

Braucht Deutschland ein Patientenentschädigungsgesetz?

Auf dem Symposium „Arzthaftung in Europa“ in Berlin diskutierten Experten über die in einigen europäischen Staaten eingerichteten Fonds zur Entschädigung von Patienten, die bei einer Heilbehandlung zu Schaden gekommen sind.

von Ulrich Smentkowski

Mit einem klaren „Nein!“ antwortete Franz Michael Petry, Mitglied der Geschäftsleitung der GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung der Ecclesia-Gruppe, auf dem Symposium „Arzthaftung in Europa“ im Oktober 2012 auf die Frage, ob ein Patientenentschädigungsfonds für Deutschland eine Hilfestellung für Patienten und Ärzte sein könnte. Auf dem Symposium, zu dem das Unternehmen einen Politiker sowie Experten aus Deutschland und anderen europäischen Ländern nach Berlin eingeladen hatte, wurde die im Oktober 2011 zunächst in englischer Sprache veröffentlichte und nun auch in deutscher Übersetzung vorliegende Studie „Arzthaftung in Europa – Ausgewählte Rechtsordnungen im Vergleich“ (ABW Wissenschaftsverlag 2012) vorgestellt. In zehn Vorträgen und bei einer abschließenden Podiumsdiskussion wurden verschiedene europäische Lösungen dargestellt und erörtert.

Versicherungsschutz immer teurer

Die Ecclesia mit Sitz in Detmold ist nach eigenen Angaben der führende Versicherungsmakler für Kirche, Wohlfahrtspflege und Gesundheitswesen. Schon bei der Eröffnung der Veranstaltung und später detailliert in seinem Vortrag „Daten, Fakten und Hintergründe zur Arzthaftung in Deutschland“ hob Ecclesia-Hauptgeschäftsführer Manfred Klocke hervor, dass die Datenlage den in der Medienberichterstattung regelmäßig hervorgerufenen Eindruck wiederlegt, wonach es um die Situation der Patientenrechte in Deutschland – vor allem bei der Durchsetzung von Haftpflichtansprüchen aus fehlerhafter ärzt-

licher Behandlung – eher schlecht bestellt sei. Diesem Eindruck trat auch Hauptgeschäftsführer Georg Baum, Deutsche Krankenhausgesellschaft, entgegen, der in seinem Grußwort unzulässige Verallgemeinerungen in Medienberichten beklagte und sich von der Veranstaltung eine weitere Versachlichung des Themas erhoffte. Die Vermeidung von Schäden habe oberste Priorität, sagte er. Zu einer guten Krankenhausversorgung gehöre auch ein faires Entschädigungsrecht im Falle von Schäden, betonte Baum. „Versicherungsschutz in der Arzthaftpflichtversicherung muss bezahlbar bleiben.“ Baum forderte von der Politik ein, die erheblich gestiegenen Versicherungsprämien bei der Krankenhausfinanzierung zu berücksichtigen.

Klocke präsentierte aufschlussreiche Ergebnisse einer Auswertung aller von der Ecclesia in den Jahren 2003 und 2004 bearbeiteten 15.249 angemeldeten Arzthaftpflichtschäden. Von diesen sind derzeit nur noch 655 „offen“, weil zwar die Haftung dem Grunde nach geklärt, der Höhe nach aber weiter streitig ist. Der weit überwiegende Teil der Schäden sei außergerichtlich abgewickelt und Klagen seien in nur 17,3 Prozent der Fälle anhängig geworden, sagte Klocke, dies zumeist nur, weil ein Vergleich bei unrealistischen Forderungen des Geschädigten nicht möglich gewesen sei. Soweit in rund 4.000 Fällen ein haftungsbegründender Arztfehler von einer ärztlichen Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle bestätigt wurde, sei gut die Hälfte direkt aufgrund dieses Gutachtens durch Zahlungen erledigt worden. Vier Jahre nach Anspruchsanmeldung seien 70 Prozent und sechs Jahre danach 85 Prozent der Ansprüche erledigt. Von dem Gesamtschadensaufwand von 192,6 Millionen Euro seien 30 Millionen Euro im Regresswege an Sozialversicherungsträger geflossen. 2007/08 habe der Schadenaufwand schon 258,9 Millionen Euro betragen. Diese Entwicklung sei weniger dem Anstieg der berechtigten Ansprüche als dem mit einer Steigerung um 61 Prozent geradezu „explodierten“ Aufwand in der Heilwesenversicherung geschuldet. „Das ist das Problem in der Fra-

ge der Finanzierung in der Zukunft“, betonte Klocke. Der Schadenverlauf habe im Übrigen dafür gesorgt, dass sich immer mehr Versicherungsunternehmen aus der Krankenhaus-Haftpflichtversicherung zurückgezogen haben. Infolge des Ausstiegs von zwei weiteren Unternehmen zum Jahresende 2012 habe die Ecclesia derzeit Verträge mit einem Prämienvolumen von rund 42 Millionen Euro neu zu vermitteln, sagte Klocke, wobei die Versicherer Prämiensteigerungen zwischen 20 und 40 Prozent forderten. „Warum sollte sich die Versicherungswirtschaft an Patientenfonds beteiligen?“, fragte Klocke angesichts der aufgezeigten Entwicklung, zumal dies dazu führen könne, dass sich von den wenigen noch im Markt aktiven Haftpflichtversicherern weitere zukünftig nicht mehr in diesem Segment betätigen wollten.

Europäische Vielfalt

Einen Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der „Arzthaftung in Europa“ gab der Leiter der gleichnamigen Studie, Professor Dr. Bernhard A. Koch vom Institut für Zivilrecht der Universität Innsbruck. Sein Vortrag wurde am Nachmittag ergänzt durch Referate von Dr. Gerald Bachinger, Niederösterreichische Patienten- und Pflegenwaltschaft (Österreich), Simon Taylor von der Université Paris (Frankreich), Prof. Hermann Nys, Direktor des Centre for Biomedical Ethics and Law der Katholieke Universiteit Leuven (Belgien), Frau Professor Ewa Baginska, Universität Gdansk (Polen) und Philip Mielnicki, Faculty of Law der Stockholm University (Schweden). Sie stellten die in ihren Ländern etablierten Patientenentschädigungssysteme dar. Hierauf näher einzugehen, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Deshalb seien an dieser Stelle nur schlaglichtartig einzelne Besonderheiten erwähnt und wird wegen der Einzelheiten auf die Studienergebnisse verwiesen:

Österreich

Im föderalen Staatssystem Österreichs treten in den Ländern unterschiedlich or-

ganisierte Patientenentschädigungsfonds neben die zivilrechtliche Haftung für Arztfehler. In Niederösterreich kann eine unabhängige Entschädigungskommission unter dem Vorsitz des Patienten- und Pflegeanwalts Krankenhauspatienten – ohne Rechtsanspruch – Leistungen von grundsätzlich nicht mehr als 25.000 Euro zusprechen, wenn nach außergerichtlicher Prüfung eine Haftung nicht eindeutig gegeben ist. Der Fonds wird insgesamt maßvoll in Anspruch genommen.

Frankreich

Im 2002 ebenfalls parallel zum gerichtlichen Verfahren eingeführten französischen System ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) kann Patienten eine Kompensation aus einem staatlichen Fonds für nicht fehlerbedingte abnormale ernsthafte Folgen einer Heilbehandlung durch eine regionale Einrichtung (CRCI – Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation) zugesprochen werden. In 2011 sind von 4.279 Ansprüchen 1.159 (27 Prozent) nach einer durchschnittlichen Verfahrensdauer von 11,4 Monaten anerkannt und mit einer durchschnittlichen Leistung von 86.000 Euro ausgeglichen worden.

Belgien

Die grundsätzlich am französischen Vorbild orientierte, erst am 1. September 2012 in Belgien in Kraft getretene Entschädigungslösung sieht davon abweichend eine Entschädigung für vermeidbare ernsthafte Heilbehandlungsschäden vor, wenn die Behandlung nicht standardgerecht war. Für diese Feststellung reicht aus, wenn der Schaden bei Behandlung durch einen „bonus medicus“ eintrat, von einem „super physician“ mit Kenntnissen und Technik auf höchster wissenschaftlicher Stufe aber vermieden worden wäre. Der aus Steuermitteln finanzierte Fond soll im Falle zivilrechtlicher Haftung auch eine Garantiefunktion übernehmen, wenn die Versicherungssumme unzureichend ist oder dem Geschädigten vom Versicherer oder Behandler eine offensichtlich ungenügende Entschädigung angeboten wird.

Polen

Zum 1. Januar 2012 trat in Polen ein außergerichtliches Verfahren zur Kompensation von Heilbehandlungsschäden bei Krankenhauspatienten in Kraft, das für

Personenschäden einen Höchstbetrag von 24.000 Euro, im Todesfalle bemerkenswerterweise aber von 71.500 Euro vorsieht. Die Entscheidung eines der 16 regionalen, mit Ärzten und Juristen paritätisch besetzten „medical boards“ ist bindend für den Haftpflichtversicherer, der dem Geschädigten innerhalb von 30 Tagen Schadenersatz anzubieten hat. Der Geschädigte kann das Angebot zurückweisen und den Rechtsweg beschreiten. Nimmt er es an, ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Bei 21 der bis Ende Juli 2012 abgeschlossenen 133 eingeleiteten Verfahren wurden Ansprüche in sechs Fällen (28 Prozent) anerkannt.



Anders als in Deutschland sind Patientenschädigungsfonds in einigen europäischen Ländern bereits Realität.

*Foto: jarma/
Fotolia.com*

Schweden

In Schweden befasst sich die Patientenversicherung LÖF (Patientförsäkring) im Wesentlichen nur mit im Sozialversicherungssystem nicht abgesicherten restlichen Einkommensverlusten und dem Schmerzensgeld. Jährlich werden auf eine Million Einwohner 500 Patienten entschädigt. Das wären übertragen auf deutsche Verhältnisse 40.000 Entschädigungsfälle. Mehrheitlich liegt die Entschädigung unter 3.000 Euro. Damit ist die Schmerzensgeldhöhe in keiner Weise vergleichbar mit den Beträgen, die in Deutschland zugesprochen werden.

Der sich bei rechtsvergleichender Betrachtung ergebende kaleidoskopartige Eindruck mit seinen in Bezug auf die Anspruchsvoraussetzungen, die Entschädigungsbeträge und die Verfahren höchst unterschiedlichen Ausgestaltungen führte Koch zu der Schlussfeststellung: „Eine Harmonisierung des Arzthaftungsrechts liegt – wenn überhaupt wünschenswert – noch in weiter Ferne. Was für eine Gesell-

schaft günstig ist, kann für eine andere völlig ungeeignet sein.“

Deutsches Modellvorhaben

Professor Dr. jur. Dieter Hart vom Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen sprach sich in seinem rechtspolitischen Vortrag „Der Ruf nach einem Patientenentschädigungsfonds in Deutschland – Einordnung, Zwecke, Leistungskriterien“ für einen Modellversuch aus. Er sieht mit Blick auf die den Patienten treffenden hohen doppelten Beweislastanforderungen für den Nachweis von Fehler und Kausalität

für den Schaden eine „Gerechtigkeitslücke“. Diese könne ein Fonds als „Modell sui generis“ schließen und das Haftungsrecht entlasten, meinte Hart. Nach seinen Vorstellungen soll der Fonds Leistungen nur gewähren, wenn eine behandlungsbedingte erhebliche Gesundheitsverletzung die Lebensführung des betroffenen Patienten unzumutbar belastet und zugleich zu einer unzumutbaren sozialen Härte führt. Als behandlungsinduziert soll eine Gesundheitsverletzung gelten, wenn überwiegend wahrscheinlich ein Behandlungsfehler oder Organisationsfehler vorliegt, nicht aber bei einem schicksalhaften Verlauf. Die Entscheidung soll nach dem Amtsermittlungsprinzip von einem Entschädigungsgremium getroffen werden, das möglicherweise als Stiftung öffentlichen Rechts eingerichtet werden könne. Im Hinblick auf den verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf eine willkürfreie Einhaltung der Verfahrensmaßstäbe müssten die Entscheidungen dieses Gre-

miums insoweit verwaltungsgerichtlich überprüfbar sein, sagte Hart.

Unionspolitiker für Härtefallfonds

Der Bundestagsabgeordnete Erwin Rüdell, Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, befürwortete demgegenüber einen „Härtefallfonds“ nach dem Vorbild der „Deutsche AIDS-Stiftung“. Er solle auch Fälle einbeziehen, „in denen ein Ärztefehler wahrscheinlich, jedoch letztendlich nicht gerichtsfest nachweisbar“ ist (*Positionierung der AG Gesundheit der CDU-CSU*

Verursacher verantwortlich sind. Es dürfe nicht sein, dass Patienten Recht bekommen haben und unnötig lange auf eine Entschädigung warten, weil die Versicherungen sich untereinander streiten, wer zahlt. Zusätzlich sei die Einrichtung eines durch die Versicherer zu finanzierenden Rückversicherungsfonds zu prüfen, der einspringt, wenn beispielsweise kein Versicherungsschutz besteht. Die Versicherungen sollen verpflichtet werden, jede Kündigung oder Änderung der Berufshaftpflicht der zuständigen Ärztekammer mitzuteilen. Diese soll Durchgriffsrechte in Form berufsrechtlicher Konsequenzen bis

„Patientenrechte in Deutschland“ der Landesgesundheitsminister vom 16. November 2011 wird angenommen, dass ein Härtefallfonds voraussichtlich 35.000-mal pro Jahr in Anspruch genommen wird. Diese Annahme erscheint nicht unrealistisch. Wie, von wem und in welcher Zeit soll diese Fülle von Anträgen „rasch und unbürokratisch“ erledigt werden? Wer soll in welcher Zeit die hierfür regelmäßig benötigten medizinischen Gutgutachten erstellen? Wer entscheidet nach welchen Kriterien, ob, ab wann und für welche Zeit eine unzumutbare Beeinträchtigung der Lebensführung und eine unzumutbare soziale Härte vorliegen und wie sie wirtschaftlich zu bewerten sind? Was ist (noch) zumutbar und was nicht (mehr)? Sollen die getroffenen Entscheidungen gerichtlich nachprüfbar sein und welche Auswirkungen ergäben sich bejahendenfalls für die zuständigen Gerichte? Könnten gedeckelte Entschädigungen aus einem Fond im Vergleich zu der in der Arzthaftung üblichen Entschädigungshöhe eine ausreichende Kompensation bieten, gerade auch bei schweren Personenschäden? Wäre nicht doch in sehr vielen Fällen eine – notfalls gerichtliche – Klärung zivilrechtlicher Ansprüche erforderlich? Würde dies geschädigte Patienten und das System der verschuldensabhängigen Arzthaftung tatsächlich entlasten? Und nicht zuletzt: Wer soll die Leistungen aus dem Fonds finanzieren und wie soll das geschehen? Das sind die Fragen, die bei Einführung eines Patientenentschädigungsfonds praktisch gelöst werden müssen. Wie, das begegnet auch im Licht der Daten, Fakten und Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern zumindest einiger Skepsis.



Behandlungsfehler, etwa bei der Geburtshilfe, können Millionenforderungen nach sich ziehen. Foto: istockphoto.com/1joe

Bundestagsfraktion zum Referentenentwurf eines Patientenrechtegesetzes vom 24. April 2012). Auf die Hilfe soll kein Rechtsanspruch bestehen. Sie soll Betroffene unterstützen, die in einer aus dem Schaden entstandenen schwierigen Lebenslage sind und zum Beispiel schnelle finanzielle Hilfe brauchen. Auch soll eine Entschädigungslösung für Fälle gefunden werden, in denen ein Ärztefehler nachgewiesen ist, jedoch die Verursacherfrage nicht eindeutig geklärt werden konnte oder mehrere

hin zum Entzug der Approbation erhalten. „Es geht um schnelle und unbürokratische Hilfe für Patienten“, sagte Rüdell, ließ aber letztlich offen, auf welche Weise diese herbeigeführt werden könnte.

Wo liegen die Probleme?

Dies aber ist aus der Sicht des Verfassers dieses Beitrags jenseits diffuser schlagwortartiger politischer Forderungen das eigentliche Problem. Im Eckpunktepapier

Ulrich Smentkowski leitet die Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.



WERDEN SIE TEAMPLAYER.
Mit ÄRZTE OHNE GRENZEN helfen Sie Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in rund 60 Ländern weltweit. Unsere Teams arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen. Ein Einsatz, der sich lohnt: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- Informationen zur Mitarbeit im Projekt
- Allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- Informationen zu Spendenmöglichkeiten

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin

**Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00**



11104930