Gutachterwesen

W. Herrmann, T. Gaßbler

23.1 Einleitung – 336

23.2 Allgemeines – 336

23.3 Zivilrechtliche Arzthaftung – 337

23.3.1 Ursachen zivilrechtlicher Arzthaftung – 337

23.4 Sozial- und versicherungsrechtliche Aspekte – 340

23.5 Strafrecht – 341

Literatur – 341

23.1 Einleitung

Durch den medizinischen Fortschritt in der refraktiven Chirurgie hat sich in den letzten Jahren sowohl die Ergebnisqualität als auch die Patientensicherheit deutlich erhöht. Auch durch die Einführung immer strengerer Richtlinien und Grenzwerte für die Behandlung von Fehlsichtigkeiten durch die Fachverbände [2] hat sich das Risiko für postoperative Komplikationen reduziert. Trotzdem müssen sich Ärzte und Patienten bei der Behandlung darüber im Klaren sein, dass ein optimales Behandlungsergebnis nicht in jedem Fall erreicht werden kann und ein Restrisiko für Komplikationen bleibt. Je mehr die refraktive Chirurgie zu leisten vermag, desto größer ist außerdem das Potenzial für Fehler und Versäumnisse. Es kommt daher immer häufiger zu Gerichtsverfahren, in denen mit Hilfe von medizinischen Sachverständigen geklärt werden muss, ob bei einem refraktiven Eingriff ein Behandlungsfehler vorliegt. Medizinische Gutachter, als auch Anwender refraktiv-chirurgischer Verfahren müssen sich daher mit den rechtlichen Grundlagen refraktiver Eingriffe auseinandersetzen.

23.2 Allgemeines

Ärztliche Sachverständigengutachten dienen der Feststellung eines Augenschadens sowie der Aufklärung strittiger medizinischer Sachverhalte, damit eine juristische Bewertung der mit ihnen verbundenen Rechtsfragen möglich ist. Die Begutachtung hat streng objektiv, unparteilich und unvoreingenommen zu erfolgen und muss sich am medizinischen Kenntnisstand zum Zeitpunkt der refraktiv-chirurgischen Behandlung orientieren. Auftraggeber sind neben Gerichten, Versicherungen und Berufsgenossenschaften auch Privatpersonen, die die Klärung von Fragen zu Gesundheitszustand, medizinischer Zusammenhänge und möglicher Behandlungsfehler wünschen. Neben zivilrechtlichen Aspekten werden medizinische Gutachten auch im Straf- und Sozialrecht benötigt.

In Deutschland muss grundsätzlich jeder approbierte Arzt Gerichten als Sachverständiger zur Verfügung stehen. Das Gericht kann jedoch aufgrund persönlicher und sachlicher Gründe den Gutachter von seinem Auftrag entbinden. Nach Erteilung des Gutachtenauftrags muss der Arzt unverzüglich überprüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und er ausreichende fachliche Kompetenz besitzt, den Auftrag ohne Hinzuziehung weiterer Sachverständiger zu erfüllen. Der Gutachtenauftrag ist prinzipiell nicht übertragbar. Soweit bei der Begutachtung eine weitere Person mitwirkt, ist diese dem Gericht mit dem Umfang der Tätigkeit namentlich mitzuteilen, es sei denn, es handelt sich um Hilfsdienste untergeordneter Bedeutung. Die Ablehnung eines medizinischen Gutachters vor Gericht durch eine Prozesspartei ist möglich. Für die Besorgnis der Befangenheit ist jede Tatsache ausreichend, die ein auch nur subjektives Misstrauen der verständigen Partei in die Unparteilichkeit des Sachverständigen rechtfertigen kann. Angenommen wird dies etwa bei enger beruflicher Zusammenarbeit, gemeinsamen Publikationen, grundlegenden wissenschaftlichen Meinungsverschiedenheiten, persönlichen Beziehungen oder wenn der Sachverständige bereits in derselben Sache ein Privatgutachten erstattet hat.

Ärztliche Sachverständigengutachten ermöglichen die juristische Bewertung strittiger medizinischer Sachverhalte.

Gutachter müssen sich mit den **Komplikationen** refraktiv-chirurgischer Eingriffe auseinandersetzen, um medizinische Sachverhalte richtig bewerten zu können. Komplikationen nach keratorefraktiver Chirurgie sind bei der LASIK Ektasien mit einer Inzidenz von bis 0,66% [5], Epitheleinwachsungen mit einer Inzidenz von ca. 1% bei Ersteingriffen [8] und einem erhöhten Risiko bei Nachbehandlungen sowie die diffuse lamelläre Keratitis mit einer Inzidenz von ca. 1% [10]. Schnittfehler treten in aktuellen Studien mit einer Inzidenz von 0,3% sowie in älteren Studien mit einer Inzidenz von bis zu 5,7% auf [8]. Das Risiko für Schnittkomplikationen scheint nach derzeitigem Kenntnisstand beim Einsatz des Femtosekundenlasers geringer zu sein als bei mechanischen Mikrokeratomen. Die Inzidenz der infektiösen Keratitiden liegt nach LASIK bei 0,035% [4]. Lentikelfalten und Flapdislokationen werden in der frühen postoperativen Phase mit einer Inzidenz von bis zu 2% beobachtet [8].

Als spezifische Komplikation ist bei der »**Surface-Ablation**« (Epi-LASIK, LASEK, PRK) die Hazebildung zu nennen, deren Inzidenz mit der Höhe des durchgeführten Abtrags zunimmt. In der postoperativen Phase kann ein transienter Haze als Korrelat der ablaufenden Wundheilungsvorgänge im anterioren Stroma bei sehr vielen Patienten beobachtet werden, ein klinisch für den Patienten störender Haze wird nach PRK in 0,5% gefunden [2]. Bei der Surface-Ablation ist das Risiko für eine infektiöse Keratitis mit ca. 0,02% [11] vergleichbar mit dem Infektionsrisiko bei der LASIK. Das Ektasierisiko ist nach Surface Ablatio geringer als nach LASIK. Ektasien werden in der Literatur vor allem bei Patienten mit vorbestehenden ektatischen Hornhauterkrankungen beschrieben [1].

Ein »**trockenes Auge**« tritt bei nahezu allen Patienten nach keratorefraktiver Chirurgie durch eine intraoperative Schädigung der Hornhautinnervation auf, die Symptome bilden sich jedoch bei den meisten Patienten innerhalb eines Jahres wieder zurück. Eine Induktion von optischen Aberrationen durch keratorefraktive Chirurgie kann zu einer Abnahme der Sehqualität und störenden optischen

Phänomenen, gerade bei niedriger Beleuchtungsdichte, führen. Über retinale Komplikationen keratorefraktiver Eingriffe wurde in Einzelfallberichten diskutiert, ein eindeutiger Zusammenhang ist jedoch nicht schlüssig nachzuweisen.

Beim **refraktiven Linsentausch** sind die typischen Komplikationen der Kataraktchirurgie zu berücksichtigen. Für Risikopatienten (männlich, jung, myop) besteht zusätzlich eine deutlich erhöhte kumulative Ablatioinzidenz von bis zu 20% nach 10 Jahren [9]. Bei der Implantation phaker Intraokularlinsen werden als typische Komplikationen eine Abnahme der Endothelzelldichte, eine Kataraktentstehung, eine Pupillenverziehung und chronische Entzündungen beschrieben. Die Inzidenzen unterscheiden sich je nach gewähltem Linsentyp (siehe auch Kapitel 19). Zu beachten ist, dass sich mögliche Komplikationen häufig erst im Langzeitverlauf zeigen.

Das Komplikationsspektrum zeigt, dass neben einer sorgfältigen Operationsplanung und Durchführung der Nachbehandlung nach refraktiver Chirurgie eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Behandlung zukommt.

23.3 Zivilrechtliche Arzthaftung

Die meisten Gutachten im Bereich der refraktiven Chirurgie werden in zivilrechtlichen Verfahren erstellt. Mögliche Ursachen für eine Arzthaftung sind hier Behandlungsfehler, deren Ursächlichkeit für den Gesundheitsschaden, Organisationsfehler, Mängel der Dokumentation sowie – in Grenzen – Aufklärungsversäumnisse. Die medizinische Begutachtung muss sich strikt am Beweisbeschluss des Gerichts orientieren. Eine Überschreitung des Gutachtenauftrags führt nicht selten zur erfolgreichen Ablehnung des Sachverständigen.

23.3.1 Ursachen zivilrechtlicher Arzthaftung

Ursachen zivilrechtlicher Arzthaftung

- Behandlungsfehler
- Aufklärungsfehler
- Dokumentationsfehler
- Organisationsfehler

Behandlungsfehler

Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn bei Vorbereitung, Durchführung oder Nachsorge eines refraktiven Eingriffs der Facharztstandard unterschritten wird. Als Facharztstandard gilt, was zum Zeitpunkt der Behandlung wissenschaftlich gesichert ist, sich in der Praxis bewährt hat und von einem durchschnittlich befähigten Facharzt an Kenntnis und Können verlangt werden kann. Der Facharztstandard ist das Ergebnis medizininterner Diskussion und somit eine dynamische Größe. Für die Bewertung eines Behandlungsfehlers ist daher strikt der Stand der Wissenschaft zum jeweiligen Zeitpunkt der refraktiven Behandlung heranzuziehen. Wichtige Anhaltspunkte sind die Leitlinien der Fachgesellschaften – in Deutschland die Richtlinien der »Kommission Refraktive Chirurgie« [3]. Die Rechtsprechung erwartet, dass refraktive Chirurgen zeitnah von neuen Leitlinien Kenntnis nehmen. Eine Kenntnisnahmepflicht mit dem Tag der Veröffentlichung der Leitlinie wird von den Gerichten als lebensfremd bewertet (LG Magdeburg, Urteil vom 12.12.07 – 9 O 1257/06).

Da Leitlinien von Fachgesellschaften jedoch rechtlich nicht verbindlich sind und eine vom Expertenkonsensus abweichende Behandlung bei Berücksichtigung des Einzelfalls durchaus möglich ist, ist ein Abweichen von den Leitlinien nicht per se als Behandlungsfehler zu werten. Ein Behandlungsfehler ist nur dann zu bejahen, wenn das Abweichen von der Leitlinie zugleich eine Unterschreitung des einzuhaltenden Facharztstandards bedeutet. Der Bundesgerichtshof hat betont, dass ein Abweichen von der Leitlinie jedenfalls keine Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes rechtfertigt (BGH, Urteil vom 08.01.2008 – VI ZR 161/07) und Leitlinien auch nicht zwangsläufig mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden dürfen. Vielmehr ist eine Beurteilung des Einzelfalls in jedem Fall erforderlich (BGH, Urteil vom 28.03.2008 – VI ZR 57/07).

Leitlinien der Fachverbände besitzen keine Rechtsnormqualität und können eine Beurteilung durch den Sachverständigen im Einzelfall nie ersetzen.

Gutachten zu Behandlungsfehlern nach intraokularen Verfahren sind wegen der geringeren Anzahl der durchgeführten Eingriffe noch relativ selten. In der keratorefraktiven Chirurgie ist häufig die Frage zu begutachten, ob eine **Ektasie** der Hornhaut auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist.

Bisher sind in der Fachliteratur weltweit mehr als 200 Fälle einer Ektasie nach keratorefraktiver Chirurgie publiziert worden. Ektasien der Hornhaut werden am häufigsten nach der Korrektur myoper Astigmatismen mittels LASIK (▣ Abb. 23.1) beobachtet [7]. Es existieren jedoch auch Einzelfallberichte von Ektasien nach hyperoper LASIK [6] sowie nach myoper sowie hyperoper PRK [1].

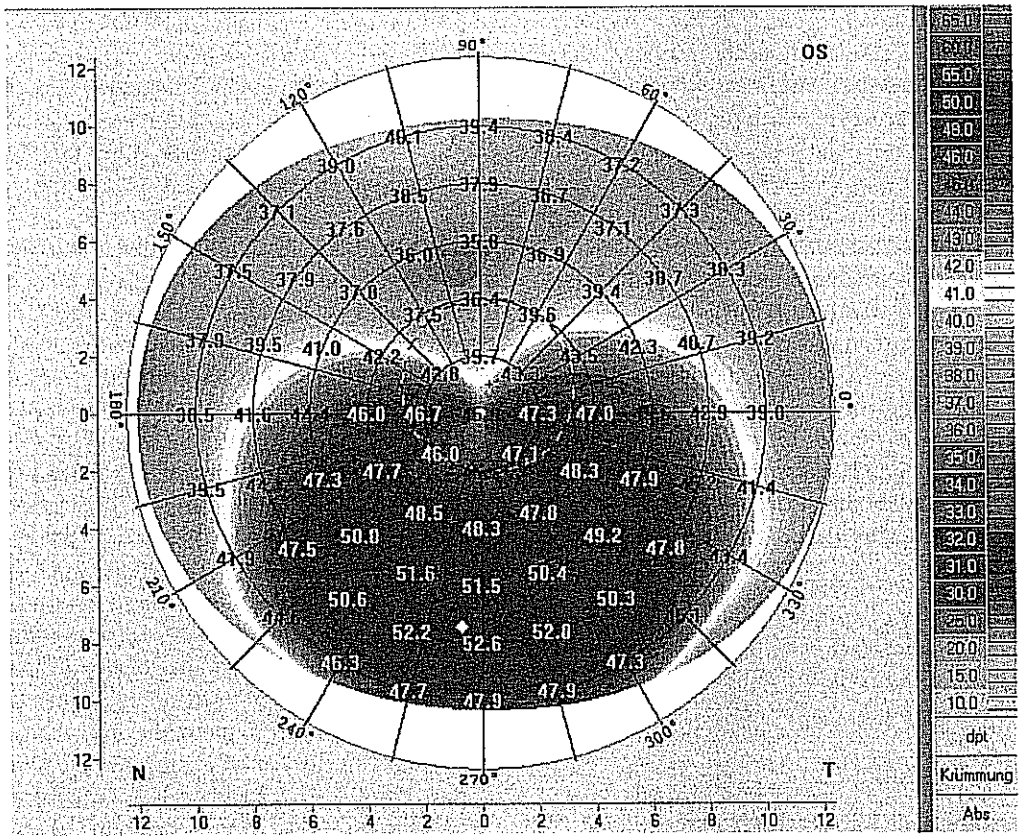

Abb. 23.1 Ektasie nach myoper LASIK, Korrektur (–11/–2,5/28°)

Cave

Bei einer Ektasie nach keratorefraktiver Chirurgie, die trotz Vorliegens eines Ausschlusskriteriums [3] oder bei unzureichender präoperativer Diagnostik durchgeführt wurde, ist ein Behandlungsfehler zu bejahen.

Wenn ein Chirurg bei einem vorbestehenden (»forme fruste«) Keratokonus dennoch eine LASIK durchführt, kann er sich bei fortschreitender Ektasie nicht auf eine Verschlechterung im Spontanverlauf berufen. Obwohl dies bei einem präoperativ bestehenden Keratokonus auch ohne LASIK möglich ist, wirkt sich die Ungewissheit des Kausalverlaufs ohne den Eingriff zu Lasten des Arztes aus, wenn der Patient nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den refraktiv-chirurgischen Eingriff in der Zukunft nicht oder nur in herabgesetztem Maße sehtüchtig wäre (OLG Koblenz, Urteil vom 02.03.2006 – 5 U 1052/04).

Da jedoch eine Ektasie nach refraktiver Chirurgie auch ohne vorher ersichtliche Risikofaktoren auftreten kann, ist eine Ektasie nicht in jedem Fall als Behandlungsfehler zu bewerten. Gleichwohl ist die Ektasie als eingriffsspezifisches Risiko bei allen keratorefraktiven Eingriffen aufklärungspflichtig.

Eine reine Abweichung von Richtlinien, wie z. B. eine Unterschreitung der Mindestdicke des Hornhautstromas unter dem Flap nach Ablation, löst jedoch dann keine Haftung aus, wenn daraus kein gesundheitlicher Schaden resultiert.

Für den Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, den Gesundheitsschaden und den ursächlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden ist grundsätzlich die Patientenseite beweispflichtig. Nur im Falle eines groben Behandlungsfehlers erfolgt eine Umkehr der Beweislast. Dann muss der Arzt beweisen, dass der Schaden nicht auf dem von ihm verursachten groben Behandlungsfehler beruht. Als grober Behandlungsfehler wird ein Fehlverhalten bezeichnet, welches aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, ein Fehler also, der dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Die Problematik besteht darin, dass der Begriff des groben Behandlungsfehlers nicht nur juristisch unscharf (Deutsch, VersR 2008, 993), sondern auch die zugrunde liegende medizinische Abgrenzung schwierig ist. Die Praxis zeigt, dass es einem Sachverständigen durchaus gut gelingt, dem medizinischen Laien auf der Grundlage von Richtlinien, Leitlinien, Studien, Aufsätzen und Lehrbüchern zu begründen, ob und warum im Einzelfall ein Be-

handlungsfehler vorliegt oder nicht. Keine der genannten Quellen beantwortet jedoch die Frage, ob ein festgestellter Fehler einem Arzt »schlechterdings nicht unterlaufen darf«. Da aber der Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden oft nicht zweifelsfrei zu klären ist, kommt der Frage der Grobheit des Fehlers wegen der daraus resultierenden Beweislastverteilung sehr häufig prozessentscheidende Bedeutung zu. Der Sachverständige muss daher mit äußerster Sorgfalt die Differenzierung zwischen »einfachem« und »schlechterdings unverständlichem« Fehler vornehmen und exakt begründen. Sein Votum entscheidet hier in aller Regel über den Ausgang des Verfahrens.

Im Falle eine »Schulenstreits« darf der Sachverständige nicht einseitig die von ihm favorisierte Auffassung vertreten. Vielmehr muss er das Meinungsspektrum darlegen.

Aufklärungsfehler

Da eine angeblich mangelhafte Aufklärung häufig das zweite Standbein einer Arzthaftungsklage ist, muss vom Gutachter zu den für die rechtliche Wertung entscheidenden Fragen häufig Stellung genommen werden. Streitpunkt ist oftmals eine unzureichende oder mangelhaft dokumentierte präoperative Risikoaufklärung. Die Aufklärung bleibt weitestgehend der rechtlichen Bewertung vorbehalten. Der Sachverständige wird aber zu wichtigen Anknüpfungstatsachen, etwa zur Dringlichkeit des Eingriffs, möglichen Behandlungsalternativen, zur Komplikationsdichte oder den zu erwartenden Erfolgsaussichten befragt.

Im Vergleich zu kurativen Eingriffen werden bei elektiven refraktiven Eingriffen besonders hohe Anforderungen an die Aufklärung gestellt. Rechtlich entscheidend für die Aufklärung ist das »vertrauensvolle Arzt-Patienten-Gespräch«. Konkrete formale Voraussetzungen hat die Rechtsprechung nicht vorgegeben, jedoch liegt die Beweislast für die korrekte Aufklärung beim Arzt. Hohe Akzeptanz vor Gericht und bei den Sachverständigen findet eine dokumentierte Aufklärung unter Zuhilfenahme standardisierter Aufklärungsbögen, sofern diese die konkreten Aufklärungsinhalte belegen. Die Risiken eines refraktiven Eingriffs brauchen dem Patienten nicht medizinisch exakt und in allen denkbaren Erscheinungsformen dargestellt werden; ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums genügt (BGH NJOZ 2007, 4507, 4510). Da refraktive Eingriffe nach Meinung der Gerichte medizinisch nur relativ indiziert sind, muss der Patient auf die Risiken deutlich und schonungslos hingewiesen werden (OLG Bremen, OLG-Report 2003, 335). Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher muss der Patient über dessen Erfolgsaussichten und etwaige Folgen informiert werden (vgl. BGH, NJW 1991, 2349).

Besondere Bedeutung kommt auch der Aufklärung über **Behandlungsalternativen** zu, denn der Patient muss über gleichermaßen in Betracht kommende Alternativen so weitreichend informiert werden, dass er selbst eine Entscheidung treffen kann. Die angeblich unzureichende Aufklärung über Behandlungsalternativen hat in den letzten Jahren an praktischer Relevanz gewonnen.

Aufklärungsfehler sind häufig Ursache oder zweites Standbein einer Arzthaftungsklage.

Gesondert aufklärungspflichtig sind **individuell erhöhte Risiken.** Die Rechtsprechung verlangt z. B. bei der Korrektur hoher Astigmatismen (im konkreten Fall 4 Dioptrien) mittels LASIK eine explizite Aufklärung, dass dies die Erfolgsaussichten der Operation verschlechtert. Unterbleibt diese, ist die Operationseinwilligung unwirksam und der Eingriff rechtswidrig. Daraus resultiert letztlich die Haftung des Operateurs, wenn die Operation ein schlechtes refraktives Ergebnis zur Folge hat (LG Magdeburg, Urteil vom 12.12.2007 – 9 O 1257/06).

Cave
Individuelle Aufklärung im Einzelfall vorliegender Risiken!

Bei dem Patienten dürfen vor der Operation keine **falschen Erwartungen** geweckt werden: Über die Tatsache, dass durch einen keratorefraktiven Eingriff ein »Leben ohne Brille« wegen der zunehmenden Presbyopie im Allgemeinen nicht zu erreichen ist, ist schon vor dem Operationstag hinzuweisen. Unterbleibt diese Aufklärung, ist eine wirksames Einverständnis des Patienten auch bei ansonsten vollständiger Aufklärung nicht gegeben (LG Köln, Urteil vom 16. 8. 2006 – 25 O 335/03).

Zeitlich gesehen gilt der Grundsatz, dass die Aufklärung bereits bei Verabredung des Eingriffstermins zu erfolgen hat, bei stationären Eingriffen jedoch spätestens am Vortag (nicht Vorabend). Bei »normalen« (so der Bundesgerichtshof) ambulanten Operationen kann die Aufklärung auch noch am Tag des Eingriffs erfolgen. Dem Patienten darf jedoch nicht der Eindruck vermittelt werden, dass er sich nicht mehr aus einem bereits in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen könne. Dem Patienten muss also die Gelegenheit zu einem ruhigen Abwägen verbleiben, so dass jedenfalls eine zeitliche Zäsur zwischen Aufklärung und Eingriffsdurchführung gewährleistet sein sollte.

Bei **neuartigen refraktiven Eingriffen** (z. B. FLEx), ist darüber aufzuklären, dass es sich um ein neuartiges Verfahren mit möglicherweise noch unbekannten Risiken oder fehlender Langzeiterfahrung handelt. Noch höher sind die Aufklärungsanforderungen dort, wo die Wirksamkeit statistisch (noch) nicht abgesichert ist, im Falle des

Patienten jedoch im Sinne eines »individuellen Heilversuchs« ein positives Ergebnis zu erreichen ist. Der Patient muss hier über die Neuartigkeit, möglicherweise unbekannte Risiken und den experimentellen Charakter umfassend und schonungslos aufgeklärt werden.

Organisationsfehler

Ein rechtliches Problem bei refraktiv-chirurgischen Eingriffen ist die Organisation der postoperativen Kontrollen. Hierbei können Zuständigkeitslücken zwischen dem Operateur und dem zuweisenden Arzt entstehen, die im schlimmsten Fall dazu führen, dass die postoperative Kontrolle nicht gewährleistet ist. Kommt es in diesem Zusammenhang zu einer postoperativen Komplikation (z. B. Wundinfektion) und die Zuständigkeit für die postoperative Kontrolle war nicht eindeutig geregelt, kann dies vor Gericht als Behandlungsfehler gewertet werden. In der Pflicht ist hier der Operateur, der die postoperative Betreuung zwar nicht selbst übernehmen, aber ausreichend organisieren muss. Sinnvoll sind hier am Operationstag mitgegebene Arztbriefe oder Merkblätter, sofern für den Patienten daraus unmissverständlich klar wird, wie er sich postoperativ zu verhalten hat, wo die Nachkontrollen durchzuführen sind und bei welchen Symptomen der Patient sich bei wem wieder vorzustellen hat.

Dokumentationsfehler

Strittig und von gutachterlicher Seite zu klären sind vor Gericht mögliche Dokumentationsfehler. Dabei ist vom Sachverständigen zu berücksichtigen, dass die Dokumentation keinesfalls dazu bestimmt ist, dem Patienten die Durchsetzung haftungsrechtlicher Ansprüche zu erleichtern. Zu dokumentieren ist vielmehr das, was aus medizinischer Sicht wesentlich ist. Diese Bewertung wiederum hängt maßgeblich vom Votum des Sachverständigen ab. Zwar geht die Rechtsprechung davon aus, dass all das, was nicht ärztlich dokumentiert wurde, aber dokumentiert werden musste, tatsächlich nicht erfolgt ist, falls der Nachweis über die Durchführung nicht anderweitig (z. B. durch einen Zeugen) gelingt. Auch dies ist jedoch eine eindeutig rechtliche Wertung. Der Sachverständige ist nicht berechtigt, aus der fehlenden Dokumentation den Schluss zu ziehen, eine Maßnahme habe nicht stattgefunden, solange dies zwischen den Parteien streitig ist. Im Zweifel sollte der Sachverständige hier beim Gericht rückfragen, von welchem Sachverhalt er auszugehen hat. Ggf. muss eine alternative Begutachtung entsprechend den verschiedenen tatsächlichen Möglichkeiten erfolgen (Ulsenheimer, Der Sachverständigenbeweis, Der Anästhesist 11.2005, 1081 ff.).

Die mangelnde Erhebung oder Sicherung von Kontrollbefunden führt ebenso zu einer Beweiserleichterung zu Gunsten des Patienten. Dokumentationsversäumnisse sind nicht selten der Beginn eines Arzthaftungsprozesses, weil sie Grundlage für die Annahme eines (groben) Behandlungsfehlers werden können. Die unzureichende Dokumentation bildet zwar keine eigenständige Anspruchsgrundlage. Lücken in der Dokumentation führen aber zu den soeben dargelegten Beweisnachteilen. Andererseits ist einer ordnungsgemäßen Dokumentation bis zum Beweis des Gegenteils Glauben zu schenken. Die vollständige Dokumentation entlastet also regelmäßig den Arzt und kann von ihm – wie vom Patienten – als Beweismittel verwendet werden.

Grundsätzlich ist die Dokumentation eines refraktiv-chirurgischen Eingriffs für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung zu verwahren.

Die Fristen zur Aufbewahrung gelten auch nach einer Praxisaufgabe oder Praxisübernahme unverändert weiter. Eine längere Aufbewahrung ist aber im Interesse des Arztes zu empfehlen, da Schadenersatzansprüche wegen Behandlungsfehlern im ungünstigsten Fall erst nach 30 Jahren verjähren.

23.4 Sozial- und versicherungsrechtliche Aspekte

Die Verfahren der refraktiven Chirurgie gehören nach § 135 SGB V nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Dennoch kann bei medizinischer Notwendigkeit eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für einen die Brechkraft verändernden Eingriff im einzelnen Ausnahmefall unter verschiedenen Voraussetzungen anerkannt werden: Es muss beispielsweise eine absolute Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie eine absolute Brillenglas- oder Brillengestellunverträglichkeit vorliegen.

Bei der privaten Krankenversicherung gibt es eine Leistungspflicht für refraktive Eingriffe, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Diese medizinische Notwendigkeit wurde bisher bis auf wenige Ausnahmen (z. B. LG Göttingen, Beschluss vom 08.07.2008 – 2S4/08) in den meisten Verfahren von Gutachtern und Gerichten verneint.

Konsequenterweise hat in jedem Fall eine wirtschaftliche Aufklärung dahingehend stattzufinden, dass Erstattungsleistungen entweder nicht erfolgen, jedenfalls aber im Vorfeld mit der eigenen Versicherung abzuklären sind.

23.5 Strafrecht

Strafrechtliche Gutachten sind in der refraktiven Chirurgie selten. Aus prozesstaktischen Gründen wird bei möglichen Behandlungsfehlern häufig nur der zivilrechtliche Weg beschritten, wobei festzuhalten ist, dass jeder Behandlungsfehlervorwurf, bestätigt er sich, auch unter dem Tatbestand der fahrlässigen Köperverletzung subsumiert werden kann. Dem Patienten stehen also grundsätzlich beide Wege, auch nacheinander offen.

Bei der strafrechtlichen Beurteilung würdigt der Sachverständige ebenfalls das Vorgehen des Arztes dahingehend, ob ein Behandlungsfehler gegeben ist. Es gelten hier jedoch grundlegend andere Beweisregeln, insbesondere gibt es keine Beweislastumkehr zu Lasten des Behandlers. Es gilt uneingeschränkt der Grundsatz »in dubio pro reo«. Selbst wenn aber ein Behandlungsfehler feststeht, ist nach strafrechtlichen Maßstäben der Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden nur dann nachgewiesen, wenn insoweit eine »an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit«, also der Ausschluss vernünftiger Zweifel anzunehmen ist. Insbesondere genügt eine »große« oder »sehr hohe« Wahrscheinlichkeit ebenso wenig wie eine Risikoerhöhung oder der nachgewiesene Verlust »besserer Chancen«.

Fazit für die Praxis

Bei der Begutachtung von refraktiv-chirurgischen Eingriffen benötigt der Sachverständige neben fundiertem Fachwissen über Möglichkeiten und Grenzen der refraktiven Chirurgie sowie den aktuellen Stand der Wissenschaft rechtliche Grundkenntnisse, um dem ihm anvertrauten Gutachtensauftrag gerecht zu werden. Die rechtliche Würdigung des Tatsachenstoffs obliegt jedoch ausschließlich dem Gericht.

Für den Fall einer Begutachtung eines refraktiven Eingriffs empfiehlt sich eine nachvollziehbare, umfassende Dokumentation der präoperativen Untersuchungen, der Aufklärung sowie des intra- und postoperativen Verlaufs.

Literatur

1. Dawson DG, Randleman JB, Grossniklaus HE, O'Brien TP, Dubovy SR, Schmack I, Stulting RD, Edelhauser HF (2008) Corneal ectasia after excimer laser keratorefractive surgery: histopathology, ultrastructure, and pathophysiology. Ophthalmology 115(12): 2181–2191
2. Kapadia MS Wilson SE (2000) One-year results of PRK in low and moderate myopia: fewer than 0.5% of eyes lose two or more lines of vision, Cornea 19:180–184
3. Kohnen T, Knorz MC, Neuhann T (2007) Bewertung und Qualitätssicherung refraktiv-chirurgischer Eingriffe durch die DOG und den BVA. Ophthalmologe 104:719–726
4. Llovet F, de Rojas V, Interlandi E, Martín C, Cobo-Soriano R, Ortega-Usobiaga J, Baviera J (2010) Infectious keratitis in 204 586 LASIK procedures. Ophthalmology 117(2):232–8
5. Pallikaris IG, Kymionis GD, Astyrakakis NI (2001) Corneal ectasia induced by laser in situ keratomileusis. J Cataract Refract Surg 27:1796–1802
6. Randleman JB, Banning CS, Stulting RD (2007) Corneal ectasia after hyperopic LASIK J Refract Surg 23(1):98–102
7. Randleman JB, Woodward M, Lynn MJ, Stulting RD (2008) Risk assessment for ectasia after corneal refractive surgery. Ophthalmology 115:37–50
8. Schallhorn SC, Amesbury EC, Tanzer DJ (2006) Avoidance, recognition, and management of LASIK complications. Am J Ophthalmol 141(4):733–9
9. Sheu SJ, Ger LP, Ho WI (2010) Late increased risk of retinal detachment after cataract extraction. Am J Ophthalmol 149:113–119
10. Toda I (2008) LASIK and the ocular surface. Cornea 27 Suppl 1: 70–6
11. Wroblewski KJ, Pasternak JF, Bower KS, Schallhorn SC, Hubickey WJ, Harrison CE, Torres MF, Barnes SD (2006) Infectiouskeratitis after photorefractive keratectomy in the United States Army and Navy. Ophthalmology 113: 520–5