

HFH – Hausärztliche Fortbildung Hamburg



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

Law and Order Juristische Fallstricke für den Hausarzt

(HzV, DMP COPD/Asthma)

Moderation: Dr. med. Hans-Otto Wagner

Law and Order

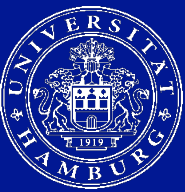
Juristische Fallstricke für den Hausarzt

- **Dr. Axel Heinemann**
Leitender Oberarzt am Institut für Rechtsmedizin, UKE
- **Prof. Dr. Walter Schaffartzik**
Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
Unfallkrankenhaus Berlin
Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen
Ärztekammern
- **Prof. Dr. Martin Scherer**
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, UKE
- **Dr. Hans-Otto Wagner**
Oberarzt am Institut für Allgemeinmedizin, UKE

Law and Order

Juristische Fallstricke für den Hausarzt

- Dr. Axel Heinemann
Rechtsmedizinische Aspekte und Strafrecht
- Prof. Dr. Walter Schaffartzik
Der Hausarzt als Beklagter: Häufigkeit und Relevanz
- Prof. Dr. Martin Scherer und Dr. Hans-Otto Wagner
Praktische Fälle aus dem Alltag eines Gutachters

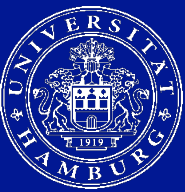


Law and Order (?)

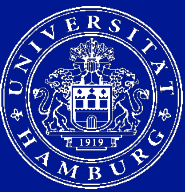
Rechtsmedizinische Aspekte und Strafrecht
in der Hausarztpraxis

Institut für Rechtsmedizin Hamburg

Dr. A. Heinemann



- Begehen durch Unterlassung (§13 StGB)
- Unterlassene Hilfeleistung (§323 c StGB)
- Fahrlässige Körperverletzung/Fahrlässige Tötung (§229/ § 222 StGB)
- Körperverletzung/ Körperverletzung mit Todesfolge (§223/ §227 StGB)
- Abrechnungsbetrug (§263 StGB)
- Untreue (§266 StGB)
- Vorteilsnahme/ Bestechlichkeit (§§299,331,332 StGB)
- Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht (§§203/204 StGB)
- Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)



Tötungsdelikte durch Ärzte

- Fallsammlung zu aktenkundigen Vergehen im deutschsprachigen Raum seit 1990 (aus 68 rechtsmedizinischen Institutionen)
- 22 Fälle (20 vollendete Tötungsdelikte)
- Keine Serientötung wie im Shipman- Fall
- Überwiegend Medikamentengaben, teils in Kombination mit Gewalt
- Motive Habgier, Beziehungstaten, sexuelle Gewalt



ORIGINALARBEIT

Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte

Eine bundesweite Befragungsstudie

Florian Vorderwülbecke, Maximilian Feistle, Michael Mehring, Antonius Schneider, Klaus Linde

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen, dass Ärzte, die in der primärärztlichen Versorgung tätig sind, aggressivem Verhalten ausgesetzt sein können. Es fehlen jedoch systematische Untersuchungen zur Häufigkeit und Ausprägung aggressiven Verhaltens gegenüber Hausärzten in Deutschland.

Das Thema „Aggression und Gewalt gegen Ärzte“ wird bisher in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland kaum beachtet. Während einzelne Autoren davon ausgehen, dass die Häufigkeit von Gewalttaten gegen Ärzte in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat (1, 2), fehlen jedoch systematische Untersuchungen zu dieser Problematik.

In internationalen Studien fällt auf, dass aggressives



Gewalt gegen Ärzte

KERNAUSSAGEN

- In den 12 Monaten vor der Befragung war mehr als die Hälfte der befragten Ärzte leichter oder mittelstarker Aggression ausgesetzt.
- Mehr als jeder zehnte Hausarzt war in den letzten 12 Monaten mit schwerer Aggression oder Gewalterfahrungen konfrontiert.
- Während das allgemeine Sicherheitsgefühl in der Praxis hoch war, fühlte sich nur eine von drei Ärztinnen bei Besuchen im Bereitschaftsdienst sicher.
- Konzepte für den Umgang mit aggressivem Verhalten sollten entwickelt werden.
- Besonderer Handlungsbedarf besteht bei Hausbesuchen während des Bereitschaftsdienstes.

Vorderwülbecke F, et al. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 159–65.

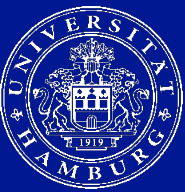


Aggressionsform	Jeglicher Ort	Praxis	Hausbesuch	Heimbesuch	Bereitschaftsdienst	
	0-26	4-10	20-23	30-32	Praxis	Hausbesuch
	jemals (95%-KI)/ 12 Monate (95%-KI)	jemals/ 12 Monate	jemals/ 12 Monate	jemals/ 12 Monate	jemals/ 12 Monate	jemals/ 12 Monate
keinerlei Aggression erlebt	9 % (7-11 %)/27 % (24-40 %)	16 %/38 %	67 %/86 %	77 %/91 %	70 %/84 %	61 %/81 %
Beleidigung, Beschimpfung (l)	79 % (77-82 %)/54 % (51-58 %)	73 %/48 %	29 %/12 %	21 %/6 %	26 %/13 %	34 %/17 %
Bedrohung, Einschüchterung (m)	38 % (35-41 %)/21 % (18-24 %)	30 %/17 %	10 %/3 %	4 %/2 %	9 %/4 %	17 %/7 %
leichte körperliche Gewalt (m)	16 % (13-18 %)/7 % (5-8 %)	9 %/3 %	4 %/1 %	4 %/2 %	2 %/< 1 %	7 %/2 %
sexuelle Belästigung (m)	17 % (14-20 %)/10 % (8-12 %)	15 %/9 %	4 %/1 %	1 %/1 %	2 %/1 %	2 %/1 %
- Ärztinnen	28 % (23-33 %)/17 % (13-21 %)	25 %/15 %	6 %/2 %	3 %/2 %	5 %/2 %	4 %/3 %
- Ärzte	10 % (7-12 %)/5 % (3-7 %)			-/-	1 %/< 1 %	1 %/< 1 %
Sachbeschädigung, Diebstahl (m)	55 % (51-58 %)/35 % (31-38 %)	54 %/34 %	3 %/1 %	1 %/< 1 %	7 %/4 %	3 %/1 %
Rufschädigung, Verleumdung im Internet (m)	48 % (44-51 %)/31 % (27-34 %)					
mindest. eine Form mittelschwerer Aggression	81 % (78-83 %)/58 % (55-62 %)	67 %/44 %	13 %/4 %	7 %/4 %	15 %/8 %	19 %/8 %
ausgeprägte körperliche Gewalt (s)	8 % (6-10 %)/3 % (2-4 %)	4 %/2 %	2 %/< 1 %	3 %/1 %	1 %/-	3 %/1 %
Bedrohung mit Gegenstand oder Waffe (s)	8 % (6-10 %)/3 % (2-4 %)	4 %/1 %	2 %/< 1 %	<1 %/-	1 %/< 1 %	4 %/1 %
Angriff mit Gegenstand oder Waffe (s)	4 % (3-5 %)/1 % (< 1 %-2 %)	2 %/1 %	1 %/< 1 %	1 %/< 1 %	1 %/< 1 %	2 %/1 %
sexueller Missbrauch (s)	1 % (<0,5- 2 %)/< 1 % (0-1 %)	1 %/< 1 %	<1 %/< 1 %	1 %/< 1 %	-/-	-/-
Stalking (s)	9 % (7-10 %)/5 % (4-7 %)					
mindest. eine Form schwerer Aggression	23 % (20-25 %)/11 % (9-13 %)	9 %/3 %	4 %/1 %	3 %/1 %	2 %/< 1 %	6 %/2 %

Tatmotiv und Tatwaffen sowie Verletzungsmuster der betroffenen Ärztinnen und Ärzte

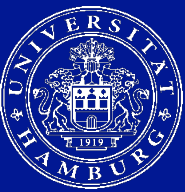
Nr.	Tatmotiv	Tatwaffe	Verletzungen	Folgen
1	vermeintlich falsche Behandlung	Pistole	Brust- und Rückenschuss	Tod
2	Trauerreaktion	Hände	Würgemale am Hals	keine
3	sexueller Trieb	Hände	Schlagverletzungen im Gesicht	unbekannt
4	wahnhafte Enttäuschung	Axt	offenes SHT, Gesichtsschädelzertrümmerung, Extremitätenverletzungen	Arbeitsunfähigkeit (100 %), Hirnleistungsdefizite, Bewegungseinschränkungen
5	Geldgier	Hände	Würgemale am Hals	Tod
6	Ehedrama, Eifersucht	Pistole	Brust-/Herzschuss	Tod
7	verweigerte Behandlung	Hände	Kehlkopfquetschung	unbekannt
8	unbekannt	manipulierte Lebensmittel	akute Intoxikation	keine
9	Wahn	Schusswaffe	Schussverletzung	Tod
10	Wahn	Schusswaffe	Schussverletzung	Tod
11	vermeintlich falsche Behandlung	Schusswaffe	zwei Bauchschüsse	unbekannt
12	Wahn	Stichwaffe	Halsschlagaderstich	Tod
13	vermeintlich falsche Behandlung	Schere	12 Stichverletzungen	unbekannt
14	vermeintlich falsche Behandlung	Schusswaffe	Schussverletzung	Tod
15	Beziehungstat	Schusswaffe	Schnitt- und Schussverletzung	gering/Tod/Tod
16	Beziehungstat	Pistole	Kopfschüsse	Tod/Tod
17	vermutlich Wahn	Axt oder Hammer	Schädel-Hirn-Trauma	unbekannt
18	Beziehungstat	Samuraischwert	teils amputierende Schnittverletzungen	unbekannt
19	Raub/Geiselnahme	Schusswaffe	keine	unbekannt
20	Wahn	Skalpelle	Stichverletzungen an Thorax und Armen, Pneu	
21		Sprengstoff/ Bombe	keine	

Püschel et al., Deutsches Ärzteblatt 98 (4), 153-157



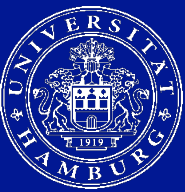
Ärztliche Schweigepflicht

„Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Mensch sehe oder höre, werde ich verschweigen und solches als Geheimnis betrachten“



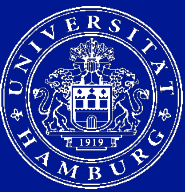
Ärztliche Schweigepflicht: Rechtfertigungsgründe für das Brechen der Ärztlichen Schweigepflicht

- Einwilligung
- Mutmaßliche Einwilligung
- Rechtfertigender Notstand (§34 StGB)
- Gesetzliche Meldepflichten: Infektionsschutzgesetz u.a.
- Einweisung in psychiatrische Klinik
- Rechtsgüterabwägung (z.B. §138 StGB Nichtanzeige geplanter Straftaten versus §203)
- Eigeninteresse des Schweigepflichtigen (Verteidigung gegen Vorwurf des Behandlungsfehlers)



Ärztliche Schweigepflicht: Durchbrechung

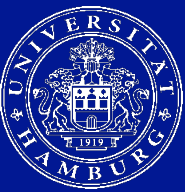
- OLG Frankfurt 1999:
- Ehefrau verklagt Arzt wegen HIV- Infektion. Arzt hatte Ehemann, der mittlerweile an AIDS verstorben war, ebenfalls behandelt und war der Weisung des Mannes gefolgt, von seinem HIV- Status nichts der Ehefrau mitzuteilen
- „Die ärztliche Schweigepflicht verbietet nicht die Aufklärung über die AIDS- Erkrankung des Lebenspartners, wenn der Kranke erkennbar uneinsichtig ist und die Bekanntgabe verbietet...
- „Zu Bruch Schweigepflicht nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, wenn beide Lebenspartner Patienten des gleichen Arztes“



Ärztliche Schweigepflicht: Unterlassene Hilfeleistung §323c StGB?

Fall Tödliche Eileiterschwangerschaft

- 21 Jahre alte Frau ist in 8.-9. Woche schwanger
- Beratung im Rahmen Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch
- Klagt über Bauchschmerzen, Übelkeit, Kreislaufkollaps
- Arzt hält Eileiterschwangerschaft für möglich, teilt Pat. mit, sie befinde sich in Lebensgefahr
- Pat. lehnt stationäre Aufnahme ab
- Arzt kündigt an, er werde vor der Praxis wartende Mutter informieren. Pat. fleht dringlich, dass Arzt dies nicht tun möge
- Arzt entspricht Wunsch der Patientin, Pat. verstirbt am Folgetag zu Hause



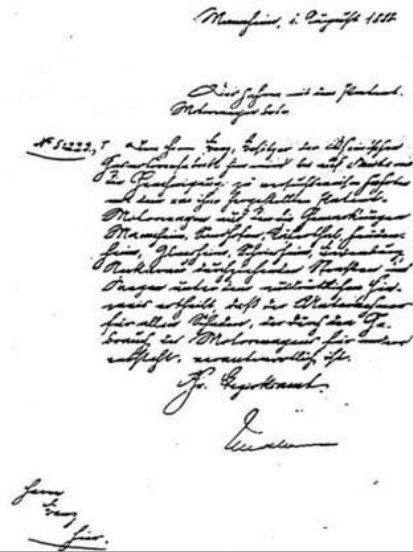
Ärztliche Schweigepflicht: Durchbrechung? Unterlassene Hilfeleistung §323c StGB?

Tödliche Eileiterschwangerschaft

BGH- Urteil:

- Unglücksfall im Sinne §323c bejaht
- Pflichtverletzung des Gynäkologen liege vor
- Unterlassene Information der Mutter
- Unterlassene Information des Hausarztes

Führerschein und ärztliche Schweigepflicht



„Erster Führerschein der Welt“
ausgestellt am 1. August 1888 vom
Großherzoglich Badischen Bezirksamt
für Carl Benz

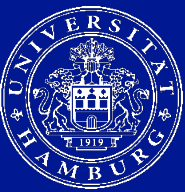
Führerschein D 1966

Der Grundkonflikt

Recht auf Mobilität



Gewährleistung der
öffentlichen Sicherheit



Verkehrsmedizinische Verantwortung - Arzt in der Garantenstellung

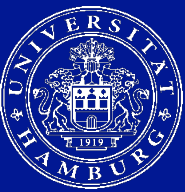
Sachverhalt:

- Termin für ambulant durchgeführte Gastroskopie
 - **Aufklärung bereits durch Hausarzt und behandelnden Klinikarzt:
Keine Kfz- Nutzung im Anschluss**
 - Vorab mündliche Bestätigung des Patienten: „Werde mein Auto stehen lassen, Taxi rufen“
- Prämedikation: 30 mg Midazolam, später 0,5 mg Flumazenil
- Nach Durchführung der Untersuchung verblieb der Mann zunächst eine halbe Stunde im Untersuchungszimmer unter Aufsicht. Danach hielt er sich auf dem Flur vor den Dienst- und Behandlungsräumen des Chefarztes auf, der wiederholt Blick- und Gesprächskontakt zu ihm hatte
- Unbemerkt Verlassen der Räume

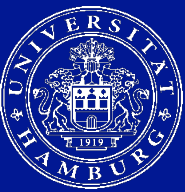


Verkehrsmedizinische Verantwortung - Arzt in der Garantenstellung

- Selbstverschuldet tödlich als Fahrer seines Kfz verunglückt (aus ungeklärter Ursache in den Gegenverkehr geraten, Zusammenstoß mit LKW)



- BGH Urteil vom 8.4.2003, Az VI ZR 265/02, NJW
- *„Der beklagte Arzt hätte sicherstellen müssen, dass sein Patient die Behandlungsräume nicht unbemerkt verlassen konnte und sich dadurch der Gefahr der Selbstschädigung aussetzte.“*



Begründung :

„(...) Dem Arzt war bekannt, dass der später verunfallte und zu Schaden gekommene Patient ohne Begleitperson mit dem eigenen Kfz zu ihm gekommen war und er aufgrund der Verabreichung des Wirkstoffs M. noch lange Zeit nach dem Eingriff nicht in der Lage war, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen. Der Arzt wusste also, dass der Patient nur „home ready“ nicht aber „street ready“ war.“

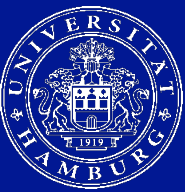


Daraus folgert der Bundesgerichtshof weiter:

„Hätte der Arzt seine Pflicht zur Überwachung erfüllt, wäre es nicht zu dem eigenmächtigen Entfernen und dem nachfolgenden Unfall gekommen. Denn es bestand unter anderem die Gefahr einer Gedächtnisstörung mit der Folge, dass sich der Patient an das Fahrverbot nicht erinnert.

Der eingetretene Schaden ist daher ausschließlich auf die Pflichtverletzung des Arztes zurückzuführen, so dass der Arzt in vollem Umfang ohne ein Mitverschulden des Patienten haftet.“

*(Bundesgerichtshof Urteil vom 08.04.2003 Az.: VI ZR 265/02,
NJW 2003, 2309; Dt. Ärzteblatt 2004, 598)*



Mögliche juristische Folgen

Zivilrechtlich:

- Schadensersatz, Schmerzensgeld gegenüber Patient (Pflichtverletzung Behandlungsvertrag, sog. unerlaubte Handlung; §823 Abs. 1 und 2; 253 BGB)
- Regress gegenüber beteiligten Versicherungen (§67 VVG)
- Schadensersatz- und Schmerzensgeldverpflichtungen gegenüber Dritten

Strafrechtlich

- Fahrlässige Körperverletzung (§229 StGB), fahrlässige Tötung (§222 StGB)
- Beihilfe zur Straßenverkehrsgefährdung durch Unterlassen (§315c, Abs. 1, 13 StGB)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Der Behandlungsfehlervorwurf



- 1. Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammer
- 2. Selbständiges Beweisverfahren nach §§ 485 ff. ZPO
- 3. Zivilgerichtliches Verfahren vor AG, LG, OLG und BGH
- 4. Staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren
- 5. Strafverfahren mit Hauptverhandlung
- 6. Verfahren vor dem Berufungsgericht
- 7. Beamtenrechtliches Disziplinarverfahren (beamtete Ärzte)
- 8. Arbeitsrechtliches Kündigungsverfahren (angestellte Ärzte)
- 9. Entziehung der Vertragsarztzulassung bei Vertragsärzten
- 10. Widerruf der Approbation



Strafverfahren: Unterschiede zum Zivilverfahren

- Amtsermittlungsgrundsatz
- Objektive Feststellung eines Sorgfaltspflichtverstoßes
UND Feststellung der Kausalität
UND Feststellung der Schuldhaftigkeit des Handelns
- In dubio pro reo

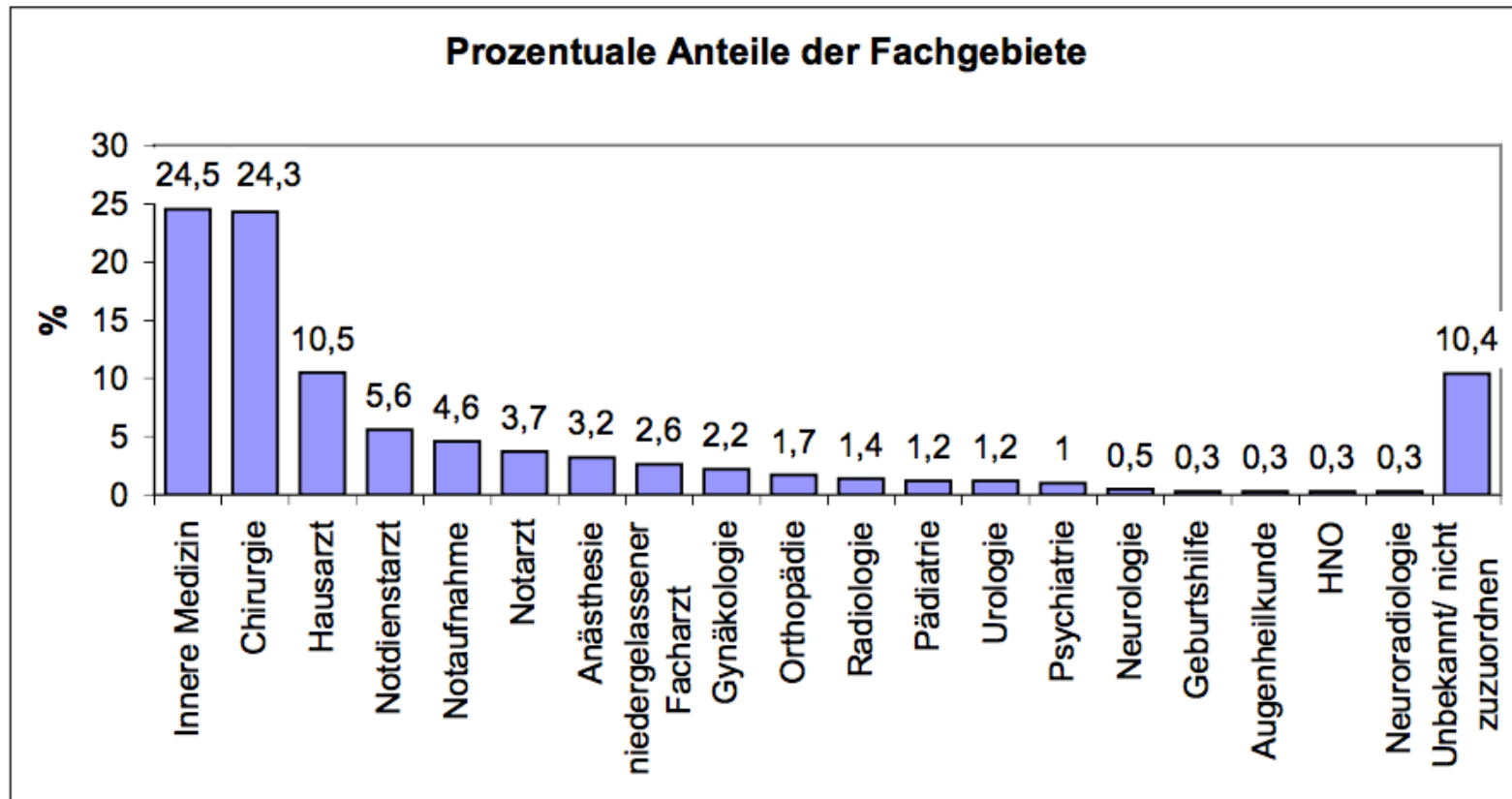


Abb.5: Relative Anteile der Fachgebiete an den 588 als „Verdacht auf iatrogenes Fehlverhalten mit Todesfolge“ eingestuftten Fällen

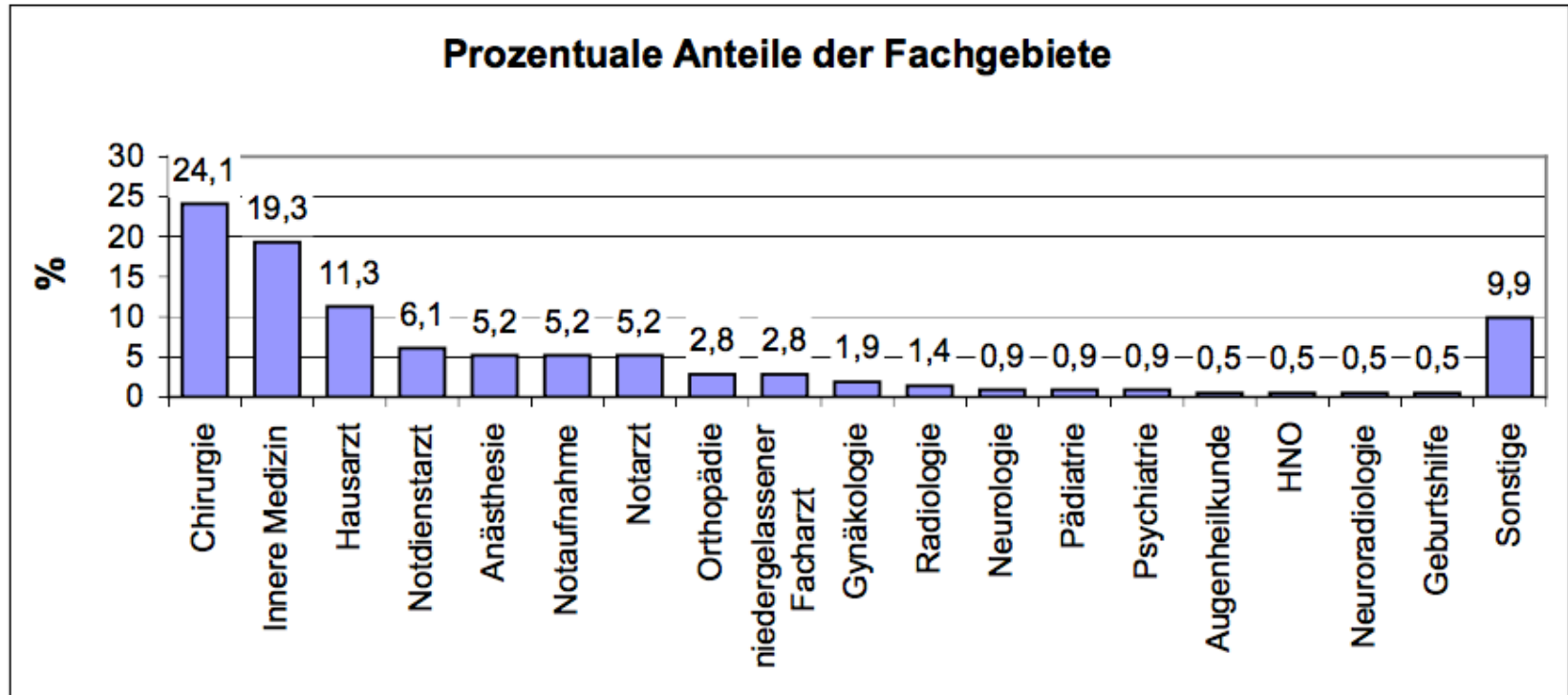


Abb.9: Relative Anteile der Fachgebiete an den 212 als tatsächlich iatrogen eingestuften Fällen

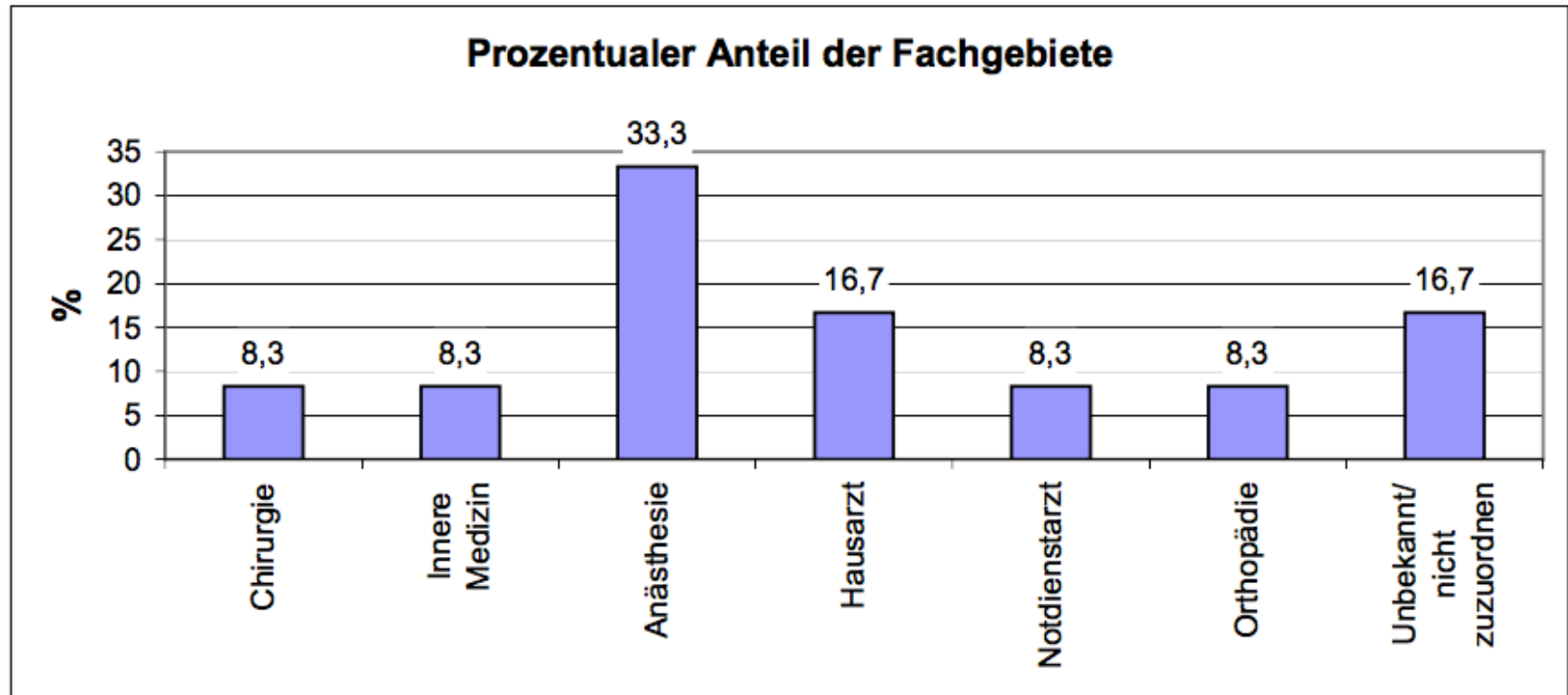
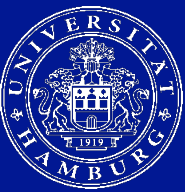


Abb.13: Relative Anteile der Fachgebiete an den 12 als schuldhaft iatrogen eingestuftten Fällen



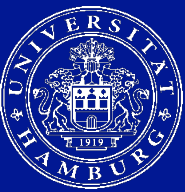
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
IfR HH 2002-2006 (n=12)	Anästhe- sie	Hausarzt	Unbekannt	Chirurgie	Innere Medizin	Notdienst- arzt	Orthopädie
Absolut	4	2	2	1	1	1	1
Prozentual	33.3%	16.7%	16.7%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%
IfR HH 1997-2001 (n=23)	Hausarzt	Anästhe- sie	Chirurgie	Innere Medizin	Orthopädie	HNO	Notdienst- arzt
Absolut	6	4	4	3	2	2	1
Prozentual	26.1%	17.4%	17.4%	13.0%	8.7%	8.7%	4.3%
IfR HH 1985-1996 (n=40)	Anästhe- sie	Chirurgie	Innere Medizin	Hausarzt	HNO	Orthopädie	Pädiatrie
Absolut	8	7	6	3	2	2	2
Prozentual	20%	17%	14%	8%	5%	5%	5%

Tab. 12: Verteilung der als schuldhaft iatrogen bewerteten Todesfälle auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete (jeweils mit absolutem und prozentualem Anteil des jeweiligen Fachgebietes an der Gesamtheit der durch schuldhaftes iatrogenes Verhalten hervorgerufenen Todesfälle [n])



Neues Patientenrechtegesetz 2013: Neue Informationspflichten

- Nach dem Auftreten eines (potentiellen) Haftungsschadens muss der verursachende Behandler *entweder auf Nachfrage des Patienten oder zur Abwendung von Gefahren*, die aus einer fehlerhaften Behandlung resultieren können, den Patienten über jeden erkennbaren Behandlungsfehler aufklären.
- Ohne Zustimmung des Behandlers dürfen diese mit dieser Patienteninformation verbundenen Eingeständnisse aber weder in Straf- noch in Bußgeldverfahren gegen den Behandler verwendet werden.
- Diese Einschränkung gilt nicht für die Verwendung bei der zivilrechtlichen Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegen den Behandelnden



- Nach ständiger Rechtsprechung erfüllt jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende ärztliche Behandlungsmaßnahme den äußeren Tatbestand der Körperverletzung, auch wenn die ärztliche Maßnahme kunstgerecht durchgeführt wurde und erfolgreich war.
- Medizinische Indikation vorliegend?
- Einwilligung?
- Rechtfertigender Notstand?

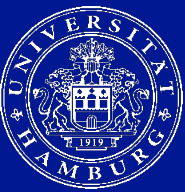


- Anästhesiezwischenfall
- Akutkomplikationen bei operativen Eingriffen, Kathetergestützten minimal- invasiven Prozeduren
- Überraschende Todesfälle im Krankenhaus unklarer Ursache
- Sturz im Krankenhaus, Sturz aus dem Bett
- Fehlmedikation
- Krankenhausinfektion/ Sepsis
- Darmperforation nach Spiegelung/ Verwachsungsbauch
- Pflegefehler/ Dekubitus
- Blutungskomplikationen bei therapeutischer Hemmung der Blutgerinnung
- Notarzt- / Rettungswageneinsatz verzögert



Behandlungsfehler?

Herzinfarkt



- Kasuistik: Nach einem Zusammenprall beim Sport klagt ein 38 jähriger Patient über Schmerzen, Übelkeit und Kreislaufprobleme.
- Der Hausarzt diagnostiziert eine Brustwirbelkörper-Blockierung. Am nächsten Morgen wurde der Patient tot aufgefunden.
- Todesursache laut Sektion: Herzinfarkt bei fortgeschrittener Arteriosklerose/ KHK.
- Gutachterliche Beurteilung: Dem behandelnden Arzt wurde Fehlverhalten bei der Diagnosestellung vorgeworfen, da er nach Ansicht des Gutachters aufgrund der Symptomatik einen Herzinfarkt differentialdiagnostisch hätte ausschließen müssen.
- *Juristisches Urteil: Von der Erhebung einer öffentlichen Klage wurde gemäß §153a I StPO nach Zahlung von 500€ abgesehen.*

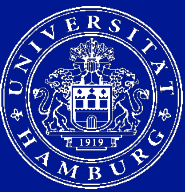


Behandlungsfehler?

Herzinfarkt/ Telefonbehandlung



- 35 Jahre alter Mann
- „Kribbeln“ in beiden Armen, Schwindel, Kaltschweißigkeit
- Patient lehnt RTW ab, kassenärztlicher Notdienst wird von Ehefrau kontaktiert
- KV-Arzt am Telefon rät zu Rückatmung in Beutel, disponiert Hausbesuch
- 20 Min. später leblos von Ehefrau gefunden
- Reanimationsversuch durch jetzt alarmierten Notarzt bei Asystolie erfolglos
- Todesursache Thrombose Hauptstamm rechte Herzkranzschlagader

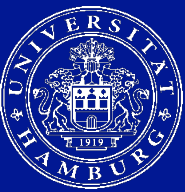


- *„Herr Dr. Y hat sich **aus der Darstellung des Patienten selber, aufgrund des Lebensalter von unter 40 Jahren, der fehlenden Schmerzen in der Brust und der fehlenden Vorerkrankungen** gegen die mögliche, aber unwahrscheinliche Diagnose „Herzerkrankung“ und für die Diagnose „Hyperventilation“ entschieden.“*
- *„Die Wahrscheinlichkeit, bei Soforteinsatz eines Notarztes das Leben von Herrn X in dieser Situation zu retten, muss auf etwa **40% bis 70%** geschätzt werden.“*
- *Die im Nachhinein bekannten Tatsachen (Herzinfarkt und Kreislaufzusammenbruch mit Herzstillstand) **konnte Herr Dr. Y aber zum Zeitpunkt des Telefonats nicht wissen** und sie waren auch sehr unwahrscheinlich (deutlich **unter 1%**).“*



Ärztliche Sorgfaltspflicht?

Fehler bei der Leichenschau



- Der angeklagte Arzt wurde zu einer leblos im Badezimmer gefundenen 70jährigen Frau gerufen, die von den Angehörigen ins Wohnzimmer gebracht worden war. Es herrschte Dämmerung, und die Deckenbeleuchtung des Wohnzimmers war eingeschaltet.
- Der Angeklagte untersuchte die Frau, fand keinerlei Atemtätigkeit, keinen Puls, keine Pupillenreaktion. Er öffnete die Kleidung im Bereich des Brustkorbs und horchte ab. Im Nackenbereich stellte er wohl seiner Ansicht nach unauffällige Totenflecke fest. Der Leichnam wurde nicht entkleidet.
- Todesbescheinigung gab der Arzt an, die Frau sei an einer natürlichen Todesursache (Herz- Kreislauf- Versagen) gestorben.



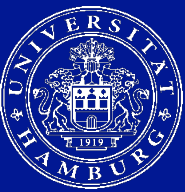
- Im Haus der Verstorbenen wurde mit Öfen geheizt.
- Wenig später wurde die Tochter der Frau ebenfalls leblos im Badezimmer gefunden. Jetzt stellte sich heraus, dass beide tatsächlich an einer Kohlenmonoxidvergiftung gestorben waren. Der CO- Gehalt bei der Tochter betrug 68%.
- Die hierauf hinweisenden hellroten Totenflecken hatte der angeklagte Arzt nicht sehen können, da er den Leichnam nicht entkleidet hatte. Bei ordnungsgemäßer Durchführung der Leichenschau wäre der Tod der Tochter vermieden worden
- *Verurteilung zu Geldstrafe, fahrlässige Tötung*
- *AG Wennigsen NJW 1989)*



Behandlungsfehler? „Rufen Sie 112“

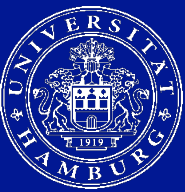


- 40 Jahre alte Patientin
- Magenprobleme, Durchfall
- Hausbesuch des Hausarztes: Norovirusinfektion: „Viel trinken, nach 3 Tagen geht es Ihnen besser“
- 3 Tage später findet Ehemann seine Frau erschwert ansprechbar auf dem Fußboden
- 19.30 Uhr: Ehemann trifft Hausarzt ohne Arzttasche auf der Straße, spontaner Hausbesuch:
- Sieht aus wie ein Delir, „Wählen Sie 112“
- Ehemann ruft Rettungsleitstelle an



- Leitstelle: Arzt war da? Arzt hat keine Einweisung geschrieben? Dann ist das nichts für uns. Rufen Sie den Kassenärztlichen Notdienst an!
- Kassenärztlicher Notdienst: Rufen Sie die Johanniter!
- Rettungssanitäter fragen erneut: Hier ist ein Arzt schon dagewesen? Keinen Einweisungsschein ausgestellt?
- Ergebnis: Wieder kein Krankenhaustransport

- 2 Tage später: Septisches Kreislaufversagen. Notärztliche Reanimation.
- Patientin überlebt, aber Teilamputation untere Extremität

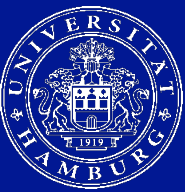


- Gutachter zum Sorgfaltsstandard:
 - Einen ärztlichen Standard gibt es hier nicht... Der Kollege hat das Richtige empfohlen. Auf Nachfrage des Gerichts: Ja, ich hätte mich anders verhalten
 - „Hätte selbst das Telefonat mit Leitstelle geführt“
 - „Hätte, wenn schon Rezeptblock nicht dabei, zumindest Papier hinterlegt mit entsprechender Weisung: Cito Klinikeinweisung“
- *Erstinstanzlich Klage abgewiesen*
- *Letztlich in Berufungsverhandlung zivilrechtlich Vergleich geschlossen*

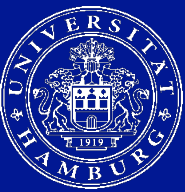


Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

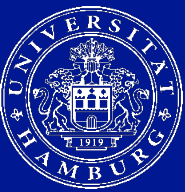
Behandlungsfehler? Hausarzt und Erbe



- 48-jähriger Mann, depressiv, alkohol- und tablettensüchtig
- Tod infolge Rauchvergiftung - intoxikiert während des Rauchens auf dem Sofa eingeschlafen
- Nach seinem Tod: Vorwürfe, dass der Mann von seinem Hausarzt, der gleichzeitig der Alleinerbe des Verstorbenen sei, weit über die übliche Norm hinaus Beruhigungsmittel und Schlafmittel verschrieben bekommen habe. Aufgrund dieser Vorwürfe wurden weitere Ermittlungen eingeleitet.
- *Zwei Gutachter übereinstimmend:*
- Arzt verschrieb größere Mengen Codein- Präparate ohne erkennbare Indikation: u.a. aufgrund Alkoholabhängigkeit Sorgfaltspflichtverstoß



- *Gutachter:*
- Während der Patient bemüht gewesen sei, seinen Drogenkonsum zu reduzieren, einzige formale Hilfestellung seitens des Arztes: Einweisung zu stationären Entzugsbehandlungen in verschiedene Krankenhäuser.
- Im Anschluss an diese Behandlungen habe der Arzt aber immer wieder systematisch die Fortschritte des Patienten unterlaufen, indem er ihn schon kurz nach Entlassung erneut mit gleichen Medikamenten wie vor der Behandlung versorgte („Suchterhaltend bzw. -fördernd“).



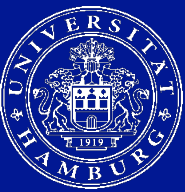
- V.a. vorsätzliche Begehung: Arzt ohne Kassenzulassung, rechnete verschriebene Medikamente über Privatrechnungen ab. Bei Zahlungsunfähigkeit seiner Patienten ließ er sich als deren Alleinerbe einsetzen und erbte somit z.T. Immobilienbesitz.
- In zwei weiteren Fällen war ebenfalls ein Verfahren wegen Körperverletzung mit Todesfolge eingeleitet worden.
- *Juristische Bewertung: Körperverletzung mit Todesfolge gemäß §226 StGB*



Behandlungsfehler? Zirkumzision



- 2 Beschneidungen in Hausarztpraxis am gleichen Tag:
- 6 Monate und 11 Monate alte Jungen
- Arzthelferin dokumentierte Phimose bei dem 6 Monate alten Kind
- Einverständniserklärungen ohne mündliche Aufklärung
- Lokalanästhesie in den Penis
- Schmerzstillende Salbe
- Starke Schmerzäußerungen (Weinen, Schreien) beider Kinder



- Jeweils am Folgetag massive Skrotumschwellungen
- Beide Mütter wendeten sich an die Praxis, in einem Fall riet der Arzt von Klinikeinweisung ab
- Beide Fälle wurden von ihm als Restdepots von Lokalanästhetikum interpretiert
- 5-10 Entlastungsschnitte an Skrotum und Peniswurzel, begleitet von manuellen Kompressionen des Skrotum
- Wiederum keine Aufklärung über Behandlung, Anästhesie unklar



- Im Fall des 6 Monate alten Kindes: Anhaltende Blutung zu Hause veranlasste Mutter zu erneutem Kontakt der Arztpraxis: Arzt macht Hausbesuch, begleitet ins Krankenhaus, führt dort angeblich weitere Kompression des Skrotums durch, ohne Beurteilung des Klinikarztes abzuwarten, verlässt anschließend Klinik
- Im Fall des 11 Monate alten Kindes: Mutter entschied selbständig über Krankenhausaufnahme.
- Folgeschäden: Erneute OP notwendig, Narbenbildung mit ggf. späterem Korrekturbedarf
- *Juristische Bewertung: zwei selbständige Handlungen der fahrlässigen Körperverletzung §§223, 229, 53 StGB. Geldstrafe 6.400€, rechtskräftig gewordener Strafbefehl*

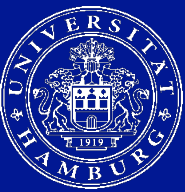


Ist das Mord?

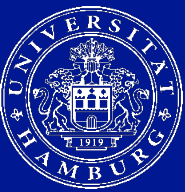
Anästhesiekomplikation bei ambulant
durchgeführter ästhetischer OP



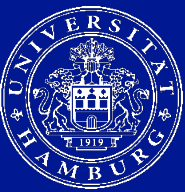
- **Zum Sachverhalt:** Ambulant praktizierender Chirurg in einer Tagesklinik
- 49 Jahre alte gesunde Patientin: Bauchdeckenstraffung, Fettabsaugung, Entfernung einer Blinddarmoperationsnarbe und Versetzung des Bauchnabels.
- Für die Operation und das schmerzausschaltende Verfahren hatte sie schriftlich ihr Einverständnis erklärt.
- Der Angekl. sicherte der Patientin der Wahrheit zuwider zu, dass am Tag der Operation ein Anästhesist zugegen sein werde.



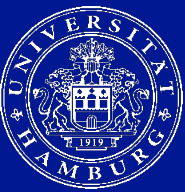
- Auf ihre in Anwesenheit ihres Ehemanns vor Beginn des Eingriffs gestellte Frage, wo der Anästhesist sei, antwortete eine der Arzthelferinnen, „dass dies der Doktor gleich mache“.
- Monitoring von EKG, RR, O₂- Sättigung, aber keine Blutgasanalyse.
- Beim Wundverschluss nach 3,5 h Herz-Kreislauf-Stillstand. Der Angekl. reanimierte mittels einer Herzdruckmassage. Er verabreichte Sauerstoff mittels einer Maske und führte u.a. Adrenalin und weitere Medikamente zu.



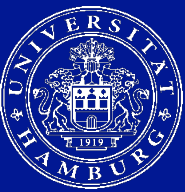
- Kurz darauf befand sich die Herzfrequenz wieder im Normbereich bei stark abgesenktem Blutdruck. Die Patientin atmete spontan und erhielt Infusionen und blutdrucksteigernde Medikamente in nicht dokumentierter Menge und zu nicht dokumentierten Zeitpunkten.
- Bei Dienstende der Arzthelferin R. gegen 14.30 Uhr waren die „Vitalwerte“ wieder im Normbereich, der äußere Zustand der Patientin war indes unverändert. Die Patientin erlangte auch nach Abklingen der Wirkung der Narkosemittel ihr Bewusstsein nicht wieder.



- Der Angekl. führte seine Sprechstunde weiter und sah in regelmäßigen Abständen nach der Patientin.
- Er ließ deren Ehemann gegen 15 Uhr der Wahrheit zuwider ausrichten, dass seine Frau aufgewacht und alles in Ordnung sei. Sie schlafe jedoch immer wieder ein, weshalb er nicht mit ihr sprechen könne.
- Gegen 18 Uhr erklärte der Angekl. dem Ehemann erneut, mit seiner Frau sei alles in Ordnung, er wolle sie aber über Nacht in ein Krankenhaus bringen, da sie immer wieder einschlafe.



- Gleiches bekundete er gegen 18.30 Uhr gegenüber einer Ärztin des Krankenhauses, als er anfragte, ob ein Bett auf der Intensivstation zur Verfügung stehe.
- Der Angekl. bestellte gegen 19.10 Uhr einen Krankentransportwagen ohne intensivmedizinische Ausrüstung, der um 19.45 Uhr eintraf.
- Die Transportsanitäter erkannten sofort den Ernst der Lage der bewusstlosen Patientin und bemerkten anhand ihrer lockeren Extremitäten, ihrer Hautfärbung und der Schweißbildung, dass sie Sauerstoff benötigte.

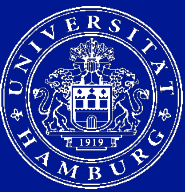


- Der Angekl. verschwieg bei der Einlieferung der komatösen Patientin auf der Intensivstation gegen 20 Uhr den eingetretenen Herzstillstand mit nachfolgender Reanimation und die Aspiration der Patientin. Er übergab keine Krankenunterlagen und teilte die verabreichten Medikamente nicht mit.
- Patientin verstarb im Krankenhaus an den Folgen einer globalen Hirnsubstanzenerweichung, ohne das Bewusstsein zuvor wiedererlangt zu haben.
- Zeitpunkt der irreversiblen Hirnschädigung durch Sauerstoffunterversorgung nach der Wiederbelebung in der Praxis blieb unklar

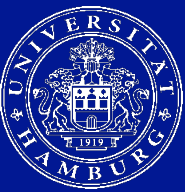


Gutachter:

- Jedenfalls litt die Patientin zum Zeitpunkt ihrer Ankunft im Krankenhaus bereits an einer schweren posthypoxischen Hirnschädigung, die in den Nachmittagsstunden entstanden war.
- Bei einer sofortigen Verlegung in ein Krankenhaus nach der Reanimation hätte die Patientin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt, zumindest eine nicht unerhebliche Zeit länger gelebt.

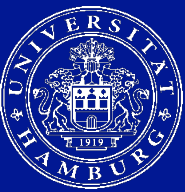


- Zum subjektiven Tatbestand hat das LG u.a. festgestellt, dass der Angekl. zumindest deshalb die Patientin erst am Abend des OP -Tages in ein Krankenhaus verbringen ließ, weil er bei Bekanntwerden des Zwischenfalls um seine wirtschaftliche und berufliche Existenz fürchtete.
- Darüber hinaus wusste er, dass die vorgenommene Operation ohne Anästhesist nicht dem ärztlichen Standard entsprach und er seine Patientin nach dem Herzstillstand nur unzureichend weiterbehandelt hatte.

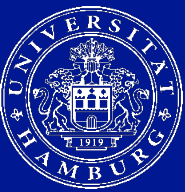


Erstinstanzlich LG Berlin:

- Körperverletzung mit Todesfolge (§227 StGB) in Tateinheit mit versuchtem Totschlag (§§212, 22, 23 StGB):
Freiheitsstrafe von vier Jahren und sechs Monaten zuzüglich eines vierjährigen Berufsverbots (§70 StGB)

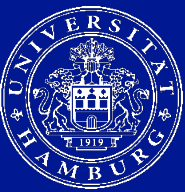


- **Der Versuch** bezeichnet im Strafrecht Deutschlands ein Deliktsstadium vor Vollendung. Definiert wird der Versuch in § 22 Strafgesetzbuch (StGB).
- Der Hauptfall des Versuchs ist der nicht eingetretene Erfolg der Tat: Der Täter will sein Opfer töten, verletzt es aber nur.
- Versuch liegt aber auch dann vor, wenn der Erfolg zwar eingetreten ist, aber nicht durch den Täter herbeigeführt wurde oder ihm nicht zuzurechnen ist.



Beispiel:

- Bevor das beigebrachte Gift zu wirken beginnt, wird das Opfer von einem anderen erschossen.
- Während also der subjektive Tatbestand bei der versuchten Tat vollständig vorliegt (der Täter will das Opfer töten, gegebenenfalls aus Habgier), weist der dem entsprechende objektive Tatbestand einen Mangel auf (das Opfer stirbt nicht durch das Gift).



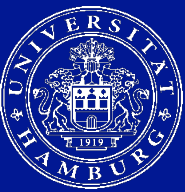
- **BGH- Revision:** Eine Aufklärung der Patientin darüber, dass die Hinzuziehung eines Anästhesisten medizinisch geboten war, ist nicht erfolgt. Dies berechtigte zur Annahme eines durchgreifenden Aufklärungsmangels (BGH, Urt. v. 19. 11. 1997 – 3 StR 271/97 –, BGHSt 43, 309).



- **BGH- Revision:** Fehlerfrei hat das LG festgestellt, dass die Patientin unter dieser Prämisse die Vornahme der Operation abgelehnt hätte, deren Durchführung ohne Anästhesisten sie ersichtlich auch nicht etwa kurzfristig bei Kenntnis von der Situation zu Beginn des Eingriffs schlüssig gebilligt hat. Dies führt zu der Bewertung des Eingriffs als Körperverletzung.



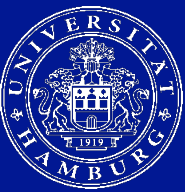
- BGH: Tun oder Unterlassen?
- Schwerpunkt des Unrechtsvorwurfes im zu späten Veranlassen der Einweisung auf eine klinische Intensivstation: Abstellen auf ein (fakultativ milder zu bestrafendes) *Unterlassen*.
- Verurteilung wegen Körperverletzung mit Todesfolge angesichts einer unwirksamen Patienteneinwilligung in die SchönheitsOP ist zutreffend



- **BGH Revision:**
- Bewußte Fahrlässigkeit oder bedingter Tötungsvorsatz?
- BGH lehnt einen generellen Schluss aus dem zur Vertuschung eigenen Fehlverhaltens vorgenommen Verhalten auf das Vorliegen eines bedingten Tötungsvorsatzes ab.



- BGH: Eine Verurteilung des Arztes wegen des *untauglichen Versuchs* eines Mordes durch Unterlassen *möglich*.
- Zur erneuten Beweisaufnahme an LG Berlin zurückverwiesen



§ 211 Mord

(1) Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft.

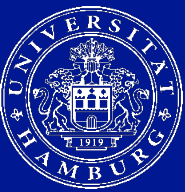
(2) Mörder ist, wer

- aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen,
- heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder
- um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.



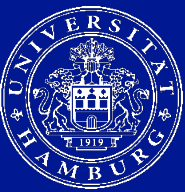
§ 212 Totschlag

- *(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.*
- *(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.*



- **LG Berlin** verurteilte im zweiten Verfahren nun erneut, dieses Mal:
- 7 ½ Jahre Freiheitsstrafe und 5 Jahre Berufsverbot wegen *versuchten Mordes (!)*

- **BGH hob dieses Urteil erneut auf**
- Bestätigung Körperverletzung mit Todesfolge (§227 StGB): 5 Jahre Freiheitsstrafe, 4 Jahre Berufsverbot
- *Erneute Revision wurde verworfen*



- Es kann ein natürlicher Tod bescheinigt werden,
 - wenn ein Patient wegen eines Leidens aus innerer natürlicher Ursache behandelt wurde
 - und dieser Patient während der indizierten Behandlung, in die er auch rechtswirksam eingewilligt hatte, *trotz sorgfältigen und kunstgerechten Handelns* an einer
 - nicht vorhersehbaren und
 - nicht abwendbarenKomplikation dieser Behandlung verstirbt
- (z. B. Blutung bei chirurgischer Lösung von Verwachsungen (Adhäsioolyse) von Darmschlingen nach vorausgehender Teilentfernung des Darms nach Dickdarmkrebs)



- Aber kann man die Kriterien „*trotz sorgfältigen und kunstgerechten Handelns*“ bzw. „*nicht abwendbar*“ abschließend auf die Schnelle beurteilen?
- Darum zur Sicherheit bei allen periinterventionellen Todesfällen: *Unklare Todesart* bescheinigen!

Law and Order

Juristische Fallstricke für den Hausarzt

- **Prof. Dr. Walter Schaffartzik**

Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
Unfallkrankenhaus Berlin

Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen
Ärztekammern

keine kommerziellen oder finanziellen Interessenskonflikte

ehrenamtliche Tätigkeit

Aufwandsentschädigung, Reisekosten

Organisation und Anträge 2016

Gesellschafter: 10 LÄK

ca. 27 Mio Einwohner
www.destatis.de

Anträge SST, GAK	11.559
SST Hannover	4.070
LÄK Hamburg	414



Organisation und Anträge 2016

40 Jahre Norddeutsche Schlichtungsstelle

26. April 2017; 1976: Malpractice - Verfahren USA

Gründungsmitglieder 1976:

Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig - Holstein

Norddeutsche Schlichtungsstelle:

> 60 Ärztinnen, 6 Juristinnen Befähigung zum Richteramt,
17 Sachbearbeiterinnen, 1 Patientinnenvertreterin

Verfahren

barrierearm

Antrag, Kosten

transparent

Gutachten: Prüfung durch gebietsgleiche Mediziner und Juristen

vgl. MDK

Dauer: 15 Monate

Medical Error Reporting System MERS

Schadens -, Fehlerhäufung, Fehlerquote, öffentlich erreichbar via Internet, z. B. BÄK

Verfahren

Schaden
Patientin

Gutachterin,
Gutachten-
auftrag

Gutachten

Sorgfaltspflicht und Standard

Arzt schuldet Patientin erforderliche Sorgfalt

nicht den Behandlungserfolg

erforderliche Sorgfalt: Standards des betroffenen Fachgebiets

Gutachterin

Sorgfaltspflicht und Standard

Schaden

gesundheitlich, materiell, immateriell



Begutachtung:
Erforderliche Sorgfalt eingehalten ?



ja



unverschuldete Komplikation

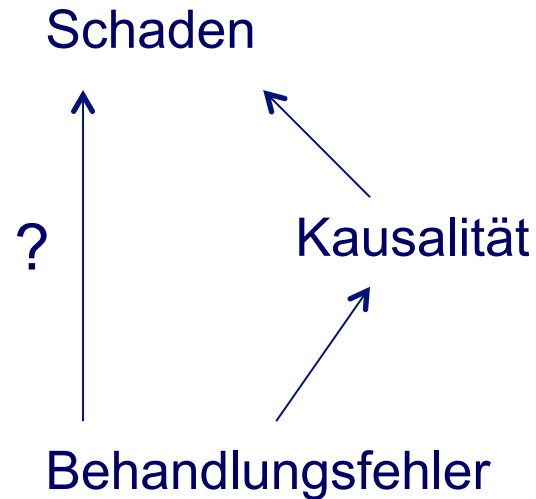


nein



verschuldete Komplikation
Behandlungsfehler

Sorgfaltspflicht und Standard



Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen
wären erfahrungsgemäß bei
richtigem ärztlichem Handeln
ohnein eingetreten ?

Sorgfaltspflicht und Standard

Der Standard ist ein objektiver Maßstab dafür, ob die Behandlung lege artis oder fehlerhaft durchgeführt worden ist.

Der Standard ist durch sachverständige medizinische Würdigung für jeden Einzelfall zu definieren BGH VI ZR 57/07.

Variabler Standard

Fachwissen

Individualkompetenz der Ärztin

apparative Ausstattung



Ärztin

niedergelassener Bereich



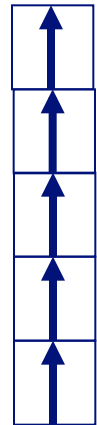
Fachärztin



Allgemeines
Krankenhaus



Spezial-
klinik



Universitäts-
klinik

Sorgfaltspflicht und Standard

erforderliche Sorgfalt

Facharztstandard

Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse

Spezialkenntnisse erhöhen den Standard

Verfahren

Schaden
Patientin

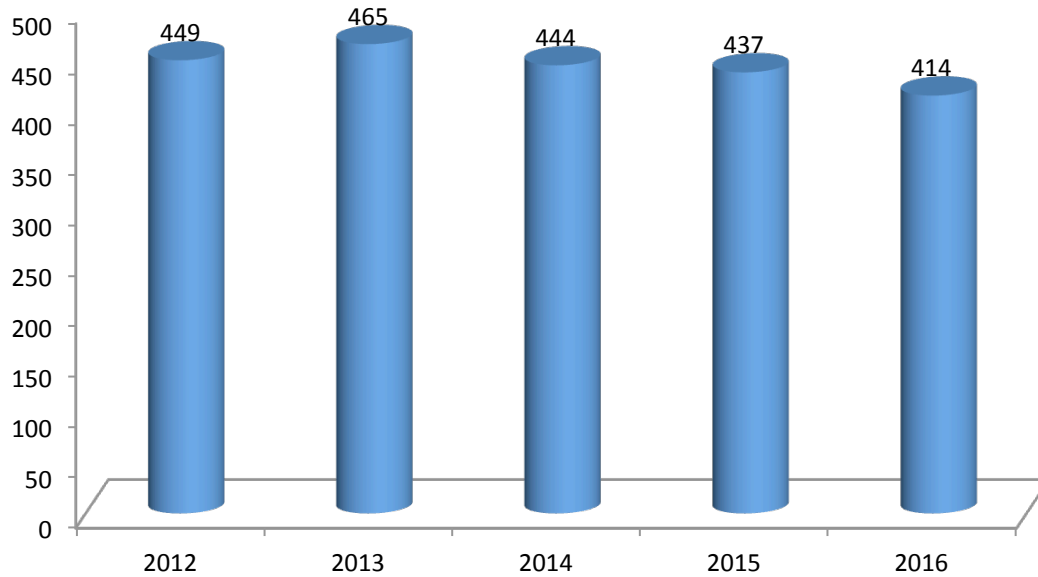
Gutachter,
Gutachten-
auftrag

Gutachten

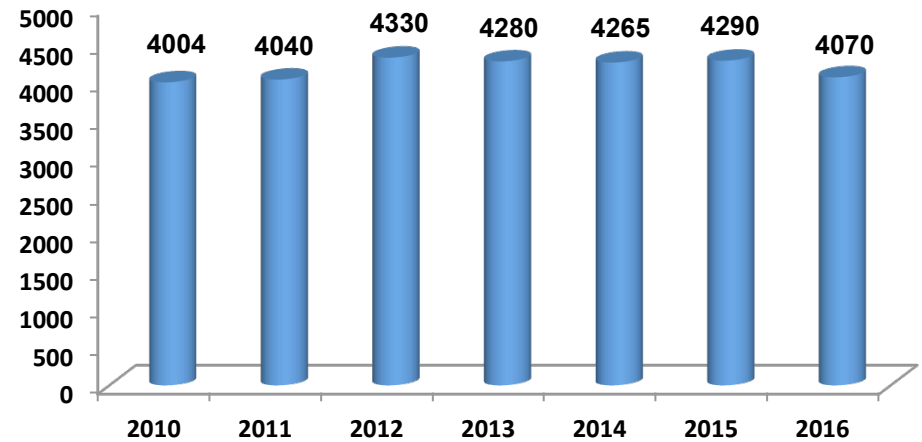
Entscheidung
SST,
Ärztin, Juristin

MERS: Ergebnisse 2016

Anträge Hamburg

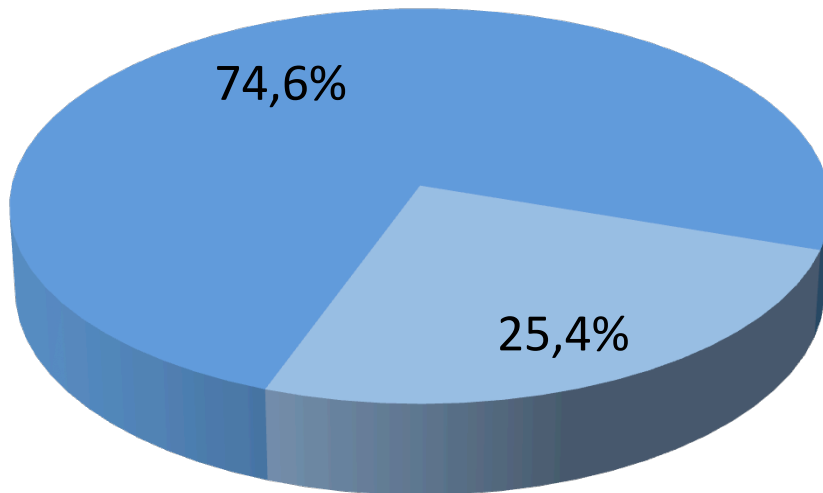


Anträge gesamt



MERS: Ergebnisse 2016

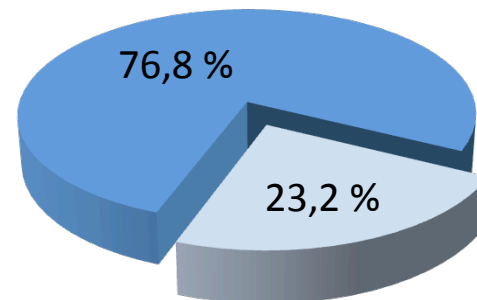
Versorgungsbereiche, Hamburg



■ Klinikbereich (ambulant/stationär, Belegarzt, Rehabilitationseinrichtung)

■ Praxis (auch Medizinisches Versorgungszentrum)

Versorgungsbereiche, gesamt

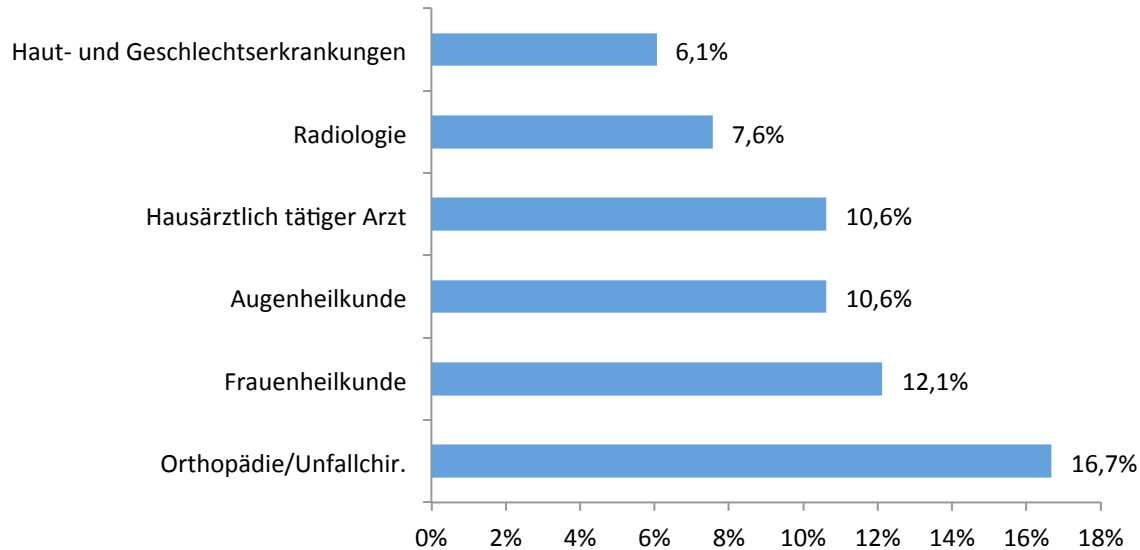


■ Klinikbereich (ambulant/stationär, Belegarzt, Rehabilitationseinrichtung)

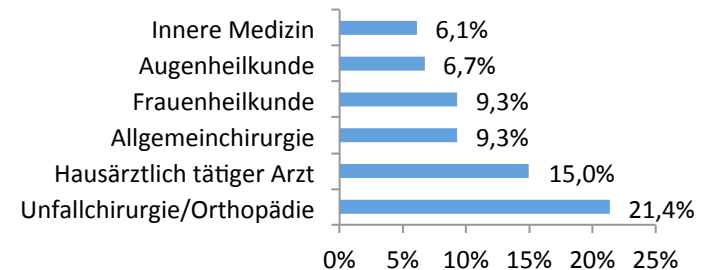
■ Praxis (auch Medizinisches Versorgungszentrum)

MERS: Ergebnisse 2016

Fachgebiete, Hamburg, niedergelassener Bereich, n = 66

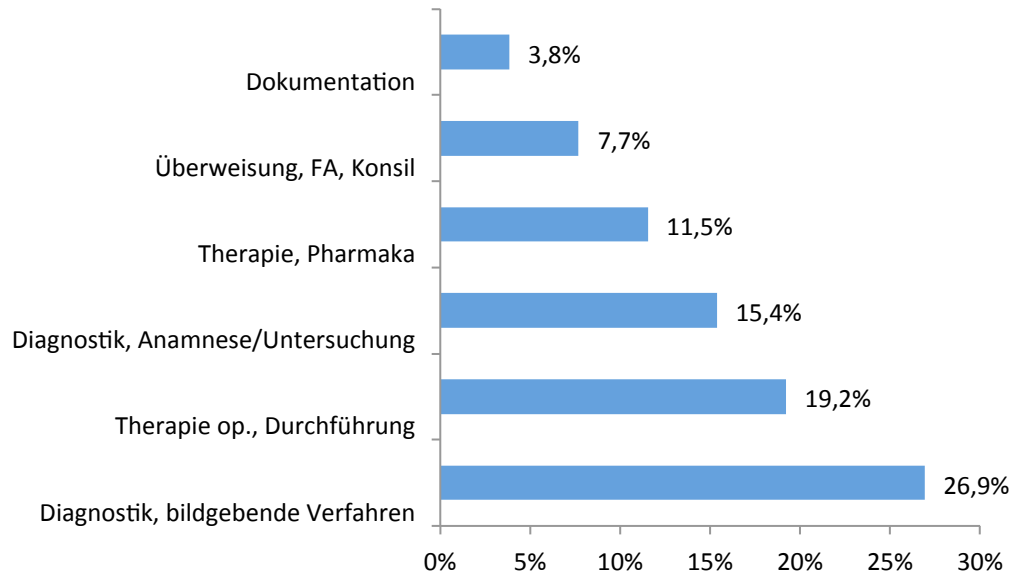


Fachgebiete, gesamt niedergelassener Bereich, n = 655

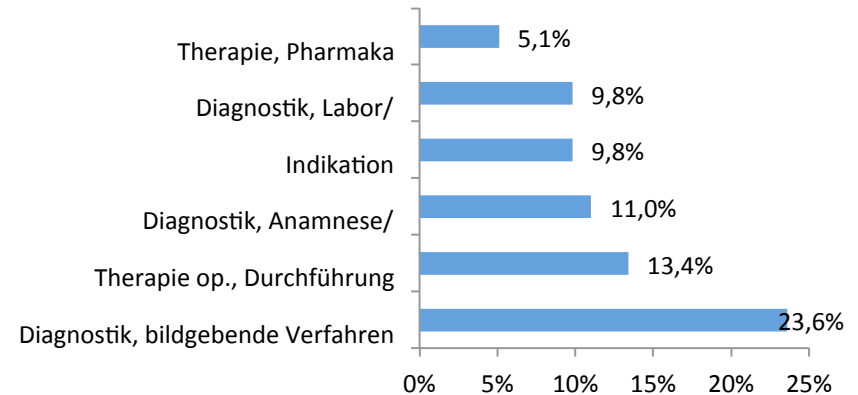


MERS: Ergebnisse 2016

Fehlerbereiche, niedergelassener Bereich, Hamburg

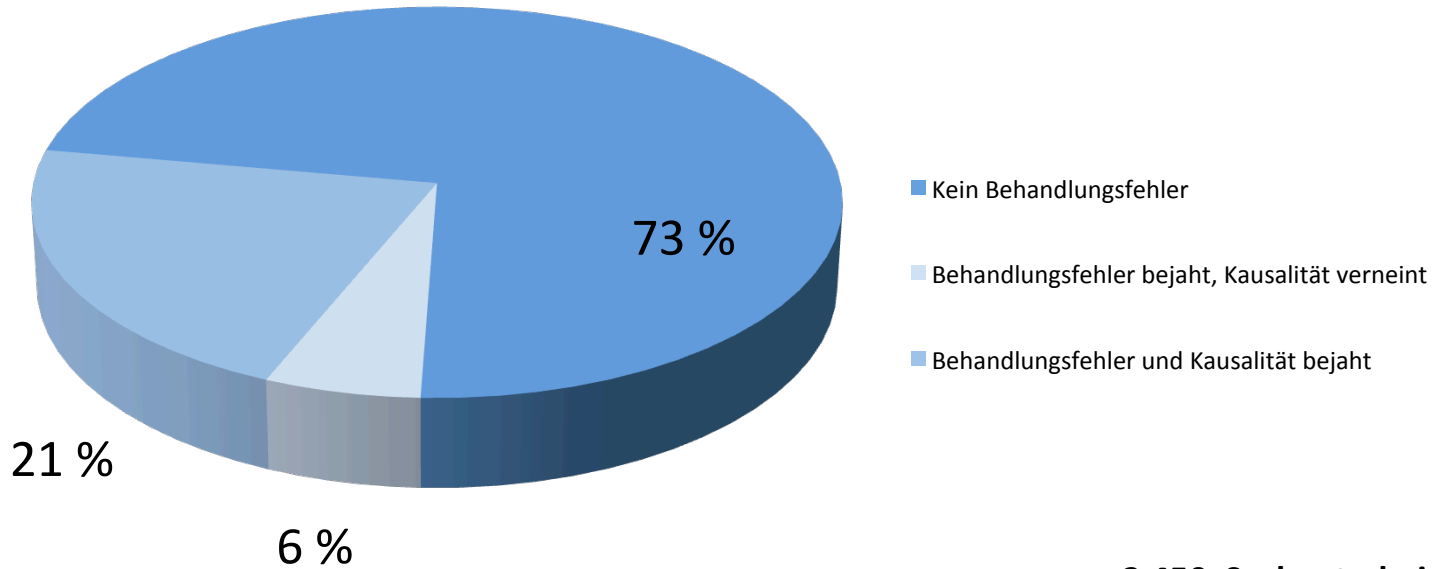


Fehlerbereiche, niedergelassener Bereich, gesamt

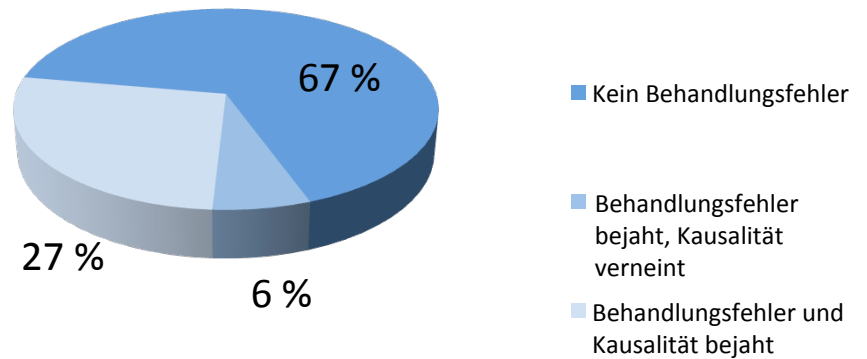


MERS: Ergebnisse 2016

228 Sachentscheidungen Hamburg

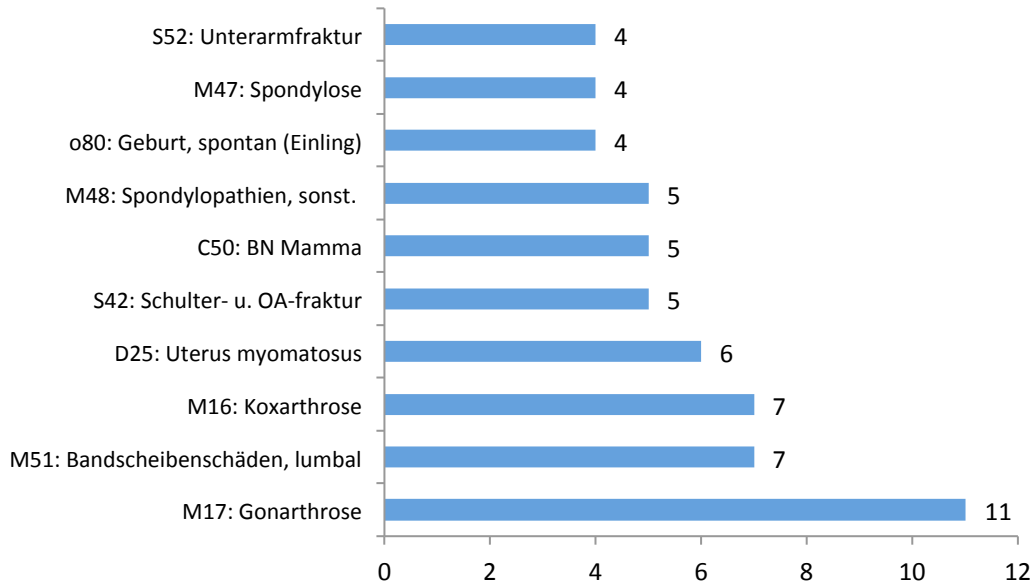


2.450 Sachentscheidungen gesamt

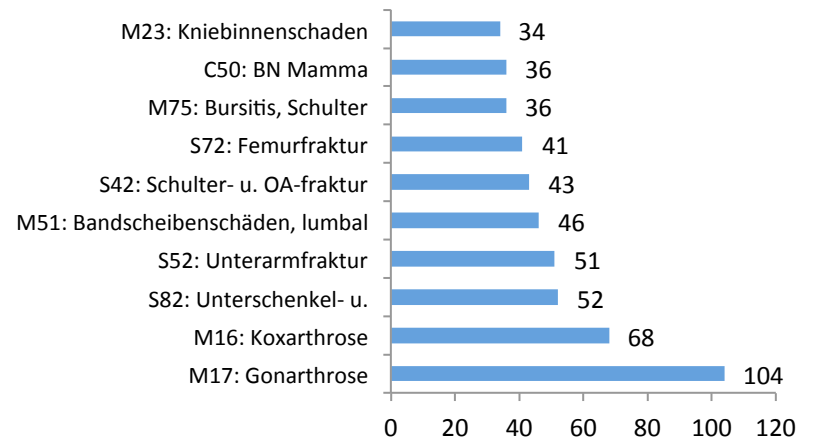


MERS: Ergebnisse 2016

Diagnosen, Hamburg

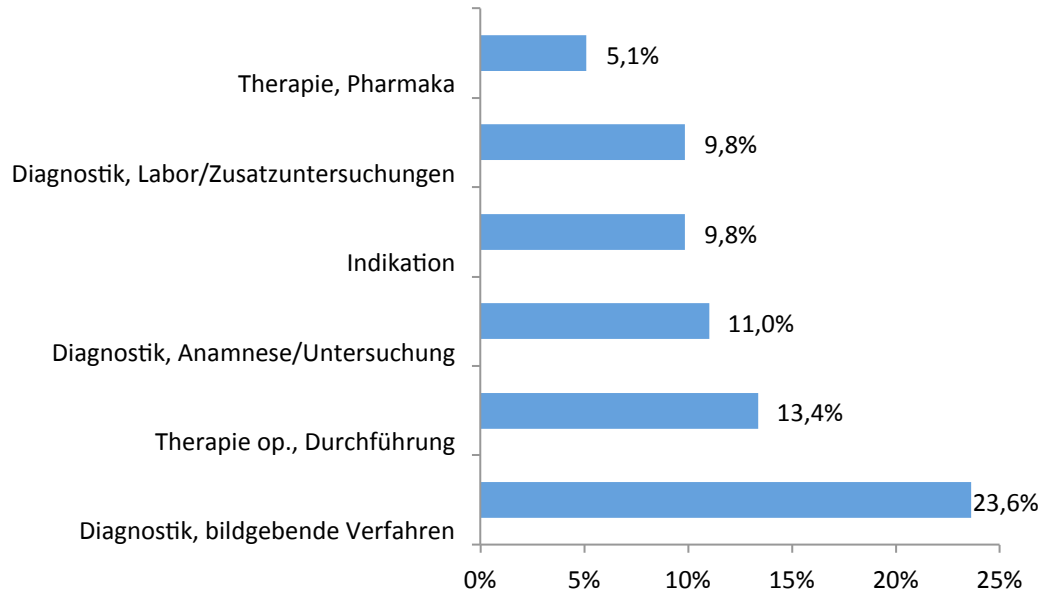


Diagnosen, gesamt

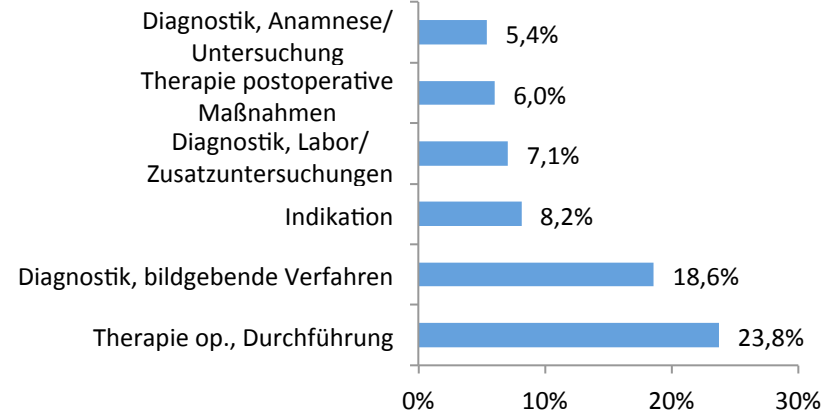


Ergebnisse 2016

Fehlerbereiche , niedergelassener Bereich

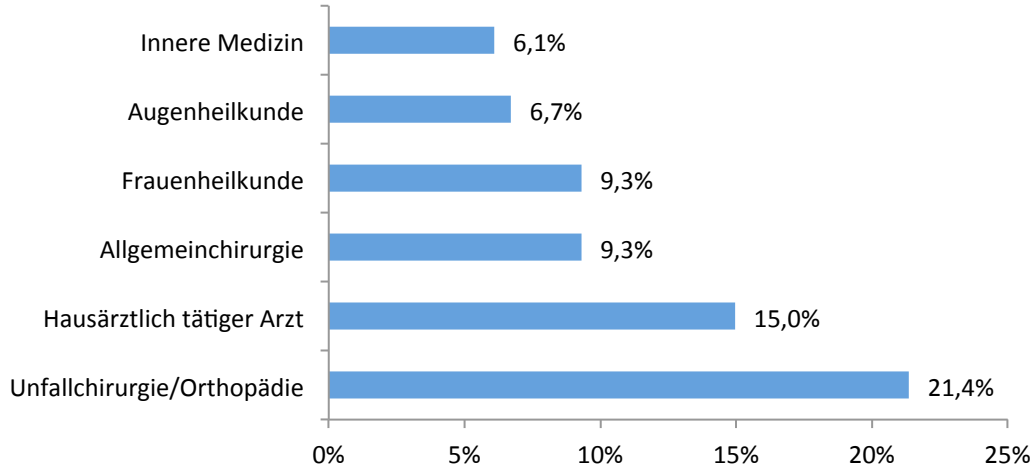


Fehlerbereiche, klinischer Bereich

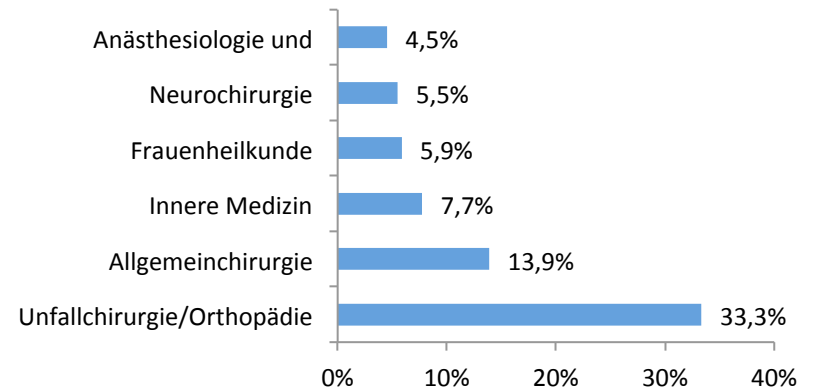


Ergebnisse 2016

Fachgebiete niedergelassener Bereich , n = 655



Fachgebiete klinischer Bereich , n = 2.169



Folgende Unterlagen werden beigefügt:

- Schweigepflichtentbindungserklärung
- Akte Ameos Klinikum Ueckermünde vom 14.05.2016 bis zum 18.05.2016

Behandlungsfehlervorwurf bzw. Sachverhalt

Frau Brandt wurde am 14.05.2016 wegen einem Sturz auf dem Weg zur Dialyse stationär aufgenommen. Am 16.05.2016 erfolgte eine OP wegen einer lateralen Schenkelhalsfraktur.

Am 18.05.2016 verstarb Frau Brandt.

Die Tochter der Versicherten gibt an, dass eine Dialyse mit der stationären Aufnahme nicht mehr erfolgt ist. An den Wochentagen Dienstag, Donnerstag und Samstag erfolgte die reguläre Dialyse. Der 14.05.2016 war ein Samstag, da Frau Brandt an dem Tag gestützt ist, wurde die Dialyse seit dem nicht mehr durchgeführt.

Bei der Begutachtung bitten wir auf die Schilderung des Versicherten und folgende Fragen besonders einzugehen:

1. Liegen Verstöße gegen die allgemeinen Regeln der ärztlichen Kunst bzw. der Sorgfaltspflichten vor?
2. Liegt ein Aufklärungsmangel oder ein Dokumentationsmangel vor?
3. Waren die durchgeführten medizinischen Maßnahmen indiziert?
4. Worauf sind die Gesundheitsschädigungen zurückzuführen?
5. Bestehen Anhaltspunkte für Organisationsmängel, ggf. welche?
6. Wurde es unterlassen, notwendige Befunde zu erheben, ggf. welche?

Sollten sich aus fachärztlicher Sicht weitere Fragen ergeben, bitten wir Sie, diese ebenfalls zu behandeln.

Verfahren

Schlichtungsantrag

Antragsberechtigt:
Patient, Arzt, Versicherung

1. Klärung der Verfahrensvoraussetzungen

Verfahrenshindernisse ?
Zustimmung aller Beteiligten ?

2. Sachverhaltsklärung

vollständige Krankenunterlagen
Untersuchungsgrundsatz

3. Externes Gutachten

Anhörung der Beteiligten
Gutachter, Gutachtauftrag,
Gutachten

4. Beurteilung der Haftungsfrage

Prüfung Gutachten → Bescheid
Arzt, Jurist

5. Vortrag neuer Tatsachen

erneute Beurteilung

Verfahren

Schlichtungsantrag

Antragsberechtigt:
Patient, Arzt, Versicherung

1. Klärung der Verfahrensvoraussetzungen

Verfahrenshindernisse ?
Zustimmung aller Beteiligten ?

2. Sachverhaltsklärung

vollständige Krankenunterlagen
Untersuchungsgrundsatz

3. Externes Gutachten

Anhörung der Beteiligten
Gutachter, Gutachtauftrag,
Gutachten

4. Beurteilung der Haftungsfrage

Prüfung Gutachten → Bescheid
Arzt, Jurist

5. Vortrag neuer Tatsachen

erneute Beurteilung