



Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann (Hrsg.)

Gesundheitsmonitor 2010

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

| Verlag BertelsmannStiftung

5 Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand

Bernard Braun, Gerd Marstedt

Patientenrechte im deutschen Gesundheitssystem

Die normative Realität von Patientenrechten im deutschen Gesundheitssystem

Der jüngst vorgelegte Antrag einiger SPD-Bundestagsabgeordneter »Für ein modernes Patientenrechtegesetz« (Volkmer et al. 2010) hat erneut gezeigt, dass Patientenrechte im deutschen Gesundheitssystem einige Besonderheiten aufweisen. Einerseits beginnt der Antrag mit der Feststellung, die »rechtlichen Rahmenbedingungen für den Schutz von Patientinnen und Patienten in Deutschland sind im internationalen Vergleich gut«. Andererseits werden dann jedoch Vorschläge und Forderungen aufgestellt, um die rechtliche Basis in einigen Bereichen überhaupt erst herzustellen, um bestehende rechtliche Bestimmungen übersichtlicher und verständlicher zu gestalten, um Patienteninteressen zu einem dominanten rechtlichen Bezugspunkt zu machen und Vollzugsdefizite zu verhindern.

Gerade der Umfang dieser Liste von Unzulänglichkeiten lässt aber die Frage aufkommen, ob ein einheitliches Patientenrechtegesetz wirklich Wesentliches ändern kann und wird, selbst wenn es derzeit sowohl von der SPD wie von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP explizit als Ziel formuliert wird: »Die Patientenrechte sollen in einem Patientenschutzgesetz gebündelt werden.«

Für das Verständnis und mögliche Änderungen der gegenwärtigen Realität der Patientenrechte in Deutschland sind drei soziale Dimensionen wesentlich:

- der vorhandene normative Rahmen
- die strukturellen wie prozeduralen Vollzugsdefizite
- die sozialen Handlungszusammenhänge, in denen Patientenrechte artikuliert, definiert und ausgehandelt werden

Normativer Rahmen

Die Bestimmungen, die sich mit den individuellen wie kollektiven Rechten von Patienten und entsprechenden Pflichten anderer Akteure im Gesundheitswesen beschäftigen, entspringen nicht einem großen Wurf, der sich systematisch und übersichtlich aus eindeutig benannten Interessen von Patienten ableitet. Es handelt sich vielmehr um ein rechtliches Konvolut von Regelungen, die ungleichzeitig entstanden sind, unterschiedlichen Interessen und Verständnissen entstammen, sowie auf zahlreiche Rechtsgebiete, Einzelbestimmungen und Gerichtsurteile verstreut sind. So finden sich Festlegungen zu Patientenrechten unter anderem in folgenden Rechtsgebieten.

Sozialrecht: Hierzu gehören schon seit dem Inkrafttreten des SGB I (1975) und SGB V (1989) zahlreiche individuelle Beratungs-, Aufklärungs- und Auskunftsrechte, welche Versicherte und Patienten gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse haben (z.B. §§ 13 bis 17 SGB I, § 1 SGB V, § 305 SGB V [Patientenquittung]). Außerdem stellen für GKV-Versicherte das Recht auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 SGB V), die freie Wahl eines Krankenhauses (§ 39 Abs. SGB V) und das Recht auf Zweitmeinung innerhalb einer laufenden Behandlung wichtige Rechte dar – wobei Letzteres nicht verwechselt werden darf mit dem sogenannten Zweitmeinungsverfahren für Ärzte (§ 73d SGB V), die sehr teure und spezielle Arzneimittel verordnen. Hierzu gibt es aber jeweils meist im zweiten Absatz der Paragraphen einige Einschränkungen und Begrenzungen der freien Arztwahl, z.B. auch bei der Einschreibung in einen Hausarztvertrag. Von grundsätzlicher Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung sind außerdem das Recht auf Behandlung nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) oder das Recht auf eine zusätzlich bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung, zu der auch geeignete Maßnahmen für eine »humane Krankenbehandlung« gehören (§ 70 SGB V).

In jüngerer Zeit kamen durch das SGB V eine Reihe kollektiver Patientenrechte hinzu, wie beispielsweise Mitberatungs- und Antragsrechte für Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 140f SGB V), die Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unter Beteiligung von Patientenvertretern (§ 139a Abs. 5 SGB V) sowie die Schaffung des Amtes der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen

und Patienten (§ 140h SGB V) als einer zentralen Vertretung von Patienteninteressen in sämtlichen Gesetzgebungsverfahren.

Standesrecht: Vor allem im Abschnitt II (»Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten«) oder im Abschnitt C (»Verhaltensregeln [Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung]«) der Musterberufsordnung der Ärzte, und nicht in einem speziellen Gesetz, sind zum Beispiel die für Patienten bedeutsamen Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln des Arztes wie die Aufklärungspflicht, die Schweigepflicht, Dokumentationspflichten, die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Honorarprinzipien und Vergütungsabreden festgelegt.

Zivilrecht: Im Zivilrecht geht es im Wesentlichen um die vertragliche Gestaltung der Behandlung eines Patienten durch einen Arzt und die dabei zu berücksichtigenden Aspekte der Aufklärungs-, Dokumentations- oder Verschwiegenheitspflicht sowie die Arzthaftungspflichten. Da der Behandlungsvertrag gesetzlich weiterhin über den § 611 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) wie ein allgemeiner Dienstvertrag mit irgendeinem anderen Dienstleister geregelt ist, kommt besonders hier der Rechtsprechung die entscheidende Rolle zu, Rechte und Pflichten zu konkretisieren. Nach Expertenschätzung basieren 80 Prozent der Patientenrechte auf richterlichen Rechtsprechungen. Dies bringt eine für den einzelnen Patienten, aber auch für juristische Experten nicht mehr zu überblickende und keineswegs widerspruchsfreie Fülle von Einzelentscheidungen und Sonderregelungen mit sich. Darüber hinaus bewirkt die hohe Relevanz von Richterrecht unterhalb der obersten Bundesgerichte eine systematische Unsicherheit darüber, ob ein zweiter Richter selbst in einem vergleichbaren Fall der Meinung seiner Fachkollegen folgt oder nicht.

Das Zivilrecht birgt für den Arzt – wie für andere Behandlungseinrichtungen – auch das Haftungsrisiko: Wer einen Schaden anrichtet, der schuldhaft verursacht, objektiv vorhersehbar und abwendbar war, haftet für die Folgen, die unter Umständen zusätzlich auch strafrechtlich relevant werden können. Der zivilrechtliche Teil der Arzthaftung umfasst vor allem den Schadenersatz für das konkrete vorläufige oder fahrlässige Fehlverhalten.

Strafrecht: Zu der im Zivilrecht geregelten Arzthaftung kommt noch die potenziell strafrechtliche Haftung von Ärzten hinzu, die im Strafgesetzbuch geregelt ist. Dazu muss ein dort geregeltes ärztliches Fehlverhalten vorliegen, welches zu einem Strafprozess und mögli-

cherweise zu einer strafgerichtlichen Verurteilung führt. Zu denken wäre z. B. an das Delikt der eigenmächtigen, d. h. ohne Zustimmung des Behandelten erfolgten Heilbehandlung nach § 110 StGB. Dies ist insofern ein fundamentales Patientenrecht, weil nur durch die ausdrückliche Zustimmung der prinzipielle Charakter jeder Behandlung, nämlich eine Körperverletzung darzustellen, aufgehoben wird.

Sicherheitsrecht: Das allgemeine Recht auf körperliche Unversehrtheit konkretisiert sich z. B. für die Behandlung mit Arzneimitteln im Rahmen des Arzneimittelgesetzes auch gegenüber den Herstellern des schädigenden Arzneimittels. So haftet ein Hersteller nach § 84 Abs. 1 S. 2 Arzneimittelgesetz (AMG) für die durch sein Präparat verursachten Schäden.

Vollzugsdefizite

Selbst wenn Patienten oder Ärzte und Krankenhäuser die gesamte rechtliche Basis der Patientenrechte kennen und verstehen würden, scheitert ihre zufriedenstellende Realisierung häufig noch an einer Fülle von Vollzugsdefiziten. Diese sind Folge eines historisch, d. h. ungleichzeitig und ungleichartig entstandenen Konglomerats einzelner gesetzlicher Regelungen und richterlicher Urteile, deren Unübersichtlichkeit und auch partielle Widersprüchlichkeit eine Umsetzung in der Alltagsrealität des Gesundheitssystems erschwert und teils auch verhindert.

Zu der Vielzahl und Heterogenität der Rechtsgebiete und rechtlichen Bestimmungen, aus denen sich die Patientenrechte ergeben, kommt noch eine große Zahl von Institutionen und Akteuren hinzu, die für das Einklagen von Patientenrechten zuständig sein können oder auch nur für die Klärung der Frage, ob gegen Rechte verstoßen worden ist. Auch diese Akteure und Institutionen folgen nur selten einem eindeutigen und verbindlich definierten Patienteninteresse, sondern meist eigenen Partialinteressen oder Normen und Wertorientierungen – Logiken, die sich weder mit Patienteninteressen und -sichtweisen noch mit den Interessen, Sicht- und Handlungsweisen der anderen Institutionen und Akteure decken müssen. Ein Großteil an Vollzugsdefiziten beruht darauf, dass bei Entscheidungen im Gesundheitswesen entweder andere als die Interessen des Patienten dominieren oder das Nebeneinander von Patienten- und institutionel-

len Eigeninteressen zu Spannungen, Verzögerungen oder Umdeutungen von Problemen führt. Verzögerungen können aber im Gesundheitsbereich fundamentale Schädigungen oder Verluste an Lebensqualität zur Folge haben.

Die wichtigsten Institutionen, Akteure und Prozeduren im Bereich der Vollzugsdefizite von Patientenrechten sind folgende. An erster Stelle steht das Recht von Patienten, sich direkt bei Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhausträgern), Krankenkassen, Ärztekammern oder anderen Gesundheitseinrichtungen über subjektiv wahrgenommene Verletzungen oder die Nichtbeachtung von Patientenrechten zu beschweren und/oder förmlichen Widerspruch gegen Entscheidungen einzulegen. Wenn sich ein Leistungserbringer aus Sicht eines Versicherten nicht ausreichend um Patientenrechte kümmert oder sie verletzt, kann der Patient ihn ohne Probleme wechseln. Die Möglichkeit, seine gesetzliche Krankenkasse zu wechseln, wenn sie gegen Patientenrechte verstößt oder sie billigend in Kauf nimmt, besteht aber nicht.

Sofern kommunikative Methoden und Instrumente zu keiner befriedigenden Lösung führen, gibt es je nach betroffenem Patientenrecht die Möglichkeit, ein sozial-, zivil- oder strafrechtliches Verfahren einzuleiten.

Geht es um Schadenersatzansprüche bei Behandlungsfehlern, können gesetzliche Krankenkassen ihre Versicherten unterstützen (§ 66 SGB V). 2007 boten 57 Prozent der Krankenkassen ein professionelles Behandlungsfehler-Management an. In einer Studie geben 66 von 115 befragten Kassen an, dafür eigens eingerichtete Abteilungen zu unterhalten.

Zum Service gehören vor allem Gutachten des Medizinischen Dienstes. Diese erlauben es den Versicherten abzuschätzen, ob sie in einem gerichtlichen Schadenersatzverfahren überhaupt eine Chance haben. Der AOK-Bundesverband erstellte 2007 schätzungsweise 4.000 Gutachten für Versicherte, 1.340 waren es bei der Barmer Ersatzkasse, die derzeit in insgesamt 7.800 Fällen gegen Kliniken und Mediziner wegen Falschbehandlung vorgeht. Da die Krankenkassen dabei auch oder sogar vorrangig das Ziel verfolgen, eigene Behandlungskosten (nach § 116 SGB X) zurückzufordern, muss sich der betroffene Patient immer noch selbst um Schadenersatz und Schmerzensgeld kümmern, kann dabei aber in der Regel die Gutachten seiner Krankenkasse heranziehen. Sollte dieses nicht ausreichen, kommen vor

allem bei nicht eindeutigen Streitfällen zunächst einmal hohe Gutachtenkosten im fünfstelligen Euro-Bereich zusammen, bei denen nicht von vornherein klar ist, wer sie endgültig tragen muss.

Die Ärztekammern haben zum Konfliktbereich Behandlungsfehler seit Langem kostenfreie Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen eingerichtet, die mit Juristen und Ärzten besetzt sind und patientenseitig vermutete Behandlungsfehler klären sollen. In vielen Fällen können durch die Schlichtungsstellen anhängige Streitverfahren beendet werden. An der uneingeschränkten Funktionsfähigkeit dieser Schiedsstellen kann jedoch gezweifelt werden: Zum einen wurde lediglich eine Minderheit der Streitfälle zugunsten der Patienten entschieden – laut Bundesärztekammer gingen 2009 7.424 Beschwerden ein, von denen 2.184 als Behandlungsfehler bewertet wurden (Bundesärztekammer, Pressemitteilung 23. Juni 2010); zum anderen ist das Verfahren nicht eindeutig unabhängig von den Interessen der Ärzte und Arzthaftpflichtunternehmen.

Über Patientenrechte und Möglichkeiten der Durchsetzung informieren mittlerweile unübersichtlich viele schriftliche Ratgeber auf dem Buchmarkt, z.B. die sogenannte »Patientencharta« (2002) oder der 1999 von zahlreichen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen verabschiedete Leitfaden »Patientenrechte in Deutschland – Leitfaden für Patienten und Ärzte« (Bundesärztekammer et al. o. J.). Weiterhin gibt es Ratgeber von Selbsthilfegruppen oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien, Hilfsangebote im Internet (z.B. das Forum Patientensicherheit von BÄK und KBV) und Beratungsstellen, etwa der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) oder der Verbraucherzentralen. Über die Qualität und Verpflichtung dieser Angebote auf Patienteninteressen ist wenig bis gar nichts bekannt. Allein schon die organisatorische Nähe mancher dieser Angebote zu Institutionen, die auch Interessen von Leistungserbringern verfolgen, lässt aber den Verdacht häufigerer Interessenkollisionen aufkommen.

Theoretisch könnten Patienten sich auch bei gewählten Vertretern der selbstverwalteten Leistungserbringer und Krankenkassen beschweren, wenn sie den Eindruck haben, dass Krankenkassen oder Kassenärztliche Vereinigungen zu wenig die gesetzlichen Vorschriften zur Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit (siehe § 70 SGB V) umsetzen und damit gegen zentrale Patientenrechte verstoßen. Da es sich bei solchen Rechten um eine Frage »grundsätzlicher Bedeu-

tung« (§ 197 SGB V) handelt, kann oder muss sogar das Organ der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingreifen und Entscheidungen treffen.

Organisatorische, motivationale und auch qualifikatorische Defizite der Selbstverwalter und ein völlig anderes Verständnis der Vertretung von Versicherteninteressen führen dann aber dazu, dass das hier angedeutete Verfahren, Patientenrechte geltend zu machen, praktisch kaum eine Rolle spielt oder Initiativen in einer Sackgasse enden (vgl. zu den Hintergründen Braun et al. 2008).

Vollzugsdefizite beruhen also auch auf der Unübersichtlichkeit und Uneindeutigkeit rechtlicher Bestimmungen und deren Unkenntnis aufseiten der Versicherten und Patienten. Dazu kommen eine Vielzahl der Institutionen, Prozeduren und Akteure, die sich um die praktische Umsetzung von Patientenrechten kümmern sollen oder sich dies selbst zum Ziel gesetzt haben. Vollzugsdefizite entspringen aber auch den Besonderheiten der interaktiven und kommunikativen Arenen, in denen letztlich entschieden wird, ob und wie Rechte thematisiert, verwehrt, in Anspruch genommen und durchgesetzt werden. Zu den Voraussetzungen eines besseren Vollzugs von Patientenrechten gehören also nicht nur eindeutige und praxisorientierte rechtliche Bestimmungen, sondern z. B. auch ein kooperativeres Verständnis der Interaktion von Patienten und Ärzten oder die Angleichung von »Kulturen« und die Befähigung von Patienten, ihre Rechte nicht nur zu kennen, sondern sie auch gegen andere Interessen und Akteure durchsetzen zu können.

Patientenrechte als Ergebnis sozialer Interaktion und Kommunikation in sozialen Arenen

Ein hier wegen der speziellen Bedeutung getrennt betrachtetes Vollzugsdefizit beruht darauf, dass die Umsetzung von Patientenrechten nicht nur eine Frage der Kognition, des theoretischen oder praktischen Verständnisses von Recht ist. Sie ist auch in besonders hohem Maße abhängig von der Bereitschaft und Fähigkeit zu zielgerichtetem und potenziell diskursbarem sozialem Handeln.

Dabei ist auf ein fundamentales Problem oder sogar einen Widerspruch hinzuweisen: Patient zu sein, impliziert stets auch eine Beeinträchtigung der körperlichen, psychischen und mentalen Fähigkeiten

und damit auch der wichtigsten Voraussetzungen für die selbstbewusste Artikulation und Durchsetzung von Patientenrechten. Der Charakter von Gesundheitsdienstleistungen bedeutet ferner, dass ein Beharren auf dem Patientenrecht zu umfassender Aufklärung dann »face to face« in der Arzt-Patient-Interaktion erfolgen muss. Selbst wenn sich Patienten gut auf diese Interaktionssituation vorbereiten können, erfordert die Bewältigung mehr als medizinisches und juristisches Wissen, nämlich auch eine große Kommunikations-, Entscheidungs- und bisweilen auch Konfliktfähigkeit.

Wenn nämlich Patientenrechte bezüglich der gesundheitlichen Therapie im Nachhinein reklamiert werden oder eine Revision der Behandlung verlangt wird, hilft dies häufig gesundheitlich nichts mehr, kommt es vielleicht sogar zu Verzögerungen des Erhalts der patientengerechten Leistungen oder auch zum Streit über die Stimmigkeit retrospektiver Vorstellungen.

Diese Art von Vollzugsdefiziten aufseiten der einzelnen Patienten zu vermeiden, wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die kognitiven Kompetenzen und die Fähigkeit, eigene Interessen und Belange gegen widerstreitende Akteure durchzusetzen, ungleich verteilt sind. Interessenverbände und Repräsentanten von Ärzten wie Kassen sind meist mit hoher Definitionsmacht ausgestattet und verfügen über umfangreiches juristisches Wissen. Dies führt zu einer Kumulation sozialer Nachteile: Ein höheres Erkrankungsrisiko findet sich häufiger in unteren sozialen Schichten, deren Angehörige auch ein im Durchschnitt niedrigeres Bildungsniveau aufweisen und unterdurchschnittliche Kompetenzen und Erfahrungen zur aktiven Vertretung von Interessen haben.

Patientenrechte in Deutschland – Bekanntheit und Nutzung

Eine wichtige inhaltliche Anforderung an die künftige Gesetzgebung zu Patientenrechten lautet, ein neues, einheitliches Gesetz systematisch aus der Perspektive der Patienten zu entwickeln. Dabei ist es gut zu wissen, was Patienten oder Versicherte über ihre derzeitigen Rechte wissen, ob und wie sie mit diesen im Bedarfsfall umgehen und welchen der bekanntermaßen zahlreichen Akteure, die sich um Patientenrechte »kümmern«, sie am meisten vertrauen oder Kompetenz zubilligen. Diese Fragen haben wir im Rahmen der 17. Befra-

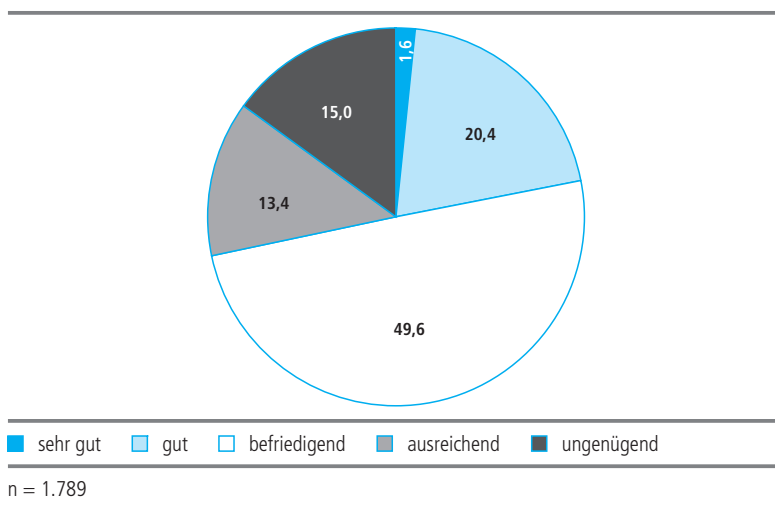
gungswelle des Gesundheitsmonitors im Frühjahr 2010 insgesamt 1.789 Bürgern und Bürgerinnen im Alter von 18 bis 79 Jahren gestellt.

Kenntnis der Patientenrechte

Auf die generelle Frage, wie gut sie über ihre Rechte als Patient Bescheid wissen, antworten weniger Personen (22 %) mit »gut« oder »sehr gut« als mit »ausreichend« oder gar »ungenügend« (28 %). Die große Mehrheit (50 %) antwortet hier »befriedigend« (Abbildung 1).

Untersucht man die Selbsteinschätzung etwas differenzierter nach soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Haushaltseinkommen, PKV/GKV-Mitgliedschaft, Bildungsabschluss, West/Ost, Gesundheitszustand, Beschäftigung im Gesundheitswesen), gibt es relativ wenige signifikante Unterschiede zwischen gutem Kenntnisstand (zusammengefasste Bewertungen »sehr gut«, »gut« und »befriedigend«) und dem aus den Noten »ausreichend« und »ungenügend« gebildeten schlechten Kenntnisstand. Hochsignifikant bessere Kenntnisse haben erwartungsgemäß Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen (72 % gegenüber 65 % bei Menschen mit niedrigerem Bildungsstand; $p < 0,05$), Befragte, die früher oder derzeit im Ge-

Abbildung 1: »Wie gut wissen Sie über Ihre Rechte als Patient Bescheid?«



Angaben in Prozent der Befragten

sundheitswesen arbeiten (84 % gegen 69 %, $p < 0,001$), Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (78 % gegen 70 %, $p < 0,01$) und Befragte über 60 Jahre (76 % gegenüber 70 % in den beiden jüngeren Altersgruppen, $p < 0,05$).

Ob die Befragten ihre Kenntnisse möglicherweise unter- oder überschätzen und daher Probleme in konkreten Entscheidungssituationen bekommen könnten, zeigt ein Blick auf die Antworten, ob es bestimmte Rechte tatsächlich so gibt. Folgende Statements wurden im Fragebogen mit den Antwortkategorien »trifft zu«, »trifft nicht zu« oder »weiß nicht« vorgegeben.

- Der Patient hat grundsätzlich das Recht, Arzt und Krankenhaus frei zu wählen und zu wechseln.
- Patienten, die entscheidungsfähig sind, können den Behandlungsabbruch und das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen verlangen.
- Der Arzt hat den Patienten über Art und Umfang der Behandlung und die gesundheitlichen Risiken entweder in einem persönlichen Gespräch oder durch schriftliche Materialien und Aufklärungsbögen aufzuklären.
- Der Arzt darf auch enge Verwandte und Angehörige nur dann über den Gesundheitszustand des Patienten informieren, wenn dieser ihn dazu ermächtigt.
- Der Patient hat das Recht, seine Behandlungsunterlagen einzusehen und auf seine Kosten Kopien davon anfertigen zu lassen.
- Bevollmächtigte von Patienten können bei unheilbaren Erkrankungen auch eine gezielte Lebensverkürzung verlangen, wenn eine Patientenverfügung vorliegt.
- Bei einem dauerhaften Wechsel des Arztes kann der Patient die Herausgabe der Behandlungsunterlagen im Original zur Weitergabe an den neuen Arzt verlangen.
- Auf Fragen des Patienten darf der Arzt in bestimmten Fällen von der Wahrheit abweichen, wenn dies seiner Auffassung nach der Genesung zugutekommt.

Im Fragebogen wurden die Statements in anderer Reihenfolge vorgegeben. Während die in den ersten fünf Feststellungen angesprochenen Rechte des Patienten eindeutig und uneingeschränkt zutreffen, handelt es sich bei den letzten drei Statements eindeutig nicht um geltend zu machende und sinnvolle Rechte. Die sachkundige

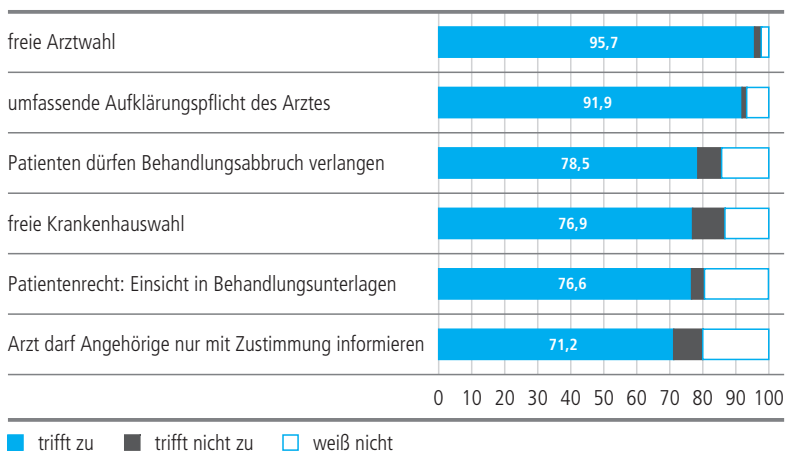
Antwort müsste dort also »trifft nicht zu« lauten. Wie weit die befragten Bürgerinnen und Bürger nun über diese einzelnen tatsächlichen oder vermeintlichen Patientenrechte Bescheid wissen, zeigen die Abbildungen 2 und 3.

Bei den Kenntnissen über die von uns ausgewählten Patientenrechte gibt es erhebliche Unterschiede, grob drei Konstellationen:

Zwei Regelungen (freie Arztwahl und umfassende Aufklärung durch den Arzt) werden von über 90 Prozent der Befragten als zutreffend erkannt. Einige weitere Patientenrechte werden von 71 bis 79 Prozent der Befragten korrekt als zutreffend bewertet; jeweils etwa 15 bis 20 Prozent sagen »weiß nicht«, nur sehr wenige (etwa 4–10 %) geben ein falsches Urteil. Damit kennen rund ein Viertel aller GKV- und PKV-Versicherten beispielsweise nicht ihr Recht auf die freie Krankenhauswahl, auf Einsicht in ihre Behandlungsunterlagen oder auf das Recht, dass ein Arzt nur mit ihrer Zustimmung Angehörige über ihren Gesundheitszustand informieren darf.

Drei Statements schließlich werden nur von einer Minderheit (zwischen knapp zehn Prozent bis unter 40 Prozent der Befragten) richtig beurteilt, also als unzutreffend eingestuft. Bei allen drei Feststellungen fällt auch umgekehrt der Anteil der Befragten auf, die das in Wirklichkeit nicht vorhandene Recht für zutreffend halten, es also

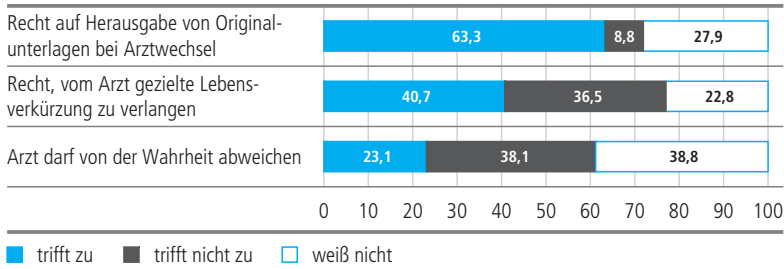
Abbildung 2: Bewertung richtiger Feststellungen zu Patientenrechten



n = 1.789

Angaben in Prozent der Befragten

Abbildung 3: Bewertung falscher Feststellungen zu Patientenrechten



n = 1.789

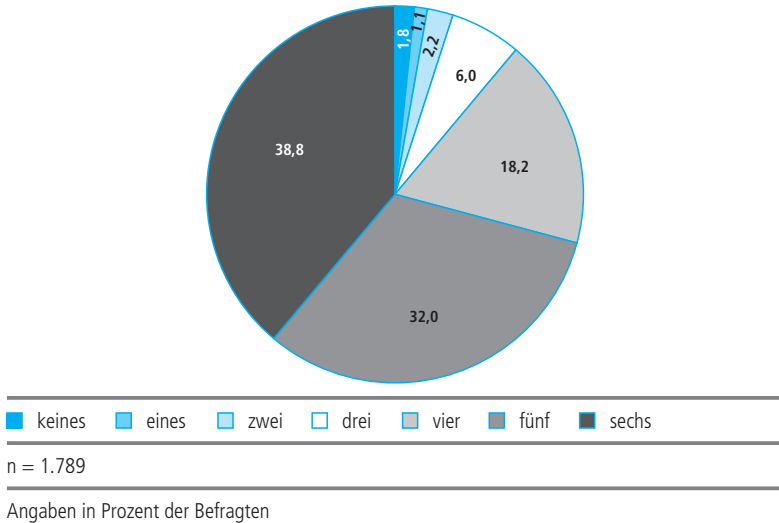
Angaben in Prozent der Befragten

im Ernstfall artikulieren und durchzusetzen versuchen: 23 Prozent würden es hinnehmen oder gehen davon aus, dass ihr Arzt ihnen auf bestimmte Fragen die Unwahrheit sagt, 41 Prozent meinen, sie oder von ihnen Bevollmächtigte könnten von ihrem Arzt bei unheilbaren Erkrankungen eine gezielte Lebensverkürzung verlangen, und 63 Prozent würden zu Unrecht bei einem Arztwechsel die Herausgabe von Originalunterlagen verlangen. Zwischen rund 22 und fast 40 Prozent der Befragten geben aber bei all diesen Feststellungen an, sie könnten sich kein Urteil erlauben oder wüssten dazu nichts zu sagen. Es könnte gegen eine Interpretation dieser Ergebnisse gesagt werden, sie beruhte maßgeblich auf der »hinterlistigen« Vermischung zutreffender mit nicht zutreffenden Rechten und es gäbe eine Tendenz, lieber mit »trifft zu« als mit »trifft nicht zu« zu antworten. Dies ändert jedoch nichts daran, dass solche Unsicherheiten oder Fehleinschätzungen auch in wirklichen Entscheidungssituationen das Verhalten derselben Personen mit mehr oder weniger negativen Folgen beeinflussen können.

Knapp 39 Prozent der Befragten haben alle tatsächlich existierenden Patientenrechte zutreffend erkannt, sind also umfassende »Patientenrechtekenner«. Wie Abbildung 4 zeigt, waren sich 89 Prozent sicher, dass mindestens vier der genannten Rechte existieren. Nur 1,8 Prozent aller antwortenden Personen bewerteten keines der sechs Rechte als zutreffend.

Mehr als drei richtige Bewertungen gaben Personen mit hohem Bildungsabschluss (90 % gegenüber 85 %, $p < 0,01$), Beschäftigte im Gesundheitswesen (93 % gegenüber 88 %, $p < 0,01$) und Personen

Abbildung 4: Wie viele richtige Patientenrechte wurden zutreffend bewertet?

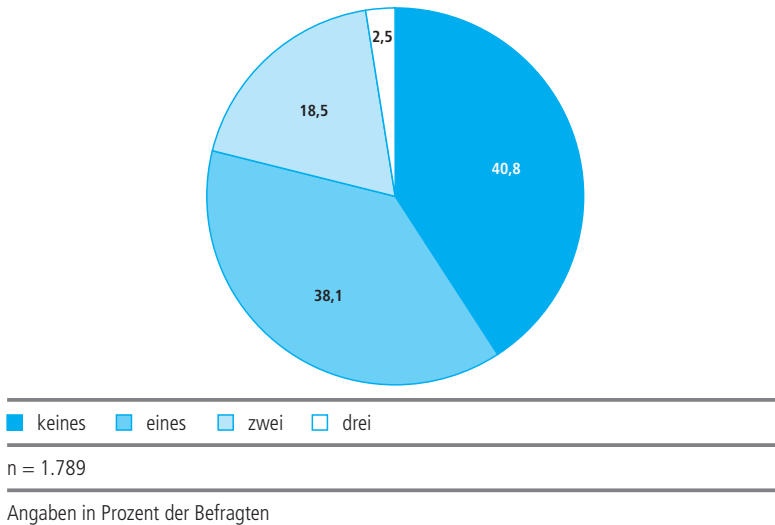


mit einem monatlichen Haushaltseinkommen von 1.000 Euro und mehr (89 % gegenüber 82 %, $p < 0,05$) ab.

Sieht man sich an, wie Befragte bei den drei Statements antworten, die keine Patientenrechte sind (Abbildung 5), so zeigt sich: 41 Prozent antworten bei allen drei Feststellungen falsch, was auf eine hohe Anzahl von »Patientenrechte-Nichtkennern« hinweist. Nur 2,5 Prozent aller Befragten bewerten alle drei Angaben als unzutreffend.

Von den Personen, die zwei oder drei der falschen Feststellungen erkannten, gehören signifikant viele zu der Gruppe mit höheren Bildungsabschlüssen (22 % gegenüber 13 %, $p < 0,001$), zu denjenigen mit sehr guter oder ausgezeichneter Gesundheit (28 % gegenüber 16 % und 19 %, $p < 0,05$), zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen (26 % gegenüber 20 %, $p < 0,05$), zu den Personen mit einem Haushaltseinkommen über 2.999 Euro (26 % gegenüber 12 %, $p < 0,01$) und zur Altersgruppe bis 39 Jahren (29 % gegenüber 21 % und 13 %, $p < 0,001$).

Abbildung 5: Wie viele falsche Patientenrechte wurden richtig bewertet?



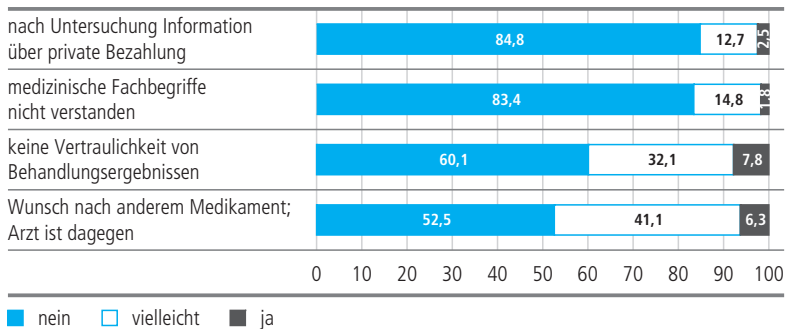
Verhalten in kritischen Situationen in der Arztpraxis

Wie eingangs dieses Kapitels dargestellt, ist für eine Wahrung von Patientenrechten nicht nur wichtig, sie zu kennen, sondern auch die Fähigkeit, sie in der sozialen Situation des Arztbesuchs, also oft unter persönlichen Leidensbedingungen und der meist asymmetrischen Konstellation in der Arzt-Patient-Beziehung zu erinnern und durchzusetzen.

Wie es mit der Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger aussieht, auf ihren Rechten zu bestehen und eine eigene Position zu artikulieren, zeigen Fragen zu alltäglichen Konfliktsituationen in Arztpraxen (Abbildung 6). So sollten die Befragten sagen, wie sie in bestimmten Situationen auf das ärztliche Verhalten reagieren würden (darüber hinweggehen, vielleicht darüber hinweggehen, nicht darüber hinweggehen), und zwar im Fall:

- einer für sie wegen zu vieler medizinischer Fachbegriffe schwer verstehbaren Information über ihre gesundheitliche Situation
- des nicht vertraulichen Umgangs mit eigenen Behandlungsergebnissen gegenüber anderen Patienten, wie z. B. Ergebnissen einer Laboruntersuchung

Abbildung 6: »Würden Sie in den folgenden Situationen das Geschehen akzeptieren und darüber hinweggehen?«



n = 1.789

Angaben in Prozent der Befragten

- der Ablehnung ihres Wunsches nach einem nebenwirkungsärmeren Medikament vom Arzt, sodass kein anderes Mittel verschrieben wird
- der nach einer medizinischen Untersuchung vom Arzt erklärten Notwendigkeit, diese aus eigener Tasche finanzieren zu müssen

Wie Abbildung 6 zeigt, erklären jeweils weniger als zehn Prozent, sie würden über die Situation ohne zu reagieren hinweggehen und sich damit eine ganze Menge gefallen lassen. Betrachtet man nur die Personen genauer, die sich sicher sind, die Weigerung des Arztes, ihnen ein anderes Medikament zu verordnen oder sie verständlich zu informieren, nicht einfach hinzunehmen, sind das mehr als die Hälfte (bis zu fast 85 %). Mit einiger Wahrscheinlichkeit spielt hier aber die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten eine Rolle. Eine Antwort: »Ja, das würde ich akzeptieren und stillschweigend darüber hinweggehen« heißt ja doch: Ich bin feige und konfliktscheu. Von daher ist anzunehmen, dass es sich eher um Vorstellungen der Befragten handelt, wie sie in den geschilderten Situationen gern reagieren würden.

Diese Interpretation wird durch die Antworten auf zwei weitere Fragen bestätigt, in denen es um die Erfolgchancen des Klagerechts für Patienten und die Folgen der Wahrnehmung von Patientenrechten auf das Geschehen in der Arztpraxis geht. Auf die Frage, wie häufig man als Patient vor deutschen Gerichten Recht bekommt, wenn

einem Arzt ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden kann und man ihn deswegen z. B. auf Schadenersatz verklagt, sagen 75 Prozent aller der in den oben genannten Situationen konfliktbereiten Befragten, dies passiere »eher selten« (63 %) oder »nie oder fast nie« (12 %). Nur drei Prozent meinen, dies wäre »immer oder fast immer« und 14 Prozent es wäre »meistens« der Fall.

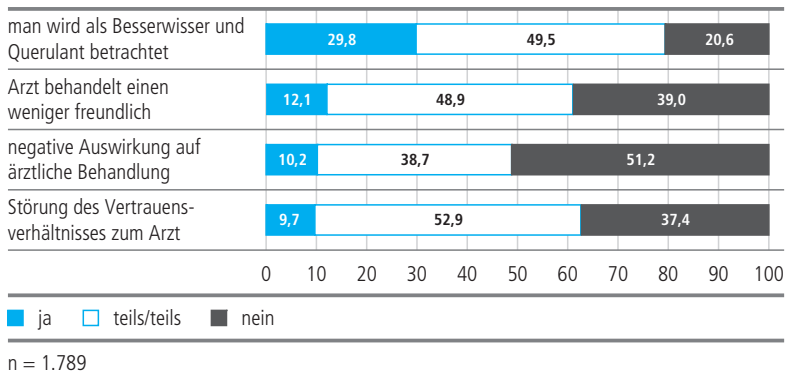
Trotz der insgesamt weitverbreiteten schlechten Erwartungen zum Ausgang gerichtlicher Auseinandersetzungen mit Ärzten gibt es Gruppen, die ihre Chancen, recht zu bekommen, noch schlechter bewerten (die Antwortmöglichkeiten »eher selten« und »nie oder fast nie« sind hier zusammengefasst): Dazu zählen Menschen mit einem schlechten bzw. weniger guten Gesundheitszustand (86 % bzw. 84 % gegenüber 77 % mit gutem Gesundheitszustand, $p < 0,01$), Personen, die nicht im Gesundheitswesen beschäftigt waren oder sind (84 % gegenüber 75 % Gesundheitsbeschäftigte, $p < 0,001$), GKV-Versicherte (83 % gegenüber 77 % PKV-Versicherte, $p < 0,01$) sowie mittelalttrige bzw. ältere Befragte (86 % bzw. 84 % gegenüber 76 % der jungen Befragten, $p < 0,001$).

Über die wahrscheinliche Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, ihre Rechte in einer ärztlichen Praxis (d. h. in der Regel gegen einen Arzt bzw. eine Ärztin) geltend zu machen, lässt sich schließlich Genaueres aus den Antworten auf vier Fragen erkennen, in denen es darum geht, ob die Wahrnehmung von Rechten vielleicht auch unerwünschte Auswirkungen auf die Beziehung zum Arzt haben kann (Abbildung 7).

Bis auf die Einstufung als Besserwisser und Querulant befürchten nur wenige Befragte uneingeschränkt negative oder nachteilige Reaktionen des Arztes. Trotzdem schließen zwischen 80 und 49 Prozent nicht aus, dass ihnen dadurch stets oder teilweise Nachteile drohen bis dahin, dass sich das Ganze negativ auf die ärztliche Behandlung auswirkt.

Bis auf wenige Ausnahmen unterscheiden sich hier die Wahrnehmungen der üblichen Untergruppen nach soziodemographischen Merkmalen, ihrem Gesundheitszustand oder ihrer Kassenzugehörigkeit wenig. Umso bemerkenswerter sind die Ausnahmen: Die Erwartung, vom Arzt schlechter behandelt zu werden, wenn man auf Patientenrechte pocht, ist bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand signifikant ($p < 0,001$) häufiger (13 %) als bei Versicherten mit guter Gesundheit (7 %). Bei der Furcht, als Besserwisser oder

Abbildung 7: Erwartungen, wie sich die Wahrnehmung von Patientenrechten auswirkt



Angaben in Prozent der Befragten

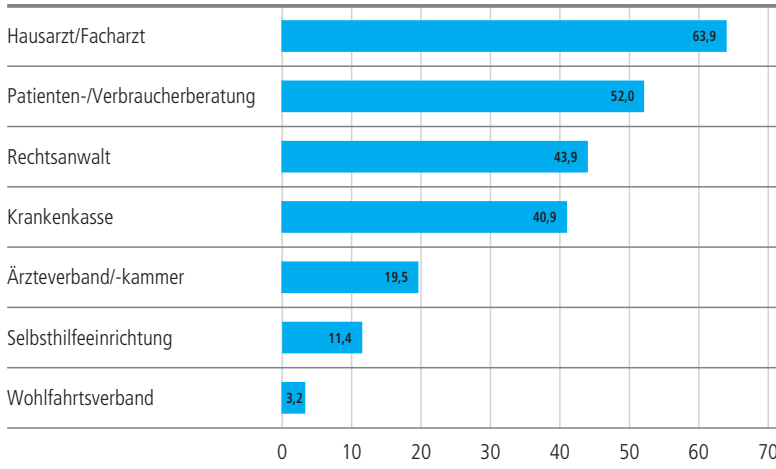
Querulant eingestuft zu werden, liegt der Anteil bei GKV-Versicherten (31 %) signifikant ($p < 0,01$) über dem bei PKV-Versicherten (22 %).

Behandlungsfehler im Krankenhaus – wem vertrauen?

Sofern sie davon überzeugt sind, dass bei ihrem Krankenhausaufenthalt ein Behandlungsfehler mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen passiert ist, vertrauen die Bürger den infrage kommenden gesetzlichen, professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren und Institutionen höchst unterschiedlich und würden sie entsprechend vorrangig oder selten um Rat fragen.

Bei den in Abbildung 8 zusammengefassten Ergebnissen fällt auf, dass keinem potenziellen Ratgeber von mehr als zwei Dritteln der Befragten vertraut wird. Auch den niedergelassenen Haus- oder Fachärzten würden zunächst über ein Drittel der Personen mit einem solchen Problem nicht vertrauen. Selbst wenn 52 Prozent der Befragten in einer solchen Situation einer Patienten- oder Verbraucherberatungseinrichtung Vertrauen schenken würden, zeigt auch diese Zahl, dass große Teile der potenziellen Patienten keine uneingeschränkt genutzte Anlaufstelle für solche durchaus existenziellen Situationen identifizieren können bzw. über die teils sogar kodifizierten Zugänge zu kompetenter Beratung und Unterstützung nichts wissen. Dies

Abbildung 8: Wem wird bei einem Behandlungsfehler im Krankenhaus vertraut bzw. wer wird um Rat gefragt?



n = 1.789

Angaben in Prozent der Befragten

könnte für die Krankenkassen gelten, die zwar im SGB V die gesetzliche Pflicht haben, Versicherten bei Behandlungsfehlern zu helfen, an die sich aber nur rund 41 Prozent der Beratungs- und Hilfebedürftigen wenden würden.

Für das noch geringere Vertrauen in das Unterstützungspotenzial der Ärzteverbände und Ärztekammern, Selbsthilfeeinrichtungen und Wohlfahrtsverbände ist sicherlich ein Bündel unterschiedlicher Gründe verantwortlich. Dazu gehören die mangelnden Kenntnisse über die Existenz, Zuständigkeit und Kompetenz dieser Einrichtungen, aber auch die vermutete oder befürchtete zu große Nähe etwa zu den Ärzten im Krankenhaus und daraus entstehende Interessenkollisionen.

Schlussfolgerungen

Unsere Befragung zeigt bei breiten Teilen der Bevölkerung keine befriedigende Selbsteinschätzung der Kenntnis von Patientenrechten. Angesichts der empirisch engen Assoziation dieser Kenntnisse mit

einer besseren Orientierungsfähigkeit im Gesundheitssystem hat dieser Mangel auch praktische Bedeutung. Eine Reihe von Irrtümern über konkrete Patientenrechte oder falsche Bewertungen der Rechts-situation sind ebenfalls nicht nur intellektuell problematisch, sondern können zu prekären Situationen, ja sogar zu sozial oder gesundheitlich erheblichen Nachteilen führen. Uneingeschränkt zu den Kennern der Patientenrechte gerechnet werden können deutlich weniger als die Hälfte der Bevölkerung, nämlich nur 39 Prozent.

Ein Teil der Unkenntnis und der Irrtümer beruht mit Sicherheit auf der über mehrere Rechtsbereiche verstreuten Dokumentation von Patientenrechten. Selbst wenn sich heute jemand über einige der im Fragebogen gemachten falschen Antworten sachkundig machen wollte, würde er schnell vor den frei zugänglichen, für Normalbürger unverständlichen Konvoluten von Regelungen in Berufsordnungen, Gesetzbüchern und Gerichtsurteilen kapitulieren müssen. Hier wäre also eine einheitliche und patientengerecht formulierte Rechtsgrundlage notwendig, wenngleich sie keine hinreichende Voraussetzung dafür wäre, dass die Mehrheit der Bevölkerung sich künftig rechtssicherer fühlen und verhalten könnte.

Etwas überraschend ist das Selbstbewusstsein von über 90 Prozent der Bevölkerung, die über eine Reihe von Konfliktsituationen in der medizinischen Versorgung nicht hinweggehen und auf ihr Recht pochen würden. Aussagen zum Dissens zu Ärzten zeigen aber, dass die Bereitschaft, sich nicht alles gefallen zu lassen, eher von der Vorstellung bestimmt ist, wie »man sich gern verhalten würde« (oder als guter Bürger bzw. gute Bürgerin verhalten sollte), als von der festen und unverbrüchlichen Absicht, tatsächlich so zu handeln. Indizien dafür sind unter anderem der deutliche Pessimismus, Rechte im Fall von Behandlungsfehlern gegen Ärzte durchsetzen zu können, und auch die teils doch weitverbreitete Furcht, Nachteile durch aktives und kritisches Verhalten zu erleiden. Letztlich schließt nur eine Minderheit aus, dass die Wahrnehmung von Patientenrechten mehr oder weniger harte Auswirkungen hätte.

Die bisherige, wenig patientenfreundliche Beweislastsituation wirkt sich auf die Dauer und das Ergebnis von Verfahren nachteilig aus. Hier müsste nachgedacht werden über eine teilweise Umkehr der Beweislast, über prozedurale Möglichkeiten der Abkürzung von Rechtswegen (dies war z. B. in ebenfalls rechtlich komplexen Bereichen wie dem Verkehrswegebau in Ostdeutschland ohne Probleme möglich)

oder über eine konkretere normative Aufwertung des Patientenrechts auf unversehrte Behandlung.

Auffallend ist schließlich, dass im Konfliktfall mit einem Krankenhaus ein Drittel der Patienten keiner der sieben Institutionen vom Hausarzt über die Krankenkassen bis zum Wohlfahrtsverband vertraut bzw. sich von diesen beraten ließe. Offensichtlich haben sich keine dieser Institutionen und kein Akteur uneingeschränkt als vertrauenswürdig erwiesen.

Diese Realität sollte bei einer neuen Patientenrechtegesetzgebung bedacht werden: Sollen also die Zuständigkeiten und Routinen der derzeitigen Akteure und Institutionen so beibehalten werden oder sollte eine von ihnen oder eine neue Einrichtung zur Ansprechpartnerin (Patientenberaterin) in den noch immer oft komplexen Streitfällen erklärt und mit Ressourcen, Handlungsspielräumen und rechtlichen Grundlagen ausgestattet werden?

Mit dem Zusammenführen der bisherigen weit verstreuten Festlegungen von Patientenrechten in einem Gesetz würde sicher ein notwendiger Schritt getan, um sie mehr als bisher zur Geltung bringen zu können. Gegenüber der heute etwa herrschenden Praxis, Generalklauseln durch die Rechtsprechung konkretisieren zu lassen, wächst durch ein einheitliches Gesetz auch die Rechtssicherheit und Vorhersehbarkeit von Patientenrechten. Wie aber Erfahrungen mit anderen Gesetzen zu komplexen gesundheitspolitischen Sachgebieten zeigen, führen selbst klare Regeln in einem einheitlichen Gesetz unter bestimmten Bedingungen nicht zwangsläufig und vor allem zügig zum Erfolg, wenn außer dieser Zusammenführung sich nichts verändert.

Dass dies nicht nur eine theoretische Befürchtung ist, zeigen die jahrzehntelangen Versuche einer Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts unter Beibehaltung der hier besonders ausgeprägten Vielfalt von sieben Trägern. Der erste Versuch aus dem Jahr 1974, die Rechte und Pflichten aller Träger und der Versicherten in dem sogenannten Rehabilitationsangleichungsgesetz zusammenzuführen – und damit die vorher herrschende Unübersichtlichkeit und Vielzahl von Fehlsteuerungen zum Nachteil der Rehabilitationsbedürftigen zu beseitigen –, scheiterte u. a. am organisierten Widerstand der Träger, an deren Beharren auf Unabhängigkeit und gleichberechtigter Zuständigkeit und Stärke. An dieser Konstellation war vom Gesetzgeber nichts geändert worden.

Der deswegen notwendige zweite Versuch einer Reform des Rehabilitationsrechts, das im Jahr 2001 verabschiedete SGB IX, enthält daher auch wesentlich mehr explizite Zielbeschreibungen von Rehabilitation (z. B. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, selbstbestimmtes Leben) und verpflichtende Vorschriften zum Wie. Trotzdem werden fast ein Jahrzehnt nach Verabschiedung des einheitlichen Gesetzes wesentliche inhaltliche und organisatorische Elemente nur suboptimal umgesetzt (z. B. gemeinsame Servicestellen und Empfehlungen, trägerübergreifendes persönliches Budget) (vgl. dazu Braun 2009). Ein wesentlicher Grund ist erneut die trotz eines einheitlichen Gesetzes fortbestehende Vielzahl von Trägern mit ihren speziellen Handlungsmustern und Sachlogiken.

Um die rechtliche Basis von Patientenrechten und ihre Wirkung zu verbessern, müssten im Zusammenhang mit dem Entstehen dieses Gesetzes und in seinen Bestimmungen einige zusätzliche inhaltliche Weichenstellungen erfolgen.

Die Ziele, Instrumente und Verfahren des Gesetzes müssen so klar, konsequent und verbindlich wie möglich den Interessen, Bedarfen und Bedürfnissen von Patienten dienen. Dies verbietet, sie einfach aus vorhandenen Erkenntnissen zusammenzuführen oder die Formulierung allein Juristen oder anderen Experten zu überlassen. Vielmehr ist unter bestimmender Mitwirkung von Patientinnen und Patienten eine anspruchsvolle Verständigung über das, was das Patientsein ausmacht, unabdingbar.

Es gibt viele für Patienten und Behinderte nachteilige oder erst nach Jahren bedarfsgerecht endende Rechtsstreitigkeiten, in denen die unklare Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Sozialleistungsträgern gerade in letzter Zeit die zentrale Rolle spielt (vgl. dazu Bundessozialgericht 2009 und 2010). Vor diesem Hintergrund sollte im Zusammenhang mit der Kodifizierung von Patientenrechten auch bei Bedingungen außerhalb des engeren Rahmens alles getan werden, solche unerwünschten Wirkungen künftig zu vermeiden.

Bei einem »Patientenrechts- oder -schutzgesetz« muss auch dafür gesorgt werden, dass sich dieses patientenorientierte Grundverständnis von Rechten bei allen Beteiligten und Betroffenen parallel und gleichzeitig entwickelt und Wirkung zeigen kann. Dazu reichen die klassischen Gesetzessammlungen und -kommentare sicher nicht aus. Es bedarf vielmehr geeigneter und teils auch erst zu entwickelnder Verfahren sozialen und exemplarischen Lernens, um nicht durch

die Entstehung ungleichen Wissens neue Verständnis-, Verständigungs- und Gestaltungsblockaden zu erzeugen. An der Entwicklung entsprechender Formate im Internet, die z.B. aus der Praxis der internetbasierten Entscheidungshilfen lernen könnten, sollten von Beginn an Patientinnen und Patienten beteiligt werden.

Angesichts der Vielzahl und Vielfalt der bisher für Patientenrechte zuständigen Akteure muss ein Gesetz durch entsprechende Übergangsbestimmungen verhindern, dass alte und möglicherweise neu geschaffene Formen und Verfahren der Artikulation und Durchsetzung von Patientenrechten allzu lange dysfunktional nebeneinander existieren.

Ein weiterer notwendiger Bestandteil des Gesetzgebungsverfahrens sollte darin bestehen, auch Veränderungsmöglichkeiten zu benennen für die aktuelle Problematik, dass sozial schwächere Patientengruppen ihre Rechte nicht kennen und schon daher nicht durchsetzen können. Dabei sollten allzu rationale, expertenaffine und generalisierte Normen oder Normalitätsannahmen ebenso vermieden werden wie allzu optimistische Annahmen über das Informationsverhalten von Patienten und ihre Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitwirkung an Verfahren.

In Erwägung ziehen sollte man auch Angebote zu anwaltlicher Hilfe beim Durchsetzen von Patientenrechten. Ob dies erfolgt, indem Institutionen wie die der Patientenbeauftragten der Bundesregierung gestärkt werden oder indem eine Struktur von dezentral tätigen Patientenbeauftragten bei Leistungserbringern und Versicherungen aufgebaut wird, sollte parallel zur Entwicklung des Patientengesetzes konkreter überlegt und eventuell in Modellversuchen erprobt werden.

Literatur

- Braun, B. »Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination«. *Rehabilitation* 48 2009. 174–181.
- Braun, B., S. Grefß et al. (Hrsg.). *Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin 2008.
- Bundesärztekammer et al. »Patientenrechte in Deutschland – Leitfaden für Patienten und Ärzte«. o. J. www.vzbv.de/mediapics/1034864605Patientenrechte_10_2002.pdf (Download 17.9.2010).
- Bundesärztekammer. Pressemitteilung, 23. Juni 2010. www.baek.de/page.asp?his=3.71.7962.8597.8642 (Download 17.9.2010).
- Bundessozialgericht. »Elektrorollstuhl-Urteil«. 2009. <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=tm&Datum=2009&nr=11236&linked=urt> (Download 17.9.2010).
- Bundessozialgericht. »Urteil zur Lichtsignalanlage für Schwersthörigen«. 2010. Aktenzeichen B 3 KR 5/09 R. <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=tm&Datum=2010&nr=11468> (Download 17.9.2010).
- Lindemann, M. *Elemente eines Patientenrechte- und Informationsgesetzes (Behandlungsvertrag) – Eckpunkte und Textvorschlag für einen Gesetzesentwurf – erstellt im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e. V. (vzbv)*. Hamburg 2005. www.vzbv.de/mediapics/studie_patientenrechtengesetz_prg_31_10_2005.pdf (Download 17.9.2010).
- MBO. »Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte«. 2006. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_Stand20061124.pdf (Download 17.9.2010).
- Patientencharta 2002. [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/778bf5d6b54bb45fc1256e9f004097fb/d59b517f2cc6872c80256c56002d7965/\\$FILE/BMGS_Patientenrechte_2005-08.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/778bf5d6b54bb45fc1256e9f004097fb/d59b517f2cc6872c80256c56002d7965/$FILE/BMGS_Patientenrechte_2005-08.pdf) (Download 17.9.2010).
- Volkmer, M., et al. »Für ein modernes Patientenrechtengesetz«. Deutscher Bundestag Drucksache 17/907 17. Wahlperiode 3.3.2010.