

Rechtsprechungs – Journal

2012



marie ENGELINGS
Rechtsanwaltsbüro

Fachübergreifende Informationen

Keine Arzthaftung für Aufklärungsdefizit, das auf nicht erkennbarem Verständnisproblem des Patienten beruht

Behauptet ein Patient, infolge verminderter Auffassungsgabe habe er die ärztlichen Informationen beim Aufklärungsgespräch nicht verstanden, ist das haftungsrechtlich unerheblich, wenn nicht vorgetragen wird, aufgrund welcher tatsächlichen Umstände, insbesondere Patientenerklärungen der Arzt dies habe feststellen und berücksichtigen müssen. Durfte die Behandlungsseite bei Beobachtung der erforderlichen Sorgfalt darauf vertrauen, dass der Patient die Operationsaufklärung verstanden hat, fehlt es am Verschulden.

Quelle: ArztR 2012, Heft 1, S. 23, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 01.08.2011



Ruhigstellung bei intensivmedizinischen Maßnahmen

Auch (Zwangs-)Maßnahmen wie die medikamentöse Sedierung oder mechanische Fixierung (Eingitterung Bauchgurt, Handfesseln usw.), die im Rahmen einer ärztlichen (hier intensivmedizinischen) Heilbehandlung ohne wirksame Einwilligung des Patienten erfolgt sind, lösen die Haftung der Behandlungsseite grundsätzlich nur dann aus, wenn diese Eingriffe zu (irgend)einer gesundheitlichen Beeinträchtigung des Patienten geführt haben.

Maßnahmen dieser Art haben von vorneherein keinen freiheitsentziehenden Charakter (also weder nach dem tatbestandlichen Schutzzweck des § 239 Abs. 1 StGB bzw. des § 823 Abs. 1 BGB noch i.S.d. § 1906 Abs. 4 BGB), solange sich der in einem nicht ansprechbaren und lebensbedrohlichen Zustand eingelieferte Patient in einem künstlichen Koma befindet.

Zum Eingreifen der Rechtfertigungsgründe der mutmaßlichen Einwilligung bzw. des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) bei einer solchen Fallgestaltung, wenn die ruhigstellenden Maßnahmen nach der Beendigung des künstlichen Komas – mit Unterbrechungen – bis zur Beendigung der intensivmedizinischen Behandlung fortgeführt werden.

Die Bewahrung eines Patienten vor Selbstschädigungen und insbesondere vor selbstschädigenden Eingriffen in den Behandlungsablauf selbst gehört jedenfalls im Rahmen einer intensivmedizinischen Versorgung auch in einer nicht psychiatrischen Einrichtung zum Behandlungs- und Pflegestandard. Hierbei hängt die Rechtmäßigkeit der von den Pflegekräften einer Intensivstation getroffenen mechanischen Sicherungsvorkehrungen nicht davon ab, dass diese Maßnahmen von der Arztseite im Nachhinein (unverzüglich) genehmigt wurden.

Dem Merkmal einer "längeren Dauer" i.S.d. § 1906 Abs. 4 BGB unterfallen grundsätzlich nur solche freiheitsentziehenden Eingriffe, die aller Voraussicht nach eine Gesamtdauer von drei Tagen überschreiten werden.

Quelle: GesR 2012, Heft 3, S. 157 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Bamberg vom 05.12.2011

Anmerkung der Redaktion: Der Anwendungsbereich des § 1906 BGB ist nur dann eröffnet, wenn der Betroffene unter Betreuung steht.

Bestehen konkrete Anhaltspunkte für einen Betreuungsgrund wegen einer psychischen Erkrankung, ist die Betreuungsbedürftigkeit des Patienten durch den behandelnden Arzt oder Angehörige dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

Hierunter fällt zunächst nicht ein Patient, der künstlich beatmet als Notfall stationär eingeliefert wird und für eine kurze Zeit im künstlichen Koma gehalten wird.

Die tatbestandlichen Voraussetzungen eines Genehmigungsvorbehaltes nach § 1906 BGB sind nicht gegeben, wenn der Betroffene aufgrund eines körperlichen Gebrechens weitgehend oder völlig bewegungsunfähig ist. Auch sind Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB von vornherein ausgenommen, die nicht in erster Linie dazu bestimmt sind den Betroffenen an der Fortbewegung zu hindern, sondern ausschließlich oder jedenfalls vorrangig zu Heilzwecken bzw. aus sonstigen therapeutischen Gründen angewendet werden.



Beweiswert eines OP-Berichtes

Einer formell und materiell ordnungsgemäßen ärztlichen Dokumentation kann bis zum Beweis des Gegenteils Glauben geschenkt werden. Um die Annahme der Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssen konkret erkennbare Anhaltspunkte vorliegen, z.B. nachträgliche Änderungen am Operationsbericht oder dass er erst mit langem zeitlichen Abstand zur Operation verfasst worden ist (hier verneint für einen Monat)

Der Operationsbericht muss eine stichwortartige Beschreibung der jeweiligen Eingriffe und Angaben über die hierbei angewandte Technik enthalten. Nicht erforderlich ist die Wiedergabe von medizinischen Selbstverständlichkeiten.

Quelle: GesR 2012, Heft 5, S. 310ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 15.11.2011



Kein Einsichtsrecht des Patienten in Niederschriften nach § 23 IfSG

Gemäß § 23 Abs. 1 IfSG sind Leiter von Krankenhäusern verpflichtet, die vom RKI nach § 4 Abs. 2 Nr. 2b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten. Die Aufzeichnungen sind 10 Jahre aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren.

Dieses Einsichtsrecht steht darüber hinaus jedoch nicht dem einzelnen Patienten zu, der geltend macht, durch Hygienemängel im Krankenhaus geschädigt worden zu sein. Denn Zweck des IfSG ist, im übergeordneten allgemeinen Interesse die Verbreitung von übertragbaren Infektionen zu verhindern und die hierzu erforderliche Zusammenarbeit von Behörden, Krankenhäusern und Ärzten zu ermöglichen.

Niederschriften nach § 23 Abs. 1 IfSG dienen diesem Zweck und werden nicht im Interesse des einzelnen Patienten errichtet; sie gehören deshalb auch nicht zu dessen persönlichen Krankenunterlagen, so dass ein Einsichtsrecht des Patienten nicht besteht, und zwar weder aus einer anlagen Anwendung des § 23 IfSG noch aus den allgemeinen Vorschriften der „ 611, 810, 242 BGB.

Quelle: GesR 2012, Heft 5, S. 312, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 05.04.2011



Sturzgefahr im Krankenhaus

Bei sturzgefährdeten Patienten ist anerkannt, dass dem Krankenhausträger im Rahmen seiner vertraglichen Obhutspflicht obliegt, diesen Patienten zu überwachen und ihn vor krankheitsbedingten Selbstgefährdungen und Selbstschädigungen (hier Sturz) zu schützen. Umfang und Ausmaß der dem Krankenhaus obliegenden Pflege und Betreuung richten sich insoweit in erster Linie nach dem jeweiligen Gesundheitszustand des Patienten. Konkret und aus Sicht (der Klinik) ex ante kommt es darauf an, ob im Einzelfall wegen der Verfassung des Patienten damit gerechnet werden muss, dass sich der (sturzgefährdete) Patient ohne eine besondere Sicherung selbst schädigen wird.

Kommt es – wegen unterlassener Absicherungsmaßnahmen (der Klinik) – zu einem Sturzereignis, ist eine Einzelfallabwägung geboten. Eine lediglich latent vorhandene Sturzneigung des Patienten rechtfertigt allein noch keine allgemeine Fixierung und beständige Überwachung dieses Patienten. Denn der Klinikträger schuldet die Erbringung seiner ärztlichen und pflegerischen Leistung auch unter Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse des Patienten vor vermeidbaren Beeinträchtigungen und Belastungen, die eventuelle Sicherungsmaßnahmen wie Bettgitter oder Fixierung mit sich brächten und die der Förderung der Selbständigkeit und der Mobilität des Patienten widersprechen.

Andererseits schließt aber auch ein zunächst pflegerisch noch beherrschbarer Zustand des Patienten nicht aus, dass sich die zunächst nur latente Sturzgefahr zu einer konkreten Gefahrenlage zuspitzt, aus der eine gesteigerte Obhutspflicht des Klinikträgers erwächst, die Anlass für vorbeugende und sichernde Maßnahmen des ärztlichen und pflegerischen Personals erforderlich machen. Entscheidend hierfür ist, ob es vor den jeweiligen Sturzereignissen Hinweise auf eine konkrete akute Sturzgefährdung gab.

Quelle: GesR 2012, Heft 8, S. 500 f, Urteil des Oberlandesgerichts Jena vom 05.06.2012



Umsetzung neuer medizinischer Erkenntnisse

Besteht eine Behandlungsalternative, über die der Patient informiert ist, darf der Arzt eine konkrete Empfehlung aussprechen. Liegt diese Empfehlung unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls im Rahmen des medizinisch Vertretbaren, ist die therapeutische Aufklärung nicht zu beanstanden.

Ein Arzt ist verpflichtet, sich auf seinem Fachgebiet regelmäßig weiterzubilden. In führenden Fachzeitschriften publizierte neue Erkenntnisse muss er zeitnah im Berufsalltag umsetzen, wenn sie wissenschaftlich gesichert sind.

Quelle: GesR 2012, Heft 8, S.502 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 20.06.2012



EDV-Dokumentation

Einer formell und materiell ordnungsgemäßen Dokumentation kann bis zum Beweis des Gegenteils Glauben geschenkt werden. Um die Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssen konkret erkennbare Anhaltspunkte vorliegen, z.B. das Vorliegen nachträglicher Änderungen oder eine Fertigung erst mit langem zeitlichem Abstand.

Der Beweiswert einer ärztlichen Behandlungsdokumentation wird nicht dadurch gemindert, dass ein EDV-Programm verwendet wird. Das nicht gegen nachträgliche Veränderbarkeit gesichert ist, wenn der Arzt plausibel darlegen kann, dass seine Eintragung richtig ist und sie aus medizinischen Gründen schlüssig erscheint. Es erscheint nachvollziehbar, dass der Arzt auf ein zwar seltenes, dafür aber mit weitreichenden Folgen für den Patienten verbundenes Risiko hinweist (hier: Wanddurchbruch bei Gastroskopie).

Quelle: GesR 2012, Heft 12, S. 762 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 26.01.2012

Anmerkung der Redaktion: Trotz dieses Urteils sollte in jedem Krankenhaus das EDV-Programm so gestaltet sein, dass nachträgliche Änderungen zumindest als solche erkennbar sind und die ursprüngliche Eintragung auch nach der Veränderung noch erkennbar ist.



Verzögerung dringlicher OP wegen anderweitiger Bindung des OP-Teams

Die zweistündige Verzögerung einer dringlichen Operation ist kein grober Behandlungsfehler, wenn das einzige Operationsteam durch andere, gleichermaßen unaufschiebbare Eingriffe gebunden war und nicht festgestellt werden kann, dass die Einberufung eines zweiten Team oder die Verlegung des Patienten in eine andere Klinik zu einer zeitigeren Intervention geführt hätte.

Quelle: ArztR 2012, Heft 11, S. 301, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 24.08.2011



Unterbliebene Befunderhebung in anderem Fachgebiet wegen unzureichender Anamnese

Versäumt ein Orthopäde, den Beginn der akuten Beschwerden zu erfragen, was ihn zu der Fehlvorstellung verleitet, die gebotene internistische Abklärung sei bereits erfolgt, kann auch die versäumte Befunderhebung auf diesem Fachgebiet die Beweislast zu Gunsten des Patienten umkehren (hier: Herzinfarkt einer 36jährigen wird als orthopädisches Problem gedeutet).

Laienhaften Eigendiagnosen und Medikationswünschen des Patienten hat die Behandlungsseite mit kritischer Distanz zu begegnen. Scheinbare Sachkunde des Patienten enthebt den Arzt nicht von seiner Verpflichtung eigenverantwortlich sämtliche objektiven Befunde zu erheben und dabei auch eine Erkrankung außerhalb seines Fachgebiets in Betracht zu ziehen.

Quelle: ArztR 2012, Heft 11, S. 301 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 30.01.2012



Anspruch auf Rückzahlung geleisteten ärztlichen Honorars bei einer sog. „Schönheitsoperation“

Der Arzt kann für seine Arbeit kein Entgelt verlangen, wenn er durch vertragswidriges Verhalten (hier: vorwerfbarer Behandlungsfehler) die Kündigung des Behandlungsvertrages veranlasst hat und wenn und soweit seine Leistungen für den Patienten kein Interesse haben.

Dem Arzt steht bei einer wegen eines Aufklärungsmangels rechtswidrigen „Schönheitsoperation“ kein Honoraranspruch für die Operationsleistungen zu, wenn der Patient bei Erteilung der gebotenen Aufklärung in den Eingriff nicht eingewilligt hätte und zur Erzielung eines befriedigenden Ergebnisses ein neuerlicher Eingriff notwendig gewesen ist.

Quelle: ZMGR 2012, Heft 5, S. 340 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Zweibrücken vom 28.02.2012



Anforderungen an die Aufklärung des Patienten über alternative Behandlungsmethoden

Nur dann, wenn es mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden gibt, die unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen haben, muss der Patient über diese echte Wahlmöglichkeit aufgeklärt werden.

Bei der Frage nach der Gleichwertigkeit verschiedener Behandlungsmethoden ist grundsätzlich auf den möglichen Heilungserfolg als Bezugspunkt abzustellen. Eine vorübergehende Entlastung des Patienten kann im Einzelfall allenfalls dann als aufklärungsbedürftige Alternative in Betracht gezogen werden, wenn diese zwar keine endgültige Heilung bringt, mit dem sonst vorgesehenen operativen Eingriff aber das Risiko einer wesentlichen Verschlechterung der Lebensqualität des Patienten verbunden ist (hier: keine Gleichwertigkeit einer Punktion gegenüber einer Exzision eines Ganglions).

Quelle: VersR 2012, Heft 36, S. 1568 f, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 15.03.2012

Chirurgie / Orthopädie / Urologie

Behandlung und Aufklärung über Behandlungsalternativen bei Handgelenktrümmerfraktur

Es stellt einen Behandlungsfehler dar, wenn einer in Rotationsfehlstellung verheilten Radiusrümmerfraktur mit Subluxation der Elle nach dorsal bei Instabilität des ulnarpalmaren Komplexes und Radiusverkürzung mit einer bloßen Ulnaverkürzungs-Osteotomie anstelle einer Korrektur-Osteotomie begegnet wird.

Der Arzt haftet trotz behandlungsfehlerhaften Vorgehens auch unter dem Gesichtspunkt eigenmächtiger Behandlung, wenn er nicht auf die Korrektur-Osteotomie als Behandlungsalternative hinweist.

Quelle: VersR 2012, Heft 6, S. 239 f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 25.05.2011



Unterlässt der Arzt bei einer – ersten – Rektumresektion die Entfernung eines bereits diagnostizierten bösartigen Tumors, ist dies als grober Behandlungsfehler zu bewerten, da es schlichtweg unverständlich ist, dass sich der Operateur vor Durchführung der Operation nicht vergewissert hat, welche Darmteile zu entfernen sind. Ist zur Entfernung des Tumors eine zweite Rektumresektion erforderlich, stellt diese Operation den so genannten Primärschaden dar. Die infolge des Primärschadens aufgetretene Nahtinsuffizienz und die daraus sich ergebenden Komplikationen sind als Sekundärschäden der Operation zu bewerten.

Beruhet die bei dem Patienten eingetretene Nahtinsuffizienz, Fistelbildung und die misslungene Stomarückverlagerung auf dem zweiten Eingriff bzw. auf den durch diesen eingetretenen Komplikationen, ist grundsätzlich ein Kausalzusammenhang zwischen der Re-Operation und den eingetretenen Komplikationen zu bejahen. Der Umstand, dass hinsichtlich der eingetretenen Komplikationen durch die erste Operation keine Risikoerhöhung für den erneuten Eingriff eingetreten ist, führt nicht zu einer Verneinung der Zurechenbarkeit der Folge der zweiten Operation zu Lasten des Patienten.

Quelle: ZMGR 2012, Heft 2, S. 126 ff, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 21.04.2011



Grenzen der Aufklärungspflicht bei Bandscheibenoperation

Bei einer Bandscheibenoperation ist der Arzt nicht verpflichtet, den Patienten über die Notwendigkeit einer geringfügigen Entfernung von knöchernen Strukturen, die ohne funktionelle Konsequenz bleibt, aufzuklären.

Quelle: VersR 2012, Heft 9, S. 365, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 22.06.2011



Es ist nicht behandlungsfehlerhaft, wenn bei der Beseitigung einer wiederholt auftretenden Hydrozele im Hoden der operative Zugang über einen Leistenschnitt (anstelle eines Hodensackschnitts) gewählt wird.

Auf das mit nahezu jedem Eingriff verbundene Risiko der Verletzung oberflächlicher Hautnerven muss ohne gesonderte Nachfragen nicht hingewiesen werden.

Quelle: VersR 2012, Heft 12, S. 494, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 18.07.2011



Risikoaufklärung am Vorabend einer Herzoperation ist verspätet

Die Rechtzeitigkeit einer Risikoaufklärung hängt davon ab, ob der Patient noch ausreichend Gelegenheit hat, sich frei zu entscheiden. Für eine für den nächsten frühen Morgen geplante Herzoperation in Form einer minimalinvasiven Mitralklappenrekonstruktion, die bei Bedarf in einen Mitralklappenersatz überwechseln soll, und die als Alternative zu einer Operation unter Eröffnung des Brustkorbs dienen soll, ist eine am Vorabend – nach Inhalt und Umfang ansonsten nicht zu beanstandende – Risikoaufklärung nicht rechtzeitig.

Quelle: VersR 2012, Heft 20, S. 863 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 04.10.2011



Befunderhebungsfehler eines Orthopäden auf internistischem Gebiet

Grundlage jeder ärztlichen Behandlung muss die sorgfältige, medizinisch umfassende Befragung des Patienten sein. Eine akute starke Schmerzsymptomatik der linken Körperseite erfordert die ärztliche Feststellung, wann die Schmerzen am Untersuchungstag erstmals aufgetreten sind und wie sie sich im Einzelnen entwickelt haben. Ein scheinbar ähnliches, jedoch viele Monate zurückliegendes Ereignis, aus dem der Patient irriige Schlüsse zieht, darf einen Orthopäden bei Fehlen jedweder Brückensymptome nicht zu der Annahme verleiten, eine Erkrankung auf internistischem Gebiet sei ausgeschlossen.

Werden Leitsymptome eines Herzinfarkts eines 36-Jährigen unzutreffend als orthopädische Erkrankung diagnostiziert, liegt in der versäumten inter-

nistischen und kardiologischen Sachaufklärung nicht ohne Weiteres ein grober Behandlungsfehler des Orthopäden. Ihm ist jedoch ein ebenfalls zur Beweislastumkehr führender Befunderhebungsmangel anzulasten.

Quelle: VersR 2012, Heft 24, S. 1041 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 30.01.2012



Die instrumentierte Stabilisierung der Wirbelsäule stellt gegenüber der alleinigen Verwendung eines Beckenkammspans ein zumindest relativ indiziertes Verfahren mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken dar, mithin eine echte Behandlungsalternative, die auch dann als solche aufklärungspflichtig ist, wenn sich die tatsächlich gewählte Methode der alleinigen Beckenkammspaneinbringung im konkreten Fall sogar als fehlerhaft darstellt. Bei unterlassener Aufklärung über diese Behandlungsalternative haftet der Arzt für alle schädigenden Folgen der Operation.

Quelle: VersR 2012, Heft 33, S. 1445 f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 21.09.2011

Anästhesie

Patientenaufklärung über Operationsdauer

Ist der Patient über die Alternativen „Vollnarkose – örtliche Betäubung“ informiert, muss sich seine Aufklärung nicht darauf erstrecken, dass bei einer der beiden Methoden die Operation schneller durchgeführt werden kann, wenn die Zeitdifferenz lediglich ca. 15 Minuten beträgt.

Quelle: VersR 2012, Heft 6, S. 238, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 07.04.2011

Gynäkologie

Keine Hinweispflicht zu vorsorglichem Toxoplasmosetest an Schwangeren

Die Mutterschaftsrichtlinien spiegeln den ärztlichen Standard wider und müssen ohne Anlass nicht überschritten werden. Es besteht daher keine Verpflichtung des Arztes zur vorsorglichen Untersuchung der Schwangeren im Hinblick auf den Toxoplasroseimmunstatus oder zu einem Hinweis auf die Möglichkeit entsprechender Tests auf eigene Kosten der Schwangeren.

Eine nach den Mutterschaftsrichtlinien nicht vorgesehene freiwillige und der Selbstzahlungspflicht unterliegende Toxoplasroseuntersuchung ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt der „echten Behandlungsalternative“ aufklärungspflichtig.

Quelle: VersR 2012, Heft 30, S. 1305 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 21.09.2011



Radiologie / Neuroradiologie

Unzureichende (Grund-)Aufklärung über Risiken bei CT-gesteuerter periradikulärer Lumbalinfiltration

Über das Risiko einer Querschnittslähmung durch eine CT-gesteuerte periradikuläre Lumbalinfiltration ist schon im Rahmen der sogenannten Grundaufklärung aufzuklären. Es ist nicht entscheidend, ob zum Zeitpunkt der Behandlung diese Gefahr als spezifisches Risiko anzusehen war oder sich in einer Form verwirklichte, mit der nicht zu rechnen war.

Führt eine periradikuläre Lumbalinfiltration zu einem inkompletten Querschnittssyndrom (hier: bei einem etwa 50-jährigen Mann in beruflich leitender Position) mit hochgradiger Caudalähmung, Paraplegie der Beine und Verlust der Blasen- und Mastdarmfunktion, ist ein Schmerzensgeld von 200.000,00 Euro gerechtfertigt.

Quelle: VersR 2012, Heft 36, S. 1565 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 12.01.2011

Anmerkung der Redaktion: Der BGH hat die Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten durch Beschluss vom 19.07.2011 zurückgewiesen.

Zusammenstellung:

Rechtsanwältin
Marie G. Engelings
Im Ufforter Feld 14

47445 MOERS