

Grundzüge des Arzthaftungsrechts

Von **Milad Ahmadi**, Marburg*

Das Arzthaftungsrecht ist eines der sich am rasantesten entwickelnden Rechtsgebiete und zeichnet sich in materiell-rechtlicher und prozessualer Hinsicht durch eine besondere Komplexität aus. Neben seiner hohen praktischen Relevanz gehört es kraft seiner primären Ansiedelung im besonderen Teil des Schuldrechts zum Pflichtfachstoff.¹ Dies wird zum Anlass genommen, das Arzthaftungsrecht in seinen wesentlichen Grundzügen darzustellen.

I. Wesensmerkmale des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Bevor auf die spezifischen Pflichten der Parteien im Behandlungsvertrag eingegangen wird, ist ein Blick auf die Wesensmerkmale der Arzt-Patienten-Beziehung zu werfen. Diese zeichnet sich durch spezifische Strukturen aus, die in einigen Punkten nicht mit denen anderer Vertragsverhältnisse vergleichbar sind.

1. Partnerschaftsgedanke

In erster Linie ist das Arzt-Patienten-Verhältnis als Partnerschaft zu sehen. Dies entspricht dem Willen des Gesetzgebers, der in der Gesetzesbegründung ausdrücklich darauf hinweist, dass der Partnerschaftsgedanke dem gesamten Patientenrechtegesetz zugrunde liegt.² Zwar könnte angeführt werden, dass Partnerschaft kein Spezifikum des Behandlungsvertrages, sondern vielmehr eine entscheidende Voraussetzung für das Funktionieren sämtlicher Vertragsverhältnisse ist. Bei näherer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass sich andere Schuldverhältnisse, wie beispielsweise das Kauf- oder Mietvertragsrecht, in sehr viel größerem Ausmaß dadurch auszeichnen, dass jede Partei versucht, Ihre Interessen bestmöglich gegen die andere Partei durchzusetzen. Beispielhaft zu belegen ist dies bereits mit Blick auf die häufige Inanspruchnahme von Allgemeinen Geschäftsbedingungen, deren Wirksamkeit auch regelmäßig Gegenstand der höchstrichterlichen Judikatur sind. Für den medizinischen Behandlungsvertrag kann diese Sichtweise in aller Regel keinen Bestand haben. Zu begründen ist dies insbesondere damit, dass sich der Patient in einem weit verstandenen Sinne unfreiwillig in das Behandlungsverhältnis begibt, den Behandlungsvertrag also in einer Situation der Hilfs- und Schutzbedürftigkeit abschließt. Schließlich zeichnet sich der Behandlungsvertrag dadurch aus, dass der Patient mit seinem Leben und seiner körperlichen Unversehrtheit hochrangige Rechtspositionen in die Hände des Arztes legt.³

2. Vertrauensverhältnis

Tragende Säule der Arzt-Patienten-Beziehung ist das gegenseitige Vertrauen der Parteien, insbesondere jedoch das Ver-

trauen des Patienten in den ihn jeweils behandelnden Arzt.⁴ Der Grund hierfür liegt ebenfalls in dem Umstand, dass der Patient dem Behandelnden seine hochrangigen Rechtspositionen anvertraut, ohne eine starke Vertrauensbeziehung eine entsprechende Bereitschaft des Patienten also nicht angenommen werden kann. Das Erfordernis einer starken Vertrauensbeziehung für ein gelingendes Arzt-Patienten-Verhältnis ist dementsprechend in der höchstrichterlichen Entscheidungspraxis ausdrücklich anerkannt.⁵

3. Mündiger Patient

Eine weitere Voraussetzung für ein gelingendes Arzt-Patienten-Verhältnis ist die Rolle des Patienten als mündige Vertragspartei. Dieses Patientenleitbild entspricht dem Willen des Gesetzgebers, der zur Verbesserung des Patientenschutzes in der Gesetzesbegründung den mündigen Patienten als Vertragspartner des Behandelnden benennt.⁶ Verfassungsrechtlich zu begründen ist dies mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, kraft dessen der Patient nicht lediglich Objekt der Behandlung ist, sondern als Subjekt der Behandlung diese entscheidend mitbestimmt.⁷

II. Kodifikation des Behandlungsvertrages

Mit dem Patientenrechtegesetz⁸ hat der Behandlungsvertrag erstmals eine gesetzliche Kodifikation erfahren.⁹ Es handelt sich um einen Unterfall des Dienstvertrages.¹⁰ Die Rechtsprechung hat in den letzten Jahrzehnten im Wege der Rechtsfortbildung ausdifferenzierte Grundlagen zum Arzthaftungsrecht entwickelt.¹¹ Hierbei war die Rechtsprechung sehr gründlich, sodass der Gesetzgeber eine Vielzahl der in den §§ 630a ff. BGB normierten Regelungen wörtlich aus den Leitsätzen der Rechtsprechung übernommen hat. Vor diesem Hintergrund wird die Kodifikation des Behandlungsvertrages teilweise kritisch betrachtet, da diese keine neue Gesetzeslage schaffe, aber auf der anderen Seite das Bedürfnis nach flexibler Rechtsfortbildung durch Herausbildung neuer Rechte und Pflichten sowie neuer Beweisregeln beeinträchtige.¹²

⁴ Katzenmeier, Arzthaftung, 2001, S. 10.

⁵ BGH NJW 1959, 811 (813); Katzenmeier (Fn. 4), S. 9.

⁶ BT-Drs. 17/10488, S. 1.

⁷ BVerfG NJW 1979, 1925 (1930).

⁸ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BGBl. I 2013, S. 277.

⁹ Katzenmeier, NJW 2013, 817 (817); zur Gesetzgebungsgeschichte vgl. Spickhoff, VersR 2013, 267 (267 ff.).

¹⁰ Spickhoff, in: Spickhoff, Kommentar zum Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 630a BGB Rn. 6.

¹¹ Katzenmeier, NJW 2013, 817 (817).

¹² Katzenmeier, NJW 2013, 817 (822f.); positiver hingegen Spickhoff, VersR 2013, 267 (282).

* Der Autor ist Doktorand am Institut für Zivilverfahrensrecht der Phillips-Universität Marburg.

¹ Vgl. etwa für Hessen § 7 Abs. 1 Nr. 2 lit. b JAG.

² BT-Drs. 17/10488, S. 21.

³ Laufs, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Kommentar zum Arztrecht, 7. Aufl. 2015, Kap. I Rn. 21.

III. Pflichten des Behandelnden

1. Pflicht zur standardgemäßen Behandlung

Charakteristisch für den Behandlungsvertrag ist eine Vielzahl ärztlicher Pflichten. Neben der Pflicht zur ordentlichen Behandlung treffen den Arzt auch Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, deren Verletzung zu einer Haftung des Arztes führen kann. Gem. § 630a Abs. 1 BGB ist der Behandelnde zur Leistung der versprochenen Behandlung verpflichtet. Eine Konkretisierung des ärztlichen Sorgfaltsmaßstabs findet sich in § 630a Abs. 2 BGB. Danach hat die Behandlung nach dem zum Behandlungszeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standard zu erfolgen. Es handelt sich um eine Ergänzung der allgemeinen Regelung des § 276 Abs. 2 BGB.¹³ Der allgemein anerkannte fachliche Standard wird definiert als der jeweilige „Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung [...], der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat“.¹⁴ Im Arzthaftungsprozess ist dieser Standard regelmäßig unter Hinzuziehung eines medizinischen Sachverständigen zu ermitteln.¹⁵

2. Therapeutische Aufklärungspflicht

Nach § 630c Abs. 2 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über sämtliche behandlungsrelevanten Umstände zu informieren.¹⁶ Im Gesetzestext werden exemplarisch die Diagnose, voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie sowie die Nachsorgemaßnahmen genannt. Es handelt sich um eine nicht abschließende Aufzählung.¹⁷ Ziel der therapeutischen Aufklärung ist die Sicherstellung des Behandlungserfolges durch Warnhinweise und Verhaltensempfehlungen.¹⁸ Der Patient soll durch die therapeutische Aufklärung den Ernst seiner Erkrankung erkennen und in die Lage versetzt werden, sein Verhalten dergestalt auszurichten, dass der erstrebte Therapieerfolg erreicht wird und Selbstgefährdungen vermieden werden.¹⁹ Die therapeutische Aufklärungspflicht umfasst etwa den Hinweis auf erforderliche Nachuntersuchungen²⁰, die Aufklärung über die Gefahren einer vorzeitigen Entlassung aus dem Krankenhaus²¹ oder die Nebenwirkungen eines Medikaments.²²

¹³ BT-Drs. 17/10488, S. 19.

¹⁴ BT-Drs. 17/10488, S. 19.

¹⁵ BGH MedR 2015, 724 (726); BGH NJW 2008, 1381 (1383); BGH NJW 2001, 2791 (2791).

¹⁶ Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl. 2016, § 630c Rn. 12.

¹⁷ BT-Drs. 17/10488, S. 21.

¹⁸ Greiner, in: Spickhoff, Kommentar zum Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 839 BGB Rn. 206; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Kommentar zum Arztrecht, 7. Aufl. 2015, Kap. V Rn. 16.

¹⁹ Greiner (Fn. 18), § 839 BGB Rn. 49.

²⁰ BGH MedR 2005, 226 (227); BGH NJW 1992, 2961.

²¹ BGH NJW 2009, 2820 (2821); OLG Köln VersR 2013, 237 (239).

²² BGH NJW 2005, 1716 (1716).

3. Pflicht zur Selbstbestimmungsaufklärung

Gem. § 630d Abs. 1 S. 1 BGB bedarf ein medizinischer Eingriff der Einwilligung des Patienten.²³ Nach § 630e Abs. 1 S. 1 BGB trifft den Behandelnden daher die Pflicht, den Patienten über sämtliche einwilligungsrelevanten Umstände aufzuklären (Selbstbestimmungsaufklärung). Dogmatisch ist diese Aufklärungspflicht im Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu verorten.²⁴ Inhalt und Umfang der Selbstbestimmungsaufklärung wurden vom BGH mit der sog. „im Großen und Ganzen“-Formel präzisiert.²⁵ Danach braucht der Patient nur „im Großen und Ganzen“ über Chancen und Risiken der Behandlung aufgeklärt zu werden.²⁶ Nicht erforderlich ist hingegen die exakte medizinische Beschreibung der in Betracht kommenden Risiken.²⁷ Es genügt vielmehr, wenn dem Patienten die Stoßrichtung der Risiken verdeutlicht wird, indem ihm der Arzt eine allgemeine Vorstellung von der Eingriffsschwere und den spezifisch mit dem Eingriff verbundenen Risiken vermittelt.²⁸ Gem. § 630e Abs. 2 S. 1 BGB ist die Selbstbestimmungsaufklärung grundsätzlich mündlich durchzuführen und muss so rechtzeitig erfolgen, dass dem Patienten genug Zeit für eine wohlüberlegte Entscheidung verbleibt.

4. Dokumentationspflicht

Nach § 630f BGB ist der Behandelnde verpflichtet eine Patientenakte zu führen und darin sämtliche für die Behandlung relevanten Umstände zu dokumentieren. Der Gesetzestext benennt in § 630f Abs. 2 S. 1 BGB exemplarisch die Anamnese, Diagnose, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde und Therapien als dokumentationspflichtigen Umstände. Der Gesetzgeber knüpft mit der Dokumentationspflicht an die bisherige Rechtsprechung an.²⁹ Der BGH hatte eine entsprechende Pflicht entwickelt und diese dogmatisch innerhalb der therapeutischen Behandlungspflicht des Arztes verortet.³⁰ Insbesondere bei einem Arztwechsel oder sonstiger arbeitsteiliger Behandlungen werden durch eine ordnungsgemäße Dokumentation die Qualität der Behandlung erhöht und zugleich unnötige Doppeluntersuchungen vermieden.³¹

IV. Mitwirkungsobliegenheiten des Patienten

Den Patienten treffen im Rahmen der Behandlung Mitwirkungsobliegenheiten. Dies hat der Gesetzgeber nunmehr in § 630c Abs. 1 BGB normiert.³² Obliegenheiten sind Rechtspflichten minderen Grades, deren fehlende Einhaltung zwar

²³ Spickhoff (Fn. 10), § 630e BGB Rn. 1.

²⁴ Spickhoff (Fn. 10), § 630e BGB Rn. 1.

²⁵ BGH NJW-RR 2017, 533 (534); BGH MedR 2001, 42 (44); BGH NJW 1992, 754 (755).

²⁶ BGH NJW-RR 2017, 533 (534); BGH MedR 2001, 42 (44).

²⁷ BGH MedR 2001, 42 (44).

²⁸ BGH NJW 1992, 754 (755).

²⁹ BT-Drs. 17/10488, S. 25.

³⁰ BGH NJW 1987, 1482 (1483); BGH NJW 1978, 2337 (2339).

³¹ Wagner (Fn. 16), § 630f Rn. 3.

³² BT-Drs. 17/10488, S. 21.

nicht im Klageweg verfolgbar ist, aber mit Rechtsnachteilen für den Adressaten der Obliegenheit einhergehen kann.³³ Wichtige Obliegenheiten des Patienten sind unter anderem die Offenlegung behandlungsrelevanter Umstände wie Vorerkrankungen, Allergien und sonstige Beeinträchtigungen.³⁴ Zudem muss der Patient die Anweisungen des Arztes befolgen.³⁵ Hierzu zählt beispielsweise die Einnahme erforderlicher Medikamente³⁶, die Wahrnehmung der vom Arzt angeratenen Behandlungstermine³⁷ und gegebenenfalls die Anpassung der Lebensweise an die Erfordernisse der Therapie durch körperliche Betätigung und Verzicht auf Konsummittel.³⁸ Kommt der Patient seinen Obliegenheiten nicht nach, kann dies im Einzelfall ein anspruchverkürzendes Mitverschulden begründen.³⁹ Allerdings verfolgt die Rechtsprechung in dieser Hinsicht eine restriktive Linie.⁴⁰ Danach ist ein Mitverschulden des Patienten aufgrund des Wissensvorsprungs des Arztes und der für das Arzt-Patienten-Verhältnis charakteristischen Informationsasymmetrie nur ausnahmsweise anzunehmen.⁴¹

V. Haftung für Behandlungsfehler

Nicht selten begegnen sich Arzt und Patient in einem Haftungsprozess wieder. Gegenstand eines solchen Prozesses ist regelmäßig die Frage, ob der Arzt die geschuldete Behandlung nach dem allgemein anerkannten fachlichen Standard erbracht hat oder ihm ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, der zu einem Gesundheitsschaden beim Patienten geführt hat. Aufgrund der Vielzahl der ärztlichen Pflichten, haben sich im Bereich der Behandlungsfehlerhaftung unterschiedliche Fehlertypen herauskristallisiert. Entscheidend ist diese Einordnung insbesondere mit Blick auf die Beweislastverteilung, da den Patienten für einen Behandlungsfehler die Beweislast dafür trifft, dass der Behandlungsfehler für den erlittenen Gesundheitsschaden ursächlich geworden ist.⁴²

Dem Arzt kann zunächst ein Fehler bei der Behandlung im klassischen Sinne unterlaufen sein. Dies kann etwa durch eine unterlassene Befunderhebung⁴³, eine fehlerhafte Diagnose⁴⁴ eine fehlerhafte Therapiewahl⁴⁵ oder eine fehlerhafte Durchführung der Therapie⁴⁶ der Fall sein. Auch ein Fehler bei der therapeutischen Aufklärung wird von der Rechtsprechung und herrschenden Lehre als Behandlungsfehler einge-

ordnet.⁴⁷ Vom Behandlungsfehler zu unterscheiden ist ein Fehler bei der Selbstbestimmungsaufklärung. Führt der Arzt die Selbstbestimmungsaufklärung unzureichend oder überhaupt nicht durch, ist die Einwilligung des Patienten nach § 630d Abs. 2 BGB unwirksam, was zur Folge hat, dass die fehlerhafte Selbstbestimmungsaufklärung haftungsbegründend wirkt.⁴⁸

VI. Prozessuale Aspekte

1. Prozessuale Ausgangssituation

Der Arzthaftungsprozess ist bei rein dogmatischer Betrachtungsweise ein gewöhnlicher Schadensersatzprozess, bei dem eine Vertragspartei einen vertraglichen Schadensersatzanspruch wegen einer vermeintlichen Pflichtverletzung auf der Grundlage des § 280 Abs. 1 BGB gegen ihren Vertragspartner geltend macht.⁴⁹ Jedoch wird bei näherer Betrachtung deutlich, dass der Arzthaftungsprozess mit besonderen Beweisproblemen auf Seiten des Patienten behaftet ist. Grund hierfür ist zum einen, dass dem Patienten die medizinische Expertise fehlt, um das Behandlungsgeschehen auf seine Richtigkeit hin zu beurteilen.⁵⁰ Zum anderen greift der Arzt bei der Behandlung eines Menschen in einen lebendigen biologischen Organismus ein, dessen Abläufe und Reaktionen oft individuell verlaufen und daher einer typisierten Beurteilung schwer zugänglich sind.⁵¹ Dies führt zu einer Situation der Beweisnot für den Patienten⁵², die die Rechtsprechung zur Entwicklung der nachfolgend dargestellten Beweislastsonderregeln veranlasst hat, welche vom Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz in § 630h BGB kodifiziert worden sind.

2. Beweislastsonderregeln

a) Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler

Die praktisch bedeutsamste Beweislastsonderregel stellt die Beweislastumkehr bei einem grobem Behandlungsfehler dar. Ein solcher liegt vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.⁵³ Stellt das Gericht einen solchen Fehler fest und ist dieser geeignet eine Verletzung der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird nach § 630h Abs. 5 S. 1 BGB die Kausalität des Behandlungsfehlers für die eingetretene Verletzung vermutet.

³³ Ernst, in: Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl. 2016, Einl. Rn. 13; BGH NJW 1957, 1233 (1234).

³⁴ BT-Drs. 17/10488, S. 21; Wagner (Fn. 16), § 630c Rn. 6.

³⁵ Wagner (Fn. 16), § 630c Rn. 6.

³⁶ Wagner (Fn. 16), § 630c Rn. 6.

³⁷ BGH NJW 1992, 2961 (2961).

³⁸ Wagner (Fn. 16), § 630c Rn. 6.

³⁹ BT-Drs. 17/10488, S. 21; Wagner (Fn. 16), § 630 a Rn. 62; Spickhoff (Fn. 10), § 630c BGB Rn. 5.

⁴⁰ BGH NJW 1997, 1635 (1635); BGH NJW 1976, 363 (364).

⁴¹ BGH NJW 1997, 1635 (1635).

⁴² Katzenmeier (Fn. 18), Kap. X Rn. 50.

⁴³ BGH NJW 2016, 1447 (1448).

⁴⁴ BGH NJW, 2011, 1672 (1672f.).

⁴⁵ BGH NJW 2012, 227 (228).

⁴⁶ BGH NJW 2012, 2653.

⁴⁷ BGH NJW 1989, 2318 (2319); BGH NJW 1991, 748 (749); Wagner (Fn. 16), § 630c Rn. 15.

⁴⁸ Wagner (Fn. 16), § 630e Rn. 16.

⁴⁹ Wagner (Fn. 16), § 630h Rn. 76; ferner stützt der Patient seinen Anspruch in der Regel auf § 823 Abs. 1 BGB.

⁵⁰ Preis/Schneider, NZS 2013, 281 (285).

⁵¹ Katzenmeier, in: Beck'scher Online-Kommentar zum BGB, 48. Ed., Stand: 1.11.2018, § 630h Rn. 11.

⁵² Preis/Schneider, NZS 2013, 281 (285).

⁵³ BT-Drs. 17/10488, S. 30; BGH NJW 2012, 227 (228); BGH NJW-RR 2010, 711 (712).

b) Beweislastumkehr bei einfachem Befunderhebungsfehler

Von zunehmender Bedeutung ist die in § 630h Abs. 5 S. 2 BGB normierte Beweislastumkehr bei einem einfachen Befunderhebungsfehler. Danach wird die Kausalität des Behandlungsfehlers für die eingetretene Verletzung vermutet, wenn der Arzt einen medizinisch gebotenen Befund nicht rechtzeitig zu erhebt oder sichert, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre, sog. fiktiver grober Behandlungsfehler.⁵⁴

c) Weitere Beweislastsonderregeln

Über die genannten Beweiserleichterungen trifft den Behandelnden nach § 630h Abs. 2 S. 1 BGB die Beweislast dafür, dass er vor einem Eingriff die Einwilligung des Patienten eingeholt und die Selbstbestimmungsaufklärung ordnungsgemäß durchgeführt hat. Nach § 630h Abs. 1 BGB wird ein Behandlungsfehler vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. Relevant ist diese Beweiserleichterung unter anderem bei Hygienemängeln.⁵⁵ Ferner führt die unterlassene Dokumentation einer medizinisch gebotenen wesentlichen Maßnahme und ihres Ergebnisses nach § 630h Abs. 3 BGB zu der Vermutung, dass der Arzt die Maßnahme nicht getroffen hat. Schließlich wird nach § 630h Abs. 4 BGB vermutet, dass die mangelnde Befähigung eines Behandelnden für die Gesundheitsverletzung ursächlich war, sog. Anfängerfehler.

VII. Fazit und aktuelle Entwicklungen

Das Arzthaftungsrecht zeichnet sich in materiell-rechtlicher und prozessualer Hinsicht durch eine besondere Komplexität und Eigennatur aus. Aufgrund der stetigen medizinischen Neuerungen befindet sich das Arzthaftungsrecht zudem in einem stetigen Wandel. Dies stellt Rechtsprechung und Gesetzgebung vor besondere Herausforderungen.

Gegenwärtig sind die Gerichte beispielsweise mit der Frage befasst, ob die fortgesetzte künstliche Ernährung eines Patienten mittels einer PEG-Sonde rein aus Gründen der Lebensverlängerung ohne vorangegangene Erörterung mit dessen gesetzlichen Betreuer eine ärztliche Pflichtverletzung darstellt, die zu einer Beweislastumkehr zugunsten des Patienten führt.⁵⁶ Das OLG München und das Landgericht München I sind in entscheidungserheblicher Weise zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangt.⁵⁷

Das Verfahren ist gegenwärtig beim BGH anhängig.⁵⁸

⁵⁴ Spickhoff, NJW 2014, 1636 (1642).

⁵⁵ BGH NJW 1978, 1683.

⁵⁶ OLG München MedR 2018, 317; LG München I MedR 2017, 889.

⁵⁷ Das LG München I hat eine Beweislastumkehr verneint, das OLG München hat diese bejaht.

⁵⁸ BGH – VI ZR 13/18.