

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0097(19)
gel. ESV zur Anhörung am 26.1.
11_Patientenrechtegesetz
23.01.2011

Klaus Kirschner

An die
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Frau Dr. Carola Reimann, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik

11011 Berlin

Stellungnahme zum Antrag **Für ein modernes Patientenrechte-Gesetz (BT Drs. 17/907)**
der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Glicke,
Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme,
Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer,
Kerstin Tack, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD.

Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik sollten die berechtigten Interessen der Patienten stehen. Deshalb ist ein Patientenrechte-Gesetz zur Stärkung der Rechte der Patienten bei einem vermuteten medizinischen Fehler dringend notwendig. Die Regierungskoalition von CDU/CSU und FDP hat in ihrem Koalitionsvertrag dazu vereinbart: „Die Patientenrechte wollen wir in einem eigenen Patientenschutzgesetz bündeln, das wir in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeiten werden.“ Deshalb ist die Initiative der SPD-Bundestagsfraktion als Unterstützung für das angekündigte Vorhaben der Koalition zu begrüßen, baldmöglichst einen solchen Gesetzentwurf im deutschen Bundestag einzubringen und diesen mit allen Beteiligten zu erarbeiten.

Als Mitglied des Vorstandes der gemeinnützigen **Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte** mit Sitz in Kirn (Nahe), möchte ich aus der Erfahrung der Vorstandsarbeit in der Stiftung die Gründe darlegen, die für ein eigenständiges Patientenrechte - Gesetz sprechen.

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz wie es zur Gründung der Stiftung kam. Die Mutter der Namensgeberin, Frau Ilse Lang, entschloss sich, nachdem Ihre Tochter Alexandra (30) innerhalb weniger Tage an septischem Multiorganversagen starb, dem eine Infusionsbehandlung mit einer Kochsalzlösung vorausgegangen war und es massivste Schwierigkeiten bei der Aufklärung des Falls gab und bis Heute gibt, aus ihrem Privatvermögen Geld für eine Stiftung zur Verfügung zu stellen. Dieser Fall der Alexandra Lang trug sich 1999 zu und er ist nach mehr als einem Jahrzehnt immer noch nicht abgeschlossen. Exemplarisch

verdeutlicht dies ein zentrales Problem: durch Anwälte könne Anträge für neue und zusätzliche Gutachten gestellt und dadurch Aufschub erreicht werden mit der Folge, dass sich der Zeitablauf immer weiter verlängert. Eine der Folgen: die Aktenordner werden immer umfangreicher, dazwischen erfolgen Wechsel der Richter und das bedeutet, die Richterin bzw. der Richter muss sich jedes Mal neu in den Aktenberg ein- und durcharbeiten. Das bedeutet generell, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen und das gilt auch für die Ärzte, sich durch diese langen Zeitabläufe immer weniger konkret an die zurückliegenden Vorgänge vor Jahren erinnern können.

An einem anderen Beispiel möchte ich aufzeigen, wie notwendig es ist dass ein schriftlicher Behandlungsvertrag über die möglichen Risiken aufklärt auch verbindlich vorzuschreiben ist, wenn der /die behandelnde Arzt/Ärztin kurzfristig die ursprüngliche Behandlungsmethode ändert. Die Patienten sind über möglichen Risiken aufzuklären und die Zustimmung muss gegeben sein. Dazu eine **Fallschilderung aus dem Jahre 1999**: eine 64-jährige Frau muss sich einer Operation unterziehen. Die Patientin wurde über die ursprünglich geplante Operationsmethode und deren Risiken aufgeklärt. Am Abend vor der Operation entschließt sich der Operateur (Chefarzt) kurzfristig zu einer anderen Operationsmethode. Bei dieser Operationsmethode kam es zur Verletzung des Darmes mit schwerer Bauchfellentzündung und langem Intensivaufenthalt (Beatmung, Platzbauch, etc.)

Sowohl ein von der Krankenkasse in Auftrag gegebenes MDK-Gutachten (2002) als auch ein vom Gericht in Auftrag gegebenes Gutachten (2004) kommen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Beschwerden die die Frau vor der Operation angab, dass der ursprüngliche vorgesehene Eingriff die Operation der Wahl gewesen sei. Die Aufklärung zu dem durchgeführten OP-Verfahren war deshalb ungenügend.

Es kommt zu einer weiteren **Verhandlung 2005 vor dem Landgericht mit dem Urteil**: Die Haftung ergibt sich aus der Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht. Die Darstellung der Risiken und Erfolgsaussichten bei mehreren möglichen Behandlungsmethoden ist nicht erfolgt. Die erfolgte Aufklärung deckte nicht die durchgeführte Operationsmethode ab, deshalb liegt keine wirksame Einwilligung vor.

2007 Verhandlung vor dem Oberlandesgericht: Das Urteil wird bestätigt, die Revision wird nicht zugelassen.

Okt. 2007: Nichtzulassungsbeschwerde beim BGH: diese wird abgewiesen

April 2008: Vergleichsangebot von der Haftpflichtversicherung – wird von der Patientin angenommen.

Dauer des Verfahrens: über 8 Jahre von 1999 bis 2008

Festzustellen ist, dass die Rechte der Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren sukzessive durch Gesetze und Rechtsprechung verbessert wurden. Das gilt bspw. für die Patientenvertretung im gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und für die Schaffung der Position des Patientenbeauftragten der Bundesregierung durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1. Januar 2004. Allerdings sind die Patientenrechte in mehreren Einzelgesetzen zersplittert und dies erschwert es den Betroffenen oftmals, dass sie ihre Rechte auch in vollem Umfang wahrnehmen können.

Forderungen an einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Patientenrechte:

1. Die in verschiedenen Gesetzen zersplitterten Patientenrechte sind zusammenzufassen und in einem eigenständigen Gesetz des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu kodifizieren.
2. Die gerichtlichen Entscheidungen von Schadensersatz bei Behandlungsfehlern müssen zügiger erfolgen. Verfahren die sich über Jahre hinziehen, untergraben den Glauben an den Rechtsstaat. Es sind deshalb vertretbare und verbindliche Fristen zur Abgabe von Gutachten nach festgelegten Qualitätskriterien festzulegen. In allen zuständigen Gerichten sind Spezialkammern einzurichten, die mit ausreichend Richtern zu besetzen sind.
3. Bei planbaren Behandlungen ist ein schriftlicher Behandlungsvertrag, der über die Risiken aufklärt auch dann abzuschließen, wenn der Arzt seine Behandlungsmethode kurzfristig ändert.
4. Was in Deutschland weitestgehend nicht existiert, ist eine medizinische „Fehlerkultur“. Dieses immer noch vorherrschende Tabu zu durchbrechen hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit mit seiner Schrift „Aus Fehlern lernen“ unternommen. Eine Fehlerkultur zu installieren ist ein entscheidender Schritt um daraus zu lernen, wie können Fehler möglichst vermieden werden. Auf allen Ebenen, beginnend im Studium, in der Weiter- und Fortbildung muss das Risiko- und Fehlermanagement einen festen Platz finden. Ein verbindliches internes und externes Risiko- und Fehlermanagement ist deshalb im stationären und ambulanten Bereich einzuführen. Ziel muss eine „Kultur der Offenheit und Fehlervermeidung“ sein. Das ist Prävention im besten Sinne.
5. Bei schweren Behandlungsfehlern ist die Beweislast zu erleichtern. Bei nicht vollständiger Herausgabe der Patientenakte erfolgt eine Beweislastumkehr. Das gilt generell für so genannte IGEL - Leistungen.
6. Es ist gesetzlich sicherzustellen, dass Ärzte mit dem drohenden Verlust ihrer Haftpflichtversicherungen eingeschüchtert werden, wenn sie gegenüber der / dem Patienten einen Behandlungsfehler eingestehen.
7. Ärztliche Leichenschauen sollten durch Leichenschauärzte und nicht durch den behandelnden Arzt erfolgen.
8. Um die kollektiven Patientenrechte zu stärken, sollte das Antrags- und Beratungsrecht der Patientenvertreter im GBA in ein Mitbestimmungsrecht bei Verfahrensfragen weiterentwickelt werden.
9. Es sollte bei dem anstehenden Gesetzesvorhaben auch geprüft werden, in wieweit ein solches Gesetz zur Stärkung der Patientenrechte, auch bei fehlerhafter Behandlung, innerhalb EU Anwendung findet. Bekanntlich hat das Europäische Parlament am 19. Januar 2011 in zweiter Lesung die EU – Patientenrechte - Richtlinie verabschiedet. Diese muss nun innerhalb der nächsten zwei Jahre in nationales Recht umgesetzt werden.