

No fault compensation – wie lange müssen Patienten und Ärzte noch warten?

Ergänzende Überlegungen zum Beitrag von Jean Martin und Yves Guisan

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär

Martin und Guisan haben recht. Die Einführung eines praktikablen No-Fault-Compensation-Systems ist auch für die Schweiz überfällig. Ich beschränke mich auf drei weitere Argumente:

Nur die Einführung von No-Fault-Compensation macht die heutigen Prozessgegner Arzt bzw. Spital und Patient künftig zu Verbündeten

Das heutige Haftpflichtrecht vergiftet das Klima, weil alles von der Fehlerfrage abhängt: Nur wenn der Gutachter einen Behandlungsfehler feststellt und die Juristen in aussergerichtlichen Vergleichsverhandlungen oder schlimmstenfalls vor Gericht seiner Auffassung folgen, erhält der Patient für eine erlittene Komplikation eine Entschädigung.

Existiert hingegen in Ergänzung zum traditionellen Haftpflichtrecht eine funktionierende No-Fault-Compensation-Lösung, verliert die für alle Beteiligten emotional belastende Diskussion der Fehlerfrage aufgrund der einschlägigen Erfahrungen in anderen Ländern wesentlich an Bedeutung. Genauso, wie bisher die IV-Anmeldung des Patienten durch den *behandelnden Arzt* eine Selbstverständlichkeit ist, wird in einem No-Fault-Compensation-System der Arzt dem Patienten künftig auch helfen können, den Fall bei der entsprechenden Versicherung oder beim entsprechenden Fonds anzumelden.

Nur en passant halte ich fest, dass auch der *Gutachter* vom emotional entlasteten Klima profitieren wird, wenn er die von Patienten erlittene Komplikation im Hinblick auf eine No-Fault-Compensation-Entschädigung untersuchen kann, und nicht mehr alles von seiner Stellungnahme zum Behandlungsfehlerwurf abhängt.

No-Fault-Compensation ist die wichtigste Voraussetzung für eine bessere Kultur im Umgang mit Medical Errors [1]

Das «Committee on Quality of Health Care in America» wies in seinem vielzitierten Bericht «To err is human» [2] richtigerweise auf den Zusammenhang hin zwischen Qualitätssicherung (mit der dafür notwendigen Vertraulichkeit von Meldesystemen) und der Frage

des Haftpflichtsystems. Es hielt fest: «Another proposed reform, no-fault compensation for medical injuries, might promote reporting by eliminating the adversarial inquiry into fault and blame that characterize the current liability system.» [2]

Marilyn Sue Bogner hat bereits 1994 – nota bene als Angestellte der Food and Drug Administration FDA, und nicht etwa der amerikanischen Ärzte – klar und eindeutig festgehalten, wo die Probleme liegen und was getan werden muss, um eine Kultur der Offenheit im Zusammenhang mit Medical Errors zu entwickeln. Auch sie hat auf den Nutzen von No-Fault-Compensation im Haftpflichtrecht hingewiesen. Der *Wechsel zur No-Fault-Compensation* war bei ihr die *Lösung Nummer eins*, und erst in zweiter Linie erwähnte sie das No-Fault-Reporting-System, also sanktionsfreies Critical Incident Reporting: «[No-Fault-Compensation] not only would do away with the fear of litigation, but it would provide compensation for all those who have impairment from adverse events rather than the very few who have successful malpractice suits (Johnson et al. The economic consequences of medical injuries. JAMA 1992; 267[18]:2487-92).» [3]

Kommentar

Wenn der Bundesrat die (von der FMH unterstützten) Bestrebungen des Eidg. Departementes des Innern im Bereich der Medical Errors unterstützen will, muss er seine Stellungnahme zur Motion von Nationalrat Jost Gross umschreiben ...

Die allgemeine Revision des Haftpflichtrechts wäre der falsche Weg

Martin und Guisan schreiben zu Recht, die Schweiz sollte für die Einführung der No-Fault-Compensation nicht auf die (nota bene seit den 1960er Jahren immer wieder angekündigte) allgemeine Revision des Haftpflichtrechts warten.

Aus meiner Sicht ist zu ergänzen, dass es hier nicht nur um eine zeitliche Frage geht, sondern zudem noch um eine zugrundeliegende völlig unterschiedliche Philosophie. Der vom Bundesrat im 2001 in Vernehmlassung gegebene Vorentwurf für die Haftpflichtrevision schlägt Beweiserleichterungen für den Geschädigten vor (Beweislastumkehr bei der Organisationshaftung), *bleibt aber* völlig *auf der Linie des Fehlervorwurfs* als Kriterium für Entschädigungszahlungen. Kurz und bündig: Statt von der Fehlerfrage wegzukommen, würde der Richter mit der vorgeschlagenen Regelung ganz einfach eher als bisher einen Fehler annehmen. Dies würde aber das Haftpflichtklima noch mehr vergiften.

Der FMH-Zentralvorstand hat deshalb in seiner Stellungnahme vom 25. April 2001 zur vorgeschlagenen Haftpflichtrevision festgehalten:

«Die Fortschritte in der Medizin haben Behandlungen möglich und erstaunlich sicher gemacht, an die man in der Vergangenheit nicht zu hoffen gewagt hätte. Der Schlüssel zum Erfolg ist in vie-

len Fällen die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit vieler Ärzte bzw. verschiedener Behandlungsteams im Spital. Aber – und dies muss für die Gesetzgebung entscheidend sein –: Diese zunehmende *Komplexität der Prozesse* und die *Arbeitsteilung liegt im Interesse der Patienten*, und nicht im Interesse des «Unternehmers». Man denke nur an das alltägliche Beispiel der Patientenüberwachung rund um die Uhr auf der Intensivpflegestation: Der Schichtbetrieb mit Arbeitsteilung dient hier offensichtlich nicht der Gewinnmaximierung (die unter anderem als Motiv für diese Haftung herangezogen wird – vgl. erläuternden Bericht S. 131). Er ist vielmehr schlicht eine notwendige Voraussetzung für das Überleben des Patienten. Angesichts dieses Umstandes wäre eine Verschärfung der Organisationshaftung durch Beweislastumkehr in der Medizin nicht sachgerecht. Damit trägt der Vorentwurf einem logischen Zusammenhang zwischen Gefährdungshaftung und Organisationshaftung nicht Rechnung: Dieselben Gründe, die richtigerweise zur Einstufung der Medizin als nicht besonders gefährlicher Tätigkeit führen, müssen auch dazu führen, bei Eintritt eines Schadens *nicht schon aufgrund komplexer Behandlungsabläufe einen Fehler zu vermuten*. Denn sowohl die Inkaufnahme von Risiken wie auch die Komplexität der Prozesse liegen im Patienteninteresse und haben erst die erfolgreiche Behandlung schwerer Leiden möglich gemacht. [...] Von zentraler Bedeutung ist aber letztlich die Notwendigkeit, rasch ein *angstfreies Klima* im Umgang mit Komplikationen und Fehlern in der Medizin zu schaffen, um eine Verbesserung der Patientensicherheit erreichen zu können. Es ist aber aus praktischen und v.a. prozessualen Gründen nicht möglich, in ein und demselben Land einerseits eine auf Angstfreiheit aufgebaute Patientensicherheitskultur zu begründen, und andererseits straf- und auch zivilrechtliche Sanktionen beizubehalten, die nach wie vor massgeblich auf die Fehlerfrage abstellen. Wir sind uns bewusst, dass im vorliegenden Zusam-

menhang nur das Zivilrecht diskutiert wird. Dennoch muss die Thematik im gesamten Kontext analysiert werden, um in den einzelnen Rechtsbereichen sinnvolle Lösungen festzulegen. Für den Bereich des Strafrechts hat kürzlich die Präsidentin der Schweizerischen Patientenorganisation mit guten Gründen postuliert, fahrlässige Tötung im Bereich der Medizin solle vom Offizialzum Antragsdelikt umgewandelt werden, weil nur so eine auf Fehlervermeidung zielende Patientensicherheitskultur aufgebaut werden könne (Schweizerische Patientenzeitung März 2001, S. 6). Für das Zivilrecht ist zu beachten, dass die im Vorentwurf postulierte Beweislastumkehr im Zusammenhang mit Organisationshaftungen nur bei oberflächlicher Betrachtungsweise zu einer Entpersonalisierung der Haftung führen würde. Vielmehr ist es so, dass aus der Perspektive der Spitaldirektion und auch der Fachkollegen der nach wie vor auf einer Fehlervermutung basierende Haftungsvorwurf auf den an der Behandlung beteiligten Pflegepersonen sowie Ärzten und Ärztinnen lasten würde. Nur der konsequente Wechsel zum System der No-Fault-Compensation kann die in den letzten Jahren zunehmende Angstkultur in den Spitälern beenden und die Voraussetzungen für eine auf Fehlervermeidung abzielende Patientensicherheitskultur schaffen.»

Dem ist auch nach dem Fall von Cosette Laurent nichts beizufügen.

Literatur

- 1 Kuhn HP. «Congress should pass legislation ...» Schweiz Ärztezeitung 2001;82(26):1394-403.
- 2 Committee on Quality of Health Care in America. In: Kohn LT et al. To err is human; Building a safer Health System. Washington D.C.: Institute of Medicine (National Academy Press); 2000.
- 3 Bogner MS. A Frontier for Change. In: Bogner MS (ed.). Human Error in Medicine: Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1994. p. 373-83; 381.