

Antrag

der Abgeordneten Kathrin Vogler, Dr. Martina Bunge, Katrin Kunert, Caren Lay, Jens Petermann, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kersten Steinke, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Im Mittelpunkt unseres Gesundheitssystems müssen stets die Patientinnen und Patienten stehen. Die Wahrung ihrer Interessen ist daher oberstes Gebot. Krankheit stellt häufig eine starke persönliche Belastung dar. Da das vorrangige Interesse der Genesung gilt, ist es schwierig, gleichzeitig die eigenen Rechte gegenüber Behandelnden oder Kostenträgern in Erfahrung zu bringen und durchzusetzen. Noch immer erschweren intransparente, uneinheitliche und vor allem fehlende gesetzliche Regelungen die Inanspruchnahme von Patientenrechten erheblich. Ein eigenständiges Gesetz ist notwendig, um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu bündeln und auszubauen. Diese Rechte müssen sich nicht nur auf die Diagnose und Therapie, sondern auch auf Pflege- und sonstige Gesundheitsleistungen beziehen.

Zur näheren Kodifizierung der Patientenrechte ist es in Deutschland bisher praktisch nicht gekommen. Die Rechtsprechung sah sich daher gezwungen, den Willen des Gesetzgebers weitgehend zu interpretieren. Während in einigen Bereichen eine gefestigte Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes existiert, ist in vielen anderen medizinrechtlichen Fragen die Rechtsprechung regional differenziert. Dies bedeutet für alle Beteiligten einen undurchschaubaren und teils unkalkulierbaren Flickenteppich.

Die Patientenrechte leiten sich aus elementaren Grundrechten ab: Unantastbarkeit der Menschenwürde und der Gleichheit, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Freiheit der Person. Die Grundrechtecharta der Europäischen Union geht noch weiter und gewährt das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit, Recht auf gesunde Arbeitsbedingungen sowie das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und zu ärztlicher Versorgung. Erforderlich ist die Aufnahme sozialer Grundrechte auch in das Grundgesetz (vgl. Bundestagsdrucksache 16/13791).

Viele europäische Länder haben bereits nationale Patientenrechtegesetze verabschiedet (u. a. Dänemark, Finnland, Frankreich, Spanien, Österreich, Litauen und Slowenien). In Deutschland existiert mit dem Papier „Patientenrechte in Deutschland“ bislang nur eine unverbindliche und grobe Auflistung einzelner Rechte zur Information von Patientinnen und Patienten sowie von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Das Richterrecht und damit die gängige Rechtspraxis werden darin nur unzureichend beschrieben. Das Papier bietet keine ausreichende Hilfestellung für Patientinnen und Patienten, weil es lücken-

haft ist und sich niemand rechtlich darauf berufen kann. Mit einem neuen, namensgleichen „Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland“ vom 22. März 2011 hat die Regierung die Verwirrung komplett gemacht, denn dieses enthält lediglich Absichtserklärungen für kommende Gesetzgebungsverfahren.

Doch selbst fixierte Rechte existieren in Deutschland oftmals nur auf dem Papier. Das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen ohne Nennung von Gründen, was ein außergerichtliches und gerichtliches Vorgehen erst ermöglicht, wird häufig nicht oder nicht vollständig gewährt. In der Realität werden viele Patientinnen und Patienten bei der Akteneinsicht behindert bzw. erhalten unvollständige oder – in seltenen Fällen – sogar manipulierte Dokumente.

Patientinnen und Patienten haben bei einem vermuteten Behandlungsfehler die Möglichkeit, sich mit Hilfe von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen außergerichtlich mit dem Behandelnden zu einigen. Diese Stellen sind bei den Ärztekammern angesiedelt und werden von den Haftpflichtversicherungen der Beschuldigten mitfinanziert. Nach Ansicht von Patientenorganisationen sind diese Stellen nicht unabhängig und neutral. Ihre Verfahren sind meist nicht qualitätsgesichert. Hinzugezogene Gutachterinnen bzw. Gutachter unterliegen keinen gesetzlich geregelten, objektiven Qualitäts- oder Unabhängigkeitsanforderungen. Zudem sind beide Parteien nicht verpflichtet, einem Schlichtungsverfahren oder dem Schiedsspruch zuzustimmen. Häufig wird den Behandelnden eine außergerichtliche Einigung von ihren Haftpflichtversicherungen untersagt.

Gerichtsverfahren bei einem vermuteten Behandlungsfehler dauern häufig fünf Jahre und mehr. Da die Streitwerte oft hoch sind, trägt die Patientin bzw. der Patient ein erhebliches finanzielles Risiko. Dies gilt auch bei Inanspruchnahme von Prozesskostenhilfe. Das „Sezieren“ des eigenen Leids vor Gericht stellt zudem eine große psychische Belastung dar. Der Prozessausgang ist nicht zuletzt aufgrund der unsicheren rechtlichen Situation auch für Expertinnen und Experten kaum vorherzusagen. Viele Patientinnen und Patienten sehen daher davon ab, ihr Recht auch durchsetzen zu wollen. Auch Ärztinnen und Ärzte werden durch die lange Verfahrensdauer und die aufwändigen Verfahren belastet. Zudem stellt das Risiko eines Schadensfalls mit entsprechend langwierigem Gerichtsverfahren für viele Ärztinnen und Ärzte eine Beeinträchtigung ihres Berufsalltags dar.

Die Schwierigkeiten beim Arzthaftungsprozess liegen zum Teil in der Natur der Sache (individuelle Krankheitsverläufe, nicht vorhersagbare Behandlungserfolge etc.), zum Teil aber auch in der Verteilung der Darlegungslasten der verschiedenen Parteien. Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Waffengleichheit zwischen den Prozessparteien ist trotz der maßgeblich vom Bundesgerichtshof entwickelten Beweiserleichterungen für Patientinnen und Patienten bei weitem noch nicht hergestellt. Der Ursachenzusammenhang (Kausalität) zwischen Fehlbehandlung und Gesundheitsschaden ist oft für die beweisbelastete Person sehr schwierig zu belegen. Obwohl vor allem die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte beurteilen können, ob ihre Behandlung fachgerecht ausgefallen ist, liegt die gesamte Darlegungs- und Beweislast in der Regel bei der Patientin bzw. dem Patienten. Der Patientin bzw. dem Patienten bleibt zum Nachweis meist nur die Dokumentation der Ärztin bzw. des Arztes. Diese ist jedoch vorrangig nicht für die juristische, sondern für die medizinische Nachverfolgung der Behandlung konzipiert.

In den meisten Arzthaftungsprozessen kommt der Gutachterin bzw. dem Gutachter eine zentrale Rolle zu. Aufgrund ihrer bzw. seiner Einschätzung wird in der Regel entschieden, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob dieser als grob einzuschätzen ist. Damit eng verbunden ist die Frage, wer die Beweislast zu tragen hat, und damit häufig der Ausgang der Verfahren. An die Qualifikation und Unabhängigkeit der Gutachter und Gutachterinnen sind daher hohe Anforderungen zu stellen.

Nicht zuletzt sind Fehler Bestandteil des menschlichen Wirkens und auch Produkt von äußeren Bedingungen. Der Umgang mit Fehlern wird aber immer noch stark mit persönlichem Versagen assoziiert. Notwendig sind eine qualitätsfördernde Fehlerkultur und ein Arbeitsumfeld, das Arbeiten auf hohem Niveau ermöglicht und fördert.

Mitbestimmung ist ein elementares demokratisches Recht, das Patientinnen und Patienten immer noch zu wenig gewährt wird. Zu viele Entscheidungen werden über sie, aber nicht mit ihnen getroffen. Trotz Fortschritten in den letzten Jahren besteht hier weiterhin Nachholbedarf. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem zentralen Gremium zur näheren Festlegung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ist zwar 2004 eine Patientenbeteiligung eingeführt worden. Allerdings verfügt diese nicht einmal in Verfahrensfragen über ein Stimmrecht. Damit Patientenorganisationen perspektivisch mehr Verantwortung übernehmen können, brauchen sie eine entsprechende personelle und finanzielle Ausstattung.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der bereits bestehende und neue Rechte von Patientinnen und Patienten in einem Gesetz zusammenführt. Er soll die Umsetzung folgender Patientenrechte gewährleisten:

1. Recht auf gute und menschenwürdige Behandlung

a) Gute Behandlung

Die Gesundheitsversorgung muss allen Bürgerinnen und Bürgern barrierefrei* zugänglich sein und dem medizinischen Wissensstand entsprechen. Die Gesundheitsversorgung darf für die Patientinnen und Patienten nicht mit eigenständigen Kosten oder Auslagen (Zuzahlungen, Praxisgebühr, Vorkasse etc.) verbunden sein.

Die Menschenwürde ist in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu achten und der medizinischen bzw. pflegerischen Qualität gleichzustellen. Zu einer „guten Behandlungsqualität“ zählen in diesem Sinne einerseits die medizinisch-wissenschaftliche Qualität im Sinne der Einhaltung des Facharztstandards, andererseits auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten über das Ergebnis der Behandlung von Grunderkrankung und Begleitsymptomen sowie über den Behandlungsverlauf, ggf. auch ein möglichst minimierter Kostenaufwand. Der Patient bzw. die Patientin ist darüber aufzuklären, wie er bzw. sie zur Sicherung des Heilerfolges beitragen kann.

Steht für eine schwere Erkrankung keine anerkannte Therapie zur Verfügung, hat die Patientin bzw. der Patient prinzipiell Anspruch auf ärztliche Behandlung außerhalb des regulären Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen. Die vom Bundesverfassungsgericht im sogenannten Nikolaus-Urteil entwickelten Voraussetzungen dafür sind folgendermaßen moderat zu erweitern:

Der Anspruch gilt,

- wenn die Erkrankung die Lebensqualität besonders stark einschränkt oder regelmäßig tödlich verläuft,
- Anhaltspunkte für einen möglichen Therapieerfolg gegeben sind und

* Unter Barrieren sind alle baulichen, kommunikativen und kulturellen Barrieren zu verstehen, die eine volle Teilhabe an der Gesundheitsversorgung behindern können.

- keine anerkannte Therapie für die jeweilige Erkrankung zur Verfügung steht oder keine der anerkannten Therapien einen Nutzen erbracht hat.

Das Recht auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (bisher § 11 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) ist so zu konkretisieren, dass bestehende Vollzugsprobleme überwunden und Qualitätsindikatoren entwickelt werden, mit deren Hilfe eine flächendeckende Anwendung nachprüfbar wird.

b) Wartezeiten

Alle Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine zeitnahe Behandlung. Dies muss gleichermaßen für Versicherte der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung und hier insbesondere auch für Versicherte im Basistarif gelten. Ist eine Ärztin oder ein Arzt aus Auslastungsgründen nicht in der Lage, eine Patientin oder einen Patienten zeitnah zu behandeln, hat sie bzw. er die Vermittlung einer Ärztin oder eines Arztes in zumutbarer Erreichbarkeit durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu initiieren. Kann die KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages in angemessener Zeit keine Behandlung anbieten, ist sie mit Sanktionen zu belegen.

c) Aufklärung

Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, über ihren gesundheitlichen Zustand, die Diagnose, Behandlungsmethoden und -alternativen, Dauer und persönlich zu tragende Kosten, mögliche Nebenwirkungen und Risiken sowie Erfolgsaussichten der Behandlung inhaltlich und sprachlich verständlich aufgeklärt zu werden (Selbstbestimmungsaufklärung). Diese Aufklärung muss der Patientin oder dem Patienten individuell angepasst und barrierefrei zugänglich sein. Insbesondere sind sprachliche Barrieren mithilfe eines spezialisierten Dolmetscherdienstes zu überwinden. Im Mittelpunkt der Aufklärung steht das persönliche Gespräch. Der Inhalt der Aufklärung ist zu dokumentieren. Des Weiteren besteht das Recht auf Nichtwissen. Demnach haben Patientinnen und Patienten das Recht, ausdrücklich und in schriftlicher Form auf die Selbstbestimmungsaufklärung ganz oder teilweise zu verzichten. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientinnen und Patienten über die Tragweite ihrer Entscheidung informiert wurden.

d) Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Für Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der GKV ist ein sicherer rechtlicher Rahmen zu schaffen. Insbesondere ist damit sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, warum die jeweilige Leistung nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges ist, welche Behandlungsalternativen existieren und welche Kosten ihnen entstehen. IGeL erfordern eine angemessene Bedenkzeit sowie die schriftliche Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten. Sie dürfen nur auf Initiative einer Patientin bzw. eines Patienten erbracht werden. Es sind wirksame Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Erbringung von IGeL zu ergreifen. Auf die Möglichkeit einer Beratung durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland/UPD gemeinnützige GmbH ist hinzuweisen.

e) Fehlermanagement

Ein Fehlermeldesystem dient dazu, die Behandlungsqualität zu steigern, und hilft, künftig Fehler zu vermeiden. Vorhandene Fehlermanagementsysteme sind in ein bundesweites Fehlermeldesystem einzubeziehen. Die Meldung erfolgt an eine zentrale Stelle, z. B. einen Patientenbeauftragten des Bundestages (siehe Nummer 6).

Es sind folgende zwei Arten von Fehlermeldungen notwendig:

1. Bei der Meldung von unerwünschten Behandlungsergebnissen oder vermuteten Fehlern durch Behandelnde oder Patientinnen und Patienten ist konsequente Vertraulichkeit zu wahren. Weder Behandelnden noch Meldenden darf ein Nachteil entstehen. Diese Daten werden zur Erhebung von Fehlerhäufungen und anonymisiert zur Versorgungsforschung genutzt. Die Meldung erfolgt an eine zentrale Stelle, z. B. einen Patientenbeauftragten des Deutschen Bundestages (siehe Nummer 6). Die zentrale Stelle erhält den Auftrag, bei mutmaßlichen Fehlerhäufungen zusammen mit Verantwortlichen nach Lösungen zu suchen.
2. Richterinnen und Richter, die rechtskräftig einen Behandlungsfehler festgestellt haben, werden verpflichtet, den Fehler an die zentrale Stelle zu melden. Auffällige Häufungen oder besonders schwerwiegende Behandlungsfehler ermöglichen berufsrechtliche Konsequenzen.

f) Dokumentation

Die Leistungserbringerinnen und -erbringer haben die wesentlichen Schritte und Ergebnisse ihrer Behandlung so zu dokumentieren, dass Kolleginnen und Kollegen die Behandlung nachvollziehen können und die Ermittlung im Schadensfall ermöglicht wird.

2. Recht auf gesundheitliche Selbstbestimmung

Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, die Behandlungsmethode, den Behandlungsort sowie grundsätzlich die oder den Behandelnden im Rahmen deren/dessen Kapazität frei auszuwählen. Einschränkungen können ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität, z. B. im Rahmen einer hochwertigen integrierten Versorgung oder von Disease-Management-Programmen, vorgesehen werden. Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, eine Behandlung abzulehnen oder zu beenden. Es besteht das Recht auf eine Zweitmeinung.

3. Recht auf informationelle Selbstbestimmung

Sämtliche Informationen über Patientinnen und Patienten müssen streng vertraulich behandelt werden. Dieses Recht wird nur dann aufgehoben, wenn die Patientin oder der Patient selbst die Vertraulichkeit außer Kraft setzt oder medizinische oder juristische Gründe eine Bekanntmachung erzwingen. Alle Behandelnden, Kostenträger und anderen beteiligten Personen sind verpflichtet, sämtliche Daten vor unbefugtem Zugriff zu schützen.

Es besteht das Recht auf zeitnahe Einsichtnahme in sämtliche Krankenunterlagen wie auch der Pflegedokumentation. Die Behandelnden sind darüber hinaus verpflichtet, unaufgefordert und kostenfrei eine Dokumentation der wesentlichen Behandlungsschritte und Befunde an die Patientinnen und Patienten auszuhändigen. Für schwer kopierbare Unterlagen (z. B. bei bestimmten bildgebenden Verfahren) sind die Befunde zu dokumentieren und den auszuhändigenden Dokumenten beizufügen. Zwischen den Leistungserbringerinnen und -erbringern und Kostenträgern ist für diese Dienstleistung ein Preis zu vereinbaren, der Teil der Vergütung im Regelleistungsvolumen wird. Für die private Krankenversicherung sind analoge Vereinbarungen zu treffen, die auch auf Selbstzahlerinnen und Selbstzahler übertragen werden. Der Patient bzw. die Patientin hat das Recht, ausdrücklich und in schriftlicher Form auf die Aushändigung der Unterlagen zu verzichten (Recht auf Nichtwissen).

4. Rechte gegenüber Kostenträgern

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, die Deutsche Rentenversicherung und die Berufsgenossenschaften als Körperschaften des öffentlichen

Rechts sind verpflichtet, die Wahrung des Gemeinwohls in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen. Die Rechte von Patientinnen und Patienten sind aktiv umzusetzen. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf umfassende Aufklärung über ihre Rechte. Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten bei Verdacht eines Behandlungsfehlers bei der Aufklärung des Sachverhaltes und vor Schlichtungsstellen sowie vor Gericht zu unterstützen. Die Pflichten von Privatversicherungen sowie sonstigen Kostenträgern sind analog auszugestalten.

Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine transparente und zeitnahe Bearbeitung ihrer Anliegen. Dazu zählen insbesondere Genehmigungs- incl. Widerspruchsverfahren von Leistungsanträgen.

5. Rechte im Schadensfall

- a) Wenn eine Patientin oder ein Patient durch eine fehlerhafte Behandlung zu Schaden gekommen ist, hat sie bzw. er das Recht auf angemessenen Schadensersatz. Alle Leistungserbringerinnen und -erbringer haben ab Aufnahme der Tätigkeit eine Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen. Die Regelungen des § 51 der Bundesrechtsanwaltsordnung sind entsprechend zu übertragen und gelten jeweils für die zu haftende Institution (z. B. auch für Krankenhäuser). Die Mindestversicherungssumme ist am Schadensrisiko des jeweiligen Leistungserbringers auszurichten. Hat ein Behandlungsfehler zum Tod geführt, haben nahe Angehörige das Recht auf Schmerzensgeld („Trauerschaden“).
- b) Behinderungen der Ermittlung beim Verdacht auf Behandlungsfehler (z. B. Behinderung der Einsichtnahme in die Krankenunterlagen, Manipulation der Krankenunterlagen) müssen scharf sanktioniert werden und verlagern die volle Beweislast auf die Seite der bzw. des Behandelnden. Computerprogramme, die nachträgliche Veränderungen an der Dokumentation unmöglich oder sichtbar machen, sind einzuführen. Dafür sind entsprechende Programme zu entwickeln und zu testen. Auch die bisher praktizierte Beweislastumkehr bei Dokumentationsfehlern ist gesetzlich zu fixieren.
- c) Die von der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen sind durch das Patientenrechtegesetz zu garantieren und auszubauen. Der Patient oder die Patientin (Kläger/-in) hat vor Gericht nur darzulegen, dass ihm bzw. ihr durch die Behandlung ein Schaden entstanden ist. Die Ärztin bzw. der Arzt (Beklagte) kann zur Entkräftung darlegen, dass dieser Schaden für ihn unabwendbar war und auch bei Einhaltung des Facharztstandards nicht auszuschließen gewesen wäre. Stellt das Gericht einen Behandlungsfehler fest und ist dieser objektiv geeignet, den beschriebenen Schaden zu verursachen, wird ein ursächlicher Zusammenhang vermutet. Kann die bzw. der Beklagte diese Vermutung nicht widerlegen, ist er Schadensersatzpflichtig.
- d) Die Einführung eines Entschädigungsfonds zur Deckung von Schadensersatzforderungen ist zu prüfen. Dieser Fonds würde, wie bisher die Haftpflichtversicherungen, aus Mitteln der Leistungserbringerinnen und -erbringer unterhalten. Zu prüfen sind ebenfalls Modelle, die eine Prämienabsenkung bei längerer Zeit ohne Behandlungsfehler und Prämienanhebungen bei überdurchschnittlicher Häufung von Fehlern bewirken. Der Fonds könnte als Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet werden und die Ansprüche an diesen könnten der Sozialgerichtsbarkeit unterliegen. Da er im Gegensatz zu Versicherungsunternehmen nicht gewinnorientiert arbeitete, wären bei identischen Haftungssummen geringere Prämien für die Leistungserbringerinnen und -erbringer möglich.

- e) Durch eine zentrale Stelle, zum Beispiel einen Patientenbeauftragten des Deutschen Bundestages (siehe Nummer 6), ist ein Gutachterpool aufzubauen. Die Sachkunde und die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter sind durch verbindliche Vorgaben sicherzustellen und zu überprüfen. Die Gutachten haben gesetzlich festzulegenden Mindestanforderungen zu genügen, die von der zentralen Stelle zu spezifizieren sind. Sie sind in angemessener Zeit anzufertigen, um die Prozessdauer zu verkürzen. Damit Privatgutachten für alle Prozessparteien bezahlbar sind, sind angemessene Höchstentgelte für Gutachten in einer Honorarordnung zu regeln. Es sind geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Zahl der Gutachterinnen und Gutachter zu ergreifen.
- f) Außergerichtliche Einigungsmöglichkeiten sind zu stärken. Beide Parteien haben das Recht auf ein Schiedsverfahren bei einer Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle der Ärztekammern. Diese sind unabhängig auszugestalten und das Prinzip der Waffengleichheit ist analog den Vorgaben bei Gerichtsprozessen herzustellen. Für hinzugezogene Gutachterinnen und Gutachter sind die Vorgaben nach Nummer 5e anzuwenden. Patientenvertreter und -vertreterinnen sind an den Verfahren und Entscheidungen zu beteiligen. Die Qualität der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist bundeseinheitlich zu sichern. Längerfristig sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen an Stellen zu etablieren, die auch strukturell unparteiisch sind.

6. Patientenvertretung und kollektive Beteiligungsrechte

Patientinnen und Patienten haben das Recht, sich an der Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen und deren Qualitätssicherung zu beteiligen. Da es sich um ein gesamtgesellschaftliches Interesse handelt, ist den maßgeblichen Patientenorganisationen mit Mitteln des Bundes diese Beteiligung zu ermöglichen. Kurzfristig ist Patientenvertreterinnen und -vertretern im G-BA ein Stimmrecht in Verfahrensfragen einzuräumen. Dafür ist die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA finanziell und personell aufzuwerten. Dies ist auch eine unabdingbare Voraussetzung für das perspektivisch zu fordernde Stimmrecht von Patientenvertreterinnen und -vertretern in Sachfragen im G-BA.

Patientenvertreterinnen und -vertreter sind angemessen an den Entscheidungen von Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen sowie auf Bundes- und Landesebene zu beteiligen. Es sind regelmäßig unabhängige Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in Krankenhäusern einzuführen.

Ein neu zu schaffendes Amt einer oder eines Patientenbeauftragten des Bundestages soll als Beschwerde- und Auskunftsstelle für Patientinnen und Patienten dienen. Er bzw. sie ist für die Auswertung der Daten des Risikomanagementsystems nach Nummer 1 zuständig. Er bzw. sie fungiert in den Debatten im Deutschen Bundestag explizit als Anwalt der Patientinnen und Patienten und hat dem Deutschen Bundestag jährlich einen Bericht über seine bzw. ihre Arbeit und Erkenntnisse auf dem Gebiet der Patientenrechte und -beteiligung vorzulegen. Das Amt des Patientenbeauftragten des Deutschen Bundestages löst das des Patientenbeauftragten der Bundesregierung ab.

Berlin, den 6. Juli 2011

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

