



„PATIENTENRECHTE IM KRANKENHAUS“ STÄRKUNG DER PATIENTENRECHTE UND QUALITÄTSSICHERUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

10 Jahre Patientenrechtegesetz
Festakt und 17. Berliner Tag der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher
27.02.2023, Berlin

Dr. Roland Uphoff, Master of medicine, ethics and law
Fachanwalt für Medizinrecht
www.uphoff.de

I. Einführung/Vita

II. Patientenrechte und forensischer Alltag

- 1. Informationspflichten**
- 2. Beweislast**
- 3. „Sachverständigenhörigkeit“**

III. Behandlungsfehler und strukturelle Defizite in der stationären Versorgung/Geburtshilfe

- 1. Übernahmeverschulden**
- 2. Organisationsfehler**
- 3. Koordinationsfehler**

IV. Resümee

I. Einführung, Vita

Seit 1991 Rechtsanwalt und Fachanwalt im Medizinrecht

Insbesondere Vertretung und Beratung von Eltern mit geburtsgeschädigten Kindern

In 32 Jahren ca. 3.500 Familien

Masterstudium an der Universität Halle-Wittenberg (Master of medicine, ethics and law)

Derzeit ca. 400 Verfahren, bundesweit, ca. 300 Familien mit geburtsgeschädigten Kindern

II. Patientenrechte und forensischer Alltag

ANALYSE

Dreieinhalb Jahre Patientenrechtegesetz – ein Zwischenfazit

von Roland Uphoff¹ und Joachim Hindemith²

ABSTRACT

Das in das Bürgerliche Gesetzbuch eingegliederte Patientenrechtegesetz – es handelt sich um Paragraph 630 a–h des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) – enthält eine Kodifikation, das heißt eine sehr knappe Zusammenfassung des vom Bundesgerichtshof im Wege richterlicher Rechtsfortbildung entwickelten Arzthaftungsrechts. Das Gesetz ist kein Reformgesetz im echten Sinne. Die in ihm enthaltenen Verbesserungen des Patientenschutzes sind im Vergleich zum bisherigen Rechtszustand nur von marginaler Bedeutung. An dem strukturellen Ungleichgewicht des Arzthaftungsprozesses hat das Patientenrechtegesetz nichts geändert. Der vom Bundesgerichtshof entwickelte zentrale Begriff des Arzthaftungsrechts, der Begriff des groben Behandlungsfehlers, ist (ohne Definition) vom Gesetzgeber in das Patientenrechtegesetz übernommen worden. Dieser Begriff entbehrt aus Gründen der Rechtssicherheit notwendigen hinreichenden Bestimmtheit.

Schlüsselwörter: Arzthaftungsrecht, Kausalitätsbeweis, grober Behandlungsfehler

The Patients' Rights Law is a new part of the German Civil Code (BGB) and is to be found in paragraph 630 a–h. It contains a codification, that is a very concise summary of the ideas of the Federal Supreme Court on medical liability based on actual jurisdiction. It is not a reform in the true sense of the word. The improvement it contains are only marginal. The structural imbalances of medical liability suits have not been rectified. The central term of medical liability developed by the Federal Supreme Court, namely the gross medical error, has been incorporated into the law without being defined in any way. The law therefore lacks the clarity which is necessary to settle cases.

Keywords: medical liability law, causal proof, gross treatment error

Uphoff/Hindemith; GGW 2016, S. 15

1. Informations- und Aufklärungspflichten über Behandlung und Behandlungsfehler

§ 630c Abs. 2 Satz 2 BGB:

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

- Geregelt ist die (bereits in der Rechtsprechung etablierte) therapeutische Aufklärung oder Sicherungsaufklärung und
- neu eingeführte Informationspflicht.
Keine rechtlichen Konsequenzen, wenn dieser Informationspflicht nicht nachgekommen wird(!)

2. Beweislast und Streit um den Haftungsgrund

- Die Pflicht des Patienten, den Behandlungsfehler (Abweichen vom medizinischen Standard) und den Zusammenhang mit dem eingetretenen Gesundheitsschaden (Kausalität) zu belegen (Beweislast), ist eine hohe Hürde.
- Haftpflichtversicherer erkennen niemals die Haftung dem Grunde nach an; es wird formuliert „ohne Anerkennung einer Rechtspflicht“.
- Auch wenn die Haftung oder grobe/elementare Fehler offensichtlich sind, wird die Zahlung häufig verweigert, um bei der Höhe des Schadenersatzes weiter den Haftungsgrund zu bestreiten, um damit die Schadenersatzhöhe zu „drücken“.

Vorschlag:

1. Grundsätzliche Beweislastumkehr im Rahmen einer zivilrechtlichen Gefährdungshaftung.
2. Beweislastumkehr zugunsten des Patienten bereits beim Vorliegen eines „einfachen“ Fehlers.
3. Geringere Voraussetzungen für das Vorliegen eines „groben“ Behandlungsfehlers.
4. Das Patientenrechtegesetz hat keine materiell-rechtliche oder zivilprozessuale Verbesserung für die Patientenseite gebracht.

3. Prozessrechtliches Durchsetzen von Patientenrechte

Dilemma „Sachverständigenhörigkeit“

Entscheidet der vom Gericht bestellte Sachverständige den Prozess?

Praxis:

Der Gerichtsgutachter ist in der Praxis der „Richter in Weiß“.

Der Gerichtsgutachter kann dem Gericht erklären, dass die „Erde eine Scheibe“ ist.

Der von Patienten eingeschaltete Privatgutachter wird ignoriert.

Die in einem Rechtsstreit vom Gericht beauftragten Sachverständigen bestätigen nur mit großer Zurückhaltung das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers.

Es wird formuliert:

„Die Behandlung war suboptimal“. Man hätte Maßnahmen ergreifen „sollen“.

„Ein Fehler kann passieren“.

Es ist „üblich“, die Maßnahmen nicht zu ergreifen.

Der „klinische Alltag“ erlaube es nicht, diese Maßnahmen zu ergreifen.

III. Behandlungsfehler und strukturelle Defizite in der stationären Versorgung/Geburtshilfe

ZGN/977/25.10.2011/Macmillan Übersicht 2

Die zivilrechtliche Haftung des Geburtshelfers

The Civil Liability of Obstetricians

Autoren R. Uphoff, J. Hindemith
Institut Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftung, Bonn

Schlüsselwörter

- Zunahme der zivilrechtlichen Klagen in Geburtsschadensfällen
- Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe
- Haftungsgründe
- Behandlungsfehler
- Aufklärungsfehler
- Management kritischer Situationen

Zusammenfassung

Die Zahl der geburtsassoziierten mütterlichen und kindlichen Todesfälle hat heute in Deutschland einen historischen Tiefststand erreicht. Dennoch hat die Zahl der aus Geburtskomplikationen herrührenden Schadensersatzklagen kontinuierlich zugenommen. Es werden Gründe analysiert, die dieses auf den ersten Blick para-

Abstract

The number of maternal and child deaths associated with delivery in Germany has reached a historically low level. Even so, the number of claims for damages arising from birth complications is continuously increasing. The reasons for this apparent paradox are analysed in the present contribution.

Uphoff/Hindemith, ZGN 2011, S. 223

Typologie ärztlicher/geburtshilflicher Behandlungsfehler

- Diagnosefehler
- Befunderhebungsfehler, vgl. § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB
- Therapiefehler

1. **Übernahmeverschulden**
2. **Organisationsfehler**
3. **Koordinationsfehler**

1. Übernahmeverschulden

Unzureichende Fachkenntnis des behandelnden Arztes oder unzureichende sachliche und räumliche Ausstattung der Praxis bzw. des Krankenhauses (im Einzelnen: Martis Winkhart, 5. Auflage, *Arzthaftungsrecht*, S. 561 ff.)

§ 630h Abs. 4 BGB:

„War ein Behandler für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.“

**Leitlinie der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI),
der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG),
der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ),
der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)
und des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V. (BV)**

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024-002

Entwicklungsstufe: S1

Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe

GNPI: Axel von der Wense (Hamburg; federführend), Claudia Roll (Datteln), Rolf F. Maier (Marburg);
DGGG: Richard Berger (Neuwied), Dieter Grab (München); DGKJ: Frank Jochum (Berlin);
DGPM: Michael Abou-Dakn (Berlin); BV: Barbara Mitschdörfer (Frankfurt)

Ziele der Leitlinie

Frühgeborene und kranke Reifgeborene sollen bei risikoadaptierter Indikationsstellung in denjenigen Einrichtungen versorgt werden, die von ihrer Struktur und Qualität her für die Schwere der Erkrankung bzw. den Grad der Unreife die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Dabei sind folgende Ziele in absteigender Hierarchie von besonderer Bedeutung:

- Niedrige neonatale Mortalität und Morbidität mit möglichst gutem neurologischen Langzeitergebnis
- Vermeidung der Trennung von Mutter und Kind
- Wohnortnahe Behandlung

Daraus leitet sich für regionale Versorgungsstrukturen die Notwendigkeit ab, dass Kliniken mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen die antepartale Verlegung von Schwangeren und die postnatale Verlegung von Früh- und Reifgeborenen sowie die wohnortnahe Rückverlegung bei entsprechender medizinischer Voraussetzung organisieren.

Politik

Frühgeborene: Neue Mindestmengen führen zu Leistungsverlagerung

Mittwoch, 24. März 2021



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/picture alliance, Florian Peljak

Berlin – Die neue Mindestmenge für Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm ist für die Versorgung relevant. Das hat die stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Regina Klakow-Franck, betont.

aerzteblatt.de 24.03.2021

Im geburtshilflichen Schadensbereich:

1. Zu „kleine“, d.h. nicht leistungsstarke Entbindungskliniken nehmen risikobehaftete Geburten auf.
2. Notwendig ist die **Zentralisierung der Geburtshilfe** in große und leistungsfähige Perinatalzentren.
 - Bessere Neonataldaten in Portugal nach Schließung von Entbindungskliniken unter 1.500 Geburten erreicht.
 - Gesetzliches Verbot von Hausgeburten und Geburtshäusern notwendig.

2. Organisationsfehler

Insbesondere Zusammenarbeit Hebamme Facharzt

015/030 – Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – aus ärztlicher Sicht
aktueller Stand: 10/2012

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen

Ergänzung Oktober 2012



| | | | |
|-------------------|---------|---------|----|
| AWMF-Register Nr. | 015/030 | Klasse: | S1 |
|-------------------|---------|---------|----|

*Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht (AG MedR)*

**Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der
Geburtshilfe – Aus ärztlicher Sicht**

1. Eindeutige Zuständigkeiten und Kompetenzregeln sind zwingend erforderlich!
2. Der hebammengeleitete Kreißsaal und das Belegarztsystem sind anachronistische Strukturen, die die Sicherheit und Gesundheit von Mutter und Kind gefährden.
3. Schnittstelle niedergelassener Frauenarzt – Entbindungsklinik muss unbedingt beachtet werden, d.h. Informationen dürfen nicht verloren gehen.

3. Koordinationsfehler

DIE DGG INFORMIERT

GEBURTSHILFE

Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung

AG Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Die AG Medizinrecht der DGG hat ihre Stellungnahme zu den Mindestanforderungen an geburtshilfliche Abteilungen aus dem Jahr 1995 überarbeitet und betont in dem hier publizierten Text erneut: „Das Versorgungsniveau von Frauen und Kindern in der Geburtshilfe ist unabhängig von Ort und Krankenhausgröße und unabhängig von der Uhrzeit jederzeit zu realisieren“ und „Kostendruck ist kein Rechtfertigungsgrund für die Unterschreitung [der] Mindestanforderungen.“

Die ursprüngliche Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde 1995 publiziert. Sie hat dazu beigetragen, das Niveau der klinischen geburtshilflichen Versorgung zu verbessern. Aus haftungsrechtlicher Sicht definieren die „Mindestanforderungen“ den heute gebotenen Standard der Versorgung.

Nicht „das Übliche“, nicht „individuelle, örtliche Qualitätsdefizite“ oder optimale, ja maximale Bedingungen, sondern der Standard des jeweiligen Fachgebiets ohne Ansehen der Person und ohne Rücksicht auf die subjektiven Fähigkeiten des Arztes ist maßgebend für das ärztliche Tun und Lassen. Abstrakt lässt sich der Standard als das zum Behandlungszeit-

1. Voraussetzungen für eine dem Standard entsprechende geburtshilfliche Versorgung

1.1 Personelle Voraussetzungen
1.1.1

Es muss ein im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätiger Arzt (abgeschlossene oder begonnene Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe) ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Dem entspricht auch eine Rufbereitschaft, wenn sie gegenüber einer unmittelbaren Präsenz in der Klinik keine Nachteile beinhaltet, also der Arzt in gleicher Zeit wie ein Arzt im Bereitschaftsdienst bei der Gebärenden

FRAUENARZT 52 (2011) Nr. 7

„... Das Versorgungsniveau von Frauen und Kindern in der Geburtshilfe ist unabhängig von Ort und Krankenhausgröße und unabhängig von der Uhrzeit jederzeit zu realisieren ...“

1. Notwendig ist eine risikoadaptierte und prospektive Geburtshilfe.
2. Die Entbindungsklinik muss
 - strukturell
 - personell

24/7 den Facharztstandard gewährleisten, d.h.

- eindeutiger Algorithmus für Anwendung von Mikroblutuntersuchung, CTG und
- schnelle E-E-Zeit (time ist brain)

sind elementar wichtig.

IV. Resümee

1. Patientenrechte müssen insbesondere prozessrechtlich gestärkt werden (Sachverständigenanhörung, Beweismaß)
2. Strukturelle und personelle Defizite in der stationären Versorgung gefährden die Gesundheit des Patienten.



STARTSEITE ÜBER DIESE SEITE ÜBER DIE KANZLEI UPHOFF FRAGEN & ANTWORTEN VIDEOS 🔍



TEILEN



Dr. Roland Uphoff
Fachanwalt für Medizinrecht
Master of medicine, ethics and law.

Ihr Recht bei Geburtsschäden

Herzlich willkommen auf meinem Blog zum Geburtsschadensrecht. Eltern von geburtsgeschädigten Kindern beschäftigen sich immer wieder mit der Frage, ob jemand für die Behinderung des Kindes verantwortlich ist. Hier finden betroffene Eltern von geburtsgeschädigten Kindern Informationen und Beiträge.

Alle | Kommentiert | News | Videos | Vorträge



Besuchen Sie uns auch im Netz

www.recht-geburtsschaden.de

www.uphoff.de