

A

I

N

S

## Patientensicherheit – Auftrag für die Zukunft

### Umgang mit Komplikationen: Was sage ich den Patienten und was den Angehörigen?

Elmar Biermann • Rolf-Werner Bock

**Das Paradoxon ist oft beschrieben worden: Durch die zunehmende Perfektionierung der Medizintechnik und die fortschreitende (Sub-)Spezialisierung in den medizinischen Fachgebieten ist das Behandlungsrisiko für den Patienten gesunken, gleichzeitig soll sich jedoch das forensische Risiko für den Arzt drastisch erhöht haben, d. h. die Gefahr mit Schadensersatzansprüchen, Klagen, Strafanzeigen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren konfrontiert zu werden. Dieser Artikel soll dem Leser daher einen Einblick in die Kommunikation mit dem Patienten bei planwidrigen Behandlungsverläufen geben und über rechtliche Rahmenbedingungen informieren.**

**Behandlungsfehler** Das Jahr 2014 begann mit einem „Paukenschlag“: Der AOK-Krankenhausreport berichtete, dass 2011 etwa 190 000 Behandlungsfehler im Klinikbetrieb zu verzeichnen seien, davon rund 19 000 mit tödlichem Ausgang [1]. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit geht von 17 000 Toten „nach Behandlungen im Krankenhaus“ aus [2]. Das Gesundheitsministerium [3] meint, 140 000–170 000 Behandlungsfehler jährlich schätzen zu können. Doch gemessen an rund 18 Mio. Behandlungsfällen in der Klinik und weiteren 540 Mio. in der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung scheint das Risiko, im Rahmen der medizinischen Behandlung Opfer eines Behandlungsfehlers zu werden, im Ergebnis doch eher gering zu sein [4].

**Forensisches Risiko** Letztlich bleibt jedoch die tatsächliche Zahl möglicher Behandlungsfehler unbekannt. Die geschilderten Schätzungen ersetzen eine valide Statistik nicht. Selbst wenn es anhand der geschätzten Behandlungsfehlervorfälle in Relation zu den Behandlungsfällen im Ergebnis dabei bleiben kann, dass das Behandlungsrisiko für den Patienten gering ist – stimmt es denn, dass sich das forensische Risiko für den Arzt erhöht hat?

**Strafrechtliche Ermittlungsverfahren** Für den Bereich der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren kann – soweit überhaupt überprüfbare Zahlen vorliegen – wohl nicht „von einem Boom der

nicht fiskalischen Arztstrafverfahren“ gesprochen werden [5]. Persönliche Erfahrungen der Verfasser bestätigen diese Ansicht, auch wenn die aktuelle Präsenz strafrechtlicher Verfahren gegen Ärzte in den Medien zu einer erhöhten Wahrnehmung führt.

**Zivilrechtlicher Sektor** Im zivilrechtlichen Sektor berichten die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von einer steigenden Anzahl zu begutachtender Anträge wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers. 2012 waren es mehr als 12 000 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern und damit gut 10% mehr als im Vorjahr; ungefähr 7 600 wurden in 2012 bearbeitet, in ca. 2 300 Fällen wurde ein Fehler bejaht. Allerdings wurden „nur“ ca. 1 900 Fälle ermittelt, in denen die festgestellten Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden waren [6]. Erste Trendanalysen für 2013 zeigen knapp 8 000 Sachentscheidungen, in einem knappen Drittel der Fälle wurden Behandlungsfehler festgestellt [7].

**Daten Medizinischer Dienst der Krankenkassen** Der Medizinische Dienst der Krankenkassen, der nach § 66 SGB V Versicherte bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen soll, meldete für 2012 ca. 12 500 begutachtete Fälle eines Behandlungsfehlervorwurfs, Tendenz steigend. In ca. einem Fünftel der Fälle wurde ein Behandlungsfehler ermittelt, in 82 Fällen mit tödlichem Ausgang. In 10% der Fälle wurde ein Behandlungsfehler erkannt, der jedoch nicht kausal für den Gesundheitsschaden war; in ca. 70% der geprüften Fälle lag kein Behandlungsfehler vor [8]. Für 2013 wurden rund 14 600, d. h. gut 2 000 Fälle mehr als im Vorjahr gemeldet. Die Zahl der bestätigten Behandlungsfehler sank hingegen von 3 900 in 2012 auf 3 700 in 2013; Anästhesie und Intensivmedizin liegen zwar auf dem letzten Platz der 10 Fachgebiete mit der höchsten Anzahl an Vorwürfen, weisen aber mit 30,1% die höchste Bestätigungsquote neben der Pflege auf [9].

### Gutachterkommissionen / Schlichtungsstellen

Die seit 1975 bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen bieten eine Begutachtung durch unabhängige Sachverständige und eine außergerichtliche Streitschlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen an. Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass gut ein Viertel aller vermuteten Behandlungsfehlervorwürfe in Deutschland durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern begutachtet werden. In ca. 90% der Fälle sollen, so die Bundesärztekammer, die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von den Parteien akzeptiert werden. Wenn nach der Begutachtung doch noch der Rechtsweg beschritten wird, werden die Entscheidungen der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen von den Gerichten in der überwiegenden Zahl bestätigt [10]. Chirurgie und Anästhesie gehören dabei zu den risikobehafteten Gebieten [11].

Umso wichtiger ist es für die „Behandlerseite“ – speziell Ärzte und Krankenhausträger – zu erkennen und organisatorisch dafür Sorge zu tragen, dass nach Zwischenfällen und Komplikationen angemessen agiert und reagiert wird – auch im Hinblick auf mögliche juristische Konsequenzen.

Welche Konsequenzen drohen den Akteuren auf der Behandlerseite nach einem behaupteten Behandlungsfehler?

### Ein kurzer Überblick [12]



#### Zivilrechtliche Verfahren

- ▶ Haftungsprozess vor dem Landgericht, dem Oberlandesgericht als Berufungsgericht bis hin zum Bundesgerichtshof als Revisionsgericht

#### Strafrechtliche Verfahren

- ▶ strafrechtliches Ermittlungsverfahren durch die Staatsanwaltschaft, Erlass eines Strafbefehls oder (öffentliche Hauptverhandlung) vor dem Strafgericht, u. a. Einstellung des Verfahrens gegen Erfüllung von Auflagen, in der Regel eine Geldzahlung gem. § 153a StPO

#### Verwaltungs- / sozialgerichtliche Verfahren

- ▶ berufsgerichtliches Verfahren vor dem bei den Ärztekammern eingerichteten Berufungsgericht
- ▶ Widerruf/Ruhen der Approbation, durch die Verwaltungsbehörde angeordnet

#### Arbeitsrechtliche Probleme

- ▶ Abmahnung/Kündigung oder arbeitsrechtlicher Regress des Krankenhausträgers/der Haftpflichtversicherung nach der Regulierung eines Haftpflichtschadens

Dieser kurze, nicht vollständige Überblick soll deutlich machen, wie wichtig es ist, auch die rechtlichen Gegebenheiten zu kennen und zu wissen, wie nach einer Komplikation, nach einem Zwischenfall aus rechtlicher Sicht agiert werden muss. Die „Verhaltenshinweise bei und nach einem Zwischenfall“ sind insbesondere unter dem Aspekt des rechtlichen Krisen- und Schadensmanagements wiederholt dargestellt worden [13].

### Adäquate Kommunikation unerlässlich



**Oft entscheidend für Strafanzeige** Schon objektiv unvermeidbare, planwidrige Behandlungsverläufe, erst recht ein Behandlungsfehler, bedürfen einer angemessenen Kommunikation zwischen Behandler- und Patientenseite. In Strafakten berichten Patienten und ihre Angehörigen, dass sie von einer Strafanzeige u.U. abgesehen hätten, wenn der Arzt „doch etwas gesagt hätte“ oder wenn der Vorfall „doch einmal besprochen“ worden wäre und die Behandlerseite nicht den Eindruck erweckt hätte, die Schadensfälle würden „verschleppt“. Doch nicht nur die von der Behandlerseite aufgebaute „Mauer des Schweigens“ sorgt auf Patientenseite für Unverständnis, auch Missgunst und Intrigen „unter Kollegen“ stellen nicht nur ein standeswidriges, weil unkollegiales Verhalten dar, sondern können Patienten provozieren, den Rechtsweg wegen vermutterter Behandlungsfehler zu beschreiten (z.B. „Du lieber Gott, was hat mein Kollege denn mit Ihnen gemacht?“ – „Sie hätten viel früher in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen.“ – „Das war ja eine völlig überholte Behandlungsmethode.“).

**Rechtliche Bedeutung** Im Rahmen der Verhaltenshinweise aus rechtlicher Sicht wurde aber stets auch die adäquate Kommunikation, insbesondere das Gespräch mit dem Patienten respektive seinen Angehörigen als elementar hervorgehoben. Die baldige, aber gut vorbereitete Aussprache mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen hat auch rechtlich weitreichende Bedeutung. Der Patient will Aufklärung über den Sachverhalt, er wünscht Informationen über die Ereignisse, wie und warum eine Komplikation, ein Zwischenfall eingetreten ist. Das geschilderte „Sich-verweigern/Mauern“, die damit dokumentierte fehlende Gesprächsbereitschaft sind Ursache für Misstrauen sowie Verärgerung und führen zu dem geschilderten Verhalten, zu Klagen vor den Zivilgerichten sowie Strafanzeigen.

Ärzte sind deshalb gut beraten, das Gespräch mit den Betroffenen nicht zu scheuen, ist es doch oft die entscheidende Weichenstellung für den weiteren Geschehensverlauf.

### Fakten erläutern und Empathie zeigen

▼ **Gespräch: Art und Weise entscheidend** Der Arzt sollte in einem empathischen, ehrliche menschliche Zuwendung bekundenden Gespräch auf die Fragen und Sorgen der Patienten/Angehörigen eingehen, die Vorgänge – soweit möglich – laienverständlich erklären und die Fakten benennen. So können auch rechtlich die Weichen in die richtige Richtung gestellt werden.

► In einer solchen Unterredung aber arrogant, „von oben herab“, herablassend, kämpferisch oder verärgert aufzutreten, wäre grundfalsch.

**Gratwanderung** Auf der anderen Seite ist das Gespräch mit Patienten und/oder den Angehörigen aber nicht nur schwierig, sondern häufig auch eine „zweischneidige Sache“, eine Gratwanderung zwischen Selbstbezeichnung und Selbstverteidigung, mit dem hohen Risiko von Missverständnissen und Fehldeutungen. Entziehen können sich Ärzte dem Gespräch nicht, zumal auch das neue „Patientenrechtegesetz“ Informationspflichten festgeschrieben hat, wie später dargestellt wird.

Ein solches Gespräch sollte aber nicht unvorbereitet erfolgen. Gutes Krisenmanagement verlangt im Vorfeld zu bedenken, welche Fragen der Patient stellt, wie darauf reagiert wird, was ihm mitzuteilen ist. Das Gespräch mit den Patienten sollte, nicht nur aus Beweissicherungsgründen, niemals von einem Arzt allein geführt werden.

Das Risiko, dass Begriffe missverstanden oder aus bestimmten Formulierungen falsche Schlüsse gezogen, „Schuldbekennnisse“ abgeleitet werden, ist hoch. Betrifft, wie häufig, die Komplikation einen Oberarzt der Fachabteilung, so ist der Chefarzt gefordert, das Gespräch mit dem Patienten oder seinen Angehörigen zu führen, zumindest aber daran teilzunehmen. Unterschiedliche Auskünfte von verschiedenen Personen sollten vermieden werden, allerdings darf keine Zeugenbeeinflussung erfolgen. Unbedingt erforderlich ist es, den Inhalt des Gesprächs stichwortartig zu dokumentieren.

### Kenntnis rechtlicher Voraussetzungen/Grenzen

Bei dem Gespräch gilt es jedoch, rechtliche Voraussetzungen und Grenzen zu kennen und zu beachten. Dazu gehören

- die Forderungen des „Patientenrechtegesetzes“,
- die Regelungen der ärztlichen Schweigepflicht,
- versicherungsrechtliche Aspekte und
- die Rechte, die betroffene Ärzte als Beschuldigte haben.

### Pflicht zur Fehleroffenbarung?

▼ **Urteile** Schon 1961 urteilte der Bundesgerichtshof [14]:

„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.“

Das Oberlandesgericht Koblenz verpflichtete den Arzt [15],

„... von den Komplikationen und einem drohenden Schaden den Patienten oder dessen (Haus-)Arzt zu unterrichten, damit eine sachgerechte Nachbehandlung oder Vorsorge für den Fall des Eintritts des drohenden Schadens eingeleitet werden kann.“

### Information zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren

▼ **Sicherheitsaufklärung** Die Pflicht, den Patienten zu informieren, wenn dies zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren notwendig ist, ist mit hin nicht neu. Das „Patientenrechtegesetz“ verlangt nun in § 630c Abs. 2 S. 1 BGB im Rahmen der „Sicherungsaufklärung“, dass der Arzt den Patienten auch über die während und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen informiert. Dazu gehören die oben geschilderten, schon bisher von der Rechtsprechung geforderten Hinweise. Insoweit verlangt das „Patientenrechtegesetz“ in § 630c BGB zunächst nichts Neues. Was aber gilt, wenn den drohenden gesundheitlichen Gefahren ein Behandlungsfehler des Arztes zugrunde liegt?

### Information über Behandlungsfehler

▼ **Neu** Die Pflicht zur Offenbarung über „erkennbare Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“, seien es eigene oder fremde Behandlungsfehler, ist indes neu. Unter dem Titel „Informationspflichten“ regelt das „Patientenrechtegesetz“ in § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB:

„Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“

## Information zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren

**Verpflichtung** Die Verpflichtung, zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren den Patienten zu informieren, ergibt sich schon aus § 630c Abs. 2 S. 1 BGB.

§ 630c Abs. 2 S. 2 BGB stellt klar, dass dies auch dann zu gelten hat, wenn der Arzt dabei Umstände offenlegen muss, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, er sich oder andere dabei also selbst „belasten“ muss. Das gesundheitliche Interesse des Patienten hat Vorrang vor den Konsequenzen einer eventuellen Fremd- oder gar Selbstbechtigung.

**Diskussion** Diskutiert wird, was gelten soll, wenn dem Behandelnden ein Behandlungsfehler unterlaufen ist und für Dritte nicht ohne weiteres Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Soll der Arzt dann aus der Verpflichtung zur Information entlassen sein, es sei denn, der Patient fragt ausdrücklich? Wollte der Gesetzgeber den Arzt, dem ein Fehler unterlaufen ist, etwa entgegen der Regelung zur Sicherungsaufklärung in § 630c Abs. 2 S. 1 BGB privilegieren? Dies wäre unter dem Aspekt der Abwehr gesundheitlicher Gefahren nicht verständlich und ist deshalb abzulehnen [16, 17].

- ▶ Die Formulierung des Gesetzes, dass nur „erkennbare“ Umstände die Information fordern, scheint überflüssig und irreführend [18].

## Information auf Nachfrage

**Arzt muss informieren** Auch wenn keine Gesundheitsgefahren drohen, hat der Arzt auf Nachfrage des Patienten über eigene oder fremde Behandlungsfehler zu informieren, wenn ihm Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Es tröstet wenig, dass die Begründung der Bundesregierung zum Gesetzentwurf [19] feststellt, den Behandelnden träfe keine Recherchepflicht zur Abklärung „möglicher, für ihn aber nicht erkennbarer Behandlungsfehler“. Der Behandelnde ist, so die Bundesregierung,

*„in der Regel auch nicht verpflichtet, den Patienten unaufgefordert über einen Behandlungsfehler zu unterrichten, soweit keine gesundheitlichen Gefahren des Patienten bestehen. Denn den Behandelnden trifft lediglich die Pflicht zur gesundheitlichen Sorge des Patienten, nicht aber eine umfassende Fürsorgepflicht.“*

**Begriff Behandlungsfehler** Ob unter dem Begriff des Behandlungsfehlers auch Organisations- oder gar Aufklärungsfehler zu zählen sind,

ist umstritten [20, 21]. Unstrittig ist hingegen, dass der Arzt den Begriff „Behandlungsfehler“ nicht verwenden muss, denn es geht nach dem Gesetzeswortlaut um die Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, nicht um deren rechtliche Bewertung. So sind dem Patienten also nur die zugrunde liegenden Tatsachen wahrheitsgemäß zu berichten.

Eine eigene Bewertung fordert das Gesetz nicht; sie sollte in jedem Fall auch unterbleiben.

**Fachgebietsgrenzen** Problematisch ist es insbesondere, wenn sich der Arzt zur Behandlung durch den Vertreter einer anderen Fachrichtung äußern soll. Hier empfiehlt es sich mit Hinweis auf die Fachgebietsgrenzen, den Patienten auf den beteiligten vor-/mit-/nebenbehandelnden Fachvertreter hinzuweisen [22]. Im Übrigen ist der Behandlungsverlauf wahrheitsgemäß, aber eben ohne Wertungen und Spekulationen zu schildern. Auch ein Schuldeingeständnis oder ein gut gemeinter Hinweis darauf, dass die Versicherung schon regulieren wird, hat zu unterbleiben.

- ▶ Empathische Anteilnahme ist geboten. Ob eine Entschuldigung sinnvoll sein kann oder ob sie in jedem Fall unterbleiben sollte, weil der Patient sie als „Geständnis“ werten könnte, ist umstritten [23].

## Rechtsfolgen bei unterbliebener Information

**Sanktionen/Schadensersatz** Das Gesetz sieht keine speziellen Sanktionen für den Fall vor, dass der Behandler seinen Informationspflichten nicht nachkommt. Unter Umständen kann der Patient mögliche Schadensersatzansprüche infolge der unterbliebenen Information erst mit erheblicher Verspätung geltend machen – die Verjährungsfrist läuft noch nicht, wenn der Arzt einen eigenen Behandlungsfehler verschweigt, der einen Schadensersatzanspruch des Patienten zur Folge hätte. Denkbar ist, dass der Patient dem schweigenden Arzt gegenüber einen Verzugsschaden geltend machen kann [24].

## Beweisverwertungsverbot

**Selbstanzeige** Eine Verpflichtung zur „Selbstanzeige“ ist in der deutschen Rechtsordnung ein „Fremdkörper“; sie widerspricht dem Grundprinzip des Strafprozesses, dass niemand verpflichtet ist, sich selbst zu beschuldigen bzw. sich selbst anzuklagen. Das Strafprozessrecht schützt den Arzt durch Zubilligung eines Schweige- und Aussageverweigerungsrechts gegen den Zwang zur Offenbarung möglicher eigener strafbarer Hand-

lungen [25]. Zwar sieht – systemwidrig, weil im Zivilrecht strafprozessuale Belange geregelt werden – das „Patientenrechtegesetz“ in §630c Abs. 2 S.3 BGB folgendes Beweisverwertungsverbot vor:

*„Ist dem Behandelnden oder einem seiner [...] Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwertet werden.“*

Diese Regelung schützt den Arzt aber nur unzureichend [25, 26]. Sie trägt dem Schweigerecht des beschuldigten Arztes nicht Rechnung und verhindert die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens gegen den Arzt nicht. Die Staatsanwaltschaft kann in diesem durchaus andere Erkenntnisquellen nutzen, so z.B. die Behandlungsunterlagen beschlagnahmen oder etwa den Patienten als Zeugen für das Gespräch mit dem Arzt hören. In einem zivilrechtlichen Arzthaftungsprozess gilt dieses Beweisverwertungsverbot ohnehin nicht.

### Einsichtsrecht des Patienten



**Bisherige Regelung** Schon vor der neuen Regelung war nach der Rechtsprechung bereits unstrittig, dass der Patient Anspruch auf Einsichtnahme in seine Krankenunterlagen hatte. Nur in eng begrenztem Umfang, etwa im Rahmen psychiatrischer Behandlungen, in denen therapeutische Gründe dem Einsichtsrecht entgegenstanden, konnte der Arzt die Einsichtnahme zumindest teilweise ablehnen.

**Neue Regelung** § 630g Abs. 1 u. 2 BGB legen nunmehr fest:

*„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.*

*(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat den Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“*

Dem Patienten ist also – auf Verlangen – jederzeit „unverzüglich“ und umfassend Einsicht zu gewähren. Allerdings steht dem Patienten nur das zur Verfügung, was dokumentiert wurde (zur Dokumentationspflicht s. § 630f BGB).

Die Einsicht in die Behandlungsunterlagen kann also nur verweigert bzw. beschränkt werden, wenn entweder erhebliche therapeutische Gründe der (vollständigen oder teilweisen) Einsichtnahme entgegenstehen, insbesondere bei den schon erwähnten psychiatrischen Erkrankungen des Patienten, oder wenn Rechte Dritter betroffen sind.

Letzteres soll z.B. gelten bei der Behandlung eines Minderjährigen, wenn in der Krankenakte sensible Aufzeichnungen über dessen Eltern und deren Persönlichkeit enthalten sind [27]. Die Begründung der Bundesregierung zum Gesetzentwurf weist auf Folgendes hin: Entscheidend sind

*„... die Umstände des Einzelfalls. Erforderlich ist eine Abwägung der berechtigten Interessen Dritter mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten“ [28].*

Es bleibt abzuwarten, wie die Rechtsprechung die Ausnahmefälle definieren wird.

**Vollständige Einsicht** Gestand die Rechtsprechung dem Arzt zu, den Teil seiner Aufzeichnungen zurückzubehalten, die er nur für sich selbst dokumentiert hat (persönliche Gedächtnisstütze), so ist nun „vollständige“ Einsicht zu gewähren.

► Nach der Begründung der Bundesregierung sind auch Niederschriften über persönliche Eindrücke usw. offenzulegen.

Nach § 811 BGB hat die Einsichtnahme an dem Ort zu erfolgen, an welchem sich die einzusehenden Unterlagen oder Dokumente befinden. Der Patient hat nach § 630g Abs. 2 BGB das Recht, Abschriften von der Patientenakte zu verlangen – allerdings hat er die Kosten für Abschriften oder Kopien in diesem Fall zu tragen.

### Information Dritter



**Ärztliche Schweigepflicht** Die Frage, was Angehörigen gesagt werden kann oder soll, hängt davon ab, was ihnen gesagt werden darf und dies berührt Inhalt und Reichweite der ärztlichen Schweigepflicht.

Nach § 203 Abs. 1 StGB wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut oder sonst bekannt geworden ist. Für Gehilfen oder für Personen, die bei ihm zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, gilt die Strafdrohung entsprechend. Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht steht darüber hinaus unter Schutz der ärztlichen Berufsordnungen der jeweiligen Ärztekammern.

### Tatsachen und Umstände der Schweigepflicht

Von der ärztlichen Schweigepflicht sind die Tatsachen und Umstände umfasst, die ein Geheimnis

darstellen, d.h. nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind – also nicht allgemein bekannte Tatsachen – und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse hat. Dies gilt schon für den Namen des Patienten sowie für die Tatsache, dass er überhaupt einen Arzt konsultiert hat. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Grundsatz auch gegenüber anderen Ärzten und insbesondere auch gegenüber Familienangehörigen des Patienten. Sie schützt auch Minderjährige, soweit diese einsichtsfähig sind.

#### Schweigepflicht nach dem Tod des Patienten

Die ärztliche Schweigepflicht gilt über den Tod des Patienten hinaus. So können Angehörige den Arzt nicht von der Schweigepflicht entbinden. Hat der Patient also nicht bereits zu Lebzeiten eine Schweigepflichtentbindung erklärt, so hängt die Erteilung von Auskünften an Angehörige oder sonstige Dritte oder die Herausgabe von Krankenunterlagen an sie davon ab, ob der Arzt zu der Auffassung gelangt, die Offenbarung des Patienten-geheimnisses liege im sog. mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen.

Der Arzt muss im Einzelfall prüfen, ob das zu Lebzeiten bestehende „Interesse des Verstorbenen an der Geheimhaltung erloschen“ ist [29] oder ob das „wohlverstandene Interesse“ des verstorbenen Patienten dahin geht, die dem Arzt anvertrauten oder bekannt gewordenen Umstände weiter geheim zu halten.

Der Bundesgerichtshof hat z. B. entschieden, dass das wohlverstandene Interesse eines Erblassers dahingehen kann, dass seine Testierunfähigkeit nicht geheim bleibt [30]. Auch die Herausgabe des Obduktionsberichts an nahe Angehörige entspricht normalerweise dem wohlverstandenen Interesse des Verstorbenen [31].

Dass ein Verstorbener zu Lebzeiten ein berechtigtes Interesse daran haben kann, seine Alkoholkrankung geheim zu halten, schließt nicht aus, dass nach seinem Tod die Alkoholkrankheit offenbart wird. Ein Beispiel wäre die Regulierung eines Schadensfalls, bei dem die Versicherung leistungsfrei gewesen wäre, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall in schuldfähigem Zustand herbeigeführt hätte [32].

**Strafrechtliche Relevanz** Strafrechtlich relevant ist nur das unbefugte Offenbaren von Patientengeheimnissen. Die Weitergabe von Informationen ist zulässig, wenn der Patient damit ausdrücklich oder konkludent einverstanden war oder wenn eine mutmaßliche Einwilligung anzunehmen ist.

Eine mutmaßliche Einwilligung soll auch dann angenommen werden können, wenn der Arzt davon ausgehen kann, dass der Patient auf die Nachfrage, ob er mit der Weitergabe der Informationen

einverstanden ist, keinen Wert legt, etwa wenn Angehörige eines Unfallverletzten informiert werden sollen oder wollen.

Auf gesetzliche Offenbarungspflichten – etwa aufgrund von Registergesetzen – soll hier nicht eingegangen werden, ebensowenig auf die Regelungen in den Landeskinderschutzgesetzen.

**Offenbarungsbefugnis** Eine Offenbarungsbefugnis kann sich aber auch unter dem Aspekt des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) ergeben. Ist das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes von geringerem Gewicht als andere Rechtsinteressen, dann darf der Arzt seine Schweigepflicht brechen. So etwa dann, wenn der Patient gegen ärztlichen Rat weiterhin am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er aufgrund seiner Erkrankung oder der Medikation sich und andere konkret gefährdet. Voraussetzung ist aber, dass der Arzt zuvor erfolglos auf den Patienten eingewirkt hat [33].

Allerdings stellt das Strafverfolgungsinteresse des Staats in der Regel kein höherrangiges Rechtsgut dar, das die Durchbrechung der Schweigepflicht rechtfertigt, es sei denn, es ginge um Kapitaldelikte (Mord, Totschlag, Brandstiftung, terroristische Gewalttaten etc.). Schon die Tatsache, dass ein Patient sich überhaupt in Behandlung begeben hat, ist schutzwürdig. Daher kann die Polizei z. B. keine Auskunft darüber verlangen, ob und wer sich wann in Behandlung begeben hat, und erst recht nicht über den Patientennamen.

Mithin darf der Arzt vor dem Hintergrund der ärztlichen Schweigepflicht Angehörigen nur solche Informationen geben, mit denen sich der Patient entweder ausdrücklich einverstanden erklärt hat oder soweit seine mutmaßliche Einwilligung in die Offenbarung anzunehmen ist.

**Erben/nächste Angehörige** Im Zusammenhang mit der Einsichtnahme in die Patientenakte hat § 630g Abs. 3 BGB die folgende Regelung getroffen:

*„Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.“*

Soweit die Erben Einsichtnahme in die Krankenunterlagen verlangen, ist davon auszugehen, dass der Arzt ihnen gegenüber auch die Auskünfte erteilen muss, die er dem verstorbenen Patienten auf Nachfrage hätte erteilen müssen. Auch Vorsorgebevollmächtigte, die vom Patienten beauftragt wurden, seine Interessen im Fall seiner Ein-

A

I

N

S

willigungsunfähigkeit wahrzunehmen, oder der vom Betreuungsgericht bestellte Betreuer – soweit dieser für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge bestellt ist – haben wie der Patient Anspruch auf Auskunft und Einsicht in die Krankenunterlagen. Zu den geschuldeten Auskünften gehören auch die Hinweise auf erkennbare Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen (§ 630c Abs. 2 S.2 BGB).

Um es zu wiederholen: Weder eine juristische Wertung des eigenen, ggfs. auch des fremden Verhaltens im Sinne einer Sorgfaltspflichtverletzung, noch das Einräumen eigenen Verschuldens, etwa die Abgabe eines „Geständnisses“, werden verlangt. Der Arzt sollte sich auf die Mitteilung der Umstände beschränken, die auf eine Verletzung des Standards hindeuten können.

### Haftpflichtversicherung – Regulierungsvollmacht / Anerkenntnis

**Rasches Vorgehen** So rasch wie möglich sollte nach einer Komplikation, durch die ein Patient geschädigt wurde, Kontakt mit der (eigenen) Haftpflichtversicherung aufgenommen und das weitere Vorgehen mit dieser besprochen werden.

#### Regulierungsvollmacht

**Haftpflichtversicherer** Nach Nr. 5.2 Allgemeine Haftpflichtbedingungen (AHB) gilt der Haftpflichtversicherer in Zivilsachen als bevollmächtigt, „alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben“. Das heißt, der Versicherer ist ermächtigt, alle mit der Schadensregulierung zusammenhängenden Maßnahmen zu treffen und den Versicherten unter Umständen anzuweisen, sich entsprechend zu verhalten.

Kraft dieser „Regulierungsvollmacht“ hat der Haftpflichtversicherer das Recht, Schadensersatz zu leisten oder eine Schadensersatzforderung des Patienten nicht anzuerkennen und den Rechtsweg auszuschöpfen. An Weisungen des versicherten Arztes ist er nicht gebunden.

**Korrespondenz** Deshalb ist es sinnvoll, so früh wie möglich Kontakt mit dem Haftpflichtversicherer aufzunehmen. Völlig verfehlt wäre es für den Arzt, selbstständig tätig zu werden. Richtig ist vielmehr, jegliche Korrespondenz mit dem Patienten bzw. dessen Anwalt dem Versicherer zu überlassen. Dem Patienten/den Angehörigen bzw. dem Rechtsanwalt sollte (nur) mitgeteilt werden, dass die Ansprüche der Versicherung gemeldet sind – ggfs. unter Angabe der Versiche-

rungsnummer – und dass der weitere Schriftverkehr über die Versicherung abgewickelt wird.

#### Anerkenntnis“verbot“

**Gefahr der Eigenhaftung** Keinesfalls sollte der Arzt ein Schuldanerkenntnis abgeben, d.h. eine Erklärung, dass der Schaden – durch die Haftpflichtversicherung – ersetzt werden wird. Zwar ist das sog. „Anerkenntnisverbot“, das die Haftpflichtversicherung früher den Versicherungsnehmern auferlegt hatte, entfallen. Aber:

Die mit einem solchen Anerkenntnis verbundene Anerkennung u.U. unbegründeter Ansprüche kann jedoch zur Eigenhaftung führen [34].

Deshalb der dringende Rat, kein Schuldeingeständnis, kein Schuldanerkenntnis abzugeben.

**Fazit** Nach einem Zwischenfall ist eine funktionierende Kommunikation mit dem Patienten / den Angehörigen respektive dem Vorsorgebevollmächtigten / Betreuer von großer Bedeutung. Dabei müssen die oben dargestellten rechtlichen Regelungen berücksichtigt werden. ◀

#### Kernaussagen

- ▶ Will der Patient eine Sachverhaltsaufklärung, will er Informationen über die Ereignisse, das Warum und das Wann, dann empfiehlt es sich, in einer für den medizinischen Laien verständlichen Form die wesentlichen Fakten darzulegen.
- ▶ Soweit es um die Bewertung der Leistungen anderer beteiligter Fachvertreter geht, ist unter dem Aspekt des Grundsatzes der Arbeitsteilung auf diese zu verweisen.
- ▶ Schäden sollten weder bagatellisiert noch im Hinblick auf mögliches Fehlverhalten Dritter dramatisiert werden.
- ▶ In einem ehrlichen menschlichen Gespräch darf und sollte der Arzt auf Sorgen und Fragen des Patienten respektive (unter Beachtung von Inhalt und Grenzen der Schweigepflicht) der Angehörigen eingehen, die Vorgänge erklären, bereitwillig Einsicht in die Unterlagen geben und seine Kooperationsbereitschaft deutlich machen.
- ▶ Eine Unterredung arrogant zu führen, „von oben herab“, herablassend und kämpferisch aufzutreten, hektisch und unter Zeitdruck zu handeln, verschärft die mögliche forensische Problematik eines Zwischenfalls erheblich.



Dr. iur. Elmar Biermann ist Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA).  
E-Mail: justitiare@bda-ev.de



Rolf-Werner Bock ist Rechtsanwalt und Sozius in der Kanzlei Ulsenheimer – Friederich Rechtsanwälte, München/Berlin. Seit 2000 leitet er deren Kanzleisitz in Berlin. Zu seinen Schwerpunkten gehören medizinisches Haftungs-, Straf- und Berufsrecht sowie Risk-Management.  
E-Mail: berlin@uls-frie.de

**Interessenkonflikt** Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Für interessierte Leser: Wie sich die beteiligten Ärzte nach einem Zwischenfall aus rechtlicher Sicht im Übrigen und gegenüber den Medien verhalten sollten, erschließt die Lektüre „Der juristische Notfallkoffer“<sup>®</sup> von Klaus Ulsenheimer und Rolf-Werner Bock.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1386707>

VNR 2760512014144213575

### Literaturverzeichnis

- 1 AOK Krankenhausreport 2014 (Pressekonferenz am 21. Januar 2014 in Berlin). [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/krankenhaus\\_report\\_2014\\_pressemappe\\_210114.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/krankenhaus_report_2014_pressemappe_210114.pdf)
- 2 Aktionsbündnis Patientensicherheit. Skandalisierung von Fehlerstatistiken schadet der Patientensicherheit – Kommentar des APS zur Berichterstattung in der BILD Zeitung am 16. Februar 2012. [http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Aktuelles/APS\\_Stellungnahme\\_Bild20120216\\_0.pdf](http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Aktuelles/APS_Stellungnahme_Bild20120216_0.pdf)
- 3 Bundesministerium für Gesundheit. Behandlungsfehler. [www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html](http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html); Stand: 13.05.2014
- 4 Pressemitteilung Bundesärztekammer. Crusius: „Ärzte machen Fehler, wir sind aber keine Pfuschler“; Berlin 17.06.2013. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.11025.11324.11339>
- 5 Wessing HM. Behandlungsfehlerwürfe in der Anästhesiologie. Eine retrospektive Studie auf der Grundlage der Tätigkeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein in den Jahren 1976–2004. *Ausblick auf Fehlerkultur und Fehlermanagement in der Medizin*. 2007: 70 ff. (mit weiteren Nachweisen)
- 6 Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012. [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Erhebung\\_Staeko\\_mit\\_Zahlen\\_2012\\_komplett.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Erhebung_Staeko_mit_Zahlen_2012_komplett.pdf)
- 7 Statement von Bundesärztekammer Präsident Montgomery zu Behandlungsfehlerzahlen des MDS. Berlin 06.05.2014. [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.75.77.12062](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.75.77.12062)
- 8 Zwei Drittel der Behandlungsfehlerwürfe sind unrechtmäßig. *aerzteblatt.de*; 15.05.2013. [www.aerzteblatt.de/Nachrichten/54397](http://www.aerzteblatt.de/Nachrichten/54397)
- 9 MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. Behandlungsfehler – Begutachtung der MDK-Gemeinschaft, Jahresstatistik 2013. Mai 2014. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDK\\_Bericht\\_Behandlungsfehler\\_2013.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDK_Bericht_Behandlungsfehler_2013.pdf)
- 10 Pressemitteilung Bundesärztekammer. BÄK stellt Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen vor. 17.06.2013. [www.bundesaerztekammer.de/](http://www.bundesaerztekammer.de/)
- 11 Ulsenheimer K, Bock R-W. *Der juristische Notfallkoffer<sup>®</sup>: Verhalten nach einem Zwischenfall, Anästh Intensivmed 2013; 54: 2–12*
- 12 Schüttler J, Biermann E. *Der Narkosezwischenfall – Management kritischer Ereignisse und rechtliche Aspekte, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2010: 169 ff.*
- 13 Ulsenheimer K, Bock R-W. *Der juristische Notfallkoffer<sup>®</sup>: Verhalten nach einem Zwischenfall, Anästh Intensivmed 2013; 54: 2–12; www.bda.de/service-recht/rechtsfragen/juristischer-notfallkoffer.html*
- 14 BGH, Urteil vom 21.03.1961, AHRS 2900/1
- 15 OLG Koblenz, Urteil vom 24.08.1999, MedR 2000, 37
- 16 Jäger L. *Patientenrechtgesetz – Kommentar zu § 630a – 630h BGB, 2013, RN 126*
- 17 Wagner G. *Kodifikation des Arzthaftungsrechtes, VersR 2012, 790 (796)*
- 18 Schelling P, Warntjen M. *Die Pflicht des Arztes zur Offenbarung von Behandlungsfehlern. MedR 2012; 506–512*
- 19 Bundestagsdrucksache 17/10488 vom 15.08.2012: 21
- 20 Jäger L. *Patientenrechtgesetz, Kommentar zu §§ 630a – 630 h BGB, RN 106*
- 21 Spickhoff A. *Patientenrechte- und Patientenpflichten – die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus, VersR 2013, 267*
- 22 BDAktuell JUS-Letter März 2014; Weis E, Köllner A, Schmid A. *Patientenrechtgesetz: Pflicht zur Fehleroffenbarung (§ 630 c Abs. 2 BGB), Anästh Intensivmed 2014; 143–146*
- 23 Fenger H, Holznagel I, Neuroth B. *Schadensmanagement für Ärzte, 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2013; Kap. 1.3.3: 18f.*
- 24 Jäger L. *Patientenrechtgesetz, Kommentar zu §§ 630a – 630 h BGB, RN 140 ff.*
- 25 Ulsenheimer K. *Patientenrechtgesetz – Konsequenzen für die ärztliche Heilbehandlung, Anästhesist 2014. 63: 98–104*
- 26 Spickhoff A. *Patientenrechte und Patientenpflichten – Die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus. VersR 2013: 267*
- 27 Bundestagsdrucksache 17/10448 vom 15.08.2012; 27
- 28 Bundestagsdrucksache 17/10448 vom 15.08.2012; 27
- 29 OLG Naumburg, VersR 2005, 817
- 30 BGH, NJW 1984, 2893
- 31 LG Göttingen, MedR 2004, 504
- 32 OLG Naumburg, VersR 2005, 817
- 33 Fischer T. *Strafgesetzbuch, Kommentar. 60. Aufl. München: C. H. Beck; 2013; § 203 RN 17 mit weiteren Nachweisen*
- 34 Weidinger P. *Verhalten im Schadensfall. In: Berg D. et al. *medizin.recht.kurz.kompakt.komplett*. Berlin: S. Kramarz; 2013: 451 (453)*



# A T N S

## CME-Fragen Umgang mit Komplikationen

### 1 Welche Aussage zum medizinischen und forensischen Risiko ist richtig?

- A Medizin ist für den Patienten sicherer geworden, deshalb ist auch das forensische Risiko für den Arzt gesunken.
- B Medizin ist sicherer geworden, aber das forensische Risiko für den Arzt ist unverändert.
- C Das forensische Risiko für den Arzt tendiert gegen Null.
- D Das forensische Risiko für den Arzt ist dramatisch gestiegen.
- E Zumind. im zivilrechtlichen Sektor steigt die Zahl der von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu begutachteten Anträge wegen angeblicher Behandlungsfehler.

### 2 Welche Aussage zu den Ergebnissen der Begutachtungen durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für 2012 ist richtig?

- A In fast jedem zu beurteilenden Fall wird ein Fehler des Arztes bejaht.
- B In fast jedem 2. bearbeiteten Fall wurde ein Fehler des Arztes bejaht.
- C Behandlungsfehler wurden fast nie festgestellt.
- D In ca. 2 Drittel aller bearbeiteten Fälle wurden Fehler festgestellt, die einen Behandlungsfehler darstellten.
- E Es werden zwar in 2 Drittel aller bearbeiteten Fälle Fehler entdeckt, aber nicht jeder Fehler stellt zugleich einen Behandlungsfehler dar, der kausal für den Schaden des Patienten war.

### 3 Welche Aussage zu dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen trifft zu?

- A beschäftigt sich nicht mit Behandlungsfehlern
- B begutachtet Behandlungsfehler nur auf Antrag des Krankenhauses
- C soll Versicherte bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern unterstützen
- D kann Versicherte bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern unterstützen, aber nur, wenn die Haftpflichtversicherung damit einverstanden ist
- E begutachtet Behandlungsfehler und hat in 2012 in >50% der zu begutachtenden Fälle einen Behandlungsfehler bejaht

### 4 Welche Aussage zu den möglichen Konsequenzen eines behaupteten Behandlungsfehlers ist richtig?

- A Es werden allenfalls Strafverfahren gegen die Ärzte eingeleitet.
- B Es kommt höchstens zu einem zivilrechtlichen Haftungsprozess.
- C Es kann neben einem zivilrechtlichen Haftungsprozess ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren geben.
- D Neben zivil- oder strafrechtlichen Konsequenzen drohen keine weiteren Sanktionen.
- E Die Approbation ist in keinem Fall gefährdet.

### 5 Welche Aussage zum Gespräch mit dem Patienten / den Angehörigen nach einem Zwischenfall trifft zu?

- A keinesfalls mit dem Patienten respektive den Angehörigen Kontakt aufnehmen
- B immer nur schriftlich Stellung nehmen, kein Gespräch führen
- C nur einen Rechtsanwalt antworten lassen, keine persönliche Kontaktaufnahme
- D dem persönlichen Gespräch nicht ausweichen, dies aber gut vorbereiten und nicht durch einen Arzt allein führen
- E nur die Haftpflichtversicherung sollte dem Patienten gegenüber Stellung nehmen

### 6 Welche Aussage zur Informationspflicht nach dem „Patientenrechtegesetz“ trifft nicht zu?

- A Zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren hat der Arzt auch über eigene Behandlungsfehler ungefragt zu informieren.
- B Der Arzt muss in jedem Fall ungefragt über eigene oder fremde Behandlungsfehler unterrichten.

- C Geht es um Probleme in der Behandlung durch einen anderen Fachvertreter, so ist der Patient an diesen zu verweisen.
- D kein Schuldeingeständnis abgeben
- E zwar auf die Haftpflichtversicherung hinweisen, aber keine finanzielle Entschädigung als sicher in Aussicht stellen

### 7 Welche Aussage zum Einsichtsrecht eines Patienten trifft nicht zu?

- A Der Patient hat Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Unterlagen.
- B Der Patient kann Abschriften der Patientenakte gegen Kostenerstattung verlangen.
- C Nur ein Rechtsanwalt, nicht aber der Patient hat Anspruch auf Einsicht in die Krankenunterlagen.
- D Die Einsicht kann nur verweigert werden, wenn erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.
- E Es ist vollständig Einsicht zu gewähren; dies umfasst u. U. auch Niederschriften des Arztes über persönliche Eindrücke.

### 8 Welche Aussage zur ärztlichen Schweigepflicht trifft nicht zu?

- A Die Schweigepflicht geht über den Tod des Patienten hinaus.
- B Die Schweigepflicht gilt nicht für den Namen des Patienten und nicht für den Umstand, dass der Patient einen Arzt aufgesucht hat.
- C Die Schweigepflicht gilt im Grundsatz auch gegenüber anderen Ärzten.
- D Die Schweigepflicht gilt im Prinzip auch gegenüber Angehörigen des Patienten.
- E Nach dem Tod des Patienten können Angehörige den Arzt nicht von der Schweigepflicht entbinden. Dieser muss vielmehr prüfen, ob und inwieweit das Interesse des Patienten an der Geheimhaltung erloschen ist.

### 9 Welche Aussage zur Rolle der Haftpflichtversicherung trifft zu?

- A Die Haftpflichtversicherung ist an Weisungen des Arztes gebunden.
- B keinesfalls der Haftpflichtversicherung die Korrespondenz mit dem Patienten überlassen
- C möglichst frühzeitig Kontakt mit der Haftpflichtversicherung aufnehmen, sie übernimmt den Schriftverkehr mit Patienten / Angehörigen / deren Rechtsanwalt
- D Die Haftpflichtversicherung muss in jedem Fall zahlen, eine eigene Regulierungsvollmacht steht ihr nicht zu.
- E Die Haftpflichtversicherung darf den Arzt nicht anweisen, wie er sich bezüglich der Schadensregulierung zu verhalten hat.

### 10 Wie sollte sich der Arzt dem Patienten / den Angehörigen gegenüber nicht verhalten?

- A die wesentlichen Fakten in einer laienverständlichen Form darstellen
- B zur eigenen Verteidigung möglichst kämpferisch auftreten und Fragen ausweichen
- C im Gespräch mit dem Patienten ehrliche menschliche Zuwendung bekunden
- D bereitwillig Einsicht in die Krankenunterlagen gewähren
- E mögliches Fehlverhalten Dritter nicht dramatisieren

## CME.thieme.de

### CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>.
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.