

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

*Die Auswirkungen der Änderung des Patientenrechtegesetzes im Jahr
2013 auf die Qualität der medizinischen Behandlung*

Bachelorarbeit

Vorgelegt von: Gesa Hansen
Matrikelnummer: 2076015
Betreuender Prüfer: Prof. Dr. York Francis Zöllner
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Wolf Polenz

Tag der Abgabe: 29. Juli 2014

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	4
Vorbemerkung.....	5
Abstract.....	6
1. Einleitung und Hintergrund.....	7
2. Ausführliche Beschreibung zur Methode der systematischen Literaturanalyse.....	9
3. Das Patientenrechtegesetz.....	13
3.1 Das PatRG vor der Änderung im Jahr 2013.....	14
3.2 Das PatRG nach der Änderung im Jahr 2013.....	15
3.2.1 § 630 a-b BGB Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag und anwendbare Vorschriften.....	16
3.2.2 § 630 c BGB Mitwirkung der Vertragsparteien und Informationspflichten ..	16
3.2.3 § 630 d BGB Einwilligung.....	17
3.2.4 § 630 e Aufklärungspflichten.....	17
3.2.5 § 630 f –g Dokumentation der Behandlung und Einsichtnahme in die Patientenakte	17
3.2.6 § 630 h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler..	18
3.3 Änderungen im SGB V.....	18
3.4 Vergleich der Situationen vor und nach der Gesetzesänderung.....	19
4. Qualität der medizinischen Behandlung.....	22
4.1 Die Bedeutung von Qualität.....	22
4.2 Merkmale der medizinischen Behandlung.....	24
5. Beschreibung und Analyse der einzelnen Gesetzesabschnitte des PatRG von 2013 zur möglichen Steigerung der Qualität der medizinischen Behandlung.....	26
5.1 Kritische Erörterung weiterer Einflussfaktoren des PatRG auf die Qualität der Behandlung.....	36
6. Herausforderungen und Umsetzungsschwierigkeiten des PatRG.....	42
7. Chancen für Patienten und beteiligte Personen der Behandlung.....	46

8. Diskussion.....	48
9. Fazit und Ausblick.....	50
Literaturverzeichnis.....	53
Eidesstattliche Erklärung.....	56
Anhang.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ansatzpunkte für die Definition der Dienstleistungsqualität (Bruhn 2008, S. 36-37)

Abbildung 2: Schematische Darstellung der rechtlichen und individuellen Einbeziehung von Patienten in Anlehnung an Ose (2011)

Abbildung 3: Vereinfachte schematische Darstellung der Beschwerdebearbeitung in Anlehnung an *Ratajczak* (Ratajczak 2010, S. 43).

Abbildung 4: Gesundheit und soziales Optimum mit Bezug zum Risiko- und Fehlermanagement in Anlehnung an *Markiw & Taylor* (eigene Darstellung)

Abbildung 5: Leistungserbringung und deren Finanzierung in der stationären Versorgung im Rahmen der GKV (Gaydoul 2009, S.33)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der Patientenrechte vor und nach 2013 für die zusätzlich Detailregelungen getroffen wurden (eigene Darstellung)

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
bspw.	beispielsweise
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
KHG	Krankenhausgesellschaft
KV	Krankenversicherung
PatRG	Patientenrechtegesetz
QM	Qualitätsmanagement
RM	Risikomanagement
SGB V	Sozial Gesetzbuch Fünf
StGB	Strafgesetzbuch

usw.....und so weiter

z.B..... zum Beispiel

Vorbemerkung

Soweit im Folgenden Berufs-, Gruppen- und / oder Personenbezeichnungen Verwendung finden, so ist auch stets die jeweils weibliche Form gemeint. Die Verfasserin sieht daher bewusst von einer genderneutralen Ausdrucksweise ab.

Abstract

Die folgende systematische Literaturanalyse zu den Auswirkungen der Änderungen des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 auf die Qualität der medizinischen Behandlung ermöglicht es tatsächliche rechtliche Änderungen zu betrachten und welche Einflussmöglichkeiten sich dadurch auf die Qualität der Behandlung ergeben. Ausgehend vom Gesetz zur Verbesserung der Rechte für Patientinnen und Patienten wurden gesetzliche Regulierungen, aber auch Anreize aus § 630 a-h BGB und § 135 a Abs.2 Nr. 2 SGB V sowie § 137 Abs. 1 d SGB V analysiert.

Die Analyse als auch die kritische Erörterung zeigt, dass die Verbesserung der Rechte für Patienten in der Kodifikation der Rechte in einem Gesetz besteht. Bestehendes Recht wurde durch Detailregelungen aus der bisherigen Rechtsprechung ergänzt.

Es lassen sich vielfältige Ansätze finden die gewünschte Transparenz und Rechtssicherheit für alle Beteiligten im Gesundheitswesen umzusetzen. Die Qualität der medizinischen Behandlung kann durch einen Großteil der Regelungen des PatRG bei erfolgreicher Umsetzung profitieren. Jedoch bestehen einige Herausforderungen, die bei der Umsetzung der rechtlichen Vorschriften auftreten und sich negativ auf das Gesamturteil zur Qualität der Behandlung auswirken können.

Gleichwohl, dass das PatRG die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen hat, wird auch zukünftig die Bewertung individueller Situationen oder Behandlungsfehler von der Rechtsprechung abhängen. Neue wissenschaftliche Erhebungen sowohl zum PatRG als auch zum schwer greifbaren Thema der Qualität der Behandlung sind von großer Bedeutung. Die Fortentwicklung der Patientenrechte und der Umgangsweisen mit Herausforderungen sollte in der Zukunft weiterhin Bestand der politischen Diskussion und des medizinisch-gesundheitswirtschaftlichen Kontextes sein.

1. Einleitung und Hintergrund

Seit jeher beruht in Deutschland das Arzthaftungsrecht auf der Rechtsprechung der Richter (Rehborn 2013, S. 1). Die Gerichtsentscheidungen der letzten Jahre haben die individuellen Rechte von Patienten geformt und das Richterrecht gewahrt (Ulsenheimer 2014, S. 1). Dadurch war die rechtliche Situation zum Behandlungs- und Arzthaftungsrecht meist nicht im Gesetz festgehalten (Referentenentwurf 2012, S. 12-14). Die Diskussion um die Überarbeitung des Patientenrechtegesetzes besteht jedoch schon seit mehr als 20 Jahren. Im Jahr 1978 wurde auf dem 52. Deutschen Juristentag eingehend über eine Regelung für das ärztliche Vertrags-, Standes- und Haftungsrecht diskutiert (Thole 2013, S. 145). Schon zu dieser Zeit war es das Ziel die rechtlichen Bedingungen zwischen Patienten und Ärzten eindeutig zu regeln.

In den 1990er Jahren wurde die Entstehung eines einheitlichen Gesetzestextes durch die Zusammenfassung der Rechte von Patienten im offiziellen Papier „Patientenrechte in Deutschland heute“ von einer der Bundesregierung entsandten Arbeitsgruppe erneut angeregt. Diese Patientenrechtecharta wurde jedoch nur wenig beachtet, sodass Behandelnden und Patienten die Rechte weiterhin unbekannt blieben (Thole 2013, S. 145).

Erst während der 17. Legislaturperiode des Bundestages von 2009-2013 wurde die Kodifizierung der Patientenrechte vorangetrieben (Klauber et al. 2014, S. 25-27). Der Referentenentwurf aus dem Januar 2012 wurde mit geringfügigen Anpassungen zum Regierungsentwurf. In Folge dessen wurde im Februar 2013 das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in § 630 a-h des Bürgerlichen Gesetzbuches verabschiedet (Dillschneider et al. 2013). Weitere Änderungen betreffen Regelungen im SGB V für Krankenversicherungen, den Umgang mit Risiko- und Fehlermanagement, als auch das Qualitäts- und Beschwerdemanagement. Darüber hinaus wurden Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Patientenbeteiligungsverordnung, sowie zur Zulassungsverordnung von Vertragsärzten und Zahnärzten vorgenommen.

Das wesentliche Ziel des Gesetzes ist es durch die Rechtsprechung erarbeitete Lösungen zu verschiedenen Patientenrechten erstmals zu kodifizieren und an einer Stelle zu vereinen (Klauber et al. 2014, S. 26). Durch die rechtliche Form, die für den medizinischen Behandlungsvertrag und das Arzthaftungsrecht gegeben wurde, sollte Transparenz für den Patienten geschaffen werden und eine allgemeine Stärkung der Rechte von Patienten erzielt werden (Thole 2013). Den Verantwortlichen wird aber vorgeworfen, „...dass sie keine wesentliche Verbesserung für die Patienten erreichen wollten.“ (Klauber et al. 2014, S. 26), sonder den Status quo festgeschrieben haben. „Es

gibt insgesamt nur wenige Änderungen der geltenden Rechtslage“ (Dillschneider et al. 2013, S. 325).

Neben der rechtlichen Rahmenbedingungen ist für Patienten in der Situation einer ärztlichen Behandlung die Qualität der Leistungen bedeutsam. Jeder einzelne Patient hat unterschiedliche Ansprüche an die Behandlung (Mehmet 2011, S. 44). Aus rechtlicher Sicht müssen die Leistungen nach §12 SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden“. Darüber hinaus ist die Situation zwischen den Patienten und dem Arzt jedoch von besonderer Bedeutung für die Qualität der Behandlung (Mehmet 2011, S. 45). Den Patienten wird eine scheinbare Abhängigkeit vom Experten, dem Arzt, unterstellt (Mehmet 2011, S. 45). Die Qualität hängt oftmals von dem eigenen Anspruch des Arztes an sich selbst ab und was er dadurch während der Behandlung erreichen will (Mehmet 2011, S. 45). Aber auch die Patienten weisen in der Beziehung zum Arzt eine wichtige Rolle auf. Das Behandlungsergebnis hängt nicht unwesentlich von der Compliance des Patienten ab. Die Mitarbeit bei Vorsorgemaßnahmen und der Behandlung ist für die Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit maßgeblich (Mehmet 2011, S. 34).

Die Änderungen des Patientenrechtegesetzes beabsichtigen unter anderem die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern. Der über seine Rechte informierte Patient hat die Möglichkeit seinem Arzt auf Augenhöhe zu begegnen und seine Rechte durchzusetzen (Jorzig & Uphoff 2012, S. 97). Das Verhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten soll auf diese Weise, „...auf eine neue Stufe der Gleichberechtigung...“ (Jorzig & Uphoff 2012, S. 97) gehoben werden.

Die folgende Bachelorarbeit soll mit Hilfe einer systematischen Literaturanalyse Aufschluss darüber gegeben, welche tatsächlichen Änderungen es im neuen PatRG gibt und welche Regelungen unverändert bleiben. Zudem wird das Thema der Qualität der Behandlung erläutert und die Komplexität dieses Teilthemas näher beleuchtet. Dabei soll die Frage geklärt werden, wie das PatRG und die Qualität der medizinischen Behandlung miteinander verbunden sind. Es gilt zu analysieren, welchen möglichen Einfluss die Gesetzesänderung auf die Qualität hat und ob ein Nutzen für Patienten durch die Änderung des Patientenrechtegesetzes erkannt werden kann.

2. Ausführliche Beschreibung zur Methode der systematischen Literaturanalyse

Während des Praxissemesters, als auch in Absprache mit dem zuständigen Betreuer der Abschlussarbeit wurde das Thema festgelegt. Durch die Zustimmung seitens der Hochschule wurde die Bearbeitung des Themas „Die Auswirkungen der Änderung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 auf die Qualität der medizinischen Behandlung“ freigegeben.

Neben dem Anlass der Erstellung der Abschlussarbeit ist das weitere Ziel dieser Arbeit einen Überblick über den derzeitigen Stand des Wissens zum Patientenrechtegesetz zu erreichen. Die Literatur aus der systematischen Recherche ermöglicht die kritische Beschäftigung mit dem gewählten Thema.

Die Literaturrecherche ist „...mehr als eine ungezielte Suche nach Informationen im Internet oder das Aufsuchen einer Fachbuchhandlung oder Bibliothek. Es handelt sich dabei vielmehr um einen Suchprozess.“ (Kleibel & Mayer 2005, S. 20). Der Prozess soll ermöglichen neues Wissen über das gewählte Thema zu erlangen und mit der Auswahl der Literatur Erkenntnisse zu belegen. Es stellt sich die Frage welche Prozessschritte zu beachten sind und welches Vorgehen diese verlangen.

Die systematische Literaturrecherche dieser Arbeit ist in drei übergeordnete Phasen einzuteilen, die durch weitere einzelne Prozessschritte ergänzt werden.

1. Phase: Grobrecherche und erstes Einlesen zum gewählten Thema
2. Phase: Detaillierte Recherche nach strategischen Prinzipien
3. Phase: Bewertung der Literatur und Überarbeitung des Prozesses

In der ersten Phase nach der Themenfindung setzt die Grobrecherche nach Informationen ein, die einen ersten Überblick über die Thematik und dessen Umfang ermöglichen (Kleibel & Mayer 2005, S.20-24). In diesem Prozessschritt wird deutlich, dass einige Begriffe sich wiederholen und häufig mit dem Thema in Verbindung stehen. Diese Begriffe wurden gesammelt und für die spätere detaillierte Recherche genutzt.

Zunächst stand das Patientenrechtegesetz als Suchbegriff im Vordergrund. Durch eine Vielzahl an Treffern wurde das Basiswissen für die Inhalte der Gesetzesänderung geschaffen. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurde deutlich, dass eine genauere Definition von Ein- und Ausschlusskriterien für die verfügbare Literatur getroffen werden muss. Teilweise sind die Treffer zu fachspezifisch, veraltet oder stehen in einem anderen als dem gesuchten Zusammenhang.

Um vorbereitet die zweite Phase des Prozess zu bearbeiten, wurden sowohl eine Suchstrategie als auch die dazugehörigen Auswahlkriterien für die Literatur entwickelt. Unter dieser Strategie ist zu verstehen nach welchen Begriffen gesucht wird, welche Treffer mit welcher Begründung genutzt werden und wie der Suchprozess strukturiert sein soll. Zu den Hauptsuchbegriffen zählen „Patientenrechtegesetz“, „Patientenrechte“, „Qualität“, „Behandlung“ und „Medizin“ als auch „Qualitätsmanagement“.

Diese Begriffe wurden als Stichwörter genutzt. Bei der Literaturrecherche ist das Stichwort „...ein Wort, das exakt so wie Sie es suchen, in den formalen Angaben zum Buch vorkommen muss.“ (Franke, Klein & Schüller-Zwierlein 2010, S. 28). Um die Suche einzugrenzen und Verknüpfungen zwischen den Begriffen herzustellen, wurden Bool'sche Operatoren genutzt. Somit können Suchfilter erstellt werden, die Ergebnisse nach dem jeweils gewünschten Informationsbedarf liefern (Franke, Klein & Schüller-Zwierlein 2010, S. 43). Es fanden Kombinationen der Stichwörter mit „UND“ und „ODER“, „AND“ und „OR“ statt.

Im letzten Schritt sind die Auswahlkriterien für die Literatur zu bestimmen. Es ist von großer Bedeutung neben der inhaltlichen Betrachtung der Literatur, den weiteren Kontext der Entstehung und des Ursprungs zu berücksichtigen (Kleibel & Mayer 2005, S. 78). Auf diese Weise lässt sich beurteilen, ob die Literatur den Anforderungen der Arbeit entspricht und verwendet werden kann (Kleibel & Mayer 2005, S. 78).

Als erstes Kriterium dient die Überprüfung der Herkunft der Quelle. Da sich das Thema der Abschlussarbeit mit der Änderung des Patientenrechtegesetzes in Deutschland befasst, ist auch die Herkunft der Literatur vorrangig aus Deutschland wichtig. Schon bei der Grobrecherche hat sich gezeigt, dass besonders das Interesse deutscher Autoren dem Thema der Änderung des Patientenrechtegesetzes galt und keine Ergebnisse aus dem Ausland dazu zu finden waren. Sollten jedoch im Laufe der Recherche Informationen aus dem Ausland genau dem thematischen Hintergrund der Arbeit entsprechen, können auch diese ausgewählt werden.

Das nächste Kriterium betrifft die Fachbereiche auf die die Informationen der Literatur ausgerichtet sind. Die Treffer der Recherche sollten vordergründig für Fachexperten und Wissenschaftler der Themengebiete Recht und des Gesundheitswesens ausgerichtet sein. Durch die Fokussierung auf juristische, medizinische und gesundheitswissenschaftliche Fachbereiche fand eine erste Eingrenzung statt. Jedoch sind auch laienverständliche Beiträge nützlich. Es ist bedeutend unterschiedliche Beiträge aus unterschiedlichen Fachbereichen zu erlangen und dadurch verschiedene kritische Beiträge zu erhalten, die in die eigene kritische Erörterung einfließen können.

Für das dritte Kriterium ist die Aktualität der Quellen vorgesehen. Die Besonderheit liegt in der Betrachtung der zwei unterschiedlichen Themenblöcke „Patientenrechtegesetz“ und „Qualität der medizinischen Behandlung“. Der erste Themenblock verlangt neben aktuellen Publikationen zur Gesetzesänderung von 2013 bis heute, Dokumente aus der Zeit vor 2013 einzubeziehen. Nur so kann ein Vergleich der Situationen vor und nach der Gesetzesänderung erstellt werden. Der Themenblock zur Qualität ist vorrangig mit aktueller Literatur zu füllen, um den neusten Stand von Theorien und Umsetzungsprinzipien von Qualität und Qualitätsmanagement in der Medizin vorliegen zu haben. Um diesen zeitlichen Rahmen einzugrenzen und die Beschränkungen des Umfangs der Bachelorarbeit einhalten zu können, wurde Literatur ab der Jahrtausendwende einbezogen.

Das letzte Kriterium betrifft die Auswahl der Literaturarten. Es werden vor allem Bücher und Sammelwerke, als auch Fachzeitschriften aus den Themengebieten für Recht und Medizin bzw. Gesundheitswesen genutzt. Bis auf eine Literaturart wurden alle Möglichkeiten für die Recherche eingeschlossen. Auf „graue Literatur“, „nicht publizierte d.h. nicht im Handel erhältliche Literatur“ (Kleibel & Mayer 2005, S.15), wird bei dieser Literaturrecherche verzichtet. Diese wissenschaftlichen Beiträge werden ausgeschlossen, da sie meist nicht direkt vom Autor oder einer der Bibliothekskataloge bezogen werden können, sondern erst über eine Bestellung bei der Deutschen Nationalbibliografie erhältlich sind. Das Erhalten dieser Literatur wurde durch den zeitlichen Rahmen eingeschränkt.

Das Internet wird als weiteres Medium zur Suche von Literatur herangezogen. Es dient als Suchhilfe und Quelle für Dokumente und Publikationen, aber auch als Möglichkeit, um auf Literaturportale wie z.B. Springer-Link zugreifen zu können. Für die Arbeit mit Internetquellen war von großer Bedeutung, dass die Quellenangaben und die damit verbundene Nachvollziehbarkeit der Quelle für die Recherche gewährleistet werden kann.

Um die Erstellung einer erfolgreichen Suchstrategie zu vervollständigen, ist nur noch die Führung des Suchprotokolls zu bestimmen. Dabei werden die Suchbegriffe und Stichwörter, die zuvor festgelegt wurden, eingetragen und die Treffer in den jeweiligen Suchhilfen überprüft. Die relevanten Treffer werden schließlich aufgelistet und der Inhalt sowie der Autor kurz im Suchprotokoll vermerkt. Auf diese Weise kann überblickt werden nach welchen Begriffen bereits gesucht wurde. Der kurze Vermerk zum Autor und zum Inhalt lässt ebenfalls zu, zu überprüfen welche Literatur bereits gefunden wurde. Mit dem Suchprotokoll „...dokumentieren Sie Ihren Suchprozess, vermeiden Doppelhäufigkeiten und verschaffen sich einen Überblick.“ (Kleibel & Mayer 2005, S. 58).

Um nun die zweite Phase der detaillierten Recherche nach strategischen Prinzipien zu beginnen, werden noch verschiedene Suchhilfen ausgewählt. Wie bereits angedeutet stellt das Internet ein wichtiges Medium dar. Dort sind zum einen die Bibliothekskataloge der Universitäten zu finden, zum anderen kann direkt auf Fachzeitschriften zugegriffen werden. Wichtig ist dabei zu überprüfen, ob für die Hochschule und somit den Studenten eine Lizenz vorliegt, die einen uneingeschränkten und kostenfreien Zugriff auf Fachzeitschriften und Publikationen ermöglicht. Falls eine Einschränkung vorliegt, ist der Zugriff über die Bibliotheken zu prüfen.

Zu den wichtigsten Suchhilfen dieser Abschlussarbeit zählen die Bibliothekskataloge der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, der Universität Hamburg und der Katalog der Hamburger wissenschaftlichen Bibliotheken. Darüber hinaus ist der Zugriff auf Online-Bücher, Artikel und Kommentare über Springer-Link ein weiteres Suchmedium. Die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg besitzt eine Lizenz für den größtenteils uneingeschränkten Zugriff.

Während der detaillierten Suche wurden die Quellenangaben eingesehen. Titel, die Begriffe aus der Suchstrategie enthalten, wurden ebenfalls auffindig gemacht. Mit Hilfe des Schneeballprinzips, dem Lesen von zitierter Literatur in der gefundenen Literatur, fand eine Ausweitung der Suche statt (Franke, Klein & Schüller-Zwierlein 2010, S. 7).

Die gefundene Literatur wurde in der Reihenfolge, in der sie im Suchprotokoll aufgelistet ist, ausführlich und kritisch gelesen. Die daraus folgende Bewertung ermöglichte das Aussortieren von irrelevanten Treffern nach den bereits genannten Auswahlkriterien.

Am Ende der dritten Phase der Literaturrecherche lag ein umfassender Pool aus Büchern, Artikel, Kommentaren und Gesetzestexten vor. Durch die Dichte der Informationen wurde keine Ausweitung oder Eingrenzung der Recherche nötig. Während der Bearbeitung der Bachelorarbeit wurden jedoch mit dem besagten Schneeballprinzip weitere Quellen herangezogen.

3. Das Patientenrechtegesetz

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges und komplexes Gesundheitssystem. Die Medizin bietet vielfältige Chancen in der Behandlung von Krankheiten und jeder Mensch beansprucht im Laufe seines Lebens mehrmals die Hilfe durch einen Arzt, um gesund zu werden oder zu bleiben (Referentenentwurf 2012, S. 12). Dabei gestalten verschiedene Rechte den Handlungsspielraum für die Vielzahl der Beteiligten am Behandlungsgeschehen.

Die Situation der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und einer Behandlung ist meist mit einer großen Verunsicherung über den Ausgang verbunden. Die Erkrankung selbst ist für die Betroffenen schon eine höchst kritische Situation (Ose 2011, S.49). Hinzu kommt, dass das Ergebnis der Behandlung meist nicht greifbar ist und stark von den individuellen Reaktionen des Körpers des jeweiligen Patienten abhängt (Ose 2011, S.49). Aber auch mögliche Kommunikationsdefizite rund um die Behandlung und die Krankheit führen zu Verunsicherungen. Dazu versucht das PatRG mit Hilfe der Zielpunkte Patientenbeteiligung- und information Wege zu finden mit Unsicherheiten und Defiziten umzugehen.

Die Patienten begeben sich in die Hände der Ärzte. Vertrauen ist dabei die wesentliche Grundlage für ein funktionierendes Verhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten. Der Patient schenkt dem Arzt dabei ein hohes Maß an Vertrauen seine Gesundheit und sein Wohlbefinden wieder herzustellen (Mehmet 2011, S. 9).

Jedoch ist auch ein Wandel der Arzt-Patient-Beziehung zu erkennen (Bandelow, Eckert & Rüsenberg 2009, S. 48). Die bisherige Abhängigkeit des Patienten vom Arzt ändert sich immer mehr zur Gleichberechtigung zwischen Patient und Arzt. Dafür müssen jedoch Eigenschaften der Patienten wie das Mitwirken und Wissen über die Behandlung und das Einfordern von Informationen gegeben sein (Bandelow, Eckert & Rüsenberg 2009, S.43). Das Arzt-Patient-Verhältnis wird innerhalb der Änderung der Patientenrechte besonders vorgehoben, um ein Zusammenwirken auf Augenhöhe zu bewirken (Referentenentwurf 2012, S. 12).

Mit der Schaffung eines eigenständigen Gesetzes für Patientenrechte wurden Vorschriften aus unterschiedlichen Rechtsbereichen in ein Gesetz zusammengefasst, um sowohl für Ärzte als auch Patienten Sicherheit und Orientierung im rechtlichen Kontext zu bieten. Wie die Situation vor der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes genau gestaltet war und welche Neuerungen vorliegen, wird in den folgenden Kapiteln beschrieben und verglichen.

3.1 Das Patientenrechtegesetz vor 2013

Das wichtigste Ziel der Patientenrechte war bereits vor der Änderung im Jahr 2013, dass alle Beteiligten an der Behandlung über ihre wichtigsten Rechte informiert sind (Hart & Francke 2003, S. 6-7). Nur mit der Bekanntheit der Rechte und Pflichten als Patient oder Beteiligter an der Behandlung können die Aufgaben zur Erkennung und Heilung von Krankheit und Herstellung und Erhaltung von Gesundheit erfolgreich umgesetzt werden (Hart & Francke 2003, S. 6). Das wesentliche Problem der Situation lag in der unterschiedlichen Verortung der einzelnen Rechte. Diese waren vom Bürgerlichen Gesetzbuch, über die Sozialgesetzbücher, zu Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis hin zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den unterschiedlichen Bereichen geregelt (Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland 2011, S. 236). Die Rechtsprechung hat diese Vorschriften maßgeblich mit geformt.

Die im Jahr 1999 erstellte Charta der Patientenrechte und das darauf folgende Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ aus dem Jahr 2002 beabsichtigten die erwünschte Übersicht zu den Patientenrechten zu bieten (Thole 2013, S. 145). Beiden Dokumenten wurde jedoch nur wenig Aufmerksamkeit geboten und die Diskussion um die Kodifikation der Patientenrechte setzte sich fort (Thole 2013, S. 145).

Es ist bei der Analyse der Patientenrechte zu erkennen, dass nur einzelne der Rechte im Vergleich vor und nach der Änderung in ihrer Detailtiefe abweichen. Schon vor der Änderung 2013 war der Behandlungsvertrag nach § 611 BGB als Dienstvertrag geregelt. Demnach war der Behandelnde verpflichtet sich fachgerecht um die vereinbarte Behandlung zu bemühen. Der Patient oder ggf. die Krankenkasse war zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Bei Nicht- oder Schlechterfüllung dieser vereinbarten Leistung griff die Arzthaftung nach § 280 I, 1 BGB wonach der Arzt zum Schadensersatz wegen Pflichtverletzung herangezogen wurde.

Vor der Behandlung galt es Patienten umfangreich und verständlich aufzuklären, um eine Abwägung der Risiken und des Nutzens des Eingriffes zu ermöglichen (Hart & Francke 2003, S. 8) und die für den Eingriff nötige Einwilligung zu erhalten. Jedoch gab es keine gesetzliche Festlegung der Aufklärungspflicht (Montgomery & Dänzer 2012). Fehlte die Aufklärung wertete die Rechtsprechung die Handlung als ärztliche Eigenmacht und brachte die Haftung durch Verletzung der Aufklärungspflicht mit sich (Schelling 2003, S. 8). Über allgemein bekannte Risiken wie Wundinfektion musste nicht aufgeklärt werden (Hart & Francke 2003, S. 10). Aufklären musste der behandelnde Arzt oder ein Arzt, der

mit der Behandlung vertraut ist. Die Aufklärung durfte nicht an nicht ärztliches Personal übertragen werden.

Bei Behandlungen, dessen Kosten die Patienten selbst tragen mussten, galt die gängige Regelung, dass der Arzt über die Kosten aufzuklären hat (Jaeger 2013, S. 75).

Die Dokumentation hat sich bereits vor der Änderung des Gesetzes aus berufsrechtlichen Gründen der Ärzte in der Art durchgesetzt wie sie derzeit weitergeführt wird (Rehborn 2013, S. 265). In der Dokumentation sollten neben therapeutischen und diagnostischen Schritten und Daten alle Vermerke zu präventiven und nachsorgenden Maßnahmen enthalten sein (Hart & Francke 2003, S. 17). Für die Aufbewahrung der Dokumente gab es Empfehlungen, die eine Verwahrung zwischen 10 bis 30 Jahren vorgaben (Leitfaden zu Aufbewahrungspflichten- und fristen von Dokumenten in Krankenhäusern 2011, S. 3-5).

Das Recht des Patienten der Einsichtnahme in die Patientenakte bestand ebenfalls schon vor der Änderung des Patientenrechtegesetzes. Dieses Recht wurde jedoch oftmals als ein Anliegen gesehen, welches nicht direkt bedient werden muss (Jaeger 2013, S. 137). Bei therapeutischen Bedenken konnte die Einsicht verwehrt werden. Das Verwehren der Einsicht aus therapeutischen Gründen hat auch im PatRG nach 2013 weiterhin Bestand.

Sobald ein Behandlungsfehler oder ein Aufklärungsfehler ersichtlich wurde, hatten beide Parteien, Behandelnder und Patient, die Pflicht ihre jeweilige Perspektive zu schildern (Schelling 2003, S. 13). Der Fehler und dessen Ursächlichkeit mussten jedoch von den Patienten bewiesen werden und dem Arzt die Verursachung nachgewiesen werden (Schelling 2003, S. 14). Für den Fall, in dem der Fehler und die Ursächlichkeit nachgewiesen sind, wurde die Beweislast umgekehrt und die Behandelnden mussten das Gegenteil beweisen (Schelling 2003, S. 14-15).

Die Beschreibung der Situation um die Patientenrechte vor 2013 zeigt, dass ein Großteil in dieser Form für das PatRG nach 2013 übernommen wurde. Prägend für die Patientenrechte vor der Änderung ist die zerstreute Anordnung der Rechte und dass viele Rahmenbedingungen sich aus vertragsärztlichen Pflichten oder der Rechtsprechung ergeben haben.

3.2 Das Patientenrechtegesetz nach 2013

Mit der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Patientenrechte im Jahr 2013 setzte der Bundestag die Beschlüsse der Lesungen vom 29.11.2012 um (Thole 2013, S. 145).

Der Weg zur Kodifikation des Arzthaftungsrechts wurde geebnet (Rehborn 2013, S. 257). Auf diese Weise sollte die Unsicherheit in einem Rechtsbereich aufgehoben werden, der bisher durch Einzelentscheidungen „unüberschaubar und keineswegs widerspruchsfrei“ (Thole 2013, S. 146) wurde. Durch die Einführung des Behandlungsvertrages in das Bürgerliche Gesetzbuch sollte die erhoffte Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und alle Beteiligten an der Behandlung geschaffen werden (Hart 2013, S.159).

3.2.1 § 630 a-b BGB: Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag und anwendbare Vorschriften

Die wesentliche Neuerung betrifft die erstmalige Kodifikation des Behandlungsvertrages in einem Untertitel des Bürgerlichen Gesetzbuches (Referentenentwurf 2012, S. 34 ff.). Durch den Behandlungsvertrag wird weiterhin geregelt, dass der Behandelnde, der die Leistung zugesagt hat, diese auch erbringt. Der Patient hat sich verpflichtet die Kosten nach Vereinbarung zu erstatten, sollte kein Dritter wie die Krankenkasse dazu verpflichtet sein. Die Behandlung ist nach allgemein anerkannten fachlichen Standards durchzuführen. Der Behandlungsvertrag gilt weiterhin als Dienstvertrag nach dem kein Arbeitsverhältnis im Sinne eines Werkvertrages besteht. Der Behandelnde hat sich demnach nur zu Erbringung der Behandlung verpflichtet, nicht aber zum Behandlungserfolg (Jaeger 2013, S. 37). Es wird nicht ausschließlich von Ärzten gesprochen, da auch berufsverwandte Gruppen wie Heilpraktiker, Hebammen, Entbindungspfleger und Masseur eingeschlossen sind (Thole 2013, S. 146).

3.2.2 § c BGB: Mitwirkung der Vertragsparteien und Informationspflichten

Dieser Gesetzesabschnitt fordert unter dem Gesichtspunkt der Mitwirkung Behandelnde und Patienten dazu auf während der Behandlung zusammenzuarbeiten. Des Weiteren ist festgehalten, dass der Behandelnde den Patienten zu Beginn und wenn nötig während der Behandlung über bedeutsame Umstände zu informieren hat. Dazu gehören vor allem die Diagnose, die gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die dafür und darauffolgenden notwendigen Maßnahmen.

Der Behandelnde ist verpflichtet den Patienten in Textform über die voraussichtlichen Behandlungskosten zu informieren, sollte eine Kostenübernahme durch Dritte nicht gesichert sein oder sollte es Anzeichen für eine nicht geklärte Kostenübernahme geben. Besteht die begründete Annahme eines Behandlungsfehlers hat der Behandelnde auf Nachfrage des Patienten, diesen darüber zu informieren. Bei besonderer Dringlichkeit der Behandlung oder dem Verzicht des Patienten auf die Informationen entfällt die Informationspflicht.

3.2.3 § 630 d BGB: Einwilligung

Vor dem medizinischen Eingriff ist durch den Behandelnden die Einwilligung des Patienten einzuholen. Hierbei ist der Bezug zum Grundgesetz Artikel 2 Absatz 2 dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu nehmen. Ohne die Einwilligung wird dieses Gesetz verletzt und der Tatbestand der Körperverletzung liegt vor (Kubella 2011, S. 206).

Kann der Patient nicht selbst einwilligen, ist die Einwilligung bei einem Berechtigten einzuholen oder nach Angaben einer möglichen Patientenverfügung zu handeln. Ist die medizinische Behandlung von dringender Notwendigkeit, kann ohne die Einwilligung und nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten gehandelt werden. Die Einwilligung setzt die korrekte Aufklärung nach § 630 e BGB voraus. Ohne die Aufklärung ist die Einwilligung unwirksam.

3.2.4 § 630 e BGB: Aufklärungspflichten

Behandelnde sind dazu verpflichtet vor der Einwilligung der Patienten diese über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie“ (Bürgerliches Gesetzbuch 2014, S. 151-153) aufzuklären. Zudem ist über mögliche Behandlungsalternativen zu informieren. Grundsätzlich muss die Aufklärung mündlich und für den Patienten verständlich durchgeführt werden. Eine rechtzeitige Aufklärung ist für die Entscheidungsfindung zur Einwilligung des Patienten notwendig.

Unterzeichnete Dokumente, auf die in der Aufklärung Bezug genommen wurde, sind dem Patienten in Form von Durchschriften auszuhändigen. Die Aufklärung kann in Fällen mit besonderer Dringlichkeit entfallen oder auf Wunsch des Patienten kann verzichtet werden.

3.2.5 § 630 f-g BGB: Dokumentation der Behandlung und Einsichtnahme in die Patientenakte

Der Behandelnde ist verpflichtet unmittelbar zur Behandlung eines Patienten eine Akte in Papierform oder elektronisch anzulegen in der alle wichtigen Angaben zur Behandlung und für zukünftige Maßnahmen enthalten sind. Korrekturen sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt weiter erkennbar bleibt. Die Patientenakte muss für 10 Jahre aufbewahrt werden.

Auf Nachfrage des Patienten ist die Patientenakte unverzüglich auszuhändigen, sollten dem keine therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Für mögliche Kopien muss der Patient die Kosten tragen. Im Todesfall des Patienten stehen den Erben die Einsichtsrechte zu, wenn keine anderen Regelungen durch den Patienten getroffen wurden.

3.2.6 § 630 h BGB: Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

Die Fehlervermutung besteht, wenn sich ein voll beherrschbares Risiko verwirklicht hat und der Patient dadurch geschädigt wurde. Darauf folgend muss der Behandelnde die Einwilligung und Aufklärung des Patienten nachweisen.

Sollten Maßnahmen der Behandlung nicht in der Patientenakte vermerkt sein oder die Akte nicht den Vorgaben entsprechend aufbewahrt sein, wird das Versäumnis der Maßnahme und somit der Verstoß gegen die Dokumentationspflicht vermutet. War der Behandelnde nicht für die Durchführung der Behandlung geeignet, wird die fehlende Eignung als Ursache für die Schädigung des Patienten gesehen. Im Falle eines groben Behandlungsfehlers wird dieser als Ursache für die Schädigung vermutet.

3.3 Änderungen im Sozialgesetzbuch V

Im SGB V wurden ebenfalls einige neue Regelungen aufgenommen und Ergänzungen eingefügt. Für gesetzliche Krankenversicherungen besteht nun die Verpflichtung der Einhaltung vorgegebener Fristen zwischen drei bzw. sechs Wochen zur Bearbeitung von Leistungsanträgen. Zudem wird das Verfahren von Gutachten zu den Anträgen geregelt.

Des Weiteren wird die freiwillige Teilnahme von Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung mit Verfahren zur Teilnahmeerklärung und zum Widerrufsrecht detailliert beschrieben.

Landesbehörden und Selbsthilfe, die sich für die Interessen von Patienten einsetzen, wurden deutlicher positioniert. Weitere Ergänzungen betreffen Vorschriften für Eigeneinrichtungen der Krankenkassen und der Beteiligung der Interessenvertretung von Patienten. Zudem wurde die Nationale Kontaktstelle mit ihren Aufgaben im Einsatz für Patientenrechte und Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen in das SGB V aufgenommen.

In § 135 SGB V wurde die Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Beschwerdemanagements ergänzt und auch der Umgang mit Angaben aus

Fehlermeldungen wird darin geregelt. Diese Daten dürfen nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden, es sei denn eine Straftat wird verfolgt, die mit einem Höchstmaß von mehr als fünf Jahren Haft bestraft wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach § 137 SGB V die Richtlinien für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu bestimmen und Mindeststandards für Risiko- und Fehlermanagement festzulegen. Vergütungszuschläge für dessen Umsetzungen sind auf Basis der Änderung §17 Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vereinbaren.

Für diese Bachelorarbeit von zentraler Bedeutung sind die Ergänzungen zum Risiko- und Fehlermanagement, als auch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und das Beschwerdemanagement. Die Analyse dieser Managementsysteme soll zeigen welche Vor- und Nachteile sich daraus für die Qualität der medizinischen Behandlung ergeben. Aus zeitlich limitierenden Gründen und der Einschränkung des Umfangs der Arbeit werden die zuvor erwähnten Änderungen im SGB V untergeordnet.

3.4 Vergleich der Situationen vor und nach der Gesetzesänderung

Der Vergleich der Situationen des Patientenrechtegesetzes vor und nach der Änderung zeigt, dass insgesamt nur wenige Neuerungen vorgenommen wurden. Eine Vielzahl der vermeintlich neuen Regelungen sind Detailregelungen, die auf bestehenden Rechten aufbauen.

Der Behandlungsvertrag besteht weiterhin als Dienstvertrag. Die Kodifikation des Vertrages ist die wesentliche Neuerung. Die dazu ergänzende Arzthaftung nach dem Schuldrechtmodernisierungsgesetzes bleibt ebenfalls wie vor dem PatRG 2013 bestehen. Ebenso bleibt die Einwilligung zwingende Voraussetzung für die Behandlung und ist weiterhin vertragsärztliche Pflicht.

Auch das Recht auf Einsichtnahme wurde nur durch eine Ergänzung verändert, die die unverzügliche Gewährung der Einsicht in die Akte betrifft. Für das Qualitätsmanagement besteht die Änderung darin, dass neben der zusätzlichen Verpflichtung zur Einführung eines Beschwerdemanagements, die grundsätzlichen Richtlinien für das Risiko- und Fehlermanagement durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) bestimmt wurden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Gesetzesabschnitte auf in denen über die Kodifikation des bestehenden Rechtes hinaus Detailregelungen getroffen wurden.

	Patientenrechte vor der Änderung 2013	Patientenrechte nach Einführung des PatRG 2013
Informationspflichten	Im persönlichen Gespräch Information über Diagnose, Maßnahmen und Nutzen und Risiken, Alternativen zur Behandlung, Vor- und Nachsorge bereitzustellen (Hart, Francke 2003, S.8)	Neu: -Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler muss Behandelnder auf Nachfrage des Patienten darüber informieren (Bürgerliches Gesetzbuch und Einführungsrecht 2014, S, 151) -Explizite genannte Verpflichtung zur Mitwirkung beider Vertragsparteien an der Behandlung
Wirtschaftliche Informationen	-Wirtschaftliche Aufklärung bei Eingriffen, die die Krankenversicherung nicht übernimmt	Neu: In Textform über Übernahme der Behandlungskosten informieren (Jaeger 2013, S. 74-75)
Aufklärungspflichten	Berufs- und vertragsrechtliche Verpflichtung zur angemessenen Aufklärung von Patienten (Schelling 2003, S. 8)	Neu: -mündlich, rechtzeitig und verständlich -ergänzende Aufklärungen müssen schriftlich fixiert und in Patientenakte hinterlegt werden (Jaeger 2013, S.109-110) Patienten erhalten jeweilige Durchschrift ➤ Gesetz hält Zusammenhang zwischen Einwilligung und Aufklärung fest (Jaeger 2013, S. 94)
Dokumentation	Führung einer Patientenakte als vertragliche und berufsrechtliche Pflicht (Rehborn 2013, S. 265)	Neu: -Im unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung zur erstellen -Papierform oder elektronisch -Berichtigungen oder Änderungen nur zulässig, wenn ursprünglicher Inhalt erkennbar bleibt -Aufbewahrung für 10 Jahren -Fehlende oder lückenhafte Dokumentation wird als nicht stattgefunden Handlung/Behandlung gesehen und somit Behandlungsfehler
Beweislast und Behandlungsfehler	Patienten als auch Behandelnde müssen jeweiligen Standpunkt darlegen und beweisen (Schelling 2003, S. 13)	Neu: Beschreibung expliziter Fallkonstellationen 1. Nachweis der Einwilligung und

		<p>Aufklärung</p> <p>2. Fehler in Dokumentation</p> <p>3. Fachliche Eignung des Behandelnden</p> <p>4. Grober Behandlungsfehler</p>
Beschwerde- management	Freiwillige Einführung innerhalb des Qualitätsmanagements	Neu: § 135 a Abs. 2 Nr. 2 ergänzend die Verpflichtung zur Durchführung eines einrichtungsinternen Beschwerdemanagement im Rahmen des QM
Risiko- und Fehlermanagement	Innerhalb des Qualitätsmanagements schon seit längerer Zeit Fehlermeldesysteme und Risikomanagement enthalten (Jaeger 2013, S. 47-48)	Neu: -Daten aus Meldungen dürfen nicht zum Nachteil des Meldenden genutzt werden -finanzielle Vergütungszuschläge nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG

Tabelle 1: Vergleich der Patientenrechte vor und nach 2013 für die zusätzlich Detailregelungen getroffen wurden (eigene Darstellung)

4. Qualität der medizinischen Behandlung

Ein hohes Niveau an Qualität für Leistungen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zu bieten, ist unter der Berücksichtigung der Finanzierbarkeit und der Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten eine große Herausforderung.

Medizinische Behandlungen liegen in einer Vielzahl mit unterschiedlichen Herangehensweisen vor und haben dementsprechend auch unterschiedliche Risiken und Nutzen. Durch ein größeres Informationsangebot nehmen Patienten sowohl Eingriffe als auch ihren gesundheitlichen Verlauf aufmerksam und mit kritischem Hinterfragen wahr. Die Patienten wollen nicht nur an den Entscheidungen beteiligt werden, sondern auch über Alternativen im Rahmen der Behandlung informiert werden (Mehmet 2011, S. 2). Über diese Beteiligung der Patienten hinaus ist es zukünftig von großer Bedeutung Patienten als wesentlichen Faktor zur Beurteilung der Qualität der Leistungen des Gesundheitssystems zu sehen (Mehmet 2011, S. 2).

Innerhalb der medizinischen Behandlung steht der Patient im Mittelpunkt (Ose 2011, S. 35). Sowohl der Patient, als auch alle beteiligten Akteure des Gesundheitssystems erwarten, dass die Behandlung „ausreichend, zweckmäßig und auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse basiert“ (Bandelow, Eckert & Rüsenberg 2009, S. 38). Durch die Behandlung wird nicht nur versucht die individuelle Lebensqualität wieder zu erhöhen oder herzustellen, sondern die Chance auf Leben und eine Verlängerung dieses Lebens ermöglicht (Bandelow, Eckert & Rüsenberg 2009, S. 35). „Gute Qualität kann Menschenleben retten, Qualitätsmängel können im schlimmsten Fall Menschenleben kosten.“ (Bandelow, Eckert & Rüsenberg 2009, S. 37)

In den folgenden zwei Kapiteln werden sowohl die Bedeutung als auch Kriterien von Qualität näher beleuchtet. Und welche Rolle Qualität innerhalb der medizinischen Behandlung hat.

4.1 Die Bedeutung von Qualität

Um ein genaueres Verständnis für den Begriff Qualität zu bekommen und bei der Analyse der Einflussmöglichkeiten durch das PartRG Einzelheiten nachvollziehen zu können, wird im folgenden mit Definitionen von Qualität und der Verortung von Qualitätskriterien Orientierung geschaffen.

Die im deutschen positiv behaftete Verwendung des Wortes Qualität wird mit einer sehr guten Produktgüte, sowohl materiell als auch immateriell, verbunden (Hahne 2011, S. 43). In der DIN EN ISO 9000:2005 wird der Begriff Qualität definiert als „Grad, in dem ein Satz

inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (Hahne 2011, S. 43). Diese allgemeine Definition von Qualität muss besonders für Dienstleistungen angepasst werden. Gerade im Gesundheitssektor sind viele Prozesse und Ergebnisse von individuellen Reaktionen beispielsweise des Körpers oder des subjektiven Empfindens abhängig. Diese Konkretisierung von „Qualität“ für Dienstleistungen wird nach *Donabedian* in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen (Donabedian 1980). Die Strukturqualität beurteilt technische und personelle Kriterien, die Prozessqualität hinterfragt wie Arbeitsabläufe gestaltet sind (Hahne 2011, S. 42). Bei der Ergebnisqualität wird das letztlich erbrachte Ergebnis betrachtet. Die Struktur- und Prozessqualität führen je nach Güte den Grad der Ergebnisqualität herbei (Hahne 2011, S. 42-43).

Häufig liegt das Hauptaugenmerk auf der Ergebnisqualität, weil für Patienten das letztliche Ergebnis der Behandlung von großer Bedeutung ist. Für die Beurteilung der Ergebnisse werden Einheiten wie die Mortalität, Morbidität und Lebensqualität gemessen (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 79). Demnach kann nachvollzogen werden, ob das Leben des Patienten erhalten wurde, wie der Status der Erkrankung oder mögliche Folgeerkrankungen sind, und ob ein Zugewinn der Lebensqualität für den Patienten eingetreten ist. Durch die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kann für die Qualität der gesamten medizinischen Behandlung ein umfassendes Urteil geboten werden. Darum wurde die umfassende Betrachtung nach *Donabedian* herangezogen.

In der folgenden Abbildung werden drei weitere Komponenten gezeigt, die die Qualitätsanforderungen mitgestalten können. Dabei ist der Kunde innerhalb dieser Arbeit als Patient zu sehen. Und das Unternehmen kann ein Krankenhaus, eine Arztpraxis oder eine ähnliche therapeutische Einrichtung sein.



Abbildung 1:
Ansatzpunkte für die
Definition der
Dienstleistungsqualität
(Bruhn 2008, S. 36-37)

Die Anforderungen aus Patientensicht sollten für das Unternehmen von höchster Priorität sein. Die Erwartungen der Patienten ergeben sich aus der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Bruhn 2008, S. 58). Mögliche Einflussgrößen auf diese Erwartungshaltung sind die individuellen Erwartungen und Ansprüche in Situationen mit besonderen Umständen wie einer Erkrankung.

Die Komponente des Wettbewerbes rückt die Konkurrenzsituation zu anderen Krankenhäusern, Arztpraxen oder ähnlichen Einrichtungen in den Fokus. Die jeweilige Einrichtung strebt danach sich Vorteile beispielsweise durch fachliche Spezialisierung gegenüber anderen Anbietern zu verschaffen (Bruhn 2008, S. 37). Ziel ist es „deren realisiertes Qualitätsniveau als die Mindestqualität der eigenen Dienstleistungen zu fixieren“ (Bruhn 2008, S. 37) und einen weiteren Vorteil durch zusätzliche Anpassungen zu erreichen.

Die abschließende Komponente des Unternehmens zeigt welche Bedeutung dem Thema Qualität innerhalb des Krankenhauses geschenkt wird. Dazu zählen welche Maßnahmen und was für ein Engagement für ein bestimmtes Qualitätsniveau geleistet werden (Bruhn 2008, S.37).

Durch die Abbildung wird verdeutlicht, dass Qualität sich in einem Spannungsfeld befindet, das von vielfältigen Komponenten beeinflusst wird (Bruhn 2008, S. 57-58). Es wird aber auch erkennbar, dass Qualität schwer greifbar zu machen ist und von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst wird.

4.2 Merkmale der medizinische Behandlung

„Primum non nocere“, bedeutet, dass zuerst einmal nicht geschadet wird (Klauber et al. 2014, S. 183-184). Dieses Prinzip des ärztlichen Vorgehens zielt darauf ab, dass der Patient unbeschadet, mit der optimalen Behandlung versorgt wird, ohne dass Fehler passieren (Klauber et al. 2014, S. 183).

Daher wurde das Gesundheitssystem in Deutschland entwickelt, um „eine möglichst gute medizinische Versorgung kranker Menschen einschließlich der Krankheitsvorbeugung bei Gesunden“ zu gewährleisten (Kray, Koch & Samicki 2013, S. 79).

Die medizinische Behandlung hat außerdem nach allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen. Diese Vorgabe entspringt dem Gesetz zur Stärkung der Rechte von Patienten, war jedoch auch vorher gängige Praxis (Jaeger 2013, S. 24). Innerhalb dieser Standards und Leitlinien können die Patienten mit dem Arzt andere Vereinbarungen treffen, die alternative Behandlungsmethoden oder Neulandmethoden

betreffen (Rehborn 2013, S. 259). An dieser Stelle wird deutlich, dass rechtliche Bedingungen in der Medizin wichtig für die Umrahmung des Handlungsspielraumes sind.

Um die medizinische Behandlung und dessen Qualität bewerten zu können, werden unterschiedliche Messgrößen herangezogen. Wie schon im Kapitel zur Bedeutung von Qualität angedeutet, haben die Faktoren Morbidität, Mortalität und Lebensqualität einen großen Stellenwert in der Qualitätssicherung (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 79-80). Die drei Faktoren ermöglichen die Bewertung der Ergebnisse der medizinischen Behandlung und weisen auf die Optimierungsbedarfe hin. Die Qualitätssicherung wird neben den drei genannten Faktoren maßgeblich durch die Betrachtung von Indikationen, Eingriffsoptionen und bspw. Eingriffszeiten geprägt (Klauber et al. 2014, S. 185-190).

Neben der Betrachtung der Details des medizinischen Eingriffs ist das Arzt-Patienten-Verhältnis für den Erfolg der Behandlung von großer Bedeutung. Zu einem sind in der Medizin alle beteiligten Professionen auf die Arbeitsteilung angewiesen, aber auch in der Beziehung zwischen Arzt und Patient müssen beide mitarbeiten (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 72-73). „Der Weg zur Heilung und Linderung ist zumeist ein zwingend kooperativer“ (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 72). Wie sich gezeigt hat, greift das PatRG die Beziehung zwischen Arzt und Patient unter § 630 c in der Mitwirkung beider Parteien auf. Damit sollen auch für diese komplexe Beziehung die rechtlichen Bedingungen abgesteckt werden.

Zudem sehen sich viele Patienten nicht mehr ausschließlich in der passiven Rolle des Leistungsempfängers, sondern viel mehr als nachfragende Kunden (Fischer & Sibbel 2011, S. 187). Die Tendenz geht zum „mündigen informierten Patienten“ (Jorzig & Uphoff 2012, S. 97-98). Jemand der nach seinen Bedürfnissen die nötige Leistung zur Genesung auswählt und beansprucht. Besonders dieser Wandel zum mündigen Patienten ist eine Grundabsicht des PatRG, um Patienten und Behandelnde auf Augenhöhe zu bringen (Referentenentwurf 2012, S, 12).

Sowohl das Kapitel zur Bedeutung von Qualität im gesundheitssystematischen Kontext als auch die medizinische Behandlung deuten darauf hin, dass sie kaum noch unabhängig voneinander sind. Es ist eine zunehmend starke Verbindung zwischen der Qualität und der medizinischen Behandlung zu erkennen. Das PatRG stellt dabei nicht nur einige Rahmenbedingungen für die Behandlungen auf, sondern kann als ein weiterer Einfluss im Spannungsfeld um Qualitätsanforderungen gesehen werden.

5. Beschreibung und Analyse der einzelnen Gesetzesabschnitte des PatRG von 2013 zur möglichen Steigerung der Qualität der medizinischen Behandlung

Das Patientenrechtegesetz mit den ursprünglichen Absichten Transparenz und Rechtssicherheit zu schaffen, wird im folgenden Kapitel in Bezug auf den Einfluss auf die Qualität der medizinischen Behandlung beschrieben und analysiert. Es soll verdeutlicht werden welche Möglichkeiten die Änderung des Patientenrechtegesetzes für Ärzte, Patienten, Krankenhäuser und für die Qualität bietet.

Die in § 630a Absatz 2 BGB gegebene Vorschrift geht auf die Behandlung nach bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards, soweit nicht anders vereinbart, ein. Die Festlegung der Behandlung nach Standards ist eine gesetzliche Vorschrift. Die Behandlungsstandards oder auch Facharztstandards werden jedoch von der jeweiligen Profession bestimmt bzw. anerkannt (Rehborn 2013, S.259). Somit wirkt die Gesetzgebung zwar zur Regulierung des Vorgehens, nach welchen medizinischen Standards jedoch vorgegangen wird, bestimmt die jeweils zuständige Profession der Ärzteschaft selbst.

Die Behandlung nach Standards ermöglicht es zu einem Ärzten nach eindeutig geregelten und einheitlichen Vorgaben ihres jeweiligen Fachbereiches zu arbeiten. Es werden „Vergleichbarkeit, Kontinuität und vor allem die Reflexion individueller ärztlicher Ergebnisqualität“ (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 34) ermöglicht. Die allgemeine Anerkennung der Standards setzt voraus, dass sich innerhalb der Bewertung der Standards eine gewisse Sicherheit des Wissens um die Qualität der Behandlung ergeben hat (Hart 2013, S. 160). Die Behandlungsstandards bieten dadurch nicht nur die Möglichkeit und vertragliche Verpflichtung der Ärzte für einheitliches Vorgehen bei Patienten, sondern bei optimaler Umsetzung der Standards das Einhalten eines gewissen Qualitätsniveaus.

Für Patienten wird sichergestellt, dass sie nach fachlichen Vorgaben auf einem sich daraus ergebenden Qualitätsniveau behandelt werden. Zudem wird mit der Anmerkung in § 630 e Abs. 1 Satz 2 BGB „...ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen“ auf die Ausweichmöglichkeit auf Alternativen oder Neulandmethoden angesprochen. Patienten stehen dadurch die Möglichkeiten zur Verfügung zwischen unterschiedlichen Behandlungsmethoden abzuwägen. Im Austausch mit Ärzten und dem Vergleich zwischen Risiken und Nutzen kann schließlich die bestmögliche Behandlung ausgewählt werden. Diese Beteiligung kann für Patienten eine Steigerung der Zufriedenheit mit der Behandlung darstellen, da sich der Patient mit seinen Präferenzen und Werten am Eingriff in seine eigene Gesundheit einbringen kann (Mehmet 2011. S. 2).

Zwar obliegt es dem Behandelnden nach dem Grundsatz der Therapiefreiheit die Behandlungsmethode frei zu wählen (Referentenentwurf 2012, S. 29), jedoch ist durch die gesetzliche Regelung das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu berücksichtigen. Auf diese Weise kann eine Stärkung dieses Rechts und somit der Beteiligung der Patienten am Behandlungsgeschehen und der Methodenauswahl bewirkt werden. Eine grundsätzliche Voraussetzung muss jedoch immer sein, dass sowohl Ärzte als auch Patienten diesen rechtlichen Hintergrund beachten und umsetzen.

Ebenfalls für Verwirrung sorgt das Gesetz in puncto Festlegung der Standards. Aus dem Patientenrechtegesetz geht nicht hervor was als Standard angesehen wird und wer diesen festlegt (Rehborn 2013, S, 259). Bisheriges Arztrecht und die Rechtsprechung bezogen sich auf den Stand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung worauf sich auch nach der Änderung des Gesetzes weiterhin berufen wird (Rehborn 2013, S. 259). Diese etwas undeutliche Situation der erschwerten Nachvollziehbarkeit sorgt vor allem für Probleme im Arzthaftungsgeschehen. Es muss im jeweiligen Haftungsfall rekonstruiert werden nach welchen Standards behandelt wurde und ob sie dem damaligen Stand der Wissenschaft entsprochen haben. Auf Grund der regelmäßigen Überarbeitung medizinischer Standards und Vorgehensweisen entsteht eine Schwierigkeit in der Rekonstruktion um Standards der Vergangenheit.

Eine Steigerung der Qualität der medizinischen Behandlung ist bei der Betrachtung der Standards fragwürdig. Die Behandlungsstandards sind meist darauf ausgerichtet für die jeweilige Krankheit die vorliegenden Maßnahmen und Technologien nach standardisiertem Vorgehen zu nutzen, um ein möglichst positives Ergebnis für die Patienten zu erreichen. Darüber hinaus ist das individuelle ärztliche Handeln nach dem Prinzip ausgerichtet, dass nach bestmöglichem Wissen und Gewissen behandelt wird (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 72). Eine Steigerung über das Bestmögliche scheint kaum zu realisieren.

Ein weiterer Einflussfaktor für die Qualität der Behandlung ist die Arzt-Patient-Beziehung. Im Rahmen dieser Beziehung werden Gesundheitsdienstleistungen erbracht, die personenbezogen sind und nicht mit anderen Dienstleistungen gleichgesetzt werden können (Mehmet 2011, S. 5). Der persönliche Kontakt innerhalb dieser komplexen Beziehung ist von zentraler Bedeutung. Darüber wird, wie in der Abbildung 2 schematisch dargestellt, die individuelle Einbeziehung der Patienten in die Behandlung ermöglicht. Die Patientenrechte geben dafür den rechtlichen Rahmen indem der Umgang mit Selbstbestimmung, Informations- und Einsichtsrechten und zur Teilhabe der Patienten geregelt wird (Ose 2010, S. 41). Die Abbildung verdeutlicht, dass die Arzt-Patient-

Beziehung sowohl durch individuelle Ansprüche der Patienten als auch durch rechtliche Vorschriften stark beeinflusst wird.

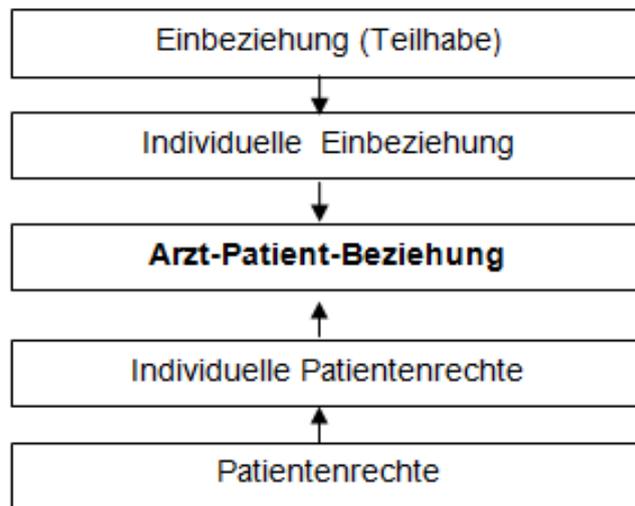


Abbildung 2: Schematische Darstellung der rechtlichen und individuellen Einbeziehung von Patienten in Anlehnung an Ose (2011)

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist darüber hinaus durch ungleiche Positionen zum Beispiel im Hinblick auf den Informationsstand geprägt (Mehmet 2013, S. 8). Im Fokus der Arzt-Patient-Beziehung steht die viel umschriebene Informationsasymmetrie. „Oftmals im Leben weiß jemand mehr über eine Sachlage als ein anderer.“ (Mankiw & Taylor 2012, S. 574). In diesem Fall weiß der Arzt mehr über medizinische Details, Risiken und andere Faktoren der Behandlung als der Patient. Während der Behandlung gibt es für Ärzte die Möglichkeit einige Informationen nicht offen darzulegen. Das kann bei besonderen medizinischen Umständen und für den Verlauf der Behandlung für Patienten von Vorteil und zum Schutz der Patienten sein. Jedoch wird sich im Fall des Behandlungsfehlers zeigen, dass die Informationsasymmetrie zu Gunsten der Ärzte besteht.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Rechte von Patienten soll nach § 630 c Abs. 1 BGB ein Zusammenwirken von Patient und Behandelndem bei der Durchführung der Behandlung herbeigeführt werden (Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages 2013, S. 2). Damit soll eine Weiterentwicklung des Arzt-Patient-Verhältnisses bewirkt werden und die Behandlung auf Augenhöhe erzielt werden (Rehborn 2013, S. 260). Indes befindet sich das Bild des passiven Patienten als Leistungsempfänger im Wandel zu einem Informationsfordernden und nachfragendem Kunden, der nach seinen individuellen Ansprüchen Leistungen auswählt (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 190).

Die Informationssuche der Patienten und der Gesellschaft im Allgemeinen hat in Bezug auf gesundheitliche Themen stark zugenommen (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 190).

Dabei wird häufig das Internet genutzt (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 190). Eine weitere Quelle zu dessen Veröffentlichung Krankenhäuser gesetzlich nach § 137 SGB V verpflichtet sind, ist der Qualitätsbericht. Dieses Medium bietet Patienten die Möglichkeit sich konkret zu informieren.

Patienten ist es anhand des Qualitätsberichtes möglich Anbieter selbstständig nach Leistungs- und Qualitätskriterien auszuwählen. Auf diese Weise wird ein wichtiger Anstoß zum Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt gegeben (Gaydoul 2013, S. 2). Langfristig wird neben der Transparenz für Patienten, die Effizienz und Kostensenkung angeregt, aber vor allem eine Steigerung der Qualität auf Seiten der Leistungsanbieter beabsichtigt (Gaydoul 2013, S. 2). Der souveräne und mündige Patient hat die Möglichkeit unabhängig seine individuelle Leistung bzw. den dafür passenden Anbieter auszuwählen.

Für Krankenhäuser und deren zuständige Ärzte folgt daraus Rechenschaft über ihre Leistungen und dessen Qualität abzuliefern (Gaydoul 2013, S. 2). Der Qualitätsbericht bedeutet erst einmal, dass großer Aufwand für die Darstellung der Leistungen des Krankenhauses betrieben werden muss. Es ergibt sich aber auch die Chance die mit einem hohen Maß an Qualität angebotenen Leistungen eine Vielzahl der Patienten für sich zu gewinnen. Zum einen kann das Informationsmedium Qualitätsbericht für Krankenhäuser und dessen Ärzte als Marketinginstrument im Wettbewerb dienen, zum anderen für einen Wettbewerbsvorteil bei guten Leistungs- und Qualitätsdaten stehen (Gaydoul 2013, S. 1-3). Langfristig besteht die Möglichkeit eine Qualitätssteigerung der Behandlung zu erreichen, wenn die gesetzliche Vorschrift weniger als Last gesehen wird und die Chance genutzt wird mit den Instrumenten des Qualitätsmanagements zu lernen und zu verbessern.

Während der Behandlung haben Patienten Anspruch auf weitere Informationen. Diese beziehen sich nun nicht mehr auf Leistungs- und Qualitätsdaten wie im Qualitätsbericht, dafür auf wesentliche Fakten rund um die Behandlung. Die in § 630 c Abs. 2-4 angesprochene Informationspflicht wird durch § 630 e zur Aufklärungspflicht ergänzt. Beide Abschnitte des Gesetzestextes sind für Ärzte eine gesetzliche Verpflichtung zur umfangreichen Information der Patienten. Sobald dieser Pflicht in verständlicher und ausreichender Weise nachgekommen wurde, kann das für Patienten Unsicherheiten reduzieren. Zum einen werden Patienten am Behandlungsgeschehen beteiligt, zum anderen kann durch Information und Aufklärung die Patientensicherheit gewahrt werden. Risiken, Folgen, Erfolgsaussichten aber auch Kosten werden aufgeführt und können die bestrebte Transparenz der Behandlung ermöglichen.

Eine weitere Herausforderung für das Arzt-Patienten-Verhältnis und womöglich für die Qualität der Behandlung ist, dass nur auf Nachfrage durch den Patienten Behandlungsfehler mit dem entsprechenden Behandelnden besprochen werden (Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages 2013, S. 4). Die anfangs beschriebene Informationsasymmetrie kommt hier zu Gunsten der Ärzte zu tragen. Für Ärzte besteht die Gelegenheit mögliche Fehler, bei denen die Nachfrage der Patienten fehlt, im Sinne der ungleichen Verteilung der Informationen und rechtlich korrekt nach § 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB für sich zu behalten. Die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, mit umfangreicher Kommunikation als Grundlage, wird damit in Frage gestellt. Zudem bleiben nicht hinterfragte Behandlungsfehler vermutlich unbeachtet. Patienten können beeinträchtigt sein und bleiben entgegen ihren hoffnungsvollen Erwartungen zur Genesung zurück. § 630 c Abs. 2 Satz 2 ist in Teilen eher als Dyanreiz zur Aufklärung von Fehlern zu deuten.

Ein weiterer Faktor für die Qualität der Behandlung kann das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sein zu dem auch der bereits beschriebene Qualitätsbericht zählt. QM wird als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“ definiert (Hahne 2011, S. 53). Die gesetzliche Verpflichtung nach § 135 a SGB V schließt Aufgabenbereiche der Prozessorientierung- und optimierung, Fehlervermeidung, aber auch patienten- und mitarbeiterorientierte Aufgaben, sowie Führungsaufgaben ein (Hahne 2011, S. 53-54).

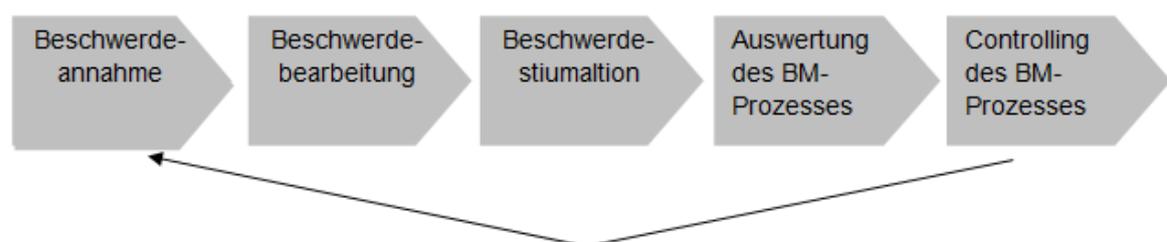
Ähnlich wie bei den medizinischen Standards sind die Krankenhäuser bzw. Leistungsanbieter zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems gesetzlich verpflichtet. Über diese grundsätzliche Verpflichtung hinaus bietet QM Methoden für alltägliche Prozesse, den Umgang mit Patienten und Mitarbeitern, aber auch für das Marketing. Prozessmanagement zielt im Sinne der Wertschöpfung von Patienten, Mitarbeitern, Unternehmen und Gesellschaft drauf ab, Prozesse auszuführen und zu verbessern (Hahne 2011, S. 209). Diese werden durch das QM in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Mitarbeitern genauestens und für jeden nachvollziehbar beschrieben, und hinsichtlich Effektivität, Effizienz, Kontrollierbarkeit und Anpassungsfähigkeit optimiert (Hahne 2011, S. 209-210). Die erfolgreiche Umsetzung des QM kann für Mitarbeiter ein genaueres Verständnis für Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten innerhalb der Prozesse bedeuten. Die Prozessoptimierungen können durch effizientere Arbeitsgestaltung nicht nur finanzielle Einsparungen für den Krankenhausbetreiber bedeuten, sondern auch durch Effektivität Arbeitsentlastungen für die Mitarbeiter bringen.

Darüber hinaus können Leistungsanbieter sich ihr Qualitätsmanagement und die damit verbundene Arbeit an Prozessen, Führung und Mitarbeiter- und Patientenorientierung

nach unterschiedlichen Verfahren zertifizieren lassen. Die Zertifizierung bringt für Krankenhäuser vor allem die offizielle Anerkennung des ständigen Verbesserungsprozesses und der Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems. Demnach wird durch die Zertifizierung öffentlich wirksam, dass ein Krankenhaus auf einem gewissen Qualitätsniveau arbeitet und sich in allen Bereichen einem ständigen Verbesserungsprozess unterzieht. Zertifizierungen können im Wettbewerb mit anderen Leistungsanbietern als eine Option für einen Wettbewerbsvorteil gesehen werden. Die Implementierung eines Qualitätsmanagements und die Qualität der Arbeit einer Klinik werden von Unabhängigen Gutachtern überprüft, bei Bestehen der Zertifizierung offiziell anerkannt und für jedermann als Art Gütesiegel sichtbar (Bruhn 2008, S. 423- 424). Für Patienten bedeutet es, dass Unsicherheiten bezüglich der „Immaterialität der Dienstleistungen“ (Bruhn 2008, S. 423) abgebaut werden können und Vertrauen in die Qualität der Arbeit des Krankenhauses aufgebaut werden kann. Insgesamt bietet das Qualitätsmanagement mit der Vielzahl an Aufgaben und dem Fokus der Erhaltung und Verbesserung der Qualität des gesamten Krankenhausalltages eine gute Ausgangslage, um auch die Qualität der medizinischen Behandlung zu steigern. Die ständige Verbesserung und der Umgang mit Fehlern kann das Vorgehen bei Behandlungen optimieren.

Das Leistungsspektrum des Qualitätsmanagement wurde mit der Änderung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 um die Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements erweitert. Damit ist ein Instrument zum Umgang mit den persönlichen Bedürfnissen der Patienten implementiert, dass es zusätzlich den Leistungsanbietern ermöglicht aus individuellen Beschwerden zu lernen und Verbesserungen vorzunehmen.

Die folgende schematische Darstellung zeigt den Verlauf der Bearbeitung einer Beschwerde oder eines Vorschlages von der Annahme über die Stimulation bis zum ständigen Controlling Beschwerdeprozesses.



Stetige Verbesserung zur Sicherstellung eines erfolgreichen Beschwerdemanagements

Abbildung 3: Vereinfachte schematische Darstellung der Beschwerdebearbeitung in Anlehnung an Ratajczak (Ratajczak 2010, S. 43).

Für den Leistungsanbieter besteht die Gelegenheit mit Hilfe der Führung eines Beschwerdemanagements die Zufriedenheit der Patienten wiederherzustellen und eine Abwanderung des jeweiligen Patienten zu vermeiden (Wesselmann & Hohn 2012, S. 242-243). Durch die Stimulierung von Beschwerden können sich Leistungsanbieter Patienten erhalten und gleichzeitig bei erfolgreicher Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Anbietern erarbeiten (Wesselmann & Hohn 2012, S. 242). Durch das Beschwerdemanagement besteht die Möglichkeit Einflussfaktoren auf die Qualität der Behandlung, die vor allem die Zufriedenheit der Patienten betreffen, positiv zu beeinflussen. Patienten werden durch ihre Beschwerden am Verbesserungsprozess beteiligt und bei erfolgreicher Beschwerdestimulation kann sich der Eindruck der Patienten von der Qualität des Anbieters verbessern. Für Patienten besteht durch das Beschwerdemanagements die Ermunterung etwaige Unzufriedenheit während des Krankenhausaufenthaltes mitzuteilen.

Das Beschwerdemanagement kann Leistungsanbietern zeigen an welchen Stellen sie patientenorientiert die Qualität des Hauses verbessern können. Es kann als Zusammenarbeit zwischen Patient und Krankenhaus aufgefasst werden. Dabei geben Patienten ihre möglichen unerfüllten Ansprüche an die Qualität der gesamten Behandlung bzw. des Aufenthaltes in Form eines Vorschlags oder einer Beschwerde weiter. Das Krankenhaus nimmt diese Mitteilungen zur Zufriedenheit der Patienten auf und integriert diese in den ständigen Verbesserungsprozess des Qualitäts- und Beschwerdemanagements.

Ebenfalls dem Qualitätsmanagement zugehörig ist das Risiko- und Fehlermanagement. Dabei stehen Risiken aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie im Vordergrund als auch der Umgang mit Fehlern bzw. Beinahefehlern im Klinikalltag (Merkle 2014, S. 68). Mit einer erfolgreichen Strategie zum Fehlermanagement kann langfristig eine Behandlung ohne Fehlerkonsequenzen erzielt werden, die Zufriedenheit der Patienten gewahrt werden und durch effizientes Arbeiten der finanzielle Aufwand gesenkt werden (Merkle 2014, S. 46). Zudem hat die Senkung der Schädigungen von Patienten während des Krankenhausaufenthaltes hohe Priorität (Hahne 2011, S. 225-227). Den Krankenhäusern ist klinisches Risiko- und Fehlermanagement vor der Änderung des Patientenrechtegesetzes bekannt gewesen, da es schon vorher nach § 135 a SGB V im Rahmen des Qualitätsmanagements umgesetzt werden musste. Jedoch gibt es durch die Regelungen zur Strafverfolgung von Fehlermeldungen und zu Vergütungszuschlägen für Risiko- und Fehlermanagement neue Anreize für die Umsetzung.

Die Ergänzung zur Durchführung eines einrichtungsinternen Risiko- und Fehlermanagements zielt darauf ab Fehlermeldungen nicht zum Nachteil des Meldenden zu verwenden. Dadurch kann den Mitarbeitern der Krankenhäuser die Scheu vor Fehlermeldungen genommen werden. Es kann sogar eine Anregung zur Meldung von Fehlern erkannt werden, weil durch die gesetzliche Regelung ein gewisser Schutz vor Strafverfolgung gegeben ist. Ausnahmen sind dabei Meldungen, die zur Verfolgung einer Straftat mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe dienen und Einzelfälle mit besonderer Schwere wie z.B. bei gefährlicher oder schwerer Körperverletzung nach §§ 224 StGB und §§ 226 StGB. Insgesamt kann eine erfolgreiche Umsetzung von Risiko- und Fehlermanagement dazu führen, dass aus Fehlern bzw. Beinahefehlern gelernt werden kann. Ein Teil der Qualität der Behandlung kann verbessert werden indem Fehlerquellen behoben werden und die Schädigungen von Patienten gesenkt werden. Durch die Überarbeitung des PatRG und den genau erfassten Umgang mit Behandlungs- und Aufklärungsfehlern ist eine Sensibilisierung der Patienten für besagte Fehler zu vermuten. In Folge dessen ist auch mit vermehrten Regressansprüchen durch unzufriedene oder fälschlich behandelte Patienten zu rechnen (Siebert & Biberthaler 2013, S. 662).

Darüber hinaus ist im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Patientenrechte in § 137 SGB V Absatz 1 d eingefügt worden, welcher nun neben der Festlegung von Mindeststandards für die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements auch die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen vorgibt. Die Arbeit nach Mindeststandards kann ähnlich wie zum Thema der ärztlichen Mindeststandards als Anlass zur Arbeit auf einem gewissen Qualitätsniveau gesehen werden. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Krankenhäuser mit einem Risiko- und Fehlermanagement nach diesen festgelegten Standards arbeiten können und ein Qualitätsniveau im Umgang mit Risiken und Fehlern gewähren können. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass Umsetzungsschwierigkeiten wie z. B. die Verweigerung von Mitarbeitern bei der Umsetzung oder eine niedrige Fehlermeldungsquote einen großen Einfluss haben.

Ein weiterer Anreiz für die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements ist die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17 b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In den Grundzügen kann der finanzielle Anreiz sich nach Regeln des Angebot in Form einer Steigerung des Angebotes auswirken (Mankiw & Taylor 2008, S. 77-104). In Folge dessen würde das Angebot an Krankenhäusern mit einem Risiko- und Fehlermanagement zunehmen. Die Angebotsseite, in diesem Fall die Krankenhäuser, setzen die Durchführung des Risiko- und Fehlermanagements in Folge des finanziellen Anreizes durch das PatRG um. Somit sichern sie sich eine finanzielle Einnahmequelle und einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Krankenhäusern.

Dieser Vorteil kann sich zum einen durch das Lernen und Verbessern mit Hilfe des Risiko- und Fehlermanagements äußern. Zum anderen können Patienten möglicherweise durch das Vorhandensein eines solchen Risiko- und Fehlermanagements in ihrer Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus beeinflusst werden.

Da aber die Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt nicht der Nachfrage in der freien Wirtschaft gleichzusetzen ist, weil sie einigen Besonderheiten unterliegt, kann hier zwar das Prinzip von Angebot nicht aber von Nachfrage übertragen werden. Die Nachfrage der Patienten wird bspw. nicht direkt durch den Preis der Leistungen beeinflusst, da hier der dritte Akteur, die Krankenversicherungen, für die Kostenübernahme eintritt. Patienten nehmen kaum den Preis für eine versicherte Gesundheitsdienstleistung bei der sie nicht zur Zuzahlung verpflichtet sind wahr, da diese nicht von ihnen, sondern ihrer zuständigen Krankenkasse getragen wird. Im Vordergrund für den Patienten steht die jeweils nötige Behandlung unabhängig davon welcher Preis von der Krankenversicherung dafür gezahlt werden muss.

Bei weiterer Betrachtung der Wirkung des finanziellen Anreizes für das Risiko- und Fehlermanagement in Folge des PatRG kann die Internalisierung eines externen Effektes erkannt werden. Dieser externe Effekt ist „die Auswirkung ökonomischen Handelns auf die Wohlfahrt eines unbeteiligten Dritten“ (Mankiw & Talyor 2008, S. 245-247). In diesem Fall verursacht Gesundheit einen positiven externen Effekt, weil eine gesunde Bevölkerung leistungsfähig ist und innerhalb des Gesundheitssystems wenige Kosten verursacht. Der zusätzliche Nutzen für die einzelne Person kann sich in Form weniger gesundheitlicher Ausfälle sowohl privat als auch beruflich zeigen. Ein hohes Gesundheitsniveau bzw. weniger Schädigungen von Patienten durch die optimale Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements können eine Kostensenkung im Gesundheitssystem und einen Produktivitätsgewinn in der Volkswirtschaft unterstützen.

Die Analyse dieses positiven externen Effektes der Gesundheit mit Hilfe der Abbildung 3 zeigt, dass der soziale Wert von Gesundheit (Q-Optimum) größer ist als der private Wert (Q-Markt). Die gesellschaftlich optimale Menge der Gesundheit liegt im Schnittpunkt mit der Angebotskurve, die die Kosten von Gesundheitsdienstleistungen mit Unterstützung durch Risiko- und Fehlermanagement zeigt. Demnach ist die gesellschaftlich optimale Menge (Q-Optimum) größer als die private Menge (Q-Markt).

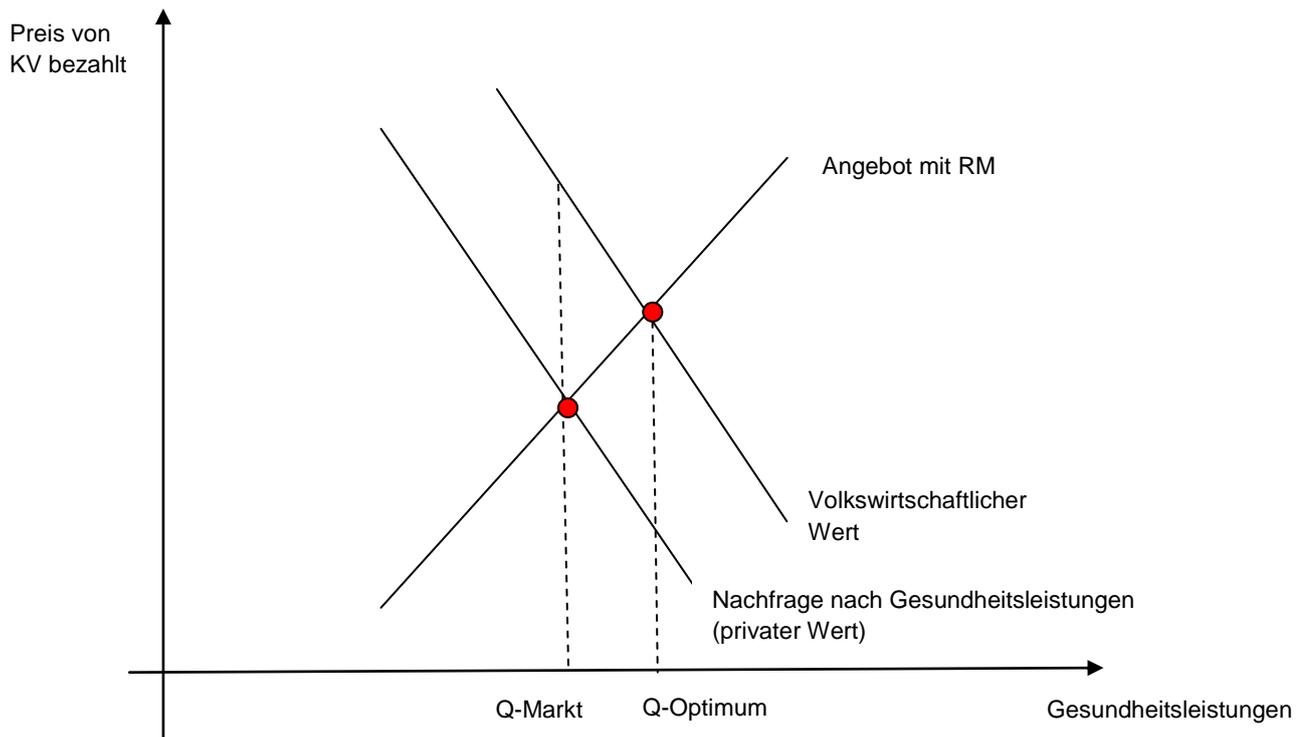


Abbildung 4: Gesundheit und soziales Optimum mit Bezug zum Risiko- und Fehlermanagement in Anlehnung an *Mankiw & Taylor* (eigene Darstellung)

Der Staat versucht im Rahmen des PatRG durch die Subventionierung für Risiko- und Fehlermanagement in Krankenhäusern den externen Effekt zu internalisieren. Das Marktgleichgewicht (Q-Markt) kann auf diese Weise näher an das soziale Optimum herangeführt werden. Die politische Maßnahme zielt darauf ab die Menge des Marktgleichgewichtes zu erhöhen.

Die Analyse der einzelnen Gesetzesabschnitte hat gezeigt, dass es vielfältige Möglichkeiten gibt mit Hilfe des PatRG Einfluss auf die Qualität der Behandlung zu nehmen. Es wird deutlich, dass eindeutige Anreiz wie ein Vergütungszuschlag für das Risiko- und Fehlermanagement als auch ein komplexes Gefüge wie die Arzt-Patient-Beziehung sowohl positiven als auch negativen Einfluss auf die Qualität haben können. Das Mitwirken, aber auch die Akzeptanz aller Beteiligten ist ein wichtiges Element für die tatsächliche Umsetzung der einzelnen Regelungen.

5.1 Kritische Erörterung weiterer Einflussfaktoren des Patientenrechtegesetzes

Im vorangegangenen Kapitel wurden bereits mögliche Auswirkungen, die sich aus dem PatRG erkennen lassen, analysiert. Es gibt jedoch noch weitere Einflussgrößen auf die Qualität der Behandlung. Sie sind ebenfalls von Bedeutung, denn gerade die Gesamtheit der Merkmale der gesetzlichen Regelungen, können sich auf die Qualität der Behandlung auswirken (Gaydoul 2009, S. 12).

Zu Beginn einer jeden Behandlung wird ein Vertrag zwischen Behandelndem und Patienten geschlossen. Daraus geht hervor, dass der Behandelnde die Leistung erbringen muss und der Patient oder die jeweilige Krankenversicherung die Kosten übernimmt. Diese Leistung ist nach allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erbringen, welche bereits im vorausgehenden Kapitel dargestellt wurden.

Mit Abschluss des Behandlungsvertrages wird zwischen Behandelndem und Patienten festgelegt welche Behandlung durchgeführt wird und die grundsätzlichen Rahmenbedingungen geschaffen. Darüber hinaus können sich Behandelnde durch den Vertrag gegenüber späteren Anspruchsforderungen von Patienten absichern, indem sie sich auf die abgesprochene Behandlung und individuelle Absprachen berufen können. Denn Behandelnden wird im Rahmen dieses Vertrages zugesichert, dass sie keinen Behandlungserfolg garantieren können, jedoch muss bei eventueller Verschlechterung durch die Behandlung darüber aufgeklärt werden (Jaeger 2013, S. 96). Grundsätzliche gibt der Behandlungsvertrag Patienten Sicherheit darüber, welche Leistungen erbracht werden, und den Behandelnden welche Leistung sie erbringen müssen.

Die Vorgabe die Leistungen nach fachlichen Standards zu erbringen sollte Ärzte dazu veranlassen auf dem Qualitätsniveau dieser Standards zu behandeln und gleichzeitig ihre vertragliche Verpflichtung einzuhalten zu arbeiten.

Ein weiteres Element des PatRG von 2013 ist die Aufklärungspflicht, „die den Weg zur wirksamen Einwilligung ebnen soll“ (Jaeger 2013, S. 92). Die Aufklärung und die darauf folgende Einwilligung bedingen die gesamte Behandlung, da ohne Einwilligung keine Behandlung stattfinden darf und ohne Aufklärung die Einwilligung nicht gültig ist.

Die mündliche Aufklärung informiert und integriert Patienten in die bevorstehende Behandlung. Durch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird erstens das Vertrauensverhältnis begründet und zweitens die Beteiligung des Patienten an der Wahl der Behandlungsmöglichkeit und für Rückfragen gewährleistet. Durch die Einbindung der Patienten und die ausführliche Kommunikation werden Unsicherheiten besprochen und individuelle Ansprüche der Patienten können berücksichtigt werden. Es ist zu vermuten, dass durch eine ausführliche Aufklärung und ein umfangreiches Gespräch zwischen Arzt

und Patient das subjektive Qualitätsurteil und die Zufriedenheit des Patienten am Ende des Behandlungsprozess positiv beeinflusst werden können (Mehmet 2011, S. 89-95).

Jedoch birgt das PatRG mit der Regelung zur aufklärenden Person eine Herausforderung für die Qualität der Aufklärung. Denn nun kann jede Person, die die notwendige Ausbildung zur Durchführung der Maßnahme besitzt, die Aufklärung durchführen, auch wenn sie die Behandlung noch nicht selbständig durchgeführt hat (Hart 2013, S. 162). Zwar ist nichtärztliches Personal z.B. aus der Pflege von der Aufklärung ausgeschlossen, jedoch werden durch diese Regelung Einbußen der Qualität und Sicherheit bei der Aufklärung angenommen (Hart 2013, S. 162). Die notwendige Erfahrung mit Nutzen und Risiken der Behandlungen seitens der Aufklärenden kann demnach nicht immer gewährleistet werden. Letztlich tragen die Patienten diese Einschränkung in Form von Informationsdefiziten und Unsicherheit bezüglich der Risiken und des Nutzens der Behandlung aus.

Außerdem sind die Rechtzeitigkeit und Verständlichkeit der Aufklärung Aspekte die Auslegungsspielraum lassen. Besonders die Rechtzeitigkeit wird nicht näher definiert, beabsichtigt aber immerhin Patienten hinreichend Zeit für die Abwägung ihrer Entscheidung zu bieten. In puncto Verständlichkeit wird ebenfalls nur fixiert, dass Patienten die Aufklärung verstehen sollten. Was jedoch passiert, wenn der Patient einen Dolmetscher hinzuziehen müsste und die Kosten dafür nicht aufbringen kann, wird nicht festgelegt. Sollte die Aufklärung nicht erfolgt sein oder ein Patient die Aufklärung nicht verstanden haben, ist auch die Einwilligung nicht gültig. Damit liegt eine Pflichtverletzung seitens des Behandelnden vor und kann im Haftungsfall dazu führen, dass der Eingriff rechtswidrig war. Jedoch ist zu erwarten, dass der Arzt im Fall, dass der Patient die Aufklärung nicht verstanden hat, die Aufklärung als nicht gültig ansieht. Der Arzt wird die Aufklärung höchstwahrscheinlich derart unterstützen bis sie gänzlich verständlich war und die Einwilligung und der Eingriff rechtens sind.

Das PatRG versucht zwar durch relativ genaue Vorgaben für die Aufklärung eine gute Informationsqualität und Sicherheit für die Patienten zu ermöglichen. Jedoch können einzelne Regelungen wie die zur Person, die für Aufklärungen in Frage kommen, Defizite hervorrufen.

Eine weitere Besonderheit bietet sich zur Aufklärung der Patienten, wenn die behandelnden Personen die Vermutung haben, dass die Behandlungskosten nicht mit Sicherheit durch Dritte übernommen werden. Dann sind Patienten in Textform über die Kosten zu informieren. Dadurch wird den Patienten die Chance geboten, abzuwägen ob die Kosten eigenständig aufgebracht werden können und es werden Eingriffe, bei denen

die Kostenübernahme nicht gesichert ist, vermieden. Jedoch setzt die Situation voraus, dass die Behandelnden in den einzelnen Situationen wissen, ob eine Kostenübernahme durch Dritte gesichert ist oder nicht. Die wirtschaftliche Aufklärung ist meist im Rahmen der wunscherfüllenden Medizin wie bei Schönheitsoperationen oder bspw. bei der Behandlung gesetzlich Versicherter in einer Privatklinik, aber auch bei zuzahlungspflichtigen Eingriffen wie einem Zahnersatz nötig. Dabei müssen Patienten die Kosten meist selbst tragen. Einerseits kann die Information der Patienten in Textform einen Vorteil bieten, um die genaue Kostendarstellung nachvollziehbar zu gestalten und in Folge dessen die Zufriedenheit der Patienten zu erhalten. Durch das PatRG wird nun die zusätzliche Anforderung an Ärzte gestellt zu wissen wie die Kostenübernahmesituation gestaltet ist. Über die medizinische Behandlung hinaus müssen Ärzte nun sicherstellen, dass die Finanzierung der Leistung gewährleistet wird.

Ein weiteres Element das im Zusammenhang mit der Behandlung steht, ist die medizinische Dokumentation. Diese wird während der ganzen Behandlung geführt. Die Dokumentation dient als ein wichtiges Instrument während der Behandlung, um Details rundum den Patienten und die Behandlungsschritte zu erfassen und die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. In puncto Berichtigungen und Änderungen wird durch das PatRG dazu angehalten die ursprünglichen Eintragungen erkennbar zu lassen. Dadurch kann Manipulationsvorwürfen gegen Ärzte besonders in Arzthaftungsprozessen entgegengewirkt werden (Jaeger 2013, S. 130-132). Diese Nachvollziehbarkeit von Berichtigungen ist auch für elektronische Patientenakten sicherzustellen und birgt damit eine neue Herausforderung. Besonders die Nachvollziehbarkeit von Berichtigungen in der elektronischen Akte muss durch die Programmierung der Software sichergestellt werden. Aber auch die Aufbewahrung der elektronischen Akten auf Festplatten kann durch Datenverluste Schwierigkeiten mit sich bringen, was allerdings ein allgemeines Risiko bei Patientenakten darstellt. Verluste sind auch bei papiergebundenen Akten möglich.

Eine verständlich geführte und leserliche Patientenakte bringt gewiss auch Vorteile sowohl für Patienten als auch Behandelnde. Für nachbehandelnde Ärzte können über dieses Medium wichtige Informationen erlangt werden und das Ergreifen notwendiger Maßnahmen kann sichergestellt werden.

Für Patienten ist die medizinische Dokumentation häufig während des Arzthaftungsprozess um einen möglichen Behandlungsfehler von Bedeutung. Durch das PatRG sind Patienten für die Einsicht berechtigt und können auf eigene Kosten Abschriften der Akte fordern. Grundsätzlich bietet diese Regelung für den Patienten einen weiteren Schritt zur Transparenz der Behandlung und Rechtsicherheit im Falle eines

Behandlungsfehlers. Jedoch ist auch die Wahrnehmung der Ärzte, dass Patienten durch diese Regelung zu einem grundsätzlichen Misstrauen angeleitet werden, nachvollziehbar.

Innerhalb des PatRG werden Vorgaben zur Führung der medizinischen Dokumentation gegeben und die Einsichtsrechte der Patienten geregelt. Auf den ersten Blick scheint die medizinische Dokumentation die Qualität der Behandlung nur geringfügig zu beeinflussen. Jedoch ist sie insbesondere für die Nachvollziehbarkeit der medizinischen Details von großer Bedeutung und ein Element des Gesamtgefüges einer erfolgreichen Behandlung.

Den Abschluss bildet § 630 h BGB zum Umgang mit der Beweislast bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler. Dabei kann kaum noch über den Einfluss auf die Qualität der Behandlung gesprochen werden, denn der schlimmste Fall, ein Fehler mit Verletzung des Patienten, ist eingetreten. Es werden vielmehr durch die Aufführung bestimmter Fallkonstellationen die beweisrechtlichen Folgen sowohl für Behandelnde als auch Patienten deutlich gemacht. Auf diese Weise wird versucht Patienten in ihrer Situation als Geschädigte eine ebenbürtige rechtliche Ausgangslage wie die der Ärzten zu bieten (Referentenentwurf 2012, S. 34-40).

Über die Situation zwischen Arzt und Patient hinaus kommt auch dem Krankenhaus eine bedeutende Rolle zu. Es bietet nicht nur die strukturelle und personelle Ausgangssituation, sondern beeinflusst das Thema der Qualität durch alle Managementebenen hindurch (Hahne 2011, S. 65 ff.).

Bei der Betrachtung der Finanzierung der Leistungen eines Patienten, kann festgestellt werden, dass in der Regel bei gesetzlich Versicherten über Diagnosebezogene Fallgruppe, bekannt als DRG's, abgerechnet wird. Dabei handeln nicht die betroffenen Patienten und das Krankenhaus aus, welche Leistung zu welcher Bezahlung erbracht wird, sondern Krankenhäuser und Krankenversicherungen sind die Hauptakteure der Verhandlungen (Gaydoul 2009, S. 32-33). Patienten können auf diese Verhandlungen kaum Einfluss nehmen. Die Gefahr besteht, dass die leistungserbringenden Krankenhäuser durch die Vergütungsart von den Krankenversicherungen Anreize erhalten, die Leistungen an der Vergütung und nicht an den individuellen Bedürfnissen der Patienten zu orientieren (Gaydoul 2009, S. 33).

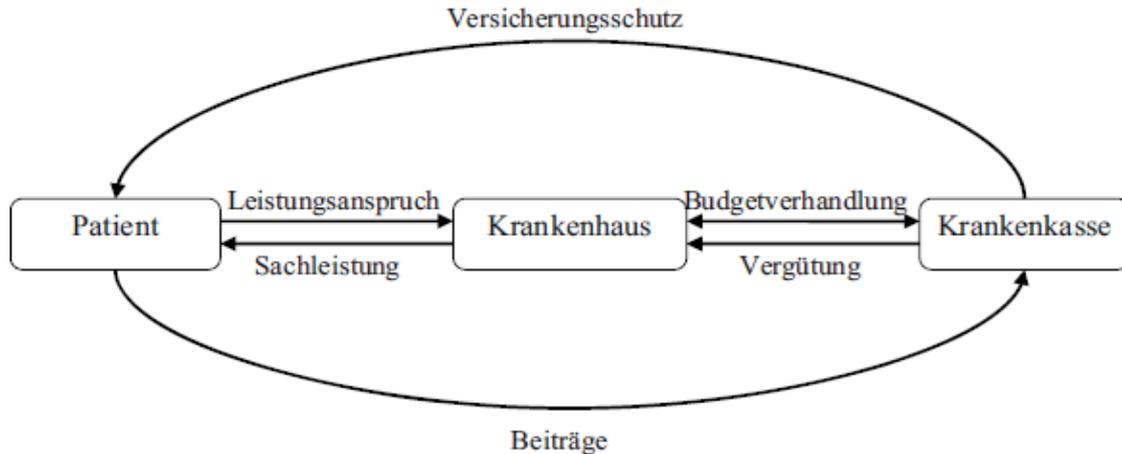


Abbildung 5 : Leistungserbringung und deren Finanzierung in der stationären Versorgung im Rahmen der GKV (Gaydoul 2009, S.33)

Die Abbildung 4 zeigt noch einmal den Konflikt zwischen dem leistungserbringenden Krankenhaus und dem Patienten. Die erbrachte Sachleistung weicht dabei möglicherweise vom Leistungsanspruch des Patienten ab. Die finanziellen Anreize zwischen Versicherungen und Leistungserbringern bewirken dabei, dass die Krankenhäuser eher an ihrer eigenen Nutzenmaximierung anstatt an der Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten orientiert sein können (Gaydoul 2009, S. 32-33).

Dieser Konflikt kann somit dazu führen, dass Patienten auf Grund von finanziellen Anreizsystemen in der Budgetierung von Leistungen, nicht die adäquate Leistung erhalten, sondern eine für die Leistungserbringer wirtschaftlich attraktivere. In Folge dessen sind Einbußen der Qualität der Behandlung denkbar, etwa durch verfrühte Entlassung nach Haus oder vorschnelle Überweisungen an allgemein-medizinische Abteilungen.

Eine weitere Schwierigkeit, die sich im Zusammenhang mit der Rolle der Krankenhäuser erkennen lässt, ist bei der Verfassung der gesetzlichen Qualitätsberichte zu erkennen. Die ursprüngliche Absicht das Informationsproblem zwischen Patienten und Krankenhäusern zu lösen, wird durch den Schwierigkeitsgrad der Lesbarkeit der Berichte herausgefordert (Hahne 2009, S. 36-38). Um die enthaltenen Informationen zur Klinik, der Leistung und dessen Qualität richtig zu verstehen und diese erfolgreich in die Wahl eines passenden Leistungsanbieters einfließen zu lassen, müssen überdurchschnittliche Lesefähigkeiten vorhanden sein (Hahne 2009, S. 38). Die Absicht Patienten Informationen über Leistungsanbieter verfügbar zu machen und sie für eine überlegte Auswahl des Anbieters mit Information zu unterstützen ist fraglich. Patienten mit durchschnittlicher oder

schwacher Lesefähigkeit werden dadurch in ihrer unabhängigen Entscheidungsfindung eingeschränkt.

Zudem zeigt sich bei einigen Regelungen des PatRG, dass zwar gesetzliche Vorschriften gegeben werden, aber nur bei einigen Situationen direkt auf Sanktionen verwiesen wird. Beispielsweise wird bei fehlender Aufklärung die Einwilligung unwirksam und somit der Eingriff als rechtswidrig eingestuft. Es kann folglich zum Haftungsprozess um den Tatbestand der Körperverletzung kommen und für den Behandelnden eine Freiheitsstrafe drohen. Ähnlich wird im Falle fehlender Dokumentation vorgegangen. Sobald eine Maßnahme nicht dokumentiert ist, wird davon ausgegangen, dass sie nicht durchgeführt wurde. Es wird vermutet, dass nicht alle medizinisch wesentlichen Maßnahmen getroffen wurden und es kann zum Haftungsprozess in Folge eines Behandlungsfehlers kommen. Zuvor wird dem Behandelnden jedoch die komplette Beweislast übertragen in der er nachweisen kann, dass alle nötigen Maßnahmen getroffen wurden.

Schwieriger gestaltet sich die Situation bspw. um die Rechtzeitigkeit der Durchführung der Aufklärung. Mit diesem Begriff sind keine eindeutigen Grenzen gesetzt und es besteht durchaus die Gefahr, dass die Rechtzeitigkeit von Arzt und Patient unterschiedlich verstanden wird. Einzige Einschränkung ist, dass die Aufklärung nicht unmittelbar vor dem Eingriff durchgeführt werden darf, denn dann wird der Patient in seiner Abwägung um Risiken und Nutzen eingeschränkt (Jaeger 2013, S. 113-114). Welche Folgen aus einem ungünstigen Umgang mit der Rechtzeitigkeit der Aufklärung erfolgen, ist jedoch nicht geklärt. Im höchsten Fall kann es zum Haftungsprozess um einen Aufklärungsfehler kommen, in dem es letztlich aber der Rechtsprechung obliegt die jeweilige Situation zur Rechtzeitigkeit zu bewerten.

Und auch die in § 630 c BGB festgehaltene Mitwirkung der Vertragsparteien ist bei der Betrachtung der Verweigerung der Zusammenarbeit schwierig zu bewerten. Es stellt sich jedoch die Frage wie die Folgen riskanten Verhaltens des Patienten im Verhältnis zum Behandelnden überhaupt bewertet werden können. Hält zum Beispiel der Patient nicht die nötige Bettruhe nach einer Kniegelenksoperation ein und erschwert durch verfrühte Beanspruchung seines Körpers die vollständige Genesung, ist es fraglich wie dieses Verhalten sanktioniert wird. Kommt es zum Notfall in Folge der verfrühten Beanspruchung muss der Arzt den Patienten durch seine Behandlungspflicht wieder behandeln und eine wirkliche Bestrafung des Fehlverhaltens des Patienten ist nicht zu erkennen. Der Arzt kann die Behandlung eines Notfalls nicht verwehren, ansonsten läge der Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323 c StGB vor. Jedoch kann der Arzt die weiterführende Behandlung in schweren Fällen ablehnen, sollte der Patient die ärztlichen Anordnungen nicht befolgen (Recht auf Behandlung o.J., S. 1).

Eine tatsächliche Restriktion seines Fehlverhaltens erfährt der Patient erst in den Fällen der Ablehnung der weiteren Behandlung durch den Arzt oder im Prozess um einen Behandlungsfehler. Denn nicht nur ein möglicher Fehler des Arztes, sondern die unterlassene Mitwirkung des Patienten kann ursächlich für den vermeintlichen Behandlungsfehler sein.

6.Herausforderungen und mögliche Umsetzungsschwierigkeiten des PatRG 2013

In den letzten Jahren hat sich im Gesundheitswesen ein Wandel von der patientenorientierten Medizin zur wirtschaftlichen Orientierung gezeigt (Kray, Koch & Sawicki 2013, S. 80). Institutionen wie Krankenhäuser und Praxen werden auf diese Weise zunehmend Teilnehmer eines Gesundheitsmarktes. Es zeigen sich Grundzüge des Verhaltens um Wettbewerb, Angebot und Nachfrage. In Folge dessen wird eine Ökonomisierung des Gesundheitsmarktes unterstellt (Ose 2011, S. 150). Gleichzeitig wird jedoch angestrebt die bisherige Versorgungsqualität zu erhalten und dass trotz des Wettbewerbes im Gesundheitswesen das Prinzip gewahrt wird, qualitativ hochwertige Leistungen mit möglichst geringen Mitteln zu erreichen (Fischer & Sibbel 2011, S. 96). Die wesentliche Herausforderung besteht voraussichtlich darin, die Gegensätze zwischen den Bedürfnissen der Patienten, dem Streben nach Effektivität, Effizienz und Gewinnmaximierung seitens der Leistungserbringer, aber auch die Sicherung der Qualität in Einklang zu bringen.

Eine weitere Herausforderung in der andauernden Diskussion um die Qualität der medizinischen Leistungen ist vor allem der Kostenanstieg im deutschen Gesundheitssystem (Gaydoul 2012, S.13). Dabei stellt sich immer wieder die Frage wie zu möglichst niedrigen Kosten ein hohes Maß an Qualität gewährleistet werden kann. Durch Qualitätsverbesserungen in der Erbringung von Leistungen wird versucht die Effizienz zu erhöhen und das Ziel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen verfolgt (Gaydoul 2012, S. 13). Im Rahmen der Kostendämpfung und der bereits erwähnten Ökonomisierung des Gesundheitsmarktes ist nicht zu vergessen, dass das Wohl und die Gesundheit des Patienten weiterhin hohe Priorität haben muss. „Qualität und Sicherheit seien wichtiger als Kostendämpfung und sollten die primären Ziele eines jeden Gesundheitssystem und aller Gesundheitsberufe sein“ (Flintrop & Gerst 2014, S. 243).

Wird das Patientenrechtegesetz als Steuerungsinstrument aus ökonomischer Sicht gesehen, wird unterstellt, dass sowohl Patienten als auch Behandelnde autonom, eigennützig und nutzenmaximierend sind als auch rational entscheiden und handeln (Kubella 2011, S. 99). Diese Eigenschaften werden dem Verhalten des *homo*

oeconomicus zugesprochen (Mankiw & Taylor 2008, S. 586) Ändern sich die Rahmenbedingungen nun durch die Änderung des Patientenrechtegesetzes, ändert sich auch der Nutzen des jeweiligen Verhaltens des *homo oeconomicus*, in diesem Fall des Patienten oder Behandelnden. Zu diesen Rahmenbedingungen zählen die, „die das Recht durch Restriktionen und durch Anreize setzt“ (Kubella 2011, S. 99). Nun lässt sich erkennen, dass innerhalb des PatRG Sanktionen in Folge von Behandlungs- oder Aufklärungsfehlern weiterhin besonders für Ärzte drohen. Patienten könnten höchstens in ihrem Verhalten um die Mitwirkungspflicht beurteilt werden, jedoch gestaltet sich die objektive Bewertung dieser Pflicht als auch die Sanktionierung eines möglichen Fehlverhaltens schwieriger. Wie bereits erläutert sind Ärzte in Notfällen trotzdem zur Behandlung verpflichtet. Eine wirkliche Sanktion für den Patienten ist erst bei begründeter Ablehnung der Behandlung durch den Arzt zu erkennen. Oder auch, wenn der Patient die Konsequenzen im Prozess um einen Behandlungsfehler durch Selbstverschulden tragen muss.

Über die Restriktionen des PatRG hinaus, wird durch den Vergütungszuschlag für die Implementierung eines Risiko- und Fehlermanagements ein finanzieller Anreiz gegeben. Dadurch werden Leistungserbringer veranlasst, das gewünschte Verhalten vorzunehmen und damit ihren finanziellen Nutzen zu vergrößern.

Es kann dennoch nicht nur vom theoretischen Modell des *homo oeconomicus* ausgegangen werden, weil fernab der Theorie Menschen nicht-ökonomisch und irrational handeln (Kubella 2011, S. 102-103). Des Weiteren wird beim *homo oeconomicus* davon ausgegangen, dass dieser vollständig informiert ist. Wie die Analyse der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient bereits gezeigt hat, ist vollständige Information häufig nicht vorhanden und widerlegt eine weitere nötige Voraussetzung für ökonomisches Entscheidungsverhalten. Prinzipiell werden die Beteiligten aber durch die Restriktionen und Anreize des PatRG in ihrem Verhalten dazu angehalten, die einzelnen Regelungen umzusetzen.

Letztlich zeigt sich, dass Menschen besonders in einer Ausnahmesituation wie bei einer Krankheit oder dem Aufenthalt im Krankenhaus weniger rational, auch gegenüber rechtlichen Vorschriften, denken. Es wird vielmehr nach der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit gestrebt.

Die Implementierung von Sanktionen stellt nunmehr eine besondere Herausforderung dar, denn zu viele Sanktionen bergen die Gefahr, dass die Internalisierung von Gesundheit eingeschränkt wird. Keine Sanktionen können wiederum zur Missachtung und Ignoranz gegenüber dem Gesetz führen.

Einzig die Vorschriften zur Haftung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern zeigen eine vollständige Darstellung im PatRG vom möglichen Fehlerfall bis zu der daraus drohenden Konsequenz. Behandelnde werden demnach das vorgeschriebene Verhalten zeigen, um Patienten fachgerecht zu behandeln und Haftungen und Konsequenzen zu vermeiden. Wie jedoch bei Defiziten in weniger deutlichen Situationen bspw. zur Rechtzeitigkeit und Verständlichkeit der Aufklärung geahndet wird, bleibt der Rechtsprechung in den individuellen Situationen vorbehalten.

Eine weitere Herausforderung des PatRG besteht besonders bei der elektronischen Dokumentation und dem Umgang mit dessen Daten. Zum einen ist die Sicherung der Daten durch die Beschädigungsgefahr von Festplatten nicht gewährleistet (Rehborn 2013, S. 266). Systemausfälle oder gezielter Datenmissbrauch gefährden potentiell, dass Patienten sich auf eine sichere Verwahrung ihrer Daten verlassen können. Ein zwingendes Mittel zur Erhöhung der Sicherheit ist die regelmäßige Erstellung von Sicherheitskopien (Rehborn 2013, S. 266). Jedoch bleibt zu hinterfragen wie in Zukunft der Umgang mit Datenverlusten sein wird, denn immerhin enthalten elektronische Patientenakten neben den Daten rund um die Behandlung auch alle Formalien zur Aufklärung und Einwilligung. Dabei ist nicht aus den Augen zu verlieren, dass die Akte von besonderer Bedeutung für die Nachvollziehbarkeit der Behandlung im Haftungsprozess ist. Der Verlust von Daten hätte somit weitreichende Konsequenzen.

Zudem gibt das PatRG durch die Regelungen zur Erkennbarkeit von Änderungen und Berichtigungen zwar einen guten Anstoß, hat aber außer Acht gelassen, dass sich für elektronische Dokumentationen Schwierigkeiten ergeben (Rehborn 2013, S. 266). Ein großer Teil der Programme ist zwar zur Erkennbarkeit von Änderungen ausgestattet, aber diese Programmierung in den EDV-Programmen sollte flächendeckend sichergestellt werden. Nur auf diese Weise kann den Patientenakten der volle Beweiswert zugesprochen werden und für Patienten die angestrebte Unterstützung im Haftungsfall durch vollständige Patientenakten ermöglicht werden. Ähnliche Probleme der Nachvollziehbarkeit und Gefahren der Sicherung sind bei papiergebunden Akten zu berücksichtigen.

Eine weitere Herausforderung an die elektronische Patientenakte wird das Konvertieren der Daten darstellen. Behandelnde nutzen unterschiedliche Softwares für die Patientenakten und speichern diese in unterschiedlichen Formaten ab. Die unterschiedlichen Speicherformate können somit die Schwierigkeit der Lesbarkeit mit sich bringen.

Im Ganzen überwiegt jedoch der Vorteil, dass über die elektronische Patientenakte mehr Informationen als auf bloßem Papier gespeichert und übermittelt werden können.

Zudem orientiert sich das PatRG am Leitbild mündiger Patienten (Referentenentwurf 2012, S. 12). Bei näherer Betrachtung der Situation von Patienten deutet sich an, dass sie in erster Linie krank sind und die Genesung verfolgen (Fischer & Sibbel 2011, S. 91). In einer solchen Ausnahmesituation müssten mündige Patienten sich zusätzlich über die Leistungen und möglichen Angebote informieren und vergleichen. Der Einwand, dass dazu oftmals nicht die Zeit verfügbar ist und dass vor allem der Fokus auf der Genesung liegt, das Vergleichen und Informieren zur Überforderung führt, kann nachvollzogen werden (Ose 2011, S. 154). Zudem sind Patienten sowohl in ihrem jeweiligen Anliegen als auch den individuellen Eigenschaften sehr unterschiedlich. Diese Individualität scheint im PatRG wenig berücksichtigt und es ist dahingestellt, dass die Vielzahl der Patienten in einer Ausnahmesituation wie bei einer Krankheit diese Orientierung eines mündigen Patienten zeigen.

Darüber hinaus zielt das PatRG auf richtig verstandenen Patientenrechten ab (Referentenentwurf 2012, S. 12). Aber auch in diesem Punkt wird das Einbeziehen aller Patienten erschwert, denn nicht jeder ist mit dem Lesen von Gesetzestexten vertraut. Ähnlich wie bei dem Lesen von Qualitätsberichten müssen überdurchschnittliche Lesefähigkeiten vorhanden sein, um ein ausreichendes Verständnis für die Rechte zu bekommen.

Eine letzte und enorme Herausforderung ist im demographischen Wandel der deutschen Bevölkerung zu erkennen. In einer immer älter werdenden Bevölkerung nimmt die Zahl der erwerbstätigen Bevölkerung ab (Mehmet 2011, S. 2). Der Kostendruck für das Gesundheitssystem wird immer größer und es ist ungewiss wie die Politik die Schwierigkeiten um die Versorgung und Finanzierung angehen will. Zusätzlich zum demographischen Wandel lässt sich erkennen, dass das Krankheitsspektrum sich hin zur Zunahme von chronischen Krankheiten wandelt (Mehmet 2011, S.2). Somit sind nicht nur die alternde Gesellschaft, sondern auch die immer längeren Verläufe von Krankheiten eine Belastung für das Gesundheitssystem.

Um diese Anforderungen zu bewältigen müssten Strukturen und Modelle in der Pflege und der Medizin angepasst werden, sodass bei zunehmender Patientenzahl und abnehmender Erwerbstätigenzahl die Versorgung trotzdem gewährt werden kann. Es ist zu überlegen, ob die gewünschte Kostendämpfung weiterhin bewältigt werden kann oder ob der Kostenanstieg durch den demographischen Wandel nicht noch erst zunimmt. In diesem System mit steigendem Kostendruck und steigender Belastung wird für die Beschäftigten die Arbeit mit Qualitätsmanagementsysteme und Risiko- und Fehlermanagement voraussichtlich an Bedeutung gewinnen.

7. Chancen für Patienten und beteiligte Personen der Behandlung

Die viel umschriebene Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient zeigt nach der Analyse, dass einige Probleme entstehen können, aber es auch mögliche Aktionen gibt, die diesem Phänomen entgegenwirken.

Durch *Screening* können uninformierte Patienten, Auskünfte von den informierten Leistungserbringern erhalten (Mankiw & Taylor 2008, S. 578-579). Bei diesem Screening können Patienten durch öffentlich verfügbare Informationen, aber auch durch Publikationen ihre Entscheidungsmöglichkeiten für eine gewisse Leistung oder ein Krankenhaus erweitern (Gaydoul 2009, S. 38-39). Auf diese Weise holen Patienten vor ihrem Aufenthalt in einer Klinik oder der Beanspruchung einer Leistung z.B. in Zeitschriften, in Internetportalen oder in Krankenhaus-Rankings Informationen für ihre Entscheidung ein. Dadurch kann zusätzlich das Risiko der adversen Selektion gemindert werden. Adverse Selektion meint in diesem Fall, dass die Krankenhäuser und Leistungserbringer mehr über die Leistungen und dessen Eigenschaften wissen als die Patienten. Es besteht damit die Gefahr, dass Patienten eine Leistung in Anspruch nehmen oder ein Krankenhaus auswählen, das nicht ihren Ansprüchen und Bedürfnissen entspricht (Mankiw & Taylor 2008, S. 575-576).

Eine weitere Möglichkeit, das Problem der Informationsasymmetrie zu beheben, ist durch das Senden von Signalen seitens der Leistungserbringer möglich (Gaydoul 2009, S. 38-39). Diese Signale können Aufschluss über die Eigenschaften des Leistungserbringer und der Qualität der Leistung geben, sind jedoch nur möglich, wenn der Behandelnde oder das Krankenhaus ein eigenes Interesse an der Senkung des Informationsgefälles hat (Gaydoul 2009, S. 38). *Signaling* kann durch Zertifikate oder Zeugnisse betrieben werden, aber auch durch Beiträge in externen Berichten ermöglicht werden. Somit bietet das Signaling im Rahmen des PatRG Abhilfe für die Informationsasymmetrie, aber auch den Ansporn über das Qualitätsmanagement erworbene Auszeichnungen als Signale zu nutzen.

Besonders in der Debatte um die Qualität der Behandlungen tritt immer wieder die Möglichkeit des „Pay for Performance“ auf. Dabei wird nach dem Prinzip der qualitätsorientierten Vergütung gearbeitet. Für besonders gute Qualität werden Zuschläge bezahlt und bei unterdurchschnittlicher Qualität werden Abschläge gefordert (Flintrop & Gerst 2014, S.243-244). Besonders bei der Frage nach der Steigerung der Qualität von Behandlungen bietet dieses Vergütungsprinzip eine mögliche Option. Leistungserbringer werden durch die leistungsorientierte Vergütung angespornt qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen und Patienten können in ihrer Behandlung von der guten Qualität profitieren. Die Umsetzung dieses Prinzip ist jedoch sehr stark von den zukünftigen

politischen Entwicklungen und der Akzeptanz bei allen Beteiligten abhängig (Flintrop & Gerst 2014, S. 244).

Außerdem ist das allgemeine Ziel der Patientenbeteiligung eine Chance für alle Patienten sich über die Kommunikation mit Behandelnden über die einzelnen Prozessschritte hinweg zu integrieren. Und auch über das Beschwerdemanagement wird die Beteiligung der Patienten ermöglicht. Die individuellen Belange werden bearbeitet und der Patient wird dadurch nicht nur in den ständigen Verbesserungsprozess der Leistungsanbieter eingebunden, sondern kann sich durch fachgerechte Beschwerdebearbeitungen in seinen Bedürfnissen ernst genommen fühlen.

Eine weitere Stärkung der Patienten bietet die Regelung zur Unterstützung der Patienten bei einem Behandlungs- oder Pflegefehler durch die Krankenkassen gemäß § 66 SGB V. Dadurch wird Patienten Unterstützung während des Haftungsprozesses zugesichert.

Zudem ist durch die neuen Regelungen im § 73 b SGB V die hausarztzentrierte Versorgung mehr in den Fokus der Behandlungen gerückt worden (Referentenentwurf 2012, S. 41-42). Den Patienten soll vorrangig der Hausarzt für die Behandlung angeboten werden, damit sich vielerlei Chancen bieten: Patienten können den ortsnahen Arzt aufsuchen, zudem bereits eine Arzt-Patient-Beziehung besteht und in der Vertrauen durch vorhergegangene Leistungen aufgebaut wurde. Krankenhäuser und Fachärzte können somit entlastet werden und erst bei tatsächlichen Fällen, in denen die Notwendigkeit besteht, die Patienten übernehmen.

Durch § 13 Abs. 3a SGB V, der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren innerhalb der Krankenversicherung, wird Patienten eine weitere Unterstützung zugesagt. Innerhalb von drei bzw. sechs Wochen müssen Anträge von Patienten für Leistungsansprüche bearbeitet werden. Der Bewilligungsprozess und der Übergang der Patienten zur jeweiligen Behandlung wurden dadurch beschleunigt.

Über die grundsätzlichen Chancen, die das PatRG durch die Beteiligung der Patienten und die Optimierung einiger Vorgehensweisen bietet, gibt es Möglichkeiten Herausforderungen wie der Informationsasymmetrie zu begegnen. Durch die aufgeführten Instrumente können Schwierigkeiten, die mit dem PatRG einhergehen, ausgeglichen werden.

8. Diskussion

Zur Bearbeitung der Bachelorarbeit wurde mit Hilfe einer systematischen Literaturanalyse eine Fülle an Informationen gesammelt. Um sowohl den Umfang etwas einzugrenzen und gezielt nach den vorgegeben Themenschwerpunkten zu suchen, wurden Auswahlkriterien festgelegt.

Das Kriterium der Herkunft der Quellen wurde auf den deutschsprachigen Raum festgelegt, weil es sich beim Patientenrechtegesetz um ein lokales Thema aus Deutschland handelt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass zusätzliche Beiträge aus dem Ausland dazu vorliegen könnten. Es besteht daher die Möglichkeit, dass Informationen aus dem Ausland nicht berücksichtigt wurden.

Ein weiteres Kriterium zur Literatursauswahl lag in der Ausrichtung der Fachbereiche. Dabei wurde in Anlehnung an die Schwerpunkte „Patientenrechtegesetz“ und „Qualität“ der Fokus auf medizinische, juristische und gesundheitswissenschaftliche Bereiche gelegt. Im Laufe der Arbeit wurden durch das Schneeball-Prinzip auch Quellen aus dem Bereich Dienstleistungen und Marketing hinzugezogen. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass Informationen aus anderen Fachbereichen wie z.B. der Soziologie, Psychologie oder Politik durch die Festlegung des Kriteriums und aus Begrenzungen des Umfangs der Arbeit nicht einbezogen wurden.

Bei der Auswahl der Literaturarten wurden von Artikeln in Zeitschriften über Bücher und Buchabschnitte bis hin zu Interviews und Gesetzestexten fast alle Möglichkeiten genutzt. „Graue Literatur“ wurde hingegen ausgeschlossen. Durch die zeitliche Einschränkung wurde die Bestellung möglicher Quellen für diese Bachelorarbeit ausgeschlossen. Es ist denkbar, dass für das Thema der Einführung und Umsetzung des Patientenrechtegesetzes nach 2013 neue Erkenntnisse aus „grauer Literatur“ vorliegen könnten. Deshalb kann es für weiterführende Arbeiten zu diesem Thema durchaus von Relevanz sein Inhalte dieser, nicht im Handel erhältlichen Quellen einzubeziehen.

Über die Festlegung von Auswahlkriterien hinaus wurden die unterschiedlichen Stichwörter für die Literaturrecherche durch Bool'sche Operatoren wie „UND“ und „ODER“ kombiniert. Dabei wurde zwar darauf geachtet alle Kombinationsmöglichkeiten in den Suchprozess einzubinden, jedoch besteht auch hier die Eventualität, dass Quellen durch diesen Filter ausgeschlossen wurden.

Zum Zeitpunkt der Beendigung der Literaturrecherche lag eine Vielzahl an Quellen vor, die dem Suchprotokoll im Anhang entnommen werden können. Der bis dahin

durchgeführte Rechercheprozess wurde nicht überarbeitet. Es lagen ausreichend Informationen für den Beginn mit der Arbeit vor.

Insgesamt besteht bei der Literaturanalyse ein gewisses Risiko eines „toten Winkels“ durch den einige Literatur unbeachtet bleibt (Kleibel & Mayer 2005). Besonders limitierende Faktoren wie der Umfang der Bachelorarbeit und der Bearbeitungszeitraum wirkten einschränkend manche Kriterien auszuweiten und zu überprüfen, um den besagten „toten Winkel“ zu verkleinern. Aufbauend auf den Erkenntnissen dieser Arbeit könnten Anpassungen und Ausweitungen der Kriterien und Themenbereiche vorgenommen werden, um weitere Aufschlüsse zum Thema zu bekommen.

Ebenfalls von großer Bedeutung sind Erkenntnisse aus empirischen Untersuchungen. Bei der Grobrecherche zeigte sich, dass weder in der Berichterstattung noch der Forschung umfangreiche Erkenntnisse seit der Einführung des Patientenrechtegesetzes 2013 vorliegen oder nicht zugänglich waren. Auf Grund dessen sind einige der Thesen und Annahmen nicht durch valide empirische Ergebnisse zu belegen. Zukünftige Erhebungen zum Patientenrechtegesetz seit 2013 und dem Einfluss auf die Qualität der Behandlung könnten neue Erkenntnisse bringen und Sicherheit in der Annahme oder Widerlegung derzeitiger Thesen bringen.

Bei der detaillierten Betrachtung der einzelnen Regelungen des Patientenrechtegesetzes musste, erneut durch die begrenzenden Faktoren der Zeit und des Umfangs, auf gewisse Sonderregelungen verzichtet werden. In diesem Fall wurde das Patientenrechtegesetz für Erwachsene mit eigener Entscheidungsfähigkeit betrachtet. Dadurch wurden Regelungen für Kinder und Jugendliche, aber auch für Personen mit Vormund oder Betreuer vernachlässigt. Für zukünftige Arbeiten kann die Analyse der Vorschriften besonders für diese Personengruppen von Interesse sein. Durch den Fokus auf § 630 a-h BGB und § 135 a und § 137 1d SGB V wurden weitere Regelung wie die der Beschleunigung von Antragsverfahren der Krankenkassen oder der Umgang mit hausarztzentrierter Versorgung eher nachrangig betrachtet.

Ebenso ist bei der Bearbeitung des Einflusses des PatRG auf die Qualität der Behandlung zur berücksichtigen, dass eine Vielzahl von Faktoren einkalkuliert werden müssen. Besonders die subjektive Wahrnehmung von Qualität erschwert die Beurteilung der Thematik. Es können zwar die einzelnen Vorschriften des PatRG in Hinblick auf den Einfluss auf die Qualität analysiert werden, es gilt jedoch zu beachten, dass unterschiedliche Eindrücke von Qualität bestehen und die Umsetzung des PatRG unter anderem von der Akzeptanz und dem Verständnis seitens der Ärzte, Patienten, Krankenhäuser, Krankenkassen usw. abhängt. Wie sich in der Bachelorarbeit erkennen

ließ, können die einzelnen Vorschriften in ihrer möglichen Wirkung analysiert werden, jedoch muss bedacht werden, dass im Praxisalltag zahlreiche Störfaktoren und Widerstände die Umsetzung beeinflussen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die systematische Literaturanalyse ein ausführlicher Einblick in den derzeitigen Erkenntnisstand zum Patientenrechtegesetz und zum Einfluss auf die Qualität der Behandlung gewonnen werden konnte. Es konnten daraus neue wissenschaftliche Erkenntnisse erzielt werden, die jedoch durch zukünftige Erhebungen untermauert und belegt werden sollten.

9. Fazit und Ausblick

Die wesentliche Änderung des Patientenrechtegesetzes besteht in der Kodifikation der Vielzahl an verstreuten Rechten selbst. Es werden grundsätzlich viele Vorgehensweisen aus zuvor bestehendem Richterrecht festgehalten. Tatsächliche Änderungen sind dabei nur wenige zu erkennen. Es sind weitere Ausführungen zu bestehenden Vorschriften ergänzt worden.

Das angestrebte Ziel Transparenz und Rechtssicherheit zu schaffen, wird durch die Bündelung der verstreuten Rechte in einem explizit dafür vorgesehenen Recht ermöglicht. Für Patienten aber auch Leistungserbringer wird eine Übersicht geschaffen, die die rechtlichen Rahmenbedingungen rund um die Behandlung vorgibt. Durch die Rahmenbedingungen wurde kein starres rechtliches Konstrukt gebildet. Es wurde ausreichend Spielraum für individuelle Rechtsprechungen, aber auch Anpassungen und Weiterentwicklungen der Patientenrechte gelassen.

Auf Grund der Individualität der einzelnen Fälle bei Behandlungen, Aufklärungs- oder Pflegefehlern durfte die Reaktionsfähigkeit der Rechtsprechung durch das PatRG nicht zu sehr eingeschränkt werden. Es musste genügend Freiraum für den Umgang mit den jeweiligen Besonderheiten eines Haftungsfalles gelassen werden. Durch § 630 h wurden zwar mögliche Fallkonstellationen, in denen Behandlungs- oder Aufklärungsfehler auftreten können, aufgezeigt. Gleichwohl obliegen der Rechtsprechung die Beurteilung des jeweiligen Fehlers und die Festlegung des Strafmaßes.

Rund um das Thema Qualität wurde deutlich, dass der Begriff Qualität unterschiedlich definiert wird und durch seine Vielfältige Bedeutung schwer zu greifen ist. Eine Vielzahl von Faktoren spielt für die Bewertung von Qualität eine große Rolle. In der Medizin ist die Qualität von zunehmender Bedeutung und in Urteilen über die Güte der Medizin und ihrer Leistungen kaum noch weg zu denken.

Das PatRG liefert durch die unterschiedlichen Regelungen diverse Möglichkeiten eine gewisse Qualität der medizinischen Behandlung zu erhalten und zu steigern. Die rechtlichen Vorgaben erscheinen häufig als zusätzlicher Arbeitsaufwand, besonders für die Leistungserbringer, jedoch können Chancen zum Lernen und Verbessern geboten werden. Die Qualität und der Erfolg der einzelnen Leistungen hängen dabei sehr stark von der Individualität der Körper und deren Reaktionen ab. Eine Möglichkeit zur Leistungserbringung mit hoher Qualität liegt im Prinzip des „Pay for Performance“, der qualitätsorientierten Vergütung.

Der tendenzielle Wandel des Gesundheitswesens zur Gesundheitswirtschaft ist zukünftig dazu angehalten die Bedürfnisse der Patienten nicht aus den Augen zu verlieren. In der ständigen Arbeit um die Kostendämpfung und Gewinnmaximierung sollten sowohl die Patientensicherheit- und zufriedenheit gewahrt werden, um die grundsätzlichen Absichten der Heilbehandlung von Kranken und Krankheitsvorbeugung zu erhalten.

Durch die Verpflichtungen der Krankenhäuser zur Implementierung eines Risiko- und Fehlermanagements und eines Beschwerdemanagements werden deutliche Akzente gesetzt die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten zu berücksichtigen.

Der Nutzen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten besteht in der Kodifikation selbst. Durch die einzelnen Regelungen werden die Ziele der Patientenbeteiligung- und information angeregt, als auch die Rechte in der Zusammenarbeit mit Leistungsträgern gestärkt. Die Neuerungen bestehen in der Ergänzung von Detailregelungen und weniger in der Entwicklung gänzlich neuer Rechte. Zudem wird durch das PatRG Patienten ein hohes Maß an Eigenverantwortung übertragen, was mit dem Verständnis für die eigenen Rechte beginnt. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass Überforderung und Informationsdefizite es Patienten schwer machen die Rolle des mündigen Patienten zu erfüllen. Es ist zweifelhaft, ob die breite Masse der Patienten das PatRG als eine tatsächliche Stärkung der Rechte empfindet und den Ansprüchen eines mündigen Patienten gerecht werden kann.

Zukünftig gilt es mit Hilfe empirischer Erhebungen zu erfassen welchen Stellenwert Patientenrechte tatsächlich für Patienten haben und wie ermöglicht werden kann, dass eine wirkliche Stärkung der Rechte erreicht werden kann. Aber auch was die Bedürfnisse von Patienten bezüglich der Qualität der Behandlung betrifft, können umfangreiche Befragungen Aufschluss geben.

Zudem sollte die Sicht der Leistungserbringer, Krankenhäuser und Krankenkassen auf das PatRG aufgeschlüsselt werden. Neue Erkenntnisse könnten erklären wie diese

Akteure mit dem PatRG arbeiten, welche Hindernisse es gibt und wie die Umsetzung optimiert werden könnte.

Die Fortentwicklung der Rechte von Patienten sollte weiterhin Gegenstand politischer Diskussionen bleiben, um neben der Gewährung von Rechtssicherheit für Patienten auch bei Herausforderungen wie dem demographischen Wandel weiterhin existieren zu können. Es wird von Bedeutung sein den Umgang anderer Länder mit Patientenrechten für Vergleiche und Verbesserungen heran zu ziehen und keinem Stillstand der rechtlichen Entwicklungen zu zulassen.

Die Rechtsprechung wird weiterhin auf fachliche Weiterentwicklungen und technologische Fortschritte in der Medizin reagieren müssen. Der nötige Freiraum in der Reaktionsfähigkeit der Richter auf Besonderheiten der einzelnen Haftungsfälle wird somit weiterhin Bestand haben müssen.

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten hat durch die Kodifikation einen wichtigen Grundstein in der Entwicklung um diesen Rechtsbereich geliefert. Eine unüberschaubare Materie wurde transparenter gestaltet und wird auch zukünftig von großer Bedeutung im Behandlungsalltag und der Politik sein.

Literaturverzeichnis

Bandelow, N., Eckert, F., & Rüsenberg, R. (2009): Gesundheit 2030- Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlage für Sozialwissenschaften - GWV Fachverlage GmbH.

Bergmann, K-O. & Wever, C. (2013): Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - Entwicklungen und Tendenzen 2012/2013. Medizinrecht , S. 659-661.

Bruhn, Manfred (2008): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Berlin : Springer Verlag.

Bundesärztekammer. (12. November 2013): Patientenrechtegesetz. Abgerufen am 25. Juni 2014 von [bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de):
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.49.11473>

Hart, D. & Francke, R. (2003): Patientenrechte. Abgerufen am 25. Juni 2014 von Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit: http://www.agz-rnk.de/agz/download/3/TK_Broschuere_Patientenrechte.pdf

Dillschneider, J., Theuer, D., Mieth, M., & Buchler, M. (März 2013): Patientenrechtegesetz - Auswirkungen auf die ärztliche Praxis. Der Chirurg, 84. Ausgabe, S. 325-326.

Donabedian, Avedis (1980): The definition of Quality and Approaches to its Assesment. Michigan: health administration press .

Flintrop, J. & Gerst, T. (14. Februar 2014): Qualität im Fokus. Deutsches Ärzteblatt ,111. Jg., S. 243-245.

Fischer, A. & Sibbel, R. (2011): Der Patient als Kunde und Konsument - Wie viel Patientensouveränität ist möglich? Wiesbaden: Gabler Verlag - Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Franke, F., Klein, A. & Schüller-Zwierlein, A. (2010): Schlüsselkompetenzen: Literatur recherchieren in Bibliothek und Internet. Stuttgart: Metzler´sche Verlagsbuchhandlung und Carl Ernst Poeschel Verlag GmbH.

Gaydoul, Tobias (2009): Qualitätsberichte von Krankenhäusern - Eine empirische Analyse aus informationsökonomischer Sicht. Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlage GmbH.

Gehrlein, Markus (2013): Grundwissen Arzthaftungsrecht. München: C.H. Beck oHG.

GKV-Spitzenverband (20. September 2013): Thema: Patientenrechte. Abgerufen am 25. Juni 2014 von [gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de): http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/patientenrechte/thema_patientenrechte.jsp

Hahne, Bettina (2011): Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Konzepte, Methoden, Implementierungshilfen. Düsseldorf: Symposion Publishing GmbH.

Hart, Dieter (Juli 2012): Ein Patientenrechtegesetz ohne Eigenschaften. GesundheitsRecht , S. 385-388.

- Hart, Dieter (März 2013): Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz. *Medizinrecht*, S. 159-165.
- Heiß, M. & Reiche, M. (2010): Qualität im Krankenhaus 2010 - Studie zu Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern - Eine Analyse des Umsetzungsstands und Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen. *Patienten- und Pflegerecht mit Qualitätsmanagement*, Heft 5/6, S. 126-131.
- Jaeger, Lothar (2013): Patientenrechtegesetz - Kommentar zu §§ 630a bis 630h BGB. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft GmbH.
- Jorzig, A., & Uphoff, R. (2012): Qualitätsmängel im Arzthaftungsprozess - Brauchen wir ein Patientenrechtegesetz? Heidelberg: Springer Verlag.
- Katzenmeier, Christian (2000): Patientenrechte in Deutschland heute. *Medizinrecht*, Heft 1, S. 24-25.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., & Wasem, J. (2014): Krankenhausreport 2014 - Schwerpunkt: Patientensicherheit. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2005): *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kray, R., Koch, C., & Sawicki, P. (2013): *Qualität in der Medizin dynamisch denken - Versorgung-Forschung-Markt*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Kubella, Kathrin (2011): *Patientenrechtegesetz*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mankiw, N. G. & Taylor, M. P. (2012): *Grundzüge der Volkswirtschaftslehre*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Mehmet, Yasemin (2011): *Qualitätsurteile in Patientenbefragungen - Von der Zufriedenheit zum reflektierten Urteil*. Wiesbaden: Gabler Verlag - Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Merkle, Walter (2014): *Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus*. Berlin: Springer-Verlag.
- Montgomery, F. U. & Dänzer, A. (2012): Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen. Abgerufen am 14. Juli 2014 von [bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de): <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.144.761.1036&all=true>
- Montgomery, F. U. (28. Februar 2014): Qualität erzeugt man nicht, indem man sie verwaltet. *Deutsches Ärzteblatt*, 111. Jg., Heft 9, S. 329-331.
- o.V. (2014): *Bürgerliches Gesetzbuch und Einführungsgesetz*. In *Zivilrecht - Wirtschaftsrecht* (S. 151-153). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- o.V. (11. Januar 2013): *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.

o.V. (22. März 2011): Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland. Medizinrecht , S. 236-239.

o.V. (19. Mai 2011): Leitfaden zu Aufbewahrungspflichten- und fristen von Dokumenten in Krankenhäusern. Abgerufen am 15. Juni 2014 von Deutsche Krankenhausgesellschaft: http://www.dkgev.de/media/file/9599.RS194-11_Anlage.pdf

o.V. (22. April 2014): Patientenrechte. Abgerufen am 25. Juni 2014 von bmg.de: <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>

o.V. (16. Januar 2012): Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Abgerufen am 14. Juli 2014 von [patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de): http://www.patientenbeauftragter.de/upload/bilder/aktuell/2011/Referentenentwurf_Patientenrechte-BMJ-BMG_Endfassung.pdf

o.V. (o.J.): Recht auf Behandlung – Abschluss eines Behandlungsvertrages und Abbruch der Behandlung. Abgerufen am 25. Juli 2014 von Ärztekammer Bremen: https://www.aekhb.de/data/mediapool/pa_re_behandlung.pdf

o.V. (1. Juni 2014): Sozialgesetzbuch V. In SBG – Sozialgesetzbuch (S). München: Deutscher Taschenbuchverlag.

o.V. (1. Oktober 2013): Strafgesetzbuch. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Ose, Dominik (2011): Patientenorientierung im Krankenhaus - Welchen Beitrag kann ein Patienten-Informations-Zentrum leisten. Wiesbaden: VS Verlage für Sozialwissenschaften - Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Rehborn, Martin (Mai 2013): Das Patientenrechtegesetz. GesundheitsRecht, 12. Jg., Heft 5/2013, S. 257-272.

Sandberg, Berit (2012): Wissenschaftlich Arbeiten von Abbildung bis Zitat - Lehr- und Übungsbuch für Bachelor, Master und Promotion. München: Oldenbourg Verlag.

Schelling, Philip (2003): Die ärztliche Aufklärung über die Qualität der Behandlung. Berlin: Springer-Verlag.

Schneider, Günther (2000): Patientenrecht. Medizinrecht, Heft 11, S. 497-504.

Siebert, H., & Biberthaler, P. (Juli 2013): Patientenrechtegesetz - Auswirkungen auf den klinischen Alltag. Der Unfallchirurg , S. 661-663.

Thole, Larissa (März 2013): Das Patientenrechtegesetz - Ziele der Politik . Medizinrecht , S. 145-149.

Ulsenheimer, Klaus (7. Februar 2014): Patientenrechtegesetz - Konsequenzen für die ärztliche Heilbehandlung. Der Anästhesist , S. 98-104.

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Anhang

Suchprotokoll der Literaturrecherche

Suchinstrument	Sucheingabe	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
HAW-Bibliotheken-Katalog	Patientenrechte gesetz in Deutschland	2	1	1. Kathrin Kubella (2011): umfangreicher Überblick zur Situation kurz vor der Änderung des PatRG; zukunftsorientierte Anmerkungen
HAW-Bibliotheken-Katalog	Patientenrechte UND Qualität	0	0	
HAW-Bibliotheken-Katalog	Patientenrechte	9	3	1. Patientenrechte einfach erklärt: patientenfreundlicher Erläuterung; weniger wissenschaftliche Quelle 2. Dominik Ose (2011): Patientenorientierung im Gesundheitswesen umfangreich aufgearbeitet; Patientenrechte und Arzt-Patienten-Verhältnis 3. Kathrin Kubella (2011): s.o.
HAW-Bibliotheken-Katalog	Qualität UND Behandlung	4	1	1. Yasemin Mehmet (2011): Verschiedene Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnisses; Erläuterung der Charakteristika von Qualität und gesetzliche Regelungen zur Qualität im Gesundheitswesen
HAW-Bibliotheken-Katalog	Qualität UND Medizin	10	4	1. Ralph Kray (2013): Dynamik von Qualität, dessen Widerstände, Rolle des Arzt-Patienten-Verhältnisses für Qualität 2. Andrea Fischer (2011): Patient als souveräner Verbraucher; Patient vs. Kunde 3. Nils C. Bandelow

				<p>(2009): Zukunft von Qualität – gesammelte Beiträge; Herausforderungen und Ansätze für Qualität</p> <p>4. Wörterbuch Qualitätsmanagement: Hintergrundwissen zu Begrifflichkeiten</p>
Beluga-Regionalkatalog Hamburger Bibliotheken	Patientenrechte gesetz	15	5	<p>1. Risikomanagement und Fehlervermeidung (2014): Einfluss des PatRG; Einführung Risikomanagement in einer Klinik</p> <p>2. Jorzig, Uphoff (2012): Erarbeitung der Notwendigkeit des PatRG</p> <p>3. Jaeger (2013): kritische Anmerkungen und Kommentare zu Änderungen des PatRG 2013</p> <p>4. Kubella (2011): s.o.</p> <p>5. Spickhoff (2012): rechtpolitische Anmerkungen zum geplanten PatRG (Verfügbarkeit schwierig)</p>
Beluga-Regionalkatalog Hamburger Bibliotheken	Patientenrechte	97	8	<p>1. Kubella (2011): s.o.</p> <p>2. Jorzig, Uphoff (2012): s.o.</p> <p>3. Ose (2011): s.o.</p> <p>4. Schelling (2003): Auswirkungen der ärztlichen Aufklärung auf die Qualität der Behandlung</p> <p>5. Krankenhausreport 2014: Beitrag der Patientenrechte zur Sicherheit und Ausblick für zukünftiges politisches Handeln; Qualitätssicherung zur Stärkung Patientensicherheit</p> <p>6. Jaeger (2013): s.o.</p> <p>7. Schneider (2000): Status quo der Patientenrechte um 2000/vor der Änderung</p> <p>8. Katzenmeier (2000):</p>

				Diskussion des Dokumentes „Patientenrechte in Deutschland heute“
Beluga-Regionalkatalog Hamburger Bibliotheken	Qualitätsmanagement Patientenrecht	5	1	1. Zeitschrift Patienten- und Pflegerecht mit Qualitätsmanagement (2010): Beurteilung des QM
Springer Link	Patientenrechte gesetz	297	8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rehborn (2013): kritische Erläuterung der Unterthemen des PatRG 2013, einzelne Begrifflichkeiten detailliert aufgegriffen, abschließend Zukunftsaussicht 2. Thole (2013): Historischer Hintergrund, Status Quo, Inhaltliche Änderungen der Patientenrechte 3. Hart (2012): Beschreibung der eigentlichen Absichten des Gesetzesänderung, tatsächlichen Änderungen und was fehlt 4. Mitsch (2011): Patientenbeauftragter zu den Grundlagen der Änderung des Patientenrechtgesetzes 5. Siebert, Biberthaler (2013): Auswirkungen des Änderungen im klinischen Alltag, Maßnahmen zur erfolgreichen Umsetzung der Änderungen 6. Dillschneider et al. (2013): Beschreibung der Änderungen im PatRG 2013, Auswirkungen auf die ärztliche Praxis 7. Hart (2013): Bedeutung der Patientensicherheit, Einfluss der Patientenrechte auf die

				<p>Sicherheit der Patienten, Gesamtbewertung des Zusammenspiels von Patientensicherheit und PatRG</p> <p>8. Ulsenheimer (2014): Zielsetzung und Änderungen des PatRG, Konsequenzen für ärztliche Heilbehandlung, kurzes Fazit</p>
Weitere Literatur aus Vor- Ort-Recherche in den Bibliotheken			1	1. Bürgerliches Gesetzbuch (2014): aktuelle Änderungen zum PatRG
Weitere Literatur aus Vor- Ort-Recherche in den Bibliotheken	Systematische Literaturrecherche		2	<p>1. Franke et al. (2010): ausführliche Beschreibung des Prozess der Recherche</p> <p>2. Kleibel, Mayer (2005): Hintergrundwissen zur Literatur, Beschreibung der einzelnen Schritte, hilfreiche Abbildung zum Prozess</p>
Internetrecherche	Patientenrechte		3	<p>1. Bundesministerium für Gesundheit (2014): allgemeiner Beschreibung offizieller Seite</p> <p>2. Bundesärztekammer (2013): kritische Bewertungen der Änderungen aus Sicht der Ärzteschaft</p> <p>3. GKV-Spitzenverband (2013): erfolgreiche Umsetzungen und welche notwendigen Schritte noch getan werden müssen</p>