

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und des Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRGE) am 22. Oktober 2012 in Berlin

Inhalt

I.	Vorbemerkung	2
II.	Behandlungsvertrag	2
2.1	Standardbildung	3
2.2	Organisationshaftung	3
III.	Modell eines Entschädigungs-/Härtefallfonds.....	4
1.	Ein Gerechtigkeitsproblem	4
2.	Einordnung eines PatEF.....	6
2.1	Ausgleich von Arzthaftungssystemdefiziten	6
2.2	Teil des sozialen Sicherungssystems.....	7
2.3	Allgemeiner billiger Ausgleich für „Aufopferung“	7
2.4	Wissenschaftliche Begleitung und Begrenzung.....	8
2.5	PatEF und Individualhaftung	8
3.	Zwecke des PatEF	9
3.1	Ausgleich für <i>erhebliche</i> Gesundheitsverletzungen	9
3.2	Ausgleich in <i>sozialen</i> Härtefällen	10
4.	Voraussetzungen für Leistungen aus dem PatEF	10
4.1	Behandlungsinduzierte erhebliche Gesundheitsverletzung.....	10
4.2	Unzumutbare soziale Belastung.....	13
5.	Weitere Voraussetzungen	13
6.	Zusammenfassende Thesen	14
IV.	Zur Förderung der Patientensicherheit im GKV-Recht	15
1.	Schutz der internen Sicherheits- oder Risikokommunikation.....	15
2.	Finanzierung der Aufgabe Patientensicherheit.....	15

I. Vorbemerkung

Die Ziele Rechtssicherheit, Transparenz und Rechtsdurchsetzung stehen im Vordergrund des PatRGE. Er ist in seinem ersten Teil (Artikel 1) eine Kodifizierung des Behandlungsvertrages und es ist Rechtsprechungsgesetz, gibt also die Rechtsprechung zum Behandlungsvertrag und zur vertraglichen Haftung in ihren Grundsätzen wieder, ohne darüberhinausgehende, den gegenwärtigen Rechtszustand in die eine oder andere Richtung verändernde Regelungen. Er ist status quo-Recht.

In seinem zweiten Teil (Artikel 2) zum SGB V scheint der PatRGE dagegen mit dem Ziel, die Fehlervermeidungskultur zu befördern, fortschrittlich Neuland zu betreten. Bedauerlicherweise trägt der Eindruck.

Der PatRGE ist insgesamt enttäuschend. Er verarbeitet nicht den erreichten Diskussionsstand¹; er nimmt neue Problembereiche nur teilweise auf und er verfehlt die Mitte zwischen Bestandssicherung und Fortbildung auch deshalb, weil er letztere durch seine Regelungen eher behindert.

II. Behandlungsvertrag

In einer Gesamtbetrachtung der Kodifizierung des Behandlungsvertragsrechts habe ich ausgeführt:²

„Das Risiko der Verengung des Interpretationsspielraums für Fortentwicklungen in Struktur und Detail durch die Rechtsprechung ist im Behandlungsvertragsrecht nicht von der Hand zu weisen.³ Das gilt für den grundlegenden Zusammenhang von Standard, Pflichtengefüge und Pflichtwidrigkeit (§ 630a und c BGB/RegE PatRG)⁴ und insbesondere für die Normierungen zur Beweislastverteilung (§ 630h Abs. 1-5 BGB/RegE PatRG). Die Normierung kann durchaus einen Stillstand auslösen. Gerade für die Organisationshaftung („voll beherrschbare Gefahren“)⁵ sind Fortentwicklungen wünschenswert, die dann gebremst werden, wenn die Regelungen des Entwurfs – naheliegend, wenn man einer solchen Entwicklung ablehnend gegenüber steht – strikt oder einengend interpretiert werden.⁶“

1 Dazu Katzenmeier, Arzthaftpflicht in der Krise – Entwicklungen, Perspektiven, Alternativen, MedR 2011, 201-216, bes. 204 ff; ders., Die Rahmenbedingungen der Patientenautonomie, MedR 2012, 576 ff.

2 Ein Patientenrechtegesetz ohne Eigenschaften - Über den Mangel an legislativer Eigenständigkeit; GesR 2012, 385, 388.

3 In diese Richtung auch Katzenmeier, Arzthaftpflicht in der Krise, MedR 2011, 201, 205; ebenso Wagner, Kodifikation des Arzthaftungsrechts? Zum Entwurf eines Patientenrechtegesetzes, VersR 2012, 789 ff.

4 Insgesamt dazu Katzenmeier, in Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Aufl. München 2009, S. 319 ff, 414 ff.

5 Dazu Hart, Patientensicherheit, Fehlermanagement, Arzthaftungsrecht – zugleich ein Beitrag zur rechtlichen Bedeutung von Empfehlungen, MedR 2012, 1-15.

6 Spickhoff, Patientenrechte und Gesetzgebung, ZRP 2012, 65, 69 weist zudem auf die Gefahr eines Rückfalls hinter den status quo hin.

Das sei an zwei Beispielen erläutert.

2.1 Standardbildung

Nach § 630a Abs. 1 BGB-PatRGE hat

„die Behandlung (hat) nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, ...“

Nach der Begründung des Entwurfs betrifft der *fachliche Standard* sowohl die *Behandlung* wie den *Behandlungsprozess*, also sowohl die Definition des *Behandlungsfehlers* wie die des *Organisationsfehlers* und damit beide Haftungsarten. Wenn dort von „naturwissenschaftlicher Erkenntnis“, ärztlicher Erfahrung und Bewährung die Rede ist, ist der „medizinische Standard“ gemeint, der mit naturwissenschaftlicher Erkenntnis nicht abgedeckt ist und der medizinische Standard ist auch nicht identisch mit dem Standard guter Organisation. Insofern schafft die Begründung eher Verwirrung als Klarheit und Transparenz und es besteht das Risiko, dass sich solche Missverständnisse bei der Norminterpretation auswirken. Es wäre wünschenswert gewesen, Behandlung und Behandlungsprozess; den Behandlungsfehler vom Organisationsfehler zu trennen und die beiden unterschiedlichen Standardbegriffe mit ihren unterschiedlichen Legitimationen, hier Medizin dort Organisationswissenschaft, zu kennzeichnen.

Es hätte der Begründung gut zu Gesicht gestanden, sich nicht mit dem überholten „allgemein anerkannt“ zu begnügen, sondern den Anschluss an die Entwicklung der modernen Medizin durch eine Bezugnahme auf deren Evidenzbasierung zu nehmen. Das Sozialrecht hat diese Entwicklung längst mitvollzogen, das Zivilrecht hinkt hinterher.

2.2 Organisationshaftung

Nach § 630h Abs. 1 BGB-PatRGE wird wie durch die Rechtsprechung des 6. Senats des BGH eine Fehlervermutung bei „voll beherrschbaren Risiken“ aufgestellt und damit eine insbesondere die Organisationshaftung betreffende Regelung formuliert. § 630h Abs. 4 BGB-PatRGE stellt eine Kausalitätsvermutung auf:⁷

„(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung *nicht befähigt*, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.“

Der Referentenentwurf formuliert an dieser Stelle noch ausführlicher:

„(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung *nicht geeignet oder nicht befähigt*, wird vermutet, dass die mangelnde Eignung oder die mangelnde Befähigung für den Eintritt des Schadens ursächlich war.“

Während das „befähigt“ sich insbesondere auf die Rechtsprechung des BGH zur Anfängeroperation bezieht, hat das „geeignet“ die *Organisationshaftung* im Blick, also die Eignung der Behandlungsprozesse, eine gute Behandlung zu gewährleisten. Die Streichung des „geeignet“ im PatRGE ohne erläuternde Begründung, gibt Anlass zu Interpretationsüberlegungen. Sollte das eine Einschränkung sein und gegebenenfalls

7 Hervorhebungen vom Verfasser.

die Übertragung der Kausalitätsvermutung auf die Organisationshaftung vermeiden oder verhindern oder handelt es sich um eine redaktionelle Änderung ohne sachliche Relevanz?

Jedenfalls sind beide Interpretationen möglich. Die erste Interpretation würde die Organisationshaftung als eine wesentliche Gewährleistung für die Patientensicherheit erheblich relativieren. Bedauerlicherweise ist das Thema *Patientensicherheit* insgesamt im PatRGE nicht aufgenommen worden, obwohl es im letzten Jahrzehnt zu einem wichtigen Thema auch des Haftungsrechts geworden ist.⁸

Es wäre jedenfalls ein erheblicher Gewinn als Klarheit und Transparenz, wenn die Formulierung des RefE wiederhergestellt würde, also das „oder nicht geeignet“ dem „nicht befähigt“ angefügt würde.

III. Modell eines Entschädigungs-/Härtefallfonds

Die folgenden Ausführungen plädieren für die *Einführung eines zeitlich und sachlich begrenzten Entschädigungsfonds in der Form eines Modellversuchs unter wissenschaftlicher Begleitung zum Ausgleich einer Gerechtigkeitslücke im Arzthaftungsrecht.*⁹ Sie sind ausführlicher, um einer zuletzt diskutierten Reformvariante mehr Kontur zu geben.

1. Ein Gerechtigkeitsproblem

Das deutsche Arzthaftungsrecht ist (auch) durch eine *Gerechtigkeitslücke* gekennzeichnet: Der Nachweis des Behandlungsfehlers und der haftungsbegründenden Kausalität erfordern eine Wahrscheinlichkeit, „die vernünftigen Zweifeln Einhalt gebietet“ bzw. eine weit überwiegende Wahrscheinlichkeit und nicht nur – wie teilweise in anderen Ländern der EU – eine überwiegende Wahrscheinlichkeit. Quantifiziert ist das der Unterschied zwischen etwa 95 % und 51 % Wahrscheinlichkeit. Die gesamte Arzthaftung ist durch den Parallellauf zweier Kausalketten gekennzeichnet: diejenige der Behandlung und diejenige der Erkrankung. *Das Risiko der Nichtbeweisbarkeit der Fehlerverursachung trotz ihrer überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist alleine dem Patienten auferlegt.*

Die Annahme ist aufgrund dieses Befundes empirisch gut begründet, dass die Anspruchsdurchsetzung für Patienten unter der *geltenden Rechtslage* eher und besonders am Kausalitäts-, aber auch am Behandlungsfehlernachweis scheitert. Ersteres wird durch den Parallellauf zweier Kausalitätsketten ausgelöst: Behandlungskausalität und Krankheitskausalität können jede für sich Gesundheitsverletzungen bzw. unerwünschte Ereignisse verursachen und selten ist es einfach, beide voneinander zu trennen. Deshalb trägt der *Patient* gegenwärtig sowohl das *Risiko des non liquet des Fehlers wie der Kausalität*, wobei durch die ständige Rechtsprechung eine gewisse Korrektur dieser „*Waffenungleichheit*“ durch das Institut des „groben Behandlungsfehlers“ vorgenommen wird.

⁸ Dazu nochmals Hart, Patientensicherheit, Fehlermanagement, Arzthaftungsrecht – zugleich ein Beitrag zur rechtlichen Bedeutung von Empfehlungen, MedR 2012, 1-15.

⁹ Den folgenden Ausführungen liegt eine Stellungnahme für den GKV-SV vom August/September 2012 zugrunde.

Wenn man das System der judikativ entwickelten Arzthaftung gesetzgeberisch nicht tangieren will, kann man für das gerade beschriebene „*Gerechtigkeitsproblem*“ einen Ausgleich durch *arzthaftungssystemferne Konstruktionen* in den Blick nehmen, wobei ein *Härtefallausgleich* oder eine *soziale Entschädigung durch eine Fondslösung* in Anlehnung an das sog. österreichische Modell^{10 11 12}, also eine reine *Billigkeitsorientierung* vorrangig diskutiert wird.

Die PatEF¹³ der österreichischen Bundesländer greifen ein, wenn „durch die Behandlung ... ein Schaden entstanden ist, für den eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist.“

„Eine Haftung des Rechtsträgers ist insbesondere dann nicht eindeutig gegeben, wenn der sichere Nachweis der Schadensursache oder eines Verschuldens erheblichen Schwierigkeiten begegnet.
Eine Entschädigung kann auch erfolgen, wenn sich eine bislang unbekannte oder seltene, zugleich aber auch schwerwiegende Komplikation ereignet und zu einer erheblichen Schädigung geführt hat, und zwar auch dann, wenn die Patientin/der Patient

¹⁰ Zum Beispiel der *Wiener Patientenentschädigungsfonds* (WPatEF) <http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/patientenfonds-richt.html#rechtsgrundlage>, der neben dem *Freiwilligen Wiener Härtefonds* <http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/haertefonds.html> etabliert ist. Der Freiwillige Wiener Härtefonds ergänzt den WPatEG insbesondere in sozialen Härtefällen und betrifft nicht nur die Krankenanstalten, sondern auch die Pflegeheime der Stadt Wien.

Die *Patientenentschädigungsfonds der österreichischen Bundesländer* basieren auf § 27a Abs. 5, 6 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), der lautet:

„(5) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 3 ist von sozialversicherten Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse und von Pfleglingen der Sonderklasse ein Beitrag von 0,73 Euro einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

(6) Der Beitrag gemäß Abs. 5 wird von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben und zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in diesen Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt. Die Landesgesetzgebung hat eine Entschädigung auch für Fälle vorzusehen, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.“
Die *Umsetzung in Wien* erfolgt durch § 46a Abs. 7 Wiener Krankenanstaltengesetz.

¹¹ Der *Niederösterreichische PatEF* ist gesetzlich umfangreich in §§ 98 ff NÖ Krankenanstaltengesetz geregelt. Die detaillreichste Regelung findet man im Gesetz über die Leistung von Entschädigungen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung in Salzburger öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten (Salzburger Patientinnen- und Patientenentschädigungsgesetz i.d.F. v. 25.7.2012,

¹² <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=20000195>. Insgesamt die informativste Arbeit zu den öPatEF und ihrer Entwicklung *Belinda Jahn, Außergerichtliche Konfliktlösung im Gesundheitswesen, Wien 2009, S. 133-194*, Schriftenreihe Recht der Medizin Bd. 28, Manz.

¹³ Wiederum als Beispiel der *WPatEF* <http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/patientenfonds-richt.html#rechtsgrundlage>. Die Umsetzung der bundesgesetzlichen Regelung erfolgt durch § 46a Abs. 7 Wiener Krankenanstaltengesetz mit folgendem Wortlaut:

„(7) Der Betrag gemäß Abs. 6 ist von den Trägern der Krankenanstalten einzuheben und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft für Entschädigungen nach Schäden zur Verfügung zu stellen, die durch die Behandlung in diesen Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist. Eine Entschädigung ist auch für Schäden zu gewähren, die durch die Behandlung in der Krankenanstalt entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.“

Die *Vergaberichtlinien* sind unter der obigen Internetadresse nachzulesen.

hinreichend über die Komplikation aufgeklärt worden ist. ...
Schadensfälle mit eindeutiger Beweislage sind keinesfalls aus Mitteln des Fonds abzugelten.
Ein Rechtsanspruch auf Entschädigung besteht nicht. ...“ (Richtlinien Wiener PatEF 2009)

Eine regelmäßig in der Höhe begrenzte Leistung der öPatEF wird also nur gewährt, wenn die medizinrechtliche Arzthaftung nicht greift. Umgekehrt muss eine Entschädigungsleistung aus dem Fonds zurückgezahlt werden, wenn aufgrund eines Haftungsprozesses (Urteil oder Vergleich) wegen desselben Sachverhalts (später) geleistet wird. Eine soziale Härte ist nicht Leistungsvoraussetzung.¹⁴ Voraussetzung ist aber jedenfalls, dass der Schaden durch die Behandlung entstanden („eingeschränkte“ haftungsbegründende Kausalität = *Behandlungskausalität*, nicht *Fehlerkausalität*) ist.¹⁵

Das österreichische Modell ist bezogen auf die Leistungsvoraussetzungen *haftungsrechtsfern*, weil es weder einen Fehler noch die Gesundheitsverletzung als Folge des Fehlers erfordert, aber es bezieht sich auf „Haftung“, indem es sich von der Arzthaftung abgrenzt. Der Entschädigungsfonds ist eine *begrenzte Lösung des „Gerechtigkeitsproblems“* und *eine diskussionswürdige Alternative* zu der oben angesprochenen Haftungsrechtsänderung, aber die Gerechtigkeitslücke ist nicht nur arzthaftungsinduziert.

2. Einordnung eines PatEF

Ein PatEF kann, wenn man die Begründungsschwerpunkte für einen solchen Kompensationsmechanismus analysiert, zum *Ausgleich* von (unzureichenden) Regelungen des *Haftungssystems* [1.], zur *Erfüllung* von *allgemeinen Aufgaben* der sozialen Sicherungssysteme (GKV, PKV) [2.] oder auch als eine Art „*allgemeiner sozialer Aufopferungsausgleich*“ („Staatsaufgabe“) [3.] konzipiert werden. In allen drei Varianten ginge es um die *billige Lösung* des angesprochenen „*Gerechtigkeitsproblems*“, die durch die *Unsicherheiten bei der Bewertung von behandlungsinduzierten Schäden entsteht*. Die drei Begründungsvarianten führten allerdings zu unterschiedlichen Verortungen, Strukturen und Entscheidungsverfahren eines PatEF.

2.1 Ausgleich von Arzthaftungssystemdefiziten

Die gegenwärtige Diskussion um den PatEF ist durch eine starke Bezugnahme auf Defizite des Haftungssystems gekennzeichnet, wenn es beispielsweise heißt:

„Schutzlücken im Schadensfall müssen mit unbürokratischer, schneller Hilfe geschlossen werden. Schutzlücken entstehen vor allem durch schicksalhafte Verläufe und lange zivilgerichtliche Verfahren.“¹⁶

Eine ähnliche Formulierung findet sich im Entwurf für eine Positionierung der AG Gesundheit der CDU-CSU-Bundestagsfraktion zum Referentenentwurf eines Patienten-

¹⁴ Siehe dazu den *Freiwilligen Wiener Härtefonds* (Fn. 1). Die Rückzahlungsverpflichtung beim *WPatEF* kann aber aus *sozialen Gründen* entfallen.

¹⁵ Dazu im Einzelnen Jahn, *Außergerichtliche Konfliktlösung*, S. 169 ff.

¹⁶ BR Drs. 312/1/12 v. 26.6.2012 Empfehlungen der Ausschüsse Nr. 46.

rechtesgesetz, wobei ergänzend auf besonders schwere Fälle und wahrscheinliches Verschulden Bezug genommen wird.¹⁷

Die verfahrensbezogenen Argumente wollen indirekt, die materiellen (schicksalhafte Verläufe, wahrscheinliches Verschulden) direkt das Haftungssystem korrigieren, *ohne grundlegende* (schicksalhafte Verläufe) *oder weniger eingreifende* (wahrscheinliches Verschulden) *Änderungen am Arzthaftungssystem vorzunehmen*. Ersteres entfernt sich ganz von einer Haftung für Behandlungsfehler, letzteres ändert der Sache nach das Beweismaß für den Fehlernachweis.

Wenn die Einrichtung eines PatEF *mittelbar* auf die Änderung des Systems der Arzthaftung zielt, dann wäre rechtspolitisch und rechtssystematisch selbstverständlich die Änderung der Arzthaftung vorzuziehen und wünschenswert. Aber die durch den PatEF zu schließende Gerechtigkeitslücke ist eben nicht nur arzthaftungsrechtsinduziert. Der PatEF ist ein *Ergänzungsmodell*.

2.2 Teil des sozialen Sicherungssystems

Man könnte den PatEF auch als Teil des sozialen Sicherungssystems, also der GKV konzipieren, wenn man seine Aufgabe *als soziale Sicherungsaufgabe* in Fortsetzung der Linie des § 65b SGB V, der Einrichtung einer unabhängigen Patientenberatung konzipierte. Die Behandlung von *Gesundheitsschäden* ist Leistungsumfang der GKV, gekoppelt mit dem Übergang möglicher Regressansprüche gem. § 116 SGB X.

Es liegt insgesamt zwar nicht so fern, den PatEF in die GKV zu integrieren, aber es gibt gewichtige Gegenargumente. Die Gewährung eines *finanziellen* Ausgleichs für *Schäden* gehört ins Haftungssystem und nicht ins System der sozialen Sicherung. Man müsste deshalb die Aufgabenstellung der GKV in § 1 SGB V um diesen Gegenstand und damit grundlegend erweitern, weil das Solidarprinzip sie nicht deckt. Das wäre zwar möglich, aber eine zweitbeste und nicht wünschenswerte Lösung.

2.3 Allgemeiner billiger Ausgleich für „Aufopferung“

Wenn man den PatEF als *allgemeinen billigen Ausgleich für „soziale Aufopferung“* konzipierte, also als eine eigenständige öffentliche Aufgabe, könnte man sowohl eine „Verfremdung“ des Haftungs- wie des sozialen Sicherungssystems vermeiden. Eine *bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts*, wie etwa die Contergan-Stiftung oder die früher geplante Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, könnte einerseits die *sachliche Distanz* zum Haftungs- und sozialen Sicherungssystem, andererseits in besonderer Weise die *Zielsetzung* verdeutlichen, solche erheblichen behandlungsinduzierten Schäden mit Aufopferungscharakter bei sozialer Härte billigerweise auszugleichen.

Der Begründungsschwerpunkt für einen solchen PatEF läge als *eigenständiges Institut* zum Ausgleich des existierenden „*Gerechtigkeitsproblems*“ bei der *Unzumutbarkeit einer individuell zu verantwortenden Behandlungsfolge* auch wegen *sozialer Überbelastung* und deren Transferierung auf ein begrenztes überindividuelles

¹⁷ Vom 5.4.2012 der Abgeordneten Singhammer/Spahn/Rüddel/Zöllner für den Ausschuss Gesundheit der CDU/CSU.

Lastentragungssystem. Der PatEF bezieht sich auf Behandlungen im *stationären wie ambulanten Bereich*.

2.4 Wissenschaftliche Begleitung und Begrenzung

Die Präferenz für eine solche bundesunmittelbare Stiftung des öffentlichen Rechts jenseits des Systems der Arzthaftung und der GKV wird ergänzt durch eine *wissenschaftliche Begleitung* und eine *zeitliche Begrenzung*. Insofern handelt es sich um eine Art *Modellversuch*. Beides erscheint notwendig, um zu analysieren, welche Fallkonstellationen, in welchem Umfang und in welcher Zeitspanne auf einen solchen PatEF zukommen, weil alle Prognosen von großer Unsicherheit geprägt sind. Weder trägt eine Hochrechnung zum öPatEF, zu den Fällen vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, noch zu den Fallzahlen der Gerichtsprozesse oder der Inanspruchnahmen nach § 66 SGB V.

Es ist deshalb dringend zu raten, einerseits eine *zeitliche Begrenzung* vorzusehen, um anschließend zu entscheiden, ob und gegebenenfalls wie der PatEF fortgeführt werden sollte. Andererseits ist die *wissenschaftliche Begleitung und Evaluation* erforderlich, auch um Erkenntnisse über die Schwächen der Ausgleichssysteme zu gewinnen, die etwa eine Änderung des Haftungssystems insgesamt begründen könnten.

Die *Kombinationslösung* von *Einrichtung* eines PatEF und dessen *wissenschaftliche Begleitung* und *zeitliche Begrenzung* erleichtert den Schritt in eine deutsche terra incognita. *Folgenkontrolle* ist die Voraussetzung für einen Reformschritt, der als notwendig erachtet wird, aber gleichzeitig mit Unsicherheiten verbunden ist.

2.5 PatEF und Individualhaftung

Nach dem RegE PatRG – entgegen der BR-Stellungnahme um Überprüfung seiner Einführung¹⁸ – widerspricht ein PatEF nach österreichischem Vorbild der Individualhaftung und schwächt deren Fehlervermeidungsfunktion (Gegenäußerung der BReg).¹⁹ Dies wäre nur dann der Fall, wenn der PatEF eine *arzthaftungsersetzende Funktion* hätte. Weder der öPatEF noch ein deutscher PatEF tritt an die Stelle der Individualhaftung oder begrenzt ihre Wirksamkeit. Der PatEF ist ein *Modell sui generis*, das die Aufgabe hat, durch die Individualhaftung gerade nicht gedeckte, legitime Ausgleichserwartungen nicht zu enttäuschen, sondern in einem genau festgelegten Umfang zu befrieden. Insofern wird auch die Fehlervermeidungsfunktion der Arzthaftung gerade nicht geschwächt, weil die Relevanz der Arzthaftung im Bereich der Patientensicherheit insbesondere durch die Organisationshaftung gewährleistet wird und deren Betonung sowohl im PatRG (Stichwort „voll beherrschbare Risiken“, § 630h Abs. 1, 4 RegE PatRG) wie in der Literatur zunehmend betont wird.²⁰

¹⁸ BR-Drs. 312/12 v. 6.7.2012 Nr. 42.

¹⁹ BT-Drs. 17/10488 v. 15.8.2012 Nr. 42, Gegenäußerung der BReg; Unklarheiten der Finanzierung wären durch politische Entscheidung zu klären.

²⁰ Hart, Patientensicherheit, Fehlermanagement, Arzthaftungsrecht – zugleich ein Beitrag zur rechtlichen Bedeutung von Empfehlungen, MedR 2012, 1-15.

3. Zwecke des PatEF

Mögliche Zwecke bzw. Zweckkombinationen des PatEF sind:

- *Beschleunigung* (weil andere Verfahren zu langwierig sind)
- *Härteausgleich* wegen erheblicher behandlungsinduzierter Schäden (weil andere Verfahren keinen Ausgleich gewähren; „Beweissituation“; anschließend [3.1])
- *Sozialer Härteausgleich* (wegen unzumutbarer Belastung der Geschädigten; anschließend [3.2])
- *reine Billigkeit* (ohne Bezug auf Behandlungsfehler und Kausalität).

Man kann sich eine *Prozeduralisierung* auch dergestalt vorstellen, dass über die Zwecke/Zweckkombination endgültig erst nach dem zeitlich und sachlich festgelegten Erfahrungsprozess entschieden wird („Modellversuch“).

Es erscheint selbstverständlich, dass das Verfahren des PatEF möglichst *schnell* und *unbürokratisch konzipiert* wird, aber man sollte sich auch keine Illusionen machen: Es sind schwierige *Abwägungsentscheidungen* zu treffen, die Zeit und Überlegung nach Fallanalyse (Aktenanalyse) in Anspruch nehmen. Unbürokratische Schnelligkeit ist ein Postulat. Man sollte sich darauf verständigen, dass es sich bei den Entscheidungen über Entschädigungsleistungen um sowohl verfahrens- wie rechtsfolgenbezogene *Billigkeitsentscheidungen* handelt, um eine *Leistung*, die zwischen Rechtsanspruch und „Wohltat“²¹ steht, und bei denen eine Rechtskontrolle nur begrenzt stattfinden dürfte. Die Entschädigungsleistung sollte *in der Höhe begrenzt* sein. Es sollte umgekehrt vermieden werden, dass das Verfahren des PatEF *faktisch* zu einem „Vorverfahren“ vor dem Verfahren der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen oder/und vor einem Gerichtsverfahren wird. Deshalb ist eine klare *Abgrenzung* zu diesen Verfahren wünschenswert.

Der Zweck des PatEF sollte folgende *Ziele kombinieren*:

- billiger Ausgleich für *erhebliche Gesundheitsverletzungen*, die *aus einer medizinischen Behandlung resultieren* und die *Lebensführung der Geschädigten unzumutbar beeinträchtigen* [3.1] und
- Ausgleich bei *unzumutbaren sozialen Belastungen* [3.2].

Der so konzipierte PatEF kombiniert einen billigen *Härteausgleich* mit einem *sozialen Härteausgleich*. Ersterer ist durch die behandlungsinduzierte erhebliche individuelle Beeinträchtigung, letzterer durch soziale Unzumutbarkeit der Lastentragung im Einzelfall begründet.

3.1 Ausgleich für *erhebliche Gesundheitsverletzungen*

Das „*Gerechtigkeitsproblem*“ entsteht bei *behandlungsinduzierten* Schäden, die nicht mit ausreichender Sicherheit, aber mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einem Behandlungsfehler zurückzuführen sind. Der PatEF sollte allerdings nur dann leisten, wenn es sich um *erhebliche* Gesundheitsverletzungen handelt, die die Lebensführung der Geschädigten *unzumutbar* beeinträchtigen, weil in solchen Fällen der „Auf-

²¹

Der Begriff „Wohltat“ wird hier verwendet, weil nach der gegenwärtigen Rechtslage eine Entschädigungsleistung unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt gewährt werden könnte.

opferungscharakter“ in besonderer Weise in Erscheinung tritt und die Angemessenheit einer billigen Entschädigung augenscheinlich wird. Insofern leistet der PatEF einen *Härteausgleich*. Der PatEF sollte nicht für leichte und mittlere Gesundheitsbeeinträchtigungen eintreten.

3.2 Ausgleich in sozialen Härtefällen

Wir wissen aus Erfahrung, dass das „*Gerechtigkeitsproblem*“ sich zusätzlich verschärft, wenn der Schaden sich zu einer *sozial unzumutbaren Lastentragung* auswächst, weil die behandlungsinduzierte Härte die sozialen Verhältnisse des oder der individuell oder gemeinsam Betroffenen „zerrüttet“. Insofern ist die soziale Härte eine hinzukommende Legitimation für eine Leistung aus dem PatEF.

Beide Zielsetzungen des PatEF bedürfen einerseits der *Präzisierung*, aber andererseits ist auch klar, dass solche Präzisierungen, erfolgen sie über Beispielfälle oder Handlungsanleitungen durch Leitlinien, nur begrenzt helfen. Es kommt deshalb für die Präzisierung entscheidend auch auf die *Ausgestaltung des Entscheidungsverfahrens* an, in dem die Auswahl und Bescheidung der Ausgleichfälle erfolgt. Je überzeugender dieses ausgestaltet ist, desto eher ist eine gewisse Kriterienunschärfe bei der Beurteilung, wie sie unbestimmten Rechtsbegriffen überlicherweise anhftet, vertretbar.

4. Voraussetzungen für Leistungen aus dem PatEF

Aus den beiden vorstehend entwickelten Zielsetzungen des PatEF lassen sich die folgenden Leistungskriterien konkretisieren:

- *Behandlungsinduzierte erhebliche Gesundheitsverletzung*, die die Lebensführung unzumutbar beeinträchtigt (4.1) und eine
- daraus folgende *unzumutbare soziale Belastung* (4.2).

4.1 Behandlungsinduzierte erhebliche Gesundheitsverletzung

Das Entscheidungskriterium „behandlungsinduzierte erhebliche Gesundheitsverletzung, die die Lebensführung unzumutbar beeinträchtigt“ lässt sich folgendermaßen ausdifferenzieren:

a) *Behandlungsinduziert*

Eine Gesundheitsverletzung ist dann *behandlungsinduziert* oder „im Zusammenhang mit der Behandlung“, wenn sie entweder

- *überwiegend* wahrscheinlich ein *Behandlungs- oder Organisationsfehlern* ist,
- *nicht aber*, wenn es sich um einen *schicksalhaften Verlauf* handelt,

und/oder

- *überwiegend* wahrscheinlich *durch den Behandlungs- oder Organisationfehler verursacht*

wurde.

aa) Behandlungs- oder Organisationsfehler

Die im Vorstehenden aufgezählten Varianten sind *engere* (weit überwiegend) oder *weitere* (überwiegend) *Definitionen* des vorauszusetzenden *Behandlungsbezuges* (= Bezug zur Behandlung oder/und ihrer Organisation²²). Sie grenzen sich vom Haftungsrecht durch eine *Lockerung der Wahrscheinlichkeitsanforderungen* ab, die dort „einen für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen“²³, so dass sich – salopp formuliert – „eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“ ergibt. Die „*weit überwiegende Wahrscheinlichkeit*“ entspricht etwa dem, was die *Rechtsprechung* als Nachweisanforderung für den Fehler oder/und die haftungsbegründende Kausalität fordert. Würde man also eine weit überwiegende Wahrscheinlichkeit des Behandlungsfehlers und seiner Kausalität im Rahmen der Behandlungsinduziertheit als Voraussetzung der Entschädigungsleistung des PatEF fordern, würde das dem Haftungsrecht entsprechen. Das „*Gerechtigkeitsproblem*“ wäre nicht zugunsten des geschädigten Patienten gelöst. Der PatEF würde praktisch dem Arzthaftungsrecht entsprechen – es käme zu einer „*Verdoppelung*“ der Systeme, die überhaupt nicht wünschenswert ist.

Die Nachweisanforderungen für die Behandlungsinduziertheit dürfen deshalb das Beweismaß „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ keinesfalls überschreiten.

Betrachtet man die Formulierungen bei den öPatEF, so ist dort sogar dann zu leisten, wenn der

„sichere Nachweis der Schadensursache oder eines Verschuldens erheblichen Schwierigkeiten begegnet“.

Das ist weniger als „überwiegende Wahrscheinlichkeit“, weil die Schwierigkeit des Nachweises ausreicht, um den Nachweis zu „ersetzen“.²⁴ Die Feststellung der „überwiegenden Wahrscheinlichkeit“ eines Behandlungsfehlers kann z. B. durch die *Bezugnahme auf existierende Leitlinien standardisiert* werden: Die *Abweichung* von einer hochwertigen Leitlinie könnte *als überwiegend wahrscheinlicher Fehler* gewertet werden, was die ansonsten nicht einfache Bewertung erheblich erleichterte.

bb) Schicksalhafter Verlauf

Ob man auch einen feststehenden „*schicksalhaften Verlauf*“ (= weit überwiegend wahrscheinlich kein Behandlungsfehler, aber behandlungsinduziert in einem weiteren Sinne) als möglichen leistungsbegründenden Tatbestand aufnehmen soll, ist nicht unzweifelhaft. Bei den öPatEF ist dieser Tatbestand in Form der Formulierung „*unbekannte oder seltene, zugleich aber auch schwerwiegende Komplikation*“ der Sache

²² Im Folgenden beinhaltet der Begriff des Behandlungsbezugs oder der Behandlungsinduziertheit sowohl den Behandlungs- wie den Organisationsfehler.

²³ Siehe Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Aufl. 2010, Rn. 593 m. w. N. d. Rspr.; insgesamt zum Beweismaß und unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten R. Seifert, Ärztlicher Behandlungsfehler und schicksalhafter Verlauf zur haftungsrechtlichen Bewältigung eines Kausalitätsdilemmas, 2008, S. 72 ff, bes. 76 ff.

²⁴ Auch dazu Jahn, Außergerichtliche Konfliktlösung, S. 171 ff; wobei allerdings gesagt werden muss, dass durchaus Unklarheiten hinsichtlich der einzubeziehenden Fälle in einigen Bundesländern bestehen. Teilweise wird die Unklarheit durch die Einbeziehung von „aufgeklärten Komplikationen“ in den Entschädigungsbereich verursacht.

nach aufgenommen, weil das österreichische Arzt Haftungsrecht in diesen Fällen nicht oder nur ausnahmsweise eintritt. Der öPatEF leistet insofern auch dann, wenn die Haftung der Krankenanstalt eindeutig *nicht* gegeben ist.

Nach Ansicht des Verfassers sollte dieses Kriterium *nicht leistungsbegründend* sein, weil es zu offen und zu weit ist und jeden Schaden, der „in Verbindung mit“ einer Behandlung gebracht werden kann, in den möglichen Leistungsumfang des PatEF hebt. Das Kriterium „überwiegend wahrscheinlich Behandlungsfehler“ ist genügend flexibel, um Fälle auf der Zurechnungsgrenze zwischen Behandlungsfehler und schicksalhafter Verlauf in den Leistungsumfang des PatEF einzubeziehen.

Das Kriterium „schicksalhafter Verlauf“ sollte nicht leistungsbegründend sein.

cc) Kausalität

Hinsichtlich des Kriteriums Kausalität sollte ebenfalls „überwiegend wahrscheinlich“ gewählt werden. Die Begründung hier entspricht der Begründung bei Behandlungsfehler. „Weit überwiegend wahrscheinlich“ wäre identisch oder zu nahe am Haftungsrecht und nicht wünschenswert, weil damit die Zwecke des PatEF verfehlt würden. Auch hier scheidet das Kriterium „schicksalhafter Verlauf“ mit entsprechender Begründung aus.

Die Nachweisanforderungen für die Kausalität dürfen deshalb das Beweismaß „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ keinesfalls überschreiten.

dd) Behandlungsfehler und/oder Kausalität

Das „und/oder“ zwischen den beiden Kriterien soll zum Ausdruck bringen, dass die Nachweisunsicherheit entweder beim Behandlungsfehler *oder* bei der Kausalität, aber auch, dass sie bei *beiden* Kriterien der Leistungsbegründung, also kumulativ oder alternativ bestehen kann.

b) Erhebliche Gesundheitsverletzung

Die behandlungsinduzierte Gesundheitsverletzung sollte *erheblich* sein und die *Lebensführung* des Geschädigten *unzumutbar beeinträchtigen*. Mit diesem Kriterium soll die PatEF-Leistung auf schwere Beeinträchtigung der Lebenssituation der Patienten *konzentriert* und einer uferlosen Ausdehnung der Leistungen des PatEF *vorgebeugt* werden.

Die Gesundheitsverletzung resp. der Schaden sollen erheblich sein, wobei dieses Kriterium durch die unzumutbare Beeinträchtigung der Lebensführung des Patienten konkretisiert wird. Es geht um gewichtige und nicht nur leichte Beeinträchtigungen von einiger Intensität und Dauer und mit schwerwiegenden Folgen für die Lebensführung. Das Kriterium nimmt auch Bezug auf die Zwecksetzung „Aufopferungscharakter“ der Schädigung.

4.2 Unzumutbare soziale Belastung

Die erhebliche Schadensbelastung des Patienten sollte sich *zusätzlich* als unzumutbare soziale Belastung fortsetzen. Der PatEF sollte nur unter dieser zusätzlichen Voraussetzung leisten, auch um deutlich zu machen, dass seine Leistungen als *billiger Härteausgleich* infolge der veränderten sozialen Situation zu verstehen sind.

Erst beides zusammen, Behandlungsbezug und soziale Härte legitimieren das außerhalb des gewöhnlichen Instituts PatEF neben einem System der Arzthaftung und dem System sozialer Gesundheitssicherung.

5. Weitere Voraussetzungen

Der PatEF *leistet nur*, wenn *keine Leistungen aus dem Haftungssystem* erfolgen. Das folgt unmittelbar aus dem vorher Dargestellten und bedeutet, dass

- *kein Antrag beim PatEF* gestellt werden darf bzw. ein gestellter Antrag ruht, wenn und solange ein Haftpflichtprozess geführt wird,
- der PatEF nicht leistet, wenn Haftungsansprüche *verjährt* wären,
- im Falle eines Gerichtsverfahrens der *Antrag* spätestens im *Jahr nach dessen Abschluss* gestellt werden muss,
- eine erfolgte Leistung aus dem PatEF *zurückzahlen* ist, wenn nach einem Haftpflichtprozess (Urteil, Vergleich) oder durch die Haftpflichtversicherung aufgrund desselben Sachverhalts geleistet wird, es sei denn, dies wäre sozial unzumutbar,
- bei *klarer haftungsrechtlicher Beweislage* zugunsten des Patienten der PatEF *keinesfalls* leistet und
- bei positiver Bewertung der haftungsrechtlichen Situation und bei Leistung des PatEF dieser den Geschädigten *auffordert*, einen *Haftpflichtprozess anzustrengen*. Dafür erhält der Geschädigte einen Prozesskostenvorschuss.

Diese Bedingungen stellen sicher, dass der PatEF in der gebotenen Distanz zum Haftungssystem arbeitet, nur *subsidiär* beansprucht und darüber hinaus sichergestellt wird, dass er sich nicht als ein „Vorverfahren“ zum Haftpflichtprozess entwickelt. Auf diese Begrenzung der Inanspruchnahme des eigenständigen Systems PatEF sollte deutlich hingewiesen werden.

Weil es sich bei der Leistung des PatEF um eine behandlungsinduzierte und soziale Härtefallentscheidung handelt, ist es im Gegensatz zum Arzthaftungsverfahren angebracht, eine *Entschädigungshöchstgrenze* festzusetzen.

Das Verfahren des PatEF führt zu einer *Billigkeitsentscheidung*, die nach der hier vorgestellten Konzeption auf der Tatbestandsseite einen erheblichen Beurteilungsspielraum und auf der Rechtsfolgenseite einen Ermessensspielraum (billige Entschädigung) gewährt. Es muss im Hinblick auf die zu wählende Rechtsform überlegt werden, ob *ein Rechtsanspruch* auf diese Entschädigung bestehen und ob es *einen Rechtsweg gegen die Entscheidungen des PatEF* und gegebenenfalls in welchem Umfang geben sollte (vgl. z. B. Conterganstiftungsgesetz).

Die Einrichtung eines PatEF als Stiftung öffentlichen Rechts durch Bundesgesetz, gespeist aus Steuergeldern oder/und Beiträgen von Institutionen des Gesundheitswesens, wäre wohl dem Bereich des „Gewährleistungsverwaltungsrechts“ (Voßkuhle) zuzurechnen, in dem Rechtsstaatsprinzip und Art. 19 Abs. 4 GG zu ei-

nem „ausgewogenen Rechtsschutz“ verpflichtet.²⁵ Das würde wohl auch für eine private Organisationsform gelten, wenn öffentliche Gelder verteilt würden.

6. Zusammenfassende Thesen

1. Der PatEF sollte als Kompensation eines existierenden „*Gerechtigkeitsproblems*“ bei der *Unzumutbarkeit einer individuell zu verantwortenden Behandlungsfolge* und wegen *sozialer Überbelastung* konzipiert werden. Das „*Gerechtigkeitsproblem*“ entsteht bei *behandlungsinduzierten* Schäden, die nicht mit ausreichender Sicherheit, aber mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einem Behandlungsfehler zurückzuführen sind. Der PatEF ist ein *eigenständiges Ausgleichsmodell*, das weder die Individualhaftung tangiert noch ihre Präventionsfunktion beeinträchtigt.
2. Die *Kombinationslösung* von *Einrichtung* eines PatEF und dessen *wissenschaftliche Begleitung* und *zeitliche Begrenzung* erleichtert den Schritt in eine deutsche terra inkognita. *Folgenkontrolle* ist die Voraussetzung für einen Reformschritt, der als notwendig erachtet wird, aber gleichzeitig mit Unsicherheiten verbunden ist.
3. Der Zweck des PatEF sollte folgende *Ziele kombinieren*:
 - billiger Ausgleich für *erhebliche Gesundheitsverletzungen*, die *aus einer medizinischen Behandlung resultieren* und die *Lebensführung der Geschädigten unzumutbar beeinträchtigen* und
 - Ausgleich bei *unzumutbaren sozialen Belastungen*.
4. Aus den beiden vorstehend entwickelten Zielsetzungen des PatEF lassen sich die folgenden *Leistungskriterien* konkretisieren:
 - *Behandlungsinduzierte (fehlerbezogene) erhebliche Gesundheitsverletzung*, die die Lebensführung unzumutbar beeinträchtigt und
 - eine daraus folgende *unzumutbare soziale Belastung*.
5. Die *Nachweisanforderungen* für die *Behandlungsinduziertheit* (Fehler und/oder Kausalität) dürfen das Beweismaß „*überwiegende Wahrscheinlichkeit*“ *keinesfalls überschreiten*.
6. Beides zusammen, Behandlungsbezug und soziale Härte *legitimieren* das außergewöhnliche Institut *PatEF neben* einem System Arzthaftung und dem System sozialer Gesundheitssicherung.
7. Der PatEF bezieht sich auf Behandlungen im *stationären wie ambulanten Bereich*.
8. Der Entschädigungsbetrag sollte eine festzusetzende *Höchstgrenze nicht überschreiten*.
9. Das Verfahren des PatEF führt zu einer verfahrens- wie ergebnisbezogenen *Billichkeitsentscheidung*, die begrenzt kontrolliert bzw. angefochten werden kann.
10. Das *Zentrum* des PatEF bildet – jenseits von Geschäftsführung und sonstigen Organen der gewählten Organisationsform – das *Entscheidungsgremium*, das von den Trägern der Organisation berufen wird und im Hinblick auf die Aufgabe und die Entscheidungsqualität mit bestimmtem professionellen Kompetenzen ausgestattet sein muss.
11. Das Entscheidungsgremium (*Entschädigungskommission [EK]*) entscheidet über das Ob und den Umfang der Entschädigung sowie etwaige Rückzahlungen und ihren Umfang.

²⁵ Maunz-Dürig-Schmidt-Assmann, Grundgesetz Kommentar, 64. ErgLief. 2012, Art. 19 Abs. 4 Rn. 4.

12. Medizin, Rechtswissenschaft/Rechtspraxis, Pflege, Qualitätsmanagement, Medizinischer Dienst der Krankenkassen und Patientenvertreter sollten in der EK vertreten sein. Die Berücksichtigung dieser Kompetenzen/Professionen gewährleistet, dass die Ziele des PatEF in der Entschädigungsentscheidung tatsächlich zum Tragen kommen.

IV. Zur Förderung der Patientensicherheit im GKV-Recht

Die im PatRGE vorgesehenen Maßnahmen sind aus meiner Sicht auch aufgrund der Erfahrungen im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) nicht ausreichend, weil sie die Organisation und Finanzierung des Themas Patientensicherheit nicht in der wünschenswerten und erforderlichen Weise sicherstellen.

1. Schutz der internen Sicherheits- oder Risikokommunikation

Dem Ziel einer offenen Sicherheits- und Fehlerkommunikation in der Profession und im Krankenhaus genügt man nur durch einen weitgehenden Schutz der internen Fehler- und Fehlervermeidungskommunikation. Deshalb sollte man mindestens ein strafrechtliches und ordnungswidrigkeitenrechtliches *Verwertungsverbot* aufstellen, das die *Daten aus Critical Incident Reporting Systemen (CIRS), Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und der internen Sicherheitskommunikation im Rahmen des Risikomanagements bzw. deren Urheber schützt*. Es wäre insofern im GKV-Recht eine Parallele zu § 630c Abs. 2 S. 3 BGB PatRGE zu ziehen.

2. Finanzierung der Aufgabe Patientensicherheit

Die Entwicklungen der Wissenschaft, der Praxis und des Rechts der Patientensicherheit legen parallel zur Qualitätssicherung eine *allgemeine Finanzierung* der Aufgabe Patientensicherheit in und durch die Gesetzliche Krankenversicherung nahe und gebieten sie m. E.. Zu denken wäre etwa an

- einen schon anderweitig vorgeschlagenen § 65c SGB V (neu), der den *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* zur projektbezogenen oder Institutionellen *Förderung der Patientensicherheit* auffordert und ermächtigt, was eine Parallele zur Förderung der UPD in § 65b SGB V darstellte, oder
- an eine projektbezogene oder/und institutionelle *Förderung und Finanzierung der Aufgabe Patientensicherheit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss*, wie das im Rahmen der Qualitätssicherung in §§ 137a-e SGB V partiell schon vorgesehen ist. Auf diese Art und Weise könnte die patientensicherheitsbezogene Versorgungsforschung vorangebracht werden.