

Grundzüge des Arzthaftungsrechts in Deutschland

Dr. Stefan Hübel

Rechtsanwalt und Arzt

Sozietät Dr. Rehborn • Westenhellweg 40-46 • 44137 Dortmund



Übersicht

1. Haftungsgrundlagen
2. Passivlegitimation
3. Aufklärung
4. Behandlungsfehler
5. Unterlassene Befunderhebung
6. Vollbeherrschbares Risiko
7. Beweislastverteilung
8. Beweislastumkehr
9. Verfahren



Haftungsgrundlagen I

Der Arztvertrag ist ein Dienstvertrag und kein Werkvertrag. Der Arzt schuldet eine Dienstleistung, die fachgerecht durchgeführt werden muss. Ein Heil- oder Behandlungserfolg wird nicht geschuldet (BGH, NJW 1975, 305).

Ein Haftungsanspruch demnach kann nur bestehen, wenn durch eine nicht fachgerechte Behandlung ein Schaden entstanden ist.



Haftungsgrundlagen II

1. Vertragliche Ansprüche (§§ 241 ff. BGB; § 280 I BGB)
2. Deliktische Ansprüche (§§ 823 ff. BGB)



Passivlegitimation

Vertragliche Haftung: - Krankenhausträger
- liquidierender Arzt

Deliktische Haftung: behandelnder Arzt, soweit nicht
haftungspriviligiert (Beamte, D-Ärzte)



Aufklärung I

1. Eingriffsaufklärung

- Diagnoseaufklärung
- Behandlungsaufklärung
- Risikoaufklärung
- Verhaltensaufklärung

2. Sicherungsaufklärung

3. Wirtschaftliche Aufklärung



Aufklärung II

- Die Beweislast für die Eingriffsaufklärung (Beweislastumkehr). Entscheidend ist das Aufklärungsgespräch, welches durch Zeugenaussagen oder Parteivernehmung/-anhörung zu „beweisen“ ist. Die Dokumentation des Aufklärungsgesprächs dient als Anbeweis.
- Es gibt keinen groben Aufklärungsfehler!
- Die Sicherungsaufklärung wie ein normaler Behandlungsfehler behandelt, die Beweislast liegt beim Patienten, bzgl. der Beweislast gilt dies auch für die wirtschaftliche Aufklärung.



Aufklärung III

- Die hypothetische Einwilligung ist vom Arzt darzulegen, dem gegenüber muss der Patient einen echten Entscheidungskonflikt plausibel machen.
- Bei fehlender Erinnerung des aufklärenden Arztes bzw. bei einer verkürzten Dokumentation kann das Aufklärungsgespräch im Rahmen einer ständigen und ausnahmslosen Übung („immer-so“-Beweis) dargelegt werden (vgl. OLG Bamberg, Urt. V. 10.04.2000 –4 U216/98).



Behandlungsfehler I

Ein einfacher Behandlungsfehler liegt vor, wenn der behandelnde Arzt gegen die Regeln und Standards der ärztlichen Wissenschaft verstoßen hat; d.h. dass der behandelnde Arzt aufgrund der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnis diagnostisch und therapeutisch nicht vertretbar und nicht sorgfältig zu Werke gegangen ist (vgl. BGH, VersR 770,771).



Behandlungsfehler II

Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn der Arzt

„eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt des entsprechenden Fachs schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH, Urt. V. 16.06.2009 – VI 157/08).

Mehrere einfache Behandlungsfehler können in ihrer Gesamtschau zu einem groben Behandlungsfehler führen.

Das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers führt zu Beweislastumkehr auf der Kausalitätsebene.



Diagnosefehler

1. Nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum

vertretbarer Diagnoseirrtum ohne haftungsrechtliche Relevanz (vgl. OLG Koblenz, OLGR 2006, 911)

2. Einfacher Diagnoseirrtum

gleichzusetzen mit einem einfachen Behandlungsfehler

3. Fundamentaler Diagnoseirrtum

gleichzusetzen mit einem groben Behandlungsfehler mit der Folge der Beweislastumkehr auf der Kausalitätsebene (vgl. OLG Hamm, OLGR 2002, 217, 218)



Unterlassene Befunderhebung

Ein Fall der unterlassenen Befunderhebung liegt vor, wenn

1. die Erhebung medizinisch zweifelfrei gebotener Diagnosebefunde unterlassen wurde (oder zu spät erfolgte),
2. bei Erhebung ein positives Befundergebnis hinreichend wahrscheinlich gewesen wäre (über 50%),
3. die Nichtreaktion auf diesen Befund einen groben Behandlungsfehler darstellen würde.

In der Folge kommt es zu einer Beweislastumkehr auf der Kausalitätsebene (vgl. BGH, VersR 2007, 541, 542).



Vollbeherrschbares Risiko

Stammt eine Primärschädigung aus einem Bereich, dessen Gefahren von Behandlerseite voll beherrscht bzw. ausgeschlossen werden können bzw. müssen, wird eine objektive Pflichtwidrigkeit bzw. ein Verschulden vermutet, welches von der Behandlerseite widerlegt werden muss (BGH, NJW 2007, 1682,1683).

D.h. die Behandlerseite muss beweisen, dass sie keine Fehler begangen hat (Beweislastumkehr auf der Sachverhaltsebene).

Beispiele: vergessenes OP-Tuch, Lagerungsschaden (eingeschränkt), defekte Geräte, Dekubitus (eingeschränkt), MRSA-Infektion (eingeschränkt), Stürze bei Transferleistungen



Dokumentation

- Bei mangelhafter, lückenhafter oder gar fehlender Dokumentation können dem Patienten Beweiserleichterung bis hin zu Beweislastumkehr (Ausnahme) zugute kommen (vgl. BGH, VersR 1995, 706, 707).
- Die Beweislastumkehr kann sich im Falle einer groben Dokumentationslücke auch auf die Kausalität erstrecken (BGH, NJW 1999, 3408, 3409).



Beweislastverteilung

- Grundsätzlich trägt der Patient primär die Beweislast für den Sachverhalt sowie den Kausalzusammenhang zwischen einem Behandlungs- oder Aufklärungsfehler und einer Schädigung.
- Der Arzt ist primär im Bereich der Eingriffaufklärung beweisbelastet, ebenso im bzgl. etwaiger behaupteter hypothetischer Kausalverläufe.



Beweislastumkehr I

Beweislastumkehr auf der Sachverhaltsebene:

- Die Beweislastumkehr tritt erst ein wenn die notwendigen Voraussetzungen durch das Gericht (d.h. den Sachverständigen) festgestellt worden sind.
- Die Beweislastumkehr auf der Sachverhaltsebene betrifft die Kausalebene nicht.



Beweislastumkehr II

1. Vollbeherrschbares Risiko

Voraussetzung: Eröffnung des vollbeherrschbaren Risikobereichs

Folge: Die Behandlerseite muss sich entlasten

2. Dokumentationsmangel

Voraussetzung: Ein (schwerwiegender) Dokumentationsmangel muss festgestellt worden sein

Folge: Die Behandlerseite muss etwaige Dokumentationslücken schließen



Beweislastumkehr III

Beweislastumkehr auf der Kausalitätsebene:

- Die Beweislastumkehr tritt erst ein wenn die notwendigen Voraussetzungen nach Auswertung des Sachverhalts durch den Sachverständigen und in Folge durch das Gericht festgestellt worden sind.
- Der Behandlungsfehler muss generell geeignet sein den Gesundheitsschaden (Primärschaden) hervorzurufen (vgl. BGH, NJW 2008, 1304).



Beweislastumkehr IV

1. Grober Behandlungsfehler
2. Fundamentaler Diagnoseirrtum
3. Unterlassene Befunderhebung
4. Dokumentationsmangel



Beweislastumkehr V

- Die Behandlerseite muss beweisen, dass der aufgetretene Gesundheitsschaden (Primärschaden) mit einem so hohen Grad an Wahrscheinlichkeit, das er Zweifel schweigen gebietet, nicht durch den Behandlungsfehler ausgelöst wurde (§ 286 ZPO; vgl. BGH. NJW 2008, 2846,2848).
- Gilt nur für Primärschäden, das Schäden die einen ersten Verletzungserfolg darstellen (vgl. OLG Hamm, VersR 2002, 315,317).
- Für Sekundärschäden trägt grundsätzlich der Patient die Beweislast (287 ZPO).



Verfahren

- Das Gericht muss ein gerichtliches Sachverständigen-gutachten einholen oder gemäß § 411 ZPO aus einem anderen Verfahren verwerten, eine eigene Sachkunde des Gerichts ist regelmäßig nicht gegeben (vgl. BGH, NJW 1993, 2378).
- Ein grober Behandlungsfehler darf nicht entgegen den fachlichen Ausführungen des Sachverständigen angenommen werden (BGH, NJW 2001, 2792, 2793).
- Es gilt der Amtsermittlungsgrundsatz (vgl. BGH, VersR 1982, 1689).



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

