

» **Arzthaftungsrecht in der juristischen Praxis** «

Ein Leitfaden für Patienten

von René Steinbeck | Rechtsanwalt in Münster



Vorwort

Der (Online-) Leitfaden zum Arzthaftungsrecht ist Teil meines Internetangebots für Verbraucher. Als in Münster niedergelassener Rechtsanwalt mit Tätigkeitsschwerpunkten im Arzthaftungs- und Versicherungsrecht möchte ich den Betroffenen hiermit juristische Inhalte verständlich, überschaubar und nachvollziehbar darstellen. Die Leitfäden zum Arzthaftungsrecht und zum Versicherungsrecht sollen Betroffenen die Möglichkeit eröffnen, „ihren Fall“ selbst in juristischer Hinsicht zu hinterfragen. Dass die Leitfäden keine abschließenden Lösungen bieten können, versteht sich von selbst, zumindest vermögen sie die Betroffenen aber im Hinblick auf die juristisch relevanten Gesichtspunkte ihres Falles zu sensibilisieren und den groben Weg der anwaltlichen Vorgehensweise zu skizzieren.

Der Leitfaden zum Arzthaftungsrecht richtet sich in erster Linie natürlich an den betroffenen Patienten, aber auch an Mitarbeiter von Krankenversicherungen sowie an die zahlreichen Interessenverbände Medizingeschädigter in Deutschland. Er fasst die wesentlichen Schritte eines arzthaftungsrechtlichen Verfahrens zusammen – von dem ersten Verdacht auf das Vorliegen einer Fehlbehandlung bis zur gerichtlichen Klärung – und beleuchtet an den jeweiligen Punkten die juristischen Kernprobleme.

Das Angebot des Internetportals zum Medizinrecht soll in Zukunft noch weiter ausgebaut werden, insbesondere ist an die Einrichtung eines monatlich erscheinenden (elektronischen) „Newsletters“ gedacht, in dem die neuesten Entscheidungen zum Medizin- und Versicherungsrecht in verständlicher Form dargestellt werden sollen.

Ich hoffe, Ihr Interesse geweckt zu haben und wünsche viel Spaß beim Lesen. Lob, Anregungen und Kritik sind mir jederzeit willkommen, sei es per Post oder aber per e-mail.

Münster im März 2005
René Steinbeck

Alle Rechte vorbehalten.
Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verfassers ist es nicht gestattet,
das Skript oder Teile daraus in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder
ein anderes Verfahren) zu vervielfältigen.

Inhalt

A) Einleitung	1
B) Recht auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen	2
I.) Die Dokumentationspflicht des Arztes	2
II.) Das Einsichtnahmerecht des Patienten	3
C) Die medizinische Begutachtung	3
I.) Gutachten über die Schlichtungsstellen	3
1.) Adressen der Gutachterkommissionen	4
2.) Adressen der Schlichtungsstellen	5
II.) Gutachten über den MDK	6
III.) Privatgutachten	6
D) Der Begriff des Behandlungsfehlers	7
I.) Übernahmefehler	8
II.) Organisationsfehler	9
III.) Fehlerhafte Therapiewahl	12
1.) Fehlerhafte diagnostische Methoden	12
2.) Fehlerhafte therapeutische Methoden	12
IV.) Fehldiagnose	13
V.) Unterlassen gebotener Diagnosebefunde	13
VI.) Konkreter Behandlungsfehler	14
E) Die Aufklärungspflicht des Arztes	14
I.) Behandlungsaufklärung	15
II.) Risikoaufklärung	15
III.) Diagnoseaufklärung	15
IV.) Verlaufsaufklärung	15
F) Die Frage der Kausalität	15
G) Die zivilrechtlichen Haftungsgrundlagen	18
I.) Grundsätzliche Anmerkungen	18
II.) Vertragliche Haftung	19
1.) Einheitlicher Krankenhausaufnahmevertrag	20
2.) Gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag	20
3.) Einheitlicher KH.aufnahmevertrag m. Arztzusatzvertrag	21
III.) Deliktische Haftung	22
1.) Organhaftung	22
2.) Haftung für den Verrichtungsgehilfen	22
H) Art und Umfang des Schadensersatzes	24
I.) Schmerzensgeld	24
II.) Materielle Schadenspositionen	26
1.) Erwerbsschaden	27
2.) Haushaltsführungsschaden	27
3.) Heilbehandlungskosten.....	28
4.) Fahrtkosten	28
5.) Beerdigungskosten	28
6.) Unterhaltsschaden	28

I) Prozessuale Fragen	29
I.) Zuständiges Gericht	29
1.) Örtliche Zuständigkeit	29
2.) Sachliche Zuständigkeit	29
II.) Anwaltszwang	29
III.) Verjährung	29
IV.) Kosten	30
 Service: Der Patienten-Fragebogen	 32
 Muster: Schweigepflichtsentbindungserklärung	 35

A) Einleitung

Ärzte sind auch nur Menschen und machen Fehler, sog. Behandlungsfehler, häufig „Kunstfehler“ genannt. Das Arzthaftungsrecht bildet hier die Schnittstelle zwischen Medizin und Recht. Es gilt einerseits zu beurteilen, ob ein bestimmtes ärztliches Verhalten wider den anerkannten Regeln der ärztlichen Heilkunde erfolgte und andererseits die rechtlichen Konsequenzen hieraus zu ziehen.

Auf der ersten Stufe des Arzthaftungsprozesses stellt sich immer die Frage, ob ein Behandlungsfehler bejaht werden kann oder nicht bzw. ob ein Behandlungsfehler tatsächlich kausal für jeweilige gesundheitliche Beeinträchtigung ist. Hier ist der Punkt, an dem der juristische Sachverstand an seine Grenzen stößt. Die Aufgabe des anwaltlichen Interessenvertreters besteht in diesem Verfahrensstadium im Wesentlichen darin, die für die Beurteilung einer Behandlung erforderlichen Unterlagen zu beschaffen, um diese sodann einer medizinischen Begutachtung zuzuführen.

Liegt das Ergebnis der medizinischen Begutachtung vor, besteht nunmehr die Aufgabe des Patientenanwalts darin, die medizinische Wertung in juristischer Hinsicht zu würdigen. So muss anhand der medizinischen Feststellung geprüft werden, ob jene die Bejahung eines Behandlungsfehlers rechtfertigen. Sollte dies der Fall sein, bedarf es weiterhin der Nachweisbarkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Fehlbehandlung und Schaden. Auch hier bedarf es einerseits der medizinischen Bewertung und andererseits einer juristischen Würdigung derselben unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Schließlich besteht die wesentliche Aufgabe des Patientenanwalts darin, die erzielten Ergebnisse umzusetzen. Sofern ein Behandlungsfehler und ein Kausalzusammenhang zum Schadenseintritt nachzuweisen ist, kann dies für den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Klinik sowohl straf-, als auch zivilrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Die zivilrechtlichen Folgen und Möglichkeiten, insbesondere die Geltendmachung von Schadensersatz, sind Gegenstand dieses Leitfadens, dessen Ziel es ist, die wesentlichen Schritte eines arzthaftungsrechtlichen Verfahrens zu skizzieren.

B) Das Recht des Patienten auf Einsichtnahme in seine Behandlungsunterlagen

Am Anfang einer zivilrechtlichen Inanspruchnahme des behandelnden Arztes steht zunächst der Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Patienten fühlen sich seit der in Rede stehenden Behandlung sichtlich schlechter oder fühlen sich über den Umfang der durchgeführten Behandlung getäuscht bzw. nicht hinreichend aufgeklärt. Häufiger Ansatzpunkt für einen Verdacht gegen den behandelnden (Fach-) Arzt ist ein Hinweis des Hausarztes. Der Arzt vor Ort, zu dem man seit Jahren geht und zu dem sich im Laufe der Jahre ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut hat, wird sich in der Regel nicht weigern, bestimmte Maßnahmen eines Kollegen kritisch zu hinterfragen. Auch wenn das viel zitierte Sprichwort von der „Krähe, die einer anderen kein Auge aushackt“, immer noch in vielen Fällen Gültigkeit hat, so sollte der erste Ansprechpartner der Hausarzt sein, es sei denn dieser steht selbst in Verdacht, eine Fehlbehandlung begangen zu haben.

Sofern ein Verdacht auf Vorliegen eines Kunstfehlers besteht, bedarf es der konkreten Überprüfung des Behandlung. Dies setzt unabdinglich voraus, die jeweiligen Behandlungsunterlagen einzusehen bzw. sich hiervon umfangreiche Kopien zu fertigen.

I.) Die Dokumentationspflicht des Arztes

Die **Dokumentationspflicht** des Arztes gehört zu dessen wesentlichen Pflichten und dient nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in erster Linie der Sicherheit der Patienten. Da der Patient als medizinischer Laie viele Details einer Behandlung nicht wahrnimmt und auch gar nicht wahrnehmen kann, muss ihm nachträglich die Möglichkeit eröffnet werden, die Behandlung nachzuhalten und zu überprüfen. Dies kann er nur anhand der Behandlungsunterlagen, welche von dem behandelnden Arzt penibel und ausführlichst zu führen sind.

Die Dokumentationspflicht des Arztes umfasst die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten. Der Arzt muss in schriftlicher Form gründlichst nachhalten, wann er welche Maßnahmen am Patienten vorgenommen hat und wann sowie in welcher Form er diesen über bestimmte Tatsachen aufgeklärt hat. Unterlässt der Arzt eine bestimmte Dokumentation, so lässt dies den Schluss darauf zu, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht stattgefunden hat. In rechtlicher Hinsicht zieht dies eine **Beweislastumkehr** zu Lasten des behandelnden Arztes nach sich, d.h. die Beweislast, die grundsätzlich der Patient trägt, geht auf den Arzt über, der zu beweisen hat, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme dennoch stattgefunden hat.

BEACHTEN: Die Verletzung der Dokumentationspflicht selbst stellt keinen Behandlungsfehler dar, sondern hat lediglich Auswirkungen auf die Nachweisbarkeit der Fehlbehandlung.

Um zu gewährleisten, dass der Patient sein Recht auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen auch wahrnehmen kann, ist der Arzt bzw. die Klinik verpflichtet, die Behandlungsunterlagen mindestens für den Zeitraum von 10 Jahren nach der Behand-

lung aufzubewahren. Die Dokumentationspflicht des Arztes korrespondiert insoweit mit dem Einsichtnahmerecht des Patienten in seine Behandlungsunterlagen.

II.) Das Einsichtnahmerecht des Patienten

Das Rechts des Patienten, seine Behandlungsunterlagen einzusehen und auf (eigene) Kosten hiervon Fotokopien fertigen zu lassen, ist Ausfluss des allgemeinen Persönlichkeitsrechts eines jeden Menschen (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art 2 Abs. 1 GG) und bildet die Grundlage des Arzthaftungsrechts. Der Patient bzw. der von ihm mandatierte Rechtsanwalt sollte daher zunächst den behandelnden Arzt unter angemessener Fristsetzung auffordern, **sämtliche bei ihm über den Patienten geführten Behandlungsunterlagen unter Versicherung der Vollständigkeit und Richtigkeit in Fotokopie zu überlassen**.

Der Patient muss keine besonderen Gründe für die Einsichtnahme darlegen, vielmehr reicht die bloße Aufforderung zur Einsichtnahme aus. Sofern der Patient beabsichtigt, die Herausgabe der Behandlungsunterlagen über einen Rechtsanwalt zu fordern, muss er den Arzt zuvor von dessen ärztlicher Schweigepflicht gegenüber dem Rechtsanwalt entbinden. Ohne eine solche **Schweigepflichtentbindungserklärung** (siehe **Muster** auf Seite 35) ist es dem Arzt verwehrt, die Behandlungsunterlagen an Dritte herauszugeben.

C) Die Medizinische Begutachtung

Befindet sich der Patient erst einmal im Besitz seiner Behandlungsunterlagen, so empfiehlt es sich, diese aus medizinischer Sicht objektiv auf das Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers begutachten zu lassen. Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten der Begutachtung an:

I.) Gutachten durch die Gutachterkommissionen/ Schlichtungsstellen der örtlichen Landesärztekammer

Eine Möglichkeit der medizinischen Begutachtung besteht in der Einholung eines Sachverständigengutachtens über die örtlich zuständige Landesärztekammer.

Bei den Landesärztekammern sind **Gutachterkommissionen** oder **Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen** eingerichtet, deren Ziel es ist, bei Konflikten zwischen Arzt und Patient außergerichtlich ein einvernehmliche Klärung zu erzielen. Die Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen geben eine für den Patienten kostenlose Begutachtung seiner Behandlung in Auftrag und sprechen im Anschluss daran eine Empfehlung aus, in der sie die Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers bzw. dem Vorliegen von Schadensersatzansprüchen dem Grunde nach beurteilen.

Die Voraussetzungen der außergerichtlichen Schlichtungsverfahren vor den Landesärztekammern weichen im Detail voneinander ab und werden von deren Satzungen

im Einzelnen geregelt. Gleichwohl lassen sich bestimmte Grundvoraussetzungen herausstellen, die allen Schlichtungsverfahren gemein sind:

- Arzt = Mitglied der Ärztekammer
- Einverständnis des Arztes
- Behandlung darf nicht länger als 5 Jahre zurückliegen
- Über die Behandlung darf kein Rechtsstreit anhängig sein

Die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen sind wie folgt zusammengesetzt: den Gutachterkommissionen sitzt ein Jurist mit Befähigung zum Richteramt vor, umrahmt von zwei ärztlichen Mitgliedern, von denen mindestens eines auf dem gleichen Fachgebiet tätig sein muss wie der betroffene Arzt. Den Schlichtungsstellen gehören als Mitglied ein Arzt als Vorsitzender, ein Jurist mit Befähigung zum Richteramt sowie weitere ärztliche Mitglieder an.

1.) Adressen der Gutachterkommissionen

Gutachterkommissionen im Bereich der **Landesärztekammer Baden-Württemberg** bei den Bezirksärztekammern:

Gutachterkommission bei der
Bezirksärztekammer Nordwürttemberg
Anschrift: Jahnstraße 32, 70597 Stuttgart
Tel.: 0711/76981-0

Gutachterkommission bei der
Bezirksärztekammer Nordbaden
Anschrift: Keßlerstr. 1, 76185 Karlsruhe
Tel.: 0721/5961-0

Gutachterkommission bei der
Bezirksärztekammer Südbaden
Anschrift: Sundgaullee 27, 79114 Freiburg
Tel.: 0761/884-0

Gutachterkommission bei der
Bezirksärztekammer Südwürttemberg
Anschrift: Haldenastr. 11, 72770 Reutlingen
Tel.: 07121/917-0

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der **Bayerischen Landesärztekammer**
Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 81677 München
Tel.: 089/4147-722/724

Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der **Landesärztekammer Hessen**

Anschrift: Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt

Tel.: 069/97672-161/162

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der **Ärztekammer Nordrhein**

Anschrift: Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Tel.: 0211/4302-214

Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der **Ärztekammer des Saarlandes**

Anschrift: Faktoreistr. 4, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/4003-285

Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der **Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

Anschrift: Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz

Tel.: 06131-28822-46/45

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der **Sächsischen Landesärztekammer**

Anschrift: Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Tel.: 0351/8267-426

Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer **Westfalen-Lippe**

Anschrift: Gartenstraße 210-214, 48147 Münster

Tel.: 0251/9292350

2.) Adressen der Schlichtungsstellen

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der **Norddeutschen Ärztekammern**

Anschrift: Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

Tel.: 0511/38 02 416/420

in der die folgenden Ärztekammern zusammengeschlossen sind:

Ärztekammer Berlin

Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Tel.: 030/408060

Landesärztekammer Brandenburg

Dreifertstraße 12, 03044 Cottbus

Tel.: 0355/780100

Ärztekammer Bremen

Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen

Tel.: 0421/3404200

Ärztammer Hamburg

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel.: 040/22802596

Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern

August-Bebel-Str. 9a, 18055 Rostock
Tel.: 0381/492800

Ärztammer Niedersachsen

Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Tel.: 0511/38002

Ärztammer Sachsen-Anhalt

Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391/6054-6

Ärztammer Schleswig-Holstein,

Bismarckallee 8 - 12, 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/8030

Landesärztammer Thüringen

Im Semmicht 33, 07751 Jena-Maua
Tel.: 03641/6140

II.) Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Bei dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) handelt es sich um einen sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Auch hier besteht die Möglichkeit einer für den Patienten kostenlosen medizinischen Begutachtung einer ärztlichen Behandlung.

Die Möglichkeit einer Begutachtung steht natürlich nur dem gesetzlich Versicherten zu. Privatversicherte können hier keine Unterstützung erwarten.

Insgesamt empfiehlt es sich, die Krankenkasse bei dem Verdacht eines ärztlichen Behandlungsfehlers mit „ins Boot zu holen“. Die Krankenversicherungen haben selbst ein erhebliches Interesse am Nachweis eines Behandlungsfehlers, da die Behandlung ja auf ihre Kosten erfolgte und demgemäß auch auf deren Seite evtl. Regressansprüche gegen den behandelnden Arzt in Betracht kommen.

III.) Gutachten eines privaten Sachverständigen

Sofern weder die Möglichkeit einer Anrufung der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen besteht (weil z.B. Einverständnis des Arztes nicht vorliegt), noch die Möglichkeit einer Anrufung des MDK (wenn Patient beispielsweise privatversichert ist), besteht außergerichtlich nur noch die Möglichkeit einer privaten Begutach-

tung. Im Laufe der vergangenen Jahre haben sich in diesem Bereich diverse Begutachtungsinstitute entwickelt, bei denen man eine Begutachtung durch einen Fachmediziner in Auftrag geben kann. Der Vorteil der Privatgutachten besteht darin, dass sie in der Regel schneller erstellt sind. Von Nachteil ist jedoch, dass der Patient die Kosten für die Begutachtung selbst zu tragen hat, welche schnell bei 1000,00 – 1.500,00 EUR liegen können. Ein weiterer Nachteil der Privatgutachten ist, dass sie in der Regel nicht von den Ärzten bzw. deren Haftpflichtversicherern anerkannt, sondern als sog. „Parteigutachten“ abgetan werden. In diesem Falle bedarf es dann einer gerichtlichen Geltendmachung der auf die Behandlung zurückzuführenden Ersatzansprüche.

D) Der Begriff des Behandlungsfehlers

Die Frage, um die es sich im Arzthaftungsprozess in erster Linie dreht, ist, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt, d.h. ob der Arzt im Rahmen der Behandlung gegen die anerkannten Regeln ärztlicher Kunst verstoßen hat.

Theoretischer Grundansatz des Arzthaftungsrechts ist, dass dem Patienten in der ärztlichen Behandlung das Schadensrisiko aus seiner Krankheit grundsätzlich soweit verbleiben muss, als es auch durch behandlungsfehlerfreie Behandlung nicht vermieden werden kann, d.h. es gibt bei jeder Erkrankung ein natürliches Risiko, das einfach **schicksalhaft** ist und dessen Verwirklichung keinem Arzt zugerechnet werden kann.

Eine Haftungsausgleich durch einen Arzt bzw. dessen Haftpflichtversicherer soll nur für das Schadensrisiko erfolgen, welches aus einer **schuldhaft fehlerhaften Behandlung** erwächst, und zwar begrenzt auf das Risiko, das eine fehlerfreie ärztliche Behandlung vermieden hätte.

Ein behandelnder Arzt hat sich also hinsichtlich der Qualität seiner Behandlung immer an dem anerkannten und gesicherten Stand der Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung zu orientieren. Sofern er von diesem Qualitätsstandard negativ abweicht, ist grundsätzlich von einem Behandlungsfehler auszugehen.

Die Qualitätsmängel in der ärztlichen Behandlung (Behandlungsfehler) lassen sich wie folgt einordnen:

Übernahmefehler	=	Verstoß des Arztes gegen die Pflicht, eine ärztliche Behandlung nur bei hinreichenden Fachkenntnissen vorzunehmen
Organisationsfehler	=	Verstoß des Arztes gegen die Pflicht zur sachgerechten Organisation und Koordination der Behandlungsabläufe

Fehlerhafte Therapiewahl	=	Wahl einer ungeeigneten, unbewährten oder zu risikobehafteten Behandlungsmethode.
Fehldiagnose	=	Fehlinterpretation eines selbst erhobenen oder bereits vorliegenden Befundes
Unterlassen von Diagnose-/ Kontrollbefunden	=	Verstoß des Arztes gegen die Pflicht, nach den ersten Schlussfolgerungen in einem angemessenen zeitlichen Rahmen weitere (Kontroll-) Befunde zu erheben
Konkreter Therapiefehler	=	Abweichen des Arztes von den geltenden medizinischen Qualitätsstandards bei einer an sich sachgerechten Behandlungsmethode

I.) Übernahmefehler

Ausgangspunkt ist hier die grundsätzliche Pflicht eines jeden Arztes, eine ärztliche Behandlung nur im Falle hinreichender allgemeiner und spezieller Fachkenntnisse zu übernehmen. Ein allgemeiner Arzt, der einen Patienten übernimmt, obwohl die Hinzuziehung eines Facharztes oder die Überweisung in ein Krankenhaus geboten wäre, begeht einen Behandlungsfehler. Der behandelnde Arzt sollte sich somit alsbald nach Aufnahme der Behandlung die Frage stellen, ob er der jeweiligen Krankheitsproblematik auf Grund seiner Ausbildung gewachsen ist.

Derjenige, der trotz seiner auf die Allgemeinmedizin beschränkten Kenntnisse Behandlungsmaßnahmen außerhalb seines Fachgebietes veranlasst, muss sich auch an den dort geltenden Qualitätsstandards messen lassen. Er kann sich beim Eintreten von Komplikationen nicht darauf berufen, nicht über hinreichende Fachkenntnisse zu verfügen.

⇒ **BGH NJW 1991, 1535**

In einem Fall, der dem BGH im Jahre 1991 zur Entscheidung vorlag, hatte ein Heilpraktiker einer Frau wegen verschiedener Beschwerden ein Ozon-Sauerstoffgemisch in eine Vene im Bereich der Kniekehle injiziert. Nachdem er die hierfür vorgenommene Blutstauung wieder aufgelöst hatte und sich die Frau wieder erhob, brach sie tot zusammen. Wie sich im Rahmen der anschließenden Obduktion herausstellte, bestand bei der Frau eine sog. „foramen ovale“ (Verbindung vom rechten zum linken Herzhof), weshalb arterieller und venöser Kreislauf miteinander in Kontakt gerieten und Gasblasen direkt in das Gehirn der Patientin gelangen konnten. Der behandelnde Heilpraktiker hatte sich damit zu entlasten versucht, dass er die mit seiner Therapiemaßnahme verbundenen Gefahren auf Grund seines Ausbildungsstands nicht habe erkennen können.

Der BGH erkannte diese „Entschuldigung“ nicht an, sondern stellte fest, dass nicht nur ein Arzt, sondern auch ein Heilpraktiker, für den keine besondere medizinische Ausbildung vorgeschrieben ist, die Voraussetzungen einer fachgemäßen Behandlung kennen und beachten müsse. Er sei verpflichtet, sich die ausreichende Sachkunde über die von ihm angewendeten Behandlungsmethoden einschließlich ihrer Risiken anzueignen und könne sich nicht im Nachhinein dadurch entlasten, über keine medizinischen Ausbildung zu verfügen.

II.) Organisationsfehler

Eine weitere grundsätzliche Pflicht eines jeden Arztes besteht darin, die sachgerechte Organisation und Koordination der Behandlungsabläufe zu gewährleisten. Hierunter fallen insbesondere die Pflichten des Behandlungsträgers zur Gewährleistung

- des hygienischen Standards

⇒ **BGH NJW 1991, 1541**

In einem Fall, über den der BGH im Jahre 1991 zu entscheiden hatte, war bei einem Patienten im Krankenhaus eine sog. „Wanderniere“ operativ fixiert worden. Am Tag nach der OP trat Fieber auf und es entwickelte sich auf Grund einer Keimübertragung durch ein Mitglied des Operationsteams eine schwere Infektion der Operationswunde, deren Folgen nie komplett beseitigt werden konnten.

Der BGH stellte hier fest, dass die Infizierung einer OP-Wunde durch ein Mitglied des Operationsteams nicht per se von haftungsrechtlicher Bedeutung sei. So sei die absolute Keimfreiheit der Ärzte und weiteren Mitglieder des OP-Teams nicht erreichbar. Nur wenn die gebotenen hygienischen Standards nicht beachtet werden, könne eine Infizierung des Patienten durch Keime des OP-Teams eine haftungsrechtliche Inanspruchnahme nach sich ziehen.

- des apparativen Standards

⇒ **BGH NJW 1992, 754**

Bei einer Krebstherapie war der Patient im Jahre 1982 mit der sog. Mehrfeldtechnik bestrahlt worden. Etwa drei Jahre später trat ein Rezidiv auf.

Der BGH vertrat hier die Auffassung, dass die Verwendung der sog. Mehrfeldtechnik behandlungsfehlerhaft war, weil die verwendete Methode im Jahre 1982 nicht mehr das Mittel der Wahl darstellte. Vielmehr hätte zu diesem Zeitpunkt schon die sog. Großfeldtechnik zur Anwendung gelangen müssen, mit der insbesondere die bei der Mehrfeldtechnik bisweilen auftretenden Bestrahlungslücken vermieden werden können.

- des Standards der Medikamentenvorhaltung

⇒ **BGH NJW 1991, 1543**

Der BGH hat in diesem Fall ein Organisationsverschulden des Krankenhauses darin gesehen, dass ein bestimmtes Medikament nicht rechtzeitig beschafft worden war. Es handelte sich hierbei um ein Präparat zur Normalisierung der Blutgerinnung (PPSB). Der Patient, der wegen eines Handgelenksbruchs behandelt wurde, bedurfte eines Medikaments zur Normalisierung der Blutgerinnung, da er infolge eines Herzinfarkts das Blutverdünnungspräparat Marcumar einnahm. Bei dem Patienten wurde sodann das normale PPSB injiziert, obwohl es auf dem Markt bereits eine hepatitissichere Version des PPSB gab. Der Patient erlitt eine Hepatitisinfektion.

Der BGH kam hier zu dem Ergebnis, dass ein Organisationsverschulden des Krankenhauses nicht unbedingt darin lag, das Medikament nicht vorrätig zu haben, jedenfalls aber darin, dass es nicht kurz vor Operationsbeginn noch besorgt wurde.

- des Standards der Gerätesicherheit

⇒ **OLG Köln VersR 1990, 1240**

Hier war eine ältere Patientin in einer Augklinik von der Untersuchungs- liege in der dortigen Ambulanz gestürzt und hatte sich einen Bruch des Oberschenkelhalskopfes zugezogen. Das OLG machte hier deutlich, dass in Krankenhäusern mitunter eine erhöhte Verkehrssicherungspflicht der Behandelnden gelte und ging hier von einem klaren Haftungsfall aus, da bei der hohen Ambulanzliege keine ausreichenden Schutzvorkehrungen gegen Stürze getroffen worden waren.

- des Ausstattungs-Standards in personeller Hinsicht



BGH NJW 1992, 1560

Nach Auffassung des BGH muss bei einem chirurgischen Eingriff durch einen Berufsanfänger immer ein Facharzt assistieren. Sofern dies nicht der Fall sei und die Operation zu Komplikationen führe, bestehe ein Indiz für die Ursächlichkeit der unzureichenden Qualifikation des Arztes für die Komplikationen.

In dem zu entscheidenden Fall wurde der Patient wegen eines akuten Blinddarms durch den noch in der Ausbildung befindlichen Arzt operiert. Die OP zog schwerwiegende Komplikationen nach sich, da der junge Arzt bei der Eröffnung eines Abszesses versehentlich die Blasen-hinterwand durchstoßen hatte. Zwar sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass gerade die fehlende Erfahrung und Übung des jungen Operators ursächlich war, jedoch sei hier von einer Umkehr der Darlegungs- und Beweislast zu Lasten des Krankenhauses auszugehen. Neben dem jungen Arzt (der für einen konkreten Behandlungsfehler einstehen muss) haftet somit das Krankenhaus wegen Organisationsverschuldens.



BGH NJW 1986, 776

Der BGH hatte in diesem Fall darüber zu befinden, ob ein Organisationsverschulden des Krankenhauses gegeben ist, wenn ein Arzt zu einer Operation eingeteilt wird, obwohl er in der Nacht zuvor nicht nur einfachen Bereitschaftsdienst, sondern einen anstrengenden Nachtdienst zu absolvieren hatten.

Unter Bezugnahme auf seine bisherige Rechtsprechung führte der BGH hier nochmals aus, dass es dem Krankenhaus obliege, zum Schutze der Patienten dadurch Sorge zu tragen, dass keine durch vorangegangenen Nachtdienst übermüdeten Ärzte zum Operationsdienst eingeteilt werden. Danach führt eine personelle Unterversorgung zu einer Haftung des Krankenhauses wegen Organisationsverschuldens.

In dem konkreten Fall wurde die Sache nur deshalb an das Landgericht zurückverwiesen, weil man dort den vom Krankenhaus bestrittenen Ursachenzusammenhang zwischen Übermüdung und Fehlbehandlung nicht weiter berücksichtigt hatte.

Im Übrigen verlangt die allgemeine Organisationspflicht vom Behandlungsträger eine sachgerechte Auswahl, Anweisung und Überwachung der nachgeordneten und nichtärztlichen Mitglieder. Beispielhaft ist hier zu nennen, dass der Patient in der Aufwachphase ordnungsgemäß durch das Pflegepersonal überwacht wird (**OLG Düsseldorf VersR 1987, 489**).

III.) Fehlerhafte Therapiewahl

Grundsätzlich steht die Wahl der jeweiligen Diagnostik- oder Therapiemethode im freien Ermessen des Arztes (Grundsatz der freien Methodenwahl).

1.) Fehlerhafte Diagnostische Methoden

⇒ **BGH NJW 1999, 2731**

In diesem Fall hatte eine Frau ihren Gynäkologen mit der Annahme aufgesucht, schwanger zu sein, da ihre Monatsblutung ausgeblieben und ein Schwangerschaftstest positiv ausgefallen war. Der Gynäkologe hatte unter Verwendung des Mittagsurins einen sog. Slide-Test durchgeführt und war hiernach zu dem Ergebnis gekommen, dass keine Schwangerschaft vorliegen könne. Nachdem weitere Wochen ins Land gingen, überwies die Hausärztin die Frau zu einem anderen Frauenarzt, der eine Schwangerschaft per Ultraschall feststellte. In einer Uniklinik wurde sodann der Chromosomensatz des Embryos auf eine mögliche Behinderung überprüft. Da sich keine Unauffälligkeiten zeigten, sah die Frau von einem Schwangerschaftsabbruch ab und gebär schließlich ein an Trisomie 21 erkranktes Kind.

In dem anschließenden Klageverfahren wurde eine fehlerhafte diagnostische Methode des erstbehandelnden Gynäkologen darin gesehen, dass dieser bei Durchführung des Schwangerschaftstests Mittagsurin verwendet hatte anstatt des zuverlässigeren Morgenurins. Zumindest hätte der Gynäkologe anschließend noch einen Schwangerschaftstest mit Morgenurin zu Absicherung durchführen müssen.

2.) Fehlerhafte Therapeutische Methoden

⇒ **BGH NJW 1988, 2302**

In diesem Fall hatte ein 16-jähriger infolge eines Verkehrsunfalls einen Beinbruch erlitten. Der behandelnde Arzt nahm zunächst eine Gefäßrekonstruktion vor und fügte die abgerissene Kniekehlschlagader wieder zusammen. Sodann wurde die Fraktur mithilfe zweier sog. Kirschnerdrähte stabilisiert.

Wegen nachfolgender Durchblutungsstörungen musste der linke Oberschenkel des Klägers amputiert werden.

Das Gericht sah hier ein therapeutisches Fehlverhalten darin, dass der behandelnde Arzt die Fixierung der Knochen mittels Kirschnerdrähten und nicht durch eine sog. Plattenosteosynthese (Verschraubung) vorgenommen hatte.

IV.) Fehldiagnose

Eine Fehldiagnose liegt vor, wenn der Arzt die von ihm selbst erhobenen oder sonst vorliegenden Befunde falsch interpretiert.

⇒ OLG Hamm VersR 2000, 101

In dem vom OLG Hamm zu entscheidenden Fall hatte der behandelnde Arzt einen akuten Blinddarm diagnostiziert und dementsprechend eine OP-Indikation (Appendektomie) angenommen. Im Rahmen der OP stellte sich heraus, dass entgegen der Diagnose des Arztes kein akuter Blinddarm vorlag. Etwa 1 Woche später wurde festgestellt, dass die Schmerzen im Bauchbereich von einem infizierten Hämatom herrührten.

Der Patient verklagte den Arzt auf Schadensersatz, weil sich nach seiner Auffassung die richtige OP auf Grund der zunächst fehlerhaften Diagnose verzögert habe und deshalb ein langwieriger Heilungsverlauf in Gang gesetzt worden sei.

Entgegen aller Vermutungen sah das OLG hier keinen Diagnosefehler des Arztes. Auf Grund des von dem Patienten geschilderten Druckschmerzes hätte einiges auf einen akuten Blinddarm hingedeutet, so dass alle weiteren Kriterien zurückzutreten hätten und die OP-Indikation vor dem gegebenen Hintergrund als richtig als einzuschätzen sei.

V.) Nichterheben erforderlicher Diagnose- und Kontrollbefunde**⇒ OLG Stuttgart VersR 1994, 1306**

In einem Fall, über den das OLG Stuttgart zu entscheiden hatte wurde ein Behandlungsfehler in Gestalt des Nichterhebens erforderlicher Diagnose- und Kontrollbefunde darin gesehen, dass ein Gynäkologe trotz klinischer Auffälligkeiten bei einer Patientin im Rahmen der Krebsvorsorgeuntersuchung nicht die Durchführung einer Mammographie veranlasste und somit einen Krebstumor in der Brust der Patientin nicht erkannt hatte.

Die Schadensersatzklage der Patientin wurde letztlich dennoch abgewiesen, da jene nicht beweisen konnte, dass ihr Heilungsverlauf bei frühzeitiger Diagnose besser verlaufen wäre. Das OLG nahm insoweit keinen groben Behandlungsfehler an, so dass es weiterhin der Patientin oblag, den Nachweis der Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsbeeinträchtigung zu führen.

VI.) Konkreter Therapiefehler

Qualitätsmängel in der konkreten Handhabung einer an sich sachgerechten Behandlungsmethode sind die häufigsten Behandlungsfehler.

⇒ BGH NJW 1985, 1392

In diesem Fall war eine Frau wegen einer Bauchhöhlenschwangerschaft ins Krankenhaus eingeliefert worden. Auf Grund innerer Blutungen bestand ein Schockzustand, so dass umgehend operiert wurde. Im Zuge der OP-Vorbereitung hatte der Anästhesist ein Blutplasmaersatzmittel sowie eine Narkosemedikament über eine Kanüle injiziert, die irrtümlich in einer Arterie statt in einer Vene lag. Da das Missgeschick erst nach der OP bemerkt wurde, hatte die Patientin infolge der fehlerhaften Punktion eine Hirnschädigung erlitten, welche zu einer Beeinträchtigung der Sehkraft und der rechtsseitigen Bewegungsfähigkeit geführt hatte.

E) Die Aufklärungspflicht des Arztes

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung begründet jeder Eingriff in die körperliche oder gesundheitliche Integrität des Patienten – unabhängig von seiner Behandlungsfehlerhaftigkeit – eine Verletzung des Behandlungsvertrages und eine rechtswidrige Körperverletzung.

Der konkrete Eingriff ist im Falle einer wirksamen Zustimmung des Patienten gerechtfertigt. Der Anknüpfungspunkt für die Haftung für Aufklärungsfehler ergibt sich aus dem Grundsatz, dass die Zustimmung des Patienten ihrerseits als Wirksamkeitsbedingung eine hinreichende ärztliche Selbstbestimmungsaufklärung voraussetzt. D.h.: bei fehlerhafter, unzureichender Aufklärung liegt keine wirksame Zustimmung vor, mit der Folge, dass der konkrete Eingriff nicht gerechtfertigt und somit im Ergebnis rechtswidrig ist.

Sofern eine Aufklärungsrüge erfolgreich ist, kommt es mitunter nicht mehr auf die Fehlerhaftigkeit der Behandlung an. Jene kann dann nur noch für die Schadenshöhe (z.B. Höhe des Schmerzensgeldes) von Bedeutung sein.

Problematisch ist i.d.R., welche Anforderungen an eine ausreichende Aufklärung zu stellen sind. Nach der Rechtsprechung gilt folgender grober Maßstab:

Je weniger dringlich sich ein Eingriff darstellt (nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht), desto höhere Anforderungen sind an den Umfang und die Genauigkeit der Aufklärung zu stellen.

Danach unterliegen solche Eingriffe, die nicht unmittelbar Heilzwecken dienen (wie z.B. Schönheitsoperationen) höheren Anforderungen als zwingende Eingriffe zur Abwehr erheblicher Gesundheitsgefährdungen.

Entbehrlich ist eine Aufklärung im Falle einer unmissverständlichen Verzichtserklärung des Patienten.

Die generelle Aufklärungspflicht lässt sich in verschiedene Arten der Aufklärung unterteilen:

I.) Behandlungsaufklärung

Die Behandlungsaufklärung als Kern der Aufklärung verlangt, dass der Patient in erster Linie über den Eingriff selbst aufzuklären ist.

Zu jeder Behandlung gehören daher immer auch Erläuterungen des Arztes z.B. zur Medikation, Injektion, Operation, Bestrahlung.

Insbesondere muss die Behandlungsaufklärung auch Erläuterungen zur Tragweite des Eingriffs enthalten (z.B. über den zu erwartenden postoperativen Zustand).

II.) Risikoaufklärung

Gegenstand der Risikoaufklärung ist die Frage, inwieweit der Patient über die mit fehlerfreier medizinischer Behandlung möglicherweise verbundenen Schädigungsrisiken aufzuklären ist (seien es mögliche Eingriffs komplikationen während der OP oder sonstige schädliche Nebenfolgen aus dem Eingriff).

III.) Diagnoseaufklärung

Bei der Diagnoseaufklärung, d.h. der isolierten Befundmitteilung gegenüber dem Patienten, ist die Rechtsprechung zurückhaltend. Eine solche Pflicht besteht nur, wenn der Patient ausdrücklich danach fragt.

IV.) Verlaufsaufklärung

Bei Fällen, in denen eine Behandlungsmaßnahme für den Patienten mit erheblichem Schmerzempfinden verbunden ist, bejaht die Rechtsprechung eine Aufklärungspflicht hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit.

F) Die Frage der Kausalität

Sofern die „erste Hürde“ des Arzthaftungsprozesses genommen ist, indem der Nachweis einer fehlerhaften Behandlung geführt werden konnte (durch Einholung eines medizinischen Gutachtens) stellt sich die „zweite Hürde“ des Kausalzusammenhangs. Eine ärztliche Fehlbehandlung vermag keine rechtlichen Konsequenzen nach sich zu ziehen, wenn sie sich in keiner Weise ausgewirkt hat.

Bsp.: *Die Erben des mittlerweile an Krebs verstorbenen V. wollen gegen den behandelnden Hausarzt des V. vorgehen, weil dieser trotz einer Vorsorgeuntersu-*

chung etwa 6 Monate vor dem Tod des V. das Krebsgeschwür nicht erkannt hatte.

Ein medizinischer Gutachter kommt zu dem Ergebnis, dass die Vorsorgeuntersuchung des Arztes nicht sorgfältig genug war und insofern ein Behandlungsfehler zu bejahen sei. Zugleich weist der Gutachter aber darauf hin, dass das Krebsgeschwür im Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung bereits so groß war und zudem bereits Metastasen „gestreut“ hatte, dass eine Heilung bzw. eine Verlängerung des Lebens auch im Falle einer korrekten Diagnose durch den Arzt, nicht mehr möglich gewesen wäre.

In diesem Beispielsfall wäre es daher so, dass sich die Fehlbehandlung letztlich nicht ausgewirkt hat und trotz eines eindeutigen Behandlungsfehlers keine rechtlichen Schritte gegen den Arzt einzuleiten wären.

Der Jurist unterscheidet streng genommen zwischen der vorstehend erläuterten „**Haftungsbegründenden Kausalität**“ und der „**Haftungsausfüllenden Kausalität**“. Während erstere also den kausalen Zusammenhang zwischen Behandlung und Eintritt des körperlichen Schadens betrifft, geht es bei der haftungsausfüllenden Kausalität um die Frage, ob eine bestimmte Vermögenseinbuße tatsächlich auf den Körperschaden zurückzuführen ist.



Wie bereits anhand des obigen Beispiels gezeigt, muss ein Behandlungsfehler nicht unbedingt ursächlich sein für eine körperliche Schädigung. Gleiches gilt für die haftungsausfüllende Kausalität. Auch hier muss nicht jeder körperliche Schaden ursächlich sein für den geltend gemachten finanziellen Schaden.

Bsp.: *Patient P. wird auf Grund seiner behandlungsbedingten Einschränkung von seinem Arbeitgeber gekündigt und ist fortan arbeitslos. P. verlangt nunmehr von dem Arzt den Ersatz der Differenz zwischen ursprünglichem Gehalt und jetzigem Arbeitslosengeld. Der Arzt trägt – wahrheitsgemäß - vor, dass der P. auch ohne die ärztliche Fehlbehandlung seinen Arbeitsplatz verloren hätte, da der Betrieb den gesamten Standort geschlossen hat.*

In diesem Falle liegt zwar eine Fehlbehandlung vor, die sich aber nicht auf den behaupteten finanziellen Schaden ausgewirkt hat, jener wäre auch ohne den Fehler des Arztes eingetreten.

Von besonderer Bedeutung ist auch unter dem Gesichtspunkt der Kausalität die Frage der **Beweislastverteilung**. Ebenso wie hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers trägt der Patient grundsätzlich auch die Beweislast für das Vorliegen eines kausalen Zusammenhangs zwischen Fehlbehandlung und Körperschaden einerseits sowie Körperschaden und finanziellem Schaden andererseits.

Ausnahmen:

- **Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler**

Unter dem Schlagwort „Herstellung der Waffengleichheit“ im Arzthaftungsprozess gibt es schon seit vielen Jahren die in der Rechtsprechung etablierte Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler. Der BGH geht hier im Grundansatz davon aus, dass der Arzt bei Begehung eines groben Behandlungsfehlers die Beweissituation zu Lasten des Patienten so verschlechtert, dass dem Patienten im Gegenzug eine Beweiserleichterung zukommen müsse. Begeht somit ein Arzt einen schweren Diagnosefehler, indem er beispielhaft einen offensichtlichen bösartigen Tumor nicht entdeckt und verstirbt der Patient, so bestünde grundsätzlich das Problem auf Seiten der Erben, darzulegen, dass der Verstorbene bei ordnungsgemäßer Diagnose überlebt hätte. Da die Führung dieses Beweises äußerst schwierig ist, wird die Beweislast auf den Arzt verlagert, d.h. dieser hat zu beweisen, dass der Patient auch bei richtiger Diagnose verstorben wäre!

Ein grober Behandlungsfehler liegt per definitionem vor, **wenn ein medizinisches Fehlverhalten vorliegt, das aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.**

Ob die Voraussetzungen eines groben Behandlungsfehlers wiederum vorliegen, kann nur durch einen medizinischen Sachverständigen festgestellt werden und entzieht sich dem Beurteilungsvermögen des Richters.

- **Beweislastumkehr bei „Anfänger-OP“**

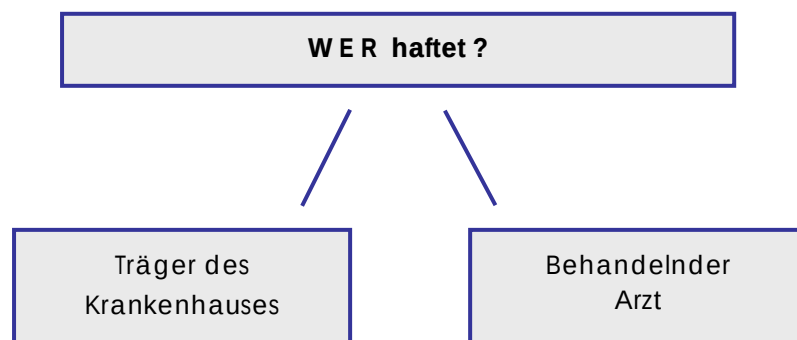
Wie bereits unter dem Punkt Organisationsverschulden dargelegt ist hinsichtlich der Frage der Kausalität eine Beweislastumkehr anzunehmen, sofern eine unerfahrener Arzt bei der OP einen Fehler begeht und hierbei nicht von einem erfahrenen Assistenzarzt beaufsichtigt wurde. Das Krankenhaus haftet dann unter dem Gesichtspunkt des Organisationsverschuldens, sofern es nicht den Beweis führen kann, dass der Behandlungsfehler auch einem erfahrenen Operateur unterlaufen wäre.

G) Die zivilrechtlichen Haftungsgrundlagen

I.) Grundsätzliche Anmerkungen

In rechtlicher Hinsicht ist ein arzthaftungsrechtliches Verfahren in der Regel auf finanziellen Ausgleich gerichtet, d.h. der geschädigte Patient begehrt von dem Arzt Ersatz für die ihm infolge der Fehlbehandlung entstandenen finanziellen Schäden. Gegenstand dieses Kapitels ist, wer im Falle einer Fehlbehandlung konkret auf welcher rechtlichen Grundlage in Anspruch zu nehmen ist. Juristen kennen den bekannten Satz aus dem Studium: „Wer bekommt was von wem woraus“. Nachfolgend sollen die Punkte „**von wem**“ und „**woraus**“ näher beleuchtet werden. **Was** im Einzelfall verlangt werden kann, wird Gegenstand des nachfolgenden Kapitels sein.

Die Frage „von wem“ (sog. Passivlegitimation) ist oftmals nicht ohne weiteres zu beantworten, insbesondere wenn eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus fehlerhaft erfolgt ist. Hier besteht die Möglichkeit der Haftung des Krankenhausträgers einerseits und dem jeweils behandelnden Arzt andererseits.



Ob der Träger des Krankenhauses, der behandelnde Arzt persönlich oder sogar beide zusammen (als Gesamtschuldner) auf Schadensersatz in Anspruch zu nehmen sind, hängt von der rechtlichen Anspruchsgrundlage ab sowie von der vertraglichen Konstellation.

Was die in Betracht kommenden Anspruchsgrundlagen betrifft, so kann ein Schadensersatzanspruch entweder **vertraglicher** oder **deliktischer** Natur sein.

Ein **vertraglicher Schadensersatzanspruch** knüpft daran an, dass der Arzt bzw. das Krankenhaus die mit Abschluss des Behandlungsvertrages gegenüber dem Patienten übernommenen vertraglichen Pflichten schuldhaft verletzt und demgemäß den hieraus resultierenden Schaden zu ersetzen hat. Anspruchsgrundlage ist nach „neuem Recht“ (d.h. der ab dem 01.01.2002 geltenden Gesetzeslage) die Vorschrift des **§ 280 BGB**.

Für Behandlungsverträge, die vor dem 01.01.2002 geschlossen wurden, gilt weiterhin die „alte“ Anspruchsgrundlage, das ungeschriebene Rechtsinstitut der positiven Vertragsverletzung (**pVV**).

Der deliktische Schadensersatzanspruch des Patienten knüpft daran an, dass der Patient durch die Fehlbehandlung in seiner körperlichen Integrität verletzt wurde. Anspruchsgrundlage ist hiernach **§ 823 BGB** bzw. **§ 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG** bei beamteten Ärzten.

Problematisch ist nicht nur für den juristischen Laien regelmäßig die Frage, wer genau für einen bestimmten Schaden haftet. Hier ist von folgenden **Grundansätzen** auszugehen:

- Im Bereich der vertraglichen Schadensersatzhaftung kann nur der jeweilige Vertragspartner in Anspruch genommen werden.
- im Bereich der deliktischen Schadensersatzhaftung haftet in erster Linie der unmittelbare Schädiger.

Zu beachten ist hier aber zusätzlich folgendes:

- Im Bereich der vertraglichen Haftung muss sich der direkte Vertragspartner evtl. das schuldhafte Verhalten Dritter (sog. Erfüllungsgehilfen) gem. **§§ 276, 278 BGB** so zurechnen lassen, als sei es sein eigenes Fehlverhalten.
- Im Bereich der deliktischen Haftung muss der Krankenhausträger neben seinen eigenen Verfehlungen (z.B. auf Grund Organisationsverschuldens) ggf. für Verfehlung seiner „Verrichtungsgehilfen“ gem. **§ 831 BGB** einstehen.

In beiden Haftungskonstellationen gibt es somit Möglichkeiten der Haftung für das Verhalten Dritter. Dies kann im Einzelfall recht kompliziert sein und soll anhand der nachfolgenden Darstellung verdeutlicht werden.

II.) Vertragliche Haftung, § 280 BGB

Die Frage nach dem Gegner des Anspruchs behandelt der Jurist unter dem Stichwort der sog. Passivlegitimation. Wer in diesem Sinne „passivlegitimiert“ ist, hängt – wie bereits eingangs dargelegt – von der vertraglichen Konstellation im Einzelfall ab. Zu berücksichtigen ist ferner, dass nicht nur der unmittelbar Handelnde in Anspruch genommen werden kann, sondern im Einzelfall zudem die Möglichkeit bestehen kann, das Verschulden des unmittelbar Handelnden gem. § 278 BGB dem haftenden Vertragspartner des Patienten zuzurechnen. Ggf. besteht in diesen Fällen eine gesamt-schuldnerische Haftung mehrerer Personen (§426 BGB), so dass jede von ihnen uneingeschränkt auf die volle Schadensersatzsumme in Anspruch genommen werden kann. Derjenige, der dann an den Geschädigten zahlt, muss selbst dafür sorgen, wie er von seinen „Kollegen“ deren Anteil am Schaden bekommt.

Hinsichtlich der Bestimmung der Passivlegitimation sind drei maßgebliche Konstellationen voneinander zu unterscheiden:

Einheitlicher Kranken-
hausaufnahmevertrag

Gespaltener Kranken-
hausaufnahmevertrag

Einheitlicher Kranken-
hausaufnahmevertrag
mit Arztzusatzvertrag

1.) Einheitlicher Krankenhausaufnahmevertrag

Der Fall des einheitlichen Krankenhausaufnahmevertrages stellt den Regelfall bei Kassenpatienten dar. Dort besteht lediglich ein Vertragsverhältnis zu dem Träger des Krankenhauses, so dass auch nur jener als Gegner eines vertraglichen Schadensersatzanspruchs in Betracht kommt. Da genau genommen nie das Krankenhaus, sondern die dort tätigen Menschen die Fehler begehen, bedarf es hier der bereits angesprochenen Zurechnung eines Fehlverhaltens über § 278 BGB. Hiernach haftet der Krankenhausträger für alle Klinikmitarbeiter, die in Erfüllung der Verpflichtung aus dem Behandlungsvertrag tätig werden (sog. Erfüllungsgehilfen).

2.) Gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag

Bei dem sog. gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag handelt es sich um die Fälle, in denen ein freiberuflicher Belegarzt Leistungen des Krankenhauses für seine Behandlung in Anspruch nimmt. D.h. der Arzt ist nicht Angestellter des Krankenhauses, sondern nimmt lediglich dessen Leistungen für seine Arbeit in Anspruch.

Bsp.: *Ein niedergelassener HNO-Arzt hat in einem Krankenhaus eine Station „angemietet“. Dort werden Patienten stationär behandelt, die er im Krankenhaus operiert hat.*

Für diese Konstellationen gilt der Grundsatz strikter Haftungstrennung:

a) Belegarzt

Bei Belegärzten handelt es sich um freiberuflich tätige Ärzte, welche kraft Vertrages mit einem Krankenhausträger das Recht und die Pflicht haben, ihre Patienten unter Inanspruchnahme der vom Klinikträger bereitgestellten Einrichtungen zu behandeln.

Der Belegarzt trägt neben der Haftung für eigene Fehlleistungen in der ärztlichen Behandlung die (alleinige) Haftung gem. § 278 BGB für Fehlleistungen der von ihm selbst angestellten Hilfspersonen, einschließlich der von ihm bestellten ärztlichen Urlaubsvertretung (BGH NJW 2000, 2741).

Der Belegarzt ist, selbst wenn er sich als Leitender Arzt oder Chefarzt bezeichnet, nicht Erfüllungsgehilfe des Belegkrankenhauses! Eine Haftung des Krankenhausträgers für Pflichtverletzungen des Belegarztes in seinem Leistungsbereich scheidet daher aus (BGH NJW 1996, 2429).

b) Klinikträger

Während der Belegarzt für Pflichtverletzungen bei der Behandlungsleistung haftet, hat der Klinikträger für Pflichtverletzungen bei den allgemeinen Krankenhausleistungen einzustehen.

Des weiteren haftet der Krankenhausträger gem. § 278 BGB für Fehlleistung des sog. nachgeordneten Personals, d.h. jenes ärztliche Personal, das nicht im Fachgebiet des Belegarztes, sondern in einem eigenen Fachgebiet tätig wird (z.B. Anästhesist) sowie das Pflegepersonal.

3.) Einheitlicher Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

Diese Vertragskonstellation ist insbesondere bei privat krankenversicherten Patienten anzutreffen, die nach ihrem Krankenversicherungsvertrag beispielsweise eine Chefarztbehandlung in Anspruch nehmen können. Gesetzlich versicherte „Kassenpatienten“ haben keinen Anspruch auf eine Chefarztbehandlung, können diese aber wünschen, sofern sie die hierdurch entstehenden Zusatzkosten selbst zu übernehmen bereit sind.

In diesen Fällen erbringen die leitenden Ärzte eines Krankenhauses ihre ärztlichen Leistungen mit dem Recht auf Selbstliquidation (sog. Arzt-Wahlleistungs-Patienten). Der BGH von dem Modell eines einheitlichen Krankenhausaufnahmevertrages mit Arztzusatzvertrag aus.

Der Vorteil dieses Haftungsmodells gegenüber dem eines gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrages besteht grundsätzlich in der Konzentration der Vertragshaftung beim Krankenhausträger, d.h. dieser haftet über § 278 BGB für alle an der Behandlung Beteiligten:

- a) nichtärztliches Pflegepersonal**
- b) nachgeordnete ärztliche Assistenzkräfte**
- c) selbstliquidierender Arzt**

Der Arztzusatzvertrag zwischen Patienten und selbstliquidierendem Arzt begründet somit eine zusätzliche Haftungsgrundlage für den Patienten. Im Übrigen haftet der selbstliquidierende Arzt in diesem Bereich über § 278 BGB auch für die von ihm hinzugezogenen Assistenzärzte.

BEACHTEN: In den meisten Fällen sehen Klauseln in Arztzusatzverträgen einen Ausschluss der Haftung des Klinikträgers vor, d.h. Regelfall ist, dass bei Behandlungsfehlern des selbstliquidierenden Arztes letztlich doch nur dieser selbst haftet und nicht der Klinikträger!

III.) Deliktische Haftung: §§ 823, 831 BGB

Grundsätzlich gilt im Deliktsrecht die Regel der **Eigenhaftung**, d.h. jeder an einer Behandlungsaufgabe Beteiligte haftet aus unerlaubter Handlung für eigenes Behandlungsverschulden persönlich!

Für nichtbeamtetes Personal ergibt sich dies aus § 823 I BGB, für beamtetes Personal aus § 839 I BGB.

Der Eigenhaftung aus unerlaubter Handlung kann im Übrigen auch nicht durch Gründung einer GmbH ausgewichen werden. Der Arzt haftet stets deliktisch für Rechtsgutverletzungen durch ihn selbst.

Eine **Haftung für das Verhalten Dritter** kommt unter folgenden Voraussetzungen in Betracht:

1.) Organhaftung, §§ 823, 31 BGB

Die in der Rechtsform einer juristischen Person betriebenen Krankenhausträger haften für ihre verfassungsmäßigen Vertreter deliktisch nach den Grundsätzen der sog. Organhaftung (§ 31 BGB) unmittelbar und ohne Entlastungsmöglichkeit. Soweit leitende (Chef-) Ärzte somit Aufgaben der Klinikleitung wahrnehmen, erfolgt daher eine Organhaftung zu Lasten des Krankenhausträgers.

Bsp.: *Chefarzt Prof. A. ist für die Organisation der Ambulanz zuständig. Infolge eines Fehlers in der Urlaubsplanung ist diese bei einem Notfallereignis nicht mit der erforderlichen Anzahl an Hilfskräften besetzt, so dass der eingelieferte Patient P. nicht rechtzeitig versorgt werden kann.*

In diesem Fall hat ein leitendes „Organ“ des Krankenhauses einen (Organisations-) Fehler begangen, was einen unmittelbaren Anspruch direkt gegen den Krankenhausträger begründet.

2.) Haftung für den Verrichtungsgehilfen, § 831 BGB

Sofern ein angestellter Arzt eines Krankenhauses persönlich eine Fehlbehandlung begeht, haftet auch der Krankenhausträger hierfür nach Maßgabe des § 831 BGB. Hiernach haftet der Geschäftsherr (= Krankenhausträger) für das rechtswidrige und schuldhafte Verhalten seiner sog. Verrichtungsgehilfen.

Das Gesetz legt hier zu Grunde, dass sich in der widerrechtlichen Schadenszufügung des „Verrichtungsgehilfen“ zugleich ein Verschulden des „Geschäftsherrn“ (= Klinikträger) verwirklicht, indem dieser bei der Auswahl und Anleitung des Verrichtungsgehilfen einen Fehler begangen haben muss. Kurz gesagt: macht der Arbeiter einen Fehler, spricht zunächst mal einiges dafür, dass der Chef ihn nicht richtig eingewiesen/beaufsichtigt hat.

Der Klinikträger hat in diesen Fällen die Möglichkeit, den sog. Entlastungsbeweis zu führen, d.h. er muss seinerseits darlegen und beweisen, dass ihm keine Fehler im Bereich Anleitung und Auswahl unterlaufen sind.

Ob eine solche Haftung des Klinikträgers in Betracht kommt, hängt primär davon ab, ob der unmittelbar Handelnde die Eigenschaften eines Verrichtungsgehilfen aufweist. Maßgeblich für die Beurteilung dieser Frage ist nicht dessen tatsächliche, sondern die rechtliche Weisungsgebundenheit.

Ob wiederum eine solche Weisungsgebundenheit im rechtlichen Sinne anzunehmen ist, hängt maßgeblich von der konkreten rechtlichen Ausgestaltung des Vertragsverhältnisses ab:

a) Einheitlicher Krankenhausaufnahmevertrag

Beim einheitlichen Krankenhausaufnahmevertrag nehmen ärztliche Assistenzkräfte sowie das Pflegepersonal ausschließlich Aufgaben des Krankenhausträgers wahr. Dieser Personenkreis ist daher stets als Verrichtungsgehilfe zu werten und insoweit Haftungsvermittler zu Lasten des Krankenhausträgers.

b) Gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag

Hier gilt wieder der Grundsatz der Haftungstrennung, d.h. der Krankenhausträger haftet für seine Verrichtungsgehilfen und der Belegarzt/selbstliquidierende Arzt für seine Verrichtungsgehilfen.

Verrichtungsgehilfen des Krankenhausträgers sind hier die allgemeinen und nachgeordneten Assistenzärzte sowie das nichtärztliche Pflegepersonal.

Verrichtungsgehilfen des Belegarztes/selbstliquidierenden Arztes sind die von ihm in seinem Leistungsbereich zugezogenen (speziellen) Assistenzärzte seines Fachs.

c) Einheitlicher Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

Bei dieser Vertragskonstellation verhält es sich wie - bereits dargestellt - so, dass ein Teil der angebotenen Leistungen durch den Krankenhausaufnahmevertrag abgedeckt wird und eine spezieller Teil durch den Arztzusatzvertrag. Die Assistenzärzte handeln hierbei als Verrichtungsgehilfen wobei sich dann nur die Frage stellt, wem sie eine Haftung „vermitteln“. Werden sie in Zusammenhang mit einer Leistung tätig, die auf Grund des Krankenhausaufnahmevertrages zu erbringen war (z.B. anästhesistische Versorgung), erfolgt die Haftungsvermittlung zu Lasten des Krankenhausträgers. Werden die Verrichtungsgehilfen in Zusammenhang mit der speziellen Leistung tätig, die auf Grund des Arztzusatzvertrages

vereinbart wurde, erfolgt eine Haftungsvermittlung zu Lasten des selbstliquidierenden Arztes.

H) Art und Umfang des Schadensersatzes

Mit diesem Kapitel soll dem geschädigten Patienten ein Überblick über das verschafft werden, was in finanzieller Hinsicht grundsätzlich möglich ist. Wie im nachfolgenden noch konkret ausgeführt wird, kommt es im Falle einer prozessualen Durchsetzung auch darauf an, die einzelnen Schadenspositionen belegen zu können. Es kann daher nur förderlich sein, hinsichtlich der ersatzfähigen Schadenspositionen sensibilisiert zu sein und etwaige Belege sorgfältig aufzubewahren bzw. genaue Aufzeichnungen selbst anzufertigen.

Zu differenzieren ist bei den Schadenspositionen zwischen dem immateriellen Schaden, dem sog. Schmerzensgeld, und dem materiellen Schaden.

I.) Schmerzensgeld

Ausgehend von der durch den Bundesgerichtshof bestätigten Doppelfunktion des Schmerzensgeldes soll dieses einerseits einen finanziellen Ausgleich für die Schäden nicht vermögensrechtlicher Art bilden und zum anderen eine Genugtuung für dasjenige darstellen, was der Arzt dem Patienten angetan hat.

Ausgleichsfunktion

Genugtuungsfunktion

Schäden „nicht vermögensrechtlicher Art“ sind solche, die sich nicht unmittelbar in einem finanziellen Verlust ausdrücken, wie z.B. Schmerzen und sonstige Unannehmlichkeiten.

Unter dem Gesichtspunkt der Ausgleichsfunktion sind die maßgeblichen **Kriterien** für die Höhe des finanziellen Ausgleiches **Größe, Heftigkeit und Dauer der Schmerzen, Leiden, Entstellungen und psychische Beeinträchtigungen**, objektivierbar durch

- die Art der Verletzungen,
- die Zahl und Schwere der Operationen,
- die Dauer der stationären und ambulanten Behandlung sowie
- den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit und
- die Höhe eines ggf. vorliegenden Dauerschadens.

Unter dem Gesichtspunkt der Genugtuungsfunktion sind zu berücksichtigen

- die Schwere des Verschuldens
- die wirtschaftlichen Verhältnisse des Schädigers

- das Regulierungsverhalten des Schädigers bzw. der dortigen Vermögenshaftpflichtversicherung.

Anders als in den immer wieder durch die Presse gehenden Schadensersatzprozessen in den USA, wo man angeblich schon für eine leichte Verbrühung durch heißen Mc Donalds-Kaffee mehrere Millionen Dollar Schmerzensgeld erhält, ist die deutsche Rechtsprechung – gelinde gesagt – zurückhaltend. Hierzulande werden Schmerzen durch die Rechtsprechung ganz sachlich „objektiviert“. Millionenbeträge sind in Deutschland die absolute Ausnahme. Die nachfolgende Auswahl an Beispielen soll einen kleinen Überblick darüber verschaffen, in welchen Größenordnungen Schmerzensgelder in Deutschland zugesprochen wurden:

750,00 EUR

Schmerzensgeld bei zahnärztlicher Fehlbehandlung; eine Zahnarzt hatte nicht bemerkt, dass sein Wurzelkanalaufbereitungsinstrument abgebrochen und in der Zahnwurzel stecken geblieben war. Für die anhaltenden Zahnschmerzen wurde der Patientin ein Schmerzensgeldbetrag von damals noch 1.500,00 DM zuerkannt (Urteil des OLG Köln vom 16.06.1999).

2.000,00 EUR

Für das grob fahrlässige Zurücklassen einer Tamponade nach einer OP im Nasenbereich wurde der Arzt zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von damals noch 4.000,00 DM verurteilt. Der Patient hatte noch mehr als 1 Monat nach der OP Schmerzen und musste wegen der vergessenen Tamponade noch einmal operiert werden (Urteil des AG Hagen vom 16.12.1994).

4.500,00 EUR

Für einen Kieferbruch anlässlich der operativen Entfernung eines Weisheitszahnes erhielt der geschädigte Patient ein Schmerzensgeld in Höhe von damals 9.000,00 DM. Der Arzt hatte den Patienten hier nicht über das an sich typische Risiko eines Kieferbruchs aufgeklärt, der Patient konnte ca. 3 Monate nur flüssige Nahrung zu sich nehmen und litt noch 10 Monate später unter Schmerzen beim Kauen und Sprechen (Urteil des LG Oldenburg vom 29.07.1988).

7.500,00 EUR

erhielt ein Mann der sich infolge eines nicht genügend desinfizierten Einlaufgerätes mit Hepatitis des Typs Non-A-Non-B infizierte (Urteil des OLG München vom 22.02.1990).

13.750,00 EUR

bekam ein 13-jähriger Junge zugesprochen, der beim Fußballspiel einen Tritt in den Unterleib bekommen hatte und bei dem der Arzt trotz Verdachts auf Hodentorsion keine operative Freilegung desselben veranlasste. Letztlich verlor der Junge den Hoden (Urteil des OLG Brandenburg vom 14.11.2001).

25.000,00 EUR

wurden einer Frau zugesprochen, bei der wegen eines Krebsgeschwürs in der Brust nur eine unzureichende Schnellschnittoperation durchgeführt wurde, anstatt die Brust komplett zu amputieren. Infolgedessen musste sich die Frau einer anstrengenden Chemotherapie unterziehen (Urteil des LG Essen vom 09.10.1997).

60.000,00 EUR

sprach das OLG Karlsruhe einem Kind zu, das infolge eines groben Behandlungsfehlers auf dem rechten Auge erblindete und auf dem linken Auge die Sehkraft bis zu 40 % verlor (Urteil vom 11.03.1998).

100.000,00 EUR

erhielt ein Patient, der vor einer Bandscheibenoperation nicht über das damit einhergehende Risiko einer Querschnittslähmung aufgeklärt wurde und letztlich eine solche erlitt, so dass er zeitlebens an den Rollstuhl gefesselt sein wird (Urteil des OLG Oldenburg vom 25.06.1996).

250.000,00 EUR

Infolge eines groben ärztlichen Behandlungsfehlers bei der Geburt erlitt das Neugeborene schwerste körperliche und geistige Behinderungen. Das OLG Hamm sprach hier ein Schmerzensgeld in Höhe von damals noch 500.000,00 DM zu (Urteil vom 23.04.1997).

500.000,00 EUR

sprach das OLG Hamm (Urteil vom 21.05.2003) einem Kleinkind zu, das infolge einer grob fehlerhaften Geburtseinleitung schwerste neurologischen Schäden erlitt (völlig hilfloses, praktisch blindes und taubes Kind mit schwerster Schädigung und weitgehender Zerstörung der Persönlichkeit; weiteres Leben vornehmlich auf die Vermeidung von Schmerzen beschränkt).

II.) Materielle Schadenspositionen

Wie bereits eingangs angedeutet, sollte unabhängig von der konkreten Art des materiellen Schadens für jeden geschädigten Patienten eine „**gesteigerte Aufbewahrungspflicht**“ gelten, d.h. sobald ein Patient vermutet, falsch behandelt worden zu sein, sollten sämtliche Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der Fehlbehandlung stehen könnten, genauestens nachgehalten werden. Schriftliche Belege können hier von großem Nutzen sein, sei es auch nur ein Parkschein oder ein bestimmtes Rezept. Je mehr man sich vorher notiert, desto weniger Probleme bestehen im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit dem Nachweis der einzelnen Schadenspositionen.

Im Einzelnen sind folgende Schadensersatzmöglichkeiten zu nennen:

1.) Erwerbsschaden

Im Falle einer fehlerhaften Behandlung hat der geschädigte Patient in erster Linie einen Anspruch auf Ersatz des sog. Verdienstaufschlags- oder Erwerbsschadens. Jener umfasst den Verlust des Arbeitseinkommens und alle weiteren wirtschaftlichen Beeinträchtigungen, die der Patient erleidet, weil er seine Arbeitskraft nicht mehr „verwerten“ kann.

Grundsätzlich gilt die „Soll-Ist-Regel“, d.h. der durch eine fehlerhafte Behandlung geschädigte Patient kann von dem Schädiger die Differenz zwischen dem Betrag verlangen, den er infolge der fehlerhaften Behandlung tatsächlich hat („Ist“) und dem Betrag, den er bei lege artis erfolgter Behandlung vermutlich hätte („Soll“).

Der angestellte Arbeiter hat somit einen Anspruch auf Ersatz seines Arbeitslohnes einschließlich der Sonderzahlungen (wie z.B. Weihnachts- u. Urlaubsgeld). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass sich der Geschädigte die infolge der Fehlbehandlung erzielten „Vorteile“ schadensmindernd anrechnen lassen muss, d.h., dass z.B. ersparte Kosten für Arbeitskleidung in Abzug gebracht werden müssen.

Ist der Geschädigte auf Grund seiner behandlungsbedingten Schädigung von seinem Arbeitgeber entlassen worden, kann er den Nettolohn abzüglich des erzielten Arbeitslosengeldes und der ersparten Vorteile als Schadensersatz verlangen.

Die Berechnung des Verdienstaufschlagschadens ist in der Praxis regelmäßig recht kompliziert und sollte stets unter Zuhilfenahme einer fachkundigen Person vorgenommen werden (Rechtsanwalt, Steuerberater). Wichtig ist, dass der Patient sämtliche Belege vorlegen kann (Lohn- u. Gehaltsabrechnungen, Arbeitslosengeldbescheide, Rentenbescheide, etc.).

2.) Haushaltsführungsschaden

Nicht zu unterschätzen ist der sog. Haushaltsführungsschaden. Danach kann der Geschädigte Ersatz dafür verlangen, dass er auf Grund der behandlungsbedingten Beeinträchtigung nicht in der Lage war, die auf ihn entfallenden Haushaltstätigkeiten zu erledigen.

Selbst wenn keine Ersatzkraft eingestellt, sondern die Arbeit durch Familienangehörige unentgeltlich miterledigt wurde, besteht nach der Rechtsprechung des BGH ein Ersatzanspruch.

Die Höhe des zu ersetzenden Haushaltsführungsschadens hängt von der **Art und Weise der körperlichen Beeinträchtigung**, der **Größe des Haushalts**, der **Größe und Zusammensetzung der Familie** sowie von **Umfang und Art der zuvor erledigten Tätigkeiten** ab.

Zur Berechnung des konkreten Schadens gibt es anerkannte Tabellenwerke, die vom BGH als Berechnungsmodell anerkannt sind und dem Rechtsanwalt vorliegen sollten.

3.) Heilbehandlungskosten

Sofern durch eine fehlerhafte ärztliche Behandlung zusätzliche Kosten in Gestalt weiterer Heilbehandlungskosten entstehen (sog. Korrektureingriffe), sind diese von dem Schädiger zu ersetzen. Von dem Patienten geltend gemacht werden können allerdings nur diejenigen Kosten, die ihm auch tatsächlich entstanden sind. Wurden die Kosten der Folgebehandlung von der Krankenkasse bezahlt, so kann allenfalls jene die ihr entstanden Kosten von dem behandelnden Arzt zurückverlangen, da etwaige Regressansprüche auf sie übergehen.

4.) Fahrtkosten

Ersatz verlangen kann der geschädigte Patient außerdem für die ihm infolge der fehlerhaften Behandlung zusätzlich entstandenen Fahrtkosten (beispielhaft durch Fahrten zu dem nachbehandelnden Arzt). Ersatzfähig sind einerseits die Kosten für „Bus und Bahn“ sowie die Kosten für die Nutzung des eigenen Pkw's (etwa 0,25 ct./Km).

5.) Beerdigungskosten

Sollte der Patient infolge der fehlerhaften Behandlung sogar sterben, steht seinen Erben ein Anspruch gegen den Schädiger auf Ersatz der Beerdigungskosten zu (einschließlich der Aufwendungen für Grabschmuck und Trauerkleidung).

6.) Unterhaltsschaden bei Tod

Bei fehlbehandlungsbedingtem Tode eines zum Unterhalt Verpflichteten können die Erben die Zahlung einer monatlichen Unterhaltsrente verlangen. Wie diese der Höhe nach im Einzelfall zu berechnen ist, sollte man einem Rechtsanwalt überlassen.

I) Prozessuale Fragen

Häufig verbleibt in arzthaftungsrechtlichen Fällen nur die Möglichkeit, Ansprüche auf Schadensersatz auf gerichtlichem Wege durchzusetzen. Insbesondere bei hohen Schadenssummen werden sich die Haftpflichtversicherer der Ärzte/Krankenhäuser nur in seltensten Fällen zu einem außergerichtlichen Schadensausgleich bereit erklären. Selbst bei Einholung eines vorprozessualen Gutachtens, durch welches ein Behandlungsfehler festgestellt wird, besteht nicht die Pflicht zum Schadensausgleich. Eine solche kann verbindlich nur durch ein Klageverfahren festgestellt werden. Dieser oft unvermeidliche Weg ist nicht nur langwierig, sondern auch teuer (wenn man z.B. nicht rechtsschutzversichert ist).

Welche wichtigen Gesichtspunkte bei einer arzt haftungsrechtlichen Klage zu berücksichtigen sind, ist Gegenstand dieses Kapitels:

I.) Zuständiges Gericht

Die Wahl des örtlich und sachlich zuständigen Gerichts ist eine wesentliche Voraussetzung für die Zulässigkeit der Klage.

1.) Örtliche Zuständigkeit

Örtlich zuständig ist das Gericht in dem Gerichtsbezirk, in dem die Behandlung stattgefunden hat. Hat eine Behandlung beispielsweise in Coesfeld stattgefunden, kommen zwei Gerichte in Betracht, die örtlich zuständig sind: das Amtsgericht Coesfeld und das Landgericht Münster. Welches dieser beiden Gerichte dann anzurufen ist, hängt von der nachfolgend zu behandelnden sachlichen Zuständigkeit ab.

2.) Sachliche Zuständigkeit

Die sachliche Zuständigkeit eines Gerichts richtet sich nach der Höhe des Streitwertes, d.h. ab einem Streitwert von 5.000,00 EUR ist das Landgericht zuständig, bei Streitwerten darunter ist das Amtsgericht anzurufen. In der Regel liegen die Streitwerte bei arzt haftungsrechtlichen Fallkonstellationen in einem Bereich, der die Zuständigkeit der Landgerichte nach sich zieht.

II.) Anwaltszwang

Gem. der Vorschrift des **§ 78 ZPO** kann ein Rechtsstreit vor den Landgerichten (d.h. ab einem Streitwert von 5.000,00 EUR) nur durch einen Rechtsanwalt geführt werden. Sobald die **5.000,00 EUR-Grenze** also überschritten wird, muss man zwingend einen Rechtsanwalt beauftragen, ansonsten ist eine eingereichte Klage (mangels sog. Postulationsfähigkeit) unzulässig. In allen Fällen vor den Amtsgerichten besteht grundsätzlich die Möglichkeit, einen Rechtsstreit auch „auf eigene Faust“ zu führen, jedoch ist dies insbesondere bei einer komplexen Materie wie der des Arzthaf tungsrechts nicht zu empfehlen. Der geschädigte Patient läuft in solchen Fällen schnell Gefahr, allein auf Grund fehlender juristischer Kenntnisse einen Rechtsstreit zu verlieren.

III.) Verjährung

Nach den ab dem 01.01.2002 geltenden Verjährungsvorschriften verjähren Schadensersatzansprüche des geschädigten Patienten, seien es solche vertraglicher oder deliktischer Natur, nach **3 Jahren ab Kenntnis** des Patienten von den anspruchsbegründenden Tatsachen. Es kommt für den Beginn der Verjährungsfrist somit keinesfalls auf das Datum der Behandlungsmaßnahme an, sondern allein auf das Datum, zu dem

der Patient erstmalig **Kenntnis** hinsichtlich der **Fehlerhaftigkeit der Behandlung**, der **Kausalität** zwischen Fehlbehandlung und Schaden sowie der **Person des Schädigers** erlangt hat.

Gretchenfrage ist in diesem Zusammenhang immer, wann ein medizinischer Laie hinreichende Kenntnis vom Vorliegen eines Behandlungsfehlers hat. Mann wird hier für den Beginn der Verjährungsfrist nicht voraussetzen können, dass der Patient die Fakten der Fehlerhaftigkeit im medizinischen Detail kennen muss, vielmehr dürfte ausreichen, dass der Patient ein Grundwissen über die Fehlerhaftigkeit erlangt hat, sei es durch Informationen eines nachbehandelnden Arztes oder das Ergebnis einer medizinischen Begutachtung.

Sofern der Patient die erforderliche Kenntnis erlangt hat, beginnt der Lauf der Verjährungsfrist, so dass nunmehr von dem Patienten innerhalb von 3 Jahren Maßnahmen ergriffen werden müssen. Geschieht innerhalb dieser Frist nichts, so kann sich der behandelnde Arzt auf die (rechtshemmende) **Einrede der Verjährung** berufen, welche ihm die Möglichkeit einräumt, die Erfüllung eines (möglicherweise begründeten) Anspruchs allein wegen der Verjährung zu verweigern.

Bei der Berechnung der Verjährungsfrist ist regelmäßig deren **Hemmung** zu berücksichtigen. Laufen beispielsweise Verhandlungen zwischen Arzt und Patient, ist die Verjährungsfrist während dieser Zeit gehemmt, d.h. der Arzt kann durch ein Hinhalten bei Verhandlungen keinen Eintritt der Verjährung bewirken. Als Verhandlung unter dem Gesichtspunkt der Hemmung gilt auch die Zeit, in der ein Schlichtungsverfahren vor einer örtlichen Ärztekammer läuft. Wenn „alle Stricke reißen“, d.h. der Arzt bzw. sein Versicherer einerseits eine Haftung ablehnt und überdies zu verstehen gibt, keine weiteren Verhandlungen führen zu wollen, ist der Patient ggf. gezwungen, die Verjährung durch gerichtliche Geltendmachung seines Begehrens zu hemmen. Hierbei gilt es zu beachten, dass Verjährung nur in dem Umfang gehemmt wird, in dem ein Anspruch geltend gemacht wird. Hat jemand z.B. einen Anspruch auf Zahlung von 10.000,00 EUR, macht aber nur einen Betrag in Höhe von 8.000,00 EUR vor Ablauf der Verjährungsfrist geltend, läuft er Gefahr, dass hinsichtlich der restlichen 2.000,00 EUR Verjährung Eintritt. Aus diesem Grunde sollte in arzt haftungsrechtlichen Klagen immer auch ein sog. Feststellungsantrag gestellt werden, der sich auf die Feststellung der Ersatzpflicht des Arztes hinsichtlich der zukünftigen (im Zeitpunkt der Klageerhebung noch nicht bezifferbaren) Schäden bezieht.

IV.) Kosten

Die Kosten des gesamten Rechtsstreits (d.h. Gerichtskosten, Anwaltskosten, Kosten für Sachverständige etc.) trägt grundsätzlich derjenige, der den Prozess verliert. Der Kläger muss zunächst mit Klageerhebung die anfallenden Gerichtskosten als Vorschuss überweisen, andernfalls wird die Klage dem Gegner nicht zugestellt. Sollte er den Prozess gewinnen, sind ihm sämtliche Kosten (einschließlich der verauslagten Gerichtskosten) vom Gegner zu erstatten. Sollte er verlieren, muss er neben den eigenen Anwaltskosten die Kosten der gegnerischen Anwälte übernehmen. Vordringliche Auf-

gabe eines Anwalts ist es in dieser Situation, den Patienten genauestens über das Kostenrisiko aufzuklären.

Ist der Patient rechtsschutzversichert, so ist die **Rechtsschutzversicherung** nach Maßgabe der dem Versicherungsvertrag zu Grunde liegenden Bedingungen verpflichtet, die Kosten der Rechtswahrnehmung (alle Kosten des Rechtsstreits) zu übernehmen.

Es empfiehlt sich, dem Rechtsanwalt zugleich die Informationen über die ggf. bestehende Rechtsschutzversicherung weiterzugeben, i.d.R. kümmert sich dieser dann um alles weitere, d.h. er übernimmt die erforderliche Korrespondenz mit der Rechtsschutzversicherung und rechnet direkt dieser gegenüber ab.

Service: Der Patienten-Fragebogen in arzt haftungsrechtlichen Angelegenheiten

Bei dem nachfolgenden Fragebogen handelt es sich um ein Angebot meiner Kanzlei für den Fall einer Mandatierung in einer arzt haftungsrechtlichen Angelegenheit. Der Fragebogen dient mir bei einer Mandatsbearbeitung als erste wesentliche Arbeitsgrundlage, wobei der Sachverhalt dann in einem gemeinsamen Gespräch mit der Mandantschaft im Einzelnen unter Berücksichtigung der rechtlichen Würdigung erörtert und ggf. weiter aufgeklärt wird.

Die im Rahmen des Fragebogens aufgeführten Fragen sollten der Übersichtlichkeit halber auf einem gesonderten Blatt beantwortet werden.

Bei Fragen in Bezug auf den Patienten-Fragebogen stehe ich jederzeit zur Verfügung:

Rechtsanwalt René Steinbeck
c/o Richard & Partner GbR
Königsstr. 43 a, 48143 Münster
Tel.: 0251 / 482 64-0
Fax: 0251 / 482 64-30
steinbeck@kanzlei-richard.de

I.

Zur Überprüfung der Frage, ob und inwieweit bei einer ärztlichen Behandlung ein Behandlungsfehler vorliegt, benötigen wir weitergehende Informationen.

1.

Bitte nennen Sie Ihren vollständigen Namen, Geburtsdatum, Familienstand, Ausbildungsstand sowie den ausgeübten Beruf.

2.

Waren Sie als Privatpatient oder Kassenpatient in ärztlicher Behandlung? Benennen Sie bitte Ihre Krankenkasse / Krankenversicherung nebst Adresse und Versicherungsnummer.

3.

Bei welchem Arzt / welcher Praxis oder welchem Krankenhaus waren Sie in Behandlung?

Waren in zeitlicher Abfolge an der Behandlung mehrere Ärzte beteiligt?

Bei welchen Ärzten / Krankenhäusern wurden Sie nach der fraglichen Behandlung weiter behandelt?

(Bitte Daten chronologisch aufführen und genaue Angaben der Namen und Anschriften machen)

4.

Worin liegt Ihrer Ansicht nach konkret der Behandlungsfehler?

Schildern Sie chronologisch diejenigen Ereignisse, die zum eingetretenen Schaden geführt haben. Nennen Sie dabei die betreffenden Daten sowie Namen und Anschriften der Krankenhäuser und Ärzte.

5.

Woraus schließen Sie, dass der behandelnde Arzt den Schaden verursacht hat?
Fußt dies auf Ihrer eigenen Überzeugung oder hat ein nachbehandelnder Arzt Sie hierauf aufmerksam gemacht?

6.

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand konkret durch den möglichen Behandlungsfehler verschlechtert? Beschreiben Sie bitte den Schaden anhand der Veränderung des Beschwerdebildes, der Ihrer Überzeugung nach auf ärztliches Verschulden zurückzuführen ist.

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand seit dem Vorfall verändert?

7.

Wann wurden Sie von wem über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt?

Wurde die Aufklärung schriftlich dokumentiert und von Ihnen unterschrieben?

Wurden in diesem Zusammenhang Behandlungsalternativen dargestellt? Wurden Sie hierbei über das Risiko aufgeklärt?

Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten? Wenn nein, warum nicht?

8.

Haben Sie einem Behandlungsvertrag unterschrieben?

Wer ist hierbei Vertragspartner geworden?

Soweit Ihnen eine Durchschrift vorliegt, fügen Sie diese Bitte der Antwort bei.

9.

Seit wann wissen oder vermuten Sie, dass ein möglicher Behandlungsfehler vorliegt?

Seit wann kennen Sie Namen und Anschrift der verantwortlichen Ärzte?

Anmerkung:

Schmerzensgeldansprüche verjähren innerhalb von 3 Jahren, gerechnet von dem Tage, nachdem Sie alle Sachverhalte kannten, die den Schaden verursacht haben

10.

Was haben Sie bisher zur Geltendmachung Ihrer Schadensersatzansprüche unternommen?

11.

Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung?

Nennen Sie bitte das Versicherungsunternehmen nebst Versicherungsnummer.

II.

Die nachfolgenden Fragen dienen der Ermittlung der Höhe des finanziellen Schadens, der durch den Behandlungsfehler entstanden ist, bzw. noch entstehen kann.

1.

Waren Sie vor dem Vorfall voll arbeitsfähig?

Inwieweit hat der möglicher Behandlungsfehler Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Soweit Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, um welchen Betrag ist Ihr monatlicher Netto-Verdienst durch den möglichen Behandlungsfehler vermindert?

Wie hoch ist der Krankengeldbetrag, den Sie seither erhalten?

(Bitte die letzten drei Gehaltsbescheinigungen vor dem Vorfall, Bescheide über konkrete Zuwendungen, z.B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle, Krankengeld, Rentenzahlungen, beifügen)

2.

Können Sie seit dem möglichen Behandlungsfehler Ihren Haushalt nach wie vor (alleine) bewältigen, oder sind Sie auf Hilfe weiterer Personen wie z.B. Haushaltshilfe/Angehörige angewiesen? Für wie viele Stunden in der Woche benötigen Sie diese Hilfe?

(Bitte Angaben zur Größe der Wohnung, der Anzahl der dort lebenden Personen, einschließlich zu versorgender Kinder machen) Mit welcher voraussichtlichen Dauer der Einschränkungen rechnen Sie, bzw. Ihr Hausarzt?

Anmerkung:

Die Rechtsprechung erlaubt in Einzelfällen auch die Geltendmachung fiktiver Haushaltshilfe-Kosten, d. h. dass diese Kosten ebenfalls ersetzt werden, soweit keine Haushaltshilfekraft eingestellt wurde. Entscheidend für die Höhe des Ersatzanspruches ist, inwieweit Sie durch den möglichen Behandlungsfehler bei der Verrichtung der üblichen Haushaltstätigkeit eingeschränkt sind.

3.

Welche weiteren Kosten sind Ihnen durch den Vorfall entstanden?

(bitte jeweils entsprechende Belege der Antwort beifügen)

- Zuzahlung für Medikamente?
- Telefon/Fahrtkosten ?
- Kosten für Nachbehandlungen/Kuraufenthalte/Reha-Maßnahmen ?
- Kosten für Krankenhausbesuche naher Angehöriger ?

(Hier bitte die Fahrtkosten, bzw. gefahrenen Kilometer genau aufführen)

4.

Mit welchen weiteren konkreten Kosten rechnen Sie zukünftig, die durch den möglichen Behandlungsfehler noch entstehen werden?

Muster: Schweigepflichtentbindungserklärung

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend aufgeführten Arzt/Ärzte/Krankenhäuser sowie deren Bedienstete

(Name, Vorname, genaue Anschrift)

entbinde ich,

(Name, Vorname, genaue Anschrift)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Anlass für diese Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall vom

Ort, Datum

Unterschrift