

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Die Tätigkeit des Allgemeinarztes aus rechtlicher Sicht, im Spiegel der Rechtsprechung sowie der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Maximilian Frisch

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Hon.-Prof. Dr. G.H. Schlund

2. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 10.05.2006 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 19.07.2006 angenommen.

Die Tätigkeit des Allgemeinarztes aus rechtlicher Sicht, im Spiegel der Rechtsprechung sowie der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Behandlungsvertrag
 - 2.1 Der Arztvertrag
 - 2.2 Zustandekommen des Behandlungsvertrages
 - 2.3 Privatpatient und Kassenpatient
 - 2.3.1 Privatpatient
 - 2.3.2 Kassenpatient
 - 2.4 Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft
 - 2.4.1 Praxisgemeinschaft
 - 2.4.2 Gemeinschaftspraxis
 - 2.5 Vertretung in der Allgemeinarztpraxis
 - 2.6 Behandlungsvertrag im Notfall
 - 2.7 Minderjährige
 - 2.8 Pflichten aus dem Behandlungsvertrag
 - 2.8.1 Hauptpflichten
 - 2.8.1.1 Diagnosepflicht
 - 2.8.1.2 Aufklärungspflicht
 - 2.8.1.2.1 Mitteilungspflicht
 - 2.8.1.2.2 Sicherungsaufklärung
 - 2.8.1.1.3 Selbstbestimmungsaufklärung
 - 2.8.2 Nebenpflichten
 - 2.8.2.1 Dokumentationspflicht
3. Grundlagen der Arzthaftung
 - 3.1 Sorgfaltsregeln
 - 3.2 Haftung aus Vertrag
 - 3.3 Haftung für Erfüllungsgehilfen
 - 3.4 Deliktische Haftung
 - 3.5 Verjährung

4. Fallgruppen

4.1 Allgemeine Fehler

4.2 Diagnosefehler

4.3 Aufklärungsfehler

4.3.1 Aufklärungsfehler im Bereich der Sicherungsaufklärung

4.3.2 Aufklärungsfehler im Bereich der Selbstbestimmungsaufklärung

4.4 Therapiefehler

4.5 Organisationsfehler

5. Kausalität, Beweislast, Beweiserleichterung

5.1 Kausalität

5.2 Beweislastverteilung im Haftungsprozeß

5.3 Beweiserleichterungen

5.3.1 Anscheinsbeweis

5.3.2 Voll beherrschbare Risiken

5.3.3 Dokumentationsmängel

5.3.4 Grober Behandlungsfehler

6. Rechtsfolgen ärztlicher Pflichtverletzung

6.1 Schadensersatz

6.2 Schmerzensgeld

6.3 Mitverschulden des Patienten

7. Häufigkeit von Behandlungsfehlern

7.1 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

7.2 Versicherungswirtschaft

7.3 Zivilgerichte und Strafverfolgungsbehörden

8. Umgang mit und Vermeidung von Behandlungsfehlern

8.1 Umgang mit konkreten Behandlungsfehlervorwürfen

8.2 Fehlerprophylaxe durch Qualitätsmanagement und -sicherung

9. Zusammenfassung

Abkürzungsverzeichnis:

AG	Arbeitsgericht
BÄO	Bundesärzteordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BSG	Bundessozialgericht
d.h.	daß heißt
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
ggf.	gegebenenfalls
i.d.R.	in der Regel
i.S.	im Sinne
LG	Landgericht
o.ä.	oder ähnlich/er/e/es
pVV	positive Vertragsverletzung
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte/r/s
StGB	Strafgesetzbuch
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
ZNS	Zentralnervensystem
ZPO	Zivilprozeßordnung
z.T.	zum Teil

1. Einleitung

Die Allgemeinmedizin ist ein Fachgebiet der Medizin, das sich dadurch auszeichnet, dass es an allen Teilen der Humanmedizin partizipiert. Sie ist auf die Breite des medizinischen Wissens ausgelegt, ohne die Tiefe des Wissens in den Bereichen zu vermissen, die für den jeweiligen Patienten entscheidend, weil potentiell lebenserhaltend und -verändernd sind. Die weltweite Vereinigung der Allgemeinmediziner WONCA (World family doctors. Caring for People) definiert in ihrer Europäischen Sektion Allgemeinmedizin folgendermaßen:

„Die Allgemeinmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit; als klinisches Spezialgebiet ist sie auf die Primärversorgung ausgerichtet.“ [5].

Durch diese Ausrichtung auf die Primärversorgung ist der Arbeitsbereich eines Allgemeinmediziners weit, er beinhaltet die Grundversorgung der Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinmediziner sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen. Die Begriffe Hausarzt oder Familienarzt werden häufig synonym für Allgemeinmediziner verwendet, hat doch der Allgemeinmediziner eine haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere bei der Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, gerade im häuslichen Umfeld. Für diese Funktion sind auch Hausbesuche unerlässlich, eine Tätigkeit, die fast ausschließlich von Allgemeinmedizinern gewährleistet wird.

In Deutschland umfaßt der Begriff Allgemeinmediziner eine heterogene Gruppe von Medizinern, die sich insbesondere in ihrer Ausbildung zu Allgemeinmedizinern und der unterschiedlichen Methoden der Annäherung an Patientenprobleme und weniger in den Anforderungen durch ihre Patienten unterscheiden. Grundsätzlich gibt es drei Gruppen von Medizinern, die unter Allgemeinmedizinern subsummiert werden: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit und praktische Ärzte, wobei diese Begriffe aus den Approbationsordnungen für Ärzte hervorgehen. Sie unterscheiden sich durch ihren Weiterbildungsweg, was die unterschiedliche Herangehensweise an Patientenprobleme verständlich macht.

Die praktischen Ärzte sind eine Gruppe von Ärzten, die sich nicht mehr vergrößern kann, findet sie doch in den aktuellen Approbationsordnungen keine Berücksichtigung mehr. Auch die Unterscheidung in Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit wird in Zukunft nicht mehr notwendig sein, da in der aktuellen Musterapprobationsordnung der Bundesärztekammer beide Fachärzte zu einem Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin zusammengefaßt werden.

Die Gesamtzahl der bei der Bayerischen Landesärztekammer gemeldeten Ärztinnen und Ärzte beträgt 65 602 (Stand 4. Januar 2006). Sie erhöhte sich gegenüber Januar 2005 um 1156 oder um 1,7 Prozent. Hiervon waren im Jahre 2005 rund ein Drittel (33,1 Prozent) der Ärzte (21749) im stationären Bereich tätig, was einem Anstieg von 3,3 Prozent (695) entspricht. In der ambulanten Versorgung als niedergelassener Arzt waren 35,0 Prozent der Ärzte (22993) tätig, ein Anstieg gegenüber 2004 von 2,0 Prozent (454). Als Allgemeinärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit) waren 5879 Ärzte oder 25,57 Prozent, als praktische Ärzte 5,77 Prozent (1326) tätig; die verbleibenden 68,66 Prozent teilen sich Ärzte mit anderen Facharztbezeichnungen (55,1 Prozent) und angestellte Ärzte bei niedergelassenen Ärzten (7,98 Prozent) sowie sonstige Ärzte ohne Facharztbezeichnung (5,63 Prozent). Die Allgemeinmediziner stellen somit die größte Gruppe innerhalb der niedergelassenen Ärzte in Bayern dar, sind doch die Ärzte mit anderen Facharztbezeichnungen auf einzelne spezialisierte Fachgruppen verteilt [7].

In der Medizin i.S. der Allgemeinmedizin steht der Mensch im Mittelpunkt, wie er funktioniert und wie diese Funktionen erhalten werden können. So ist es unausweichlich, dass es zu Berührungspunkten mit einer anderen auf den Menschen zugeschnittenen, eher das Verhältnis zwischen den Menschen regulierenden Wissenschaft kommt, nämlich der Rechtswissenschaft. Diese Berührungspunkte sind nicht nur Rechtsmedizin oder Sozialrecht, auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient muß in einer Gesellschaft rechtlich definiert werden.

Zunächst basiert das Verhältnis zwischen Arzt und Patient auf Vertrauen zueinander; ist dies nicht vorhanden, ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient gestört. Die Entstehung des Vertrauens zwischen Arzt und Patient ist hinsichtlich der Tatsache

nicht einfach, dass Arzt und Patient sich in unterschiedlichen Ausgangssituationen befinden. So ist das Handeln des Arztes auf Fremdnützigkeit gerichtet, dem Berufsethos verpflichtet und für den Erfolg des Handelns immer auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Der Patient ist persönlich unmittelbar betroffen und tritt in die Beziehung zum Arzt meist ohne Erfahrung.

Qualitativ kann dieses Vertrauensverhältnis unterschiedlich gestaltet sein, indem man eine paternalistische von einer partnerschaftlichen Position differenzieren kann. Ein paternalistisch geprägtes Vertrauensverhältnis wird dann entstehen, wenn der Patient nicht oder wenig in der Lage ist oder nicht will, die Umstände und Gründe seines Heilsuchens zu überblicken und zu verstehen, er also auf Hilfe von außen angewiesen ist. Hier liegt die Betonung auf der Orientierung des Arztes am Wohl des Patienten. Der Arzt wird den Patienten führen, er kann auf einen Vertrauensvorschuß des Patienten durch seine berufliche Befähigung und Autorität als Arzt hoffen und dieses Vertrauen zugleich als Heilungsfaktor (der Glaube an den sicheren Erfolg der Behandlung durch den Arzt bzw. dessen Unfehlbarkeit) für den Patienten einsetzen. Die Informationsmöglichkeiten für den Patienten sind in einem solchen Verhältnis eher eingeschränkt, was sich in der Situation in einem partnerschaftlichen Verhältnis anders darstellt, denn hier liegt die Betonung auf der Selbstbetroffenheit des Patienten. Der Patient verlangt vom Arzt als Partner wahrgenommen zu werden und er gibt dem Arzt im Hinblick auf eine paternalistische Position weniger Vertrauensvorschuß und verzichtet daher auf den Heilungsfaktor Glauben an die unfehlbaren Fähigkeiten des Arztes.

Immer wenn es zu einer Störung im Sinne eines Schadens im Bereich des Arzt- / Patientenverhältnisses kommt, können die rechtlichen Grundlagen dieses Verhältnisses zum Ausgleich von Defiziten herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die ärztliche Tätigkeit als Allgemeinmediziner in seinen rechtlichen Tiefen auszuloten.

2. Der Behandlungsvertrag

2.1 Der Arztvertrag

Die Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient beinhaltet mehr als nur eine juristische Rechtsbeziehung. So schreibt Eberhard Schmidt:

„Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung, ist verankert in den sittlichen Beziehungen der Menschen untereinander und entfaltet sich nur da in einer gerade für die gesundheitliche Betreuung des Patienten förderlichen Weise, wo eben diese sittlichen Momente von Mensch zu Mensch es tragen und seinen Gehalt bestimmen.“ [166]

Auch Laufs weist auf eine Sonderstellung des Arztes hin:

„Der Jurist diene dem Recht in seiner Allgemeingültigkeit, der Arzt dagegen stehe dem unverwechselbaren Individuum in seiner besonderen Hilfsbedürftigkeit gegenüber, die sich oft nur schwer in normative Tatbestände fassen lasse. Die eigentliche Aufgabe des Arztes bleibe „stets die Hilfe für den Kranken, mit dem ihm eine Gemeinschaft im Zeichen der Humanitas und des Rechts verbindet. Diese Gemeinschaft hat grundsätzlich Vorrang in der Konkurrenz mit gesellschaftlichen Erfordernissen.“ Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient beruht wesentlich auf Vertrauen im ethischen Sinne und weniger auf Treu und Glauben im juristischen Sinn. Dem Arzt wird im Rahmen seiner vertraglichen Leistungspflichten mehr zugemutet als dem Elektriker oder Installateur, denn er hat bei seiner ärztlichen Dienstleistung damit ethische Gesichtspunkte und erst nachrangig juristische Belange zu beachten. Er hat im Einzelfall zu entscheiden, ob es noch sinnvoll ist, ein sub finem vitae auftretendes Lungenödem noch operativ zu behandeln, ohne daß er der Grundkrankheit Herr wird. Merkantile Gesichtspunkte dürfen nicht maßgeblich dafür sein, ob eine Operation vorgenommen wird oder nicht.“ [110]

2.2 Zustandekommen des Behandlungsvertrages

Der Behandlungsvertrag begründet juristisch gesehen ein privatrechtliches Schuldverhältnis zwischen Arzt und Patient. Für das Zustandekommen dieses Vertrages gilt grundsätzlich, dass die eine Vertragspartei in Form einer Willenserklärung einen Antrag stellt, den die andere Vertragspartei mit einer korrespondierend übereinstimmenden Willenserklärung annimmt (Annahme). Die Annahme muß bei Anwesenheit sofort und ohne Verzug erfolgen, damit der Antrag nicht erlischt. Der frei praktizie-

rende Arzt und der Patient schließen in aller Regel konkludent und stillschweigend einen Vertrag, d.h. dass in den meisten Fällen ein Vertrag bereits durch schlüssiges Verhalten der Beteiligten entsteht. So gibt der Patient mit dem bloßen Aufsuchen der Praxis zwecks Behandlung schon eine rechtsverbindliche Willenserklärung ab, die der Arzt mit dem Beginn seiner Behandlung im Rahmen von Diagnostik, Aufklärung und Therapie ebenso rechtsverbindlich annimmt.

Der Vertragstypus des Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient ist im Allgemeinen ein Dienstvertrag (§§ 611 ff. BGB) [53, 116, 119], unabhängig davon, ob beispielsweise operative oder nichtoperative Eingriffe geleistet werden sollen [141]. Dies bedeutet, dass der Arzt dem Patienten eine Dienstleistung schuldet, nämlich die sachgerechte Behandlung des Patienten, und nicht einen Behandlungs- oder Heilungserfolg. Da die geschuldete Leistung des Arztes selbstständig und von den Weisungen des Patienten weitgehend unabhängig und zur Vertragserfüllung ein besonderes Vertrauensverhältnis notwendig ist, wird der Behandlungsvertrag zu den Dienstverträgen höherer Art gerechnet, unabhängig davon, ob der Arzt auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin oder im spezialärztlichen Bereich tätig ist, wie auch gleichermaßen die Verträge zwischen Rechtsanwälten, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern und ihren Mandanten. Bei Dienstverträgen höherer Art steht jedem Vertragspartner ein außerordentliches, d.h. jederzeitiges Kündigungsrecht zu, wenn auch nicht zur Unzeit. Eine solche Unzeit wäre z.B. der Moment kurz vor einer Operation, wenn sich der Arzt zu einer an sich zulässigen außerordentlichen Kündigung entschließen und damit für den schon prämedizierten Patienten negative Konsequenzen auslösen würde.

Zu einem Behandlungsvertrag können werkvertragliche Elemente hinzutreten, wie z.B. das Anfertigen einer Unterschenkelprothese durch einen Orthopäden. Dagegen gestaltet sich das Anpassen und Einfügen der Prothese als Heilbehandlung auf der Grundlage eines Dienstvertrages [98, 154]. Nur in den Fällen, in denen sich das Ziel der Behandlung genau umschreiben läßt, können Teile des Behandlungsvertrages als ein auf dieses Ziel ausgerichteter Werkvertrag ausgestaltet werden [44], da ein konkreter Erfolg (und nur dieser) geschuldet wird.

Mit dem Zustandekommen eines Behandlungsvertrages ergeben sich für den Arzt aus diesem Schuldverhältnis Haupt- und Nebenpflichten, die dem Patienten eine Diagnostik und Therapie nach dem anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung sowie eine entsprechende Behandlungs- und Risikoaufklärung gewährleisten sollen [99]. Ein schriftlicher Vertrag in Form einer ggf. mit Preisen versehenen Auflistung der ärztlichen Leistungen ist im ambulanten Bereich nur bei Wahlleistungen (z.B. individuelle Gesundheitsleistungen IGeL) oder Leistungen mit einem erhöhten zeitlichen und/oder finanziellen Aufwand (wie z.B. aufwendige ambulante Operationen; Zahnsanierungen) üblich.

Das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages ist abzugrenzen von einer Behandlungsübernahme. Die Behandlungsübernahme ist nicht identisch mit dem Abschluß eines Behandlungsvertrages. Sie ist ein tatsächlicher Vorgang, der eine Garantenstellung des Arztes begründen kann.

2.3 Privatpatient und Kassenpatient

2.3.1 Privatpatient

Das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Privatpatient ist die „einfachste“ Vertragsform zwischen Arzt und Patient, stehen sich doch Arzt und Privatpatient als privatautonome Parteien gegenüber, in deren Vertragsverhältnis beiden Seiten die Ansprüche hieraus zustehen. Die Ausgestaltung des Behandlungsvertrages entspricht den oben (Gliederungspunkt 2.2) skizzierten Abläufen. Nach Abschluß des Vertrages stehen dem Patienten einerseits sämtliche Rechte aus dem Vertrag zu, andererseits schuldet er dem Arzt das vereinbarte Honorar. Der Arzt schuldet seine fehlerfreie Dienstleistung und besitzt seinerseits die ihm zustehenden Rechte aus dem Vertrag, insbesondere den Anspruch auf das Honorar. Mit anderen in der Praxis tätigen Personen entsteht kein Vertragsverhältnis, auch ein ärztlicher Urlaubsvertreter handelt ausschließlich für den Vertretenen (§ 164 Abs. 1 Satz 1 BGB) mit der Folge, daß kein Vertrag zwischen dem vertretenden Arzt und Patient zustande kommt [122]. Das ärztliche Honorar wird in der Regel und meist konkludent und stillschweigend im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vereinbart (§ 1 GOÄ), die vom Bundesgesetzgeber beschlossen vorgegeben ist. Änderungen hiervon können nur durch

eine ausdrückliche (und zu Beweis Zwecken schriftliche Vereinbarung) erreicht werden. Der Arzt sollte einen von ihm nach alternativen Heilmethoden behandelten Patienten darüber aufklären, dass die Behandlungskosten hierfür möglicherweise nicht von der privaten Krankenkasse übernommen werden [4].

Die Behandlung von Ärzten untereinander wird zu einem Teil noch unentgeltlich durchgeführt, die jedoch nicht auf einem reinen Gefälligkeitsverhältnis beruht, sondern auf einem Behandlungsvertrag mit ungeschmälertem Sorgfaltsmaßstab unter Verzicht auf die Geltendmachung des Honoraranspruchs [46].

2.3.2 Kassenpatient

Der Behandlungsvertrag zwischen einem niedergelassenem Vertragsarzt (Kassenarzt) und einem gesetzlich krankenversicherten Patienten (Kassenpatient) unterscheidet sich prinzipiell nicht von einem Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt und einem Privatpatienten.

„Zwischen Kassenarzt und Kassenpatienten besteht eine vertragliche Bindung dienstvertraglicher Natur.“ [50]

Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch der Adressat des Honoraranspruchs. Ist es im Behandlungsvertrag mit einem Privatpatienten der Patient selbst, tritt beim Behandlungsvertrag mit einem Kassenpatient an dessen Stelle die kassenärztliche Vereinigung. Um die komplizierten Vertragsstrukturen zwischen Kassenarzt, Kassenpatient, gesetzlicher Krankenversicherung und kassenärztlicher Vereinigung besser zu verstehen gibt K. Geiß folgende Hinweise:

„Im Band zwischen Kassenpatient und Krankenkasse ist Rechtsgrundlage das öffentlich-rechtlich geregelte Versicherungsverhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung, aus dem die Krankenkasse dem Versicherten und seinen Angehörigen zur ärztlichen Versorgung grundsätzlich (§§ 2, 11, 27ff. SGB V; Sachleistungsprinzip) verpflichtet ist. Im Verhältnis zwischen Krankenkassen und ihren Verbänden einerseits und kassenärztlicher Vereinigung andererseits findet sich durch (öffentlich-rechtliche) Gesamtverträge die vertragsärztliche Versorgung im besonderen Leistungsrahmen und Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) geregelt (§§ 82 ff. SGB V). Im Band zwischen Vertragsarzt und kassenärztlicher Vereinigung ist Rechtsgrundlage das öffentlich-rechtliche Mitgliedsverhältnis (§ 95 SGB V), aus dem der Vergütungsanspruch des zugelassenen Vertragsarztes erwächst (§ 85 Abs. 4 SGB V). Man findet unter den an der vertragsärztlichen (ambulanten) Krankenversorgung Beteiligten mithin eine Vierer-Beziehung, geregelt auf privatrechtlicher Ebene im Behandlungsvertrag zwischen Kassenpati-

ent und zugelassenem Vertragsarzt einerseits und auf der öffentlich-rechtlichen Ebene in den sozialrechtlichen Rechtsbeziehungen der drei anderen Beteiligten andererseits.

In den oben dargelegten drei öffentlich-rechtlich geregelten Ebenen führt im Streitfall der Rechtsweg zu den Sozialgerichten (§ 51 Abs. 2 S.1 SGG).“ [100]

Der Kassenpatient hat wie der Privatpatient die freie Arztwahl (§ 76 SGB V) und hat als freiwillig versicherter Kassenpatient die Möglichkeit für die ärztliche Behandlung die sogenannte Kostenerstattung im Gegensatz zum normalen Fall des Sachleistungsprinzips zu wählen. Der Arzt ist dann berechtigt, seine Leistungen diesem Patienten wie einem Privatpatienten im Rahmen der GOÄ in Rechnung zu stellen, deren Betrag der Patient bei seiner gesetzlichen Krankenkasse unter Vorlage dieser (Original-) Rechnung einfordern kann. Allerdings darf die gesetzliche Krankenversicherung dem Patienten die Leistungen nur im Rahmen der Höhe der Vergütung wie bei der Erbringung der Sachleistungen bezahlen.

2.4 Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft

Die Gemeinschaftspraxis und die Praxisgemeinschaft gehören zu den ärztlichen Gruppenpraxen, wozu u.a. auch die Apparategemeinschaft und die Praxisklinik zu zählen sind. Diesen Einrichtungen ist gemein, dass sich Ärzte zu Zwecke der Diagnostik und/oder Behandlung in einem unterschiedlichen Verzahnungsgrad zusammengeschlossen haben, die freie Arztwahl innerhalb dieser Gemeinschaften für den Patienten aber garantiert sein muß [91].

2.4.1 Praxisgemeinschaft

Eine Praxisgemeinschaft ist zumeist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (nach § 705ff. BGB) zwischen zwei oder mehr Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtung und besteht aus dem Interesse der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen wie Räumen, Einrichtungen, Materialbeschaffung und Personal.

„Der Patient, der sich von einem in einer Praxisgemeinschaft (hier: Kinderarzt und Arzt für Allgemeinmedizin) tätigen Arzt behandeln läßt, auf den auch der Behandlungsschein der Krankenkasse ausgestellt ist, schließt einen Behandlungsvertrag allein mit diesem Arzt.“ [153]

Die Praxisgemeinschaft wirkt sich bezüglich eines Behandlungsvertrages nur im Innenverhältnis der Ärzte aus, da jeder Arzt der Praxisgemeinschaft seinen eigenen Patientenstamm und seine eigene Patientenkartei führt; ein Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient entsteht also nur zwischen dem Patienten und dem jeweilig behandelnden einzelnen Arzt. Die Praxisgemeinschaft entspricht der in anderen Wirtschaftsbereichen üblichen Bürogemeinschaft und ist insofern ein auf rein sachliche Mittel begrenzter Zusammenschluß.

2.4.2 Gemeinschaftspraxis

Eine Gemeinschaftspraxis hingegen ist ein viel engerer Zusammenschluß. Hier haben die auf der Grundlage der Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR, §§ 705 ff. BGB) zum Zwecke der gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossenen Ärzte einen gemeinsamen Patientenstamm und eine gemeinsame Patientenkartei mit einer gemeinsamen Honorarforderung. Der in der Gemeinschaftspraxis behandelte Patient begründet ein Vertragsverhältnis mit allen Mitgliedern der Gemeinschaftspraxis, es besteht also eine gesamtschuldnerische Haftung aller in einer solchen Gemeinschaftspraxis verbundenen Ärzte. Für etwa eine einem Partner zur Last fallende Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages müssen alle Partner eintreten, auch wenn der Patient explizit nur von einem Arzt behandelt worden ist [65]. Allerdings soll dies nach neuerer Rechtsprechung nur bei „weithin austauschbaren ärztlichen Leistungen“ [151] in Betracht kommen. Hier präzisiert der Bundesgerichtshof:

„Die Mitglieder einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis mit gleicher Gebietsbezeichnung, die gegenüber Kassenpatienten gemeinschaftlich auftreten, haften diesen vertraglich als Gesamtschuldner für Versäumnisse des behandelnden Arztes.“ [84]

Im Gegensatz zu dieser vertragsrechtlichen Situation haften die Partner einer Gemeinschaftspraxis nicht für Haftungsansprüche im Rahmen eines delikts- oder strafrechtlichen Verschuldens; hier haftet ausschließlich jeder Partner für sich nach dem Maß seines persönlichen Verschuldens.

„Der an einer Gemeinschaftspraxis beteiligte Arzt ist nicht Verrichtungsgelhilfe seiner ärztlichen Mitgesellschafter; er haftet deswegen nicht aus unerlaubter Handlung für deren Fehler bei der ärztlichen Behandlung eines Patienten“ [143]

Die Praxisgemeinschaft tritt nach innen wie außen als Einheit auf, was sich z.B. in gemeinsamen Rezeptblöcken, Überweisungsscheinen und Praxisschildern niederschlägt. Die endgültige Definition einer Gemeinschaftspraxis ist offensichtlich schwer zu fassen. Im juristischen Schrifttum ist häufig die allgemeine Auffassung zu finden, dass eine Gemeinschaftspraxis einen Zusammenschluß von Ärzten gleicher Fachrichtung zur Erbringung gleichartiger Leistungen mit dem Willen zur gemeinschaftlichen Verpflichtung und austauschbarer Leistungserbringung gegenüber dem Patienten darstellt [101, 111]. Demgegenüber entspricht es der Praxis der Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus, auch fachübergreifende Gemeinschaftspraxen zu führen, die sich eben unter anderem nicht durch austauschbare Leistungserbringungen definieren, wie es z.B. in anästhesistisch-chirurgischen Gemeinschaftspraxis regelmäßig der Fall ist.

2.5 Vertretung in der Allgemeinarztpraxis

In einer Allgemeinarztpraxis stellt sich regelmäßig die Situation ein, dass der niedergelassene Arzt eine Vertretung für sich organisieren muß, um den Anspruch der Patienten auf Behandlung auch in Fehlzeiten wie z.B. Fortbildung, Krankheit oder Erholungsurlaub gewährleisten zu können. Die Vertretung muß dabei den Vorgaben des Landesrechts sowie im Fall einer Praxis mit Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung den Vorgaben des Kassenrechts entsprechen. So muß die Vertretung mindestens die Voraussetzung haben, auf dem Weg zur Erlangung der zu vertretenden Facharztart weit fortgeschritten zu sein. Der für die Dauer der Abwesenheit des Praxisinhabers Beauftragte, handelt für den Praxisinhaber in dessen Vertretung und Auftrag [19].

„Der ärztliche Urlaubsvertreter des Kassenarztes ist dessen Erfüllungshilfe und selbst nicht Vertragspartner des Patienten.“ [121]

Daher wird der Behandlungsvertrag zwischen dem Praxisinhaber und dem Patienten und nicht zwischen Patient und Praxisvertreter geschlossen. Fehler des Urlaubsvertreters sind dem Praxisinhaber zuzurechnen [87], die Vertretung haftet jedoch deliktisch für eigenes Verschulden selbstverständlich selbst [81].

2.6 Behandlungsvertrag im Notfall

In der täglichen Praxis des niedergelassenen Arztes tritt regelmäßig der Fall ein, dass ein behandlungsbedürftiger Patient nicht in der Lage ist, eine gültige Willenserklärung abzugeben, sei es durch Bewusstlosigkeit oder andere Störungen der Geistestätigkeit. In solchen Situationen kann kein Behandlungsvertrag zustande kommen:

„Mit einer in ihrem Bewusstsein getrüben Notfallpatientin kommt zwar kein Behandlungsvertrag zustande. Die Behandlung einer solchen Patientin erfolgt jedoch nach den Regeln der erlaubten Geschäftsführung ohne Auftrag.“ [146]

Trotzdem erwachsen dem Arzt in solch einer (Notfall-)Situation vertragsähnliche Rechte und Pflichten, die in der Literatur unterschiedlich begründet werden (Geschäftsführung ohne Auftrag; faktisches Vertragsverhältnis). In der Regel wird der geschäftsunfähige Patient nach Wiedererlangung der Geschäftsfähigkeit oder nach Hinzuziehen eines Betreuers oder gesetzlichen Vertreters, der rechtlich bindende Willenserklärungen für den geschäftsunfähigen Patienten abgeben kann, einen Behandlungsvertrag für die ärztliche Behandlung ab dem tatsächlichen Beginn - also rückwirkend - abschließen mit der Folge, dass den Arzt von Anfang an die volle Haftung für mögliche Leistungsstörungen trifft, andererseits jedoch das Honorar auch in vollem Umfang geschuldet ist.

Die sich in dieser vertragsähnlichen Situation für den Arzt ergebenden Pflichten muß er nach dem objektiven Interesse des Patienten unter Berücksichtigung seines wirklichen oder mutmaßlichen Willens erfüllen. Der Arzt hat sich auf die vital oder absolut indizierten Maßnahmen zu beschränken, ohne zu versäumen, das Krankheitsbild als Ganzes zu eruieren [106]. Die für nicht professionelle Helfer in Notlagen geltende Haftungsbeschränkung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit (§ 680 BGB) ist vor dem Hintergrund ärztlicher Berufsausübung nicht anwendbar. Inhaltlich besteht damit für den Arzt regelmäßig kein Unterschied zwischen den Pflichten aus einem von Anfang an ordnungsgemäß geschlossenen Behandlungsvertrag und den Pflichten, die sich aus einer vertragsähnlichen Notfallsituation ergeben.

Andererseits muß ein Hausarzt die Behandlung seines Patienten, der im Krankenhaus notfallmäßig behandelt wurde, in seiner Praxis fortführen:

„Stellt sich ein Patient nach Abschluß der Notfallbehandlung und Aushändigung eines Arztbriefes an den Hausarzt wieder in der Ambulanz vor, darf die Behandlung dort auf die medizinisch unaufschiebbaren Maßnahmen beschränkt werden und der Patient im übrigen an seinen Hausarzt verwiesen werden.“ [123]

2.7 Minderjährige

Minderjährige unter sieben Jahren können grundsätzlich keine gültige Willenserklärung abgeben. Für sie muß stets ein Vertrag zugunsten Dritter (§ 328 BGB) abgeschlossen werden, wodurch im Regelfall die dem Minderjährigen unter sieben Jahren den Behandlungsanspruch weitergebende Person alleiniger Honorarschuldner des Arztes wird [65], also in den überwiegenden Fällen ein Elternteil, wobei der andere Ehegatte auch als Honorarschuldner in Betracht kommt (§ 1357 BGB). Dies gilt aber nur insoweit, als der (andere) Ehegatte leistungsfähig ist und sich die Kosten aus Sicht eines objektiven Beobachters im wirtschaftlichen Lebenszuschnitt der Familie halten [71]. Bezüglich der Wirksamkeit der Einverständniserklärungen nur eines Elternteils [86] merkt die obergerichtliche Rechtsprechung an:

„Werden sämtliche Gespräche mit den behandelnden Ärzten von der Mutter geführt, können die Ärzte darauf vertrauen, dass die Mutter von ihrem Ehemann zur Abgabe der Einverständniserklärung auch in dessen Namen bevollmächtigt ist.“ [148]

Auch im Zusammenhang mit einem Vorwurf einer unerlaubten Handlung müssen nicht stets beide Elternteile informiert sein [45].

Jugendliche, also Minderjährige zwischen dem 7. Geburtstag und der Vollendung des 18. Lebensjahres, bedürfen zur Abgabe einer Willenserklärung, durch die nicht nur ein rechtlicher Vorteil erlangt wird, der Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters (§ 107 BGB), da sie in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkt sind. Dennoch können sie auch Vertragspartner werden, wenn sie die Voraussetzungen zu einer partiellen Geschäftsfähigkeit erfüllen.

„Ein Minderjähriger kann zu einer Operation rechtswirksam seine Einwilligung geben, falls er die nötige Urteils- und Einsichtsfähigkeit hinsichtlich der Bedeutung des körperlichen Eingriffs besitzt und die erforderliche Aufklärung hierüber erhält.“ [149]

Minderjährige können auch Bote der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters sein oder das Honorar aus Mitteln begleichen, die ihnen zur freien Verfügung von dem gesetzlichen Vertreter und Unterhaltspflichtigen überlassen worden sind. Die Rechtslage beim sozialversicherten Minderjährigen ist bezüglich einer Zustimmung des gesetzlichen Vertreters für einen gültigen Behandlungsvertrag umstritten, je nach dem, ob man eine direkte vertragliche Beziehung zwischen Krankenkasse und Patient oder eine Einbeziehung eines gesetzlichen Vertreters in die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkasse und minderjährigen Patienten fordert [112]. Der über die Familie mitversicherte Minderjährige hat einen Leistungsanspruch nach § 10 SGB V, den er mit der Sozialmündigkeit (15. Geburtstag) gem. § 36 Abs. 1 SGB I selbstständig geltend machen kann.

2.8 Pflichten aus dem Behandlungsvertrag

2.8.1 Hauptpflicht

Inhalt des Behandlungsvertrages ist die auf die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Gesundheit gerichtete Behandlung des Patienten, die auf einer nach dem anerkannten und gesicherten aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführten Diagnostik beruht. Die Umsetzung dieser Pflicht muß nicht notwendigerweise durch den Arzt erfolgen. Da die Vertragsparteien in den allermeisten Fällen keine konkreten Abreden über die Behandlungspflichten des Arztes im Behandlungsvertrag festlegen, müssen im Zweifelsfall die Behandlungspflichten des Arztes individuell nach dem mutmaßlichen Willen der Vertragsparteien des (zumeist stillschweigend getroffenen) Behandlungsvertrages bestimmt werden. Allerdings ist es unmöglich, allgemeingültig eine allumfassende Definition der Behandlungspflichten des Arztes festzulegen, da dies die große Zahl der verschiedenen Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten verhindert. Im juristischen Bereich umgeht man diese Schwierigkeit mit dem Hinweis auf die jeweils gültigen Regeln der medizinischen Wissenschaft im Sinne des anerkannten und gesicherten Standards. Innerhalb der Behandlungspflichten ist im Hinblick auf den den Patienten unmittelbar betreffenden Integritätsschutz zwischen Haupt- und Nebenpflichten zu unterscheiden [97]. Zu den Hauptpflichten zählen Diagnose, Aufklärung und Therapie. Zu den Nebenpflichten zählen Organisationspflicht, Auskunftspflicht gegenüber dem Patienten oder seinem

Vertreter über Befund, Prognose und (äußeren) Behandlungsverlauf sowie die Dokumentationspflicht.

2.8.1.1 Diagnosepflicht

Der Arzt hat, bevor er die Behandlung des Patienten beginnt, sich über die Ursachen der Störungen des Gesundheitszustandes des Patienten eingehend zu unterrichten (Anamnese).

„Die Anamneseerhebung gehört zu den elementaren und unverzichtbaren Grundregeln der Medizin und bildet neben der körperlichen Untersuchung gerade für den in der Primärversorgung tätigen Hausarzt die Basis jeglicher ärztlicher Tätigkeit.“ [125]

Das ideale Ergebnis ist die Diagnose im Sinne der genauen Zuordnung der erhobenen Befunde zu einem Krankheitsbegriff oder einer Symptomatik unter weitgehend sicherem Ausschluß anderer Diagnosen (Differentialdiagnose) [126]. Da die Patienten der meisten allgemeinmedizinischen Praxen ein unausgelesenes Patientengut darstellen, kann die Diagnose nur in seltenen Fällen schon von vornherein mit absoluter Sicherheit (Blickdiagnose) angegeben werden. Viel häufiger sind Diagnosen mit unterschiedlich hohen Wahrscheinlichkeiten (Verdachtsdiagnose). Braun und modifiziert Mader haben versucht, die unsicheren Diagnosen in vier verschiedene, nach Diagnosesicherheit aufsteigende Klassifizierungen zu ordnen: Gruppe A - Symptome, Gruppe B - Symptomengruppe, Gruppe C - Bilder einer Krankheit, Gruppe D - Diagnose (exakte Krankheitserkennung) [89].

2.8.1.2 Aufklärungspflicht

Im Rahmen der ärztlichen Aufklärungspflicht sind drei Pflichtenkreise voneinander zu unterscheiden:

2.8.1.2.1 Mitteilungspflicht:

Verlangt der Patient von dem Arzt lediglich die Stellung einer Diagnose, beispielsweise die Überprüfung des Visus, ist vereinbarter Inhalt des zwischen Arzt und Patienten geschlossenen Vertrags eine Untersuchung und die Mitteilung des Untersuchungsbefundes. In diesen Fällen ist die Aufklärung über das Ergebnis der Untersuchung primäre Leistungspflicht des Arztes; der zunächst in den Vordergrund tretende

werkvertragliche Aspekt des Dienstleistungsvertrages erhält in anschließender Behandlung letztlich untergeordnete Bedeutung.

2.8.1.2.2 Sicherungsaufklärung:

Demgegenüber verletzt der Arzt eine ihm aus dem Behandlungsvertrag obliegende Pflicht, wenn er es unterlässt, den Patienten über Verhaltensmaßregeln, etwa Änderung der Lebensführung aufzuklären, um ihn vor Schädigungen zu schützen. Diese als Sicherungsaufklärung (auch als therapeutische Aufklärung) bezeichnete Pflicht des Arztes kommt insbesondere bei der Anwendung von Medikamenten große Bedeutung zu.

„Bei möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen eines Medikaments ist neben dem Hinweis in der Gebrauchsinformation des Pharmaherstellers auch eine Aufklärung durch den das Medikament verordnenden Arzt erforderlich.“ [88]

Da sich die Einnahme von Medikamenten in der Regel nicht unter der Aufsicht des Arztes vollzieht, sondern weitgehend im unkontrollierten persönlichen Bereich des Patienten, hat der Arzt diesem detaillierte Verhaltensmaßregeln zu erteilen, um ihn vor möglichen Schädigungen zu schützen.

Die Sicherungsaufklärung ist damit nur in den Fällen entbehrlich, in denen sich der Arzt einem derart verständigen und informierten Patienten gegenüber sieht, dass mögliche Schädigungen ausgeschlossen sind. In Anbetracht der Unwägbarkeiten, eine solche Kenntnis des Patienten sicher zu beurteilen, wird der Arzt jedoch regelmäßig verpflichtet sein, den Patienten selbst aufzuklären.

2.8.1.1.3 Selbstbestimmungsaufklärung

Von der therapeutischen ist die der Selbstbestimmung des Patienten dienende Aufklärung zu unterscheiden. Diese als Selbstbestimmungsaufklärung bezeichnete Pflicht des Arztes schützt das im Grundgesetz verankerte Recht des Patienten auf Selbstbestimmung (Art.2 Abs.2 GG). Grundsätzlich muß der ärztliche Heileingriff von der (durch die Aufklärung motivierten) Einwilligung des Patienten gedeckt sein, um als rechtmäßig zu gelten. Diese regelmäßig im Zusammenhang mit deliktischen Schadensersatzansprüchen des Patienten gegen den Arzt im Rahmen der Rechtswidrigkeit des Heileingriffs behandelte Aufklärungspflicht ist eine herausragende

Hauptleistungspflichten innerhalb des Behandlungsvertrages. Diese Verpflichtung des Arztes, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, widerspricht nicht dem besonderen zwischen Arzt und Patienten bestehenden Vertrauensverhältnis.

Die Selbstbestimmungsaufklärung umfaßt die Aufklärung über den Befund, den Verlauf und das Risiko der Behandlung (oder Nichtbehandlung). Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, den Patienten über den Befund der Untersuchungen aufzuklären. Diese dem Interesse der Selbstbestimmung des Patienten dienende Aufklärung darf oder muß jedoch in Ausnahmefällen zugunsten des Patienten beschränkt werden oder sogar völlig unterbleiben, wenn aus besonderen Umständen des Einzelfalls eine schwere Beeinträchtigung der Heilung oder der seelischen Gesundheit des Patienten zu befürchten ist. Da es auch Aufgabe des Arztes ist, dem Patienten die Angst vor der Krankheit zu nehmen, nicht aber durch eine zu weit gehende Aufklärung das Gegenteil zu bewirken, wird die der Selbstbestimmung des Patienten dienende Aufklärung über den Befund der Untersuchung beschränkt durch das sogenannte therapeutische Privileg des Arztes. Eine Einschränkung der Aufklärungspflicht ist aber nur dort möglich, wo besondere, in der Persönlichkeit des einzelnen Kranken liegende, forensisch greifbare Umstände eine ernste und unbehebbar Gefahr für seine Gesundheit erwarten lassen [21].

Auch über die Art des Eingriffs hat der Arzt den Patienten grundsätzlich aufzuklären. Insbesondere muß darüber aufgeklärt werden, ob der Eingriff aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen notwendig ist [31]. Bei diagnostischen Eingriffen ist zu beachten, dass jedes dem Patienten zugemutete Eingriffsrisiko seine Rechtfertigung durch die von dem Eingriff erhofften Vorteile bedarf. Das bedeutet, dass selbst über entferntere und nicht mehr naheliegende Komplikationsgefahren aufgeklärt werden muß, wenn rein diagnostische Zwecke verfolgt werden (z.B. Biopsie, Kontrastdarstellungen etc.). Ist der diagnostische Eingriff im Hinblick auf die dadurch erschlossenen Heilungsmöglichkeiten erforderlich, so hat der Arzt Eingriffsrisiko und Erkenntnisvorteile durch den Eingriff gegeneinander abzuwägen und im Rahmen der Aufklärung dieses Für und Wider in den Patienten angemessener Weise zu erläutern. In der in der Rechtsprechung als „Myelographieurteil“ bekannten Entscheidung des Bundesgerichtshofs von 1995 sah der erkennende Senat einen Aufklärungsfeh-

ler im Fehlen der notwendigen Grundaufklärung im Rahmen eines diagnostischen Eingriffs zur Darstellung des ZNS.

„Die erforderliche Grundaufklärung ist nur dann erteilt, wenn dem Patienten ein zutreffender Eindruck von der Schwere des Eingriffs und von der Art der Belastungen vermittelt wird, die für seine körperliche Integrität und Lebensführung auf ihn zukommen können, während es nicht erforderlich ist, alle denkbaren Risiken medizinisch exakt zu beschreiben und Details hierzu anzugeben.“ [77]

Der BGH beanstandete, dass die Patientin nicht über die Risiken des Diagnoseeingriffs einer dann auch eingetretenen Komplikation wie Lähmungserscheinungen bis hin zur Querschnittssymptomatik aufgeklärt wurde.

Bei alternativen Eingriffsmöglichkeiten ist der Patient über das Für und Wider der Alternativen zu unterrichten. Die Wahl zwischen den Gefahrengruppen darf dem Patienten nicht ohne triftigen und durchgreifenden Grund vorenthalten werden. Der Arzt hat hierbei die Selbstbestimmung des Patienten zu achten, selbst wenn die Entscheidung im Einzelfall nicht ohne weiteres richtig erscheint. Entschließt sich beispielsweise ein Arzt anstelle einer Allgemeinnarkose zu einer Periduralanästhesie, so hat er grundsätzlich den Patienten über beide Verfahren aufzuklären und die Entscheidung des Patienten zu respektieren. In einem derartigen Fall hat der BGH ausgeführt, dass nichts dafür spreche, dass ein verständiger Patient an der Entscheidung zwischen Periduralanästhesie und Allgemeinnarkose uninteressiert sei. Es könne nicht von vornherein angenommen werden, dass der Unterschied der Methoden, der das subjektive Erleben des Eingriffs wesentlich beeinflusst, dem Patienten gleichgültig sein werde [43].

Die Problematik des Umfangs der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung ist im Komplex der ärztlichen Aufklärungspflicht die am meisten umstrittene Frage. Es ist zwischen notwendigen ungünstigen und möglichen schädlichen Folgen zu unterscheiden. Unstreitig ist über die unausweichlichen Konsequenzen eines ärztlichen Eingriffs aufzuklären, denn an ihnen hat der Patient ein unabweisbares Interesse. Nur unwesentliche oder allgemein bekannte notwendige Folgen bedürfen keiner Bekanntgabe, problematisch hingegen erscheint die Aufklärung über nur mögliche schädliche Folgen einer Behandlung. In der sogenannten ersten Elektroschockentscheidung forderte der Bundesgerichtshof nahezu eine Vollaufklärung des

Patienten [15]. Diese Rechtsprechung hat der Bundesgerichtshof im sogenannten zweiten Elektroschockurteil präzisiert und modifiziert [20]. Der Kreis der möglichen schädlichen Folgen, über die aufgeklärt werden muß, wird mittels des Merkmals der Komplikationsdichte im Wege der konkreten Betrachtungsweise ermittelt [27]. Es kommt auf die im konkreten Fall bestehende allgemeine Gefahr an. Daneben ist die Schwere der möglichen Komplikation ein die Aufklärungspflicht mitbestimmendes Merkmal. Über schwere Komplikationen muß daher auch dann aufgeklärt werden, wenn sie relativ selten sind [28].

Weiterhin ist die Notwendigkeit der Behandlung in Relation zu setzen zu ihren Gefahren. Dabei würde es streng genommen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten erfordern, dass der Arzt bei der Ermittlung der allgemeinen Gefahr die subjektive Auffassung des Patienten zugrunde legt. Damit wäre der Arzt aber nicht nur zeitlich überfordert. Daher geht auch die Rechtsprechung davon aus, dass der Arzt in dem Umfang aufzuklären hat, der von einem verständigen Menschen in der konkreten Lage als für seinen Willensentschluß erforderlich angesehen wird. Nicht zuletzt richtet sich damit der Grad der erforderlichen Aufklärung nach der individuellen Intelligenz und dem aktuellen Bildungsgrad des Patienten sowie dessen (dem Arzt bekannten) Erfahrungen aus Anamnese und Krankenvorgeschichte.

Es kann sich die Frage stellen, ob die medizinische Fürsorge es erfordert, dass der Arzt die Aufklärung ganz oder teilweise unterläßt, um nicht durch ein psychologisches Moment den dafür empfänglichen Patienten so zu verunsichern, dass er auf eine (lebens-)notwendige Behandlung verzichtet. Im Gegensatz zu der alten paternalistischen Grundhaltung, nach der eine medizinische Behandlung für den Patienten regelmäßig günstig und ihm deshalb ohne weiteres zuzumuten war, ist heute allgemein anerkannt, dass prinzipiell dem Patienten selbst die Entscheidung zusteht, ob er eine Behandlung angesichts der möglichen Risiken wünscht. Gelangt er dabei zu dem Ergebnis, eine dringend notwendige Behandlung nicht zu gestatten, so ist dies ein zwar unerwünschtes, aber hinzunehmendes Ergebnis des individualistischen Ansatzes des Aufklärungsprinzips. Diese Kollision verschiedener Rechtsgüter, auf der einen Seite die Selbstverwirklichung und Freiheit der Entscheidung, auf der anderen Seite Fürsorge für den Patienten, soll trotz der psychologischen Problematik zugunsten der Selbstbestimmung des Patienten und nicht mit seiner Bevormundung durch

den Arzt gelöst werden. Lediglich in den seltenen Fällen, in denen eine Behandlung gesundheits- und/oder lebensnotwendig ist und die Zustimmung für die Behandlung durch den Patienten durch Störungen im formalen Denken nicht wirksam abgegeben wird, kann der Arzt von einer Risikoaufklärung absehen.

2.8.2 Nebenpflichten

Der Behandlungsvertrag begründet außerdem Nebenpflichten, die im Wesentlichen aus dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) und der ärztlichen Standesethik entstehen. Sie dienen zum einen dem Schutz der Rechtssphäre des jeweiligen Vertragspartners vor Schäden im Rahmen der Erfüllung der Leistungspflichten des Behandlungsvertrages, zum anderen dienen sie der Bewahrung des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Wichtige Nebenpflichten sind im Einzelnen die Gewährung der Einsichtnahme durch den Patienten in die Krankenunterlagen, Auskunftspflicht gegenüber dem Patienten oder seinem Vertreter über Befund, Prognose und äußeren Behandlungsverlauf, Berücksichtigung der finanziellen Situation des Patienten, Dokumentationspflicht.

2.8.2.1 Dokumentationspflicht

Zur Rechtsnatur der ärztlichen Dokumentation führt der Bundesgerichtshof folgendes aus:

„Aufzuzeichnen sind indessen nur die für die ärztliche Diagnose und die Therapie wesentlichen medizinischen Fakten in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form Die ärztliche Dokumentation dient vor allem therapeutischen Belangen. Ihr Inhalt und Umfang richtet sich indessen nicht danach, wie am besten Beweise für einen späteren Arzthaftungsprozeß zu sichern sind.“ [66]

Ziel und Zweck der Dokumentationspflicht ist die auf Dauer angelegte Gewährleistung sachgerechter medizinischer Behandlung durch den behandelnden Arzt, seiner Hilfskräfte und möglicher Folgeärzte. Die Dokumentationspflicht ist daher medizinisch indiziert und bezieht sich deshalb auch nur auf medizinisch erforderliche objektivierbare Inhalte. Eine forensische Indikation zur Beweissicherung besteht nicht, auch wenn im Schadensfall eine umfängliche Dokumentation ex post betrachtet stets zu einer Erhöhung der Transparenz des Schadensereignis und einer möglicherweise notwendigen Beweisführung beiträgt. Der Dokumentationspflicht sind inhaltlich wie formal Grenzen gesetzt. Aufzeichnungspflichtig sind die medizinischen Fakten, die für das Dreigestirn Diagnose, Aufklärung und Therapie relevant sind. Dies sind im

Grundsatz wesentliche medizinische Feststellungen, Befunde und Veranlassungen zur Diagnostik und Therapie sowie die wichtigsten Fakten zum Ablauf der Therapie, insbesondere von der Norm und dem Standard abweichende Ereignisse oder Abläufe sowie die Aufklärung des Patienten, Selbstverständlichkeiten sind nicht zu dokumentieren [147].

Formal muß die Dokumentation für einen Fachmann inhaltlich verständlich und vollständig sein, nicht für den Laien. Es genügen klinikarztübliche Kürzel und bei standardisierten Routineeingriffen die Angabe eines Kurzbegriffs [72] handschriftlich, maschinenschriftlich oder elektronisch. Der BGH führt in diesem Zusammenhang aus:

„Das Krankenblatt ist eine Gedächtnisstütze des Arztes, ein von ihm oder für ihn gefertigtes Hilfsmittel, das ihm den jederzeitigen, raschen Überblick über den Verlauf der Krankheit und ihrer Behandlung ermöglichen und damit bei der Durchführung der Therapie entlasten soll, dagegen keine schriftliche Festlegung der Krankengeschichte, die sorgfältig und vollständig zu führen der Arzt im Verhältnis zum Kranken verpflichtet wäre.“ [32]

Indessen gewährt die Rechtsprechung dem Patienten dann Beweiserleichterungen, wenn die Dokumentation mangelhaft ist (s. Punkt 5.3.3). Ist etwa eine Maßnahme nicht dokumentiert worden, so kann vermutet werden, dass diese nicht durchgeführt worden ist [122].

Im Rahmen der Dokumentationspflicht kann sich die Frage stellen, ob der Arzt nachträglich seine Aufzeichnungen verändern darf bzw. wie lange er das darf. In der arztrechtlichen Literatur finden sich hierzu nur wenige Anmerkungen, wie z.B. bei Laufs:

„Die Dokumentation muß vollständig spätestens zum Ende des einzelnen Behandlungsabschnitts vorliegen. Der Verzug gefährdet auch die beweisrechtlichen Zwecke“ [113].

Laufs gibt an dieser Stelle kein Zitat oder Hinweise auf die Rechtsprechung an, so dass man die Annäherung an diese Problematik anhand allgemeiner Grundsätze suchen kann. Bei der Frage, ob der Arzt sich strafbar machen kann, wenn er die Dokumentation ergänzt und berichtigt, ist § 267 Abs. 1 StGB zu beachten.

„Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine echte Urkunde verfälscht ..., wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Es ist zweifelsfrei, dass Krankenunterlagen eine Urkunde darstellen. Eine Verfälschung liegt vor, wenn die Beweisrichtung der Urkunde geändert wird. Auch der Aussteller einer Urkunde kann diese verfälschen, sobald er unbefugt handelt. Dieser Zeitpunkt beginnt dann, wenn sich ein anderer auf den bestehenden Inhalt der Urkunde etwa im Rahmen eines Prozesses beruft oder ein rechtliches Interesse auf Einsichtnahme geltend macht. Der Patient hat auch vorprozessual schon einen Anspruch auf Einsichtnahme in die für den Fall relevanten Teile der über ihn geführten Krankenunterlagen. Somit ergibt sich, dass ergänzende und berichtigende Eintragungen in den Krankenunterlagen in dem Moment unbefugt sind, in dem der Patient zu erkennen gibt, dass er die Dokumentation einsehen will oder Haftungsansprüche stellen möchte. Dabei kommt es nicht darauf an, ob ein förmliches Klageverfahren anhängig ist, oder eine Schlichtungsstelle bzw. Gutachterkommission angerufen wurde. Die bisher internen ärztlichen Aufzeichnungen im Interesse der Patientenversorgung erhalten nunmehr eine nach außen gerichtete beweisrechtliche Qualifikation, so dass der Arzt die alleinige Verfügungsgewalt über den Inhalt dieser Urkunde verloren hat. Die Dokumentation ist jetzt auch im Interesse des Patienten vorhanden, so dass einseitige Veränderungen durch den Arzt nicht mehr erlaubt sind, auch wenn diese nur dazu dienen sollen, die Wahrheit detaillierter darzustellen. Auch eine solche nur auf die zutreffende Darstellung der Behandlungsabläufe gerichtete Veränderung der Dokumentation bedeutet die Verfälschung einer echten Urkunde. Die geschieht aber auch zur Täuschung im Rechtsverkehr, denn der Arzt möchte durch die Änderungen in der Dokumentation in einer späteren Auseinandersetzung mit dem Patienten, die sich jetzt abzeichnen beginnt, eine beweisrechtlich bessere Position einnehmen. In diesem Sinne begeht der Arzt eine strafbare Urkundenfälschung (s. auch § 278 StGB); unbeschadet kann er jedoch jederzeit eine örtlich getrennte erläuternde Stellungnahme zu seinen Aufzeichnungen nachträglich anfertigen.

3. Grundlagen der Arzthaftung

Der Begriff Arzthaftung umfasst die Haftung eines oder mehrerer Ärzte, sowie deren Hilfspersonals; im Krankenhausbereich auch des Krankenhausträgers. Anspruchsgrundlage für Ersatzansprüche eines geschädigten Patienten sind im Wesentlichen der Behandlungsvertrag sowie das Deliktsrecht (unerlaubte Handlung) des BGB. Die

zivile Arzthaftung erscheint damit sowohl als Vertragsverletzung als auch als unerlaubte Handlung und ist somit zweigleisig. Diese gleichrangig nebeneinander stehenden Haftungsgründe sind regelmäßig jeweils zu prüfen, wobei in der Praxis diese doppelte theoretische Grundlage zu einem einheitlichen Haftungsschema zusammengezogen wird.

„Die einem Arzt bei der Behandlung seiner Patienten obliegenden vertraglichen und deliktischen Sorgfaltspflichten sind grundsätzlich identisch.“
[64]

Grundsätzlich verbleibt das Schadensrisiko aus Krankheit beim Patienten selbst, d.h. der Patient trägt auch bei behandlungsfehlerfreier Behandlung dasselbe Schadensrisiko. Einen Haftungsausgleich soll nur das Schadensrisiko erlangen, das durch eine schuldhaft fehlerhafte Behandlung entsteht, welche insoweit in erster Linie vordergründig Diagnose, Aufklärung und Therapie erfasst.

3.1 Sorgfaltsregeln

Zur Beurteilung einer fehlerhaften Behandlung versucht die Rechtsprechung den Begriff Sorgfalt auszufüllen. Die Sorgfaltsregeln werden im Einzelfall durch die jeweiligen Erfahrungen ärztlicher „Kunst“ und die jeweiligen Erkenntnisse medizinischer Wissenschaft bestimmt. Die Erfahrungen der ärztlichen „Kunst“ sind deshalb von Bedeutung, weil sich die komplizierten physiologischen und psychischen Vorgänge im menschlichen Organismus nicht oder noch nicht in jeder Hinsicht streng kausalwissenschaftlich erklären lassen.

„Wer eine ärztliche Aufgabe übernimmt, schuldet die erforderliche Sorgfalt, nicht nur die ihm persönlich mögliche und nicht die übliche. Mangelnde Erfahrung oder mangelnde Kenntnisse sind kein Entlastungsgrund bei dem objektivierten Sorgfaltsmaßstab des Zivilrechts.“ [156]

Um die erforderliche und nicht die übliche Sorgfalt zum Maßstab beruflichen Handelns festzulegen, bedarf es einer autonomen, nicht berufsständischen Instanz, damit die Formulierung dieses Maßstabs nicht innerhalb einer Berufsgruppe erfolgt. Es drängt sich zwar auf, die Ausformung des Maßstabs der erforderlichen Sorgfalt aus der fachlichen Kompetenz des handelnden Berufsstandes zu gewinnen. Die Übernahme eines Regelkatalogs würde jedoch dem Einzelfall nicht gerecht werden. Zum

einen würden die potentiell Haftungs-betroffenen die Voraussetzungen ihrer Inanspruchnahme selbst bestimmen können, zum anderen muß ein solcher Katalog notwendigerweise unvollständig und widersprüchlich sein (medizinischer Schulenstreit), aus dem sich die Rechtsprechung heraushalten will und soll [33]. Die rechtliche Bestimmung berufsmäßiger Sorgfalt hat im Hinblick auf die Interessen des Patienten deshalb berufsextern zu erfolgen und ist den verfassungsgemäß dafür bestimmten Organen und Institutionen vorbehalten. Im konkreten Einzelfall sind jedoch in aller Regel die Vertreter der jeweiligen Berufsgruppe als Sachverständige bei der Ergebnisfindung beteiligt. Bereits an dieser Stelle soll angemerkt werden, dass der Begriff „Kunstfehler“ umstritten und nicht deckungsgleich mit dem Begriff der Sorgfaltspflichtverletzung ist.

3.2 Haftung aus Vertrag:

Die Grundlage der vertraglichen Haftung ist die Verletzung einer Pflicht aus einem Dienstvertrag. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aus dem Jahre 1900 kannte bis in jüngste Zeit neben den Vorschriften über die Haftung für Mängel (Gewährleistung) im allgemeinen Schuldrecht als weitere Leistungsstörungen nur die vorübergehende oder endgültige Nichtleistung (Unmöglichkeit) und die verspätete Leistung (Verzug). Daneben hatten Rechtsprechung und Lehre alsbald das Rechtsinstitut der positiven Vertragsverletzung (pVV) entwickelt, nämlich die (allgemeine) schuldhaftige Störung der Leistung bzw. ihrer Erbringung durch den Schuldner, zumeist in Form einer Verletzung von Neben- oder Schutzpflichten, was einen Anspruch auf Schadensersatz zur Folge hat. Dies war gewohnheitsrechtlich anerkannt. Die pVV heißt "positiv", weil der Vertrag "positiv", d.h. trotz Erfüllung und nicht "negativ", also durch Nichterfüllung verletzt wurde. Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts zum 1. Januar 2002 hat sich insoweit die Rechtslage verändert. Nunmehr regelt § 280 Abs. 1 BGB als neuer Grundtatbestand für Leistungsstörungen, dass der Schuldner, der eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis verletzt, dem Gläubiger den hieraus entstehenden Schaden ersetzen muß. Dies gilt nur dann nicht, wenn der Schuldner beweisen kann, dass er die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

Diese Neuregelung, die für nach dem 1. August 2002 geschlossene Verträge gilt, erfasst nunmehr auch die Fälle, in denen bisher die pVV angewandt wurde. Sie gilt auch bei Verletzung einer vertraglichen Nebenleistungspflicht (§ 241 Abs. 2 BGB). Das gewohnheitsrechtliche Rechtsinstitut der pVV ist damit entfallen und wurde durch die geänderte bzw. neue Kodifizierung des allgemeinen Schuldrechts innerhalb des BGB ersetzt [171].

In einem Dienstvertrag verpflichtet sich der Arzt zur Erbringung einer Leistung, im Allgemeinen einer fachgerechten ärztlichen Behandlung. Außer in Ausnahmefällen soll er keinen Erfolg schulden, denn ein Heilerfolg hängt von vielen, zum Großteil vom Arzt nicht beeinflussbaren Faktoren ab. So ist beispielsweise die Mitwirkung des Patienten eine Grundvoraussetzung für den erfolgreichen Abschluß einer ärztlichen Behandlung, andere Faktoren der Heilung sind zum Teil als nicht gesichert noch Gegenstand der Forschung oder gänzlich unbekannt. So bleiben Werkverträge wie z.B. zahnprothetische Maßnahmen, einzelne konkrete kosmetische Operationen Sonderfälle, die in der allgemeinmedizinischen Praxis selten und nur vereinzelt vorkommen.

Bevor eine vertragliche Haftung zu bejahen ist, müssen die Voraussetzungen hierfür gegeben sein: Zum einen muß eine Schlechterfüllung festgestellt werden, zum anderen muß der Arzt diesen Pflichtenverstoß zu vertreten haben. Ob ein Arzt den Pflichtenverstoß zu vertreten hat, hängt davon ab, ob er die erforderliche Sorgfalt angewandt hat. Maßstab dieser Sorgfalt ist die Kenntnis und Aufmerksamkeit, die gewöhnlich von einem ordentlichen Vertreter dieses Berufes erwartet werden kann, wobei Spezialisierung die Anforderungen an spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten erhöht. Ein Verstoß gegen diese Sorgfalt ist etwa anzunehmen, wenn ein durchschnittlicher Vertreter des Berufes (bei Einsatz seiner Kenntnisse und seiner Aufmerksamkeit) die schädigende Folge seines Handelns oder Unterlassens hätte vorhersehen und vermeiden können. Eine übliche Vorgehensweise allein entläßt den Arzt nicht aus der Haftung, was bedeutet, dass etwa ein einzelner Arzt die für alle Ärzte durchaus übliche, wenn auch nach objektiven Maßstäben mangelnde erforderliche Sorgfalt angewandt hat und dennoch mit einem Schadensersatzanspruch aus Vertragshaftung konfrontiert wird.

Die Einhaltung der Regeln ärztlicher „Kunst“ kann andererseits nicht in jedem Fall die Haftung des Arztes ausschließen [33], so etwa, wenn dem behandelnden Arzt Zweifel an einer bislang anerkannten, aber zu diesem Zeitpunkt überholten Behandlungsmethode kommen mußten, da für ihn die standesrechtliche Pflicht zur Fortbildung und aktuellen berufsspezifischen Unterrichtung besteht. Die ärztlichen Sorgfaltspflichten werden nicht von ein für allemal festgelegten Regeln bestimmt, sondern durch den fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnisstand, der seinen Ausdruck in wechselnden Behandlungsmethoden findet. Verhaltensrichtschnur ist die nach objektiver medizinischer Erkenntnis am meisten erfolgsversprechende und zugleich den Patienten am wenigsten gefährdende Behandlungsmethode, also die aus der Abwägung von Erfolgsaussicht und Risiko sich ergebende konkrete, auf den Einzelfall ausgerichtete Therapie.

„Ein Arzt braucht nicht jeweils das neueste Therapiekonzept zu verfolgen. Eine bestimmte Behandlungsmethode genügt aber von dem Zeitpunkt ab nicht mehr dem einzuhaltenden Qualitätsstandard, wenn es neue Methoden gibt, die risikoärmer sind und/oder bessere Heilungschancen versprechen und in der medizinischen Wissenschaft im wesentlichen unumstritten sind.“ [70]

Die maßgeblichen Behandlungsregeln können beispielsweise für einen Spezialisten in einer Klinik der höchsten Versorgungsstufe anders bemessen sein als für einen Allgemeinarzt in einer Landpraxis oder in Eilfällen, wo weniger einzufordern ist, als wenn ausreichend Gerät, Zeit und Personal für eine sorgfältige Diagnose und Therapie des Patienten zur Verfügung stehen.

Die den vertraglich vereinbarten Eingriff in die körperliche und seelische Integrität rechtfertigende Einwilligung des Patienten erstreckt sich systemimmanent deshalb nicht auf Fehler bei der Behandlung, da dieser als schädigendes Ereignis definiert ist.

3.3 Haftung für Erfüllungsgehilfen:

Helfen dem Arzt bei der Erfüllung seiner Pflichten aus einem Behandlungsvertrag sog. Erfüllungsgehilfen, wie z.B. Arzthelfer/innen oder Assistenten/innen, dann hat

der Arzt deren schuldhafte Pflichtverletzung ebenso zu vertreten wie eigenes Verschulden (§ 278 BGB).

„Ein Erfüllungsgehilfe haftet gegenüber dem Geschädigten neben dem Geschäftsherrn nur dann, wenn ihm selbst eine unerlaubte Handlung vorzuwerfen ist.“ [160]

3.4 Deliktische Haftung:

Die deliktsrechtliche Haftung lehnt sich dem Grunde nach insoweit an das Strafrecht an, deren Grundgedanke die höchstpersönliche Haftung aus einem berechtigten (Tat-)Vorwurf ist. Sie stellt dabei die zivilrechtliche Kompensationsmöglichkeit auch bei Vorliegen einer Straftat dar, da das Strafrecht selbst grundsätzlich nur die Tat dadurch ahndet, dass der Täter persönlich bestraft wird, aber Ersatzansprüche an den Geschädigten nicht gewährt.

Der ärztliche Eingriff, auch wenn zu Heilzwecken *lege artis* und mit Erfolg durchgeführt, wird juristisch als Verletzung des Körpers und der Gesundheit angesehen. Er erfüllt damit objektiv den Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des § 823 BGB. Dies ist die zentrale Norm des (zivilen) Deliktsrecht, die im ersten Absatz die Verletzung absoluter Rechtsgüter wie Leben und Gesundheit regelt und im zweiten Absatz auf sog. Schutzgesetze zielt, die u.a. in den lebens- und gesundheitsschützenden Normen des Strafgesetzbuches zu finden sind.

Bei rechtswidriger und schuldhafter Verletzung von Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit oder sonstigem anerkanntem Persönlichkeitsrecht des Patienten (§ 823 Abs. 1 BGB) durch den behandelnden Arzt kann der Patient von dem Arzt Schadensersatz verlangen. Ob die Verletzung rechtswidrig und/oder schuldhaft war, muß geprüft werden, für die Schuldhaftigkeit muß der Arzt vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt haben. Rechtswidrig ist ein verletzender Eingriff dann, wenn er ohne Einwilligung des Patienten erfolgt oder der Patient durch eine mangelhafte Aufklärung nicht in den Stand versetzt, frei und selbstbestimmt über die Verletzung zu entscheiden. Dies ist meist bei fehlender oder lückenhafter Aufklärung über den Eingriff der Fall.

„Schon die Operation selbst und die damit verbundenen Beschwerden stellen, sofern der Eingriff nicht durch die Einwilligung des Patienten gedeckt ist, einen ersatzfähigen Körperschaden dar.“ [62]

Ansonsten entsprechen Behandlungspflichten, Sorgfaltsmaßstab und Kausalitätszurechnung der Rechtslage für die vertragliche Haftung.

Auch das Unterlassen einer gebotenen ärztlichen Behandlung kann als Gesundheitsschädigung betrachtet werden:

„Eine Verletzung der Gesundheit ist schon dann gegeben, wenn der Heilungsprozeß durch grundlose Untätigkeit des Arztes verlängert wird.“ [144]

Die Verletzung der Schweigepflicht durch den Arzt stellt eine Verletzung des Persönlichkeitsrechts des Patienten dar und kann als Grundlage einer deliktischen Haftung dienen. Allerdings kann der Patient sich nicht auf eine Verletzung der Schweigepflicht berufen, wenn er im nach hinein mit der Übermittlung patientenbezogener Daten nicht einverstanden ist.

„Wird der Patient von seinem Hausarzt zur Abklärung der Ursache seiner Beschwerden in die orthopädische Abteilung eines Krankenhauses eingewiesen und unterzieht er sich dort der konsiliarischen Untersuchung durch andere Abteilungen wie auch der zusätzlichen Untersuchung durch einen Psychologen, so erteilt er damit stillschweigend seine Einwilligung zur Mitteilung der Befunde an seinen Hausarzt. Wertende Schlußfolgerungen in diesen Mitteilungen stellen grundsätzlich keine Verletzung des Persönlichkeitsrechts dar.“ [150]

In seltenen Fällen muß der Arzt in Abwägung verschiedener Rechtsgüter die Schweigepflicht brechen:

„Ein Arzt kann trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein, die Verkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn sein Patient mit einem Kraftwagen am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden. Voraussetzung ist jedoch, daß der Arzt vorher den Patienten auf seinen Gesundheitszustand und auf die Gefahren aufmerksam gemacht hat, die sich beim Steuern eines Kraftwagens ergeben, es sei denn, daß ein Zureden des Arztes wegen der Art der Erkrankung oder wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos ist.“ [38]

3.5 Verjährung

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre (§195 BGB). Die Verjährung von Schadensersatzansprüchen des Patienten bei Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder Freiheit beträgt nach der Neuordnung durch das Schuldrechtmodernisierungsgesetzes vom 1. Januar 2002 dreißig Jahre (§199 Abs. 2 BGB) [114]. Der Lauf der Frist beginnt mit dem Schluß des Jahres, in dem der Geschädigte von der Person des Ersatzpflichtigen und dem Schaden allgemein Kenntnis erlangt hat; ein Überblick über den Umfang des Schadens im einzelnen ist nicht erforderlich [22]. Ein regelmäßiger Streitpunkt ist die Frage, wann ein Patient tatsächlich Kenntnis von einem Schaden erlangt hat. Hierzu führt der BGH aus:

„Voraussetzung ist hierfür eine ausreichende Kenntnis des Patienten von Tatsachen, die ein Fehlverhalten des Arztes, nämlich einen Aufklärungs- oder Behandlungsfehler, nahelegen.“ [63].

Die Kenntnis für den Schaden kann der Patient etwa durch das Gespräch mit seinem Hausarzt erlangen [132], er muß jedoch nicht den Überblick über den Umfang des Schadens im Einzelnen haben [26]. Andererseits bewirken z.B. verzögernde Angaben des Arztes, die negativen Behandlungsfolgen seien etwa nur vorübergehend, keinen Rechtsverlust auf Seiten des Patienten.

Der Arzt, der sich auf die ihm günstigen Voraussetzungen der Verjährung beruft, trägt die Beweislast für alle Umstände, aus denen sich der Beginn und Ablauf der Verjährung ergeben.

4. Fallgruppen

Die Haftungszumessung bei ärztlichen Fehlverhalten erfolgt sowohl bei Prüfung vertraglicher wie auch deliktischer Anspruchsgrundlagen – unter Vernachlässigung der Schuldform des Vorsatzes – über die Beantwortung der Frage, ob ein Sorgfaltspflichtverstoß vorliegt.

Die Fülle der denkbaren wie auch der anerkannten Regeln beruflicher Sorgfalt läßt eine vorsichtige Ordnung sinnvoll erscheinen, schon wegen der Möglichkeit besserer

Orientierung, aber auch wegen der Prävention. Das Arzthaftungsrecht kennt im Wesentlichen zwei Haftungstatbestände: Den Behandlungsfehler, der den Patienten durch unsachgemäßes ärztliches Handeln oder Unterlassen körperlich schädigt, und den Aufklärungsfehler, der einen durch die Aufklärung nicht gedeckten körperlichen Eingriff mangels rechtswirksamer Einwilligung rechtswidrig macht. Bei einem Behandlungsfehler decken sich die vertraglichen und deliktischen Verhaltenspflichten wie auch die Voraussetzungen der Haftungstatbestände [115, 155]. Beim Aufklärungsfehler steht nach der Rechtsentwicklung durch den BGH das Deliktsrecht an vorderer Stelle, da jeder körperliche Eingriff ohne Einwilligung des Patienten eine rechtswidrige Körperverletzung darstellt [58]. Bei Nichtbeachtung der mit dem Patienten vertraglich vereinbarten Aufklärungspflicht kommt es in zweiter Linie auch zu einem Haftungsanspruch aufgrund einer Vertragsverletzung [69].

Dies hat praktische Bedeutung auch in der allgemeinmedizinischen Praxis. Nimmt etwa bei einer ambulanten Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin eine intramuskuläre Injektion vor und entsteht hierdurch ein Spritzenabszeß, über den der Patient vom behandelnden Arzt vorher nicht aufgeklärt wurde, so hat der Patient unterschiedliche Ansprüche, die nach der jeweiligen Anspruchsvoraussetzung zu unterscheiden sind. Gesetzt den Fall, der Spritzenabszeß war aufklärungspflichtig, so hat der Patient einen Haftungsanspruch aus vertraglicher Haftung wie auch aus dem Deliktsrecht, da die vorgenommene Injektion durch mangelhafte oder nicht erfolgte Aufklärung, die eine Einwilligung des Patienten in den Eingriff rechtsunwirksam macht, dann eine rechtswidrige Körperverletzung darstellt. Der geschädigte Patient kann neben den Haftungsansprüchen aus Vertrag auch solche aus dem Deliktsrecht (i.S. von Schmerzensgeld) geltend machen. Gesetzt den hypothetischen Fall, der Spritzenabszeß wäre nun nicht aufklärungspflichtig, wäre die Körperverletzung nicht rechtswidrig und es ergäbe sich für den Patienten nur die Möglichkeit auf vertraglichen Haftungsgrundlagen zum Ausgleich zu kommen (seit 1. Januar 2002 auch mit Schmerzensgeld nach § 253 Abs. 2 BGB).

Der grundsätzliche Unterschied zwischen Behandlungs- und Aufklärungsfehler erscheint für eine am Überblick orientierten Ordnung aller bisher aufgetretenen Fehler zu grob. Daher versuchten verschiedene Autoren eine differenzierte Ordnung zu etablieren. Eine Reihe von Gesichtspunkten erscheint plausibel, wie etwa die Gruppie-

nung um eine tatsächliche Situation, der Bezug auf verschiedene Adressaten der Regeln, oder die Unterscheidung nach Merkmalen, aus denen eine Abstufung der Sorgfalt folgen könnte. Ziele einer Fallgruppenbildung wären somit auch die Orientierung an und die Gewinnung von wertungsrelevanten Gesichtspunkten.

Übersichtlich, praxisorientiert und zwanglos lassen sich ärztliche Fehlleistungen in folgende Gruppen einteilen:

- Allgemeine Fehler
- Diagnosefehler
- Aufklärungsfehler
- Therapiefehler
- Organisationsfehler

Die Reihung in Allgemeine, Diagnose-, Aufklärungs-, Therapie- und Organisationsfehler orientiert sich am Ablauf und Intensivierung des Kontaktes zwischen Arzt und Patient. So kommt es mit Fortschreiten des Kontaktes mit dem Patienten zu einer Zunahme der Kenntnis von Fakten und Umständen des Behandlungsfalles. Der Bezug des behandelnden Arztes zum jeweiligen Einzelfall wird intensiver. Das Durchgangsziel Diagnose als Erkenntnis muß sich an dem Endziel Behandlung als Nutzen im Sinne von Heilung oder Linderung messen lassen.

In der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff Behandlungsfehler in zwei unterschiedlich weiten Begriffsdefinitionen verwendet. Einmal bedeutet Behandlungsfehler einen Fehler, der sich während des gesamten Arzt- / Patienten Kontaktes ereignen kann, die andere Bedeutung ist enger und bezeichnet den Fehler i.S. eines Therapiefehlers, der während des eigentlichen therapeutischen Handelns am Patienten entsteht.

Allen ärztlichen Fehlleistungen ist die damit korrespondierende Verpflichtung des Arztes gemein, dass der Patient über die Fehlbehandlung aufzuklären ist. Einen dem entgegenstehenden Grundsatz, sich selbst nicht bezichtigen zu müssen, wie er im allgemeinen deutschen Strafrecht besteht, greift bei der zivilrechtlichen Arzthaftung nicht, da es hier um die schutzwürdigen Belange von Privatpersonen durch das Kollektiv geht und nicht um Strafverfolgung im Sinne von Schuld und Sühne.

4.1 Allgemeine Fehler

Die Fallgruppe der Allgemeinen Fehler beinhaltet Übernahmepflichten, die durch die Ausformung allgemeiner Standards ärztlicher Pflichten gekennzeichnet sind. Diese Pflichten sind auch in ihrer konkreten Ausformung weniger von den Umständen des gegebenen Einzelfalles geprägt – also der jeweiligen Situation und/oder Person des Patienten –, als vielmehr durch die generelle Erwartung des Patienten. Hierunter fallen Anforderungen, die sich auf die Anbahnung und die Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses beziehen.

Ein Arzt muß dem Patienten deutlich machen, wenn er ihn nicht als Patient annehmen will. Er darf sich nicht mit telefonischen Informationen („Telefondiagnose“) zufrieden geben, wenn hierdurch nicht gewährleistet ist, dass er sich ein vollständiges Bild vom gesundheitlichen Zustand des Patienten machen kann. Im Zweifelfall ist der Arzt zu einem Hausbesuch verpflichtet. Der BGH führt hierzu aus:

„Es gehört zu den Aufgaben eines Arztes, sich von den Leiden seines Patienten ein eigenes Bild zu machen, dabei die Angaben Dritter nicht ungeprüft zu übernehmen und wichtige Befunde selbst zu erheben. Ferndiagnosen aufgrund mündlicher Berichte von Angehörigen können in den seltensten Fällen ausreichen.“ [47]

Einem Arzt ist bereits dann ein Verschuldensvorwurf zu machen, wenn er Behandlungsmethoden anwendet, die nicht (mehr) dem Stand des heutigen medizinischen Wissens entsprechen, was angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts dem Arzt ein nicht unerhebliches Haftungsrisiko aufbürdet. Die Rechtsprechung verlangt daher, dass der Arzt die Diskussion in Fachkreisen über die Gefahren von Behandlungsmethoden verfolgt [29], sich über die Fortschritte der Heilkunde unterrichtet, und sich mit den neuen Heilmitteln vertraut macht [162]. In diesem Zusammenhang hat der BGH das Facharztpostulat entwickelt, um den Anspruch des Patienten auf Behandlung von einem erfahrenen Vertreter einer medizinischen Fachrichtung zu verdeutlichen. Bis zum Frühjahr 1992 war das Facharztpostulat dahingehend zu verstehen, dass es auf die persönlichen, fachlichen Kenntnisse des Arztes ankam und nicht auf das formelle Zuerkennen des Facharztstitels durch die zuständige Landesärztekammer. Die Entscheidung des BGH vom März 1992 [72] im Falle einer Operation durch einen Berufsanfänger löste in diesem Zusammenhang Widerspruch so-

wohl in der medizinischen wie auch in der juristischen Fachwelt aus, da der BGH es nunmehr offensichtlich ausschließlich auf die formelle Ernennung zum Facharzt ankommen ließ und im entschiedenen Fall den haftungsbegründenden Fehler aufgrund der mangelnden Facharzteigenschaft für möglich erachtete. Hierbei gab E. Steffen allerdings zu bedenken, dass es im Rahmen des zivilrechtlichen Haftungsmaßstabs nicht unbedingt auf die Situation des behandelnden Arztes ankommt, sondern vielmehr auf die für den Patienten ex-ante betrachtete erforderliche Sorgfalt. Auch sind die haftungsrechtlichen Qualitätsanforderungen einer Universitätsklinik anders als die eines Krankenhauses auf dem Lande [169].

Mit solchen Anforderungen an die berufliche Qualifikation befaßte sich der BGH, wobei er die Anforderungen jedenfalls im Bereich der Notfallmedizin niedriger ansetzt.

Ein als Notarzt tätiger Allgemeinmediziner war zu einer psychisch Kranken gerufen worden, die sich sodann von ihm unbeaufsichtigt gelassen aus dem Fenster stürzte, da er aufgrund mangelnder Qualifikation die Schwere der Erkrankung nicht erkannt hatte. Der BGH hat eine Entlastung des Arztes in dessen Behauptung gesehen, auf die Möglichkeit einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik hingewiesen zu haben. [80]

Es obliegt dem behandelnden Arzt zunächst selbst zu überprüfen, ob er über die für die Behandlung erforderlichen Fachkenntnisse in ausreichendem Maß verfügt. Kommt er zu dem Ergebnis, dass dies nicht der Fall ist, muß er konsiliarisch einen erfahreneren Kollegen hinzuziehen oder den Patienten an diesen überweisen.

Die Bewertung einer möglichen mangelhaften Qualifikation wird im Zweifelsfall das Gericht gegebenenfalls nur mit Hilfe eines Gutachters vornehmen können, wobei sich Fehler relativ einfach bei der bloßen Schlechtleistung im Behandlungsvertrag feststellen lassen, wie etwa unsachgemäße Injektionen, fehlerhafte Medikamentierung oder das Hinterlassen von Instrumenten oder Hilfsmitteln im Körper des Patienten.

Die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten dürfen vom Arzt nicht überschritten werden, er muß sich ihrer auch bewußt sein [34]. Im Zweifelsfall hat er den Patienten in eine Praxis zu überweisen, die personell und apparativ den zu fordernden medizinischen Standard erfüllt [157]. Die Anwendung neuer, nicht ausreichend erprobter Behandlungsmethoden zählt nicht zu dem geschuldeten aktuellen medizinischen

Kenntnisstand. Sie kann im Einzelfall sogar eine Haftung aus Verschulden begründen. Ebenso darf der Arzt eine aussichtslose Behandlung nicht fortsetzen.

4.2 Diagnosefehler

Die Diagnose ist unmittelbar auf Erkenntnis gerichtet, sie betrifft die körperliche Integrität und Unversehrtheit des Patienten nur mittelbar. Die Rechtsprechung spricht von Diagnoseirrtümern, die sich als Behandlungsfehler (Diagnosefehler) und als grober Behandlungsfehler (schwerer Diagnosefehler) darstellen können [137]. Die Bewertung der Schwere eines Diagnoseirrtums erfolgt durch die Rechtsprechung zurückhaltend:

„Diagnoseirrtümer sind nur zurückhaltend als Behandlungsfehler zu werten.

Ein Schuldvorwurf erfordert, daß der Arzt ein eindeutiges Krankheitsbild infolge Unachtsamkeit oder mangels ausreichender Erfahrungen verkannt hat, wesentliche und elementare Kontrolluntersuchungen unterlassen hat, die in der konkreten Situation nach gesicherter medizinischer Erfahrung vorgenommen werden mußten, oder daß der Arzt eine erste und noch nicht endgültige Diagnose nicht anhand des weiteren Krankheitsverlaufes diagnostisch überprüft und gegebenenfalls richtiggestellt hat.“ [138]

Fehldiagnosen sind ebenso weithin verbreitet, wie nicht jede Fehldiagnose eine haftungsrelevante Folge haben muß. Dennoch kann es im Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Diagnosemethoden zu einer Fehleinschätzung der Behandlungsmöglichkeiten kommen, was besonders durch die Zunahme des Einsatzes von Technik wie auch durch Fortschritte in der Entwicklung von Medikamenten gefördert wird; so scheinen etwa Breitbandantibiotika die Notwendigkeit der Identifizierung der Infektionsursache geringer werden zu lassen. Oft decken Obduktionen ein Mißverhältnis zwischen angenommener Todesursache, den Begleiterkrankungen und post mortem erhobener Befunde auf. Auch besteht über die Diagnosestellung hinaus eine Verpflichtung zu weiterer aufmerksamer und kritischer Beobachtung der Folgen der aus der Diagnose abgeleiteten Behandlungen auf den Gesundheitszustand des Patienten.

Bei mehrdeutigen Krankheitsbildern muß der Arzt durch alle zur Verfügung stehenden Mittel Aufklärung zu erlangen versuchen [32] und darf keine anerkannte Metho-

de der Diagnose vernachlässigen. Beispielsweise ist vor der operativen Entfernung der ganzen Brust eine pathologische Untersuchung der Geschwulst abzuwarten [163]. Nicht indizierte Maßnahmen dürfen keinesfalls getroffen werden [39]. Ziel jeglicher diagnostischer Untersuchung ist ausschließlich die Ursachenfeststellung der Gesundheitsbeeinträchtigung beim Patienten; wirtschaftliche Gesichtspunkte des behandelnden Arztes treten zurück.

Der Arzt hat für seine Diagnose von dem Leiden des Patienten ein eigenes Bild zu machen und kann sich nicht auf mündliche Berichte Dritter oder telefonische Befunderhebungen verlassen [47].

Um in der Praxis Diagnoseirrtümer zu vermeiden, arbeitet vor allem die Allgemeinmedizin häufig mit Verdachtsdiagnosen. Diese Praxis des abwartenden Offenlassens („watchful waiting“) ist eine unverzichtbare Notwendigkeit angesichts des in der Primärversorgung unselektierten Patientenguts. Braun führte den Begriff des abwartenden Offenlassens ein, um den Arzt davor zu schützen, während des Verlaufs einer Erkrankung in seiner diagnostischen Aufmerksamkeit nachzulassen.

„In der Allgemeinmedizin wird nach dem Prinzip „watchful waiting“ auch gezielt mit Faktor Zeit zur Absicherung einer Diagnose gearbeitet, um den Patienten nicht unnötig einer „Überdiagnostik“ in Form von Ausschlussdiagnosen der jeweiligen Spezialisten auszusetzen.“ [167]

4.3 Aufklärungsfehler

4.3.1 Aufklärungsfehler im Bereich der Sicherungsaufklärung

Dazu gehört etwa die Information über die Art und Wirkungsweise, die Modalität der Einnahme und den Anwendungsrhythmus des Medikaments. Weiterhin hat der Arzt über die Nebenwirkungen und die Gefahren falscher oder zu lang andauernder Medikation aufzuklären [55]. Gegebenenfalls muß er sogar die Anwendung des Präparates überwachen.

So hat der Bundesgerichtshof entschieden, daß der Arzt bei dem Verschreiben eines in der Anwendung nicht ungefährlichen Arzneimittels den Patienten über Risiken des Arzneimittels aufzuklären hat und durch geeignete Maßnahmen, gegebenenfalls durch ärztliche Überwachung die nicht gefährdende Anwendung sicherstellen muß. In dem der Entschei-

dung zugrunde liegenden Fall hatte ein Arzt einer 15-jährigen Patientin zur Warzenbehandlung die arsenhaltige Fowler'sche Lösung verschrieben. Er verordnete zunächst 30g und wies die Patientin an, dreimal täglich die Lösung einzunehmen. Am ersten Tag sollte sie je einen Tropfen, an jedem folgenden Tag jeweils einen Tropfen mehr und als Enddosis dreimal täglich zehn Tropfen einnehmen. Da die Patientin in der Apotheke nur 20g erhalten konnte, stellte der Arzt in der Folgezeit ein weiteres Rezept über 30g Fowler'sche Lösung aus, mit der Anweisung, dreimal täglich 10 Tropfen einzunehmen. Mit diesem Rezept kaufte die Patientin insgesamt dreimal 30g der Lösung. Etwa zwei Monate nach Beginn der Behandlung stellte die Hausärztin der Patientin bei dieser eine Arsenvergiftung fest, die eine langwierige stationäre Behandlung erforderlich machte. Der Bundesgerichtshof hat ausgeführt, der behandelnde Arzt hätte von Anfang an zur Feststellung der Verträglichkeitsgrenze und etwaiger toxischer Nebenwirkungen die Arsentherapie laufend überprüfen müssen. Er hätte das zweite Rezept mit einem Sperrvermerk versehen müssen und so einem zusätzlichen Erwerb sowie einer weiteren Einnahme über die zuträgliche Menge hinaus vorbeugen können. Weiterhin hätte die Belehrung vor Beginn der Arsenbehandlung nicht ausgereicht. Die Belehrung erstreckte sich nur auf die Einzel- und die Tagesdosis. Sie enthielt aber keinerlei Hinweis darauf, daß auch die Gesamtmenge der während der Behandlungszeit eingenommenen Lösung von entscheidender Bedeutung war. Der Arzt hätte damit rechnen müssen, die Patientin werde ihn dahingehend verstehen, sie solle das Mittel bis zum Verschwinden der Warzen einnehmen. Bei Berücksichtigung der Gesamtumstände sei auch eine Unterrichtung der Eltern erforderlich gewesen. [40]

Sind besondere Verhaltensmaßregeln nach Einnahme des Medikaments zu beachten, zum Beispiel bezüglich der Ernährung, dem Gebrauch von Alkohol und Nikotin, der Herabsetzung des Reaktionsvermögens, der Unverträglichkeit mit anderen Medikamenten, so hat der Arzt darauf hinzuweisen. Gegebenenfalls hat er auch Angaben über die Aufbewahrung und Haltbarkeit zu machen. In welcher Form und eventuell gebotener Schärfe der Arzt aufzuklären hat, kann nicht allgemeingültig beantwortet werden und ist in erster Linie vom Einzelfall abhängig. Ebenso bleibt es immer eine Einzelfallentscheidung, ob und inwieweit der Arzt den Patienten lediglich auf die Beachtung der Packungsbeilage des pharmazeutischen Unternehmers verweisen darf. Der BGH hat die Spruchpraxis entwickelt, dass bei schwerwiegenden Nebenwirkungen (wie etwa die Erhöhung des Thromboserisikos) eines Medikaments der Hinweis des Arztes auf die dem Medikament beiliegende Gebrauchsinformation als therapeutische Sicherheitsaufklärung nicht genügt [88]. Wenngleich man davon ausgehen kann, dass ein großer Teil der Patienten der Packungsbeilage Interesse schenkt, kann daraus nicht der Schluß gezogen werden, dass die Patienten ohne Hinweis

durch den behandelnden Arzt auch den Inhalt verstehen und sich nach den Anweisungen richten.

4.3.2 Aufklärungsfehler im Bereich der Selbstbestimmungsaufklärung

Solche Fehler betreffen meist die mangelhafte Aufklärung des Patienten über dessen beabsichtigte Behandlung oder den bevorstehenden Eingriff und die mit der mangelhaften Aufklärung zwangsläufig verbundenen Beeinträchtigung seiner Entscheidungsfreiheit. Art und Weise der Aufklärung lassen sich nicht allgemein gültig festlegen. Die Rechtsprechung verlangt individuelles Eingehen auf den jeweiligen Patienten unter Berücksichtigung seiner Verständnismöglichkeiten.

Der Umfang der Aufklärung muß sich in jedem Fall an der Schwere und Intensität des ärztlichen Eingriffs orientieren. Je schwerwiegender der Eingriff und die hieraus resultierenden Folgen sich darstellen, umso weiter greift die Aufklärungspflicht.

Im Rahmen des Umfangs der Aufklärung hat die Rechtsprechung des BGH das sog. rechtmäßige Alternativverhalten entwickelt und herausgestellt. Danach kann die Haftung des Arztes entfallen, wenn er zwar nicht ausreichend substantiiert aufgeklärt hat, der jeweilige Patient jedoch gemessen an seinen individuellen Erkenntnis- und Entscheidungsmöglichkeiten dem Eingriff bei ordnungsgemäßer Aufklärung zugestimmt hätte. Diese für den Patienten nachteilige Rechtsprechung entschärft der BGH dadurch, dass er dem Arzt die Beweislast auferlegt. Der Patient kann den Einwand des rechtmäßigen Alternativverhaltens bereits dadurch widerlegen, dass er nachvollziehbar darlegt, bei zureichender Aufklärung hätte er von dem Eingriff Abstand genommen[49].

Die Aufklärung muß rechtzeitig erfolgen, d.h. dem Patient muß eine ausreichende Bedenkzeit und Überlegungsfrist verbleiben, da er nicht einem zeitlichen Druck ausgesetzt werden darf, wobei jeweils die Umstände des individuellen Falles zu berücksichtigen sind. Eine zu frühe Aufklärung läuft in Gefahr, dass oftmals einzelne und wichtige Details und Argumente, die zur aktuellen Entscheidungsfindung unentbehrlich sind, verblassen oder ganz in Vergessenheit geraten und die Notwendigkeit es erforderlich macht, erneut ganz oder teilweise aufzuklären. Die Schwere und Folgenträchtigkeit des Eingriffs beeinflusst in starkem Maße den Zeitpunkt der Aufklärung

[52]. Bei einem ambulanten Eingriff ist es oftmals ausreichend, am selben Tag aufzuklären, über einen stationären Eingriff sollte spätestens am Vortag und über das Risiko einer Narkose spätestens am Vorabend aufgeklärt werden, um jeglichen zeitlichen Druck auf die Entscheidungsarbeit des Patienten zu vermeiden [96]. Die Aufklärung des ärztlichen Eingriffs muß nicht der ausführende Arzt durchführen, auch wenn er dazu verpflichtet ist, für einen adäquaten Ersatz für die Aufklärung zu sorgen [51].

Dagegen sind auch Fälle denkbar, in denen eine Aufklärung gar nicht erfolgen kann, so etwa, wenn sich während einer unter Vollnarkose geführten Operation herausstellt, dass weitergehende als die eingewilligten Eingriffe und Maßnahmen unmittelbar, ohne zeitlichen Aufschub oder zur Vermeidung einer erneuten Operation erforderlich sind. Grundsätzlich muß zwar die Operation unterbrochen werden, wenn dies kein erhöhtes Risiko für den Patienten darstellt, damit um seine Einwilligung nachgefragt werden kann. Ist dies aus den angegebenen Gründen nicht möglich und gab es für den Arzt vor der Operation keine konkreten Anhaltspunkte über derartige Komplikationen oder Risikoerweiterungen, die eine Aufklärung nahe gelegt hätten, kann der Eingriff gleichwohl durch die mutmaßliche Einwilligung gedeckt sein [127].

Das Rechtsinstitut der mutmaßlichen Einwilligung, das auch bei dem von vornherein nicht aufklärbaren Patienten, also z.B. bei Bewusstlosen eingreift, rechtfertigt sich aus dem Spannungsfeld zwischen den Verfassungsgütern Leben und Entscheidungsfreiheit, das zugunsten des (die Entscheidungsfreiheit überlagernden) Lebens gelöst wird. Soweit Personen aus dem Umfeld des Patienten vorhanden sind, kann deren Befragung wichtige Informationen ergeben, wie der mutmaßliche Wille des Patienten ist, der selbst aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht einwilligen kann, d.h. nicht in der Lage ist, einen entsprechenden Willen zu bilden und zu artikulieren. Bei Kindern ist daher die Einwilligung aller Sorgeberechtigten einzuholen, bei Betreuten die des Betreuers, der allerdings den Willensvorrang des Betreuten zu beachten hat [57].

Dem einwilligungsfähigen Patienten ist es freigestellt, Personen zu benennen, die etwa bei einer Operationserweiterung die Einwilligung stellvertretend erklären.

Grundsätzlich hat der voll geschäftsfähige, in seiner freien Willensentschließung nicht eingeschränkte Patient auch das „Recht“ auf Selbstschädigung, d.h. er kann sich auch gegen eine medizinisch gebotene Behandlung entscheiden, selbst wenn dies mit Gefahr für Gesundheit oder Leben verbunden ist [67]. Anders verhält es sich bei Personen, die noch nicht oder nicht mehr einen rechtswirksamen Willen bilden und äußern können: In der jüngeren Vergangenheit sind mehrere Fälle bekannt geworden, in denen die Eltern etwa aus weltanschaulichen oder religiösen Gründen eine medizinisch notwendige, teilweise sogar lebensrettend gebotene Behandlung (z.B. Bluttransfusion) des Kindes verweigerten. In einem derartigen Fall darf sich der behandelnde Arzt nicht auf den gegen die Behandlung geäußerten Willen der Eltern und die verweigte Einwilligung in die Behandlung verlassen, da die Eltern in diesem Fall eine Entscheidung gegen das Kindeswohl treffen, was von ihrem Sorgerecht nicht mehr umfasst oder gedeckt ist. Der Arzt muß in einem solchen Fall eine (Eil-)Entscheidung des Familiengerichts einholen und damit die Zustimmung der Eltern in den Eingriff durch eine richterliche Entscheidung ersetzen lassen. Um im konkreten Fall das Verbleiben des Kindes in ärztlicher Obhut sicherzustellen, kann es darüber hinaus erforderlich werden, präventiv polizeiliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; denn die Weigerung der Eltern kann sich selbst als Straftat zulasten des Kindes darstellen. Bei geistig verwirrten Personen, die nicht unter Betreuung stehen, empfiehlt sich die Hinzuziehung eines Amtsarztes über die Gesundheitsbehörde.

Wie bereits oben erwähnt, gibt es kein "therapeutisches Privileg", wonach der Arzt gänzlich von Aufklärung absehen oder gar falsche Aufklärung erteilen darf; lediglich im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie gesteht der BGH den behandelnden Ärzten und Therapeuten eingeschränkt das Recht zu, dem Patienten Aufklärung durch Einsicht in seine Krankenakte und damit Aufschluss über die jeweilige Diagnose zu verweigern, wenn der Arzt unter Beachtung seiner therapeutischen Verantwortung zu dem sicheren Ergebnis kommt, dass eine Befassung des Patienten mit diesen Informationen zu dessen psychischer Beeinträchtigung im Stellenwert einer Gesundheitsschädigung führt. Das Bundesverfassungsgericht hat trotz weitgehender Ablehnung in der Literatur ein solches Ergebnis ausdrücklich bestätigt unter Hinweis darauf, dass zwischen psychiatrischen und pathologischen Befunden ein sachliches Differenzierungskriterium zu erblicken sei [92]. Psychiatrische und pathologische Befunde sind danach dermaßen ungleich, dass eine unterschiedliche Behandlung hin-

sichtlich des Einsichtsrechts gerechtfertigt ist. Hinzu tritt der Gesichtspunkt, dass die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Dokumentation in der Regel auch weitgehende persönliche Aufzeichnungen des Therapeuten enthält, die dieser aufgrund der Schutzwürdigkeit seiner eigenen, privaten Sphäre nicht zu offenbaren braucht.

4.4 Therapiefehler

Unter einem Therapiefehler versteht man eine ärztliche Handlung, die nicht sachgemäß ist, weil sie nicht mit der gebotenen Sorgfalt und/oder nicht nach dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand durchgeführt wird. Die Therapie betrifft den Patienten unmittelbar, sie strebt Heilung oder Linderung an. Fehler aus einer Therapie können durch aktives Tun, also zu wenig oder zu viel Behandlung, sowie durch pflichtwidriges Unterlassen einer ordnungsgemäßen Behandlung erfolgen.

Die Gerichte hatten sich bereits mit einer Vielzahl solcher Therapiefehler zu befassen. Ohne Anspruch auf einen systematischen Überblick erläutert der Blick in die Rechtsprechung die vielfältige Problematik des Therapiefehlers:

- Verabreichung einer Überdosis [36].
- Fehlinjektionen, insbesondere die hohe Gefahr von Verwechslungsfällen (arterielle anstatt venöse Injektion) [35].
- Bei der Vornahme einer Injektion hat der Arzt die allgemein üblichen Vorkehrungen zur Verhinderung einer Infektion zu treffen [37].
- Manipulationen und Injektionen sollen beim liegenden Patienten vorgenommen werden [12].
- Es darf nicht eine gefährliche Behandlungsmethode gewählt werden, wenn es auch eine mit geringerem Risiko für den Patienten gibt. Es ist auch abzuwägen, ob eine Nichtbehandlung einer mit erhöhter Komplikationsdichte verbundenen Behandlung vorzuziehen ist [29].
- Nach Anlegen eines zirkulären Gipsverbandes muß sich der behandelnde Arzt stündlich davon überzeugen, ob nicht Anzeichen einer Durchblutungsstörung vorliegen.
- Ein zirkulärer Gipsverband muß sofort aufgeschnitten werden, wenn der Patient über Schmerzen und Gefühlsstörungen in dem betreffenden Glied klagt.
- Ein Gipsverband muß rechtzeitig entfernt werden [25].
- Nach der Operation muß sich der Operateur um den Patienten kümmern oder für gleichwertigen Ersatz sorgen.

Zu den Behandlungsfehlern kann auch die fehlende therapeutische Sicherungsaufklärung gezählt werden. Sie bezeichnet die Unterrichtung des Patienten in Verhal-

tensmaßregeln, um den Behandlungserfolg zu unterstützen und gegebenenfalls nicht zu gefährden. Hierzu zählen insbesondere Hinweise für die Anpassung der Lebensweise während und nach Abschluß der Behandlung, die korrekte Einnahme von verordneten Medikamenten oder auch die selbst zu treffenden Maßnahmen bei Auftreten von Anzeichen einer möglichen Komplikation nach der Behandlung.

4.5 Organisationsfehler

Ein weiteres Feld der ärztlichen Fehlleistungen stellt sich in Organisationsfehlern dar, die durch die Mißachtung der Pflicht einer sachgerechten Organisation und Koordination der Behandlungsabläufe nach einem verkehrsüblichen Qualitätsstandard entstehen. Hierzu zählen Nachlässigkeiten im Bereich der hygienischen, apparativen und medikamentösen Standards:

- Der Arzt muß vorbereitete Spritzen daraufhin überprüfen, ob sie seinen Anforderungen entsprechen [14].
- Der Arzt hat den Praxisbetrieb so zu organisieren, dass kein Patient im Zusammenhang mit der Sprechstunde zu Schaden kommt [117]
- Bei einem wegen Selbstmordverdachts in die Nervenabteilung eines Krankenhauses eingelieferten Patienten ist dieser zu bewachen [23].
- Organisationsfehler werden zumeist im Rahmen von Ansprüchen gegen Krankenhausträger geltend gemacht, in der allgemeinmedizinischen Praxis spielt diese Anspruchsgrundlage bezüglich der Häufigkeit nur eine untergeordnete Rolle.

5. Kausalität, Beweislast, Beweiserleichterung

5.1 Kausalität

Um den Haftungsanspruch zu beweisen, benötigt der Antragssteller bzw. Kläger die Kausalitätsfeststellung, inwieweit der Schaden des Patienten ursächlich auf einem Fehler des behandelnden Arztes beruht. Hier sind zwei Arten von Kausalität zu unterscheiden.

Die haftungsbegründende Kausalität bezeichnet stets nur die Frage des ursächlichen Zusammenhangs des fehlerhaften ärztlichen Handelns und des Auftretens des ers-

ten körperlichen oder gesundheitlichen Schadens, der bei Erfüllung des Soll-Standards nicht eingetreten wäre. Hier sollen die Regeln des Strengbeweises angewendet werden.

Die haftungsausfüllende Kausalität hingegen versucht den Zusammenhang zwischen Primärschaden und weiteren Sekundärschäden wie z.B. weiteren Gesundheitsschäden oder Vermögensschäden herzustellen [61].

Das Unterlassen einer gebotenen ärztlichen Maßnahme kann ebenso wie das positive Tun am Körper eines Patienten, als Behandlungsfehler gewertet werden, der sich nicht nur mittelbar, sondern auch unmittelbar verwirklichen kann [54]. Der Zurechnungszusammenhang zwischen fehlerhafter ärztlicher Behandlung und Gesundheitsschaden wird durch eine weitere fehlerhafte Behandlung eines weiteren Arztes nicht unterbrochen [59, 140].

5.2 Beweislastverteilung im Haftungsprozeß

Grundsätzlich trifft den Anspruchsteller die Behauptungs- und Beweislast für seinen Anspruch. Es ist an ihm einen objektiven Behandlungsfehler durch den Beweis der Abweichung vom medizinischen Standard darzustellen. Er muß das Gericht nicht in der Weise überzeugen, dass jeder letzte Zweifel ausgeräumt ist; es genügt ein Beweismaß im Rahmen für das praktische Leben relevanten Grades, „daß vernünftige Zweifel schweigen“ [74]. Kann er dies nicht erreichen, bleibt der Behandlungsfehler zu Lasten des Antragsstellers unbewiesen.

5.3 Beweiserleichterungen

Zugunsten des Patienten hat die obergerichtliche und höchstgerichtliche Rechtsprechung die Annahme von Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr, bezogen auf die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für den Primärschaden und für bestimmte Behandlungsfehlertypen, schon früh und dauerhaft gewährleistet. Die Beweisfigur trägt wesentlich zur Herstellung der Waffengleichheit der Parteien im

Arzthaftungsprozeß bei; sie ist keine Beweissanktion für ärztliches Behandlungsversagen, sondern Ausgleich der durch den groben Behandlungsfehler zu Lasten des Patienten verschlechterten Beweissituation hinsichtlich des Verwirklichungsspektrums des Fehlers bei der Behandlung eines Patienten durch den Arzt oder auch durch das Pflegepersonal [85].

5.3.1 Anscheinsbeweis

Der Anscheinsbeweis (prima facie Beweis) ist dann erbracht, wenn ein bestimmter Tatbestand auf eine nach den Erfahrungen des Lebens typische Ursache hinweist. Die beweisführende Partei muß dann lediglich einen Umstand vertragen, der nach der Lebenserfahrung auf das schadensursächliche Verschulden hindeutet.

„Kommt es nach intraglutäaler Injektion eines Rheumamittels zu einer massiven und tiefreichenden Gewebsnekrose, so spricht ein Anscheinsbeweis für eine fehlerhafte intraarterielle Injektion.“ [122]

Es ist dann Sache der Gegenseite, eine konkrete Möglichkeit eines atypischen Geschehens darzustellen, das seinerseits die Beweislast der beweisführenden Partei wiederherstellt. Im Arzthaftungsprozeß spielt der Anscheinsbeweis wegen der meist sehr unterschiedlichen Geschehnisse und individuellen Gegebenheiten nur eine untergeordnete Rolle.

5.3.2 Voll beherrschbare Risiken

Die Pflicht zu ordnungsgemäßer Organisation und Koordinierung des Behandlungsablaufs belastet den Arzt mit der Gewährleistung eines generellen Sicherheitsstandards der Behandlung gegen bekannte Risiken, deren volle Vermeidung ärztlicherseits gefordert werden muß. Denn zur Gefahr- und Schutzvorsorge des Patienten ist dies notwendig und auch vollständig beherrschbar durch sachgerechte Maßnahmen im Wege der Organisation und der Koordinierung des Behandlungsträgers. Steht fest, dass der Primärschaden des Patienten im Gefahrenbereich dieses sog. voll beherrschbaren Risikos entstanden ist, führt dies zu Beweiserleichterungen für den Patienten. Voraussetzung hierfür ist stets die Feststellung, dass es sich um einen voll beherrschbaren Bereich handelt [41]. Freilich kann der behandelnde Arzt stets den (Gegen-) Beweis antreten, dass ein verschuldeter Behandlungsfehler nicht vorliegt oder dass außergewöhnliche Umstände gegeben waren, dass die voll beherrschbare Situation nur noch zum (größeren oder kleineren) Teil beherrschbar war.

Hierzu gehören unter anderem folgende Beispiele:

- Anfängereingriff infolge fehlerhaften Einsatzes eines Arztes in Weiterbildung oder Ausbildung [72]
- Verrichtungssicherheit des Pflegepersonals [142]
- Gerätesicherheit
- Lagerungsschäden
- Hygienedefizite [56]

5.3.3 Dokumentationsmängel

Die Bewertung unterlassener oder lückenhafter Dokumentation einer aus medizinischer Sicht zu dokumentierenden Maßnahme befindet sich derzeit im Wandel. Grundsätzlich können unterlassene Aufzeichnungen in der Patientendokumentation zu Beweiserleichterung bis zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten führen [18]. Nach neuerer Rechtsprechung wird eine Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs für den Schaden durch den Dokumentationsfehler allein grundsätzlich nicht begründet. Dazu soll es nur dann kommen, wenn eine gänzlich unterlassene oder gravierend unvollständige Dokumentation einen groben Behandlungsfehler wie das Unterlassen einer diagnostischen Maßnahme bei behandlungspflichtigem Ereignis indiziert [73].

5.3.4 Grober Behandlungsfehler:

Eine begrifflich scharf umgrenzte Definition für den groben Behandlungsfehler gibt es nicht. Die Rechtsfrage, ob sich ein Behandlungsfehler als grob darstellt, muß der sachverständige oder sachverständig beratene Richter entscheiden [30, 78]. Die Rechtsprechung behilft sich hierbei in zunehmendem Maße mit Kasuistik [79]. Die ärztliche Behandlung muß eindeutig gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse und bewährte ärztliche Behandlungsregeln und Erfahrungen verstoßen, um als ärztliches Fehlverhalten zu gelten [83]. Der BGH hat 1955 die schon beim Reichsgericht bestehende Spruchpraxis bestätigt:

„Hat der Arzt vorsätzlich oder grob leichtfertig eine Gefahr für den Patienten herbeigeführt, die den Umständen nach geeignet ist, gerade den Schaden herbeizuführen, der eingetreten ist, dann kehrt sich die Beweislast für die Ursächlichkeit um. Der Arzt muß beweisen, daß der schädliche Erfolg nicht auf sein grob leichtfertiges Verhalten zurückzuführen ist (Bestätigung von RGZ 171, 168).“ [17]

Dabei kommt es nur auf die objektive Fehlerqualität an, eine subjektive Entsprechung wie etwa grobe Fahrlässigkeit ist nicht erforderlich [70, 80]. Auch können meh-

rere einfache Behandlungsfehler in einer Gesamtbetrachtung den Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers rechtfertigen [131]. Durch Unterlassen kann ebenfalls ein grober Behandlungsfehler entstehen [82], andererseits kann ein grober Behandlungsfehler es nicht rechtfertigen, den Arzt mit dem Krankheitsrisiko des Patienten zu belasten [124].

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor, ist es für die Beweiserleichterung unerheblich, ob die Schädigung auch ohne den groben Behandlungsfehler eintreten hätte können [139], wohingegen eine Beweiserleichterung dann abgelehnt wird, wenn zum Zeitpunkt des groben Behandlungsfehlers auch bei rechtzeitiger sachgerechter Behandlung der Schaden in gleicher Weise eingetreten wäre [85]. Der Patient muß trotz groben Behandlungsfehlers durch sein Verhalten zu einem Heilungserfolg beitragen [107].

Im Einzelnen lassen sich folgende grobe Behandlungsfehler, angelehnt an die obigen Fallgruppen, zusammenfassen:

Grobe Diagnosefehler:

- Nur fundamentale Diagnoseirrtümer rechtfertigen den Vorwurf eines groben Diagnosefehlers, die Schwelle liegt besonders hoch. [54, 76]
- Ein zunächst einfacher Diagnosefehler kann dann bei Wiederholung dieses Diagnosefehlers ein grober Diagnosefehler sein, etwa wenn ein Hausarzt einen Patienten längere Zeit wegen Hämorrhoiden behandelt, ohne eine gesicherte Diagnose herbeizuführen [120].
- Die Verwechslung einer abklingenden Mandelentzündung mit einer floriden Meningitis ist ein grober Diagnoseirrtum [158].

Grobe Behandlungsfehler

- Ein über die 97er Perzentile abweichender Kopfumfang bei der U6 und U7 muß Anlass zu weiteren diagnostischen Maßnahmen geben [152].
- Bei einer Mumpserkrankung ist eine Behandlung mit Penicillin wirkungslos, überflüssig und wegen der möglichen Komplikationsgefahr sogar grob fehlerhaft. [128].
- Ein Allgemeinmediziner handelt grob fehlerhaft, wenn er eine tiefe Schnittwunde am Arm vernäht, ohne zuvor durch ausreichendes Öffnen der Wunde den Umfang der Schädigung zu untersuchen. [133].
- Entzündete Schnittwunden am Finger müssen testgerecht antibiotisch behandelt werden [107].
- Bei geschwächten Patienten ist bei intramuskulären Injektionen auf eine sorgsame Hautdesinfektion des Patienten und des Behandlers zu achten [105].

- Bedrohliche Diagnoseergebnisse, die Anlass zu umgehenden und umfassenden ärztlichen Maßnahmen geben, müssen dem Patient direkt mitgeteilt werden [68].
- Ein Patient mit starken thorakalen Schmerzen und einer familiären Belastung für Herzinfarkt muß auch in einer Notfallsituation vor intramuskulärer Verabreichung einer schmerzstillenden Injektion einer weiterführenden Diagnostik (hier EKG) zugeführt werden [134, 136].
- Die lokale Kortisoninfiltration ohne vorherige Infektionsabklärung [135].
- Empfehlungen von vom Allgemeinarzt beauftragten Fachärzten (hier Radiologe) zur weiterführenden Diagnostik (hier CT Thorax bei mediastinaler Verschattung im veranlaßten Röntgenbild) können bei Nichtbeachtung als grober Behandlungsfehler zu Lasten des Allgemeinarztes gewertet werden [129].
- Die Weiterbehandlung mit einem Medikament nach Auftreten von Unverträglichkeiten [159].

6. Rechtsfolgen ärztlicher Pflichtverletzung

6.1 Schadensersatz

Die Rechtsfolgen ärztlicher Pflichtverletzung im Rahmen der vertraglichen wie deliktischen Haftung ergeben sich aus §§ 249 ff. BGB als Schadensersatzansprüche des geschädigten Patienten gegenüber dem Schädiger, im Bereich des niedergelassenen Arztes gegenüber dem Arzt persönlich.

„Dem Patienten, bei dessen Behandlung ärztliche Sorgfaltspflichten verletzt sind, sind sämtliche Nachteile für seine körperliche und gesundheitliche Befindlichkeit zu ersetzen.“ [64]

Der ersatzpflichtige Arzt schuldet nach fehlerhafter Behandlung dem anspruchsberechtigten Patienten die fehlerlose Behandlung, sofern sie noch erbracht werden kann. Alternativ kann der Geschädigte in jedem Fall einen entsprechenden Geldbetrag fordern. Hieran haben in der Praxis die geschädigten Patienten mehr Interesse, ist doch in den allermeisten Fällen in einer schadensersatzpflichtigen Situation das vertragsimmanente Vertrauensverhältnis zwischen behandelnden Arzt und Patient gestört bzw. beseitigt. Ersatzfähig ist grundsätzlich nur der materielle Schaden, er umfaßt alle Aufwendungen, die dem geschädigten Patienten zur Wiederherstellung seines Gesundheitszustandes vor dem schädigenden Ereignis, d.h. vor dem Behandlungsfehler entstanden sind. Hierzu zählen auch die Nachbehandlungskosten, Begleitschäden wie Transportkosten, spezielle Hilfsmittel und ähnliches. Ersatzfähig

ist ebenfalls der Vermögensfolgeschaden als entgangener Gewinn nach § 252 BGB, wie beispielsweise der Verdienstausfall. Ist die Haftung auf Deliktsrecht gestützt, kann nach § 842 BGB ein Ausgleich von Nachteilen erfolgen, „welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten herbeiführt“. Nach § 843 BGB kann eine Geldrente bei Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit verlangt werden. Die zu ersetzenden Aufwendungen müssen dem anspruchstellenden Patienten tatsächlich entstanden sein, eine fiktive Schadensberechnung (auf Gutachtenbasis) ist ausgeschlossen. Dagegen kann nach erfolgreicher Feststellungsklage für die Zukunft durch Urteil die Verpflichtung des Ersatzverpflichteten, der auch die hinter dem Arzt stehende Haftpflichtversicherung sein kann, ausgesprochen (oder im Wege eines Vergleichs vereinbart) werden, künftige materielle und immaterielle Schäden, die auf den Behandlungsfehler zurückzuführen sind, ausgleichen zu müssen [24].

Auch die gesetzlichen Krankenkassen können gegenüber einem Arzt einen Schadensersatzanspruch geltend machen, wenn der Kassenarzt gegen Regeln der ärztliche „Kunst“ verstoßen hat. So hat das BSG bereits 1983 entschieden, dass ein Internist, tätig als Urlaubsvertretung für einen kassenärztlich niedergelassenen Internisten, aufgrund Deliktshaftung für die Krankenhauskosten aufkommen muß, die der Krankenkasse durch die stationäre Behandlung einer Versicherten dadurch entstanden, dass sie innere Blutungen durch eine intramuskuläre Injektion durch den Urlaubsvertreter bei bestehender Antikoagulation mit Phenprocoumon erlitt [90].

6.2 Schmerzensgeld

Für den Patienten von besonderer Bedeutung ist der Ersatz des immateriellen Schadens (Schmerzensgeld), der seit 1. August 2002 in § 253 BGB neu geregelt ist. Dieses Schmerzensgeld ist auf Verletzungen des Körpers, der Gesundheit, der sexuellen Selbstbestimmung und der Freiheit sowie auf gesetzlich besonders bestimmte Fälle beschränkt und hat Ausgleichs- und Genugtuungsfunktion [16]. Die Höhe bestimmt das Gericht nach freier Überzeugung je nach Art und Dauer der Verletzungen unter Berücksichtigung und Würdigung aller für die Höhe maßgeblichen Umstände, wie die erlittene seelische Beeinträchtigung, die Ranghöhe des verletzten Guts, der

Grad des Verschuldens des Schädigers bzw. Verletzers und die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beteiligten. Es gibt keine verbindlichen Berechnungsgrößen ausgehend von bestimmten Verletzungen oder Beeinträchtigungen, da auch die individuelle Schmerzerfahrung des Patienten mitzuberücksichtigen ist.

Einen Anspruch auf Schmerzensgeld kann der Patient im Rahmen der deliktischen Haftung und seit 1. August 2002 aufgrund der Schuldrechtsreform auch im Rahmen der vertraglichen Arzthaftung geltend machen; Vertragsbruch oder – untreue wird als Tatbestandsvoraussetzung für Schmerzensgeld nicht anerkannt. Neben der Einmalzahlung eines Schmerzensgeldes ist bei einer dauernden Beeinträchtigung auch die Zahlung einer sog. Schmerzensgeldrente gesetzlich vorgesehen.

Ein Schmerzensgeldanspruch kann auch mit einem Honorarverzicht im Wege des Schadensausgleichs verrechnet werden [130].

Die von deutschen Gerichten bestimmten Schmerzensgeldbeträge erreichen nicht die Dimension etwa der US-amerikanischen, da nach deutschem Recht über das Schmerzensgeld lediglich eine Ausgleichs- und Genugtuungsfunktion erfüllt werden soll, der Schädiger darüber hinaus aber nicht zivilrechtlich bestraft werden soll. Immer öfter finden sich aber auch in der deutschen Rechtsprechung Ansätze, den Grad des Verschuldens bei der Bemessung des Schmerzensgeldes mehr zu berücksichtigen, was zu einer stärkeren Fokussierung auf die Person des Schädigers führt. Der Anspruch ist vererblich [75]. Auch der Verlust eines nahen Angehörigen wird berücksichtigt, wenn er die körperliche oder seelische Verfassung des Verletzten konkret beeinträchtigt und dem Schädigungsereignis kausal zurechenbar ist. Dies ist insbesondere im Hinblick darauf bedeutsam, dass die in der Regel erbberechtigten nächsten Angehörigen - wenn überhaupt - eigene Schmerzensgeldansprüche wegen des Todes des Patienten nur in geringem Maße geltend machen können (sog. Schockschaden o.ä.).

6.3 Mitverschulden des Patienten

Zu beachten ist bei der vertraglichen wie der deliktischen Haftung, dass ein eventuelles Mitverschulden des Patienten über § 254 BGB zu berücksichtigen ist. Diese Vorschrift beinhaltet die einzige Einschränkung des Grundsatzes der Totalreparation. Der Geschädigte muß dann eine Kürzung bis zum Verlust seines Schadensersatzanspruches hinnehmen, wenn er die nach Lage des Einzelfalls erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat, um sich selbst vor Schaden zu bewahren [13]. Es handelt sich um einen vorwerfbaren Verstoß gegen Gebote des eigenen Interesses im Wege der Vernachlässigung von objektiv gebotenen Vorkehrungen, der deshalb vorsätzlich oder fahrlässig eintreten muß. So liegt ein Mitverschulden des Patienten vor, wenn er etwa allein von einem Untersuchungstisch herabsteigt, obwohl er gebrechlich und seine Sehfähigkeit und sein Orientierungssinn durch die vorangegangene Applikation eines Augentropfenpräparates beeinträchtigt ist. Regelmäßig wird in der Nichtbeachtung der dem Patienten vom Arzt aufgetragenen Maßregeln ein Mitverschulden des Patienten zu erblicken sein [42].

Der Einwand des Mitverschuldens kann auch im Bereich des ärztlichen Aufklärungsverschuldens durchgreifen [92]:

„Allein ist es Sache des Arztes, den Patienten durch geeignete Aufklärung zu einer auf Einsicht beruhenden und daher rechtlich wirksamen Einwilligung in einen vorgeschlagenen Eingriff zu befähigen; Versäumnisse, die ihren Grund darin haben, daß er das begrifflich uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht des Patienten verkannt hat, können in der Regel nur zu seinen, des Arztes Lasten gehen. Auch ist es zunächst seine Aufgabe, das Aufklärungsbedürfnis des Patienten zu ermitteln, soweit das im Rahmen des Arztgesprächs zumutbar ist. Das gilt auch für die in diesem Zusammenhang bedeutsamen Umstände der Anamnese und der persönlichen Verhältnisse. Ausnahmsweise kann jedoch in diesem letzteren Bereich neben dem Arzt auch der Patient schuld sein, daß beim Arzt über Aufklärungswunsch und -bedürfnis des Patienten ein falsches Bild entstanden ist und er ihn deshalb nicht gründlich genug aufgeklärt hat. Das kann etwa der Fall sein, wenn der Patient durch selbstsichere und aktive Beteiligung am Arztgespräch den unzutreffenden Eindruck erweckt, daß er mit medizinischen Sachverhalten nicht unvertraut und daß ihm die Risiken des Eingriffs bekannt oder gleichgültig seien.“ [48].

Der geschädigte Patient selbst ist verpflichtet den Schaden nach Möglichkeit abzuwenden oder zu mindern. Auch wenn allein durch das Verschulden des Arztes ein Schaden eingetreten ist, hat der Patient die Pflicht, das ihm Mögliche zu tun, den Schaden zu beseitigen oder zu mindern (§ 254 BGB). Ein Unterlassen dieser Pflicht stellt grundsätzlich ein mitwirkendes Verschulden bei der Entstehung des gesamten

Schadens dar. Der Patient ist somit verpflichtet, diejenigen Eingriffe zu dulden, die erforderlich sind, um weiteren Schaden abzuwenden, den Schaden zu mindern, oder, falls ein Schaden noch nicht eingetreten ist, die schadensstiftende Ursache abzuwenden bzw. zu beseitigen. Damit beinhaltet die Schadensminderungspflicht eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Dieser hat sich der Behandlung jedoch nur zu unterziehen, wenn diese nach dem jeweiligen Stand der ärztlichen Wissenschaft in der jeweiligen Situation (und nicht im „Nachhinein“) erfolgversprechend und gefahrlos erscheint, nicht mit nennenswerten Schmerzen verknüpft und der Eingriff an geeigneter Stelle durch sachkundige Personen auf Kosten des Schädigers vorgenommen wird [161]. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten findet seine Grenzen dort, wo Eigensinn oder Ausnutzung des Schadensersatzpflichtigen Grund für die Verweigerung des Eingriffs sind.

Bei Vorliegen eines Mitverschuldens des Patienten ist das Ergebnis regelmäßig die meist prozentuale Herabsetzung des Schadensersatzanspruches; in Einzelfällen kann der Anspruch in vollem Umfang entfallen.

7. Häufigkeit von Behandlungsfehlern

In den letzten Jahren hat die Berichterstattung über vermeintliche „Kunstfehler“ in Tagespresse und Fernsehmagazinen breiten Raum erlangt. Durch diese Berichterstattung kann allgemein der Eindruck einer gewissen Zunahme von ärztlichen Behandlungsfehlern entstehen, der sich vor dem Hintergrund statistisch erhobener Daten nicht konkretisieren läßt.

Dem unzufriedenen bzw. dem sich geschädigt fühlenden Patient stehen grundsätzlich fünf Wege nebeneinander offen, seinem Unmut oder vermeintlichen Anspruch auf Schadensausgleich Geltung zu verschaffen:

- die Beschwerde beim behandelnden Arzt
- die Beschwerde bei einer Schlichtungsstelle
- das selbstständige Beweisverfahren nach § 485 Abs. 2 ZPO
- die Einreichung einer Zivilklage
- die Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden.

Um statistische Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen sammeln, müssen die jeweils bei den oben genannten Stellen erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe festgestellt werden. Die erste und einfachste Maßnahme, die direkte Beschwerde beim betroffenen Arzt, wird zumeist nicht schriftlich erfolgen und wird von keiner Institution gesammelt oder publiziert, so dass es statistische Untersuchungen hierzu nicht vorhanden sind.

Über das umfangreichste Datenmaterial bezüglich Behandlungsfehlervorwürfen verfügen die ärztlichen Haftpflichtversicherer, denn jeder haftpflichtversicherte Arzt ist bei einem ihn betreffenden Behandlungsfehlervorwurf dazu verpflichtet, seinen Versicherer davon in Kenntnis zu setzen, um seinen Haftpflichtschutz nicht zu verlieren (Obliegenheitsverpflichtung). Da alle in Deutschland berufstätigen Ärzte haftpflichtversichert sein müssen (§ 10 BÄO), können Untersuchungen in diesem Datenpool mit repräsentativen Zahlen arbeiten. Nun hängt es aber von den jeweiligen Versicherern ab, inwieweit sie diese Daten einer geneigten Öffentlichkeit zur Verfügung stellen und zugänglich machen.

Weitere Quellen sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern sowie die Gerichte, bei denen Arzthaftungsverfahren durchgeführt werden, auch wenn diese jeweils dort erstellten Statistiken aufgrund der Art ihrer Erfassung nur einen Ausschnitt aus der Gesamtzahl der erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe darstellen. Denn nicht jeder Patient wendet sich vor der Einreichung einer Klage an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, und nicht jeder Patient erhebt nach einem Verfahren vor der Gutachterkommission und Schlichtungsstelle eine Zivilklage.

7.1 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Als eine Maßnahme für Patienten, die sich geschädigt fühlen, bietet sich die Anrufung einer Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle an. Seit 1975 sind bei den Ärztekammern der deutschen Länder Gutachter- und/oder Schlichtungsstellen eingerichtet worden, deren Aufgabe es ist, als weisungsunabhängige Gremien bei gegen

Ärzte gerichteten Haftungsansprüche zu prüfen, ob die vorgetragene Gesundheits-schädigungen des Patienten auf Diagnose- und/oder Therapiefehlern beruhen und dieser Fehler ggf. kausal für den entstandenen Schaden ist. So kann vorprozessual die Erfolgsaussichten einer beabsichtigten Arzthaftungsklage überprüft und eine gerichtliche Auseinandersetzung ggf. vermieden werden. Ziele dieser Gremien sind einerseits die Durchsetzung der Ansprüche des Patienten, andererseits die Verbesserung von Offenheit und Transparenz in der medizinischen Versorgung, was zu einer Stärkung des Vertrauens der Patienten gegenüber den Ärzten beiträgt. Letztlich dienen diese Bemühungen auch den Interessen der Ärzte.

Insgesamt sind bis April 2006 neun Gutachter- und Schlichtungsstellen eingerichtet worden: Jeweils eine für die Ärztekammer Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Sachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Saarland. Die größte Schlichtungsstelle ist die für die norddeutschen Ärztekammern, zuständig für die Bundesländer Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Die Landesärztekammer Bayern hat den Zusatz „Schlichtungsstelle“ inzwischen fallen gelassen, weil ihrer Ansicht nach die Gutachterstelle nicht „schlichtet“, sondern lediglich vorge-tragene Behandlungsfehlervorwürfe zumeist auf dem Boden eines externen Gutach-tens prüft [10].

Die Gutachter- und Schlichtungsstellen sind mit Volljuristen und Medizinern besetzt, etwa bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern beträgt das Verhältnis Juristen zu Medizinern eins zu sieben. Je nach Größe der Schlichtungsstelle handelt es sich dabei um festangestellte Mitarbeiter oder ehrenamtlich Tätige, wie Richter im Ruhestand. Das Verfahren vor den Schlichtungsstellen ist für den Patienten kostenfrei; die regelmäßig einzuholenden Sachverständigengutachten bezahlen die Schlichtungsstellen, die sich wiederum aus den Beiträgen der Ärztekammern und Haftpflichtversicherungen finanzieren. Gleichwohl entfaltet die Tätigkeit der Schlichtungsstellen keine rechtliche Bindungswirkung, da kein Schiedsverfahren im Sinne der ZPO vorliegt.

Die Zahlen der bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen eingebrachten Anträge divergieren wegen der unterschiedlichen Größe der jeweiligen Institution und den

Betrachtungszeitraum z.T. erheblich. Grundsätzlich ist in den letzten Jahren eine steigende Tendenz zu beobachten. Eine exakte Analyse der Zahlen der Gutachter- und Schlichtungsstellen ist schwierig, denn einerseits werden die Daten in den verschiedenen Gutachter- und Schlichtungsstellen unterschiedlich erhoben, zum anderen kann etwa ein Schadensfall mehrere Ärzte betreffen oder ein Schadensfall durch mehrere Fehler hervorgerufen sein. Dennoch soll eine Übersicht der vorhandenen Daten mit dem Fokus auf den niedergelassenen Allgemeinmediziner versucht werden:

Carstensen [94] gibt für den Zeitraum 1975 bis 1988 eine Zahl von 1252 anerkannten Behandlungsfehlern im Bereich der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein an, was einer Anerkennungsquote von ca. 30 Prozent entspricht. Davon entfielen 77 (6,2 Prozent) auf niedergelassene Allgemeinärzte. In der Analyse, wie viele Anträge, die in einzelnen Gebieten gestellt wurden, mit einem vorwerfbaren Behandlungsfehler beschieden worden sind, finden sich im Bereich der Allgemeinmedizin für den Zeitraum von 1. Dezember 1975 bis 31. Oktober 1985 bei 151 eingegangenen Anträgen 38 (25,17 Prozent) Behandlungsfehler [93]. Für den Zeitraum 1. Oktober 1993 bis 30. September 1994 wurden von 1311 gestellten Anträgen 955 bearbeitet und 331 als Behandlungsfehler anerkannt, 49 (6,65 Prozent) davon im Bereich der Allgemeinmedizin [94]. Im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer waren laut Carstensen vom 1. Januar 1988 bis 31. Mai 1994 1243 Schlichtungsverfahren durch Bescheide abgeschlossen worden.

In einer der wenigen bundesweiten Untersuchungen [108] der bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen eingebrachten Behandlungsvorwürfe ermittelte Krumpanszky 1997 einen Anstieg der eingebrachten Anträge von 2853 Anträgen im Jahr 1983 bis 5219 Anträgen im Jahr 1991, was fast einer Verdopplung der gestellten Anträge entspricht. Für den Zeitraum von 1988 bis 1991 wurden gemittelt 5264 bundesweit eingebrachte Anträge pro Jahr berechnet, wovon 1548 Anträge den Bereich der niedergelassenen Ärzte betrafen. Bezogen auf die zu dieser Zeit berufstätigen Ärzte ergeben sich daraus 27 Anträge pro 1000 Ärzte und Jahr für alle Ärzte und 20 Anträge pro 1000 Ärzte und Jahr bei den niedergelassenen Ärzten. Im Zeitraum von 1975 bis 1985 wurden 26,1 Prozent aller behandelten Anträge als Behandlungsfehler anerkannt, von 1988 bis 1991 waren dies 28,0 Prozent. Betrachtet man die anerkannt-

ten Fälle im Verhältnis zu allen gestellten Anträgen ergibt sich eine Anerkennungsquote von 19 Prozent. Rund zwei Drittel der anerkannten Anträge betrafen den stationären Bereich, für den niedergelassenen Bereich ergibt sich eine Zahl von 5,4 anerkannten Fällen pro 1000 niedergelassene Ärzte.

Die Norddeutsche Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtsachen beschreibt, dass für das Jahr 1996 von 3121 gestellten Anträgen 1800 behandelt wurden und 4 Prozent den Bereich der Allgemeinmedizin betrafen [2].

Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein gibt für den Zeitraum 01. Oktober 2003 bis 30. September 2004 eine Zunahme der an sie gerichteten Begutachtungsanträge von 2,7 Prozent an (Vorjahr 1759 zu 1808 im Beobachtungszeitraum) [1]. Bei der für diesen Zeitraum vorgenommenen Auswertung der Verteilung der erhobenen Behandlungsfehlervorwürfen und der Tätigkeitsfelder im Hinblick auf niedergelassene Ärzte und Ärzte im Krankenhaus zeigt sich, dass gegenüber dem letzten Auswertungszeitraum 2000/2001 weiterhin rund zwei Drittel der Vorwürfe den Krankenhausbereich und rund ein Drittel den niedergelassenen Bereich betrifft (Gesamtzahl der von einem Antrag betroffenen Ärzte je Krankenhausabteilung oder Praxis 1574 zu 1047 im Krankenhausbereich und zu 527 im niedergelassenen Bereich). Innerhalb der niedergelassenen Ärzte entfallen auf die Gruppe der Allgemeinmediziner und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung 13,28 Prozent (70 von 527) der Vorwürfe, wobei die hausärztlich tätigen Internisten betreffenden Vorwürfe anhand der vorliegenden Statistik nicht zu der eben erwähnten Gruppe gezählt werden können, da diese innerhalb der internistischen Gruppe nicht ausgewiesen sind. Daneben ist die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler eine wichtige Größe; in den 1361 gutachterlichen Bescheiden wurden 456 Behandlungsfehler festgestellt, was einer Quote von 33,05 Prozent entspricht. Von den anerkannten Fällen konnten 90 Prozent außergerichtlich geschlichtet werden. Gut ein Viertel der Patienten, bei denen die Gutachterkommission Behandlungsfehler anerkannt hat, verzichtete auf weitere Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche. Bei abgewiesenen Beschwerden versuchen lediglich elf Prozent der Patienten, ihre Ansprüche vor Gericht zu klären und die Urteile der Gerichte weichen nur in einem Prozent von den Ergebnissen der Gutachterkommission ab [109].

Während früher niedergelassene Ärzte im Verhältnis zur Zahl der auf die Tätigkeitsgruppe entfallenden Vorwürfe vergleichsweise häufiger von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffen waren, hat sich das Bild inzwischen zu ihren Gunsten verschoben. Die Anteile an den insgesamt festgestellten Behandlungsfehlern entsprechen nun mit 63,98 Prozent bei den Krankenhausärzten und 36,02 Prozent bei den niedergelassenen Ärzten ziemlich genau dem Prozentsatz der auf die Tätigkeitsgruppen entfallenden Vorwürfe. Innerhalb der niedergelassenen Ärzte ist die Behandlungsfehlerquote für die Allgemeinärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung im Beobachtungszeitraum rückläufig (8,01 Prozent der den niedergelassenen Bereich betreffenden festgestellten Behandlungsfehler).

Die Häufigkeit der anerkannten Behandlungsfehler bezogen auf die zur Entscheidung angenommenen Fälle (Fehlerquote) beträgt relativ konstant 33 Prozent für den Zeitraum 1995 bis 2005 [95], wobei jedoch die Anzahl der eingebrachten Fälle jährlich um durchschnittlich 3,8 Prozent anstieg.

Die durchschnittliche Verfahrensdauer bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen konnte hier mit zehn Monaten angegeben werden. Im regionalen Vergleich zeigen sich starke Unterschiede, sei es in der Fehlerquote (22 Prozent im Saarland bis 39 Prozent in der Region Nordrhein gemittelt 1989 - 2003).

Auch die relativen Häufigkeiten in Bezug auf 1000 Ärzte pro 1 Million Einwohner und Jahr sind regional sehr unterschiedlich. Hier hat Bayern die niedrigste Quote mit dreizehn pro Jahr gestellten Anträgen, sieben wurden angenommen, in zwei Fällen wurde ein Fehler anerkannt. In anderen Regionen wurden bis zu viermal (Westfalen-Lippe) so viele Anträge gestellt, bis zu sechsmal (Norddeutsche Schlichtungsstelle) so viele wurden positiv verbeschieden.

Das Robert Koch-Institut schätzt 2001 die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe auf 40000 pro Jahr und die Zahl der eingetretenen Behandlungsfehler auf 12000 pro Jahr [102].

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Bayerischen Landesärztekammer verzeichnete innerhalb von 5 Jahren (2001 bis 2005) eine Zunahme der Anträge auf

Durchführung eines Verfahrens von 58 Prozent (2000/2001: 521, 2004/2005: 822) [8].

Die Gründe für einen Anstieg der Anspruchseinbringungen der Patienten sind sicher vielfältig, vor allem eine hohe Akzeptanz der Gutachterstellen, der demographische Wandel mit gesteigener Morbidität und Mortalität, eine Zunahme der Technikgläubigkeit mit sinkender Bereitschaft der Akzeptanz von biologischen Gesetzmäßigkeiten, erhöhte Transparenz der ärztlichen Tätigkeit.

7.2 Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft verfügt über das umfangreichste Datenmaterial, das aber nicht jeder Versicherer publiziert. Der Verband der Schadensversicherer gibt für 1993, bezogen auf die Zahl der zu diesem Zeitpunkt berufstätigen Ärzte, eine Häufigkeit von bei den Versicherungen gemeldeten Schäden von 68,8 pro 1000 Ärzte und Jahr an. Die Schadensfälle haben sich danach für die Allgemeinmediziner von 5784 im Jahr 1989 auf 4545 im Jahr 1993 gesenkt [108]. Der Marktführer für ärztliche Haftpflichtversicherungen ist die DBV-Winterthur Versicherung mit ca. 45 Prozent Marktanteil bei 122000 versicherten Ärzten im Jahr 2005 [3]. Im Jahr 2001 hatte diese Versicherung bei 110.000 Arztkunden 4573 Arzthaftpflichtschäden zu verzeichnen. Aus dieser Zahl läßt sich allerdings nicht ableiten, dass die Zahl der ärztlichen Fehler gewachsen sei, denn der Anteil unberechtigter Anspruchstellung nimmt seit Jahren kontinuierlich zu (1993 zu 2001: 42 Prozent zu 54 Prozent) [170]. Etwa 90 Prozent der Schadensfälle werden ohne Einschalten der Gerichte geregelt, im Prozeßfall werden von der Versicherung weniger als zehn Prozent der Prozesse verloren [109]. In rund einem Drittel der Fälle sind Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingeschaltet und in neun Prozent ergeben sich diesen gegenüber abweichende Entscheidungen. Die durchschnittliche Schadenshöhe hat sich progressiv entwickelt. Die Schadenshäufigkeit bei Ärzten und Zahnärzten für 1991 wird mit etwa 100 Ansprüchen pro 1000 Ärzte und Jahr angegeben [108].

Eine Unterscheidung zu den Daten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zeigt sich in dem von den Versicherern veröffentlichten Datenmaterial hinsichtlich der Aufteilung der Schadensfälle auf niedergelassene Ärzte und Krankenhaus-

ärzte. In dem von den Versicherungen betrachteten Teilausschnitt der Gesamtzahl der Schadensfälle beträgt die Verteilung halb zu halb, im Gegensatz zu einem Drittel zu zwei Drittel bei dem von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstelle betrachteten Teilausschnitt.

Jahn [104] beschreibt einen Anstieg des durchschnittlichen Schadensaufwands (gezahlt und zurückgestellt) pro gemeldeten Schadenfall für die DBV- Winterthur Versicherung für praktische Ärzte von DM 3699 im Jahr 1981 auf DM 22189 im Jahr 1991. Der Rechtsanwälte für Patienten e.V. geht von einer durchschnittlichen Schadenhöhe von ca. DM 45000 im Jahr 2001 aus [118].

7.3 Zivilgerichte und Strafverfolgungsbehörden

Offizielle Statistiken der Landesjustizverwaltungen, die isoliert die Häufigkeit von zivilrechtlichen Rechtsstreiten im Bereich der Arzthaftung in allen Instanzen erfassen, existieren noch nicht, so dass auf andere Quellen zugegriffen werden muß. Das Bayerische Staatsministerium der Justiz begann mit dem Stichtag 1. Januar 2005 „Arzthaftungssachen“ im Bereich der Zivil- und Strafgerichte zu ermitteln und durch das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung zu erfassen. Für 2005 wurden in Bayern bei den Amtsgerichten 278, bei den Landgerichten mit den Vorgängen der Berufungs- und Beschwerdeinstanz 967 und bei den Oberlandesgerichten 241 Verfahren im Rahmen des Zivilrechts gezählt. Strafgerichtlich konnten bei den Amtsgerichten 21, bei den Landgerichten fünf und bei den Oberlandesgerichten drei Fälle gezählt werden [9].

Krumpaszky, Sethe und Selbmann [108] veröffentlichten die letzten bundesweiten Zahlen über die Häufigkeit von zivilrechtlichen Rechtsstreiten im Bereich der Arzthaftung. Hiernach gibt der Verband der Schadensversicherer (jetzt Teil des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft) für das Jahr 1990 an, dass etwa 3000 Verfahren bei Zivilgerichten wegen Behandlungsfehlervorwürfen anhängig waren [108], wovon 18,75 Prozent der Verfahren den niedergelassenen Bereich betreffen [168]. Bezogen auf die im Jahr 1990 berufstätigen Ärzte errechnet sich so eine Zahl von 15,4 Klagen pro 1000 Ärzten und Jahr [108]. Die Ergebnisse solcher Zivilverfahren werden in der Literatur unterschiedlich angegeben, nach Schätzung von

Krumpasky, Sethe und Selbmann [108] haben die Patienten in etwa 50 Prozent mit ihrer Klage vor den Zivilgerichten Erfolg. Im Vergleich zu anderen Zivilverfahren liegt die gemittelte erstinstanzliche Verfahrensdauer in Arzthaftpflichtsachen mit 16,4 Monaten deutlich über Zahl von sechs Monaten bei anderen Zivilverfahren; dieser Trend, wenn auch nicht so ausgeprägt, ist auch zweitinstanzlich zu beobachten (elf versus 5,4 Monate). Neben der aufwendigen Bestellung von Gutachtern dürften die Gründe dafür auch in den zumeist komplizierten Sachverhalten zu finden sein.

Die aktuellen Zahlen über die Häufigkeit von zivilrechtlichen Rechtsstreiten im Bereich der Arzthaftung sind deutlich höher als 3000 Verfahren im Jahr 1990 anzusetzen, da die allein vor bayerischen Gerichten verhandelten Zivilverfahren in diesem Bereich im Jahr 1995 ca. 1500 betragen. Der Rechtsanwälte für Patienten e.V. geht für 2001 von mehr als 5000 zivilgerichtlichen Arzthaftungsverfahren aus, wovon ein Drittel teil- oder gesamterfolgreich für die Anspruchsteller entschieden wurde [118]. Die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände gibt im Jahr 2001 sogar eine Zahl von jährlich 15000 Klagen wegen ärztlicher Behandlungsfehler an [6], die in 10 Prozent der Fälle den Zuspruch des verlangten Schadensersatzes erlangten.

Die Häufigkeit von strafrechtlichen Ermittlungs- und Strafverfahren läßt sich nur anhand weniger Datenerhebungen im Bereich der Landgerichte Aachen und München I auf 20 bis 30 Ermittlungsverfahren pro 1000 Ärzte und Jahr schätzen [108]. Die Ärztekammer Nordrhein gibt weniger als 1 Prozent Strafverfahren bei den niedergelassenen Ärzten an [1], der Rechtsanwälte für Patienten e.V. geht für das Jahr 2001 von bundesweit ca. 4500 staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren aus [118]. Etwa 80 Prozent der staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren werden wegen Fehlens eines hinreichenden Tatverdachts nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt, die übrigen 20 Prozent verteilen sich nahezu gleichmäßig auf Einstellung des Verfahrens nach §§ 153 a, 154 StPO, Strafbefehle, Verurteilungen und Freisprüche [108]. Die Ursachen der unterschiedlichen Verfahrensausgangsquoten von Zivil- und Strafverfahren erklären sich vor allem aus dem Beweisrecht. Während im Strafrecht der volle Beweis der Schuld erbracht werden muß, kennt der Zivilprozeß Beweiserleichterungen und Beweislastumkehr.

8. Umgang mit und Vermeidung von Behandlungsfehlern

In der Praxis eines niedergelassenen allgemeinmedizinisch tätigen Arztes sind Behandlungsfehlervorwürfe nicht ausgeschlossen. Diese sind einerseits juristisch relevante Vorgänge, zum anderen auch Patientenbeschwerden und sollten neben den juristischen Fragen auch Anlass dazu geben, Fragen des medizinischen Qualitätsmanagement sowie der Qualitätssicherung zu betrachten. Denn nur durch ein konsequentes Lernen aus Fehlerereignissen und Beinahefehlern sowie Behandlungsfehlervorwürfen ist es möglich, zukünftig die Wahrscheinlichkeit des Eintretens solcher Ereignisse zu minimieren.

8.1 Umgang mit konkreten Behandlungsfehlervorwürfen

Bei einem Behandlungsfehlervorwurf, berechtigt oder nicht, sollte sich der behandelnde oder verantwortliche Arzt unverzüglich folgende Frage stellen:

Frage 1: Handelt es sich um einen mündlichen oder schriftlichen Vorwurf (zunächst) ohne konkrete Anhaltspunkte für die Einreichung einer Klage oder Anrufung einer Gutachterkommission?

Hier sollte der Arzt ausloten, ob sich der den Behandlungsfehlervorwurf vorbringende Patient zunächst auf ein Gespräch einläßt. Die meisten Behandlungsfehlervorwürfe lassen sich in diesem Stadium durch ein empathisches Gespräch ausräumen, in dem Einsicht in die den Patienten bewegenden Momente signalisiert werden sollte. In diesem Gespräch sollten die Vorwürfe offen angesprochen werden, damit sich der Arzt ein Bild von der Ernsthaftigkeit und der Schwere des Vorwurfs machen kann. Hierbei sollte der Arzt keine Kausalitäts- oder Verschuldensvermutungen äußern, keine Krankenunterlagen herausgeben sowie wahrheitswidrige Tatsachenerklärungen unterlassen. Viele Patienten fühlen sich nur ungerecht behandelt oder wollen, dass ihr Vorwurf ernst genommen wird und sind oft mit diesem klärenden Gespräch und dem Hinweis auf Verbesserungen in den Behandlungsabläufen für die Zukunft zufriedengestellt. Gerade der Allgemeinarzt als Hausarzt hat von seinen Patienten einen hohen Vertrauensvorschuß, den es in dieser Situation gilt nicht durch emotionale Kälte

und autoritäres Auftreten zu verspielen. Denn dass sich die Behandlungsabläufe verbessern müssen, steht außer Frage, sonst wäre es ja nicht zu einem Behandlungsfehlervorwurf gekommen.

Frage 2: Wenn der Patient sich nicht auf ein klärendes Gespräch einläßt, oder es in diesem Gespräch zu keiner Ausräumung des Vorwurfes gekommen ist, dann sollte sich der Arzt folgende Fragen stellen:

Handelt es sich bei dem Behandlungsfehlervorwurf um ein Begehren auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens vor der Ärztekammer (im Sinne einer sogenannten Amtsermittlung) mit oder ohne Anwalt?

In dieser Situation besteht kein Zeit - oder Termindruck, der Arzt kann in Ruhe seine Entscheidungen treffen.

Frage 3: Wurde bereits Klage vor einem ordentlichen Gericht erhoben?

In dieser Situation muß unverzüglich ein qualifizierter Ärzteanwalt beauftragt werden, der dem Gericht schriftlich mitteilt, dass man Fristverlängerung benötigt, weil man beabsichtigt, die Sache gütlich bzw. vergleichsweise beizulegen und im Falle des Scheiterns dieser Bemühungen zur Verteidigung gegen die Klage schriftsätzlich vorzutragen möchte.

Frage 4: Erst danach sollte der betroffene Arzt folgende Überlegungen anstellen:

- Ist der Anspruch berechtigt, liegt ein vermeidbarer Behandlungsfehler vor?
- Ist der behauptete Behandlungsfehler nachweisbar oder heilbar?
- Bedient sich einer Rechtsschutzversicherung?
- Ist die Dokumentation vollständig?
- War die Aufklärung vollständig?
- Ist der Schaden im Krankheitsverlauf schicksalhaft entstanden und war er zu erwarten?
- Hat sich eine vorbestehende Krankheit spontan oder durch ärztliches Handeln oder Unterlassen richtunggebend verschlimmert ?
- Überwiegt jetzt eine Vor - oder Begleiterkrankung ?
- Sind bei der Behandlung dieses Patienten auch andere Ärzte involviert?

- Befriedigt ein rascher, ggf. kostengünstiger Vergleich die Sachlage besser als ein langwieriges Schlichtungsverfahren mit zweifelhaftem Ausgang ggf. in Verbindung mit einem nachfolgenden Gerichtsverfahren?
- Ist der Arzt dem permanenten Druck des ständigen Argumentierens gegen den Anspruchsteller und seine Anwälte, gegen die Gutachter und das Gericht gewachsen? Soll er sich das antun oder sich besser gleich nach Rücksprache mit seinem Haftpflichtversicherer vergleichen?

Zur Erhaltung des Haftpflichtversicherungsschutzes darf kein Schuld- oder Haftungsanerkennniss ohne Zustimmung des Versicherers weder mündlich noch schriftlich abgegeben werden.

Wird ein Schlichtungsverfahren beantragt, oder eine Gutachterkommission angerufen, stellt sich die Frage, ob man zustimmen oder ablehnen sollte. Der freiwilligen Schlichtung müssen alle Beteiligten zustimmen, so dass eine Ablehnung ohne Angabe von Gründen möglich ist. Ist ein Anspruch objektiv unbegründet, die Sachlage eindeutig und die Dokumentation vollständig, kann man ein Schlichtungsverfahren aus guten Gründen ablehnen.

Das Schlichtungsverfahren ist für den Anspruchsteller kostenfrei und wird durch die Ärzte aus deren Kammerbeiträgen sowie durch die Versicherungswirtschaft finanziert. Befürworten die Gutachter in dem für die Anspruchsteller kostenfreien Schlichtungsverfahren den Anspruch und einen Vergleich, so hat das Schlichtungsverfahren den Anspruchsteller in seiner Forderung bestärkt. Es hat ihm wertvolle Argumentationshilfe in Form von Gutachten gegeben. Die große Gefahr des Schlichtungsverfahrens liegt also im kostenfreien Aufbau des potentiellen Prozeßgegners, der so sein Prozeßrisiko durch Prozeßkostenhilfe minimieren kann und u.U. im Schlichtungsverfahren nur einen kostenlosen Test der Erfolgsaussichten einer Klage sieht. Das widerspricht der vom BGH versprochenen Waffengleichheit im Arzthaftpflichtverfahren.

Eine weitere Gefahr des Schlichtungsverfahrens liegt darin, dass eine „globale Amtsermittlung“ erfolgt. So kam es nicht selten zu herber Kritik der Gutachter an nicht strittigen Fragen z.B. über die Aufklärung, die Nachbehandlung oder über die Dokumentation, d.h. zu Fragen, die primär gar nicht den Behandlungsfehlervorwurf betra-

fen. Vor Gericht darf demgegenüber nur über den Parteienvortrag Beweis erhoben und geurteilt werden. Ein umsichtiger Richter wird den ärztlichen Sachverständigen auf die engen Grenzen der Beweisfragen hinweisen oder das Gutachten zur Korrektur zurücksenden, wenn vom Beweisbeschluss abgewichen wurde. Kritische Einlassungen des Sachverständigen über nicht strittige Fragen sind nicht zugelassen, da sie nicht den Prozessgegenstand betreffen und neben der Sache liegen.

Unterliegt der Antragsteller im Schlichtungsverfahren, kann er weiterhin eine Klage vor einem ordentlichen Gericht führen. Der betroffene Arzt muß sich dann erneut mit gegnerischem Vortrag, Gutachten und Beweisaufnahmen, u.U. durch mehrere Instanzen befassen und setzt Zeit, Geld und Kraft ein.

Die Gefahr, ohne anwaltliche Hilfe im Schlichtungsverfahren ungewollt Belastendes preis zu geben, ist für den Arzt und Nichtjuristen unverhältnismäßig groß. Die Anwaltskosten sind im Schlichtungsverfahren meist selbst zu tragen und werden nur gelegentlich von der eigenen Arzthaftpflichtversicherung übernommen. Man muß im Schlichtungsverfahren ohne anwaltlichen Rat selbst Kraft und Zeit für die Argumentation aufwenden.

Nur wenn man sich wirklich schlichtend einigen und ggf. vergleichen will, ist ein Schlichtungsverfahren mit anwaltlicher Hilfe ratsam. Von Vorteil kann der mit der Schlichtung verbundene Zeitgewinn sein und eine erste Chance auf eine positive Gutachterposition bei erhaltener Option auf eine zweite Chance, d.h. auf einen anderen Sachverständigen in einem möglichen Zivilprozeß darstellen.

Ist ein Entschädigungsanspruch objektiv zu Recht gegeben und sind die Erfolgsaussichten, ein Schlichtungsverfahren oder einen Arzthaftpflichtprozeß zu gewinnen, sehr gering, etwa bei gravierenden Dokumentations - und Aufklärungsmängeln, sollte man die Vorteile eines raschen, „stillen“ Vergleichs in Erwägung ziehen und die Zustimmung des Haftpflichtversicherers unverzüglich einholen. Es bietet sich gerade für den Allgemeinarzt als Hausarzt primär ein „stiller“ Vergleich zwischen den Parteien an, wobei unter Einsparung der Kosten für ein Schlichtungsverfahren und für einen Rechtsstreit beiderseitiges Stillschweigen rechtsverbindlich vereinbart werden kann. Dadurch ist die schädigende Außenwirkung zumindest durch negative Pressemittei-

lungen für den Arzt minimiert, auch wenn gerade im hausärztlichen Bereich die Informationen über die Praxis und die unvermeidlichen Gerüchte durch die „Mundpropaganda“ von Patient zu Patient bzw. Angehörigen und Bekannte wohl nicht gänzlich unterdrückt werden kann.

Ein angemessener, sinnvoller und patientenorientierter Vergleich wird aber nicht selten dadurch verhindert, dass die Kostenträger gemäß § 116 SGB X Ersatzansprüche anmelden. Die Kostenträger, die über unbegrenzte Mittel und eigene Rechtsabteilungen verfügen, wollen Kosten auf Dritte d.h. auf die Arzthaftpflichtversicherer abwälzen. Dabei sind sie so erfolgreich, dass es zu einer wahren Explosion der Schadensaufwendungen z.B. in der Geburtshilfe gekommen ist. Schon deshalb verbieten die Haftpflichtversicherer ein Schuldeingeständnis und zwingen auch einsichtige und kompromissbereite Ärzte, gegen die eigenen Patienten zu prozessieren und auf einen gerechten Vergleich zu verzichten. Der Anspruchsteller spielt mit seinen eigenen Wünschen dann nur noch eine untergeordnete Rolle, wenn es um die Forderungen der Kostenträger geht. Laufen mehrere Klagen mit erheblichen Schadensersatzforderungen auf, sind größere Rückstellungen erforderlich, worauf nicht selten der Haftpflichtversicherer den Arzthaftpflichtvertrag kündigt und Neuverhandlungen über eine deutlich höhere Prämie durchsetzen kann.

Eine Alternative zum Schlichtungsverfahren ist das selbständige Beweisverfahren, das sich in der Bauwirtschaft bewährt hat. Hier werden die Baumängel vor der endgültigen Fertigstellung gutachterlich dokumentiert, die am Ende nicht mehr sichtbar wären und die bei der Endabrechnung preismindernd geltend gemacht werden können. Bezogen auf den behaupteten Körperschaden im Arzthaftungsfall formuliert der Richter lediglich die Fragen, zu denen Beweis erhoben werden soll, und bestimmt den Gerichtssachverständigen, der dann sein Gutachten vorlegt. Hier sind Qualitätsmängel kaum zu befürchten. Die Parteien können sich anhand des vorliegenden Gutachtens vergleichen und/oder auf eine Klage gänzlich verzichten. Der Vorteil für den beklagten Arzt ist, dass - wie im Prozeß - nur der Parteienvortrag in den Beweisfragen Berücksichtigung findet, die Verfahrenskosten nicht von Dritten zu zahlen sind und anwaltliche Begleitung/Vertretung gewährleistet ist. Zudem ist - im Gegensatz zu manchen Kommissionsentscheidungen - Akteneinsicht gegeben. Ein gewisser Nachteil ist, dass man kein Zweitgutachten zur Überprüfung durchsetzen kann, wie dies

bei den Schlichtungsstellen auf Druck fundierter Gegenargumente möglich ist. Immerhin ist aber das selbständige Beweisverfahren nicht kostenfrei und somit kein kostenloser Test zu Lasten Dritter.

Sollte es doch zu einem Prozeß kommen, ist es für den betroffenen Arzt zumeist eine höchst ungewöhnliche Situation. Denn Ärzte verstehen i.d.R. mehr von Musik, Literatur und Kunst als von Recht, dem sie unwissend mit Scheu und Unverständnis gegenüberstehen. Ärzte gehen daher völlig unzureichend ausgebildet nur mit dem Hippokratischen Eid versehen in den Prozeß um Arzthaftpflichtentschädigungen. Als Arzt sollte man sich die Vorteile vor Augen führen, die ein Prozeß bietet. Vor Gericht kann man vortragen lassen, argumentieren, Anhörung erfahren, ggf. kann man sich selbst argumentativ einbringen, ohne unbegründet unterbrochen zu werden. Man sollte folgende Hinweise beherzigen:

- Die Argumentation sollte dem Anwalt überlassen bleiben; die Fragen des Gerichts sind kurz und präzise zu beantworten, stets im Wissen, dass man sich selbst aus Unkenntnis der Rechtslage belasten kann. Nur hervorragend vorbereitet kann man argumentativ bestehen: Fachliteratur sollte in Kopien vorliegen, Lehrbücher sollten greifbar sein.
- Es wird verlangt, dass die Krankenblattführung sauber, vollständig und lesbar d.h. vorbildlich ist, ggf. sind zur Herstellung der einwandfreien Lesbarkeit authentische Abschriften anzulegen.
- Die Gerichte nehmen Fremdbefunde unabhängiger Untersucher zur Kenntnis; diese können als Argumentationshilfe dienen.
- Fristen sind zu beachten und korrekt einzuhalten.

Man muß sich als Beklagter dem Streitfall intensiv, sorgfältig und emotionslos widmen und darf dabei im rechtlich erlaubten Rahmen immer den eigenen Vorteil im Auge haben, auf eigenes aktualisiertes Wissen, beste Fallkenntnis und Literaturkenntnis vertrauen. In einem Prozeß über einen Behandlungsfehlervorwurf wird der Sachverhalt meist von einem Gutachter für das Gericht dargelegt und der Gutachter gibt dem Gericht seine Wertung ab. Diese Gutachter sind in Prozessen über allgemeinärztliche Behandlungsfehlervorwürfe zumeist keine Allgemeinärzte, sondern hochspezialisierte Fachärzte aus dem Bereich der stationären Versorgung, die die

aktuelle alltägliche Situation einer hausärztlichen Praxis nur selten oder gar nicht aus eigener Erfahrung kennen. So kann es in dieser Situation dazukommen, dass das Gutachten von anderen Voraussetzungen ausgeht als dies in der Allgemeinarztpraxis zutrifft. Hier ist es für den betroffenen Allgemeinarzt besonders wichtig, zur Meinungsbildung des Gerichts das Gutachten nicht im Raum stehen zu lassen, sondern auch mit eigenen fundierten Aussagen das Gutachten in die Relation zu der hausärztlichen Praxis zu setzen. Wer den Streitfall ignoriert, sich versagt und abwendet oder den Ablauf aus den Augen verliert, hat deutlich schlechte Erfolgsaussichten. Es lohnt sich anhand des gerichtlichen Gutachtens der Fachliteratur sich zu widmen und nach passenden Präzedenzfällen Ausschau zu halten; denn man lernt aus Mißerfolgen und den Prozessen Dritter. Der eigene Anwalt ist nur so gut wie die eigene Argumentation. [165].

8.2 Fehlerprophylaxe durch Qualitätsmanagement und -sicherung

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung halten seit Ende der 70er Jahre Einzug in deutsche Unternehmen. Zur Sicherung der Qualität entwickelte man die DIN-/ISO-Normen 9000 ff.. Um diese Normen zu erfüllen, müssen die Arbeitsabläufe im Unternehmen analysiert und standardisiert werden. In der Medizin hat der Begriff der Qualitätssicherung eine spezifische Bedeutung erlangt. Seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 und dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 verpflichtet der Gesetzgeber die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen (vgl. §§ 135 ff. SGB V). Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken und so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Damit diese Richtlinien umgesetzt werden, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesärztekammern Regelungen in ihre Bestimmungen bzw. Berufsordnungen aufgenommen [168].

In der niedergelassenen Praxis konkurrieren verschiedene Anbieter um den lukrativen Markt der Implementierung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungssystemen (Total Quality Management TQM). Auch die kassenärztlichen Vereinigungen haben inzwischen eigene zertifizierte Verfahren entwickelt, die sie den niederge-

lassen den Kassenärzten anbieten. Das Zertifizierungsverfahren einer Praxis ist ein länger andauernder nach Monaten und gar Jahren bemessener Prozeß, der sich umso einfacher gestaltet, je standardisierter sich die Behandlungsabläufe darstellen. Im Vergleich zu einer spezialärztlich Praxis ist daher eine hausärztliche Praxis mit ihren verschiedensten Problemstellungen und Behandlungsabläufen relativ schwierig zu zertifizieren. All den Systemen zur Qualitätssicherung ist gemein, das sie aus Instrumenten bestehen, die den Praxisalltag systematisiert abbilden wollen. Ein Instrument ist die Fehleranalyse (Risk-Management), die Behandlungsfehler oder Beinahefehler (Incident Reporting) aufzuzeigen und durch geeignete Maßnahmen in Zukunft zu verhindern versucht. Im Praxisalltag findet Fehleranalyse auf vier unterschiedlichen Ebenen statt.

Ebene 1 - Streit ist im Gange

Eine Komplikation, etwa eine Blutungskomplikation in der allgemeinärztlichen Praxis durch eine Überdosierung von Phenprocoumon, hat sich ereignet, der ein möglicher Fehler (z.B. Einsortieren des Laborbefundes ohne Vorlage beim Allgemeinarzt) zugrunde liegt; ein Streit oder Rechtsstreit ist angekündigt. In dieser Situation sollte der Arzt weiteren gesundheitlichen Schaden vom Patienten abwenden, wie etwa schnellstmögliche Einweisung in eine Klinik. Darüber hinaus hat er die Notwendigkeit und das Recht sich gegen ungerechtfertigte Vorwürfe zu verteidigen (z.B. Verlauf der Phenprocoumoneinstellung der letzten Monate zu überprüfen, da möglicherweise eine unzureichende Mitarbeit des Patienten in den vergangenen Monaten vorliegt und als (Mit-)Ursache in Frage kommt).

Ebene 2 - Eine Komplikation kündigt sich an, oder ist eingetreten

Stellt sich der vorgesehene Behandlungsverlauf nicht ein, oder kündigt sich eine Komplikation an bzw. tritt eine solche ein, dann stellt sich zunächst nicht die Frage nach einem Behandlungsfehler im engeren Sinn, sondern nach einer Komplikation, wobei diesem Terminus zukünftig durchgehend der Vorzug zu geben ist. Der Patient wird bei insgesamt noch erhaltenen Vertrauen alle weiteren Behandlungsabläufe mit erhöhter Aufmerksamkeit und Vorsicht betrachten, registrieren und möglicherweise auch missinterpretieren. Hier gilt es die Anstrengungen bezüglich des weiteren medizinischen Verlaufs zu verdoppeln, die ärztlichen Kontakte zu verdichten (etwa häufi-

gere Blutkontrollen mit persönlichen Arzt-/Patientengespräch über weitere Einnahme) und Zweitmeinungen einzuholen.

Ebene 3 - Analyse unbefriedigender Behandlungsverläufe in der Vergangenheit

In regelmäßigen Abständen sind praxisintern unbefriedigende Behandlungsverläufe der Vergangenheit summarisch oder themenbezogen aufzuarbeiten. Zu den unbefriedigenden Behandlungsverläufen zählen alle Verläufe, die seitens des Arztes oder des Patienten Anlaß zur Kritik gegeben haben, unabhängig davon, ob man diese als „Fehler“ bezeichnen würde (z.B. Wiederholungsverordnung von Medikamenten mit kleiner therapeutischer Breite). Es ist das Ziel durch das Vergleichen mit vielen solcher Verläufe eine Systematik der Ursachen für unbefriedigende Behandlungsverläufe zu finden und diese durch Etablierung von Präventionsstrategien zukünftig zu verhindern (z.B. nur noch Verordnung im persönlichen Arzt-/Patientengespräch).

Ebene 4 - Der noch nicht geschehene / nicht gesehene Fehler

Zu dieser Ebene gehören einerseits die Beinahefehler und Missgeschicke, durch die (noch) kein Patient zu Schaden gekommen ist und andererseits die potentiellen Missgeschicke und Fehler, die noch keiner der in der Praxis Arbeitenden gesehen hat, wobei hier das Gewicht auf den schwerwiegenden Ereignissen liegt (etwa Reanimation in der hausärztlichen Praxis) .

Die Fehleranalysen der Ebene 3 und 4 werden umso ergiebiger sein, je mehr gleichartige Fälle miteinander verglichen, gleichsam übereinandergelegt werden. Dies wird in einem Projekt von Prof. F.M. Gerlach des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt/Main für die allgemeinmedizinische Praxis versucht, indem über anonymisierte Falldarstellungen eine Sammlung von „Fehlern“ zusammengestellt wird. Jeder Arzt kann sich an der Sammlung dieser Ereignisse über das Internet (www.jeder-fehler-zaehlt.de) beteiligen und die ausgewerteten Ergebnisse online oder in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ zur Kenntnis nehmen.

Häufige Fehlerquelle stellt etwa die Medikation der Patienten dar, sei es durch nicht aktualisierte Einnahmepläne oder Ausstellen von Wiederholungsrezepten. Insbesondere die Handhabung der „gefährlicheren“ (schmalere Dosisbereich) Medikamente wie Phenprocoumon bedarf einer genauen Analyse [164].

Um dieses Instrument der Qualitätssicherung in einer Praxis zu implementieren, ist ein hohes Maß an wechselseitigem Vertrauen zwischen den einzelnen Praxismitarbeitern der Praxis sowie ein gewisses Maß an positiver Sensibilität untereinander für risikobehaftete Situationen erforderlich. Nur so kann es zu offenen Berichten über risikobehaftete Situationen kommen [103]. Um diese zusätzlichen Qualifikationen den Praxismitgliedern zu vermitteln, bietet sich eine schrittweise Heranführung an die Fehleranalyse an [11]:

Schritt 1: Einbeziehen aller Praxismitglieder

Jedes Praxismitglied soll die Möglichkeit ohne Sorge vor Konsequenzen haben, kritische Punkte im Praxisablauf zu finden und zu benennen.

Schritt 2: Sensibilisieren

Fehler, die keine gravierenden Konsequenzen haben, werden gerne vergessen. Daher sollte man ein Fehlerbuch bzw. vorzüglich eine Verbesserungsliste anlegen, um auch kleine Fehler, die in der Verkettung eventuell größer werden können, zu dokumentieren und zukünftig zu verhindern.

Schritt 3: Motivation

Offener Umgang mit Fehlern bricht manch eingespielte Gepflogenheit, bedeutet zunächst mehr Arbeitsaufwand und schafft dadurch Konfliktpotential. In dieser Situation ist es wichtig, sich mit kleinen Fortschritten zufrieden zu geben und zu erkennen, dass weniger Fehler auch weniger Nacharbeit und damit Einsparung der Ressourcen Zeit und Geld bedeutet.

Schritt 4: Arbeitsabläufe hinterfragen

Der Mitarbeiter einer Praxis, der einzelne Arbeitsgänge ausführt, soll motiviert werden, in Prozeßabläufen zu denken, etwa die Notwendigkeit und Folge einer INR-Wert Kontrolle zu verstehen; so lassen unnötige Routinen und Abläufe identifizieren und abstellen.

Schritt 5: Prioritäten setzen

Zur Strukturierung der Arbeitsabläufe ist es notwendig Prioritäten festzulegen, d.h. wichtige Handlungsabläufe von weniger wichtigen - sei es in Bezug auf die Behandlung oder eines ökonomischen Praxisablaufs - zu differenzieren, um möglichst Einsparungspotential zu gewinnen und den Patienten vor gefährlich abwendbaren Verläufen zu bewahren .

Schritt 6: Erfahrungsaustausch

Dieser Schritt beschreibt die Kommunikation zwischen verschiedenen Praxen in Qualitätszirkeln und Internetforen oder ähnlichen Einrichtungen und gewährleistet einen Erfahrungsaustausch über die Grenzen der jeweiligen Allgemeinpraxis hinaus.

9. Zusammenfassung

Der Allgemeinarzt in der niedergelassenen Praxis ist mit einer Vielzahl von rechtlichen Bestimmungen und Fragestellungen konfrontiert. Die wohl weitestgehende Bedeutung in rechtlicher, menschlicher wie auch medizinischer Hinsicht haben die juristischen Beziehungen zwischen Arzt und Patient, angefangen vom Behandlungsvertrag beim Aufsuchen der Praxis, über Diagnose, Aufklärung, Therapie und eventuellen Behandlungsfehlervorwürfen. Solche Fehlvorwürfe können den niedergelassenen Hausarzt unvorbereitet treffen und ihn durch Unkenntnis der juristischen Zusammenhänge und Grundlagen in eine unsachgemäße, rechtlich unvorteilhafte Position bringen, die aufgrund der objektiven Gegebenheiten nicht gerechtfertigt ist. Eine Grundkenntnis des Behandlungsvertrages und der daraus für Arzt und Patient erwachsenen Rechte und Pflichten sind daher für jeden niedergelassenen Arzt, rechtlich und betriebswirtschaftlich gesehen als selbständiger Unternehmer mit vollem Haftungsrisiko bis in den privaten Vermögensbereich, unabdingbar. Wenn auch die finanziellen Risiken durch eine ärztliche Berufshaftpflichtversicherung überschaubar bleiben, so können Fehlvorwürfe eine negative Außenwirkung gegenüber anderen und potentiellen Patienten mit sich bringen, von den emotionalen Belastungen des betroffenen Arztes ganz zu schweigen. Um Behandlungsfehlern vorzubeugen, empfiehlt es sich, die Allgemeinarztpraxis durch geeignete qualitätssichernden Maßnahmen mit der Folge zu strukturieren, dass die Behandlungsfehlermöglichkeiten auf ein Minimum reduziert werden. Die Auswertung der Datenlage der Behandlungsfehlervorwürfe und der anerkannten Behandlungsfehler, sei es bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen oder vor Gericht, zeigt, dass die niedergelassenen Allgemeinärzte in sehr geringem Umfang von Behandlungsfehlervorwürfen und anerkannten Behandlungsfehlern betroffen sind. Das mag sowohl an der rechtzeitigen Überweisung zu spezialisierten Fachärzten als auch an der vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung im hausärztlichen Bereich liegen. Abschließend wird dies erst dann beurteilt werden können, wenn die Bestrebungen zu einer bundesweit harmo-

nisierten Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen sowohl bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern als auch bei den Gerichten erfolgreich fortgeführt werden.

Literaturverzeichnis

Folgende Kurzzitate werden zur besseren Übersicht verwendet

- AHRS Teil I: Arzthaftpflicht-Rechtsprechung, Teil I Entscheidungen von 1942-1992, Ankermann, E., Kullmann, H.-J., Bischoff, R., Erich Schmidt Verlag, München, 1992
- AHRS Teil II: Arzthaftpflicht-Rechtsprechung, Teil II Entscheidungen von 1993-1999, Ankermann, E., Kullmann, H.-J., Bischoff, R., Erich Schmidt Verlag, München, 1999
- AHRS Teil III: Arzthaftpflicht-Rechtsprechung, Teil III Entscheidungen ab 2000, Ankermann, E., Kullmann, H.-J., Bischoff, R., Erich Schmidt Verlag, München, 2006
- Geiß: Geiß, K. Vertragliche Haftungsgrundlagen, Der Arztvertrag. In: „Arzthaftpflichtrecht“ Geiß, K., Greiner, H.-P. (Hrsg.), Verlag C.H. Beck, München, 2001, 4. Auflage

- 1 Ärztekammer Nordrhein Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler. In: "Tätigkeitsbericht 2005" Ärztekammer Nordrhein, (2005), 82-86
- 2 Ärzte Zeitung, Die meisten Behandlungsfehler passieren in der Klinik Ärzte Zeitung 24. September 1996 S. 4
- 3 Ärzte Zeitung, Die Zahl ärztlicher Fehlbehandlungen ist geringer als gedacht Ärzte Zeitung 25. April 2006 S. 5
- 4 AG Düsseldorf, AHRS Teil I, 0380/7
- 5 Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., Ram, P., Die Europäischen Definitionen der Schlüsselemente der Disziplin der Allgemeinmedizin, der Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin und eine Darstellung der Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin / Hausarztes. WONCA Europe, Barcelona, 2002
- 6 Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, Verbraucherpolitische Korrespondenz Nummer 7 vom 3. April 2001 S. 4/5
- 7 Bayerische Landesärztekammer (2006) Monatsstatistik nach Tätigkeitsbereichen (<http://www.blaek.de/monatsstatistik>) Stand: 11.04.2006
- 8 Bayerische Landesärztekammer, Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Bayerisches Ärzteblatt Spezial 3 (2005), S. 13-14
- 9 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Anfrage vom 25.04.2006
- 10 Berg, D, Seiermann, B. Aus Fehlern lernen Frauenarzt 47 (2006) 212-220
- 11 Beyer, M., Rohde-Kampmann, R., Sechs Schritte zu einer Praxisroutine. Der Hausarzt 15 (2005) 2-4
- 12 BGH, AHRS Teil I, 2305/1
- 13 BGH, BGHZ 3, 46-53
- 14 BGH, NJW 1954, 1536
- 15 BGH, NJW 1956, 1106
- 16 BGH, BGHZ GrZs 18, 149
- 17 BGH, AHRS Teil I, 6551/1
- 18 BGH, AHRS Teil I, 6450/1
- 19 BGH, AHRS Teil I, 0485/2
- 20 BGH, BGHZ 29, 46
- 21 BGH, AHRS Teil I, 5450/3

- 22 BGH, AHRs Teil I, 0600/1
- 23 BGH, VersR 1960, 1014
- 24 BGH, VersR 1961, 374/375
- 25 BGH, VersR 1961, 613
- 26 BGH, AHRs Teil I, 0600/5
- 27 BGH, VersR 1961, 1039
- 28 BGH, VersR 1962, 46/47
- 29 BGH, VersR 1962, 250
- 30 BGH, AHRs Teil I, 6551/3
- 31 BGH, NJW 1963, 393
- 32 BGH, VersR 1963, 168
- 33 BGH, NJW 1965, 346
- 34 BGH, VersR 1966, 853
- 35 BGH, VersR 1967, 454
- 36 BGH, VersR 1967, 775
- 37 BGH, VersR 1968, 498
- 38 BGH, AHRs Teil I, 0457/1
- 39 BGH, VersR 1970, 256
- 40 BGH, NJW 1970, 511
- 41 BGH, NJW 1971, 241
- 42 BGH, AHRs Teil I, 1400/6
- 43 BGH, NJW 1974, 1422/1423
- 44 BGH, AHRs Teil I, 0160/2
- 45 BGH, NJW 1976, 2344
- 46 BGH, NJW 1977, 2120
- 47 BGH, AHRs Teil I, 01815/3
- 48 BGH, NJW 1979, 1933/1934
- 49 BGH, NJW 1980, 1333
- 50 BGH, AHRs Teil I, 0180/5
- 51 BGH, NJW 1980, 1905
- 52 BGH, NJW 1981, 633
- 53 BGH, NJW 1981, 2002
- 54 BGH, AHRs Teil I, 6560/4
- 55 BGH, NJW 1982, 697/698
- 56 BGH, NJW 1982, 699
- 57 BGH, NJW 1984, 1400
- 58 BGH, NJW 1984, 1807
- 59 BGH, AHRs Teil I, 0810/11
- 60 BGH, AHRs Teil I, 0180/15
- 61 BGH, NJW 1987, 705/706
- 62 BGH, AHRs Teil I, 0455/3
- 63 BGH, NJW 1988, 1516
- 64 BGH, AHRs Teil I, 2305/14
- 65 BGH, NJW 1989, 1538
- 66 BGH, NJW 1989, 2330/2331
- 67 BGH, NJW 1989, 2320
- 68 BGH, AHRs Teil I, 3110/37
- 69 BGH, NJW 1990, 2929/2330
- 70 BGH, AHRs Teil I, 2305/21
- 71 BGH, NJW 1992, 909
- 72 BGH, NJW 1992, 1560

- 73 BGH, NJW 1993, 2375
- 74 BGH, NJW 1994, 801
- 75 BGH, NJW 1995, 778
- 76 BGH, AHRS Teil II, 6560/111
- 77 BGH, AHRS Teil II, 5150/105
- 78 BGH, NJW 1996, 2428
- 79 BGH, NJW 1997, 798
- 80 BGH, NJW 1998, 814
- 81 BGH, NJW 1998, 1780
- 82 BGH, NJW 1999, 860
- 83 BGH, NJW 1999, 862
- 84 BGH, NJW 1999, 2731
- 85 BGH, NJW 2000, 2741
- 86 BGH, AHRS Teil III, 1025/300
- 87 BGH, NJW 2000, 2737
- 88 BGH, BGHZ 162, 320-327
- 89 Braun, R.N. Zweidimensionale Systematik. In: "Allgemeinmedizin und Praxis", Mader F. H., Weißgerber, H. (Hrsg.), Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2005, 5. Auflage, 17-19
- 90 BSG, AHRS Teil I, 0530/1
- 91 Bundesärztekammer (2004) (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2004) (<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo/>) Stand: 11.04.2006
- 92 BVerfG, AHRS Teil I, 4100/2
- 93 Carstensen, G., Erfahrungen mit Gutachterkommissionsverfahren bei Arzt-Haftpflichtansprüchen VersMed 41 (1989) 48-51
- 94 Carstensen, G., Erfahrungen mit Gutachterkommissionsverfahren bei Arzt-Haftpflichtansprüchen Z ärztl Fortbild 89 (1995) 573/574
- 95 Eissler, M. Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland - ein bundesweiter Vergleich MedR 5 (2005) 280-282
- 96 Frahm, W. Die ärztlichen Aufklärungspflichten SchIA 12 (2005) 394-398
- 97 Geiß, Seite 4 A3
- 98 Geiß, Seite 4 A4
- 99 Geiß, Seite 4 A5
- 100 Geiß, Seite 6 A11
- 101 Geiß, Seite 9 A15
- 102 Hansis, M., Hart, D., Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. In: "Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 04/01", Robert Koch-Institut (Hrsg.), Eigenverlag, Berlin, 2001, 6/7
- 103 Hansis, M. Risikoverringerung in der klinischen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 45 (2004) A3008-A3010
- 104 Jahn, W., Entwicklung von Schadensfällen in der Bundesrepublik Gynäkologe 22 (1989) 411-415
- 105 KG Berlin, AHRS Teil I, 2790/16
- 106 KG Berlin VersR 1987, 992
- 107 KG Berlin VersR 1991, 928
- 108 Krumpaszy, H., Sethe, R., Selbmann, H.-K., Die Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen in der Medizin. VersR 10 (1997) 420-427
- 109 Lange, A. Bei Behandlungsfehlern geht es auch ohne Gerichte. Versicherungswirtschaft 7 (2001) 510 f.

- 110 Laufs, A. Der Arztvertrag. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 344
- 111 Laufs, A. Die Parteien des Arztvertrages. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 391
- 112 Laufs, A. Die Parteien des Arztvertrages. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 395
- 113 Laufs, A. Dokumentationspflichten. In: "Arztrecht", Laufs, A. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 1993, 5. Auflage, 123 Rn 454
- 114 Laufs, A. Schadensbegrenzung. Schutzzweck. Verjährung. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 974
- 115 Laufs, A. Vertragshaftung und Delikthaftung. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 926
- 116 Laufs, A. Vertragsverhältnisse und Passivlegitimationen. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 928
- 117 LG Koblenz, AHRs Teil I, 3020/17
- 118 Medical Tribune, Nur Dokumentation rettet den Kopf Medical Tribune 49 (2001) S. 4
- 119 OLG Düsseldorf, AHRs Teil I, 0160/1
- 120 OLG Düsseldorf, AHRs Teil I, 1820/2
- 121 OLG Düsseldorf, AHRs Teil I, 0180/11
- 122 OLG Düsseldorf VersR 1985, 370/371
- 123 OLG Düsseldorf, AHRs Teil I, 0170/19
- 124 OLG Düsseldorf, AHRs Teil I, 6555/13
- 125 OLG Düsseldorf, AHRs Teil II, 1815/113
- 126 OLG Düsseldorf, AHRs Teil III, 1820/302
- 127 OLG Frankfurt NJW 1981 1322-1324
- 128 OLG Frankfurt, AHRs Teil I, 2310/6
- 129 OLG Frankfurt, AHRs Teil II, 6562/174
- 130 OLG Hamburg, AHRs Teil I, 0550/21
- 131 OLG Hamburg, AHRs Teil III, 6551/301
- 132 OLG Hamm, AHRs Teil I, 0600/11
- 133 OLG Hamm, AHRs Teil II, 2310/101
- 134 OLG Hamm, AHRs Teil II, 6560/112
- 135 OLG Hamm, AHRs Teil II, 6562/144
- 136 OLG Hamm, AHRs Teil II, 6562/170
- 137 OLG Hamm, AHRs Teil III, 1815/306
- 138 OLG Karlsruhe, AHRs Teil II, 1815/100
- 139 OLG Karlsruhe VersR 2000, 229
- 140 OLG Köln, AHRs Teil I, 6570/4
- 141 OLG Köln, AHRs Teil I, 0160/8
- 142 OLG Köln VersR 1990, 1240
- 143 OLG Köln, AHRs Teil I, 0485/13
- 144 OLG Köln, AHRs Teil I, 0455/10
- 145 OLG Köln, AHRs Teil I, 6410/96
- 146 OLG Köln, AHRs Teil II, 0170/103
- 147 OLG Köln NJW-RR 1999, 1790

- 148 OLG Köln, AHRs Teil III, 1025/302
- 149 OLG München, AHRs Teil I, 1025/1
- 150 OLG München, AHRs Teil I, 0457/22
- 151 OLG Oldenburg, AHRs Teil II, 0180/113
- 152 OLG Oldenburg, AHRs Teil II, 1820/120
- 153 OLG Saarbrücken, AHRs Teil I, 0180/20
- 154 OLG Saarbrücken NJW-RR 1999, 749
- 155 OLG Saarbrücken NJW-RR 1999, 176f
- 156 OLG Stuttgart, AHRs Teil I, 2305/16
- 157 OLG Stuttgart, AHRs Teil I, 2305/22
- 158 OLG Stuttgart, AHRs Teil II, 6562/101
- 159 OLG Zweibrücken, AHRs Teil I, 6570/3
- 160 OLG Zweibrücken, AHRs Teil II, 0520/102
- 161 RG RGZ 83, 15/19f.
- 162 RG JW 1931, 1485
- 163 RG RGZ 163, 129
- 164 Rohe, J., Beyer, M., Gerlach, F. M. Aus eigenen und fremden Fehlern lernen. Der Allgemeinarzt 10 (2005) 21-23
- 165 Sandvoß, G. Prophylaxe und Management von Arzthaftpflichtansprüchen. ArztR 34 (1999) 144-155
- 166 Schmidt, E. Der Arzt im Strafrecht. In: "Handbuch des Arztrechts", Laufs, A., Uhlenbruck, W. (Hrsg.), Verlag C. H. Beck, München, 2002, 3. Auflage, 343-344
- 167 Schleswig-Holsteinische OLG OLGR Schleswig 2004, 224-226
- 168 Sethe, R., Krumpaszky, H. Arzthaftung und Qualitätsmanagement. VersR 10 (1998) 420-430
- 169 Steffen, E. Kostendämpfung und ärztlicher Standard - Anforderungen des Haftungsrechts. MedR 9 (1993) 338
- 170 Weidinger, P. Aus der Praxis eines Heilwesensversicherers MedR 6 (2004) 289-295
- 171 Wikipedia Die freie Enzyklopädie Positive Vertragsverletzung (<http://de.wikipedia.org/wiki/PVV>) Stand: 11.04.2006

Lebenslauf

Persönliche Daten

Maximilian Frisch
geb. am 28.4.1972 in München
verheiratet

Schulbildung

1978-1982 Grundschule Grandlschule München
1982-1991 Karls gymnasium München

Studium

1991-1994 Studium der Humanmedizin LMU München
1994-1998 Studium der Humanmedizin TU München
1998-1999 Praktisches Jahr TU München (Chirurgie, Dermatologie, Innere
Medizin)

Dissertation

Die Tätigkeit des Allgemeinarztes aus rechtlicher Sicht, im Spiegel der Rechtsprechung sowie der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen
(Einreichung Mai 2006)

berufliche Tätigkeiten während des Studiums

1991-1992 Pflegepraktikum im KKH Pasing
1992-1993 studentische Pflegehilfe im KKH Pasing
1993–1995 regelmäßige Nachtwachen im KH Bogenhausen
1995 zweimonatige Famulatur in der chirurgischen Abteilung der
Universitätsklinik Bergmannsheil Bochum
1996 einmonatige Famulatur im Institut für Rechtsmedizin der LMU
München
1997 sechswöchige Famulatur in der Dermatologie der TU München
1997-1999 freier Mitarbeiter bei der Forschungsgruppe Medizinische Ökonomie
Thomas D. Szucs GmbH
1999 beratende und übersetzende Tätigkeit für Nycomed Arzneimittel
GmbH

ärztliche Weiterbildung

01.06.-30.11.99 AiP Chirurgie in der Olympiaparkklinik der Nova Med Klinik GmbH
München
01.01.-31.12.00 AiP Innere Medizin im Krankenhaus der Missionsbenediktinerinnen
in Tutzing mit fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten
01.01.2001 Approbation als Arzt durch die Regierung von Oberbayern
01.01.-30.04.01 Assistent der Inneren Abteilung im Krankenhaus der Missionsbenediktinerinnen
in Tutzing mit fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten
15.05.01-14.11.02 Praxisassistent in einer großen, ländlichen allgemeinärztlichen
Gemeinschaftspraxis (vier KV-Sitze) in Seeshaupt mit regelmäßigen
KV-Diensten
09.10.2002 Facharztanerkennung Allgemeinmedizin

Fortbildung

1998-2001	Grund- und Aufbaukurs in der Ultraschalldiagnostik in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin an der III. Med. Klinik der LMU München
1999-2000	Grund- und Spezialkurs im Strahlenschutz für Ärzte an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
19.10.2001	Erwerb der Fachkunde Rettungsdienst
2002-2003	Erwerb der psychosomatischen Grundversorgung
1999-2003	Fortbildung in der wissenschaftlichen Akupunktur bei der DAAM
02/2003	A-Kurs für Arbeitsmedizin bei der bayerischen Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

fachärztliche Tätigkeit

15.11.02-09.2003	kassenärztliche allgemeinmedizinische Mutterschaftsvertretung in Seeshaupt
01.10.2003	Zuteilung eines Kassenarztsitzes für Allgemeinmedizin in München Land und Kauf einer Hausarztpraxis in Unterhaching
01.11.2005	Gründung einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis mit Dr. K. Straßburg in neuen Räumen in Unterhaching