

Arzthaftungsrecht

K. Wasserburg, Mainz

Einleitung

Der vorstehend abgedruckte Fall gibt Anlaß zur Darstellung von Rechtsproblemen aus dem Bereich der Arzthaftung; Schwerpunkt soll das Zivilrecht sein. Da die rechtliche Beurteilung eines möglicherweise nicht abgeschlossenen Falles problematisch sein kann und für die Beurteilung des Sachverhaltes zahlreiche weitere Informationen erforderlich wären, beschränken sich die nachfolgenden Ausführungen auf einen allgemeinen Überblick.

Die Anspruchsgrundlagen

Die Rechtsprechung hat die zivilrechtliche Arzthaftung mangels besonderer gesetzlicher Vorschriften aus den allgemeinen Haftungsvorschriften des bürgerlichen Gesetzbuches entwickelt: Danach umfaßt die rechtliche Beziehung zwischen Arzt und Patient sowohl die vertragliche als auch die deliktische Ebene (1). Die tatbestandlichen Voraussetzungen dieser kumulativ nebeneinander stehenden Haftungsgrundlagen sind nahezu identisch; daher ist es dem Patienten in der Regel möglich, seine Klage auf beide Anspruchsgrundlagen zugleich zu stützen (2). Unterschiede gibt es jedoch z. B. bei der Verjährung (§§ 195, 852 BGB), der Haftung für Hilfspersonen (§§ 278, 831 BGB) und dem Schmerzensgeldanspruch des Patienten (§§ 253, 847 BGB).

Vertragliche Ansprüche

Der Arzt kann innerhalb des zwischen ihm und dem Patienten bestehenden Vertragsverhältnisses wegen einer Verletzung des Behandlungsvertrages haftbar sein. Dieser Behandlungsvertrag wird grundsätzlich als Dienstvertrag (§ 611 BGB), nicht als Werkvertrag (§ 631 BGB) angesehen (3), denn der Arzt verpflichtet sich lediglich zu einer fachgerechten, mit Sorgfalt durchzuführenden Behandlung; er kann nicht den Heilerfolg garantieren (4).

Ist der Patient in ein Krankenhaus eingeliefert worden, so kommt ein sogenannter Krankenhausaufnahmevertrag zustande (5). Regelmäßig handelt es sich hierbei um einen sog. totalen Krankenhausaufnahmevertrag, nach dem der Träger des Krankenhauses dem Kranken umfassende ärztliche und pflegerische Betreuung sowie Unterbringung und Verpflegung schuldet (6).

Der Privatpatient kann einen gespaltenen Arzt-Krankenhaus-Aufnahmevertrag schließen: Hier schuldet das Krankenhaus in der Regel nur Unterkunft, Verpflegung und nachgeordnete ärztliche Dienste, während für

die eigentliche Diagnose und Therapie ein zweiter Vertrag unmittelbar mit dem den Patienten behandelnden Arzt zustande kommt (7).

Bedeutung hat die Unterscheidung dieser verschiedenen Krankenhausvertragstypen insbesondere für die Frage nach dem richtigen Gegner eines eventuell bestehenden Schadenersatzanspruches (Passivlegitimation) (8). Hinsichtlich des Einstehens für Hilfspersonal gilt, daß der behandelnde Arzt grundsätzlich für alle schuldhaften schadenverursachenden Pflichtverletzungen seines Praxispersonals haftet (§ 278 BGB).

Ähnlich stellt sich die Situation im Falle einer Aufnahme in das Krankenhaus dar, wenn ein totaler Krankenhausaufnahmevertrag geschlossen wurde. Hier haftet die Krankenanstalt gemäß § 278 BGB für das Verschulden ihrer angestellten Ärzte, Krankenschwestern und sonstigen Hilfspersonen.

Diffiziler ist die Haftung hingegen im gespaltenen Arzt-Krankenhaus-Verhältnis, denn hier muß geprüft werden, welchem Schuldner im konkreten Fall das Fehlverhalten einer im Krankenhaus tätigen Hilfsperson zuzurechnen ist (darauf kann hier nicht näher eingegangen werden) (9).

Zum Haftungsumfang ist festzustellen, daß Arzt oder Krankenhaus für alle materiellen Verluste und Schäden aufkommen müssen, die dem Patienten aufgrund einer ärztlichen Pflichtverletzung entstanden sind (§ 249 BGB) (10). Ersatz des erlittenen immateriellen Schadens (insbesondere Schmerzen physischer oder psychischer Art) kann aufgrund dieser auf Vertrag gestützten Haftungsgrundlage nicht gefordert werden (§ 253 BGB) (11).

Klagt der Patient also *auch* auf Schmerzensgeld, so muß er seine Ansprüche auf das Deliktsrecht stützen (§ 847 BGB) (12).

Die Verjährungsfrist eines auf das Vertragsrecht gestützten Schadenersatzanspruches gegen Arzt oder Krankenhaus beträgt 30 Jahre (§§ 195, 611 BGB).

Deliktische Ansprüche

Die vertragliche Pflichtverletzung bei der Arzthaftung stellt in der Regel zugleich eine unerlaubte Handlung dar, d. h. eine Verletzung der allgemeinen Pflicht, nicht rechtswidrig in das Leben, den Körper, die Gesundheit und sonstige absolute Rechtsgüter des Patienten einzugreifen. Daher können geschädigten Patienten auch Ansprüche aus Deliktsrecht (§§ 823 ff. BGB) zustehen (13). Deliktischen Ansprüchen kommt, wie oben bereits angedeutet, wegen § 847 BGB besondere Bedeutung zu: Hier wird

zusätzlich der immaterielle Schaden in Form eines Schmerzensgeldes ersetzt. Bei der Ermittlung und Zurechnung von Schmerzensgeld ist aber zu berücksichtigen, daß der klagende Patient grundsätzlich nicht vollen Ersatz aller immateriellen Schäden erhalten darf; er kann vielmehr lediglich eine unter Abwägung aller Umstände angemessene, „billige“ Entschädigung verlangen, d. h. eine Entschädigung, die der Fairneß auch gegenüber dem Beklagten entspricht (14).

Im Vergleich zu vertraglichen Ansprüchen ungünstiger für den Patienten ist dagegen die deliktsrechtliche Regelung der Haftung von Arzt und Krankenhaus für deren Hilfspersonen, den Verrichtungsgehilfen (§ 831 BGB).

Nach § 831 BGB hat das beklagte Krankenhaus (bzw. der Arzt) die Möglichkeit, sich durch den Nachweis seine Verrichtungsgehilfen sorgfältig ausgewählt zu haben, der Haftung entziehen, d. h. exkulpieren zu können (sog. culpa in eligendo) (15). Das Krankenhaus (bzw. der Arzt) muß in diesem Fall nachweisen, daß die gehörige Sorgfalt bei Auswahl, Einarbeitung und Überwachung der Angestellten beachtet wurde (16).

Sind hingegen einem Arzt „bedeutsame und wesensmäßige“ Funktionen des Krankenhauses zur eigenverantwortlichen Erfüllung zugewiesen (z. B.: Chefarzt), so haftet der Krankenhausträger für diesen Arzt (§ 31 BGB) (17). Bei dieser Organhaftung besteht keine Exkulpationsmöglichkeit.

Deliktische Schadensersatzansprüche unterscheiden sich von den vertraglichen weiterhin durch ihre kurze Verjährungsfrist: Gemäß § 852 BGB verjähren die Rechte aus §§ 823 ff. BGB innerhalb von drei Jahren nach Erlangung der Kenntnis vom Schaden.

Tatbestandliche Voraussetzungen der Arzthaftung

Ein Schadensersatzanspruch im Arzt-Patienten-Verhältnis besteht – verallgemeinert gesagt – dann, wenn dem Patienten ein Schaden entstanden ist, der ursächlich auf einer rechtswidrigen und schuldhaften Pflichtverletzung des Arztes beruht. Hinsichtlich dieser tatbestandlichen Voraussetzungen (also der für den entstandenen Schaden ursächlichen, rechtswidrigen und schuldhaften Pflichtverletzung) gibt es keine Unterschiede zwischen vertraglichen und deliktischen Ansprüchen auf Schadenersatz (18):

Wenn der Arzt eine Behandlung übernimmt, so hat er sowohl die vertragliche Pflicht, die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten vorzunehmen, als auch die deliktische Pflicht nicht in Leben, Körper, Gesundheit oder sonstige absolute Rechtsgüter des Patienten einzugreifen. Insofern werden die beiden von der Rechtsprechung herausgebildeten Erscheinungsformen der ärztlichen Pflichtverletzung: Behandlungsfehler und Verletzung der Aufklärungspflicht (19) sowohl für die vertragliche als auch für die deliktische Haftung relevant (20).

Im Hinblick auf die Konstellation des vorstehend abgedruckten Falles beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die Darstellung des Behandlungsfehlerbegriffes.

Fehler bei der ärztlichen Behandlung

Der Begriff des Behandlungsfehlers i. e. S. bezieht sich nicht auf Versäumnisse außerhalb der eigentlichen Behandlung und auch nicht auf Fehler im Behandlungsumfeld.

a) Der Behandlungsfehlerbegriff erfaßt zunächst jede ärztliche Maßnahme, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft unsachgemäß ist (21), wobei eine „unsachgemäße“ Maßnahme sowohl in einem Tun als auch in einem Unterlassen liegen kann. Diese weite Definition entspricht der Ansicht des Bundesgerichtshofes:

„Ob der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, der zu einer Gesundheitsbeschädigung des Patienten geführt hat, beantwortet sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat.“ (22)

Nach dem hier angesprochenen berufsbezogenen und objektiv typisierenden Sorgfaltsmaßstab (23) hat der Arzt diejenige Sorgfalt anzuwenden, die der Rechtsverkehr von einem ordentlichen, pflichtgetreuen Durchschnittsarzt der in Betracht kommenden ärztlichen Fachgruppe in der konkreten Situation erwartet (sog. Gruppenfahrlässigkeit) (24).

Der in diesem Zusammenhang häufig verwendete Begriff des „Kunstfehlers“ hat in verschiedener Hinsicht zunehmend Kritik erfahren (25); insbesondere sagt man, bei einer Wissenschaft, die sich mit einem so differenzierten Objekt wie dem Menschen befaßt und die in ständiger Weiterentwicklung begriffen sei, könne nicht jeder Behandlungsschritt in eine Regel gefaßt werden, die allgemeinwissenschaftliche Anerkennung gefunden habe (26). Entscheidend sei deshalb allein die Frage, welches ärztliche Tun oder Unterlassen nach der vom Arzt im konkreten Fall objektiv zu erwartenden Sorgfalt geboten sei (27).

Teilweise wird vorgeschlagen, daß das vom Arzt aufzubringende Maß an Sorgfalt und Fachkunde am jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis zur Zeit der Behandlung gemessen werden müsse (28). Diese Formulierung ist jedoch problematisch, denn der „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis“ ist durchaus kontrovers (29).

Festzuhalten bleibt, daß der Arzt, soweit allgemein anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft bestehen, grundsätzlich danach handeln muß, andererseits kann es aber der konkrete Fall sogar erfordern, allgemein anerkannte Regeln gerade ausnahmsweise einmal nicht anzuwenden.

Zumindest muß aber jeder Arzt einen Kernbestand medizinischen Grundwissens beherrschen, und er hat dafür Sorge zu tragen, daß seine Kenntnisse mit der Entwicklung der Wissenschaft Schritt halten. Weiter muß er alle diagnostischen und therapeutischen Methoden kennen, die im allgemeinen in seinem Fach zur medizinischen Routine gehören (30). Die dem Arzt im konkreten Fall zu mutbare Sorgfalt hängt jedenfalls im wesentlichen von einer Einzelfallbetrachtung ab (31).

b) Neben den Behandlungsfehlern i.e.S. können zur fehlerhaften medizinischen Behandlung auch Versäumnisse außerhalb des eigentlichen ärztlichen Behandlungsgeschehens sowie Fehler im Behandlungsumfeld gehören (32) (z.B. auch ein mangelhaft abgefaßter Arztbrief) (33). Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung hat der Arzt aus dem Behandlungsvertrag auch die Pflicht, eine adäquate Nachbehandlung sicherzustellen (34). Man kann hier auch von einer Verlängerung der Behandlungspflicht sprechen, die ihrem Inhalt nach jedenfalls nicht über die Pflicht zur kunstgerechten Behandlung hinausgeht (35).

Der Arztbrief ist ein solches Mittel zur Sicherstellung der Nachbehandlung (36). Nach allgemeiner Auffassung soll der Arztbrief Angaben über Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie und Beurteilung des Krankheitsverlaufes enthalten (37). Nach Auffassung des BGH sind die inhaltlichen Anforderungen an einen Arztbrief um so höher anzusetzen, je schwieriger sich ein Krankheitsverlauf gestaltet:

So sind bei Entlassung eines Krankenhaus-Patienten „jedenfalls in nicht einfach gelagerten, eine besondere ärztliche Überwachung erfordernden Fällen neben dem Entlassungsbefund alle sich daraus für die Nachbehandlung ergebenden besonderen therapeutischen Konsequenzen niederzulegen“ (38).

In Einzelfällen kann die Pflicht des Krankenhauses eine sachgerechte Nachbehandlung des Patienten sicherzustellen, auch noch über die Abfassung eines detaillierten Arztbriefes hinausgehen. Ein solcher Sonderfall kann vorliegen, wenn es sich bei dem Patienten um einen Minderjährigen handelt, dessen Eltern ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht nicht nachkommen (können).

Hier geht es vor allem um Fälle, in denen das Vormundschaftsgericht, wenn es Kenntnis von den konkreten Umständen hätte, von Amts wegen eingreifen müßte – § 1666 BGB spricht hier von einer Gefährdung des Kindeswohls durch einen Sorgerechtsmißbrauch der Eltern. Dazu gehören u. a. die Uneinsichtigkeit der Eltern bei der Befolgung ärztlich angeordneter Medikation (39) oder auch das passive Unterlassen jeglicher ärztlicher Behandlung (40). (Daß sich die Eltern in diesen Fällen auch eventuell strafrechtlich nach §§ 223,13 StGB oder nach §§ 212,13 StGB zu verantworten haben, kann hier wohl außer Betracht bleiben.)

Ein bloßer Sorgerechtsmißbrauch durch die Eltern allein löst jedoch sicher noch keine gesteigerte Fürsorgepflicht der Klinik aus; es müssen weitere gewichtige Umstände hinzutreten, von denen als bedeut-

samste die positive Kenntnis der Klinik von diesen Umständen sowie eine relativ zuverlässige Prognose über den Eintritt gesundheitlicher Schäden für den Patienten zu nennen sind.

Wenn sich danach der Klinik im konkreten Fall der Eindruck aufdrängen muß, daß eine notwendige adäquate Nachbehandlung des Kindes wegen evidenter Versäumnisse der Eltern nicht sichergestellt werden kann, muß das Krankenhaus das Vormundschaftsgericht über den elterlichen Sorgerechtsmißbrauch informieren. Um ihren Pflichten in vollem Umfang nachzukommen (und zur Vermeidung eines strafrechtlichen Risikos) muß eine Klinik den für den minderjährigen Patienten „sichersten“ Weg wählen. Die bloße Information des nachbehandelnden Hausarztes über die bestehende häusliche Situation würde hier m.E. nicht genügen. Ein damit eventuell einhergehender Bruch der ärztlichen Schweigepflicht durch Information des Gerichts wäre in einem solchen Fall, da er zur Abwendung einer Gefahr für die Gesundheit des Patienten geschähe, gerechtfertigt (§ 34 StGB), also nicht rechtswidrig und damit nicht strafbar (41).

Ganz anders ist der Sachverhalt zu beurteilen, wenn die Klinik im Einzelfall von der „Inkompetenz“ des nachbehandelnden Hausarztes überzeugt ist, d.h., wenn bekannt oder aufgrund konkreter Anzeichen wahrscheinlich ist, daß der Hausarzt nicht in der Lage oder willens ist, seinen Pflichten nachzukommen. Hier ist zunächst davon auszugehen, daß im Bereich der horizontalen Arbeitsteilung zwischen Klinik und niedergelassenem Arzt der Vertrauensgrundsatz gilt (42). Danach darf jeder Beteiligte darauf vertrauen, daß der Partner die Aufgaben in seinem Bereich mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt (43). Anders ist das nur, wenn besondere, für den Arzt erkennbare Umstände die Gefahr einer Sorgfaltspflichtverletzung des Kollegen begründen. Das ist z.B. der Fall, wenn Umstände bekannt sind, die daran zweifeln lassen müssen, ob der Hausarzt seinen Pflichten nachkommen kann, z.B. ob der Hausarzt die zu erwartende Qualifikation hat (44). In solchen Extremfällen sind die Fürsorgepflichten der Klinik gegenüber dem Patienten durchaus gesteigert.

Zwar erscheint es auf den ersten Blick problematisch, eine allgemeine Pflicht des Krankenhauses dahingehend zu konstruieren, dem Patienten von der Behandlung durch den betreffenden Kollegen abzuraten. Aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen kommt es aber immer wieder vor, daß niedergelassene Ärzte ihren Beruf überhaupt nicht (mehr) sachgerecht ausüben können, weil sie z. B. süchtig sind bzw. geisteskrank. Obwohl das in solchen Fällen auch in Kliniken durchaus positiv bekannt ist, wird hier nicht die Ärztkammer eingeschaltet und der Patient nicht gewarnt. Im Interesse des Patienten ist es m. E. daher sehr wohl geboten, eine solche Fürsorgepflicht des Krankenhauses zu bejahen (mit zivil-, disziplinar- und ggf. auch strafrechtlichen Folgen bei Verletzung dieser Pflicht).

Kausalzusammenhang zwischen ärztlichem Fehlverhalten und Gesundheitsbeschädigung

Im Rahmen der zivilrechtlichen Arzthaftung ist der Arzt nur dann schadenersatzpflichtig, wenn

der Behandlungsfehler und der gesundheitliche Schaden in einem haftungsbegründenden Kausalzusammenhang stehen (45). Die Sorgfaltspflichtverletzung muß also *conditio sine qua non für den eingetretenen Schaden sein* (Äquivalenztheorie) (46). In Fällen der Unterlassung ärztlich indizierter Behandlung untersucht das Gericht umgekehrt, ob der Schaden nicht eingetreten wäre, wenn die angezeigte Behandlung rechtzeitig vorgenommen worden wäre (47).

Hier ist jedoch – einschränkend – zu beachten, daß im Rahmen der zivilrechtlichen Haftung nur solche Kausalverläufe berücksichtigt und deshalb auch nur solche Ursachen zugerechnet werden können, die zur Zeit der Behandlung überhaupt vorhersehbar waren, die also *nicht als ganz ungewöhnlicher Umstand außer Betracht* bleiben müssen. Schäden, die völlig aus dem Rahmen vernünftiger Vorhersehbarkeit herausfallen, gelten als inadäquat; für sie ist der Beklagte (der Arzt) nicht mehr schadenersatzpflichtig (Adäquanztheorie) (48).

Diffizilere Zurechnungsprobleme ergeben sich, wenn zwei Ärzten im Rahmen der sogenannten horizontalen Arbeitsteilung Behandlungsfehler unterlaufen. Grundsätzlich gilt in solchen Fällen, daß immer, wenn mehrere Ursachen zusammenwirken, alle für den Schaden ursächlich sind (49). Erforderlich ist jedoch, daß die Erstbedingung noch bis zum Erfolgseintritt fortwirkt, der Fehler muß sich also auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken (50). Andernfalls spricht man von der sog. abgebrochenen Kausalität, bei der keine Haftung entsteht.

Die Grenze, bis zu der der Erstschädiger dem Verletzten für die Folgen einer späteren fehlerhaften ärztlichen Behandlung verantwortlich ist, wird in der Regel erst überschritten, wenn es dabei um Maßnahmen geht, die mit dem Anlaß der Erstbehandlung in keinem inneren Zusammenhang stehen oder dem Zweitschädiger ein so grober Verstoß gegen ärztliche Regeln und Erfahrungen unterläuft, daß der Schaden haftungsrechtlich wertend nur diesem zugerechnet werden kann (51).

Verschulden

Um die Haftung zu begründen, muß neben der (objektiven) Sorgfaltspflichtverletzung, dem Vorliegen eines Schadens und des Kausalzusammenhanges noch eine dem Arzt vorwerfbare (subjektive) Nachlässigkeit festgestellt werden. Der Arzt haftet als Folge des bei § 276 BGB objektivierten Sorgfaltmaßstabs für die Sorgfalt eines ordentlichen Angehörigen seines Faches, so daß in den meisten Fällen objektive und subjektive Fahrlässigkeit zusammenfallen (52).

Beweislastprobleme

Grundsätzlich gilt auch im Arzthaftungsprozeß die allgemeine Regel des Beweisrechts, daß jede Partei die ihr günstigen Umstände darzulegen und zu beweisen hat (53). Daher muß der Patient bei der Behauptung eines Behandlungsfehlers dessen Vorliegen sowie die Kausalität für den eingetretenen Schaden und außerdem das Verschulden des Arztes oder Krankenhausträgers beweisen (54).

Zu berücksichtigen ist jedoch, daß der Patient, der einen Behandlungsfehler des Arztes geltend macht, sich – begründet nicht zuletzt durch den enormen Informationsvorsprung, den der Arzt ihm gegenüber in aller Regel besitzt – oft in erheblicher Beweisnot befindet. Daher wird die allgemeine Beweispflicht von der Rechtsprechung im Behandlungsfehlerbereich durch zahlreiche Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr modifiziert. Das BVerfG hat dieser Entwicklung ausdrücklich zugestimmt, da man nur so im Arzthaftungsprozeß das verfassungsmäßige Recht des Patienten auf Waffengleichheit vor Gericht gewährleisten könne (55).

Eine Möglichkeit der Beweiserleichterung für den Patienten bietet der Beweis des ersten Anscheins (*prima facie*-Beweis). Dieser Anscheinsbeweis erleichtert dem Kläger den Nachweis von Kausalität und Verschulden. Er setzt typische Geschehensabläufe voraus, bei denen nach der allgemeinen Lebenserfahrung oder nach Erfahrungssätzen der medizinischen Wissenschaft entweder von einer bestimmten Ursache auf eine bestimmte Folge oder umgekehrt von einer bestimmten Folge auf eine bestimmte Ursache geschlossen werden kann (56). Der *prima facie*-Beweis führt aber nicht zu einer endgültigen Beweislastumkehr, sondern lediglich zur Erleichterung des Ausgangspunktes der Beweisführung. Gelingt es dem beklagten Arzt oder Krankenhaus etwa Tatsachen darzulegen, die auf die wirklich ernsthafte Möglichkeit eines atypischen Geschehensablaufes hinweisen, so liegt die Beweislast wieder beim geschädigten Kläger (57).

Noch günstiger ist es deshalb für den Patienten, wenn das Gericht in Einzelfällen eine Umkehr der Beweislast zu Lasten des Arztes oder Krankenhauses annimmt. Dadurch wird das Risiko der Beweislosigkeit auf den Arzt verlagert, der infolgedessen auch dann zum Schadensersatz im Prozeß verurteilt wird, wenn der Haftungstatbestand in den Elementen, für die er die Beweislast trägt, ungeklärt bleibt (58).

Die Rechtsprechung hat aber nur in folgenden eng begrenzten Fallgruppen die Beweislast umgekehrt (59):

1. Steht fest, daß ein Arzt einen groben Behandlungsfehler begangen hat, der generell geeignet ist, einen Schaden von der Art herbeizuführen, wie er festgestellt wurde, dann hat der Arzt den vollen Beweis zu führen, daß kein Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden gegeben ist.

2. Dasselbe gilt, wenn feststeht, daß der Arzt vorsätzlich oder leichtfertig eine Gefahr geschaffen hat, aus der nach medizinischer Erfahrung ein Schaden von der Art, wie er tatsächlich festgestellt wurde, entstehen kann (60).

3. Die letzte Fallgruppe läßt sich mit dem Stichwort „fehlerhafte Dokumentation“ kennzeichnen. Sie erfaßt die Fälle, in denen der beklagte Arzt dem Kläger durch Vernichtung von Beweismitteln (z. B. Krankenpapiere) oder durch pflichtwidriges Unterlassen ärztlicher Feststellungen und wesentlicher Aufzeichnungen schuldhaft die Beweisführung vereitelt oder erschwert hat (61).

Strafrechtliche Folgen

Strafrechtlich kann der Arzt für einen Gesundheitsschaden oder den Tod seines Patienten wegen fahrlässiger Körperverletzung (§ 230 StGB) oder fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) zur Verantwortung gezogen werden. Voraussetzung ist zunächst, daß er die objektiv gebotene Sorgfalt außer acht gelassen hat, wobei der tatbestandliche Erfolg voraussehbar war. Des weiteren muß ein Zurechnungszusammenhang zwischen Sorgfaltpflichtverletzung und dem eingetretenen Schaden bestehen.

Das wird bejaht, wenn der tatbestandliche Erfolg bei sorgfaltsgerechtem Verhalten vermeidbar gewesen wäre und sein Eintritt gerade auf der Verwirklichung von Gefahren beruht, die nach dem Schutzzweck der verletzten Norm hätten verhütet werden sollen (62).

Schließlich muß dem Arzt aus seinem objektiv sorgfaltswidrigen Verhalten auch subjektiv ein Schuldvorwurf gemacht werden können. Ob ihn ein Schuldvorwurf trifft, hängt davon ab, ob er nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten den tatbestandsmäßigen Erfolg hätte voraussehen können oder ob er die Möglichkeit des schädlichen Erfolges zwar vorausgesehen, aber pflichtwidrig darauf vertraut hat, er werde nicht eintreten. Hier werden auch die individuellen Kenntnisse und Erfahrungen des Täters berücksichtigt, so daß etwa eine lückenhafte Ausbildung und geringe Erfahrung die Schuld in Fällen ausschließen kann, wo es besonderer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf (63). Anders ist es aber beim Übernahmeverschulden: Hier ist der Arzt strafbar, wenn er eine Behandlung trotz fehlender Fachkenntnisse dennoch übernimmt.

Auch ein pflichtwidriges Unterlassen des Arztes kann die gleichen strafrechtlichen Folgen auslösen, da der Arzt bei Übernahme der Behandlung strafrechtlich eine Garantenstellung (§ 13 StGB) zum Schutze des Patienten erwirbt (64).

Literatur

- 1 Giesen: Arzthaftung, Jura 1981, S. 10, 12
- 2 Ulmer: In: Münchener Kommentar, Bd. III, München 1980, zu § 823 Anm. 361
- 3 Vgl. Fn. 2
- 4 Giesen: Arzthaftungsrecht, Bielefeld, 1981, S. 2; Isele: Grundsätzliches zur Haftpflicht des Arztes, in: Mergen, Armand (Hrsg.): Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. III, München 1971, S. 16
- 5 Brox: Schuldrecht BT, München 1987, Anm. 288 c
- 6 Giesen: (FN 2) S. 10
- 7 Brox: aaO, (FN 5) Anm. 288d. Laufs: Arztrecht, München 1993 Anm. 91
- 8 Ulmer: aaO, (FN 2) § 823 Anm. 461 f.
- 9 Ulmer: aaO, (FN 2) § 823 Anm. 465, 466. Rieger: Lexikon des Arztrechts, Berlin, New York 1984, Anm. 770 f.
- 10 Deutsch: NJW 1976, 2289 f.
- 11 Deutsch: NJW 1976, 2289 f.
- 12 Deutsch: NJW 1976, 2289 f.
- 13 Deutsch: NJW 1976, 2289 f.
- 14 Thomas: In: Palandt: BGB Kommentar, 52. Aufl., München 1993, § 823 Anm. 10
- 15 Giesen: Jura 1981, S. 12

- 16 Ulmer: aaO, (FN 2) Anm. 466
- 17 BGH NJW 1972, S. 334
- 18 Giesen: aaO, (FN 4) S. 2; Isele: aaO, (FN 4)
- 19 Dunz: Zur Praxis der zivilrechtlichen Arzthaftung, Karlsruhe 1974, S. 4 ff.; in: Mergen, aaO, (FN 4) S. 48 ff.
- 20 Heilmann: NJW 1990, S. 1513 f.
- 21 Giesen: aaO, (FN 4), Isele: aaO, (FN 4)
- 22 BGH NJW 1987, S. 2291 f.
- 23 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 305, Laufs: aaO, (FN 7), Anm. 158
- 24 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 305, Laufs: aaO, (FN 7), Anm. 158
- 25 Deutsch: NJW 1976, S. 2291
- 26 BGHZ 8, S. 138, 140
- 27 Rieger: aaO, (FN 9) Anm. 305
- 28 BGH VersR 1978, S. 82 f.
- 29 Kriele: NJW 1976, S. 355
- 30 Ulmer: aaO, (FN 2), Anm. 381
- 31 Laufs: aaO, (FN 7), Anm. 358
- 32 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 305
- 33 Thomas: aaO, (FN 14), Anm. 69
- 34 BGH NJW 1987, S. 2927
- 35 Wasserburg: Akt. Urol 1988, S. 206 ff.
- 36 Krusche: Der Arztbrief. In: Begemann, Herbert (Hrsg.): Patient und Krankenhaus, München, Berlin, Wien 1976, S. 195
- 37 Neumann-Mangoldt: Der Arztbrief, München, Berlin 1964, S. 16
- 38 BGH NJW 1987, S. 2927
- 39 Diederichsen: In: Palandt (FN 14), 1666 Anm. 8
- 40 Diederichsen: aaO, (FN 39), Anm. 13
- 41 Müller, Klaus: Schweigepflicht und Schweigerecht, in: Mergen, Bd. II, S. 79 ff., Lenckner: In: Schönke-Schröder: StGB, 23. Aufl. München 1988, § 203 Anm. 34
- 42 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 316
- 43 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 313
- 44 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 315
- 45 Ulmer: aaO, (FN 2), § 823 Anm. 409
- 46 Giesen: JZ 1993, 1053, 1057
- 47 Giesen: Jura 1981, 10, 14
- 48 Laufs: aaO, (FN 7), Anm. 536
- 49 Giesen: JZ 1993, S. 1058
- 50 BGH NJW 1986, S. 2367
- 51 Giesen: JZ 1993, S. 1058
- 52 Isele: aaO, (FN 4) S. 16
- 53 Ulmer: aaO, (FN 2), Anm. 412
- 54 Giesen: JZ 1993, S. 1061
- 55 BGH NJW 1979, S. 1925, 1927
- 56 Franzki: DRiZ 1977, S. 36, 38
- 57 Isele: aaO, (FN 4), S. 22
- 58 Baumgärtel/Wittmann: JA 1979, 113 ff.
- 59 vgl. Heinrichs
- 60 BGH NJW 1968, S. 1185
- 61 BGH VersR 1956, S. 449
- 62 Wessels: Strafrecht. Allgemeiner Teil, München 1991, § 15 II. 6
- 63 Rieger: aaO, (FN 9), Anm. 63
- 64 Lenckner: In: Schönke/Schröder aaO, (FN 41), § 13 Anm. 28

Dr. K. Wasserburg

Rechtsanwalt
Adam-Karrillon-Str. 23
55118 Mainz