

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**30. Sitzung**

**Berlin, den 26.01.2011, 14.00 Uhr**  
**Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus**  
**Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin**  
**Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101**

**Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung**

**zum einzigen Tagesordnungspunkt**

**S. 6**

Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Für ein modernes Patientenrechtegesetz

BT-Drucksache 17/907

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Henke, Rudolf  
Hennrich, Michael  
Koschorrek, Rolf, Dr.  
Maag, Karin  
Michalk, Maria  
Monstadt, Dietrich  
Riebsamen, Lothar  
Rüddel, Erwin  
Spahn, Jens  
Stracke, Stephan  
Straubinger, Max  
Vogelsang, Stefanie  
Zöller, Wolfgang  
Zylajew, Willi

**SPD**

Bas, Bärbel  
Franke, Edgar, Dr.  
Graf, Angelika  
Lauterbach, Karl, Dr.  
Lemme, Steffen-Claudio  
Mattheis, Hilde  
Rawert, Mechthild  
Reimann, Carola, Dr.  
Volkmer, Marlies, Dr.

**FDP**

Ackermann, Jens  
Aschenberg-Dugnus, Christine  
Flach, Ulrike  
Lanfermann, Heinz  
Lindemann, Lars  
Lotter, Erwin, Dr.

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
Senger-Schäfer, Kathrin  
Vogler, Kathrin  
Weinberg, Harald

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Bender, Birgitt  
Klein-Schmeink, Maria  
Scharfenberg, Elisabeth  
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee  
Bilger, Steffen  
Brehmer, Heike  
Gerig, Alois  
Heinrich, Frank  
Ludwig, Daniela  
Luther, Michael, Dr.  
Middelberg, Mathias, Dr.  
Philipp, Beatrix  
Rief, Josef  
Selle, Johannes  
Singhammer, Johannes  
Tauber, Peter, Dr.  
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra  
Ferner, Elke  
Gerdes, Michael  
Gleicke, Iris  
Kramme, Anette  
Meßmer, Ullrich  
Schmidt, Silvia  
Schurer, Ewald  
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild  
Kauch, Michael  
Knopek, Lutz, Dr.  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Luksic, Oliver  
Molitor, Gabriele

Binder, Karin  
Höger, Inge  
Möhring, Cornelia  
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin  
Kekeritz, Uwe  
Kuhn, Fritz  
Kurth, Markus

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

## Sprechregister

|  |                |
|--|----------------|
| Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)                               | 6              |
| Die Vorsitzende  | 25             |
| Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)   | 6, 7           |
| Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP)  | 15             |
| Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)   | 11             |
| Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)   | 12, 23, 25     |
| Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)                                      | 16             |
| Abg. Erwin Rüdchel (CDU/CSU)   | 8              |
| Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)  | 18             |
| Abg. Heinz Lanfermann (FDP)  | 12, 14, 15     |
| Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)  | 6, 22          |
| Abg. Karin Maag (CDU/CSU)  | 9              |
| Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)   | 17, 18         |
| Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)  | 8              |
| Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)                        | 19             |
| Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)   | 21             |
| Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU)  | 21             |
| Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)   | 23, 24         |
| SV Andreas Wagener (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))         | 8, 9, 15, 19   |
| SV Andreas Westerfellhaus (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR))               | 17             |
| SV Dr. Dietmar Oesterreich (Bundeszahnärztekammer (BZÄK))                | 9              |
| SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK))                 | 6, 15, 18, 22  |
| SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))  | 10             |
| SV Dr. Rudolf Ratzel (Deutscher Anwaltverein (DAV))                      | 7, 13          |
| SV Dr. Timm Genett (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)) | 15             |
| SV Fabian Székely (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))                | 16, 17, 18, 23 |

|   |                       |
|---|-----------------------|
| SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband)   | 9, 14, 17, 18, 24, 25 |
| SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))  | 8, 21                 |
| SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)  | 25                    |
| SV Joachim Classen  | 14                    |
| SV Klaus Kirschner  | 11, 24                |
| SV Lothar Jünemann (Deutscher Richterbund (DRB))  | 6, 7, 13, 23          |
| SV Michael Wessel   | 6, 20                 |
| SV Prof. Dr. Dieter Hart  | 20                    |
| SV Prof. Dr. Dieter Hart (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS))  | 8                     |
| SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))  | 9                     |
| SVe Dr. Maria Eberlein-Gonska   | 12                    |
| SVe Dr. Siiri Ann Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)) | 11                    |
| SVe Edeltraud Paul-Bauer (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP))  | 18, 23                |
| SVe Karin Stötzner (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG))   | 17                    |
| SVe Katja Kracke (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)   | 23                    |
| SVe Sabine Düver (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP))  | 24                    |
| SVe Susanne Mauersberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))  | 16                    |

Sitzungsbeginn: 14.02 Uhr

**Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie zur heutigen Anhörung. Ich begrüße die Vertreter der Bundesregierung und insbesondere den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, die Sachverständigen und die Vertreter der Medien sowie alle Zuschauerinnen und Zuschauer. Zu Beginn möchte ich darauf hinweisen, dass die Anhörung zwei Stunden dauert. Diese 120 Minuten sind in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen aufgeteilt. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, möchte ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, sich zunächst mit ihrem Namen und dem Verband vorzustellen und die Antwort möglichst kurz zu halten. Zu dieser Anhörung gibt es eine Fernsehaufzeichnung, die zeitversetzt im Internet übertragen wird. Bitte schalten Sie auch Ihre Mobiltelefone aus. Zunächst hat die Fraktion der CDU/CSU das Fragerecht.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Die erste Frage richte ich an den Einzelsachverständigen Herrn Wessel und die Bundesärztekammer. Die SPD fordert in ihrem Antrag eine weitere Beweiserleichterung beim groben Behandlungsfehler, die über die Rechtsprechung hinaus geht, sieht aber keine vollständige Beweislastumkehr vor. Welche Auswirkungen für die Patienten könnte diese Forderung haben? Ich nenne das Stichwort „Defensivmedizin“, also die Zurückhaltung des Arztes aus Angst vor einem möglichen Verfahren.

SV **Michael Wessel**: Aus juristischer Sicht kann ich sagen, dass Beweiserleichterungen für die Patienten immer sinnvoll sind, da dadurch die Ansprüche wesentlich besser durchsetzbar sind. Allerdings können Beweiserleichterungen zu einem Ungleichgewicht zwischen Ärzte- und dem Patienteninteresse führen. Deswegen sollte vor der Einführung einer Beweiserleichterung sorgfältig geprüft werden, ob

dadurch die Ärzteseite nicht unangemessen benachteiligt wird. Die Deutsche Ärzteversicherung hat festgestellt, dass 2009 nur die Hälfte der Schadenszahlungen durch entsprechende Beitragseinnahmen gedeckt waren.

SV **Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Weitere Beweiserleichterungen würden den Trend zur Defensivmedizin verstärken. Durch Richterrecht sind bereits ausreichend Beweismittel im Recht festgelegt, so dass keine weiteren Beweiserleichterungen benötigt werden.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den Deutschen Richterbund und an den Deutschen Anwaltverein. Erläutern Sie bitte die Rechtssituation der von Behandlungsfehlern betroffenen Patienten. Wie beurteilen Sie die geforderte Umkehr der Beweislast? Wäre dies eine qualitative Verbesserung der Rechtsstellung der Patienten?

SV **Lothar Jünemann** (Deutscher Richterbund (DRB)): Ich möchte auf die Arbeit von Frau Dr. Müller verweisen, in der die rechtlichen Grundlagen der Arzthaftung präzise, knapp und übersichtlich zusammengefasst sind. In der Praxis hat sich nach Auffassung des Richterbunds ein ausdifferenziertes Recht der Beweislast und der Beweislastumkehr entwickelt, mit dem sehr gut gearbeitet werden kann. Das wird auch von weiteren, an der heutigen Anhörung beteiligten Organisationen bestätigt. Eine vollständige Beweislastumkehr im Arzthaftungsprozess scheint unseres Erachtens zu weit zu gehen. Im Zivilprozess muss es bei der üblichen Beweislastverteilung bleiben. Derjenige, der etwas verlangt, muss beweisen, dass es ihm zusteht. Bei Fragen von Befunderhebungsmängeln, des beherrschbaren Risikos und des groben Behandlungsfehlers gilt durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes bereits die Beweislastumkehr. Wurde ein Patient nicht ord-

nungsgemäß aufgeklärt, hat ebenfalls der Arzt die Beweislast, da die Aufklärung der einzige Rechtfertigungsgrund für den tatbestandlichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellt. Der Rechtfertigungsgrund ist ein Tatsachenvortrag, der zu Gunsten des Arztes spricht und deswegen von ihm darzulegen und mit sämtlichen Voraussetzungen zu beweisen ist.

**SV Dr. Rudolf Ratzel** (Deutscher Anwaltverein (DAV)): Die Rechtstellung der Patienten vor Gerichten ist prinzipiell gut, weil es im Arzthaftungsprozess, anders als bei vielen anderen Zivilprozessarten, einen so genannten Amtsaufklärungsgrundsatz gibt. Das bedeutet, gerät der Patient im Verlaufe des Prozesses in eine defensive Position, führt das bei vielen Gerichten dazu, dass der vorsitzende Richter oder der Berichterstatter eine weitere Beweiserhebung in eine bestimmte Richtung anregt und entsprechend geeignete Sachverständige sucht. Im gesamten Bereich der beherrschbaren Risiken, der Organisation, der Qualitätssicherung etc. gibt es bereits eine weitgehende Beweislastumkehr, was oftmals nicht bekannt ist. Wenn Sie den vergleichsweise kleinen Rest ebenfalls in den Bereich der Beweislastumkehr einbeziehen würden, wären die Ärzte im Prinzip relativ chancenlos. Das würde sich sicherlich auf die Versorgung der Patienten auswirken.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine nächsten Fragen richte ich an den Deutschen Richterbund. Wie lange dauern derzeit Behandlungsfehlerverfahren in Deutschland? Gibt es aus Ihrer Sicht Möglichkeiten, die Verfahren zu beschleunigen und welche wären das?

**SV Lothar Jünemann** (Deutscher Richterbund (DRB)): Behandlungsfehler werden unter dem Stichwort „Arzthaftungsprozess“ subsumiert. Zur Dauer der Arzthaftungsprozesse liegen mir keine Statistiken vor. Ich bin am Landgericht Berlin rich-

terlicher Personaldezernent und führe gelegentlich Untersuchungen zur Verfahrensdauer durch. Von allen Zivilprozessen dauern die Arzthaftungs- und die Bauprozesse am längsten. Das liegt in der Regel an der Fülle der einzuholenden Sachverständigengutachten. Alle Verfahrenstypen, die Sachverständigengutachten erfordern, führen zu ungewöhnlich langer Verfahrenslaufzeit. Eine Prozessdauer von fünf und mehr Jahren sind deshalb keine Seltenheit. Es gibt aber kaum Möglichkeiten, diese Verfahren zu beschleunigen, da das Nadelöhr die Sachverständigen sind. In einem Arzthaftungsprozess wird ein Fachmann, d. h. ein Chefarzt oder zumindest ein erfahrener Oberarzt, mit einem Gutachten beauftragt. Das Problem ist, dass es nicht genügend qualifizierte Sachverständige gibt. Zudem wird bei der Feststellung eines groben Behandlungsfehlers oftmals ein Gutachter aus einem anderen Ärztekammerbezirk als dem des beklagten Arztes beauftragt. Wenig zielführend ist der Versuch, Sachverständige durch Ordnungsgelder oder Fristsetzung zeitlich unter Druck zu setzen, denn häufig lehnen die wenigen guten Sachverständigen ein Gutachten aus Zeitmangel ab.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage an den Deutschen Anwaltverein. Gibt es Probleme mit der Herausgabe ärztlicher Unterlagen und in welcher Häufigkeit? Mit welchen Maßnahmen kann diese Situation verbessert werden?

**SV Dr. Rudolf Ratzel** (Deutscher Anwaltverein (DAV)): Faktisch kann es solche Probleme geben, rechtlich dürften sie aber nicht existieren. In der ärztlichen Berufsordnung gibt es eine Vorschrift, wonach die Ärzte verpflichtet sind, entsprechende Anfragen zeitnah und vollständig zu bearbeiten. Kommt ein Arzt einem Herausgabeverlangen nicht nach, beträgt nach der Rechtsprechung der Amtsgerichte die zulässige Frist zur Herausgabe zwei bis vier Wochen. Gibt der

Arzt die angeforderten Kopien innerhalb dieser Frist nicht heraus, kann er auf Herausgabe verklagt werden und muss die Kosten des Verfahrens, die von der Berufshaftpflichtversicherung nicht gedeckt sind, tragen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Im Antrag der SPD-Fraktion wird der gesetzliche Ausschluss arbeitsrechtlicher Sanktionen für Meldungen eigener oder fremder Fehler gefordert. Wie bewerten Sie diese Forderung?

SV **Andreas Wagener** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Fehler während der Arbeit sind im Arbeitsrecht geregelt. Die Art des Umgangs mit Fehlern ist im Krankenhaus besonders wichtig, denn aus Fehlern kann man lernen, und das wird von uns unterstützt. Bei Fehlern sämtliche arbeitsrechtliche Sanktionen auszusetzen, würde bedeuten, dass im Krankenhaus jeder Fehler erlaubt wäre, ohne dass er Konsequenzen nach sich zöge. Das wäre falsch. Wer dauerhaft schlecht arbeitet, muss arbeitsrechtliche Konsequenzen spüren und auch entlassen werden können. Das Fehlermanagement kann noch verbessert werden. Es könnte beispielsweise die anonyme Fehlermeldung eingeführt werden. Aber grundsätzlich muss auch im Krankenhausbereich das Arbeitsrecht angewandt werden.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)): Wir sehen das kritisch. Nach unserer Auffassung können durch einen rechts- und sanktionsfreien Raum Fehler nicht vermieden werden. Die Arbeitgeber haben ein hohes Interesse an Fehlervermeidung, allerdings soll auch weiter die Möglichkeit der Sanktion bestehen. Ein Fehlermeldesystem, bei dem Fehler keine arbeitsrechtlichen Sanktionen nach sich ziehen können, wird nicht wirkungsvoll und

dauerhaft zur Vermeidung von Fehlern führen. Es ist auch ein Fehler, einen Fehler nicht zu melden und damit eine suboptimale Versorgung in Kauf zu nehmen. Wir unterstützen allerdings ausdrücklich ein Beschwerdemanagementsystem, das Fehler aufzeigt und diese im gegenseitigen Einvernehmen möglichst schnell korrigiert.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich frage das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die DKG, die KBV und den GKV-Spitzenverband. Ist es richtig, dass eine erfolgreiche Fehlervermeidung keine gesetzliche Grundlage benötigt? Der wirksamste Schutz der Patienten vor Behandlungsfehlern liegt in deren Vermeidung. Bei der Fehlerprävention ist es wichtig, dass man aus früheren Fehlern lernt. Fehlermelde- und Lernsysteme können eine zentrale Aufgabe übernehmen. Halten Sie eine verpflichtende Einführung solcher Systeme für sinnvoll oder müssten sie nicht vielmehr auf Akzeptanz und Freiwilligkeit basieren?

SV **Prof. Dr. Dieter Hart** (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)): Ich spreche für das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Wir glauben, dass zur Fehlervermeidung keine gesetzliche Grundlage erforderlich ist. Fehler können wirkungsvoll auf Basis von Empfehlungen und Selbstregulierung vermieden werden. In diesem Kontext muss die Priorität auf der Patientensicherheit liegen. Die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung, ein Fehlervermeidungs- oder Fehlermeldesystem einzurichten, ist zudem nicht notwendig, da bereits in der gesetzlichen Krankenversicherung das Risikomanagement etabliert ist. Es sollte in der Verantwortung der Institutionen bleiben, wie sie ihr Risikomanagement organisieren. Derzeit gibt es sowohl bei unerwünschten Ereignissen (also Schäden) als auch bei Zwischenfällen mit kritischen Ereignissen (ohne dass es zu einem Schaden gekommen ist, aber die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts erhöht ist) eine breite



Verankerung von etablierten Fehlerberichtssystemen, z. B. CIRSmedical Deutschland oder Krankenhausberichtssysteme, die bis zu einem gewissen Grad schon breit funktionieren. Ob sich die Fehlerberichtssysteme bewähren, wird sich mittelfristig herausstellen. Dann wird zu klären sein, ob eine gesetzliche Regelung erforderlich ist und wie sie ausgestaltet sein muss.

**SV Andreas Wagener** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Ich schließe mich meinem Vorredner weitgehend an. Gesetzliche Zwangsmaßnahmen sind nicht erforderlich. Es muss vielmehr auf die freiwillige Einrichtung eines Risikomanagementsystems in den Krankenhäusern gesetzt werden. Zu einem modernen Risikomanagement gehört das Fehlermanagement. Es genügt allerdings nicht, die Fehler nur zu erkennen, sondern es müssen auch Situationen, die möglicherweise zu Fehlern hätten führen können, erfasst und durch entsprechende organisatorische Maßnahmen oder durch Weiterbildungsmaßnahmen künftig verhindert werden.

**SV Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer betreiben das Fehlermeldesystem CIRSmedical Deutschland. Das System ist erfolgreich und wird akzeptiert, weil es auf Freiwilligkeit basiert. Deshalb haben wir für Änderungen auch keine Veranlassung. Uns erschließt sich nicht, wie ein Fehlermeldesystem verpflichtend eingeführt werden soll.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Durch Fehlermeldesysteme sollen Fehler analysiert, die Konsequenzen gezogen und die Behandlungs- und Versorgungsprozesse systematisch verbessert werden. Wir sind skeptisch, dass diese Ziele mit einem obligatorischen Meldesystem erreicht werden können. Besser wäre, wenn Fehlermeldesysteme obligatorische Bestand-

teile der Qualitätssicherungsmaßnahmen in den verschiedenen Versorgungssektoren wären. Damit das Fehlermeldesystem nicht nur auf Freiwilligkeit basiert, sondern obligatorisch ist, könnte es beispielsweise in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung festgeschrieben werden. Das wäre eine Möglichkeit, auf untergesetzlicher Ebene in die richtige Richtung zu wirken und dem Verfahren eine Verbindlichkeit zu geben. Bei der Ausgestaltung eines Fehlermeldesystems in den Richtlinien des G-BA müsste berücksichtigt werden, dass Fehler oftmals im Sektorenübergang ambulant-stationär entstehen.

**Abg. Karin Maag** (CDU/CSU): Von der Bundeszahnärztekammer möchte ich wissen, ob aus zahnärztlicher Sicht eine Kodifizierung oder Erweiterung der bestehenden Patientenrechte erforderlich ist und in welchem Bereich. Die KZBV frage ich, wie sie die im Antrag der SPD-Fraktion formulierten Maßnahmen und Ziele für das Patientenrechtegesetz bewertet? Die Bundeszahnärztekammer weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass viele der im Antrag formulierten Forderungen bereits heute mit berufsrechtlichen Maßnahmen wirkungsvoll sanktioniert werden könnten und fordert, dass das vorhandene Instrumentarium der Selbstverwaltung gestärkt werden müsse. Diese Aussagen hätte ich gerne erläutert.

**SV Dr. Dietmar Oesterreich** (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Die Bundeszahnärztekammer begrüßt, dass es einen parteiübergreifenden Willen zur Stärkung der partizipativen Patientenrechte gibt. Für den zahnärztlichen Bereich kann, auch auf Grund der neuesten Evaluation der UPD, konstatiert werden, dass es im Jahr 2009 bei rund 20 Millionen Behandlungsanlässen nur 7.645 Beschwerden gegeben hat. Die Beschwerdelast bewegt sich damit im Promillebereich. Daher gehen wir von einem grundsätzlich hohen Vertrauen und einer hohen Patientenzu-

friedenheit aus. Im Versorgungsalltag wird aber immer wieder deutlich, wie wichtig die Aufklärung der Patienten über ihre Rechte und deren Durchsetzung ist. In diesem Zusammenhang beruht der Ansatz der BZÄK auf der stärkeren Betonung der Patientenrechtecharta, deren Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit gesteigert werden muss. Wir befürworten die gezielte Verbesserung der Patientenstellung in den geltenden Gesetzen. Das kann beispielsweise durch die Überführung der gefestigten Zivilrechtsprechung zum Behandlungsvertrag oder zum Arzthaftungsrecht in das Bürgerliche Gesetzbuch oder durch prozessuale Verbesserungen, wie die flächendeckende Einführung spezieller Arzthaftungskammern bei den Zivilgerichten, erfolgen. Hinsichtlich der Beweislastumkehr schließen wir uns den Ausführungen der Bundesärztekammer an.

**SV Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Oesterreich weitgehend an. Die KZBV begrüßt grundsätzlich jede Initiative, die vorhandene Regelungen bündelt, eventuell kodifiziert und gegebenenfalls auch ausweitet. Wir wollen aber ausdrücklich darauf hinweisen, dass es im zahnärztlichen Bereich bereits weitergehende Kodifizierungen gibt, als es in anderen Versorgungsbereichen der Fall ist. Seit Jahren haben wir mit dem Festzuschussystem beim Zahnersatz und durch die bundesmantelvertraglichen Regelungen für die gesamten Antragsleistungen Kieferorthopädie, Kieferbruch und Parodontologie weitergehende Bestimmungen. Darüber hinaus haben wir im Rahmen der Qualitätssicherung und beim Zahnersatz mit „Shared Decision Making“ ebenfalls seit Jahren Konzepte, die Vorbildcharakter haben können. Bei der Kodifizierung der Patientenrechte muss für Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine einheitliche Bewertung gesichert sein. Grundsätzlich müssen die Patientenrechte allgemeingültig sein, es darf nicht mit zwei-

erlei Maß gemessen werden. Allerdings befürchten wir, dass die Normierung der Regelungen zu einem erhöhten Bürokratieaufwand führen werden. Die positiven Auswirkungen auf die Patientenrechte dürfen nicht durch zusätzliche Dokumentationsüberprüfungen und Beteiligungsverfahren konterkariert werden. Beim Fehlermanagement setzt auch die BZÄK verstärkt auf Akzeptanz und Freiwilligkeit und weniger auf Meldepflichtungen. Die Zahnärzte sind durch die Musterberufsordnung der BZÄK zu einer umfassenden Dokumentation verpflichtet, so dass eine Erweiterung nicht erforderlich ist. Hinsichtlich des Haftungsrechts schließe ich mich den Ausführungen meiner Vorredner an. Im Zusammenhang mit der Defensivmedizin, die bei einer überzogen vorsichtigen Haltung zu einer Behandlungsverweigerung führen kann, möchte ich darauf hinweisen, dass auch eine Überversorgung des Patienten möglich werden könnte. Die Maximierung von Sorgfalts- und Haftungsmaßstäben kann zu einer Maximierung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen führen. Diese schlagen einerseits mit höheren Aufwendungen bei der GKV oder anderen Kostenträgern zu Buche und können sich andererseits – z. B. durch eine erhöhte Strahlenexposition – negativ auf die Gesundheit der Patienten auswirken. Deshalb müssen bei Änderungen im Haftungsrecht die Folgen genau beobachtet werden. Die individuellen Gesundheitsleistungen (IGel-Leistungen) betreffen die Zahnärzte nicht. Im Gegensatz zu den Ärzten, die IGel-Leistungen anbieten und dadurch zwei Leistungsbereiche abrechnen, gibt es bei den Zahnärzten den Ansatz der Therapiealternativen. Dieser ist gesellschaftspolitisch anerkannt, weil er den Patienten auf seine Mitbeteiligung verpflichtet. Wenn der G-BA Regelungen zur kollektiven Patientenbeteiligung schaffen will, muss er sorgfältig vorgehen. Bei Normsetzungsprozessen des G-BA ist unbedingt die demokratische Legitimation aller Beteiligten erforderlich. Hier sehen wir große Schwierigkeiten, denn der G-BA ist in seiner jetzigen Struktur nicht unumstrit-

ten. Insgesamt ist der vorliegende Antrag ein begrüßenswerter Ansatz. Es sollte aber beachtet werden, dass es für die Krankenhäuser sowie für die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte eine Vielzahl bereits eingeführter Instrumente aus dem Berufsstand und aus der Selbstverwaltung gibt. Diese sollten unbedingt genutzt oder ausgebaut werden. Grundsätzlich bedeutet Mitbeteiligung auch immer Mitentscheidung und für den Patienten damit auch Mitverantwortung. Der Patient erhält mehr Rechte, aber auch mehr Pflichten.

Abg. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe zwei Fragen an den Einzelsachverständigen Klaus Kirschner und an die BAG SELBSTHILFE. Seit Langem wird über Patientenrechte und die Notwendigkeit ihrer Stärkung diskutiert. Auch ein spezielles Patientenrechtegesetz wird immer wieder thematisiert. Benötigen wir tatsächlich ein Patientenrechtegesetz? Was wären die zentralen Anforderungen an ein Patientenrechtegesetz?

SV **Klaus Kirschner**: Ich arbeite ehrenamtlich für eine Stiftung für Patientenrechte, die eine Unternehmerin gründete, nachdem im Jahr 2000 ihre 30-jährige Tochter nach einer Behandlung gestorben war. Der Gerichtsprozess ist in 1. Instanz bis heute nicht entschieden. Ein zentrales Problem, mit dem unsere Stiftung immer wieder konfrontiert wird, ist die lange Verfahrensdauer. Wie bereits erwähnt, sind die Gutachten das Nadelöhr. Problematisch ist, dass sich die Patienten und ihre Angehörigen oftmals psychisch in einer komplizierten Lebenssituation befinden. Dazu kommt die lange Verfahrensdauer, die ebenfalls eine große Belastung darstellt. Es ist schwierig, sich nach Jahren detailliert an die konkreten Vorgänge zu erinnern. Außerdem wird nicht nur die Akte immer umfangreicher, es finden oftmals auch mehrere Richterwechsel statt. Für den einzelnen Richter oder die Richterin wird es immer schwieriger, sich in die Akte einzuarbeiten. Das ist eines unserer Hauptprobleme. Auf

Grund meiner Erfahrungen plädiere ich für ein eigenständiges Gesetz – angemessen wäre ein weiteres Sozialgesetzbuch –, in dem die jetzt in unterschiedlichen Gesetzen normierten Ansprüche zusammengefasst werden. Außerdem empfehle ich, die Krankenkassen zu verpflichten, die Versicherten bei den Rechtsstreitigkeiten zu unterstützen und die Fristen für die Abgabe von Gutachten verbindlich zu gestalten.

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir haben die gleichen Erfahrungen gemacht. Die Patienten befinden sich durch den Behandlungsfehler in einer schwierigen Verfassung und insbesondere die lange Verfahrensdauer ist für sie äußerst belastend. Patienten ohne Rechtsschutzversicherung scheuen sich zumeist, einen Anwalt zur Prüfung ihrer Ansprüche einzuschalten, weil sie nicht wissen, welche Kosten auf sie zukommen. Deshalb ist ein Gesetz wichtig, in dem die Betroffenen ihre Rechte nachschlagen und dadurch besser durchsetzen können. Die Unterstützung durch die Krankenkassen, z. B. bei Schiedsstellenverfahren, ist ebenfalls ein wichtiger Punkt. Das gilt auch für den Bereich der privaten Krankenversicherung, da hier keine Regelung analog der Vorschrift in § 66 SGB V „Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern“ existiert. Bei der Geltendmachung von Ansprüchen ist die Akteneinsicht in der Regel das erste Problem. Normalerweise erhält ein Anwalt die Patientenakte ohne Probleme, während es für einen Patienten, der sich selbst an das Krankenhaus oder den Arzt wendet, schwieriger ist, seine Akte zu erhalten. Es wäre ebenfalls wichtig, ein unabhängiges Gutachterwesen zu etablieren, da in Prozessen oftmals der Vorwurf erhoben wird, der Gutachter sei nicht wirklich unabhängig. Gerade an dieser Stelle begegnet den Gerichten seitens der Patienten viel Misstrauen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an Frau Dr. Eberlein-Gonska. Die Patienten haben das Recht auf eine qualitativ hochwertige und sichere Behandlung sowie auf eine umfassende, auch laienverständliche Information über deren Qualität. Können Sie darlegen, welcher Regelungsbedarf zur Verbesserung der Behandlungsqualität und der Transparenz besteht? Wie beurteilen Sie die Forderung, Fehlermanagementsysteme verpflichtend einzuführen, ohne ein Fehlerberichtssystem vorzuschreiben?

Sve **Dr. Maria Eberlein-Gonska**: Ich leite am Universitätsklinikum Dresden den Bereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Bei 95 Prozent der Beschwerden steht die Kommunikation im Vordergrund; die Patienten erwarten vor allem eine verständliche Sprache bei Information und Aufklärung. Das ist in einem Klinikum mit jährlich ca. 50.000 stationären und 15.000 ambulanten Patienten die größte Herausforderung. Durch eine verständliche Kommunikation können viele Missverständnisse vermieden oder aufgeklärt werden. Prinzipiell muss bei der Diskussion um den vorliegenden Antrag unterschieden werden, ob ein Fehler mit den hieraus entstehenden Konsequenz bereits geschehen ist oder ob es um Aktivitäten und Maßnahmen geht, um generell Fehler zu vermeiden. Das sind zwei unterschiedliche Themenfelder und Handlungsebenen. Wir haben die Qualitätsberichte nach § 137 SGB V untersucht und festgestellt, dass sie durch ihren sprachlichen Stil nur für Menschen mit Hochschulabschluss verständlich sind. Das Sprachniveau entspricht einer Hegelschen Abhandlung über philosophische Grundsätze. An dieser Stelle sehe ich klaren und leistbaren Handlungsbedarf. Die Qualitätsberichte haben insbesondere in dem Teil, der die Qualität abbilden soll, keine Verbindlichkeit. Hier besteht die große Chance, entsprechende Anforderungen an das medizinische Risikomanagement, z. B. was leistet eine Einrichtung zur Fehlervermeidung, festzulegen. Auch durch das relativ alte Instrument der

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz können Fehler analysiert werden. Es ist nicht unbedingt ein anonymes Fehlermeldesystem erforderlich. Prinzipiell könnte das Aktionsbündnis Patientensicherheit die Chance ergreifen und professionelle Empfehlungen zu einem anonymen Fehlermeldesystem machen. Denn die Meldung eines tatsächlichen Fehlers wird immer mit der Meldung eines kritischen Ereignisses verwechselt, was auch im stationären Bereich ein großes Problem ist. Darüber hinaus gibt es weitere Maßnahmen, die in einem Qualitätsbericht gefordert werden könnten. Weiterhin wäre meines Erachtens der Abgleich der Vereinbarung für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus mit der Richtlinie im niedergelassenen Bereich zwingend notwendig. Im Unterschied zur Richtlinie enthält die Vereinbarung für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus keine konkreten Anforderungen. Hier und in § 135a SGB V könnte ein medizinisches Risikomanagement sehr gut verankert werden. Denn schließlich gibt es die so genannten Qualitätsbeauftragten seit der Gesundheitsstrukturreform im Jahr 2000, so dass dieses Gesetz tatsächlich auch etwas im Hinblick auf die Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements bewirkt hat. Dies könnte für das Medizinische Risikomanagement auch hilfreich sein. Letztendlich ist aber Vertrauen die Basis jeglicher Veränderung. Ein Patientenrechtegesetz muss sich auf die Patienten beziehen, darf aber auch die Leistungserbringer nicht vergessen. Ansonsten kann ein Patientenrechtegesetz nicht erfolgreich sein.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte auf die rechtliche und verfahrenstechnische Problematik zurückkommen. Die Vertreter des Richterbundes und des DAV, Herr Oesterreich von der Zahnärztekammer und Herr Kirschner haben sich dahingehend geäußert, dass die Kodifizierung im Sozialgesetzbuch und eine Beschleunigung der Verfahren erforderlich seien. Kritisiert wurde, Betroffene hätten durch ein fehlendes Gesamtregelwerk

zumeist nicht die Möglichkeit und das Wissen, ihre Ansprüche geltend zu machen. Mich interessiert die Sichtweise der Vertreter des DAV und des DRB. Besteht die Möglichkeit, durch eine Kodifizierung oder durch eine Verfahrensordnung die Prozesse zu beschleunigen?

**SV Dr. Rudolf Ratzel** (Deutscher Anwaltverein (DAV)): Eine erste Maßnahme wäre eine bessere personelle Ausstattung der Justiz, da ein Grund für die Verfahrensverzögerung in der Überlastung der Mitarbeiter – nicht nur der Richter – liegt. Ich möchte ein Beispiel aus München anführen. Die dortige Arzthaftungskammer arbeitet sehr gut. Es gibt zwar wie bei allen Kammern Richterwechsel, die sich aber nicht gravierend auf die Verfahrensdauer auswirken. Das Problem ist teilweise in den Geschäftsstellen bzw. in deren mangelnder personeller Ausstattung zu finden. Sind in der Geschäftsstelle einer Spezialkammer zwei von fünf Planstellen über lange Zeit nicht besetzt, dann entsteht ein Engpass, der durch ein Gesetz nicht beseitigt werden kann. Das führt dazu, dass die Akten nicht vollständig sind oder Vorgänge nicht rechtzeitig zugeordnet und vorgelegt werden. Zur Problematik beim Gutachterwesen will ich hinzufügen, dass nach der Zivilprozessordnung schon heute ein Richter einem Sachverständigen eine Ausschlussfrist setzen kann. Innerhalb dieser Frist muss er ein Gutachten vorlegen. Wird die Frist nicht eingehalten, geht der Vergütungsanspruch verloren. Durch eine Kodifizierung ändert sich an den tatsächlichen Schwierigkeiten nichts.

**SV Lothar Jünemann** (Deutscher Richterbund (DRB)): Ich möchte die Ausführungen ergänzen. Seit einigen Jahren wird im Justizbereich der Personalbedarf und das für bestimmte Verfahren zur Verfügung stehende Personal nach einem Personalbedarfsermittlungssystem berechnet. Das System gibt für Arzthaftungssachen grundsätzlich 900 Minuten oder 15 Stunden richterliche Bearbeitungszeit pro

Verfahren vor. Mehr Personal wird nicht zur Verfügung gestellt. Diese Zeit ist bei einem einigermaßen streitigen Arzthaftungsprozess nicht ausreichend. Für den Folgedienst entwickelt sich das spiegelbildlich fort. In der Praxis kommen nahezu alle Landgerichte mit Spezialkammern bei der internen Geschäftsverteilung zu deutlich höheren Sätzen. In Berlin wird mit einem Satz von 1.225 Minuten, das sind 136 Prozent dessen, was das Personalbedarfsermittlungssystem pro Arzthaftungsprozess erlaubt, gearbeitet. Das hat zur Folge, dass 36 Prozent an anderer Stelle fehlen. Trotzdem war in den letzten Jahren auch der höhere interne Satz nicht ausreichend, um Arzthaftungsprozesse einigermaßen zügig abzuarbeiten. Wir haben mehrere Hilfszivilkammern für die Altverfahren einrichten müssen. Insgesamt sind am Landgericht Berlin fünf Zivilkammern auf Arzthaftungsprozesse spezialisiert, die in mehr als der Hälfte ihrer Tätigkeiten auch nichts anderes machen. Das Problem bleiben die Sachverständigen. Das will ich Ihnen anhand einer statistischen Ermittlung demonstrieren. Für eine HWS-Distorsion wurde ein orthopädisches Gutachten benötigt. Mit Beschluss vom 4. August 2006 wurde die Einholung des Gutachtens veranlasst. Der Gutachter sandte die Akte im Januar 2007 mit der Bemerkung zurück, die Klägerin sei der Aufforderung zur gutachterlichen Untersuchung nicht nachgekommen, er aber nach Aktenlage eine unfallbedingte HWS-Verletzung für sehr wahrscheinlich halte und dass angesichts der Komplexität der Schädigung die Hinzuziehung eines neurochirurgischen Gutachters angezeigt sei. Nach Stellungnahme der Parteien wurde mit Beschluss vom 7. Mai 2007 die Einholung eines neurochirurgischen Gutachtens angeordnet. Nach Beiziehung der für die weiteren Begutachtungen erforderlichen Krankenakten wurde die Akte am 27. August 2007 an den entsprechenden Sachverständigen weitergeleitet. Das neurochirurgische Gutachten ging genau ein Jahr später am 5. August 2008 ein. In dem Gutachten wird u. a. ausgeführt, dass zur abschließenden Bewertung der von der Klägerin geschilderten Beschwerden bzw.

deren Kausalität ein neurourologisches Gutachten, ein HNO-Gutachten und ein psychosomatisches Gutachten erforderlich sei. Nach Ablauf der Stellungnahmefristen zum neurochirurgischen Gutachten wurde im Oktober 2008 ein weiterer Beweisbeschluss erlassen und die Einholung eines neurourologischen Gutachtens, anschließend eines HNO-Gutachtens und eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens veranlasst. Das neurourologische Gutachten ging im Juli 2009 ein. Nach Ablauf der üblichen Stellungnahmefristen wurde die Akte im September 2009 an einen weiteren HNO-Sachverständigen weitergeleitet, der die Annahme verweigerte. Der anschließend mit Beschluss vom 19. Oktober 2009 bestellte HNO-Sachverständige teilte am 30. November 2009 mit, dass seine zeitlichen Kapazitäten die Annahme weiterer Gutachten nicht erlaube. Der nächste beauftragte HNO-Gutachter teilte am 18. Dezember 2009 mit, dass er nicht in der Lage sei, das Gutachten in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen zu erstellen. Daraufhin wurde mit Beschluss vom 30. Dezember 2009 ein weiterer HNO-Sachverständiger bestellt, der mit Schreiben vom April 2010 mitteilte, dass die Klägerin zu zwei vereinbarten Untersuchungsterminen nicht erschienen sei. Im August 2010 lag das HNO-Gutachten endlich vor. Jetzt wird das ausstehende neurologisch-psychiatrische Gutachten eingeholt. Der Prozess ist inzwischen seit sieben Jahren anhängig und die erste Instanz wird wahrscheinlich auch in diesem Jahr nicht abgeschlossen werden. Alle Folgeinstanzen können dann noch kommen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Die Kolleginnen und Kollegen der SPD-Fraktion sollten mit den Mitgliedern des Rechtsausschusses sprechen, um eine Anhörung zu dieser Problematik durchzuführen. Ich habe eine ergänzende Frage an den GKV-Spitzenverband. Ist die Regelung des § 66 SGB V für die Betroffenen hilfreich?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): § 66 SGB V wurde 1989 in einer bestimmten Entwicklungsphase in das Sozialgesetzbuch aufgenommen. Damals war die „kann“-Formulierung angemessen, doch aus Sicht des GKV-Spitzenverbands müsste heute die Unterstützung der Patienten bei Behandlungsfehlern verpflichtend formuliert werden. Auf Grund der fehlenden gesetzlichen Grundlage führt der GKV-Spitzenverband keine Statistik, die die Zahl der Behandlungsfehler erfasst. Als Informationsquelle dienen uns die medizinischen Dienste der Krankenversicherung, da diese in der Regel zur Erstellung von Gutachten eingeschaltet werden. Die Anzahl der Gutachten liegt im unteren fünfstelligen Bereich pro Jahr. Als Erkenntnis aus den vergangenen zehn Jahren kann festgehalten werden, die Verfahrensdauer aus den unterschiedlichsten Gründen ist extrem lang und der damit verbundene Aufwand extrem hoch. Allerdings hängt das auch immer stark vom Einzelfall ab.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe Fragen an Herrn Classen, die sich auf die Position der Haftpflichtversicherer beziehen. Mich interessiert, wie die Haftpflichtversicherer mit der zurzeit wenig kodifizierten Rechtslage arbeiten und ob es erforderlich ist, konkretere gesetzliche Regelungen zu formulieren. Stellenweise wird behauptet, dass die Haftpflichtversicherer eine größere Nähe zu der Ärzteschaft als zu den Patienten, die Ansprüche geltend machen, hätten. Wie beurteilen Sie diese Behauptung.

SV **Joachim Classen**: In der Regel werden Arzthaftpflichtschäden auf beiden Seiten von spezialisierten Anwälten reguliert, die das sehr detaillierte Richterrecht, das sich im Arzthaftungsrecht ausgebildet hat, kennen. Problematisch ist immer der Einzelfall und die Beantwortung der Frage, ob ein ärztlicher Fehler vorliegt. Das bewertet ein Sachverständiger. Insofern ändert eine Kodifizierung nichts am Einzelfallproblem. Unsere Sorge ist, dass eine

Kodifizierung dazu führt, dass durch die Rechtsprechung bereits gelöste Problem neu infrage gestellt werden, weil eine Partei der Meinung ist, die durch die Kodifizierung quasi neue Rechtslage durch alle Instanzen führen zu müssen. Als Haftpflichtversicherer vertreten wir den Standpunkt der Ärzte und müssen Ansprüche teilweise auch abwehren. Aber wir wollen die Verfahren schnell abwickeln bzw. regulieren. Auch die Versicherer beklagen, dass die Prozessdauer im Arzthaftpflichtbereich zu lange sei. Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen sind deshalb sehr hilfreich, da diese Verfahren wesentlich schlanker sind und oftmals innerhalb eines Jahres ein Ergebnis vorliegt. Die Betroffenen sind in rund 90 Prozent der Fälle mit dem Ergebnis eines außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens einverstanden. Diese Entscheidungen sind in der Regel tragkräftig und hätten auch vor Gerichten Bestand.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Mich interessiert, wie die Bundesärztekammer die Reformvorschläge der Länder zur äußeren Leichenschau beurteilt. Sie soll künftig durch speziell ausgebildete Ärzte vorgenommen werden. Kann für diese Aufgabe ausreichend Personal zur Verfügung gestellt werden?

SV **Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Hinsichtlich der Kapazitäten wird es große Probleme geben. Die speziell ausgebildeten Ärzte müssten zunächst weiter- bzw. fortgebildet werden. Im Kern ist die Idee richtig, allerdings muss auch die Personalfrage geklärt werden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Wie bewertet die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Forderung, dass in allen stationären Einrichtungen Patientenfürsprecher eingesetzt werden sollen?

SV **Andreas Wagener** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): In nahezu allen Landeskrankenhausgesetzen ist die Institution eines Patientenfürsprechers oder einer Patientenbeschwerdestelle festgeschrieben und nur in einigen ist die Etablierung eines Patientenfürsprechers noch nicht umgesetzt. In der Regel sind das Personen, die objektiv sind und sich in der Materie auskennen, z. B. ehemalige Richter oder Ombudsleute. In jedem Fall sind es keine Krankenhausmitarbeiter.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Von der PKV würde ich gerne wissen, wie sie das Anliegen eines Patientenrechtegesetzes beurteilt und ob es aus ihrer Sicht Dinge gibt, die verbessert werden könnten.

SV **Dr. Timm Genett** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Die PKV-Patienten sind in Teilbereichen völlig ungeschützt vor überhöhten Entgeltforderungen. 2003 bestätigte ein BGH-Urteil, dass selbstständige Privatkliniken das Neunfache der ortsüblichen Pauschale abrechnen können. Nach dem Urteil hat das Beispiel der selbstständigen Privatklinik Schule gemacht: Öffentliche Krankenhäuser gründen Privatkliniken, indem sie einen Krankenhausbereich als solche deklarieren. So können sie weit oberhalb des ortsüblichen Fallpauschalenniveaus abrechnen. Durch das BGH-Urteil haben wir gegenüber den reinen Privatkliniken keine rechtliche Handhabe. Allerdings sind die Ausgründungen von Privatkliniken aus öffentlichen Krankenhäusern Gegenstand von insgesamt 27 Klageverfahren der PKV. Einige Verfahren wurden inzwischen mit einem Vergleich abgeschlossen, ein endgültiges Urteil liegt aber noch nicht vor. Die gesetzliche Verankerung des Grundsatzes der Angemessenheit der Vergütung sowohl im Bereich der selbstständigen als auch der ausgegründeten Privatkliniken würde sich im Hinblick auf eine Überforderung der privat Versicherten positiv auswirken. Für die Leistungsausgabenstatistik der PKV-Versicherten noch bedeutsamer als die Pri-

vatkliniken sind allerdings die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen. Angesichts einer staatlich vorgegebenen Gebührenordnung sollte es eigentlich keine Probleme geben, denn dadurch sollten privat Versicherte vor überhöhten Entgeltforderungen geschützt sein. Das Preisniveau der GOÄ ist aber nicht nur deutlich höher als die Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die PKV verzeichnet zugleich in den letzten Jahren auch noch einen überproportionalen Ausgabenanstieg. Die Ausgaben der PKV stiegen in den vergangenen zehn Jahren rund doppelt so schnell wie die der GKV. 1992 generierte eine Arztpraxis noch rund 15 Prozent des Praxisumsatzes mit Privatpatienten. Im Jahre 2009 erwirtschaftete der Arzt mit den zehn Prozent Privatversicherten rund 26 Prozent seines Umsatzes. Die Pro-Kopf-Ausgaben im ambulanten Bereich betragen in der GKV jährlich 369 Euro. In der PKV liegen sie mit 822 Euro um das 2,22-fache darüber. Berücksichtigt man, dass die PKV-Versicherten etwas jünger sind, beträgt der altersadjustierte Faktor wahrscheinlich sogar 2,4. Dieser höheren Vergütung steht nicht zwingend eine qualitativ höherwertige Behandlung gegenüber. Durch die regelmäßige Anwendung eines Steigerungsfaktors von mindestens 2,3 wird nämlich jeder Arzt unabhängig von der Qualität seiner Leistungen auf höchstem Niveau vergütet. Zusammengefasst müsste erstens die Gebührenordnung überprüft werden, um langfristig eine Überforderung der privat Versicherten zu verhindern. Zweitens müsste eine Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese gibt es derzeit nur in Form der freien Arztwahl. Die privat Versicherten erwarten aber zudem, dass die PKV auf Basis von Vereinbarungen Qualitätsempfehlungen abgibt. Hierzu ist eine Öffnungsklausel notwendig.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): In dem Antrag der SPD-Fraktion wird die Prüfung alternativer Entschädigungssysteme gefordert. In verschiedenen Staaten gibt es bereits Haftungsfonds, die die pri-

vatrechtliche Haftung ergänzen oder ersetzen. Ich frage die Verbraucherzentrale, den SoVD und den GKV-Spitzenverband wie sie die Errichtung eines Haftungsfonds beurteilen. Welche Fondsvariante könnten Sie sich für Deutschland vorstellen, wer sollte in den Fonds einzahlen und welche Voraussetzungen müssten für den Leistungsanspruch erfüllt sein? Ist Ihres Erachtens eine vollständige Überführung der Entschädigung in den Zuständigkeitsbereich eines Haftungsfonds möglich? Sollten auch nichtärztliche Gruppen, beispielsweise Hebammen, einbezogen werden?

SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Wir stehen dem Vorschlag, zusätzlich zum bestehenden Haftungssystem einen Haftungsfonds für schwere Fälle einzurichten, sehr aufgeschlossen gegenüber. Das österreichische Modell könnte dabei eine Variante sein. Nach unseren Vorstellungen sollten jene in den Fonds einzahlen, die von dem System auch profitieren würden. Durch einen Haftungsfonds darf aber das Haftungsregime nicht geändert und die Ärzte dürfen nicht aus ihrer Verantwortung genommen werden. Der Fonds sollte für Fälle zur Verfügung stehen, bei denen der Behandlungsfehler zwar nachgewiesen wurde, es aber in der so genannten zweiten Kausalität schwierig ist, den Gesundheitsschaden und die Kausalität zwischen Schaden und Behandlungsfehler nachzuweisen. Häufig scheitern Patienten mit ihrer Klage an dieser zweiten Kausalitätshürde.

SV **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Für den SoVD ist es wichtig, dass von einem Entschädigungsfonds und nicht von einem Haftungsfonds gesprochen wird, da auch wir der Auffassung sind, dass die Haftung nicht übertragen werden sollte. Der Entschädigungsfonds sollte nur die Fälle entschädigen, bei denen im gerichtlichen Verfahren die Kausalität zwischen Fehler und Schaden oder ein Behandlungsfehler



nicht eindeutig festgestellt werden konnte. Diesem Ansatz kommt das österreichische Modell, das aber nur für den stationären Bereich verpflichtend ist, am nächsten. In Deutschland müsste es auch für den ambulanten Bereich gelten. In unserem Modellentwurf bleiben die Tatbestandsvoraussetzungen offen, denn es sollen dann Zahlungen aus dem Entschädigungsfonds geleistet werden, wenn niemand zur Verantwortung gezogen werden kann. Deshalb wäre es auch sachgerecht, den Fonds aus staatlichen Mitteln zu finanzieren. Eine vollständige Übertragung der Haftung auf einen Haftungs- oder Entschädigungsfonds lehnen wir grundsätzlich ab. Das geltende Haftungsregime soll nicht umgestaltet werden, vielmehr soll das Entschädigungssystem Härtefälle abmildern.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Bei der Diskussion darf das Ziel, die Haftung klarer und gesetzlich uneindeutiger zu regeln, nicht aus den Augen verloren werden. Deshalb wollen wir, dass nur an den Stellen gesetzlich eingegriffen wird, wo es zur Durchsetzung von Haftungsansprüchen erforderlich ist. Es existiert ein sehr differenziertes Richterrecht, das unseres Erachtens – und wie in einem Rechtsstaat üblich – gesetzlich kodifiziert werden sollte. Wir können uns einen Entschädigungs- oder Haftungsfonds nur für extreme, außergewöhnliche Fälle vorstellen. Der Ansatz eines breit aufgestellten Haftungs- oder Entschädigungsfonds wäre eine Entwicklung in die falsche Richtung. Entschädigungsfonds sind immer für besondere Tatbestände vorgesehen. Ein historisches Beispiel ist der Fonds für Contergan-Geschädigte. Das verantwortliche Pharmaunternehmen hat zwar hohe Entschädigungszahlungen geleistet, diese entsprechen aber nicht der tatsächlich erforderlichen Entschädigungssumme, um die Lebenssituation der Betroffenen angemessen zu verbessern.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Die Frage nach der Einbeziehung von nicht-

ärztlichen Berufsgruppen in einen Haftungs- oder Entschädigungsfonds wurde noch nicht beantwortet. Ich richte sie deshalb an den Deutschen Pflegerat.

**SV Andreas Westerfellhaus** (Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)): Die Einbeziehung ist grundsätzlich notwendig. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass für die nichtärztlichen Berufe, z. B. die pflegerischen Berufe, bei Schadensfällen die Verantwortung gegenüber dem Patienten retrospektiv durch Richterrecht definiert wird. In diesem Zusammenhang möchte ich deutlich machen, dass im Kontext eines Patientenrechtegesetzes und bei zu verabschiedenden Berufsgesetzen die Kompetenzen Recht und Verantwortlichkeit in der Pflegeprovision geregelt werden müssen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich frage den SoVD und die DAG-SHG. In verschiedenen Stellungnahmen wird eine stärkere Berücksichtigung von privaten Gutachtern gefordert. Wie kann verhindert werden, dass sich die Parteien in einen kostenintensiven Wettbewerb um den besten und renommiertesten Gutachter begeben?

**SV Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Ein ruinöser Preiskampf lässt sich durch eine verbindliche Gebührenordnung verhindern. Eine Öffnungsklausel, die die Vereinbarung von Erfolgshonoraren ermöglicht, darf es natürlich nicht geben. Ergänzend wäre die Etablierung einer Institution möglich, die Gutachter schult und durch die für alle Parteien der gleichberechtigte Zugang zu den Gutachtern gewährleistet wäre.

**SVe Karin Stötzner** (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)): Wir sind der gleichen Meinung wie der SoVD. Wir wünschen uns eine Instanz, die Gutachter vermittelt, die den vom Gericht bestellten Gutachtern gleichgestellt

sind. Diese Instanz müsste hinsichtlich der Unabhängigkeit und Neutralität der Gutachter verbindliche Kriterien formulieren und eine Gutachterliste führen. Dadurch könnten die Patienten bei ihrer Auswahl eines Gutachters vergleichen. Wir unterstützen zudem die Entwicklung einer Gebührenordnung.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband, den SoVD und die Bundesärztekammer. Ein elementares Patientenrecht ist das Recht auf gute Behandlung. Welche Möglichkeiten gibt es aus Ihrer Perspektive, weitere Anreize für eine leitliniengerechte Therapie zu schaffen und wie können diese Anreize auf die privatärztliche Behandlung übertragen werden?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Zunächst benötigen wir eine Ausweitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen und eine an den Leitlinien orientierte Verbindlichkeit der Behandlung. Die wirtschaftliche Problemlage der privaten Versicherungen ist beeindruckend. Wenn die PKV diese schwer in den Griff bekommt, ist es für mich noch schwieriger, ihr Hinweise zur Qualitätssicherung zu geben. Es gibt eine Tendenz, nicht nur für die Ärzte Leitlinien zu verschiedenen Verfahren zu entwickeln, sondern auch patientenverständliche Leitlinien zu formulieren und zu kommunizieren. Diese Patientenleitlinien sollen die Position des Patienten als Verhandlungs- und Gesprächspartner des Arztes stärken. Eine Reihe von Projekten, u. a. an der Universität Köln, beschäftigt sich mit dieser Thematik.

SV **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Wir sind der Meinung, dass durch eine größere Verbindlichkeit und einem ärztlichen Selbstverständnis, das diese Verbindlichkeit berücksichtigt, viel erreicht werden kann. Zur Unterstützung der leitliniengerechten

rechten Therapie, die auch immer eine bedarfsorientierte Therapie ist, müssen zusätzlich äußere und innere Anreize gesetzt werden. Ein innerer Anreiz für den Arzt wäre die Veröffentlichung von Qualitätsberichten, die für den Patienten ein Entscheidungskriterium bei der Arztwahl darstellen könnten. Ein äußerer, finanzieller Anreiz könnten Auf- und Abschläge sein.

SV **Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Leitlinien sind von Ärzten entwickelte Behandlungskorridore, die eine hohe Verbindlichkeit sowohl gegenüber GKV-Patienten als auch gegenüber Privatpatienten haben. Die Leitlinie muss aber immer auch die Betrachtung des individuellen Falls ermöglichen. Der Deutsche Ärztetag hat acht Punkte zur leitliniengerechten Behandlung und zur rechtlichen Durchsetzbarkeit formuliert. Dazu gehört das Recht auf eine individuelle, an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichteten Behandlung und Betreuung. Ein anderer Punkt ist die Frage der auskömmlichen Finanzierung von GKV und PKV. Aus meiner Sicht muss weit über das im Antrag Angedachte hinausgegangen werden. Die Kernaussage muss lauten, die auskömmliche Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist der beste Garant für eine gute Therapie.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe Fragen an die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen. Das Stimmrecht der Patientenvertreter im G-BA ist umstritten. Hauptargument ist die fehlende Legitimation. Welche Voraussetzungen müssten für eine entsprechende Legitimierung erfüllt sein? Gibt es dazu Regelungsbeispiele aus anderen europäischen Ländern?

SVe **Edeltraud Paul-Bauer** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Wir sind seit Langem als anerkannte Patientenvertre-

tungsorganisation im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten und werden seit einiger Zeit durch die dort angesiedelte Beratungsstelle unterstützt. In der täglichen Arbeit macht sich allerdings bemerkbar, dass diese Unterstützung nicht ausreicht. Wollen wir wirklich mitbestimmen, müssen wir dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder den anderen im G-BA vertretenen Institutionen gleichgestellt sein. Die Legitimationsfrage müssen sich alle im G-BA vertretenen Organisationen stellen, denn sie sind alle nicht gewählt, sondern per Gesetz bzw. von ihren Organisationen bestimmt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten beiden Fragen richten sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Fallzahlen der Schlichtungsstellen belegen deutlich, dass der überwiegende Teil der Behandlungsfehler in den Krankenhäusern geschieht. In Ihrer Stellungnahme halten Sie aber nahezu alle im SPD-Antrag geforderten Regelungen für nicht notwendig. Welche Maßnahmen schlagen Sie vor, um die Fehlerkultur in der medizinischen Versorgung insbesondere unter Berücksichtigung der Forderung, die unterschiedlichen Anforderungen für die Qualitätsberichte im Qualitätsmanagement auch im ambulanten Bereich anzupassen, zu verbessern? In der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherheit von Medizinprodukten sind Anregungen wie die Erweiterung der Anlagen zu den Risikoklassen bei den Medizinprodukten – es sollen u. a. Endoprothesen für Kniegelenke einbezogen werden – enthalten. Wie stehen Sie zu diesem Vorschlag?

SV **Andreas Wagener** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir stimmen durchaus mit den Zielen des SPD-Antrags überein. Allerdings lehnen wir die meisten Vorschläge ab, weil rund 80 Prozent bereits realisiert sind. Über Beweiserleichterung und Beweislastumkehr wurde bereits diskutiert. Aufklärung,

Berücksichtigung von Sozialrecht in Behandlungsverträgen, Dokumentationen etc. sind in der Rechtsprechung weitgehend herausgearbeitet. Deshalb erschließt sich uns nicht die Notwendigkeit einer Kodifizierung. Das Medizinrecht ist nicht das einzige Rechtsgebiet, für das es kein kodifiziertes Gesetz gibt, und das stark vom Richterrecht und von Nebengesetzen, die ebenfalls nicht zusammengefasst sind, abhängig ist. Ein Beispiel ist das Arbeitsrecht, das in der Lebenswirklichkeit eine wesentlich größere Rolle spielt, als der Behandlungsfehler. Hier gibt es nur ein sehr umfassendes Richterrecht, obwohl seit Jahrzehnten die Sinnhaftigkeit einer Kodifizierung diskutiert wird. Nach unserer Auffassung wird durch die Kodifizierung die Transparenz nicht vergrößert. Es ist generell für Laien schwierig, Gesetze zu verstehen. Ein Patientenrechtegesetz wird nie so formuliert werden können, dass jeder Patient seine Rechte fehlerfrei erkennen und seine Ansprüche geltend machen kann. Das kann auch ein kodifiziertes Gesetz nicht leisten. Zudem wird bei jedem Rechtsstreit medizinischer Sachverstand benötigt, den die Juristen über Gutachten einholen. Die Problematik in diesem Bereich hinsichtlich des zeitlichen Horizonts ist bekannt. Ob im Medizinproduktebereich durch die Einführung weiterer Register die Qualität weiter gesteigert werden kann, lasse ich dahingestellt. Das müsste genauer geprüft werden. Register ermöglichen in erster Linie die Nachverfolgbarkeit eines Produkts. Diese ist aber meines Erachtens bereits durch das Produkthaftungsgesetz und das Medizinproduktegesetz gegeben. Bei fehlerhaften Chargen kann der Hersteller über den Lieferanten den Endabnehmer finden. Die gleiche Möglichkeit haben die Krankenhäuser bei Prothesen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Herrn Prof. Dr. Hart und Herrn Wessel. Wie stellen sich Ihnen die Vor- und Nachteile beim Amtsermittlungsverfahren und bei der Proportionalhaftung dar, und wie verhalten sich diese zueinander? Gibt es

Argumente gegen die Kodifizierung der ständigen Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler?

**SV Prof. Dr. Dieter Hart:** Ich antworte in meiner Funktion als Einzelsachverständiger. Die Frage muss im Zusammenhang mit der Beweiserleichterung diskutiert werden. Zunächst muss geklärt werden, ob Beweiserleichterungen im Rahmen von Pflichtverletzungen oder im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität gewollt sind. Die Amtsermittlung bedeutet eine Beweiserleichterung beim Nachweis eines Behandlungsfehlers. Gilt der Untersuchungsgrundsatz, d. h. das Gericht hat den Behandlungsfehler qua Amtsermittlung festzustellen (ohne eine Beweislastverteilung), dann könnte man als Konsequenz aus der Unübersichtlichkeit der Beweiserleichterungsregelungen, die derzeit richterrechtlich vorliegen, an das festgestellte Vorliegen eines Behandlungsfehlers eine Vermutung hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität anknüpfen. Diese Vermutung würde eine Vielzahl von Problemen, die im Arzthaftungsprozess bestehen, lösen und würde wahrscheinlich auch die Effizienz des Arzthaftungsprozesses steigern. Wie Frau Müller und Herr Ratzel in ihren Stellungnahmen erwähnten, existiert diese Form der Beweiserleichterung bei der Organisationshaftung, beim groben Behandlungsfehler oder im Bereich der Aufklärung. Die Lösung des Problems durch einen Amtsermittlungsgrundsatz, der mit der Vermutung der haftungsbegründenden Kausalität verbunden ist, würde den Arzthaftungsprozess transparenter und übersichtlicher machen. Ein versierter Anwalt des Medizinrechts hat keine Schwierigkeit, den Überblick bei einem Arzthaftungsprozess zu wahren. Für einen „normalen“ Anwalt ist dies sicherlich nicht einfach. Das Konzept der Proportionalhaftung knüpft im Grunde an die Schwierigkeit des Arzthaftungsprozess an. Es gibt die beiden Kausalreihen Verlauf der Krankheit und Verlauf der Behandlung. Beide können Gesundheitsverletzungen auslösen oder verstärken. Die Proportionalhaftung sta-

tuert eine Wahrscheinlichkeitshaftung. Das heißt, es wird an die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Behandlung eine Gesundheitsverletzung auslösen kann, angeknüpft und danach das Schadensrecht ausgerichtet. Liegt die Wahrscheinlichkeit beispielsweise bei 70 Prozent, werden 70 Prozent des Schadens ersetzt. Liegt sie bei 30 Prozent, werden 30 Prozent ersetzt. In der Literatur wird die Proportionalhaftung zwar als Interpretation des geltenden Rechts behandelt, aus meiner Sicht ist es aber gleichzeitig ein Bruch mit dem Alles-oder-Nichts-Prinzip des Schadensrechts und wäre in einem Patientenrechtegesetz problematisch. Es wird weniger in das Arzthaftungs- und das Verfahrensrecht eingegriffen, wenn eine Amtsermittlungspflicht bzw. gerichtliche Pflicht zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers normiert und daran die Vermutung geknüpft wird. Die Voraussetzung, dass der Behandlungsfehler für die Auslösung des Gesundheitsschadens nachweislich geeignet ist, muss erfüllt sein. Eine solche Regelung hat sich bereits in der Arzneimittelhaftung bewährt. Wenn ein „Arzneimittelfehler“ festgestellt wird, wird die Kausalität vermutet.

**SV Michael Wessel:** Ich möchte am Amtsermittlungsgrundsatz anknüpfen. Es ist ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH), dass der erkennende Richter sich nicht nur auf seinen Sachverstand verlassen darf, sondern verpflichtet ist, Sachverständigenhilfe hinzuzuziehen. Das bedeutet, die Kodifizierung eines Amtsermittlungsgrundsatzes ist nebensächlich, da die vom BGH aufgestellten Erfordernisse bekannt sind. Bei der Nichtbeweisbarkeit des Kausalzusammenhanges entsteht ein klassischer Interessenkonflikt. Auf der einen Seite der Arzt, der nur für von ihm verursachte Schäden haften will, und auf der anderen Seite der Patient, der bei einem Ursachenzusammenhang vollständigen Schadensersatz möchte. Die Rechtsprechung hat in den letzten Jahrzehnten versucht, hier einen Ausgleich zu finden. Ich habe ebenfalls die Erfahrung gemacht, dass es

für einen Gutachter bei einem Arzthafungsprozess schwierig ist, einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden und dem Behandlungsfehler herzustellen. Durch weitere Beweiserleichterungen wird es wahrscheinlich schwierig werden, das diffizile, ausgeglichene und von der Fachwelt anerkannte System nicht ins Ungleichgewicht zu bringen. Die Proportionalhaftung, die letztendlich keine Beweiserleichterung darstellt, wäre eine Möglichkeit des Ausgleichs. Ich will dazu ein Beispiel aus meiner täglichen Praxis nennen. Bei vielen Patienten liegt eine schwere Grunderkrankung vor, die mit einer hohen Komplikationsgefahr bei der Behandlung verbunden ist. Bei diesen Patienten ist die Gefahr eines Behandlungsfehlers wesentlich größer. Es stellt sich die Frage, wie mit dieser Situation umgegangen werden kann. Der Gutachter müsste eine Aufteilung des Schadens und dadurch eine anteilmäßige Haftung vornehmen können, was im Urteil zu berücksichtigen wäre. Kann er keine genaue anteilmäßige Aufteilung vornehmen, legt er aber dar, dass zum Schaden zum Beispiel zwei Ursachen – Grunderkrankung und Behandlungsfehler – sicher beigetragen haben, so müsste dem Richter auch eine Haftungsaufteilung erlaubt sein. Eine Beweiserleichterung wäre dagegen ein Eingriff in dieses System und könnte zur Interessenverschiebungen führen, womit sehr vorsichtig umgegangen werden muss. Die Proportionalhaftung ist der Versuch, einen Ausgleich zwischen diesen Interessen zu schaffen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich frage den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Wie bewerten Sie den aktuellen Stand der Patientenrechte im Bereich der Pflege? Sehen Sie weiteren Regelungsbedarf und wenn ja, an welchen Stellen? Der vorliegende Antrag fordert eine vollständige Dokumentation zur Wahrung der Patientenrechte. Wie erfolgt im Bereich der Pflege die Dokumentation? Gibt es Fälle bei denen Pflegebedürftigen die Einsicht in die Dokumentation ver-

wehrt wurde? In welchem Verhältnis steht der Zeitaufwand für die Dokumentation zur tatsächlichen Pflegeleistung? Ist aus Ihrer Sicht eine noch detailliertere Dokumentation notwendig?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)): Die Anforderungen an die Dokumentation nehmen einen immer größeren Raum ein und sind in einem kritischen Bereich angekommen. Ich möchte vorausschicken, dass im Bereich der Pflege sehr detaillierte Vereinbarungen existieren. Zu jeder einzelnen Leistung gibt es im ambulanten Bereich die Einzelvereinbarung entweder über die ärztliche Anordnung oder im Pflegeversicherungsbereich über den Patientenvertrag. Im stationären Bereich haben wir im Rahmen der vorvertraglichen Informationspflichten weitgehend neue Regelungen und es gibt die Bezüge zu den Rahmenverträgen mit ebenfalls eindeutigen Regelungen. Versichertenrechte sind gewahrt, die Einsichtsmöglichkeit ist problemlos gegeben. Es darf nicht das Ziel sein, an die Dokumentation den Anspruch zu stellen, sie müsse die umfassende Abbildung der konkreten Lebenssituation eines Versicherten sein und diese für Externe abbilden. Dadurch würde die Zeit an der falschen Stelle investiert. Die Dokumentation ist ein Arbeitsmittel für die sachgerechte Durchführung der Pflege und Betreuung und darf nicht unabhängig davon durch externe Anforderungen ausgeweitet werden. Bei den Überlegungen muss deshalb nach Bereichen differenziert werden; eine weitere Verschärfung der Dokumentationsanforderungen im Pflegebereich wäre weder im Sinne der Versicherten noch der Beschäftigten und würde letztlich einen Verlust an Zeit für Pflege und Betreuung bedeuten.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern an die Bundesärztekammer. Gibt es Datenmaterial zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern, das nicht aus dem ärztlichen Bereich stammt?

**SV Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Grunde gibt es drei Datengrundlagen, deren Dimensionen ich nur aus dem Gedächtnis zitieren kann. Bei Gericht gehen jährlich rund 40.000 Arzthaftpflichtklagen ein. Die Gutachter- und Schlichtungsstellen verzeichnen bundesweit etwa 10.000 Anträge pro Jahr. Außerdem gibt es zu den im Jahr 2009 vom Medizinischen Dienst der Krankenhäuser (MDK) durchgeführten 11.477 Erstgutachten eine wissenschaftliche Untersuchung des MDK. Bei rund 24 Prozent der Fälle wird der Vorwurf einer falschen Behandlung weiter verfolgt. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch die Gutachter- und Schlichtungsstellen. Bei rund 17,8 Millionen Krankenhausfällen und 17 Millionen Operationen bewegt sich die Proportionalität also im niedrigen Promillebereich. Würden alle diese Fälle im Rahmen der Amtsermittlung verfolgt, käme es zu großen Problemen bei der Verpflichtung von Gutachtern, da für die oftmals komplexen Fragestellungen hochqualifizierte Experten erforderlich sind. In der Regel findet man derzeit bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen oder beim MDK innerhalb eines Jahres einen Gutachter.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Fragen richte ich an die Bundesärztekammer, den Deutschen Richterbund und die BAGP. Nach geltendem Recht müssen Ärzte ihre Haftpflichtversicherung lediglich bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit nachweisen. Fraglich ist, ob die Höhe der Haftpflichtsumme immer ausreichend ist. Halten Sie es für geboten, die Haftpflichtversicherung und die Höhe der Haftpflichtsumme durch einen Nachweis regelmäßig zu kontrollieren? Welche Auffassung vertreten Sie bei Schönheitsoperationen in Verbindung mit Patientenrechten bzw. Patientenschutz?

**SV Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Frage der Haftpflichtversicherung ist von großer Wichtigkeit. In der Berufsordnung ist sta-

tuert, dass jeder Arzt eine Haftpflichtversicherung nachzuweisen hat. Der Nachweis erfolgt in der Regel bei der Aufnahme einer Tätigkeit. Bei der Anmeldung bei der Ärztekammer wird der Abschluss einer Versicherung bestätigt. Das Versicherungsvertragsgesetz sieht allerdings nicht vor, dass die Haftpflichtversicherer die Ärztekammer automatisch über eine Änderung oder Kündigung eines Versicherungsvertrages informieren müssen. Wir würden es begrüßen, wenn durch eine Änderung der Heilberufe- und Kammergesetze die Ärztekammern automatisch entgegennehmenden Stellen würden und der Versicherer verpflichtet wäre, Vertragsänderungen oder -kündigungen den Kammern zu melden. Die Ärztekammern wären die Institutionen, die am besten prüfen könnten, ob eine ausreichende Haftpflichtversicherung vorliegt und ob sie das mögliche Schadensrisiko abdeckt. Den größten Teil der Schönheitsoperationen führen z. B. Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen durch, wobei sich der Kieferbereich bei denen dann bis in den Genitalbereich ausdehnen kann. Wir sind deshalb daran interessiert zu erfahren, welche Kollegen auf diesem Gebiet arbeiten. So können wir prüfen, ob die Grenzen des Arbeitsgebiets eingehalten werden und die Absicherung durch die Haftpflichtversicherung risikoadäquat ist. In diesem Zusammenhang diskutiert die Ärzteschaft, ob das Interventions- oder Sanktionsinstrumentarium der Ärztekammer gestärkt werden muss. Es ist wenig erfolgsversprechend, wenn der Kammerpräsident nur einen mahnenden Brief schreiben kann. Die Zuständigkeit könnte in der Bundesärzteordnung auf die Approbationsbehörden übertragen werden, da diese sofort eingreifen könnten. Ich bin aber der Ansicht, dass eine mit entsprechenden Handlungsmöglichkeiten ausgestattete Ärztekammer der kompetentere Gesprächspartner wäre. Die Approbationsbehörde erhält nur bei der Übergabe der Approbationsurkunde Kenntnis von der Existenz eines Arztes. Sie erfährt aber nicht, wo dieser praktiziert. Daher ist es unser Wunsch, dass die Heilberufe- und Kammergesetze entsprechend geändert

werden, damit die Kammern diese Verantwortung übernehmen können.

**SV Lothar Jünemann** (Deutscher Richterbund (DRB)): Die Justiz kann und will keine Aufsichtsbehörde über die ärztliche Haftpflichtversicherung sein. Bei der Anwaltschaft ist das Vorhalten einer Berufshaftpflichtversicherung die Voraussetzung für die Zulassung. Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn die Berufshaftpflichtversicherung nicht mehr besteht. Ob das in den Kammern geprüft wird, entzieht sich meiner Kenntnis. Meines Erachtens sind aber die Berufskammern die einzigen Adressaten für diese Fragestellung.

**SVe Edeltraud Paul-Bauer** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Die Ärztekammern als Aufsichtsorgane der Ärzte sind für die Einhaltung gesetzlicher und anderer verbindlicher Vorschriften verantwortlich. Jeder Mensch sollte eine Haftpflichtversicherung abschließen. Dieser Grundsatz gilt noch stärker für eine schadensgeneigte Arbeit. Nach meiner Auffassung dürfte ein Arzt ohne Haftpflichtversicherung nicht arbeiten und ein Verstoß müsste sanktioniert werden. Für den Bereich der GKV wäre z. B. der Entzug der Kassenzulassung eine mögliche Sanktion.

**Abg. Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Meine Frage richtet sich an den VdK und den SoVD. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um die Rechte der Opfer von Behandlungsfehlern zu stärken?

**SVe Katja Kracke** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Zur Stärkung der Rechte der Opfer von Behandlungsfehlern muss vor allem die Möglichkeit einer außergerichtlichen Klärung eventuell vorhandener Ansprüche verbessert werden. Durch Gutachter- und Schlichtungsstellen oder durch Mediation könnte oftmals ein für den Patienten belastendes, langwieriges

gerichtliches Verfahren vermieden werden. Deshalb muss die Position des Patienten in den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen gestärkt werden. Außerdem hat das medizinische Sachverständigengutachten sowohl im gerichtlichen als auch im außergerichtlichen Verfahren eine große Bedeutung. Wir fordern die Einrichtung eines bei einer neutralen Stelle angesiedelten, unabhängigen Instituts für die Erstellung medizinischer Sachverständigengutachten. Dadurch würden bereits im außergerichtlichen Verfahren unabhängige und qualitativ hochwertige Gutachter zur Klärung des Sachverhaltes zur Verfügung stehen. Das unabhängige Institut sollte auch die teilweise schwierige Koordination der Einholung von Gutachten überwachen.

**SV Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Ich schließe mich diesen Forderungen an und möchte ergänzen, dass für die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen bundeseinheitliche Verfahrensordnungen festgelegt werden müssen. Das ist bisher nicht der Fall. In der einheitlichen Verfahrensordnung muss ein Anhörungsrecht des Patienten festgeschrieben sein, damit keine Entscheidungen nach Aktenlage getroffen werden. Ergänzend ist zu überlegen, ob sich Patienten eines Rechtsbeistandes bedienen dürfen, damit sie nicht alleine der geballten Macht der Ärzte gegenüber stehen. Zudem müssen die gerichtlichen Verfahren gestrafft werden, wozu die Vorschriften der Zivilprozessordnung aber ausreichen. Die Richter müssen diese Vorgaben während des Verfahrens entsprechend beachten und umsetzen.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Fragen gehen an den Sachverständigen Herrn Kirschner und an die Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -Initiativen. Wir haben in unserem Antrag die gesetzliche Kodifizierung des groben Behandlungsfehlers sowie Maßnahmen

zur Beweiserleichterung und zur Beweislastumkehr in besonderen Fällen vorgeschlagen. Wie bewerten Sie diese Vorschläge und welche gesetzlichen Regelungen sind darüber hinaus erforderlich, um den Rechtsschutz für Patienten zu verbessern?

**SV Klaus Kirschner:** Ich bin der Auffassung, dass man keine generelle Beweislastumkehr fordern sollte. Eine Beweiserleichterung bei schweren Behandlungsfehlern beim Nachweis der Kausalität wäre dagegen hilfreich. Eine Beweislastumkehr sollte nur dann erfolgen, wenn die Akten bewusst ganz oder teilweise zurückgehalten werden und auf Herausgabe geklagt werden muss. Dass Akten nicht herausgegeben werden, ist trotz geltender Rechtslage nicht unüblich. Bei IGe-Leistungen, z. B. bei Schönheitsoperationen, die nicht evidenzbasiert sind, halten wir eine generelle Beweislastumkehr aber für dringend erforderlich. Sie ist auch bei Operationen notwendig, über deren Risiken der Patient unzureichend aufgeklärt wurde oder wenn der Operateur bzw. der behandelnde Arzt die geplante Behandlungsmethode ändert und möglicherweise eine nicht evidenzbasierte Methode anwendet, über deren Risiken der Patient nicht umfänglich aufgeklärt wurde. Obwohl dies in Summe wahrscheinlich nicht sehr viele Fälle sind, gibt es immer einen geschädigten Patienten, der Hilfe benötigt. Für diese genannten Spezialfälle plädieren wir für eine Beweislastumkehr oder zumindest für eine Beweiserleichterung. Darüber hinaus muss offen über die Fehlerkultur und deren Verständnis gesprochen werden. Es muss akzeptiert werden, dass auch Ärzte Fehler machen. Zur Fehlervermeidung müssen im Sinne einer Prävention Absprachen getroffen werden.

**SVe Sabine Düver** (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)): Hinsichtlich Beweispflicht, Beweislastumkehr oder Beweiserleichterung möchte ich auf die Äu-

ßerungen von Prof. Dr. Hart zurückkommen, wonach das Amtsermittlungsprinzip bei Behandlungsfehlern sinnvoll ist, wenn danach die Kausalitätsvermutung zur Beweiserleichterung führt. Um für den Patienten eine Verfahrenserleichterung zu erzielen, könnte man überlegen, ob es möglich wäre – in Analogie zum Straßenverkehrsrecht –, den Haftpflichtversicherer als Partei/Beklagten in das Verfahren einzubeziehen. Mit dem Patientenrechtegesetz sollte der Gesetzgeber Weichen stellen. Die ärztliche Versorgung wird in der Regel konkretisiert durch das Sozialversicherungsrecht. Wir setzen uns daher dafür ein, ein Patientenrechtegesetz ins Sozialrecht zu implementieren.

**Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD):** Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme einen Vorschlag zur Präzisierung des gesetzlichen Rahmens der individuellen Gesundheitsleistungen unterbreitet. Ich würde Sie bitten, diesen Vorschlag kurz zu erläutern.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Die Entwicklungen auf dem Gebiet der so genannten individuellen Gesundheitsleistungen bereiten uns immer größere Sorgen. Ich möchte zunächst die nicht evidenzbasierten Leistungen ansprechen. Diese Leistungen könnten, wenn sie aus ärztlicher Sicht sinnvoll sind, durch einen entsprechenden Antrag – den alle Beteiligten stellen können – durch das IQWiG einer Nutzenbewertung unterzogen und bei einem positiven Ergebnis in die Regelversorgung überführt werden. Das geschieht bei diesen Leistungen aber nicht. Nach aktuellen Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen ist die ökonomische Dimension der individuellen Gesundheitsleistungen mit rund 1,5 Milliarden Euro Jahresumsatz nicht unerheblich. Nahezu jeder dritte GKV-Versicherte wird von seinem Arzt auf diese Leistungen angesprochen. Die IGe-Leistungen sind ein Massenphänomen. Wir sind der Meinung, dass in diesem Bereich Patientenschutz und



-aufklärung besonders wichtig ist. Deshalb schlagen wir eine Analogieregelung zu § 312 BGB in Verbindung mit § 355 BGB – Regelung für Haustürgeschäfte – vor. Für den Arzt würde dies bedeuten, dass er nicht an dem Tag, an dem er einem Patienten eine IGe-Leistung vorschlägt, diese auch durchführen darf. Dem Patienten muss eine mindestens 24-stündige Bedenkzeit eingeräumt werden. Dadurch hat er die Möglichkeit, sich durch Dritte beraten zu lassen. In der besonderen Arzt-Patient-Beziehung darf die Machtposition des Arztes nicht zur Durchsetzung von Leistungen und Abrechnungspositionen ausgenutzt werden.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an ver.di und an den GKV-Spitzenverband. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass Fehlermeldesysteme dann besonders effektiv sind, wenn per Gesetz arbeitsrechtliche Sanktionen für diejenigen ausgeschlossen sind, die Fehler melden. Wir haben den Ausschluss arbeitsrechtlicher Sanktionen in unseren Antrag aufgenommen. Wie bewerten Sie diese Forderung?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir halten es für dringend erforderlich, diesen Bereich zu regeln. Denn häufig wird nicht nur derjenige arbeitsrechtlich sanktioniert, der einen Fehler gemacht hat, sondern auch derjenige, der den Fehler gemeldet hat.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Bei dieser Frage muss differenziert vorgegangen werden. Es muss deutlich werden, dass ein Fehlermeldesystem als Teil einer sinnvollen Kultur, aus Fehlern zu lernen und Risikomanagement zu betreiben, begriffen werden muss. Schutz, Vertrauen und Offenheit sind erforderlich und nicht jeder Fall sollte sanktioniert werden. Insbesondere die Fälle, bei denen derjenige Sanktionen fürchten muss, der eine risikobehaftete Situation oder einen Fehler

meldet, den er nicht selbst begangen hat, sind unerträglich. Es darf aber auch keine Generalnorm formuliert werden, die jede arbeitsrechtliche Sanktionierung eines Fehlers unmöglich macht. Das Prinzip Fehler zu bekennen und daraus zu lernen, braucht aber einen gewissen Schutz.

Die **Vorsitzende**: Ich darf mich bei allen für die Fragen und vor allem für die Antworten ganz herzlich bedanken und wünsche einen guten Nachhauseweg.

Sitzungsende 15.57 Uhr