

01.02.2017 **Safety Clip**

Safety Clip: Aufarbeitung ärztlicher Berufshaftpflichtschäden

S. Miller, N. Betke



Mitwirkung des Arztes ist bedeutend

Immer häufiger müssen sich Ärzte damit auseinandersetzen, dass Behandlungen im Nachgang noch einmal überprüft werden, sei es auf Initiative des Patienten – ggf. mit rechtsanwaltlichem Beistand – oder auf Initiative der Sozialversicherungsträger, in letzterem Fall überwiegend in Form von Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Gründe für die Entwicklung

Diese für Ärztinnen und Ärzte negative Entwicklung hat verschiedene Gründe. Zum einen nimmt die Anspruchshaltung der Patienten zu, mitunter sensibilisiert durch die Berichterstattung in den Medien. Doch nicht nur die Patienten, sondern auch die Kostenträger sind heute eher als noch vor einigen Jahren bereit, Entschädigungsansprüche geltend zu machen.

Zum anderen sind die Sozialversicherungsträger im Zuge der via Patientenrechtegesetz erweiterten Patientenrechte gehalten, ihre Mitglieder im Falle vermuteter Behandlungsversäumnisse zu unterstützen. Hinzu kommen eigene wirtschaftliche Interessen der Kostenträger. Ein weiterer Grund für die Zunahme von Patientenansprüchen liegt im medizinischen Fortschritt, der immer differenziertere – und damit risikoreichere – Behandlungsverfahren ermöglicht, wodurch sich zwangsläufig auch die Behandlungsfehlergefahr für Ärzte erhöht.

Motiv für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen

Beweggründe für einen Patienten, Schadenersatzansprüche zu erheben, gibt es viele. Häufig aber ist gerade eine unzureichende Kommunikation zwischen Arzt und Patient der Auslöser für diese Entscheidung. Untersuchungen zeigen, dass Patienten häufig mit dem Umfang der erhaltenen Information unzufrieden sind. Als besonders negativ wird das Fehlen klarer und überzeugender Informationen empfunden, wenn der Patient mit dem Verlauf oder dem Ergebnis der Behandlung generell unzufrieden ist.

Die Erhebungen ergaben im Wesentlichen zwei Hauptgründe, die Patienten zu Schadenersatzforderungen motivieren:

1. Unzufriedenheit mit dem Umfang der Information und damit mangelhafte Verständlichkeit und Genauigkeit
2. Frustration über das Nichterhalten einer überzeugenden Erklärung für das Geschehen

Folgende Motivationen für eine gerichtliche Auseinandersetzung wurden im Rahmen der Erhebungen ermittelt (Mehrfachnennungen waren möglich):

- 50 % – Ermittlung der genauen Umstände des Geschehens
- 46 % – Wunsch nach Ausdruck des Bedauerns
- 38 % – Wunsch nach dezidierte Erklärung des Geschehens
- 33 % – Erzwingung einer Erhöhung der Qualitätsstandards
- 33 % – finanzielle Entschädigung

Die Daten verdeutlichen, dass bei betroffenen Patienten ein großes Bedürfnis besteht, nachvollziehen zu können, wie es zu der Komplikation bzw. zu dem Ausbleiben des gewünschten Erfolges kommen konnte.

Bekanntwerden des Schadenfalls

Bei Bekanntwerden eines Schadenfalls wendet sich der Patient – ggf. anwaltlich vertreten – oder die Krankenkasse in der Regel zunächst an den Arzt, fordert die Krankenunterlagen an und/oder bittet um Mitteilung der Daten des Berufshaftpflichtversicherers. Im Zuge dessen werden entweder sofort konkrete Ansprüche und Behandlungsfehlervorwürfe erhoben oder es wird pauschal der Verdacht eines Behandlungsfehlers ausgesprochen.

Was ist in solch einem Fall zu tun? Wird der betroffene Arzt von einem Versicherungsmakler vertreten, ist dieser unverzüglich zu informieren, damit er die weiteren Maßnahmen mit dem Haftpflichtversicherer absprechen kann. Besteht kein Maklerverhältnis, ist der zuständige Haftpflichtversicherer direkt zu kontaktieren. Keinesfalls ist es empfehlenswert, in einer solchen Situation selbstständig Kontakt zu der Patientenseite oder der Krankenkasse aufzunehmen.

Reaktion der Versicherer auf die negative Entwicklung

Der beschriebene Negativtrend macht es der Ärzteschaft zunehmend schwer, in den Sparten Berufs- und Betriebshaftpflicht einen geeigneten Versicherer zu finden. Prämien erhöhungen sind schon lange keine Seltenheit mehr, sondern die Regel.

Um stetig steigenden Prämien Einhalt zu gebieten, ist es u. a. wichtig, unnötige Kosten bei der Schadenbearbeitung zu vermeiden. Dies ist natürlich zum einen über eine effektive und zeitnahe Bearbeitung aufseiten des Versicherers zu erreichen, aber auch der betroffene Arzt selbst kann etwas dafür tun, indem er den Sachverhalt sorgfältig aufarbeitet.

Aber was bedeutet sorgfältige Aufarbeitung des Sachverhaltes? Gemeint sind zum einen eine ärztliche Stellungnahme, mit der sich der betroffene Arzt mit den unterbreiteten Vorwürfen auseinandersetzt, sowie zum

anderen die Aufarbeitung der Behandlungsdokumentation.

Erarbeitung einer ärztlichen Stellungnahme

Für eine brauchbare Stellungnahme sollte der Arzt das Schreiben der Anspruchstellerseite sehr sorgfältig gelesen haben. Die Vorwürfe sollte er herausfiltern und sie unter Einbeziehung der Behandlungsdokumentation und seines Erinnerungsvermögens prüfen. Erst wenn der Arzt ein klares Bild vor Augen hat, sollte er seine Einschätzung schließlich in seiner Stellungnahme niederlegen.

Anforderung an die Stellungnahme

Die Stellungnahme sollte realistisch und umfassend sein. Wichtig ist, dass sie explizit auf alle Vorwürfe eingeht, aber die für den Sachverhalt irrelevanten Bestandteile des Behandlungsverlaufes außer Betracht lässt. Da der Versicherer für die Prüfung der ärztlichen Stellungnahme üblicherweise Juristen, also medizinische Laien, heranzieht, sollte die Stellungnahme laienverständlich verfasst werden. Auf medizinische Fachtermini ist also weitgehend zu verzichten. Lassen sie sich nicht vermeiden, sind dem Nichtmediziner die medizinischen Hintergründe verständlich zu erklären.

Zudem ist ein zeitnahes Erstellen des Dokuments dringend empfehlenswert, denn in den Anspruchsschreiben werden Fristen für die Rückmeldung des Versicherers gesetzt. In jüngerer Zeit ist zu beobachten, dass – wohl angestoßen durch die negative Berichterstattung – immer mehr Patientenanwälte dazu übergehen, in ihren Aufforderungsschreiben kurze Fristen zu setzen und obendrein einen verschärften Tonfall anzuschlagen. Die kurzen Fristen gelten sowohl für die Mitteilung der Versichererdaten als auch für die Mitteilung der Entscheidung des Versicherers. Verzögerungen verschärfen den anwaltlichen Tonfall in der Regel noch mehr. Dem kann mit dem Einhalten der gesetzten Fristen entgegengewirkt werden.

Das FALLBEISPIEL 1 zeigt, dass sich eine zeitnahe Reaktion kostensparend auswirken kann.

Die ärztliche Stellungnahme sollte darüber hinaus eine objektive Bewertung des Sachverhalts beinhalten. Bei Beteiligung verschiedener Fachbereiche oder bei Inanspruchnahme von Vor- oder Nachbehandlern sollten Schuldvorwürfe vermieden werden.

Bestehen hinsichtlich der Behandlung Bedenken, sollten diese offen und ehrlich kommuniziert werden. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die konkreten Vorwürfe, sondern auch, wenn sonstige Schwachstellen gesehen werden.

Fallbeispiel 1

Während der Operation wird einer Patientin der Tubus mit Pflastern im Gesicht fixiert, obwohl sie im Vorfeld gegenüber dem Arzt angegeben hat, unter einer Pflasterallergie zu leiden. Die Folge sind deutlich sichtbare, große Hautläsionen auf beiden Wangen der Patientin. Vertreten durch eine Rechtsanwältin, fordert sie daraufhin 3.000 Euro Schmerzensgeld zum Ausgleich für die Beeinträchtigung. Zwar räumt der behandelnde Arzt die Vorwürfe im Rahmen der Stellungnahme eindeutig ein, dennoch kommt es durch eine Verkettung unglücklicher Umstände zu einer deutlichen Verzögerung bei der Bearbeitung. Als der Haftpflichtversicherer der Gegenseite sich schließlich mit 3.000 Euro als Schadenausgleich einverstanden

erklärt, hat die Gegenseite bereits Klage eingereicht. Die Klägerin ist nur dann bereit, diese zurückzunehmen, wenn der Haftpflichtversicherer die zusätzlich angefallenen Kosten mit übernimmt. So kostet der Schadenfall den Versicherer am Ende 3.500 Euro statt 3.000 Euro.

Sonderfall: Stellungnahmen im Rahmen eines Gutachter-/Schlichtungsverfahrens vor den Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen

Die Landesärztekammern unterhalten Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen, bei denen Patienten Gutachterverfahren in Auftrag geben können. Da die Verfahrenskosten vom Versicherer getragen werden, haben Patienten auf diesem Wege die Möglichkeit, ein kostenneutrales und unabhängiges Gutachten zu erhalten. Die Verfahren können dazu beitragen, den Streitfall zu deeskalieren. Die Teilnahme ist freiwillig. Eingehende Begutachtungsanträge sind dem Makler/Versicherer weiterzuleiten. Dieser prüft, ob das Verfahren durchgeführt werden soll.

Im laufenden Verfahren ersuchen die Gutachter-/Schlichtungsstellen den betroffenen Arzt um eine Stellungnahme, die dem Patienten und dem zu beauftragenden Gutachter zur Kenntnis gegeben wird. Um die Unvoreingenommenheit des Gutachters nicht zu gefährden, empfehlen wir dringend, in der Stellungnahme zum Behandlungsverlauf von Wertungen Abstand zu nehmen.

Das FALLBEISPIEL 2 verdeutlicht, dass eine nicht wertfreie Stellungnahme Komplikationen und unnötige Verzögerungen zur Folge haben kann.

Fallbeispiel 2

Bei der ambulanten Operation einer fixierten Nabelhernie mit Reposition des Bruchsacks und Einlage eines Patches kommt es bei einem männlichen Patienten zu einer Darmläsion, die sich intraoperativ nicht gezeigt hat. Über das Risiko dieser Komplikation ist der Patient im Vorfeld aufgeklärt worden. Als entsprechende Symptome beim Patienten auftreten, unterzieht er sich elf Tage nach dem Ersteingriff einer Revisionsoperation, die ein folgenloses Ausheilen der Darmläsion sehr wahrscheinlich macht. Der Patient erhebt, vertreten durch einen Rechtsanwalt, Ansprüche gegenüber dem behandelnden Arzt.

Dieser stellt den Sachverhalt in einer Stellungnahme dar. Diese beinhaltet u. a. einen Passus, in dem der Arzt erklärt, es sei das erste Mal in seiner 25-jährigen Tätigkeit, dass es bei einer von ihm vorgenommenen Bruchoperation zu einer Dünndarmverletzung beim Patienten gekommen sei. Er halte in diesem Fall eine gütliche Einigung für angezeigt.

Der Berufshaftpflichtversicherer des Arztes, der den Fall anhand der ärztlichen Stellungnahme beurteilt, lehnt eine Haftung ab. Der Patient akzeptiert dies nicht und wendet sich an die Gutachterkommission. Auf deren Geheiß muss der Arzt nun noch eine weitere Stellungnahme verfassen. Im Vorfeld weist ihn der Makler/Versicherer ausdrücklich darauf hin, seine persönliche Einschätzung außen vorzulassen, damit der Sachverständige im Gutachterverfahren nicht beeinflusst wird.

Zu einer ordnungsgemäßen Aufarbeitung gehört auch die Prüfung der Behandlungsdokumentation und, sofern vorhanden, der bildgebenden Befunde. Die in der Stellungnahme genannten Aspekte müssen für den Versicherer nachvollziehbar sein und mit der Behandlungsdokumentation konform gehen. Es versteht sich von selbst, dass die Stellungnahme nichts enthalten darf, das mit den Behandlungsunterlagen nicht im Einklang oder sogar im Widerspruch zu ihnen steht. Durch die medizinische Aufarbeitung sollte der Versicherer in die Lage versetzt werden, die Vorwürfe realistisch einschätzen zu können.

Handlungsoptionen des Versicherers

Nach Sichtung der vom Arzt eingereichten Unterlagen (Stellungnahme und Behandlungsunterlagen) entscheidet der Versicherer über das weitere Vorgehen. Dabei bieten sich ihm verschiedene Optionen.

Hält der Versicherer nach eingehender Prüfung die Vorwürfe für unbegründet, lehnt er die Haftung ab. Dies geschieht in schriftlicher Form und bestenfalls unter Berücksichtigung sämtlicher vom Anspruchsteller geäußerten Vorwürfe, um diesen nach Möglichkeit zu überzeugen. Kommt der Versicherer zu dem Schluss, dass eine Fehlbehandlung stattgefunden hat, wird er eine außergerichtliche Vergleichslösung anstreben und über die Höhe der Forderung verhandeln. Die Praxis zeigt immer wieder, dass besonders in Fällen, bei denen die Haftung eindeutig ist, eine zeitnahe Reaktion das Regulierungsklima begünstigt. Sind die Forderungen überschaubar, hat der Versicherer – auch wenn die Haftungsfrage noch nicht abschließend geklärt ist – die Möglichkeit, im Sinne einer zeitnahen und wirtschaftlichen Schadenbearbeitung einen Risikovergleich abzuschließen.

In Fällen mit komplexen Behandlungsabläufen empfiehlt es sich häufig, einen neutralen Gutachter einzuschalten. Möglich ist auch das Einholen eines internen Gutachtens. Alternativ kann dem Patienten eine gutachterliche Überprüfung durch die örtlich zuständigen Gutachter-/Schlichtungsstellen angeboten werden.

Fazit

Es ist wichtig, den Versicherer durch vollständige und objektiv aufbereitete Unterlagen in die Lage zu versetzen zu entscheiden, welche weitere Vorgehensweise gegenüber dem Anspruchsteller optimal ist. Das sorgfältige Aufarbeiten des Behandlungsverlaufes gibt dem betroffenen Arzt die Möglichkeit, selbst einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf zu nehmen. Unnötige Kosten für Prozesse und Gutachten lassen sich so in vielen Fällen vermeiden.

Miller S. / Betke N. Safety Clip: Aufarbeitung ärztlicher Berufshaftpflichtschäden: Mitwirkung des Arztes bedeutend. Passion Chirurgie. 2017 Februar, 7(02): Artikel 04_03.

Autoren des Artikels



Sandra Miller

Rechtsanwältin

Unternehmensbereich Schaden, Abteilung Krankenhaus

Ecclesia Holding GmbH

Ecclesiastraße 1-4

32758 Detmold

[> kontaktieren](#)



Nadja Betke

Ass.jur.

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH

Ecclesiastraße 1-4

32758 Detmold