

Haftungsfragen*

* Themen dieser Serie:

1. Grundlagen der Arzthaftung – Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler
2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung
6. Anforderungen an die Kommunikation
7. Aufklärung, Teil 1
8. Aufklärung, Teil 2
9. Die ärztliche Dokumentation
10. Der Arzthaftpflichtschaden
11. Der Arzthaftungsprozess
12. Norddeutsche Schlichtungsstelle

■ 1. Grundlagen der Arzthaftung, Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler

Allgemeine rechtliche Grundlagen der Arzthaftung

Die Haftung des Arztes auf zivilrechtlichem Sektor ist in Deutschland im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt. Neben dem Vertragsrecht sind auch die Vorschriften über das Recht der unerlaubten Handlungen (Deliktsrecht) die Grundlagen der zivilrechtlichen Arzthaftung, denn jeder Heileingriff ist zugleich auch eine Körperverletzung, die nur bei rechtswirksamer Einwilligung des Patienten straffrei ist. Es gelten die allgemeinen Regeln des Bürgerlichen Rechts. Spezielle Regeln, die sich ausschließlich auf die ärztliche Behandlung beziehen, enthält das BGB in den §§ 630 a bis h erst seit dem 26.02.2013. Die rechtlichen Beziehungen zwischen Patient und Arzt sind durch diese Vorschriften und durch die Vorgaben der im Laufe der Zeit entstandenen Rechtsprechung geprägt. Der ärztliche Behandlungsvertrag wird in § 630b BGB als Dienstvertrag definiert. Deshalb schuldet der Arzt die Dienstleistung, also eine sorgfältige, fachgerechte Behandlung, nicht aber den Behandlungs- oder Heilerfolg.

Die Verletzung der Pflichten aus dem Behandlungsvertrag stellt grundsätzlich einen Behandlungsfehler dar, der durch aktives Handeln, aber auch durch Unterlassen begangen werden kann. Nicht alle Behandlungsfehler führen zu einem Schaden. Ein Schadenersatzanspruch des Patienten ist nur dann begründet, wenn ein Behandlungsfehler und ein darauf zurückzuführender Gesundheitsschaden bewiesen werden kann.

Liegt ein Aufklärungsmangel vor und ist der ärztliche Heileingriff deshalb nicht von einer wirksamen Patienteneinwilligung gedeckt, haftet der Arzt auch bei fehlerfreier Behandlung, wenn eine Komplikation auftritt, für die er bei korrekter Aufklärung nicht haften würde.



1.1 Ärztlicher Standard, Leitlinien, Richtlinien

Vertraglich und auch deliktisch schuldet der Arzt dem Patienten nach § 276 BGB die im Verkehr erforderliche Sorgfalt, die nach § 630a Abs. 2 BGB grundsätzlich aus dem medizinischen Standard des jeweiligen Fachgebiets abgeleitet wird, soweit nicht etwas anderes zwischen Patient und Arzt vereinbart ist.

Der Arzt hat also diejenigen Maßnahmen zu ergreifen, die in der speziellen Behandlungssituation von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet werden^[1]. Das bedeutet die Beachtung der in der Wissenschaft allgemein oder überwiegend anerkannten Grundsätze für Diagnose und Therapie und die Beachtung des in medizinischer Praxis und Erfahrung Bewährten, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis Gesicherten (evidenzbasierte Medizin).

Im Zivilrecht sind generell die Voraussetzungen der Fahrlässigkeitshaftung erfüllt, wenn eine objektive Sorgfaltspflicht verletzt wurde. Strafrechtliche Schuld erfordert zusätzlich, dass der Arzt auch subjektiv unter Berücksichtigung seiner individuellen Faktoren befähigt war, den von ihm erwarteten objektiven Sorgfaltsstandard einzuhalten. Im Zivilrecht kann sich der Arzt zu seiner Entlastung nicht auf subjektive Unfähigkeit berufen, weil es hier nur auf die objektive Sorgfaltswidrigkeit ankommt.

Bei der sachverständigen Prüfung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, spielen oft die Begriffe „standardgerecht“ und „leitliniengemäß“ und „richtlinienkonform“ eine Rolle. Werden sie synonym verwendet, kann dies zu Fehlbeurteilungen führen.

Richtlinien sind rechtlich verbindlich. Verstöße sind haftungsrechtlich ohne weitere gutachterliche Prüfung als ärztliches Fehlverhalten einzustufen, wenn nicht Gründe vorliegen, die dies widerlegen.

Leitlinien sind rechtlich unverbindlich. Sie sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisbezogene Orientierungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen, gleichgültig auf welcher Entwicklungsstufe sie sind, nur allgemeine Handlungsempfehlungen dar. Die Nichtbefolgung von Leitlinien rechtfertigt per se nicht die Feststellung eines Behandlungsfehlers. Genau so wenig schließt das Befolgen von Leitlinien automatisch einen Behandlungsfehler aus. Leitlinien können kein Sachverständigengutachten ersetzen und nicht unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden.

Der Standard ist objektiver Maßstab dafür, ob die Behandlung lege artis oder fehlerhaft durchgeführt wurde. Dieser ist durch sachverständige medizinische Würdigung für jeden Einzelfall zu definieren^[2]. Für das Maß und den Umfang des vom Arzt zu verlangenden Standards darf keine einheitliche Messlatte angelegt werden, er ist eine variable Größe und passt sich den Gegebenheiten und Notwendigkeiten im jeweils konkreten Einzelfall an^[3].

Es sind Differenzierungen unter dem Gesichtspunkt der verschiedenen Fachgruppen und im Blick auf die Verkehrserwartung erforderlich. Grundsätzlich besteht entsprechend der Erwartung des Patienten Anspruch auf den Facharztstandard, wobei der Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der konkreten Behandlung maßgebend ist.

Spezialkenntnisse erhöhen den Standard: Verfügt ein Arzt über den zu fordernden Standard hinaus über bessere medizinische Erkenntnis- und Behandlungsmöglichkeiten, dann muss er diese auch zugunsten seiner Patienten einsetzen.

Folgende Kriterien sind bei der Bestimmung des Standards jeweils für den konkreten Einzelfall abzuwägen:

Art und Schwere der Verletzung / Krankheit, Notfallbehandlung unter eingeschränkten Bedingungen, Elektivbehandlung unter optimalen Bedingungen, Fachgebiet des behandelnden Arztes, Spezialkenntnisse des behandelnden Arztes, Versorgungsebene (Kleine Praxis/Krankenhaus der Maximalversorgung), Apparative Ausstattung, Personelle Ausstattung, Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung, in der Wissenschaft allgemein anerkannte Grundsätze für Diagnose und Therapie, das von einem durchschnittlich befähigten Arzt verlangte Maß an Kenntnis und Können (Facharztstandard), anamnestischer Kenntnisstand (Sicht: ex ante).

1.2 Behandlungsfehler, schwerer (grober) Behandlungsfehler

Der früher gebräuchliche Begriff „Kunstfehler“ ist in der Rechtsprechung seit Jahrzehnten obsolet und durch den Begriff „Behandlungsfehler“ ersetzt worden.

Die Rechtsprechung unterscheidet zwischen Behandlungsfehlern und groben Behandlungsfehlern. Ein leichter Behandlungsfehler, wie ab und an in Gutachten zu lesen, kommt in der Rechtsprechung nicht vor und ist daher für die haftungsrechtliche Bewertung untauglich.

Der Behandlungsfehler wird definiert als Verstoß gegen anerkannte Regeln der Heilkunde aufgrund Außerachtlassung derjenigen Sorgfalt, die von einem ordentlichen, pflichtgetreuen Arzt der in Rede stehenden Fachrichtung in der konkreten Situation erwartet werden kann (objektive Standardunterschreitung).

Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Handlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf^[4].

Es muss also eine objektiv erhebliche, nicht mehr nachvollziehbare Standardunterschreitung vorliegen, z. B. eine grundlose Außerachtlassung selbstverständlicher diagnostischer Maßnahmen, die Nichtbestimmung von Parametern, die zwingend erhoben werden müssten, ein elementarer Fehler im Bereich der Therapie, ein offenkundiger Verstoß gegen anerkannte Behandlungsgrundsätze, eine Verletzung der erforderlichen Sorgfalt nach den gesamten Umständen in ungewöhnlich großem Maße und Nichtbeachtung dessen, was im gegebenen Fall jedem hätte einleuchten müssen oder ein schlicht nicht nachvollziehbares und völlig unverständliches Fehlverhalten.

Der grobe Behandlungsfehler hat gravierende beweisrechtliche Konsequenzen, die jetzt auch in § 630 h Abs. 5 BGB definiert sind:

Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast (von der Patientenseite auf die Arztseite) für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem primären Gesundheitsschaden. Es reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahe legen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden nicht^[5].

Ausnahmsweise kommt es nicht zu einer Beweislasteileichterung bei schwerem Behandlungsfehler, wenn der Eintritt des Primärschadens aufgrund des schweren Fehlers äußerst unwahrscheinlich ist, wobei allerdings der Arzt die Tatsachen beweisen muss, die zu der Annahme gänzlicher Unwahrscheinlichkeit führen^[6] oder wenn der Patient durch sein Verhalten die Aufklärung der Schädigungsursache in ähnlicher Weise wie ein Arzt durch einen schweren Behandlungsfehler beeinträchtigt^[7].

1 BGH VersR 1999, 716

2 BGH VI ZR 57/07, Beschluss vom 28. März 2008

3 Deutsch, Ressourcenbeschränkung und Haftungsmaßstab im Medizinrecht, VersR 1998, 261

4 BGH VersR 1996, 1148

5 BGH VersR 1996, 1535

6 BGH VersR 1986, 1535, BGH VersR 1997, 362

7 OLG Braunschweig VersR 1998, 459

2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt

Übernahme der Behandlung

Übernimmt ein Arzt eine Behandlung oder eine einzelne Behandlungsmaßnahme, der er nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Fachkenntnissen, seiner apparativen Ausstattung oder in seiner persönlichen Situation (z. B. Erkrankung oder Übermüdung) nicht gewachsen ist, liegt ein Übernahmeverschulden vor. Haftungsrechtlich ist der Arzt grundsätzlich

nicht auf diejenigen Behandlungsmaßnahmen beschränkt, die seinem Fachgebiet zuzuordnen sind. Behandelt er jedoch außerhalb seines Fachgebietes, hat er den Qualitäts-Standard der übernommenen Behandlungsmaßnahme zu gewährleisten.

Berufsanfänger und Ärzte in Facharztausbildung

Dieser Personenkreis muss gegenüber den eigenen Fähigkeiten besonders selbstkritisch sein und in Zweifelsfällen den Rat erfahrener Fachkollegen einholen bzw. den Eingriff unterlassen. Allerdings entfällt bei Fehlern ein Schuldvorwurf gegenüber dem Unerfahrenen, wenn ein zugezogener Oberarzt das Vorgehen des Anfängers billigt^[1].

Berufsanfänger und Ärzte in Facharztausbildung müssen gegenüber dem ihnen übergeordneten Facharzt offenbaren, wenn sie mangels hinreichender Erfahrung Bedenken haben, einen Eingriff vorzunehmen^[2].

Fachkenntnisse, Fortbildung

Der Arzt schuldet eine Behandlung, die dem jeweiligen aktuellen Stand der Medizin entspricht. Zwar muss nicht stets das neueste Behandlungskonzept mit stets neuester apparativer Ausstattung angewandt werden. Jedoch ist die Anwendung einer Behandlungsmaßnahme dann sorgfaltswidrig, wenn neue Methoden risikoärmer sind und/oder bessere Heilungschancen versprechen, in der medizinischen Wissenschaft im Wesentlichen unumstritten sind und deshalb ausschließlich eine solche Methode von einem sorgfältigen und damit auch auf Fortbildung bedachten Arzt verantwortet werden kann.

Um mit der Entwicklung von ärztlicher Kunst und Wissenschaft Schritt halten zu können, ist der Arzt verpflichtet, im Bereich der Humanmedizin wegen des Gewichts der im Rahmen seiner Tätigkeit möglicherweise betroffenen Rechtsgüter sich über die Erkenntnisse und Erfahrungen in der Wissenschaft unterrichtet zu halten^[3]. Hierzu bedarf es in der Regel des regelmäßigen Lesens einschlägiger Fachzeitschriften auf demjenigen medizinischen Gebiet, auf welchem der Arzt praktiziert.

Zwar verlangt die Rechtsprechung von einem Arzt nicht in jedem Fall, dass er alle medizinischen Veröffentlichungen sofort kennt und beachtet^[4]. Allerdings wird das regelmäßige Lesen einschlägiger Fachzeitschriften auf dem entsprechenden Gebiet gefordert. Spezialveröffentlichungen über Kongresse muss der „normale“ Facharzt nicht kennen, da diese Beiträge nur in geringer Auflage erscheinen bzw. sich nur an Spezialisten, nicht aber an den niedergelassenen Praktiker wenden^[5].

Von Ärzten, die sich mit der Behandlung einer bestimmten Krankheit befassen, ist zusätzlich auch die Lektüre von solchen Zeitschriften zu fordern, die über die Behandlung dieser Krankheit und deren Risiken berichten^[6].

Bei der Anwendung neuer, noch nicht allgemein eingeführter Methoden wird vom Facharzt über die Lektüre der einschlägigen inländischen Fachzeitschriften hinaus auch die Berücksichtigung des methodisch spezifischen internationalen Schrifttums erwartet^[7]. Von Allgemeinmedizinern wird die Lektüre von ausländischen Fachzeitschriften nicht verlangt.

Wirtschaftlichkeit und Sorgfalt

Wenn Sorgfaltsanforderungen mit Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen kollidieren können, wird der Arzt durch die Folgen der Budgetierung, Deckelung oder Fallpauschalen von der Haftung für die erforderliche Sorgfalt im Einzelfall nicht generell befreit.

Zwar hat der Arzt die Beschränkungen durch die sozialgesetzlichen Vorgaben zu berücksichtigen. Der verfassungsrechtliche Schutz der Gesundheit erzwingt jedoch stets einen Normalstandard der Sorgfalt zur Erhaltung der Gesundheit, zur Kontrolle der Schmerzen und zur Wiederherstellung des Kranken. Die Grenze zur Sorgfaltspflichtverletzung ist hier unscharf, sie ist jedenfalls spätestens dann überschritten, wenn das Unterlassen der Behandlung einen groben Behandlungsfehler darstellen würde. Insoweit setzen sich die medizinischen Notwendigkeiten zur Erhaltung der grundgesetzlich geschützten Gesundheit gegenüber der Sozialgesetzgebung durch. Der Arzt sollte ihnen Folge leisten^[8]. Eine Standardunterschreitung aus Kostengründen darf nicht eintreten^[9].

Apparative Ausstattung

Der Arzt hat generell die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft für die Behandlung erforderlichen technischen Dienstmittel und Apparaturen vorzuhalten und zu verwenden. Hierbei gestaltet sich das Schritthalten der Praxis schon aus Kostengründen weitaus schwieriger als bei bloßer Anwendung neuer geistiger Erkenntnisse. Deshalb kann es für eine gewisse Übergangszeit gestattet sein, mit älteren, bis dahin bewährten apparativen Methoden zu arbeiten, sofern dies nicht schon wegen der Möglichkeit, den Patienten in eine besser ausgestattete Einrichtung zu überweisen, unverantwortlich sein sollte^[10]. Die Anforderungen an die apparative Grundausstattung orientieren sich an den vorauszusetzenden Behandlungsbedingungen der jeweiligen stationären Versorgungsstufe des Krankenhauses^[11].

Unzureichende apparative Ausstattung

Stehen dem Arzt keine ausreichenden apparativen Bedingungen für eine standardgemäße Behandlung zur Verfügung, dann ist der Patient von vornherein in ein anderes Krankenhaus zu überweisen, das nach seiner personellen und apparativen Ausstattung diesen Standard gewährleistet. Das Unterlassen dieser Maßnahme ist ein Behandlungsfehler in Form des Übernahmeverschuldens.

Grenzwertige apparative Ausstattung

Ist der zu fordernde medizinische Behandlungsstandard trotz einer als dürftig einzustufenden Ausstattung des Krankenhauses gerade noch gewahrt, ist aber im konkreten Fall die apparative Ausstattung für die kontrollierte Führung der Therapie von besonderem Gewicht, stellt dies einen Umstand dar, der für die Entscheidung des Patienten, ob er sich in diesem Krankenhaus

behandeln lassen sollte oder besser ein anderes, vielleicht sogar auf die Behandlung seiner Erkrankung spezialisiertes Krankenhaus aufsuchen sollte, von erheblicher Bedeutung ist, so dass er darüber informiert werden muss^[12].

Beratungsumfang bei Ausstattungsdefiziten

Die ärztliche Beratungs- und Hinweispflicht erstreckt sich nicht auf eine Aufklärung darüber, dass mangels optimaler Ausstattung nicht die modernsten Methoden angewendet werden können oder in anderen Krankenhäusern gegebenenfalls modernere Apparaturen zur Verfügung stehen, wenn und soweit der Standard guter ärztlicher Behandlung gewährleistet ist und eine anderweitige Behandlung in Ansehung der konkreten Umstände des Falls nicht dringend geboten erscheint. Eine derart weitgehende Hinweispflicht ist insbesondere dann abzulehnen, wenn eine Standardbehandlung, die vielfach erprobt worden ist und sich in der Praxis langjährig bewährt hat, anwendbar ist und auch angewendet wird^[13].

Geräteanwendung

Bei Einsatz von technischer Apparatur gilt, dass sich der Arzt als technisch und naturwissenschaftlich aufgeschlossener Mensch über die mit der Anwendung eines Geräts für den Patienten verbundenen Risiken vertraut machen muss^[14].

Der Arzt hat funktionsfähiges medizinisch-technisches Gerät für die Behandlung zur Verfügung zu stellen. Die Kontrollpflichten gehen über die in § 11 MedGV vorgeschriebenen sicherheitstechnischen Kontrollen hinaus. So ist z. B. vor jedem operativen Eingriff das Intubationsgerät optisch zu kontrollieren^[15]. Daneben besteht selbstverständlich die Verpflichtung des Arztes, die medizinischen Geräte regelmäßig warten und prüfen zu lassen^[9].

Der in der jeweiligen Versorgungsebene zu gewährleistende allgemeine Qualitäts-Standard der Behandlungsabläufe ist

durch geeignete Vorkehrungen sicherzustellen. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Fortbildung, der apparativen Ausstattung, der Gerätesicherheit und der Geräteanwendung.

- 1 OLG München VersR 1993, 1400
- 2 BGH NJW 1994, 2008
- 3 BGH VersR 1977, 546
- 4 OLG Düsseldorf VersR 1985, 478
- 5 OLG München, VersR 2000, 890
- 6 BGH VersR 1982, 147
- 7 BGH VersR 1991, 469
- 8 Deutsch, Ressourcenbeschränkung und Haftungsmaßstab im Medizinrecht, VersR 1998, 261
- 9 Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 638
- 10 BGH VersR 1988, 179
- 11 Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 6. Auflage 2009, Verlag C.H. Beck, S. 62
- 12 BGH VersR 1989, 851
- 13 OLG Köln VersR 1999, 847
- 14 BGH VersR 1991, 1289
- 15 OLG Hamm VersR 1980, 585

Autor:

Rechtsanwalt Johann Neu

Geschäftsführer

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen Ärztekammern

Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

Tel. (05 11) 3 80 24 16 oder - 24 20

Fax (05 11) 3 80 24 06

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de

* Nachdruck: Überarbeitete Version der Artikelserie „Haftungsfragen“ aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2011

Haftungsfragen*

* Themen dieser Serie:

1. Grundlagen der Arzthaftung – Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler
2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung
6. Anforderungen an die Kommunikation
7. Aufklärung, Teil 1
8. Aufklärung, Teil 2
9. Die ärztliche Dokumentation
10. Der Arzthaftpflichtschaden
11. Der Arzthaftungsprozess
12. Norddeutsche Schlichtungsstelle

■ 3. Diagnostik

Der Diagnosefehler ist ein Unterfall des Behandlungsfehlers. Vielfach wird von Patienten aus der Tatsache, dass der Arzt eine Diagnose gestellt hat, die sich im weiteren Verlauf als unzutreffend erwiesen hat, auf einen Behandlungsfehler geschlossen.

Der Behandlungsvertrag ist naturgemäß (§ 630b BGB) kein Werkvertrag, so dass nicht in jedem Fall die objektiv richtige Diagnose geschuldet wird. Nicht jede sachlich unrichtige Diagnose und nicht jeder Irrtum im Zusammenhang mit einer Diagnose kann daher dem Arzt als haftungsbegründendes Fehlverhalten angelastet werden [1]. Allerdings begründet das Nichterkennen einer erkennbaren Erkrankung einen Schuldvorwurf [2].

Allein ausschlaggebend für die Bewertung der Haftungsfrage ist, ob der Arzt eine fachgerechte Diagnostik durchgeführt hat.

Die Rechtsprechung unterscheidet zwischen (haftungsrechtlich folgenlosem) **Diagnoseirrtum** und (haftungsrechtlich relevantem) **Diagnosefehler**.

Begründet wird dies in der Rechtsprechung damit, dass die Symptome einer Erkrankung nicht immer eindeutig sind, sondern auf verschiedene Ursachen hinweisen können. Daneben kann jeder Patient aufgrund der Unterschiedlichkeiten im menschlichen Organismus die Symptome ein und derselben Krankheit in unterschiedlicher Ausprägung aufweisen. Deshalb sind Irrtümer bei der Diagnosestellung oft nicht Folge eines vorwerfbaren Versehens des behandelnden Arztes. Unzutreffende Diagnosen, die lediglich auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sind, werden von der Rechtsprechung deshalb stets nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet [3].



Richtige Diagnostik - falsche Diagnose

Hat der Arzt eine gründliche Anamneseerhebung durchgeführt, eine eigene klinische Befunderhebung (ggf. durch körperliche Untersuchung) vorgenommen, notwendige Zusatzuntersuchungen durchgeführt oder veranlasst, ggf. Ärzte anderer Fachgebiete eingeschaltet, die eigenen und die Fremdbefunde sorgfältig ausgewertet, zweifelhafte Fremdbefunde überprüft, differentialdiagnostische Erwägungen angestellt, die Arbeitsdiagnose bei ausbleibender Beschwerdebesserung oder bei Auftreten von neuen Symptomen, die mit der Arbeitsdiagnose unvereinbar sind, überprüft und ist dennoch zu einer objektiv falschen Diagnose gelangt, dann handelt es sich regelmäßig um einen unverschuldeten Diagnoseirrtum, für dessen Folgen er nicht haftet.

Hausbesuch oder Ferndiagnose?

Es gehört zu den Aufgaben des Arztes, sich von den Leiden des Patienten ein eigenes Bild zu machen, dabei die Angaben Dritter nicht ungeprüft zu übernehmen und wichtige Befunde selbst zu erheben. Dazu ist, wenn der Patient nicht selbst in die Sprechstunde kommen kann, ein Hausbesuch jedenfalls dann erforderlich, wenn es sich offensichtlich um eine schwere Erkrankung handelt. Ferndiagnosen aufgrund mündlicher Berichte von Angehörigen können in den seltensten Fällen ausreichen, und viel anders ist es auch nicht, wenn der Arzt den Patienten selbst sprechen kann. Daraus folgt die Besuchspflicht des behandelnden Arztes, der er sich nur dann entziehen darf, wenn schwerwiegende Gründe, wie z. B. die Behandlung anderer Patienten, ihn daran hindern, und er für anderweitige Hilfe sorgt [4].

Arbeitsdiagnose

Unterlässt der Arzt die Überprüfung einer von ihm gestellten ersten Diagnose (Arbeitsdiagnose) im weiteren Behandlungsverlauf, dann gilt dies nicht nur dann als sorgfaltswidrig, wenn die etwa begonnene Therapie keine Wirkung zeigt, sondern auch bereits dann, wenn Krankheitserscheinungen auftreten, die für die zunächst angenommene Erkrankung untypisch sind [5] oder auch für eine ganz andere Erkrankung sprechen könnten. Auszugehen ist zunächst immer von der „schlechtesten“ Diagnose [6].

Differenzialdiagnose

Können Symptome – wenn auch vielleicht mit unterschiedlichem Wahrscheinlichkeitsgrad – auf mehrere verschiedene Krankheiten hindeuten, so ist, wenn (wie in der Regel) eine vernünftige Therapie eine sichere Festlegung erfordert, durch weitere differential-diagnostische Maßnahmen Aufschluss über die konkret vorliegende Erkrankung zu suchen [7]. Der Vorwurf einer unzureichenden Diagnostik und Befunderhebung ist unbegründet, wenn der Arzt die dafür gebotene Einschaltung von anderen Fachärzten durch entsprechende Überweisung zeitgerecht veranlasst hat [8].

Stufendiagnostik

Grundsätzlich hat sich der Umfang der Diagnostik am Krankheitsbild zu orientieren. Die Diagnostik ist stufenweise aufzubauen (Basisdiagnostik, Aufbaudiagnostik, Spezialdiagnostik). Dies gilt insbesondere bei wenig erforschten Krankheitsbildern [9]. Unbedenkliche Untersuchungsarten ohne gesundheitsschädliche Folgen sind vorrangig einzusetzen [10].

Diagnostischer Übereifer

Nicht nur das Unterlassen diagnostischer Maßnahmen, sondern auch ein Zuviel davon kann einen Behandlungsfehler darstellen [11]. Nicht indizierte Behandlungsmaßnahmen sind

stets rechtswidrig, denn der Patient kann nur in eine lege artis durchzuführende Behandlung wirksam einwilligen. Dies gilt besonders auch für invasive diagnostische Maßnahmen.

Diagnostisches Übernahmeverschulden

Im Bereich der Diagnostik liegt Übernahmeverschulden dann vor, wenn eine erforderliche diagnostische Ausstattung und Spezialerfahrung fehlen [12].

Diagnostische Beratung

Ein Diagnosefehler kann auch vorliegen, wenn unterbliebene Verhaltensanweisungen an Patient oder Personal zur verspäteten Diagnosestellung führt [13].

Keine Verträglichkeitsdiagnostik bei gebräuchlichen Medikamenten

Nach einem gefäßchirurgischen Eingriff ist eine Thromboseprophylaxe unumgänglich; die Verwendung des Mittels Heparin ist dabei üblich und nicht zu beanstanden. Eine diesbezügliche Verträglichkeitsdiagnostik gehört nicht zu dem geschuldeten medizinischen Standard einer Operationsvorbereitung [14].

Diagnostische Eingriffe

Nicht jeder Diagnosevorgang bleibt für den Patienten ohne Folgen. Je stärker ein diagnostischer Eingriff die körperliche Integrität berührt und je größer die mit ihm verbundenen Risiken sind, desto mehr stellt sich neben den haftungsrechtlich ansonsten eher unmaßgeblichen Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten die Frage nach einer ausreichenden medizinischen Indikation. Die Bejahung der Indikation zu einer risikobehafteten invasiven diagnostischen Maßnahme setzt immer eine Güterabwägung zwischen der diagnostischen Aussagefähigkeit, den Aufklärungsbedürfnissen und den besonderen Risiken für den Patienten voraus [15].

Der Befunderhebungsfehler – ein großes Haftungsrisiko

Im Gegensatz zur Fehlinterpretation erhobener Befunde stellt das Nichterheben gebotener Befunde, das Unterlassen erforderlicher Untersuchungen – die dann möglicherweise zu anderer (zutreffender) Diagnose geführt hätten – einen Behandlungsfehler dar.

Ein schwerer Befunderhebungsmangel führt ohne weiteres als schwerer Behandlungsfehler zu einer Beweislastumkehr zugunsten der Patientenseite.

Selbst ein **einfacher** Befunderhebungsmangel kann nach § 630h Abs. 5 BGB diese gravierende Beweislastverschiebung zeitigen, wenn

- der Arzt gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde verstoßen hat,
- bei ordnungsgemäßer Befunderhebung sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte
- und wenn die Verknennung dieses Befundes ein fundamentaler Fehler oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft einzustufen wäre.

Der Patient hat Anspruch darauf, dass der Arzt ein mehrdeutiges Krankheitsbild durch alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel moderner Untersuchungsmethoden abklärt. Diagnostische Versäumnisse können ebenso wie diagnostischer Übereifer zur Haftung führen.

- 1 OLG Karlsruhe VersR 1994, 860
- 2 BGH VersR 1998, 545
- 3 BGH VersR 1994, 860
- 4 BGH VersR 1979, 376
- 5 BGH VersR 1985, 886
- 6 OLG Frankfurt, Urteil vom 24.02.1991 – AHRS 2430/3
- 7 BGH VersR 1993, 836
- 8 OLG Oldenburg VersR 1999, 101
- 9 OLG Hamm VersR 1997, 1342
- 10 OLG Oldenburg VersR 1991, 1242
- 11 Laufs/ Kern, Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck, 4. Aufl. 2010, S. 1209
- 12 OLG Stuttgart VersR 1994, 106
- 13 Steffen/Pauge Arzthaftungsrecht, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 77
- 14 OLG Düsseldorf VersR 1999, 1371
- 15 BGH VersR 1995, 1055

■ 4. Therapie

Die Indikationsstellung als Grundlage der Therapie

Jeder Heileingriff und jede Heilbehandlung muss grundsätzlich indiziert sein. Es muss also ein Grund zur Anordnung bzw. Verordnung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens vorliegen, der die Anwendung einer ärztlichen Maßnahme, sei es diagnostisch oder therapeutisch, rechtfertigt. Lediglich bei rein kosmetischen Eingriffen ist dies nicht gefordert.

Die Frage der Indikation ist deshalb auch stets eine solche der Interessenabwägung: Schwere des Krankheitsbildes, Gefährlichkeit der beabsichtigten Maßnahme, Risiko und Schwere des Eingriffs, Erfolgsaussichten und erstrebter Zweck der Heilbehandlung müssen in einem angemessenen und vernünftigen Verhältnis zueinander stehen [1].

Die Rechtsprechung stellt vor allem bei diagnostischen Eingriffen strenge Anforderungen an die Indikationsstellung [2].

Ist die Operation nicht indiziert, kann die technische Durchführung noch so exzellent sein: Der Eingriff ist und bleibt rechtswidrig!

Die Therapiegrundsätze

Die Rechtsprechung gewährt dem Arzt aufgrund seiner medizinischen Kenntnisse und seines ärztlichen Wissens bei der Wahl der therapeutischen Methode einen gewissen Beurteilungs- und Ermessensspielraum [3], wobei vorausgesetzt wird, dass die angewandte Therapie dem jeweiligen Stand der Medizin entspricht. Diese ärztliche Therapiefreiheit bedeutet zugleich Methodenfreiheit und fehlende Bindung an die Schulmedizin [4].

Der Arzt darf grundsätzlich auch außerhalb seiner Fachbereichsgrenzen, die durch die Weiterbildungsordnungen gezogen sind, Behandlungen durchführen. Ausschlaggebendes Kriterium ist allein die ärztliche Approbation. Das entbindet den Arzt nicht von seiner ständig bestehenden Verpflichtung, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob er auf Grund seiner Fähigkeiten und der sonstigen Umstände in der Lage ist, die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchzuführen [5]. Bei der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten durch den Vertragsarzt gelten nach wie vor die Beschränkungen des Vertragsarztrechts.

Die Therapiefreiheit

Therapiefreiheit ist eine der herausragenden Eigenschaften des Arztberufes. Das bedeutet, dass kein Arzt zu einer Methode oder zu einer bestimmten Arzneimitteltherapie gezwungen werden darf, die seinem Gewissen widerspricht. Diese Freiheit gilt auch unter den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn deren Leistungspflicht sich nicht eindeutig unbegrenzt zeigt [6]. Es bleibt stets die Aufgabe des Arztes, die ihm geeignet erscheinende diagnostische oder therapeutische Methode auszuwählen [7].

Wenn auch der Arzt seinem Patienten neben einer sorgfältigen Diagnose die Anwendung einer dem Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung entsprechenden Therapie schuldet, die den in der Wissenschaft allgemein anerkannten Grundsätzen für Diagnose und Therapie entspricht, bedeutet das nicht, dass jeweils das neueste Therapiekonzept verfolgt werden muss, wozu dann auch eine stets auf den neuesten Stand gebrachte apparative Ausstattung gehören müsste [8].

Der Arzt ist auch nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt, denn das Patienteninteresse ist in erster Linie auf Befreiung von Krankheit, nicht auf größtmögliche Sicherheit ausgerichtet. Ein höheres Risiko muss aber durch besondere Sachzwänge des konkreten Falls oder durch eine günstigere Heilungsprognose gerechtfertigt sein [9].

Die Wahl der Therapie muss der Arzt grundsätzlich nach seinem ärztlichen Beurteilungsermessen aufgrund der jeweils verschiedenen Gegebenheiten des konkreten Behandlungsfalles und seiner eigenen Erfahrung und Geschicklichkeit in der Behandlungsmethode treffen können [7].

Die Freiheit ist nicht grenzenlos!

Die medizinische Kontraindikation setzt die absolute Grenze des ärztlichen Ermessens. Jenseits dieser Grenze liegt die Rechtswidrigkeit des ärztlichen Handelns, die auch nicht mit einer Einverständniserklärung des Patienten beseitigt werden kann. Eine solche Erklärung wäre rechtlich bedeutungslos, da ausschließlich in eine medizinisch indizierte (Ausnahme: rein kosmetisch begründete), lege artis durchgeführte Behandlung wirksam eingewilligt werden kann.

Eine weitere Einschränkung der Therapiefreiheit besteht darin, dass bekannte Risiken durch die Wahl einer risikoärmeren Alternative möglichst zu verringern oder zu vermeiden sind. Die Wahl der risikoreicheren Therapie muss stets medizinisch sachlich begründet sein [10]. Der Arzt hat alle bekannten und medizinisch vertretbaren Sicherheitsmaßnahmen anzuwenden, die eine erfolgreiche und komplikationsfreie Behandlung gewährleisten, und muss umso umsichtiger vorgehen, je einschneidender eine Komplikation sich für die künftige Lebensführung des Patienten auswirken kann [11].

Die Grauzone der Methodenwahl

Unter verschiedenen eingeführten und bewährten Therapiemethoden kann der Arzt seine konkrete Behandlungsmethode frei wählen, wenn Heilungsaussichten, Eingriffsbelastung und Schadenrisiken im Wesentlichen gleichwertig sind.

Eine weitere Begrenzung der Methodenfreiheit stellt der Zeitpunkt dar, von dem ab eine bestimmte Behandlungsmaßnahme veraltet und überholt ist:

Die Anwendung der alten Behandlungsmethode oder Operationstechnik wird dann zum Behandlungsfehler, wenn die neue Methode oder die neue Technik an einem für Aussagen über die Nutzen-Risiko-Bilanz ausreichend großen Patientengut medizinisch erprobt und im Wesentlichen unumstritten ist, in der Praxis nicht nur an wenigen Zentren, sondern verbreitet Anwendung findet, für den jeweils betroffenen Patienten risikoärmer oder weniger belastend ist und/oder bessere Heilungschancen verspricht [12].

Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, die erst in wenigen Spezialkliniken erprobt und durchgeführt werden, sind für den allgemeinen Qualitätsstandard nur insoweit zu berücksichtigen, als es um die Frage geht, ob der Patient wegen eines speziellen Leidens in diese Spezialklinik hätte überwiesen werden müssen [13].

In § 630a Abs. 2 BGB wird die Möglichkeit eröffnet, Behandlungsoptionen auch außerhalb des etablierten Standards zu vereinbaren und auszuschöpfen:

Neue Behandlungsmethoden

Der Arzt kann eine neue Behandlungsmethode grundsätzlich auch dann anwenden, wenn sie sich noch in der Phase der Erprobung befindet, solange sie im konkreten Fall nicht kontraindiziert ist, er die Erkenntnislücken bezüglich des Potentials spezifischer Komplikationen durch entsprechend großzügige Sicherheitspolster für den Patienten neutralisiert und er den Patienten über die Neuartigkeit und die Möglichkeit unbekannter Risiken ausführlich unterrichtet [14].

Außenseitermethoden

Der vom Arzt einzuhaltende Qualitätsstandard zwingt ihn nicht zur Standardbehandlung, denn grundsätzlich ist der Arzt nicht an die Regeln der Schulmedizin gebunden. Ein Abweichen von der Standardmethode kann aufgrund der Besonderheiten des Falles oder ernsthafter Kritik an der hergebrachten Methode geboten sein [15].

Die Wahl einer Außenseitermethode kommt allerdings nur dann in Betracht, wenn der Operateur über besondere Erfahrungen in der Anwendung der Methode verfügt und das Für und Wider der Operationsmethode mit dem Patienten erörtert hat [16].

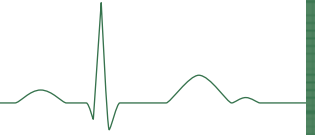
Heilversuch

Der Versuch einer neuen, klinisch nicht hinreichend erprobten Therapie kann vertretbar sein, wenn die Standardmethode im konkreten Fall wenig Erfolg versprechend, die Prognose des Heilversuchs deutlich günstiger ist und die Heilungschancen das Fehlschlagrisiko deutlich übersteigen.

Der Patient muss über den Versuchscharakter der Therapie umfassend aufgeklärt werden. Dazu gehört auch eine detaillierte Darstellung der Chancen und der Risiken [17].

Das Ausschöpfen des Ermessensspielraumes ist einerseits limitiert durch die Kontraindikation und andererseits nur zulässig vor dem Hintergrund und in den Grenzen einer wirksamen Einwilligung des informierten Patienten.

- 1 Laufs/ Kern, *Handbuch des Arztrechts*, Verlag C.H. Beck, 4. Aufl. 2010, S. 664
- 2 OLG Düsseldorf VersR 1984, 643
- 3 BGH VersR 1992, 238
- 4 Steffen/Pauge *Arzthaftungsrecht*, RWS Verlag, 10. Aufl. 2006, S. 94
- 5 Bundesverfassungsgericht, *Entscheidung vom 01.02.2011 – 1 BvR 2383/10*
- 6 Kamps, *MedR* 2002, 193, 194



- 7 Steffen/Pauge, *Arzthaftungsrecht*, RWS Verlag, 10. Aufl. 2006, S. 78 ff
- 8 BGH VersR 1988, 179
- 9 BGH VersR 1988, 1982; OLG Frankfurt VersR 1998, 1378
- 10 Geiß/Greiner, *Arzthaftpflichtrecht*, Verlag C.H. Beck, 6. Aufl. 2009, S. 79
- 11 BGH VersR 1985, 969
- 12 BGH VersR 1992, 240
- 13 OLG Oldenburg VersR 1989, 402
- 14 BGH MedR 2007, 653
- 15 BGH VersR 1996, 1224
- 16 OLG Düsseldorf VersR 1991, 1176
- 17 Steffen/Pauge *Arzthaftungsrecht*, RWS Verlag, 10. Aufl. 2006, S. 95

Autor:
Rechtsanwalt Johann Neu
Geschäftsführer
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen Ärztekammern
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover
Tel. (05 11) 3 80 24 16 oder – 24 20
Fax (05 11) 3 80 24 06
E-Mail: info@schlichtungsstelle.de
www.schlichtungsstelle.de

* Nachdruck: Überarbeitete Version der Artikelserie „Haftungsfragen“ aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2011

Haftungsfragen*

* Themen dieser Serie:

1. Grundlagen der Arzthaftung – Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler
2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
3. Diagnostik
4. Therapie
- 5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung**
- 6. Anforderungen an die Kommunikation**
7. Aufklärung, Teil 1
8. Aufklärung, Teil 2
9. Die ärztliche Dokumentation
10. Der Arzthaftpflichtschaden
11. Der Arzthaftungsprozess
12. Norddeutsche Schlichtungsstelle

■ 5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung

Der Patient hat in jeder Phase der Gesamtbehandlung Anspruch auf fachärztlichen Standard. Mit zunehmender Spezialisierung steigen einerseits die damit verbundenen Reibungsverluste (Informationsverluste, Zuständigkeitslücken) und andererseits, weil dies nicht zu einer Standardunterschreitung in der Gesamtbehandlung führen darf, die Anforderungen an die Organisation der Arbeitsteilung. Für die Vermeidung negativer Kompetenzkonflikte ist der behandlungsführende Arzt verantwortlich [1].

Horizontale Arbeitsteilung

Die horizontale Arbeitsteilung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient von mehreren gleichberechtigten Fachärzten verschiedener Fachrichtungen oder auch derselben Fachrichtung (z. B. Kardiologe ohne und mit Herzkatheterlabor) behandelt wird, dass die behandelnden Ärzte auf der gleichen hierarchischen Ebene agieren und dass keine Weisungsgebundenheit untereinander besteht.

Vertrauensgrundsatz

Werden Ärzte verschiedener Fachrichtungen nacheinander tätig, dann gilt zunächst der Vertrauensgrundsatz: Die Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen können wechselseitig davon ausgehen, dass der andere beteiligte Arzt seine Aufgaben richtig wahrnimmt [2].

Der Vertrauensgrundsatz gilt grundsätzlich auch, wenn Ärzte verschiedener Fachrichtungen gleichzeitig tätig werden, z. B. Chirurg und Narkosearzt während einer Operation. In dieser Situation bedarf es zum Schutz des Patienten einer Koordination der beabsichtigten Maßnahmen, um Risiken auszuschließen, die sich aus der Unverträglichkeit der von den beteiligten



Fachrichtungen vorgesehenen Methoden oder Instrumente ergeben könnten [3].

Grenzen des Vertrauensgrundsatzes

Der überweisende Arzt, muss die Befunde des hinzugezogenen Arztes des Spezialfachs zumindest summarisch auf Plausibilität überprüfen. Erkannten Fehlern oder tatsächlichen/wertenden Unzulänglichkeiten der Befunde des hinzugezogenen Arztes hat er nachzugehen. Für sich gleichsam aufdrängende, leicht erkennbare Unzulänglichkeiten gilt dies umso mehr.

Der zu einer speziellen Untersuchung seines Fachgebiets hinzugezogene Arzt hat seinerseits den überweisenden Arzt auf Zweifel an dessen Befunden oder auf erkannte oder offenkundige Fehler in dessen bisheriger Diagnostik und/oder Therapie hinzuweisen [4].

Horizontale Arbeitsteilung: Vertrauen ist die Regel, Kontrolle nur bei Zweifel an Plausibilität erforderlich.

Verantwortungsbereiche

Entscheidend für die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche sind oft Vereinbarungen der betroffenen Berufsverbände (z. B. der Anästhesisten mit anderen Fachgebieten für die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung). Sind die Verantwortungsbereiche nicht klar abgegrenzt bzw. abgrenzbar, können die an der Behandlung beteiligten Ärzte im Falle von Mängeln als Gesamtschuldner haften [5].

Pflichten des Arztes bei Überweisung zur Weiterbehandlung

Überweist der Arzt den Patienten zur Weiterbehandlung an einen anderen Arzt, ist seine Behandlungsaufgabe mit der Übernahme des Patienten durch den hinzugezogenen Arzt beendet. In nicht einfach gelagerten Fällen, die eine besondere Überwachung erfordern, reicht eine nur routinemäßige, kurze Unterrichtung nicht aus. Vielmehr ist konkret das Erfordernis einer besonders sorgfältigen Nachbeobachtung herauszustellen [6].

Pflichten des überweisenden Arztes bei Konsilianforderung

Zieht der behandelnde Arzt einen weiteren Arzt konsiliarisch zu, verbleibt die Pflicht zur Behandlung des Patienten und damit auch zur Koordination der ärztlichen Zusammenarbeit beim überweisenden Arzt. Für die bereits erfolgte Behandlung bleibt der überweisende Arzt auch dann verantwortlich, wenn

er einen Konsiliararzt zuzieht [7]. Dieser ist rechtzeitig einzuschalten und ausreichend zu unterrichten [8]. Insbesondere sind ihm bekannte fremdanamnestiche Befunde zu übermitteln, damit er sie in seine konsiliarische Bewertung einbeziehen kann [9].

Ein niedergelassener Arzt, der einen Patienten zu weiterer Diagnostik in ein Krankenhaus überwiesen hat, darf die Ergebnisse der ihm in personeller und apparativer Ausstattung überlegenen Klinik bei der Weiterbehandlung zugrunde legen, wenn sich ihm nicht Zweifel an der Richtigkeit aufdrängen müssen [10].

Eine Haftung des weiterbehandelnden (Haus-)Arztes für fehlerhafte Befunde des zugezogenen Arztes kommt nur dann in Betracht, wenn er erkennen muss oder erkannt hat, dass gewichtige Bedenken gegen das diagnostische oder therapeutische Vorgehen des hinzugezogenen Konsiliararztes bestehen und er diese nicht berücksichtigt und mit dem Patienten auch nicht erörtert [11].

Pflichten des Konsiliararztes

Der Konsiliararzt haftet grundsätzlich nur für sein eigenes Handeln. Die Verantwortung für die Gesamtbehandlung verbleibt bei dem die Behandlung führenden, überweisenden Arzt, und damit auch die Pflicht zur therapeutischen Aufklärung. Dies gilt nicht, wenn der konsiliarisch tätige Arzt erkennt oder erkennen muss, dass der überweisende Arzt drohende Gefahren verkannt und sie in seine Überweisung deshalb nicht einbezogen hat. Dann hat auch ein lediglich konsiliarisch hinzugezogener Arzt auf die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen hinzuweisen [4].

Der konsiliarisch hinzugezogene Arzt ist grundsätzlich an den Auftrag gebunden. Seine Tätigkeit ist aber nicht auf die rein technische Ausführung des Auftrags begrenzt: Er entscheidet über die Art und Weise der Leistungserbringung, prüft, ob die erbetene Leistung kontraindiziert ist, ob der Auftrag von dem überweisenden Arzt richtig gestellt ist und dem Krankheitsbild entspricht [12], übernimmt also im Rahmen des Überweisungsauftrags auch eigenständige Pflichten.

Konsiliararzt und Vertrauensgrundsatz

Der Konsiliararzt darf darauf vertrauen, von dem überweisenden Arzt vollständig unterrichtet zu werden. Zur eigenen Erhebung fremdanamnestiche Befunde ist er deshalb nicht ohne weiteres verpflichtet [13] und wenn der überweisende Arzt derselben Fachrichtung angehört, kann der hinzugezogene Arzt sich im Regelfall darauf verlassen, dass auch die Indikation zu der erbetenen Leistung zutreffend gestellt ist [14]. Allerdings hat er eine etwaige Kontraindikation stets selbst zu prüfen, da sich der Zustand des Patienten akut verändern haben kann.

Pflichten des weiterbehandelnden Arztes

Die Pflichten des weiterbehandelnden Arztes (Diagnostik, Therapie) entsprechen denen des behandelnden Arztes. Der wei-

terbehandelnde Arzt trifft die diagnostischen und therapeutischen Dispositionen in eigener Verantwortung, wobei er sich ohne eigene Plausibilitätsprüfung auf Wertungen und Empfehlungen des vorbehandelnden Arztes nicht stützen darf, auch wenn dieser Spezialist ist. Eine Übernahme der von dem vorbehandelnden Arzt erhobenen Befunde kann sich zwar im Einzelfall anbieten, wenn diese zuverlässig übermittelt werden (bildgebende Verfahren; histologische Befunde) oder eine erneute Diagnostik den Patienten belasten würde. Im Regelfall sollte eine nicht belastende Diagnostik wiederholt werden, weil die aktuellen Befunde zu erheben und vom weiterbehandelnden Arzt selbständig auszuwerten sind [15].

Vertikale Arbeitsteilung

Hierarchische Strukturen und Weisungsgebundenheit sind Kennzeichen der vertikalen Arbeitsteilung.

Auch hier gilt zunächst der Vertrauensgrundsatz: Jeder darf vertrauen, dass der andere an der Behandlung Beteiligte die ihm obliegenden Aufgaben sorgfältig ausführt. Allerdings hat der Vorgesetzte auch die ordnungsgemäße Auswahl, Überwachung, Kontrolle, Instruktion und Information seiner Mitarbeiter zu gewährleisten [16].

Chefarzt / ärztlicher Dienst

Dem Leitenden Arzt obliegt die Fachaufsicht über die ärztlichen Mitarbeiter. Bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben an Assistenten in Weiterbildung hat er die Eignung des jeweiligen Arztes zu kennen und regelmäßig zu überprüfen [17]. Dies ist in besonderem Maße erforderlich bei der Gestaltung des Operationsprogramms. Ein Anfänger muss schrittweise unter Aufsicht an die Operationen der jeweiligen Schwierigkeitsstufen herangeführt werden. Dabei ist stets zu prüfen, ob der Anfänger einen Ausbildungsstand erreicht hat, der ihn befähigt, die wesentlichen medizinischen Zusammenhänge der operativen Aufgabe zu erfassen, so dass ihm der Eingriff übertragen werden kann, ohne dass für den Patienten hierdurch ein zusätzliches Risiko entsteht [18].

Der Leitende Arzt hat geeignete Kontrollmechanismen einzurichten. Regelmäßige Visiten, Röntgenbesprechungen, Indikationsbesprechungen und geeignete Fortbildungsmaßnahmen sollen dazu dienen, typische Fehler und Gefahren klarzulegen und Mängel in Diagnostik und Therapie zu beseitigen [19]. Zu einer ordnungsgemäßen Klinikorganisation gehört es auch, dass die Ärzte durch Belehrung über allgemeine Grundsätze der Aufklärungspflicht unterrichtet und deren Beachtung stichprobenweise kontrolliert werden [20].

Horizontale Arbeitsteilung:

Kontrolle der Fertigkeiten vor der Übertragung von Aufgaben, grundsätzlich Vertrauen in sorgfältige Arbeit, dennoch wiederholte regelmäßige und stichprobenartige Kontrolle der Arbeit.

Chefarzt / nichtärztliche Hilfspersonen

Grundsätzlich ist die Pflegedienstleitung für die Sicherstellung der persönlichen Besetzung einer Station mit ausreichend qualifiziertem nicht-ärztlichen Personal sowie die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Hygieneregeln verantwortlich. Im Bereich der Grund- und Funktionspflege erfüllt das Pflegepersonal keine aus dem ärztlichen Sektor abgeleiteten Aufgaben. Die Verantwortung und Weisungsbefugnis liegt insoweit bei der Pflegedienstleitung. Jedoch hat der Leitende Arzt das Pflegepersonal auf Besonderheiten bei der Pflege eines bestimmten Patienten hinzuweisen, wenn eine erhöhte Gefährdung des Patienten vorliegt [21]. Insoweit ist er auch für die pflegerische Betreuung mitverantwortlich.

Chefarzt / allgemeine Organisation

Der Leitende Arzt muss bei Auftreten von personellen Engpässen, die eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gefährden, durch organisatorische Umstellung des Operations- oder Behandlungsprogramms reagieren, soweit die Krankheit des Patienten und ihre Erfordernisse der organisatorischen Reaktion zugänglich sind und unabhängig davon den Krankenhausträger auf den Mangel hinweisen. Insoweit obliegt ihm eine Remonstrationspflicht [22].

- 1 Steffen/Pauge *Arzthaftungsrecht*, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 119
- 2 Laufs/ Kern, *Handbuch des Arztrechts*, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 1221
- 3 BGH VersR 1999, 579
- 4 BGH VersR 1994, 102
- 5 OLG Stuttgart VersR 1995, 1353
- 6 OLG Oldenburg VersR 1993, 1357
- 7 Geiß/ Greiner, *Arzthaftpflichtrecht*, Verlag C.H. Beck, 6. Aufl. 2009, S. 122
- 8 OLG Hamm VersR 1996, 756
- 9 OLG Celle VersR 1997, 365
- 10 OLG Köln VersR 1993, 1157
- 11 OLG Düsseldorf VersR 1997, 1358
- 12 BGH VersR 1994, 102; OLG Oldenburg VersR 1996, 1111
- 13 OLG Celle VersR 1997, 365
- 14 OLG Stuttgart VersR 1991, 1060
- 15 Geiß/ Greiner, *Arzthaftpflichtrecht*, Verlag C.H. Beck, 6. Aufl. 2009, S. 128
- 16 BGH VersR 1987, 295
- 17 Laufs/ Kern, *Handbuch des Arztrechts*, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 1234
- 18 Rumler-Detzel, *Arbeitsteilung und Zusammenarbeit in der Chirurgie - Rechtliche Verantwortlichkeit*, VersR 1994, 254
- 19 Bergmann/Kienzle, *Krankenhaustaftung*, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 1996, S. 80
- 20 BGH VersR 1984, 468
- 21 BGH VersR 1986, 788; BGH VersR 1984, 356
- 22 Laufs/ Kern, *Handbuch des Arztrechts*, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 1233

6. Anforderungen an die Kommunikation

Wenn eine konkrete Schadensursache im Kommunikationsbereich entstanden ist, tendiert die Rechtsprechung wegen der spezifischen Gefahren der Spezialisierung (insbesondere Koordinierungslücken) zu einer Fehler-/Verschuldensvermutung zu Lasten der beteiligten Ärzte, denn bei festgestellten Koordinierungsfehlern liege die Annahme einer Ursächlichkeitsvermutung des Fehlers für den Gesundheitsschaden des Patienten zu Lasten des Arztes nahe [1].

1. Kommunikation Arzt/Arzt

Berichtspflicht

Der hinzugezogene Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, den überweisenden Arzt in einem Arztbrief über die Erledigung des Überweisungsauftrags zu informieren. Von der Berichtspflicht werden auch solche Maßnahmen umfasst, die der hinzugezogene Arzt über den ihm konkret erteilten Überweisungsauftrag hinaus hat vornehmen wollen, zu denen es aber wegen Nichterscheinsens des Patienten nicht mehr gekommen ist [2].

Es gibt Unterschiede zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten!

Privat versicherte Patienten

Eine besondere Schweigepflichtentbindungserklärung ist in dieser Situation entbehrlich, da der hinzugezogene Arzt grundsätzlich von einer konkludenten Einwilligung in dem Sinne ausgehen kann, dass ein Patient, der sich z. B. aufgrund einer Einweisung durch den Hausarzt in einer Klinik untersuchen lässt, dadurch ohne weiteres gestattet, dass der Klinikarzt dem Hausarzt berichtet [3]. Gleichwohl darf die Erfüllung der Berichtspflicht aber die Schweigepflicht nicht verletzen, indem z.B. mit dem Überweisungsauftrag nicht in Zusammenhang stehende Befunde offenbart werden, deren Übermittlung nicht der in Rede stehenden Behandlung und damit der Patientensicherheit dient.

Gesetzlich versicherte Patienten

Hier ist § 73 SGB V Abs. 1b zu beachten:

„Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des

Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach den Sätzen 1 und 2 übermittelten Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, zu übermitteln. § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 bleibt unberührt. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen mit dessen Einverständnis vollständig zu übermitteln; der neue Hausarzt darf die in diesen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten erheben.“

Unabhängig vom Versichertenstatus gilt jedoch:
Wer gefragt wird, hat zeitgerecht und umfassend zu antworten.

Datenbeschaffungspflicht

Ein Arzt, der die notwendige weitere Therapie von den Ergebnissen abhängig machen muss, die von ihm veranlasste konsiliarische Untersuchungen liefern sollen, hat die Pflicht, den zeitlich von der jeweiligen Dringlichkeit gebotenen Rahmen im Auge zu behalten und erforderlichenfalls nachzuhaken.

Kümmert sich der Arzt tagelang nicht um das Ergebnis einer histologischen Untersuchung, die die Schlüsseldiagnose abklären soll, und verzögert sich dadurch die Verlegung des Patienten in die Universitätsklinik und die unvermeidbare Nachoperation, so ist von einem gravierenden schmerzensgelderhöhenden Verschulden des Arztes auszugehen [4].

Wer Fragen stellt, muss sich auch um den zeitgerechten Eingang der Antwort kümmern.

Informationsbeschaffungspflicht

Die Patientensicherheit erfordert es, dass der Arzt sich auch über die Gefahren von solchen Behandlungsmethoden informiert, die von Spezialisten eingeleitet worden sind und die er als behandlungsführender Arzt fortsetzt.

Ein Beispiel aus der Rechtsprechung: Bei der in einer Neurologischen Universitätsklinik begonnenen und vom Hausarzt lange Zeit fortgesetzten Verschreibung eines mit schweren Nebenwirkungen (z. B. Kleinhirnatrophie) behafteten Medikaments treffen den Hausarzt uneingeschränkt die von einem Arzt bei der Anwendung von Arzneimitteln zu beachtenden Sorgfaltspflichten. Danach hat sich der Hausarzt über das Medikament bezüglich Kontraindikation, Dosierung und Nebenwirkungen zu informieren. Zumindest muss er sich tele-

fonisch durch Rückfrage in der Universitätsklinik über die in der Neurologie bekannten Nebenwirkungen und Schadensfolgen der Medikation erkundigen [5].

2. Kommunikation Arzt/Patient (§ 630c BGB)

Der Arzt schuldet dem Patienten nicht nur eine fachgerechte Behandlung, sondern generell auch eine angemessene Kommunikation darüber [6].

Patientensicherheit wird gewährleistet und gefördert durch gezielte und verständliche Beratung. Die Anforderungen an die therapeutische Beratung (Sicherheitsaufklärung) sind in der Rechtsprechung vielfach beurteilt worden:

Kommunikationsmängel sind gefährlich. Für Patient und Arzt!

Therapeutische Beratung

Der Arzt, der die Behandlung eines Patienten übernommen hat, muss ihn untersuchen, über die gebotenen Maßnahmen informieren und beraten, und – falls es darauf ankommt – auch über die Dringlichkeit solcher Maßnahmen. Er muss auch vor Gefahren warnen, die bei Unterlassen der ärztlichen Behandlung entstehen können. Ein Mangel in der therapeutischen Beratung ist ein Behandlungsfehler, der zum Ersatz des dadurch entstandenen Körper- und Gesundheitsschadens verpflichtet [7].

Verhaltensanweisungen bei gesicherter Diagnose

Wenn der Therapieerfolg auch davon abhängt, dass der Patient bestimmte Verhaltensmaßregeln befolgt, muss der Arzt sie dem Patienten deutlich erläutern und sich vergewissern, dass die Erläuterung verstanden wurde. Anderenfalls kommt eine Haftung wegen Verletzung der therapeutischen Aufklärungspflicht in Betracht [8].

Reden allein reicht nicht, der Patient muss die Botschaft auch verstehen!

Verhaltensanweisungen bei ungesicherter Diagnose

Verhaltensanweisungen sind nicht nur geboten, wenn die Diagnose gesichert ist, sondern auch dann, wenn insoweit noch keine Klarheit herrscht. Gerade dann ist häufig eine „vorsichtige“ Lebensführung geboten, um eine Heilung nicht von vornherein zu erschweren oder die noch nicht klar erkannte Erkrankung zu verschlimmern. Es liegt auf der Hand, dass dem Patienten beispielsweise körperliche Anstrengungen zu untersagen sind, wenn die konkrete Gefahr besteht, dass dadurch ein als möglicherweise erkranktes Organ weiter geschädigt werden könnte [9].

Sicherheitsberatung

Hat der Patient eine vorgesehene Nachuntersuchung in der Ambulanz nicht abgewartet und das Krankenhaus verlassen,

ohne über die Folgen seiner Handlungsweise belehrt worden zu sein, kann der Arzt verpflichtet sein, ihn erneut zu kontaktieren und ihn über das Erfordernis und die Dringlichkeit gebotener Therapiemaßnahmen aufzuklären [10].

Wenn bei einer Erkrankung die frühe Einweisung in die Klinik als sicherste Maßnahme anzusehen ist, dieser Weg aber im Einvernehmen mit dem informierten Patienten nicht gewählt wird, so gehört es zur weiteren ambulanten Behandlung, dass diese vom Arzt zeitnah überprüft wird. Dies hat durch Herstellung einer Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten oder der Pflegeperson zu erfolgen, damit sichergestellt wird, dass die getroffenen Maßnahmen greifen [11].

Zur sachgerechten Behandlung gehört auch die Unterrichtung des Patienten über erhobene Befunde zur Sicherstellung einer Nachbehandlung, desgleichen die Pflicht, dem Patienten bestimmte Anweisungen für die künftige Lebensführung zu erteilen, wenn die erhobenen Befunde derartige Maßnahmen erfordern. Gegebenenfalls ist auf die Dringlichkeit der Befolgung hinzuweisen und vor den Folgen einer etwaigen Nichtbeachtung zu warnen [12].

Wirtschaftliche Beratung

Wirtschaftliche Auswirkungen einer Behandlung (z. B. Eigenanteil, Selbstbehalt, Kostenerstattung) können Beratungspflichten des Arztes auslösen [13]. Ist dem Arzt bekannt, dass der Krankenversicherer des Patienten bereits vor der Behandlung Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung geäußert hat, muss der Patient vor Beginn der Behandlung auf die Bedenken des Versicherers und das damit verbundene Kostenrisiko hingewiesen werden [14]. Dies hat nach § 630c Abs. 3 BGB zwingend in Textform zu geschehen.

Information über Behandlungsfehler

Die bisher schon bestehende Pflicht, den Patienten zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren auch ohne Nachfrage über Behandlungsfehler zu informieren, wird durch § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB in der Form ausgeweitet, dass der Behandelnde, wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines – eigenen oder fremden – Behandlungsfehlers begründen, den Patienten über diese Umstände auf Nachfrage zu informieren hat, auch wenn keine Gesundheitsschäden drohen.

Ärztliche Kommunikation ist multidimensional: Patienten und ihre Ärzte denken in verschiedenen Perspektiven und leben in verschiedenen Welten[15].

- 8 OLG Bremen VersR 1999, 1151
- 9 OLG Köln VersR 1992,1231: Sicherheitsaufklärung über Herz-erkrankung
- 10 BGH VersR 1981, 308
- 11 OLG Bremen 1995, 541: Überwachung des Krankheitsverlaufs bei gefährlicher Erkrankung
- 12 BGH VersR 1986, 1121
- 13 Michalski, Lutz (Zahn-)Ärztliche Aufklärungspflicht über die Ersatzfähigkeit von Heilbehandlungskosten VersR 1997,137
- 14 Rieger, Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungs- und Dokumentationspflicht durch den behandelnden Arzt, Dtsch. med. Wschr. 1999,1468
- 15 Linus S. Geisler, Referat beim Ethiksymposium „Wirtschaftlichkeit oder Menschlichkeit – Ethik im Klinikalltag zwischen den Stühlen“ 14.03.2003, Essen

Autor:

Rechtsanwalt Johann Neu

Geschäftsführer

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

der norddeutschen Ärztekammern

Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

Tel. (05 11) 3 80 24 16 oder – 24 20

Fax (05 11) 3 80 24 06

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

www.schlichtungsstelle.de

* Nachdruck: Überarbeitete Version der Artikelserie „Haftungsfragen“ aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2011

- 1 BGH VersR 1984, 356
- 2 BGH VersR 1994, 102
- 3 OLG München VersR 1993, 1357
- 4 OLG Koblenz VersR 1994,353
- 5 OLG Koblenz VersR 1992, 752
- 6 Laufs, NJW 2000, 1757 ff
- 7 BGH VersR 1991,100

Haftungsfragen*

* Themen dieser Serie:

1. Grundlagen der Arzthaftung – Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler
2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung
6. Anforderungen an die Kommunikation
7. **Aufklärung, Teil 1**
8. **Aufklärung, Teil 2**
9. Die ärztliche Dokumentation
10. Der Arzthaftpflichtschaden
11. Der Arzthaftungsprozess
12. Norddeutsche Schlichtungsstelle

■ 7. Aufklärung (Teil 1)

Das Reichsgericht hat bereits im Jahre 1894 in einer Urteilsbegründung ausgeführt, dass der Patient das Recht auf eine angemessene Aufklärung über die Gefahren des ärztlichen Eingriffs hat, in den er einwilligen soll. Dieser Anspruch ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten über seine Person. Dieser Grundsatz gilt unverändert auch heute noch: „Es sei der Patient davor zu schützen, dass sich der Arzt ein ihm nicht zustehendes Bevormundungsrecht anmaßt.“ [1] Dieses Postulat gewährleistet auch das Recht des Patienten, bezüglich seines Körpers und seiner Gesundheit wissentlich sogar Entscheidungen zu treffen, die nach allgemeiner oder wenigstens herrschender ärztlicher Meinung verfehlt sind [2]. Selbst bei vitaler Indikation eines Eingriffs verlangt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dass der Arzt ihm die Möglichkeit belässt, über den Eingriff selbst zu entscheiden und ihn gegebenenfalls abzulehnen, auch wenn ein solcher Entschluss medizinisch unvernünftig ist [3].

Ist ein medizinischer Eingriff ohne wirksame Einwilligung vorgenommen worden und deshalb rechtswidrig, rechtfertigen nachträgliche Befunde, die eine Indikation dafür ergeben, regelmäßig den Eingriff nicht [4].

Die Aufklärungspflichten sind jetzt in § 630e BGB normiert, die Einzelheiten ergeben sich aus der sehr differenzierten Rechtsprechung.

Grundaufklärung

Die Grundaufklärung soll dem Patienten einen zutreffenden Eindruck von der Schwere des Eingriffs und von der Art der Belastungen vermitteln, die für seine körperliche Integrität und künftige Lebensführung auf ihn zukommen können. Es ist dabei nicht erforderlich, alle denkbaren Risiken medizinisch



exakt zu beschreiben und Details hierzu anzugeben. Inhalt der Grundaufklärung ist stets, dass der Patient auch einen Hinweis auf das schwerste in Betracht kommende Risiko erhält, das dem Eingriff spezifisch anhaftet [5]. Allerdings muss nicht ohne Weiteres bei einer bevorstehenden größeren Operation auf die entfernte Möglichkeit hingewiesen werden, dass der Patient bei einem ungünstigen Verlauf versterben kann [6].

Die haftungsrechtliche Gefahr einer unterbliebenen Grundaufklärung ist sehr weitreichend. Der Arzt kann auch dann haften, wenn sich ein relativ seltenes und möglicherweise nicht aufklärungsbedürftiges Risiko verwirklicht [7]. Das beruht darauf, dass der eigenmächtige Eingriff nicht vorgenommen werden durfte und bei seinem pflichtgemäßen Unterbleiben der Patient nicht den aus der Behandlung hervorgegangenen Körper- oder Gesundheitsschaden erlitten hätte.

Zur einer ausreichenden Grundaufklärung, also Vermittlung eines allgemeinen Eindrucks von der Schwere des Eingriffs und den damit verbundenen Gefahren, gehört beispielsweise bei operativen Korrekturen von Fehlstellungen des großen Zehs (Hallux valgus), die in der Regel nicht zur Abwendung akuter oder schwerwiegender Gefahren erforderlich sind, auch der Hinweis auf das Risiko von (Teil-)Versteifungen des betreffenden Gelenks [8].

Risikoaufklärung

Die Risikoaufklärung soll dem Patienten einen Überblick über die Gefahren der Behandlung und das Misserfolgsrisiko ermöglichen.

Über ein **Behandlungsrisiko** ist in der Regel dann aufzuklären, wenn ernsthafte Stimmen in der medizinischen Wissenschaft auf bestimmte, mit einer Behandlung verbundene Gefahren hinweisen, die nicht lediglich als unbeachtliche Außenseitermeinungen abgetan werden können, sondern als gewichtige Warnung angesehen werden müssen [9].

Dem Patienten müssen die Risiken nicht medizinisch exakt und detailliert dargestellt werden. Ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung eines Risikospektrums genügt [10]. Der alleinige allgemeine Hinweis auf mögliche Komplikationen als Folge des Eingriffs reicht nicht aus.

Aufklärungsbedürftig sind ausschließlich **typische Risiken**. Die Typizität eines Risikos hängt nicht von seiner statistischen

Häufigkeit (zum Beispiel: Infektion bei Operation im Bauchraum) ab, sondern davon, ob das Risiko der Eigenart des Eingriffs spezifisch anhaftet (zum Beispiel Darmläsion bei Operation im Bauchraum).

Der Patient ist grundsätzlich unabhängig von der Risikohäufigkeit und der Risikodichte aufzuklären [11]. Etwas anderes kann gelten, wenn alternative Eingriffe mit unterschiedlicher Risikohäufigkeit und unterschiedlicher Erfolgsaussicht zur Wahl stehen.

Ausschlaggebend ist vor allem, ob das betreffende Risiko bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet [12]. Dies hat zur Folge, dass grundsätzlich auch über extrem seltene Risiken aufzuklären ist, wenn das Risiko für den Laien überraschend ist und dessen Kenntnis bei einem Durchschnittspatienten ohne medizinische Vorbildung und ohne besondere Erfahrung mit einer spezifischen Krankheitsvorgeschichte nicht vorausgesetzt werden kann [13].

Ein **Misserfolgsrisiko** ist dann aufklärungsbedürftig, wenn eine Operation zwar indiziert, aber nicht dringlich ist, und anstelle der Zustandsverbesserung auch eine erhebliche Verschlechterung eintreten kann [14].

Über das Misserfolgsrisiko einer Operation ist selbst dann aufzuklären, wenn der konkrete Eingriff in diesem Krankenhaus noch nie misslungen ist. Die Aufklärung muss sich insbesondere auf die Gefahr erstrecken, dass die Operation sogar zu einer Verschlimmerung der Beschwerden führen kann [15].

Risikoaufklärung bei vorhersehbarer Operationserweiterung

Besteht das Risiko einer Nachoperation, ist hierüber und über deren spezifische Risiken aufzuklären [16].

Beispiel: Besteht bei einer ordnungsgemäß durchgeführten Operation (hier: Nierenbeckenplastik) ein Risiko (hier: Anastomoseninsuffizienz), dessen Verwirklichung zu einer Nachoperation mit erhöhtem Risiko einschneidender Folgen für den Patienten (hier: Verlust einer Niere) führt, dann ist der Patient auch über dieses Risiko der Nachoperation schon vor dem ersten Eingriff aufzuklären [17].

Bei im Voraus geplanten Operationen hat diese Aufklärung sogar grundsätzlich schon bei der Festlegung des Operationstermins zu erfolgen [10].

Hat der Arzt vor der Operation Hinweise auf eine möglicherweise erforderlich werdende Operationserweiterung unterlassen und zeigt sich intraoperativ die Notwendigkeit zu einem weiteren Eingriff, dann muss er, soweit dies möglich ist, die Operation beenden und den Patienten nach Abklingen der Narkoseeinwirkungen entsprechend aufklären und seine Einwilligung in den zusätzlichen Eingriff einholen [18].

Risikoaufklärung bei unvorhersehbarer Operationserweiterung

Wenn der Arzt intraoperativ unvorhergesehen die Entscheidung treffen muss, ob er eine mit Zustimmung des Patienten begonnene Operation erweitern oder sie abbrechen und den Patienten dem Risiko einer neuen, unter Umständen mit größeren Gefahren verbundenen, jedenfalls aber weitere körperliche und seelische Beeinträchtigungen mit sich bringenden Operation aussetzen soll, ist der mutmaßliche Wille des Patienten entscheidend. Liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Patient anders entschieden hätte, kann davon ausgegangen werden, dass sein (hypothetischer) Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird [19].

Risikoaufklärung vor diagnostischen Eingriffen

Die Wichtigkeit diagnostischer Eingriffe kann sehr verschieden sein. Auch in diesem Zusammenhang gilt der allgemeine Grundsatz der umgekehrten Proportionalität von Indikationsgrad und Umfang der Risikoaufklärung. Zusätzlich muss der Patient darüber informiert werden, was der Eingriff für ihn im Hinblick auf dadurch ermöglichte Gestaltungen der Therapie erhoffen lässt [20]. Dazu gehört, dass der Patient vor dem diagnostischen Eingriff erfährt, was ihn an Risiken erwartet, wenn der diagnostische Eingriff zu einer Op-Indikation führen würde. Wenn er das Risiko einer solchen Operation nicht zu tragen bereit ist, wäre der diagnostische Eingriff (und die damit verbundenen Gefahr) überflüssig.

Risikoaufklärung bei rein kosmetischen Operationen

Der Patient muss bei kosmetischen Operationen, die nicht der Heilung eines körperlichen Leidens, sondern einem ästhetischen Bedürfnis dienen, darüber unterrichtet werden, welche Verbesserungen er günstigstenfalls erwarten kann, und ihm müssen etwaige Risiken deutlich vor Augen gestellt werden, damit er genau abwägen kann, ob er einen etwaigen Misserfolg des ihn immerhin belastenden Eingriffs und darüber hinaus sogar bleibende Entstellungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in Kauf nehmen will, selbst wenn diese auch nur entfernt als eine Folge des Eingriffs in Betracht kommen. Die Rechtsprechung stellt sehr strenge Anforderungen an eine schonungslose Aufklärung des Patienten vor einer kosmetischen Operation [21].

Aufklärung über Behandlungsalternativen (§ 630e Abs.1 Satz 3 BGB)

Wegen der juristischen Konsequenzen ist es wichtig, zunächst zu prüfen, ob die Problematik einer Behandlungsalternative vorliegt oder ob es lediglich um die Wahl der Behandlungsmethode geht. Dies ist nach der jeweiligen Sachlage von Fall zu Fall zu entscheiden.

Die Wahl der richtigen Behandlungsmethode ist zunächst allein Sache des Arztes [22]. Bei gleichwertigen und anerkannten Operationsmethoden ist der Arzt nicht verpflichtet, über

einen Schulenstreit hinsichtlich der Vor- und Nachteile der in Betracht kommenden Methoden aufzuklären [8].

Über **Behandlungsalternativen** ist aufzuklären, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu jeweils **unterschiedlichen Belastungen des Patienten** führen oder **unterschiedliche Risiken** und **unterschiedliche Erfolgchancen** bieten [23].

Für das Bestehen einer Behandlungsalternative kann eine unterschiedliche Qualität des Eingriffs bedeutsam sein, so zum Beispiel bei abweichenden Eingriffsmethoden [24]. Bei gleichartig schwerwiegenden Eingriffen kann es in eingeschränktem Maß auch darauf ankommen, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den mit den verschiedenen Eingriffsarten verbundenen Risiken besteht. Dann ist eine besondere und spezielle Aufklärung über die unterschiedlichen Risiken erforderlich [25].

Hat der Patient eine echte Wahlmöglichkeit, muss ihm die Entscheidung darüber überlassen bleiben, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will. Besteht die Möglichkeit, eine Operation durch eine konservative Behandlung zu vermeiden, und ist die Operation deshalb nur relativ indiziert, muss der Patient hierüber aufgeklärt werden [26].

Aufklärung bei Außenseitermethoden, Neulandmethoden, Heilversuchen

Dem Patienten muss unmissverständlich vermittelt werden, dass die Anwendung einer Außenseitermethode, die Anwendung neuer Behandlungsmethoden oder die Vornahme von Heilversuchen mit neuen Medikamenten sich von herkömmlichen, bereits zum medizinischen Standard gehörenden Therapien vor allem dadurch unterscheidet, dass in besonderem Maß mit bisher unbekanntem Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist [27].

Der Verzicht des Patienten auf Aufklärung (§ 630e Abs.3 Ziff.3 BGB)

Es gehört auch zur Selbstbestimmung des Patienten, dass er auf eine Aufklärung über mögliche Gefahren verzichten und dem Arzt seines Vertrauens freie Hand geben darf, vielleicht in dem nicht unvernünftigen Bestreben, sich selbst die Beunruhigung durch Einzelheiten einer Gefahr zu ersparen, nachdem er sich bereits von der Notwendigkeit ihrer Inkaufnahme überzeugt hat. Allerdings werden – da der Patient schließlich wissen muss, worauf er verzichtet – an die rechtliche Wirksamkeit eines Aufklärungsverzichts des Patienten strenge Anforderungen geknüpft [28].

Der nicht aufklärungsbedürftige Patient

Die Selbstbestimmungsaufklärung ist entbehrlich, wenn der Patient aus eigenem medizinischen Vorwissen (eigene medizinische Fachqualifikation, Kenntnisse aus Vorbehandlung, allgemeine Vorkenntnis) ein hinreichendes allgemeines Bild der Situation hat oder weil er durch einen vorbehandelnden Arzt im erforderlichen Umfang aufgeklärt worden ist [29]. Das gilt auch, soweit der Patient in einem nicht allzu entfernten früheren Zeitpunkt für die Operation aufgeklärt war und auch für eine wiederholte Operation ohne geänderte Risiken [30].

Die ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten hat der Arzt zu beweisen.

Eine aussagekräftige Dokumentation kann dabei helfen.

Literatur:

- 1 Reichsgericht, Urteil vom 31.5.1894, RGSt 25, 379ff
- 2 BGH VersR 1980,428
- 3 BGH VersR 1984, 466
- 4 BGH, VersR 2003,858
- 5 BGH VersR 1996,195
- 6 OLG Frankfurt vom 16.11.2010 (8 U 88/10) RDG 2011, 137
- 7 OLG Brandenburg VersR 2000,1283
- 8 OLG Oldenburg VersR 1998,1285
- 9 BGH VersR 1978,41
- 10 BGH VersR 1992, 960
- 11 BGH VersR 1972,153
- 12 BGH VersR 2000,725
- 13 BGH VersR 1994,1228
- 14 OLG Oldenburg VersR 1997,1493
- 15 OLG Koblenz VersR 2004,1564: Hüftgelenksoperation
- 16 BGH VersR 1996, 330
- 17 BGH, VersR 1996,1239
- 18 BGH VersR 1993,703
- 19 BGH VersR 2000,603
- 20 BGH VersR 1979, 720
- 21 BGH VersR 1991, 227
- 22 BGH VersR 1988, 495
- 23 BGH VersR 2006,1073
- 24 OLG Köln VersR 1990, 1010
- 25 OLG Oldenburg VersR 2000,61
- 26 BGH VersR 2000,766
- 27 BGH VersR 2007,1273
- 28 BGH VersR 1973, 244
- 29 Geiß Greiner, *Arzthaftpflichtrecht*, 6. Auflage 2009, Verlag C.H. Beck S. 278
- 30 OLG Köln VersR 1995, 1237

Der Arzt sollte sich nicht ohne Not in die Lage begeben, beweisen zu müssen, der Patient hätte gewusst, worauf er verzichtet.

■ 8. Aufklärung (Teil 2)

Aufklärungspflichtiger

Jeder behandelnde Arzt ist verpflichtet, den Patienten hinsichtlich der von ihm übernommenen Behandlungsaufgabe aufzuklären. Die Erfüllung dieser Aufklärungspflicht kann er einem anderen Arzt übertragen, den dann die Haftung für Aufklärungsversäumnisse in erster Linie trifft (1). Eine Übertragung der Aufklärungspflicht auf Personen, die keine Ärzte sind, ist grundsätzlich unzulässig (2).

Die Aufklärung des Patienten, die darauf gerichtet ist, die Einwilligung des Patienten zu einem Eingriff zu erlangen, ist eine spezifisch ärztliche Aufgabe. Es muss sich gemäß § 630e Abs. 2 Ziff.1 BGB um einen Arzt handeln, der über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Bei der Übertragung dieser Aufgabe auf einen anderen Arzt ist die ordnungsgemäße Erfüllung sicherzustellen. Dazu gehört, sich etwa in einem Gespräch mit dem Patienten über dessen ordnungsgemäße Aufklärung und/oder durch einen Blick in die Krankenakte vom Vorhandensein einer von Patient und aufklärendem Arzt unterzeichneten Einverständniserklärung zu vergewissern, dass eine für einen medizinischen Laien verständliche Aufklärung (§ 630e Abs. 2 Ziff. 3 BGB) unter Hinweis auf die spezifischen Risiken des vorgesehenen Eingriffs erfolgt ist.

Dies muss erst recht gelten, wenn der Operateur als Chefarzt Vorgesetzter des aufklärenden Arztes und diesem gegenüber überwachungspflichtig und weisungsberechtigt ist. Zu den Pflichten eines Chefarztes gehört es, für eine ordnungsgemäße Aufklärung der Patienten seiner Klinik zu sorgen (3). Dies erfordert organisatorische Maßnahmen, um eine ordnungsgemäße Aufklärung durch den nicht operierenden Arzt sicherzustellen und die ordnungsgemäße Umsetzung der von ihm erteilten Aufklärungsanweisungen zu überwachen (4).

Sind Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung an der Behandlung beteiligt, ist jeder im Hinblick auf sein spezielles Gebiet aufklärungspflichtig. Arbeiten Ärzte einer Spezialklinik mit Ärzten einer anderen Klinik in der Weise zusammen, dass der Patient in der Spezialklinik untersucht, über erforderlichen Heilmaßnahmen beraten und auf den Eingriff vorbereitet wird, während die Operation nach Abstimmung zwischen den Ärzten in der anderen Klinik vorgenommen wird, ist es mindestens auch Aufgabe der Ärzte der Spezialklinik, den Patienten umfassend über Verlauf, Risiken und Erfolgsaussichten des Eingriffs aufzuklären (5). Aufklärungspflichtig ist daher auch der Arzt, der einen Teil der Behandlung mit übernimmt, unabhängig davon, ob es sich hierbei um ein besonderes Fachgebiet handelt (6).

Dagegen trifft nicht jeden Arzt, der in irgendeiner Form mit dem Patienten Kontakt hatte, zum Beispiel in der Klinik mit jeder Schicht wechselnde Stations- und Assistenzärzte, eine Aufklärungspflicht (7).

Das Aufklärungsgespräch mit fremdsprachigen Patienten

Das Aufklärungsgespräch muss in einer dem Patienten verständlichen Sprache geführt oder in eine solche Sprache übersetzt werden. Erforderlichenfalls ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen. Die Voraussetzungen dafür hat der Krankenträger zu schaffen (8). Ein vereidigter Dolmetscher ist nicht erforderlich, es muss lediglich gesichert sein, dass die Gefahr von Missverständnissen ausgeschlossen ist (9). Es ist ausreichend, irgendeine sprachkundige und vertrauenswürdige Person die Übersetzung vornehmen zu lassen (10).

Wenn ein Patient bei der Anamneseerhebung im Rahmen einer Aufnahmeuntersuchung zu Erklärungen in deutscher Sprache über Vorerkrankungen, Beschwerden und Lebensgewohnheiten in der Lage ist, kann davon ausgegangen werden, dass er auch das Aufklärungsgespräch versteht (11).

Zeitpunkt der Aufklärung

Sinn der Grundaufklärung ist, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu gewährleisten. Sie muss deshalb so rechtzeitig erteilt werden, dass dem Patienten Zeit für die Bildung einer eigenständigen Entscheidung darüber gelassen wird, ob er den Eingriff durchführen lassen soll (§ 630e Abs. 2 Ziff. 2 BGB).

Aufklärung bei Elektiveingriffen

Der Schutz des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordert grundsätzlich, dass ein Arzt, der einem Patienten eine Entscheidung über die Duldung eines operativen Eingriffs abverlangt und für diesen Eingriff bereits einen Termin bestimmt, ihm schon zu diesem Zeitpunkt auch die Risiken aufzeigt, die mit diesem Eingriff verbunden sind. Eine erst später erfolgte Aufklärung ist zwar nicht in jedem Fall verspätet. Eine hierauf erfolgte Einwilligung ist jedoch nur wirksam, wenn unter den jeweils gegebenen Umständen der Patient noch ausreichend Gelegenheit hat, sich innerlich frei zu entscheiden.

Deshalb ist bei stationärer Behandlung eine Aufklärung erst am Tag des Eingriffs grundsätzlich verspätet (12).

Allerdings kann, je nach den Vorkenntnissen des Patienten von dem bevorstehenden Eingriff, bei stationärer Behandlung eine Aufklärung im Verlauf des Vortags grundsätzlich genügen, wenn sie zu einer Zeit erfolgt, zu der sie dem Patienten die Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts erlaubt (13).

Aufklärung bei ambulanten Operationen

Der Bundesgerichtshof hat im Hinblick auf ambulante Operationen (14) hervorgehoben, dass der Patient vor dem beabsichtigten Eingriff so rechtzeitig aufgeklärt werden muss, dass er durch hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidungsfreiheit in angemessener Weise wahren kann.

Bei diagnostischen Eingriffen sowie bei ambulanten Operationen reicht eine Aufklärung am Tag des Eingriffs grundsätzlich aus. In solchen Fällen muss jedoch dem Patienten im Zusammenhang mit der Aufklärung über die Art des Eingriffs und seine Risiken auch vom Ablauf her verdeutlicht werden, dass ihm eine eigenständige Entscheidung darüber überlassen bleibt, ob er den Eingriff durchführen lassen will (14). Das ist nicht der Fall, wenn die Aufklärung erst so unmittelbar vor dem Eingriff erfolgt, dass der Patient schon während der Aufklärung mit einer sich nahtlos anschließenden Durchführung des Eingriffs rechnen muss und deshalb unter dem Eindruck steht, sich nicht mehr aus einem bereits in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen zu können.

Die Unterzeichnung der Einwilligungserklärung unmittelbar vor Durchführung einer Myelographie erweckt mithin Zweifel an der Rechtzeitigkeit der Aufklärung (15).

Bei größeren ambulanten Eingriffen mit beträchtlichen Risiken dürfte eine Aufklärung erst am Tag des Eingriffs nicht mehr rechtzeitig sein, zumal solchen Operationen gewöhnlich Untersuchungen vorangehen, in deren Rahmen die erforderliche Aufklärung bereits erteilt werden kann (14).

Der bewusstlose Patient (Unfallopfer)

Bei bewusstlosen Patienten kann sich der Arzt an „verständigen Patienten“ orientieren (16). Danach sind dringende Maßnahmen durchzuführen und weniger dringliche Eingriffe zurückzustellen, bis eine Aufklärung des Patienten durchführbar ist (17).

■ Aufklärung bei minderjährigen Patienten

Grundsatz

Der Arzt darf davon ausgehen, dass ein mit dem Kind erscheinender Elternteil aufgrund einer allgemeinen Funktionsaufteilung zwischen den Eltern auf diesem Teilgebiet der Personensorge oder einer konkreten Absprache ermächtigt ist, für den Abwesenden die erforderliche Einwilligung in ärztliche Heileingriffe nach Beratung durch den Arzt mitzuteilen. Solange dem Arzt keine entgegenstehenden Umstände bekannt sind, darf er in den nachstehend aufgezeigten Grenzen darauf vertrauen.

Wenn bei notwendiger Folgeoperation (zum Beispiel Nachblutung) bei einem Kind die Eltern nicht zu erreichen sind, gilt der mutmaßliche Wille der Eltern. Bei zu weit entfernt wohnenden Eltern dürfte eine telegraphische oder elektronische Einwilligung zum Folgeeingriff genügen.

Leichte Verletzungen und Erkrankungen

Hier kann der Arzt sich grundsätzlich ungefragt auf die Ermächtigung des erschienenen Elternteils zum Handeln für den anderen verlassen.

Ernstere Verletzungen und Erkrankungen

Wenn es um ärztliche Eingriffe schwererer Art mit nicht unbedeutenden Risiken geht, muss sich der Arzt vergewissern, ob der erschienene Elternteil die Ermächtigung des anderen hat und wie weit diese reicht. Solange dem nichts entgegensteht, darf er auf eine wahrheitsgemäße Auskunft des erschienenen Elternteils vertrauen. In Fällen aufgeschobener Dringlichkeit sollte dem erschienenen Elternteil anheimgestellt werden, die vorgesehenen ärztlichen Eingriffe und deren Chancen und Risiken noch einmal mit dem anderen Elternteil zu besprechen.

Schwere Verletzungen und Erkrankungen

Geht es um schwierige und weit reichende Entscheidungen über die Behandlung des Kindes, die mit erheblichen Risiken für das Kind verbunden sind, dann liegt eine Ermächtigung des einen Elternteils zur Einwilligung in ärztliche Eingriffe bei dem Kind durch den anderen nicht von vornherein nahe. Hier muss sich der Arzt die Gewissheit verschaffen, dass der nicht erschienene Elternteil mit der vorgesehenen Behandlung des Kindes einverstanden ist. (18).

Einsichtsfähige Minderjährige

Minderjährige können eine wirksame Einwilligung abgeben, sofern sie die notwendige Einsicht und Willensfähigkeit besitzen (19).

Aufklärung bei beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten

Bei diesem Patientenkreis ist der gesetzliche Vertreter Aufklärungsadressat. Steht dieser nicht zur Verfügung, ist ein Betreuer zur Entgegennahme der Aufklärung und zur Entscheidung über die Einwilligung zu bestellen, soweit dies zeitlich möglich ist (20). Steht keine Zeit zu Verfügung, den Betreuer oder das Betreuungsgericht (gegebenenfalls auch nur telefonisch) zu kontaktieren, gelten die für bewusstlose Patienten dargestellten Grundsätze analog.

Aufklärungsformulare

Aufklärung und Einwilligung bedürfen nicht der Schriftform. Ausreichend, ist grundsätzlich, wenn der Arzt in den Krankenunterlagen dokumentiert, dass, wann und über welche Risiken aufgeklärt worden ist und durch einen Mitarbeiter belegen kann, dass er sich generell um sachgemäße Aufklärung bemüht.

Eine ausschließliche Formularaufklärung ohne Aufklärungsgespräch ist nicht ausreichend (21). Ein bloßes Einwilligungsformular bedeutet lediglich ein Indiz für ein durchgeführtes Aufklärungsgespräch (22) Die Erklärungen des Patienten im Aufklärungsformular sind den Grundsätzen der Auslegung von Willenserklärungen zugänglich (23), das heißt bei Auslegung einer Willenserklärung ist der wirkliche Patientenwille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften; dabei sind die Grundsätze von Treu und Glauben zu beachten.

Unterzeichnet der Patient im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung Unterlagen, so sind ihm gemäß § 630e Abs. 2 BGB davon Abschriften (z.B. in Form einer Durchschrift oder Kopie) auszuhändigen.

Literatur:

1. Steffen/Pauge, *Arzthaftungsrecht* 10. Aufl., S. 192
2. BGH VersR 74,486
3. BGH VersR 92, 314
4. BGH VersR 07,209
5. BGH VersR 90,1010
6. OLG Oldenburg VersR 99,1422
7. *Umfang und Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht*, Wussow, VersR 02,1337
8. Frahm/Nixdorf, *Arzthaftungsrecht*, 3. Aufl., Rn. 194
9. OLG Düsseldorf VersR 90,852
10. OLG München 93,1488
11. OLG Hamm VersR 02,192
12. BGH VersR 03,1441
13. BGH VersR 98, 766
14. BGH VersR 94,1235
15. BGH VersR 96,195
16. Steffen/Pauge, S.198
17. OLG Frankfurt NJW 81, 1322
18. BGH VersR 89,145
19. BGH NJW 59, 811
20. Frahm/Nixdorf, *Arzthaftungsrecht*, 3. Aufl., Rn. 192
21. BGH VersR 95, 361, 362
22. OLG Oldenburg VersR 94, 1348
23. BGH VersR 92, 358; OLG Oldenburg VersR 94, 1425

Autor:

Rechtsanwalt Johann Neu

Geschäftsführer

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

der norddeutschen Ärztekammern

Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

Tel. (05 11) 3 80 24 16 oder - 24 20

Fax (05 11) 3 80 24 06

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

www.schlichtungsstelle.de

* Nachdruck: Überarbeitete Version der Artikelserie „Haftungsfragen“ aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2011

Haftungsfragen*

* Themen dieser Serie:

1. Grundlagen der Arzthaftung – Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler
2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung
6. Anforderungen an die Kommunikation
7. Aufklärung, Teil 1
8. Aufklärung, Teil 2
- 9. Die ärztliche Dokumentation**
- 10. Der Arzthaftpflichtschaden**
11. Der Arzthaftungsprozess
12. Norddeutsche Schlichtungsstelle

■ 9. Die ärztliche Dokumentation

Rechtsgrundlagen

Berufsrecht

„Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“ So heißt es in § 10 Abs.1 der (Muster-)Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte (MBO), was in den Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern entsprechenden Niederschlag findet.

Zivilrecht

Seit Ende der siebziger Jahre ist die ärztliche Dokumentation durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes eindeutig als vertraglich wie deliktisch begründete Pflicht des Arztes definiert, gegründet auf eine selbstverständliche therapeutische Pflicht gegenüber dem Patienten. Denn die weitere Behandlung des Patienten sowohl durch denselben Arzt als auch durch dessen zwangsläufigen oder frei gewählten Nachfolger kann durch unzulängliche Dokumentation entscheidend erschwert werden [1].

Die Patientenakte ist gemäß § 630f BGB in Papierform oder elektronisch zu führen. Zu dokumentieren sind in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung die für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, die für die Sicherstellung der derzeitigen oder einer künftigen Behandlung wesentlich sind bzw. sein können. Dazu zählen nicht nur die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, sondern auch Einwilligungen



sowie die Aufklärung. Auch Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen. Die gesetzliche Regelung in § 630g BGB sieht auch das Recht auf Akteneinsicht vor und soll den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird [2].

Vertragsarztrecht

Der Vertragsarzt hat gemäß § 57 Bundesmantelvertrag Ärzte die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Dies führt dazu, dass zum Beispiel bei arthroskopischen Operationen die Videodokumentation des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der vertragsärztlichen Leistung ist.

Spezialgesetze

Gesonderte Dokumentationspflichten können in Spezialvorschriften enthalten sein, wie zum Beispiel in § 28 der Röntgenverordnung, §§ 42, 85 der Strahlenschutzverordnung, § 14 des Transfusionsgesetzes oder §§ 13 bis 15 des Transplantationsgesetzes.

Zeitpunkt der Dokumentation

Aus § 630f BGB ergibt sich die Pflicht zur zeitnahen Erstellung. Um bei einer Vielzahl von behandelten Patienten der Dokumentationsverpflichtung genügen zu können, sollte die Dokumentation während der Behandlung oder unmittelbar danach erfolgen, um der Begrenztheit des Gedächtnisses Rechnung zu tragen und einem möglichen Informationsverlust vorzubeugen [3].

Der Beweiswert einer zeitnah erstellten Dokumentation ist hoch, er sinkt drastisch mit zunehmender Verzögerung der Erstellung.

Aufbewahrungsfristen

Ärztliche Aufzeichnungen sind grundsätzlich für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht (entsprechend § 10 Abs. 3 MBO in den einzelnen Landesärztekammern geregelt).

Zweck, Umfang und Inhalt der Dokumentation

Die Dokumentation dient in erster Linie der Patientensicherheit im Sinne einer Behandlungsunterstützung. Daneben obliegt sie dem Arzt auch als eine Art Rechenschaftspflicht, ähnlich der, die bei der Verwaltung fremden Vermögens seit langem selbstverständlich ist, wenigstens in dem Umfang, in dem sie sich auch schon aus allgemeinen therapeutischen Erwägungen anbietet [1].

Umstritten ist, ob als dritter Dokumentationszweck auch die Beweissicherung anzusehen ist [4].

Was muss dokumentiert werden?

Zu dokumentieren sind nach § 630f Abs.2 BGB die durchgeführten ärztlichen Maßnahmen, die erhaltenen Informationen oder sonstigen Tatbestände, die für den dokumentierenden Arzt selbst oder im Falle einer Weiterbehandlung anderenorts relevant für die künftigen diagnostischen und/oder therapeutischen Dispositionen sein könnten.

Die – stets zukunftsorientierte – Dokumentation enthält die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Diagnoseuntersuchungen, Funktionsbefunde, Medikation, ärztliche Hinweise für und Anweisungen an die Funktions- und Behandlungspflege, Abweichung von Standardbehandlungen) und Verlaufsdaten (Operationsbericht, Narkoseprotokoll, Zwischenfälle, Wechsel des Operateurs in der Operation, Anfängerkontrolle, Intensivpflege) [5]. Nach § 630f Abs.2 BGB gehören dazu auch Einwilligungen sowie die Aufklärung; Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Was muss nicht – sollte aber – dokumentiert werden?

Eine Dokumentationspflicht besteht nicht, soweit Routineuntersuchungen oder Routinehandlungen sich von selbst verstehen. So kann es bei einem wirklichen Routineeingriff für den erfahrenen Chirurgen genügen, dass er nur die Art, die Tatsache der Durchführung und die Namen der Beteiligten an der Operation vermerkt, sofern keine Besonderheiten, Änderungen, Abweichungen oder Unregelmäßigkeiten (die freilich stets zu dokumentieren wären) eingetreten sind. Bei Anfängeroperationen gilt dies jedoch nicht. Ein Berufsanfänger hat den Gang der von ihm selbstständig durchgeführten Operation auch bei so genannten Routineeingriffen in den wesentlichen Punkten genau zu dokumentieren [6].

Oftmals werden Kontrolluntersuchungen in den Krankenaufzeichnungen nicht dokumentiert, wenn sie ohne positiven Befund geblieben sind. Der BGH hat entschieden, dass Routinekontrollen ohne Befund nicht gesondert dokumentiert werden müssten [7]. Ob eine bestimmte Maßnahme aus medizinischer Sicht zu dokumentieren ist, muss im Streitfall von einem medizinischen Sachverständigen beurteilt werden [8].

Die Grenze zwischen Kontrolluntersuchung und Routinekontrolle ist nicht scharf zu ziehen. Deshalb kann die Empfehlung nur lauten, auch die ohne positiven Befund endende Untersuchung zu dokumentieren.

Die Quintessenz aus zahlreichen Urteilen, in denen Dokumentationslücken die Beweislastverteilung zu Ungunsten der Arztseite verschoben haben, führt zu der Empfehlung, auch die Beweissicherung bei der Dokumentation durchaus im Auge zu behalten.

Dies soll am Beispiel der Patientenaufklärung durch den Arzt verdeutlicht werden:

Unter medizinischen Gesichtspunkten ist die Dokumentation der Aufklärung nicht erforderlich. Abweichend von der grundsätzlichen Beweissituation im Behandlungsfehlerprozess, ist beim Vorwurf unzureichender Selbstbestimmungsaufklärung der Arzt für die wirksame Einwilligung des Patienten darlegungs- und beweisbelastet. Der Nachweis ordnungsgemäßer Aufklärung lässt sich zwar mit einem entsprechenden Eintrag in der Patientenakte für den behandelnden Arzt leichter führen. Eine Dokumentationspflicht resultiert hieraus jedoch nicht: Ob und in welcher Weise der Arzt insoweit seiner Beweislast nachkommt, bleibt allein ihm überlassen [9].

Weniger ist manchmal mehr.

Ganz sicher aber nicht bei der Dokumentation!

Schon gar nicht bei der Dokumentation der Aufklärung!

Wie ist zu dokumentieren?

Dem Arzt bleibt es überlassen, ob die Dokumentation in wortreichen Ausführungen vorgenommen wird oder überwiegend aus Kürzeln, Symbolen oder Schlagworten besteht, letztere müssen jedoch allgemein gebräuchlich und für einen anderen Arzt aussagekräftig und nachvollziehbar sein. Eine Aufzeichnung in Stichworten muss so abgefasst sein, dass Irrtümer beim nachbehandelnden Arzt vermieden werden [10].

Auch eine ärztliche EDV-Dokumentation ist hinsichtlich ihrer äußerlichen wie inhaltlichen Ausgestaltung allein an dem Dokumentationszweck zu messen. Der Umstand, dass nachträgliche Veränderungen bei Verwendung nicht überschreibgeschützter EDV leichter möglich sind als beim Einsatz herkömmlicher Patienten-Karteikarten, kann dem Arzt prozessual nicht zum Nachteil gereichen [11]. Der Beweiswert von EDV-Dokumentationen steht dem handschriftlicher Aufzeichnungen nicht nach [12].

Die MBO besagt, dass Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Hierbei sind die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

Nachträglich vorgenommene Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nach § 630f Abs.1 BGB zulässig, aber nur wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen sind.

Im Falle eines Falles:
Die „veränderungsresistente“ EDV-Dokumentation hat den höheren Beweiswert.

Einsichtsrecht in Krankenunterlagen

Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen unverzüglich Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Dies gilt auch außerhalb eines Rechtsstreits und bezieht sich grundsätzlich auf naturwissenschaftlich konkretisierbare Befunde und die Aufzeichnungen über Behandlungsmaßnahmen [13]. Das Einsichtsrecht bezieht sich auf sämtliche Informationen, die in den Unterlagen enthalten sind, also auch auf (früher von der Rechtsprechung vom Einsichtsrecht ausgenommene [14]. persönliche Einschätzungen des Arztes, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten, wie zum Beispiel eine Notiz über querulatorisches Verhalten des Patienten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben. Das Einsichtsrecht beruht letztlich auf dem in Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz garantierten Selbstbestimmungsrecht des Patienten [15].

Das Einsichtsrecht steht auch Erben zu, soweit vermögensrechtliche Interessen nachgewiesen werden und soweit die Einsichtnahme nicht dem Willen des Verstorbenen widerspricht, was vom Arzt in Grundzügen darzulegen wäre. Die Tendenz der Rechtsprechung geht dahin, nächsten Angehörigen eines Verstorbenen, auch wenn sie nicht Erben sind, ein Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen zu gewähren [16]. Dies sei aus „nachwirkenden Persönlichkeitsbelangen“ des Verstorbenen herzuleiten. Aber auch hier hat die Orientierung an dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu erfolgen. Wie im Falle der Erben hat der Arzt bei Verweigerung der Einsichtnahme einen entgegenstehenden Willen des Verstorbenen darzulegen und gegebenenfalls zu beweisen.

Bei psychiatrischen Krankenunterlagen ist das Einsichtsrecht eingeschränkt, selbst dann, wenn der Patient inzwischen beschwerdefrei ist. Entscheidend ist in erster Linie die therapeutische Vertretbarkeit. Daneben sind außerdem persönliche Belange der in das psychiatrische Behandlungsgeschehen einbezogenen Personen (befragte Angehörige und beteiligte Ärzte) zu berücksichtigen. In einem solchen Fall hat der Arzt die dem uneingeschränkten Einsichtsbegehren des Patienten entgegenstehenden therapeutischen Gründe darzulegen [17].

Rechtsfolgen bei Dokumentationsmängeln (§ 630h Abs. 3 BGB)
Ein Dokumentationsmangel allein stellt für den Patienten keine eigenständige Anspruchsgrundlage dar [7], wie zum Beispiel der Behandlungsfehler. Ausnahmsweise liegt dann ein Behandlungsfehler vor, wenn der Mangel der Dokumentation ursächlich für eine dadurch bedingte falsche Diagnostik/

Therapie beziehungsweise Über-Diagnostik/Übertherapie geworden ist. Ansonsten führt der Dokumentationsmangel im Arzthaftpflichtprozess zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten. Die unterlassene Dokumentation einer aus medizinischer Sicht zu dokumentierenden Maßnahme führt zu der Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist [18].

Eine Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs für den Schaden wird durch den Dokumentationsmangel allein grundsätzlich nicht begründet. Dazu kann es nur kommen, wenn eine gänzlich unterlassene oder unvollständige Dokumentation den groben Behandlungsfehler oder das Unterlassen einer Diagnostik mit behandlungspflichtigem Ergebnis indiziert, die als solche die Grundlage für eine Beweislastumkehr bilden [7].

Fazit:

Der Arzt sollte in seinem eigenen Interesse ausgiebiger dokumentieren, als es die – sich stetig wandelnde – Rechtsprechung vorschreibt.

Literatur:

1. BGH VersR 1978, 1022
2. Grundlagenpapier Patientenrechte in Deutschland, herausgegeben von dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Justiz, Stand:22. März 2011
3. Kaiser in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, Deutscher Anwalt Verlag, 2. Auflage, 2011, S. 821
4. Laufs/ Kern, Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 686
5. Steffen/Pauge Arzthaftungsrecht, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 207
6. BGH VersR 1985, 782
7. BGH VersR 1993, 836
8. Kaiser in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, Deutscher Anwalt Verlag, 2. Auflage, 2011, S. 817
9. Bender, Der Umfang der ärztlichen Dokumentationspflicht – Ein weiterer Schritt der Verrechtlichung –, VersR 1997, 918
10. BGH VersR 1989, 512
11. Muschner, Der prozessuale Beweiswert ärztlicher (EDV-) Dokumentation, VersR 2006, 621
12. OLG Hamm VersR 2006,842
13. BGH VersR 1983, 264
14. Laufs/ Kern, Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 696
15. Steffen/Pauge Arzthaftungsrecht, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 213,214
16. Steffen/Pauge Arzthaftungsrecht, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 216
17. Laufs/ Kern, Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 697
18. BGH VersR 1995, 706

■ 10. Der Arzthaftpflichtschaden

Ganz allgemein wird unter dem Schadensbegriff im Haftungsrecht jede nachteilige Beeinträchtigung verstanden, die jemand aufgrund eines bestimmten Ereignisses an seinen Rechten oder Rechtsgütern erleidet. Dazu sind im Bereich der Arzthaftung insbesondere zu erwähnen das Leben, der Körper, die Gesundheit, das Persönlichkeitsrecht und das Vermögen.

Die Besonderheit im Arzthaftungsbereich ist, dass Patienten bei Beginn der Behandlung in der Regel mit einer Krankheit belastet sind, die zwangsläufig die Gesundheit schon beeinträchtigt und weitergehend belasten kann. Dieses Krankheitsrisiko wird nicht dadurch zum Arztrisiko, dass der Arzt die Behandlung übernimmt, sondern der Patient tauscht das Risiko der unbehandelten Krankheit gegen das Risiko der Behandlung.¹ Erst wenn der Arzt einen Behandlungsfehler begeht, der kausal für einen Schaden des Patienten geworden ist, verlagert sich das Risiko und damit die Haftung auf den Arzt.

Körper- oder Gesundheitsschaden (Immaterieller Schaden – Schmerzensgeld)

Der ärztliche Heileingriff ist immer eine Verletzung des Körpers oder der Gesundheit im Sinne von § 823 BGB, auch wenn er medizinisch indiziert ist und lege artis durchgeführt wird.

Dieser Schaden kann in einem physischen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bestehen, ebenso wie in einer physisch oder psychisch vermittelten Störung der inneren Lebensvorgänge sowie des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens. Unter den Begriff der Gesundheitsverletzung im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB fällt jedes Hervorrufen oder Steigern eines von den normalen körperlichen Funktionen nachteilig abweichenden Zustandes, wobei unerheblich ist, ob Schmerzzustände auftreten.² Auf welche Weise und wie tiefgreifend Körper oder Gesundheit geschädigt und Schmerzen erlitten werden, ist ohne Belang.

Ausgeglichen durch Schmerzensgeld werden im Rahmen dieser immateriellen Schäden die Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens wie zum Beispiel körperliche Schmerzen, Sorgen wegen der Zukunft, Beeinträchtigung der Lebensfreude, Körperliche Verunstaltung, notwendig gewordener Verzicht auf Hobby, Sport, Verminderung der Heiratsaussichten oder psychische Belastungen von Krankheitswert.

Vermögensschaden

Der auszugleichende Vermögensschaden besteht in der Differenz zwischen der durch das Schadenereignis für den Geschädigten tatsächlich eingetretenen Situation und einer Situation, die bestehen würde, wenn das schädigende Ereignis nicht eingetreten wäre. Darunter fallen zum Beispiel Verdienstaufschlag, entgangener Gewinn, Kosten einer Heilbehandlung, Pflegekosten, Arzneimittel, Hilfsmittel, Mehraufwendungen infolge der Verletzung, Umschulungskosten, Aufwendungen für die Rechtsverfolgung.

Primärschäden und Sekundärschäden

Wichtig ist der Unterschied zwischen Primärschäden und Sekundärschäden, weil die Anforderungen an den Beweis der Kausalität eines Behandlungsfehlers für den jeweiligen Schaden gravierend unterschiedlich sind.³

Primärschäden sind die durch den Fehler des Arztes unmittelbar verursachten Gesundheitsbeschädigungen (zum Beispiel bei fehlerhaft übersehener Fraktur die durch die unterbliebene Ruhigstellung und damit unsachgemäße Behandlung der Fraktur eingetretene gesundheitliche Befindlichkeit).

Sekundärschäden sind Folgeschäden, die erst durch den Primärschaden entstanden sind (weitere Gesundheitsschäden, Vermögensschäden)

Kausalität im Arzthaftungsrecht

Die rechtliche Verantwortung des Arztes für einen Schaden setzt voraus, dass sein Behandlungsfehler (oder Aufklärungsfehler) zu einem körperlichen oder gesundheitlichen Primärschaden des Patienten geführt hat (haftungsbegründende Kausalität). Für sich daraus entwickelnde weitere (Sekundär-) Schäden (haftungsausfüllende Kausalität) haftet der Arzt ebenfalls.

Auf der Ebene der haftungsbegründenden Kausalität ist zu klären, was die Ursache des primären Gesundheitsschadens ist und wer dafür die Verantwortung zu tragen hat

Die sekundären Schadensfolgen sind auf der Ebene der haftungsausfüllenden Kausalität abzuklären, insbesondere ob eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung nach vorangegangener Rechtsgutverletzung stattgefunden und welche zu entschädigende Auswirkung diese nach sich gezogen hat.

Grenzen der Verantwortlichkeit

Arzt und Krankenhausträger haften nur für den durch einen Behandlungsfehler verursachten Schaden. Eine Haftung besteht auch bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers nicht, wenn kein Schaden entstanden oder ein Schaden nicht nachweisbar ist. Die Gefährdung als solche führt nicht zu einer Rechtsfolge. Fehlerunabhängig, also schicksalhaft eingetretene Schäden begründen keine Einstandspflicht, auch nicht der Arztfehler, durch den der Krankheitsverlauf nicht messbar verschlimmert wurde.⁴

Verantwortlichkeit bei Fehler des nachbehandelnden Arztes

Der Arzt haftet nicht nur für die durch seinen Fehler herbeigeführte Primärverletzung, sondern grundsätzlich für alle sich daraus adäquat entwickelnden Schadensfolgen, auch dann, wenn an ihnen Dritte, etwa ein nicht fachgerecht gleichzeitig oder nachbehandelnder Arzt mit beteiligt sind. Die Berücksichtigung der Verursachungsanteile erfolgt erst im Innenausgleich unter den beteiligten Schädigern.⁵

Grenzen der Verantwortlichkeit

Die Grenze, bis zu welcher der Erstschädiger dem Verletzten für die Folgen einer späteren fehlerhaften ärztlichen Behandlung einzustehen hat, wird in der Regel erst überschritten, wenn es um die Behandlung einer Krankheit geht, die mit dem Anlass für die Entstehung in keinem inneren Zusammenhang steht, oder wenn der die Zweitbeschädigung herbeiführende Arzt in außergewöhnlich hohem Maße die an ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten zu stellenden Anforderungen außer Acht gelassen und derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoßen hat, dass der eingetretene Schaden seinem Handeln haftungsrechtlich wertend allein zugeordnet werden muss.⁶

Patientendisposition und Schaden

Die Haftung wird nicht dadurch eingeschränkt, dass ein Patient aufgrund seiner besonderen physischen oder psychischen Konstitution für die betreffende Gesundheitsschädigung stärker anfällig ist und deshalb einen schwereren Schaden erleidet, als eine Person mit normaler Konstitution. Es ist der volle Schaden zu ersetzen.⁷

Der Arzt hat den Patienten so zu nehmen, wie er ist!

Begehrensneurose

Verarbeitet der Patient das ihm ärztlich zugefügte Missgeschick auf falsche Weise oder verfällt er einer Begehrensneurose, hat der Arzt, um sich zu entlasten, zu beweisen, dass der Patient ohne die fehlerhafte Behandlung und deren Folgen aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur in seiner privaten und beruflichen Sphäre aus womöglich objektiv geringfügigem Anlass in ähnlicher Weise – alsbald oder später – gescheitert wäre, ferner, dass unbewusste Begehrensvorstellungen des Patienten zu einer unangemessenen Verarbeitung der erlittenen körperlichen Beeinträchtigung mit der Folge einer Minderung seiner

Erwerbsfähigkeit geführt haben, die dann keine Einstandspflicht begründet.⁸

Hypothetische oder „überholende“ Kausalität

Die Haftung des Arztes für aus einem Behandlungsfehler in Betracht stehende Schäden – Primär- oder Sekundärschäden – entfällt, wenn er beweisen kann, dass diese Schäden sich behandlungsunabhängig in entsprechender Weise auch bei fehlerfreier Behandlung verwirklicht hätten.⁹ Bei Vorhandensein einer Schadenanlage, die zum gleichen Schaden geführt haben würde, ist die Ersatzpflicht auf die Nachteile beschränkt, die durch den früheren Schadenseintritt bedingt sind.⁸

Literatur:

- 1 Steffen/Paue *Arzthaftungsrecht*, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 53
- 2 BGH VersR 1991,816
- 3 BGH VersR 2008,644
- 4 BGH VersR 1981,754
- 5 Steffen/Paue *Arzthaftungsrecht*, RWS Verlag, 10. Aufl., S. 143
- 6 OLG Oldenburg VersR 1998,1110
- 7 OLG Koblenz VersR 1999,1420
- 8 BGH VersR 1996,990
- 9 BGH VersR 2005, 942

Autor:

Rechtsanwalt Johann Neu

Geschäftsführer

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

der norddeutschen Ärztekammern

Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

Tel. (05 11) 3 80 24 16 oder – 24 20

Fax (05 11) 3 80 24 06

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

www.schlichtungsstelle.de

* Nachdruck: Überarbeitete Version der Artikelserie „Haftungsfragen“ aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2011

Haftungsfragen*

* Themen dieser Serie:

1. Grundlagen der Arzthaftung – Standard, Leitlinien, Richtlinien, Behandlungsfehler
2. Allgemeine Qualitätsanforderungen an die ärztliche Sorgfalt
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Verantwortlichkeiten bei Arbeitsteilung
6. Anforderungen an die Kommunikation
7. Aufklärung, Teil 1
8. Aufklärung, Teil 2
9. Die ärztliche Dokumentation
10. Der Arzthaftpflichtschaden
- 11. Der Arzthaftungsprozess**
- 12. Norddeutsche Schlichtungsstelle**



erster Instanz; Oberlandesgericht nach Landgericht in erster Instanz und schließlich als Revisionsinstanz der Bundesgerichtshof). In der Berufungsinstanz können nur Verfahrensfehler oder Widersprüche im Sachverständigengutachten, in der Revisionsinstanz nur Rechtsverletzungen überprüft werden.

Wer Tatsachen vorzutragen hat, sollte dies umfassend und tunlichst in der ersten Instanz erledigen.

11. Der Arzthaftungsprozess

Verfahrensgrundzüge

Zivilrechtliche Ansprüche sind auf dem Zivilrechtswege geltend zu machen, in welchem das Verfahren grundsätzlich durch den Inhalt der Schriftsätze bestimmt wird (Parteimaxime).

Der Zivilprozess wegen einer fehlerhaften Behandlung und / oder eines Aufklärungsmangels (vor dem Amtsgericht bis zu einem Streitwert von 5000 Euro, darüber vor dem Landgericht) beginnt in der ersten Instanz mit der Zustellung der Klageschrift, welche die in Anspruch genommenen Haftpflichtigen (Ärzte, Krankenhausträger) bezeichnet und die anspruchsbegründenden Tatsachen (Behandlungsfehler, Aufklärungsmangel, Schaden) darstellt. Zusätzlich sind Beweise für die behaupteten Tatsachen anzubieten. Im Regelfall sind die Parteien des Arzthaftungsprozesses durch Rechtsanwälte vertreten. Das Verfahren wird grundsätzlich durch den Inhalt der Schriftsätze und durch die den Prozess leitenden Verfügungen des Gerichts bestimmt. Die Schriftsätze sollen den ersten Termin zur mündlichen Verhandlung vorbereiten.

Der Arzthaftungsprozess unterscheidet sich vom „normalen“ Zivilprozess, in dem die Parteimaxime gilt, in einem Punkt entscheidend: An die Substantiierungspflichten des Klägers sind maßvolle und verständige Anforderungen zu stellen, weil dem klagenden Patienten regelmäßig nicht nur genaue Einsicht in das Behandlungsgeschehen, sondern auch das nötige Fachwissen zur Erfassung und Darstellung des Konfliktstoffes fehlt. Dies soll für „Waffengleichheit“ in der Auseinandersetzung im Sinne eines fairen, der Rechtsanwendungsgleichheit Rechnung tragenden Gerichtsverfahrens sorgen (1).

Ist eine Prozesspartei mit dem Verfahrensausgang unzufrieden, steht eine zweite Instanz zur Verfügung, die allerdings keine erneute Tatsacheninstanz ist (Landgericht nach Amtsgericht in

Beweismittel

Beweismittel vor Gericht sind Urkunden, im Arzthaftpflichtprozess (EDV)Karteikarten, Krankenblätter et cetera, Zeugen, Vernehmung der Prozessparteien und schließlich als Kernstück eines jeden Arzthaftpflichtprozesses das medizinische Sachverständigengutachten.

Die Dokumentation

Auch wenn die Verletzung der Dokumentationspflicht keine eigenständige Anspruchsgrundlage darstellt (2), kann sie dennoch prozessentscheidende Wirkung entfalten. Ist eine dokumentationspflichtige Maßnahme nicht dokumentiert, besteht zugunsten des Patienten eine Vermutung dafür, dass diese Maßnahme nicht erfolgt ist (3). Dann ist es Sache des Arztes, dies (gegebenenfalls durch Zeugenbeweis) zu widerlegen. Die grundsätzlich auf Patientenseite liegende Beweislast verlagert sich auf die Arztseite.

Für die Prozessführung ist es fatal, Gutes getan zu haben, wenn es nicht auch ordnungsgemäß dokumentiert wurde!

Zeugen- und Parteivernehmung

Prozesse werden meist nicht direkt im Anschluss an eine Behandlung geführt, sondern erst Monate oder Jahre später, wenn die Erinnerung an das Behandlungsgeschehen mehr oder weniger verblasst und einem unbewusst im Rahmen der Auseinandersetzung verfestigten Bild gewichen ist. Deswegen ist der Beweiswert einer zeitnah verfassten Dokumentation, als noch keine Auseinandersetzung absehbar war, recht hoch.

Das Sachverständigengutachten

Der medizinische Standard darf nicht ohne Sachverständigengrundlage allein aus eigener rechtlicher Beurteilung des Ge-

richts heraus festgelegt werden. Die berufsspezifischen Sorgfaltspflichten eines Arztes richten sich in erster Linie nach medizinischen Maßstäben. Das Gericht hat daher die Frage des Behandlungsfehlers und gegebenenfalls der Kausalität mit Hilfe eines medizinischen Sachverständigen zu ermitteln (4).

Die Auswahl des Gutachters kann prozessentscheidend sein. Deshalb sollte darauf geachtet werden, dass schon das Auswahlverfahren gewissen Qualitätskriterien entspricht. Der in Aussicht genommene Gutachter sollte grundsätzlich fachkompetent und fachgleich sein (es sei denn der beklagte Arzt ist fachfremd tätig geworden oder es geht ausschließlich um fachübergreifende Fragen der Kausalität), praktische Erfahrungen mit der zu prüfenden Behandlung besitzen, eine dem beklagten Arzt mindestens vergleichbare Position bekleiden und auf mindestens gleicher Versorgungsebene tätig (gewesen) sein. Auch wenn Praktikabilität und eine gewisse Arbeitsroutine – in nicht zu beanstandender Weise – dazu führen, dass Gerichte dazu neigen, bestimmte Gutachter gehäuft zu beauftragen („Hausgutachter“), liegt darin das Risiko von fachlicher Einseitigkeit und problematischer Arbeitsteilung (5).

Obwohl der medizinische Sachverständige oft als „Richter in Weiß“ angesehen wird, ist er gemäß §404a ZPO nur unter Leitung des Gerichts tätig und hat dessen Weisungen zu folgen. Es ist Aufgabe des Gerichts und nicht des beauftragten Sachverständigen, den entscheidungserheblichen medizinischen Sachverhalt zu ermitteln. Davon unberührt bleibt seine Pflicht, das Gericht auf bisher nicht berücksichtigte Umstände hinzuweisen (6). Das Gericht entscheidet dann, wie weiter zu verfahren ist. Die Gutachten werden schriftlich erstattet, auf Antrag findet eine persönliche Anhörung des Sachverständigen im Verhandlungstermin statt.

Gutachten in Arzthaftungsstreitigkeiten sind oft nicht eindeutig, da aufgrund der Materie verschiedene Sachverständige – gut begründet – zu differenten Bewertungen kommen können, ohne dass eines der Gutachten objektiv falsch sein muss (7). In Zweifelsfällen holt das Gericht mehrere Gutachten ein. Liegt ein Privatgutachten vor, hat sich das Gericht damit auseinanderzusetzen, wenn es zu einer anderen Bewertung kommt als das vom Gericht eingeholte Gutachten (8). Dies hat von Amts wegen zu geschehen und ist im Urteil zu würdigen (9). Gutachten einer Gutachter- oder Schlichtungsstelle kann das Gericht im Wege des Urkundsbeweises würdigen (10).

Die Auswahl des Gutachters kann den Prozess entscheiden, aber das Gutachten muss nicht das letzte Wort sein.

Zivil- und Strafprozess

Zivilprozess und Strafprozess beeinflussen sich gegenseitig nicht, theoretisch können beide parallel ablaufen und mit konformen oder konträren Ergebnissen enden. Dies liegt an den unterschiedlichen Haftungsvoraussetzungen des Zivil- und

Strafrechts (im Zivilrecht objektiver Sorgfaltsmaßstab, im Strafrecht subjektive Schuldbewertung). Daneben existieren in beiden Verfahrensarten unterschiedliche Beweislastregelungen. Der Zivilprozess bietet unter bestimmten Umständen (grober Behandlungsfehler, Befunderhebungsmangel, voll beherrschbares Risiko, Dokumentationsmangel) Beweislastleichterungen für den Patienten, während im Strafprozess der allgemeine Grundsatz „in dubio pro reo“ dem Arzt zu Gute kommt.

Literatur:

- 1 *BverfG NJW 1979,1925*
- 2 *BGH VersR 1999,1282*
- 3 *§ 630 h Abs. 3 BGB; BGH VersR 1995,1282*
- 4 *BGH VersR 1995, 659*
- 5 *Wölk in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, Deutscher Anwalt Verlag, 2. Auflage, 2011, S. 1253*
- 6 *Laufs/ Kern, Handbuch des Arztrechts, Verlag C.H. Beck. 4. Aufl. 2010, S. 1342*
- 7 *Schepokat und Neu, Zur ärztlichen Begutachtung in Haftpflichtsachen, VersR 2001,23*
- 8 *BGH VersR 1993,899*
- 9 *BGH VersR 2001,783*
- 10 *BGH VersR 1987,1091*

12. Norddeutsche Schlichtungsstelle

Die Institution

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, besser bekannt unter der Bezeichnung „Norddeutsche Schlichtungsstelle“, gegründet 1976 für die Ärztekammerbereiche Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, ist seit 1990 auch für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen und seit 01.01.2014 für das Saarland zuständig. Sie bearbeitet pro Jahr etwa 4.300 (circa 40 Prozent) der in Deutschland insgesamt anfallenden Schlichtungsanträge und wird in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben. Geschäftsführender Gesellschafter ist die Ärztekammer Niedersachsen.

Die Verfahrensordnung

Die Verfahrensordnung (VO), aus der reinen Theorie heraus entwickelt, wurde im Laufe der Jahre an einigen Stellen praxisorientiert modifiziert und 2011 noch einmal grundlegend, den gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte besser als bisher Rechnung tragend, überarbeitet. Die neue Verfahrensordnung gilt ab 1. Januar 2012, mit der Modifikation des Beitritts des Saarlandes ab 01.01.2014.

Aufgabe und Zielsetzung der Schlichtungsstelle ist es, eine zeitnahe, unabhängige und neutrale Begutachtung einer medizinischen Behandlung, die in dem Zuständigkeitsbereich der Gesellschafter stattgefunden hat, durchzuführen und eine Bewertung der Haftungsfrage dem Grunde nach abzugeben.

Die **Unabhängigkeit** bei der Fallbearbeitung, seit jeher eine der herausragendsten Maximen der Norddeutschen Schlichtungsstelle, ist jetzt ausdrücklich in § 4 VO postuliert, wo es heißt, dass die Mitglieder der Schlichtungsstelle bei der Entscheidungsfindung unabhängig und an Weisungen nicht gebunden, sondern nur ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung unterworfen sind.

Was die ärztlichen **Mitglieder der Schlichtungsstelle** angeht, wird zur Verdeutlichung der Unabhängigkeit in § 4 VO festgelegt, dass zum ärztlichen Mitglied nicht berufen werden darf, wer einem Organ der Norddeutschen Ärztekammern angehört, was die klare Trennung zwischen Schlichtungsstelle und Kammern noch zusätzlich unterstreicht. Ausdrücklich geregelt ist darüber hinaus die auch jetzt schon gängige Praxis, dass Mitglieder der Schlichtungsstelle Fachärzte mit langjähriger Berufserfahrung und Juristen mit Befähigung zum Richteramt oder mit gleichwertigem Abschluss sind.

Der **Kreis der Verfahrensbeteiligten** hat sich vergrößert. Beteiligte des Verfahrens können zusätzlich neben Patienten, Ärzten, Krankenhausträgern und Versicherern auch andere Einrichtungen sein, für die Ärzte tätig geworden sind. Selbstverständlich können sich alle Beteiligten vertreten lassen.

An der **freiwilligen** Teilnahme der Beteiligten am Verfahren hat sich nichts geändert. Ausdrücklich geregelt ist, dass die Zustimmung jederzeit zurückgenommen werden kann.

Die **Mitwirkungspflichten der Beteiligten** sind ebenfalls genauer definiert (§ 7 VO). Danach sind die Beteiligten zur Unterstützung der Schlichtungsstelle bei der Aufklärung des Sachverhalts verpflichtet, insbesondere die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und Schweigepflichtentbindungserklärungen zu erteilen. Auf Anforderung sind der Schlichtungsstelle die vollständigen Patientenunterlagen im Original zur Verfügung zu stellen.

Verfahrenshindernisse sind ein anhängiger Zivilprozess (es sei denn, er ruht), ein Mediationsverfahren, ein rechtskräftiges Urteil, ein Vergleich, ein laufendes staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder strafgerichtliches Verfahren wegen desselben Sachverhalts.

Ein weiteres Verfahrenshindernis liegt vor, wenn der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragsstellung länger als zehn Jahre zurückliegt. Dies gilt unabhängig von dem Zeitpunkt der Kenntnis des Geschädigten oder dessen gesetzlichen Vertretern. Neu ist auch, dass das Verfahren eingestellt wird, wenn ein Beteiligter seinen Mitwirkungspflichten nach § 7 VO nicht nachkommt.

Die althergebrachten **Verfahrensgrundsätze** sind nicht verändert, aber zum Zwecke verbesserter Transparenz und Nachvollziehbarkeit expressis verbis dargestellt worden.

Es wird beschrieben, dass jeder Fall von mindestens einem ärztlichen und einem juristischen Mitglied bearbeitet und entschieden wird. Der Untersuchungsgrundsatz, nach welchem das Verfahren schon seit jeher durchgeführt wird, ist in § 8 Abs. 2 VO ausdrücklich geregelt.

Am Procedere und an der Transparenz im Zusammenhang mit der Einholung von externen **Sachverständigengutachten** hat sich ebenfalls in der Praxis nichts geändert. Klargestellt ist lediglich, dass dann, wenn die Beteiligten die Gelegenheit hatten, sich zur Person des in Aussicht genommenen Gutachters und zu den vorgesehenen Beweisfragen zu äußern, die Abfassung des endgültigen Gutachtauftrages der Schlichtungsstelle obliegt. Für die Ablehnung eines Sachverständigen gelten unverändert die Bestimmungen der Zivilprozessordnung entsprechend.

Die Kommission kann den Sachverhalt nach wie vor mit den Beteiligten mündlich erörtern. Von der Befugnis, das persönliche Erscheinen anordnen zu können, ist in der Geschichte der Schlichtungsstelle noch kein einziges Mal Gebrauch gemacht worden. Diese Bestimmung ist mangels praktischer Relevanz in der neuen Verfahrensordnung nicht mehr enthalten.

Die Schlichtungsstelle schließt ihre Tätigkeit mit einer Entscheidung ab, die eine medizinisch und juristisch begründete Stellungnahme zu den erhobenen Ansprüchen dem Grunde nach enthält. In geeigneten Fällen kann ein Regulierungsvorschlag unterbreitet werden.

Soweit die Beteiligten nach Zuleitung der Entscheidung binnen einer Frist von einem Monat neue Tatsachen vortragen, entscheidet die Schlichtungsstelle darüber, gegebenenfalls unter Zuziehung ergänzender gutachterlicher Stellungnahmen.

Eine der wichtigsten Neuregelungen ist die **Berufung eines Patientenvertreters** in die Schlichtungsstelle. Der unabhängige, von den norddeutschen Ärztekammern berufene Patientenvertreter wird die öffentliche Transparenz für das Verfahren herstellen. Durch Wahrnehmung seiner Informationsrechte und insbesondere auch durch Anwesenheit während der interdisziplinären Sitzungen der Ärzte und Juristen wird ihm die Möglichkeit eröffnet, Einblicke in die der Bewertung von Haftungsansprüchen zu Grunde liegenden Abwägungs- und Entscheidungsprozesse innerhalb der Schlichtungsstelle zu gewinnen und die Arbeitsabläufe im Hinblick auf allgemeine Patienteninteressen zu beobachten. An den Entscheidungen der Schlichtungsstelle im Einzelfall über die jeweils geltend gemachten Ansprüche ist der Patientenvertreter nicht beteiligt, da in der Regel schwierige medizinische und juristische Probleme zu lösen sind, deren erforderliche kompetente Bewertung von einem Nichtfachmann nicht erwartet werden kann.

Der Patientenvertreter wird von den Gesellschaftern gemeinsam berufen und ist ehrenamtlich tätig. Auch er ist, wie die

Mitglieder der Schlichtungsstelle, unabhängig und nur an Recht und Gesetz gebunden. Neben seiner Aufgabe einer allgemeinen Interessenvertretung der Patientenschaft in der Schlichtungsstelle hat er bei konkreten Patientenbeschwerden mit formalen Beanstandungen zum Verfahrensablauf auf Antrag des Patienten ein einzelfallbezogenes Akteneinsichtsrecht. Zu seinen Aufgaben gehört auch, dass er den norddeutschen Ärztekammern jährlich Bericht erstattet.

Der bislang praktizierte **Datenschutz** ist jetzt ebenfalls ausdrücklich geregelt. Die Mitglieder der Schlichtungsstelle werden nach § 10 VO zur Einhaltung des Datenschutzes förmlich verpflichtet.

Die **Kostenregelung** hat sich nicht geändert. Nach wie vor ist die Inanspruchnahme der Schlichtungsstelle für Patienten kostenfrei. Die Ärztekammern als Gesellschafter finanzieren die Schlichtungsstelle. Die Beteiligten tragen nach wie vor ihre eigenen Kosten selbst, einschließlich der ihrer Vertretung. Der Haftpflichtversicherer der Arztseite zahlt die jeweils vereinbarte Verfahrenspauschale sowie die Kosten der Begutachtung, wobei jetzt klargestellt ist, dass dazu auch die bei einer Untersuchung des Patienten notwendigen Reisekosten gehören.

Der **Rechtsweg** wird durch die unverbindliche Entscheidung der Schlichtungsstelle nicht ausgeschlossen. Ausdrücklich herausgestellt ist in § 12 VO, dass die Gesellschafter und die Mitglieder der Schlichtungsstelle aus der für die Beteiligten unverbindlichen Tätigkeit der Schlichtungsstelle nicht haften.

Auch in § 13 VO wird noch einmal deutlich, dass auf die **Transparenz** der Institution großen Wert gelegt wird: Die Gesellschafter berichten über die Tätigkeit der Schlichtungsstelle jährlich in ihrem Mitteilungsblatt.

Der Verfahrensablauf

Das Verfahren besteht aus mehreren Schritten. Nach der Klärung der Verfahrensvoraussetzungen (örtliche und sachliche Zuständigkeit, keine Verfahrenshindernisse) erarbeitet die für diesen Fall zuständige Kommission nach dem Untersuchungsgrundsatz unter Auswertung der beigezogenen Krankenunterlagen einen Gutachtenauftrag für einen externen Sachverständigen. Dazu können alle Beteiligten des Verfahrens Stellung nehmen; auch zur Person des in Aussicht genommenen Sachverständigen, der das Gutachten nach Aktenlage oder, wenn es zum Beispiel für die Klärung der Beschwerdenursachen oder zur Bemessung der Schadenshöhe erforderlich ist, nach körperlicher Untersuchung des Patienten erstattet.

Das externe Gutachten erhalten wiederum die Beteiligten mit der Gelegenheit zur Stellungnahme. Danach erfolgt die Auswertung des Gutachtens und die Bewertung der Haftungsfrage, durch die für die Bearbeitung dieses Falles zuständige Kommission (Facharzt und Jurist), die an das externe Gutachten aufgrund ihrer Unabhängigkeit und Sachkunde nicht gebunden sind.

Das Verfahren endet mit einer Entscheidung, die eine medizinisch und juristisch begründete Stellungnahme zu den erhobenen Ansprüchen dem Grunde nach enthält. In geeigneten Fällen kann ein Regulierungsvorschlag unterbreitet werden.

Die durchschnittliche Verfahrensdauer beträgt etwa 14 Monate.

Es hat sich gezeigt, dass in circa 90 Prozent der Fälle die Entscheidungen der Schlichtungsstellen von Patienten, Ärzten und Versicherern gleichermaßen akzeptiert und die Arzthaftungsstreitigkeiten damit beigelegt werden.

MERS (Medical Error Reporting System)

Die bei den Entscheidungen der Norddeutschen Schlichtungsstelle anfallenden Daten werden mittels MERS erfasst. Dieses System wurde in der Norddeutschen Schlichtungsstelle entwickelt und ist dort seit 2000, bundesweit seit 2006, im Einsatz. Dieses reichhaltige Material über Risiken und Gefahren aus vielen tausend Entscheidungen dient seitdem als Grundlage zahlreicher Vorträge und Veröffentlichungen mit dem Ziel, die ärztliche Fehlerprophylaxe zu unterstützen.

In der Zeit von 2006 bis 2012 haben Mitglieder der Norddeutschen Schlichtungsstelle 327 Vorträge bei Kongressen, Qualitätszirkeln, Fortbildungsveranstaltungen gehalten, 246 Fallberichte in regionalen norddeutschen Ärzteblättern und im Internet (www.schlichtungsstelle.de) und Originalartikel in wissenschaftlichen Zeitschriften (national und international) veröffentlicht. Ferner wurden diverse Bücher herausgegeben und Buchbeiträge geschrieben.

Daneben wurde 2005 die Arbeitsgruppe „Patientensicherheit & Risikomanagement“ aus Vertretern der Ärztekammer Niedersachsen und der Norddeutschen Schlichtungsstelle gegründet. Zielsetzung dieser Initiative, seit 2011 als Arbeitskreis der Ärztekammer Niedersachsen organisiert, ist es, das Thema Patientensicherheit, „Lernen aus Behandlungsfehlern“, offensiv anzugehen und einen Beitrag zu leisten, ein neues Bewusstsein im Umgang mit Fehlern in der Gesundheitsversorgung und eine neue „Sicherheitskultur“ zu fördern. Auf diese Art und Weise kann die Norddeutsche Schlichtungsstelle neben ihrer Hauptaufgabe „Streitbeilegung“ auch zur Patientensicherheit einen Beitrag leisten.

Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008

Die Norddeutsche Schlichtungsstelle ist im Jahre 2007 von der TÜV NORD CERT GmbH als erste und bis dato einzige ärztliche Gutachterkommission/Schlichtungsstelle mit dem Zertifikat für das Managementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 ausgezeichnet worden. 2009 wurde die Zertifizierung nach dem neuesten Standard DIN EN ISO 9001:2008 erreicht. Besonders positiv aufgefallen sind bei den Audits die hohe Intensität der internen laufenden Qualitätskontrollen und auch das starke Engagement, die externen Unterstützungsprozesse, insbesondere die Qualität der externen Gutachten zu steigern. Dazu gehören unter anderem die Veranstaltung von Gutachter-

kolloquien, die eingehende medizinische und juristische Prüfung der Gutachten, das Feedback an die externen Gutachter und die Nichtbeauftragung von Gutachtern, die den von der Schlichtungsstelle geforderten Standard nicht gewährleisten.

Gutachterschulungen

Die fundierte Entscheidung in einer arzt haftungsrechtlichen Auseinandersetzung erfordert grundsätzlich auch ein medizinisches Sachverständigen Gutachten. Die Norddeutsche Schlichtungsstelle gibt jährlich circa 3.000 externe Gutachten in Auftrag.

Die Qualität dieser Gutachten wirkt sich mittelbar auch auf die Qualität der Entscheidung der Schlichtungsstelle aus. Deshalb ist die stetige Qualitätsprüfung und Qualitätsoptimierung der in Auftrag gegebenen Gutachten eine Aufgabe, die hohe Priorität besitzt. Die Schlichtungsstelle ist in der Lage, die aus Tausenden von Gutachten gewonnenen Erkenntnisse dem betreffenden ärztlichen Personenkreis aus sozusagen „erster Hand“ zur Verfügung zu stellen und somit die Qualität der Gutachten noch weiter zu steigern.

Seit 2008 werden regelmäßig Gutachterinnen und Gutachter eingeladen, sich über eigene Erfahrungen mit der Schlichtungsstelle auszutauschen und Optimierungsmöglichkeiten für ihre Arbeit kennen zu lernen. Im Jahr 2014 sind sechs solcher Veranstaltungen geplant (www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de).

Autor:

Rechtsanwalt Johann Neu

Geschäftsführer

*Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen Ärztekammern*

Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

Tel. (05 11) 3 80 24 16 oder - 24 20

Fax (05 11) 3 80 24 06

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

www.schlichtungsstelle.de

* Nachdruck: Überarbeitete Version der Artikelserie „Haftungsfragen“ aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2011