

MEDletter

> Ausgabe 1 / 2026
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Zu spät krankgeschrieben: ärztlicher Haftungsfall oder bloßes Pech des Patienten?

Wer über Wochen oder Monate erkrankt und damit arbeitsunfähig ist, hat regelmäßig mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen. Oftmals steht für den Patienten dann die Bewältigung des Alltags und der eigenen Gesundheit im Vordergrund. Ungeachtet dessen verlangt das System den Patienten in dieser belastenden Situation eine besondere Aufmerksamkeit ab. Auch bei langfristiger Arbeitsunfähigkeit müssen die im SGB V verankerten strengen formellen Vorschriften zur Krankengeldfortzahlung im Blick behalten werden. Nach § 46 S. 1 Nr. 2 SGB V ist für die Fortzahlung des Krankengeldes eine lückenlose ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich. Die Folgebescheinigung muss – bis auf wenige vom Bundessozialgericht anerkannte „Härfälle“ – spätestens am nächsten Werktag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgen. Bereits eine Unterbrechung von einem Kalendertag führt daher regelmäßig zum Verlust des Krankengeldanspruchs und damit zu erheblichen finanziellen Nachteilen, insbesondere wenn z. B. das Arbeitsverhältnis zwischenzeitlich beendet wurde.

Liegt eine nahtlose Krankschreibung nicht mehr vor, obwohl der Patient sich um eine ärztliche Folgebescheinigung bemüht hat, stellt sich die Frage, ob die vom Erkrankten kontaktierte Praxis für den Verlust des Krankengeldanspruchs haftet.

Die Bandbreite des Gegenübers der Ärzteschaft könnte nicht größer sein: Vom top informierten Arztkollegen bis zum in Gesundheitsfragen völlig unbedarften Patienten, von jung oder gar minderjährig bis alt sitzen dem Arzt so viele verschiedene Patiententypen gegenüber, dass es kein „Muster“ gibt.

Und für alle Patienten gilt die gleiche Rechtsprechung: Der Patient ist gemäß dem seit 2013 eingeführten

Patientenrechtegesetz (§§ 630a-630h BGB) umfassend aufzuklären. Jeder Patient hat ein Recht, über den Ablauf seiner Behandlung informiert zu sein und auch darüber zu entscheiden.

Sachverhalt

Die gesetzlich krankenversicherte Patientin zählte seit vielen Jahren zum Patientenstamm der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Am 16. September stellte der behandelnde Praxispartner eine bis zum 17. Oktober befristete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) aus, aus der sich ein Anspruch der Klägerin auf Krankengeldzahlung ergab. Zur Wahrung dieses Anspruchs hätte spätestens am 18. Oktober eine lückenlose Folgebescheinigung erfolgen müssen. Eine ärztliche Untersuchung fand indes erst am 19. Oktober statt.

Zwischen den Parteien war streitig, ob die Patientin am 18. Oktober in der Gemeinschaftspraxis vorstellig war. Sie behauptete, ihr behandelnder Arzt habe sie angewiesen, sich trotz dessen urlaubsbedingter Abwesenheit am 18. Oktober in der Praxis vorzustellen, da der Praxispartner die AU verlängern könne. Entsprechend sei sie an diesem Tag vormittags gemeinsam mit ihrem Ehemann in der Praxis erschienen. Dort sei sie jedoch von einer Sprechstundenhilfe unter Hinweis auf ausgebuchte Termine des Praxispartners abgewiesen und zur Ausstellung der Folgebescheinigung auf den nächsten Tag vertröstet worden.

Die Ärzte bestritten sowohl ein Erscheinen der Patientin am 18. Oktober als auch entsprechende Äußerungen des Praxispersonals. Sie verwiesen darauf, dass jede Patientenvorstellung ausnahmslos in der Praxissoftware dokumentiert werde und eine solche Dokumentation für den fraglichen Tag nicht existiere. Zudem träfen grundsätzlich allein die Ärzte die Entscheidungen über das weitere Vorgehen. Im Übrigen sei den Mitarbeiterinnen bekannt, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen lückenlos zu erfolgen hätten, sodass entsprechende Aussagen nicht erfolgt wären.

Die gesetzliche Krankenversicherung stellte die Krankengeldzahlung dann mangels wirksamer AU für den 18. Oktober ein. Der Widerspruch der Patientin und die sozialgerichtliche Klage blieben erfolglos bzw. wurden zurückgenommen.

Daraufhin nahm die Patientin die Gemeinschaftspraxispartner zivilrechtlich auf Schadensersatz in Anspruch. Sie machte gerichtlich geltend, durch die verweigerte Ausstellung der Folgebescheinigung am 18. Oktober einen Schaden in Höhe des entgangenen Krankengeldes erlitten zu haben. Zudem habe sie nicht gewusst, dass ihr durch die empfohlene Wiedervorstellung am Folgetag rechtliche Nachteile entstehen würden.

Die beklagten Ärzte bestritten eine vertragliche Pflichtverletzung und machten hilfsweise ein erhebliches Mitverschulden der Klägerin geltend.

Rechtlicher Hintergrund

Erste Instanz

Das Landgericht sah die Klage als teilweise begründet an. Der Patientin stehe gegen die beklagten Ärzte ein Schadensersatzanspruch dem Grunde nach zu, der jedoch wegen des überwiegenden Mitverschuldens in Höhe von 75 % zu kürzen sei.

Zwischen der Patientin und der Gemeinschaftspraxis bestehe aufgrund des langjährigen Arztkontaktes ein Behandlungsvertrag (§ 630a BGB). Aus dem Behandlungsvertrag folge die Pflicht des Arztes, Atteste und Zeugnisse innerhalb angemessener Zeit auszustellen. Diese Pflicht umfasse auch den Schutz der wirtschaftlichen Interessen des Patienten, da die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit materielle Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld (§ 44 SGB V) sei. Dies müsse den Gemeinschaftspraxispartnern als Vertragsärzten auch bekannt sein.

Diese vertragliche Nebenpflicht der Ärzte sei am 18. Oktober verletzt worden, da die Patientin nicht untersucht und folglich auch keine rechtzeitige Folge-AU ausgestellt wurde. Die vertragliche Nebenpflicht hätte erfordert, zumindest zu prüfen, ob die bisherige AU am selben Tag ausliefe. In einem solchen Fall hätte in der Praxis entweder eine Untersuchung – ggf. nach Wartezeit – erfolgen oder die Patientin explizit an einen anderen Arzt verwiesen werden müssen.

Das Landgericht kam nach umfassender Beweiswürdigung zu der Überzeugung, dass die Patientin am 18. Oktober in der Praxis vorstellig gewesen und zur Wiedervorstellung auf den nächsten Tag verwiesen worden sei. Das Handeln der Mitarbeiterin als Erfüllungsgehilfin der Praxispartner sei den Ärzten nach § 278 BGB zuzurechnen. Ein Zahlungsanspruch der Patientin gegen die Ärzte aus §§ 630a, 280 Abs. 1, 278 BGB wurde daher bestätigt.

Mitverschulden der Klägerin

Das Landgericht ging allerdings auch davon aus, dass dieser Anspruch gemäß § 254 Abs. 1 BGB wegen des erheblichen Mitverschuldens der Patientin um drei Viertel zu kürzen sei. Denn die Patientin habe gewusst, dass ihre Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung am 18. Oktober ablief. Sie habe daher einen maßgeblichen Informationsvorsprung gehabt. Es sei ihre Obliegenheit gewesen, selbst auf den Erhalt der Voraussetzungen ihres Krankengeldanspruchs gemäß § 46 S. 2 SGB V zu achten.

Um einen eigenen Verschuldensanteil zu vermeiden, hätte die Patientin ausdrücklich am 18. Oktober auf die Dringlichkeit der Folgebescheinigung hinweisen müssen und notfalls eine andere Arztpraxis kontaktieren können und müssen (§ 76 Abs. 1 SGB V).

Nach entsprechender Kürzung des geltend gemachten Schadensersatzanspruchs aufgrund des Mitverschuldensanteils wurden die Gemeinschaftspraxispartner dementsprechend in erster Instanz verurteilt, ein Viertel des entgangenen Krankengeldes an die Patientin zu zahlen.

Zweite Instanz

Hiergegen legte die Patientin Berufung ein mit dem Begehren, ihren Mitverschuldensanteil auf die Hälfte zu reduzieren. Diese Berufung vor dem Oberlandesgericht hatte auch Erfolg und die Praxis wurde zur Zahlung des hälftigen entgangenen Krankengeldes verurteilt.

Nach Gesamtwürdigung der Umstände hielt der Berufungssenat die Verursachungs- und Verantwortungsbeiträge beider Parteien für gleichwertig. Entgegen der Auffassung des Landgerichts sei das Verschulden der Ärzte nicht deutlich geringer als das der Patientin. Entscheidend sei, dass in der Praxis bekannt gewesen sei, dass es um eine lückenlose Fortsetzung der AU-Bescheinigung gehe und dass ein Verlust des Krankengeldanspruchs drohe. Trotz dieser Kenntnis sei die Patientin ohne ausreichende Prüfung auf den Folgetag verwiesen worden. Darin liege die wesentliche Schadensursache.

Fazit

Das Sozialrecht fordert von den Patienten ein hohes Maß an Eigeninitiative und rechtzeitigem Handeln. Gerade deshalb ist besondere Vorsicht geboten, wenn Erkrankte kurzfristig mit dem dringenden Anliegen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Praxis herantreten. In solchen Situationen sollten keinesfalls vorschnelle Zusagen zu geltenden Fristen oder Rückdatierungsoptionen gemacht werden. Zudem ist ein prüfender Blick in die vorhandene Dokumentation unerlässlich, um das Anliegen korrekt einzuordnen und Fehlentscheidungen zu vermeiden.

Grundsätzlich gilt: Sozialversicherungsrechtliche Auskünfte und Beratungen sollten stets zurückhaltend erfolgen. Jede unbedachte Information kann weitreichende Konsequenzen haben. Wer hier zu schnell handelt oder zu viel verspricht, setzt sich einem erheblichen Haftungsrisiko aus. Umsicht, Sorgfalt und Zurückhaltung sind daher der beste Schutz – für die Praxis ebenso wie für die Patienten.

Autorin

Daniela Lubberich,
Syndikusrechtsanwältin, HDI



MEDletter

> Ausgabe 1 / 2026
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Der aufgeklärte Patient - notwendiges Übel oder sinnvolles Gesetz?

Die Bandbreite des Gegenübers der Ärzteschaft könnte nicht größer sein: Vom top informierten Arztkollegen bis zum in Gesundheitsfragen völlig unbedarften Patienten, von jung oder gar minderjährig bis alt sitzen dem Arzt so viele verschiedene Patiententypen gegenüber, dass es kein „Muster“ gibt.

Und für alle Patienten gilt die gleiche Rechtsprechung: Der Patient ist gemäß dem seit 2013 eingeführten Patientenrechtegesetz (§§ 630a-630h BGB) umfassend aufzuklären. Jeder Patient hat ein Recht, über den Ablauf seiner Behandlung informiert zu sein und auch darüber zu entscheiden.

Der Arzt ist verpflichtet, seine Patienten vor Untersuchung, Eingriffen und Therapien über

- die Indikation,
- die Risiken,
- die zu erwartende Folgen,
- die Dringlichkeit,
- die Eignung,
- die Erfolgsaussichten und
- die Alternativen

aufzuklären. Und nur wenn die Aufklärung vollzogen wurde, darf der Eingriff vorgenommen werden (§ 630e Abs.1-2 BGB).

Die Aufklärung muss mündlich und nicht zwangsläufig schriftlich erfolgen, es besteht jedoch eine Dokumentationspflicht des Arztes über die erfolgte Aufklärung. Dem Patienten steht grundsätzlich eine Kopie der erfolgten Aufklärung zu. Die Ausführlichkeit richtet sich dabei lt. der Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer nach der Gefährlichkeit sowie der Relevanz der Risiken.

Die Rechtsprechung unterstellt dabei immer einen „mündigen Patienten“, der eigenständig entscheiden können soll, auch wenn in der Praxis in der Regel der ärztlichen Empfehlung gefolgt wird – schon alleine aufgrund der fehlenden Expertise auf Patientenseite.

In den meisten der rund 18 Millionen operativen Eingriffe, die jährlich in Deutschland durchgeführt werden, spielt die erfolgte Aufklärung im Nachgang keine Rolle – immer dann, wenn die Behandlung/ OP den gewünschten Erfolg hatte oder es

zumindest keine Komplikationen gab. Aber wenn es zu Komplikationen kommt, ist der erste Angriffspunkt, auf den sich der Anwalt des Patienten oder auch die Sozialversicherungsträger stützen, die Aufklärungsproblematik. Werden an dem Punkt Fehler entdeckt, ist eine Abwehr unberechtigter Ansprüche schwierig.

Bei HDI gehen pro Jahr ca. 5.000 Schadenmeldungen zu vermuteten Schadenfällen aus ärztlicher Behandlung ein. Eine Aufklärungsrüge trifft in vielen Fällen auf einen guten Nährboden. Jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit stellt zunächst eine Körperverletzung dar. Dazu zählt auch die ärztliche Behandlung und v.a. eine Operation. Erst die Einwilligung des Patienten entschärft diesen Fakt. Bei der Einwilligung wird eine umfassende Aufklärung vorausgesetzt.

Eine defizitäre oder gar ganz fehlende Aufklärung kann einen Schadenersatzanspruch begründen bei ansonsten fehlerfreier Behandlung. Wobei im Gros der Fälle auch zusätzlich eine fehlerhafte Behandlung als Vorwurf im Raum steht. Die Thematik der erfolgten Aufklärung wird von der Gegenseite dabei meist als erste in Frage gestellt, zumal der Patient zwar den Gesundheitsschaden aufgrund einer Behandlung beweisen muss, bei der Aufklärung dreht sich dies jedoch zu Gunsten des Patienten – der Arzt ist in der Beweislast für die erfolgte Aufklärung.

Viele Patienten können sich trotz erfolgter Aufklärung nicht mehr an das Aufklärungsgespräch an sich und erst recht nicht mehr an die Inhalte erinnern. Zudem vergehen zwischen dem Eingriff und der Anspruchserhebung nicht selten mehrere Jahre. Vor diesem Hintergrund liegt es auf der Hand, dass ohne einen schriftlichen Nachweis eine Entlastung für den Arzt kaum möglich wird. Alternativ wäre eine Videoaufnahme des Aufklärungsgesprächs denkbar, das hat sich aber – vermutlich wegen des organisatorischen Aufwandes – in der Praxis nicht etabliert. Vermutlich würde das viele Patienten auch zusätzlich stressen.

Stattdessen hat sich die Verwendung professioneller Musteraufklärungsbögen bewährt. Die Gerichte kennen diese Bögen und akzeptieren diese – auch bezüglich des Umfangs und der Informationstiefe.

Zudem enthalten die Bögen häufig Bilder, die anschaulich die geplante Behandlung unterstreichen und transparenter machen sollen. Manch ein Patient versteht die Natur seiner Erkrankung gar nicht – viele wollen auch lieber gar nicht wissen, was da ganz genau auf sie zukommt. Gleichwohl ist der Arzt bei allen Patienten verpflichtet sicherzustellen, dass eine umfassende Aufklärung erfolgt.

Im Rahmen der fortschreitenden Digitalisierung nutzen viele Kliniken oder größere Praxen auch zusätzlich Video-Beiträge, um die Patienten im Vorfeld auf die OP und das „Drumherum“ vorzubereiten und allgemeine Fragen zu beantworten. Auch der Einsatz von persönlichen Arzt-Avataren ist aktuell ein Trend. Diese Instrumente können gleichwohl lediglich flankierend eingesetzt werden – das ärztliche und physische Aufklärungsgespräch durch den Arzt ist unerlässlich, auch wenn leider viele der Informationen verpuffen und den Patienten nicht dauerhaft Erinnerung bleiben.

Immer wieder diskutiert wird zudem der Zeitpunkt der Aufklärung. Hier gibt es diverse Urteile. Im Groben gilt: Je schwerwiegender der Eingriff, desto mehr Zeit zum ruhigen Abwägen muss dem Patienten eingeräumt werden. Dies gilt vor allem auch bei medizinisch nicht indizierten Behandlungen. Aus der großen Anzahl zu Urteilen zum Thema Aufklärung möchten wir zwei aufgreifen, die unterschiedlicher nicht sein könnten:

Fall 1: Aufklärung zu besonders anspruchsvollem Eingriff und Wissensstand des aufklärenden Arztes

Eine junge Frau erhielt aufgrund einer angeborenen Hüftdysplasie eine Hüftprothese. Sie wurde von einem Assistenzarzt aufgeklärt, der zu diesem Zeitpunkt erst drei Wochen im Krankenhaus arbeitete und bisher an einem Eingriff dieser Art noch nicht mitgewirkt hatte. Nach dem Einsetzen der Hüft-Totalendoprothese wirkte sich bei der Frau eine Pfannendislokation mit Fraktur des Pfannenbodens. Es wurde ein Pfannenwechsel an dem bereits operierten Hüftgelenk erforderlich. Infolge dieser Revisionsoperation leidet die Frau dauerhaft an einer Läsion des Nervus femoralis sowie an einer dadurch bedingten proximalen Parese des rechten Beines. Dies geht mit einer Einschränkung der Mobilität sowie mit einer Geh- und Standunsicherheit einher, zudem ist die Berufsausübung nur eingeschränkt möglich.

Die Frau nimmt den Operateur und das Krankenhaus auf Schadenersatz und Schmerzensgeld in Anspruch. Sie macht einen Behandlungsfehler bei der Erst-OP geltend, auf den in der Folge der Nervenschaden aus der Zweit-OP zurückgehe. Vor allem sei sie unzureichend über die Risiken der Eingriffe aufgeklärt worden. Die Klinik hielt dagegen, bestritt den Behandlungsfehler und wandte ein, der Nervschaden durch die zweite OP ginge auf einen schicksalhaften Verlauf zurück, zudem sei die Frau über die Risiken des Ersteingriffes umfangreich aufgeklärt worden. Der Aufklärungsbogen sei – mit individuellen Ergänzungen – unterschrieben worden.

Das Gericht bestätigte die fachgerechte Indikation zur Operation, die präoperative Prothesenplanung, das gewählte Implantatverfahren und die Wahl der eingesetzten Pfanne.

Allerdings sei der Ersteingriff mangels ausreichender Aufklärung rechtswidrig erfolgt. Der Aufklärungsbogen sei zwar ein Indiz über das erfolgte Aufklärungsgespräch für die OP und deren Risiken. Die Eintragung zur Möglichkeit einer „Verletzung der Nerven“ und „ggf. weiteren Operationen“ ließ das Gericht im konkreten Fall aber nicht als Nachweise einer umfassenden Aufklärung genügen. Als Argument führten die Richter an, dass neben den üblichen Risiken der Implantation einer Hüft-TEP weitere Risiken bestanden hätten. Aufgrund der angeborenen Dysplasie sei im Vergleich zu einer normalen Hüft-Endoprothetik (bedingt durch Arthrose) mit vermehrten Risiken zu rechnen gewesen: Dazu gehören andere Probleme beim Einwachsen in der Pfanne, mögliche Veränderungen der Beinlänge und des Weichteilmantels und damit einhergehende muskuläre Beeinträchtigungen.

Über diese speziellen Risiken hätte die Patientin explizit informiert werden müssen. Der aufklärende Arzt sei jedoch fachlich gar nicht in der Lage gewesen, bei der hier in Rede stehenden anspruchsvollen Operation über die Primärimplantation fachgerecht aufzuklären. Die Klinik muss daher EUR 20.000, -- an die Patientin zahlen und ihr auch etwaige weitere Schäden ersetzen (OLG Hamm, AZ 26 U 46/21). Hier wurde neben der Tiefe der Aufklärung auch die Frage, durch wen Patienten im Klinikalltag aufzuklären sind, aufgeworfen. Wenn nicht der Operateur selbst die Aufgabe übernimmt (= beste Variante), muss sichergestellt werden, dass der aufklärende Arzt aufgrund seines Ausbildungsstandes die konkret bei Patienten vorliegende Erkrankung kennen und die Durchführung der Operation und deren Folgen aus eigenem Wissen beurteilen kann. Im Zweifel kann Aufklärung auch zur Chefsache werden (§. dazu auch OLG Dresden AZ 4 U 475/02). Es gibt gleichwohl auch Fälle, in denen eine Klinik trotz defizitärer Unterlagen einen Prozess gewinnt:

Fall 2: Der „Immer-So“-Beweis

Eine 30-jährige Frau erhält eine Hallux-Valgus-Korrektur mit Sehnentransfer nach McBride. Der Eingriff verläuft komplikationslos und nach Plan. Nach erfolgter Visite und Gehübungen mit einem Physiotherapeuten mit Vorfußentlastungsschuh erfolgte die Entlassung.

Zuhause führte die Frau keine Eigenmobilisationsübungen am operierten Großzehengelenk durch. Nach zwei Monaten (Wiedervorstellung) war das Gelenk versteift. Die Frau klagte auf einen Aufklärungsfehler und verlangte EUR 5.000,-- Schmerzensgeld. Der Vorwurf bestand in der fehlenden Information über die Eigenmobilisationsübungen. Durch den nicht ausgeheilten Zeh und die damit verbundene ungünstige Druckbelastung habe sie zudem Rückenschmerzen entwickelt und sei auf Schmerzmittel und Physiotherapie angewiesen.

Die Klinik widersprach der Darstellung. Weder mit den konkreten Behandlungsunterlagen noch anhand der Aussagen der Oberärztin und der Physiotherapeutin ließ sich die Aufklärung beweisen.

Gleichwohl konnte glaubhaft dargelegt werden, dass es seit langer Zeit Klinikstandard war, Patienten nach einer Zehengelenkoperation mündliche Hinweise zu Eigenmobilisationsübungen zu erteilen und ihnen eine Broschüre mit konkreten Anleitungen mit nach Hause zu geben. In der Klinik gab es dazu eine interne Anweisung zu dieser Vorgehensweise. Diese Aufklärung werde „immer so“ vorgenommen. Das Landgericht Bielefeld überzeugte diese Aussagen, sie wiesen die Klage der Patientin ab (AZ 4 O 415/20).

Ebenso wie bei der elektronischen Behandlungsdokumentation ist daher auch bei elektronischen Aufklärungsbögen zwingend darauf zu achten, dass diese revisionssicher sind und die gesetzlichen sowie die von der Rechtsprechung gebildeten Anforderungen erfüllt werden.

Ist die Dokumentations- und Aufklärungssoftware revisionssicher? Erfolgt eine Verschlüsselung und feste Verbindung der Unterschrift mit dem jeweiligen Dokument sowie das Versehen mit fortgeschrittener oder qualifizierter Signatur und Zeitstempel? Ist gewährleistet, dass die Nachverfolgbarkeit jeglicher Änderung und Ergänzung nicht unbewusst durch einen Bediener oder durch ein Softwareupdate ausgeschaltet wird? Nur wenn die vorangegangenen Fragen mit einem klaren JA beantwortet werden und die durchgängige Revisionssicherheit auch noch in Jahren von Dritten nachvollzogen werden kann, entfaltet die elektronisch geführte Behandlungsdokumentation und die elektronisch vorgenommene Aufklärung im Rahmen eines Rechtsstreits eine hinreichende Beweiskraft.

Fazit

Eine umfassende Aufklärung und schriftliche Fixierung sind nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sie machen auch Sinn – für alle beteiligten Parteien. Aufklärung soll informieren und die bewusste Entscheidung untermauern, es ist kein unnötiges Bürokratiemonster. Zudem bringt sie der Ärzteschaft die notwendige Rechtssicherheit und Entlastung.

Autorin

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



MEDletter

> Ausgabe 1 / 2026
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Digitalisierung in Arztpraxen – zwischen Effizienzgewinn und neuen Risiken

Digitalisierung ist längst im Alltag der Arztpraxen angekommen. Spätestens mit der verpflichtenden Einführung der Telematikinfrastruktur (TI), dem E-Rezept und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gehört der digitale Austausch sensibler Gesundheitsdaten zum Normalbetrieb. Doch je stärker Prozesse digitalisiert werden, desto größer wird auch die Verantwortung, Daten sicher und zuverlässig zu verarbeiten.

Die eGK ist weit mehr als ein Versicherungsnachweis. Über sie wird der Zugriff auf sensible Versichertendaten ermöglicht: Medikationspläne, Notfalldaten, E-Patientenakte (ePA). Damit ist die eGK ein zentrales Element der modernen Patientenversorgung – aber auch ein potenzieller Angriffspunkt.

Technisch basiert die eGK auf einer Kombination aus:

- Kryptografischen Schlüsseln,
- Zugriffsschutz durch VPN,
- Verbindung über die Telematikinfrastruktur

In der Theorie ein robustes Konzept – in der Praxis jedoch stark abhängig vom verantwortungsvollen Umgang der beteiligten Systeme und Mitarbeitenden. Für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte ist es nicht erforderlich, die dahinterliegenden kryptografischen Verfahren oder die Funktionsweise der Telematikinfrastruktur im Detail zu verstehen. Genau dafür wurden diese Systeme entwickelt: damit Ärzte und medizinisches Personal sich auf die Versorgung der Patienten konzentrieren können, während die technischen Prozesse im Hintergrund stabil und sicher ablaufen.

Wichtig ist jedoch ein anderes Verständnis – nämlich warum diese Systeme geschützt werden müssen. Digitale Gesundheitsdienste verarbeiten äußerst sensible Daten: Diagnosen, Medikationspläne, Befunde und Notfalldaten. Egal wie einfach die Anwendung gestaltet ist, der Schutzbedarf dieser Informationen bleibt hoch.

Die eGK transportiert nicht „irgendeine“ Information, sondern hochvertrauliche medizinische Details. Und weil diese Informationen so wertvoll sind, sind sie auch ein attraktives Ziel für Cyberkriminelle.

Der entscheidende Punkt lautet daher:

Man muss die Technik nicht beherrschen, aber man muss wissen, dass sie nur dann zuverlässig funktioniert, wenn sie geschützt wird – durch sichere Passwörter, geschulte Mitarbeitende und eine stabile, aktuelle IT-Umgebung. Dieses Bewusstsein ist kein technisches Verständnis, sondern Teil der professionellen Verantwortung im Umgang mit Patientendaten. Die Sicherheit entsteht nicht allein durch Verschlüsselung und Konnektoren – sie entsteht durch das Zusammenspiel von Technik und verantwortungsvollem Handeln der Menschen, die täglich damit arbeiten.

Wo liegen die Risiken im Praxisalltag?

Trotz hoher technischer Standards gibt es mehrere Einfallstore, die im täglichen Betrieb unterschätzt werden und regelmäßig zu Schäden führen:

1. Ungesicherte Arbeitsplatzrechner

Wenn IT-Konnektoren und eGK-Lesegeräte an veraltete oder unzureichend geschützte Systeme angeschlossen sind, entstehen Sicherheitslücken.

Beispiel: Ein nicht gepatchtes Betriebssystem kann Malware einschleusen, bevor die eGK überhaupt eingelesen wurde.

2. Menschliche Fehleinschätzung

Unachtsame Klicks, gemeinsam genutzte Accounts oder unzulässige Speicherung von Gesundheitsdaten auf lokalen Endgeräten können zu Datenschutzverletzungen führen – oft unbewusst. Ob aus Stress, Routine, Zeitdruck oder schlicht Unaufmerksamkeit – die Erfahrung zeigt, dass sich menschliche Fehlhandlungen niemals vollständig ausschließen lassen. Ein 100%iger Schutz ist illusorisch, weil kein technisches System die letzte Entscheidung des Menschen vollständig kompensieren kann.

Genau deshalb kommt es darauf an, Sicherheit nicht als „Perfektion“, sondern als **Risiko-Reduktion** durch mehrere Schutzschichten zu verstehen: klare Prozesse, Schulungen, Berechtigungskonzepte, technische Barrieren und regelmäßige Sensibilisierung. Sicherheitsmaßnahmen müssen den unvermeidbaren menschlichen Faktor nicht ausschalten, sondern so abfedern, dass ein einzelner Fehlklick nicht zur Katastrophe wird.

3. Fehlkonfiguration der TI-Komponenten

Die Telematikinfrastruktur ist komplex. Wird ein Konnektor falsch eingebunden, ein Update nicht installiert oder ein Zertifikat nicht rechtzeitig erneuert, kann dies sowohl den Praxisbetrieb stören als auch ein Sicherheitsrisiko darstellen.

4. Ausfall zentraler Systeme

Die zunehmende Abhängigkeit von Cloud-Anwendungen, Online-Diensten und zentralen Servern bringt eine klassische Frage mit sich:

Was passiert, wenn das System ausfällt?

Ob ePA-Zugriff oder e-Rezept – ohne Zugriff auf die TI steht eine Praxis im Zweifel still.

Was bedeutet das für Arztpraxen?

Digitalisierung ist kein Selbstläufer. Damit sie funktioniert, braucht es klare Strukturen.

1. Transparenz schaffen – Praxen müssen wissen:

- Welche Geräte sind angebunden?
- Welche Anwendungen sind aktiv?
- Wer hat welche Zugriffsrechte?

Nur was transparent ist, kann geschützt werden.

2. Sicherheitsgrundlagen ernst nehmen – dazu gehören:

- Regelmäßige Updates
- Starke Passwörter / MFA
- Klare Rollen- und Berechtigungskonzepte
- Verschlüsselte Übertragungswege
- Professionelle Backup-Strategien

Die eGK-Infrastruktur schützt Daten nur so gut, wie das Umfeld es zulässt.

3. Mitarbeitende sensibilisieren

- Schulungen zum Umgang mit Patientendaten
- Erkennen von Social-Engineering-Angriffen
- Bewusstsein für die Bedeutung der TI
- Sicherer Umgang mit mobilen Endgeräten

Ist die Digitalisierung Chance oder Risiko?

Beides.

Die moderne Gesundheitsversorgung profitiert enorm von:

- Schnellerer Verfügbarkeit relevanter Daten
- Besseren Abstimmungsprozessen
- Weniger Papieraufwand
- Verbesserte Dokumentation
- Reduzierter Fehleranfälligkeit

Mit steigender Digitalisierung steigt auch die Angriffsfläche. Ein Ausfall oder eine Datenpanne betrifft nicht nur die Praxis selbst – sondern unmittelbar die Versorgung von Menschen.

Autor

Sönke Glanz, Produktmanagement &
Underwriting Cyber, HDI



MEDletter

> Ausgabe 1 / 2026
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Elektronische Aufklärungsbögen - Arbeitserleichterung oder rechtliches Risiko?

Ausgangslage

Vor einer Behandlung – insbesondere vor operativen Eingriffen – ist der Patient von dem Behandelnden über sämtliche für die Einwilligung in die Behandlung wesentlichen Umstände aufzuklären (§ 630e Abs. 1 Satz 1 BGB). Die Nutzung von Aufklärungsdokumenten im Zusammenhang mit dem Aufklärungsgespräch dient in erster Linie dazu, dem Patienten den Inhalt der Aufklärung verständlich darzustellen sowie über die Indikation, den Ablauf, die weiteren Behandlungsmöglichkeiten, die behandlungsimmanenten Risiken, die Verhaltensweisen während und nach der Behandlung und das zu erwartende Behandlungsergebnis zu informieren. Der grundsätzlich medizinisch unkundige Patient kann nur dann eine informierte Entscheidung über die Behandlung treffen, wenn er ordnungsgemäß aufgeklärt wurde.

Diese informierte Zustimmung zu einer Behandlung ist die Grundvoraussetzung für eine rechtmäßige Behandlung und ist dokumentationspflichtig (§ 630f Abs. 2 BGB). Im Rahmen einer rechtlichen Auseinandersetzung mit den Behandelnden wird von der Patientenseite neben Behandlungsfehlern oftmals auch die Verletzung der Aufklärungspflicht eingewandt. Die Erfüllung der Aufklärungspflicht ist dabei im Falle eines Haftungsfalles von dem Behandelnden zu beweisen. Um der Beweispflicht hinsichtlich der vorgenommenen Aufklärung nachzukommen, können neben Zeugenaussagen der Personen, die bei dem Aufklärungsgespräch anwesend waren, auch entsprechende Eintragungen in der Behandlungsdokumentation und Aufklärungsbögen herangezogen werden.

Nach § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB sind dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Entwicklungen

Eine immer größer werdende Anzahl der Anbieter von Aufklärungsbögen stellt Aufklärungsdokumente nicht nur in Papierform, sondern auch in elektronischer Form zur Verfügung, um die Aufklärung auf diese Weise an einem Tablet oder an einem Monitor vornehmen und dokumentieren zu können. Dadurch können Medienbrüche in den Behandlungsunterlagen (elektronisch vs. Papier) sowie Fehler bei der Digitalisierung von Aufklärungsdokumenten vermieden werden.

In diesen elektronischen Aufklärungsdokumenten können von den Behandelnden und Patienten – ähnlich wie in den Papierbögen – Eintragungen vorgenommen und zum Nachweis des erfolgten Aufklärungsgesprächs auch die Unterschriften der an dem Gespräch Beteiligten mit einem digitalen Stift oder dem Finger geleistet werden.

Um dem Dokumentations- und Beweiserfordernis der Aufklärung bei Nutzung von elektronischen Aufklärungsbögen und einer elektronischen Dokumentation nachzukommen, ist es nach § 630f Abs. 1 Sätze 2 und 3 BGB erforderlich, dass Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen den ursprünglichen Inhalt erkennen lassen sowie kenntlich machen, wann Veränderungen vorgenommen wurden.

Der Bundesgerichtshof (BGH, Urteil vom 27.04.2021, Az. VI ZR 84/19) hat in diesem Zusammenhang festgestellt, dass eine elektronische Dokumentation, die nachträgliche Änderungen nicht erkennbar macht, nicht den zuvor dargestellten gesetzlichen Anforderungen genügt; im Falle einer elektronisch geführten Patientenakte müsse die eingesetzte Software gewährleisten, dass nachträgliche Änderungen erkennbar werden, um den Beweiswert zu entwickeln, dass die dokumentierte Maßnahme vorgenommen wurde.

Diese Ausführungen zur Behandlungsdokumentation sind in identischer Weise auch auf elektronische Aufklärungsbögen zu übertragen, um als hinreichendes Beweismittel in einem Arzthaftungsprozess herangezogen werden zu können.

Durch die Unterschrift des Patienten auf dem Aufklärungsbogen bestätigt dieser zumeist neben seiner Einwilligung in die Behandlung zugleich, dass er den Inhalt des Aufklärungsbogens zur Kenntnis genommen und verstanden hat. Sofern der Patient einen Aufklärungsbogen in Papierform handschriftlich unterzeichnet, stellt der Aufklärungsbogen eine Privaturkunde im Sinne des § 416 ZPO dar. Dies bedeutet, dass der auf diese Weise unterschriebene Aufklärungsbogen den vollen Beweis begründet, dass die enthaltene Einwilligungs- und Bestätigungserklärung von dem Patienten abgegeben wurde.

Dieser hohe Beweiswert kann durch den Patienten ausschließlich durch den Einwand, dass die Unterschrift nicht von diesem stammt, angegriffen werden. In einem solchen Fall wird durch das Gericht zumeist ein graphologisches Sachverständigengutachten eingeholt, um nachzuprüfen, ob die mit einem „gewöhnlichen“ Stift auf dem Papier geleistete Unterschrift tatsächlich von dem Patienten geleistet oder gefälscht wurde.

Sofern die elektronischen Aufklärungsbögen die von dem Patienten elektronisch geleistete Unterschrift verschlüsselt und fest mit dem jeweiligen Dokument verbindet sowie mittels fortgeschrittener oder qualifizierter elektronischer Signatur und Zeitstempel versieht, kann auch diesem Aufklärungsbogen der Beweiswert einer Privaturkunde (§§ 371a, 416 ZPO) zukommen. Sollten die vorangegangenen Voraussetzungen nicht erfüllt werden, kommt einem elektronischen Aufklärungsbogen, der von dem Patienten mit dem Finger oder einem Pen auf einem Tablet oder Bildschirm unterschrieben wird, kein gleichwertiger Beweiswert wie einem Aufklärungsbogen in Papierform zu.

Empfehlung

Ebenso wie bei der elektronischen Behandlungsdokumentation ist daher auch bei elektronischen Aufklärungsbögen zwingend darauf zu achten, dass diese revisionssicher sind und die gesetzlichen sowie die von der Rechtsprechung gebildeten Anforderungen erfüllt werden.

Ist die Dokumentations- und Aufklärungssoftware revisionssicher? Erfolgt eine Verschlüsselung und feste Verbindung der Unterschrift mit dem jeweiligen Dokument sowie das Versehen mit fortgeschrittener oder qualifizierter Signatur und Zeitstempel? Ist gewährleistet, dass die Nachverfolgbarkeit jeglicher Änderung und Ergänzung nicht unbewusst durch einen Bediener oder durch ein Softwareupdate ausgeschaltet wird? Nur wenn die vorangegangenen Fragen mit einem klaren JA beantwortet werden und die durchgängige Revisionssicherheit auch noch in Jahren von Dritten nachvollzogen werden kann, entfaltet die elektronisch geführte Behandlungsdokumentation und die elektronisch vorgenommene Aufklärung im Rahmen eines Rechtsstreits eine hinreichende Beweiskraft.

Autor

Arndt Wienand, LL.M. Syndikus-
rechtsanwalt und Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Zertifizierter Mediator, HDI



MEDletter

> Ausgabe 1 / 2026
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Metamizol/Novalgin: „Bewährtes“ Schmerzmittel – seltene Nebenwirkung mit gravierenden Folgen

Metamizol (z. B. Novalgin®, Novaminsulfon) ist in Deutschland ein häufig eingesetztes starkes Nicht-Opioid-Analgetikum mit antipyretischer und spasmolytischer Wirkung mit steigenden Verordnungszahlen. Gleichzeitig ist seit Jahrzehnten eine seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Nebenwirkung bekannt: die Agranulozytose (massiver Abfall bzw. lebensbedrohlicher Mangel an Granulozyten, einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen, der zu einer schweren Immunschwäche führt).

Fallbeispiel: Warnzeichen übersehen - dramatischer Verlauf

Ein 30-jähriger Patient erhielt im Rahmen eines stationären Aufenthalts (perforierte Appendizitis/Peritonitis) zunächst im Krankenhaus wiederholt Metamizol. Nach der Entlassung verordnete der Hausarzt wegen neu auftretender „starker“ Rückenbeschwerden Metamizol-Tropfen. Da der Patient Metamizol bereits im Krankenhaus erhalten hatte, ging der Behandler von einer guten Verträglichkeit aus und verzichtete mit Blick auf die Vorerkrankung auf einen Therapieversuch mittels NSAR oder Paracetamol. Über die mit der Einnahme des Metamizols verbundenen Risiken wurde der Patient vom Hausarzt nicht aufgeklärt. Etwa zwei Wochen später stellte er sich in der Praxis mit Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und hohem Fieber vor; behandelt wurde zunächst eine (vermeintliche) Tonsillitis, ohne dass das Metamizol-Einnahme gestoppt wurde. Wenige Tage später zeigte das Blutbild eine massive Leukopenie (bis 500/ μ l). Es folgte ein extrem schwerer Verlauf mit Agranulozytose/Neutropenie, Enterokolitis, Sepsis, zahlreichen Operationen und langem Intensivaufenthalt.

Glücklicherweise konnte der Patient nach Abschluss von Rehabilitationsmaßnahmen seine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. Weitere Spätfolgen aufgrund von Verwachsungen, etc. sind aber nicht auszuschließen. Eine Haftung des Hausarztes ist unter mehreren Aspekten zu diskutieren:

Indikation

Metamizol hat gemäß Fachinformation folgende Anwendungsgebiete:

- akute starke Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen
- Koliken
- Tumorschmerzen
- sonstige akute oder chronische starke Schmerzen, soweit andere therapeutische Maßnahmen nicht indiziert sind
- hohes Fieber, das auf andere Maßnahmen nicht anspricht

Ob allein die vorangegangene Appendizitis/ Peritonitis gegen die Einnahme anderer Schmerzmittel sprach, ist nach den im Fall vorliegenden Gutachten ebenso fraglich wie die Einordnung der Rückenbeschwerden als „starke“ Schmerzen i. S. d. Zulassung. Beachtet werden sollte vor jeder Verordnung, dass leicht- bis mäßiggradige Zahn-, Kopf-, Rückenschmerzen etc. kein zugelassenes Anwendungsgebiet von Metamizol darstellen.

Aufklärung

Grundsätzlich ist dem Patienten durch die vor jedem ärztlichen Eingriff zu erfolgende Aufklärung eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schweregrad der in Betracht stehenden Behandlung sowie den damit verbundenen Belastungen und Risiken zu vermitteln. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie (vgl. § 630e Absatz 1 BGB).

Auch die Verordnung eines Medikaments stellt einen Eingriff in diesem Sinne dar, weshalb auch hier eine Aufklärung zu erfolgen hat. Insbesondere bei Medikamenten mit schwerwiegenden Nebenwirkungen, wie eine potenziell lebensbedrohliche Agranulozytose, ist ein Hinweis auf den Beipackzettel nicht ausreichend. Seit Ende 2024 wird in einem Rote Handbrief zudem auf Folgendes hingewiesen:

„Patienten, die mit Metamizol behandelt werden, müssen über Folgendes informiert werden

- Zu den Frühsymptomen, die auf eine Agranulozytose hinweisen, gehören Fieber, Schüttelfrost, Halsschmerzen und schmerzhafte Schleimhautveränderungen, insbesondere im Mund-, in der Nase und im Rachen oder im Genital- oder Analbereich
- Patienten müssen jederzeit auf diese Symptome achten, da diese zu jedem Zeitpunkt während der Behandlung und auch kurz nach Behandlungsende auftreten können.“

Auch diese (Sicherungs-)Aufklärung ist im vorliegenden Fall unstreitig nicht erfolgt. Eine Aufklärung über die Risiken durch die Ärzte im Krankenhaus konnte der Hausarzt nicht beweisen. Von einer Handlung aufgrund eines Aufklärungsversäumnisses und eines daraus folgenden rechtswidrigen Eingriffs ist daher auszugehen.

Keine Reaktion auf zusätzliche Beschwerden und Symptome

Von den Sachverständigen, die diesen Fall zu beurteilen hatten, wurde der Schwerpunkt des Fehlervorwurf in der nicht erfolgten Reaktion auf die im Verlauf aufgetretenen Beschwerden gesehen. Bei den im Rote Hand Brief genannten Symptomen, welche auch beim Patienten in diesem Fallbeispiel auftraten, soll Metamizol sofort abgesetzt und eine Agranulozytose mittels Blutuntersuchung ausgeschlossen werden. Beide Maßnahmen unterblieben, so dass eine Haftung auch unter dem Aspekt des Behandlungsfehlers festzustellen ist. Da die Voraussetzungen einer sogenannten unterlassenen Befunderhebung erfüllt sind, kommt dem Patienten auch eine Beweislastumkehr zugute mit der Folge, dass sich der Hausarzt nicht darauf berufen kann, der schwerwiegende Verlauf wäre auch bei früherer Reaktion eingetreten.

Der Hausarzt hat daher im Ergebnis für die Folgen der Verordnung des Metamizols einzustehen. Da aufgrund des schweren Verlaufs ein längerer stationärer Aufenthalt mit umfangreicher intensivmedizinischer Versorgung und operativer Therapie erforderlich wurde, lag die Schadenzahlung im mittleren sechsstelligen Bereich.

Fazit

Die Regelungen zu Zulassung und Einsatz von Metamizol sind aufgrund der möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen im internationalen Vergleich nicht einheitlich, so hat das Medikament z. B. in Skandinavien keine Zulassung. Kombinationspräparate sind in Deutschland bereits seit Jahren nicht mehr zugelassen.

Zur Vermeidung von Haftungsrisiken und im Interesse der Patientensicherheit sollte die Indikation, die verordnete Packungsgröße (zur Vermeidung von späterer Selbstmedikation) und die Medikationsalternativen sorgfältig geprüft und ein besonderes Augenmerk auf die mündliche Risikoaufklärung sowie die Hinweise gemäß dem Rote-Hand-Brief gelegt werden.

Autorin

Tanja Mannschatz, Leiterin
Heilwesenhaftpflicht Schaden, HDI

