

Haftungsprophylaxe für den Chefarzt

Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Bruns, Karlsruhe

Jeder Arzt muss unvermeidlich ein gewisses Haftpflichtrisiko tragen. Dies gilt insbesondere für Krankenhausärzte, die in einem operativen Fachgebiet tätig sind. Der nachfolgende Artikel gibt praktische Hinweise zu einigen Problemfeldern, durch deren Umsetzung der Arzt dieses Haftpflichtrisiko verringern kann¹.

Das durch die berufliche Tätigkeit des Arztes bedingte Risiko, wegen angeblicher oder tatsächlicher Behandlungsfehler erfolgreich prozessual in Anspruch genommen zu werden, lässt sich durch Maßnahmen des Risk-Managements zwar verringern aber nicht völlig ausschließen. Verantwortlich hierfür ist insbesondere die seit Jahrzehnten immer weiter zu Lasten der Ärzteschaft ausgebaut Haftpflichtrechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der ihm folgenden Zivilgerichte der unteren Instanzen.

Hiernach wird eine Haftung wegen Aufklärungs- oder Einwilligungsmängeln häufig auch dann zu Lasten der Behandlungsseite bejaht, wenn medizinische Fehler im eigentlichen Sinn nicht vorliegen oder nicht nachgewiesen werden können.

Dennoch ist es verfehlt, sich als Arzt in dieser Situation in Fatalismus oder Zynismus zu flüchten. Haftpflichtprozesse lassen sich auch für die Behandlungsseite erfolgreich führen und gewinnen, wenn einerseits - was natürlich unabdingbar ist - eine medizinische Leistung erbracht wurde, die dem Standard des Fachgebiets bzw. der verschiedenen zusammenwirkenden medizinischen

Fachgebiete entspricht und wenn gleichzeitig die von der Rechtsprechung entwickelten Regelungen und Verhaltensmaßstäbe konsequent akzeptiert und in der Abteilung umgesetzt werden, auch wenn diese aus medizinischer Sicht überflüssig, unsinnig oder jedenfalls schwer nachvollziehbar erscheinen.

Zwar müssen sich die Gerichte vor einer Entscheidung immer durch medizinische Gutachter, mithin durch Berufskollegen des beklagten Arztes beraten lassen. Dennoch haben die Juristen das letzte Wort in Arzthaftpflichtsachen. Es ist deshalb unabdingbar, die typisch juristischen Anforderungen in das eigene medizinische Handeln zu integrieren und als Behandlungsstandard in der ganzen Abteilung zu etablieren.

Der Artikel von Sandvoß in ArzR 6/1999 (S. 144 - 155), zeigt, dass die Beschäftigung mit dem Haftpflichtrecht nicht zwingend Frustrationen für den leitenden Arzt zur Folge haben muss, sondern sinnvoll und mit Spaß an der eigenen Arbeit betrieben werden kann.

Nachfolgend sollen einige besonders haftpflichtträchtige „Standard-situationen“ näher untersucht werden.

Dokumentation bei Behandlungsverweigerung

- der sich weigernde Patient -

Diese Konstellation ist dadurch gekennzeichnet, dass sich der Patient trotz des dringenden Hinweises seines Arztes weigert, eine bestimmte Diagnosemaßnahme zur Abklärung eines schwerwiegenden Krankheitsverdachts vornehmen zu lassen oder die Durchführung einer medizinisch dringend indizierten Behandlungsmaßnahme verweigert, sich beispielsweise entgegen ärztlichem Rat nicht in stationäre Behandlung begibt, in dieser nicht verbleibt usw.

Aufgrund der Haftpflichtrechtsprechung der Zivilgerichte stellt diese Situation eine typische Haftpflichtfalle für den Arzt dar.

Häufig will der Patient (oder seine Erben) nach Eintritt des Schadensfalls von der früher erklärten Untersuchungs- oder Behandlungsverweigerung nichts mehr wissen, nimmt den Arzt auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch und behauptet, er sei von dem Arzt über die Gefahren nicht richtig aufgeklärt worden, die sich aus der Verweigerung der im angeratenen ärztlichen

Maßnahmen ergeben hätten.

Der Arzt ist dann in der unangenehmen Situation, nachträglich nicht nur den Nachweis für seine gegenüber dem Patienten gegebene Empfehlung führen, sondern zusätzlich auch noch beweisen zu müssen, dass seine Hinweise auch mit ausreichender Dringlichkeit und unter Aufklärung über die möglichen Folgen der fortgesetzten Verweigerung erfolgten.

Der Arzt darf ohne Einwilligung des Patienten zwar keine „Zwangsbehandlung“ durchführen, da der Patient das Recht hat, eine sinnvolle Behandlung auch aus völlig unvernünftigen Gründen abzulehnen. Die Patientenautonomie, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist nach der Wertordnung unseres Rechtssystems eindeutig vorrangig vor objektiven Nützlichkeitsbewertungen.

Die Gerichte judizieren aber in ständiger Rechtsprechung, dass der Arzt - noch nach Jahren nachweisbar! - den behandlungsunwilligen Patienten nachdrücklich auf die sich ergebenden Gefahren hinweisen muss.

Eine derartige Hinweispflicht ergibt sich für den Sonderfall, dass der Patient entgegen ärztlicher Empfehlung nicht in stationärer Behandlung verbleibt, auch ausdrücklich aus den üblicherweise abgeschlossenen Chefarztdienstverträgen.

So enthält § 4 Abs. 4 Nr. 2, Nr. 3 des Chefarztvertragsmusters der Arbeitsgemeinschaft für Arztrecht (ArztR 12/1998, S. 321 - 346) die folgende Klausel:

„Dem Chefarzt obliegt weiter,

2. die den Kranken gegenüber bestehenden Aufklärungspflichten zu erfüllen, dabei die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu beachten und die Ärzte seiner Abteilung über die Aufklärungspflichten zu belehren,

3. Kranke, die entgegen ärztlichem Rat ihre Entlassung aus der stationären Versorgung verlangen, darüber zu belehren, dass das Krankenhaus

für die daraus entstehenden Folgen nicht haftet.

Die Belehrungen nach Nr. 2 und Nr. 3 sind in den Krankenunterlagen zu vermerken.“

§ 4 Abs. 4 des Musters der Deutschen Krankenhausgesellschaft für Chefarztdienstverträge weicht diesbezüglich nicht gravierend ab. Derartige Klauseln dürften daher allgemein üblich sein.

Festzuhalten ist daher, dass der leitende Arzt nicht nur als potentieller Beklagter eines Arzthaftpflichtprozesses ein erhebliches Eigeninteresse an der Umsetzung der von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze und Anforderungen hat, sondern dass praktisch jeder Chefarztdienstvertrag ausdrücklich auch eine entsprechende arbeitsvertragliche Verpflichtung enthält.

Wie weit diese Verpflichtung gehen kann, sei mit einem Zitat aus einem Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg² illustriert, dass sich mit den Folgen einer verschleppten Peritonitis [Bauchfellentzündung] befasst:

Das Oberlandesgericht Nürnberg führt in seinem Urteil wörtlich das Folgende aus:

„Zwar ist es richtig, dass eine Aufklärung nicht in der Form erfolgen sollte, dass sie nur eine unnötige Verängstigung des Patienten erreicht mit der Folge, dass er vor einer dringend gebotenen Therapie zurückschreckt. Diese Überlegung gilt jedoch in erster Linie für mögliche Nebenwirkungen, für denkbare Risiken einer eigentlich sinnvollen Therapie. Sie gilt aber dann nicht, wenn dem Patienten die Gefahr vor Augen geführt werden soll, wenn er die empfohlene Therapie (hier: Krankenhausbehandlung) gerade nicht auf sich nehmen will.

Dies gilt um so mehr, als der Beklagte zu 1 [Arzt] O. als Patient „mit eigenem Kopf“ erlebt hatte, der nur schwer von der Richtigkeit ihm angeratener Maßnahmen überzeugt werden konnte.

Bei diesen Überlegungen geht der

Senat davon aus, dass der Beklagte zu 1 [Arzt] tatsächlich dringend zu einer Krankenhausbehandlung geraten hatte. Dies wird belegt durch seinen Eintrag in das Krankenblatt und bestätigt von der Zeugin Dr. E. Solange er aber nicht auf den letztlich maßgebenden Grund, nämlich die nicht auszuschließende Lebensgefahr hingewiesen hatte, war die Empfehlung nicht ausreichend.

Die Aufklärung konnte nicht ersetzt werden durch die behauptete Aufforderung, am nächsten Tag wieder zur Untersuchung in die Praxis zu kommen. Solange O. nicht gesagt bekommen hatte, in welcher Gefahr er sich möglicherweise befand, war ihm auch nicht bewusst, wie dringend notwendig laufende Kontrolluntersuchungen waren.“

Es ist daher festzuhalten, dass in derartigen Fällen, in denen der Patient notwendige Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen verweigert, die folgenden Hinweise - nachweisbar - gegeben werden müssen:

1. Hinweis auf die gebotene Behandlung
2. Hinweis auf die Dringlichkeit
3. Hinweis auf die (Lebens-) Gefahr bei Weigerung des Patienten

Gerade in derartigen Ausnahmefällen und bei - wie es das Oberlandesgericht Nürnberg ausdrückt- „Patienten mit eigenem Kopf“ muss diesen Hinweisen und der erforderlichen Dokumentation eine erhebliche Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Dem Arzt ist oft nicht klar, dass solche Hinweise, deren Dokumentation in den Krankenunterlagen nur ein Minimum an Zeit in Anspruch nimmt, oft noch nach Jahren von prozessentscheidender Bedeutung sein können.

Unter Umständen wird Jahre später darüber gestritten, ob der Arzt dem Patienten nur geraten hatte, zu einer späteren Untersuchung wie-

ziplinen - jede für sich völlig lege artis - zusammenwirkten.

Dem Urteil des Bundesgerichtshofs lag eine Schieloperation bei einem dreijährigen Mädchen zugrunde. Der operierende Augenarzt setzte bei dieser Operation einen Thermo kauter ein, mit dem Blutungen gestillt werden, indem verletzte Gefäße durch Erhitzung verschlossen werden. Es handelt sich hierbei um das Standardverfahren für derartige ophthalmologische Operationen. Die Anästhesie wurde als Ketanest-Narkose durchgeführt, bei der es erforderlich ist, dem narkotisierten Patienten über einen am Kinn befestigten Schlauch reinen Sauerstoff in hoher Konzentration zuzuführen. Auch diese Anästhesiemethode gilt als Standardmethode und wurde für sich genommen fehlerfrei durchgeführt.

Durch die beim Kautern entstehende Hitze und den anästhesiebedingt zugeführten reinen Sauerstoff kam es allerdings zu einer heftigen Flammenentwicklung, bei der die kleine Patientin schwere und entstellende Verbrennungen im Gesicht erlitt, die in den Folgejahren zahlreiche plastisch-chirurgische Eingriffe notwendig machten.

Dieses Risiko, dass sich erst aus dem Zusammenwirken der spezifischen Operationsmethode und der spezifischen Anästhesiemethode ergab, war bis dahin in der Fachliteratur nicht beschrieben worden. Der BGH ging genauso wie die Instanzgerichte dennoch von einer Haftung der beteiligten Ärzte aus.

Als behandlungsfehlerhaft wurde hierbei gewertet, dass sich beide involvierten Ärzte nur auf ihr jeweiliges Fachgebiet konzentriert hatten und die Risiken, die sich aus der Zusammenarbeit beider Fachgebiete ergaben, ignorierten.

Die Rechtsprechung insistiert darauf, dass sich aus der arbeitsteiligen Struktur des Krankenhauses keine zusätzlichen Risiken

für den Patienten ergeben dürfen. Dies gilt insbesondere für die folgenden Bereiche:

- ▲ Fachgebietsübergreifende Zusammenarbeit (horizontale Arbeitsteilung)
- ▲ Vertikale Arbeitsteilung zwischen Chefarzt, nachgeordneten Ärzten, Pflegepersonal, Problematik der Anfängeroperation
- ▲ Arbeitsteilung zwischen ambulanten und stationärem Bereich einschließlich ambulanter Operationen.

Zwar mag es unter pekuniären Aspekten sinnvoll und notwendig sein, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und einzelne Behandlungsschritte (etwa die Anamnese oder die Aufklärung) in den ambulanten Bereich zu verlagern. Dennoch dürfen für den Patienten hierdurch keine zusätzlichen Gefahren entstehen, d.h. die arbeitsteilige Struktur muss durch vermehrte organisatorische Maßnahmen abgesichert werden.

Nur wenn die eigene Behandlung den Standards des eigenen Fachgebiets entspricht und sich zusätzlich auch keine Risiken aufgrund des Zusammenwirkens der jeweiligen Fachgebiete ergeben, kann sich der Arzt überhaupt auf den sog. **Vertrauensgrundsatz** berufen.

Durch das Stichwort Vertrauensgrundsatz wird gekennzeichnet, dass jeder Arzt in Ermangelung gegensätzlicher Anhaltspunkte darauf vertrauen darf, dass sein Kollege des jeweils anderen Fachgebiets ordnungsgemäß und entsprechend den dort geltenden Standards handelt.

Nur dann beschränkt sich die Verantwortung und damit auch die Haftung des Arztes auf das eigene Fachgebiet, die Haftung des Chefarztes auf sein eigenes Handeln (kein Organisationsverschulden). Nur dann kann der Arzt auf die Abgrenzungsvereinbarungen der jeweiligen Berufsverbände verweisen, die im Übri-

gen von der Rechtsprechung durchaus respektiert werden.

Verbindlichkeit von Leitlinien

Richtlinien, Leitlinien und Standards werden von Medizinern und Juristen durchaus kontrovers diskutiert⁶. Dennoch lässt sich absehen, dass insbesondere die von den medizinischen Fachgesellschaften verabschiedeten wissenschaftlichen Leitlinien auch im Haftpflichtrecht eine immer größere Bedeutung erhalten werden.

Jedermann kann sich ohne Probleme im Internet darüber informieren, ob die für das jeweilige ärztliche Fachgebiet zuständige wissenschaftliche Fachgesellschaft eine Leitlinie erlassen hat, die für eine problematische Behandlung einschlägig ist⁷.

Derartige Leitlinienrecherchen werden in Zukunft auf Patienten- wie auf Behandlungsseite zunehmen. Der Patientenseite wird es daher in Zukunft immer leichter fallen, einen aktuellen Maßstab zu erhalten, anhand dessen sie das Verhalten der Behandlungsseite vorab beurteilen kann.

Ich halte es deshalb für unvermeidlich, dass sich jeder Arzt mit den für ihn und sein Fachgebiet einschlägigen Leitlinien auseinandersetzt. Durch ihre bloße Existenz haben derartige Leitlinien unvermeidlich zur Folge, dass eine nicht leitlinienkonforme Behandlung in Behandlungsfehlerverdacht gerät. Dies führt dann vor der Behandlung zu einem erhöhten Aufklärungsaufwand, im Nachhinein zu einem erhöhten Erklärungs- und Rechtfertigungsaufwand des Arztes.

Die Tendenz der Fachgesellschaften, aus wissenschaftlichem Ehrgeiz möglichst hohe Standards festzuschreiben zu wollen, ohne die Realisierungsmöglichkeiten in der Praxis zu bedenken, kann sich im Haftpflichtfall daher fatal für den betroffenen Arzt auswirken.

vorgesprochen werden, um spätere Vorwürfe zu vermeiden.

7. Behandlung von Minderjährigen

Die Vertretungsverhältnisse müssen bei der Behandlung von Minderjährigen unbedingt vorher geklärt werden. Bei gravierenden und/oder risikoreichen Eingriffen ist die Einwilligung aller Personensorgeberechtigten, nicht nur eines einzelnen Elternteils in Vertretung des anderen erforderlich. Sofern der Minderjährige die Tragweite des Eingriffs überschauen kann, muss unbedingt auch dessen Einwilligung eingeholt werden.

8. Aufklärung bei Ausländern

Sofern der Patient der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig ist, bleibt seine Aufklärung und Einwilligung unwirksam. Ohne Dolmetscherdienste von Angehörigen oder Krankenhausbeschäftigten darf eine elektive Behandlungsmaßnahme dann nicht erfolgen!

9. Willensunfähige Patienten

Dringende Eingriffe bei willensunfähigen/bewusstlosen Patienten sind selbstverständlich unter dem Gesichtspunkt der mutmaßlichen Einwilligung zulässig. Dennoch sollte auch in einem derartigen Fall versucht werden, den Willen des Patienten über Patientenverfügungen, die Befragung von Angehörigen usw. zu erforschen, da dieser allein maßgeblich für die Behandlung ist. Bei elektiven Eingriffen sollte im Zweifel das Vormundschaftsgericht (Amtsgericht) eingeschaltet werden.

10. Dokumentation

Verwendete Fragebögen müssen regelmäßig auf Aktualität überprüft werden. Sie sind vollständig und lesbar auszufüllen, weil sie oft erst Jahre später von Bedeutung sein können. Die Dokumentation muss insbesondere auch die oben genannten Punkte 1 bis 9 umfassen.

Zwar handelt es sich bei der Auf-

klärung und Patienteneinwilligung um ein „Massengeschäft“. Dies gilt aber in gleichem Maße für die eigentliche Behandlungs- und OP-Tätigkeit. Auch diesbezüglich dürfte Einigkeit bestehen, dass die hohe Zahl von durchgeführten Behandlungen keine Entschuldigung für unsorgfältiges Arbeiten im Einzelfall darstellt. Dieser Grundsatz muss konsequent auch bei der Aufklärung und Patienteneinwilligung umgesetzt werden.

Als problematisch erscheint aus juristischer Sicht vor allem, dass die Aufklärung im Bewusstsein der beteiligten Ärzte nicht als eigentlich medizinische Tätigkeit empfunden und deshalb häufig als lästig und nachrangig behandelt wird, was dann zu fehlender Sorgfalt auch in den Fällen führt, die schon im vorhinein deutlich als „Problemfälle“ erkennbar sind, bei denen es sich empfohlen hätte, Fehler unter Hinnahme eines nur geringfügigen Zeitmehraufwandes auszuschließen.

Beteiligung am Schlichtungsverfahren

Die bei den Ärztekammern oder für das Gebiet mehrere Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen für ärztliche Haftpflichtfragen bzw. Schlichtungsstellen können inzwischen auf eine jahrzehntelange Tradition zurückblicken. Sie wurden ursprünglich vor allem deshalb eingerichtet, um die früher von Patientenseite routinemäßig veranlasste Anzeige des Arztes bei Polizei oder Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung oder der fahrlässigen Tötung mit einem nachfolgenden, sehr belastenden strafrechtlichen Ermittlungsverfahren abzuwenden.

Obwohl dieses ursprünglich verfolgte Ziel inzwischen weitgehend erreicht wurde, so dass das Stellen einer Strafanzeige jedenfalls bei informierten Patientenanwälten fast als

juristischer Kunstfehler betrachtet wird, weil sich die Fronten hierdurch unnötig verhärten, jedenfalls aber eine deutliche Verfahrens- und Regulierungsverzögerung eintritt, gelang es den Gutachterkommissionen bis heute nicht, allgemein und durchgängig akzeptiert zu werden.

Von Seiten der Patienten wird häufig die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Gutachterkommissionen in Frage gestellt, weil diese eine Institution der ärztlichen Selbstverwaltung sind und von der Ärzteseite (zumindest überwiegend) finanziert werden.

Diese Befürchtungen bestehen allerdings nach der Erfahrung des Autors wie auch nach den Statistiken der Gutachterkommissionen zu Unrecht. Insbesondere die pauschalisierende Aussage, wonach „eine Krähe der anderen kein Auge aushackt“ hat sich inzwischen fast in Ihr Gegenteil verkehrt. Die medizinischen Gutachter haben heute durchweg eine äußerst kritische und unabhängige Stellung bei der Begutachtung Ihrer Kollegen gewonnen. Von falscher kollegialer Rücksichtnahme kann keine Rede sein.

Aber auch von ärztlicher Seite bestehen teilweise Vorbehalte hinsichtlich des Verfahrens vor den Gutachterkommissionen⁸. Zum einen besteht die Gefahr, dass Patienten durch ein von der Gutachterkommission erhaltenes Gutachten kosten- und risikolos „aufgebaut“ werden. Dies gilt vor allem für Patienten, die die Risiken und Kostenbelastungen des Klageverfahrens vor einem ordentlichen Gericht unter Umständen gescheut hätten.

Zum andern sind die von den Ärztekammern eingeholten Gutachten gelegentlich durchaus mit qualitativen Mängeln behaftet. Es ist äußerst schwierig, gegen ein derartiges Gutachten, das Behandlungsfehler und daraus resultierende Ansprüche zu Unrecht bejaht, argumentieren zu wollen. Derartige Bemühungen können

Arbeits-, Sozial- und Verwaltungsgerichten sowie in Strafsachen möglich. Die kostenaufwendige und schwerfällige Beauftragung eines zusätzlichen Korrespondenzanwalts ist nicht mehr erforderlich. **Der betroffene Arzt hat daher die Möglichkeit, (nach Rücksprache mit seiner Haftpflichtversicherung) einen Rechtsanwalt seiner Wahl mit seiner Vertretung auch dann zu beauftragen, wenn dieser nicht direkt am Gerichtsort ansässig sein sollte.**

Von dieser Möglichkeit sollte jedenfalls dann Gebrauch gemacht werden, wenn Zweifel an der Qualifikation und dem Arbeitseinsatz des üblicherweise betrauten „Krankenhausanwalts“ bestehen, oder wenn der Arzt fürchten muss, dass der Rechtsanwalt, der ihn in einer Behandlungsfehlerangelegenheit vertreten soll, ihm bei nächster Gelegenheit als Gegner gegenübertritt, etwa weil er den Krankenhausträger in einer arbeitsrechtlichen Angelegenheit vertritt.

Schließlich sollte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden,

wenn Interessenkonflikte, beispielsweise zwischen verschiedenen an einer Behandlung beteiligten Ärzten oder zwischen Arzt und Krankenhaus bestehen, etwa weil der Krankenhausträger versucht sein könnte, den Behandlungsfehlervorwurf zum Anlass arbeitsrechtlicher Maßnahmen (Abmahnung oder Kündigung) zu machen.

Auch wenn es für den Arzt - wie ausgeführt - äußerst arbeitsaufwendig und schwierig ist, sich erfolgreich gegen Behandlungsfehlervorwürfe zu verteidigen, so besteht doch kein Anlass zur Resignation. Dies gilt insbesondere deshalb, weil der Chefarzt und seine nachgeordneten Ärzte sich, jedenfalls wenn sie ein operatives Fach vertreten, allein schon aufgrund der statistischen Wahrscheinlichkeit in ihrem Berufsleben mehrfach mit Behandlungsfehlervorwürfen auseinandersetzen und die entsprechenden Verfahren zu bestehen haben. Bei realistischer Betrachtung besteht daher keine Alternative zu einer angemessenen Auseinandersetzung mit dem Thema Haftungs-

prophylaxe, da es sich hierbei um einen vielleicht ungeliebten aber unvermeidbaren Aspekt ärztlicher Tätigkeit handelt.

- 1 Der Artikel beruht auf einem Referat des Verfassers für die von der Arbeitsgemeinschaft für Arztrecht veranstaltete Seminarreihe „Aktuelles Recht für den leitenden Krankenhausarzt“.
- 2 OLG Nürnberg, Urteil vom 08.03.1994, Az. 3 U 3842/91 = AHRS I 3110/105.
- 3 OLG Karlsruhe, Urteil vom 27.10.1999, Az. 7 U 246/98, zur Besprechung in ArztlR vorgesehen.
- 4 ArztlR 3/1998, S. 67 - 73.
- 5 BGH, Urteil vom 26.01.1999, Az. VI ZR 376/97 = ArztlR 12/1999, S. 317 - 321.
- 6 Vgl. z.B. Grafe und Bruns in ArztlR 7/1998, S. 181 - 187.
- 7 Adresse: <http://www.uni-duesseldorf.de/www/AWMF>
- 8 Vgl. hierzu auch: Sandvoß, ArztlR 6/1999, S. 144 ff.