

Juristische Implikationen ärztlichen Handelns – Professioneller Umgang mit Behandlungsfehlern

Legal Implications of Physician Action – Dealing Professionally with Treatment Errors

Dorothee Oldenburg, Hans-Otto Wagner, Jost Steinhäuser

Hintergrund

Komplikationen, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung auftreten, belasten Patientinnen und Patienten, Angehörige, Praxispersonal sowie Ärztinnen und Ärzte. Daher kommt dem Umgang mit Behandlungsfehlern eine entscheidende Bedeutung zu. Mit diesem Fortbildungsartikel möchten wir über die Grundzüge des zivilrechtlichen Arzthaftungsrechts informieren und Hinweise für einen professionellen Umgang mit Behandlungsfehlern geben.

Methoden

Basierend auf einer strukturierten Literaturrecherche sowie den Erfahrungen der drei Autoren (DO: Juristin, HOW und JS: Fachärzte für Allgemeinmedizin) wurden Themen für Fortbildungen im Grenzbereich zwischen Medizin und Jura entwickelt. Diese Themen wurden anschließend im Rahmen einer deutschlandweiten Online-Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in der „Damokles-Studie – Inwiefern beeinflussen Ängste vor juristischen Konsequenzen das hausärztliche Handeln?“ gewichtet. An der Umfrage nahmen 413 Hausärztinnen und Hausärzte (49 % weiblich, Mittelwert Alter: 50 Jahre) teil. Von fünf Themen konnten maximal drei Bereiche ausgewählt werden. Das Thema „Professioneller Umgang mit Behandlungsfehlern“ wurde als juristisches Thema von 245 (59 %) am häufigsten ausgewählt.

Wichtigste Botschaften

- Die zivilrechtliche Haftung steht bei der Arzthaftung meistens im Vordergrund, weil in erster Linie über Schadensersatz und Schmerzensgeld gestritten wird.
- Die Approbation ist durch einen Behandlungsfehler im Zivilverfahren nie und im Strafverfahren in der Regel nicht gefährdet.
- Wichtig ist die Bereitschaft zu einem zeitnahen und ausführlichen Gespräch mit der Patientin/dem Patienten.
- Schriftliche Auskünfte an Patientinnen/Patienten oder Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte sollten immer erst nach vorheriger rechtlicher Beratung durch den Haftpflichtversicherer erfolgen, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

Schlussfolgerungen

Bei Hausärztinnen und Hausärzten besteht ein hoher Bedarf an Fortbildungen mit juristischem Bezug. Daher sollten zukünftig häufiger juristische Inhalte im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung vermittelt werden.

Schlüsselwörter

Behandlungsfehler; Haftung; Facharztstandard; Allgemeinmedizin

Background

Complications arising in connection with medical treatment are a burden on patients, relatives, practice staff and physicians. Therefore, dealing with treatment errors is of crucial importance. With this training article, we would like to inform you about the main features of civil medical liability law and give tips on how to deal professionally with treatment errors.

Methods

Based on a structured literature review as well as the experience of the three authors (DO: lawyer with a focus on medical law, HOW and JS: specialists in family medicine with experience as expert reviewers), topics for training in the border area between medicine and law were developed. Afterwards, these topics were weighted within the framework of a Germany-wide online survey of family physicians in the „Damocles study – To what extent do fears of legal consequences influence family physicians' actions?“ 413 family physicians (49 % female, mean age: 50 years) participated in the survey. A maximum of three areas could be selected from five topics. The topic „Dealing professionally with treatment errors“ was selected most frequently as a legal topic by 245 (59 %).

Main messages

- Civil liability is usually at the forefront of medical malpractice cases, because the main issues are damages and compensation for pain and suffering.
- The license to practice medicine is never jeopardized by a treatment error in civil proceedings and usually not in criminal proceedings.
- It is important to be prepared for a prompt and detailed discussion with the patient.
- Written information to patients or lawyers should only be given after prior legal consultation with the liability insurer in order not to jeopardize the insurance cover.

Conclusions

There is a high demand among family physicians for continuing education courses with a legal focus. Therefore, in the future, legal content should be taught more frequently in the context of medical training and continuing education.

Keywords

medical malpractice; liability; medical specialist standard; family medicine

Hintergrund

Treten Komplikationen im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung auf, belasten diese Patientinnen und Patienten, Angehörige, Praxispersonal sowie Ärztinnen und Ärzte. Ein Behandlungsfehler wird bei 25 bis 30 % der Begutachtungsanträge nach der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen gutachterlich bejaht, z.B. 1741 im Jahr 2020. Die Gesamtzahl der Patientenvorwürfe hat aber in den letzten Jahren zugenommen. Parallel dazu stieg auch die Anzahl der hausärztlich tätigen Antragsgegner von 229 im Jahr 2018 auf 274 im Jahr 2020 [1].

Umso wichtiger ist ein professioneller Umgang mit Zwischenfällen und Umständen, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen könnten. Ziel dieses Fortbildungsartikels ist es daher, über die Grundzüge des zivilrechtlichen Arzthaftungsrechts (Schwerpunkt: vertragliche Haftung) zu informieren und Hinweise für einen guten Umgang mit Behandlungsfehlern zu geben.

Methoden

Auf der Grundlage einer strukturierter Literaturrecherche zum Thema „Risikofaktoren für defensivmedizinisches Handeln in der Hausarztmedizin“ sowie den Erfahrungen der drei Autoren (DO: Juristin mit Schwerpunkt Medizinrecht, HOW und JS: Fachärzte für Allgemeinmedizin mit Erfahrungen als Gutachter) wurden Fortbildungsthemen im Bereich zwischen Jura und Medizin entwickelt.

Im Rahmen der „Damokles-Studie“ wurden im April 2022 deutschlandweit Hausärztinnen und Hausärzte über den E-Mail-Verteiler des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) sowie des allgemeinmedizinischen Listerversers der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zu einer Befragung eingeladen. Aus fünf Fortbildungsbereichen (Was verlangt das Recht tatsächlich im Bereich Dokumentation, Grundzüge des ärztlichen Be-

rufsrechts, Risikokommunikation mit Patientinnen und Patienten, Professioneller Umgang mit Behandlungsfehlern, Informationsquellen zum Schutz von Patientinnen und Patienten vor Überversorgung) konnten maximal drei Themen ausgewählt werden. Themen mit sozialrechtlichem Bezug (z.B. Regresse) wurden nicht abgefragt. An der Online-Umfrage nahmen 413 Ärztinnen und Ärzte teil. Von diesen waren 49 % weiblich, das Altersmittel betrug 50 Jahre.

Die Top 3 waren mit 77 % (n = 319) „Was verlangt das Recht tatsächlich im Bereich Dokumentation?“, gefolgt von 66 % (n = 272) „Informationsquellen zum Schutz meiner Patientinnen und Patienten vor Überversorgung“ und von 59 % (n = 245) „Professioneller Umgang mit Behandlungsfehlern“. Als rein juristisches Thema wurde der zuletzt genannte Bereich am häufigsten ausgewählt, der daher der Fokus des Fortbildungsbeitrags ist.

Defensivmedizin hängt mit dem Thema Behandlungsfehler zusammen. Für defensivmedizinische Maßnahmen, die lediglich der rechtlichen Absicherung dienen, gibt es bis jetzt keinen empirischen Beweis für eine Reduktion des Haftungsrisikos. Vielmehr könnte sogar das Gegenteil der Fall sein, dass durch zusätzlich durchgeführte Maßnahmen das Risiko eines Behandlungsfehlers und damit einer Haftung steigt [2].

Antworten auf häufige Fragen

1. Eine Patientin/ein Patient bittet um ein Gespräch wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers. Wie sollte man sich als Ärztin/Arzt verhalten?

- Immer die Bereitschaft zu einem solchen Gespräch erklären und sich um einen zeitnahen Gesprächstermin kümmern.
- Die Vorgänge im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten sachlich, wahrheitsgemäß und vollständig darstellen.
- Gegebenenfalls die Gespräche mit einer Zeugin/einem Zeugen führen und sich Notizen machen.

2. Eine Ärztin/ein Arzt erhält ein erstes Patientenschreiben. Wie geht man am besten mit der Situation um?

- Die Patientin/den Patienten ernst nehmen und versuchen, die Situation zu deeskalieren, indem man empathisch Bedauern über den Behandlungsverlauf zum Ausdruck bringt und sachlich über Fakten informiert [3]. Ein großes Risiko liegt darin, dass sich eine Patientin/ein Patient mit ihrer/seiner Beschwerde nicht ernst genommen fühlt und dann rechtliche Schritte einleitet.
- Den Inhalt der Vorwürfe mit der Frage prüfen: Wird wirklich ein Behandlungsfehler vorgeworfen oder bezieht sich der Vorwurf auf zwischenmenschliche Probleme bzw. äußere Bedingungen?

3. Eine Ärztin/ein Arzt bekommt ein erstes Schreiben von einer Rechtsanwältin/einem Rechtsanwalt oder einer Schlichtungsstelle. Was ist zu tun?

- Zuerst und vor allem möglichst gelassen bleiben und in Ruhe die richtigen Schritte überlegen und einleiten.
 - Auf eine außergerichtliche Beilegung des Konflikts hinwirken.
- Achtung:** Schriftliche Informationen sollten immer erst nach vorheriger rechtlicher Beratung durch den Haftpflichtversicherer erfolgen, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Allgemein muss insbesondere darauf geachtet werden, keine Einordnungen im juristischen Sinne vorzunehmen (z.B. „Mir ist da ein Behandlungsfehler unterlaufen!“, „Zwischen dem mutmaßlichen Fehler und dem geltend gemachten Schaden besteht Kausalität.“) und keine grundsätzliche Schadensersatzpflicht anzuerkennen [4].

4. Was sind die Unterschiede zwischen dem zivil- und strafrechtlichen Arzthaftungsrecht?

Behandlungsfehler können zivilrechtlich und/oder strafrechtlich geltend gemacht werden. Häufig wird der Satz gehört: „Wir stehen mit einem Bein im Knast!“. Dies wäre nur nach einer strafrechtlichen Verurteilung denkbar. Bei unklaren Todesfällen und/oder Hinweisen für fahrlässige Körperverletzung

kann die Staatsanwaltschaft bei hinreichendem Tatverdacht ein Ermittlungsverfahren einleiten. Bei einem Strafverfahren ermittelt der Staat gegen die Ärztin/den Arzt persönlich und es kommt neben dem Sorgfaltsverstoß zusätzlich auf individuelle Schuld (Vorsatz/Fahrlässigkeit) an. Diese muss zweifelsfrei bewiesen werden. Bislang gibt es hierzu nur Veröffentlichungen für einzelne Regionen [5].

Strafverfahren spielen eine geringere Rolle, weil es Patientinnen und Patienten, die vermuten, einen gesundheitlichen Schaden erlitten zu haben, nicht in erster Linie um eine Geld- oder Freiheitsstrafe für die Ärztin/den Arzt geht. Vielmehr wollen sie versuchen, Schadensersatz und/oder Schmerzensgeld zu erhalten [6].

Sofern im Falle einer möglichen zivilrechtlichen Haftung bei einem Behandlungsfehlerverdacht die Einleitung eines strafrechtlichen Verfahrens nicht ausgeschlossen werden kann, sollte man für sich selbst Kopien der Akten anfertigen und eventuell zusätzliche zeitnahe Zeugenprotokolle erstellen. Bei einem Strafverfahren muss nämlich mit der Beschlagnahme von Akten gerechnet werden. In einem Zivilprozess wird ein Behandlungsfehler bejaht, wenn der objektive Sorgfaltsstandard nicht eingehalten wurde, den eine erfahrene und besonnene Ärztin/ein erfahrener und besonnener Arzt derselben Fachrichtung beachtet hätte. Auf die subjektive Seite kommt es nicht an [7].

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern helfen bei der Klärung, ob es sich tatsächlich um einen Behandlungsfehler handeln könnte. Oft kann eine Einigung erzielt und ein u.U. langwieriger Gerichtsprozess vermieden werden.

Während die Zahl der erledigten Verfahren in Arzthaftungssachen (keine Aufschlüsselung nach Fachrichtungen) vor den deutschen Amtsgerichten (Zivilsachen) von 1311 im Jahr 2019 auf 1131 im Jahr 2021 zurückging [8], stieg die Zahl der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingereichten Patientenverwürfe in den letzten Jahren [1].

5. Was genau schuldet man als Ärztin/Arzt der Patientin/dem Patienten?

Der ärztliche Behandlungsvertrag ist ein Dienstvertrag¹ und kein Werkvertrag. Deswegen wird nicht der Erfolg, also z.B. die richtige Diagnose bzw. ein Behandlungserfolg, geschuldet, sondern die Dienstleistung, also die sorgfältige, fachgerechte Behandlung, z. B. die richtige Diagnostik.

Bei der Bewertung durch einen vom Gericht beauftragten Sachverständigen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, spielen die Begriffe „sorgfältig/gewissenhaft“, „standardgerecht“, „leitliniengemäß“ bzw. „dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend“ und „in der Praxis bewährt“ eine Rolle.

Ärztliche Standards

Rechtlich schuldet eine Ärztin/ein Arzt der Patientin/dem Patienten eine Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden „Facharztstandards“, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.² Der Facharztstandard repräsentiert „den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des für den Patienten bestmöglichen ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat“ [9].

Standards sind objektive Maßstäbe, die sich den Gegebenheiten im konkreten Einzelfall anpassen. Liegen sog. Spezialkenntnisse vor, können sich die Anforderungen an den Standard erhöhen.

Richtlinien

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses³ sind in der Regel rechtlich verbindlich und dürfen nicht unterschritten werden. Ein Beispiel hierfür ist z.B. die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie [10]. Verstöße gegen Richtlinien werden haftungsrechtlich primär als ärztliches Fehlverhalten ohne weitere gutachterliche Prüfung eingestuft. Anders ist es, wenn z.B. die Richtlinie veraltet oder überholt ist oder sich neue Behandlungen in der Praxis etabliert haben [11].

Leitlinien

Leitlinien sind als Orientierungshilfen Teil des sog. ärztlichen Standards im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren. Sie erleichtern in konkreten Situationen die gemeinsame Entscheidungsfindung. Dabei kann bzw. muss sogar in konkreten Situationen (begründet) davon abgewichen werden. Leitlinien sind im Unterschied zu Richtlinien rechtlich unverbindlich [11].

6. Wann liegt ein ärztlicher Behandlungsfehler vor?

Dies ist dann der Fall, wenn eine Behandlung nicht dem zum Zeitpunkt der Behandlung allgemein anerkannten medizinischen Facharztstandards entspricht. Dabei gilt für Ärztinnen und Ärzte jeweils immer nur der eigene Facharztstandard. Die Beurteilung des ärztlichen Handelns einer Hausärztin/eines Hausarztes würde also im Streitfall durch eine hausärztliche Gutachterin/einen hausärztlichen Gutachter erfolgen. Nicht jede ausbleibende Besserung oder Verschlimmerung ist ein Behandlungsfehler, sondern kann z.B. durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder unvermeidbare Komplikationen verursacht worden sein. Dabei ist es oft schwierig, zwischen den Folgen der Krankheit selbst und den Folgen einer Fehlbehandlung zu unterscheiden [12].

7. Ist die Approbation durch einen Behandlungsfehler gefährdet?

Hier ist zu differenzieren: Im Zivilverfahren ist eine Approbation nie durch einen Behandlungsfehler gefährdet. Im Strafverfahren besteht in der Regel keine Gefährdung der Approbation. Ausnahmsweise kann sie gefährdet sein, wenn Behandlungsfehler in gravierendem Maße wiederholt auftreten oder strafrechtlich relevante Tatbestände festgestellt werden, die zu einer Verurteilung geführt haben. In Einzelfällen kann daher nach einem Strafverfahren ein Ruhen der Approbation drohen [13].

¹ Vgl. § 630b Bürgerliches Gesetzbuch (im Folgenden: BGB).

² § 630a Abs. 2 BGB

³ § 92 SGB V

8. Was ist ein grober Behandlungsfehler?

Ein solcher Fehler liegt vor, wenn gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen wurde. Zudem muss der Fehler aus objektiver medizinischer Sicht nicht mehr verständlich erscheinen, weil er einer Ärztin/einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Auf den Grad subjektiver Vorwerfbarkeit kommt es nicht an. Zudem muss dieser Behandlungsfehler – objektiv betrachtet – generell geeignet gewesen sein, den eingetretenen Schaden zu verursachen [14].

9. Was ist der Unterschied zwischen einem Diagnosefehler und einem sog. Befunderhebungsfehler?

Diagnosefehler

Ein „einfacher“ Diagnosefehler ist gegeben, wenn die vom Arzt vorgenommene Deutung eines Befundes den medizinischen Standard unterschreitet, der bei einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt seines Fachbereichs vorausgesetzt wird.

Ein „grober“, fundamentaler Diagnosefehler liegt vor, wenn die Interpretation eines Befundes aus objektiver Sicht gänzlich unverständlich erscheint und einen eindeutigen Verstoß gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse darstellt.

Befunderhebungsfehler

Ein solcher Fehler kann sich aus einem „einfachen“ Diagnosefehler ergeben, wenn elementare Befunde nicht erhoben worden sind. Ein Befunderhebungsfehler kann sich nicht nur auf einen konkreten Befund beziehen, sondern auch allgemein auf eine mangelnde Abklärung und unterlassene Überweisung zu einer anderen Fachärztin/einem anderen Facharzt.

Beispielfälle zu den unterschiedlichen Fehlerarten können hier recherchiert werden:

- auf Bundesebene: Rechtsprechungsdatenbank des Bundesgerichtshofes unter www.bundesgerichtshof.de;



Dorothee Oldenburg ...

... ist Volljuristin und hat sich nach ihrer juristischen Ausbildung in Hamburg im Bereich Medizinrecht spezialisiert. Sie arbeitete zuletzt als Projektmanagerin bei der Ärztegenossenschaft Nord eG und hat sich dort u.a. um die rechtliche Betreuung von regionalen Versorgungsprojekten gekümmert. Seit April 2021 ist sie als juristische Projektberaterin am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck tätig. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte umfassen Forschungsthemen im Grenzbereich zwischen Medizin und Jura, z.B. Defensivmedizin, sowie die Lehrtätigkeit zu medizinrechtlichen Aspekten.

Foto: Guido Kollmeier

- auf Länderebene: Rechtsprechungsdatenbanken der einzelnen Bundesländer, z.B. unter www.justiz.nrw.de für Entscheidungen der Gerichte des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen.

10. Wann spricht man von einem voll beherrschbaren Behandlungsrisiko?

Ein solches Risiko liegt vor, wenn es durch sachgerechte Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens objektiv beherrscht werden kann. Die Verwirklichung der Gefahr hätte durch Organisationsmaßnahmen oder technische Vorkehrungen verhindert werden können [15]. Beispiele: Einhalten von Hygienestandards, Sicherheit medizinisch-technischer Geräte

11. Wer muss was beweisen?

Wenn ein Behandlungsfehler nachgewiesen wurde und eindeutig ein gesundheitlicher Schaden eingetreten ist, haftet eine Ärztin/ein Arzt nur dann, wenn zwischen dem Fehler und

dem Schaden ein ursächlicher Zusammenhang mit praktischer Gewissheit angenommen werden kann [15].

Patientin/Patient

Bei Behandlungsfehlervorwürfen muss grundsätzlich die Patientin/der Patient beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und dieser Fehler die Ursache für einen Gesundheitsschaden war (Kausalität). Dieser Zusammenhang bedarf keiner Gewissheit im Sinne eines wissenschaftlichen Nachweises. Er muss aber mit einem „für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit geführt werden, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen.“ [16]

Ärztin/Arzt

Bei groben Behandlungsfehlern und einigen anderen besonderen Situationen kommt es zu einer sog. Umkehr der Beweislast. Dann muss die Ärztin/der Arzt beweisen, dass der Schaden nicht durch den Behandlungsfehler verursacht worden ist. Bei Vorwürfen bzgl. Einwilligung und Aufklärung muss die Ärztin/der Arzt beweisen, dass eine Einwilligung eingeholt wurde bzw. eine ausreichende Aufklärung erfolgt ist. Eine Einwilligung ist grundsätzlich vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme notwendig bzw. die Einwilligung eines Berechtigten, eine Patientenverfügung oder der ermittelte mutmaßliche Wille der Patientin/des Patienten.⁴

Die Aufklärung hat grundsätzlich mündlich zu erfolgen, ggf. ergänzend schriftlich, sowie rechtzeitig und verständlich. Sie muss über sämtliche Umstände erfolgen, die für die Einwilligung wesentlich sind, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme.⁵

Die ärztliche Dokumentation hat in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung in Papierform oder elektronisch zu erfolgen. Sie muss sämtliche Maßnahmen, die aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlich sind, und deren Ergebnisse enthalten.⁶ Wenn aber eine Doku-

⁴ § 630d BGB

⁵ § 630e BGB

⁶ § 630f BGB

mentation aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist sie nach der Rechtsprechung auch aus Rechtsgründen nicht geboten. Selbstverständliche Routinemaßnahmen, wie z.B. die Hautdesinfektion vor einer Injektion, sind ebenfalls nicht dokumentationspflichtig [17].

Wer welche Beweislast trägt, ist einer Übersicht im Supplement zu diesem Fortbildungsartikel zu entnehmen.

12. Für eine Ärztin/einen Arzt sind Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Besteht eine Mitteilungspflicht gegenüber der Patientin/dem Patienten?

Nach dem Patientenrechtgesetz besteht grundsätzlich keine Mitteilungspflicht. Es gibt aber zwei Ausnahmen⁷: Die Patientin/der Patient fragt nach oder es ist zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich. Letzteres ist dann gegeben, wenn ein Zwischenfall eine Folgebehandlung erfordert. Ein Leitfaden des Aktionsbündnisses Patientensicherheit beinhaltet hilfreiche Informationen, über was informiert werden muss, z.B. dass aus dem Zwischenfall ein Folgeschaden resultierte [18].

13. Wie sollte eine Praxis mit Zwischenfällen umgehen?

Um gut auf Zwischenfälle reagieren zu können, sollte jede Arztpraxis klare, am besten schriftliche, Regeln für die Vorgehensweise nach Zwischenfällen festlegen (insb. Kommunikation mit Patientinnen und Patienten). Der o.g. Leitfaden enthält hierfür z.B. eine hilfreiche Checkliste [18]. Eine weitere Handreichung des Gesamtverbands der Versicherer (GDV) gibt Tipps für verschiedene Situationen (z.B. mit Patientinnen/Patienten, dem Gericht oder der Polizei) [19].

Schlussfolgerungen

Behandlungsfehler lösen überwiegend ein zivilrechtliches Verfahren aus, ein Strafverfahren ist sehr viel seltener. Bei Hausärztinnen und Hausärzten besteht ein großer Bedarf an Fortbildungen mit juristischem Bezug.

Daher sollten zukünftig häufiger juristische Inhalte im Rahmen von ärztlicher Aus- und Weiterbildung vermittelt werden, um ein besseres Verständnis für rechtliche Zusammenhänge zu schaffen und das Bewusstsein für die negativen Folgen von Absicherungsmedizin zu schärfen. Die Konzeption von diesbezüglichen Fortbildungen ist in der Planung. Inwieweit eine „Entängstigung“ von Ärztinnen und Ärzten dadurch erreicht werden kann, wird Gegenstand der Begleitevaluation sein.

Bei starker emotionaler Belastung durch Zwischenfälle sollte möglichst frühzeitig Unterstützung gesucht werden, um Folgen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung) entgegenzuwirken [20].

Zusatzmaterial im Internet (www.online-zfa.de)

eTabelle Verteilung der Beweislast

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für die Statistikjahre 2018, 2019 und 2020. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehler-Statistik_2018.pdf, 2019 und 2020 (letzter Zugriff am 11.10.2022)
2. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweiz Arzteztg* 2016; 97: 236–243
3. von Campenhausen J. Es tut mir leid. *Balintj* 2022; 23: 21–23
4. Remmert J. Richtiges Verhalten bei Behandlungsfehlern. *KVH-Journal* 2017; 12: 22–23
5. Fehst M. Medizinische Behandlungsfehler in Thüringen im Zeitraum 1990–2001. *Med. Fak., Universität Jena* 2008
6. Vogel ST. Ärztliches Fehlverhalten: Diese Sanktionen können drohen. *Dtsch Arztebl* 2022; 111: A396
7. Schlitt S. Symposium der Kaiserin-Friedrich-Stiftung: Man sieht sich – vor Gericht. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: A836–837
8. Statistisches Bundesamt. Rechtspflege – Zivilgerichte, Fachserie 10 Reihe 2.1 – 2021. [\[men/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publicationen/Downloads-Gerichte/zivilgerichte-2100210217004.pdf?__blob=publicationFile\]\(http://men/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publicationen/Downloads-Gerichte/zivilgerichte-2100210217004.pdf?__blob=publicationFile\) \(letzter Zugriff am 11.10.2022\)](http://www.destatis.de/DE/The</div><div data-bbox=)

9. Jansen C, Katzenmeier C, Woopen C (Hrsg.). *Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven*. Berlin: Springer-Verlag, 2020
10. Gemeinsamer Bundesausschuss. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie. Stand: 04.08.2022. www.g-ba.de/downloads/62-492-2922/AU-RL_2022-08-04_iK-2022-08-04.pdf (letzter Zugriff am 11.10.2022)
11. Jorzig A, Benson D. Empfehlungen, Richt- und Leitlinien versus Gesetze und Verordnungen. *Krankenhaushygiene up2date* 2022; 17: 83–86
12. Köbberling J. *Behandlungsfehler und Arzthaftung*, Berlin: De Gruyter, 2016: 18
13. VG Augsburg, Urteil vom 01.12.2016, AU 2 K 16.578
14. BGH, Urteil vom 08.02.2022, VI ZR 409/19
15. Köbberling J. *Behandlungsfehler und Arzthaftung*, Berlin: De Gruyter, 2016: 42, 31
16. BGH, Urteil vom 16.04.2013, VI ZR 44/12
17. BGH, Urteil vom 27.04.2021, VI ZR 84/19; OLG Köln, Urteil vom 25.02.1998, 5 U 144/97
18. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS). *Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall*. 3. Aufl. Berlin 2017. www.aps-ev.de (S. 8, Checkliste: Seite 28, letzter Zugriff am 11.10.2022)
19. Gesamtverband der Versicherer (GDV). *Leitfaden: Was tun im Konfliktfall mit einem Patienten?* Berlin, 2014 www.gdv.de/resource/blob/8930/2dd008f331e1a731860f1ca8fa421eed/f-r-rzte-im-fall-eines-m-gli-chen-behandlungsfehlers-338736177-data.pdf (letzter Zugriff am 11.10.2022)
20. Verein PSU (Psychosoziale Unterstützung) Akut e.V., München. *Informationsblatt über die Telefonberatung*. <https://psu-helpline.de/wp-content/uploads/PSU-HELPLINE-Informationsblatt-Praxis-MVZ.pdf> (letzter Zugriff am 11.10.2022); Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Department für psychische Gesundheit. www.be-lastung-im-arztberuf.de (letzter Zugriff am 11.10.2022)

Korrespondenzadresse

Dorothee Oldenburg
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
dorothee.oldenburg@uni-luebeck.de

⁷ § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB