

Teil 2 der DSGVO: Zivilrechtliche Folgen einer Datenschutzverletzung.

Bereits letztes Jahr befasste sich der MedLetter mit dem Thema DSGVO und wies auf die für jeden Verantwortlichen bestehenden notwendigen Maßnahmen hin, ein sinnvolles Datenschutzkonzept und ein Datenschutzmanagement durchzuführen und einzuhalten. Als Fazit sollte sich jeder bewusst machen, dass die Verpflichtungen aus der DSGVO nicht nur gegenüber den Patienten gelten, sondern auch zugunsten der Mitarbeiter. Daher raten wir Ihnen auch weiterhin, sich über dieses Thema gut zu informieren. Informationen finden Sie auch bei Ihrer zuständigen Ärztekammer. Diese stellt Ihnen u. a. zahlreiche Entwürfe – z. B. Musterhinweise zur Einwilligung der Datenspeicherung – zur Verfügung.

Wie vielfältig die Schadenfälle sein können, beweist der aktuelle Fall zu diesem Thema, der derzeit im Hause HDI bearbeitet wird und beim zuständigen Amtsgericht anhängig ist. Eine der Kernfragen ist in solchen Fällen, wann liegt tatsächlich ein durchsetzbarer Schadenersatzanspruch vor und wie hoch ist dieser zu bewerten.

Die Anspruchstellerin und Klägerin bewarb sich im Frühjahr 2018 bei der Versicherungsnehmerin und Beklagten, einer Arztpraxis mit mehreren Angestellten, als MTA, wurde aber letztendlich nicht angestellt. Die Bewerbung erfolgte über ein dafür vorgesehenes Homepageformular, über das auch Bewerbungsunterlagen übermittelt werden können. Problematisch war jedoch, dass nach Erstellung und Einrichtung der Homepage im Jahre 2017 durch ein IT-Unternehmen diese nicht auf Einhaltung (Löschung/Verschlüsselung) des Datenschutzes geprüft wurde. Infolgedessen waren die Daten nicht verschlüsselt und das Verzeichnis, in welchem die Bewerbungsunterlagen zwischengespeichert wurden, war offen zugänglich für Dritte, zum Beispiel auch über eine Google-Suche.

Nach Bekanntwerden des offenen Verzeichnisses wurde die Homepage umgehend gesperrt. Ferner wurde daraufhin der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit des Landes (LfDI) informiert sowie sämtliche Bewerber, deren Unterlagen in dem offenen Verzeichnis gespeichert waren.

Die Klägerin macht nunmehr Schadenersatzansprüche wegen der unberechtigten Veröffentlichung personenbezogener Daten durch die Beklagte im Internet nach Art. 82 Abs. 1 DSGVO geltend. Art. 82 DSGVO beinhaltet eine verschuldensunabhängige Haftung. Lediglich in Absatz 3 der Vorschrift gibt es eine Entlastungsbeweismöglichkeit, die jedoch sehr streng ausgelegt wird.

Hier im Fall liegt unstreitig eine Datenschutzverletzung im Sinne der DSGVO vor. Die Frage, die jedoch derzeit noch nicht abschließend gerichtlich geklärt ist: Besteht tatsächlich ein Schadenersatzanspruch und wie hoch ist dieser zu bewerten? Grundsatzentscheidungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegen noch nicht vor.

Nach Art. 82 DSGVO kann der Dritte einen Schadenersatz in Form eines materiellen Schadenersatzes (tatsächlich eingetretener Vermögensschaden, z. B. Kredit nicht gewährt, Arbeitsplatz nicht bekommen etc.) und immateriellen Schadenersatzes (Eingriff in das Persönlichkeitsrecht, Schmerzensgeld) geltend machen.

Ein materieller Schaden ist vorliegend nicht eingetreten bzw. nicht nachgewiesen, streitig ist daher der rein immaterielle Schaden. Eine Datenschutzverletzung impliziert nicht automatisch und pauschal einen immateriellen Schadenersatz.

Voraussetzung ist dafür unter anderem, dass es sich um einen schwerwiegenden Eingriff handelt. Ob eine schwere Persönlichkeitsverletzung vorliegt, bemisst sich hierbei nach objektiven Kriterien und nicht an der subjektiven Empfindlichkeit und hängt insbesondere von der Bedeutung und Tragweite des Eingriffs, ferner von Anlass und Beweggrund des Handelnden sowie vom Grad des Verschuldens ab. (Fußnote: Gola/Piltz DS-GVO Kommentar Art. 82, Rn. 12)

Hervorzuheben ist der Umstand, dass der europäische Gesetzgeber es sowohl hinsichtlich materieller als auch hinsichtlich immaterieller Schäden für erforderlich hält, dass sich aus einer Datenschutzverletzung negative Folgen für die betroffene Person ergeben müssen. Dies allein ist hier fraglich.

Selbst wenn so ein schwerwiegender Eingriff bestanden hat und es zu negativen Folgen gekommen wäre, wie hoch ist das „Schmerzensgeld“ zu bewerten? Seitens der Klägerin wird ein Betrag von 2.500 Euro eingeklagt. Vergleicht man die Höhe dieses Betrags mit vergleichbaren Schmerzensgeldansprüchen, befindet man sich hier schnell im Bereich von Verletzungen, die dem Empfinden nach deutlich höher sind. Als Beispiel genannt sei etwa ein Bruch mit dauerhafter Bewegungseinschränkung (OLG München, Urtl. v. 14.03.2013 – 1U 3769/11 usw.).

Es bleibt abzuwarten, wie hier das Gericht den Anspruch dem Grunde und der Höhe nach bewerten wird. Wir werden weiter berichten.

Auch wenn der Prozess noch nicht abgeschlossen ist und derzeit weitere Urteile zu diesem Thema ausstehen, häufen sich die Klagen im Bereich der Datenschutzverletzung, ob berechtigt oder nicht. Damit steigt auch das Potenzial, Schadenersatzleistungen bringen zu müssen.

Daher auch hier der wiederholte Hinweis, dass der Datenschutz auch weiterhin als ein wichtiges und zu beachtendes Thema gerade im Rahmen einer Arztpraxis mit vielen personenbezogenen Daten hoch anzusiedeln ist.

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter

Unsere Empfehlung

Sollten Sie hier in Anspruch genommen werden, melden Sie die Forderung umgehend Ihrer Haftpflichtversicherung.

 **Autorin**

Rechtsanwältin Meike Löchelt , HDI Versicherung AG, Köln

Medletter

> Ausgabe 1 / 2019
> Informationen für Ärzte und medizinische Fachberufe

Freunde fürs Leben – Teil I

Die bekannte Arztserie aus den 1990er-Jahren hatte es schon vorgemacht: Ausgangspunkt der Handlung war ein Suizidversuch eines verschuldeten älteren Praxisinhabers, der Haus und Praxis nicht mehr halten konnte. Drei zufällig anwesende junge Ärzte retten ihm das Leben. Der Praxisinhaber bietet jedem von ihnen die Praxis zum Kauf an. Nachdem keiner der drei alleine das Geld aufbringen kann, tun sie sich zusammen und eröffnen eine Gemeinschaftspraxis.

Vorteile und Fallstricke der Gemeinschaftspraxis

Die Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist eine der engsten Formen der Ärzte-Kooperation. Die Vorteile der gemeinsamen Berufsausübung nach dem Praxisverkauf liegen auf der Hand: Verteilung der Investitionen, bessere Abstimmung der Notdienste und Urlaube, erhöhte Planbarkeit von Arbeitszeiten, Kompetenzverteilungen und kollegiale Ansprechpartner in der eigenen Arztpraxis.

Was aber im Innenverhältnis schnell zu emotionalem und finanziellem Stress führen kann, sind Versäumnisse auf versicherungs- und haftungsrechtlicher Ebene. Gerade wenn alte Partner aus einer Gemeinschaft aus- und neue Partner einsteigen, ist es empfehlenswert, die Berufshaftpflichtversicherungen aller Partner aufeinander abzustimmen.

Die wichtigsten zu beachtenden Punkte haben wir in dem folgenden fiktiven Frage-Antwort-Katalog zusammengefasst. Akteure sind der aussteigende Partner, der neu einsteigende Juniorpartner und der verbleibende Seniorpartner.

Aussteigender Partner:

Muss ich eine separate Nachhaftungsversicherung abschließen, wenn ich meinen KV-Sitz zurückgebe und aus der Gemeinschaftspraxis ausscheide?

Fachbereich:

Gemäß den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen besteht bei HDI bei vollständiger Beendigung der versicherten ärztlichen Tätigkeit zeitlich unbefristet Versicherungsschutz für Schadenereignisse, die nach Risikowegfall eintreten, aber durch die berufliche Tätigkeit vor diesem Zeitpunkt verursacht wurden. Für den Umfang der Nachhaftungsversicherung gelten die bis zur Aufgabe der Tätigkeit bestehenden Bedingungen und Deckungssummen des bei unserer Gesellschaft bestehenden Vertrags.

Da Sie jedoch eine ärztliche Ausbildung absolviert haben und demzufolge über eine reine Privathaftpflichtversicherung für z. B. Erste-Hilfe-Leistungen kein Versicherungsschutz besteht, ist es in jedem Falle sinnvoll bzw. ratsam, zumindest das „Ärztliche Restrisiko“ zu versichern. Der Versicherungsschutz umfasst das Risiko bei Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen, gelegentlichen Behandlungen im Verwandten- und Bekanntenkreis. Sollten Sie darüber hinaus planen, gelegentlich noch als Praxisvertreter oder als ärztlicher Gutachter zu agieren, ist es wichtig, auch diese Risiken weiterhin abzusichern.

Junior-Partner:

Ich steige neu in die Gemeinschaftspraxis ein. Kann ich den Vertrag von meinem Vorgänger übernehmen?

Fachbereich:

Leider nein. Bei der Berufshaftpflichtversicherung handelt es sich um eine personenbezogene Versicherung, die nicht übertragbar,

sondern fest dem Arzt zugeordnet ist und an die jeweilige berufliche Tätigkeit angepasst wird. Sie wächst quasi mit Ihrer beruflichen Laufbahn „vom Medizinstudium bis zum Ruhestand“. Wir erstellen Ihnen aber natürlich gerne ein Angebot für Ihre niedergelassene Tätigkeit.

Junior-Partner:

Wird mir dann trotzdem der Niederlassungsnachlass gewährt, da die Praxis ja schon besteht?

Fachbereich:

Ja, der Begriff „Erstniederlassung“ orientiert sich an der Person und nicht an der Bestandspraxis.

Junior-Partner:

Ich habe schon eine Berufshaftpflicht für meine bisherige Angestelltentätigkeit. Wird diese dann automatisch obsolet?

Fachbereich:

Wenn Sie schon eine Berufshaftpflicht haben, sind Sie auf Ihr neues Tätigkeitsfeld und das dadurch bedingte höhere haftungsrechtliche Risiko gut vorbereitet, denn bedingungsgemäß besteht Versicherungsschutz im Rahmen der schon bestehenden Berufshaftpflicht auch für eine geänderte ärztliche Tätigkeit. Es handelt sich hierbei um eine aus dem Versicherungsgedanken hervorgehende Schutzbestimmung, die vermeiden soll, dass der einzelne Arzt nach der Änderung seiner Tätigkeit einem in der Regel größeren Haftungsrisiko ohne ausreichenden Versicherungsschutz gegenübersteht. Im Gegenzug steht dem Versicherer der entsprechende Beitrag für dieses Risiko zu [siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)].

Senior-Partner:

Macht es Sinn, wenn wir als BAG-Partner die identischen Deckungssummen vorhalten?

Fachbereich:

Auf jeden Fall. Die Berufsausübungsgemeinschaft bzw. Gemeinschaftspraxis stellt eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) dar. In Fällen, in denen der Behandlungsvertrag nicht mit dem einzelnen Arzt, sondern mit der Gesamtpraxis oder gar mit der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) geschlossen wird, sind alle beteiligten Ärzte als Gesamtschuldner verpflichtet. Das bedeutet, dass alle Gesellschafter der Praxis den Vertragspartnern gegenüber zur Leistung verpflichtet sind: Jeder Gesellschafter kann von einem Patienten auf die gesamte Leistung – und nicht nur einen prozentualen Anteil – in Anspruch genommen werden.

Dies gilt unabhängig davon, welcher der Gesellschafter den Schaden tatsächlich verursacht hat. Bei unterschiedlich hohen Deckungssummen der einzelnen Gesellschafter reduziert sich die Deckungssumme immer zum Nachteil derer, die sich höher und somit in der Regel auch angemessener versichert haben. Im Außenverhältnis zum Patienten und den Sozialversicherungsträgern ist dabei eine im Innenverhältnis geregelte Verteilung völlig irrelevant.

Aber nicht nur das sollte man beachten. Auch hinsichtlich der Bedingungskonzepte empfiehlt sich eine Abstimmung. Themen wie Ansprüche nach dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), Mitversicherung von Off-Label-Use, kosmetisch indizierten Behandlungen, mitversicherte angestellte Ärzte, Umweltschadensversicherung (USV) oder schärfere Haftungsregelungen nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind in den letzten Jahren neu aufgetaucht und haben Relevanz im Alltag erhalten.

Behandlungen, mitversicherte angestellte Ärzte, Umweltschadensversicherung (USV) oder schärfere Haftungsregelungen nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind in den letzten Jahren neu aufgetaucht und haben Relevanz im Alltag erhalten.

Senior-Partner:

Okay, das sind neuere Gesetzesbestimmungen und Gegebenheiten, aber sonst mache ich doch als Hausarzt dasselbe wie vor 30 Jahren?

Fachbereich:

Hier erleben wir einen Wandel im Berufsbild. In grenznahen Regionen stellen wir eine vermehrte Auslandstätigkeit fest.

Auch nimmt das angebotene Spektrum an kosmetisch indizierten Behandlungen und Eingriffen (z. B. Botox zur Faltenunterspritzung) immer weiter zu. Abschließend seien noch weitere Sondertätigkeiten wie Teilnahme an klinischen Studien, eine Tätigkeit als Leitender Notarzt (LNA) oder Programmverantwortlicher Arzt im Mammographie-Screening oder die Teilhaberschaft in Palliativnetzwerken genannt. Nicht selten werden auch Profisportler, Bundesligavereine und Nationalmannschaften betreut, die einer besonderen Risikobewertung obliegen.

Bestenfalls versichern sich alle Partner bei einem Versicherer mit identischem Deckungsschutz. Weiterer Vorteil bei HDI: Sind mehrere Praxispartner (mindestens 2) einer Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft oder Partnerschaftsgesellschaft bei HDI berufshaftpflichtversichert, wird jeweils ein Rabatt in Höhe von 20 % gewährt.

Senior-Partner:

Nächstes Jahr wollen wir uns vergrößern und ein weiterer Partner kommt hinzu. Läuft das mit der Haftpflicht dann genauso?

Fachbereich:

Grundsätzlich ja; allerdings bietet HDI alternativ und exklusiv Deckung über das „Großpraxiskonzept“. Dieses Sonderkonzept kann für eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mindestens 3 Partnern angewandt werden. Das gesamte Konstrukt wird in einem Vertrag zusammengeführt, der alle Besonderheiten der Arztpraxis berücksichtigt. Deckungsunterschiede der einzelnen Partner werden somit komplett vermieden.

Falls Ansprüche entstehen, können diese schnell koordiniert und bearbeitet werden. Sie erhalten alle Services komplett aus einer Hand. Kombiniert wird diese Deckung mit einer hohen Deckungssumme von 10 Mio. Euro und einer Dreifachmaximierung im Jahr.

Junior-Partner:

Was muss ich bezüglich der Berufshaftpflicht noch beachten beim Einstieg in die Praxis?

Fachbereich:

Zu prüfen sind zusätzlich bestehende individuelle Kooperationsverträge – z. B. mit Kliniken, aber auch mit sonstigen Einrichtungen wie Seniorenheimen, Hospizen etc. Welche Regelungen enthalten die Kooperationsverträge? Werden Sie durch die Teilhaberschaft automatisch Vertragspartner? Sind die Verträge schon länger nicht mehr überprüft und aktualisiert worden? Entsprechen sie noch der aktuellen gelebten Praxis?

Senior-Partner:

Was ändert sich, wenn ich zukünftig auf einen halben KV-Sitz reduzieren möchte?

Fachbereich:

In dem Fall wird Ihr Versicherungsschutz dem zeitlich vermindernden Einsatz angepasst und die Prämie reduziert.

Senior-Partner:

Was würde passieren, wenn die Deckungssumme meines alten Vertrags nicht ausreicht?

Fachbereich:

Wenn die Deckungssumme nicht ausreicht oder gar kein Versicherungsschutz besteht (z. B. weil die Prämie nicht bezahlt wurde), haften Sie in vollem Umfang mit Ihrem Privatvermögen.

Lesen Sie in der nächsten Ausgabe die Fortsetzung zur Gründung eines MVZ, der Umfirmierung in eine Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung, der zusätzlichen Gründung einer GmbH, der Teilberufsausübungsgemeinschaft und vielen weiteren Facetten der beruflichen Tätigkeit.

Bitte beachten: Die Antworten basieren auf dem Tarifstand 07/15 und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB/H 600:03) und den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Berufshaftpflichtversicherung von Ärzten, Zahnärzten und Ärzten in der Ausbildung (BBR/H 5002:09). In älteren Tarifen und Versionen der AHB bzw. BBR kann der Deckungsumfang abweichen.

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter

**Autoren**

Dipl.-Betriebswirtin (BA) Annette Dörr, HDI, Saarbrücken
Assessor jur. Stephan Euschen, HDI, Saarbrücken

Gutes Handwerk schützt nicht vor Haftung

Kommen bei einer ärztlichen Untersuchung unterschiedliche Diagnosen in Betracht, sind alle hieraus resultierenden Befunde zu erheben.

Sachverhalt

Der Patient bemerkte seit einigen Monaten immer wieder, dass er insbesondere abends Doppelbilder wahrnahm, wobei das rechte Auge näher abbildete als das linke Auge. Da ihn dies zunehmend störte, suchte er einen Augenarzt auf. Dieser diagnostizierte eine epiretinale Gliose des rechten Auges (Zellen lagern sich auf der Netzhautoberfläche ab und bilden dort eine Membran) und riet zur OP. Nach der OP nahm der Patient weiterhin Doppelbilder mit Bildgrößenunterschieden wahr. Zusätzlich kam es postoperativ zu einer ausgeprägten Sicca-Symptomatik (sog. trockenes Auge) sowie einem Verzertrsehen.

Der Sachverhalt wurde bei der örtlich zuständigen Schlichtungsstelle medizinisch überprüft. Der Gutachter stellte fest, dass der Patient ausweislich der gefertigten OCT-Aufnahmen tatsächlich rechtsseitig eine epiretinale Gliose hatte. Fraglich war aber, ob die beschriebenen Beschwerden durch diese auch wirklich verursacht wurden.

Der vom Patienten beschriebene Bildgrößenunterschied war durch die Netzhautveränderung erklärbar. Anders sah es nach Auffassung des Gutachters aber bei der Wahrnehmung der Doppelbilder aus. Binokulare Doppelbilder können zwar auch durch eine Netzhautveränderung entstehen, würden aber mit einer deutlichen Sehschärfereduktion und einem Verzertrsehen einhergehen. Bei dem Patienten lag jedoch nur ein leichtes monokulares Verzertrsehen ohne Sehstärkenreduktion vor. Insofern hätten auch andere

Ursachen differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden müssen, so vor allem ein Brechkraftunterschied beider Augen, eine Trübung der optischen Medien sowie eine Schielstellung. Die beiden erstgenannten möglichen Ursachen lagen bei dem Patienten eindeutig nicht vor. Eine mögliche Schielstellung ist jedoch nicht untersucht worden. Postoperativ wurde eine solche dann aber festgestellt.

Der Gutachter hielt es nicht für unwahrscheinlich, dass durch die epiretinale Gliose die zuvor kompensierte Schielstellung dekompenzierte. Präoperativ hätte der Augenarzt eine mögliche Schielstellung des rechten Auges abklären und sodann zunächst einen konservativen Behandlungsversuch mittels Prismenfolien durchführen müssen. Gegebenenfalls hätte dies bereits die Probleme des Patienten beseitigt. Es hätte also nicht zwingend eine Operation durchgeführt werden müssen, wobei man dies allerdings ex post nicht mehr klären kann.

Rechtliche Beurteilung

Der Augenarzt hätte präoperativ eine strabologische Ursache der Symptome ausschließen müssen. Insofern liegt rechtlich ein Fall des sogenannten Befunderhebungsfehlers vor. Dieser wird nicht zu Unrecht von Rechtsanwälten, die Ärzte vertreten, gefürchtet, denn ein solcher kann potenziell zur Beweislastumkehr führen. Der Arzt muss in diesem Fall also beweisen, dass der Fehler nicht kausal für den Schaden geworden ist.

Bei der Unterlassung einer Befunderhebung kommt es zur Beweislastumkehr, wenn

- 1. bei Erhebung der gebotenen Befunde ein positives Befundergebnis hinreichend wahrscheinlich (also größer als 50 %) gewesen wäre,
- 2. der Befund so deutlich und gravierend gewesen wäre, dass dessen Verknennung als fundamental zu werten wäre und
- 3. der Kausalzusammenhang zwischen dem Fehler und dem Schaden nicht „äußerst unwahrscheinlich“ (geringer als 10 %) ist.

Bezogen auf den vorliegenden Falls muss man feststellen, dass bei Erhebung der strabologischen Befunde mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die Schielstellung des rechten Auges festgestellt worden wäre. Dieser Befund wäre auch so deutlich gewesen, dass dessen Verknennung als fundamental zu werten gewesen wäre.

Möglicherweise wäre ihm sodann die OP erspart geblieben. Dass dies nicht abschließend geklärt werden konnte, geht demzufolge zulasten des Augenarztes.

Dem Patienten mussten aufgrund des Befunderhebungsfehlers zum einen Schmerzensgeld für die eventuell unnötige OP und die damit einhergehenden Folgen – die stark ausgeprägte Sicca-Symptomatik, die länger andauernde Rekonvaleszenz und die erst zu einem späteren Zeitpunkt mittels Prismenbrillen behandelbare Schielstellung – gezahlt werden. Hinzu kamen Heilbehandlungskosten, die der Patient zum Teil selbst zahlen musste sowie ein geringfügiger Haushaltsführungsschaden für die postoperative Phase.

Fazit

Dieser Fall zeigt, welche Bedeutung einer korrekten und abschließenden Befunderhebung zukommt. Dies gilt umso mehr, wenn die Möglichkeit einer konservativen Behandlung in Betracht kommt und dem Patienten der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit erspart werden kann. Der operative Eingriff – wenn auch nicht indiziert – verlief in diesem Fall komplikationsfrei. Wären aber folgenreiche Komplikationen entstanden, hätte der Arzt hierfür haftungsrechtlich in vollem Umfang einstehen müssen.

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtssprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Autoren

Rechtsanwältin Isabel A. Ibach, HDI Versicherung AG, Köln

Risikoaufklärung in der Augenchirurgie – Tropfanästhesie versus Peribulbäranästhesie

Das Auge ist eines der am stärksten sensibel innervierten Organe des Körpers und hat eine 300- bis 400-fach höhere Nervendichte als Zähne oder Fingerkuppen. Daher kommt der Anästhesie bei Augenoperationen eine bedeutende Rolle zu.

Auch in der Augenheilkunde ist wie z. B. bei der Korrektur der Fehlsichtigkeit die minimalinvasive Chirurgie im Fortschritt. Hier sind häufig wegen kleinerer Operationstraumata und verkürzter Operationszeiten nur noch kurz dauernde Lokalanästhesien notwendig. In welchem Umfang die hierbei zur Verfügung stehenden Anästhesiemethoden mit dem Patienten erörtert werden müssen, wird indes von den Sachverständigen und den Gerichten nicht einheitlich beantwortet.

Sachverhalt

Bei der 72 Jahre alten Patientin wurden Linsentrübungen festgestellt. Die Sehschärfe betrug rechts 0,5, links 0,7–0,8. Der Hausaugenarzt überwies die Patientin zur Kataraktoperation (Austausch der Linsen). Dort fand ein Aufklärungsgespräch über die anstehende Operation statt.

Hierbei wurde die Klägerin über das seltene, eingriffsimmanente Risiko des Sehverlustes durch die Operationen und die vorangehenden peribulbären Anästhesien (bei der PBA wird ein Lokalanästhetikum mittels Kanüle in die Orbita injiziert) aufgeklärt. Die erste Kataraktoperation am rechten Auge verlief problemlos. Bei der zweiten Operation am linken Auge kam es im anästhesiologischen Bereich zu Komplikationen. Wie auch bei dem vorausgegangenen Eingriff war die Durchführung eines peribulbären Blocks durch den Anästhesisten geplant. Als Prämedikation wurde eine Kurzzeitse-
dierung durchgeführt, damit die Patientin in örtlicher Betäubung

die Injektion in Augennähe nicht wach erleben musste.

Bei dem ersten Versuch, mit der Nadel den Block zu setzen, kam es zu einer unwillkürlichen Kopfbewegung der Patientin. Der Vorgang musste abgebrochen werden. Mit einer zweiten Punktion wurde die Anästhesie schließlich durchgeführt. Gleich zu Beginn der Kataraktoperation stellte der Operateur eine Perforation im Auge fest. Die Operation wurde daraufhin abgebrochen und die Patientin unverzüglich in die Universitäts-Augenklinik überwiesen. Die Sehfähigkeit auf dem linken Auge konnte im Verlauf nicht gerettet werden. Die Patientin verfolgte ihre Ansprüche im Weiteren gerichtlich.

Rechtliche Würdigung

Erstinstanzliches Verfahren

Das Landgericht wies die Klage zurück. Eine Bulbusperforation und der Verlust der Sehfähigkeit seien eingriffsspezifische Risiken, sodass ein Unterschreiten des medizinischen Standards allein aufgrund der Perforation nicht erkennbar sei. Auch die vorangegangene Aufklärung der Patientin sei ausreichend gewesen.

Grundsätzlich hat die Aufklärung Art und Umfang der zu erwartenden Folgen und Risiken des Eingriffs sowie dessen Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie zu enthalten. Zur Behandlungsaufklärung gehört dabei auch, dass der Arzt dem Patienten Kenntnis von gleichwertigen Behandlungsalternativen verschaffen muss, sofern gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden mit wesentlich unterschiedlichen Risiken und Erfolgchancen bestehen.

Im oben dargelegten Fall ging das Landgericht davon aus, dass die Kataraktoperation als solche alternativlos gewesen sei. Auch zu dem anästhesiologischen Vorgehen (PBA) mit vorheriger Sedierung bestand nach Auffassung der Richter keine gleichwertige Alternative.

Die denkbare Option einer Vollnarkose wurde nicht als gleichwertig eingestuft, da die Regenerationsphase des Patienten im Vergleich länger andauere. Insbesondere im fortgeschrittenen Alter sei diese Vorgehensweise deshalb nicht empfehlenswert. Die Tropfenbetäubung hingegen, bei der die Beweglichkeit des Auges erhalten bleibe und damit das Risiko von intraoperativen Komplikationen stark erhöht sei, wurde als mögliche Behandlungsalternative (hinsichtlich der Anästhesie) gewertet. Das Landgericht kam allerdings zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Tropfanästhesie – anders als bei einem injektiven Verfahren – um einen technischen Schritt innerhalb eines einheitlichen Operationsverfahrens handle. Solche einzelnen Behandlungstechniken und -schritte lägen damit ausschließlich in der Entscheidung des Operateurs. Eine Aufklärungsverpflichtung hierüber bestehe nicht.

Zweite Instanz

Demgegenüber wurde in dem Berufungsverfahren die Tropfanästhesie dem abgrenzbaren anästhesiologischen Bereich zugeordnet. In der Beweisaufnahme vor dem OLG unter nochmaliger Befragung des Sachverständigen konnte jedoch nicht abschließend geklärt werden, ob die Tropfenbetäubung einerseits und die Punktion (Peribulbär-Block) andererseits gleichwertige und gleich indizierte Anästhesiemethoden gewesen seien.

Durch die Tropfenbetäubung entfällt zwar das Risiko der Bulbusperforation im anästhesiologischen Bereich vollständig. Das Operationsrisiko steigert sich durch die verbleibende Mobilität der Augenmuskulatur allerdings deutlich. Im Gegensatz dazu birgt die PBA bereits präoperativ die Gefahr einer Verletzung des Auges. Die eigentliche Operation kann in bestehender weitreichenderer Narkose dann sicherer und erfolgversprechender durchgeführt werden.

Von der Frage, ob die beiden Anästhesiemethoden echte Behandlungsalternativen darstellen, hängt entscheidend ab, inwieweit eine gesonderte Aufklärung der Patientenseite erforderlich wird. Das Berufungsgericht hat diese Beweisfragen offengelassen und den Abschluss eines Vergleichs angeraten. Die dort getroffene Kostenregelung spiegelte ein hälftiges Prozessrisiko beider Parteien wider.

Abweichende Gerichtsentscheidung

Im Gegensatz zu dem obigen Fall wurden von einem anderen Gericht zu einem vergleichbaren Sachverhalt die PBA und die Tropfanästhesie als grundsätzlich mögliche und gleichwertige Anästhesiemethoden gewertet. Nach Meinung dieses Gerichts müsse vor der Kataraktoperation eine schonungslose und ausreichende Risikoaufklärung über alle möglichen Anästhesiealternativen erfolgen.

Fazit

In der Augenchirurgie bleibt die präoperative Entscheidung über die jeweils individuell empfohlene und indizierte Anästhesieform regelmäßig dem augenärztlichen Operateur vorbehalten. Denn hierbei ist das Fachwissen des Augenarztes gefragt, der bei seinem ärztlichen Rat mannigfaltige Umstände – die Länge des Augapfels, spezifische Lage des Auges – zu berücksichtigen hat.

Die unterschiedlichen Bewertungen der Sachverständigen und der Gerichte hinsichtlich des anästhesiologischen Aufklärungsumfangs vor augenärztlichen Eingriffen sollte zum Anlass genommen werden, standardmäßig die möglichen, nicht ausschließbaren Anästhesiemethoden (Vollnarkose, PBA, Tropfanästhesie) mit dem Patienten zu erörtern. Scheiden eine Tropfenbetäubung als Anästhesieform oder auch eine Vollnarkose nicht von vorneherein aus, so können hierin echte Behandlungsalternativen liegen, über die vorab eine Risikoaufklärung erfolgen muss.

Sind dem Patienten die Wahlmöglichkeiten zu den Narkoseverfahren erläutert worden, wird hierdurch das Haftungsrisiko bei eintreten, systemimmanenten Komplikationen deutlich verringert. Dabei sollte abschließend noch darauf hingewiesen werden, dass die Haftung für eine fehlerhafte Risikoaufklärung hinsichtlich der Anästhesie sowohl den Anästhesisten als auch den operierenden Augenarzt zu gleichen Teilen trifft.



Autorin

Ass. Jur. Daniela Lubberich, HDI Kundenservice AG, Köln

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter