



Medletter

> Ausgabe 2 / 2021
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Praxis in Flammen – schnelle Regulierung eines Betriebsunterbrechungsschadens

Dr. Ulrike Wahl war gerade privat auf dem Weg nach Hannoversch Münden, als sie eine Nachricht auf ihr Handy bekam: „Es brennt in der Praxis. Habe Frau Dobers nicht erreicht.“ Es war noch früh am Morgen des 23.01.2021. Eine dreiviertel Stunde braucht Frau Dr. Wahl in die Stadt. Am Ortseingang konnte sie den Brandgeruch bereits wahrnehmen. Die Feuerwehr kämpfte da schon lange mit den Flammen. Aus noch ungeklärter Ursache brach ein Feuer in einem Nebengebäude einer Wäschereiannahme im historischen Stadtkern von Hannoversch Münden aus. Schnell griff das Feuer auch auf nebenstehende Bauten über. Unter anderem auf die im Nachbarhaus ansässige Gemeinschaftspraxis von Annemarie Dobers und Dr. Ulrike Wahl.

Weiterarbeiten ausgeschlossen

„Das Erste, was mir durch den Kopf ging: Hoffentlich ist unser Server zu retten“, so Frau Dr. Wahl. „Die Sicherungskopien wollten wir schon immer mal auslagern; jetzt lagen sie doch noch in der Praxis.“ Beide Ärztinnen waren schockiert vom Ausmaß des Brandes. Nach 1½ Stunden Warten vor Ort gab der Brandmeister endlich grünes Licht. Die beiden Allgemeinärztinnen durften ihre Praxisräume betreten. Server, Sicherungskopien und der Ordner mit den Versicherungsunterlagen waren unversehrt. Erleichterung machte sich erst einmal breit. Doch durch Ruß, Asche und Löschwasser waren die gesamte EDV-Anlage, das Ultraschallgerät, das Belastungs-EKG, das Lungenfunktionsgerät und die gesamte Laborausstattung geschädigt. Schnell war klar, ein Weiterarbeiten wird es erst mal nicht geben können. Die Geräte müssen geprüft, gereinigt, saniert und ggf. neu beschafft werden und die Räumlichkeiten können so auch nicht mehr genutzt werden.

Eine Kleinstadt hält zusammen

Doch schon am Samstag und auch an den folgenden Tagen rollte in der ganzen Stadt – trotz Lockdown und Pandemie – eine Welle der Hilfsbereitschaft an. „Bereits noch am Unglücksort bot uns ein Kollege Asyl in seiner Praxis an. Auch die Klinikleitung des ansässigen

Krankenhauses rief direkt an und signalisierte, dass wir dort unterkommen können“, so Frau Dobers. Unser ganzes Team überlegte mit und initiierte umfassende Informationen über die Facebookgruppe der Stadt und die Presse. Zusätzlich wurden die Patienten über die Apotheken zur Praxisschließung bzw. der Interimspraxis in den Privaträumen von Frau Dobers auf dem Laufenden gehalten. „Dort konnte zumindest der Kontakt zu den Patienten aufrechterhalten und ein rudimentäres Programm mit Rezepten und Überweisungen angeboten werden“, berichtet Frau Dr. Wahl. Auch die Hausarztkollegen in der Stadt sprangen ein und standen für die Patienten zur Verfügung.

„Man weiß zwar, wie man Anträge für neue Geräte und einen Umzug über die kassenärztliche Vereinigung stellen muss; wie aber eine Schadenabwicklung funktioniert, das weiß man nicht“, so Frau Dobers weiter.

Gut, eine Sachschaden- und Betriebsunterbrechungsversicherung zu haben

„Beruhigend wirkte für uns allerdings das Wissen, eine Sachschaden- und Betriebsunterbrechungsversicherung abgeschlossen zu haben“, sagt Frau Dr. Wahl und so meldeten die Ärztinnen den Schaden über den Makler bei HDI.

Die **Sachschadenversicherung** übernimmt in so einem Brandfall die Aufwendungen, um zerstörte und beschädigte Gegenstände wiederzubeschaffen. Auch die damit im Zusammenhang stehenden Kosten für das Aufräumen der Schadenstätte sowie das Entsorgen der Trümmer ist über die Versicherung gedeckt.

Eine **Betriebsunterbrechungsversicherung** tritt hingegen dann ein, wenn der Betrieb aufgrund eines Sachschadens – z. B. eines Brand- oder Leitungswasserschadens – vorübergehend nicht mehr aufrechterhalten werden kann, daher Umsatzerlöse nicht erzielt werden können, aber betriebliche Fixkosten weiterlaufen.

HDI bietet diese Versicherung für die jeweils vertraglich vereinbarte Haftzeit an und übernimmt die Kosten, die durch die Unterbrechung bzw. den Ausfall entstehen.

Eine besondere Form der Betriebsunterbrechungsversicherung stellt die **Betriebsschließungsversicherung** dar. Sie fängt den finanziellen Schaden auf, der dem versicherten Betrieb oder der Praxis dadurch entsteht, dass die zuständige Behörde den Betrieb/die Praxis aufgrund einer meldepflichtigen Krankheit oder eines Krankheitserregers, wie zum Beispiel Corona, schließt oder weitere Maßnahmen anordnet.

Ein Schadenprofi

„Der Regulierer Daniel Wawra kam gleich am Anfang der Woche und hat uns sachlich erklärt, was zu tun war. Er hat den Schaden gesichtet, hat Sanierer empfohlen sowie Rechnungen und Angebote geprüft und freigegeben. Es wurde sich um uns gekümmert und wir hatten nicht den Eindruck, alleine vor der Mammutaufgabe zu stehen. Sobald wir eine E-Mail geschrieben haben, hat Herr Wawra sich dazu bei uns gemeldet. Er war eine riesige Stütze und Hilfe, wir konnten uns auf ihn verlassen“, heben die Medizinerinnen hervor.

Die Klinik der Stadt als Glücksfall

12 bis 14 Monate sind bei einem solchen Schaden für Rückbau, Trocknung und Wiederherstellung des Gebäudes realistisch. Für die Wiederaufnahme der Praxis in den total beschädigten alten Räumen in Hannoversch Münden wurde eine Laufzeit von mindestens 12 Monaten prognostiziert. So lange zu warten, kam für die Ärztinnen nicht in Betracht. Ihr Ziel war es, „so schnell wie möglich wieder die Praxis aufzunehmen und weiterzuarbeiten“, sagen sie einstimmig. Die Angebote der ortsansässigen Kollegen kamen da wie ein Segen. Und so entschieden sie sich für die Räumlichkeiten der Klinik. Diese erwiesen sich als sehr geeignet, zumal sie von dort aus in Ruhe die Zukunft planen können. Am 01.03.2021 – knapp 1½ Monate nach dem Schadenereignis also – konnte die Gemeinschaftspraxis im Ärztehaus am Klinikum Hannoversch Münden dann wiedereröffnen.

Da sich die Klinik am Stadtrand befindet, sind nicht alle Patienten so begeistert. „Aber wir haben hier auch viele Möglichkeiten und profitieren voneinander“, so die Ärztinnen, „wir können Patienten schnell und ohne großen Aufwand mal zum Röntgen schicken oder gar in die Klinik zum Facharztkollegen überweisen. Auch das EKG dürfen wir nutzen, da das neue Gerät noch auf sich warten lässt.“ Eine Win-win-Situation für Klinik und Praxis und auch für die Versicherung. Durch das Engagement der beiden Ärztinnen und der Stadt Hannoversch Münden konnte der Betriebsunterbrechungsschaden gering gehalten werden.

Chance trotz des Schadens

„Einen solchen Brandschaden braucht niemand!“, so Frau Dober. „Aber wohl eine Versicherung, die in so einem Fall hilft. Unter dem Strich sind wir froh, dass wir derzeit unser medizinisches Geschäft schaffen und keine Not haben, uns schnell wieder zu verändern. Dazu haben wir noch keine Energie. Perspektivisch sehen wir jetzt aber schon die Chance, uns neu zu strukturieren und von vorn anzufangen. Das geht! Da gibt es schon was im Hinterkopf.“



Autoren

Tanja Mannschatz, Rechtsanwältin und
Annette Dörr, Dipl.-Betriebswirtin (BA)

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Medletter

> Ausgabe 2 / 2021
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Die Auswirkungen der europäischen Medizinprodukte-Verordnung Medical Device Regulation auf die Arztpraxis

Seit dem 26. Mai 2021 gilt die europäische Medizinprodukte-Verordnung Medical Device Regulation (MDR) verbindlich für alle europäischen Mitgliedsstaaten.

Hierdurch wurden das Inverkehrbringen von Medizinprodukten und deren anschließende Überwachung verschärft und die bisher geltenden Pflichten für Hersteller und Händler erweitert. Die Verordnung wurde bereits im Mai 2017 verabschiedet. Nach einer Übergangszeit ist sie nun seit dem 26. Mai 2021 für jeden Medizinproduktehersteller, der seine Produkte in der EU auf den Markt bringen möchte, verpflichtend.

Warum wurde die MDR erlassen?

Da Medizinprodukte „im Menschen platziert werden“ sind Folgen von Fehlern im Produkt gravierend und können erhebliche Personenschäden verursachen.

Ziel der MDR ist die Steigerung der Qualität und die Erhöhung der Standards von Medizinprodukten durch strengere Vorgaben sowie die Gewährleistung von höchstmöglicher Produktesicherheit. Es soll dadurch vermieden werden, dass fehlerhafte oder risikobehaftete Medizinprodukte überhaupt auf den Markt kommen. Die Stärkung der Patientensicherheit ist oberste Maxime.

Wer ist betroffen?

Primär richtet sich die MDR an industrielle Hersteller von Medizinprodukten. Die Neuregelungen tangieren daneben gleichwohl auch den Bereich der niedergelassenen Ärzte. Hier sind vor allem Zahnärzte mit eigenen Dentallaboren betroffen, aber auch z. B. Orthopäden oder Chirurgen, die neben fertigen serienmäßig hergestellten Medizinprodukten auch Sonderanfertigungen für ihre Patienten in Verkehr bringen.

Zum Hersteller gemäß der MDR wird der Arzt, wenn er ein Produkt herstellt oder auch herstellen lässt, verwendet und liquidiert. Dies trifft folglich alle Zahnärzte mit einem eigenen Dentallabor, aber auch Zahnärzte, die Aufträge ins Ausland (z. B. Asien) vergeben und den Zahnersatz in der Folge in eigenem Namen in den Verkehr bringen.

Gemäß MDR werden sie dadurch zu „Herstellern von sogenannten Sonderanfertigungen“ und fallen damit unter den Herstellerbegriff von Medizinprodukten, sodass die entsprechenden Vorschriften zu beachten sind. Auch die Herstellung mittels CAD/CAM wird dabei als Sonderanfertigung und nicht als serienmäßig produziertes Medizinprodukt gewertet.

Grundsätzlich haften Medizinproduktehersteller für alle Schadenfälle durch eines ihrer Produkte und müssen deshalb eine ausreichende finanzielle Deckung gewährleisten (Art. 10 Abs. 16 der Verordnung). Bestenfalls erfolgt dies über eine Haftpflichtversicherung.

Folgen für die Praxen:

Die MDR schreibt umfangreiche organisatorische Prozesse vor, hier auszugsweise:

- Es ist eine verantwortliche Person zu benennen, die letztendlich dafür zuständig ist, dass die Anforderungen der neuen Medizinprodukteverordnung erfüllt werden.
- Es besteht eine Post Market Surveillance (PMS), d. h., der das Implantat einbringende Arzt muss auch nach der Implantation weiter beobachten, ob die Sicherheit und der medizinische Nutzen des Implantats gegeben sind.
- Die Praxis muss ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) einführen, stetig aktualisieren und kontinuierlich optimieren.

- Hinzu kommt die Einführung eines systematischen Risikomanagementsystems (RMS).
- Für jedes Medizinprodukt ist eine Zweckbestimmung festzulegen. Dies spielt vor allem bei zusammengesetzten Produkten eine Rolle. Hier ist zu überprüfen, ob die Materialhersteller die gewünschte Kombination zulassen und die Zweckbestimmung erfüllt ist.
- Die Aufbewahrungszeit der Dokumentation erhöht sich von 5 auf 10 Jahre, bei implantierbaren Produkten auf bis zu 15 Jahre.

Detaillierte Informationen können bei den Ärzte-, Zahnärztekammern oder Zahntechniker-Innungen angefordert werden.

Folgen für die Berufshaftpflichtversicherung:

In Bezug auf die Berufshaftpflichtversicherung (BHV) bei HDI besteht durch die EU-Medizinprodukteverordnung kein konkreter Handlungsbedarf, da die BHV automatisch auch die Produkthaftpflichtversicherung umfasst.

Wir empfehlen, alte Verträge/Tarifgenerationen mit nicht mehr zeitgemäßen Versicherungssummen zu aktualisieren. HDI rät Human- und Zahnmedizinern zu einer Versicherungssumme von mindestens 5 Mio. Euro für ihre Berufshaftpflichtversicherung.

 Autorinnen
Annette Dörr, Dipl.-Betriebswirtin (BA) Jutta Brügge-Damm, Haftpflicht Underwriter (DVA)

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemeinverständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Medletter

> Ausgabe 2 / 2021
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Tubusbrand bei Stimmband-Operation

Gesamtschuldnerische Haftung des Operateurs und des Anästhesisten für vermeidbare Operationsfolgen

Bei einem arbeitsteiligen Zusammenwirken unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen kommt es häufig zu Überschneidungen der jeweiligen Verantwortungsbereiche. Auch wenn eine Haftung gegenüber dem Patienten eindeutig gegeben ist, kann es bei der Auseinandersetzung über die Haftungsverteilung zwischen den beteiligten Akteuren immer wieder zu langjährigen Auseinandersetzungen kommen.

Dieser Fall zeigt eindrucksvoll, dass jeder Akteur die Verantwortung für das operative Gesamtrisiko mitträgt, sofern er hierauf Einfluss nehmen kann bzw. ihm dies zumutbar ist.

In diesem Fall: Wer haftet für einen fehlerhaft ausgewählten Tubus? Der Operateur (HNO), der Anästhesist, das Krankenhaus oder alle gemeinsam?

Sachverhalt

Anlässlich einer Operation zur Entfernung eines Stimmbandkarzinoms mittels laserchirurgischen Eingriffs kam es zu einem folgenschweren Tubusbrand.

Das Krankenhaus, in dem der operierende HNO-Arzt als Belegarzt tätig war, verfügte nicht über einen Lasertubus (flexibler, nicht entflammbarer Edeltubus), sodass ein Kunststofftubus verwendet wurde. Als Vorsichtsmaßnahme gegen eine mögliche Entflammbarkeit des Tubus durch den eingesetzten Laser hatte der Operateur um einen Tubus mit möglichst kleinem Durchmesser gebeten und diesen zusätzlich mit einer in Kochsalzlösung getränkten Kompresse umwickelt.

Am Ende der Operation, beim Rückzug des Lasers vorbei an dem Tubus, kam es dann offenbar doch zu einem Kontakt zwischen Laser und Tubus, der zu einem Tubusbrand führte. Dieser konnte zwar umgehend gelöscht werden, dennoch erlitt der Patient erheb-

liche Verbrennungen der Luftröhre und der Hauptbronchien.

Rechtliche Würdigung

Aufgrund der eindeutigen Haftungslage gegenüber dem Patienten nahm der Versicherer des Operateurs die Regulierungsverhandlungen mit der Patientenseite auf. Der Versicherer des Krankenhauses, in dem die Operation stattfand und bei dem der beteiligte Anästhesist angestellt war, lehnte eine Verantwortung mit der Begründung ab, der Anästhesist habe vor der Operation auf die Ungeeignetheit des Tubus hingewiesen und zudem von dem Einsatz des Lasers erst nach erfolgter Intubation erfahren, sodass ihn kein Verschulden treffe. (Dieser Vortrag wurde von dem Operateur bestritten.)

Mithilfe des zuständigen Landgerichts konnte im Sinne des Patienten eine einvernehmliche Lösung erreicht werden. Entgegen der sonst eher üblichen gerichtlichen Praxis, keine Ausführungen zu konkreten Verschuldensanteilen der Gesamtschuldner zu machen, fand das Landgericht deutliche Worte zu den Haftungsquoten des Operateurs und des Anästhesisten (Krankenhaus).

Es führte aus, dass zwar jeder Arzt die Aufgaben seines Fachgebiets mit der erforderlichen Sorgfalt zu erfüllen habe und sich darauf verlassen dürfe, dass der andere Fachkollege dieses ebenso tue. Eine gegenseitige Überwachungspflicht bestehe insoweit nicht (Vertrauensgrundsatz). Dieses bedeute jedoch nicht, dass sich die an der Operation beteiligten Ärzte (HNO-Operateur u. Anästhesist) in solchen Fällen, in denen sich die Gefährdung des Patienten gerade aus dem Zusammenwirken der Ärzte (Laser und verwendeter Tubus) ergebe, nicht abstimmen müssen. Der Vertrauensgrundsatz gelte nur für die Gefahren des eigenen ausschließlichen Aufgabebereichs. Das Risiko des Tubusbrandes habe sich aber gerade erst aus dem Zusammenwirken der HNO-ärztlichen Maßnahme (Lasereinsatz) und der anästhetischen Maßnahme (Intubation) ergeben. Die Koordinationspflicht sehe eine Abstimmung der ärztlichen Kollegen im Hinblick auf eine fachgerechte medizinische Versorgung des Patienten vor. Wenn der Anästhesist Bedenken hinsichtlich des

Lasereinsatzes bezüglich der Tubusauswahl gehabt hätte, hätte er nicht intubieren dürfen. Sofern er von dem Lasereinsatz erst nach Intubation erfahren haben will, hätte er extubieren müssen.

Das Landgericht bewertete den Verschuldensanteil des Operateurs im Ergebnis mit 60 % und den des Anästhesisten mit 40 %. Dieses folge lt. Gericht daraus, dass der Operateur in Kenntnis der gefährlichen Laserbehandlung den Gesundheitsschaden verursacht habe und sich die von ihm getroffenen Schutzmaßnahmen als ungeeignet erwiesen hätten. Der Anästhesist habe es jedoch unterlassen, im Hinblick auf den seinerseits für ungeeignet befundenen Tubus eine gebotene Absprache herbeizuführen bzw. die notwendige Extubation zu veranlassen.

Im Vertrauen auf den vor dem Landgericht zu den Direktansprüchen des Patienten getroffenen Vergleich regulierte der Versicherer des Operateurs in der Folge federführend auch die noch ausstehenden Forderungen von Krankenkasse und Rentenversicherer, welche sich bereits im mittleren sechsstelligen Bereich bewegten.

Überraschenderweise lehnte der Krankenhausversicherer eine Beteiligung an den Regulierungsleistungen ab und wies die Haftung des Anästhesisten abermals im vollen Umfang zurück.

Vor Gericht und auf hoher See ist man allein in Gottes Hand

Dasselbe Landgericht, das zu den Direktansprüchen des Patienten noch eine Haftungsverteilung von 60 % Operateur zu 40 % Anästhesist festgestellt und nachvollziehbar begründet hatte, sah nun eine Haftung des Anästhesisten von lediglich 25 % und des Operateurs von 75 %.

Zur Begründung führte das Gericht aus, dass zwar grundsätzlich beiden Ärzten die Verwendung des ungeeigneten Tubus anzulasten sei. Auch habe der Anästhesist durch seinen vermeintlich an den Operateur gerichteten Hinweis bezüglich der Ungeeignetheit des Tubus seine Pflichten nicht vollständig erfüllt. So habe zumindest bis zu dem Einsatz des Lasers unzweifelhaft die Möglichkeit für den Anästhesisten bestanden, den Patienten zu extubieren und die Narkose auszuleiten; ein solches Vorgehen sei jedoch mit nicht unerheblichen Gefahren für den Patienten verbunden.

Ferner sei das tatsächlich praktizierte operative Vorgehen ohne Verwendung eines Lasertubus bereits in der Vergangenheit gut gegangen, sodass der Anästhesist auch bei diesem Eingriff auf einen guten Ausgang hätte hoffen dürfen – dem Operateur billigte das Gericht diese Argumentation jedoch nicht zu. Die ebenfalls bestehende und sich vorliegend realisierte Gefahr des Tubusbrandes ließ das Gericht hingegen nicht zulasten des Anästhesisten in seine Entscheidungsgründe einfließen. Dies verwundert umso mehr, da der anästhesiologische Sachverständige in der mündlichen Verhandlung angab, dass er selbst die Narkose ohne Lasertubus aufgrund der damit verbundenen erheblichen Gefahr nicht vorgenommen hätte.

In 2. Instanz stellte schließlich das Oberlandesgericht klar, dass der Anästhesist dem Operateur spätestens vor der Narkoseeinleitung hätte mitteilen müssen, dass die Operation mittels Laser aufgrund des nicht vorhandenen Lasertubus nicht möglich sei; die Narkose hätte unter diesen Bedingungen gar nicht erst eingeleitet werden dürfen. Auch das Krankenhaus treffe ein Organisationsverschulden, da ihm bekannt gewesen sei, dass mittels Laser operiert werde und dieses keine Lasertuben bereitgestellt bzw. die Operatio-

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Autorinnen

Marita Dierenfeldt, Rechtsanwältin

Arndt Wienand, LL.M., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
HDI Versicherung AG



Medletter

> Ausgabe 2 / 2021
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Was alles bei Corona passieren kann

Der Betrieb einer Praxis, einer Pflegeeinrichtung und einer ambulanten Klinik bedeutet immer auch die Eröffnung von Gefahrenquellen, denen der Publikumsverkehr oder auch unbeteiligte Dritte ausgesetzt sind. Dies gilt umso mehr, wenn neue, bisher noch nie da gewesenen Risiken auftreten. Die Coronapandemie hat alle Beteiligten dabei vor neue Herausforderungen gestellt. Gerade auch im Hinblick auf Risiken, die so vorher noch nicht im Fokus waren. Dieser Beitrag beleuchtet ein paar Beispielfälle, die in Zeiten von Corona häufiger aufgetreten sind.

1. Mobile Zelte, Schilder und die Verkehrssicherungspflicht

In Zeiten wie diesen wurden durch Arztpraxen, Apotheken oder sonstige medizinisch ambulant tätige Unternehmen vermehrt mobile sogenannte Partyzelte und Pavillons aufgestellt, um dort Schnelltests durchzuführen oder die Patienten aufgrund von Hygienevorschriften draußen geschützter warten zu lassen. Auch wurden vermehrt sogenannte Dreiecksschilder aufgestellt, um auf die Corona-Maßnahmen innerhalb der Praxis aufmerksam zu machen, oder mit dem Hinweis auf eine mobile Teststation.

Grundsätzlich ist jeder, der solche mobilen Zelte und Schilder aufstellt, verpflichtet, die hiervon ausgehenden Gefahren zu vermeiden (sog. Verkehrssicherungspflicht).

Typische Schäden, die auftreten können, sind hier das Wegfliegen, sei es durch Wind und Sturm, oder das bloße Umfallen der Schilder und die Beschädigung der umliegenden Rechtsgüter.

In einem Fall hatte der Versicherungsnehmer ein mobiles Falzelt zur Durchführung von Schnelltests aufgebaut. Bei einem Sturm kippte dieses um und landete auf drei parkenden Fahrzeugen auf dem Nachbarparkplatz. Alle drei Fahrzeuge erlitten Kratzspuren und Dellen.

Ebenso haben sich die Schäden gehäuft, in denen die Dreiecksschilder bei starkem Wind ebenfalls gegen parkende Autos oder

auch in einem Fall auf die Straße gefallen sind. Das Schild auf der Straße führte sogar aufgrund der Notbremsung des herannahenden Fahrzeugs zu einem schweren Unfallschaden.

Es empfiehlt sich, auch wenn die Maßnahmen teilweise unter hohem Zeitdruck erfolgt und umgesetzt worden sind, doch genau hinzusehen – wie standsicher oder abgesichert sind diese mobilen Risikoquellen. Auch ist es ratsam, auf die aktuellen Wetterberichte zu achten und entsprechende Maßnahmen, wie das Wegräumen solcher mobilen Schilder und Zelte, einzuleiten, um es erst gar nicht zu solchen Schäden kommen zu lassen.

2. Mangelnde Einhaltung der Corona-Hygienevorschriften

Aber auch die immer wieder neuen und veränderten Hygienevorschriften haben eine Vielzahl von neuen Schadenfällen hervorgerufen.

Nichtbereitstellung von Masken

In dem Fall wurde seitens der Mitarbeiterin dem Inhaber einer Arztpraxis vorgeworfen, nicht rechtzeitig für ausreichend medizinische Masken und Desinfektionsmittel für den Praxisbetrieb gesorgt zu haben. Tatsächlich wurde aufgrund von Lieferschwierigkeiten zunächst der Praxisbetrieb mit sogenannten Alltagsmasken aufrechterhalten. Desinfektionsmittel war jedoch, laut Praxisinhaber, immer vorhanden. Die Mitarbeiterin gab an, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in der Arztpraxis mit Corona angesteckt zu haben. Sie forderte Schmerzensgeld und Verdienstausschluss, da sie mit Corona-Spätfolgen zu kämpfen habe und damit über die 6 Wochen Entgeltfortzahlung hinaus krank geschrieben war.

Auch wenn es immer eine Abwägungsfrage ist, zwischen dem Risiko der Ansteckung für alle bei Fortführung des Praxisbetriebs (trotz fehlender medizinischer Masken) sowie der Möglichkeit, für einen kurzen Zeitraum die Praxis zu schließen (andere Patienten können nicht versorgt werden), ist ein Verschulden des Praxisinhaber

bers nicht auszuschließen. Völlig fraglich ist jedoch, ob die Mitarbeiterin sich tatsächlich auch in der Praxis angesteckt hat oder eventuell die Ansteckung im Rahmen der Freizeitaktivität erfolgte. Letzteres führt dazu, dass keine Haftung des Praxisinhabers besteht.

Nicht jeder trägt Maske

In einem anderen Fall wurde ein Pflegeheim beschuldigt, dass nicht alle Personen, die dort ein- und ausgingen, auf das richtige Tragen der Masken hingewiesen worden seien. Auch die dort freiberuflich tätige Ergotherapeutin, die selbst immer eine FFP2-Maske trug, warf der Pflegeheimleitung vor, dass trotz bestehender Maskenpflicht Besucher bzw. weitere Dritte nicht immer darauf hingewiesen worden seien, die Masken auch tatsächlich und/oder auch über der Nase zu tragen. Sie gab an, sich bei der Tätigkeit im Pflegeheim angesteckt zu haben, und forderte Schmerzensgeld.

Tatsächlich kam es in dem Heim zu vermehrten Covid-Erkrankungen. Aber ob hierfür tatsächlich der fehlende dauerhafte Hinweis des Personals an Dritte ursächlich war und sich die Geschädigte tatsächlich im Pflegeheim und nicht in der Freizeit angesteckt hatte, konnte auch hier nicht nachvollzogen bzw. bewiesen werden.

In beiden Fällen wurde die Haftung gegenüber den geschädigten Personen bisher erfolgreich abgewehrt.

Dennoch sollte im Zusammenhang mit der Umsetzung von Hygienevorschriften und Verordnungen immer genau hingeschaut werden. Gerade hier besteht immer die Gefahr der Ansteckung, aber auch die Quelle für Ansprüche Dritter.

Fazit:

Nicht jeder Schaden oder jede Anspruchsgeltendmachung indiziert eine Haftung oder Schadenzahlung. Aber jede neue Eröffnung von Gefahrenquellen oder die Umsetzung von neuen Vorschriften birgt die Gefahr von Verkehrssicherungsverletzungen oder der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen durch Dritte.

Eine Einzelfallprüfung ist unerlässlich und führt dazu, dass wir als Haftpflichtversicherer entweder berechnete Ansprüche im begründeten Umfang für Sie regulieren oder einen unbegründeten Anspruch für Sie abwehren.

	Autorinnen
Meike Ackermann, Rechtsanwältin, Leitung Betriebshaftpflicht-/Tan-sportschaden, HDI Versicherung AG, Köln	

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem Med-Letter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Medletter

> Ausgabe 2 / 2021
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Die Arztpraxis in Zeiten von Corona

Nach mittlerweile mehr als einem Jahr hält das neuartige Coronavirus die Welt in Atem. Fast alle Lebensbereiche sind hiervon betroffen. Insofern müssen sich auch Ärzte in ihrer täglichen Praxis Vorwürfen stellen, die mit dem Thema Corona aufkommen. Im Folgenden wollen wir einige Fälle vorstellen, mit denen wir uns als Berufshaftpflichtversicherer der Ärzte in der Schadenbearbeitung zu befassen haben.

1. Verspätete Diagnosestellung

Der PCR-Test dient in erster Linie als Nachweis einer tatsächlichen Infektion mit Covid-19. Wenn ein Patient mit spezifischen Symptomen erscheint, muss der Arzt abwägen, ob ein PCR-Test angezeigt ist bzw. der Verdacht auf eine Erkrankung mit Covid-19 besteht. Vor einem Jahr wurden immer noch die mangelnden Testkapazitäten in die Erwägungen miteinbezogen. Dieses Argument verfängt mittlerweile längst nicht mehr, weshalb der zeitgerechten Befundung und Diagnosestellung eine maßgebliche Bedeutung zukommt. Denn die verspätete Diagnosestellung einer Covid-19-Infektion birgt gravierende Risiken.

Vorwurf unterbliebener PCR-Testung

In einem Fall hatte sich ein Patient telefonisch in der Hausarztpraxis gemeldet, da er nachts zuvor Fieber bis 40 °C hatte. Zum Zeitpunkt des Telefonats war es aufgrund der Einnahme von Paracetamol auf 38 °C abgesunken. Auch klagte der Patient über häufiges schmerzhaftes Wasserlassen und Gliederschmerzen. Der Hausarzt ging von einer Nierenbeckenentzündung aus und bat den Patienten, in die Praxis zu kommen, damit dort eine Urinuntersuchung und eine Blutentnahme durchgeführt werden konnte. Aufgrund der in der Praxis durchgeführten Urinuntersuchung und nach der körperlichen Untersuchung des Patienten, der einen geröteten Rachenring hatte und dessen Halslymphknoten geschwollen waren, verwarf der Hausarzt die Verdachtsdiagnose einer Nierenbeckenentzündung. Bei der Laboruntersuchung des Bluts zeigten sich aber erhöhte Entzündungswerte, weshalb dem Patienten ein Anti-

biotikum verschrieben wurde. Einige Tage später meldete sich der Patient dann erneut telefonisch und teilte mit, seine Schwester sei positiv auf das Coronavirus getestet worden. Er wurde daraufhin gebeten, sich zeitnah zur Abstrichentnahme in der Praxis vorzustellen. Der Patient kam dieser Bitte nicht nach und behauptet nun, ihm sei es derart schlecht gegangen, dass ein Besuch der Praxis unmöglich gewesen sei und er daher um einen Hausbesuch gebeten habe, der ihm verweigert worden sei. Er habe dann schlussendlich einen Rettungswagen gerufen, der ihn in ein Krankenhaus brachte. Dort wurde eine Coronainfektion festgestellt. Im weiteren Verlauf verschlechterte sich der Gesundheitszustand des Patienten erheblich, weshalb die Aufnahme auf die Intensivstation nötig wurde.

Der Patient geht nun davon aus, die Infektion hätte schon früher, nämlich bei der Erstuntersuchung, festgestellt werden können. Dann wäre ihm der schwere Verlauf erspart geblieben. Dieser Sachverhalt wird derzeit im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens der zuständigen Landesärztekammer geklärt.

Quarantäne einer gesamten Belegschaft statt AU-Bescheinigung für den Infizierten

Ein Patient, der sich im Spätsommer 2020 bei seinem Hausarzt vorstellte, gab an, bereits seit einigen Tagen verschiedenste Beschwerden wie Kopfschmerzen, Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns sowie kurzfristige Durchfallepisoden zu haben. Fieber, Husten und sonstige Erkältungssymptome lagen nicht vor. Da der Patient keinen Kontakt mit Personen hatte, bei denen eine Coronainfektion bekannt war, und er seine Tätigkeit mit Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln durchführte, ging der Hausarzt nicht davon aus, dass hier tatsächlich eine Corona-Infektion vorlag und stellte mithin auch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus. Allerdings wurde sicherheitshalber ein PCR-Test veranlasst, der positiv ausfiel, dessen Ergebnis aber erst am nächsten Tag vorlag. Daraufhin wurde nicht nur der erkrankte Patient in Quarantäne geschickt, sondern auch die gesamte Belegschaft seines Arbeitgebers zur Selbstisolation aufgefordert. Der Arbeitgeber machte dar-

aufhin Ansprüche auf entgangenen Gewinn geltend, da er der Auffassung war, der Hausarzt hätte dem Patienten unmittelbar eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen müssen, sodass er gar nicht mehr im Betrieb hätte erscheinen dürfen.

2. Einhaltung des geltenden Sorgfaltsmaßstabs

Durch Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die Impfstrategie wurden und werden die Ärzte vor neue und vor allem zusätzliche Herausforderungen in der Organisation ihrer Praxisabläufe gestellt. Insofern ist noch verstärkter darauf zu achten, dass der allgemeine Sorgfaltsmaßstab beachtet wird.

Doppelte Dosis

In einem Fall stellten sich zwei Patienten zur Impfung vor. In der Eile verabreichte der Arzt einem der Patienten die doppelte Dosis.

Ein Abstrichtupfer für zwei Patienten

Im Rahmen eines Coronaabstrichs wurde versehentlich derselbe Tupfer verwandt, der bereits zuvor bei einem anderen Patienten genutzt wurde, der dringend verdächtig war, mit Corona infiziert zu sein.

3. Fehlerhaft ausgefertigte Testergebnisse (Zertifizierungen)

Nachdem sich im Frühjahr 2020 die Menschen in ihre Häuser und Wohnungen zurückzogen und dort getreu dem Motto „flatten the curve“ ihre Kontakte und ihre Mobilität massiv einschränkten, kehrte im Sommer 2020 langsam wieder so etwas wie Normalität zurück. Die Reisewarnungen der Bundesregierung wurden aufgehoben und der Deutsche konnte wieder einer seiner Lieblingsbeschäftigungen nachgehen. Da insbesondere Auslandsreisen von der Durchführung eines PCR-Tests abhängig gemacht wurden, wurden die Ärzte diesbezüglich vermehrt in Anspruch genommen. Hier sind mittlerweile verschiedene Fehlerquellen offenkundig geworden.

Verwechslung bei Namensidentität bzw. Übertragung veralteter Daten

So kam es zu Verwechslungen, weil das Testergebnis einem anderen Patienten mit demselben Namen zugeordnet wurde und der getestete Patient sein Ergebnis nicht abrufen konnte. In einem anderen Fall wurde ein altes Testergebnis an den Patienten weitergegeben, weil die Praxismitarbeiter nicht auf die korrekten Daten in der Bescheinigung achteten. Auch kam es bereits vor, dass auf den Testbescheinigungen nicht das Datum der Abstrichentnahme vermerkt war, weshalb die Fluggesellschaften die Mitnahme der betroffenen Person verweigerten. Wenn dann die Reisen zunächst nicht wie geplant durchgeführt werden können, stehen Schadensersatzforderungen in Form zusätzlicher Flug- oder Bahnkosten und Übernachtungskosten zur Diskussion.

Fazit

Die Auswahl von Fällen zeigt, dass rund um das Thema Corona mittlerweile eine Vielzahl von Haftungskonstellationen diskutiert werden. Umso wichtiger ist, dass trotz der Hektik und der Besonderheiten, die diese Pandemie mit sich bringt, die allgemeine ärztliche Sorgfalt nicht außer Acht gelassen wird. Die Fälle zeigen aber auch, dass der Arzt vor einer besonderen Herausforderung bei der Diagnosestellung steht. Das Virus ist für uns noch immer neu. Das Erkennen einer Coronainfektion war und ist wegen der nur sukzessiv gesammelten Erkenntnisse herausfordernd, sollte heute gleichwohl immer mit im Fokus der ärztlichen Diagnostik stehen und erforderliche Befunde sollten rechtzeitig erhoben werden. Erfreulicherweise haben die Labore in der Zwischenzeit deutlich mehr Kapazitäten. Hierdurch kommt dem PCR-Abstrich als möglicher Befundung heute bei der Beurteilung des ärztlichen Sorgfaltsmaßstabs aber auch eine größere Bedeutung zu.



Autorin

Isabel A. Ibach, Rechtsanwältin

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadensfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter