



## **Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten**

### **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin**

Zunächst möchten wir anmerken, dass wir dem geplanten Vorhaben, ein Patientenrechtegesetz zu verabschieden, insgesamt zustimmen. Die vorgesehene Kodifizierung des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts durch Einführung eines Behandlungsvertrages stellt gegenüber der jetzigen Situation eine Verbesserung dar, da die bisherige Situation häufig auf das Ermessen einzelner Richter zurückgreifen musste. Eine solche vertragliche Klärung sollte die anfallenden Probleme im Streitfall erleichtern. Doch möchten wir darauf hinweisen, dass die geplanten gesetzlichen Regelungen auf die besonderen Aspekte der kindlichen und jugendlichen Patienten in der Kinder- und Jugendmedizin und die Vertretung der Patienten durch ihre Eltern und Bevollmächtigten nicht eingegangen sind. Kinder sind als Patienten in dem Entwurf eigentlich nicht vorgesehen, sie werden nur in § 630d unter den einwilligungsunfähigen Patienten indirekt genannt. Die Regelung in § 630h (4) lehnen wir in der jetzigen Formulierung ab.

#### **Konkret haben wir folgende Anmerkungen:**

##### **Artikel 1:**

##### **Zu § 630c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten**

Hier fehlt der Hinweis auf nicht-einwilligungsfähige bzw. begrenzt einwilligungsfähige Personen. Die Pflicht des Behandelnden zur Information auch gegenüber dem gesetzlichen Vertreter des Kindes (bzw. der nicht-einwilligungsfähigen Person) müsste hier noch in den Gesetzestext aufgenommen werden. Ebenso sollte thematisiert werden, dass Kinder bzw. Heranwachsende entsprechend ihrem jeweiligen Entwicklungsstand angemessen an der Entscheidung über eine Behandlung beteiligt werden müssen.

Nach § 630c, (4). Aufgrund des letzten Satzes könnte möglicherweise ein gesetzlicher Vertreter auf Informationen über die Behandlung eines noch nicht-einwilligungsfähigen Kindes verzichten. Es wäre zu prüfen, ob ein solcher Verzicht in der Wahrnehmung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes des Kindes rechtens bzw. im Interesse des Kindes wäre.

##### **Zu § 630f Dokumentation der Behandlung**

Unter Absatz (3) wird eine Aufbewahrungspflicht der Patientenakte für 10 Jahre genannt. Hier muss für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine andere Regelung gefunden werden. Denn diese können vor Erreichen der Volljährigkeit ihr informationelles Selbstbestimmungsrecht nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen. Es muss gewährleistet sein, dass die Patientenakte von Kindern nach Erreichen ihrer Volljährigkeit und damit vollem informationellen Selbstbestimmungsrecht ihnen

für einen angemessenen Zeitraum noch zur Verfügung steht. Z.B. könnte man die Aufbewahrungspflicht verlängern bis xx Jahre nach Erreichen der Volljährigkeit.

### **Zu § 630g Einsichtnahme in die Patientenakte**

Hier wird nicht spezifiziert, in welchem Umfang eine Akteneinsicht gewährt werden muss. Der Passus erscheint uns etwas unklar formuliert.

### **Zu § 630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler**

Während die Absätze (1), (2), (3) und (5) der derzeitigen Rechtspraxis entsprechen, haben wir größte Bedenken gegenüber Absatz (4), der wie folgt lautet: „War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht geeignet oder nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Eignung oder die mangelnde Befähigung für den Eintritt des Schadens ursächlich war.“

Dies würde bedeuten, dass ein Patient nur nachweisen muss, dass ein in seine Behandlung eingebundener Arzt noch nicht Facharzt war, also ungeeignet und nicht genügend ausgebildet, damit diesem unabhängig von der Frage, ob ihm tatsächlich ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, die Verantwortung für einen Schaden übertragen werden kann, den er gar nicht verursacht hat. Wir sehen hier eine (kaum) versteckte Beweislastumkehr, denn wenn die Qualifikation eines Behandelnden in Zweifel gezogen wird, muss ein Kläger nicht mehr einen Behandlungsfehler nachweisen, sondern ein solcher wird zunächst einmal nach § 630h (4) als ursächlich unterstellt. Gegen diesen Vorwurf muss sich das Krankenhaus oder der behandelnde Arzt zur Wehr setzen, d.h. es/er hat jetzt die Beweislast.

In der Erläuterung (S. 30, linke Sp., 4. Abschnitt ) wird auch klar zu erkennen gegeben, dass es sich um eine Form der Beweislastumkehr handelt. Eigentlich gilt der Grundsatz auf Seite 11, rechte Sp., 3. Abschnitt, der Erläuterungen "*Darzulegen und zu beweisen sind für einen Schadenersatzanspruch nach § 280 Absatz 1 die Pflichtverletzung, der Schaden und dass die Pflichtverletzung für den Schaden ursächlich war.*" Die jetzt vorgesehene Regelung § 630h (4) ist so global, dass im Falle einer Krankenhaus-behandlung bei Beteiligung eines Nicht-Facharztes an einer Behandlung immer eine Beweislast-umkehr gefordert werden kann, d.h. dass das Krankenhaus bzw. die verantwortlichen Ärzte den Nachweis führen müssen, dass die Behandlung fehlerfrei erfolgt ist, der Kläger jedoch von der Beweislast befreit ist. Da aber den meisten Krankenhäusern die Ausbildung angehender Ärzte obliegt, die selbstverständlich entsprechend ihres Ausbildungsstandes auch ärztlich tätig werden und tätig werden müssen, eröffnet die Regelung § 630h (4) die Möglichkeit einer für den Kläger risikofreien Klage eines Behandlungsfehlers nur auf Grund formaler Gegebenheiten ohne den oben geforderten Nachweis einer Pflichtverletzung.

Die rechtliche Aufarbeitung von Behandlungsfehlern erfolgt eigentlich in zwei Stufen: 1. Feststellung einer fehlerhaften Behandlung, und 2. Feststellung der Ursächlichkeit dieser fehlerhaften Behandlung für den Schaden. Nach § 630h (4) würden diese Schritte wegfallen und von vornherein die Ursächlichkeit festgestellt.

Wir würden daher empfehlen, den § 630h (4) so zu formulieren, dass Patienten selbstverständlich eine Behandlung nach Facharztstandard zusteht und diese im Krankenhausalltag durch Fachärzte im Hintergrund garantiert wird, dass diese aber nicht immer selbst tätig werden müssen bzw. dass Ärzte in Weiterbildung auch ärztlich tätig werden können. Evtl. könnte hier formuliert werden „War ein ärztlicher Verantwortlicher bzw. ein für die Behandlung Verantwortlicher für die von ihm vorgenommen Behandlung ...“.

Wie im Kommentar (S. 9, rechte Sp., 2. Abschnitt) ausgeführt ist, birgt ein ausgewogenes Haftungsrecht für Ärztinnen und Ärzte die Gefahr einer „Defensivmedizin“ – was nicht im Interesse der Patienten sein kann. Es bleibt der optimistische Wunsch, dass auch nach dieser Gesetzesänderung das gute vertrauliche Miteinander von Patientinnen und Patienten und Behandelnden an erster Stelle stehen muss.

Prof. Dr. med. Erik Harms (ehemaliger Präsident der DGKJ)

Prof. Dr. med. Matthias Brandis (Mitglied der Hochschulkommission der DGKJ)

Prof. Dr. med. Norbert Wagner (Präsident)

Kontakt:

DGKJ-Geschäftsstelle

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

info@dgkj.de | www.dgkj.de