



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)235(1)
zur öAnh am 4.11.2020 -
Härtefallfonds einführen
21.10.2020

Prof. Dr. Hansjörg Geiger
Vorstandsmitglied
Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte

Berlin, den 19. Oktober 2020

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags „Härtefallfonds einführen“

Mittwoch, 4. November 2020, 15 Uhr bis 16 Uhr

Ort: Berlin, Reichstagsgebäude, Sitzungssaal Fraktionsebene, Sitzungssaal 3 S 001

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Opfer von Behandlungsfehlern stärken und Härtefallfonds einführen“

BT-Drucksache 19/16059

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenrechte stärken – Entschädigung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern erleichtern

BT-Drucksache 19/22995

Schriftliche Stellungnahme

Vorbemerkung

Schwerpunkt meiner Ausführungen sind insbesondere die zentralen Forderungen des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf BT-Drucksache 19/16059 vom 18.12.2019, der Gegenstand dieser Anhörung ist.

1. Einführung eines Härtefallfonds.
2. Notwendigkeit weiterer Beweiserleichterungen.

Ebenso beziehe ich zentrale Forderungen des gegenüber der ursprünglich angesetzten Anhörung hinzugekommenen Antrags der Fraktion DIE LINKE auf BT-Drucksache 19/22995 vom 30.09.2020 (Vorabfassung) in meine Ausführungen ein.

Meine nachfolgenden Anliegen und Forderungen beruhen auf der über 15-jährigen Erfahrung der gemeinnützigen Alexandra-Lang-Stiftung für Patientenrechte, die mit medizinischer Unterstützung ehrenamtlich tätiger Fachärzte¹ Patienten und ihren Angehörigen bei der Klärung vermeintlicher Behandlungsschäden zur Seite steht.

In der praktischen Arbeit der Alexandra-Lang-Stiftung erleben wir ständig, dass die Patienten, die sich um die Aufklärung eines Behandlungsschadens bemühen und gegebenenfalls Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machen, keineswegs auf einer fairen „Augenhöhe“ mit den Behandelnden stehen.

Daran hat auch das Patientenrechtegesetz nichts Grundlegendes geändert. Die Ausgangslage bei medizinischen Behandlungen und, besonders deutlich greifbar, bei Arzthaftungsstreitigkeiten ist bekannt: Der Patient ist in der Regel medizinischer Laie, während der Behandelnde über das medizinische Fach- und Sachwissen zu den Umständen und dem Verlauf einer Behandlung verfügt.

Besonders deutlich wird dieses Wissens- und Informationsgefälle, wenn Sie an eine Behandlungssituation denken, in der ein Patient sediert oder narkotisiert ist.

¹ Ausschließlich zur leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die durchgängige geschlechterdifferenzierte Schreibweise verzichtet.

Das gegen vielerlei Kritik, Bedenken und Widerstände erlassene Patientenrechtegesetz war zweifellos ein erster wichtiger Schritt zu einem allgemein verständlichen und transparenten Patientenrecht. Vorher kannten meist nur Fachleute die einzelnen Rechte und Pflichten aus der Rechtsprechung; nun sind diese in einem Gesetz gebündelt nachzulesen. Zudem brachte das Gesetz punktuelle Verbesserungen, wie die Pflicht für Behandelnde, auf Behandlungsfehler hinzuweisen.

Allerdings wurde die im Arzthaftungsrecht in vielen Fällen zu Tage tretende und von der Rechtsprechung nicht in der notwendigen Weise überwundene Ungleichheit zwischen Patienten und Behandelnden nicht beseitigt. Dies ist dadurch begründet, dass sich der Gesetzgeber darauf beschränkt hat, fast ausschließlich die bestehenden Regelungen zu normieren, die sich ganz überwiegend in der Rechtsprechung herausgebildet hatten.

Bestehende Defizite beim Patientenschutz wurden folglich durch das Patientenrechtegesetz nicht abgebaut. Das vom Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausdrücklich formulierte Ziel, „einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, der Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringt“,² bleibt weiterhin unerfüllt.

Deshalb ist eine Verbesserung der Position gerade vermeintlich geschädigter Patienten durch eine Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes notwendig. Die Rechte von Patienten müssen wirksam gestärkt werden.

Vorab einige grundsätzliche Anmerkungen zur notwendigen Stärkung der Patientenrechte:

Es ist zu begrüßen, dass im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 wenigstens an einer Stelle explizit die Patientenrechte Aufnahme gefunden haben. Ebenfalls zu begrüßen ist, dass darin die Prüfung der Vorschläge für einen Patientenentschädigungsfonds enthalten ist. *„Wir werden Patientenrechte stärken. Dazu werden wir Vorschläge für einen Patientenentschädigungsfonds für Schäden in*

² BT-Drs. 17/10488, 1, 39, „auf Augenhöhe begegnen“ siehe auch 41, 42.

Härtefällen, bei denen die bestehenden Haftungsregelungen nicht greifen, prüfen“, heißt es dazu wörtlich im Koalitionsvertrag.

Beide Punkte entsprechen langjährigen Forderungen der Alexandra-Lang-Stiftung.

Eine Stärkung der Patientenrechte ist dringend erforderlich, damit Patienten in der Praxis eine faire Chance erhalten, die häufig nach Behandlungsschäden sehr drängenden Fragen klären zu können und gegebenenfalls berechtigte Ansprüche auf Schadensersatz- und Schmerzensgeld auch wirksam durchsetzen zu können.

Folgendes muss betont werden:

Um einen gesetzgeberischen Rahmen zu schaffen, in dem die Rechte und Pflichten von Patienten und Behandelnden tatsächlich fair ausgestaltet sind, braucht es gesetzliche Änderungen, die über die Einführung eines Patientenentschädigungs- oder Härtefallfonds weit hinausgehen, wie sie im Mittelpunkt der heutigen Anhörung steht.

Seit vielen Jahren setzt sich unsere Stiftung deshalb für eine in diese Richtung gehende Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes ein und fordert in diesem Rahmen unter anderem:

- Eine fairere Beweislastverteilung zwischen den Behandelnden und den Patienten durch die Umsetzung notwendiger gezielter Erleichterungen der Beweislast der Patientenseite und Differenzierungen bei der Beweislastverteilung.
- Die Schaffung eines Patientenentschädigungs- oder Härtefallfonds als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Regelungen (dazu mehr ab Seite 7).
- Die Einführung von Sanktionen für den in der Praxis keineswegs seltenen Fall, dass den eindeutigen gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachgekommen wird, den Patienten Akteneinsicht zu gewähren oder ihnen zeitnah vollständige Abschriften der Patientenunterlagen zu überlassen.
- Eine Verpflichtung, den für die Behandlung verantwortlichen Vertragspartner auf entsprechende Nachfrage zu benennen.

- Maßnahmen zur Beschleunigung der Arzthaftungsverfahren vor Gericht.
- Eine Stärkung der Hinweispflicht der Behandelnden bezüglich geschehener Behandlungsfehler.
- Eine Stärkung der Unterstützung der Patienten durch ihre gesetzliche Krankenkasse bei der Klärung vermeintlicher Ansprüche aus Behandlungsschäden nach § 66 SGB V, unter anderem durch Überführung der Unterstützung von einer in der Regel zu erbringenden Leistung in eine obligatorische Leistung („müssen“ statt „sollen“).

Konkret zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Opfer von Behandlungsfehlern stärken und Härtefallfonds einführen“, BT-Drucksache 19/16059

Zum Antragsteil I. (Seite 1-2 der Drucksache 19/16059)

Die unter I zusammengefasste Beschreibung der Situation von Patienten, die vermeintlich Opfer eines medizinischen Behandlungsfehler geworden sind, ist zutreffend.

Es ist allgemein bekannt und allgemein anerkannt, dass der Ausgang eines Haftungsprozesses wegen eines Behandlungsfehlers entscheidend von der Frage abhängt, wer welche Tatsachen darzulegen und zu beweisen hat.

Tatsächlich gibt es zahlreiche Konstellationen, in denen der Patient schon rein aus den tatsächlichen Umständen heraus den Beweis eines Fehlers und dessen Kausalität für eine Schädigung nicht erbringen kann.

Das gilt etwa,

- wenn der Patient in Narkose operiert wird
- wenn der Patient als Schwerkranker die Behandlung nicht im Einzelnen beurteilen kann
- oder der Beweis eines Fehlers, eines eingetretenen Gesundheitsschadens und des Kausalzusammenhanges zwischen fehlerhafter Behandlung und konkretem Gesundheitsschaden schlicht nicht möglich ist („non liquet-Fälle“).

Die Kodifizierung des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch durch das Patientenrechtegesetz und die weiteren gesetzlichen Normierungen haben hier, wie eingangs bemerkt, leider nichts geändert. Das bestehende Wissensgefälle zwischen Arzt und Patient ist im heutigen Patientenrecht in vielen Fällen nicht ausreichend fair ausgeglichen.

Wie Sie wissen, konnte sich die damalige Koalition nicht darauf verständigen, im Zusammenhang mit dem Patientenrechtegesetz auch einen Patientenentschädigungsfonds auf den Weg zu bringen. Dabei hatten sich der damalige Patientenbeauftragte Wolfgang Zöllner, MdB, die meisten Fraktionen des damaligen Deutschen Bundestags und der Bundesrat für einen solchen Fonds eingesetzt.

Auch und gerade aus Sicht der Patienten ist es schmerzlich, dass die Einrichtung eines Patientenentschädigungsfonds bislang nicht greifbar vorangegangen ist. Deshalb ist der vorliegende Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehr zu begrüßen.

Zu den Forderungen an die Bundesregierung II. (Seite 2 der Drucksache 19/16059)

1. Der Forderung nach einem Härtefallfonds, der das bisherige Haftungsrecht ergänzen und für schnelle und unbürokratische Hilfen bei Härtefällen sorgen soll, wird geteilt.
2. Ein bundesweites Monitoring über die Anzahl und Ursachen von Behandlungsfehlern ist unschädlich. Entscheidend ist dabei, dass nicht übersehen werden darf, dass schon heute hinlänglich bekannt ist, dass Behandlungsfehler geschehen und welche Folgen dies insbesondere für Patienten hat, die einen schweren Behandlungsschaden erleiden.

Medizinische Behandlungsfehler sind kein Randproblem, sondern ein Massenphänomen. Im **Antrag Fraktion DIE LINKE auf BT-Drucksache 19/22995** werden einige Zahlen angeführt, von denen hinsichtlich Behandlungsfehlern und Behandlungsschäden ausgegangen wird.

Schätzungen im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus 2007 gingen von bis zu 720.000 Behandlungsschäden („vermeidbare unerwünschten Ereignisse“ (VUE)),³ 170.000 Behandlungsfehlern und 17.000 auf VUE zurückgehende Todesfälle pro Jahr in deutschen Krankenhäusern aus.

Die Rechtsposition der zahlreichen Geschädigten muss der Gesetzgeber stärken. Die geschädigten Patienten müssen tatsächlich in die Lage versetzt werden, Behandlungs- und Medizinschäden klären zu können. Sich gegebenenfalls ergebende berechnete Schmerzensgeld- und Schadensersatzansprüche müssen wirksam durchgesetzt werden können.

Hier kommt übrigens der Arbeit der gesetzlichen Krankenkassen und ihren Medizinischen Diensten und der Arbeit der Gütestellen (Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern) eine wichtige Bedeutung zu. Ohne hier ins Details gehen, schwankt die Qualität der Prüfungen von vermuteten Behandlungsfehlern und -schäden durch die genannten Institutionen von Fall zu Fall sehr.

3. Strukturen der Fehlervermeidung und des Risikomanagements, wie sie der Antrag für Gesundheitseinrichtungen fordert, sollten längst eine Selbstverständlichkeit sein.

Zur Begründung des Antrags (hier zu 1., Seite 2-3 der Drucksache 19/16059)

a) Zur Forderung nach Einführung eines Härtefallfonds:

Den Opfern eines medizinischen Behandlungsfehlers ist es oft nicht zuzumuten, in häufig viele Jahre dauernden Gerichtsverfahren und dann häufig noch erfolglos um ihr Recht streiten zu müssen. Trotz mancher Beweiserleichterungen gibt es zahlreiche Fälle, in denen trotz eines erheblichen Gesundheitsschadens wegen einer „non liquet“-Situation kein Schadenersatz zugesprochen wird. Dass in „non liquet“-

³ BT-Drs. 16/6339, 245 mit Abb. 21.

Fällen allein der Patient das Prozessrisiko trägt und wegen des in Deutschland geltenden „Alles-Oder-Nichts-Prinzips“ dementsprechend „leer ausgeht“, ist nicht fair. Zumindest bei besonders schwerwiegenden Behandlungsschäden muss schneller und unbürokratischer als bisher geholfen werden; so muss den Geschädigten wenigstens ein wie auch immer gearteter Schadenersatz gewährt werden.

Patienten, die nach einer medizinischen Behandlung einen schwerwiegenden Gesundheitsschaden erlitten haben und die vermuten, dass dieser Gesundheitsschaden auf eine fehlerhafte Behandlung zurückgeht, haben in aller Regel besondere Schwierigkeiten, die erforderlichen Beweise zu erbringen.

Dies hat viele Gründe: Oft weiß der Patient, zumal wenn er im Krankenhaus liegt und operiert wird, gar nicht, was im Einzelnen mit ihm geschehen ist. Zudem ist für ihn die Medizin mit ihrer eigenen Sprache wenig verständlich. Der Patient sieht sich in einer für ihn fremden Welt und oft in einem Zustand des „Ausgeliefertseins“. Eventuelles Beweismaterial liegt in den Händen derer, gegen die er gegebenenfalls vorgehen muss. Auch kann die Abgrenzung von nicht vermeidbaren und sich etwa im klinischen Alltag immer wieder realisierenden Behandlungsschäden, beispielsweise im Rahmen einer Chemotherapie, von operativen Eingriffen oder einer medikamentösen Therapie von gerade jenen Behandlungsfehlern, die zu einem bei Einhaltung des gebotenen medizinischen Standards vermeidbaren Gesundheitsschaden geführt haben, im Einzelfall sehr schwierig sein.

Kein Wunder, dass Arzthaftungsprozesse für Patienten, die Opfer von medizinischen Behandlungsfehlern geworden sind, in besonderem Maße ein Vabanquespiel sind, mit ungewissem Ausgang, einem hohen Kostenrisiko und hohen psychischen Belastungen häufig über viele Jahre.

Weil es in Gerichtsverfahren zur Klärung schwerwiegender Behandlungsschäden häufig um hohe Streitwerte geht, wird meist hart gekämpft. Geht es doch nicht nur um medizinische Reputation, sondern um viel Geld. Geld, das weder die Krankenhäuser oder die Ärzte noch deren Versicherungen verständlicherweise gern zahlen wollen. Die Prozesse ziehen sich oft über viele, viele Jahre hin.

Am wenigsten Zeit haben dabei die Opfer. Sie sind nicht nur physisch, sondern wegen der Folgen der Gesundheitsschäden oft auch psychisch angeschlagen. Dazu kommen oft finanzielle Schwierigkeiten, wenn der Beruf gar nicht mehr oder nicht mit

der Kraft und Energie wie früher ausgeübt werden kann. Auch deshalb ist der geschädigte Patient in einer schlechten Verhandlungsposition. Dementsprechend kommt es dazu, dass Patienten „aufgeben“ oder manchmal Vergleichen zustimmen, die ihren Interessen nicht gerecht werden. Zügige Kompensation eines eingetretenen Schadens ist also von großer Bedeutung.

Die Beweisnot des geschädigten Patienten ist systemimmanent. Müssen aber schwer geschädigte Patienten entnervt aufgeben oder können sie ihre berechtigten Ansprüche nicht beweisen, werden sie quasi ein zweites Mal zum Opfer. Dies ist ein nicht akzeptabler Zustand, wie es in beiden Anträgen, die Gegenstand der heutigen Anhörung sind, zutreffend festgestellt wird.

Nur ergänzend sei auch angemerkt, dass viele Patienten nicht rechtsschutzversichert sind und auch nicht so vermögend, sich langjährige Klageverfahren und entsprechende Rechtsanwalts- und Prozesskosten finanziell leisten zu können. Mancher kann schon den zu erbringenden Kostenersatz für die Kopie von umfangreichen Behandlungsunterlagen nicht aufbringen.

In einem der von der Alexandra-Lang-Stiftung sehr intensiv unterstützten Fall eines durch die Folgen einer eingetretenen Reanimation durch Sauerstoffmangel schwerst behinderten Kleinkindes beliefen sich beispielsweise nur die von der mittellosen Familie zu verauslagenden Kopierkosten für die Behandlungsunterlagen aus dem Krankenhaus auf 500 Euro. In einzelnen Fällen wurden der Alexandra-Lang-Stiftung von Patienten auch von noch wesentlich höheren Summen berichtet.

Was könnte ein Patientenentschädigungsfonds bewirken und welche Erfahrungen aus anderen Ländern können herangezogen werden?

Ein Patientenentschädigungsfonds könnte ein wichtiges Instrument sein, mit dessen Hilfe

- eine Anerkennung der Schädigung stattfindet, die ein Patient erlitten hat.
- es gerade in psychisch besonders belastenden Auseinandersetzungen sehr viel schneller als heute gelingen könnte, Rechtsfrieden herzustellen.

- Krankenkassen und Versicherer mit weit weniger Aufwand eine Verständigung über etwaige Regresse erzielen könnten.
- eine Entlastung der Gerichte erreicht werden könnte.
- das Arzt-Patientenverhältnis weit weniger Schaden nehmen würde als während einer verfestigten gerichtlichen Auseinandersetzung.

Durch die Einführung eines Härtefallfonds konnte die heute festzustellende und sehr unbefriedigende Situation überwunden werden, dass es ausschließlich an den Patienten als den insoweit Schwächsten hängen bleibt, wenn im medizinischen Bereich wegen der menschlichen Unvollkommenheit Fehler geschehen und sich deren eindeutige Aufklärung im Einzelfall als kaum möglich erweist.

Weil in Deutschland im Arzthaftungsrecht weiter das „Alles-Oder-Nichts-Prinzips“ gilt und es keine Regelungen der Proportionalhaftung wie beispielsweise in Frankreich gibt, könnte ein Härtefallfonds dazu beitragen, Gerechtigkeitslücken in der Praxis zu schließen.

Bei der Ausgestaltung eines Härtefallfonds für geschädigte Patienten kann auf internationale Erfahrungen und Modelle aufgebaut werden.

Im Folgenden nur wenige Anmerkungen zum Österreichischen Modell.

Das österreichische Modell eines Patientenentschädigungsfonds hat sich über Jahre bewährt. Bereits 2001 wurde in Österreich gesetzlich geregelt, dass Patienten in „Fondkrankenanstalten“ zum allgemeinen Kostensatz einen zusätzlichen Beitrag pro Kalendertag in einen Patientenentschädigungsfonds zu zahlen haben. Aus diesem Fonds wird den Patienten unabhängig vom Nachweis eines Verschuldens bei ihrer Behandlung Schadenersatz geleistet, wenn sie durch die medizinische Behandlung gesundheitliche Nachteile erlitten haben. Die Erfahrung in Österreich zeigt, dass die vom nachgewiesenen Verschulden des Arztes losgelöste Patientenentschädigung ein praxistauglicher Weg ist. Die österreichische Lösung zum dortigen Patientenfonds wird seit 2006 sinnvoll ergänzt durch die Einrichtung eines öffentlich-rechtlichen Patientenanwalts in den Bundesländern.

Ich gehe davon aus, dass die Expertin für das Österreichische Modell und Wiener Patientenanwältin, Frau Dr. Pilz, im Rahmen Ihrer Ausführungen vertieft auf eine mögliche Ausgestaltung eines solchen Fonds eingehen wird. Daher nur in aller Kürze einige Anmerkungen und Gedanken zur möglichen Ausgestaltung und Finanzierung eines Patientenentschädigungsfonds.

Zur Ausgestaltung:

Zweck der Einrichtung eines Patientenentschädigungsfonds wäre es, die Patienten, bei denen ein besonders schwerer Gesundheitsschaden nach einer medizinischen Behandlung oder wegen deren Unterlassens oder einer verspäteten Behandlung eingetreten ist, unmittelbar aus diesem Fonds mit einer Geldleistung zu entschädigen.

Dies sollte nach Eintritt eines schweren Gesundheitsschadens unabhängig davon erfolgen, ob der Patient den Nachweis des schuldhaft begangenen Behandlungsfehlers oder dessen Ursächlichkeit für den eingetretenen Gesundheitsschaden im Einzelnen mit der notwendigen Eindeutigkeit beweisen kann.

Dem Geschädigten sollte mit der Geldleistung aus dem Fonds ein belastender und möglicherweise langwieriger Prozess mit ungewissem Ausgang erspart bleiben. Er erhielte also schnelle finanzielle Hilfe ohne ein langwieriges Gerichtsverfahren.

Damit wäre allein der eingetretene schwere Gesundheitsschaden Voraussetzung für den Anspruch auf eine Geldleistung. Deren Höhe hätte sich an der Schwere des Gesundheitsschadens und an den dadurch zu erwartenden weiteren Folgen auszurichten. Allerdings sollte die Höhe der Leistungen sich im bisher gewohnten europäischen Maßstab bewegen und sich nicht an den teilweise exzessiven, in den USA zugesprochenen Entschädigungssummen orientieren.

Durch die Mittel aus dem Fonds sollten Patienten eine schnelle – zumindest gewisse oder erste – finanzielle Hilfe und Anerkennung ihres Leids erfahren. Gerade an Letzterem scheitert unser heutiges Arzthaftungs- und Medizinschadensrecht viel zu häufig.

Um den Kreis der von einem solchen Fonds zu Begünstigten auf die wirklich schweren und deshalb besonders der Hilfe bedürftigen Fälle zu begrenzen, sollten die in Frage kommenden schweren Fälle beispielhaft umschrieben werden.

Ohne hier schon ein abschließendes Urteil abzugeben, müssten jedenfalls beispielsweise Fälle folgender Art in Frage kommen:

- Verlust der Sehkraft,
- Verlust des Hörvermögens,
- wesentliche Einschränkungen bei wichtigen Organen wie Lunge und Herz,
- Verlust von Gliedmaßen,
- Verlust der Kontinenz sowie
- generell Fälle, die eine vollständige oder weitgehende Berufsunfähigkeit nach sich ziehen.
- Auch jahrelange Leiden bis zum dann doch endlich eingetretenen Heilerfolg wären zu berücksichtigen.

Konkrete Fälle aus der Beratungspraxis der Alexandra-Lang-Stiftung werde ich Ihnen, selbstverständlich anonymisiert, gerne im Rahmen der Anhörung schildern.

Neben der dem Patienten schneller zu gewährenden finanziellen Hilfe könnte sich als weiterer Vorteil eines solchen Fonds erweisen, dass der Patient nicht seinen Arzt als Anspruchsgegner hätte, zu dem möglicherweise trotz aller Fehler und eingetretenen Schäden eben das besondere „Arzt-Patienten-Verhältnis“ besteht. Damit entfielen eine zusätzliche psychische Belastung für den geschädigten Patienten.

Ein weiterer Vorteil eines solchen Patientenentschädigungsfonds könnte die Verringerung der Zahl der Arzthaftungsprozesse sein.

Nach unserer Erfahrung im Umgang mit geschädigten Patienten gehen wir davon aus, dass sich ein signifikanter Teil der Geschädigten mit einer ersten Anerkennung des Schadens zufriedengeben oder jedenfalls von einem jahrelangen Klageverfahren absehen würde.

Zwar wird sich auch weiterhin so mancher Rechtsstreit über die Verantwortlichkeit für den beim Patienten eingetretenen Schaden nicht vermeiden lassen, weil die Ursache für den eingetretenen Behandlungsschaden und die Verantwortlichkeiten hierfür geklärt werden müssen; auch um klarzustellen, wer wegen seiner Verantwortlichkeit in den Fonds die auf ihn entfallenden Geldbeträge und in welcher Höhe einzubezahlen hat. Es kann aber erwartet werden, dass die Bereitschaft zu Vergleichen zwischen diesen Beteiligten, also in erster Linie Versicherungen und Krankenkassen gleichwohl wesentlich höher liegt. Je nach Unsicherheit der Beweislage wären auch prozentuale Kostenübernahmen der Beteiligten denkbar.

Anders als heute würde wohl das „Alles-Oder-Nichts-Prinzip“ nicht die heutige Bedeutung haben.

Selbstverständlich sollte kein Patient gehindert sein, seine Ansprüche gegen seinen Schädiger gleichwohl eigenständig durchzusetzen. Durch die Einrichtung eines solchen Fonds darf niemand bevormundet werden. Im österreichischen Modell dient der aus dem Fonds erhaltene Geldbetrag manchmal der Prozessfinanzierung. Würde der Patient vor Gericht obsiegen und Schadenersatz zugesprochen bekommen, hätte er den zuvor aus dem Fonds erhaltenen Schadenersatz je nach Höhe des gerichtlich zugesprochenen Entschädigungsbetrags ganz oder teilweise zurückzuerstatten; er sollte natürlich nicht doppelt begünstigt werden.

Zur Finanzierung:

Hierzu will ich nur ein paar grundsätzliche Anmerkungen machen und nicht ins Detail gehen. Es geht um eine Anschubfinanzierung und eine dauerhafte Finanzierung.

a) Anschubfinanzierung

Träger eines solchen Fonds und Startfinanzierer sollten diejenigen sein, die im Regelfall die Folgekosten medizinischer Fehler zu tragen haben und die letztlich auch bis zu einem gewissen Grad Nutznießer eines solchen Fonds wären.

- Die Versicherungen, bei denen die Ärzte Haftpflichtversicherungen abschließen und die im Nachweisfalle Schadenersatz zu leisten haben.

- Die Krankenkassen, die die aus den Fehlern entstandenen Folgekosten bei nicht nachgewiesener Kausalität zu bezahlen haben.
- Werden schwer geschädigte Patienten arbeitslos, trifft dies die Bundesagentur für Arbeit und in einigen Fällen die Rentenversicherung.
- Nicht wenige schwer geschädigte Patienten könnten zu Sozialhilfeempfängern werden, wenn diese keinen angemessenen Schadenersatz erhalten. Damit könnten Bund, Länder und Gemeinden zur Anschubfinanzierung beitragen.

b) Dauerfinanzierung

Außerdem muss ein solcher Fonds laufend mit neuen Geldmitteln gespeist werden, damit er nicht in kurzer Zeit finanziell ausblutet.

Als Lösung böte es sich an, die Institutionen, die indirekt Vorteile aus einem solchen Fonds ziehen würden, zur Zahlung des Ersparten an den Fonds zu verpflichten. Tatsächlich sollen Begünstigte des Fonds nur die geschädigten Patienten sein und nicht die Einrichtungen, die heute für die Schäden aufzukommen haben.

Schließlich wäre auch zu überlegen, ob sich auch die Patienten mit einem zumutbaren Beitrag an dem Fonds beteiligen sollten; Österreich könnte hier ein Beispiel sein.

Ziel sollte sein, dass die Schadensverursacher den Löwenanteil der dauerhaften Finanzierung eines solchen Fonds tragen.

Abschließend zu der Frage, ob mit Einrichtung eines solchen Patientenentschädigungsfonds eine wichtige Funktion des Haftungsrechts, nämlich die Schadensprävention verloren ginge:

Müsste der Patient wegen der Einrichtung eines Fonds nicht mehr seinen Arzt oder sein Krankenhaus verklagen, sehen manche darin die Gefahr, dass die Ärzte und das medizinische Personal, weil scheinbar nicht mehr vom Patienten unmittelbar zu Verantwortung gezogen, sich weniger sorgfältig um die Vermeidung von Fehlern bemühen und deshalb mehr Fehler begehen würden. Ein solches Ergebnis, also

weniger Fehlerprävention und weniger Sorgfalt, könnte selbstverständlich nicht im Interesse der Patienten und der Allgemeinheit sein.

Diesem Risiko müsste Aufmerksamkeit geschenkt werden. Allerdings dürfte sich dieses Risiko wohl nicht im befürchteten Maße verwirklichen.

Die zur Zahlung in den Patientenfonds in Regress genommene Haftpflichtversicherung würde, wie heute im Falle zurechenbarer ärztlicher Fehler, im Wege der im Versicherungsvertrag vereinbarten Modalitäten auf den handelnden Arzt zurückgreifen, wenn sie einen von diesem verursachten Schaden ausgleichen muss. Beispielsweise sind Prämienstaffelungen je nach Schadenshäufigkeit und sonstigem Risiko dem Versicherungswesen nicht fremd. Krankenhäuser und Ärzte hätten auch aus diesem Grund wie bisher ein hohes Interesse nicht wegen Behandlungsfehlern in Regress genommen zu werden.

In **Frankreich** ist ebenfalls per Gesetz aus dem Jahr 2002 ein Entschädigungsfonds (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, ONIAM) eingerichtet worden.

b) zu den in der Drucksache 19/16059 (Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) geforderten weiteren Beweiserleichterungen

Bezüglich der in dem Antrag 19/16059 geforderten weiteren Beweiserleichterungen ist zustimmend anzumerken, dass der Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz die sich durch das Richterrecht entwickelten Beweisregeln kodifiziert hat, ohne sie fortzuentwickeln.

In der Konsequenz bedeutet dies, wie schon mehrfach betont, dass nach wie vor die Chancen bei der Aufklärung von Behandlungsschäden zwischen Patienten auf der einen Seite und Behandelnden auf der anderen Seite nicht fair verteilt sind.

Die vom Bundesverfassungsgericht und auch durch die ständige Rechtsprechung des BGH geforderte „Waffengleichheit“ im Prozess (Art. 3 Abs. 1 GG sowie Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 2, 3 GG) als

Ausdruck eines fairen rechtsstaatlichen Verfahrens ist in vielen Arzthaftungsverfahren nicht gewährleistet. Die auch vom Gesetzgeber hinsichtlich des Patientenrechtegesetzes immer wieder als Zielstellung genannte „Waffengleichheit“ zwischen Patienten und Behandelnden besteht leider in der Realität in vielen Arzthaftungsstreitigkeiten nicht. Während die Seite der Behandelnden die Sach- und Wissensherrschaft über den Behandlungsverlauf hat, fehlt der Patientenseite häufig medizinisches Expertenwissen.

Das Beweisrecht in Arzthaftungsverfahren folgt grundsätzlich den allgemeinen Regeln des Zivilrechts.

In Gerichtsverfahren zu Arzthaftungsfragen stellen die generell beim klagenden Patienten liegende Beweislast und speziell der von diesem zu erbringende Nachweis der Kausalität bezüglich des eingetretenen Gesundheitsschadens bekanntermaßen besondere Probleme für die geschädigten Patienten dar. Es kommt nur dann zu einer ärztlichen Haftung, wenn die fehlerhafte Behandlung und das Verschulden des Schädigers nachgewiesen werden und dieser Fehler für den eingetretenen Schaden ursächlich war.

Was selbstverständlich klingt, ist in Arzthaftungsprozessen praktisch in vielen Fällen eine für den Patienten unüberwindliche Hürde.

Wie bereits ausgeführt, mindern die Asymmetrie des Wissens über die tatsächlichen Geschehensabläufe im Rahmen des einzelnen Behandlungsprozesses sowie über den jeweiligen medizinischen Standard auch bei tatsächlichem Vorliegen eines Behandlungsfehlers die Chancen der Patienten auf einen fairen Schadensausgleich. Deshalb unterstützt die Alexandra-Lang-Stiftung nachdrücklich die Forderung, gezielte weitere Beweiserleichterungen gesetzlich zu regeln. Es war ein wichtiger erster Schritt, in einem Patientenrechtegesetz die wesentlichen Grundzüge des Richterrechts in Arzthaftungsfragen zu kodifizieren. Allerdings besteht darüber hinaus noch weiterer Bedarf an einer Fortentwicklung des Arzthaftungsrechts. Nur so kann das Ungleichgewicht zwischen Behandelndem und Patient mehr noch als heute fair ausgeglichen werden, im Sinne einer tatsächlichen „Waffengleichheit“, wie sie die ständige Rechtsprechung anmahnt.

Wir halten vorsichtige gezielte Beweiserleichterungen nicht nur für notwendig, sondern auch für umsetzbar. Eine vollständige Umkehr der Beweislast wäre dagegen dem Ziel von Fairness zwischen Patienten und Behandelnden nicht dienlich; sie wird von uns auch nicht gefordert.

- Wir meinen aber, dass beispielsweise die Beweislast für sach- und fachgerechtes Behandeln in solchen Behandlungssituationen auf den Behandelnden übergehen sollte, wenn ein Patient narkotisiert oder anderweitig deutlich sediert war oder er krankheitsbedingt nicht in der Lage war, die näheren Umstände seiner Behandlung zu erfassen.
Diese Beweislast sollte dann etwa auch Fragen der Befähigung der Behandelnden umfassen.
- Die Beweislast beim voll beherrschbaren Risikobereich darf nicht teilweise beim Patienten verbleiben. Dieser muss nach wie vor beweisen, dass sich sein Schaden in diesem Bereich verwirklicht hat. Hier sollte der Gesetzgeber Änderungen prüfen. Gleiches sollte dann auch bezüglich der Beweislast zur ausreichenden Qualifikation des Behandelnden gelten.
-
- Auch in solchen Fällen, in denen aus einer Behandlung Gesundheitsschäden auftreten, die nach den ärztlichen Erfahrungen **nicht zu erwarten** gewesen waren, sollte die Seite des Behandelnden die Beweislast für die richtig durchgeführte Behandlung tragen.

Die skizzierten Beweiserleichterungen wären im Sinne des verfassungsrechtlich bindenden und allgemein anerkannten Ziels der Waffengleichheit und würde dem durch den Gesetzgeber selbst mit dem Patientenrechtegesetz verfolgten Ziel dienen, Patienten und Behandelnde „auf Augenhöhe zu bringen“.

Im **Antrag der Fraktion DIE LINKE auf BT-Drucksache 19/22995** wird gefordert, dass zukünftig nicht nur bei groben Behandlungsfehlern von einem kausalen Zusammenhang zwischen Schädigung und Behandlung ausgegangen werden soll, sondern bereits bei einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang.

Auch dieser Ansatz, die Beweishürden beim zentralen Kausalitätsproblem abzusenken, könnte verfolgt werden, um die Beweislast fairer zu regeln. Die ehemaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Laumann, Fischbach und Brauksiepe hatten jeweils gefordert, das Beweismaß für den Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Gesundheitsschaden auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit abzusenken. In aktuellen Positionspapieren fordert dies unter anderem der AOK-Bundesverband ebenfalls.

Abschließend kurze Anmerkungen zum „groben Behandlungsfehler“:

Mir ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass selbst beim „groben Behandlungsfehler“ zunächst einmal der Patient alleine beweisen muss, dass ein Fehler grob war. Dabei ist gerade die Frage, ob ein Behandlungsfehler grob war, eine medizinische Frage, die ein Gericht (regelmäßig beraten durch einen Sachverständigen) zu beurteilen hat. Meines Erachtens sollte nicht allein der Patient beweisen müssen, dass ein Fehler grob war.

Von der Frage, ob ein Fehler grob war, „hängt häufig alles ab“, insbesondere der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens. Wie auch nach der bisherigen Rechtsprechung hat der Patient nach den heutigen Regeln beim groben Behandlungsfehler zu beweisen,

- dass ein Fehler vorliegt,
- dass dieser Fehler rechtswidrig war,
- dass dieser Fehler schuldhaft war und,
- dass dieser Fehler „grob“ war.

Erst wenn der Patient diese vier Hürden überwunden hat, ändert sich dann bei der Kausalität die Beweislast zu Gunsten des Patienten und liegt dann auf Seiten des Behandelnden.

Diese Hürden sind sehr hoch. Deshalb sollten die Beweisregeln beim groben Behandlungsfehler dahingehend geändert werden, dass nicht allein der Patient beweisen muss, dass ein Fehler grob war.

Abschließend möchte ich die wichtigen Punkte nochmals zusammenfassen, die neben der in der heutigen Anhörung intensiv behandelten Forderung eines Patientenentschädigungs- oder Härtefallfonds bei einer Novellierung des Patientenrechtegesetzes aufgenommen werden sollten (ich darf besonders nochmals auch auf Seite 4 dieser Stellungnahme verweisen):

- Fairere Beweislastverteilung zwischen Behandelnden und Patienten
- Sanktionen bei Verstoß gegen eindeutige gesetzliche Verpflichtungen
- Pflicht zur Nennung des für die Behandlung verantwortlichen Vertragspartners auf Nachfrage.
- Maßnahmen zur Beschleunigung gerichtlicher Arzthaftungsverfahren
- Stärkung der Hinweispflicht bezüglich geschehener Behandlungsfehler
- Stärkung der Unterstützung von Patienten durch die GKV nach § 66 SGB V bei der Klärung vermeintlicher Ansprüche aus Behandlungsschäden