

MEDletter

> Ausgabe 3 / 2023
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe



Mit HDI in die Zukunft – Tarifupdate Heilwesen

HDI hat seinen Heilwesen-Tarif umfassend überarbeitet und erweitert. Dabei war das Ziel, die Neuerungen der letzten Jahre einzuarbeiten und die bewährte Struktur mit unseren Alleinstellungsmerkmalen beizubehalten. Das Ergebnis ist ein runderneueres Tariffbuch mit vielen Highlights. Die Vorgaben des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) wurden dabei selbstverständlich berücksichtigt.

Die Risiken wurden durch unser Aktuariat bewertet und bei Bedarf neu justiert. Damit stellen wir sicher, dass die einzelnen Fachgebiete auch dauerhaft versicherbar bleiben. Inflationsbedingt waren bei den meisten Fachgebieten nur moderate Prämienänderungen erforderlich. Erfreulicherweise konnten bei den angestellten Fachärzten die Prämien in vielen Bereichen sogar gesenkt werden.

Unsere Highlights

- Erhöhung des Sublimits für den Medikamentenverderb auf 10.000 Euro/Jahr
- Einschluss von Mietsachschäden an beweglichen Sachen bis zu 10.000 Euro/Fall (maximal 30.000 Euro/Jahr)
- Erhöhung des Sublimits für eingebrachte Sachen auf 10.000 Euro/Fall (maximal 30.000 Euro/Jahr)
- Erhöhung der Bausumme auf 500.000 Euro je Bauvorhaben im Rahmen der Bauherrenhaftpflicht
- Erhöhung des Handelsumsatzes bei Augenärzten und Dermatologen auf 50.000 Euro/Jahr
- Mitversicherung der persönlichen gesetzlichen Haftpflicht der Praxisvertreter bei niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren (Subsidiärdeckung)
- Erweiterung der telemedizinischen Beratung auf alle Länder der EU sowie Norwegen, Liechtenstein, Island und die Schweiz
- Erweiterung des Umfangs des ärztlichen Restrisikos
- Erweiterung des Deckungsschutzes der gelegentlichen außerdienstlichen Tätigkeit

Neue Tarifierung bei Berufsausübungsgemeinschaften

Die Führung einer Einzelpraxis nimmt mehr und mehr ab, Ärzte arbeiten gerne in der Kooperationsform der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder gar in Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) mit mehreren Standorten. HDI kommt hier dem Wunsch auf Absicherung der BAG über einen Vertrag nach und bietet im Standardgeschäft die Absicherung von BAGen mit bis zu 5 Ärzten (Inhaber und angestellte Fachärzte).

Für Großpraxen mit mehr als 5 Ärzten bietet HDI weiterhin ein individuelles und passgenaues Angebot.

Die Deckungssumme beträgt dabei 7,5 Millionen Euro mit einer 4-fachen Maximierung im Versicherungsjahr. Damit ist die Praxis gut ausgestattet und für die Zukunft und eine weitere Expansion gerüstet. Weitere Anstellungen von Ärzten oder die Integration weiterer Teilhaber sind dann einfach und schnell umzusetzen und alle Partner sind rundum und homogen versichert. Zudem wird so den Vorgaben der Pflichtversicherung Rechnung getragen.

Der bekannte Vorteil der prämienfreien Mitversicherung von 2 angestellten Fachärzten bleibt dabei erhalten, ebenso wie die Mitversicherung des Probearbeitens von Fachärzten für eine geplante Anstellung bzw. Partnerschaft bis zu 4 Wochen im Jahr.

Neu eingeführt wird die beitragsfreie Mitversicherung der Praxisvertreter (Subsidiärdeckung), so dass gewährleistet ist, dass die Praxis bei personellen Ausfällen auf einen Vertreter zurückgreifen kann und handlungsfähig bleibt.

Freie Wahl der Aufklärungssysteme bei Medizinisch nicht indizierte Behandlungen

Ein weiteres Highlight ist die Erweiterung der Aufklärungssysteme zur Erlangung des Aufklärungsnachlasses und bzgl. der Mitversicherung von plastisch-ästhetischen, also medizinisch nicht indizierten Behandlungen: Zukünftig haben unsere Kunden eine größere Freiheit in der Auswahl der Aufklärungssysteme. Wir akzeptieren dabei alle professionellen Systeme der verschiedenen Anbieter.

Wichtig ist dabei, dass es sich um professionelle Systeme handelt. Die Verwendung eigens erstellter Bögen sowie Bögen der Produkthersteller ist nicht möglich.

Neue Tarifierung bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Für MVZ ergibt sich eine komplett neue Kalkulation: Aufgrund der Entwicklungen im Bereich der MVZ unterscheiden wir nicht mehr zwischen den Funktionen als Inhaber und als angestellter Arzt. Alle im MVZ tätigen Ärzte werden einheitlich bepreist, unterschiedliche Tätigkeitsspektren finden dabei natürlich Berücksichtigung. Lesen Sie hierzu auch unseren Beitrag ["Das Rad dreht sich weiter – Der Erfolg von Medizinischen Versorgungszentren \(MVZ\)"](#).

NEU – Der 3-Jahresvertrag

Zukünftig kann jedes tarifliche Risiko mit einem 3-Jahresvertrag abgeschlossen werden. Dabei gewähren wir einen Rabatt von 10 %. Zu beachten sind dabei lediglich die Mindestprämien, diese können nicht unterschritten werden.

Begleitung durch das gesamte Berufsleben

Vom Medizinstudenten über die Tätigkeit als angestellter Facharzt im Klinikum, bis zur Niederlassung, der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums oder auch der Verwirklichung einer eigenen Privatklinik bis hin zur Rente begleitet HDI die Ärzteschaft durch das gesamte Berufsleben und bietet für jeden Berufsabschnitt den passenden Berufshaftpflichtschutz.

Unser Anspruch

HDI steht seit Jahrzehnten zur Berufsgruppe der Ärzte und sichert durch eine faire und nachhaltige Preispolitik die dauerhafte Absicherung des gesamten Berufslebens – vom Jungmediziner bis zur Rente. Dabei ist uns wichtig, die Ärzte im Falle eines Anspruches umfassend und professionell zu begleiten, damit diese sich auf ihre originäre Aufgabe, die Behandlung von Patienten konzentrieren können.

Neugierig geworden? Sprechen Sie gerne Ihren Versicherungsvermittler für weitere Informationen an.

	Autorin
Annette Dörr, Dipl.-Betriebswirtin (BA), HDI	

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



Das Rad dreht sich weiter – Der Erfolg von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Vom Mauerblümchen zum Dauerblüher

Nach anfänglich schleppendem Beginn – im Jahr 2004 gab es nach der Einführung der Möglichkeit dieser Unternehmensform gerade mal 70 Medizinische Versorgungszentren – hat sich mittlerweile ein Boom im Bereich der MVZ-Gründungen ergeben. Derzeit gibt es mehr als 5.300 MVZ – Tendenz steigend.

Befeuert wird diese Entwicklung durch mehrere Faktoren:

Zum einen durch den Trend, dass junge Ärzte nicht mehr unbedingt eine Selbstständigkeit und ein unternehmerisches Risiko anstreben, viele Ärzte möchten in Teilzeit arbeiten (nur 41 % aller angestellten Ärzte arbeiten Vollzeit), die Beschäftigung im ambulanten Sektor ist bezüglich Arbeitszeit und fehlender Wochenend- und Nachtschichten attraktiver und familienfreundlicher, zudem ist Kooperation statt Einzelkämpfertum gefragt. Die zunehmende Frauenquote in der Medizin zählt hier ebenfalls mit ein.

Der Drang in die freiberufliche Verantwortung ist generell gebremst – bei beiden Geschlechtern. Gründe wie umständliches Handling mit den KVen, Restriktionen, zunehmende Bürokratisierung, gebremste Digitalisierung, Fachkräftemangel und unsichere Praxisaussichten mögen hier ebenfalls mitwirken.

In den letzten Jahren kam der Trend hinzu, dass Investoren wie Private-Equity-Gesellschaften und börsennotierte Gesundheitskonzerne den Gesundheitsmarkt in Deutschland für sich entdeckt haben und durch den Kauf von Praxen, die zuvor in MVZ umgewandelt wurden, den Betrieb von MVZ als Geschäftsmodell für sich nutzen. Bevorzugt wurden zunächst die Bereiche Zahnmedizin, Augenheilkunde, Radiologie und Allgemeinmedizin, zwischenzeitlich gibt es für jeden Fachbereich entsprechende Komplexe.

Für die große Riege der Ärzte, die kurz vor der Rente stehen, ist dies ein durchaus attraktives Modell, einen sicheren Käufer für die Praxis zu finden, verbunden mit einem Anstellungsverhältnis für die nächsten 3 Jahre, um dann langsam aus dem Unternehmen herauszugleiten. Mit diesem Phänomen ist Deutschland nicht allein, ähnliche Auswirkungen gibt es auch in den USA, in Schweden, Großbritannien, Kanada und in den Niederlanden.

Die Verteilung

Insgesamt sind bundesweit rund 25.700 Ärzte in MVZ tätig, im Durchschnitt 6,2 je MVZ. In den zahnärztlichen MVZ sind insgesamt 5.572 Zahnärztinnen und Zahnärzte behandelnd tätig, mit durchschnittlich 3,8 Zahnärztinnen und Zahnärzten. In den Investorengetragenen MVZ sind davon 1.753 Zahnärztinnen und Zahnärzte beschäftigt.

Die flächenmäßige Verteilung ist höchst unterschiedlich: Die meisten MVZ werden in Bayern gezählt (878), gefolgt von Nordrhein-Westfalen auf Platz zwei (475). Im Jahr 2021 befanden sich 44 % der MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten, 42 % in Trägerschaft von Krankenhäusern und 13 % in sonstiger Trägerschaft. In den vergangenen Jahren konnte eine Zunahme an MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern festgestellt werden, in diese Kategorie fallen auch die durch die Investoren geführten MVZ.

Ausblick

In Anbetracht der zunehmenden Ambulantisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland, die sich in den nächsten Jahren auch weiter fortsetzen wird, in Verbindung mit dem gebremsten Wunsch junger Ärzte, den Weg in die Selbstständigkeit zu wählen, werden MVZ somit für die Zukunft von wachsender Bedeutung sein.

Ärzte, die gerne als Unternehmer tätig werden, nutzen dabei die Möglichkeiten der weiteren Expansion durch die Übernahme freier KV-Sitze und erweitern den Hauptstandort um mehrere Zweigstellen und Standorte.

Zudem kommt auch für Kommunen - vor allem in ländlichen und teilweise unterversorgten Bereichen - die Ansiedlung und Förderung eines Medizinischen Versorgungszentrums als Modell zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Betracht. Eine Gemeinde ohne Allgemeinarzt, Augen- oder Kinderarzt ist wenig attraktiv.

Neue Tarifierung bei HDI

Die Erfahrungen und die Entwicklung der letzten Jahre hat dazu geführt, dass HDI sein Konzept für Medizinische Versorgungszentren überarbeitet hat:

Mit dem Tarif-Update 10/2023 bieten wir eine einheitliche Bepreisung für alle in einem MVZ tätigen Fachärzte an. HDI unterscheidet somit nicht mehr zwischen den Funktionen als Inhaber und als angestellter Arzt. Eine Teilzeittätigkeit (bis 20 h/ Woche) findet dabei sowohl für Inhaber als auch für die angestellten Fachärzte Berücksichtigung. Ebenso wird der unterschiedliche Tätigkeitsumfang der einzelnen Ärzte bewertet.

Die Deckungssumme für MVZ beträgt 5 Millionen Euro mit einer 4-fachen Maximierung im Versicherungsjahr. Alternativ bietet HDI eine Deckungslinie von 7,5 Millionen Euro – ebenfalls mit einer 4-fachen Maximierung.

Dabei greifen die sonstigen Highlights und Verbesserungen, die mit der Tarifüberarbeitung von HDI umgesetzt wurden, wie z.B. die Erhöhung der Sublimits, die Öffnung der Aufklärungssysteme oder die Mitversicherung des Praxisvertreters selbstverständlich auch für [MVZ](#).

Neu ist die Möglichkeit, MVZ mit bis zu 8 Ärzten über unsere digitale Abschlussstrecke auf dem direkten Weg eigenständig zu berechnen und abzuschließen. Für MVZ mit mehr als 8 Ärzten bietet HDI weiterhin ein individuelles und passgenaues Angebot. Hier steht Ihnen unser Angebotsservice zur Verfügung.

Vorgaben des GVWG

Weiteres Highlight: Die Versicherungsbestätigung für das MVZ wird bei Vertragsabschluss automatisch versandt.

3-Jahresvertrag

Für alle, denen stabile Prämien und Planungssicherheit wichtig sind, ist der Abschluss eines 3-Jahresvertrags möglich. Dies hat eine Rabattierung von 10 Prozent zur Folge.

Neugierig geworden? Sprechen Sie gerne Ihren Versicherungsmittler für weitere Informationen an.

	Autorin
Annette Dörr, Dipl.-Betriebswirtin (BA), HDI	

Quellen: [Gesundheitsmark.de](#) und [Kassenärztliche Bundesvereinigung](#), [kassenärztliche Bundesvereinigung](#), Oktober 2023

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 Rechtssprechung, 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



Kleine Patienten – große Schäden

Wenn von folgeschweren Behandlungsfehlern die Rede ist, denkt auch der Fachkundige zunächst an typische Fallkonstellationen aus der operativen Versorgung von Patienten. Aber auch in der rein ambulanten niedergelassenen Tätigkeit bestehen Haftungsrisiken mit zum Teil erheblichem Schadenpotential. Je jünger der Patient, desto höher das behandlungsfehlerbehaftete Schadenpotential. In diesem Beitrag soll an einigen Fallbeispielen das nicht selten unterschätzte Haftungsrisiko in der Praxis eines niedergelassenen Kinderarztes dargestellt werden.

Fall 1 – Die kinderärztliche Kooperation mit einer Geburtsklinik

Ein niedergelassener Kinderarzt untersuchte als Kooperationspartner eines Krankenhauses ohne eigene pädiatrische Fachabteilung regelmäßig die dort neugeborenen Kinder. Leider kam es vorliegend zu Versäumnissen mehrerer Behandler.

Aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs wurde das Kind bereits in der 37. Schwangerschaftswoche geboren. Die behandelnden Gynäkologen versäumten es, durch Abstrich der Vagina/ Cervix der Mutter eine Infektion mit Streptokokken B auszuschließen. Der durchgeführte Schnelltest war für diese Untersuchung nicht zulässig.

Der hinzugezogene niedergelassene Kinderarzt untersuchte das Kind am Tage nach der Geburt im Rahmen einer angeforderten Konsultation. Hierbei zeigte sich kein auffälliger Befund. In der Folgezeit traten Fieber und eine Trinkschwäche sowie eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei dem kleinen Patienten auf, jedoch wurde der Kinderarzt nicht erneut hinzugezogen. Seitens des Krankenhauses wurde auch keine regelmäßige, alle 4 Stunden stattfindende Untersuchung auf Anzeichen einer beginnenden Infektion bzw. eine Blutuntersuchung dokumentiert. Das Kind entwi-

ckelte in der Folge eine Neugeborenensepsis im Sinne einer Early-Onset-Infektion mit Meningitis und wurde erst zwei Tage später in eine Kinderklinik verlegt. Es leidet nunmehr unter Krampfanfällen, einer Tetraparese und Defiziten in der geistigen Entwicklung.

Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass sowohl das Krankenhauspersonal, der dort angestellte Gynäkologe sowie der hinzugezogene Kinderarzt grob fehlerhaft handelten.

Es wurde daraufhin ein Vergleich über die persönlichen Ansprüche des Patienten i.H.v. 720.000 EUR geschlossen, von dem 19% auf den Kinderarzt entfallen. Hinzu treten die Ansprüche der Sozialversicherungsträger.

Fall 2 – Auswertung unzureichender bildgebender Befunde in der Kinderarztpraxis

Einer niedergelassenen Kinderärztin wird vorgeworfen, eine Pathologie am Hüftgelenk nicht erkannt zu haben, was zu einer Hüftdysplasie samt Entwicklungsstörung und einem Dauerschaden geführt habe.

Ihr wird gutachterlich vorgeworfen, Ultraschallbilder der Hüfte des vier Wochen alten Patienten nicht den Regeln entsprechend erstellt und befundet zu haben. So seien die Darstellungsqualität der Bilder, die daraus resultierende Entscheidung zur Auswertbarkeit, die Qualität der Winkelmessungen und die aus den Ergebnissen resultierenden Diagnostik- oder Therapieentscheidungen zu beanstanden.

Insbesondere sei nur ein Bild der betreffenden Hüfte anstatt der zu fordernden zwei Bilder gefertigt worden.

Im Gerichtsverfahren wurden daher kausale Fehler festgestellt, aufgrund derer frühzeitige Maßnahmen unterblieben seien. Bei rechtzeitiger konservativer Therapie wäre die Pathologie folgenlos ausgeheilt. Der Patient habe wegen des Fehlers eine eingeschränkte Beweglichkeit erlitten, wobei insoweit eine erhebliche Einschränkung verbleiben werde und eine frühzeitige Invalidisierung höchstwahrscheinlich sei.

Danach war und ist von einem erheblichen Haftungsrisiko auszugehen. Die Krankenkasse hatte bereits unbezifferte Regressforderungen angemeldet; es standen erhebliche Heilbehandlungskosten im Raum. Aus derzeitiger Sicht wird ein Schadenvolumen im mittleren sechsstelligen Bereich angenommen.

Fall 3 – Verspätete Einweisung in die stationäre Versorgung

Dieser Fall beschäftigt sich mit der versäumten stationären Einweisung eines 7 Tage alten Säuglings durch die niedergelassene Kinderärztin trotz wässrigem Durchfall und massivem Gewichtsverlust des Kindes. Am Folgetag war das Kind stark dehydriert und erlitt eine Sinusvenenthrombose.

Eine erste gutachtliche Bewertung ging von einem einfachen Behandlungsfehler mit einer wahrscheinlichen Restitutio ad integrum aus. Denn es zeigte sich zunächst eine positive, nur leicht retardierte Entwicklung. Im Alter von drei Jahren entwickelten sich jedoch mehrfach neu auftretende Behinderungen des Kindes. Aufgrund dieser Behinderungen ist seit dem 6. Lebensjahr Pflegegrad 3 gegeben.

Seither wird der Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers bei vorliegenden schadenkausalen Mehrfachbehinderungen des Kindes mit befürchteten Verschlechterungen diskutiert.

Im Raum stehen Schadenersatzansprüche des Kindes (Schmerzensgeld, vermehrte Bedürfnisse, dem Grunde nach Verdienstaustausch etc.) sowie die erfolgte Regressanmeldung der Krankenkasse. Derzeitige Schadensschätzungen bewegen sich im Bereich von rund 3 Millionen EUR.

Fall 4 – Übernahmeverschulden durch den hinzugezogenen niedergelassenen Kinderarzt

Bei der Entbindung kam es bei der Neugeborenen zu einem Sauerstoffmangel, aufgrund dessen eine Reanimation erforderlich wurde. Der hinzugezogene niedergelassene Kinderarzt übernahm die Patientin ca. 15 Minuten postpartal unter Reanimation. Da die Spontanatmung einsetzte, wurde die Herzdruckmassage beendet und von einer notfallmäßigen Verlegung abgesehen. Erst am Folgetag wurde das Kind wegen des Verdachts auf Krampfanfälle in die Kinderklinik verlegt, wo insbesondere eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie festgestellt wurde.

Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass allein wegen der Reanimation ein Notarzt hätte gerufen werden müssen. Darüber hinaus wurden zeitnah nach der Entbindung vom Kinderarzt Befunde erhoben, die neurologisch auffällig waren und zwingend sofort hätten abgeklärt werden müssen. Der Sachverständige stuft beides als grobe Fehler ein.

Es ist ein Dauerschaden zu befürchten, dessen konkrete Ausprägungen sich in der Entwicklung noch zeigen werden. Aufgrund dessen sowie des gegebenen Haftungsrisikos sind umgehend Regulierungsverhandlungen eingeleitet worden. Das Schadenvolumen bewegt sich vorliegend im kalkulierten siebenstelligen Bereich.

Fall 5 – Verspätete Erkennung eines Hydrocephalus bei deutlicher Zunahme des Kopfumfangs

Die betroffene niedergelassene Kinderärztin betreute die Patientin seit ihrer Geburt. Vorgeburtlich war eine Erweiterung der internen Liquorräume festgestellt worden. Aus diesem Grunde wurden im Kleinkindalter Termine in der Neuropädiatrie wahrgenommen. Das Kind zeigte allerdings zunächst eine positive und unauffällige Entwicklung. Der relativ große Kopf wurde bei unauffälliger neurologischer Entwicklung als Normvariante angesehen, die auch bei weiteren Familienmitgliedern bereits vorgekommen war.

Anlässlich der Vorsorgeuntersuchung U 7a wurde dann zwar die überdurchschnittliche Zunahme des Kopfumfangs in das Diagramm des Vorsorgeheftes eingetragen, doch zog dies keine diagnostischen und somit auch keine therapeutischen Konsequenzen nach sich. Das Kreuzchen im Rahmen der Untersuchung lag deutlich außerhalb der Perzentile. Fast zeitgleich kam es zu (fein-)motorischen Störungen und einer großen Unruhe des zuvor ausgeglichenen Kindes. Dies setzte eine umfangreiche Kaskade an Diagnostik in Gang.

Leider blieb jedoch die Umfangsvermehrung des Kopfes wegen der insoweit stimmigen Proportionen des großen und kräftigen Mädchens zunächst weiterhin außer Betracht. Erst mit mehrmonatiger Verzögerung wurde dies zur Kenntnis genommen, ein MRT veranlasst und der wahre Grund der ungewöhnlichen Entwicklung in einem Hydrocephalus internus erkannt. In der Folge wurde ein neurochirurgischer Eingriff zur Shuntversorgung durchgeführt, der jedoch die motorischen Probleme trotz fortbestehender intensiver Therapie nicht ad hoc beseitigen konnte. Hinzu trat ein Anfallsleiden, das sich in wiederholten Krampfanfällen äußerte.

In rechtlicher Hinsicht wird von besonderer Bedeutung sein, die anlagebedingt aufgetretenen gesundheitlichen Probleme von den verzögerungsbedingten zu trennen. Eine auch in beweisrechtlicher Hinsicht besondere Herausforderung.

Fall 6 – Versäumnisse im Rahmen von Voruntersuchungen

Eine Patientin befand sich seit ihrer Geburt in regelmäßiger Behandlung des Kinderarztes. Der Augenbefund bei den Vorsorgeuntersuchungen wurde jeweils mit „o.B.“ dokumentiert, während bei der U 6 diesbezüglich nichts dokumentiert worden war.

Die Eltern meinten, bereits frühzeitig Probleme mit dem Sehen des Kindes festgestellt und ein Schielen wahrgenommen zu haben. Im Alter von 20 Monaten wurde das Kind deshalb vom Vater eigeninitiativ bei einem Augenarzt vorgestellt. Dieser stellte auf beiden Augen eine ausgeprägte Cataract fest, links stärker als rechts. Daraufhin wurde umgehend die Cataract-Operation mit Vitrektomie an beiden Augen veranlasst. Postoperativ verblieb jedoch weiterhin ein Strabismus am linken Auge. Eine Brille wurde verordnet und mit einer Okklusionstherapie begonnen. Weitere Kontrollen zeigten zudem eine fortbestehende Sehschwäche auf dem linken Auge. Die künftige Entwicklung bleibt insoweit abzuwarten.

Im Rahmen der U 6-Untersuchung im Alter von 10 bis 12 Monaten war bezüglich des Sehens nichts dokumentiert worden. Ein Brückner-Test wäre obligatorisch gewesen und hätte Hinweise auf die Problematik und eine frühzeitigere Vorstellung beim Augenarzt mit ggf. anschließender Operation zur Folge gehabt. Insoweit wird davon auszugehen sein, dass erforderliche Befunde nicht erhoben wurden, die eine frühzeitigere Behandlung mit möglicherweise besserem Outcome ermöglicht hätten.

Fazit

Die aufgezeigten Schadenfälle machen deutlich, dass Versäumnisse bei der Behandlung insbesondere von Kindern und Säuglingen sehr risikobehaftet sind.

In einer Vielzahl von Schadenfällen wird der Befunderhebung und der Dokumentation zu wenig Beachtung geschenkt. Nicht nur versäumte, sondern auch nicht dokumentierte Befunderhebungen bergen erhebliche rechtliche Risiken im Hinblick auf die Beweissituation.



Autorin

Ass. jur. Gabriele Anstoos
HDI Versicherung AG

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 Rechtssprechung, 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



Die ärztliche Dokumentation in der digitalen Welt

Der Dreh- und Angelpunkt in Arzthaftungsfällen ist häufig die Dokumentation der beteiligten Ärzte und Kliniken. Dies gerade vor dem Hintergrund, dass Haftungsfälle oftmals erst Jahre nach der ursprünglichen Behandlung überprüft werden. Die Erinnerung der beteiligten Ärzte und des Personals ist dann in der Regel bereits verblasst, wodurch der aktenbasierten Auswertung ein hoher Stellenwert zukommt. Das ärztliche Berufsrecht hat die Dokumentation schon seit jeher als Pflicht des Arztes vorgesehen. Ebenso hat die arzthaftungsrechtliche Rechtsprechung dies bereits seit Jahrzehnten berücksichtigt. Der Gesetzgeber hat dies im Rahmen der Ergänzung des BGB durch das Patientenrechtegesetz im Jahr 2013 aufgegriffen und entsprechende Pflichten zur Dokumentation des Arztes und die Folgen bei einer Unterlassung bzw. nicht ordnungsgemäßen Niederlegung in den §§ 630f BGB geregelt.

Die zunehmende **Digitalisierung** der Arztpraxen hat in der Praxis dazu geführt, dass die Patientenakten inzwischen zumeist elektronisch gespeichert werden und auch Befundberichte, Überweisungen, Rezepte und externe Arztbriefe nur noch digital vorgehalten werden.

Von Patientenseite wird hier teilweise unterstellt, dass diese Art der Dokumentation manipulationsanfällig sei und nachträgliche Änderungen nicht nachvollziehbar seien. Hier hat der Gesetzgeber daher in § 630f Abs. 1 BGB vorgesehen, dass die Dokumentation grundsätzlich „**revisions sicher**“ zu erfolgen hat, also bei Änderungen und Ergänzungen erkennbar sein muss, durch wen und wann die Eintragungen erfolgt sind, und welcher ursprüngliche Inhalt bestand. Bei elektronischer Dokumentation wird dies softwareseitig meist durch eine Versionshistorie bzw. ein Nutzermanagement gewährleistet.

In vielen Arztpraxen ist jedoch weiterhin eine nicht diesen Vorgaben entsprechende Software im Einsatz bzw. es werden teilweise Funktionen zweckentfremdet (Notizen), um dann die Behandlung betreffende Dokumentationen vorzunehmen, die nachträgliche Än-

derungen ohne Nachverfolgung zulässt. Aus der Schadenpraxis sind hier die Fälle zu benennen, in denen in Freitextfeldern, die rein organisatorischen Zwecken dienen sollten, behandlungsrelevante Informationen eingetragen wurden, die dann nicht revisions sicher waren. Während dies von der Rechtsprechung zunächst meist nicht weiter kritisiert wurde und die Indizwirkung der dokumentierten Befunde und Maßnahmen nicht in Abrede gestellt wurde, hat sich dies mit einer Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2021 geändert (Urteil vom 27.04.2021, Az. VI ZR 84/19, siehe auch MedLetter 11/2021). Demnach **kommt einer elektronischen Dokumentation, die nachträgliche Änderungen nicht erkennbar macht, keine positive Indizwirkung dahingehend zu, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandler tatsächlich getroffen worden ist**. Denn anders als bei einer analogen Dokumentation bestehe bei der elektronischen Dokumentation das Risiko einer versehentlichen Löschung oder absichtlichen Veränderung fast ohne Entdeckungsrisiko.

In der Schadenpraxis ist nunmehr zu beobachten, dass die Patientenseite häufiger als früher und teilweise auch ins Blaue hinein Fragen zur fälschungssicheren Dokumentation aufwirft. Soweit dann nicht durch den jeweiligen Arzt gegebenenfalls unter Einbeziehung des IT-Dienstleisters eine den gesetzlichen Anforderungen genügende Softwaredokumentation belegt werden kann, drohen **Beweisschwierigkeiten**, da die Instanzgerichte sich an den Vorgaben des BGH orientieren.

So hat das OLG Saarbrücken in einer Entscheidung vom 25.08.2023 (Az. 1 U 100/22) festgehalten, dass die Patientenseite keine greifbaren Anhaltspunkte dafür benennen muss, dass eine nicht kenntlich gemachte Änderung der Dokumentation zu seinen Lasten vorliegt, um den Einwand einer fehlenden positiven Indizwirkung der nicht revisions sicheren Dokumentation zu erheben. Allerdings dürfen die Gerichte die Eintragungen gleichwohl im Rahmen Ihrer Überzeugungs bildung während der Beweisaufnahme einbeziehen, nur eben nicht mit dem gleichen Stellenwert, wie es bei einer rechtssicheren

Speicherung der Fall wäre. Es wird hier dann eine **kritische Würdigung der fehlenden Veränderungssicherheit** verlangt.

Empfehlung

Um für eine Anspruchsabwehr bestmöglich gerüstet zu sein, sollten Praxisinhaber sich durch ihre IT-Dienstleister bestätigen lassen, dass die verwendete Praxissoftware den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Zudem sollten die Anwender sich mit den verschiedenen Funktionen und ggf. abweichenden Dokumentationsstandards von einzelnen Bestandteilen der Software vertraut machen und beispielsweise Notizen nicht zweckentfremdet nutzen. Auch sollte jeder Nutzer ein eigenes Nutzerkonto, welches auch nur von ihm verwendet wird, haben, um die Nachverfolgbarkeit der Dokumentation vornehmenden Personen zu gewährleisten. Hiermit wird sichergestellt, dass die aufwändige Dokumentationsarbeit aus dem Behandlungsalltag auch im Schadensfalle zur vollen Geltung kommt und nicht aufgrund technischer Fehler ein **vermeidbarer Schadenaufwand** entsteht.

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 Rechtssprechung, 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



Autor

Alexander Maurice Berbuir,
Syndikusrechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, HDI