

Rechtsprechungs – Journal

2014



marie ENGELINGS
Rechtsanwaltsbüro

Fachübergreifende Informationen

Grobe Pflichtverletzung bei Medikamentenverordnung

Ein Arzt handelt grob fehlerhaft, wenn er ohne sorgfältige Prüfung ein vorbereitetes Rezeptformular unterschreibt und aushändigen lässt, das für einen fünf Wochen alten Säugling ein digitalishaltiges Medikament in achtfacher Überdosierung vorsieht.

Quelle: VersR 2014, Heft 3, S. 106 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 07.08.2013



Chemotherapie gegen den Willen der Eltern

Verweigern Eltern die Fortsetzung einer Chemotherapie eines Kindes, die über Leben und Tod entscheiden kann, so handeln die Ärzte nicht rechtswidrig, wenn sie dies dem Familiengericht zur Kenntnis bringen und Maßnahmen nach § 1666 BGB anregen. Wird das Familiengericht entsprechend tätig und schränkt das elterliche Sorgerecht ein, kann dies den Ärzten gegenüber keinen Anspruch auf Ausgleich immaterieller Nachteile wegen Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts begründen.

Quelle: GesR Heft 2, 2014, S. 99 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 12.09.2013



Zweifel an der Sachkunde eines Sachverständigen bei fehlender eigener operativer Erfahrung

Handelt es sich um ein aufwendiges und technisch schwieriges Operationsverfahren mit zahlreichen Fehlermöglichkeiten (hier: handchirurgisches Operationsverfahren zur Neubildung des Daumens), bestehen Zweifel an der Sachkunde des Sachverständigen, die eine neue Begutachtung erforderlich machen, wenn der Sachverständige eine solche Operation selbst noch nie durchgeführt, sondern bei dieser assistiert hat und die Assistententätigkeit weit zurückliegt (hier: 18 Jahre).

Quelle: VersR Heft 5, 2014, S. 205 ff, Urteil des Kammergerichts vom 05.09.2013



Unbemerkt zurücklassen eines Fremdkörpers im OP-Gebiet

Das unbemerkte Zurücklassen eines Fremdkörpers im Operationsgebiet ist nicht als grober Behandlungsfehler mit der Folge der Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität der eingetretenen Gesundheitsfolgen zu werten,

wenn sämtliche Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen vor und nach der Operation ergriffen wurden.

Quelle: ArztR 2014, Heft 3, S. 71 ff, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 22.08.2013



Kein Schadensersatz nach Einschaltung der Behörden bei ernstzunehmendem Verdacht auf Kindesmisshandlung

Kommen Ärzte bei einer Behandlung von Kindern nach ärztlichem Standard zu dem ernstzunehmenden Verdacht einer Kindesmisshandlung, so ist die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Information des Landeskriminalamtes und des Jugendamtes entsprechend § 34 StGB gerechtfertigt. Zur Rechtfertigung muss eine Misshandlung nicht erwiesen sein, auch ein hinreichender Tatverdacht gemäß § 170 StPO ist nicht erforderlich.

Quelle: ArztR 2014 Heft 6, S. 162 ff, Urteil des Kammergerichts Berlin vom 27.06.2013



Erkennt ein Arzt, dass das unklare klinische Beschwerdebild des Patienten umgehend weitere diagnostische Maßnahmen (hier: Hirndiagnostik) erfordert, verschiebt er die wegen unzureichender Ausstattung der Klinik erforderliche Verlegung in ein ausreichend ausgestattetes Krankenhaus aber auf den nächsten Tag, liegt ein Befunderhebungsfehler, nicht aber ein Diagnosefehler vor.

Ein Krankenhausträger haftet einem Patienten für Arztfehler eines Konsiliararztes als seines Erfüllungsgehilfen aus Vertrag, wenn der Konsiliararzt hinzugezogen wird, weil es dem Krankenhaus an eigenem fachkundigen ärztlichen Personal mangelt, der Krankenhausträger mit den Leistungen des Konsiliararztes seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten (hier: im Rahmen einer Schlaganfalleinheit) erfüllt und die Honorierung des Konsiliararztes durch den Krankenhausträger erfolgt.

Quelle: VersR 2014, Heft 9, S. 374 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 21.01.2014



Nachweis der Aufklärung durch ergänzende Anhörung des Arztes

Der ordnungsgemäßen Aufklärung der Patientin steht nicht entgegen, wenn sich der behandelnde Arzt unter Darlegung der gewöhnlichen Handhabung nicht mehr konkret an die Patientin und das Aufklärungsgespräch erinnern kann. Für eine ordnungsgemäße Aufklärung spricht zu-

dem der Umstand, dass die Patientin einen Aufklärungsbogen mit entsprechendem Inhalt unterzeichnet hat.

Das Bestehen eines Entscheidungskonflikts bei ordnungsgemäßer Aufklärung ist bei dem vorliegenden, gravierenden und unter Umständen lebensbedrohlichen Abszessgeschehen, bei dem die Indikation zur Operation alternativlos und eine kausale Eindämmung allein mittels antibiotischer Therapie nicht zu erwarten gewesen ist, nicht feststellbar.

Quelle: VersR 2014, Heft 9, S. 376 ff, Urteil des Landgerichts Wiesbaden vom 20.06.2013



Hypothetische Einwilligung in Heparinisierung bei Cortisontherapie

Einer Patientin, bei der sich im Verlauf einer therapiebegleitenden Heparinbehandlung schmerzhafte Hämatome gebildet haben, steht ein Schadensersatzanspruch dann nicht zu, wenn sie der – fehlerfrei durchgeführten – Behandlung auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung zugestimmt hätte.

Quelle: ArztR 2014, Heft 7, S. 189 f, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 02.09.2013



Unwirksame Einwilligungserklärung bei unangekündigter Operation durch Vertreter trotz vereinbarter Chefarztbehandlung

Vereinbart der Patient vor einem geplanten Heileingriff gegen zusätzliches Honorar die Behandlung durch den Chefarzt der Klinik, so ist seine Einwilligungsaufklärung auf die Durchführung der Operation durch den Chefarzt persönlich beschränkt.

Wird die Operation in einem solchen Fall durch einen, selbst vorher namentlich aufgelisteten Vertreter des Chefarztes durchgeführt, so ist der Eingriff mangels Einwilligungsaufklärung gleichwohl rechtswidrig, wenn nicht der Patient zuvor von der – tatsächlich bestehenden und der Behandlungsseite nachzuweisenden – unvorhergesehenen Verhinderung des Chefarztes informiert worden ist.

Bezahlt ein Patient in einer solchen Situation in dem Wissen, dass sich bei der durch den Vertreter des Chefarztes durchgeführten Operation eingriffsspezifische Risiken verwirklicht haben, so liegt in einer Bezahlung der Arztrechnung keine konkludente nachträgliche Billigung der Behandler-substitution. Dem Patienten, der eine Chefarztrechnung bezahlt, fehlt regelmäßig das erforderliche Erklärungsbewusstsein, die Durchführung der Operation durch den Vertreter des Chefarztes nachträglich zu genehmigen.

Ist die Frage der Stellvertretung – wie hier – in AGB geregelt, ist zur wirksamen Vertreterregelung gem. § 308 Nr. 4 BGB nur eine solche Klausel

zulässig, in der der Eintritt eines Vertreters des Wahlarztes auf die Fälle beschränkt ist, in denen dessen Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststeht, etwa weil die Verhinderung (Krankheit, Urlaub etc.) selbst noch nicht absehbar ist. Überdies ist eine Stellvertretervereinbarung in AGB nach § 308 Nr. 4 BGB nur dann wirksam, wenn darin als Vertreter der ständige ärztliche Vertreter bestimmt ist. Außerdem muss auch der ständige ärztliche Vertreter in der Vereinbarung namentlich benannt sein.

Quelle: GesR 2014, Heft 3, S. 155 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Braunschweig vom 25.09.2013



Hat nach mehreren Mittelohrentzündungen das Hörvermögen einer 17-jährigen gelitten, was nach vertretbarer ärztlicher Einschätzung dauerhaft nur durch eine Tympanoplastik behoben werden kann, ist das seltene aber dem Eingriff spezifisch anhaftende Risiko des völligen Hörverlusts auf dem operierten Ohr mit dem mündlichen Hinweis auf die Gefahr der „Hörverschlechterung“ hinreichend umschrieben, wenn der zuvor ausgehändigte und von der Patientin durchgelesene schriftliche Informationsbogen den Hinweis auf das Ertaubungsrisiko enthält.

Quelle: GesR 2014, Heft 5, S. 280 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 02.07.2012

Anmerkung der Redaktion: Der Bundesgerichtshof hat die Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin durch Beschluss vom 11.03.2014 zurückgewiesen.



Beweislast für die Behandlungsseite für eine hypothetische Einwilligung

Der Arzt muss den Patienten vor dem Legen einer PEG-Sonde auch über das Risiko einer durch Sondendislokation hervorgerufenen letalen Peritonitis aufklären. Ist die Behandlungsseite vom üblichen Ablauf vor einem derartigen Eingriff erheblich abgewichen, spricht das auch im Aufklärungspunkt gegen eine Patienteninformation „wie gewöhnlich“.

Zur (hier bejahten) hypothetischen Einwilligung eines durch ein Karzinom schwerstgeschädigten Patienten, dem die Behandlungsseite durch Entlassung mit der PEG-Magensonde ermöglichen will, die Weihnachtsfeiertage ein letztes Mal zu Hause im Kreis der Familie zu verbringen.

Quelle: VersR 2014, Heft 12, S. 506f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 21.08.2013



Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsalternativen bei nur relativer Indikation eines Spinalkanalkatheters

Bei einer nur relativen Indikation zur Implantation eines Spinalkatheters im Bereich der Lendenwirbelsäule muss der Patient über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden, wenn die zur Wahl stehenden gleichwertigen Behandlungsmöglichkeiten zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen, oder wenn jeweils unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bestehen.

In einem solchen Fall ist die Wahl der Behandlungsmethode nicht primär Sache des Arztes.

Quelle: VersR 2014, Heft 14, S. 586 ff, Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17.12.2013



Notwendige Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens bei einem Wachkomapatienten

Bei einem unter mehrfachen Grunderkrankungen leidenden und nun zusätzlich akut erkranktem Wachkomapatienten ohne Patientenverfügung und ohne Betreuer ist vor der Entscheidung, ihn intensivmedizinisch zu behandeln oder nur pflegerisch zu versorgen, der mutmaßliche Patientenwille (heute geregelt in den §§ 1901 a, 1901 b BGB) zu ermitteln und einen Konsens mit den nächsten Angehörigen (hier: Eltern) zu versuchen. Kann dieser nicht erzielt werden, ist die bereits begonnene Therapie der Akuterkrankung mit allem, was dazu notwendig ist, fortzusetzen.

Quelle: VersR 2014, Heft 14, S. 591 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 22.08.2013



Nachweis der sachgemäßen Aufklärung bei Verlust des Aufklärungsbogens

Ist der Aufklärungsbogen, der dem Patienten vor einer Operation ausgehändigt wurde, abhandengekommen, kann der beweispflichtige Arzt eine sachgemäße Aufklärung trotz fehlender konkreter Erinnerung durch Schilderung des gewöhnlichen Gesprächsinhalts in derartigen Fällen nachweisen, sofern eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass davon im konkreten Behandlungsfall nicht abgewichen wurde. Maßgeblich ist eine Gesamtwürdigung aller Umstände des jeweiligen Einzelfalls.

Quelle: VersR 2014, Heft 24, S. 1004 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 08.05.2013



Verhältnis von Leitlinien und fachärztlichem Standard

Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zu treffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.

Quelle: ZMGR 2014, Heft 3, S. 105 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.04.2014



Kein Anscheinsbeweis für Nichteinhaltung des Hygienestandards beim Auftreten eines Spritzenabszesses

Das Auftreten eines Spritzenabszesses im zeitlichen Zusammenhang mit einer verabreichten Injektion begründet nicht den Beweis des ersten Anscheins, dass Hygienestandards nicht eingehalten wurden.

Kann aus medizinischer Sicht ein Schmerzmittel intramuskulär durch Injektion oder alternativ intravenös verabreicht werden, ist eine Aufklärung über beide Behandlungsalternativen jedenfalls dann nicht erforderlich, wenn diese zu keinen wesentlich unterschiedlichen Belastungen des Patienten geführt oder keine wesentlich unterschiedliche Risiken oder Erfolgchancen geboten hätten.

Quelle: VersR 2014, Heft 15, S. 633 f, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 26.06.2013



Darlegungs- und Beweislast des Patienten bei Befall mit einem MRSA-Keim

Der Patient trägt die volle Darlegungs- und Beweislast für einen für den MRSA-Keimbefall kausalen Behandlungsfehler auf Seiten eines Krankenhauses(hier: unzureichende Vorsorge- bzw. Hygienemaßnahmen).

Der in Deutschland geltende fachärztliche Standard für Kliniken sieht weder vor, dass jeder Patient bei Aufnahme in ein Krankenhaus auf MRSA getestet wird, noch dass ein Patient mit offener Beinwunde von anderen Patienten getrennt untergebracht sein muss.

Sofern Zeitpunkt als auch Quelle der Keimübertragung unbekannt sind, und unaufklärbar bleibt, ob ein Patient bereits MRSA-Keimträger war, als er in das beklagte Krankenhaus eingeliefert worden ist oder ob er den Keim dort erworben hat, folgt daraus, dass die Grundsätze der Rechtsprechung zum voll beherrschbaren Risiko keine Anwendung finden können.

Quelle: ZMGR 2014, Heft 5, S. 329 ff, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 06.06.2013



Haftung nach Infektion mit einem MRSA-Keim

Die Infektion mit einem multiresistenten Erreger begründet weder per se eine Haftung der Klinik noch stellt sie ein Indiz für eine mangelhafte Behandlung dar. Der Arzt schuldet dem Patienten keinen absoluten Schutz vor Infektionen, den niemand bieten kann. Der Arzt haftet nur, wenn er den von ihm zu fordernden Qualitätsstandard unterschreitet und dies auch ursächlich für eine Schädigung des Patienten ist.

Eine räumliche Separierung im Sinne einer Umkehrisolierung kommt bei Patienten in Betracht, die hochgradig infekтанfällig sind, sei es wegen einer Immunsuppression, einer Brandverletzung oder wegen einer Immunschwächekrankheit. Dies ist nicht schon bei Diabetespatienten der Fall.

Die Dokumentation und Kontrolle allgemeiner Hygieneregeln und –standards erfolgt nicht patientenbezogen oder in einzelnen Krankenakten, denn eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist auch aus Rechtsgründen nicht geboten.

Eine Haftung des Arztes oder der Klinik für eine Infizierung durch Keime kommt nur in Betracht, wenn die Keimübertragung durch die gebotene hygienische Vorsorge zuverlässig hätte verhindert werden können. Nur wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen ist, hat der Behandelnde für die Folgen der Infektion einzustehen, sofern er sich nicht ausnahmsweise entlasten kann.

Dass man sich in jedem Krankenhaus möglicherweise mit Keimen infizieren kann und dass dieses Risiko bei einer Vorerkrankung oder dem Vorhandensein von Wunden erhöht ist, ist allgemein bekannt und nicht Gegenstand der besonderen Risikoaufklärung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes als solcher.

Quelle: ZMGR Heft 5, S. 333 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 12.06.2012



Therapiefreiheit des Arztes bei gleichwertigen Behandlungsmethoden

Sind die Erfolgsaussichten und Risiken einer konservativen Behandlung oder Operation nahezu identisch, ist die unterbliebene Aufklärung über die Möglichkeit einer Operation nicht haftungsrelevant, wenn der darlegungs- und beweispflichtige Patient nicht nachweist, dass der Kausalverlauf nach einer Operation günstiger gewesen wäre.

Ein die konservative Behandlung billigendes hypothetisches Einverständnis des Patienten liegt bei zunächst konservativer Behandlung nahe, wenn

sich dadurch die Chancen einer späteren Operation nicht signifikant verschlechtern

Quelle: VersR 2014, Heft 27, S. 1133 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 30.07.2013



Unzureichende Befunderhebung bei Verdacht auf Zwergwuchs eines achteinhalb Jahre alten Mädchens

Übernimmt der Arzt ohne ausdrückliche Einschränkung die Behandlung einer nicht akuten Erkrankung des Patienten, kann er sich im Nachhinein vom Vorwurf des Behandlungsfehlers nicht mit dem Einwand exkulpieren, die Behandlung sei gleichsam überobligatorisch gewesen, weil der Patient Asylantragsteller gewesen sei und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände geschuldet werde.

Quelle: VersR 2014, Heft 32, S. 1336 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 21.05.2014

Anmerkung der Redaktion: Das Urteil ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht rechtskräftig.



„Golden Standard“

Wendet ein Arzt nicht die Therapie der 1. Wahl, den sogenannten „Golden Standard“, sondern die Therapie der 2. Wahl an, so liegt darin ein Behandlungsfehler. Verlässt der Arzt den sog. „Golden Standard“ ohne den Patienten hierauf hinzuweisen, so handelt er jedenfalls dann grob fehlerhaft, wenn der Patient bereits zur Durchführung der Therapie der 1. Wahl entschlossen war. Ein solches ärztliches Verhalten ist unverständlich und nicht mehr nachvollziehbar.

Quelle: GesR 2014, Heft 7, S. 413 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 25.02.2014



Sorgfaltspflichten einer Klinik bei Balneotherapie

Eine 66-jährige Patientin ohne erkennbare gesundheitliche Probleme bedarf während und nach einem Wannenbad keiner lückenlosen Überwachung und Betreuung, falls sichergestellt ist, dass sie durch Betätigten einer Klingel in Griffnähe das Personal für Hilfestellung herbeirufen kann.

Quelle: GesR 2014, Heft 11, S. 661 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 19.05.2014

Sachverhalt: Die Patientin, die wegen persistierender Funktionsbeeinträchtigungen und Schmerzen nach einer erlittenen Schenkelhalsfraktur u.a. balneo-physikalisch behandelt wurde, begab sich nach einem Wannenvollbad in die wenige Schritte entfernte Umkleidekabine, wo sie bewusstlos wurde und auf das rechte Knie stürzte.



Einwilligungsfähigkeit eines schmerzbeeinträchtigten Patienten

Die Einwilligungsfähigkeit ist beim erwachsenen Menschen die Regel. Stellt der Patient sie in Abrede, muss er sein Vorbringen beweisen, sofern die Gesamtschau der unstreitigen medizinischen Fakten die fehlende Einwilligungsfähigkeit nicht eindeutig indiziert. Einen Erfahrungssatz, dass starke Schmerzen die Einwilligungsfähigkeit immer einschränken oder gar aufheben, gibt es nicht.

Quelle: GesR 2014, Heft 11, S. 663ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 01.10.2014

Anmerkung der Redaktion: Nach Ansicht des Senats kann auch der von starken Schmerzen gepeinigte Patient im Einzelfall noch derart aufnahmefähig, bewusstseins- und entscheidungsklar sein, dass er die ärztlichen Sachinformationen bei der Aufklärung verstehen, autonom verarbeiten und auf dieser Grundlage eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen kann, ob er in den Eingriff einwilligt. Zumindest ist seitens der Klägerseite darzustellen, aufgrund welcher tragfähigen medizinischen Indizien sich dem aufklärenden Arzt die fehlende Einwilligungsfähigkeit hätte erschließen müssen.

Chirurgie / Orthopädie / Urologie / Unfallchirurgie

Anforderung an die Aufklärung bei erheblichem Zeitabstand zwischen Unfall und Operation

Persistieren nach einer Schulterverletzung die Beschwerden trotz engmaschiger krankengymnastischer Behandlungen hartnäckig, muss die ärztliche Aufklärung vor einer nahezu 18 Monate später durchgeführten Operation sich nicht mehr näher auf die theoretischen Chancen einer Weiterführung der konservativen Therapie erstrecken.

Auch liegt bei einer Patientin, die für die gewünschte weitere Berufsausübung auf die Funktion der Schulter angewiesen ist, eine hypothetische Einwilligung zur Operation nahe.

Für die Operationsindikation hat der klinische Befund und nicht die Bildgebung im Mittelpunkt zu stehen. Gibt es mehrere standardmäßige Operationsmethoden, darf der Arzt die von ihm beherrschte Methode anwenden, solange andere Methoden keine signifikanten Vorteile haben.

Quelle: VersR 2014, Heft 2, S. 69 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 09.05.2012



Pflicht eines Kieferchirurgen zur Aufklärung über Behandlungsalternativen

Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts erfordert nur dann die Unterrichtung über alternative Behandlungsmethoden, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere im Heilungserfolg gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten. Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass die Wahl der Behandlungsmethode wesentlich vom Therapieziel abhängig ist.

Wendet sich der Patient an den Arzt, hier einen Kieferchirurgen, mit der Bitte, ihn über Alternativen zu seiner bestehenden prothetischen Versorgung zu beraten, so hat der Arzt ihn über alle infrage kommenden Alternativen aufzuklären. Er darf nicht von vornherein dem Patienten nur die im Erfolgsfall optimale Methode vorstellen, wenn diese mit erheblichen Risiken belastet ist und es dazu eine weniger belastende Alternative gibt. Es ist nachvollziehbar, wenn der Patient hinsichtlich des potenziellen Entscheidungskonflikts vorträgt, dass er sich nicht sofort für die durchgeführte Operation, die mit erheblichen Risiken verbunden war, entschieden hätte, wenn man ihm weniger belastende Methoden vorgestellt hätte.

Im vorliegenden Fall führte die mangels wirksamer Aufklärung rechtswidrige Behandlung zur Trennung des Kiefers vom Schädel und seiner Brechung, die Gaumenarterien rissen. Es traten erhebliche Wundheilungsstörungen mit weiteren operativen Eingriffen ein. Diese, mit erheblichen Schmerzen und Beeinträchtigungen verbunden, zogen sich zumindest ein Jahr lang hin. Die Patientin sah sich in einer verschlechterten protheti-

schen Situation und ihr Aussehen hatte sich nachteilig verändert. Dies rechtfertigt ein Schmerzensgeld von 25.000,00 €.

Quelle: VersR 2014, Heft 2, S. 71 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 06.06.2013



Das Erfordernis eines Revisionseingriffs drei Jahre nach Implantierung einer Hüftgelenksprothese ist kein Indiz für einen Behandlungsfehler

Aus der unterbliebenen Aufklärung über die Materialwahl des Inlays einer Hüftgelenkpfanne (hier: Keramik) ergibt sich keine Haftung des Arztes, wenn das (eingetretene) Risiko einer Fraktur des Gelenkkopfs bei der alternativ in Betracht kommenden Kunststoffauskleidung nicht geringer gewesen wäre.

Auch die Zusammenfügung eines Hüftprothesenschafts mit dem Gelenkkopf ist Herstellung eines Medizinprodukts i.S.v. § 4 Abs. 1, S.1 ProdHaftG. Beweispflichtig dafür dass eine implantierte Prothese von ihrem Material oder ihrer Zusammenfügung her mit einem Fehler i.S.v. § 3 ProdHaftG behaftet war, ist der Patient.

Quelle: VersR 2014, Heft 6, S. 251 f, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 26.02.2013



Lagerungsschaden

Die Lagerung eines Patienten stellt nicht automatisch einen voll beherrschbaren Risikobereich dar und rechtfertigt eine entsprechende Beweislastumkehr nur dann, wenn feststeht, dass die Lagerung auch tatsächlich voll beherrschbar war. Das ist nicht der Fall bei einer Lagerung des Kopfes während einer lang andauernden Operation, bei der der Kopf unter Operationstüchern verborgen ist.

Quelle: GesR 2014, Heft 6, S. 345 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 25.02.2013



Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn nach einem Mittelhandbruch die Hand über sechs Wochen in einer Null-Grad-Stellung der Langfingergrundgelenke ruhig gestellt wird.

Bei der möglicherweise durch grob fehlerhafte Ruhigstellung bewirkten dauerhaften Bewegungseinschränkung der Finger handelt es sich um einen Primärschaden, für den hinsichtlich des Kausalzusammenhangs die

Beweislastumkehr gilt; bei einem sich an der Hand später entwickelnden Morbus Sudeck handelt es sich um einen Sekundärschaden.

Quelle: VersR 2014, Heft 26, S. 1093 f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 13.03.2013



Beweislastumkehr bei Operationsverzögerung infolge unzureichender Anamnese und Befunderhebung

Der Arzt (hier: Chirurg) hat die Anamnese umfassend und sorgfältig zu erheben. Dabei ist er auch verpflichtet, bei einem vorbehandelnden Arzt die dort veranlassten Laborbefunde telefonisch zu erfragen. Einfache, aber aussagekräftige Untersuchungen wie Messung der Körpertemperatur und Bestimmung der Blutsenkungsgeschwindigkeit hat er selbst auch dann durchzuführen, wenn er Derartiges für „veraltet“ hält.

Bleiben einem Arzt infolge seiner Befunderhebungsversäumnisse die Leitsymptome einer floriden Bursitis mit sofortiger operativer Interventionspflicht verborgen, führt das zu einer Beweislastumkehr. Daher muss der Arzt beweisen, dass die gravierenden Folgen des um sechs Tage verzögerten Eingriffs bei sofortiger Operation gleichermaßen eingetreten wären.

Quelle: GesR 2014, Heft 35, S. 1458 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 28.05.2014



Kein Zeugenbeweis zur Widerlegung einer Operationsindikation

War nach den ärztlich gesicherten Befunden eine Wirbelsäulenoperation geboten, darf ein Zeugenbeweisanspruch (hier: Ehefrau des Patienten) abgelehnt werden, durch den im Haftpflichtprozess nachgewiesen werden soll, dass keinerlei operationspflichtige Ausfälle und Beschwerden bestanden. Entweder hat der Zeuge das den Ärzten mitgeteilte Beschwerdebild nicht wahrgenommen oder der Patient hat bei der ärztlichen Anamnese aggraviert, sodass es am Verschulden der Behandlungsseite fehlt, wenn ihr dies aus nicht vorwerfbaren Gründen verborgen geblieben ist.

Mit dem Vorwurf, die bei einer Operation unvorhersehbar aufgetretenen starken Blutungen seien vor Weiterführung des Eingriffs nicht unterbunden worden, wodurch das Operationsfeld nicht hinreichend einsehbar gewesen sei, lastet der Patient dem Arzt eine Unterlassung an, deren Ursächlichkeit die Feststellung erfordert, dass pflichtgemäßes Handeln den Eintritt des Schadens verhindert hätte. Ein grober Behandlungsfehler kann in einem derartigen Fall nur angenommen werden, wenn ein zureichender Anhalt dafür besteht, der Arzt habe nicht „auf Sicht“ operiert.

Quelle: VersR 2014, Heft 32, S. 1335 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 21.10.2010



Es ist nicht behandlungsfehlerhaft, eine Bandscheibenoperation, die wegen einer Fußheberparese dringlich aber nicht notfallmäßig indiziert ist, auf den nächstfolgenden Tag zu verschieben. Es unterliegt ärztlicher Abwägung, ob eine dringliche Operation besser früher, aber zu einer grundsätzlich ungünstigen (Nacht-)Zeit, oder etwas später, zu einer günstigeren Bedingungen gewährleistenden Zeit, durchgeführt wird.

Eine Verletzung der Arteria communis iliaca im Rahmen einer Bandscheibenoperation lässt nicht den Schluss auf ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen zu.

Das Risiko einer – sehr selten auftretenden, aber möglicherweise zu sehr schwerwiegenden Folgen führenden – Verletzung der Arteria communis iliaca stellt einen Umstand dar, auf den gezielt hinzuweisen ist. Der allgemeine Hinweis auf Blutungen oder Hämatome genügt insoweit nicht.

Quelle: VersR 2014, Heft 35, S. 1460 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 16.09.2013



Eine Chirotherapie an der Wirbelsäule setzt einen Probezug voraus. Die Manipulation und der Probezug stehen in einem inneren Zusammenhang und werden gemeinsam ausgeführt.

Eine Probemanipulation ist nicht dokumentationspflichtig: der behandelnde Arzt darf ohne sie die Behandlung nicht fortsetzen, für einen etwaigen Nachbehandler ist mit der Dokumentation kein Erkenntnisgewinn verbunden.

Quelle: VersR 2014, Heft 36, S. 1506 ff, Urteil des Landgerichts Baden-Baden vom 04.07.2014



Personalausstattung bei ambulanter (Varizen-) Operation

Eine Varizenoperation kann auch ambulant durchgeführt werden.

Das ambulante Operieren mit einem Gefäßchirurgen, einem Anästhesisten und einer Hilfskraft unterschreitet den medizinischen Standard hinsichtlich der personellen Ausstattung nicht.

Auch der Einsatz von Overholt-Klemmen kann zur Stillung einer venösen Blutung gerechtfertigt sein, um eine lebensbedrohliche Situation zu vermeiden.

Quelle: GesR 2014, Heft 7, S. 411 ff, Urteil des Kammergerichts Berlin vom 02.12.2013



Endoprothetik

Dass bei der Implantation einer Endoprothese keine computergestützte optische Navigation (CAS) vorgenommen wurde, begründet keinen Behandlungsfehler, da diese Methode zurzeit keinen Standard darstellt.

Quelle: GesR 2014, Heft 7, S. 419, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 05.12.2013



Herstellen eines Medizinproduktes durch Reparatur?

Durch den Austausch einzelner Komponenten einer bereits implantierten Prothese wird auch dann kein neues Produkt im Sinne des Produkthaftpflichtgesetzes hergestellt, wenn es sich um Komponenten verschiedener Hersteller handelt.

Der Arzt wird nicht zum Hersteller eines neuen Produktes; es handelt sich vielmehr um Reparatur der Hüftprothetik.

Ob ein Verstoß gegen das Medizinproduktegesetz oder die Medizinprodukte-Betreiberverordnung vorliegt, kann nicht isoliert ohne Eingehen auf den ärztlichen Standard gesehen werden.

Eine dem ärztlichen Standard entsprechende, behandlungsfehlerfreie Behandlung, die als solche geeignet und notwendig ist, die Gesundheit des Patienten wieder herzustellen, darf nicht allein deswegen versagt werden müssen, weil sich der behandelnde Arzt anderenfalls der Haftung wegen eines Verstoßes gegen Vorschriften des Medizinproduktegesetzes oder die Medizin-Betreiberverordnung aussetzen würde.

Quelle: GesR 2014, Heft 7, S. 427 ff, Urteil des Kammergerichts Berlin vom 03.04.2014



Aufklärung vor Hämorrhoidenverödung mittels Ligatur

Vor einer Ligatur zur Sklerosierung von Hämorrhoidalknoten muss über das Risiko von Infektionen aufgeklärt werden, nicht aber auf die Gefahr hingewiesen werden, dass diese in äußerst seltenen Fällen zu einer schweren und möglicherweise sogar tödlichen Sepsis führen können.

Quelle: GesR 2014, Heft 8, S. 494 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 09.04.2014

Innere Medizin

Sedierung bei Endoskopie

Bei der Sedierung, insbesondere bei der Gastroskopie ist der den Eingriff durchführende Arzt verpflichtet, eine zweite, in der Regel ärztliche Person hinzuzuziehen, die für das Sedierungsverfahren und für die Überwachung der Vitalfunktionen verantwortlich ist. Wird ein Sedierungsgrad erreicht, bei dem lebenserhaltende Reflexe beeinträchtigt werden, darf der Eingriff nur fortgesetzt werden, wenn ein Anästhesist hinzugezogen wird.

Quelle: VersR 2014, Heft 17, S. 712 ff, Urteil des Amtsgerichts Augsburg vom 21.11.2013

Anmerkung der Redaktion: Der angeklagte Arzt ist wegen fahrlässiger Tötung schuldig gesprochen worden.

Gynäkologie

Schulterdystokie bei Makrosomie

Im Rahmen einer Schwangerenbetreuung, bei der die standardmäßigen Untersuchungen durchgeführt werden und deren Ergebnisse im Normbereich liegen sowie keine bestimmten Risikofaktoren vorliegen, liegt in der Nichtvornahme zusätzlicher Untersuchungen im Hinblick auf eine Makrosomie beim Kind kein Befunderhebungsfehler.

Den betreuenden Gynäkologen trifft dann auch keine Pflicht, von einer Entbindung in einem Geburtshaus abzuraten.

Quelle: GesR 2014, Heft 6, S. 352 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 16.01.2014



Hinweispflichten bei Schulterdystokie

Bei einer stattgehabten Schulterdystokie ist die Kindesmutter auf das erhöhte Wiederholungsrisiko einer Schulterdystokie hinzuweisen. Ist wegen des Wiederholungsrisikos vom Arzt zu einer Sectio zu raten und entscheidet sich die Schwangere gleichwohl gegen die Schnittentbindung, so muss die Beratung der Kindesmutter ausführlich sein. Der Inhalt dieses Aufklärungsgesprächs ist zu dokumentieren. Für die Aufklärung ist allein das ärztliche Personal verantwortlich und nicht die Hebamme.

Quelle: GesR 2014, Heft 7, S. 416f, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 11.04.2014

Verkennen einer vorgeburtlichen Herzschwäche

Erkennt ein Gynäkologe bei einer schwangeren Patientin, die in der Winterzeit unter starken Hustenanfällen leidet, nicht das Vorliegen einer vorgeburtlichen Herzschwäche (peripartale Kardiomyopathie – PPCM), sondern geht er von einem grippalen Infekt aus, begeht er keinen Diagnosefehler, wenn für ihn keine weiteren, dem Krankheitsbild einer PPCM zuzuordnenden Symptome erkennbar geworden sind. Auch wenn die Patientin gegenüber dem Arzt neben Hustenbeschwerden auch über Abgeschlagenheit und Luftnot klagt und der Gynäkologe das Vorliegen einer PPCM verkennt, fehlt es in der Regel an einem vorwerfbaren Diagnosefehler.

Quelle: VersR 2014, Heft 24, S. 1005 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 25.09.2013



Mammadiagnostik

Es liegt kein Behandlungsfehler vor, wenn ein Gynäkologe bei einer Patientin, die sich über eine Zeitspanne von 18 Monaten wiederholt mit vermeintlich auffälligem Tastbefund der Brust vorstellt, lediglich eine Palpation vornimmt und davon absieht, eine Mammografie oder sonstige diagnostische Maßnahmen zu veranlassen.

Quelle: GesR 2014, Heft 12, S. 731 f, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 04.07.2014

Psychiatrie

Fenstersturz aus geschlossener Abteilung

Der Träger einer Städtischen Klinik ist nicht verpflichtet, sämtliche Fenster einer geschlossenen psychiatrischen Station der Klinik so auszustatten, dass sie auch unter Einsatz von Körperkraft nicht so geöffnet werden können, dass ein Patient hinaussteigen oder –springen kann.

Eine konkrete Schutzpflicht gegenüber dem Patienten, diesen nicht in einem normalen Patientenzimmer mit zu öffnenden oder kippbaren Fenstern unterzubringen, besteht nur bei erkannter oder erkennbarer Suizidabsicht.

Quelle: GesR Heft 2, 2014, S. 89 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 31.10.2013

Sachverhalt: Der Kläger, der unter einer schizophrenen Psychose mit wahnhaften Gedanken litt, war aufgrund eines Beschlusses des AG in der geschlossenen psychiatrischen Station des Klinikums untergebracht. Bei der Aufnahme war eine Suizidabsicht nicht festgestellt worden. In seinem Patientenzimmer öffnete er unter Beschädigung des Fensterrahmens gewaltsam ein Fenster und sprang unvermittelt in suizidaler Absicht aus dem vierten Stock. Das Fenster war durch einen Sicherungsknauf geschützt gewesen, der verhindert habe, dass das Fenster ganz habe geöffnet werden können. Es habe lediglich die Möglichkeit bestanden, das Fenster im oberen Bereich anzukippen.

Augenheilkunde

Indikation für Laserbehandlung am Auge

Vor einer Laserbehandlung an der Netzhaut hat der Augenarzt die Indikationsvoraussetzungen sicher abzuklären. Hierzu dient insbesondere die Ultraschalluntersuchung. Unterlässt der Augenarzt die gebotene Abklärung, so kann das als grober Behandlungsfehler zu werten sein. In einem solchen Fall tritt für die Ursache einer Sehbehinderung eine Umkehr der Beweislast ein.

Quelle: GesR 2014, Heft 8, S. 492 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 21.02.2014

Zusammenstellung:

Rechtsanwältin
Marie G. Engelings
Im Ufforter Feld 14

47445 MOERS