



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Opfer von Behandlungsfehlern stärken und Härtefallfonds einführen
(Drucksache 19/16059 vom 18.12.2019)

und

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenrechte stärken – Entschädigung bei Behandlungs- und
Aufklärungsfehlern erleichtern
(Drucksache 19/22995 vom 30.09.2020)

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 4. November 2020

Berlin, 27.10.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Grundlegende Bewertung der Anträge	3
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	3
Arzthaftungsrecht und Härtefallfonds.....	3
Transparenz über die Anzahl und Ursachen von Behandlungsfehlern	4
Strukturen der Fehlervermeidung und des Risikomanagements für mehr Patientensicherheit	4
Antrag der Fraktion DIE LINKE	5
Härtefall- bzw. umfassender Haftungs- oder Entschädigungsfonds.....	5
Beweiserleichterungen.....	6
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.....	7
Verpflichtung zur fälschungssicheren Dokumentation	7
Berufshaftpflichtversicherungen	8
Trauerschaden und Hinterbliebenenabsicherung	9
Öffentlicher Gutachterpool	9
Verzögerungsschaden	10
Teilklagen und Verjährung	10
Behandlungsfehlerregister	11
Anlage.....	12

Grundlegende Bewertung der Anträge

Die Fragen, wie Behandlungsfehler so weit wie möglich vermieden werden können und – wo dies nicht möglich ist – Patientinnen und Patienten angemessen entschädigt werden können, sind komplex und auch in der Vergangenheit bereits intensiv diskutiert worden. Rechtsprechung und Gesetzgeber, aber auch Ärztekammern und Krankenkassen, haben hierzu die Patientenrechte stärkende Lösungen gefunden. Insbesondere bei der Frage der Entschädigung ist durch die Rechtsprechung ein differenziertes und austariertes System entstanden, das nicht einfach durch einen Härtefallfonds ergänzt werden kann, ohne unerwünschte Auswirkungen zu haben. Die Probleme hierbei werden vor allem im Detail sichtbar.

Die Bundesärztekammer ist daher der Auffassung, dass die vorliegenden allgemein gehaltenen Anträge keine Grundlage für einen Gesetzentwurf durch die Bundesregierung bieten. Ob und ggf. in welcher Form die in den Anträgen angerissenen Fragen durch den Gesetzgeber aufgegriffen werden sollten, lässt sich auf dieser Grundlage nicht verlässlich beurteilen.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE zielt auf eine Abkehr vom Verschuldensprinzip und eine grundlegende Umgestaltung des Arzthaftungsrechts ab, welche die Bundesärztekammer für nicht sachgerecht erachtet. Dabei bleibt in zahlreichen Punkten die bestehende Rechtslage, etwa bezüglich des Haftpflichtversicherungsschutzes, bzw. die Judikatur des Bundesgerichtshofs, etwa bezüglich des Beginns der Verjährungsfrist, unberücksichtigt.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Arzthaftungsrecht und Härtefallfonds

Die Rechtsprechung hat über Jahrzehnte mehrere Instrumente entwickelt, um das prozessuale Gleichgewicht zwischen den Prozessparteien zu gewährleisten. Diese dienen auch dazu, die Fälle, in denen es auf die Beweislast bzw. Beweiserleichterungen ankommt, zu reduzieren. Die Instrumente reichen von einer eingeschränkten primären Darlegungslast des Patienten, einer erweiterten sekundären Darlegungslast der Behandlungsseite über eine regelmäßig gesteigerte Pflicht des Gerichts zur Sachverhaltsaufklärung bis hin zu einer Einholung eines Sachverständigengutachtens von Amts wegen, soweit der Patient darauf angewiesen ist, dass der Sachverhalt darin aufbereitet wird (vgl. z. B. BGH v. 19.2.2019 – VI ZR 505/17). Beweiserleichterungen kommen dem Patienten zudem im Arzthaftungsprozess nicht nur im Fall des im Antrag erwähnten groben Behandlungsfehlers, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch beim einfachen Befunderhebungsfehler sowie dann zugute, wenn sich bei Aufarbeitung des Behandlungsgeschehens zeigt, dass die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist. Ein Verstoß hiergegen lässt im Wege der Beweiserleichterung für den Fall, dass dies hinreichend wahrscheinlich ist, auf ein positives Befundergebnis schließen.

Mit einem Härtefallfonds verbindet der Antrag die Hoffnung, dass dennoch bestehende besondere Härten im Einzelfall abgefedert werden können. Ein solcher Fonds kann aber auch unerwünschte Auswirkungen auf das deutsche Haftungssystem insgesamt haben. So führte

die Bundesregierung bereits in dem Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (BT-Drs. 17/10488, S. 59) aus, dass Entschädigungsfonds dem deutschen Haftungssystem widersprächen. Das deutsche Haftungssystem sehe vielmehr eine individuelle Haftung des Schädigers vor: „Der Schädiger hat für den von ihm verursachten Schaden einzustehen. Diese individuelle Verantwortlichkeit ist zu Recht eine wesentliche Säule des deutschen Schadensersatzrechts, da sie zugleich Präventivfunktion hat. Die Aussicht auf individuelle Fehlerhaftung stellt einen wirksamen Anreiz zur Fehlervermeidung dar. Mit einem Entschädigungsfonds würde das Haftungssystem überwiegend seine Präventivwirkung verlieren.“ Außerdem besteht die Gefahr, dass die Geschädigten davon abgehalten werden, ihnen zustehende Ansprüche klageweise geltend zu machen (so Katzenmeier Versicherungsrecht 2014, 405, 411).

Dies zeigt, dass bei Einführung eines Härtefallfonds weit mehr geklärt werden müsste, als der Antrag anspricht. Mindestens ungeklärt bleibt auch die Frage, wie ein solcher Fonds schnell und unbürokratisch Hilfe leisten können soll, gleichzeitig aber nur dann in Anspruch genommen werden soll, wenn kein (regulärer) Haftungsanspruch besteht. Müsste der Patient zunächst versuchen, seinen Anspruch gegen den Behandelnden oder dessen Versicherer gerichtlich geltend zu machen, so wäre dies nicht schnell und unbürokratisch. Der Antrag benennt explizit „langwierige Gerichtsprozesse“, die eigentlich vermieden werden sollen. Müsste er dies nicht, so würde der Fonds auch greifen, wenn reguläre Ansprüche bestehen. Damit wäre die Subsidiarität des Entschädigungsfonds infrage gestellt. Ohne eine Antwort hierauf im Detail kann der Antrag keine Grundlage für einen Gesetzentwurf bieten.

Ebenso unbestimmt sind die Vorgaben des Antrages, die Entschädigung solle von „konkreten Anhaltspunkten für einen Behandlungsfehler“ abhängen sowie die in der Begründung enthaltene Forderung, es müsse – ohne das für bestimmte Fälle, etwa festgestellte Hygienemängel, näher zu spezifizieren – die Beweislast für Patientinnen und Patienten bei „einfachen Behandlungsfehlern“ erleichtert werden. Auch die Frage der Finanzierung wird nicht ausreichend beantwortet.

Transparenz über die Anzahl und Ursachen von Behandlungsfehlern

Der Antrag fordert ein bundesweites Monitoring, ohne auf bereits existierende Ansätze einzugehen. Mit CIRSmedical.de etwa steht ein internetbasiertes offenes und anonymes Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin zur Verfügung. Critical incident reporting Systeme setzen nicht erst bei geschehenen Behandlungsfehlern ein, sondern umfassen auch Situationen, aus denen Fehler hätten resultieren können. Auch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern werten ihre Fälle aus (siehe Anlage). Im Antrag bleibt offen, wie Doppelstrukturen vermieden werden sollen, die erhebliche Finanzmittel binden, zusätzliche Bürokratie verursachen, aber für die betroffenen Patientinnen und Patienten keinen Mehrwert schaffen. Ohne eine Antwort hierauf bietet der Antrag auch diesbezüglich keine Grundlage für einen Gesetzentwurf.

Strukturen der Fehlervermeidung und des Risikomanagements für mehr Patientensicherheit

Der Vorschlag einer Verpflichtung von Gesundheitseinrichtungen, Strukturen der Fehlervermeidung und des Risikomanagements für mehr Patientensicherheit einzuführen,

überrascht insoweit, als dies längst vom Gesetzgeber so bestimmt wurde und von den Einrichtungen bereits jetzt umzusetzen ist.

§ 135a SGB V verpflichtet die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen. Leistungserbringer, die ärztliche Leistungen erbringen, haben einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzurichten und weiterzuentwickeln. Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (QM-RL) gehört zu den verpflichtend anzuwendenden Methoden des Qualitätsmanagements sowohl das Risiko- als auch das Fehlermanagement. Es bleibt unklar, was diesbezüglich die Erwartungen an einen Gesetzentwurf sind.

Insgesamt bietet der Antrag somit keine Grundlage für einen Gesetzentwurf der Bundesregierung.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Härtefall- bzw. umfassender Haftungs- oder Entschädigungsfonds

Der Antrag will die kurzfristige Einführung eines Härtefallfonds auf diejenigen Fälle beschränken, in denen der kausale Zusammenhang zwischen einem Behandlungsfehler und einem schweren gesundheitlichen Schaden „nicht eindeutig zu erbringen ist“. Da gleichzeitig Beweiserleichterungen bei der Frage der Kausalität zwischen Schädigung und Behandlung in der Weise vorgesehen werden sollen, dass von einem kausalen Zusammenhang bereits bei einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang ausgegangen wird, ist nicht klar, welche Fallgruppen der Härtefallfonds nach Auffassung der Antragsteller erfassen soll. Ist bereits die Feststellung einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Kausalität angesichts der häufigen Komplexität des Behandlungsgeschehens mit Schwierigkeiten behaftet, steht es dem gewünschten Ergebnis einer schnellen und unbürokratischen Entschädigung entgegen, wenn sie von einem weiteren vagen Tatbestandsmerkmal des nicht eindeutigen zu erbringenden Nachweises abhängig sein soll. Der Antrag lässt zudem offen, welche Personen die entsprechenden Feststellungen treffen sollen.

Die Begründung führt an, dass der Fonds sowohl aus Steuermitteln als auch aus Mitteln der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, aber auch der Pharma- und Medizinprodukteindustrie, unterhalten werden soll. Damit ist offenbar eine Sonderabgabe der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Industrieunternehmen angedacht, der allerdings Verfassungsrecht entgegenstehen dürfte.

Mit langfristiger Perspektive sollen Studien über einen umfassenden Haftungs- oder Entschädigungsfonds einschließlich möglicher Regelungen im Sozialrecht in Auftrag gegeben werden, welche die Basis einer gesamtgesellschaftlichen Debatte bieten sollen. Diesbezüglich weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass der Antrag allgemein gehalten ist und sich mit vorliegenden Ausarbeitungen wie dem von Hart und Francke im Jahr 2013 für die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg verfassten Gutachten „Der Modellversuch eines Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds (PatEHF)

für Schäden durch medizinische Behandlungen: Einordnung, Zwecke, Verfahren, Organisation, Finanzierung, Gesetzesvorschlag“ oder der von Knetsch im Jahr 2012 verfassten Monographie Haftungsrecht und Entschädigungsfonds nicht auseinandersetzt. Der Antrag führt auch nicht an, inwieweit ein solcher Fonds auch Haftungsrisiken umfassen soll, die sich aus dem Einsatz Künstlicher Intelligenz ergeben.

Beweiserleichterungen

Sowohl im Recht des Behandlungsvertrages (§§ 630a ff. BGB) als auch nach der Rechtsprechung für den Bereich der deliktischen Haftung besteht ein differenziertes System der Beweislastverteilung (s. o.), so dass die pauschale Forderung nach Beweiserleichterungen zugunsten der Patientinnen und Patienten mit der Intention, dass Patientinnen und Patienten „eine bessere Chance“ auf Entschädigungszahlungen erhalten sollten, nicht weiterführend ist. So kann etwa auch ein einfacher Befunderhebungsfehler zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden führen, wenn sich bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde und diese Fehler generell geeignet sind, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen (z. B. BGH Urt. v. 26.5.2020 – VI ZR 213/19 Rn. 28).

Eine Entschädigung setzt nach geltendem Recht, anders als im Antrag ausgeführt, ein Verschulden voraus. Unbeschadet dessen, dass eine punktuelle Abweichung vom Verschuldensprinzip mit Blick auf das Gebot der Folgerichtigkeit gesetzlicher Regelungen auch verfassungsrechtlich bedenklich ist, kann Grundlage einer Haftung nur ein konkret umschriebener Haftungstatbestand und nicht der Umstand einer Chancenerhöhung beim Schadensausgleich sein. Nach der Rechtsprechung gilt das Beweismaß des § 286 ZPO, so dass weder die bloße Möglichkeit der Schadensvermeidung noch eine gewisse Wahrscheinlichkeit hierfür genügt, sondern ein Grad an Gewissheit erreicht sein muss, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie gänzlich auszuschließen.

Der Antrag lässt offen, ob eine sogenannte Proportionalhaftung eingefordert wird, die naheliegt, wenn ein Abstellen auf (überwiegende) Wahrscheinlichkeiten gefordert wird. Denn andernfalls würde der Patient, wenn die Wahrscheinlichkeit der Kausalität bei 51 % liegt, Schadenersatz erhalten und leer ausgehen, wenn sie bei 49 % liegt, was als ungerecht empfunden wird. Bei einer Proportionalhaftung erhielte der Patient, wenn die Kausalität zwischen Handlung und Rechtsgutverletzung feststeht, nach der Differenzhypothese – weiterhin – vollen Schadenersatz. Andernfalls würde der Patient in Höhe derjenigen Quote entschädigt werden, die der Wahrscheinlichkeit eines schadensfreien Verlaufs bei sorgfaltsgemäßem Verhalten entspricht, wobei auf statistische Daten über die Erfolgchancen medizinischer Heileingriffe zurückgegriffen würde. Allerdings wäre ein solches Haftungsregime systemfremd, denn der Arzt schuldet nicht die Wahrung der Heilungschance oder gar einen Heilerfolg, sondern lediglich die standardgemäße Behandlung. Aus der Richterschaft ist zudem mit Recht eingewandt worden, dass ein solcher Vorschlag die Sachverständigen überfordert, die Wahrscheinlichkeiten bestimmen sollen, zu denen es nur in den seltensten Fällen empirische Untersuchungen oder gar Belege gibt (Spickhoff/Greiner, 3. Aufl. 2018, BGB §§ 823-839 Rn. 144).

Ein solches Sonderrecht, welche die ärztliche Tätigkeit letztlich als eine gefahrgeneigte Tätigkeit einstuft, und damit verbunden eine Abkehr vom Verschuldensprinzip, wird daher

von der verfassten Ärzteschaft abgelehnt. Es liefe den Bemühungen entgegen, sich verstärkt Fragen der Patientensicherheit zu widmen und würde einen Anreiz schaffen, sich nur noch weniger gefahrgeneigten Eingriffen zuzuwenden, was langfristig zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen würde. Das wäre verbunden mit steigenden Haftpflichtprämien und liefe darauf hinaus, nach Lösungen suchen zu müssen, um die sich der Gesetzgeber bereits im Bereich der Haftung von Hebammen bemüht hat.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Mit dem Antrag soll die Position der Patientinnen und Patienten während oder nach Verfahren vor Schlichtungsstellen spürbar gestärkt werden. Die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen sollen entsprechend unabhängig ausgestaltet werden, um faire Verfahren zu gewährleisten.

Insofern ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern errichtet sind und sich deren Verfahren nach den jeweiligen landesgesetzlichen Vorgaben und den auf dieser Grundlage erlassenen Regelungen richtet. Daher kann eine Stärkung der Patientenrechte während des Verfahrens bei den bestehenden Schlichtungsstellen nicht durch Bundesrecht erreicht werden. Unbeschadet dessen merkt die Bundesärztekammer an, dass die im Antrag geforderte Angleichung der Verfahrensregeln für Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen an Regelungen der Zivilprozessordnung, etwa das Recht auf mündliche Verhandlung oder die Beteiligung weiterer Personen, mit einer Verlängerung des Schlichtungsverfahrens einhergehen dürfte.

Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesärztekammer in dieser Stellungnahme davon ab, auf einzelne Vorschläge aus der Antragsbegründung einzugehen. Unbeschadet dessen möchten wir aber darauf hinweisen, dass die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen unter Moderation der Bundesärztekammer einen Prozess eingeleitet haben, um die bestehenden Standards sowie die Verfahrensordnungen noch weiter zu vereinheitlichen.

Anders als im Antrag angedeutet, sind die Schlichtungsverfahren selbstverständlich bereits jetzt unabhängig ausgestaltet. So bestimmt etwa § 4 der Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern: „Die Mitglieder der Schlichtungsstelle sind bei ihrer Entscheidungsfindung unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind nur ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung unterworfen.“ Die vielfache Inanspruchnahme dieser Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung zeigt, dass viele Patientinnen und Patienten auf ihre Unabhängigkeit und Neutralität vertrauen. Dazu trägt bei, dass sich Patientinnen und Patienten in den Verfahren vor der Schlichtungsstelle durch Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte unterstützen lassen können. Die norddeutsche Schlichtungsstelle hat zudem einen unabhängigen Patientenvertreter berufen, dessen Aufgabe es ist, konkreten Patientenbeschwerden mit Beanstandungen zum Verfahrensablauf, ggfs. auch durch Einsichtnahme in die Verfahrensakten, nachzugehen.

Verpflichtung zur fälschungssicheren Dokumentation

Die Antragsteller fordern eine gesetzliche Änderung dahingehend, dass Dokumentationen bearbeitungs- bzw. fälschungssicher erfolgen und ausschließlich Computerprogramme eingesetzt werden, die keine Nachbearbeitung der Dokumentation zulassen.

§ 630f Abs. 1 Sätze 2 und 3 BGB bestimmen allerdings bereits jetzt, dass Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nur zulässig sind, wenn neben dem

ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen. Dazu führt z. B. Katzenmeier in Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, 7. Auflage 2015, IX Rn. 53 aus, dass die „Revisionsicherheit der Behandlungsdokumentation“ durch Einsatz einer geeigneten Software sicherzustellen ist, wofür spricht, dass die Gesetzesmaterialien darauf hinweisen, dass die Norm den §§ 239 Abs. 3 HGB und 146 Abs. 4 AO nachempfunden sei (BT-Drs. 17/10488, S. 26).

Berufshaftpflichtversicherungen

Es wird die Aufnahme einer Verpflichtung für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer gefordert, ab Aufnahme der Tätigkeit eine Berufshaftpflichtversicherung zu unterhalten.

Der Vorschlag übersieht, dass entsprechende Regelungen in den Landesgesetzen bestehen. Beispielsweise regelt § 12 Abs. 2 des bayerischen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz, dass Angehörige der gesetzlich geregelten Heilberufe, für die keine berufsständische Kammer eingerichtet ist, verpflichtet sind, sich gegen die aus der Ausübung ihres Berufs ergebenden Haftpflichtansprüche ausreichend zu versichern, sofern sie nicht bereits in vergleichbarem Umfang, insbesondere im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses, gegen Haftpflichtansprüche abgesichert sind. In Hessen regelt § 4 des Patientenmobilitätsgesetzes, dass Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister, die Gesundheitsversorgung nach § 630a Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zusagen, einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder ähnlichen Regelung bedürfen, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist.

Im Rahmen des Landesrechts wären somit auch mögliche Konkretisierungen analog § 51 BRAO zu diskutieren.

Nachvollziehbar ist allerdings der angedeutete Änderungsvorschlag zu § 6 Abs. 1 Nr. 5 Bundesärzteordnung. Danach kann das Ruhen der Approbation angeordnet werden, wenn sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist. Der Antrag fordert offenbar, dass die Bundesärzteordnung dahingehend geändert wird, dass es sich dabei nicht mehr um eine Ermessensentscheidung sondern um eine gebundene Entscheidung handeln soll.

Hingegen bedarf es keiner zusätzlichen gesetzlichen Fixierung eines Direktanspruchs der oder des Geschädigten gegenüber der Versicherung; denn das entspricht der bereits jetzt geltenden Rechtslage: Besteht eine Pflichtversicherung, d. h. eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine Verpflichtung durch Rechtsvorschrift besteht (§ 113 Abs. 1 VVG), besteht gem. § 115 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 VVG ein Direktanspruch der oder des Geschädigten gegen den Haftpflichtversicherer.

Ebenso wenig bedarf es einer Verpflichtung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, dem Versicherer unverzüglich das Schadensereignis sicherzustellen. Denn auch insofern stellt das geltende Recht sicher, dass Geschädigte ihre Ansprüche umgehend bei der Versicherung geltend machen können. So bestimmt z. B. § 3 des hessischen Patientenmobilitätsgesetzes, dass Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister verpflichtet sind, Informationen über ihren Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Haftpflicht bereitzustellen. Da es sich um eine Umsetzung der Richtlinie [2011/24/EU](#) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden

Gesundheitsversorgung (ABl. EU Nr. L 88 S. 45) handelt, finden sich entsprechende Regelungen in allen Bundesländern.

Trauerschaden und Hinterbliebenenabsicherung

Insofern der Antrag eine „gesetzliche Garantie“ für Hinterbliebene auf Schmerzensgeld fordert und ggf. eine Hinterbliebenenabsicherung andenkt, lässt er unerwähnt, dass im Falle eines deliktischen Anspruchs seit dem 22. Juli 2017 nach § 844 Abs. 3 BGB unter den dort genannten Voraussetzungen bereits ein Anspruch auf Hinterbliebenengeld besteht. Die Beschränkung hierauf wurde im Gesetzentwurf dogmatisch überzeugend damit begründet, dass die Hinterbliebenen häufig nicht in den Schutzbereich eines zwischen dem Getöteten und dem für die Tötung Verantwortlichen abgeschlossenen Vertragsverhältnisses einbezogen sein werden (BT-Drs. 18/11397, S. 9). Das trifft für den Behandlungsvertrag nach § 630a BGB ebenso zu wie die im Gesetzentwurf getätigte Aussage, dass neben dem vertraglichen in der Regel auch ein deliktischer Anspruch und damit ohnehin ein Anspruch auf Hinterbliebenengeld gegeben ist. Ebenso besteht nach § 844 Abs. 2 BGB ein Anspruch auf entgangenen Unterhalt.

Öffentlicher Gutachterpool

Der Antrag regt den Aufbau eines öffentlichen Gutachterpools mit verbindlichen Vorgaben für die Sachkunde und Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter an und will vorgeben, dass Gutachten in angemessener Frist und zu bundesweit festgelegten Höchstsätzen erstattet werden. Die Bundesärztekammer bezweifelt, ob der mit dem Aufbau eines öffentlichen Gutachterpools verbundene Aufwand einen nachhaltigen Beitrag leisten würde, die avisierten Ziele zu erreichen.

§ 407 Abs. 1 ZPO begründet eine Verpflichtung von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten, Gutachten in Arzthaftungsprozessen zu erstatten. Da alle Landesärztekammern auf landesgesetzlicher Grundlage im Internet die Namen und Adressen aller zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte veröffentlichen, sind für die Gerichte, aber darüber hinaus letztlich für jedermann, die Namen vieler Expertinnen fachgebietsbezogen zugänglich. Viele Heilberufe- und Kammergesetze verpflichten die Ärztekammern zudem, auf Verlangen von Gerichten ärztliche Sachverständige arzthaftungsprozessbezogen namhaft zu machen.

Die auf Grundlage des § 25 der Musterberufsordnung-Ärzte erlassenen Berufsordnungen der Landesärztekammern regeln zudem, dass Ärztinnen und Ärzte Gutachten, zu deren Ausstellung sie verpflichtet sind, innerhalb angemessener Frist abzugeben haben. Das gilt, obgleich Gutachten häufig nebenberuflich und somit neben der fortbestehenden beruflichen Belastung erbracht werden. Insofern wird von Richterinnen und Richtern immer wieder berichtet, dass sie bei der Auswahl der Sachverständigen eine Abwägung einerseits zwischen der Kompetenz häufig stark nachgefragter Gutachter und dem Ziel eines möglichst zügigen Abschlusses des Arzthaftungsprozesses treffen.

Unbeschadet der Frage, inwieweit Höchstsätze für Privatgutachten mit Unionsrecht vereinbar sind, dürfte eine solche Regelung zudem die Bereitschaft vermindern, Gutachten zu erstatten. So hat die Bundesärztekammer auch im Vorfeld der Beratungen zum anstehenden Kostenrechtsänderungsgesetz 2021 bezüglich der vorgesehenen Änderungen zum Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) auf die von vielen Gerichten seit längerem beklagte unbefriedigte Situation hingewiesen, dass aufgrund der zu niedrigen

Vergütungssätze für aufwändige medizinische Gutachtenaufträge Sachverständige nur noch schwer zu finden sind.

Wenn der Antrag einfordert, dass eine zentrale, den Gutachterpool verwaltende, Stelle die Sachkunde und Unabhängigkeit der Gutachter sicherstellen und regelmäßig überprüfen soll, stellt sich die Frage, wie dieses geschehen soll. Das lässt der Antrag offen. Denkbar wäre, dass Gerichtsakten ausgewertet und ggfs. ergänzend Richterinnen und Richter befragt werden. Diese sind aber auch bisher diejenigen, die unmittelbar selbst Erfahrungen mit den Sachverständigen sammeln, so dass ein messbarer positiver Effekt nicht erkennbar ist und den damit einhergehenden bürokratischen Mehraufwand nicht rechtfertigen kann. Der Justiz steht es zudem frei, in ihrem Bezirk bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen oder Mindestanforderungen bei der Sachverständigenauswahl, ggfs. gemeinsam mit den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, weiter zu entwickeln.

Verzögerungsschaden

Der Antrag fordert „scharfe Sanktionsmöglichkeiten“ ein, wenn behandelnde Ärztinnen oder Ärzte und deren Versicherungen die Aufklärung und/oder Entschädigung verzögern und/oder behindern. Die Bundesärztekammer spricht sich nachdrücklich dagegen aus, auf Grundlage von Einzelfällen – die beiden zitierten Urteile stammen aus den Jahren 1972 und 1999 -, die es ebenso in anderen Bereichen sowie in anderen Versicherungssparten gibt, eine Sonderregelung für den Behandlungsvertrag zu treffen.

Teilklagen und Verjährung

Der Antrag will zulassen, dass ein Teilbetrag eingeklagt werden kann und die Klagerhebung zugleich die Verjährung des überschießenden Beitrages hemmt. Unbeschadet dessen, dass entsprechende Vereinbarungen der Prozessparteien, wie sich aus § 202 BGB ergibt, möglich sind, wäre damit ein mittelbarer Eingriff in die Regelung der Justizkosten verbunden. Das erscheint auch deshalb nicht notwendig, weil es der Eigenverantwortung der Bürger überlassen ist, ob sie durch Abschluss einer Rechtsschutzversicherung ihr potentielles Kostenrisiko reduzieren.

Was die geforderte Verlängerung der Verjährungsfrist von drei auf zehn Jahre betrifft, verkennt der Antrag ganz grundlegend, dass die Verjährung erst mit dem Schluss des Jahres beginnt, in dem der Patient von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste, § 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB. Der Einwand, Patienten müssten sich zunächst einmal darum kümmern, die eigene Gesundheit wiederherzustellen, bevor sie Ansprüche geltend machen, ist im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht tragfähig. Der Arzthaftungssenat hat erst am 26.5.2020 – VI ZR 186/17 entschieden, an seiner bisherigen Rechtsprechung festzuhalten, dass die Verjährungsfrist mangels grob fahrlässiger Unkenntnis von den den Anspruch begründenden Umständen grundsätzlich nicht schon dann in Lauf gesetzt wird, wenn es der Geschädigte oder sein Wissensvertreter unterlässt, Krankenhausunterlagen auf ärztliche Behandlungsfehler hin zu überprüfen.

Behandlungsfehlerregister

Der Antrag fordert den Aufbau eines Behandlungsfehlerregisters und die Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für Behandlungsfehlervorwürfe an eine zentrale Meldestelle. Mit dem Aufbau einer solchen Bürokratie verbundene Vorteile zeigt der Antrag nicht auf. Aus Sicht der Bundesärztekammer steht das Lernen aus Fehlern, Fehlerprävention und die Stärkung der Sicherheitskultur im Zentrum aller Aktivitäten zur Steigerung der Patientensicherheit. So zeigt die jährliche Berichterstattung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die auf bundesweiten Auswertungen beruhen, in welchen Bereichen es vermehrt zu Behandlungsfehlern kommt. Hieraus werden ebenso wie aus den Behandlungsfehlerstatistiken des Medizinischen Dienstes wichtige Erkenntnisse für die notwendige Fehlerprävention und Fortbildungsbedarf in der Ärzteschaft gezogen. Über Schlichtungsfälle wird zum Beispiel laufend in den regionalen Ärzteblättern berichtet. Die Etablierung von Fehlerberichtssystemen wie z. B. CIRSmedical.de, die Durchführung von Peer Review-Verfahren, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, entsprechende Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern etc. zielen darauf ab, kritische Ereignisse zu analysieren, aus ihnen zu lernen und Maßnahmen zur Verbesserung umzusetzen. Fehlerprävention fußt auf Sicherheitskultur und aktivem Lernen, nicht auf zentraler Datenerfassung.



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

**Statistische Erhebung der
Gutachterkommissionen und
Schlichtungsstellen
für das Statistikjahr 2019**

Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ¹

Statistikjahr 2019

Jährlich werden rund 11.000 Behandlungen, bei denen Behandlungsfehler vermutet werden, durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern im Hinblick auf die Arzthaftung bewertet. Aus diesen Verfahren werden anonymisierte Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) einheitlich erfasst und in einer bundesweiten statistischen Erhebung zusammengeführt. Die Geschäftsstelle der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover ist von der Bundesärztekammer mit der Durchführung beauftragt. Finanziert wird die Erfassung und Auswertung von den teilnehmenden Landesärztekammern.

Die Bundesstatistik informiert über die wesentlichen quantitativen (Antrags- und Erledigungszahlen, Zahl der festgestellten Behandlungsfehler) sowie qualitativen (Art, Häufigkeit und Verteilung der Behandlungsfehler auf die medizinischen Fachgebiete und Behandlungseinrichtungen) Aspekte der in den Begutachtungsverfahren durch Ärzte und Juristen gewonnenen Erkenntnisse. Ziel der Statistik ist es, Fehlerhäufigkeiten zu erkennen und Fehlerursachen auszuwerten, um sie für die Fortbildung und Qualitätssicherung zu nutzen.

¹ Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht der Landesärztekammer Baden-Württemberg / Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen / Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern (zuständig für Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen) / Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein / Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz / Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen der Sächsischen Landesärztekammer / Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe / Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer

Tabelle 1

Anträge und Entscheidungen	2018	2019	Veränderung
1.1 Anzahl der gestellten Anträge	10.839	10.705	- 1,2 %
1.2 Anzahl der erledigten Anträge	9.901	10.436	+ 5,4 %
1.2.1 Anzahl aller Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide)	5.972	6.412	+ 7,4 %
1.2.2 Anteil der Sachentscheidungen an Erledigungen	60,3 %	61,4 %	+ 1,1 %

Erläuterung:

1.1 Zahl der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Berichtsjahr eingegangenen Begutachtungsanträge. Erfasst wird die Zahl der Begutachtungsfälle, d. h. der unter einem Aktenzeichen geprüften Fälle, unabhängig davon, ob sich das Begutachtungsverfahren gegen einen oder mehrere Ärzte richtet.

1.2 Zahl der im Berichtsjahr insgesamt abgeschlossenen Begutachtungsverfahren (Gesamterledigungen). Die Gesamterledigungen gliedern sich in:

Formale Erledigungen (z. B. bei örtlicher oder sachlicher Unzuständigkeit der angerufenen Stelle, sonstiger Verfahrenshindernisse wie z. B. Verstreichung der Antragsfrist, Klageerhebung, Strafanzeige, Antragsrücknahme)

und

Sachentscheidungen mit Bestätigung oder Ausschluss eines ärztlichen Fehlers und/oder eines darauf zurückzuführenden Gesundheitsschadens nach medizinischer Überprüfung des Sachverhalts (**Erledigungen nach medizinischer Beurteilung**).

1.2.1 Zahl der Sachentscheidungen, die in der Zahl der Gesamterledigungen (Nr. 1.2) enthalten sind.

1.2.2 Prozentualer Anteil der Sachentscheidungen an den Gesamterledigungen.

In den Spalten Vorjahr/Veränderungen sind zum Vergleich die Vorjahreszahlen und die Entwicklung (Zunahme oder Abnahme) im Vergleich zum Vorjahr angegeben.

Tabelle 2

Patientenvorwürfe		2018	2019
2.1	Anzahl aller Sachentscheidungen	5.972	6.412
2.2	Gesamtzahl der Vorwürfe (Bezug: 2.1; max. 4 Vorwürfe/Sachentscheidungen)	10.647	11.565
2.3	Die häufigsten Vorwürfe (Bezug: 2.2)		
2.3.1	Therapie operativ, Durchführung	2.818	2.988
2.3.2	Diagnostik, bildgebende Verfahren	953	1.031
2.3.3	Diagnostik, Anamnese/ Untersuchung	866	831
2.3.4	Indikation	600	714
2.3.5	Therapie, Pharmaka	544	678
2.3.6	Aufklärung, Risiko	600	629
2.3.7	Therapie postoperative Maßnahmen	564	571
2.3.8	Diagnostik Labor/ Zusatzuntersuchungen	468	472
2.3.9	Therapie, konservativ	373	403
2.3.10	Therapie postoperativ, Infektion	243	262

Erläuterung:

Begutachtungsanträge können einen oder mehrere Behandlungsfehlervorwürfe betreffen. Bei mehreren Vorwürfen werden maximal die 4 wichtigsten statistisch erfasst. Deshalb ist die Zahl der unter

2.2 angegebenen Gesamtzahl der Vorwürfe größer als die Bezugszahl 2.1 (Sachentscheidungen)

2.3 Zahlen der 10 häufigsten erhobenen Vorwürfe, gegliedert nach Teilbereichen ärztlicher Tätigkeit

Tabelle 3

Behandlungsfehler bejaht/verneint		2019
3.	Anzahl aller Sachentscheidungen	6.412
3.1	Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel verneint	4.485
3.2	Nur Risikoaufklärungsmangel bejaht	29
3.3	Behandlungsfehler bejaht	1.871
3.4	Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel bejaht und Kausalität verneint	359
3.5	Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel und Kausalität bejaht	1.568
3.6	Schäden, iatrogen fehlerbedingt (Bezug: 3.5)	1.568
	3.6.1 Geringfügiger Schaden	17
	3.6.2 Schaden: passager leicht/mittel	684
	3.6.3 Schaden: passager schwer	179
	3.6.4 Dauerschaden leicht/mittel	460
	3.6.5 Dauerschaden schwer	141
	3.6.6 Tod	87

Erläuterung:

3.1 Zahl der Verfahren, in denen kein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel festgestellt wurde.

3.2 Zahl der Verfahren, in denen zwar kein Behandlungsfehler, aber ein Mangel der Risikoaufklärung festgestellt wurde.

(Anmerkung: Ein Mangel der Risikoaufklärung ist definitionsgemäß kein Behandlungsfehler. Bei Mängeln der Risikoaufklärung ist die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff unwirksam und der Eingriff rechtswidrig.)

3.3 Zahl der Verfahren, in denen ein oder mehrere Behandlungsfehler (ggf. zusätzlich auch Mängel der Risikoaufklärung) festgestellt worden sind.

3.4 Zahl der Verfahren, in denen die festgestellten Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmängel nicht ursächlich für einen Gesundheitsschaden waren.

3.5 Zahl der Verfahren, in denen die festgestellten Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmängel ursächlich für einen Gesundheitsschaden waren.

Tabelle 4

Die 10 häufigsten Diagnosen gemäß ICD 10 bei den Sachentscheidungen	2019
M17: Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose)	203
M16: Arthrose des Hüftgelenks (Koxarthrose)	194
S82: Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	145
S72: Oberschenkelfraktur (Femurfraktur)	142
S52: Unterarmfraktur	132
S42: Schulter- und Oberarmfraktur	100
M51: Bandscheibenschäden, Lendenwirbelsäule	85
M75: Bursitis, Schulter	83
S83: Kniebinnenschaden (traumatisch)	79
K80: Cholelithiasis	72

Erläuterung:

Angegeben sind – in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit – die 10 häufigsten Diagnosen. Für jedes Verfahren wird eine (korrekte) Diagnose (Betrachtungsweise im Nachhinein - ex post), wegen der die beanstandete Behandlung durchgeführt worden ist, berücksichtigt; bei mehreren Diagnosen nur die führende.

Tabelle 5

Antragsgegner / Versorgungsbereiche		2019
5.1	Gesamtzahl der Antragsgegner bei Sachentscheidungen	7.315
5.2	Krankenhausbereich	5.518
5.3	Niedergelassener Bereich (Praxis, MVZ)	1.797

Erläuterung:

5.1 Zahl der Antragsgegner, maximal 4 Antragsgegner pro Begutachtungsverfahren.

5.2/5.3 Verteilung der Anträge auf die Versorgungsbereiche Krankenhaus und Praxis.

Tabelle 6

Behandlungsfehler und Versorgungsbereiche	Niedergelassener Bereich 2019	Krankenhaus 2019
6.1 Ort des Behandlungsgeschehens	Bezug: 1.797	Bezug: 5.518
6.2 Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel bejaht	516	1.458
6.3 nur Risikoaufklärungsmangel bejaht	16	18

Tabelle 6

6.4 Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner 2019				
	Niedergelassener Bereich	1.797	Krankenhausbereich	5.518
6.4.1	Unfallchirurgie/Orthopädie	409	Unfallchirurgie/ Orthopädie	1.757
6.4.2	Hausärztlich tätiger Arzt	218	Allgemeinchirurgie	748
6.4.3	Augenheilkunde	173	Innere Medizin	485
6.4.4	Innere Medizin	141	Frauenheilkunde	277
6.4.5	Frauenheilkunde	139	Anästhesiologie und Intensivmedizin	225
6.4.6	Allgemeinchirurgie	131	Neurochirurgie	221
6.4.7	Radiologie	105	Geburtshilfe	183
6.4.8	Haut- und Geschlechtskrankheiten	71	Urologie	169
6.4.9	Urologie	52	Neurologie	154
6.4.10	HNO-Heilkunde	45	Kardiologie	148

Erläuterung:

6.2 Zahl und Verteilung der festgestellten Behandlungsfehler und Risikoaufklärungsmängel auf die Versorgungsbereiche Praxis und Krankenhaus (1 Behandlungsfehler je Fachgebiet / Behandlungseinrichtung-Bezug: Nr. 5.1).

6.3 Zahl und Verteilung der Verfahren, in denen ausschließlich Mängel der Risikoaufklärung (vgl. Nr. 3.2) festgestellt worden sind (1 Risikoaufklärungsfehler pro Verfahren – Bezug: Nr. 5.1). Die hier erfassten Mängel der Risikoaufklärung sind in Nr. 6.2 nicht enthalten.

6.4 Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner.

Angegeben sind – unterteilt nach den Versorgungsbereichen Niedergelassener Bereich und Krankenhausbereich – die 10 Fachgebiete, die am häufigsten von einem Begutachtungsantrag betroffen waren (Bezug: Tabelle 5, je Verfahren maximal 4 Antragsgegner/Fachgebiete).

Erfassungskriterium ist die ausgeübte Tätigkeit, nicht die Facharztkompetenz im Sinne der Musterweiterbildungsordnung.

Tabelle 6

6.5 Die häufigsten Fehler 2019 (max. zwei Fehler pro Antragsgegner)				
	Niedergelassener Bereich	1.797	Krankenhausbereich	5.518
6.5.1	Diagnostik, bildgebende Verfahren	142	Therapie operativ, Durchführung	420
6.5.2	Diagnostik, Anamnese/ Untersuchung	79	Diagnostik, bildgebende Verfahren	275
6.5.3	Diagnostik, Labor/Zusatzuntersuchungen	71	Indikation	162
6.5.4	Therapie operativ, Durchführung	63	Therapie postoperative Maßnahmen	142
6.5.5	Therapie, Pharmaka	46	Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	125
6.5.6	Indikation	45	Diagnostik, Labor/ Zusatzuntersuchungen	86
6.5.7	Dokumentation	25	Therapie, Pharmaka	73
6.5.8	Diagnostik, allgemein	24	Dokumentation	67
6.5.9	Stationäre Einweisung	18	Therapie postop., Infektion	66
6.5.10	Überweisung, Facharzt, Konsil	18	Therapie operativ, Verfahrenswahl	63

Erläuterung:

6.5 Die häufigsten Fehlerarten

Angegeben sind – unterteilt nach den Versorgungsbereichen Niedergelassener Bereich und Krankenhausbereich – die 10 häufigsten Behandlungsfehlerarten, unabhängig davon, ob der festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden war oder nicht (maximal 2 Behandlungsfehler je Sachentscheidung).

Tabelle 6

6.6 Die häufigsten fehlbehandelten Krankheiten 2019				
	Niedergelassener Bereich	532	Krankenhausbereich	1447
6.6.1	C50: bösartige Neubildung der Brustdrüse	15	S82: Unterschenkel- und Sprunggelenksfraktur	62
6.6.2	M20: Deformität, Zehen/ Finger	12	M16: Arthrose des Hüftgelenks (Koxarthrose)	48
6.6.3	M17: Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose)	10	S52: Unterarmfraktur	46
6.6.4	S52: Unterarmfraktur	10	M17: Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose)	45
6.6.5	S62: Hand- und Handgelenksfraktur	9	S72: Femurfraktur	44
6.6.6	S92: Fußfraktur (ausgenommen oberes Sprunggelenk)	9	S42: Schulter- und Oberarmfraktur	33
6.6.7	H25: Katarakt, senile	8	S62: Hand- und Handgelenksfraktur	29
6.6.8	H26: Katarakt, sonstiger	8	I63: Hirninfarkt	25
6.6.9	M16: Arthrose des Hüftgelenks (Koxarthrose)	8	T14: Oberflächliche Verletzungen (nicht näher bezeichnet)	22
6.6.10	M75: Bursitis, Schulter	7	K80: Cholelithiasis	21
6.6.11	K35: akute/unklare Appendizitis	7		
6.6.12	O00: Extrauterin gravidität	7		

Erläuterung:

6.6 Die häufigsten fehlbehandelten Krankheiten

Angegeben sind – unterteilt nach den Versorgungsbereichen Niedergelassener Bereich und Krankenhausbereich – die 10 Krankheitsbilder, bei denen am häufigsten Behandlungsfehler oder Mängel der Risikoaufklärung festgestellt worden sind, unabhängig davon, ob der festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden war oder nicht.