

# Grundlagen der Arzthaftung

Jahrestagung der  
Arbeitsgemeinschaft neurologische  
Begutachtung  
Kassel, 2./3.5.2008



RA Dr. med. Peter W.  
Gaidzik  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Institut für Medizinrecht  
der UW/H

# Statistik

**ca. 10.000 Schadensersatz- und Schmerzensgeldklagen und ca. 3.000 Ermittlungsverfahren im Jahr in Deutschland wegen Behandlungs- oder Aufklärungsfehlervorwürfe (nach Ulsenheimer, 2003)**

**ca. 40.000 Vorwürfe, davon ca. 12.000 nachgewiesene Behandlungsfehler im Jahr (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 04/01; Robert-Koch-Institut)**

**ca. 11.000 Verfahren im Jahr vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen (ÄK Nordrhein)**

**ca. 170.000 Behandlungsfehler im stationären Bereich, wobei 17.000 Menschen in Krankenhäusern jährlich in deren Folge versterben. Die Sterbensrate der Frauen liegt dabei über der von Männern (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007)**

**300.000 bis 400.000 Behandlungsfehler jährlich (Schätzungen von Patientenverbänden)**

# Arzthaftung in der Neurologie

nach Haferkamp, Akt.Neurol. 30:224-233 (2003) u.  
BMGS Report 5/2005

- Neurologen sind zahlenmäßig nur wenig betroffen (1-2 % aller Arzthaftungsverfahren)
- Anerkennungsquote (vermeidbare ärztliche Fehler mit darauf zu beziehendem Schaden) 24 %
- Insgesamt jedoch kontinuierliche steigende Zahl an Schlichtungsverfahren

# Grundlagen der Arzthaftung

- Haftung wegen „Schlechterfüllung“ des Behandlungsvertrages aus § 280 BGB n.F.
- Haftung aus Delikt bzw. „unerlaubter Handlung“ wegen iatrogenen Körper- bzw. Gesundheitsverletzung gemäß §§ 823 ff. BGB

## **Merke:**

*vertragliche und  
deliktische Haftung des Arztes  
sind in den Voraussetzungen und  
nach heutiger Rechtslage auch  
im Haftungsumfang sowie  
hinsichtlich der Verjährung*

**deckungsgleich!!**

# Voraussetzungen der Arzthaftung

- Verletzung der objektiv gebotenen Sorgfaltspflicht (= Standardunterschreitung) oder
- Unzulängliche Eingriffsaufklärung
- Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler oder dem nicht konsentierten Eingriff und dem Gesundheitsschaden
- Verschulden

# (Facharzt-) Standard

Maßstab:

**Das Verhalten eines („durchschnittlich befähigten“) gewissenhaften Facharztes in der konkreten Behandlungssituation**

Beurteilungsperspektive: ex ante !!

# Standard

- Kenntnis- und Erfahrungsstand der medizinischen Wissenschaft
- Vorhandene Leitlinien/Empfehlungen der Fachgesellschaften
- Vorhandene apparative/personelle Ausstattung, soweit ihrerseits nicht bereits fehlerhaft (Organisationsverschulden)

# Behandlungsfehlertypen

- Diagnosefehler
  - Nichterheben gebotener Befunde
  - Fehlinterpretation vorliegender Befunde
- Fehlerhafte Indikationsstellung/Methodenwahl
- Fehlerhafte Durchführung einer Maßnahme
- Fehlerhafte Nachsorge
- Delegations- bzw. Übernahmeverschulden
- Organisationsfehler
- Unzureichende therapeutische (Sicherheits-/ Sicherungs-) Aufklärung

# Beweismaß und Beweislast

- Mit welchem Grad an Wahrscheinlichkeit muss der Beweis geführt werden (Beweismaß):
  - Für Fehler, korrekte Aufklärung, Vorhandensein von und Ursachenzusammenhang mit Erstschaden
    - Vollbeweis, gemäß § 286 ZPO
  - Für Weiterentwicklung des Schadens und Funktionsstörungen
    - „überwiegende“ Wahrscheinlichkeit
- Wer muss den Beweis führen bzw. trägt das Risiko der Nichtbeweisbarkeit eines Umstands (Beweislast)  
Grundsätzlich für alles - Patient

# Ausnahmen:

- Fehlende bzw. – mangels ausreichender Eingriffsaufklärung – unwirksame Einwilligung



## **Beweislast beim Arzt**

- Dokumentationsmängel
- Voll beherrschbare Risikosphäre
- Grober Diagnose- bzw. Behandlungsfehler
- Mängel in der Befunderhebung/-sicherung



## **Beweiserleichterungen für den Patienten bis hin zur Beweislastumkehr**

# Dokumentationspflicht

- Grundlage: Patientensicherheit
- Dokumentation muss daher aus medizinischen, nicht allein aus forensischen Gründen geboten sein.
- Dokumentationspflichtig sind alle wichtigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten, soweit sie für das weitere Behandlungsgeschehen bedeutsam sind bzw. werden können.

# Dokumentationspflicht

Folgen einer Verletzung:

Zugunsten der an sich beweisbelasteten Partei (Patient bzw. Kläger) wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme nicht vorgenommen wurde bzw. ein Geschehensablauf sich so vollzog, wie er dokumentiert worden ist.

# Vollbeherrschbare Risikosphäre

- Nachweisprobleme bzw. Gefährdungen resultieren nicht aus den Komplexität biologischer Abläufe, vielmehr
- entstammen sie aus der Organisation und Koordination des Behandlungsbetriebes oder
- dem technisch-apparativen Bereich

# Vollbeherrschbare Risikosphäre

Ist bewiesen, dass Schädigungsursache aus einer „voll beherrschbaren Risikosphäre“ entstammt, muss sich die Behandler- bzw. Beklagtenseite hinsichtlich Pflichtwidrigkeit / Verschulden entlasten.

# Grober Behandlungsfehler Fundamentaler Diagnosefehler

Ein Fehlverhalten, welches eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln verstößt und aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

(z.B. BGH VersR 1995, 46, 47)

# Grober Behandlungsfehler Fundamentaler Diagnosefehler

Ist der Nachweis der groben Pflichtwidrigkeit gelungen, kehrt sich die Beweislast hinsichtlich der Ursächlichkeit für den (Primär-) Schaden zulasten der Behandler- bzw. Beklagtenseite um.

# Mängel in der Befunderhebung bzw. Befundsicherung

- Befunderhebung muss medizinisch geboten gewesen sein
- Beweiserleichterung dann, wenn „mit einiger Wahrscheinlichkeit“ die gebotene, jedoch unterlassene Diagnostik einen relevanten bzw. reaktionspflichtigen Befund ergeben hätte und
- die hypothetisch fehlende Reaktion auf diesen Befund sich als „grober Behandlungsfehler“ dargestellt hätte.

(Grundlegend: BGH NJW 1996, 779)

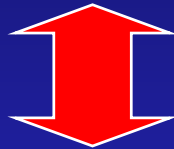
# Mängel in der Befunderhebung bzw. Befundsicherung

Beweisrechtliche Folgen wie beim  
„groben Behandlungsfehler“ bzw.  
“fundamentalen Diagnosefehler“

**Haftung aus Verletzung der  
Pflicht zu Eingriffsaufklärung**

# **Eingriffsaufklärung**

dient der Entscheidung des Patienten über  
seine Einwilligung in einen Eingriff  
(Rechtfertigungsgrund; Beweislast Arzt)



# **therapeutische Aufklärung bzw. Sicherungsaufklärung**

dient der Sicherung des  
Behandlungserfolgs bzw. der Verhütung  
etwaiger verhaltensbedingter  
Gesundheitsschäden  
(Behandlungselement; Beweislast Patient)

# Haftung aus unzureichender Eingriffsaufklärung

- Aufklärungsdefizit (inhaltlich/zeitlich)
- Plausibler Entscheidungskonflikt
- Keine „hypothetische Einwilligung“
- Kausalität zwischen Maßnahme und Schaden
- Beweislast des Arztes:
  - korrekte Aufklärung
  - hypothetische Einwilligung
- Beweislast des Patienten:
  - plausibler Entscheidungskonflikt
  - Schaden und Kausalzusammenhang zwischen Maßnahme und Schaden

# Kausalkette der Arzthaftung

§ 286 ZPO

Behandlungsfehler

haftungsbegründender  
Kausalzusammenhang

Primär- oder  
Erstscha-den

haftungsausfüllender  
Kausalzusammenhang

Sekundär- oder  
Folgeschaden

§ 287 ZPO

Immaterielle Folgen:  
"Schmerzensgeld"

- Ausgleichsfunktion  
vorübergehende / dauerhafte  
Schmerzen / Behinderungen /  
sonst. Gesundheitseinbußen
- Genugtuungsfunktion  
Verschuldensgrad

Materielle Folgen:

- Verdienstentgang
- Haushaltsführungsschaden
- Behandlungskosten
- Rechtsverfolgungskosten

# § 286 ZPO

**Dies verlangt zwar keine absolute oder unumstößliche Gewissheit und auch keine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit; ausreichend ist vielmehr ein unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlung und des Ergebnisses der Beweisaufnahme nach freier Überzeugung gewonnener für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit, der den Zweifeln Schweigen gebietet.**

**BGH Urt. vom 28. Januar 2003 - VI ZR 139/02  
VersR 2003, 474, 475 m.w.N.).**

## § 287 ZPO

sachlich fundierte Überzeugung des Gerichtes bei  
„höherer oder deutlich höherer  
Wahrscheinlichkeit“ der Behauptung (BGH  
VersR 2004, 118),

d.h. keine subjektive Gewissheit erforderlich,  
andererseits bloße Möglichkeit  
unzureichend!

# „Sudeck- Fall I“

BGH v. 4.11.2003 - VI ZR 28/03

Klägerin erlitt als Beifahrerin Anfang Dez. 1998 einen Verkehrsunfall. Nach dem Unfall hatte sie zunächst keine gesundheitlichen Beschwerden. Später spürte sie ein Kribbeln in der linken Hand, das an Intensität zunahm. Ende Januar 1998 suchte die Klägerin deswegen erstmals einen Arzt auf, der sie arbeitsunfähig schrieb. Unter zunehmenden Schmerzen entwickelte sich das Krankheitsbild eines M. Sudeck. Die Krankheit verschlimmerte sich, sodass es zu einer Versteifung der Hand mit geschlossenen Fingern als Dauerschaden kam. Die Klägerin behauptet, sie habe sich bei dem Unfall mit der linken Hand am Armaturenbrett abgestützt und auf Grund der Kollision einen kurzen schweren Anstoß in der Hand verspürt. Aufgrund dieses Vorgangs habe sich der M. Sudeck entwickelt.

# „Sudeck- Fall I“

BGH v. 4.11.2003 - VI ZR 28/03

- Unmittelbar durch den Unfall herbeigeführte Verletzung **nicht** nachgewiesen.
- „Anstoß“ reicht nicht aus!
- Daher „Morbus Sudeck“ der in seiner Kausalitätsbeziehung zu beurteilende *„Primärschaden“*
- „Vollbeweis“ erforderlich, nicht zu führen.



**Klageabweisung**

# „Sudeck- Fall II“

BGH v. 12.2.2008 - VI ZR 221/06

Kläger schlug sich am 11.10.2002 mit Hammer auf den li. Zeigefinger. Er begibt sich zum Bekl. (FA für Orthopäde). Nach Röntgen Diagnose: starke Prellung. Versorgung mit Verband.

Am 15.11.2002 rutschte der Kläger aus und schlug mit der li. Hand gegen eine Wand. Erstbehandlung durch Dr. B. Nach Röntgen Diagnose: „Refraktur des Zeigefingerendgliedes li. Nachfolgend kam es zu einem M. Sudeck, der Dauerschäden hinterließ.

# „Sudeck- Fall II“

BGH v. 12.2.2008 - VI ZR 221/06

- Fehlinterpretation des Röntgenbildes am 11.10.2002, schon damals Fraktur.
- Aus Diagnosefehler resultierte Behandlungsfehler, weil keine ausreichende Ruhigstellung
- OLG Saarbrücken: Kausalität des Diagnosefehlers bzw. der Fehlbehandlung nicht mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit feststellbar. Fundamentaler Diagnosefehler liegt nicht vor, daher auch keine Beweiserleichterungen.

# „Sudeck- Fall II“

BGH v. 12.2.2008 - VI ZR 221/06

Primärschaden des Klägers, d.h. die durch den Behandlungsfehler im Sinne der haftungsbegründenden Kausalität hervorgerufene Körperverletzung, ist durch die unterbliebene Ruhigstellung und damit unsachgemäße Behandlung der Fraktur **eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigung**. M. Sudeck ist Sekundär-/Folgeschaden und unterliegt damit dem Beweismaß des § 287 ZPO.



**Aufhebung und Zurückverweisung**

# Gesetzestexte

- **§ 823 Abs. 1 BGB:** Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, **den Körper (oder) die Gesundheit** ... eines anderen widerrechtlich **verletzt**, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

# Rechtsgutsverletzung = Primärschaden

## **Körperverletzung:**

- nicht ganz unwesentliche Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit, einschließlich der bloßen Schmerzzufügung;

## **Gesundheitsverletzung:**

- nicht ganz unerhebliche Störungen der "inneren Funktionen", einschließlich des psychischen Wohlbefindens
- Hervorrufen, Steigern oder (garan-  
tenpflichtwidriges) Unterhalten  
pathologischer physischer oder  
psychischer Zustände.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

