



Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband zum Referentenentwurf des Patientenrechtegesetzes

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Justiz haben einen Referentenentwurf zu einem Patientenrechtegesetz vorgelegt. Nach eigener Aussage folgt die Erstellung eines Patientenrechtegesetzes der Zielsetzung, Transparenz und Rechtssicherheit über bestehende Patientenrechte herzustellen, die Durchsetzung der Rechte zu verbessern, Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.

Allgemeine Einschätzung

Die Deutsche Rheuma-Liga **begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung**, die Rechte von Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Die Streuung der Patientenrechte in verschiedenen Gesetzesbüchern, vor allem aber die Dominanz des Richterrechts bei der Entwicklung von Rechten der Patientinnen und Patienten ist nicht nur für die Betroffenen nicht transparent und schwer nachvollziehbar; sie führt in der Praxis auch dazu, dass sich Betroffene bei der Wahrnehmung ihrer Rechte in der Gesundheitsversorgung in vielen Fällen allein gelassen und benachteiligt fühlen.

Neben der Schaffung eines normativen Rahmens muss ein Patientenrechtegesetz dazu beitragen, Vollzugsdefizite abzubauen und die Wahrnehmung der Rechte Betroffener im Gesundheitssystem grundsätzlich zu erleichtern.

Der vorliegende **Referentenentwurf** ist aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga **nicht ausreichend, um dem Anspruch einer Verbesserung der Situation von Patientinnen und Patienten gerecht zu werden**. Dies gilt insbesondere für die als Ziel des Gesetzentwurfs definierte bessere Unterstützung von Patienten im Fall eines Behandlungsfehlers. Auch die vorgesehene Stärkung der Patientenbeteiligung bleibt weit hinter den Forderungen der Patientenorganisationen zurück. In einigen Punkten steht sogar zu befürchten, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf bereits in der Rechtsprechung etablierte Rechte verloren gehen, u.a. hinsichtlich der Aufklärung der Patienten.

Völlig fehlen **Regelungen zu einer Vereinheitlichung und Verbesserung der Verfahren der Gutachterkommissionen und der Schlichtungsstellen** hinsichtlich der Überprüfung ärztlicher Behandlungsfehler. Die hierzu im Eckpunktepapier angekündigten Regelungen sind nicht aufgegriffen worden. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga muss die verbindliche Aufnahme von Patientenvertretern in Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen festgelegt werden, da sie als Experten aus eigener Betroffenheit zusätzlich die Sichtweise und Erfahrungen in den Entscheidungsprozess einbringen können. Dazu müssten entsprechende Unterstützungsstrukturen (z.B. Schulungsmaßnahmen) eingerichtet werden. In den Schlichtungsverfahren muss eine Anhörung des Betroffenen durchgeführt werden.

Es sollte auch festgelegt werden, dass die Verfahren im Hinblick auf die Vermeidung von Fehlern und Risiken ausgewertet werden. Eine enge Verzahnung bzw. Spiegelung mit den Maßnahmen zu Risikomanagement- und Fehlervermeidungssystemen ist nötig. Hinsichtlich der **Gutachten** müssen nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Gutachten ergriffen werden. Die Einrichtung eines unabhängigen Instituts, das für die Schulung, Qualitätssicherung und fachliche Zuordnung zuständig ist, sollte beschlossen werden.

Es fehlen darüber hinaus **Regelungen zu einem öffentlichen Fonds**, aus dem Patientinnen und Patienten Unterstützungsleistungen erhalten können, wenn die Haftungsfrage im Zivilprozess nicht geklärt werden konnte. Analog zu Ländern, wie Österreich, sollte auch in Deutschland ein Fonds zur Unterstützung von Betroffenen eingerichtet werden. Dieser Fonds könnte paritätisch von Vertretern der Leistungserbringer und der Patientenorganisationen verwaltet werden.

Es sind auch **keine Regelungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vorgesehen**. Vor allem in den Bereichen Barrierefreiheit von ortsnahen Versorgungseinrichtungen und Mitspracherechte von behinderten Menschen wird die Konvention nicht umgesetzt. Die Deutsche Rheuma-Liga hält es für unerlässlich, die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland umzusetzen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Behandlungsvertrag: § 630 a BGB-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf soll der Behandlungsvertrag ausdrücklich im BGB geregelt werden. Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die Regelung des Behandlungsvertrags im BGB.

Informationspflichten: § 630 c BGB-Entwurf

Der Gesetzentwurf geht von der Beteiligung von Patienten und Behandler an der Behandlung aus und sieht ihr Zusammenwirken vor. Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten zu informieren. Informiert werden soll insbesondere über die Diagnose, die Therapie und weitere zu ergreifende Maßnahmen.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist die Informationspflicht nach § 630 c nicht ausreichend ausgestaltet. In der Rechtsprechung ist eine umfassende Aufklärungspflicht definiert worden, die über die in § 630 e gefasste Eingriffsaufklärung hinaus die **allgemeinen Informationspflichten und die Sicherungsaufklärung** umfasst. Unter der Sicherungsaufklärung wird die Verpflichtung des Arztes verstanden, den Patienten über alle erforderlichen Maßnahmen zu informieren, die zur Sicherung des Heilerfolges notwendig sind. Hierzu gehört u.a. die Unterrichtung über die Notwendigkeit einer Behandlung, die bei der Nachsorge zu beachtenden Gegebenheiten, die erforderliche Medikation und die durch die Krankheit gebotene Lebensweise. Hinsichtlich der Medikation ist der Patient über Dosis, Unverträglichkeiten und mögliche Nebenwirkungen zu

informieren. Es ist zu befürchten, dass durch die unklare Regelung zu den Informationspflichten im vorgelegten Referentenentwurf Verschlechterungen hinsichtlich des Anspruchs auf eine vollständige Information, Aufklärung und Beteiligung an der Entscheidung über die Behandlung resultieren werden. In diesem Punkt muss aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga dringend nachgebessert werden.

Im Hinblick auf die in § 630 c definierten Informationspflichten negiert der Referentenentwurf völlig die in der Rechtsprechung bisher bereits etablierte **Beteiligung von Patienten an der Entscheidung über die Behandlung**. Der Gesetzestext geht davon aus, dass der Behandler die Therapie festlegt und den Patienten über diese informiert, damit wird die Informationspflicht in einer Weise definiert, die von einem patriarchalischen Verhältnis zwischen Behandler und Patienten ausgeht. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga muss die Information insbesondere auch über Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung erfolgen. Insgesamt muss sichergestellt werden, dass der gesamte bisher durch die Rechtsprechung als Sicherungsaufklärung definierte Bereich zukünftig gesetzlich geregelt ist.

In § 630 c Abs. 3 ist außerdem eine Information verpflichtend vorgesehen, wenn der Behandelnde weiß, dass die vollständige Übernahme der Behandlungskosten nicht gedeckt ist. Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Rheuma-Liga die Regelung zur Information über die **Kostenpflichtigkeit von Behandlungen**. Allerdings ist die vorgesehene Informationspflicht für den Bereich der so genannten IGeL-Leistungen nicht ausreichend. Die Inanspruchnahme von **IGeL-Leistungen** führt immer wieder dazu, dass Betroffene finanziell stark belastet werden, ohne dass ein therapeutischer Nutzen der Behandlung nachgewiesen ist. Nach Auffassung der Rheuma-Liga reicht es nicht aus, allein über die Kostenpflichtigkeit der Behandlung zu informieren. Es sollte in die Informationspflichten aufgenommen werden, dass der Behandler darüber informiert, wie hoch die anfallenden Kosten sind und inwieweit der therapeutische Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung nachgewiesen ist.

Einwilligung und Verpflichtung zur Aufklärung: § 630 d und e BGB-Entwurf

Mit dem Patientenrechtegesetz wird das Erfordernis zur Einholung der Einwilligung des Patienten in einen Eingriff in die vertragsrechtlichen Pflichten eingeordnet. Die Wirksamkeit der Einwilligung wird an die erfolgte Aufklärung gebunden.

Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung entsprechend den Angaben aus der Gesetzesbegründung hier die bisher bereits durch die Rechtsprechung entwickelte **Eingriffsaufklärung oder Selbstbestimmungsaufklärung kodifizieren**. Dabei fehlt jedoch im Gesetzestext jeder Hinweis, dass auch die **Diagnoseaufklärung** in der Regel Teil der Eingriffsaufklärung sein muss. Insgesamt müssen die vorgesehenen Regelungen zur Aufklärung und Information der Patienten dringend überarbeitet werden.

Hinsichtlich der vorgesehenen Regelungen begrüßt die Deutsche Rheuma-Liga, dass festgeschrieben werden soll, dass die **Aufklärung durch einen an der Durchführung des Eingriffs Beteiligten** erfolgen muss und dass die Aufklärung für einen durch den Arzt vorgenommenen Eingriff durch einen Arzt erfolgen muss.

Die Regelung, dass **bei geringfügigen Eingriffen auf die mündliche Aufklärung verzichtet** werden kann, hält die Deutsche Rheuma-Liga nicht für sinnvoll, da der Begriff des geringfügigen Eingriffs nicht klar abgegrenzt ist und zu befürchten steht, dass auf diese Weise die Aufklärungsanforderung unterlaufen wird.

Dokumentation und Einsichtsrecht: § 630 f und g BGB-Entwurf

Das Patientenrechtegesetz soll auch die Verpflichtung zur Führung einer Patientenakte und das Einsichtsrecht des Patienten gesetzlich regeln.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die vorgesehenen Regelungen, insbesondere auch die neu eingeführte Möglichkeit, auch **persönliche Aufzeichnungen des Behandlers** einsehen zu können. Es bleibt allerdings unklar, wie insbesondere bei einer elektronischen Akte die **nachträgliche Veränderung der Inhalte**, ohne dass diese Veränderungen sichtbar sind, verhindert werden kann.

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

Mit dem Patientenrechtegesetz soll auch die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht gesetzlich geregelt werden. Geregelt werden aufbauend auf die allgemeinen Haftungsregeln die abweichenden Regelungen zur Beweislastverteilung. Nach dem Schadenersatzrecht ist grundsätzlich der Patient beweislspflichtig für die fehlerhafte Behandlung und die Kausalität des resultierenden Schadens. Der Behandler ist ggf. beweislspflichtig, dass er eine Leistung nicht selbst zu verantworten hat.

Mit dem Referentenentwurf wird auf dieser Basis aufbauend eine abweichende Beweislast für mehrere in der Rechtsprechung bereits entwickelte Fallkonstellationen definiert: Der Fall des voll beherrschbaren Risikos wird gesetzlich verankert, hier wird u.a. bei Versagen von technischen Geräten mit Folgeschäden für die Betroffenen oder bei Fehlern in der Umsetzung der hygienischen Standards die Beweislast auf den Behandler übertragen. Die Beweislast für die erfolgte Aufklärung und Einwilligung des Patienten in Eingriffe wird ebenfalls dem Behandler zugeordnet. Es wird weiter geregelt, dass nicht dokumentierte Maßnahmen ggf. durch den Behandler nachzuweisen sind. Darüber hinaus wird der Facharztstandard festgeschrieben und gesetzlich geregelt, dass im Fall eines Behandlungsfehlers bei mangelnder Eignung oder Befähigung eines Behandlers die mangelnde Eignung als Fehlerursache vermutet wird und die Beweislast auf den Behandelnden bzw. das Krankenhaus übergeht. Auch die in der Rechtsprechung bereits entwickelte Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern soll gesetzlich festgeschrieben werden. Dabei wird der Patient lediglich vom Nachweis der Kausalität des Behandlungsfehlers für den entstehenden Schaden entbunden.

Die Deutsche Rheuma-Liga hält es **nicht für ausreichend, das bisher in der Rechtsprechung entwickelte Arzthaftungsrecht nur zu kodifizieren**. Patienten haben nach den Erfahrungen aus der Beratungsarbeit der Deutschen Rheuma-Liga erhebliche Probleme, ihre Rechte im Fall eines Behandlungsfehlers durchzusetzen.

Vor allem bereits länger kranken und mehrfach erkrankten Betroffenen gelingt es in der Regel nicht, die Kausalität des Behandlungsfehlers für den erlittenen Schaden nachzuweisen. Die Deutsche Rheuma-Liga fordert die Bundesregierung daher auf, die **Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Schadens bei allen Behandlungsfehlern umzukehren**. Darüber hinaus muss auch die Nichtherausgabe der Dokumentation zur Beweislastumkehr führen und die Beweislastumkehr sollte bei allen Behandlungsfehlern in Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden (IGeL-Leistungen), festgeschrieben werden.

Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei Krankenkassen: § 13 SGB V-Entwurf

Mit dem Patientenrechtegesetz soll eine grundsätzliche Fristsetzung für die Bewilligungsverfahren durch die Krankenkassen vorgenommen werden. Wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen bzw. von fünf Wochen entscheidet, muss sie den Antragstellern die Gründe hierfür mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes können die Versicherten eine angemessene Frist setzen und sich die Leistungen nach Ablauf ggf. selbst beschaffen. Die Krankenkasse ist dann zur Erstattung der Kosten verpflichtet.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die Festsetzung einer **Frist für die Antragsbearbeitung** sehr, hält die vorgesehenen Fristen allerdings für zu lang. Es wird vorgeschlagen, die Frist auf zwei bzw. vier Wochen festzusetzen. Die Dauer bis zur Entscheidung muss gerade bei genehmigungspflichtigen Verordnungen im ambulanten Bereich dringend verkürzt werden, z. B. bei Heilmitteln außerhalb des Regelfalls. Längere Bearbeitungsfristen sind aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga nur bei Hilfsmitteln zu akzeptieren, die nicht im Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen verzeichnet sind und bei denen daher eine komplexere Prüfung erfolgen muss.

Unterstützung von Versicherten durch die Krankenkasse bei Behandlungsfehlern: § 66 SGB V-Entwurf

Die bisherige Kann-Regelung hinsichtlich der Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen bei einem Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler wird durch eine Soll-Regelung ersetzt.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Verbesserung der Situation für die Betroffenen, hält es jedoch für erforderlich, über eine Soll-Regelung hinaus eine bindende Muss-Regelung einzuführen. Andernfalls ist zu befürchten, dass einzelne Krankenkassen weiterhin die Unterstützungsverpflichtung nicht umsetzen. Es sollte darüber hinaus die Art der Unterstützung benannt werden. Betroffene sind bereits aufgrund ihrer Grunderkrankung zahlreichen Belastungen ausgesetzt. Dies gilt sowohl für finanzielle Belastungen als auch die psychosozialen Belastungen. Viele Versicherte verfügen nicht über ausreichend Mittel oder eine entsprechende Rechtsschutzversicherung, um langwierige Verfahren bzw. die Erstellung von Gutachten für die gerichtliche Auseinandersetzung zu finanzieren. Die Unterstützung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK) ist eine wichtige Möglichkeit, Patienteninteressen zu wahren und durchzusetzen.

Widerrufsrecht zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung der besonderen ärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgung: § 73 b und c sowie § 140 a SGB V-Entwurf

Das Patientenrechtegesetz sieht neu ein Widerrufsrecht für die Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung und in die Strukturverträge nach § 73 b und c SGB V vor.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Möglichkeit für Versicherte, der Einschreibung nachträglich zu widersprechen, wenn ihnen im Nachgang zu ihrer Einschreibung nachteilige Aspekte der Einschreibung deutlich geworden sind.

Patientenbeteiligung bei der Erstellung des Bedarfsplans: § 99 SGB V-Entwurf

Bei der Erstellung des Bedarfsplans soll zukünftig ein Stimmrecht der Patientenbeteiligung auf Landesebene eingeführt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich, dass eine Beteiligung der Patientenvertretung an der Erstellung des Bedarfsplans vorgesehen werden soll, hält die vorgesehene Art der Beteiligung jedoch nicht für ausreichend. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie auf Bundesebene abzuweichen. Angesichts der weitgehenden Gestaltungsmöglichkeit für die Akteure der Selbstverwaltung ist eine Patientenbeteiligung über **ein bloßes Anhörungsrecht nicht ausreichend**, eine **Mitberatungsmöglichkeit** muss geschaffen werden. Aufgrund der gestiegenen Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung auf Landesebene im Bedarfsplan, sollte dessen Erstellung dem Landesausschuss zugeordnet werden, in dem ein Mitberatungsrecht der Patientenvertreter vorgesehen ist.

Patientenorientiertes Beschwerdemanagement: § 135 a SGB V-Entwurf

Die Krankenhäuser sollen mit dem Patientenrechtegesetz verpflichtet werden, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement einzuführen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Verpflichtung.

Standards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme: § 137 SGB V-Entwurf

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll den Auftrag erhalten, wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit festzulegen und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme zu

definieren. Dabei sollen die Erfahrungen und Belange von Patientinnen und Patienten in das Risiko- und Fehlermanagement einfließen. Die Regelung muss innerhalb eines Jahres getroffen werden. Über die Umsetzung der Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme soll in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser informiert werden und der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Voraussetzungen regeln, unter denen spezielle Vergütungszuschläge für teilnehmende Krankenhäuser an trägerübergreifenden Systemen gezahlt werden können.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehenen Regelungen, mit denen die Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme vorangebracht werden sollen.

Erweiterung der Patientenbeteiligung auf Landesebene: § 140 f SGB V-Entwurf

Mit dem Patientenrechtegesetz wird in § 140 f Abs. 3 die Patientenbeteiligung auf Landesebene auf das gemeinsame Gremium nach § 90 a ausgeweitet. Außerdem wird die Beteiligung von Patientenvertretern an der Entscheidung der Zulassungs- und Berufungsausschüsse über die Befristung einer Zulassung neu festgelegt.

Mit § 140 f Abs. 4 soll darüber hinaus eine Beteiligung an der Erstellung von Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Hilfsmittelherstellern zur Versorgung mit Hilfsmitteln und an Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu Anforderungen an sozialmedizinische Nachsorge und zum Krankentransport eingeführt werden. Die bisher bestehende Beteiligungsmöglichkeit an der Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll dagegen abgeschafft werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Ausweitung der Patientenbeteiligung. Allerdings sind die vorgesehenen Regelungen bei weitem nicht ausreichend. Eine Beteiligung muss auf Landesebene auch bei den **Entscheidungen der Zulassungsausschüsse gemäß § 103 Abs. 3 a SGB V** vorgesehen werden, der erst zum 01.01.2013 in Kraft tritt. Die Zulassungsausschüsse werden gemäß § 103 Abs. 3 a SGB V ab dem 01.01.2013 darüber entscheiden, ob eine **Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in übertersorgten Gebieten aus Versorgungsgründen nicht erforderlich** ist. Bei dieser Entscheidung muss die Beteiligung von Patienten genauso gesichert werden, wie bei der Entscheidung über die Befristung einer Zulassung.

Für die Arbeit in den Landesausschüssen nach § 90 und dem gemeinsamen Gremium nach § 90 a muss auch **auf Landesebene ein Antragsrecht** festgeschrieben werden, wie es auf der Bundesebene mit gutem Erfolg bereits eingerichtet ist.

Darüber hinaus **muss die Patientenbeteiligung auf Landesebene strukturell gestärkt werden**. Unterstützungsstrukturen müssen auf Landesebene analog der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §140 f Abs. 6 SGB V eingerichtet werden. Die im Gemeinsamen Bundesausschuss 2008 eingerichtete Stabsstelle ist nicht nur für die Umsetzung der Patientenbeteiligung

eine dringend benötigte Hilfe, sondern gibt auch durch die Vorbereitung und Erstellung von Anträgen wichtige Impulse für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses insgesamt. Eine derartige Unterstützung der Patientenvertretung auf Landesebene wäre angesichts der Komplexität der in den Ausschüssen behandelten Themen wichtig und notwendig, zumal es sich bei der Mehrzahl der Patientenvertreter um ehrenamtlich Tätige handelt.

Auch auf **Bundesebene** müssen weitere Schritte zur Erweiterung der Patientenbeteiligung erfolgen: Die Patientenorganisationen fordern bereits seit langem als ersten Schritt hin zu einer Entscheidungsbeteiligung ein **Stimmrecht in Verfahrensfragen**. Entscheidungen, beispielsweise über Verträge, Aussetzungen und Unterbrechungen von Beratungsgegenständen, gestalten die Beratungen entscheidend mit. Auch über die Möglichkeit, Sachverständige mit einzubeziehen oder Arbeitsgruppen einzurichten, sollten Patientenvertreter mit bestimmen können.

Darüber hinaus sollten die Patientenorganisationen bei der Benennung der **unabhängigen Vorsitzenden** des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen werden und ein Vorschlagsrecht erhalten.

Außerdem sollte dringend ein **Mitberatungsrecht im Bewertungsausschuss und bei den Verträgen zur integrierten Versorgung** realisiert werden. Immer wieder werden versorgungsrelevante Regelungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss trifft, durch die fehlende Umsetzung auf der Vertragsebene blockiert. Dass die vorgesehene Beteiligung bei den Schlichtungsstellen für die Verträge im Rehabilitationsbereich wieder abgeschafft werden soll, ist ein Rückschritt für die Patientenbeteiligung.

Stand: 09.03.2012