

## **Antrag**

**der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Friedrich Straetmanns, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, Matthias W. Birkwald, Dr. André Hahn, Ulla Jelpke, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jan Korte, Jutta Krellmann, Pascal Meiser, Cornelia Möhring, Niema Movassat, Martina Renner, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Patientenrechte stärken – Entschädigung bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern erleichtern**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Behandlungsfehler sind im medizinischen Alltag keine Seltenheit. Behandlungsfehler liegen dann vor, wenn Patientinnen oder Patienten nicht nach den medizinischen Regeln oder Vorschriften behandelt werden. Eine große Zahl an Patientinnen und Patienten erleiden dadurch eine Schädigung.

Liegen Fehler und kausaler Schaden vor, besteht nach geltender Rechtslage ein Schadensersatzanspruch. In solchen Fällen stehen den Patientinnen und Patienten zwar rechtlich Entschädigungsansprüche und Schmerzensgeld zu, doch die Hürden sind für die Geschädigten oftmals zu hoch. Das betrifft insbesondere auch den Nachweis des kausalen Zusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden durch Gutachterinnen bzw. Gutachter sowie die zum Teil sehr langwierigen und teuren Gerichtsprozesse. Das Patientenrechtgesetz aus dem Jahr 2013 hat weitgehend das von der Rechtsprechung entwickelte Entschädigungsrecht in Gesetzesform gegossen. Es ist somit nicht in der Lage und hatte auch nicht den Anspruch, hier eine grundlegende Verbesserung für die geschädigten Patientinnen und Patienten zu erzielen.

Bei Gerichten, dem medizinischen Dienst, einzelnen Krankenkassen oder bei Schlichtungsstellen der Ärztekammern werden ca. 40.000 vermutete Fälle von Behandlungsfehlern pro Jahr gemeldet. Nur im einstelligen Tausender-Bereich wird ein kausaler Zusammenhang dieser Fehler mit erlittenen Schädigungen bestätigt. Doch die Dunkelziffer ist riesig. Experten gehen davon aus, dass es zu mehreren 100.000 Behandlungsfehlern jährlich in Deutschland kommt. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit geht von 600.000 bis 700.000 Geschädigten pro Jahr aus. Anderen Sachverständigen zufolge ereignen sich rechnerisch pro Jahr ca. 1.000.000 Behandlungsfehler, wenn jeder der 83 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands bei einer Lebenserwartung von über 80 Jahren im Laufe des gesamten Lebens durchschnittlich auch nur ein einziges Mal Opfer eines Behandlungsfehlers würde.

Doch nur wenige Geschädigte machen ihre Ansprüche geltend und das aus unterschiedlichen Gründen: Viele Opfer von Behandlungsfehlern beklagen das derzeitige Recht, das aus Patientensicht nicht weitgehend genug ist. Auch das Gutachterwesen steht bei Patientenorganisationen nicht in dem Ruf, patientenfreundlich zu sein.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die außergerichtliche Einigung mit den Behandelnden herbeiführen sollen, sind bei den Ärztekammern angesiedelt und werden auch aufgrund deren Finanzierung durch die ärztlichen Organisationen von vielen Patientinnen und Patienten als kaum unabhängig und neutral angesehen.

Zusätzliche Erschwernisse kommen daher, dass es für die Geschädigten zumeist keine Möglichkeit gibt, mit der Gutachterstelle persönlich in Kommunikation treten zu können (außer in Baden-Württemberg) und dass Nachfragen zum Gutachten in der Regel unmöglich sind. Zudem müssen die möglichen Verursacherinnen und Verursacher des vermuteten Schadens dem Verfahren zustimmen und die Gutachten dauern sehr lange.

Darüber hinaus müssen sich die geschädigten Patientinnen und Patienten zumeist vorrangig um ihre Krankheit und Genesung kümmern und können sich darum zeitaufwendige und kostspielige Rechtsstreitigkeiten oft nicht leisten oder sie erleben den Ausgang des Verfahrens aufgrund der langen Bearbeitungsdauer nicht. Eine zeitnahe Entschädigung, z. B. für krankheitsbedingte Anschaffungen oder Umbauten, erfolgt nicht.

Realität ist, dass viele Geschädigte bereits erschöpft aufgegeben haben oder nicht mehr leben, bevor die Leistungserbringer oder deren Versicherungsunternehmen bereit sind zu zahlen. Darum sind dringend Verbesserungen der Patientensicherheit notwendig, um Behandlungs- und Aufklärungsfehler zu vermeiden, und dort, wo solche Fehler auftreten, den Opfern schnell zu helfen und sie zu ihrem Recht kommen zu lassen. Es muss zudem das Patientenrecht auf Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht und zur Entschädigung im Sinne der Patientinnen und Patienten vereinfacht werden – auch im Bereich der Zahnmedizin.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. kurzfristig einen Gesetzentwurf vorzulegen,

- a) der die Einrichtung eines Härtefallfonds vorsieht, um schnell und unbürokratisch Hilfe in den Fällen zu leisten, in denen im Rahmen einer Behandlung ein schwerer gesundheitlicher Schaden aufgetreten ist, der kausale Zusammenhang jedoch nicht eindeutig zu erbringen ist;
- b) der Beweiserleichterungen zugunsten der Patientinnen und Patienten vorsieht, insbesondere bei der Frage der Kausalität zwischen Schädigung und Behandlung.

Von einem kausalen Zusammenhang zwischen Schädigung und Behandlung soll zukünftig nicht nur bei groben Behandlungsfehlern ausgegangen werden, sondern bereits bei einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang;

2. die Position der Patientinnen und Patienten vor, während und nach Verfahren vor Schlichtungsstellen oder Prozessen vor Gerichten spürbar zu stärken und hierfür einen Gesetzentwurf vorzulegen.

Dazu gehört eine Reihe gezielter gesetzlicher Änderungen, u. a. zur Verpflichtung einer fälschungssicheren Dokumentation sowie der Aufnahme einer Berufshaftpflichtversicherung für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer ab Aufnahme der Tätigkeit, eine gesetzliche Garantie für Hinterbliebene auf Schmerzensgeld („Trauerschaden“) und ggf. eine Hinterbliebenenabsicherung, wenn ein Behandlungsfehler zum Tod geführt hat.

Es wird ein öffentlicher Gutachterpool aufgebaut, der die Erstellung von qualitativ hochwertigen Gutachten in angemessener Zeit gewährleistet. Es sind klare Kriterien an die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter festzulegen. Die Kosten werden durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und deren Versicherungen müssen bei Verzögerung der Aufklärung und der Entschädigung sowie im Falle der Behinderung der Ermittlung bei Verdacht auf Behandlungsfehler durch gesetzliche Regelungen sanktioniert werden.

Durch Ermöglichung von Teilklagen bei gleichzeitiger Verlängerung der Verjährungsfrist für die anderen Teile ist die derzeit schwache Position der möglicherweise Geschädigten zu verbessern. Dazu tragen auch der Aufbau eines Behandlungsfehlerregisters und die Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für Behandlungsfehlervorwürfe an eine zentrale Meldestelle bei.

Zudem sind die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen entsprechend unabhängig auszugestalten, um faire Verfahren zu gewährleisten;

3. langfristig grundlegende Änderungen des Haftungsrechts zur Erleichterung von Entschädigungsansprüchen ins Auge zu fassen.
  - a) Dazu soll die Bundesregierung gesamtgesellschaftliche Debatten über einen möglichen Aufbau eines umfassenden Haftungs- oder Entschädigungsfonds, der an die Stelle der Privathaftung von Ärztinnen und Ärzten treten könnte, initiieren und Studien dazu in Auftrag geben;
  - b) in diese Studien sollen alternative Überlegungen einbezogen werden, inwieweit es auch möglich wäre, Entschädigungsfragen bei ärztlichen Fehlern im Rahmen des Sozialrechts zu regeln.

Berlin, den 28. September 2020

**Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**

## **Begründung**

Zu Nummer 1 Buchstabe a

Die Einrichtung eines Härtefallfonds soll geschädigten Patientinnen und Patienten zu einer schnellen und unbürokratischen Entschädigung verhelfen in Fällen, in denen der kausale Zusammenhang nicht eindeutig zu erbringen ist. Deshalb sollte dieser Fonds neben Steuermitteln auch aus Mitteln der Leistungserbringerinnen und -erbringer unterhalten werden.

Zu Nummer 1 Buchstabe b

Im Regelfall müssen die Patientinnen und Patienten vor Gericht darlegen, dass die Ärztin bzw. der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat und dass dieser einen gesundheitlichen Schaden verursacht hat. Dieser Nachweis ist für die betroffenen Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund ihrer Erkrankung und zusätzlich dem vermuteten Schaden aus der Fehlbehandlung in einer sehr belastenden Situation befinden, oft kaum zu führen. Die geltende Beweislastumkehr etwa bei groben Behandlungsfehlern oder voll beherrschbaren Behandlungsrisiken erreicht nicht genügend Patientinnen und Patienten. Auch wenn diese Ausnahmetatbestände nicht greifen, sollten Patientinnen und Patienten eine bessere Chance erhalten, eine Entschädigung bei einem Behandlungsfehler zu erhalten. Die Senkung des Beweismaßes auf die „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ insbesondere für den Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden ist eine Möglichkeit, hier die Möglichkeiten zugunsten der Patientinnen und Patienten zu erweitern.

Zu Nummer 2

Um die ärztliche Dokumentation bearbeitungssicher bzw. fälschungssicher zu machen, sollten ausschließlich Computerprogramme eingesetzt werden, die keine Nachbearbeitung der Dokumentation zulassen. Darüber hinaus ist die bisher praktizierte Beweislastumkehr bei Dokumentationsfehlern gesetzlich zu fixieren.

Bei dem Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung sollten die Regelungen des § 51 der Bundesrechtsanwaltsordnung – diese konkretisieren zum Beispiel Haftpflichtansprüche, Haftungsausschlüsse, Mindestversicherungssumme, Selbstbehaltsregelungen oder Auskunftspflicht über Detailregelungen des Versicherungsvertrages – entsprechend übertragen werden und jeweils für die haftende Institution (z. B. auch für Krankenhäuser) gelten. Die Mindestversicherungssumme ist am Schadensrisiko der jeweiligen Leistungserbringerinnen und -erbringer auszurichten, wobei ergänzend zu prüfen ist, inwieweit auch eine berufsgruppenübergreifende Versicherung für mehrere bzw. für alle Gesundheitsberufe geschaffen werden kann, um partielle Überforderungen durch die Versicherungsprämien wie bei Hebammen und Geburtshelfern zu verhindern.

Die Sachkunde und die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter sollte durch verbindliche Vorgaben sichergestellt und regelmäßig überprüft werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass der an einer zentralen Stelle anzusiedelnde Gutachterpool unabhängig und neutral ist. Die Gutachten sollten gesetzlich festzulegenden Mindestanforderungen genügen, die von der zentralen Stelle zu spezifizieren sind. Sie sind in angemessener Zeit anzufertigen, um die Prozessdauer zu verkürzen. Angemessene Höchstentgelte für Gutachten mit einer bundesweit gültigen Honorarordnung sollen dafür sorgen, dass Privatgutachten für alle Prozessparteien bezahlbar sind.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind zu verpflichten, nach der Konfrontation mit einem Behandlungsfehlervorwurf dem Versicherer das Schadensereignis, das Haftpflichtansprüche begründen könnte, unverzüglich mitzuteilen. Denn nur so kann gewährleistet werden, dass die Geschädigten ihre Ansprüche umgehend geltend machen können. Zusätzlich sind auch die Patientinnen und Patienten über einen Zwischenfall, aus dem ein Schaden resultiert oder eine gesundheitliche Gefahr resultieren könnte, zu informieren – und zwar nicht erst dann, wenn dies zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist bzw. nur auf Nachfrage der Patientinnen und Patienten.

Die gesetzliche Fixierung eines Direktanspruchs der Geschädigten gegenüber den Pflichtversicherungen der Leistungserbringerinnen und -erbringer ist sinnvoll, damit Geschädigte zum Beispiel bei einer Privatinsolvenz einer Ärztin oder eines Arztes nicht leer ausgehen. Ohne gültige Berufshaftpflicht ist die Approbation sofort auf ruhend zu stellen.

Die Rechtsprechung hat im Falle von Verzögerungen durch Versicherungen bereits vor Jahrzehnten den Begriff der inadäquaten Schadensregulierung geprägt und in geeigneten Fällen z.B. eine Verdoppelung des Schmerzensgeldes ausgesprochen [vgl. z. B. OLG Frankfurt am Main NJW 99, 2447; OLG Karlsruhe NJW 1973, 851]). Dies sollte gesetzlich fixiert werden. Für Behinderungen der Ermittlung beim Verdacht auf Behandlungsfehler sind scharfe Sanktionsmöglichkeiten vorzusehen. Dazu zählen z. B. die Behinderung der Einsichtnahme in die Krankenunterlagen oder die Manipulation der Krankenunterlagen.

Über die Verlängerung der Verjährungsfrist der anderen Teile im Falle des Einreichens einer Teilklage können das prozessuale Risiko für die geschädigten Patientinnen und Patienten und die damit verbundenen hohen Kosten abgemildert werden. So könnte den Geschädigten ermöglicht werden, mit einem zunächst geringeren Streitwert zu klagen und somit das Kostenrisiko besser kalkulieren zu können.

Die derzeit gültige Verjährungsfrist von drei Jahren ist für viele Patienten zu knapp bemessen, weil es gerade bei schweren Schädigungen zunächst einmal darum geht, die eigene Gesundheit wiederherzustellen. Darum ist eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf zehn Jahre vorzusehen.

Ein Behandlungsfehlerregister und eine gesetzliche Meldepflicht für Behandlungsfehler vorwürfe an eine zentrale Meldestelle ermöglichen nicht nur eine systematische Erfassung und bessere Fehlerkultur, sondern auch für potentiell Geschädigte einen schnellen Überblick über vergleichbare Vorkommnisse. Meldepflicht und Registereintrag sollen für alle Behandlungsfehler gelten, nicht nur für solche aus dem stationären Bereich.

Eine Stärkung von unabhängigen Schlichtungsstellen mit einheitlichen Standards und Verfahrensordnungen für außergerichtliche Einigungsmöglichkeiten ist erforderlich, um für die Geschädigten jahrelange Prozesse zu ersparen. Schiedsverfahren, wie sie heute bei einer Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle der Ärztekammern angestrengt werden können, sind unabhängig auszugestalten, wobei das Prinzip der Waffengleichheit analog den Vorgaben bei Gerichtsprozessen herzustellen ist.

Generell sind Rahmenbedingungen für neutrale, anbieterunabhängige Gutachterstellen für Konflikte im Gesundheitssystem mit einer strukturellen Verankerung der Interessen von Patientinnen und Patienten zu schaffen, die in ihrer Verfahrensordnung neben Ärztinnen bzw. Ärzten sowie Juristinnen und Juristen auch Patientenvertreterinnen bzw. -vertreter beteiligen. Letztere sollen auch an Entscheidungen der Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen in angemessener Weise verpflichtend beteiligt werden. Zudem sollte das Recht auf mündliche Verhandlungen verankert werden, um den Patientinnen und Patienten eine faire Chance der Problemdarstellung zu bieten.

Zu Nummer 3

Das derzeitige System des privaten Haftungsrechts führt für Patientinnen und Patienten im Schädigungsfall in aller Regel zu einem aufwändigen und langwierigen Verfahren, bis es zu möglichen Entschädigungen kommt. Darum ist ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs über alternative Möglichkeiten einzuleiten, zum Beispiel inwieweit ein umfassender Haftungs- oder Entschädigungsfonds an die Stelle der derzeitigen individuellen Privathaftung von Ärztinnen und Ärzten und individuellen Entschädigungsleistungen durch einzelne Leistungserbringerinnen und -erbringer treten könnte. So könnte sich die Bereitschaft der Leistungserbringerinnen und -erbringer, Behandlungsfehler einzugestehen, deutlich erhöhen.

Ein solcher Bruch mit der Individualhaftung würde für die Patientinnen und Patienten schnellere und unbürokratische Abwicklungen und Entschädigungen im Falle von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern mit sich bringen können. Um zu verhindern, dass die Leistungserbringerinnen und -erbringer sich bei einer derartigen Neuordnung des Haftungsrechts nicht mehr um eine Fehlerminimierung bemühen, sollte geprüft werden, inwiefern die individuell unterschiedliche Fehlerhäufigkeit sich auf die jeweilige persönliche Beitragshöhe auswirken sollte.

Die Bundesregierung soll Studien in Auftrag geben, inwieweit sich ein solcher Fonds aus Beiträgen der Leistungserbringerinnen und -erbringer speisen könnte. Denn bei einem völligen bzw. partiellen Wegfall der Privathaftung entfallen ja deren Beiträge für ihre Privathaftpflichtversicherungen bzw. reduzieren sich zumindest, so dass die bisher für diese Versicherungen aufgewendeten Mittel ohne zusätzliche Belastungen für die Leistungserbringerinnen und -erbringer an diesen Fonds abgeführt werden könnten.

Eine zusätzliche Finanzierung über Steuermittel sowie über Beiträge andere Akteure, zum Beispiel auch der Pharma- und Medizinprodukteindustrie, ist zu prüfen.

Darüber hinaus ist zu prüfen, wie dieser Fonds als Stiftung des öffentlichen Rechts ausgestaltet werden kann und die Ansprüche an diesen Fonds der Sozialgerichtsbarkeit unterliegen könnten. In den Studien ist auch zu prüfen, welches Ausgabevolumen auch vor dem Hintergrund zu erwarten wäre, dass der Fonds im Gegensatz zu Versicherungsunternehmen nicht gewinnorientiert arbeiten soll.





