



65/2012

Kiel, 23. Mai 2012

## **Bürgerbeauftragte Wille: Stärkung der Patientenrechte verläuft im Sande**

Kiel (SHL) – Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten, Birgit Wille, sieht in dem geplanten Patientenrechtegesetz lediglich einen ersten, kleinen Schritt, um die Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Ärzten und Krankenkassen zu stärken. Für die Betroffenen wird es in Zukunft zwar leichter sein, ihre Rechte bei groben Behandlungsfehlern durchzusetzen, im Übrigen bleiben viele Detailfragen offen und es wird lediglich die bisherige Rechtslage festgeschrieben. Die Bürgerbeauftragte fordert den Gesetzgeber daher auf, seinen Gesetzentwurf nochmals grundlegend im Sinne einer „echten“ Stärkung der Patientenrechte zu überarbeiten.

Durch das Patientenrechtegesetz werden die Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechts erstmalig im Bürgerlichen Gesetzbuch in einem neuen Abschnitt „Behandlungsvertrag“ (§§ 630a – 630h BGB) verankert. „Das geplante Gesetz führt endlich zur notwendigen Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Rechte der Patienten durch die festgelegte Pflicht der Ärzte zur Information, Aufklärung und Dokumentation sowie das Recht der Patienten auf Akteneinsicht“, erläuterte die Bürgerbeauftragte.

Sie kritisiert jedoch, dass es nur bei groben Behandlungsfehlern zu einer Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes kommen soll und in allen anderen Fällen die Patienten die Pflichtverletzung des Arztes, den erlittenen Schaden und die Ursächlichkeit der ärztlichen Pflichtverletzung im Hinblick auf den Schaden darlegen und beweisen müssen. Zudem verzichtet der Gesetzgeber auf die Schaffung eines Entschädigungsfonds und unternimmt nichts gegen die langen Verfahrensdauern bei Entschädigungsprozessen.

Positiv ist nach Worten von Wille allerdings zu sehen, dass die Kranken- und Pflegekassen zur Unterstützung ihrer Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern verpflichtet werden sollen. Die Hilfe könnte zum Beispiel in der Erstellung von Gutachten bestehen.

Abzuwarten bleibt dagegen, so die Bürgerbeauftragte, ob die Einführung von Bearbeitungsfristen für Krankenkassen den Versicherten wirklich zu Gute kommt. Grundsätzlich sollen die Krankenkassen über Leistungsanträge innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung oder im Fall einer notwendigen gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach fünf Wochen entscheiden. Wird die Frist ohne Vorliegen von nachvollziehbaren Gründen überschritten, können sich die Versicherten die Leistung nach Fristsetzung selbst besorgen und sich die Kosten von ihrer Krankenkasse erstatten lassen. Die Bürgerbeauftragte hält diese Regelung für zu kompliziert. Zudem bleibt für die Versicherten unklar, ob überhaupt und wann sie mit einer Kostenerstattung rechnen können.