



**Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)**  
**Über 35 Jahre Selbsthilfe bei Schuppenflechte**  
Seewartenstraße 10 · 20459 Hamburg  
Telefon 040/22 33 99 0 · Telefax 040/22 33 99 22  
E-Mail: [info@psoriasis-bund.de](mailto:info@psoriasis-bund.de)  
Internet: [www.psoriasis-bund.de](http://www.psoriasis-bund.de)

DPB · Seewartenstraße 10 · 20459 Hamburg

Vorstand:  
Horst von Zitzewitz (Vorsitzender)  
Ottfrid Hillmann (stellv. Vorsitzender)  
Annette Behlau-Schnier  
Joachim Koza  
PD Dr. Thomas Rosenbach

Bank für Sozialwirtschaft Hannover  
Konto-Nr. 74 234 00 · BLZ 251 205 10  
BIC BFSWDE33HAN  
IBAN DE68 2512 0510 0007 4234 00

Postbank AG Hamburg  
Konto-Nr. 2018-209 · BLZ 200 100 20

Amtsgericht Hamburg 69 VR 7970

USt-Nr. 17/414/01130  
USt-ID-Nr. DE118713326

## **Stellungnahme des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. zum Antrag der SPD, Drucksache 17/907, vom 03.03.2010**

### **Zu II A.1.**

#### **Absatz 1**

§Recht des Patienten und der Patientin auf rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung über alle für die Ausübung seines/ihrer Selbstbestimmungsrechts und die medizinische Behandlung wesentlichen Punkte einschließlich Behandlungsalternativen und Recht auf Nichtwissen

Kranken gesetzlich Versicherten rechtzeitig umfassende und verständliche Auskunft über alle notwendigen Informationen für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes und über die medizinische Behandlung durch Ärzte zu geben, ist ursächliches, ärztliches Handeln und bereits im SGB V normiert. Beratungsleistungen werden als Sachleistung von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt und von den Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet. Wichtig wäre es, Vertragsärzte und Krankenhäuser mit einem von den Selbstverwaltungspartnern unabhängigen Kontrollsystem zu konfrontieren. Damit würden Leistungserbringer vom Generalverdacht der Erschleichung von Leistungen befreit. Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht keine patientenrelevante Ergebnisqualität des Nutzens für die konkret für den Patienten erbrachten Leistungen vor. Der GKV-Versicherte erhält nicht einmal ein Dokument über die für ihn erbrachten Leistungen. Jeder Discounter erstellt eine Quittung über die von ihm erbrachte Leistung. Dass dies in der Gesetzlichen Krankenversicherung anders ist, scheint nur Interessengruppen geschuldet.

#### **Absatz 2**

§Recht des Patienten und der Patientin auf fachgerechte Behandlung nach dem wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard für die jeweiligen Heilberufe/Gesundheitsfachberufe

Die zugelassenen Leistungserbringer haben einen gesetzlichen Auftrag, Leistungen nach dem wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandard für den jeweiligen Heilberuf fachgerecht zu erbringen. Wenn hier postuliert wird, dass dieser Sachverhalt in der Versorgung nicht zutrifft, fehlt es an einer externen Kontrolle des zuständigen Selbstverwaltungspartners. Diese wäre dann gesetzlich zu institutionalisieren.

#### **Absatz 4**

§Recht des Patienten und der Patientin auf vollständige Dokumentation, auf Einsicht in die Dokumentation und auf Kopien der Dokumentation. Patientinnen und Patienten müssen bei Differenzen über die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation das Recht haben, eine Gegendarstellung zu den Akten zu geben. Es müssen die Voraussetzungen geregelt werden, unter denen Angehörige und/oder Erben nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin ein Recht auf Einsicht in die Dokumentation haben

Es gelten sinngemäß die Ausführungen zu den Absätzen 1 und 2. Es ist überfällig, dass der Versicherte nach jeder medizinischen Behandlung pflichtgemäß ohne Kosten und ohne jede

Mitgliedschaften:



Gedruckt auf  
Umweltschutzpapier

Diskussion durch den Leistungserbringer ein Dokument über die für ihn erbrachten Leistungen in laienverständlicher Sprache erhält.

#### Absatz 5

Die Pflicht der Behandler und Behandlerinnen zur Verschwiegenheit über das, was ihnen im Rahmen des Behandlungsverhältnisses anvertraut wurde oder bekannt geworden ist. Es ist eine Regelung zu den Voraussetzungen zu schaffen, unter denen Behandler oder Behandlerinnen nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin gegenüber deren Erben und/oder Angehörigen von der Schweigepflicht entbunden sind.

Begrüßt wird, dass die ärztliche Schweigepflicht gegenüber Erben und/oder Angehörigen geöffnet werden soll. Eine Möglichkeit bestünde zudem darin, die ärztliche Schweigepflicht gegenüber den Personen zu öffnen, die im Rahmen einer Patientenverfügung zu Entscheidungen für den Verstorbenen zu dessen Lebzeit als bevollmächtigt benannt wurden. Es erscheint einigermaßen schlüssig, dass dies dem Willen eines Verstorbenen näher stehen könnte, als dass die Schweigepflicht nur gegenüber Erben und/oder nur mit dem Pflichtteil bedachten Angehörigen, die ggf. nicht in der Patientenverfügung benannt sind, geöffnet wird.

#### Zu II A.2.

##### Absatz 1

Auflegung eines Programms zur Förderung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen, das u. a. Maßnahmen zur Schulung aller beteiligten Berufsgruppen beinhaltet.

Indikationsbezogene Selbsthilfeorganisationen sind Seismographen erster Güte für Probleme innerhalb der krankheitsbezogenen Indikation und deren Versorgung. Es ist gesetzlich überfällig, auch für rechtlich korporative, in Dachverbänden organisierte Selbsthilfeorganisationen, Programme zur Förderung der Risiko- und Fehlererkennung zu schaffen. Wenn die partnerschaftliche Entscheidungsfindung nicht nur prosaische Absicht bleiben soll, kann mit solchen ggf. gemeinsam durchgeführten Programmen eine tatsächliche Partnerschaft erreicht werden.

##### Absatz 2

Gesetzlicher Ausschluss von arbeitsrechtlichen Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler.

Gerade im Gesundheitswesen ist die stillschweigende Sanktion von Kritik und Kritikern in Organisationen der Leistungserbringer bekannt. Dieses Stillschweigen zu Fehlern gegenüber geschädigten Patienten und/oder der Leitung der Leistungserbringung kann nur beendet werden, wenn Meldenden die Ängste der Sanktion wegen einer vollumfänglichen Information genommen werden. Eine Möglichkeit wäre, die Personen zu sanktionieren, die Meldenden mittel- oder unmittelbar einen persönlichen Schaden aufgrund der Offenlegung von Fehlern zugefügt haben. Der Beurteilungsmaßstab für solche persönliche Schäden ist weit auszulegen. Die Umkehr der Beweislast ist herzustellen.

#### Zu II A.3.

##### Absatz 1

Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen, ihre Versicherten beim Verdacht eines Behandlungsfehlers zu unterstützen.

Die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, Versicherte bei Verdacht eines Behandlungsfehlers zu unterstützen, ist bereits im § 66 SGB V vorgesehen. Der § 66 SGB V sollte erweitert werden. Gesetzliche Krankenkassen sollen bei von ihr verwaltungsjuristisch zweifelsfrei festgestellten Behandlungsfehlern, die zu Rückzahlungen durch die jeweiligen Kassenärztliche Vereinigung geführt haben, anwaltlich befugt sein, auch die finanziellen Folgen des festgestellten Behandlungsfehlers ihres Versicherten für diesen durch Verrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellen und an den geschädigten Versicherten auszuzahlen. Dem verantwortlichen Leistungserbringer steht der Rechtsweg gegenüber seiner Kassenärztli-

chen Vereinigung offen, die den medizinischen Sicherstellungsauftrag hat. Stationären Leistungserbringern steht der Rechtsweg gegenüber der Krankenkasse offen.

#### Absatz 2

„Pflicht des oder der Nachbehandelnden, den Patienten oder die Patientin unverzüglich auf einen möglichen groben Behandlungsfehler hinzuweisen.“

Der grobe Behandlungsfehler ist nicht eindeutig definiert. Unbestimmte Rechtsbegriffe in Gesetzen führen nur zu überflüssigen, juristischen Auseinandersetzungen und führen zur Definition durch Sozialgerichte.

#### Absätze 3 – 7

„Weitere Beweiserleichterungen über die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler hinaus, ohne eine vollständige Beweislastumkehr vorzusehen.

Kodifizierung von Beweiserleichterungen bei Dokumentationsmängeln bis hin zur Beweislastumkehr, wenn die Dokumentation nicht oder nicht vollständig oder zeitverzögert herausgegeben wird.

Grundsätzliche Zuweisung von Arzthaftungssachen an Spezialkammern.

Beschleunigung der gerichtlichen Verfahren durch enge Fristsetzung für Gutachten und Sanktionierung von Fristversäumnissen.

Verbesserung der Stellung der Privatgutachter im Prozessrecht.“

Alle Maßnahmen zur Verbesserung der rechtlichen Position von geschädigten Versicherten werden begrüßt.

Hinzukommen sollte die Sicherstellung einer belastbaren Berufshaftpflichtversicherung des Leistungserbringers. Bisher müssen z.B. Vertragsärzte nur mit Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt eine solche Berufshaftpflichtversicherung nachweisen. Ob diese Versicherung später noch vorliegt und Prämien gezahlt werden bzw. gezahlt worden sind, bleibt der unkontrollierten Entscheidung des Vertragsarztes vorbehalten. Bei Insolvenz bleibt der Geschädigte auf seinen Ansprüchen sitzen. Selbst eine Pfändung von ggf. vorhandenem Praxisvermögen ist rechtlich nicht zulässig.

#### Absatz 9

„Aufnahme von Patientenvertretern und -vertreterinnen in die Spruchkörper der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern.“

Wenn es politischer Wille ist, dass Patientenvertreter zunehmend in den etablierten gesetzlichen Strukturen der Gesundheitsversorgung mitwirken sollen, dann muss auch gesetzlich dafür Sorge getragen werden, dass die Infrastruktur, aus der Patientenvertreter rekrutiert werden, finanziell so ausgestattet wird, dass die Wahrnehmung dieser Aufgabe auch auf Augenhöhe mit den anderen gesetzlich finanzierten Institutionen sichergestellt wird. Im Übrigen finanzieren überwiegend die gesetzlich Versicherten diese etablierten Institutionen der Selbstverwaltungspartner mittel- oder unmittelbar mit ihren Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, die Entscheidungen zu Lasten Dritter treffen dürfen.

#### Zu II A.4.

##### Absatz 1

„Vornahme der Leichenschau grundsätzlich nicht durch den behandelnden Arzt, sondern durch einen speziell fortgebildeten, unabhängigen Leichenschauarzt.“

Das Wort „grundsätzlich“ sollte gestrichen werden. Im Zweifelsfall wird vom Grundsatz regelmäßig abgewichen.

#### Absatz 4

„Aufnahme einer Rubrik „unerwarteter Tod im Zusammenhang mit ärztlichen und/oder pflegerischen Maßnahmen“ in den Leichenschauschein und Pflicht zur Sektion.“

Vorgeschlagen wird für die Formulierung: „Unerwarteter Tod, der mit ärztlichen und/oder pflegerischen Maßnahmen im Zusammenhang stehen könnte.“

#### Zu II A.5.

„Inhaltlicher Ausbau der Mitberatungsrechte sowie Erweiterung einzelner bereits bestehender Mitberatungsrechte zu Mitbestimmungsrechten. Insbesondere müssen die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht erhalten.

Schaffung einer bundesgesetzlichen Regelung über eine fachliche Mindestzusammensetzung von nach Landesrecht gebildeten Ethikkommissionen, die auch die gleichberechtigte Teilnahme von medizinischen Laien vorsieht.“

Es gelten sinngemäß die Ausführungen zu Nr. 3 Absatz 3 und 7. Es fehlt die gesetzlich geregelte finanzielle Ausstattung durch alle in der Gesundheitsversorgung Beteiligten als Gemeinschaftsaufgabe.

#### Zu II A.6.

##### Absatz 1

„Sicherstellung der materiellen und personellen Voraussetzungen für eine unabhängige Tätigkeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.“

Die unabhängige Tätigkeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist nicht nur Ausdruck der materiellen und personellen Voraussetzungen. Unabhängigkeit ergibt sich über das Weisungsrecht, das durch ein demokratisch oder gesellschaftlich legitimes Gremium unabhängig von gesetzlich Versicherten gewährleistet werden sollte.

##### Absatz 3

„Erhöhung der Sicherheit von Medizinprodukten, z. B. Einführung eines Registers für Produkte hoher Risikoklassen und zur Langzeitverfolgung. Das Medizinproduktegesetz wird weiterentwickelt.“

Es fehlt eine Nutzen- und Anwendungsbewertung von Medizinprodukten nach patientenrelevanten Gesichtspunkten zum Nutzen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

##### Absatz 7

„Weiterentwicklung der institutionellen Förderung der Selbsthilfe unter besonderer Berücksichtigung des Transparenzgebots.“

Zur gesetzlichen institutionellen Förderung von rechtlich korporativen, in Dachverbänden organisierten, Selbsthilfeorganisationen sind alle Sozialleistungsträger, der Bund, die Länder und alle privaten Krankenversicherer, einzubeziehen. Die gesundheitliche Selbsthilfe leistet für alle Bürger, bisher beinahe vollständig privat finanziert, eine Vielzahl unterschiedlicher öffentlicher Leistungen. Es erscheint merkwürdig, dass Selbsthilfeorganisationen zur Erfüllung gesellschaftlicher Aufgaben genutzt werden, zur Erfüllung dieser Aufgaben jedoch zum professionellen Betteln gezwungen werden.

##### Absatz 8

„Überführung der Modellvorhaben der unabhängigen Patientenberatung in eine dauerhaft finanzierte Institution.“

Mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz ist die Überführung der unabhängigen Patientenberatung in die regelhafte Förderung als Institution nicht vollzogen worden. Die Unabhängige

Patientenberatung ist mit strikten Vorgaben europaweit ausgeschrieben worden und ist vertraglich zeitlich immer noch begrenzt. Der Gesetzgeber hat nicht den Weg einer vernünftigen institutionellen Finanzierung, wie bspw. beim G-BA oder IQWiG, gewählt.

Eine indikationsbezogene Patientenberatung wird auch die zukünftige Unabhängige Patientenberatung nicht leisten. Die Ausschreibungsbedingungen des GKV-Spitzenverbandes sehen diese Beratung nicht vor, sondern verweisen auf die gesundheitlichen Selbsthilfeorganisationen mit ihren privaten Ressourcen.

Zu II B.

Absatz 3

„Einrichtung alternativer Entschädigungssysteme wie etwa ein Entschädigungsfonds oder eine verschuldensunabhängige Entschädigung.“

Vorgeschlagen wird, dass die Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Entschädigungsfonds für GKV-Versicherte bilden, der vom Deutschen Behindertenrat oder von einem von ihm autorisierten Gremium für Entschädigungen verwaltet wird.

Absatz 4

„Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für so genannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), der gewährleistet, dass diese Leistungen niemandem aufgedrängt werden, nicht zur Ersetzung von Leistungen nach dem SGB führen, nur nach umfassender Aufklärung über Inhalt und Preis sowie vorheriger schriftlicher Einwilligung erbracht werden und umfassender Qualitätssicherung und -kontrolle unterliegen.“

Bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) liegt regelmäßig der Nutzen für patientenrelevante Endpunkte nicht vor. Je weniger „gefährlich“ eine - durchaus nur vermutete - Krankheit ist, umso mehr IGeL-Leistungen werden zur „Gesundung“ angeboten.

Dies gilt besonders für „IGeL-Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen“. Vorgeschlagen wird, bei solchen Leistungen dem anbietenden Mediziner für jede Einzelleistung die zwingende Verpflichtung zur Information aufzuerlegen, mit welcher Wahrscheinlichkeit in absoluten Zahlen auf 1.000, falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse mit dieser Leistung erzielt werden und welche gesundheitliche Relevanz das Ergebnis für den Nachfrager für welchen Zeitraum haben wird. Darüber hinaus ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Qualität der von ihm erbrachten Leistung nachzuweisen.

Deutscher Psoriasis Bund e. V.