



## Wortprotokoll der 37. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 25. März 2026, 16:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und  
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Stephan Pilsinger, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 3

Antrag der Abgeordneten Linda Heitmann, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Eine Reform des Patientenrechtegesetzes ist überfällig – Rechte von Patientinnen und Patienten jetzt stärken**

**BT-Drucksache 21/3796**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

**Mitglieder des Ausschusses**

<b>Fraktionen</b>	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



---

## Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung „Reform des Patientenrechtegesetzes“  
am 25. März 2026, 16 Uhr, Paul-Löbe-Haus E 300

---

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)<sup>1</sup>
- Bundesärztekammer (BÄK)<sup>2</sup>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)<sup>2</sup>
- Sozialverband Deutschland SoVD<sup>3</sup>
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)<sup>4</sup>
- Prof. Dr. Thomas Gutmann (Universität Münster)<sup>4</sup>
- Jörg Heynemann (Fachanwalt für Medizinrecht)<sup>1</sup>
- Prof. Dr. Christian Katzenmeier (Universität zu Köln)<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>2</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>3</sup> Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>4</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16:01 Uhr

### **Einziger Tagesordnungspunkt**

Antrag der Abgeordneten Linda Heitmann, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### **Eine Reform des Patientenrechtegesetzes ist überfällig – Rechte von Patientinnen und Patienten jetzt stärken**

**BT-Drucksache 21/3796**

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Guten Tag, meine verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, sehr geehrter Herr Staatssekretär Dr. Kipfels, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie alle sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die wie immer eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten.

Meine Damen und Herren, in der heutigen Sitzung beschäftigen wir uns mit dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Eine Reform des Patientenrechtegesetzes ist überfällig – Rechte von Patientinnen und Patienten jetzt stärken“ auf Drucksache 21/3796. Die Wahrung der Rechte von Patientinnen und Patienten ist nach Ansicht von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach wie vor eine große Herausforderung. Insbesondere bei der Beweisführung bei Behandlungsfehlern müssten Betroffene hohe Hürden überwinden. Liegt nachweislich eine mangelhafte oder fehlerhafte Dokumentation vor oder fehlt sie sogar, dann greift zwar die Beweislastumkehr, doch auch dieser Nachweis ist nach Auffassung der Fraktion nur schwer zu führen. Die Fraktion fordert daher die Erleichterung der Beweislastführung im Falle eines Behandlungsfehlers sowie eine gesetzlich verankerte Organisationsverantwortung, Regelungen für die Dokumentation und für nachträgliche Änderungen sowie ein unabhängiges, qualitätsgesichertes Gutachterwesen. Insgesamt

müssten Behandlungsprozesse viel transparenter und die Patientensicherheit gestärkt werden. Über diese Forderung wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, sprechen. Bevor wir aber beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen heute 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat. Das ist heute die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder an einen Sachverständigen gestellt. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten beschränkt. Ich darf daher darum bitten, die einzelnen Wortbeträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass Sie, sobald Sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. Videostream übertragen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet bzw. im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen, entsprechende Regelungen in § 70 Abs. 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfung in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese sind auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Das waren die Hinweise. Wir beginnen jetzt mit der Anhörung. Die erste



Frage stellt die antragstellende Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Frau Heitmann, bitte.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an die BAG SELBSTHILFE richten. Unser Antrag greift das Thema der Durchsetzung von Rechten von Patientinnen und Patienten, die Behandlungsfehler erlitten haben und dann ihr Recht im Nachgang einfordern, auf. Wo liegen aus Ihrer Sicht für die Betroffenen heute die größten praktischen Hürden, wenn sie ihre Rechte nach Behandlungsfehlern durchsetzen wollen?

**Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)): Keine persönlichen finanziellen Interessen. Zunächst einmal muss man sagen, dass es ein wahrer Hürdenlauf ist, der schon damit beginnt, dass, wenn ein Zweifel da ist, ob da ein Behandlungsfehler im Raum steht, es sehr schwierig ist, überhaupt eine Anlaufstelle für Beratung zu haben. Daran fehlt es schon, dass es wirklich flächendeckend und in der Öffentlichkeit bekannte Beratungs- und Ansprechstellen gibt. Auch die Arbeit der Unabhängigen Patientenberatung ist in dem Fall nicht so bekannt. Dann ist es so, dass die nachbehandelnden Ärzte nicht verpflichtet sind, auf so einen Verdacht hinzuweisen. Da müsste dringend § 630a Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geändert werden. Wenn ich dann schon sage, ich möchte es einmal genauer wissen, ist es sehr schwer, überhaupt für einen Laien zu überblicken, inwieweit die Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen geregelt ist. Gerade bei elektronischer Dokumentation ist das sehr schwierig. Das ist schon eine Wissenschaft für sich. Glücklicherweise sind die gesetzlich Krankenversicherten in der Lage, sich Unterstützung von ihrer Krankenkasse gemäß § 66 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu holen. Aber diese Unterstützung ist nur einmal möglich. Da fehlt es einfach an weiterer Unterstützung zum Beispiel bei den üblicherweise anschließenden Verhandlungen mit dem Haftpflichtversicherer des Behandlers. Es gibt keine durchgängige Unterstützung. Wenn wir irgendwann ins Gerichtsverfahren eintreten, dann ist es so, dass die Beweislastverhältnisse sehr zum Nachteil der Betroffenen sind. Da war es leider so, dass bei der Kodifikation

der Patientenrechte im Jahr 2012 die Schuldrechtsreform nicht adäquat auf die Situation übertragen wurde. Insofern ist das Beweismaß, von einer Pflichtverletzung zum Schadensnachweis zu kommen, nicht adäquat geregelt. Letzter Punkt: Es ist so, dass die Verfahren sehr lang dauern und oftmals den Patientinnen und Patienten die Luft ausgeht. Oftmals liegt es daran, dass es schon schwierig ist, einen adäquaten Gutachter vom Gericht zu finden.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Weiss.

Abg. **Dr. Maria-Lena Weiss** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Professor Katzenmeier. Was halten Sie von der Forderung einer Beweismaßreduzierung im Arzthaftungsprozess?

**Prof. Dr. Christian Katzenmeier** (Universität zu Köln): Keine Interessenbindung. Die Forderung ist nicht neu. Ich sehe sie kritisch. Eine Beweismaßreduktion widerspricht dem geltenden Recht. Haftungsgrund ist in typischen Arzthaftungsfällen nicht die Pflichtverletzung des Arztes, vielmehr die vom Patienten erlittene Rechtsgutsverletzung. Das gilt für die vertragliche wie die deliktische Arzthaftung gleichermaßen. Soweit es um den Ersatz für Schäden infolge einer Integritätsbeeinträchtigung geht, unterfällt die haftungsbegründende Kausalität immer dem § 286 Zivilprozessordnung (ZPO). Nichts anderes gilt bei Ansprüchen gegen sonstige Dienstverpflichtete, etwa wegen eines Trainingsunfalls gegen den Betreiber eines Fitnessstudios. § 287 ZPO greift in solchen Fällen nur bezüglich der Haftungsausfüllung, im Übrigen bei der Geltendmachung primärer Vermögensschäden, wie sie etwa für die Anwalts- oder Notarhaftung typisch ist. Das strenge Beweismaß des § 286 ZPO ist im Prozess gegen den Arzt für den anspruchsstellenden Patienten eine hohe Hürde. Man kann daher über weitergehende Vergünstigungen als bislang gewährt nachdenken. Eine Beweismaßreduktion aber ist nicht der richtige Weg. Das Überwiegensprinzip begegnet zunächst schon gewichtigen Praktikabilitätsbedenken. In aller Regel können Wahrscheinlichkeiten beim gerichtlichen Beweis nur in groben Werten ermittelt werden. Tatsächlich führt das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu einer großen Unsicherheit in der



richterlichen Sachverhaltsfeststellung und damit zu Zweifeln an der Richtigkeit der Entscheidungsfindung. So dann verkennt die Argumentation, es sei gerechter, nach dem jeweils Wahrscheinlicheren zu urteilen, das Wesen von Beweislastentscheidungen grundsätzlich. Beweislastregeln beruhen auf sachlichen Gründen. Es sind materielle Gerechtigkeitserwägungen, die auch den auf sie gestützten Entscheidungen einen eigenen Gerechtigkeitswert verleihen. Das vom Gesetzgeber durchdachte, fein ausdifferenzierte und von der Rechtsprechung entsprechend den Verkehrsbedürfnissen fortentwickelte Beweislastsystem ist im Ergebnis besser geeignet, den widerstreitenden Interessen von Kläger und Beklagten gerecht zu werden, als Entscheidungen nach überwiegender Wahrscheinlichkeit. Schließlich stünde zu befürchten, dass eine Verpflichtung des Arztes zum Ersatz von Schäden, die er nicht sicher, sondern nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit verursacht hat, zu einer Ausuferung der materiell rechtlichen Anspruchsgrundlagen führt. Das Resultat einer Beweismaßreduzierung im Arzthaftungsprozess wäre eine weitere Haftungsverschärfung und Schadensverlagerung auf die Behandlungsseite, für die jede Rechtfertigung fehlt. Schon heute droht die Gefahr einer Defensivmedizin - soll die Haftpflichtversicherung, der Haftpflichtversicherungsschutz von Ärzten auch in den Hochrisikofächern finanzierbar bleiben? Dann darf der Bogen nicht überspannt werden.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Dann kommen wir zur nächsten Frage. Herr Dietz, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an Rechtsanwalt Jörg Heynemann. Gibt es Ihrer Ansicht nach belastbare Daten, insbesondere mit Blick auf das im Anhang kritisierte Gutachterwesen, auf das sich der Antrag stützen könnte, zum Beispiel Studien, Gerichtsstatistiken, Vergleichszahlen? Führen die derzeitigen Regeln Ihrer Ansicht nach systematisch zu Fehlentscheidungen zulasten von Patienten?

**Jörg Heynemann** (Fachanwalt für Medizinrecht): Keine finanziellen Interessen. Ganz klar ist mir jetzt Ihre Frage nicht.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Ob es belastbare Daten gibt, ob das Gutachterwesen eventuell in der Grauzone falsche Entscheidungen trifft, denn das wurde gerade hier im Antrag sehr kritisiert.

**Jörg Heynemann** (Fachanwalt für Medizinrecht): Belastbare Daten sind mir nicht bekannt. Ich kann jetzt aus meiner anwaltlichen Praxis unzählige Fälle aufzählen und zitieren, wo es einfach Fehlentscheidungen gibt. Es ist immer ein gewisser Ermessensspielraum, auch bei den Sachverständigen, vorhanden. Aber es geht eigentlich in einem Haftungsprozess darum, dass man den Sachverhalt vollständig ermittelt. Daran scheitert es schon oft, dass dann die Entscheidungen zum Teil auf einer unzureichenden Sachverhaltsermittlung beruhen. Die Sachverständigengutachten sind immer sehr von der subjektiven Sichtweise des jeweiligen Gutachters geprägt. Also eine objektive Begutachtung gibt es sicherlich nicht vollumfänglich. Aber man sollte diesem Ziel wenigstens nahekommen. Die Forderungen, die sich auf das Gutachterwesen beziehen, zum Beispiel von den Grünen, sehen insofern Erleichterungen vor, dass man auf die Qualifikation des Sachverständigen abstellt, auf die Fachgebietsgleichheit und auf die Möglichkeit, weitere Sachverständigengutachten hinzuzuziehen oder weitere Sachverständigengutachten einzufordern. In der Rechtspraxis scheitert das oft daran, dass die Gerichte oftmals keine Sachverständigen finden. Das muss man immer wieder sagen. Das ist ein Grund, warum sich die Haftungsprozesse oftmals so in die Länge ziehen. Ich hatte vor Kurzem einen Haftungsprozess in Frankfurt, und da wurde seit drei Jahren vergeblich versucht, einen Sachverständigen zu finden im Bereich der Urologie. Alle angefragten Sachverständigen haben diesen Gutachterauftrag abgelehnt. Das sind praktische Hürden. Man sollte – das wird gefordert, und in Berlin bei der Ärztekammer wird das auch gemacht – Sachverständige als solche zertifizieren, damit sie eine entsprechende Kompetenz nachweisen können, um dann entsprechend begutachten zu können.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Jetzt kommen wir zur Frage der SPD. Es fragt der Kollege Schwartz.

Abg. **Stefan Schwartz** (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Gutmann. Der Bundesgerichtshof



(BGH) bemüht sich sehr darum, die von ihm attestierte mangelnde Waffengleichheit im Haftungsrecht herzustellen und hat in jüngster Rechtsfortbildung die Rechtsfigur der sekundären Darlegungslast entwickelt. Wie bewerten Sie das heutige Patientenrecht hinsichtlich der haftungsrechtlichen Regelung bei vermeintlichen Behandlungsfehlern? Wo sehen Sie gegebenenfalls die wichtigen Nachbesserungen?

**Prof. Dr. Thomas Gutmann** (Universität Münster): Der sechste Senat des BGH hat in einer sehr guten Arbeit ein sehr ausdifferenziertes System der Beweislast entwickelt über die Jahre. Eine ziemliche Salatschüssel, die allerdings beiden Parteien an der einen oder anderen Stelle etwas gibt. An der zentralen Stelle agiert der BGH allerdings außerhalb des Rechts. Es ist Ihre Aufgabe, denke ich, das klarzustellen, weil nicht zu erwarten ist, dass der BGH sich selbst korrigiert. Der Punkt ist der: Wir sind uns alle einig, dass der Patient die Pflichtverletzung, den Behandlungsfehler, die Standardabweichung des Arztes, beweisen muss nach dem sogenannten Vollbeweis, zur völligen Überzeugung des Richters. In der vertraglichen Haftung greift dann für die Frage, ist dem Patienten ein Schaden entstanden und wie hoch ist er, der § 287 ZPO ein. Der sagt, das Gericht entscheidet diese Frage nach freier Überzeugung. Das wird in der vertraglichen Haftung generell von anderen Senaten des BGH so angewendet. Es ist auch geschriebenes Gesetz. Der sechste Senat verweigert den Patientinnen und Patienten bei der Haftung die Anwendung des gesetzlich geltenden Rechts der vertraglichen Haftung und wendet Deliktsrecht an. Das war in den 80er-Jahren in Ordnung. Das ist nicht mehr in Ordnung seit der Schuldrechtsreform 2001. Es ist ein offener Ungehorsam gegenüber dem Gesetzgeber des Patientenrechtegesetzes. Nach dem Deliktsrecht muss der Patient für die Primärschädigung, die Rechtsgutsverletzung, tatsächlich den Vollbeweis zur völligen Überzeugung des Gerichts erbringen, im vertraglichen Haftungsrecht nicht. Dem geschädigten Patienten wird das normale Beweisrecht genommen vom BGH. Das ist widerrechtlich und muss korrigiert werden.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Heitmann.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gern Herrn Heynemann auch nochmal dazu fragen, was er von einer Absenkung der Kausalitätsanforderungen auf eine überwiegende Wahrscheinlichkeit hält. Halten Sie diese auch für rechtlich praktikabel und geeignet? Haben Sie konkrete Beispiele dafür, wo sich dadurch in der Praxis etwas geändert hat?

**Jörg Heynemann** (Fachanwalt für Medizinrecht): Ich kann eigentlich an das anschließen, was Professor Gutmann gesagt hat. Diese Beweismaßreduktion auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit wäre sehr sinnvoll, soweit es den Kausalzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung, in dem Fall dem Behandlungsfehler, und dem Schaden, den der Patient erlitten hat, begründet. Ob das praktikabel ist oder nicht, ist eine weitere Frage. Ich stimme insoweit mit Professor Katzenmeier überein, dass man diese Frage, ob es überwiegend wahrscheinlich ist, dass ein Behandlungsfehler zu dem konkreten Schaden geführt hat, mehr oder weniger wieder in die Hände der Sachverständigen gibt. Man hat das Gleiche bei dem Befunderhebungsfehler, wenn es darum geht, ob man einen erhobenen Befund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt hätte, wenn man ihn denn erhoben hätte. Da ist es gängige Praxis, dass da die Sachverständigen gefragt werden. Sie sagen einmal Ja und einmal Nein. Das ist praktikabel. Man muss allein schon den Behandlungsfehler beweisen. Das ist schon eine riesige Hürde. Letztlich scheitern dann an der Kausalität 70 bis 80 Prozent der Fälle, in denen einfache Behandlungsfehler festgestellt werden. Das muss man so sagen. Sie fragen nach Beispielen. Jetzt aus dem Stegreif fällt mir ein Fall ein. Da gab es eine Operation mit einer sehr großen Operationsnarbe, auf der sich ein schreckliches Narbenkeloid gebildet hat. Der Behandlungsfehler lag in einer falschen Schnitttechnik. Der Sachverständige hat auch gesagt, dieses Keloid ist sehr wahrscheinlich auf die falsche Schnitttechnik zurückzuführen. Das Ergebnis ist in solchen Fällen, dass das Beweismaß des § 286 ZPO nicht erbracht ist und die Klage dann abgewiesen wird. Das Beweismaß des § 286 ZPO ist extrem streng. Ich weiß, dass der BGH sich dagegen wehrt, wenn man sagt, es wird dann eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit geschuldet. Der BGH hat eine blumige Definition, dass ein Grad von Gewissheit für das praktische Leben vorhanden sein muss, der Zweifeln Schweigen



gebietet, ohne diese gänzlich auszuschließen. Das heißt in der Praxisanwendung, es muss mehr oder weniger zu 100 Prozent feststehen. Daran scheitern sehr viele Arzthaftungsprozesse, wenn der Behandlungsfehler bewiesen ist. Es gibt immer Reserveursachen, also andere Ursachen, die dann maßgeblich sein können. Ein weiteres Beispiel ist die Anwendung von Fluorchinolonen. Das ist inzwischen ein Reserveantibiotikum, das zu schwersten Nebenwirkungen führen kann. Die Patienten, die dann von diesen Nebenwirkungen betroffen sind, landen in der Regel im Rollstuhl. Es wird als behandlungsfehlerhaft angesehen, dies zum Beispiel bei einer Mandelentzündung anzuwenden, was aber immer wieder vorkommt. Da stellt sich die Frage: Ist das ein einfacher oder ein grober Behandlungsfehler? Wenn es ein grober Behandlungsfehler ist, kommt man zu einer Behaftung. Wenn es ein einfacher Behandlungsfehler ist, scheitern auch diese Fälle an der Kausalität, weil es immer irgendwelche Reserveursachen geben muss. Ich bin sehr für die Herabsetzung des Beweismaßes auf das Beweismaß des § 287 ZPO.

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Die nächste Frage stellt die Fraktion Die Linke, Kollegin Schötz.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an den Sozialverband Deutschland. Wie bewerten Sie allgemein den Ausbau der Patientenrechte in Deutschland? Welche Probleme sehen Sie momentan, wenn Patientinnen dem Verdacht eines Behandlungsfehlers nachgehen möchten? Welche politischen Forderungen leiten Sie davon ab?

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Herr Schönberg.

**Florian Schönberg** (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Keine Interessenkonflikte. Der Ausbau der Patientenrechte, gerade mit dem Patientenrechtegesetz, war ein wichtiger Schritt. Erstmals wurden die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und aus dem Behandlungsverhältnis gesetzlich verankert. Gleichzeitig zeigen auch die Schilderungen, die wir heute gehört haben, und auch unsere Wahrnehmung, dass erhebliche Defizite weiterhin bestehen, gerade was die Durchsetzung dieser Rechte angeht. Ein zentrales Problem ist die strukturellen Benachteiligungen, die Patientinnen und

Patienten in dem Verhältnis haben. Sie sind medizinische Laien. Sie haben kein Fachwissen. Ihnen fehlt der Einblick in den konkreten Behandlungsverlauf. Gleichzeitig sind sie hohen Belastungen ausgesetzt, psychischer, physischer und finanzieller Art. Dem gegenüber stehen die Leistungserbringenden mit einem erheblichen Wissens- und Informationsvorsprung. Diese Ungleichheit setzt sich im Arzthaftungsprozess fort. Wir haben es gehört. Die Verfahren sind komplex. Sie sind langwierig. Die Aufklärung des Sachverhalts ist schwierig. Und vor allem sind erhebliche Kostenrisiken damit verbunden, was gerade Patienten oft davon abhält, diesen Weg zu bestreiten. Besonders problematisch sind die strengen Anforderungen an den Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Schaden. Hier besteht häufig eine strukturelle Beweisnot, wie wir gehört haben, an der viele Verfahren scheitern. Vor diesem Hintergrund bleibt ein Haftungssystem, das zwar Rechte gewährt, aber deren Durchsetzung faktisch leerläuft, hinter seinen eigenen Gerechtigkeitsanspruch zurück. Deshalb braucht es aus unserer Sicht klare Nachbesserungen. Zentral ist hier die Absenkung bei dem Beweismaß, bei dem Ursachenzusammenhang, hin zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Das wäre keine Privilegierung der Patienten, sondern eine notwendige Korrektur, wie wir gehört haben, um hier prozessuale Fairness herzustellen. Wir schließen uns hier den Ausführungen von Professor Gutmann an. Ein weiterer wichtiger Punkt wäre für uns die Einführung einer aktiven Informationspflicht über Behandlungsfehler. Im Moment sieht das BGB vor, dass nur Patienten Informationen über Behandlungsfehler mitgeteilt werden auf Nachfrage oder zum Ausschluss von Gesundheitsschäden. Hier wird der misstrauische Patient, der nachfragt, vom BGB bessergestellt als der Gutgläubige, der auf das Arzt-Patienten-Verhältnis vertraut.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Professor Katzenmeier. Ist es Ihrer Ansicht nach angezeigt, die Organisationsverantwortung der Leitung von medizinischen Einrichtungen auszuweiten?

**Prof. Dr. Christian Katzenmeier** (Universität zu Köln): Hintergrund der Forderung ist die zunehmende Arbeitsteilung in der Medizin mit notwendigen Kooperationen, gesteigertem



Koordinationsaufwand und daraus resultierenden Risiken und Gefahren für Patienten. Die im Antrag getroffene Aussage, die Verantwortung werde bislang allein den behandelnden Ärzten zugeschrieben, ist dabei allerdings nicht richtig. Als Vertragspartner des Patienten werden der medizinischen Einrichtung Pflichtverletzungen der angestellten Ärzte als deren Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB zugerechnet. Außervertraglich haftet die Einrichtung für eigenes Auswahl- und Überwachungsverschulden. Die Pflichten sind streng. Die in § 831 Absatz 1 und 2 BGB vorgesehene rechtspolitisch sehr zweifelhafte Entlastungsmöglichkeit gelingt so gut wie nie. Für leitende Ärzte haftet die Einrichtung ohnedies unbedingt analog § 31 BGB. Daneben treffen medizinische Einrichtungen weitreichende Organisationspflichten zur Gewährleistung der Patientensicherheit in allen Phasen der Behandlung. Versäumnisse begründen eine Haftung unmittelbar aus § 823 Absatz 1 BGB. Bestimmte Organisationspflichten in den §§ 630a ff. BGB konkret zu benennen, empfiehlt sich nicht. Allzu detaillierte gesetzliche Festschreibungen tragen oftmals weniger zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei. Sie engen stattdessen den Interpretationsspielraum ein und erschweren oder behindern damit die so wichtige Fortbildung der Patientenrechte durch die Gerichte. Die Rechtsprechung gestaltet das Pflichtenprogramm entsprechend den Bedürfnissen des Rechtsverkehrs aus. Fazit: Die Organisationsverantwortung von Gesundheitseinrichtungen ist weitreichend und sie ist rechtlich klar geregelt. § 831 Absatz 1 und 2 BGB bereitet in der Praxis keine Probleme. Ich sehe keinen Reformbedarf. Im Gegenteil könnte eine Ausweitung der Organisationsverantwortung von Gesundheitseinrichtungen Zweifel an der persönlichen Einstandspflicht des angestellten Arztes aufkommen lassen. Es wäre meines Erachtens aber falsch, dem unmittelbar Fehlbehandelten nicht nur einen Freistellungsanspruch gegen seine Arbeitgeber, die medizinische Einrichtung, zuzusprechen, sondern ihn von vornherein aus der Haftung gegenüber dem Geschädigten zu entlassen.

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Als nächstes hat wieder die AfD-Fraktion das Wort.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht an Herrn Heynemann. Wie wir heute schon festgestellt haben, fehlt bei vielen Patienten die Kenntnis ihrer

Rechte. Vor einiger Zeit bin ich selbst in diese Situation gekommen. Nach einer blutigen Entlassung im Krankenhaus wurde vergessen, die Heparin-Spritzen zu verordnen beziehungsweise mitzugeben. Nun frage ich mich, war das ein Behandlungsfehler oder ist das nur ein Verordnungsfehler? Haftet dann das Krankenhaus für solche Fehler? Die Folge davon war eine tiefe Venenthrombose, die mich über Jahre hinweg beeinträchtigt hat. Das ist heute noch nicht ganz ausgestanden.

**Jörg Heynemann** (Fachanwalt für Medizinrecht): Ja, das ist ein absoluter Klassiker, den habe ich so mehrfach im Jahr. Natürlich ist das ein Behandlungsfehler, wenn nicht für die Thrombose-Prophylaxe gesorgt wird und entsprechende Antikoagulationsmittel mitgegeben oder verschrieben werden. Das ist ein Behandlungsfehler. Hier haftet der Krankenhausträger, bei welchem die Behandlung durchgeführt wurde.

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Jetzt fragt die SPD-Fraktion weiter.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie beurteilen Sie nach nunmehr 13 Jahren Patientenrechte-Gesetz das Gleichgewicht zwischen Behandelnden und Patienten? Sehen Sie Best Practice im Ausland, die wir uns anschauen sollten?

**Thomas Moormann** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Keine Interessenskonflikte. Wir sehen eine rechtliche Schieflage, und dass sich seit vielen Jahren nichts getan hat bei den Patientenrechten. Was läuft da schief? Warum ist das in anderen Ländern teilweise besser geregelt? Warum reden wir noch darüber? Es kann sein, dass wir in zehn Jahren immer noch über dieselben Probleme reden. Wie machen das denn andere Länder? Das ist schon spannend, wenn man sich das mal angeguckt, dass in anderen Ländern die Schuldfrage und die Beweislastfrage gar nicht so die große Rolle spielt. Das fördert eine andere Kultur. Das fördert eine Fehlermeldekultur, eine Sicherheitskultur. Die Patienten werden weniger stark damit belastet. Sie haben gesundheitliche Probleme und sollen sich dann noch um den Schaden kümmern, dass der



beseitigt wird, dass finanziell wenigstens eine Entschädigung stattfindet. Viele Patienten, denen das passiert, wollen gar nicht primär eine Entschädigung haben, sondern nur eine moralische Entlastung haben. Wenn es dann gar nicht mehr das Problem ist, dass es zugegeben werden muss, wer hier den Fehler gemacht hat, dann ist das der erste Schritt, dass sich die Situation verbessert für alle Beteiligten. Auch die Justiz würde entlastet werden. Wir würden über diese Probleme dann nicht mehr sprechen müssen. Da sind insbesondere die skandinavischen Länder viel weiter als Deutschland. Alle skandinavischen Länder, einschließlich Dänemark. Auch in Frankreich gibt es ein gutes System, wo gar nicht, wie gesagt, die Schuldfrage so im Mittelpunkt steht. Ich glaube, dann können wir ein großes Stück weiterkommen. Begleitend dazu bräuchte es dann einen Entschädigungsfonds, welcher sich um die Menschen, die finanziell starke Probleme haben, kümmert und zum Beispiel eine anwaltliche Unterstützung im Bedarfsfall zu finanzieren. Das gibt es im europäischen Ausland in sehr vielen Ländern. Das, finde ich, ist ein beeindruckendes Beispiel, wie man damit umgehen kann. Und insbesondere im Blick auf das Verhindern weiterer Folgen oder weiterer Behandlungsfehler, haben wir da ein präventiv sehr wirksames System.

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Als nächstes fragt wieder Frau Heitmann.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gern den SoVD diesmal ansprechen und fragen, was Sie denn glauben, welche konkreten gesetzlichen Änderungen im Alltag der betroffenen Patientinnen und Patienten den größten Effekt hätten, vielleicht sogar über unseren vorliegenden Antrag hinaus.

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Herr Schönberg.

**Florian Schönberg** (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Ich würde an der Stelle nochmal die Einführung einer aktiven Informationspflicht über die Behandlungsfehler fortführen, die ich gerade aufgegriffen habe. Bisher hat das BGB die Vorstellung, dass der Behandelnde nur aktiv verpflichtet ist zu informieren, wenn der Patient selbst nach

Behandlungsfehlern nachfragt oder es zur Abwendung von gesundheitlichen Gefahren angebracht ist. Das ist angesichts des Wissensnachteils der Patientinnen und Patienten meistens befinden, kaum nachvollziehbar. Im Ergebnis, das hatte ich gerade schon gesagt, aber das will ich nochmal wiederholen, erhält durch die Regelung im BGB nur ein misstrauischer Patient, der kritisch nachfragt, und zwar im Zweifel jedes Mal nach einer Behandlung, ob denn ein Behandlungsfehler passiert ist, die Antwort. Aber geschützt wird gerade nicht der gutgläubige Patient, der auf das Arzt-Patienten-Verhältnis vertraut. Hier ist eine große Intransparenz gegeben, die korrigiert werden sollte. Das würde nicht nur die Rechtsdurchsetzung, die Kenntnis und die Möglichkeit der Patienten, selbst einzuschätzen und selbst aus dieser Information Entscheidungen treffen zu können verbessern, sondern es würde auch das Arzt-Patienten-Verhältnis an der Stelle stärken. Genauso wäre es hilfreich, wenn beim Einsichtsrecht in die Patientenakte die Vollständigkeit der bereitgestellten Unterlagen schriftlich zu bestätigen wäre, wenn die Patienten ihr Akteneinsichtsrecht vollumfänglich wahrnehmen. Denn hier kommt es auf einen Wissensausgleich an. Wenn Akten verzögert oder nicht vollständig oder über einen längeren Zeitraum scheinungsweise rausgegeben werden, führt das natürlich zu Wissensnachteilen, die verstärkt werden. Das führt dazu, dass die Patienten über ihren Sachverhalt nicht den vollen Überblick haben. Das bereitet Nachteile für die Patienten, darüber zu entscheiden, wie es weitergehen soll. Hier wäre es wichtig, dass die Patienten die Gewissheit und das Wissen darüber haben, dass die Akte vollständig übergeben ist, wenn diese angefordert wurde.

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Als nächstes eine Frage für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Führt aus Ihrer Sicht eine Herabsetzung des Beweismaßstabes für Patienten zu einer Stärkung der Patientenrechte?

**Der stellvertretende Vorsitzende:** Frau Kreitz.



**Svenja Kreitz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Keine finanziellen Interessenkonflikte. Nein, aus unserer Sicht führt ein Herabsetzen nicht zu einer sachgerechten Stärkung. Ich möchte mich da den Ausführungen von Professor Katzenmeier anschließen. Aus unserer Sicht gibt es bereits heute und ein über Jahrzehnte entwickeltes, differenziertes Arzthaftungsrecht, das schon Ausgleichsmechanismen enthält. Dazu gehört unter anderem eine abgestufte Darlegungslast. Abgestuft, weil schon Rechnung getragen wird, je nach Schwere und Plausibilität eines Vorwurfs, dass der Arzt entsprechend Dinge selbst darlegen muss, was dem möglichen Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient Rechnung trägt. Daran anknüpfend gibt es heute schon eine gesteigerte richterliche Sachverhaltsaufklärung, auch in Form von einer Einordnung von Sachverständigengutachten von Amts wegen sowie Beweiserleichterungen. Das betrifft nicht nur die groben Behandlungsfehler, sondern zum Beispiel auch Fälle unzureichender Dokumentation. Des Weiteren möchten wir nochmal darauf hinweisen, dass ein Herabsenken das Verschuldungsprinzip relativieren würde, was nach unserem Verständnis eine tragende Struktur des deutschen Haftungsrechts ist. Wir möchten auch nochmal darauf hin, dass ist schon angesprochen worden, dass natürlich eine richterliche volle Überzeugung jetzt keinen absoluten Grad an Gewissheit erfordert. Zudem möchten wir auch darauf hinweisen, was das Ganze für Folgen hätte. Die Folge wäre die Gefahr der Einführung eines haftungsrechtlichen Sonderregimes für die ärztliche Tätigkeit mit weiteren Folgenwirkungen für die Versorgung. Aus unserer Sicht würde das auf jeden Fall eine Defensivmedizin fördern. Es würde den Dokumentationsaufwand weiter steigern, was wiederum zu überbordender Bürokratie führt und zu einem Zeitmangel für die wirklich wichtigen Dinge in der Gesundheitsversorgung. Zuletzt, das ist schon gesagt worden, würde das zu höheren Haftpflichtprämien führen – also insgesamt eine Verteuerung darstellen. Zusammengefasst sehen wir durch das Herabsetzen keine sinnvollen Verbesserungen in der Patientensicherheit.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Als nächstes fragt die Fraktion Die Linke. Frau Schötz.

Abg. **Evelyn Schötz** (Die Linke): Meine Frage richtet sich nochmal an den SoVD. Oft hängt der

Ausgang eines Arzthaftungsprozesses am medizinischen Gutachten, welches dem Gericht die dargelegten Gesundheitsschäden und die Ursachenzusammenhänge fachlich einordnet. Welche Probleme gibt es nach Ihrer Erfahrung in diesem Bereich?

**Florian Schönberg** (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Herr Heynemann hat gerade aus seiner Praxis dazu berichtet. Natürlich spielen die medizinischen Gutachten in der Praxis eine herausragende, zentrale Rolle und an ihnen entscheidet sich oft der Ausgang des Verfahrens. Von daher ist es ganz entscheidend, wie die Gutachten gestaltet sind und zu welchem Ergebnis sie kommen. Wir sehen hier mehrere strukturelle Probleme. Ein zentrales Problem ist die angesprochene Qualität und die Uneinheitlichkeit der Gutachten. Es fehlen durchgängige Standards. Es fehlt die Nachvollziehbarkeit. Die methodische Herleitung der Ergebnisse variieren erheblich. Deshalb sind aus unserer Sicht hier einheitliche und klare Qualitätsstandards und Bewertungsrahmen für medizinische Gutachten notwendig. So kann sichergestellt werden, dass die Ergebnisse nachvollziehbar und methodisch einheitlich und fachlich solide sind. Weiter ist ein wichtiger Punkt die Unabhängigkeit der Gutachter. In der Praxis stammen die medizinischen Sachverständigen naturgemäß aus demselben Fachbereich wie die Leistungserbringenden im beklagten Fall. Das birgt zumindest ein erhebliches Risiko von Befangenheit und von fehlender Distanz zu den Fachkollegen, die man im Zweifelsfall persönlich kennt. Das führt zum Nachteil der Patienten. Um mehr Sicherheit zu schaffen, wäre es an der Stelle sinnvoll, wenn die Unterlagen für die Gutachter stärker anonymisiert und pseudonymisiert wären. So bleibt die Begutachtung auf den medizinischen Sachverhalt konzentriert und mögliche Verzerrungen werden reduziert. Schließlich wäre es noch schön, wenn man hier ein einheitliches, bundesweit transparentes Verfahren wählt für die Auswahl von medizinischen Sachverständigen. Da wäre unser Vorschlag die Einrichtung einer unabhängigen zentralen Gutachterstelle mit einheitlichen Qualitätsstandards wünschenswert. Wenn Gutachten eine so entscheidende Rolle spielen, muss die Qualität, die Unabhängigkeit und die Transparenz konsequent sichergestellt werden.



Der **stellvertretende Vorsitzende**: Es fragt als nächstes die AfD-Fraktion.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine nächste Frage geht noch einmal an die Bundesärztekammer. Behandlungsfehler sind üblicherweise versichert über die Haftpflichtversicherung. Das wurde vorhin schon mal kurz angesprochen, aber ich möchte das nochmal konkretisieren. Welche Auswirkungen erwarten Sie auf Haftpflichtprämien, ärztliche Versorgung, besonders Geburtshilfe, Notfallmedizin und die Bereitschaft, riskante Eingriffe anzubieten? Wie lang sind heute die Verjährungsfristen für Behandlungsfehler?

**Svenja Kreitz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das hatte ich schon ganz kurz angerissen, dass es so ist, wenn Haftpflichtprämien sich verteuern und das Beweismaß herabgesenkt wird, dann führt das natürlich dazu, dass eine Defensivmedizin gefördert wird, weil der Arzt oder die Ärztin natürlich damit rechnen muss, dass das, was er macht, haftungsrechtliche Folgen haben wird. Wenn dann nur noch eine Wahrscheinlichkeit ausreichend ist, wird er im Zweifel eher defensiv handeln, um nicht in so eine haftungsrechtliche Situation zu kommen. Insgesamt würden wir sagen, dass dadurch der Arztberuf an Attraktivität verliert, die Gesundheitsversorgung abnimmt und der Schwerpunkt vielmehr deshalb auf einer Fehlervermeidung und gute Behandlungsbedingungen liegen sollte und nicht so sehr darin, das Beweismaß abzusenken und dadurch eine Defensivmedizin zu fördern. Darüber hinaus denken wir, dass das den weiteren Dokumentationsaufwand steigern wird, um sich abzusichern. Dokumentationsaufwand, der nicht notwendig ist und dadurch zu mehr Bürokratie führt. Deswegen lehnen wir das ab, um auch diese Steigerung der Haftpflichtprämien nicht weiter zu fördern.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Können Sie noch zur Verjährungsfrist etwas sagen?

**Svenja Kreitz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Zur Verjährung kann ich Ihnen ad hoc keine Antwort geben. Das gebe ich gerne an einen anderen Sachverständigen.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Dann kommen wir zur nächsten Frage der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Bestehen aus Ihrer Sicht gesetzliche Regelungslücken hinsichtlich der Dokumentation der Behandlung von Patienten? Wie bewerten Sie die Waage, die man natürlich halten muss in Bezug auf Dokumentation und gleichzeitig Rechtssicherheit?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Kreitz, bitte.

**Svenja Kreitz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Aus unserer Sicht bestehen keine gesetzlichen Regelungslücken hinsichtlich der Dokumentation. Die Dokumentationspflicht ist bereits umfassend geregelt. Zum einen im zivilrechtlichen Bereich in § 630f BGB, aber auch möchte ich nochmal darauf hinweisen, dass es berufsrechtliche spezialgesetzliche Vorschriften gibt. Danach sind die für die aktuelle und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und Ergebnisse zeitnah zu dokumentieren. Dies umfasst insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen und so weiter. Das heißt, aus unserer Sicht gibt es deswegen keinen Bedarf. Ich möchte nochmal darauf hinweisen, dass gemäß § 630f Absatz 1 BGB nachträgliche Änderungen nur zulässig sind, wenn der ursprüngliche Inhalt erhalten bleibt und erkennbar ist, wann die Änderung vorgenommen worden ist. Das gilt auch für elektronische Patientenakten. Das heißt, das habe ich schon gesagt, jede weitere Ausweitung dieser Pflichten würde für uns eine Bürokratiesteigerung bedeuten und würde keinen Mehrwert bringen. Aus unserer Sicht gibt es sowohl berufsrechtlich als auch nach dem BGB schon hinreichende Dokumentationsanforderungen.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Als nächstes fragt nochmal die SPD-Fraktion. Der Kollege Schwartz.

Abg. **Stefan Schwartz** (SPD): Meine Frage geht an Prof. Dr. Gutmann und ich möchte nochmal auf das Thema Organisationshaftung zurück. Ist eine verstärkte Organisationshaftung ein möglicher Weg, die projizierten Gefahren einer Beweismaßreduzierung für einzelne Ärztinnen und Ärzte zu



reduzieren? Könnte das ein Ansatz sein? Wie sollte die Organisationshaftung an der Stelle dann aussehen?

**Prof. Dr. Thomas Gutmann** (Universität Münster): Hinsichtlich der Organisationshaftung kann ich mich dem anschließen, was Kollege Katzenmeier vorher ausgeführt hat. Sie ist tägliches Brot, jeden Tag in der arzt haftungsrechtlichen Praxis. Sie steht im Vordergrund. Ich sehe nicht, was sich da ändern ließe. Ich schließe mich in dem Punkt Herrn Katzenmeier völlig an. Die andere Frage ist, ich glaube, die Prämisse der Frage, dass wir irgendetwas bräuchten, um den negativen Konsequenzen einer Beweismaßreduktion für die Patienten zu entgegenen, ist falsch. Denn schon der Begriff der Beweismaßreduktion ist falsch. Entgegen dem einen oder anderen Mythos und dem einen oder anderen alternativen Faktum, dass wir heute in dieser Anhörung schon gehört haben, geht es darum, die normale gesetzliche Beweislast, die für jede Form der vertraglichen Haftung gilt, für die Patienten wiederherzustellen, denen sie durch eine Aberration in der Rechtsprechung des BGH genommen wird. Es geht nicht um eine Reduktion des Beweismaßes, sondern um die Wiederherstellung der normalen Beweislast für die Frage des Schadens und der Kausalität. Das ganze Framing der Debatte, die immer auf Reduktion absetzt, ist falsch. Genauso falsch, wie es ist zu glauben, es gäbe ein Rechtsgut bei der vertraglichen Haftung etc. Es geht darum insgesamt, egal ob es sich um ein Organisationsverschulden, einen Organisationsfehler handelt, den wir der Einrichtung bzw. dem Krankenhaus als solchem dem Träger zuschreiben, oder ob wir einen individuellen Fehler eines Arztes oder einer Ärztin dem Träger zuschreiben über §§ 278, 31 BGB, in diesen Fällen eine vernünftige Beweislastverteilung zu erreichen. Das ist die, die bereits gesetzlich gilt, aber nicht angewendet wird von den Gerichten. Das würde dazu führen, dass die stark zufallsgesteuerten Ergebnisse ersetzt würden durch eine den Richterinnen und Richtern obliegende Möglichkeit, die richtigen Entscheidungen Kraft freier Beweiswürdigung zu treffen.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Nun fragt nochmal die AfD-Fraktion, Kollege Dietz., bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Ich möchte Herrn Rechtsanwalt Jörg Heynemann fragen. Welche Verjährungsfristen gelten zurzeit beim Patientenrecht und bei Behandlungsfehlern? Unter welchen Bedingungen sind diese Verjährungsfristen?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Herr Heynemann.

**Jörg Heynemann** (Fachanwalt für Medizinrecht): Das sind drei Jahre ab Kenntnis von dem Behandlungsfehler und von der Person, die den Behandlungsfehler begangen hat. Das kann man so vereinfacht sagen.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Als nächstes fragt die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Dr. Maria-Lena Weiss** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Bestehen aus Ihrer Sicht gesetzliche Regelungslücken hinsichtlich der Dokumentation der Behandlung von Patienten?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Kreitz.

**Svenja Kreitz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Dazu hatte ich schon ausgeführt. Nein, aus unserer Sicht bestehen keine Regelungslücken. Die Dokumentationspflicht ist umfassend geregelt. Zum einem im § 630f BGB, aber auch im Berufsrecht gibt es entsprechende Regelungen dazu. Das hatte ich schon erwähnt. Danach sind die für aktuelle und künftige Behandlungen wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse zeitnah zu dokumentieren. Also so etwas wie Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen. Aus zivilrechtlicher Sicht dient die Behandlungsakte in Hauptsache der Beweisfunktion für die Ärztin oder den Arzt. Man muss nochmal sagen, dass, wenn Fehler und Ungenauigkeiten und Fehler in der Eintragung passieren, dies zu Lasten des Arztes geht. Insofern hat er natürlich ein großes Eigeninteresse an der sorgsamem und vollumfänglichen Dokumentation. Das darf man nicht vergessen. Ich möchte nochmals darauf hinweisen, dass wenn man immer weiter in Richtung Dokumentation, aber auch in anderer Hinsicht Bürokratie aufbaut, dass das nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führen wird,



sondern im Gegenteil. § 630f BGB, das hatte ich schon dargelegt, ist eine umfassende Regelung, die schon alles abdeckt. Das heißt, nachträgliche Änderungen sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt behalten bleibt und erkennbar ist, wann die Änderung vorgenommen wurde. Für die elektronischen Patientenakten ist das mit einer geeigneten Software sicherzustellen. Es gibt noch datenschutzrechtliche Regelungen, die ich erwähnen möchte und einschlägig sind. Insgesamt halten wir deswegen keine Verschärfung oder Änderung der Dokumentationsregelung für erforderlich.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Die nächste Frage stellt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Danke, ich würde gern Herrn Heynemann nochmal fragen, wie Sie das sehen, was in der geltenden Rechtslage vor allem beim Gutachterwesen derzeit die entscheidenden Schwachstellen sind, was man da möglicherweise verbessern könnte, um zu einer höheren Unabhängigkeit von Gutachtern zu kommen und ob und wie man vielleicht die praktische Verfahrensdauer tatsächlich noch positiv beeinflussen könnte.

**Jörg Heynemann** (Fachanwalt für Medizinrecht): Es müsste verbindliche Vorgaben geben, wie ein Gutachten auszusehen hat, also, dass man erst einmal versucht, den Sachverhalt zu ermitteln. Dann die Fragestellung, die vom Gericht vorgegeben wird, die immer auf den Behauptungen der Klägerseite und der Beklagtenseite beruht, dass man die vollständig beantwortet. Ein weiterer Punkt ist der, was ich immer wieder feststelle, dass sich im Laufe eines Verfahrens der Prozess anders entwickelt und dass man dann sieht, der Behandlungsfehler lag ganz woanders, aber es ist jedenfalls ein Behandlungsfehler, dass man den Gutachter verpflichtet, aus eigener Kenntnis auf weitere Fehler hinzuweisen, insofern die für ihn offensichtlich sind. Dann ist die Zertifizierung von Sachverständigen wichtig. Das hatte ich vorhin schon angesprochen. Also die Ärztekammer Berlin führt zum Beispiel solche Kurse durch, wo dann anschließend die Sachverständigen zertifiziert werden. Das sind sehr umfangreiche Module, die da entwickelt wurden, um eine Sachverständigenausbildung zu kreieren. Das

ist erst einmal ein sinnvoller Weg, aber das müsste natürlich alles verpflichtend sein, um dann diese Qualitätsstandards zu gewährleisten. Es gibt schon diesen Grundsatz der Fachgebietsgleichheit, das heißt, dass der Gutachter immer aus demselben Fachgebiet entstammen muss, wie der Arzt, dem der Behandlungsfehler vorgeworfen wird. Auch was die Qualifikation hinsichtlich der Einrichtung angeht, also ein niedergelassener Arzt, dem ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird, da muss der Sachverständige ein entsprechender niedergelassener Arzt desselben Fachgebiets sein, genauso in den Einrichtungen der Maximalversorgung. Das wird aber oft nicht so konsequent durchgehalten, allein deshalb, weil es oft nicht genug Gutachter gibt. Ein Anreiz wären bei den Stundensätze, die die Sachverständigen von den Gerichten zugesprochen bekommen, die sind nicht so besonders attraktiv. Da könnte man vielleicht nochmal ansetzen, um Ärzte zu einer Gutachtertätigkeit zu bewegen. Was häufig ein Manko ist, ist, dass dann lang emeritierte Sachverständige herangezogen werden, denen die aktuelle klinische Praxis fehlt. Das müsste letztlich untersagt werden.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Als nächstes fragt die SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE. Der Koalitionsvertrag sieht eine Stärkung der Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden vor. Wo sehen Sie denn den größten Handlungsbedarf?

**Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)): Zunächst einmal ist heute sehr ausführlich darüber gesprochen worden, dass wir das Beweisrecht in Angriff nehmen müssen, dass es im internationalen Vergleich hinter dem zurückbleibt, wie sich die anderen Rechtssysteme entwickelt haben. Ich will dazu nur sagen, die Rechtsprechung hat das Institut des groben Behandlungsfehlers mal erfunden, um das etwas abzumildern. Letztendlich führt das in Arzthaftungsprozessen dazu, dass es zu einer archaischen Situation kommt, wo man immer versucht, den Gutachter dazu zu bringen, ob es jetzt grob oder nicht grob



war. Da sind andere Länder auf einem anderen Level. Ganz wichtig ist bei der Reform, dass wir die Aufklärung und die Information der Patientinnen und Patienten stärken, weil wir alle wollen, dass die Patientinnen und Patienten sich intensiver ins Behandlungsgeschehen einbringen und mitwirken. Letztendlich ist es so, dass wir hier diverse Defizite haben. Beispielsweise muss die wirtschaftliche Aufklärung zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) verändert werden. IGeL sind oft nicht evidenzbasiert, werden trotzdem angeboten. Da muss über das Wirtschaftliche hinaus die mangelnde Evidenzlage offengelegt werden. Ein weiterer Punkt, bei dem es um die Aufklärung der Patientinnen und Patienten geht, ist natürlich, dass es auf ein Shared-Decision-Making zulaufen muss. Heutzutage ist es oft so, dass die Aufklärungspflicht immer noch als bürokratische Hürde angesehen wird. Wir schaffen es erst dann, eine Koproduktion von Gesundheit im Gesundheitswesen hinzubekommen, was Kosten spart und die Outcomes verbessert, wenn die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ganz anders aufgezo-gen wird. Da ist es wichtig, dass wir die Patientenrechte entsprechend weiterentwickeln. Last but not least ist es natürlich so, dass wir immer komplexere Versorgungseinheiten haben, gerade im stationären Bereich, aber auch in medizinischen Versorgungszentren. Da bin ich schon der Meinung, dass sich das Haftungsrecht weiterentwickeln muss, weil es so ist, dass man als Arzthaftungskläger im Arzthaftungsprozess zurzeit natürlich immer das Krankenhaus, den Arzt, die Hebamme und alle möglichen Beteiligten parallel verklagen muss. Wenn es dumm läuft, hat jeder noch seine Haftpflichtversicherung. Dieses ganze Kausalitätsgewirr dann auseinanderzuidividieren, passiert erst im Arzthaftungsprozess. Wenn wir die Organisationspflichtverletzungen konkretisieren würden, es gibt beispielsweise klar beherrschbare Risiken, was Sepsis und anderes angeht, und die Beweislast oder Darlegungslast umdrehen würden, dann würden wir den Komplexitätszuwachs im Versorgungsgeschehen, auch was die Patientenrechte angeht, etwas entgegensetzen können. Natürlich ist es so, dass die Digitalisierung sich in den Patientenrechten wiederfinden muss.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Es fragt nochmal die CDU/CSU-Fraktion, Kollegin Weiss.

Abg. **Dr. Maria-Lena Weiss** (CDU/CSU): Die Frage geht an Professor Katzenmeier. Wie beurteilen Sie die Forderung nach einer gesetzlichen Verankerung eines unabhängigen und qualitätsgesicherten Gutachterwesens?

**Prof. Dr. Christian Katzenmeier** (Universität zu Köln): Herr Heynemann hat schon sehr viel ausgeführt zum Gutachterwesen. Ergänzend ist Folgendes anzumerken. Also dem medizinischen Sachverständigen kommt im Arzthaftungsprozess, wie wir alle wissen, eine zentrale Stellung zu. Regelmäßig lässt sich im Prozess nur mit Hilfe eines Gutachters klären, ob das Verhalten fehlerhaft und ob es schadensursächlich war. Medizinische Sachverständige müssen deswegen speziell ausgebildet und über ihre Funktion im Haftungsprozess belehrt werden, damit die gebotene Objektivität nicht unter einer falsch verstandenen Standessolidarität leidet. Das hat die deutsche Ärzteschaft in § 29 Absatz 1 Satz 2 der Musterberufsordnung inzwischen ausdrücklich klargestellt. Gesetzlich abgesichert ist die Pflicht zur Objektivität zudem durch die Vorschriften zum Sachverständigenbeweis in §§ 404 ff ZPO. Bei Verstößen drohen den medizinischen Sachverständigen nicht nur standesrechtliche Konsequenzen, sondern auch strafrechtliche Sanktionen - § 153 f Strafgesetzbuch (StGB) Aussagedelikte, Beihilfe zum Prozessbetrug etc. - und eine zivilrechtliche Haftung nach § 839a BGB. Will man Objektivität und Neutralität medizinischer Sachverständiger zusätzlich absichern, dann kann man über, wie im Antrag angedacht, die Einrichtung unabhängiger Gutachterstellen nachdenken. Auch die Einholung von stets zwei Gutachten wäre erwägenswert. Das kostet Geld und nicht selten noch zusätzlich Zeit. In jedem Fall wichtig ist die aktive Prozessführung durch Gerichte und Anwälte. Die heute bei allen Land- und Oberlandesgerichten eingerichteten Fachkammern und Fachsenate für Arzthaftungssachen verfügen über Sachverstand und über Erfahrung, die erforderlich ist, um medizinische Sachverständige anzuleiten, sie zur Einhaltung ihrer Pflichten anzuhalten und die erstatteten Gutachten auf ihre Plausibilität hin zu überprüfen. Dabei können Leitlinien zusätzliche Hilfe leisten. Auch die Patientenvertreter sind heute versiert. Eine ausgebildete Fachanwaltschaft im Medizinrecht verhandelt auf Augenhöhe. Eine gute Interessenvertretung vor Gericht ist nun mal wichtig, gerade im Arzthaftungsprozess.



Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit sind wir am Ende. Ich danke allen Sachverständigen. Die Sitzung ist hiermit geschlossen.

Schluss der Sitzung: 17:00 Uhr

gez.

**Dr. Stephan Pilsinger, MdB**  
Stellvertretender Vorsitzender