

Rechtsprechungs – Journal 2007



marie ENGELINGS
Rechtsanwaltsbüro

Fachübergreifende Informationen

Beweisregeln im Bereich des vollbeherrschbaren Risikos (hier: defektes Röntgentherapiegerät)

Bei einer Bestrahlung eines Patienten mit einer erhöhten Röntgendosis folgen hieraus Beweiserleichterungen für den Patienten nur, wenn der auf Schadenersatz in Anspruch genommene Arzt nicht beweisen kann, dass der ordnungswidrige Gerätezustand nicht von ihm oder einem seiner Gehilfen verschuldet ist oder dass jedenfalls eine gebotene Überprüfung des Geräts vor dem Einsatz stattgefunden hat.

Bei Inbetriebnahme des Geräts hatte die gebotene Prüfung stattgefunden. Danach bestand kein Anlass für weitere Überprüfungen oder den Einbau eines weiteren Sicherheitskreises, weil das Gerät bis zum schädigenden Ereignis störungsfrei funktioniert hat, dies konnte über das Ereignisprotokoll nachgewiesen werden.

Quelle: VersR 2007/2, S. 69 f, Urteil des Oberlandesgerichts Jena vom 12.07.2006 – nicht rechtskräftig



Grobe Organisationsmängel als grober Behandlungsfehler

Ein grober Behandlungsfehler ist gegeben, wenn in der Ambulanz/Aufnahme einer Kinderklinik der Maximalversorgung nicht sichergestellt ist, dass die Beurteilung des Zustandes eines neugeborenen Kindes, das ohne Einlieferungsschein in die Klinik gebracht wird, im angemessenen zeitlichen Rahmen durch einen erfahrenen Arzt vorgenommen wird.

Quelle: GesR 2007/1, S. 18, Urteil des Oberlandesgerichts Bremen vom 13.01.2006 – 4 U 23/05

Anmerkung der Redaktion: Das klagende Kind nimmt die Geburtsklinik, die freiberuflich tätige Hebamme, die die weitere ambulante Betreuung übernommen hatte und die später wieder aufnehmende Kinderklinik in Anspruch.

Sachverhalt: Etwa zwei bis drei Stunden nach der Geburt des Kindes wurde eine Blutzuckeruntersuchung durchgeführt, deren Wert unter der Normgrenze lag. Nach oraler Zuckerzufuhr und Erhebung zweier Kontrollbefunde wurde der Kläger nach etwa 8 Stunden ohne weitere Hinweise auf die Blutzuckerproblematik entlassen. Die Hebamme übernahm seine Betreuung im mütterlichen Haushalt. Sie suchte das Kind noch am gleichen Tag auf, empfahl, nachdem ihr die Mutter des Klägers über die nach der Geburt dem Kläger am nächsten Tag, als sie gegen 15 Uhr wiederkam, zur Beruhigung ein homöopathisches Mittel. Am nächsten Morgen begaben sich die Eltern mit dem Kind, das wie tot aussah, zur Kinderklinik, wo sie um 08.30 Uhr eintrafen. Dort kam es gegen 11 Uhr beim anlegen eines Tropfes zum Herz-Atemstillstand mit anschließenden Krampfanfällen. Das Kind ist seither schwer behindert.

1. Der Geburtsklinik wird vorgeworfen, dass das Kind schon von seinem äußeren Erscheinungsbild her als Risikoneugeborenes hätte eingestuft werden müssen. Jedenfalls auf Grund des 2-3 Stunden nach der Geburt erhobenen Befundes hätte der Blutzuckerspiegel des Kindes mindestens 24 Stunden kontrolliert werden müssen oder das Kind hätte besser einem Pädiater vorgestellt werden müssen. Das Versäumnis der beteiligten Ärzte wird als grob angesehen mit der Folge der Beweiserleichterung der klagenden Partei.
 - ⇒ Hier hätten Schnittstellen zwischen den Ärzten der Geburtsklinik und den Pädiatern definiert werden müssen.
2. Der Kinderklinik wird vorgeworfen, dass das Kind nicht unmittelbar nach seinem Eintreffen in der Aufnahme ärztlich untersucht und behandelt worden sei. Die fehlende Sicherstellung der schnellen Erkennung risikobelasteter und/oder bereits bedrohlicher Krankheitssituationen von Kindern, die ohne ärztliche Einweisung in der Aufnahme bzw. Ambulanz eines Krankenhauses der Maximalversorgung gebracht werden, stelle einen schweren organisatorischen Mangel dar.

Das Organisationsversagen der Kinderklinik ist nach Ansicht des erkennenden Senats darin zu sehen,

 - ⇒ dass keine Vorkehrungen getroffen wurden, die den Facharztstandard in ihrer Ambulanz/Aufnahme sicherstellen – weder war von vornherein ein Facharzt in der Ambulanz anwesend, noch existierten Anweisungen darüber, wann die Aufnahmeschwester oder eine etwa anwesende Ärztin im Praktikum oder ein anderer noch wenig erfahrener Arzt einen erfahrenen Arzt herbeirufen muss,
 - ⇒ dass keine Anweisungen existierten, dass und ob die Aufnahmeschwester überhaupt einen Arzt herbeirufen muss
 - ⇒ dass es auch keine verbindlichen Anordnungen gab, zunächst eine ausführliche Anamnese durchzuführen, aufzuzeichnen, das Kind gründlich zu untersuchen und dann in angemessenem zeitlichem Rahmen den Facharztstandard herzustellen,
 - ⇒ dass kein Notfallmanagement installiert war- die aufnehmende Ärztin hat zeitraubende Telefongespräche darüber geführt, auf welcher Station das Kind aufgenommen werden könne.
3. Die Hebamme schließlich habe auf Grund des Erscheinungsbildes des Kindes und der ihr von der Mutter berichteten Auffälligkeiten trotz der fehlenden detaillierten Hinweise der Geburtsklinik auf Grund ihrer Ausbildung erkennen müssen, dass das Kind stark gefährdet war und die dringende Empfehlung geben müssen, das Kind einem Kinderarzt vorzustellen.

*

- Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung -

Zentralvenös wirkende Medikamente werden heute nicht nur von Chirurgen sondern auch von Gastroenterologen, Kardiologen, Gynäkologen und einer Vielzahl weiterer Fachgebiete eingesetzt, weil sich nur durch eine Sedierung der Patienten erreichen lässt, dass diese invasive und belastende Behandlungen tolerieren.

Wer aber zentralnervös wirkende Substanzen einsetzt, der muss damit rechnen, unvermutet auch als Anästhesist tätig werden zu müssen, weil sich die geplante leichte Sedierung ungeplant zu einer Vollnarkose entwickelt, bei der dann sämtliche Vitalparameter des Patienten überwacht werden müssen und bei der als Folge eines Atemstillstands auch eine sofortige Wiederbelebung des Patienten erforderlich werden kann, die nach Ausstattung und persönlicher Befähigung beherrscht werden muss.

Dieses Risiko ist in den Beipackzetteln der einschlägigen Narkosemittel beschrieben und breit publiziert. Folglich muss es jeder Arzt kennen und beherrschen. Wer dennoch meint, bei einem Eingriff unter Einsatz von zentralnervös wirkenden Medikamenten auf einen zweiten Arzt verzichten zu können, wird selten aber unvermeidlich schwere Anästhesiezwischenfälle mit schwerbehinderten oder gar toten Patienten „produzieren“ und kann damit im Schadensfall zugleich seine eigene bürgerliche Existenz zerstören.

Das Amtsgericht München hat einen Gynäkologen wegen der fahrlässigen Tötung einer Patientin als Folge eines von ihm nicht beherrschten Anästhesiezwischenfalls zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und acht Monaten verurteilt. Erst durch das Berufungsurteil des Landgerichts wurde diese Freiheitsstrafe aufgrund besonders mildernder Umstände zur Bewährung ausgesetzt.

Quelle: ArztR 2007/3, S. 69 ff, Urteil des Amtsgerichts München vom 13.12.2005



Ein Diagnosefehler (hier: eines Pathologen) wird nicht bereits deshalb zum Befunderhebungsfehler, weil der Arzt es unterlassen hat, die Beurteilung des von ihm erhobenen Befundes durch Einholung einer zweiten Meinung zu überprüfen.

Quelle: VersR 2007/12, S. 541 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 09.01.2007

Anmerkung der Redaktion: Vorliegend handelte es sich um einen Diagnosefehler, der nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nur dann als „grob“ bezeichnet werden kann, wenn es sich um einen fundamentalen Diagnoseirrtum handelt. Dies war seitens des erkennenden Senats verneint worden, da der Sachverständige die Diagnose als außerordentlich schwierig bezeichnet hatte. Bei der Gesamtbewertung müsse der Pathologe anhand seiner bisherigen Erfahrung letztlich eine subjektive Einordnung vornehmen.

Der Sachverständige hatte die Einholung eines Referenzgutachtens in solchen Fällen zunächst nicht als medizinischen Standard bezeichnet, auf nachdrückliches Befragen des Berufungsgerichts das Unterlassen „so gesehen“ als pflichtwidrig bezeichnet. Das Berufungsgericht hat zwar daraufhin das Nichteinholen einer Referenzmeinung als standardwidrig bewertet, aber einen groben Verstoß mit der Wirkung der Beweislasterteilung zu Gunsten der Klägerseite verneint.



Anforderungen an den Zeitpunkt und den Inhalt eines Operationsberichtes

Die Pflicht des Arztes, die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten zu dokumentieren, erstreckt sich auf die Fertigung eines Operationsberichtes. Der Arzt ist auch verpflichtet, den Operationsbericht zeitnah zu erstellen.

Die Dokumentation eines Ersteingriffs und der alsbald erforderlichen Revision in einem einzigen Operationsbericht ist unbedenklich, wenn dadurch die Verlässlichkeit der tatsächlichen Angaben nicht infrage gestellt ist.

Operationsberichte zielen nicht auf die Abwehr oder Erleichterung von Arzthaftungsprozessen. Die Dokumentation ist daher ausreichend, wenn sich einem Mediziner der jeweiligen Fachrichtung hinreichend erschließt, wie der Operateur vorgegangen ist und welche Besonderheiten dabei aufgetreten sind.

Quelle: VersR 2007/12, S. 544, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 27.07.2007



Pflicht zur umfassenden Risikoaufklärung des Patienten vor Erprobung eines Medikaments in der Behandlungsphase

Der Arzt hat den Patienten vor dem ersten Einsatz eines Medikaments, dessen Wirksamkeit in der konkreten Behandlungssituation zunächst erprobt werden soll, über dessen Risiken vollständig aufzuklären, damit der Patient entscheiden kann, ob er in die Erprobung überhaupt einwilligen oder ob er wegen der möglichen Nebenwirkungen darauf verzichten will.

Quelle: VersR 2007/21, S. 999 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17.04.2007

Anmerkung der Redaktion: Generell gilt, dass der Arzt, der Medikamente, die sich als für die Behandlung des Patienten ungeeignet erwiesen haben, durch ein anderes Medikament ersetzt, dessen Verabreichung für den Patienten mit dem Risiko erheblicher Nebenwirkungen verbunden ist, den Patienten zur Sicherung seines Selbstbestimmungsrechts über den beabsichtigten Einsatz des neuen Medikaments und dessen Risiken aufzuklä-

ren hat. Unterbleibt eine Aufklärung, ist die Behandlung rechtswidrig, auch wenn der Einsatz des Medikaments an sich sachgerecht war.



Bei einem Heilversuch des Arztes mit einem noch nicht zugelassenen Medikament bestehen erhöhte Sorgfaltspflichten

Quelle: VersR 2007/21, S. 995 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 27.03.2007

Anmerkung der Redaktion: Der an Epilepsie leidende Kläger erhielt ein Medikament, das zu diesem Zeitpunkt weder in Deutschland noch in den USA jedoch in einigen europäischen Ländern als Arzneimittel zugelassen war. Eine bei der Beklagten laufende klinische Prüfung mit den Phasen I bis IV, in die der Kläger jedoch nicht einbezogen war, befand sich in Phase III. Durch die Einnahme des neuen Medikamentes verringerten sich die epileptischen Anfälle des Klägers deutlich. Die Zulassung des Medikamentes in Deutschland erfolgte wenige Monate nach der ersten Verabreichung. In der Anlage zum Zulassungsbescheid wurde u.a. darauf hingewiesen, dass Langzeitauswirkungen auf das visuelle System und okulomotorische Leistungen beim Menschen noch nicht untersucht worden seien, weshalb periodische (z.B. monatliche) Kontrollen des Sehvermögens angezeigt seien.

Ein halbes Jahr nach der ersten Einnahme stellte der Kläger eine Beeinträchtigung seines Sehvermögens fest. Die Untersuchungen nahmen mehrere Wochen in Anspruch währenddessen das Medikament weitergegeben wurde. Erst nach Abschluss der Untersuchungen wurde das Medikament abgesetzt.

Die Anwendung neuer Behandlungsmethoden bzw. die Vornahme von Heilversuchen an Patienten mit neuen Medikamenten unterscheidet sich von herkömmlichen, bereits zum medizinischen Standard gehörenden Therapien vor allem dadurch, dass in besonderem Maß mit bisher unbekanntem Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist. Deshalb erfordert die verantwortungsvolle medizinische Abwägung einen – im Verhältnis zur standardgemäßen Behandlung – besonders sorgfältigen Vergleich zwischen den zu erwartenden Vorteilen und ihren abzusehenden oder zu vermutenden Nachteilen unter besonderer Berücksichtigung des Wohls des Patienten. Diese Abwägung ist kein einmaliger Vorgang bei Beginn der Behandlung, sondern muss jeweils erneut vorgenommen werden, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorliegen, über die sich der behandelnde Arzt ständig zu informieren hat. Dabei muss er unverzüglich Kontrolluntersuchungen vornehmen, wenn sich Risiken für den Patienten abzeichnen, die zwar nach Ursache, Art und Umfang noch nicht genau bekannt sind, jedoch bei ihrem Eintreten zu schweren Gesundheitsschäden führen können.

Durch den Hinweis in der Gebrauchsinformation wurde die Möglichkeit einer Schädigung des Sehvermögens deutlich. Das Nichtbefolgen der hieraus folgenden Empfehlung der monatlichen Kontrolle des Sehvermögens wird als Behandlungsfehler gewertet.



Bei Anwendung einer Außenseitermethode ist grundsätzlich der Sorgfaltsmaßstab eines vorsichtigen Arztes entscheidend.

Die Anwendung einer Außenseitermethode unterscheidet sich – wie die Anwendung neuer Behandlungsmethoden oder die Vornahme von Heilversuchen an Patienten mit neuen Medikamenten – von herkömmlichen, bereits zum medizinischen Standard gehörenden Therapien vor allem dadurch, dass in besonderem Maß mit bisher unbekanntem Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist. Deshalb erfordert die verantwortungsvolle medizinische Abwägung einen besonders sorgfältigen Vergleich zwischen den zu erwartenden Vorteilen und ihren abzusehenden, zu vermutenden oder aufgetretenen Nachteilen unter besonderer Berücksichtigung des Wohls des Patienten. Der behandelnde Arzt muss zwar nicht stets den sichersten therapeutischen Weg wählen, doch muss bei Anwendung einer solchen Methode ein höheres Risiko für den Patienten in besonderem Maß eine sachliche Rechtfertigung in den Sachzwängen des konkreten Falls oder in einer günstigeren Heilungsprognose finden. Die sich hieraus ergebende Abwägung ist kein einmaliger Vorgang bei Beginn der Behandlung, sondern muss jeweils erneut vorgenommen werden, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorliegen, über die sich der behandelnde Arzt ständig, insbesondere auch durch unverzügliche Kontrolluntersuchungen zu informieren hat.

Diese Verpflichtung zur Überprüfung der Behandlungsmethode gilt erst recht, wenn im Verlauf der Behandlung Komplikationen auftreten. In diesem Fall muss der Arzt sich über deren Ursache vergewissern und darf die Behandlung nur fortsetzen, wenn auszuschließen ist, dass die Komplikationen durch die Behandlung verursacht werden.

Quelle: VersR 2007/27, Seite 1273 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 22.05.2007



Die Durchführung einer Tetanusimpfung an einem 14-jährigen Kind entgegen dessen Willen und gegen ein ausdrücklich telefonisch erklärtes Impfverbot der allein sorgeberechtigten Mutter kann nach § 34 StGB gerechtfertigt sein.

Dies ist dann der Fall, wenn angesichts der Art der Verletzung und deren Zustandekommens die naheliegende Möglichkeit besteht, dass Tetanuserreger in die Wunde des Kindes gekommen sind und es dadurch zu einer Infektion kommen kann, die zum Tod des Kindes oder schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann, auch wenn nicht feststeht, ob sich solche Erreger tatsächlich in der Wunde befinden oder befunden haben.

Unterlassen die behandelnden Ärzte eine Beteiligung des Bereitschaftsdienstes des Vormundschaftsgerichts vor der Durchführung der Impfung,

ist dies jedenfalls dann unschädlich, wenn – wie hier – feststeht, dass das Gericht die Zustimmung der sorgeberechtigten Mutter ersetzt hätte.

Quelle: VersR 2007/30, S. 1418f, Urteil des Amtsgerichts Nordenham vom 08.06.2007

Anmerkung der Redaktion: § 34 StGB Rechtfertigender Notstand

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

*

Besteht Streit darüber, ob ein Aufklärungsgespräch überhaupt stattgefunden hat, und lassen sich in den Behandlungsunterlagen keine Hinweise finden, können Zweifel an der Durchführung eines solchen Gesprächs nicht schon mit dem Verweis auf eine ständige Praxis ausgeräumt werden.

Quelle: GesR 2007/12, S. 575 f, Urteil des Brandenburgischen Oberlandesgerichts vom 12.07.2007

*

Krankenhaus allgemein

Kein Anspruch auf Bestätigung der Richtigkeit von Krankenunterlagen

Ein Patient hat im Zusammenhang mit dem Begehren auf Herausgabe von Krankenunterlagen oder ihrer Kopien keinen Anspruch auf Bestätigung der Richtigkeit der Krankenunterlagen.

Ein Anspruch auf Herausgabe beglaubigter Kopien besteht nicht.

Quelle: GesR 2007/1, S. 18, Urteil des Landgerichts Düsseldorf vom 28.09.2006

Anmerkung durch die Redaktion: Der beklagte Arzt hatte der klagenden Patientin bereits im Vorfeld Kopien der kompletten Krankenakte zur Verfügung gestellt und die Vollständigkeit bestätigt. Das darüber hinausgehende Begehren der Klägerin wurde als unbegründet zurückgewiesen.



Ein Arzt, der dem Patienten Einsicht in die Behandlungsunterlagen gewährt und/oder dem Patienten Kopien der Behandlungsunterlagen zugänglich macht, ist nicht verpflichtet an Eides statt zu versichern, dass die vorgelegten Behandlungsunterlagen authentisch und vollständig sind beziehungsweise die zugänglich gemachten Kopien die Behandlungsunterlagen vollständig abbilden.

Quelle: GesR 2007/3, S. 115 f, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 16.11.2006



Der Patient hat Anspruch auf zeitweilige Überlassung der Original-Röntgenaufnahmen an seinen Rechtsanwalt zur Vorbereitung eines Arzthaftungsprozesses.

Quelle: GesR 2007/7, S. 318f, Urteil des Landgerichts Kiel vom 30.03.2007



Fehlende Apparaturen/Geräte im Belegkrankenhaus

Der Belegarzt entscheidet aufgrund seiner spezifischen fachärztlichen Kompetenz innerhalb des von ihm betreuten Fachgebietes über die Erforderlichkeit medizinischer Geräte und Apparaturen. Er muss durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass erforderliche Geräte und Apparaturen vom Klinikträger beschafft und bereitgehalten werden. Dem Belegarzt unterläuft ein Behandlungsfehler, wenn diese nicht vorgehalten werden.



Führt die Überlegungsfrist des Patienten nach der Risikoaufklärung zu einem verlängerten Krankenhausaufenthalt, muss die Krankenkasse die Kosten tragen

Die Auffassung des Krankenhausarztes, die Aufklärung eines Patienten wenigstens 24 Stunden („am Vortag“ Red.) vor einer Linksherzkatheteruntersuchung mit Implantation eines Stents sei angezeigt, ist jedenfalls vertretbar. Dem Arzt kann nicht abverlangt werden, nur zum Zwecke einer Kostenersparnis der Krankenkasse das Risiko einzugehen, dass die Aufklärung nicht ausreichend ist, zumal die zivilrechtliche Rechtsprechung keine Abgrenzungsmerkmale gebildet hat, die so klar und eindeutig sind, dass in jedem Fall voraussehbar ist, ob die Aufklärung rechtzeitig erfolgt ist.

Der Senat vermag der Auffassung nicht zu folgen, die erforderliche Aufklärung des Versicherten hätte durch die Ärzte des verlegenden Krankenhauses

erfolgen können. Eine Linksherzkatheteruntersuchung mag ein Eingriff sein, der zum Basiswissen eines klinisch tätigen Internisten gehört. Dies ändert aber nichts daran, dass die Aufklärung grundsätzlich durch den Arzt zu erfolgen hat, der sich zur Durchführung des Eingriffs bereit erklärt hat.

Übernimmt ein Spezialist die Behandlung des Patienten, insbesondere die Durchführung weiterer diagnostischer Maßnahmen, liegt es an ihm, den Patienten in den Stand zu setzen, eine selbstverantwortete Entscheidung zu treffen. Die Aufklärungspflicht aus Gründen der klinischen Organisation kann zwar einem anderen Arzt übertragen werden. In diesem Fall muss jedoch der den Eingriff ausführende Arzt organisatorisch sicherstellen, dass die ordnungsgemäße Aufklärung durch den beauftragten Arzt gewährleistet ist; im Einzelfall kann eine stichprobenartige Kontrolle notwendig sein. Bei dieser Sachlage bestehen Zweifel, ob der Arzt berechtigt ist, die Aufklärung einem Arzt eines anderen Krankenhauses zu übertragen. Denn er ist bei einer Aufklärung außerhalb des eigenen Klinikbereichs zu einer hinreichenden Kontrolle, ob sein Kollege die Aufklärungspflicht ausreichend erfüllt, nicht imstande. Keinesfalls kann der Arzt jedoch zu einem solchen Handeln, das für ihn zu nicht unerheblichen Haftungsrisiken führen kann, allein deshalb verpflichtet sein, weil die Krankenkasse dadurch Kosten einspart. Davon dass die Entscheidung, die Aufklärung selbst durchzuführen, unvertretbar war, kann bei dieser Sachlage keine Rede sein.

Quelle: ArztR 2007/4, S. 108 f, Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 18.05.2006



Haftung des Durchgangsarztes / Ausübung eines öffentlichen Amtes

Die Untersuchung zur Diagnosefeststellung und die Überwachung des Heilerfolges gehören zur durchgangsarztlichen Tätigkeit und stellen mithin eine Ausübung eines öffentlichen Amtes dar. Passivlegitimiert ist in diesen Fällen die Berufsgenossenschaft und nicht der Durchgangsarzt.

Quelle: GesR 2007/5, S. 209f, Urteil des Oberlandesgerichts Schleswig vom 02.03.2007

Anmerkung der Redaktion: Ein Arbeitnehmer ist verpflichtet, nach einem Arbeitsunfall einen Durchgangsarzt aufzusuchen, dem die Entscheidung darüber obliegt, ob eine berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung einzu-leiten und wie (ambulant oder stationär) die weitere Behandlung durchzu-führen ist.

Verbleibt es bei der alleinigen Feststellung über das „Ob“ und „Wie“ der Heilbehandlung, so entfällt die Passivlegitimation der Handelnden und al-lein die Berufsgenossenschaft wäre passivlegitimiert. Sobald der Durch-gangsarzt eine Erstbehandlung durchführt oder die weitere Behandlung des Patienten übernimmt, entsteht zwischen ihm und dem Patienten ein privatrechtliches Vertragsverhältnis, aus dem er vertraglich bei Behand-lungsfehlern auch haftet.

Im vorliegenden Fall hatte der Durchgangsarzt eine falsche Diagnose ge-stellt (Schulterprellung statt vollständige Sprengung des Schulterreckge-lenks, was auch bei den nachfolgenden Kontrollterminen nicht aufgefallen ist).

Besteht aber der Fehler in der falschen Diagnose und setzt sich dieser Fehler in der weiteren Behandlung fort, dann stellt er eine Folge der öf-fentlich-rechtlichen Fehldiagnose dar und bleibt dem öffentlich-rechtlichen Bereich zugeordnet. Dies gilt auch für die Überwachung des Heilerfolges, die eindeutig zum durchgangsarztlichen Bereich gehört.



Ein Heimträger muss damit rechnen, dass schwerbehinderte Patienten beim Umsetzen mittels Patientenlift unvorhersehbare plötzliche Bewegun-gen machen. Deshalb sind geeignete Sicherungsmaßnahmen zu ergrei-fen.

Ein Heimbewohner hat keinen Anspruch darauf, nur unter Verwendung von Tragegurt oder Hebetuch umgesetzt zu werden. Vielmehr obliegt dem Heimträger die Entscheidung darüber, wie er seine Obhutspflichten aus dem Heimvertrag erfüllt.

Quelle: GesR 2007/9, S. 407ff, Urteil des Landgerichts Berlin vom 22.03.2007

Chirurgie / Orthopädie / Urologie

Aufklärung

Auch über ein gegenüber dem Hauptrisiko des Eingriffs weniger schweres Risiko ist aufzuklären, wenn diese dem Eingriff spezifisch anhaftet, es für den Laien überraschend ist und durch die Verwirklichung des Risikos die Lebensführung des Patienten schwer belasten würde.

Minderjährigen Patienten kann bei einem nur relativ indizierten Eingriff mit der Möglichkeit erheblicher Folgen für ihre künftige Lebensgestaltung ein Vetorecht gegen die Einwilligung durch die gesetzlichen Vertreter zustehen, wenn sie über eine ausreichende Urteilsfähigkeit verfügen.

Quelle: VersR 2007/2, S. 66 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10.10.2006

Anmerkung der Redaktion: Bei einer an Adoleszenzskoliose leidenden 15-jährigen Patientin wurde eine operative Korrektur vorgenommen. Über die Möglichkeit der Querschnittslähmung wurde zwar aufgeklärt aber nicht über die Risiken der Falschgelenkbildung, Verwachsungen im Bauchraum und Rippeninstabilitäten.



Welcher Zeitraum zwischen Aufklärung und Durchführung der Operation liegen muss, hängt von der Dringlichkeit des Eingriffs ab.

Eine Notoperation, in die der Patient wenige Stunden vor dem Eingriff rechtswirksam einwilligen kann, ist nicht nur dann gegeben, wenn die Verschiebung des Eingriffs auf den nachfolgenden Tag mit großer Wahrscheinlichkeit zum Tod des Patienten führt, vielmehr genügt, dass bei einer Verzögerung der Operation gewichtige, unter Umständen sogar lebensbedrohliche Komplikationen (hier: akute Gallenblasenentzündung mit der Gefahr einer Gallenblasenperforation) zu befürchten sind.

Quelle: GesR 2007/3, S. 112 ff, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 21.09.2006



Versäumte weitere Befunderhebung als eindeutiger (aber nicht grober) Behandlungsfehler

Ein grober Behandlungsfehler liegt nicht vor, wenn ein Orthopäde die Fehlplatzierung eines bei der Wirbelkörperverblockung eingebrachten Spans nicht sofort entdeckt, weil er zunächst übersieht, dass die postoperativ gefertigte Röntgenaufnahme interpretierbar ist und daher weitere Befunderhebungen mit bildgebenden Verfahren erfordert.

Quelle: VersR 2007/21, S. 1001 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 13.07.2006

*

Grundsätzlich sind die ordnungsgemäße Lagerung des Patienten auf dem OP-Tisch und deren Überprüfung während der Operation zur Vermeidung von Lagerungsschäden dem Bereich der voll beherrschbaren Risiken zuzurechnen. Das gilt allerdings dann nicht, wenn der Patient eine ärztlicherseits nicht im Voraus erkennbar seltene körperliche Anomalie mitbringt, die ihn für den eingetretenen Schaden anfällig macht.

Quelle: GesR 2007/9, S. 404 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Thüringen vom 28.03.2007

Anmerkung der Redaktion: Bei dem Kläger bestand die anatomische Besonderheit des beidseitigen hypertrophischen Querfortsatzes des 7. Halswirbels. Eine OP-bedingte Rückenlagerung hatte zu einer Armplexusparese geführt.

*

Gynäkologie

Fehlgeschlagene Schwangerschaftsverhütung

In den Schutzbereich eines auf Schwangerschaftsverhütung gerichteten Vertrags zwischen Arzt und Patientin ist nicht nur ein ehelicher, sondern auch der jeweilige nichteheliche Partner einbezogen, der vom Fehlschlagen der Verhütung betroffen ist.

Eine Ersatzpflicht des Arztes besteht in derartigen Fällen auch dann, wenn die gegenwärtige berufliche und wirtschaftliche Planung der Mutter durchkreuzt wird und die zukünftige Planung nicht endgültig absehbar ist; einer abgeschlossenen Familienplanung in dem Sinn, dass auch die hypothetische Möglichkeit eines späteren Kinderwunschs völlig ausgeschlossen sein muss, bedarf es nicht.

Quelle: VersR 2007/3, S. 109 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14.11.2006



Anforderungen an die Aufklärung über verschiedene Operationsmethoden zur Entfernung einer Ovarialzyste

Kann eine Ovarialzyste auf laparoskopischem Weg oder durch Laparotomie beseitigt werden, muss der Arzt die Patientin darüber und über die spezifischen Risiken der beiden in Betracht kommenden Möglichkeiten aufklären, sofern keine der beiden Methoden im konkreten Fall eindeutige Vorteile hat.

Eine hypothetische Einwilligung der Patientin lässt sich nicht allein auf die Erwägung stützen, diese habe eine weniger belastende ambulante Behandlung gewünscht.

Quelle: VersR 2007/3, S. 111f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 12.10.2006



Aus dem Auftreten einer Plexusparese (allein) kann nicht auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden.

Beweiserleichterungen ergeben sich auch nicht aus der unzureichenden Dokumentation, wenn die Dokumentationslücke nachträglich durch Zeugenbeweis bzw. Parteivernehmung geschlossen werden kann.

Quelle: GesR 2007/2, S. 66 f, Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 26.10.2006

Anmerkung der Redaktion: Dieses Urteil bestätigt einmal mehr, dass das Auftreten einer Plexusparese nicht unbedingt auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist. Auch wenn in dieser konkreten Entscheidung die unzu-

reichende Dokumentation nicht zu Beweiserleichterungen der klagenden Seite führte, da der Senat die Dokumentationslücke aufgrund der von ihm durchgeführten Beweisaufnahme als geschlossen ansah, sollte im Krankenhausalltag unbedingt darauf geachtet werden, dass die Dokumentation – insbesondere von schwierigen Behandlungsabläufen – sorgfältig durchgeführt wird. Konkret bedeutet das, dass im Falle einer aufgetretenen Schulterdystokie zu dokumentieren ist, worin die Schwierigkeit der Schulterentwicklung bestanden habe, wann sie entdeckt wurde und welche Maßnahmen zu ihrer Beseitigung unternommen wurden.



Die Unterlassung einer sonografischen Gewichtsschätzung bei der Aufnahme in die Geburtsklinik ist zumindest dann kein Befunderhebungsfehler, wenn eine nur wenige Wochen alte Schätzung durch den behandelnden Gynäkologen vorliegt.

Ein zu erwartendes Geburtsgewicht von 4.000 g, eine Übertragung und eine erhöhte Gewichtszunahme der Mutter erfordern keine Aufklärung über die Möglichkeit einer Sectio wegen des Risikos einer Schulterdystokie.

Quelle: GesR 2007/3, S. 108, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 29.06.2006



Die Unterlassung von Untersuchungen zur Abschätzung des Geburtsgewichts bei der Aufnahme in die Geburtsklinik ist zumindest dann kein Behandlungsfehler, wenn drei Tage zuvor eine entsprechende Untersuchung im Rahmen der Ermittlung des Symphysen-Fundus-Abstands durchgeführt wurde.

Bei einem vorzeitigen Blasensprung ist das Unterlassen einer Ultraschalluntersuchung zumindest dann kein Behandlungsfehler, wenn innerhalb von einigen Stunden Wehen einsetzen.

Ein zu erwartendes Geburtsgewicht von 3900 g, Adipositas, eine erhöhte Gewichtszunahme sowie zwei positive Harnzuckerwerte der Mutter, die bereits vier Kinder, hiervon zwei mit einem Geburtsgewicht von 4200 g und 4300 g entbunden hat, erfordern keine Aufklärung über die Möglichkeit einer Sectio wegen des Risikos einer Schulterdystokie.

Quelle: VersR 2007/30, S. 1417 f, Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart vom 29.05.2007



Die Überschreitung des errechneten Geburtstermins um neun Tage, der Wunsch der Schwangeren nach einer zunächst nicht indizierten Sectio,

die erst später erforderlich, dann jedoch mit 90-minütiger Verspätung durchgeführt wird, rechtfertigen weder einzeln noch in der Gesamtschau den Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers, wenn jeder greifbare Anhalt fehlt, dass die Schädigung des Kindes unmittelbar vor oder unter der Geburt eingetreten ist (postpartal wurden maximale Apgar-Werte und gute pH-Werte dokumentiert).

Die Rüge von Dokumentationsmängeln ist im Arzthaftungsprozess nur erheblich, wenn sie mit der Behauptung eines bestimmten dokumentationspflichtigen Vorgangs einhergeht.

Eine versäumte Befunderhebung hat nur dann rechtserhebliches Gewicht, wenn im Einzelfall mit einem so schwerwiegenden Befund gerechnet werden konnte, dass sich seine Verkennung als fundamental oder seine Negierung als grob fehlerhaft darstellen würde.

Quelle: VersR 2007/9, S. 396 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 30.11.2006 – noch nicht rechtskräftig



Grober Behandlungsfehler durch zu späte Entscheidung für eine Schnittentbindung

Bei einem durch Mikroblutanalyse ermittelten pH-Wert des Kindes von unter 7,20 stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn die Geburt nicht unverzüglich durch Kaiserschnitt beendet, sondern weiterhin eine vaginale Entwicklung angestrebt wird.

Das dadurch infolge Sauerstoffunterversorgung bedingte schwere Residualsyndrom mit spastischer Tetraparese und schwerer psychomotorischer sowie mentaler Retardierung des Kindes rechtfertigt neben dem Anspruch auf Ersatz aller materiellen Schäden ein Schmerzensgeld in Höhe von 300.000,00 €

Quelle: VersR 2007/12, S. 543 f, Urteil des Oberlandesgerichts Celle vom 27.02.2006



(Mit-)Haftung der Hebamme bei ärztlicher Geburtsleitung

Zeigt das vorgeburtliche CTG über zwei Stunden mehrmals kritische Abfälle der Herzfrequenz des Kindes, und versäumt der Arzt eine Blutanalyse und rasche Einleitung der Geburt, kann darin ein grober Behandlungsfehler liegen, der zu einer Beweislastumkehr führt.

Wird die Geburt von einer Ärztin mit vierjähriger Berufserfahrung geleitet, können deren grob fehlerhafte Versäumnisse einer Hebamme nicht zugerechnet werden, wenn das Vorgehen der Ärztin sich der Hebamme nicht als schlechterdings unvertretbar mit dem Erfordernis sofortiger Interventi-

on darstellte. Eine Beweislastumkehr zum Nachteil der Ärztin erstreckt sich daher nicht ohne weiteres auf die Hebamme.

Der Ausfall eines Messgerätes kann dem Arzt nicht zugerechnet werden, solange kein Anhalt besteht, dass ein Schaden am Messgerät absehbar war.

Quelle: GesR 2007/12, S. 591 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 03.05.2007



15.000,00 € Schmerzensgeld bei einer ohne Zustimmung im Rahmen einer Sectio vorgenommenen Sterilisation

Ergibt sich im Rahmen einer Sectio ein Befund, den der Arzt bei weiteren Schwangerschaften für gefährlich hält, ist die deswegen ungefragt vorgenommene Sterilisation weder von einer mutmaßlichen noch von einer hypothetischen Einwilligung der Patientin gedeckt.

Quelle: VersR 2007/17, S. 796 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 13.07.2006



Aufklärung vor Cerclage

Vor dem Legen einer Cerclage muss vom behandelnden Arzt umfassend über die damit verbundenen Risiken und Alternativen aufgeklärt werden, insbesondere über das Risiko schwerster Missbildungen des Kindes für den Fall, dass es nach einer durch die Cerclage bewirkten nur relativ kurzzeitigen Schwangerschaftsverlängerung überhaupt lebend geboren wird.

Quelle: GesR 2007/12, S. 595, Urteil des Oberlandesgerichts Celle vom 02.07.2007

Zusammenstellung:

Rechtsanwältin
Marie G. Engelings
Im Ufforter Feld 14

47445 MOERS