

Fehlerquellen mit potenzieller Haftungskonsequenz

Für Ärzte sowie auch Klinikträger vermag sich das ausgeführte forensische Risiko im Wesentlichen in drei Sachverhaltszusammenhängen zu realisieren. Es geht um:

- **Behandlungsfehler**
- **Aufklärungspflichtverletzungen**
- **Organisationsdefizite**

Letztere können sich im Einzelfall als Behandlungsfehler oder Aufklärungsmängel verwirklichen. Dabei implizieren Behandlungsfehler und Organisationsdefizite Sorgfaltspflichtverstöße der Behandelnden bzw. der Organisationszuständigen, während Aufklärungsmängel bei daraus eventuell resultierend unwirksamer Einwilligung in invasive Behandlungsmaßnahmen als verbotene Eigenmacht bei der Durchführung zu charakterisieren sind. Bei allem bleiben Dokumentationsmängel zu berücksichtigen. Sie bilden zwar keine eigene Anspruchsgrundlage für Haftungsansprüche und stellen erst recht keinen Strafgrund dar. Nach Maßgabe der Rechtsprechung und nunmehr § 630h Abs. 3 BGB wird – als Beweislastregel – jedoch insbesondere vermutet, dass eine „medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme“ nicht getroffen wurde, wenn diese samt Ergebnis entgegen § 630f Abs. 1 oder Abs. 2 BGB nicht in der Patientenakte aufgezeichnet ist.

Behandlungsfehler

Grundvoraussetzung zivilrechtlicher Haftung (und auch strafrechtlicher Verantwortlichkeit) eines Arztes ist die Verletzung der objektiven Sorgfaltspflicht. Darunter versteht man hier konkret einen Verstoß gegen denjenigen Behandlungsstandard, den - ex-ante-betrachtet - ein besonnener und gewissenhafter Gynäkologe der Patientin in der konkret zu beurteilenden Behandlungssituation (etwa im Hinblick auf die Klage von Unterleibsschmerzen oder anlässlich Vorsorgeuntersuchungen oder bei der Durchführung einer

operativen Behandlung) geboten hätte. Dieser Standard (vgl. auch § 630a Abs. 2 BGB) ist abstrakt generell als der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft, konkret als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, allgemein anerkannte und für notwendig erachtete Verhalten umschrieben (vgl. Künschner 1993). Dabei ist im Ergebnis Facharztstandard bzw. eine Behandlung mit Facharztqualität zu gewährleisten. Das bedeutet, dass der Gynäkologe die konkret anzuwendende Behandlung „theoretisch wie praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt (des betroffenen Fachgebiets) erwartet werden muss“ (Steffen 1995). Die ausgeführte Umschreibung impliziert auch, dass der Standard keine rein statische Größe darstellt, sondern eine dynamische Komponente enthält, welche von der Entwicklung und dem jeweiligen Fortschritt allgemein in der Medizin - und insbesondere etwa im Bereich der Gynäkologie - abhängt. Also neue Erkenntnisse und Erfahrungen in sich aufnimmt und dadurch den Standard ändert. Umso wichtiger ist es für jeden Arzt, etwaige „Standarddiskussionen“ im Fachgebiet zu verfolgen und generell, sich laufend fortzubilden, um dergestalt das medizinische Wissen stets auf der Höhe der Zeit zu halten. Dies impliziert auch unabdingbar die Kenntnis für das Fachgebiet maßgeblicher Leitlinien und das Wissen um deren zutreffende Handhabung.

Aufklärungsmängel

Im Zusammenhang mit der Aufklärung ist zu berücksichtigen, dass zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortlichkeit auch aus dem Vorwurf unterlassener oder unvollständiger Aufklärung resultieren können. Letztliche Legitimation zur Durchführung von Behandlungsmaßnahmen erhält jeder ärztliche Eingriff erst durch das „Einverständnis des aufgeklärten Kranken“ (Franzki 1991). Unbescha-

det der durch das Patientenrechtegesetz eingefügten zivilrechtlichen Regelungen in §§ 630 dff. BGB zur Patienteneinwilligung und zu ärztlichen Aufklärungspflichten resultiert das Aufklärungserfordernis in Deutschland im Kern aus der richterlich geschaffenen Rechtslage (vgl. RG St 25, 375), dass jeder ärztliche Eingriff im Ansatz den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt und auch als rechtswidrig zu erachten ist. Die Rechtswidrigkeit des Eingriffs – und damit eine Strafbarkeit – wird unterbunden, wenn sich der Arzt auf einen Rechtfertigungsgrund beziehen kann. Diesen bildet regelmäßig die Einwilligung der Patientin in die Vornahme des Eingriffs (§ 630d BGB). Allerdings ist eine solche Einwilligung nur wirksam, wenn die Patientin die für ihre Entscheidung bedeutsamen Umstände kennt und weiß, „in was“ sie einwilligt (wegen Einzelheiten zum erforderlichen Inhalt eines Aufklärungsgesprächs vgl. insbesondere § 630e BGB).

Wie es zwischenzeitlich auch in § 630h Abs. 2 BGB explizite Regelung gefunden hat, obliegt dem Behandelnden bzw. Gynäkologen im Zivilprozess der Beweis, dass er die Patientin gemäß den Anforderungen des § 630e BGB aufgeklärt hat und eine (demgemäß wirksame) Einwilligung der Patientin in die Behandlungsmaßnahme gem. § 630d BGB vorliegt. In diesem Zusammenhang ist außerordentlich bedeutsam: Zwar bildet die Aufklärung der Patientin das Gespräch mit der Patientin (vgl. § 630e Abs. 2 Nr. 1. BGB: „mündlich“), jedoch kann ein effektiver Beweis zu einem adäquaten Aufklärungsgespräch regelmäßig nur über eine aussagekräftige Dokumentation geführt werden. Insofern ordnet § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB an, dass dem Patienten Abschriften von Unterlagen (Kopien), die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen sind.

Organisationsdefizite

Wie bereits ausgeführt, resultieren Behandlungsfehler und auch Auf-

klärungsmängel vielfach aus organisatorischen Defiziten, wobei sowohl der Organisationsverantwortliche als auch der unmittelbar behandelnde Arzt dem Risiko einer Haftung (und Strafbarkeit) unterliegen. Das resultiert zum einen unter dem Aspekt des Organisationsverschuldens und zum anderen im Hinblick auf ein Übernahmeverschulden.

Dieser Aspekt betrifft nicht nur komplexe Betriebssysteme einer Klinik, sondern schon nur das Zusammenwirken etwa eines niedergelassenen Gynäkologen mit seiner Medizinischen Fachangestellten (z. B. Aushängung eines falschen Rezepts an die Patientin). So ist zu berücksichtigen, dass gem. § 135 a Abs. 2 Nr. 2. SGB V auch Vertragsärzte verpflichtet sind, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.

Behandlungsdokumentation

Die Bedeutung adäquater Doku-

mentation (vgl. insbesondere § 630f BGB), zu welcher auch berufsordnungsrechtliche Verpflichtung besteht (§ 10 MBO-Ä), ergibt sich in den verschiedenen Zusammenhängen bereits aus den vorangehenden Ausführungen. Allerdings betrifft das Erfordernis zu adäquater Dokumentation nicht nur die Behandlung als solche, sondern auch organisatorische Zusammenhänge. Nötigenfalls muss dergestalt der Beweis geführt werden können, dass sich die Patientenbehandlung in einer gynäkologischen Praxis auf der Grundlage nachvollziehbar adäquater Prozessqualität vollzieht (vgl. Bock u. Griebeling 2013).

Fazit für die Praxis

Es bildet keine Besonderheit (mehr), dass ärztliches Behandlungsgagieren von Patientenseite auf den „juristischen Prüfstand“ gestellt wird. Umso mehr gilt, dass sich Ärzte auf diese Gegebenheit einstellen müssen. Mithin ist das Behandlungsgagieren insgesamt so zu organisieren, dass

jeder Patientin in der gynäkologischen Praxis nach adäquater Aufklärung zur Verwirklichung ihres Selbstbestimmungsrechts auf der Grundlage entsprechender Einwilligung eine Behandlung im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten nach aktuellem Standard zuteil wird. Dem dient auch die Etablierung adäquater Organisationsstrukturen. Insgesamt geht es darum, auf der Grundlage positiver Struktur- und Prozessqualität eine möglichst günstige Ergebnisqualität zu erzielen.

Literatur: www.gyne.de

Korrespondenzadresse:
RA Rolf-Werner Bock
Schlüterstr. 37
10629 Berlin
Tel.: 030/88 91 38-0,
Fax: 030/88 91 38 38
E-Mail:
Berlin@uls-frie.de

