

Der Arzt haftet gegenüber dem Patienten für Behandlungsfehler und für Aufklärungsfehler.

I. Behandlungsfehler

- [1. Diagnosefehler](#)
- [2. Nichterhebung diagnostischer Kontrollbefunde](#)
- [3. fehlerhafte therapeutische Sicherungsaufklärung](#)
- [4. Übernahmefehler](#)
- [5. Therapiefehler](#)
- [6. Therapieauswahlfehler](#)
- [7. Organisationsfehler](#)

II. Aufklärungsfehler

- [1. verspätete Aufklärung](#)
- [2. fehlerhafte Diagnoseaufklärung](#)
- [3. fehlerhafte Behandlungsaufklärung](#)
- [4. fehlerhafte Risikoaufklärung](#)
- [5. fehlerhafte Aufklärung über Behandlungsalternativen](#)
- [6. fehlerhafte Aufklärung bei Neulandmethoden](#)
- [7. fehlerhafte Aufklärung bei Schönheitsoperationen](#)
- [8. fehlerhafte wirtschaftliche Aufklärung](#)
- [9. fehlerhafte Form der Aufklärung](#)

III. Der Arzthaftungsfall vor der ärztlichen Schlichtungsstelle

- [1. Verfahrensablauf](#)
- [2. Anwendungsbereich](#)
- [3. Kosten](#)
- [4. Verbindlichkeit der Entscheidung](#)

IV. Der Arzthaftungsfall vor Gericht

- [1. Allgemeines](#)
- [2. Beweislast](#)
- [3. Sachverständigenprozess](#)
- [4. Quasi-Amtsermittlung](#)

I. Behandlungsfehler

Überschreitet der Arzt die ärztlichen Qualitätsstandards, so liegt ein Behandlungsfehler vor. Unerheblich ist, ob dies durch ein aktives Tun oder durch ein Unterlassen geschieht.

Maßgeblich sind die ärztlichen Standards, die sich in der täglichen ärztlichen Arbeit durchgesetzt haben, nicht die unter Umständen weiter gehenden wissenschaftlichen Standards. Neue von der Wis-

senschaft entwickelte Methoden werden erst nach einer Übergangszeit zum medizinischen Standard. Erst wenn die neue Methode erprobt ist, gleiche oder geringere Heilungschancen bietet und sich weitgehend durchgesetzt hat, muss der Arzt sie anwenden. Ansonsten hat er einen Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum.

Bei der Beurteilung des Behandlungsfehlers ist auf die objektive Sorgfaltspflicht abzustellen (der Arzt kann also nicht einwenden, er sei bei der Behandlung subjektiv übermüdet gewesen) und es ist auf den Zeitpunkt der konkreten Behandlung abzustellen (so dass nachträglich gewonnene medizinische Erkenntnisse – etwa das Auftauchen einer neuen, weniger belastenden Behandlungsmethode - nicht zu Lasten des Arztes gehen können).

Die Beantwortung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, obliegt in der Regel nicht dem Anwalt und auch nicht dem Richter, sondern allein dem medizinischen Sachverständigen.

1. Diagnosefehler

Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, woran dieser leidet und er muss dazu rechtzeitig eine Diagnose erstellen.

Die Rechtsprechung unterscheidet zwischen einem einfachen Diagnosefehler (vom Arzt gestellte Diagnose ist objektiv falsch und sie ist aus aktueller Sicht ärztlich nicht vertretbar) und einem groben Diagnosefehler (vom Arzt gestellte Diagnose ist objektiv falsch und sie ist aus aktueller Sicht ärztlich völlig unvertretbar). Bei einem groben Diagnosefehler trägt der Arzt die Beweislast; er muss sich dann von dem Vorwurf des Diagnosefehlers entschuldigen. Allgemein ist die Rechtsprechung bei der Feststellung eines Diagnosefehlers zurückhaltend, weil eine Krankheit bei jedem Menschen verschiedene Symptome hervorrufen kann, so dass es möglich ist, dass die einmal gestellte Diagnose später geändert werden muss.

2. Nichterhebung diagnostischer Kontrollbefunde

Da die bei einem Patienten auftretenden Beschwerden in der Regel mehrere Ursachen haben können, ist der Arzt verpflichtet, eine von ihm zuerst gestellte Verdachtsdiagnose im weiteren Behandlungsverlauf kritisch zu überprüfen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die weiteren Beschwerden nicht zu der ursprünglichen Diagnose passen und die weiteren Untersuchungen für den Patienten körperlich wenig belastend sind.

Spiegelbildlich dazu ist der Arzt verpflichtet, überflüssige diagnostische Untersuchungen – zu den ihn finanzielle Interessen verleiten könnten - zu unter-

lassen (Überdiagnostik).

3. fehlerhafte therapeutische Sicherungsaufklärung

Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, durch welche Mitwirkungshandlungen er zu dem Heilungserfolg beitragen kann und muss (z.B. Ernährungsumstellung, erneute Vorstellung beim Arzt, Durchführung einer Kontrolluntersuchung). Die Sicherungsaufklärung sichert damit den Heilungserfolg. Im Rahmen der Sicherungsaufklärung ist der Arzt des weiteren verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, ob eine bestimmte Behandlung notwendig ist. Insbesondere wenn der Patient eine bestimmte Behandlung ablehnt, muss ihn der Arzt eindringlich auf die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung und auf die Folgen der Nichtbehandlung hinweisen.

4. Übernahmefehler

Der Arzt ist verpflichtet, nur die Behandlungen durchzuführen, deren Standards er kennt und die er beherrscht. Behandelt er dagegen einen Patienten, obgleich ihm die für diese konkrete Behandlung erforderliche Fachkunde fehlt oder er dafür räumlich, sachlich (Geräte) und personell nicht ausgestattet ist, so liegt ein Übernahmeverschulden vor. Der Arzt ist daher auch verpflichtet, sich ständig weiterzubilden, um sicher zu stellen, dass er die in seinem Fachgebiet erforderlichen Fachkenntnisse (noch) besitzt.

Der Arzt muss auch während der laufenden Behandlung ständig prüfen, ob er dem Fall noch „gewachsen ist“ oder ob er nicht mehr in der Lage ist, den Patienten alleine weiter zu behandeln. Wendet der Arzt beispielsweise eine in der neuen Fachliteratur benannte Behandlungsmethode nicht an, weil er sie nicht beherrscht und verweist er den Fall auch nicht weiter an einen Kollegen, der diese Behandlungsmethode beherrscht, so liegt ein Übernahmeverschulden vor.

5. Therapiefehler

Der Arzt ist verpflichtet, die gewählte Behandlung nach dem geltenden medizinischen Standard („lege artis“) durchzuführen. Er hat mithin handwerkliche Fehler zu unterlassen.

Der Therapiefehler ist der klassische ärztliche Fehler. Er zeigt sich beispielsweise, wenn ein Arzt bei der (medizinisch indizierten) operativen Entfernung eines Bandscheibenvorfalles einen Beinnerv mittels eines dafür geformten Operationshakens mit zu hohem Druck oder zu lange weghält, so dass dieser abstirbt und der Patient infolge dessen sein Bein nicht mehr richtig bewegen kann.

6. Therapieauswahlfehler

Von einem Therapieauswahlverschulden spricht man, wenn der Arzt eine Behandlungsvariante wählt, die

medizinisch nicht indiziert und von vornherein ungeeignet, den Heilungserfolg herbeizuführen. Der Arzt besitzt gegenüber dem Patienten in der Regel einen erheblichen fachlichen Wissensvorsprung, weshalb er grundsätzlich die Freiheit hat, zu entscheiden, wie er den Patienten behandelt (sog. Therapiefreiheit des Arztes). War allerdings die gewählte Behandlungsmethode von vornherein ungeeignet, den Heilungserfolg herbeizuführen, so spricht man von einem Therapieauswahlfehler.

Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Arzt einen dislozierten (verschobenen) Schienbeinbruch entgegen den medizinischen Behandlungsleitlinien sogleich eingipst, anstatt zuvor operativ zu richten.

7. Organisationsfehler

Der Arzt ist verpflichtet, die Behandlungsabläufe sachgerecht zu organisieren, zu koordinieren und zu überwachen. Er muss dazu eine ärztliche Qualitätssicherung betreiben und sein Personal entsprechend schulen und überwachen. Es ist sicherzustellen, dass der Patient vor Gefahren bei der Behandlung (Stürze, Infektionen) geschützt wird. Dazu muss der Arzt entsprechende Weisungen und Richtlinien erlassen.

Ein Organisationsverschulden liegt z.B. dann vor, wenn ein Patient sich bei einem Arzt mit Streptokokken infiziert, weil das ärztliche Personal die hygienischen Standards nicht eingehalten (angebrochene Infusionslösungen wurden weiter verwendet, anstatt weggeworfen zu werden) und der Arzt diese Praxis nicht bemerkt und unterbunden hat.

Der Arzt kann dabei einfache Tätigkeiten an sein Hilfspersonal übertragen, soweit dieses fachlich und charakterlich geeignet ist, diese Aufgaben zu erledigen.

II. Aufklärungsfehler

Der Aufklärungsfehler ist ebenso schwerwiegend wie der Behandlungsfehler, allerdings liegt die Beweislast für den Patienten hier günstiger. In der Regel muss der Arzt nachweisen, dass er den Patienten ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Der Patient muss dann nachweisen, dass er bei rechtzeitiger Aufklärung in einen ernsthaften Entscheidungskonflikt geraten wäre.

Der Vorwurf des Behandlungsfehlers ist daher ein scharfes Schwert in der Hand des Patienten.

Die Aufklärungspflicht entfällt, wenn es zu einer Behandlung keine medizinische Alternative gibt (sog. absolute Indikation).

Eine Behandlung, die ohne notwendige Aufklärung erfolgt, führt dann zu einem Schadensersatzanspruch des Patienten, weil der Patient nicht wirksam in die Behandlung eingewilligt hat und die Behandlung daher rechtswidrig ist.

Die Aufklärungspflicht obliegt dem Arzt für sein jeweiliges Fachgebiet; sie kann nicht auf nichtärztliches Personal übertragen werden.

1. verspätete Aufklärung

Grundsätzlich ist der Arzt verpflichtet, den Patienten so früh wie möglich über die Diagnose, die Behandlung und die Risiken aufzuklären. Der Patient muss, bevor er in die Behandlung einwilligt, aufgeklärt worden sein. Der Arzt hat den Patienten, von Notfällen abgesehen, so rechtzeitig aufzuklären, dass dieser ohne in einen Zugzwang zu geraten das Für und Wider des ärztlichen Eingriffs abwägen und sich innerlich frei entscheiden kann. Idealerweise sollte die Aufklärung daher nach Auffassung des Bundesgerichtshofes bei der ersten Besprechung des Eingriffs zwischen Arzt und Patient erfolgen. Organisatorische Schwierigkeiten des Klinikbetriebs stellen keine Rechtfertigung für einen Aufschub dar. Die Rechtsprechung ist zurückhaltend bei der Bejahung eines Notfalls. Ein solcher Notfall liegt nur vor, wenn die Operation dringend indiziert ist und dies für den Arzt früher aus objektiver Sicht nicht absehbar war.

Je weniger die Behandlung indiziert ist, desto früher muss aufgeklärt werden. So ist bei einer (nicht indizierten) Schönheitsoperation bereits zwingend am Tag der ersten Beratung über die Operation aufzuklären, während bei einer dringenden, unfallbedingten Operation eine Aufklärung auch am Behandlungstag in der Regel ausreicht.

Je größer das mit der Behandlung verbundene Risiko ist, desto früher hat die Aufklärung zu erfolgen. So ist bei einer Operation, bei der der Patient das Augenlicht verlieren kann, eine Aufklärung am Tag vor der Operation nicht mehr ausreichend. Gleiches gilt bei Operationen, die lebensgefährlich sind. Dagegen kann bei Behandlungen, die nur der Befunderhebung dienen (z.B. diagnostisches Roentgen unter Kontrastmittelgabe) auch später aufgeklärt werden.

Je schwerwiegender die mit dem Eingriff verbundene Belastung für den Patienten ist, desto früher ist aufzuklären. In der Regel muss bei der Festlegung des Operationstermins auch sogleich die Aufklärung erfolgen. So ist bei einer offenen Hüftoperation früher aufzuklären als bei einer Kniearthroskopie. Die (im Einzelfall schwierige und im Rechtsstreit von einem Sachverständigen zu treffende) Unterscheidung zwischen schweren und leichten Eingriffen birgt für den Arzt große Haftungsrisiken.

Bei stationären Behandlungen ist spätestens nach der Aufnahme und am Tag vor der Behandlung aufzuklären. Denn der Patient gerät erfahrungsgemäß dann unter Zugzwang, wenn er bereits in den organisatorischen Ablauf eines Krankenhauses integriert ist (z.B. Aufnahme in das Krankenhaus, erste Untersuchungen im Krankenhaus, Operation ist bereits geplant) und deshalb glaubt, sich nicht mehr von dem einmal in Gang gebrachten Ablauf der Behand-

lung lösen zu können. Bei kleineren ambulanten Eingriffen reicht in der Regel die Aufklärung am Tag der Operation aus.

Hinsichtlich der Narkoserisiken ist laut Bundesgerichtshof auch eine Aufklärung am Vorabend der Operation ausreichend.

Eine verspätete Aufklärung führt zu einer Haftung des Arztes, wenn der Patient unter den gegebenen Umständen des Einzelfalls nicht mehr ausreichend Gelegenheit hatte, sich vor der Behandlung innerlich frei zu entscheiden. Entscheidend ist also, dass der Patient gerade durch die Verspätung in seinem Selbstbestimmungsrecht beeinträchtigt wird.

2. fehlerhafte Diagnoseaufklärung

Der Arzt muss den Patienten über den bei ihm festgestellten medizinischen Befund (also ob und wie er erkrankt ist) aufklären.

Der Arzt kann sich dabei grundsätzlich nicht auf ein therapeutisches Privileg berufen, also auf das Recht, den Patienten von einer schweren Diagnose zu verschonen, um seinen Überlebenswillen nicht zu beeinträchtigen. Nur in extremen Fällen, in denen damit zu rechnen ist, dass der Patient durch die Mitteilung der Diagnose völlig zusammenbricht und den Lebenswillen völlig verliert, ist eine Ausnahme von der Aufklärungspflicht denkbar.

3. fehlerhafte Behandlungsaufklärung

Der Arzt muss den Patienten über den Behandlungsverlauf, also über Art, Inhalt Umfang und Durchführung des Eingriffs, und über den nachoperativen Zustand (z.B. Narben, Folgeoperationen, Unfruchtbarkeit) aufklären.

Dabei ist es ausreichend, wenn der Arzt den Patienten das Wesen des Eingriffs im Großen und Ganzen erläutert und der Patient dadurch ein „allgemeines Bild“ von der Behandlung erhält.

Dabei werden bei Jugendlichen, die erfahrungsgemäß ein geringeres Verständnis von ärztlichen Behandlungsabläufen und eine höhere Risikobereitschaft haben, von der Rechtsprechung strengere Maßstäbe angesetzt.

Je häufiger (und damit geläufiger) ein Eingriff dagegen ist (z.B. Blindarmentfernung), desto niedriger sind hier die Aufklärungspflichten. Je gebildeter und aufgeklärter der Patient ist, desto weniger muss er hinsichtlich des Behandlungsverlaufs aufgeklärt werden.

4. fehlerhafte Risikoaufklärung

Die Risikoaufklärung spielt in der gerichtlichen Praxis die größte Rolle.

Es ist ausreichend, wenn der Arzt den Patienten über die mit der Behandlung typischerweise (spezifisch) verbundenen (nach dem medizinischen Erkenntnisstand zum Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung bekannten) Risiken im Großen und Ganzen aufklärt und der Patient dadurch ein „allgemei-

ne Vorstellung“ von den Risiken erhält. Über allgemeine Risiken (etwa Infektionsrisiken bei operativen Eingriffen) muss nicht aufgeklärt werden, da diese als allgemein bekannt gelten. Je weniger ein Risiko dem Patienten bekannt ist (z.B. Risiko bestimmter Nebenwirkungen von Medikamenten), desto eher muss der Arzt auch auf das Risiko hinweisen.

Ist eine Operation nur relativ indiziert (Behandlung ist aus medizinischer Sicht nicht zwingend geboten, aber gute Gründe sprechen für ihre Durchführung, allerdings ist auch ein Operationsverzicht oder ein weiteres Zuwarten vertretbar), steigen die Anforderungen an die Risikoaufklärung. Der Arzt muss dann auch über allgemeine, nicht eingriffsspezifische Risiken aufklären. So ist ein Blutspender auch über fernliegende Risiken aufzuklären. Gleiches gilt für Schönheitsoperationen; hier muss die Aufklärung hinreichend drastisch und schonungslos sein.

Der Patient muss erfahren, mit welcher Wahrscheinlichkeit der geplante Eingriff fehlschlagen kann. Dazu muss der Patient eine ungefähre Vorstellung von der Risikohöhe erhalten. Die Angabe von konkreten Prozentzahlen ist nicht erforderlich, wohl aber allgemeine Angaben zur Höhe (Risiko: selten, häufig etc.).

Der Arzt darf auf der anderen Seite die Folgen einer Nichtvornahme der Behandlung nicht dramatisieren oder überzeichnen („höchste Lebensgefahr bei Nichtbehandlung“) und dadurch den Patienten in die Behandlung zwingen. Die bei der Aufklärung verwendeten Begriffe dürfen das Risiko nicht verharmlosen. So reicht der schlichte Hinweis, durch die Augenoperation könnte sich die Sehkraft verschlechtern, nicht aus, wenn tatsächlich das Risiko einer Erblindung besteht. Ebenso dürfen Dauerschäden nicht als nur vorübergehende Beschwerden dargestellt werden. Der bloße Hinweis auf die Möglichkeit einer Nervverletzung reicht nicht aus, weil der Patient dann nicht erkennt, welche drastischen Folgen (z.B. Invalidität, chronifizierte Schmerzen) damit einhergehen können. Schwächt der Arzt nach der Aufklärung das Risiko wieder ab (etwa indem er erklärt, er sei zu dieser Aufklärung nur aus juristischen Gründen verpflichtet gewesen), so hebt das den Wert der Aufklärung auf. Bricht der Patient eine Behandlung gegen den Rat des Arztes ab, ist der Arzt verpflichtet, den Patienten eindringlich und ausführlich über die Folgen des Behandlungsabbruches aufzuklären.

5. fehlerhafte Aufklärung über Behandlungsalternativen

Der Arzt ist ausnahmsweise nur dann zur Aufklärung über Behandlungsalternativen verpflichtet, wenn es mehrere gleichermaßen sinnvolle, medizinisch indizierte Therapien gibt und sich die beiden Behandlungsalternativen wesentlich unterscheiden in ihrer Belastung für den Patienten oder in ihren

möglichen Risiken und Komplikationen. So stellt beispielsweise die Fortsetzung der konservativen Therapie (Krankengymnastik bei Bandscheibenvorfall) eine echte Alternative zu einem (nur relativ indizierten) operativen Eingriff (Beseitigung des Bandscheibenvorfalles) dar, weil die konservative Behandlung schonender ist. Ein anderes Beispiel: Der Arzt hat zur Vorbereitung einer Operation den Patienten darauf hinzuweisen, dass bei der Operation es zu einem Blutverlust kommen kann, der dann mit Blutkonserven aufgefangen werden muss. Zur Vermeidung von Infektionen durch Fremdblut muss der Arzt den Patienten dann auf die Möglichkeit einer vorherigen Eigenblutspende hinweisen, weil diese das Infektionsrisiko erheblich senkt.

Ob die oben genannten Voraussetzungen für eine „echte“ Behandlungsalternative vorliegen, ist im Einzelfall durch ein medizinisches Sachverständigen-gutachten zu klären.

Im übrigen ist der Arzt in der Wahl der Behandlungsalternative frei (Grundsatz der Therapiefreiheit). In der Regel kann er also anhand seines medizinischen Sachverständnisses selbst bestimmen, wie er den Patienten behandelt.

7. fehlerhafte Aufklärung bei Neulandmethoden

Der Arzt muss den Patienten darauf hinweisen, dass die vom Arzt bevorzugte Behandlungsmethode noch in der Erprobung befindet und dass Langzeiterfahrungen fehlen. Je weniger die Methode erprobt ist, desto eindringlicher und umfassender muss der Patient aufgeklärt werden.

Dagegen muss der Arzt nicht vor Anwendung einer Standard-Behandlung (z.B. Whipple-Bauchspeicheldrüsenbehandlung, bei der Teile des Pankreaskopfes entfernt werden) auf eine alternative, noch in der Erprobung befindliche Neulandmethode (Behandlung, bei der der Pankreaskopf erhalten wird) hinweisen und die noch nicht zum medizinischen Standard gehören. Dies gilt nicht, wenn der Patient an einer bisher unheilbaren Krankheit leidet, denn dann gibt es ja gerade keine bewährte Standardmethode.

8. fehlerhafte Aufklärung bei Schönheitsoperationen

Bei Schönheitsoperationen hat der Arzt den Patienten drastisch und schonungslos über alle Risiken, mögen sie auch noch so gering sein, aufzuklären. Denn diese Behandlungen sind regelmäßig nicht medizinisch notwendig. Die Schönheitschirurgen klären aber häufig nicht hinreichend auf, weil eine solche offene Aufklärung den Patienten von der an sich nicht erforderlichen Operation abbringen würde.

Dabei ist zu beachten, dass die mit Schönheitsoperationen verbundenen Risiken häufig im Vergleich zu dem Ertrag recht groß sind.

Derzeit sind Brustoperationen und die Behandlung mit dem Nervengift Botox sehr gefragt.

9. fehlerhafte wirtschaftliche Aufklärung

Der Arzt kann aufgrund seiner Erfahrung und seiner Ausbildung die finanziellen Auswirkungen einer Behandlung besser überblicken, als der Patient. Er hat daher eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht: Ist eine vom Arzt vorgeschlagene Behandlung medizinisch nicht notwendig oder ist ihre Notwendigkeit jedenfalls für den Arzt erkennbar zweifelhaft, hat er den Patienten auf das Risiko hinzuweisen, dass die Krankenversicherung des Patienten die Kosten der Behandlung nicht übernimmt. Dies gilt z.B. für Zahnverblendungen, die ebensogut aus Kunststoff, statt aus Keramik gefertigt sein können.

Krankenhäuser haben den Patienten darauf hinzuweisen, dass eine stationäre (und damit teurere) Behandlung auch ambulant (und damit preiswerter) durchgeführt werden kann.

Bei Wahlleistungen (z.B. Einbettzimmer statt Zweibettzimmer) reicht nach der Rechtsprechung des BGH aber der einfache Hinweis aus, wonach die Verpflichtung des Patienten zur Entrichtung des Entgelts für die Wahlleistung unabhängig von einer Kostenübernahme durch die private Krankenkasse besteht. Gleichmaßen entspricht der Zahnarzt seiner wirtschaftlichen Aufklärungspflicht, wenn er dem Patienten einen Heil- und Kostenplan übergibt, in dem die voraussichtlichen Leistungen benannt sind. Dann muß nämlich der Patient grundsätzlich sich selbst um die Kostenübernahme kümmern.

Verletzt der Arzt seine wirtschaftliche Aufklärungspflicht, kann der Patient verlangen, von den Behandlungskosten freigestellt zu werden.

10. fehlerhafte Form der Aufklärung

Die Aufklärung hat grundsätzlich mündlich zu erfolgen. Aufklärungsbögen und -formulare können nur ein Hilfsmittel sein, die aber nicht das persönliche Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient ersetzen können.

Gleichwohl ist die rein schriftliche Aufklärung nach der Rechtsprechung des BGH nicht ausreichend.

Die Forderungen der Rechtsprechung nach einer mündlichen Risikoaufklärung sind für den Arzt im hektischen und von Zeitnot geprägten Behandlungsalltag quasi nicht zu erfüllen. Der oftmals verängstigte oder jedenfalls nervöse Patient ist in seiner Wahrnehmungsfähigkeit auch häufig beschränkt, kann sich also das nur gesprochene Wort oft auch gar nicht merken.

Steht die Aufklärung zwischen Arzt und Patient im Streit, kann ein unterzeichnetes Aufklärungsformular laut BGH nur ein Indiz für die erfolgte Aufklärung sein. Allerdings dürfen laut BGH die Anforderungen an die dem Arzt obliegenden Beweis der ordnungsgemäßen Aufklärung nicht überspannt werden; ist einiger Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungs-

gespräch erbracht (durch den unterzeichneten Aufklärungsbogen), sollte dem Arzt nach Ansicht des BGH im Zweifel geglaubt werden.

III. Der Arzthaftungsfall vor der ärztlichen Schlichtungsstelle

1. Verfahrensablauf

Jeder Patient kann die Schlichtungsstellen anrufen. Die Schlichtungsstelle entscheidet über den Fall, wenn alle Beteiligten (Arzt, Patient und die Haftpflichtversicherung des Arztes) dem zustimmen. Die Ärztekammern haben im gesamten Bundesgebiet Schlichtungsstellen eingerichtet. Die Schlichtungsstellen werden von Ärzten besetzt. Die ärztlichen Sachverständigengutachten, die im Rahmen des Schlichtungsverfahrens eingeholt werden, werden von den Rechtsschutzversicherungen der Ärzte finanziert. Wegen der Besetzung der Schlichtungsstellen ausschließlich mit Ärzten und der Finanzierung durch die Haftpflichtversicherungen der Ärzte werden immer wieder Zweifel an der Unparteilichkeit der Schlichtungsstellen geäußert.

Das Schlichtungsverfahren hemmt die Verjährung, so dass der Patient nicht den Eintritt der Verjährung zu fürchten braucht.

Es gibt Schlichtungsstellen mit gutem und schlechtem Ruf. Zu den Stellen mit gutem Ruf gehört etwa die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern (www.schlichtungsstelle.de).

Die Beteiligten können jede Schlichtungsstelle im Bundesgebiet anrufen und sind nicht etwa auf regionale Stellen beschränkt.

Das Verfahren dauert in der Regel anderthalb Jahre und endet mit einer Schlichtungsempfehlung. Bestätigt diese einen Behandlungsfehler, ist dies eine gute Grundlage für Verhandlungen zwischen dem Patienten und der Haftpflichtversicherung des Arztes.

2. Anwendungsbereich

Das Schlichtungsverfahren überprüft ausschließlich ärztliches Handeln, nicht also z.B. das Fehlverhalten von Hebammen. Es ist für alle Fälle geeignet, in denen der Patient dem Arzt einen Behandlungsfehler vorwirft. Nicht geeignet ist das Verfahren für Fälle von Aufklärungsfehlern, weil der Aufklärungsfehler ein in erster Linie juristischer Begriff ist, der auch von Juristen bewertet werden muss. Daher kann diese Frage nicht von den Ärzten in der Schlichtungsstelle beantwortet werden.

3. Kosten

Die Verfahren sind in der Regel für den Patienten kostenfrei mit Ausnahme der Schlichtung vor den Zahnärztekammern, bei denen der Patient die Gut-

achterkosten bezahlen muss. Die Gutachterkosten sind erheblich.

Gerade für den nicht rechtsschutzversicherten Patienten ist daher das Schlichtungsverfahren ein guter Weg, ihr Regressbegehren zu verfolgen und eine fachkundige ärztliche Meinung zu dem im Raum stehenden Behandlungsfehler zu erhalten.

4. Verbindlichkeit der Entscheidung

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist nicht bindend, d.h. der Patient kann auch bei einer den Behandlungsfehler verneinenden Entscheidung auf Schadensersatz vor den Zivilgerichten klagen.

IV. Der Arzthaftungsfall vor Gericht

1. Allgemeines

Einen Arzthaftungsfall vor Gericht zu tragen sollte immer das letzte Mittel sein. Erfahrungsgemäß werden die Rechtsstreitigkeiten vor Gericht vor allem von den Haftpflichtversicherungen, die für den beklagten Arzt die Federführung übernehmen, mit großer Härte und Vehemenz geführt. Daraus ergibt sich eine erhebliche Belastung sowohl für den Arzt wie auch für den Patienten. Der Ausgang der Verfahren ist dabei wegen der Komplexität der tatsächlichen medizinischen Fragen und der juristischen Fragen oft völlig offen. Keine Seite kann sicher den Erfolg voraussagen. RA Christmann sucht daher mit Nachdruck die außergerichtliche Einigung. Scheitert diese allerdings, vertritt RA Christmann die geschädigten Patienten selbstverständlich auch gerichtlich.

2. Beweislast

Arzthaftungsprozesse stehen und fallen mit der Beweislast. Derjenige, der die Beweislast für eine Tatsache trägt - also z.B. für das Vorliegen eines bestimmten Behandlungsfehlers - muss das Gericht davon überzeugen, dass diese Tatsache tatsächlich existierte. Gelingt dies nicht - und dies ist infolge des Zeitablaufs, des Fehlens relevanter Unterlagen oder der Erinnerungslücken von Zeugen häufig der Fall - kann der Beweis nicht geführt werden. Daher ist "die Beweislast der halbe Prozessverlust".

Grundsätzlich trägt jede Seite die Beweislast für die Tatsachen, die für sie günstig sind (z.B. der Patient für das Vorliegen eines Diagnosefehlers, der Arzt für die Erteilung einer bestimmten Aufklärung).

3. Sachverständigenprozess

Das Gericht kann die streitentscheidenden Fragen (z.B. ob eine bestimmte medikamentöse Behandlung fehlerhaft war) mangels eigener medizinischer Sachkunde nicht selbst beantworten. Deshalb bedient es sich im Arzthaftungsprozess regelmäßig eines medizinischen Sachverständigen, den es selbst

auswählt. Schon mit der Wahl eines bestimmten Gutachters werden die Weichen für den weiteren Prozess gestellt. Denn mit seiner Entscheidung entscheidet sich auch der Rechtsstreit. Daher muss von Patientenseite genau geprüft werden, ob Gründe gegen den Sachverständigen sprechen (er etwa voreingenommen war mit der Sache, ob er voreingenommen ist oder ob er dem beklagten Arzt nahe steht). Ist dies der Fall, muss die Ablehnung des Sachverständigen beantragt werden.

4. Quasi-Amtsermittlung

Die extreme Komplexität der Rechtsmaterie "Arzthaftungsrecht" führt dazu, dass die Zivilgerichte den klagenden Patienten insofern bei der Prozessführung entlasten, als sie die Behandlungsakte selbst bei dem Arzt anfordern und auswerten. Sie nehmen daher dem Patienten teilweise die Bürde ab, alle ihm günstigen Tatsachen aus der Behandlungsakte herauszufiltern und dem Gericht vorzutragen, wonach der klagende Patient nach der Zivilprozessordnung (ZPO) eigentlich verpflichtet ist (sog. Beibringungsgrundsatz). Dies geht aber nicht so weit, dass der Patient einfach nur den Fall in groben Zügen dem Gericht schildern muss und sich im Übrigen zurücklehnen kann. Zu einzelnen Fragen muss sich der Patient von sich aus im Detail äußern. So muss er z.B. bei dem Vorwurf des Aufklärungsfehlers von sich aus dem Gericht darlegen, warum er bei richtiger ärztlicher Aufklärung von der Behandlung Abstand genommen hätte (sog. Entscheidungskonflikt des Patienten).

17. November 2009