

Intensivmedizin up2date

4 · 2019

Allgemeine Intensivmedizin 1

Verhalten nach Komplikationen

Elmar Biermann

VNR: 2760512019156642496
DOI: 10.1055/a-0793-6586
Intensivmedizin up2date 2019; 15 (4): 383–395
ISSN 1614-4856
© 2019 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Beatmungsstrategien bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung A. Kersten, M. Dreher Heft 3/2019

Notfall Sepsis: Erkennen, Diagnose, Therapie M. Gründling, S. Gibb, A. Kühn Heft 3/2019

Behandlung von Tuberkulose auf der Intensivstation J. Geiseler, K. Avsar Heft 3/2019

Akutes Leberversagen M. Busch, K. Stahl, M. P. Manns Heft 2/2019

Volumentherapie C. S. Bruells, A. Schindler Heft 2/2019

Akutes Lungenversagen (ARDS) C. Lotz, P. M. Lepper, R. M. Muellenbach Heft 2/2019

Point-of-Care-Sonografie in der Intensivmedizin C.-A. Greim Heft 2/2019

Beatmungsstrategien in der Intensivmedizin P. Spieth, C. Uhlig Heft 1/2019

Neue Definitionen der Sepsis T. Schmoch, M. Bernhard, F. Uhle, J. Bickenbach, G. Marx, T. Brenner, M. A. Weigand Heft 4/2018

Fieber in der Intensivmedizin R. Kopp Heft 4/2018

Medizinisches Qualitätsmanagement: Qualitätsindikatoren O. Kumpf, R. Riessen, R. Dubb, A. Kaltwasser Heft 3/2018

Lungenersatzverfahren J. Bickenbach Heft 2/2018

Infektionen unter medikamentöser Immunsuppression bei transplantierten Intensivpatienten P. Lutz, C. P. Strassburg Heft 2/2018

Differenzierter Einsatz kardiovaskulär wirksamer Substanzen S. Rehberg Heft 2/2018

Update: Immunsuppression bei Organtransplantationen D. Kniepeiss, A. R. Rosenkranz, P. Fickert, P. Schemmer Heft 1/2018

Diagnostik der Sepsis T. Schürholz Heft 1/2018

Der mangelernährte Patient auf der Intensivstation H.-G. Bone, C. Sandfeld, F. Kleynmans Heft 1/2018

Strukturierte Patientenübergabe D. J. Höchter, V. von Dossow Heft 1/2018

Virale Atemwegserkrankungen – neue Viren M. Kleines Heft 4/2017

Innerklinisches Notfallmanagement J.-C. Schewe, S. Lenkeit, S. Seewald, B. Jakisch, T. Jantzen Heft 4/2017

High-Flow-Sauerstofftherapie in der Intensivmedizin M. Simon, J. Grensemann, S. Kluge Heft 3/2017

Prävention von Clostridium-difficile-Infektionen S. Kolbe-Busch Heft 3/2017

Pharmakokinetik bei Anwendung von Nierenersatzverfahren auf Intensivstation E. Michael, T. Dimski, D. Kindgen-Milles Heft 2/2017

Ernährung – Bedeutung von Spurenelementen und Vitaminen C. Goeters Heft 2/2017

Schlaf in der Intensivmedizin G. Sofianos, W. Dohrn, W. Randerath Heft 4/2016

Antibiotikadosierung bei adipösen und bei kritisch kranken Patienten E. Meyer Heft 4/2016

Früh einsetzende Physiotherapie auf der Intensivstation J. Bräunig, B. Ellger, A. Gottschalk Heft 3/2016

Der schwierig zu weanende Patient J. Bickenbach Heft 3/2016

Säure-Basen-Störungen C. Hafer Heft 2/2016

Intensivpflichtige Virusinfektionen der unteren Atemwege N. Drick, T. Welte Heft 2/2016

Venovenöse extrakorporale Membranoxygenierung A. Schmutz, C. Benk, T. Wengenmayer Heft 2/2016

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/intensiv-u2d>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: www.thieme.de/eref-registrierung

Verhalten nach Komplikationen

Elmar Biermann



In dem Maße, in dem sich das Risiko einer Anästhesie für den Patienten minimiert hat, stieg die Gefährlichkeit für Anästhesisten: Anästhesisten leben gefährlich – im Hinblick auf ihr forensisches Risiko. Angesichts drohender juristischer Auseinandersetzungen ist es für den Arzt unerlässlich zu wissen, wie er sich aus Rechtsgründen nach einem Zwischenfall verhalten sollte.

ABKÜRZUNGEN

AHB	Allgemeine Haftpflichtbedingungen
BÄO	Bundesärzteordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
DBA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung

Einleitung

2011 wurde die Frage gestellt: „Ist Anästhesie gefährlich?“ [1]. Gemeint war das Risiko für den Patienten. Durch die Einführung von Sicherheitsstandards und verbesserte Aus-/Weiterbildung konnte, so die Autoren, die anästhesieassoziierte Mortalität von 6,4 auf 10 000 in den 1940er-Jahren auf 0,4 auf 100 000 Patienten reduziert werden. 2014 zeigte eine Untersuchung von Anästhesien bei geplanten Eingriffen bei ansonsten weitgehend gesunden Patienten 7,3 schwere Zwischenfälle pro 1 Mio. Behandlungsfälle [2].

Doch wie gefährlich ist Anästhesie für den Anästhesisten? Opperbecke [3] hat 1985 festgestellt:

Merke

„Anästhesisten leben gefährlich – im Hinblick auf ihr forensisches Risiko“.

Das Paradoxon ist oft beschrieben worden: Durch zunehmende Perfektionierung der Medizintechnik und die fortschreitende (Sub-)Spezialisierung in den medizinischen

Fachgebieten ist das Behandlungsrisiko für den Patienten gesunken, doch gleichzeitig stieg das forensische Risiko, d. h. die Gefahr, mit Schadensersatzansprüchen, Klagen, Strafanzeigen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren konfrontiert zu werden, für den Arzt drastisch.

Die Antragsentwicklung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen indes ist seit 2014 rückläufig: 2014 wurden 12 503 und 2018 nur noch 10 839 Anträge gestellt. 2018 wurde in 25% der Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt [4]. Ob die Tendenz der Arzthaftungsprozesse und/oder Strafverfahren gegen Ärzte tatsächlich steigend ist oder sich auf „hohem Niveau“ [5] eingependelt hat, mag dahinstehen. Jedenfalls gilt, dass der Minimierung des medizinischen Risikos für den Patienten leider keine Minimierung des forensischen Risikos für die beteiligten Ärzte gegenübersteht.

Zu den haftungsträchtigen Fachgebieten gehört die Anästhesie, sie steht 2017 auf Platz 6 in der „Hitliste“ der Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, nach der Neurochirurgie und vor der Geburtshilfe [6].

Ulsenheimer [7] weist zu Recht darauf hin, dass es für diesen Anstieg keine „monokausale Erklärung“ gibt, und führt u. a. an:

- Verlust des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, Wandel der ärztlichen Behandlung zu einer „rein geschäftsmäßigen, vertraglichen Beziehung“. Die Unpersönlichkeit vieler Großkrankenhäuser mit dem Mangel an vertrauensbildendem Kontakt zwischen Patient und Arzt stellen eine „Quelle von Misstrauen und Skepsis“ dar, ein geradezu idealer Nährboden für Vorurteile.
- Spezialisierung und Subspezialisierung erfordern eine immer komplizierter werdende Organisation und Arbeitsteilung innerhalb der Fachvertreter und dem Pfl-

gepersonal, allein die größere Zahl der Beteiligten erhöht das Risiko von Fehlern.

- Das gerade durch die Fortschritte der Medizin oft übersteigerte Anspruchsdenken und die „überzogene Erwartungshaltung der Patienten“ schließt aus der Sicht der Patienten einen Misserfolg aus.
- Die stärkere Konfliktbereitschaft von Patienten, unterstützt durch Rechtsschutzversicherungen, „vermindert die psychologische Hemmschwelle, gegen seinen Arzt vorzugehen“, nicht selten gefördert durch einseitige antiärztliche Berichterstattung in Presse und Medien über die ‚Halbgötter in Weiß‘ und reißerisch aufgemachte Presseberichte über ärztliche Fehler.

Hinzu kommt eine Stärkung der Patientenrechte durch Politik und Gesetzgebung. Nach § 66 Sozialgesetzbuch V (SGB V) sollen die Krankenkassen ihre Versicherten mithilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen. Es mutet zynisch an, wenn man sich vorstellt, dass die Krankenkasse, die dem Krankenhaus das Geld für die notwendige räumlich-apparative, aber vor allem auch personelle Infrastruktur nicht zur Verfügung stellt, einem dadurch geschädigten Patienten dann über die Einschaltung des MDK bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen gegen das Krankenhaus und die beteiligten Ärzte hilft.

Wichtig zu wissen

Jeder – auch geringfügige – Verstoß gegen die im Fachgebiet geltenden Sorgfaltspflichten einschließlich der Aufklärungspflichtverletzungen und eingeschlossen auch Organisationsfehler kann zur zivilrechtlichen Haftung und/oder strafrechtlichen Verantwortlichkeit führen.

Misserfolg allein hat noch keine forensischen Konsequenzen, denn Arzthaftung beruht auf dem Verschuldensprinzip. Nur der für den schädlichen „Erfolg“ ursächliche und dem Arzt vorwerfbare Pflichtverstoß führt zu Schadensersatzansprüchen einschließlich Schmerzensgeld bzw. zu strafrechtlichen Sanktionen.

Merke

Voraussetzung zivilrechtlicher Haftung und strafrechtlicher Verantwortung ist die „Trias“ Pflichtverletzung – Schaden – Ursachenzusammenhang zwischen Pflichtverletzung und Schaden.

Mit anderen Worten: Der Schaden, den der Patient erlitten hat, muss ursächlich auf einen (vorsätzlichen oder fahrlässigen) Pflichtverstoß des Anästhesisten zurückzuführen sein.

Zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortung

Im Fokus möglicher Konsequenzen stehen zivilrechtliche Haftung und die strafrechtliche Verantwortung, die jedoch voneinander zu unterscheiden sind (zu weiteren möglichen Konsequenzen berufs- und arbeitsrechtlicher Art s. [8]).

Zivilrechtliche Haftung

Bei der zivilrechtlichen Haftung geht es um einen finanziellen Ausgleich für erlittene materielle oder immaterielle Schäden. Zum Schutz vor Ersatzansprüchen, die sich gegen den behandelnden Arzt richten, zwingt inzwischen § 6 Abs. 1 Ziffer 5 Bundesärzteordnung (BÄO) jeden Arzt, sich ausreichend gegen die aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, um die ärztliche Approbation nicht zu gefährden (s. a. § 12 Muster-Berufsordnung).

Eine Klage vor einem Zivilgericht kommt nicht von Amts wegen, sondern nur dann in Gang, wenn eine Person vor Gericht Klage erhebt („Wo kein Kläger, da kein Richter“). Im Zivilverfahren erforscht das Gericht den Sachverhalt nicht, sondern legt das zugrunde, was die Beteiligten vortragen. Nur wenn entscheidungserheblicher Sachverhalt zwischen den Parteien umstritten ist, erhebt das Zivilgericht Beweis, z. B.

- durch Sichtung von Urkunden (z. B. Anästhesieprotokoll),
- durch Einholung von Gutachten,
- durch Befragung von Sachverständigen und/oder Zeugen.

Merke

Grundsätzlich muss zwar der Patient seinen Schaden, den Fehler des Arztes und den Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden beweisen, doch hilft die Rechtsprechung dem Patienten durch Beweiserleichterungen zulasten des Arztes bzw. des beklagten Krankenhauses bis hin zur Umkehr der Beweislast, insbesondere bei groben Behandlungsfehlern und Dokumentationsmängeln (§ 630h Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]).

Können entscheidungserhebliche Umstände nicht bewiesen werden, verliert derjenige den Prozess, der dafür die Beweislast trägt, d. h. im Arzthaftungsprozess bei groben Behandlungsfehlern und Dokumentationsmängeln der Arzt/das Krankenhaus.

Anders bei der Einwilligung nach Aufklärung: Hier muss der Arzt beweisen, dass der Patient hinreichend aufgeklärt wurde und wirksam in den Eingriff eingewilligt hat.

Strafrechtliche Verantwortung

Im Strafverfahren ist die Situation anders. Hier gibt es keine Umkehr der Beweislast, das Verfahren kommt von Amts wegen in Gang, wenn es hinreichende Verdachtsmomente für die Einleitung eines Strafverfahrens gibt. Es geht um einen persönlichen Schuldvorwurf, im „worst Case“ um eine Vorstrafe (Geldstrafe, in letzter Zeit vermehrt aber auch Freiheitsstrafen) und deren höchstpersönliche, u. a. die berufliche Existenz gefährdende Folgen, häufig begleitet von großem medialem Interesse.

Merke

Wichtig zu wissen: Zivil- und strafrechtliche Konsequenzen schließen sich weder aus noch präjudizieren sie sich wechselseitig. Sie bestehen unabhängig nebeneinander und können, insbesondere wegen der unterschiedlichen Beweisregeln, verschiedenen Ausgang nehmen: Verlust des Haftungsprozesses, aber Freispruch im Strafverfahren – der umgekehrte Fall ist eher die Ausnahme.

Zwischenfälle in der Anästhesie sind selten, aber (von Zahnschäden abgesehen) in der Regel in ihren Folgen – etwa beim misslungenen Atemwegsmanagement – schwerwiegend. Komplikationen und Zwischenfälle sind deshalb nicht nur medizinisch, sondern auch rechtlich zu bewältigen. Der rechtlichen Bewältigung sollen die nachfolgenden Hinweise dienen.

TIPP

Auf der Homepage des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten (BDA) findet sich der „Juristische Notfallkoffer“ [9], der Verhaltenshinweise bei und nach einem Zwischenfall beschreibt. An diesen bewährten Hinweisen orientiert sich die nachfolgende Darstellung.

Diesem Dokument, mit freundlicher Genehmigung der Autoren Ulsenheimer u. Bock, entstammen die nachfolgenden Zitate, soweit nicht anders kenntlich gemacht.

Dos and Don'ts

Mit den Betroffenen sprechen

An erster Stelle steht zwar das medizinische Zwischenfallsmanagement. Aber die behandelnden Ärzte müssen sich bewusst sein, dass der Patient und/oder seine Angehörigen wissen wollen, was passiert ist und warum (s. hierzu [8]).

Mithin ist alsbald nach dem Ereignis die Aussprache mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen zu suchen, da „vor allem die fehlende Gesprächsbereitschaft“ häufig „Ursache für Misstrauen, Verärgerung oder Gegner-

schaft“ ist und in der Folge dann zu „Schadenersatzansprüchen oder einer Strafanzeige“ führen kann. Doch ist „das Gespräch mit dem geschädigten Patienten und/oder seinen Angehörigen nicht nur sehr schwierig, sondern auch eine zweiseitige Sache und häufig eine Gratwanderung zwischen Selbstbezeichnung und Selbstverteidigung mit der Gefahr der Fehldeutung und Missverständnissen“.

Deshalb sollte diese Aussprache dem Patienten/den Angehörigen zwar zeitnah angeboten werden, aber „wenn möglich, gut vorbereitet werden“ und „niemals alleine stattfinden ...“, zu oft werden nämlich Worte missverstanden oder aus bestimmten Formulierungen Schuldbekenntnisse abgeleitet, um sie später dann dem beschuldigten Arzt entgegenzuhalten“.

Wenn der Zwischenfall den Assistenzarzt oder den Oberarzt betrifft, dann sollte der Chefarzt der Abteilung das Gespräch mit dem Patienten/seinen Angehörigen führen, „zumindest aber daran teilnehmen“. Er sollte auch darauf hinwirken, dass „mit einer Zunge“ gesprochen wird, d. h. keine unterschiedlichen Auskünfte von verschiedenen Personen gegeben werden. Dabei darf jedoch keine Zeugenbeeinflussung erfolgen!

TIPPS

In dem Gespräch sollte grundsätzlich von Wertungen und Hypothesen über den Ursachenverlauf und das Verhalten anderer abgesehen werden.

Niemand konfrontiert sich gerne mit Misserfolgen, dennoch: Dem Gespräch mit dem Patienten sollte nicht ausgewichen werden.

Denn das Gespräch mit dem Patienten oder seinen Angehörigen ist oftmals die „entscheidende Weichenstellung für den weiteren Geschehensverlauf“. In diesem Gespräch „sollte der Arzt auf die Fragen und Sorgen des Patienten bereitwillig eingehen, die Vorgänge, soweit möglich, erklären, offen die Fakten nennen, bereitwillig Einsicht in die Unterlagen (soweit vorhanden) geben und seine Kooperationsbereitschaft deutlich machen“, aber nicht „von oben herab“ auftreten oder „hektisch und unter Zeitdruck“ handeln.

Merke

Wichtig: Die Gesprächsinhalte sind sorgfältig zu dokumentieren.

Es sollte kein Schuldanerkenntnis, d. h. eine Erklärung, dass der Schaden reguliert werde, abgegeben werden. Auch wenn das Anerkenntnisverbot, zu dem die Haftpflichtversicherer früher ihre Versicherungsnehmer verpflichtet hatten, entfallen ist, kann eine Anerkennung an sich unbegründeter Ansprüche im schlimmsten Fall dazu

führen, dass der Arzt für den Schaden selbst einstehen muss, im Minimum droht eine Verschlechterung der Beweislage zulasten des Arztes.

Zutreffende Angaben zum Sachverhalt stellen den Versicherungsschutz nicht infrage. Den Krankheits- und Behandlungsverlauf – allerdings ohne Erklärungen zur Schuldfrage – kann der Arzt wahrheitsgemäß erläutern, von dieser Möglichkeit sollte er auch Gebrauch machen. Ein offenes, empathisch geführtes Gespräch kann Vertrauen bewahren oder schaffen – und damit letztlich helfen, forensische Konsequenzen zu vermeiden.

Sollte allerdings bereits eine Strafanzeige erfolgt sein, dann „erscheint das Gespräch ... nicht mehr sinnvoll“. Eine „schriftliche, ehrlich gemeinte Äußerung des Bedauerns“ kann sich jedoch für das „weitere Verfahren günstig auswirken“.

Niemand ist verpflichtet, sich selbst zu beschuldigen und durch eigenes Tun an seiner Strafverfolgung mitzuwirken; der Arzt hat das Recht, schuldhaftes Verhalten zu leugnen.

Dennoch gibt es eine Pflicht zur Fehleroffenbarung. So hat der Bundesgerichtshof (BGH) festgestellt: „Ein Arzt, der erkennt oder damit rechnen muss, dass er seinem Patienten eine Gesundheitsschädigung zugefügt hat, ist – auch wenn das Behandlungsverhältnis beendet ist – aus dem fortwirkenden Arztvertrag heraus verpflichtet, von sich aus alles zu tun, um die Auswirkung der Schädigung so gering wie möglich zu halten.“ [10]

Das bedeutet, so das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz [11], der Arzt ist „verpflichtet, von den Komplikationen und einem drohenden weiteren Schaden den Patienten und dessen (Haus-) Arzt zu unterrichten, damit eine sachgerechte Nachbehandlung oder Vorsorge für den Fall des Eintritts des drohenden Schadens eingeleitet werden kann“.

Nunmehr ist die Fehleroffenbarungspflicht in den „Informationspflichten“ des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) geregelt. Dort heißt es: „Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“ (BGB, §§ 630 Abs. 2 S. 2)

Das Gesetz spricht von Behandlungsfehlern, es erwähnt Aufklärungsfehler nicht.

Nur wenn dem Behandelnden Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, besteht diese Informationspflicht, und auch dann nur, wenn

- der Patient nachfragt oder

- dies zur Abwehr der gesundheitlichen Gefahren notwendig ist.

Konkrete Sanktionen sieht das Gesetz bei einem Verstoß nicht vor. Gleichwohl ist diese Vorschrift unter dem Aspekt des Selbstbelastungsverbot nicht unproblematisch. § 630c Abs. 2 S. 3 BGB versucht, dies dadurch zu entschärfen, dass die Information in einem gegen den Behandelnden oder gegen seine Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden darf [12].

Umgang mit der Presse

Ein Hinweis an dieser Stelle zum „professionellen Umgang mit der Presse, falls Stellungnahmen abgegeben werden sollen oder aber von Pressevertretern Fragen gestellt werden“: Nicht jeder, der zu diesem Fall etwas sagen könnte, sollte der Presse Rede und Antwort stehen, „vielmehr muss die Kommunikation mit der Öffentlichkeit ausschließlich in einer Hand liegen und notfalls muss bei aktuellen Vorkommnissen, auf die es schnell und richtig zu reagieren gilt, ein entsprechend versierter Medienberater hinzugezogen werden“ [13].

Dokumentation

Bei Zwischenfällen oder Komplikationen ist eine „umfassende sofortige Dokumentation aller Maßnahmen“ oft nicht oder nur schwer vereinbar mit der gebotenen, zeitgerechten Versorgung des Patienten. Doch „gerade in diesen Notfallsituationen“ ist „die Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht (vgl. § 630f BGB) prozessual wegen der Haftungsträchtigkeit [...] von größter Bedeutung“. Umso wichtiger ist es daher, in unmittelbarem Anschluss an den Eintritt des Zwischenfalls, „unverzüglich („ohne schuldhaftes Zögern“) und jedenfalls zeitnah, die Krankenakte zu vervollständigen, die fehlenden Eintragungen vorzunehmen und die Ergebnisse exakt schriftlich in den Krankenunterlagen festzuhalten“, und dies in Ruhe und ohne Hektik.

Merke

Wichtig: „Die in dieser Weise erstellte ärztliche Dokumentation hat Urkundqualität und daher die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit.“

Werden Korrekturen erforderlich, weil „etwas vergessen oder unzutreffend“ dargestellt wurde, „sind diese entweder an der entsprechenden Stelle oder aber im fortlaufenden Text anzubringen, in jedem Fall aber durch Angabe des Eintragsdatums als nachträglich geschrieben zu kennzeichnen, da andernfalls der Tatbestand der Urkundenfälschung erfüllt ist“.

Von den Krankenunterlagen sollten Fotokopien, von Röntgenaufnahmen etc. Duplikate angefertigt werden. „Denn wenn es zu einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren mit Beschlagnahme der Unterlagen

kommt, erhält der Beschuldigte selbst keine Akteneinsicht, sondern kann diese nur über seinen Verteidiger erlangen, und selbst dann besteht ein Rechtsanspruch erst nach Abschluss der Ermittlungen, die Jahre dauern können“.

Besonders wichtig ist die persönliche Dokumentation: „Jeder Betroffene sollte für sich persönlich genaue Aufzeichnungen, d. h. ein Gedächtnisprotokoll über den Ablauf des Zwischenfalls bzw. der Komplikation, markante Zeitpunkte, die Länge bestimmter Zeitphasen, die beteiligten Personen, Besonderheiten in der Person des Patienten, Auffälligkeiten im Umfeld, den oder die Namen der Mitpatienten und dergleichen machen“. Ein besonderes Problem liegt darin, dass diese Unterlagen beschlagnahmefähig sind, deshalb „müssen sie vor dem Zugriff der Strafverfolgungsbehörden sicher aufbewahrt werden. Sie gehören nicht zu den Krankenblattunterlagen, sondern sind persönliche Notizen des betroffenen Arztes“.

Herausgabe der Unterlagen

Der Patient hat nicht nur ein Recht auf Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte, sondern er hat auch Anspruch auf Abschriften (Fotokopien) sämtlicher Unterlagen (vgl. § 630 g Abs. 2 BGB). Der Arzt sollte diese Einsicht bereitwillig dadurch ermöglichen, dass er Fotokopien sämtlicher Unterlagen herstellen lässt, sie mit der schriftlichen Bestätigung ihrer Vollständigkeit und Richtigkeit versieht und sie dem Patienten bzw. dem Anwalt aushändigt. Originale sollten möglichst nicht herausgegeben werden. Soweit dies, wie etwa bei Röntgenunterlagen etc., nicht zu vermeiden ist, sollten zuvor Kopien angefertigt und die Übergabe der Originale sollte quittiert werden.

Auch der Kriminalpolizei oder der Staatsanwaltschaft sollten die Unterlagen freiwillig herausgegeben werden, unabhängig davon, ob ein Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschluss vorgelegt wird. Eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ist nicht zu befürchten, wenn der Arzt sich vergewissert, „dass die Aushändigung der Krankenblattunterlagen unabwendbar ist und auf hoheitlicher Anordnung beruht“. Hier mag der Beschlagnahmebeschluss „der Dokumentation bzw. Legitimation“ dienen, unbedingte Voraussetzung der Herausgabe ist er nicht.

Bei „Durchsuchungs- und Beschlagnahmeaktionen“ empfiehlt sich die „Abordnung“ eines Mitarbeiters „zum Heraussuchen von Unterlagen und/oder die eigene Mitwirkung bei dieser Tätigkeit“, weil sie „nicht nur die Durchsuchung“ beschleunigt, sondern „auch ein entspannteres, nicht von Feindseligkeit geprägtes Klima“ schafft, das „letztlich dem Beschuldigten nur nützlich sein kann“.

Allerdings sollte der Arzt „im Falle einer Durchsuchung und Beschlagnahme sofort einen Anwalt verständigen und ihn bitten, den Ermittlungshandlungen beizuwohnen. Auch der Anwalt kann die Zwangsmaßnahme zwar nicht verhindern, aber allein durch seine Anwesenheit dafür sorgen, dass die dem Arzt unbekanntem Rechtsvorschriften peinlich genau beachtet werden und im Übrigen natürlich durch Beratung zur Beruhigung und Versachlichung der Atmosphäre beitragen“. Von Rechtsmitteln gegen Zwangsmaßnahmen wird in aller Regel abgeraten, „da der Rechtsschutz in diesem frühen Stadium gänzlich ineffektiv und deshalb fast ausnahmslos nutzlos ist“.

TIPP

Von sämtlichen Krankenunterlagen sollten Kopien oder Duplikate angefertigt werden, damit auch bei/nach Beschlagnahme der Originalunterlagen der Behandlungsablauf jederzeit, etwa im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens, rekonstruierbar bleibt!

Dem Haftpflichtversicherer und dem Dienstherrn bzw. Krankenhausträger/ Krankenhausverwaltung Meldung machen

Merke

Wichtig ist die unverzügliche Meldung eines Schadensereignisses, soweit es Haftpflichtansprüche zur Folge haben könnte, unabhängig davon, ob man ein persönliches Fehlverhalten ausschließt, an den Haftpflichtversicherer; im Krankenhaus auch an die Krankenhausverwaltung und natürlich an die Vorgesetzten.

Cave

Eine nicht rechtzeitige Information des Versicherers kann den Versicherungsschutz gefährden.

Nicht erst dann, wenn ein Schreiben des Rechtsanwaltes vorliegt oder gar schon eine Klage erhoben wurde, sondern bereits dann, wenn konkrete Anhaltspunkte die Erhebung von Schadensersatzforderungen möglich machen, ist eine Information der Haftpflichtversicherung geboten.

Vielfach wird diese eine schriftliche Stellungnahme von den Beteiligten einfordern. Hier ist Vorsicht geboten: „Da die Einleitung eines Strafverfahrens möglich ist, können sämtliche Unterlagen beschlagnahmt und die Adressaten des Berichtes als Zeugen vernommen werden. Alles, was der Arzt also freimütig und wahrheitsgemäß ... offenbart, kann auf diese Weise zur Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden gelangen und ggf. zu seinen Ungunsten verwandt werden.“

Deshalb sollten sich derartige Mitteilungen „ausschließlich auf die Schilderung des Tatbestandes – ohne alle Wertungen – beschränken, d. h.

- auf den tatsächlichen Geschehensablauf,
- die objektive Chronologie der Ereignisse,
- ohne
 - eigene Beurteilung,
 - subjektive Meinungsäußerungen,
 - Vermutungen, Spekulationen,
 - Schuldeingeständnisse oder
 - Schuldzuweisungen.

Kurzum:

Merke

Die Mitteilungen sollten sich beschränken „auf reinen Tatsachenvortrag, wie er sich aus den Krankenblattunterlagen, dem Operationsbericht, dem Anästhesieprotokoll u. a. ergibt“.

Nach den Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB) gilt der Versicherer als bevollmächtigt (in Zivilsachen), alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder der Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben (sogenannte Regulierungsvollmacht). Deshalb wird der Arzt dem Patienten bzw. dem Rechtsanwalt, der Ansprüche stellt, nur Name und Anschrift des Haftpflichtversicherers mitteilen. Jede weitere selbstständige Aktivität wäre verfehlt, vielmehr sollte jegliche Korrespondenz mit dem Patienten bzw. dessen Anwalt nun dem Versicherer überlassen werden.

Anwaltliche Vertretung

Soweit nötig, wird die Haftpflichtversicherung dem Arzt auch einen Rechtsanwalt stellen. Die Einschaltung eines eigenen Rechtsanwaltes ist dem betroffenen Arzt zwar nicht verboten, ist der Versicherer damit aber nicht einverstanden, muss der Arzt damit rechnen, für die Anwaltskosten unter Umständen selbst aufkommen zu müssen.

Diese Regulierungsvollmacht der Haftpflichtversicherung gilt allerdings nur in Zivilsachen, nicht in Strafsachen. In Strafsachen ist der Arzt auch in der Wahl seines Rechtsanwaltes völlig frei.

Einschaltung von Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen prüfen

Unbestritten leisten die bei den Ärztekammern angesiedelten ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen einen wesentlichen Beitrag zur außergerichtlichen Streitbeilegung. Im Konfliktfall sollte die Anrufung der zuständigen Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle erwogen werden, doch setzt dies in der Regel das Einverständnis sowohl des Patienten als auch des Arztes voraus. Der Arzt allerdings darf seine Zu-

stimmungserklärung nur im Einverständnis mit dem zuständigen Haftpflichtversicherer abgeben. In der Praxis ist dies meist unproblematisch, die Einschaltung dieser Institutionen wird sogar häufig von den Haftpflichtversicherungen angeraten.

Allerdings bindet ein Votum der Schlichtungsstellen/Gutachterkommission „weder den Patienten noch den Arzt und seine Haftpflichtversicherung.“ Unbeschadet und unabhängig vom Ergebnis der Begutachtung bleibt die Erhebung einer zivilrechtlichen Klage möglich. Doch die Entscheidungen der Schlichtungsstellen/Gutachterkommissionen präjudizieren vielfach den weiteren Verlauf, weshalb eine „professionelle Vertretung empfehlenswert“, aber nicht zwingend ist.

Den eigenen Rechtsanwalt unterstützen

Kommt eine vorprozessuale Einigung mit dem Patienten bzw. seinen Hinterbliebenen nicht zustande, schließt sich meist ein Gerichtsverfahren an, in aller Regel vor dem Landgericht. Vor dem Landgericht herrscht Anwaltszwang, das bedeutet, dass jede Partei, also auch der Arzt/der Krankenhausträger, anwaltlich vertreten sein muss. Die zivilrechtliche Prozessführung liegt dann in der Hand des Rechtsanwaltes, der in der Regel von der Haftpflichtversicherung benannt wird. Dies bedeutet aber nicht, dass der Arzt außen vor ist. Ganz im Gegenteil: Der Arzt sollte den Rechtsanwalt aktiv unterstützen und ihn „sorgfältig und rechtzeitig informieren. Er sollte auch die Schriftsätze auf korrekte Sachdarstellung überprüfen und zu gegnerischen Schriftsätzen alsbald und umfassend Stellung nehmen“.

Eher selten wird in einem Arzthaftungsprozess der Sachverhalt, über den das Gericht entscheiden soll, unstrittig sein. Umso mehr kommt es dann auf das Ergebnis einer Beweisaufnahme an. An Beweisterminen, z. B. wenn es um die Vernehmung von Zeugen oder die Anhörung von Sachverständigen geht, sollte der Arzt „auch ohne Ladung nach Möglichkeit in Abstimmung mit dem Rechtsanwalt teilnehmen. Dasselbe gilt für mündliche Verhandlungen“.

Zu Gutachten der Sachverständigen sollte „sachlich, ggf. natürlich auch kritisch“ Stellung genommen werden, „evtl. ein weiteres Sachverständigengutachten“ beantragt oder „ein Privatgutachten“ vorgelegt werden. Auch hierbei sollte der Arzt seinen Rechtsanwalt unterstützen, d. h. also letztlich „sich um seinen Fall wirklich kümmern, ihn als seine ureigenste Angelegenheit behandeln und nicht glauben, mit der Einschaltung eines Rechtsanwaltes das Erforderliche getan zu haben und damit diese ‚lästige Sache‘ los zu sein“.

Todesbescheinigung korrekt ausfüllen

Das Leichenwesen wird durch Ländergesetze und Länderverordnungen geregelt. Dies führt dazu, dass es in Deutschland eine Fülle unterschiedlicher Regelungen für an sich identische Sachverhalte gibt; damit verbunden auch teilweise sehr unterschiedlich gestaltete Formulare für die Todesbescheinigung.

In den Bestattungsgesetzen und Bestattungsordnungen der Bundesländer wird fast überall zwischen natürlichem und nicht natürlichem Tod unterschieden. Diese Differenzierung ist wichtig insbesondere für etwaige Meldepflichten. § 159 Strafprozessordnung (StPO) sieht bei der Feststellung eines nicht natürlichen Todes eine Meldepflicht vor. Nach dieser Vorschrift sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder das Amtsgericht verpflichtet, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist.

Angesichts der Tatsache, dass dem Begriff „nicht natürlicher Tod“ eine erhebliche Bedeutung zukommt, ist es erstaunlich, dass sich in den Rechtsvorschriften der Bundesländer keine einheitliche Legaldefinition der Begriffe findet.

TIPP

Wer eine Leichenschau vornimmt, sollte sich deshalb zuvor mit den rechtlichen Regelungen seines Bundeslandes vertraut gemacht haben.

Insbesondere im Rahmen einer ärztlichen Behandlung wird sich die Frage stellen, ob ein intra- oder postoperativ eingetretener Tod eines Patienten als nicht natürlich gilt und gemeldet werden muss. Zum Teil wird hierzu die Auffassung vertreten, dass der Tod nach Operationen nur dann ein unnatürlicher Tod ist, wenn wenigstens entfernte konkrete Anhaltspunkte für einen „Kunstfehler“ oder ein sonstiges Verschulden des behandelnden Personals vorliegen. Lässt man den Verschuldensaspekt außen vor, könnte unter einem nicht natürlichen Tod im Verlauf einer Behandlung der nicht auf die Grunderkrankung oder ihre Komplikationen, die operativen Maßnahmen und deren Risiken zurückführbare, unerwartete Todesertritt verstanden werden (s. hierzu [14]).

Ulsenheimer u. Bock [9] folgend ist deshalb sicherlich „nicht bei jedem Fall einer tödlich verlaufenden Komplikation oder sogar bei jedem Todesfall im Krankenhaus“ Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft wegen „nicht natürlicher“ Todesursache zu erstatten, vielmehr sei wie folgt abzuwägen:

- Verwirklicht sich beim „Exitus in tabula“ das Risiko der Grunderkrankung oder das wegen ordnungsgemäßer Aufklärung und Einwilligung erlaubte Risiko der Ope-

ration und liegen keine Anhaltspunkte für ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten (oder das eines Dritten) vor, so handelt es sich um einen natürlichen Tod.

- Eine Ausnahme hiervon bestünde dann, wenn bereits die Grunderkrankung von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren bestimmt war. Zu denken wäre z. B. an traumatische Verletzungen (Verkehrsunfall, Sturz etc.) oder länger wirkende, rechtlich bedeutsame Einwirkungen (z. B. Vergiftungen, Berufskrankheiten etc.).
- Lässt sich der Tod, z. B. wegen fehlender präoperativer Diagnostik, nicht aus dem Krankheitsbild oder dem typischen Operationsrisiko erklären oder liegen Anhaltspunkte (nicht notwendig Beweise) für ein Fehlverhalten vor, so darf „natürlicher Tod“ auf dem Leichenschauschein nicht angekreuzt werden, sondern es muss als Todesart „ungeklärt“ oder „ungewiss“ angegeben werden. Die endgültige Feststellung bleibt dann dem Obduzenten bzw. Pathologen überlassen. Außerdem ist unter dieser Prämisse unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.

Es ist gefährlich, „trotz gegenteiliger Anhaltspunkte“ eine „natürliche Todesursache auf dem Leichenschauschein anzugeben, da dies ... zu strafrechtlichen Konsequenzen führen kann. Das Ausstellen einer unrichtigen Todesbescheinigung ist als solches zwar nur eine Ordnungswidrigkeit, kann aber unter dem Aspekt der Strafvereitelung (auch als Versuch) strafbar sein (§ 258 Abs. 1, Abs. 4 StGB)“.

In einigen Bundesländern ist auch die Angabe einer ungeklärten Todesart möglich. Diese Möglichkeit wird von Ärzten häufig bei eigener Unsicherheit über die Todesart gewählt. Diese Todesart ist aber wohl nur zu bescheinigen, „wenn einerseits keine äußere Verletzung vorliegt, die den Tod hätte mitverursachen können, und andererseits keine Todesursache bekannt ist“ [15].

Grundsätzlich ist jeder Arzt nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften verpflichtet, den Tod eines Menschen festzustellen.

TIPP

Bei einem Tod infolge ärztlicher Behandlung, insbesondere bei einem intra- oder postoperativ eingetretenen Todesfall, sollte aber „dafür Sorge getragen werden, dass, soweit irgend möglich, die Todesbescheinigung ein Arzt ausfüllt, der in den Zwischenfall nicht involviert, sondern sozusagen ‚neutral‘ ist“.

Fahrlässige Körperverletzung

Geht es um Fälle fahrlässiger Körperverletzung, muss man wissen: Die fahrlässige Körperverletzung ist ein sog. relatives Antragsdelikt. Dies bedeutet, dass strafrechtliche Ermittlungen nur bei Vorliegen eines besonderen öffentlichen Interesses von der Staatsanwaltschaft von Amts wegen durchgeführt werden; sie sind im Grundsatz von einem Strafantrag des Verletzten abhängig.

Der Verletzte kann auch selbst im Wege der sogenannten Privatklage die Strafverfolgung betreiben. Dies bedeutet dann aber auch, dass in Fällen fahrlässiger Körperverletzung weder der betroffene Arzt im Krankenhaus noch etwa sein Dienstvorgesetzter oder ein anderer Arzt verpflichtet sind, von sich aus der Staatsanwaltschaft oder der Polizei Anzeige zu erstatten.

Keinen Einfluss auf Zeugen nehmen und keine Beweismittel unterdrücken

Ein Zeuge hat die Pflicht, wahrheitsgemäß auszusagen (§ 48 StPO); er darf jedoch die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren wahrheitsgemäße Beantwortung ihn der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat verfolgt zu werden (§ 55 StPO).

Weder im Zivil- noch im Strafverfahren dürfen Zeugen beeinflusst werden. „Davon abgesehen, sollte derjenige, der polizeiliche bzw. staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen seine Person nicht für von vornherein ausgeschlossen erachtet, äußerste Zurückhaltung im Gespräch mit Kollegen und dem nichtärztlichen Personal üben“. Denn es macht „vor Gericht einen verheerenden Eindruck, wenn plötzlich bekannt wird, dass der Arzt versucht hat, auf den Kollegen oder eine Pflegekraft einzuwirken, damit er (sie) diese oder jene Erklärung abgibt“.

Die Krankenunterlagen dürfen auch nicht nachträglich verfälscht oder sonst Beweismittel vernichtet oder beiseitegeschafft werden. „Anderenfalls kann der Vorwurf der Urkundenfälschung oder Urkundenunterdrückung erhoben und strafrechtlich geahndet werden“.

Das schließt, wie oben schon erwähnt, nicht aus, dass vergessene Sachverhalte nachgetragen oder Irrtümer korrigiert werden – diese Änderungen müssen aber als nachträgliche Ergänzungen kenntlich gemacht sein, z. B. dadurch, dass das Eintragungsdatum angegeben wird. Zudem muss der ursprüngliche Inhalt des Dokumentes erkennbar bleiben (s. auch § 630f Abs. 1 S. 2 BGB).

Als Zeuge oder Beschuldigter mündliche Auskünfte vermeiden

In aller Regel kommt es bald nach einem Zwischenfall, insbesondere mit tödlichem Ausgang, zu ersten sogenannten „informativischen Befragungen“ durch die Polizei oder durch die Staatsanwaltschaft. Soweit zu diesem

Zeitpunkt noch nicht feststeht, ob überhaupt eine strafbare Handlung vorliegt bzw. wenn doch, gegen wen sich der Tatverdacht richten könnte, sind die in den Vorfall verwickelten Ärzte zunächst nur Zeugen. Diese haben, wie oben dargestellt, die Pflicht, wahrheitsgemäß auszusagen, müssen sich jedoch nicht selbst belasten.

TIPP

Jeder Arzt, der damit rechnen muss, von einem Fehlvorwurf betroffen zu sein, sollte bereits im frühen Stadium der Ermittlungen den Bereich dieses Auskunftsverweigerungsrechtes weit ziehen, unter Umständen die Aussage sogar ganz verweigern (§ 55 StPO).

Dem Zeugen geben Ulsenheimer u. Bock folgenden Rat: „Bei der Polizei stets schweigen, die schriftliche Formulierung der Fragen erbitten und ankündigen, dass eine Stellungnahme zur Sache bzw. eine Beantwortung dieser Fragen erfolgen wird. Denn unbedachte und vorschnelle, im Ergebnis belastende Angaben in diesem Stadium erschweren die Verteidigung oftmals außerordentlich, wenn der Arzt in die Rolle des Beschuldigten gerät und nun das früher Gesagte im weiteren Verfahrensverlauf gegen ihn verwendbar ist. Der Polizeibeamte macht über jede Beobachtung, jedes Wort eine Aktennotiz. Ein Erscheinungs- und Aussagezwang bei der Kriminalpolizei besteht für den Zeugen nicht“. [9]

Wer jedoch von der Staatsanwaltschaft mit dem Vorwurf konfrontiert wird, für die Verletzung oder gar den Tod eines Patienten verantwortlich zu sein, ist bereits zum „Beschuldigten“ geworden. Einem Beschuldigten „ist dringend davon abzuraten, mündliche Erklärungen zur Sache abzugeben. Wie die Erfahrung ... gezeigt hat, ist die Gefahr von Missverständnissen, Irrtümern und Ungenauigkeiten bei der Aufzeichnung der Angaben außerordentlich groß. Daraus resultiert die Empfehlung, ... stets nur schriftlich – nach Akteneinsicht und nach vorheriger rechtlicher Prüfung – zur Sache Stellung zu nehmen. Dies ist allerdings mit Nachdruck – gegen manch anderen juristischen Rat – zu empfehlen, da mit einer substanziell fundierten, oftmals durch ein fachspezifisches Gutachten unterlegten Schutzschrift der weitere Gang des Verfahrens entscheidend in Richtung ‚Einstellung‘ gefordert werden kann“. [9]

Wenn überhaupt, sollte der Arzt selbst nur bei offensichtlichen Irrtümern (z. B. Namensverwechslung) zum Sachverhalt selbst Stellung nehmen.

TIPP

Angesichts der Tatsache, dass der beschuldigte Arzt selbst keine Akteneinsicht erhält, kann bei schwerwiegenden Vorwürfen nur dringend geraten werden, eine solche Stellungnahme durch einen Rechtsanwalt abgeben zu lassen, der zudem so bald wie möglich eingeschaltet werden sollte „denn das Hauptziel der Verteidigung muss sein, die Erhebung der Anklage mit nachfolgender öffentlicher Hauptverhandlung mit allen zulässigen Mitteln zu vermeiden“.

HINTERGRUNDINFORMATION

Gruppenrechtsschutzversicherung

Mitglieder des BDA genießen im Rahmen der für diese abgeschlossenen Gruppenrechtsschutzversicherung nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen (beschrieben unter: <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/publikationen/1780-strafrsv-versicherungsbedingungen/file.html>; Stand: 19.07.2019) Rechtsschutz für die Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit, die zu Straf-, Ordnungswidrigkeits-, Disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren führt. Versicherungsschutz besteht, wenn gegen das Mitglied des BDA als Beschuldigten ermittelt wird. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ereignisse, die vor Eintritt in den Berufsverband lagen.

Ausblick

Das Risiko des Arztes, sich als Beklagter in einem zivilrechtlichen Haftungsprozess wiederzufinden, hinsichtlich der persönlichen Betroffenheit schlimmer aber noch als Beschuldigter oder gar Angeklagter in ein strafrechtliches (Ermittlungs-) Verfahren verwickelt zu werden, ist nicht gering. Der Arzt sollte deshalb wissen, wie er sich vor dem Hintergrund möglicher forensischer Konsequenzen aus Rechtsgründen verhalten sollte. Es mag zwar etwas beruhigen, dass das Risiko, strafrechtlich verurteilt zu werden, doch relativ gering ist. Die ganz überwiegende Zahl der eingeleiteten Ermittlungsverfahren wird nämlich eingestellt, häufig allerdings gegen Erfüllung einer Auflage, meist einer Geldzahlung (§ 153a StPO).

Gegen Null tendiert das Risiko gleichwohl nicht, zudem häufen sich die Fälle, in denen bei schwerwiegenden Pflichtverstößen, insbesondere im Bereich der Hygiene und anderer (an sich beherrschbarer) Organisationsmängel, Freiheitsstrafen, zum Teil ohne Bewährung, aus-

gesprochen werden. Es darf deshalb nicht unterstellt werden, dass die Gerichte, wie früher überwiegend der Fall, „nur“ Geldstrafen ausurteilen.

Von Bagatellschäden abgesehen sind die Auswirkungen aber nicht nur für den betroffenen Patienten schwerwiegend, sie haben sehr häufig auch schwerste psychische Belastungen für die beteiligten Ärzte und ggf. das beteiligte Pflegepersonal zur Folge. Als Ergänzung zum „Juristischen Notfallkoffer®“ darf deshalb auf die Empfehlungen des BDA und der DGAI zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen verwiesen werden [16].

KERNAUSSAGEN

- Angesichts des Risikos, zum Beklagten in einem zivilrechtlichen Haftungsprozess oder zum Beschuldigten in einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren oder gar zum Angeklagten in einem Strafprozess zu werden, ist es für den Arzt unerlässlich zu wissen, wie er sich aus Rechtsgründen nach einem Zwischenfall verhalten sollte.
- Eine Aussprache mit dem Patienten/den Angehörigen sollte zeitnah angeboten, aber nur nach gründlicher Vorbereitung geführt und dann dokumentiert werden.
- Dem Einsichtsrecht des Patienten ist zu genügen, indem Kopien der Krankenunterlagen – keine Originale – unter Bestätigung der Vollständigkeit herausgegeben werden.
- Neben der offiziellen Dokumentation der Vorfälle ist die persönliche Dokumentation („Gedächtnisprotokoll“), die *nicht* zu den Krankenunterlagen gehört, für eine später eventuell notwendige Verteidigung besonders wichtig.
- Bei der „Zwischenfallsmeldung“ an Vorgesetzte, Krankenhausverwaltung und Versicherung ist bei der Schilderung des Sachverhalts zu bedenken, dass alle Schriftstücke in einem eventuellen Strafverfahren beschlagnahmt werden können.
- Von allen Krankenunterlagen Kopien bzw. Duplikate fertigen!
- Die mit Einverständnis des Haftpflichtversicherers und mit dem Patienten abgestimmte Anrufung der Gutachterkommission/Schlichtungsstelle kann einer außergerichtlichen Streitbeilegung dienen.
- Den beauftragten Rechtsanwalt im Verfahren aktiv unterstützen.
- Vor allem als Beschuldigter
 - mündliche Auskünfte vermeiden,
 - vom Auskunfts- und Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machen,
 - keine Äußerung zur Sache ohne vorgehende Akteneinsicht,
 - frühzeitig einen Rechtsanwalt einbinden.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahler Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma: nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Elmar Biermann

Dr. iur. E. Biermann, Rechtsanwalt, ist Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) e.V. in Nürnberg; er berät die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) e.V. in Rechtsfragen. Er publiziert und referiert zu medizinrechtlichen Themen; er ist Mitglied des Redaktionskomitees der Zeitschrift Anästhesiologie & Intensivmedizin und des Expertenpanels der Zeitschrift AINS.

men; er ist Mitglied des Redaktionskomitees der Zeitschrift Anästhesiologie & Intensivmedizin und des Expertenpanels der Zeitschrift AINS.

Korrespondenzadresse

Dr. iur. Elmar Biermann

Berufsverband Deutscher Anästhesisten
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg
justitiare@bda-ev.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Gernot Marx, Aachen.

Literatur

- [1] Gottschalk H, van Aken H, Zenz M et al. Ist Anästhesie gefährlich? Dtsch Arztebl 2011; 108: 469–474
- [2] Schiff JH, Welker A, Henn-Beilharz A et al. Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures: results based on 1.37 million anaesthetic procedures. Br J Anaesth 2014; 113: 109–121
- [3] Opderbecke HW. Der Anästhesiezwischenfall – aus anästhesiologischer Sicht. Anästh Intensivmed 1985; 26: 432
- [4] Osterloh F. Ärzte machen wenig Fehler. Dtsch Arztebl 2019; 116: A-718–A-720
- [5] Ulsenheimer K. Arztstrafrecht in der Praxis. 5. Aufl. Heidelberg: C.F. Müller; 2015: RN 6
- [6] Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2017: 9, Tab. 6. Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehler-Statistik_2017.pdf; Stand: 11.06.2019
- [7] Ulsenheimer K. Arztstrafrecht in der Praxis. 5. Aufl. Heidelberg: C.F. Müller; 2015: RN 20 ff
- [8] Biermann E, Bock R-W. Patientensicherheit – Auftrag für die Zukunft – Umgang mit Komplikationen: Was sage ich den Patienten und was den Angehörigen? Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2014; 49: 450–457
- [9] Ulsenheimer K, Bock R-W. Juristischer Notfallkoffer®. Im Internet: <https://www.bda.de/service-recht/rechtsfragen/juristischer-notfallkoffer.html>; Stand: 19.07.2019
- [10] BGH, Urt. v. 21.3.1961, Az. VI ZR 143/60, AHR52900/1
- [11] OLG Koblenz, Urteil v. 24.8.1999, Az. 3 U 1078/98, MedR 2000: 37–40
- [12] Weis E, Köllner A, Schmid A. Patientenrechtgesetz: Pflicht zur Fehleroffenbarung (§ 630 Buchst. c Abs. 2 BGB). BDAktuell – Jusletter. Anästh Intensivmed 2014; 55: 143–146
- [13] Böcker MH, Almer S. Der juristische Notfallkoffer® – Empfehlungen zum Umgang mit der Presse für Krankenhäuser und Ärzte. München/Berlin; ohne Jahresangabe
- [14] Weis E. Leichenschau: Nicht natürlicher – natürlicher Tod? BDAktuell – Jusletter. Anästh Intensivmed 2003
- [15] Gabriel P, Huckenbeck W. Todesfeststellung: Grundregeln, Durchführung und häufige Fehler. Z Allgemeinmed 2009; 85: 460–466. doi:10.3238/zfa.2009.0460
- [16] Bock R-W, Biermann E, Wulf H. Vorwort zu: Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. Anästh Intensivmed 2013; 54: 490–494

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0793-6586>
Intensivmedizin up2date 2019; 15: 383–395
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1614-4856

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://eref.thieme.de/CXC7YL4>. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXC7YL4> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512019156642496



Frage 1

Welche Aussage zum medizinischen Risiko für den Patienten und dem forensischen Risiko für den Arzt trifft zu?

- A Weil die Medizin für den Patienten sicherer geworden ist, ist auch das forensische Risiko für den Arzt gesunken.
- B Das forensische Risiko für den Arzt geht gegen Null.
- C Anästhesie ist sicherer geworden, aber das forensische Risiko für den Anästhesisten ist nach wie vor hoch.
- D Seit 2014 steigt die Zahl der von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu begutachtenden Anträge wegen angeblicher Behandlungsfehler.
- E Zumindest für den Anästhesisten gibt es kein forensisches Risiko, denn die Anästhesie gehört nicht zu den haftungsträchtigen Fachgebieten.

Frage 2

Welche Aussage zum Verhalten des Arztes gegenüber einem geschädigten Patienten trifft *nicht* zu?

- A Der Arzt soll den Sachverhalt in einer für Laien verständlichen Sprache erläutern.
- B Der Arzt sollte in jedem Fall „mauern“ und Auskünfte verweigern.
- C Der Arzt sollte dem Patienten gegenüber ehrliche menschliche Zuwendung bekunden.
- D Der Arzt sollte bereitwillig Einsicht in die Krankenunterlagen gewähren.
- E Der Arzt sollte kein schuldhaftes Verhalten einräumen.

Frage 3

Welche Aussage zu den Informationspflichten nach einem Zwischenfall trifft zu?

- A Der Arzt ist nicht verpflichtet, sich selbst zu beschuldigen und durch eigenes Tun an seiner Strafverfolgung mitzuwirken; er hat das Recht, schuldhaftes Verhalten zu leugnen.
- B Der Arzt muss in jedem Fall ungefragt über eigene oder fremde Behandlungsfehler unterrichten.
- C Der Arzt muss über eigene Aufklärungsfehler informieren.
- D Der Arzt muss auf ihm erkennbare, fremde Aufklärungsfehler hinweisen.
- E Der Arzt muss nie auf eigene oder fremde Behandlungsfehler hinweisen.

Frage 4

Welche Aussage zu den Mitteilungspflichten und Stellungnahmen nach einem Zwischenfall trifft *nicht* zu?

- A Jedes Schadensereignis ist unverzüglich den Vorgesetzten, der Klinikverwaltung und gegebenenfalls dem Haftpflichtversicherer zu melden.
- B Auch ein privates Gedächtnisprotokoll gehört in die Krankenunterlagen.
- C Beim Abfassen von schriftlichen Stellungnahmen sollte der Arzt sich auf die Schilderung des Tatbestandes ohne jegliche Wertungen beschränken.
- D Unterschiedliche Auskünfte von verschiedenen Personen sollten nach Möglichkeit vermieden werden.
- E Zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren hat der Arzt auch über mögliche eigene Behandlungsfehler ungefragt zu informieren.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 5

Welche Aussage zum Verhalten als Zeuge oder Beschuldigter im Strafverfahren trifft *nicht* zu?

- A Jeder Beschuldigte sollte sofort und umgehend gegenüber den Strafverfolgungsbehörden einen schuldhaften Behandlungsfehler einräumen.
- B Als Zeuge, vor allen Dingen aber als Beschuldigter, sollte der betroffene Arzt umfassend vom Auskunfts- bzw. Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machen.
- C Als Beschuldigter sollte der betroffene Arzt unverzüglich für adäquate Verteidigung durch einen Rechtsanwalt sorgen.
- D Der betroffene Arzt sollte keine Angaben zum Sachverhalt ohne vorherige Akteneinsicht machen.
- E In jedem Fall sollte der betroffene Arzt den eigenen Rechtsanwalt aktiv unterstützen.

Frage 6

Welche Aussage zur Dokumentation, zur Komplettierung der Krankenunterlagen und zur Anfertigung von Fotokopien trifft *nicht* zu?

- A Krankenunterlagen dürfen nicht nachträglich ergänzt werden.
- B Krankenunterlagen dürfen nachträglich ergänzt werden, aber die Nachträglichkeit muss z. B. durch das Eintragungsdatum kenntlich gemacht werden.
- C Von sämtlichen Krankenunterlagen sind, insbesondere für den Fall der Beschlagnahme, Kopien bzw. Duplikate anzufertigen.
- D Die schriftliche ärztliche Dokumentation hat Urkundsqualität und daher die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit.
- E Die Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht hat auch prozessual große Bedeutung.

Frage 7

Wodurch ist das Verhältnis von zivilrechtlicher Haftung und strafrechtlicher Verantwortung gekennzeichnet?

- A Zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortung schließen sich gegenseitig aus.
- B Zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortung schließen sich weder aus noch präjudizieren sie sich wechselseitig.
- C Im zivilrechtlichen Haftungsprozess und im Strafverfahren gelten identische Beweisregeln.
- D Der zivilrechtliche Haftungsprozess kommt ebenso wie das Strafverfahren von Amts wegen in Gang.
- E Nur schwerwiegende Verstöße gegen die im Fachgebiet geltenden Sorgfaltspflichten führen zu forensischen Konsequenzen.

Frage 8

Welche Aussage zum Einfluss der Krankenkassen und den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen trifft zu?

- A Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten mithilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen.
- B Die Krankenkassen haben mit der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen überhaupt nichts zu tun.
- C Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll mit den Ermittlungsbehörden eng zusammenarbeiten.
- D Das Votum einer Gutachterkommission/Schlichtungsstelle ist für die Haftpflichtversicherung bindend.
- E Die Einschaltung der Gutachterkommission/Schlichtungsstelle schließt die Erhebung einer Klage aus.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 9

Welche Aussage zu den Voraussetzungen zivilrechtlicher Haftung und strafrechtlicher Verantwortung trifft zu?

- A Ausreichend ist ein Schaden des Patienten, allein dies führt zur zivilrechtlichen Haftung und strafrechtlichen Verantwortung.
- B Der Schaden allein reicht nicht, es muss auch eine Pflichtverletzung des Arztes vorliegen, diese zwei Voraussetzungen genügen.
- C Pflichtverletzung und Schaden allein reichen nicht, es muss auch ein Ursachenzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Schaden bestehen („Haftungstrias“).
- D Bestraft wird der Arzt auch dann, wenn ein Ursachenzusammenhang zwischen einem Fehler und dem Schaden des Patienten nicht bewiesen werden kann.
- E Kann der Patient wegen Mängeln in der ärztlichen Dokumentation den Nachweis des Ursachenzusammenhangs nicht führen, verliert er in jedem Fall den Haftungsprozess.

Frage 10

Welche Aussage in Bezug auf die Presse und Entwicklung der Rechtsprechung trifft *nicht* zu?

- A Im Umgang mit der Presse ist professionelles Agieren erforderlich.
- B Die Kommunikation mit der Öffentlichkeit/Presse sollte in einer Hand liegen.
- C Ärzte werden von den Strafgerichten allenfalls zu Geldstrafen verurteilt.
- D Das Risiko, strafrechtlich verurteilt zu werden, ist relativ gering, die meisten Ermittlungsverfahren werden eingestellt.
- E Die Einstellung eines Strafverfahrens erfolgt allerdings häufig unter der Voraussetzung der Erfüllung einer Auflage, meist einer Geldzahlung (§ 153a StPO).

Service für unsere Leser

Schon registriert?

Bei Thieme CME Punkte online einreichen und verwalten



Gleich anmelden:

www.cme.thieme.de

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden