

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Kai Gehring, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Erhard Grundl, Ulla Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Konstantin von Notz, Tabea Rößner, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Opfer von Behandlungsfehlern stärken und Härtefallfonds einführen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Medizinische Behandlungsfehler haben häufig gravierende Folgen für das Leben der betroffenen Patientinnen und Patienten. Neben erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen kommen oft auch mentale und finanzielle Belastungen hinzu. Aufgrund erheblicher Hürden können Ansprüche nur schwer geltend gemacht werden. Patientinnen und Patienten haben in den Gerichtsprozessen so oft das Nachsehen. Sie müssen nach aktueller Rechtslage – außer bei sogenannten groben Behandlungsfehlern – den Nachweis führen, dass ein erwiesener Behandlungsfehler eindeutig die Ursache für den erlittenen Schaden war. Dieser Nachweis ist in der Realität für einen Laien jedoch nur sehr schwer möglich. Daher scheitern Patientinnen und Patienten derzeit meist vor Gericht, weil es ihnen nicht gelingt, den direkten Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden zu beweisen. Dies sorgt zum einen dafür, dass Behandlungsfehlerprozesse oftmals extrem langwierig und für die Betroffenen mit hohen finanziellen Risiken verbunden sind. Zum anderen bleiben schwer geschädigte Patientinnen und Patienten, bei denen der Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden juristisch nicht eindeutig festgestellt werden kann, oftmals ohne die nötige finanzielle Unterstützung.

Die Bundesregierung hat 2013 mit dem Patientenrechtegesetz die Chance vertan, gerade denjenigen Patientinnen und Patienten mehr Rechte zu verschaffen, die nach einem Behandlungsfehler schwer geschädigt worden sind. Patientinnen und Patienten, die einen schweren Schaden erlitten haben, dessen Ursache aber nicht eindeutig zu klären ist, haben es besonders schwer, ihre Rechte auf Entschädigung und Unterstützung durchzusetzen. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Wahlperiode wurde die Prüfung eines Patientenentschädigungsfonds vereinbart. Welchen Stand die Prüfung hat und auf welcher Grundlage sie erfolgt, ist bisher nicht bekannt. Auch ist unklar, wann und mit welchen Ergebnissen die Prüfung abgeschlossen werden wird.

Transparenz darüber, wie viele Menschen bei medizinischen Eingriffen oder unter der Geburt Behandlungsfehler erleiden, gibt es zudem kaum. Zwar existieren verschiedene statistische Erhebungen, die sich u. a. aus Daten bei Begutachtungen berufen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer, d. h. die nicht gemeldeten oder als solche erkannten Behandlungsfehler, ca. 30-mal so hoch ist, wie es die offiziellen Zahlen vermuten lassen (vgl. Pressemitteilung MDS/MDK vom 16.05.2019, im Internet abrufbar unter www.mdk.de/aktuelles-presse/meldungen/artikel/behandlungsfehler-jahresstatistik-2018/, zuletzt abgerufen am 29.11.2019). Neben Transparenz fehlt es häufig auch an Ursachenanalysen, die die Gründe für den entstandenen Fehler identifizieren. Behandlungsfehler passieren nicht aus böser Absicht. Oftmals sind äußere Umstände wie Arbeitsverdichtung, Zeitdruck und zu wenig Personal die Ursache. Um strukturelle Fehlerursachen zu beheben und institutionell daraus lernen zu können, ist ein offener Umgang mit entstandenen Behandlungsfehlern notwendig.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der

1. einen Härtefallfonds vorsieht, der denjenigen hilft, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung, einschließlich der Geburt, einen schweren gesundheitlichen Schaden erlitten haben, bei dem aber letztlich, trotz konkreter Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler, ein eindeutig zuzuordnender Fehler oder dessen Kausalität für den eingetretenen Schaden nicht nachweisbar ist. Dieser Fonds soll das bisherige Haftungsrecht ergänzen und für schnelle und unbürokratische Hilfen bei Härtefällen sorgen;
2. Transparenz über die Anzahl und Ursachen von Behandlungsfehlern durch ein bundesweites Monitoring herstellt, das Rückschlüsse über Fehlerursachen zulässt;
3. Gesundheitseinrichtungen dazu verpflichtet, Strukturen der Fehlervermeidung und des Risikomanagements für mehr Patientensicherheit einzuführen.

Berlin, den 10. Dezember 2019

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1. Für schwer geschädigte Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung einen schweren gesundheitlichen Schaden erlitten haben, bei denen aber letztlich, trotz konkreter Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler, ein eindeutig zuzuordnender Fehler oder dessen Kausalität für den eingetretenen Schaden nicht nachweisbar ist, soll ein Härtefallfonds nach österreichischem Vorbild greifen. Dieser soll Patientinnen und Patienten entschädigen, wenn juristisch nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob ein konkreter Behandlungsfehler die Ursache für den Gesundheitsschaden war. Diese fallen bisher durch das Raster des Haftungsrechts. Der Härtefallfonds soll das bisherige Haftungsrecht nicht außer Kraft setzen, sondern die Rechtslage ergänzen. Vorteil eines solchen Entschädigungsfonds ist, eine unbürokratische und zügige Hilfe für Menschen in einer existentiell und emotional oft sehr schwierigen Lage zu gewährleisten und gleichzeitig auch eine Entlastung für die Behandelnden darzustellen. Ein solcher Fonds würde zudem eine Gerechtigkeitslücke schließen und könnte dazu beitragen, in schweren Fällen soziale Härten zu vermeiden.

Für die Ausgestaltung des Fonds und die Regelung der Inanspruchnahme sowie der Leistungskriterien gibt es derzeit innerhalb Deutschlands kaum Erfahrungswerte. Aus diesem Grund soll unter anderem auf den Erfahrungen aufgebaut werden, die in europäischen Nachbarländern, wie z. B. in Österreich seit der Einführung des Patientenentschädigungsfonds (PatEHF) 2001 bereits gesammelt wurden. Denkbar wäre auch eine schrittweise Einführung. Für die Finanzierung des Fonds sind unterschiedliche Wege denkbar. Diskutiert wird zum Beispiel eine Mischfinanzierung insbesondere aus Steuermitteln von Bund und Ländern sowie Mitteln aus der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung.

Zusätzlich zur Einführung eines Härtefallfonds sind neben den bereits für „grobe Behandlungsfehler“ im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geltenden Beweislasterleichterungen auch weitere Beweislastererleichterungen für „einfache Behandlungsfehler“ nötig. Gerade bei „einfachen Behandlungsfehlern“ liegt die Beweislast für den Nachweis der Ursächlichkeit des Fehlers für den erlittenen Schaden weiterhin bei den Betroffenen, die Beweismittel hingegen bei den Behandelnden. Angesichts der Verteilung von Beweislast und den Beweismitteln ist es für Patientinnen und Patienten im gerichtlichen Verfahren häufig sehr schwer, einen direkten Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem erlittenen Schaden zu beweisen. Um eine faire Chance vor Gericht bei einem Behandlungsfehlerverdacht zu erwirken, muss die Beweislast für Patientinnen und Patienten bei „einfachen Behandlungsfehlern“ erleichtert werden. Eine solche Erleichterung würde die Patientenseite bei der Durchsetzung ihrer Rechte vor den Gerichten erheblich stärken. Bei „grobe Behandlungsfehlern“ soll die jetzige Rechtslage beibehalten werden. Betroffene von Behandlungsfehlern müssen zudem auch bessere psychosoziale und organisatorische Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche erhalten können. Die oftmals hohe emotionale Belastung bei gleichzeitiger gesundheitlicher Beeinträchtigung durch den erlittenen Schaden sowie durch den langwierigen Gerichtsprozess löst für die Betroffenen unterschiedlichen Unterstützungsbedarf aus, auf den angemessen reagiert werden muss.

Zu 2. Jeder vermeidbare Behandlungsfehler ist einer zu viel. Neben mehr Transparenz über die Anzahl von Behandlungsfehlern muss auch analysiert werden, was die Ursachen der Fehler waren. Dabei darf es nicht darum gehen, die Schuldfrage an Einzelpersonen festzumachen, sondern die Umstände, die zu dem Fehler geführt haben, zu identifizieren. Eine bessere statistische Aufbereitung der Fehler und Ursachen soll zudem dazu beitragen, die Patientensicherheit maßgeblich zu verbessern. Denn der offensive und transparente Umgang mit Fehlern in Krankenhäusern und Praxen ist Voraussetzung für eine patientenorientierte Qualitätssicherung. Um mehr Transparenz über Behandlungsfehler zu erhalten, soll deshalb ein bundesweites Monitoring eingeführt werden, welches u. a. Anzahl und Anlass von Verfahren, festgestellte Fehler und Haftungsentscheidungen erfasst und ausgewertet.

Denkbar wäre zudem die Einrichtung einer nationalen Liste für grobe Behandlungsfehler („Never-Event“-Liste), die schwerwiegende Behandlungsfehler, die prinzipiell vermeidbar gewesen wären, wie beispielsweise Patienten- oder Seitenverwechslung oder im Körper verbliebene Fremdkörper bei Operationen, erfasst. Für die Ausgestaltung dieser kann die „Never-Events-List“ der NHS in Großbritannien zur Orientierung dienen. Ziel dieser Liste muss sein, „Never Events“ systematisch zu erfassen und künftig zu vermeiden. Ergänzend dazu soll durch regelmäßige und stichprobenhafte Mitarbeiterbefragungen überprüft werden, ob die gemeldeten Zahlen stimmig sind und um qualitative Einschätzungen darüber zu bekommen, welche prozessualen und kommunikativen Ursachen (wie bspw. Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, Personalmangel) zu Behandlungsfehlern geführt haben. Ein für das BMG erstellte Gutachten aus 2018 rät zudem diesbezüglich zur systematischen Erfassung und Analyse von Schadensfällen in der Geburtshilfe in Form eines nationalen Behandlungsfehlerregisters (vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Hebammen-Gutachten_Abschlussbericht.pdf).

Zu 3. Nicht nur Hygienefragen, sondern auch Defizite in der Kommunikation und Organisation von Abläufen können Ursache von unerwünschten Ereignissen oder Behandlungsfehlern sein. Eine der großen Herausforderungen ist deshalb die Förderung einer berufsgruppen- und einrichtungsübergreifenden Sicherheitskultur sowie von Strukturen der Fehlervermeidung (vgl. APS-Weißbuch Patientensicherheit, 2018, www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf und BMG Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten, 2018, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Hebammen-Gutachten_Abschlussbericht.pdf). Es genügt nicht, wenn nur einzelne ambitionierte Einrichtungen vorangehen. Patientensicherheit muss soweit wie möglich überall gewährleistet sein und sich als Qualitätsmerkmal etablieren. Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen deshalb verbindliche Strukturen zur Fehlervermeidung und Patientensicherheit einführen.

Um Transparenz darüber zu schaffen, welche Gesundheitseinrichtungen sich in welchen Umfang um die Verbesserung der Patientensicherheit bemühen, soll in den Qualitätsberichten darüber berichtet werden. Um Vergleichbarkeit herzustellen, sollen Indikatoren entwickelt werden, anhand dessen strukturierte Auswertungen möglich sind. Diese Indikatoren könnten z. B. die Anzahl des Personals sein, das für das Risikomanagement oder beispielsweise Hygienefragen eingestellt wurde sowie bestimmte Strukturen der Kommunikations- und Meldeprozesse in den jeweiligen Einrichtungen.