arztbriefe sind ebenfalls in die Patientenakte aufzunehmen. Die berufsrechtlichen Sanktionen, die die jeweiligen Landesärztekammern bei einem Verstoß gegen das ärztliche Berufsrecht verhängen, können sich von Land zu Land unterscheiden. Sie können, wie beispielsweise in Berlin und Brandenburg, von der Verwarnung über eine Geldbuße von bis zu 50 000 Euro bis zur Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes reichen oder die Aberkennung des aktiven und oder passiven Kammerwahlrechtes sowie die Aberkennung der Mitgliedschaft in den Organen der Kammer beinhalten. Die maximal zu verhängende Geldbuße kann, wie in Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, auch deutlich höher ausfallen.

28. a) Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten, die nicht über das notwendige medizinische Fachwissen verfügen, bei Einsichtnahme in die sie betreffende Patientenakte die Dokumentation des Befundes und die daraus gezogenen Schlüsse für die medizinische Behandlung verstehen können?

b) Sieht die Bundesregierung hier gesetzlichen Nachbesserungsbedarf?

Patientinnen und Patienten stehen eine Vielzahl von Informationsmöglichkeiten und -angeboten zur Verfügung, wenn sie Unterstützung benötigen, um die sie betreffende Inhalte der Dokumentation und die daraus gezogenen Schlüsse für die medizinische Behandlung zu verstehen. Neben der individuellen Beratung und Information durch ihre Krankenkasse oder eine Ärztin oder einen Arzt stehen verschiedene Internetangebote, beispielsweise „was hab ich“ – oder der „Befunddolmetscher“ – sowie die Patientenberatung der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Verfügung. Auch die UPD bietet mit ihrem breit aufgestellten Beratungsteam auf unterschiedlichen Kommunikationswegen ein Beratungsangebot für Patientinnen und Patienten und eine entsprechende Hilfestellung an. Nachbesserungsbedarf wird daher nicht gesehen.

29. a) Ist der Bundesregierung bekannt, wie oft Patientinnen und Patienten die Einsichtnahme in die Patientenakte verwehrt wird und wie dies von den Behandelnden begründet wird?

Hierzu sind der Bundesregierung keine absoluten Zahlen bekannt. Aus dem Monitor Patientenberatung 2015 der UPD ergibt sich, dass die Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen innerhalb des Themenbereichs Patientenrechte der quantitativ bedeutendste Beratungsschwerpunkt mit einem Anteil von 23,6 Prozent an

allen patientenrechtsbezogenen Beratungsgesprächen war. Dabei wurde von 24,6 Prozent der Ratsuchenden eine Beschwerde formuliert, in 19,3 Prozent der Fälle wurde eine Problemlage dokumentiert.

- b) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Höhe der Kosten, die Patientinnen und Patienten für die Kopie einer vollständigen Patientenakte zahlen müssen, und wie abschreckend wirken diese Kosten insbesondere auf Patientinnen und Patienten mit niedrigem Einkommen?

Die Kosten werden nach Kenntnis der Bundesregierung meist mit 0,50 Euro je Kopie angesetzt.

- c) Wie beabsichtigt die Bundesregierung sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten ihr Recht auf unverzügliche Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte, ohne die eine Bewertung des Behandlungsverlaufs nicht möglich ist, tatsächlich wahrnehmen können?

Um das Einsichtsrecht geltend zu machen, reicht es aus, formlos mündlich, schriftlich oder in Textform (z. B. per E-Mail) um Einsicht in die Behandlungsunterlagen bzw. – gegen Erstattung der Kosten – um Überlassung von Kopien dieser Unterlagen und die Bestätigung ihrer Vollständigkeit zu bitten. Die einzusehenden Unterlagen müssen lesbar sein, da anderenfalls das Einsichtsrecht umgangen würde. In der Patientenakte hat der Behandelnde gemäß § 630f Absatz 2 BGB sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere alle Feststellungen über den Gesundheitszustand (z. B. Befunde, Ergebnisse von Laboruntersuchungen und von Untersuchungen an der Person wie EKG, Röntgenbilder usw.) sowie über die Umstände und den Verlauf der Behandlung (z. B. Angaben über verabreichte oder verordnete Arzneimittel, Operationsberichte).

- d) Welche rechtlichen Konsequenzen drohen, wenn Behandelnde die Patientenakte nicht, nicht zeitnah oder unvollständig zur Verfügung stellen, und erkennt die Bundesregierung hier gesetzlichen Änderungsbedarf?

Das Recht auf Einsichtnahme kann gerichtlich durchgesetzt werden. Dokumentationsmängel können im Übrigen zu einer Beweislastumkehr führen. Berufsrechtlich ist das Einsichtsrecht ebenfalls verankert, so dass Verstöße ggf. berufsrechtlich geahndet werden können (vgl. Antwort zu Frage 27).