

# Prophylaxe und Management von Arzthaftpflichtansprüchen

Chefarzt Dr. med. G. Sandvoß, Meppen

**Der Verfasser legt dar, wie die Geltendmachung von Arzthaftpflichtansprüchen im Vorfeld weitgehend verhindert und dennoch erhobene Ansprüche wirkungsvoll abgewehrt werden können. Damit gehen die Ratschläge über den engen Bereich des vielfach diskutierten Risk-Managements hinaus. Der Autor kann auf eine mehr als zwanzigjährige Erfahrung bei der Prophylaxe und dem Management von Arzthaftpflichtansprüchen zurückblicken. Er gibt wertvolle Tips für die sachgerechte Reaktion auf Behandlungsfehlervorwürfe. Gleichzeitig weist er auf Fallstricke hin, in denen der Arzt sich nicht verfangen sollte. Die Ausführungen münden in Ratschlägen zur Fallpflege, Datenpflege und Patientenpflege mit einer Anmerkung zur horizontalen und vertikalen Arbeitsteilung sowie der sich daraus ergebenden Verantwortlichkeit.**

„Wenn jemand ein Problem erkannt hat und nichts zur Lösung des Problems beiträgt, ist er selbst ein Teil des Problems“ lehrt ein indianisches Sprichwort. Dieser Beitrag soll ein Ansatz zur Lösung der Arzthaftpflichtproblematik sein.

## Legale Wege zu einer Arzt-Haftpflichtentschädigung sind:

1. Zivilrechtliche Klage vor dem zuständigen Landgericht gegen den Arzt oder Krankenhausträger.
2. Die Einschaltung einer Schlichtungsstelle für Arzt-Haftpflichtfragen<sup>16</sup> oder einer Gutachterkommission der Ärztekammer, wodurch die dreijährige Verjährungsfrist ab Kenntnisnahme gehemmt wird.
3. Die Einleitung eines selbständigen Beweisverfahrens nach § 485

Abs. 2 ZPO durch den Anspruchsteller oder den betroffenen Arzt.

4. Die Einschaltung und Inanspruchnahme der Gutachter des Medizinischen Dienstes über die als Kostenträger involvierten Krankenkassen gemäß § 66 SGBV ggf. in Verbindung mit § 116 SGB X.
5. Ein stiller Vergleich zwischen den Parteien.

## Wodurch werden Arzthaftpflichtansprüche ausgelöst?

- 1) Hinter jedem Arzthaftpflichtanspruch steht in der Regel ein Arzt<sup>8,19</sup>, der ex post durch kritisches Hinterfragen, offene Kritik oder durch den Verweis auf den Rechtsweg die potentiellen Anspruchsteller ermutigt, gegen den vorbehandelnden Arzt vorzugehen.

„Welcher Pfuscher hat Sie denn operiert?“ damit habe der Oberarzt der Reha- Klinik die Anspruchstellerin empfangen: Zitat aus einem anwaltlichen Schreiben (Landgericht Osnabrück 42 UJs 18877/97).

„Das unsorgfältige Verhalten des Operateurs ist für den Schaden ursächlich“ Zitat aus einem fachchirurgischen Gutachten nach § 66 SGBV des MDK Niedersachsen vom 7.6.1996 laut Akte vom Landgericht Oldenburg Az.: 8 - O 3106/96.

Oder: „Sie sei zu spät operiert worden“ habe der Kurarzt gesagt: Landgericht Osnabrück - 4 O 298/86 - .

Der Autor hat früher vier anderweitig behandelte Patienten auf den Rechtsweg bzw. auf das Schlichtungsverfahren verwiesen. Wider Erwarten wurden zwei Ansprüche abgelehnt, ein Prozeß gewonnen und ein respektabler Vergleich erreicht.

Der Verhaltens-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie führt hierzu Folgendes aus:

**„4.4.... Der Neurochirurg soll auch dazu beitragen, daß den Patienten, die möglicherweise durch ärztliche Handlungen zu Schaden gekommen sind, Gerechtigkeit widerfährt.“**

Wir identifizieren uns mit diesem Verhaltenskodex. Die Ärzteschaft darf also nicht klagen oder Beschwerde darüber führen, daß Arzthaftpflichtprozesse in zunehmendem Maß anfallen (Steigerungsrate von 6 % in den letzten 11 Jahren<sup>20</sup>). Die Patienten glauben und vertrauen üblicherweise dem nachbehandelnden Arzt und werden seinem Rat folgen, auch wenn Rechtsstreitigkeiten zu erwarten sind. Nicht selten jedoch erweisen sich die unqualifizierten, ex post erhobenen Vorwürfe als falsch.

2) Fehler bei der Dokumentation sind häufig Ursache unnötiger Arzthaftpflichtverfahren, wenn sich der Arzt entweder selbst beschuldigt oder im Krankenblatt oder Arztbriefen verfängliche subjektive Meinungsäußerungen und abqualifizierende Statements über Dritte weiterricht:

#### Beispiele:

a) Im OP-Bericht: *„Trotz BW-Kontrolle wurde versehentlich zuerst das Segment L5/S1 anstatt L4/5 über einen extraforaminalen Zugang freigelegt.“* (Kommentar: Die Einwilligung des Patienten erstreckte sich nicht auf die Freilegung auch des falschen Segments L5/S1 !)

b) Im OP-Bericht: *„Die alte grüne Duranaht spricht für eine Duraverletzung anlässlich der Voroperation, bei der zudem der Rezessus lateralis nicht ausreichend dekomprimiert wurde.“* (Kom-

mentar: Unnötige Dokumentation mit subjektiver Stellungnahme)

c) *„Das klinische Bild und die geringe Ausprägung dieser Befunde läßt die Indikation für die CLOWARD Operation als äußerst fragwürdig erscheinen, man hätte den Eingriff doch besser unterlassen.“* Aus einem Gutachten vom 20.2.95 (Kommentar: Subjektive Aussage ex post in Unkenntnis des präoperativen MRT Befundes!)

d) *„Die auswärtigen Briefmarken CCT-Bilder und die qualitativ unzureichenden Angiogramme ließen eine sachgerechte Beurteilung der Erkrankung nicht zu.“* (Kommentar: Das Statement dient weder der sachgerechten Dokumentation eigener Maßnahmen noch der weiteren Behandlung des Patienten).

e) *„Für die muskuläre Inkontinenz des offenbar teilresezierten Internus wird sich nichts verbessern lassen, zumal zu befürchten steht, daß an mehreren Stellen eine Beschädigung erfolgt ist“* laut Arztbrief DKD vom 19.8.1988 EZZ 320.559 - 0 56 63. (Kommentar: Diese unqualifizierte, ex-post-Diktion muß zu einem Arzthaftpflichtprozeß führen, selbst wenn die Histologie der OP nach Milligan-Morgan kein Muskelgewebe nachwies).

#### Merke:

**Obwohl Arztbriefe dem Urheberrecht unterliegen und nicht weitergereicht werden dürfen, gewähren die Kollegen ohne Legitimation Einblick oder geben Kopien heraus. Deshalb müssen Arztbriefe kurz und frei von subjektiven Statements sein.**

Nach ständiger, höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) im Urteil vom 24.1.89 - VI ZR 170/88 (NJW 1989, 2330, 2331) wird zur Dokumentation nur folgendes gefordert:

*„Aufzuzeichnen sind indessen nur 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 richtet sich indessen nicht danach, wie am besten Beweise für einen späteren Arzthaftungsprozeß zu sichern sind.“*

Eigene oder fremde Fehler müssen demnach nicht dokumentiert werden. Das zitierte Richterrecht stellt auf die Dokumentation nur der für die Diagnose und Therapie wesentlichen Fakten sowie auf therapeutische Belange ab und nicht auf subjektives Abwägen. Der Arzt ist darüber hinaus nicht verpflichtet, sich durch Krankenblattaufzeichnungen selbst zu belasten. Das Fehlen (also auch das wissentliche Weglassen) aufzeichnungspflichtiger Maßnahmen begründet die Vermutung, daß eine nicht dokumentierte Maßnahme vom Arzt auch nicht getroffen worden ist und impliziert Beweiserleichterung (BGH Urteile vom 24.1.1989 - VI ZR 170/88 = NJW 1989, 2330 und vom 28.6.1988 - VI ZR 217/87 = ArztR 1989, 257). Eine falsche Dokumentation ist als Irrtum zu bewerten oder bleibt als „schriftliche Lüge“ straffrei, sofern nicht die Beweisrichtung der Urkunde geändert oder unbefugt gehandelt wurde (vgl. ArztR 5/1994 S. 133 - 135 und TAUPITZ).

Hierzu führt der BGH (MDR 1984, 220) aus: *„Der mögliche Schädiger, auch wenn es sich um einen Arzt handelt, der zu dem Patienten in einem besonderen Vertrauensverhältnis gestanden hat, handelt nicht treuwidrig, wenn er, ohne die Tatsachen zu verdecken oder zu verschweigen, ein schuldhaftes Fehlverhalten leugnet.“*

Von einem Schuldeingeständnis ist abzuraten (TAUPITZ), da der Arzt hierdurch womöglich seinen Versicherungsschutz verliert oder sich strafrechtlich belastet.



- gesellschaften<sup>17</sup> mit dem Ziel der umfassenden Aufklärung und Dokumentation einerseits und zur Vermeidung/Risikoabwägung andererseits; Computerlisten, Computercheques;
- 7) sorgfältigerem Training, qualifiziertem Einsatz von AiP und Weiterbildungsassistenten bei ständiger Facharztassistenz im OP und Kreissaal, Computerdokumentation der selbständig durchgeführten Eingriffe sowohl der in der Weiterbildung befindlichen nachgeordneten Ärzte als auch der jüngeren Fachärzte;
  - 8) Optimierung und Dokumentation der Gerätesicherheit<sup>25</sup>;
  - 9) Zählkontrolle von Tupfern, Kompressen und Bauchtüchern vor OP-Ende;
  - 10) exakter Dokumentation über den Verbleib von Röntgen-, CT-, Sonographie- und MRT-Bildern.

## Risk-Management

### Definition:

*Risk-Management heißt: kontinuierlich, retrospektiv und prospektiv Arzthaftpflichtrisiken zu erkennen, zu dokumentieren, zu analysieren und durch abteilungsübergreifende Schulungsprogramme zu minimieren.*

Vorgaben für Risk-Management sind:

- a) **Anonyme Meldung** aller Schadensfälle und der Beinaheschäden (Incident-Reports) an den Risk-Manager (Schadensverhütungsbeauftragter am Krankenhaus);
- b) Nachstellen von „**Worst Case**“ Szenarien;
- c) Einbeziehung von Ärzten, Pflegedienstleitung, Verwaltung und Versicherung in Prophylaxe und

- Management von Schadensfällen;
- d) Bereitschaft zur Fehlersuche und Fehlervermeidung: Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler, Organisationsfehler und Dokumentationsmängel - also berufsspezifische Gefahrenquellen - müssen offen angesprochen, aufgedeckt und abgestellt werden;
  - e) Bereitschaft, das vorhandene Rechtssprechungsmaterial als Grundlage und als verbindliche Richtschnur anzuerkennen;
  - f) Bereitschaft, eine Patientenbefragung am Ende der Krankenhausbehandlung und ggf. eine Personalbefragung zu akzeptieren mit konsekutivem On-Line-Meldesystem an ein Risk-Management Dezernat;
  - g) Erarbeitung und Durchsetzung präziser und detaillierter Arbeitsanweisungen.

Heute noch kennzeichnet die Grundstimmung im Krankenhaus die Angst vor Kritik, vor einem Schuldvorwurf und vor rechtlichen Konsequenzen, was zur Abkapselung, zu Informationsmangel und Risikozudeckung statt -aufdeckung führt. Das von außen kommende **Risk-Management-Team** muß versuchen, diese Gräben aufzuweichen. Nur wenn Offenheit unter den Verantwortlichen, Vertrauen in die gemeinsame Sache und die Bereitschaft besteht, Defizite anzusprechen und nach Lösungen zu suchen, ist die notwendige Basis für ein erfolgreiches Risk-Management gegeben<sup>23</sup>. **Es geht hier um reine Ursachenforschung und nicht um die Zuweisung persönlicher Schuld noch um die Kontrolle einzelner Mitarbeiter.** Wir müssen den Mut finden, das Gesamtunternehmen Krankenhaus prozeßorientiert auf die Handlungsabläufe und konsequent auf die Patientenwünsche/Patientenzufriedenheit auszurichten. Der Kunde/Patient ist König. Risk-Management muß

gelebt und kann nicht angeordnet werden<sup>21</sup>.

Warum Risk-Management? Untersuchungen in den USA haben ergeben, daß bei den teilnehmenden Krankenhäusern in einem Beobachtungszeitraum von ca. 7 Jahren die Kosten für Versicherungsleistungen pro Geburt auf ein Viertel, die Schadenshäufigkeit bezogen auf 10.000 Geburten um 73 % gesenkt werden konnte, was erstmalig sinkende Versicherungsprämien versprach<sup>21</sup>.

## Management von Arzthaftpflichtansprüchen

Bei einem Arzthaftpflichtanspruch muß sich der behandelnde oder verantwortliche Arzt primär und ohne jede Verzögerung folgende Fragen stellen:

- 1) Handelt es sich um einen Antrag auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens vor der Ärztekammer (im Sinne einer sogenannten Amtsermittlung) ggf. ohne Anwälte? Hier besteht kein Zeit- oder Termindruck, es können in Ruhe die strategisch richtigen Entscheidungen getroffen werden.
- 2) Wurde Klage vor einem ordentlichen Gericht erhoben? Wurde ein Versäumnisurteil beantragt? Wenn ja, **muß hier sofort gehandelt**, die Verwaltung informiert und ein qualifizierter Arzteeanwalt beauftragt werden, der dem Gericht schriftlich mitteilt, daß man sich zu verteidigen wünscht und Fristverlängerung benötigt.
- 3) Wurde der Anspruch formlos angemeldet und ggf. durch ein Gutachten des MDK nach § 66 SGB V begründet? Hier ist Zeit für strategisches Abwägen gegeben.

Erst danach sollte der betroffene Arzt folgende Überlegungen anstellen:





ebenfalls primär die Vorteile eines raschen, stillen Vergleichs in Erwägung ziehen. Wir haben in 20 Jahren 3 derartiger Vergleiche über je 15.000 DM, 50.000 DM + 3.500 DM und 7.000 DM abgeschlossen, wobei der Vergleich über 53.500 DM allein zu Lasten des damals noch unerfahrenen Autors ging, der heute den Prozeß abwarten und gewinnen würde. Man darf sich keinesfalls durch eine nachgeschobene Strafanzeige oder durch die Androhung einer Presseveröffentlichung beeindrucken lassen!

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<sup>14</sup> und zwingen auch einsichtige und kompromissbereite Ärzte, mit allen Mitteln gegen die eigenen Patienten zu kämpfen und auf einen gerechten Vergleich zu verzichten. Der Anspruchsteller spielt mit seinen eigenen Wünschen dann nur noch eine untergeordnete Rolle, wenn es um die Millionenforderungen 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. So ist der Anstieg der Jahresprämie von normal 8.580 DM auf über 20.000 DM für einen operativ tätigen Belegarzt (hier Neurochirurgen) keine Seltenheit.

**Der Autor, der sich selbst als „Hardliner“ einschätzt, hat in zwanzigjähriger selbständiger neurochirurgischer Tätigkeit zwar zwei Schlichtungsverfahren, aber keinen Arzthaftpflichtprozeß verloren.** 1980 wurde ein Vergleich (Tod an Meningitis nach Bandscheibenoperation), 1984 ein zweiter Vergleich (aus mangelnder Erfahrung, kein objektivierbarer Schaden) und 1995 ein dritter gerechter Vergleich (übersehene HWS-Fraktur) geschlossen. In einem der beiden verlorenen Schlichtungsverfahren wurde keine Entschädigung gezahlt und auf ein den Autor begünstigendes BGH-Urteil<sup>5</sup> verwiesen. Trotz zweier Negativgutachten half das persönliche Literatur- und Urteilsstudium (ArztR, MedR) den Anspruch des vorher auswärts **unzureichend vorbehandelten** Patienten<sup>5</sup> abzuweisen (Haftung des Erstschädigers für Folgen eines später fehlerhaften ärztlichen Verhaltens). Beiden Gutachtern war das BGH-Urteil nicht bekannt, sie haben auch nachträglich die klaren Vorgaben des BGH-Urteils<sup>5</sup> in Abrede gestellt und auf ihrer gutachterlichen Auffassung beharrt.

Seither lautet die Maxime meines ärztlichen Handelns:

- a) Was wird der Gutachter sagen?
- b) Was wird das Gericht sagen?
- c) Was wird der Patient sagen?

### Gutachter/Sachverständige

Hält sich der Arzt an die Lehrmeinung, nimmt er die Regeln der Schulmedizin ernst, wandelt er auf dem Pfad der Tugend. Dann darf und kann man damit rechnen, daß der Gutachter das kritisierte Handeln als korrekt einstuft. Kritisch wird es bei angeblichen Unterlassungen, grenzwertiger Indikationsstellung oder Aktivismus. Man muß sich also immer fragen, was wird ein normaler Arzt (oder Gutachter) unter normalen Be-

dingungen in diesem Fall tun oder lassen.

KIENZLE<sup>33</sup> definiert die Qualitätsanforderungen für Gutachten wie folgt:

*„Der Beurteilungsmaßstab ärztlicher Begutachtung definiert sich an den hohen Ansprüchen, die man von dem Urteilspruch eines Hohen Gerichts erwartet: Objektivität, fundierte Sachkunde, Selbstkritik, Unanfechtbarkeit in der Diktion und Standhaftigkeit in der Argumentation.“*

In der Regel sind die Gutachter qualifiziert und richten sich nach dem normalen Menschenverstand und nach dem Standard. In ca. 10 % aller Fälle muß man aber mit unerfahrenen oder unzureichend qualifizierten Gutachtern und mit überzogenen Anforderungen rechnen. Immer dann kommt es zu Problemen im Prozeßverlauf, da der beklagte Arzt Inhalt und Tendenz des Gutachtens nicht billigen kann. Hier darf man nicht resignieren, sondern muß unter Aufbietung aller Mittel (eigenes Wissen, Zeugen, Fachliteratur, Information durch Kollegen, Privatgutachten) den Sachverständigen kritisieren, korrigieren, in die Enge treiben oder unglaubwürdig erscheinen lassen, d. h. das unparteiische Gericht von der eigenen, richtigen Auffassung überzeugen. Durch sachlich vorgetragene und fundierte Gegenargumente, neue Zeugen oder sachdienliche Urteile kann man das Berufungsgericht durchaus veranlassen, über den Kopf des Gerichtssachverständigen aus der 1. Instanz zu eigenen Gunsten zu entscheiden (z. B. OLG Oldenburg 5 U 191/94). So kann man auch die Diskussion an sich reißen, die Gegenseite beschäftigen und von den Schwächen der eigenen Argumentation ablenken.

Weniger fein aber wirkungsvoll kann ein Gutachter dann als befangen hingestellt und entlassen werden, wenn z. B. seine Liquidation für das Gutachten falsch oder überhöht ist oder verfängliche Ausdrücke oder



achten angeblich renommierter Ärzte (z. B. emeritierter Ordinarien) einen außergerichtlichen Vergleich durchsetzen wollen und regelmäßig mit der Presse drohen (FOCUS, STERN).

**Alle Gutachten sind also sorgfältigst auf mögliche oder typische Fehler durchzuarbeiten, und es ist jede Chance zu nutzen, unsehrliche Gutachter zu entlarven.**

Ärzte verstehen mehr von Musik, Literatur und Kunst als vom Recht, dem sie unwissend, d. h. mit Scheu und Unverständnis gegenüberstehen. Ärzte gehen völlig unzureichend ausgebildet, nur mit dem Hippokratischen Eid versehen in den alltäglichen Kampf um die Arzthaftpflichtentschädigungen. Aus einer gewissen Angst vor dem Unbekannten, Unangenehmen meiden sie den Weg zum Gericht, wo man nach eigener Erfahrung immer sachlich, korrekt und verständnisvoll behandelt wird, wenn die obligaten juristischen Vorgaben respektiert werden. Vor Gericht erfährt der Arzt in der Regel mehr Verständnis als bei seiner Verwaltung, bei Gutachterkommissionen, bei Kostenträgern oder Politikern. Vor Gericht kann man vortragen lassen, argumentieren, Anhörung erfahren, ggf. kann man sich in persona argumentativ einbringen, ohne brüsk unterbrochen oder von Besserwissern (Gutachtern) gemäßregelt zu werden. Wenn man sich „rechtskonform“ verhält, ist man bei unserer höchstentwickelten Justiz gut aufgehoben:

1) Die Argumentation sollte dem Anwalt überlassen, die Fragen des Gerichts sollten kurz und präzise beantwortet werden, im Wissen, daß man sich selbst aus Unkenntnis belasten kann. Nur excellent vorbereitet kann man argumentativ bestehen: Fachliteratur sollte in Kopien vorliegen, Lehrbücher sollten greifbar sein.

2) Es wird verlangt, daß die Krankenblattführung sauber, vollständig und lesbar, d. h. vorbildlich ist. Operationsberichte sind individuell und sorgfältig abzufassen, Standardvordrucke obsolet. Dies müssen wir der jungen Ärztegeneration beibringen und konsequent durchsetzen!

3) Die Aufklärungsbögen sollten von Arzt und Patient unterschrieben und korrekt datiert sein. Wann immer nur möglich, sind Zeugen zu notieren. Alle, nicht nur die typischen Behandlungsrisiken und insbesondere die schwerstmöglichen Komplikationen sind schriftlich aufzuführen: Erblindung, Querschnittslähmung, Amputation, Impotenz, Inkontinenz usw., d. h. die Aufklärung muß umfassend und dokumentiert sein. Hieran muß unerbittlich gearbeitet werden!

4) Ambulanzkarten, MDK-Gutachten, AHB-Berichte, Hausarzt/Facharztberichte sind beizuziehen. So können Fremdbefunde als Argumentationshilfe dienen, z. B.: „Die Patientin leidet an einer psychogenen Lähmung bei neurotischer Fehlverarbeitung eines laufenden Entschädigungsverfahrens“ oder „Die geklagten Sensibilitätsstörungen sind durch eine Polyneuropathie bedingt - und nicht OP-Folge“. Die Gerichte nehmen derartige Fremdbefunde unabhängiger Untersucher gern zur Kenntnis.

5) Fristen sind zu beachten und korrekt einzuhalten!

**Fazit:** 

---

 *Hält man sich an die juristischen Vorgaben, läuft man nicht in die vorbereiteten Fallen.*

### Fallpflege

Man muß sich als Beschuldigter dem Streitfall intensiv, sorgfältig und emotionslos widmen und dabei immer den eigenen Vorteil im Auge ha-

ben, auf eigenes überlegenes Wissen, beste Fallkenntnis, Literaturkenntnis, Freunde und Ratgeber bauen. Wer den Streitfall ignoriert, sich versagt und abwendet oder den Ablauf schludern läßt, hat primär verloren und keine Chance. Man muß sich selbst motivieren, gegenhalten, fleißig sein und dem eigenen Arzteanwalt beim Verfassen der Schutzschriften die Argumente in den Mund legen.

**Der Anwalt ist nur so gut wie die eigene Argumentation, dann wird es zum Erfolgserlebnis mit auf Arzthaftpflichtrecht spezialisierten Anwälten nach qualifizierter Arbeit Prozesse zu gewinnen.**

Der angestellte Arzt motiviert sich dadurch, daß er diese Dinge nur in der Dienstzeit unter Hintanstellung seiner Patienten bearbeitet und nicht in der Freizeit: weniger Operationen, weniger Patienten heißt weniger Prozesse! Man muß auf jeden Vorwurf eingehen und gegenhalten, ohne sich mit Verachtung oder Unlust abzuwenden. Indessen lohnt es immer, sich der Fachliteratur zu widmen und nach passenden Präzedenzfällen Ausschau zu halten. Man lernt permanent aus den Mißerfolgen und den quälenden Prozessen Dritter, wobei der eigene Ärger verblaßt.

### Datenpflege

Stellt sich im Rahmen einer Behandlung ein unerwarteter, ungünstiger Verlauf ein, ist ein Unglück geschehen, eine Komplikation aufgetreten, ist der Chefarzt sofort zu informieren, damit er ohne jeden Verzug die Akte, die Dokumentation und den Aufklärungsbogen überprüfen, vervollständigen oder ergänzen und Zeugen notieren kann. Hier ist der Wissens- und Zeitvorsprung zu nut-



Prophylaxe und Management von Arzthaftpflichtansprüchen sind in ständigem Wandel begriffen: Früher stand man den „undankbaren“ Anspruchstellern abweisend gegenüber, sie wurden ignoriert und verachtet. Das Gezänk um finanzielle Entschädigung wurde als unsolidarisch und peinlich empfunden. Heute ist ein Wandel dahingehend zu verzeichnen, daß unter dem ständig wachsenden Druck nach amerikanischem Vorbild ein Risk-Management propagiert und mehr Wert auf freiwillige Schadensprophylaxe und Patientenzufriedenheit gelegt wird. Vorsorge durch ein anonymes On-line Meldesystem an das Risk-Management Team, die Optimierung der Betriebsabläufe schon im Vorfeld und die Hinwendung zum Anspruchsteller mit Patienten- und Personalbefragung ist die Botschaft aus den USA. Ist der Arzthaftpflichtanspruch vorab nicht abwendbar, müssen das Schlichtungsverfahren kritisch hinterfragt und die Vorzüge des selbständigen Beweisverfahrens, eines Prozesses oder eines stillen Vergleichs abgewogen werden. Nur mit maximalem persönlichem Einsatz, Literaturstudium, Sach- und Fallkenntnis und qualifizierter anwaltlicher Begleitung kann man die Ansprüche abwehren, vor allem wenn vorab qualifiziert gearbeitet, vollständig aufgeklärt und sauber dokumentiert wurde.

#### Literatur:

- 1) LG Osnabrück 9 O. 366/97
- 2) BGH Urteil vom 14.12.93 - VI ZR 67/93 ArztR 1994, 203
- 3) OLG München vom 5.3.91 - 1 W 896/91 ArztR 1992, 266
- 4) BGH vom 26.10.93 / VersR 1994, 52 ff.
- 5) BGH vom 20.9.1988 - VI ZR 37/88 ArztR 1989, 295 und OLG Hamm 3 U 144/90

- 6) BUSHE, K. A., H. L. SCHREIBER: Leitlinien für den Neurochirurgen als Gutachter in Haftungsprozessen, Mitteilungen der Dt. Ges. f. Neurochir. 4/3 (1994) 15 -17
- 7) SANDVOSS,G., P. SANDVOSS: Gutachten in Arzthaftpflichtverfahren: Qualitätsnormen und Standards, MedSach 91 (1995) S. 20 - 25
- 8) CARSTENSEN,G.: Erfahrungen mit Gutachterkommissions-Verfahren bei Arzt-Haftpflichtansprüchen, VersMed 2 (1989) 64-69.
- 9) BATTUELLO, K. M.: Warum Chirurgen verklagt werden - Die amerikanische Perspektive -, ArztR 10/1997 S. 267
- 10) Berufsgericht f. d. Heilberufe beim OLG München, Gesch. Zeichen: AR 4/97
- 11) LG Osnabrück - 4 O 126/97 -
- 12) LIPPERT, H.-D.: Das Organisationsverschulden in Hochschulklinika - zivilrechtliche Aspekte, NJW 1984, S. 2606 - 2611.
- 13) BERGMANN, K. O.: Risk-Management im Krankenhaus, Das Krankenhaus 10 / 97 S. 622 - 627
- 14) TAUPITZ, J.: Patienten falsch behandelt. Abstreiten oder eingestehen? Medical Tribune Nr. 4 vom 14.4.1998 S. 19
- 15) OLG Düsseldorf, Urteil v. 13.10.1994 - 8 U 10/93
- 16) SANDVOß,G., P. SANDVOß: Der Arzt im Schlichtungsverfahren, Klinikarzt 12/23 (1994) S. 555 - 561
- 17) OPPEL, F., H. Baum, Th. GRUMME : Empfehlungen der DGNC und des BD-NC zur präoperativen Patientenaufklärung, Mitteilungen Dt. Ges. Neurochir. 8/1 (1998) S. 6 - 9
- 18) ULSENHEIMER, K., R.W. BOCK: Verhalten nach einem Zwischenfall, Rheinisches Ärzteblatt 52/6 (1998) S. 10 - 14
- 19) SETHE, R., KRUMPASZKY, H. G. : Arzthaftung und Qualitätsmanagement in der Medizin, VersR 1998 (10) S. 420 - 430
- 20) KRUMPASZKY, H. G., SETHE, R., SELBMANN, H. K.: Die Häufigkeit von Behandlungsvorwürfen in der Medizin, VersR 1997 (10) S. 420 - 427
- 21) BERGMANN, K., O.: Risk-Management im Krankenhaus, wie Nr. 13
- 22) CREMER, L.: Krankenhausorganisation unter Berücksichtigung haftungsrechtlicher Aspekte, BADK-Information 3/1997 S. 75 - 82
- 23) ULSENHEIMER, K.: Schadenprophylaxe durch Risk-Management, Chirurg BDC, 36/5 (1997) S. 125 - 131
- 24) FRANZKI, H.: Verhalten des Arztes im Konfliktfall, Vortragsskript Fachhochschule Hannover
- 25) V. Organisation und Organisationsverschulden im Krankenhaus, BADK 12.91 S. 17 - 23
- 26) DEBONG, B., M. ANDREAS: Die Haftung des Arbeitnehmers, Die Schwester/Der Pfleger 34/6 (1995) S. 540 - 542
- 27) KUNZ, M., G. MIKETTA et al.: Der Kunstfehlerreport, FOCUS 7 (1995) 135 - 144 und FOCUS 8 (1995) 150 - 153
- 28) ANDREAS, M.: Der Chefarzt als Gutachter, ArztR 8/1998 S. 209 - 217
- 29) FRANZKI, H.: zit. nach 23
- 30) niedersächsisches ärzteblatt 6/1994 S.46
- 31) Deutsches Ärzteblatt 91/5 (1994) S. B-212 u. B-213
- 32) Z ärztl Fortbild (ZaeF) 90 (1996) 7 S. 567 - 666
- 33) KIENZLE, H. F.: Ärztliche Begutachtung in Zivil- und Strafrecht - Beurteilungsmaßstab ärztlicher Begutachtung, Z ärztl Fortbild (ZaeF) (1996) 90: 592 - 596
- 34) WEHN, R. P.: persönliche Mitteilung vom 6.6.97
- 35) Zeitschrift DM April 1999 S. 48 - 53
- 36) Zeitschrift FINANZTEST 2/1999 S. 69 - 71