

# Verhalten nach einem Zwischenfall\*

## - Der „juristische Notfallkoffer“ -

K. Ulsenheimer und R.-W. Bock

1. Die Verrechtlichung der Medizin, begleitet von einer Flut von Klagen auf Schadensersatz und Schmerzensgeld, Anträgen an die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen, Strafverfahren und Schadensmeldungen an die Haftpflichtversicherer schreitet scheinbar unaufhaltsam fort. Denn die Gründe für diese Entwicklung liegen tief, sind vielgestaltig und auf absehbare Sicht für die Ärzteschaft nicht änderbar. Zu nennen sind hier an erster Stelle die überzogenen Erwartungen und übersteigerten Ansprüche der Patienten, denen der Glaube an die ärztliche Omnipotenz und die Beherrschbarkeit des menschlichen Körpers gleich einer Maschine die Einsicht versperrt, daß zwischen Schicksal und Schuld, zwischen Unglück und Unrecht unterschieden werden muß und es kaum eine ärztliche Tätigkeit ohne mehr oder weniger Risiko gibt. Die großartigen Leistungen der Medizin haben Hoffnungen geweckt, die nicht immer und überall erfüllt werden können, und zu einer Überschätzung ihrer Möglichkeiten geführt, so daß allzu oft und allzu leicht der Arzt als Schuldiger für das Mißlingen einer Operation, den Eintritt einer Komplikation bzw. eines Schadens oder den Mißerfolg einer Behandlung gesucht wird. Wir leben im Zeitalter der übermäßigen, nämlich der absoluten Ansprüche, und absolute Ansprüche – auch und gerade an die Medizin – können nur enttäuscht werden.<sup>1</sup>

Weitere Ursachen für die Haftungsexplosion im Krankenhaus- und Arztbereich sind

- die zunehmende Spezialisierung und Subspezialisierung, so daß Organisationsfehler, unerkannte "Schnittstellen", Kooperationsmängel, Mißverständnisse und Regelungslücken nur schwer vermeidbar sind;
- die Anonymität der "Apparatemedizin" und die Unpersönlichkeit vieler Großkliniken,
- die Auflösung des für vergangene Jahrzehnte charakteristischen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und seine Ersetzung durch eine rein geschäftsmäßige Beziehung,
- das gewachsene Selbstbewußtsein der Patienten und ihre gegenüber früher deutlich gestiegene Konfliktbereitschaft,
- Rechtsschutzversicherungen, die "das Kostenrisiko eines zweifelhaften Prozesses abnehmen",<sup>2</sup>
- Anwälte, die dies - oft aus durchsichtigen Motiven - durch entsprechende Beratung ausnutzen oder jedenfalls zur Verfolgung – häufig vermeintlicher – Ansprüche ermuntern,

- Presse- und Massenmedien, die mit denselben, immer aufs Neue wiederholten Einzelfällen Stimmung gegen Ärzte und Krankenhäuser machen (vgl. z.B. den Spiegel-Artikel in Heft 5/2000, S. 54 "Tödlicher Pfusch") und in einer völlig einseitigen, antiärztlichen Berichterstattung ohne ausreichende Beweise in polemischer Form ein Schreckensszenario aus deutschen Krankenhäusern zeichnen, das mit der Wirklichkeit und sachlicher Diskussion nahezu nichts gemeinsam hat.

Darüber hinaus sind für die überschäumende Konjunktur der Arzthaftung natürlich auch Mediziner höchst unmittelbar verantwortlich. Damit meinen wir zum einen Mißgunst und Intrigen unter den "Kollegen" ("Wer hat denn da bei Ihnen herumgemurkst?" "Ich hätte Sie viel eher in ein Krankenhaus eingewiesen." "..... eine völlig überholte Methode"), und zum anderen unqualifizierte, einseitige, von Überheblichkeit oder gar Animosität durchsetzte Sachverständigengutachten, die - entgegen dem angeblich in Medizinerkreisen vorherrschenden "Krähencoment" ("eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus") dem betroffenen Arzt "beide Augen aushacken" wollen. Auch die Judikatur hat selbstverständlich mit ihren überzogenen Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht, insbesondere hinsichtlich des Umfangs der Aufklärung bei den sog. eingriffsspezifischen Risiken, sowie durch vielfältige Beweislastregelungen zugunsten der Patienten, etwa bei groben Behandlungsfehlern, unzulänglicher oder fehlender Dokumentation, mangelnder Befunderhebung oder bei Gerätedefekten die Möglichkeiten der Patienten, gegen Krankenhäuser und Ärzte vorzugehen, erheblich ausgeweitet und damit die Klagefreudigkeit nachhaltig gestärkt.

2. Wir stehen somit vor einer geradezu paradoxen Situation: Durch die zunehmende Perfektionierung der Technik und die fortschreitende Spezialisierung der medizinischen Wissenschaft ist das Behandlungsrisiko für den Patienten ständig gesunken. Gleichzeitig hat sich jedoch das forensische Risiko für den Arzt, d.h. die Gefahr, mit Schadensersatzan-

\* Herrn Prof. Dr. med. h.c. *Walther Weißbauer* zum 80. Geburtstag

<sup>1</sup> *Marquard*, Gynäkologie 1989, 342

<sup>2</sup> *Franzki*, in: *Defensives Denken in der Medizin. Irrweg oder Notwendigkeit?* 1991, S. 20

## Recht

sprüchen, Klagen, Strafanzeigen und staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren konfrontiert zu werden, drastisch erhöht, und zwar im Krankenhausbereich deutlich mehr als bei den niedergelassenen Ärzten. Der Minimierung des Patientenrisikos steht eine Maximierung des ärztlichen Haftungsrisikos gegenüber, wie sich gerade in den besonders risikobehafteten Gebieten der Geburtshilfe und Gynäkologie, der Chirurgie und Anästhesie deutlich zeigt.

**3.** Vor diesem Hintergrund muß sich die Ärzteschaft zunehmend auch mit Rechtsfragen befassen, d.h. Gesetze und Verordnungen verstehen lernen, einschlägige wichtige Gerichtsurteile lesen und beachten, den Umgang mit Haftpflichtversicherern, Richtern, Staatsanwälten und Rechtsanwälten praktizieren. Wer sich auf diesen Feldern behaupten, keine Fehler machen und Schwierigkeiten vermeiden will, muß wissen, wie man sich in einem Konflikt mit dem Patienten, nach einem Zwischenfall, bei Einleitung eines staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens, bei Eingang eines Patienten- oder Anwaltsschreibens mit Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen oder dem Anspruch auf Herausgabe der Krankenblattunterlagen verhält. Soll das Herausgabeverlangen erfüllt, sollen die Briefe beantwortet werden und, wenn ja, wie und von wem? Wie steht es mit der Benachrichtigung der Berufshaftpflichtversicherung bei möglicherweise durch den Arzt verursachten Schäden? Soll dieser eine "Selbstanzeige" bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft erstatten, wenn ihm der Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung gemacht wird oder er selbst den Eindruck hat, daß ihm ein Sorgfaltspflichtverstoß unterlaufen ist? Wie muß bzw. soll man auf eine Ladung zur Vernehmung durch Staatsanwaltschaft oder Polizei reagieren? Soll bzw. muß man bei der Polizei Angaben zur Sache machen? Wie ist die Rechtsstellung als Zeuge oder Beschuldigter? Ist es ratsam, sofort oder später einen Rechtsanwalt in derartigen Situationen einzuschalten? Was ist zu tun, wenn die Zustellung einer Klage durch das Landgericht erfolgt? Soll man als unmittelbar Betroffener selbst die Todesbescheinigung ausstellen? Wie sind die Begriffe "natürlicher" und "nicht natürlicher" Tod umschrieben und wie ist in Zweifelsfällen die Todesbescheinigung auszufüllen? Ist ein Gespräch mit dem geschädigten Patienten bzw. seinen Angehörigen sinnvoll?

**4.** Bevor wir auf diese Fragen in einer Art "Checkliste" antworten, seien zur Klarstellung einige wenige rechtliche Grundsätze hervorgehoben:

a) Jeder Verstoß gegen den fachärztlichen Standard, jede Aufklärungspflichtverletzung und jedes organisatorische Versäumnis kann zu zivil- und/oder strafrechtlicher Haftung führen, mag der Fehler auch noch so geringfügig, unbewußt und durch ungünstige Umstände beeinflusst sein.

b) Die Tatsache allein, daß es zu einem Schaden des Patienten bei dessen Behandlung gekommen ist,

bedeutet kein Indiz für schuldhaftes Verhalten, vielmehr beruht die Arzthaftung auf dem Verschuldensprinzip, d.h.: nur der für das Schadensereignis ursächliche und vorwerfbare Pflichtverstoß, gleichgültig, ob er im Bereich der Organisation, Aufklärung, Indikationsstellung, Durchführung der Operation oder der postoperativen Nachsorge liegt, vermag Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche bzw. strafrechtliche Sanktionen nach sich zu ziehen.

c) Zwischen zivil- und strafrechtlicher Haftung ist zu unterscheiden:

aa) Zivilrechtlich geht es um Ansprüche auf Schadensersatz- und Schmerzensgeld, die der geschädigte Patient geltend macht. Deshalb muß jeder Arzt eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen, so daß sich der Ersatzanspruch zwar unmittelbar gegen ihn richtet, letztlich aber die Versicherung bezahlt, soweit ausreichender Deckungsschutz besteht. Da Millionschäden heutzutage keine Seltenheit sind, empfehlen wir dringend, die Versicherungspolice, insbesondere älterer Verträge, darauf zu überprüfen, ob die Haftpflicht zumindest DM 5 Mio. (besser: unbegrenzt) beträgt.

bb) Ganz anders ist dagegen die Situation im Strafprozeß: Hier geht es höchst unmittelbar um einen persönlichen Schuldvorwurf, um eine Vorstrafe und deren höchstpersönlich wirkende, besonders gravierende, oftmals sogar die berufliche Existenz gefährdende Folgen. Nur wenige haben eine Vorstellung davon, wie sehr eine Anklage psychisch und physisch belastet, welche immensen Opfer an Zeit und Kosten unter Umständen auf sich zu nehmen sind und mit welchem Streß, welcher Vorverurteilung und Rufschädigung durch Presse und Massenmedien man selbst im Falle eines Freispruchs fertig werden muß. Schon ein anhängiges Ermittlungsverfahren ist bei Bewerbungen hinderlich und hat nicht selten zu einer fristlosen Kündigung des Arbeitsplatzes geführt, bevor überhaupt Anklage erhoben und der Beschuldigte verurteilt worden war.

cc) Zivil- und strafrechtliche Haftung schließen sich weder aus noch präjudizieren sie sich wechselseitig, vielmehr bestehen sie unabhängig nebeneinander und können wegen der unterschiedlichen Haftungsvoraussetzungen und Beweislastregelungen einen verschiedenen Ausgang nehmen. Erfolg der Schadensersatzklage und Freispruch im Strafverfahren oder – seltener – Schuldspruch im Strafverfahren und Klageabweisung im Zivilprozeß sind keineswegs ausgeschlossen.

d) Die ärztliche Dokumentation dient in erster Linie therapeutischen Zwecken und muß alles medizinisch Wesentliche enthalten. Darüber hinaus hat sie für die Abrechnung der erbrachten Leistungen und im zivilrechtlichen Arzthaftungsprozeß erhebliche Bedeutung. Denn die unterlassene oder nur lückenhaft vorgenommene ärztliche Dokumentation stellt zwar keine eigenständige Anspruchsgrundlage für Schadensersatz- und/oder Schmerzensgeldansprüche dar, doch führen Dokumentationsmängel zu Beweiser-

leichterungen bis hin zur Beweislastumkehr (zu Lasten des Arztes) mit der Folge, daß der Arzt beweisen muß, die nicht aufgezeichnete Maßnahme (z.B. Gabe eines bestimmten Medikaments, Anordnung der Überwachung des Patienten, Vornahme der Thromboembolieprophylaxe) doch vorgenommen zu haben. Diese Beweiserleichterung zugunsten des Patienten gilt selbstverständlich nur im Zivilprozeß, nicht dagegen im Strafverfahren.

5. Unsere Empfehlungen, wie man sich im Konfliktfall mit dem Patienten, nach einem Zwischenfall oder bei einem Behandlungsmißerfolg mit Schadensfolgen zu verhalten hat, möchten wir in 10 Punkten zusammenfassen:

### (1) Gespräch mit dem Patienten

a) Besonders wichtig ist die Aussprache mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen. Denn ein unbedachtes Wort und vor allem die fehlende Gesprächsbereitschaft sind häufig Ursache für Mißtrauen, Verärgerung oder Gegnerschaft der Patientenseite und führen dann als Folge zu Schadensersatzansprüchen oder einer Strafanzeige. Studien aus den USA belegen, daß viele Patienten vor allem aus Frustration darüber, keine überzeugende Erklärung für das Geschehene zu erhalten, den Rechtsweg beschreiten.<sup>3</sup>

Beispiel für das Verhalten der Angehörigen nach einer mit dem Tod der Patientin geendeten Operation im Krankenhaus:

"Doch da waren ja noch die offenen Fragen. Die wollten wir geklärt haben. Deshalb haben wir in den folgenden Tagen viermal persönlich oder telefonisch versucht, einen Verantwortlichen zu sprechen. Doch vergeblich. Dann wurde es uns zu bunt: Wir gingen zur Polizei!"

Ärztinnen und Ärzte sollten daher das Gespräch mit den Betroffenen nicht scheuen. Es ist oftmals die entscheidende Weichenstellung für den weiteren Geschehensverlauf. Denn ein menschlich vertrauensvolles, einfühlsames Gespräch kann in vielen Fällen einen für alle Beteiligten belastenden Rechtsstreit, jedenfalls aber oft Strafanzeigen verhindern.

In diesem – menschliche Zuwendung bekundenden – Gespräch sollte der Arzt auf die Fragen und Sorgen des Patienten bereitwillig eingehen, die Vorgänge, soweit möglich, erklären, offen die Fakten nennen, bereitwillig Einsicht in die Unterlagen (sofern vorhanden) geben und seine Kooperationsbereitschaft deutlich machen. Nichts wäre falscher, als bei dieser Unterredung arrogant, "von oben herab", herablassend, "kämpferisch" oder verärgert aufzutreten, hektisch und unter Zeitdruck zu handeln.

Beispiel:

Ein Kind hatte einen Sauerstoffmangelschaden erlitten, worauf die Mutter fragte, wie lange dieser Zustand gedauert habe. Originalantwort des

Arztes: "Ich arbeite nicht mit der Stoppuhr. Ich habe schließlich noch andere Arbeiten zu tun".

Ebensowenig sollte der Arzt Dinge vorspiegeln, die alsbald als unrichtig erkannt werden, andererseits aber darf er auch kein Schuldeingeständnis abgeben und sollte weder Schuldzuweisungen an andere vornehmen noch sich auf Wertungen einlassen. Am besten ist es, in auch für den medizinischen Laien verständlicher Form die Fakten darzulegen. Bagatellisieren Sie den Schaden nicht und machen Sie dem Patienten keine irrealen Hoffnungen.

b) Diese Ratschläge machen deutlich, daß das Gespräch mit dem geschädigten Patienten und/oder seinen Angehörigen nicht nur sehr schwierig, sondern auch eine zweiseitige Sache und häufig eine Gratwanderung zwischen Selbstbeziehung und Selbstverteidigung mit der Gefahr der Fehldeutung und von Mißverständnissen ist. Deshalb sollte diese Aussprache - aus Beweisgründen - niemals alleine stattfinden und, wenn möglich, gut vorbereitet werden. Zu oft werden nämlich Worte mißverstanden oder aus bestimmten Formulierungen Schuldbekennnisse abgeleitet, um sie später dann dem beschuldigten Arzt entgegenzuhalten.

Betrifft deshalb die Komplikation den Oberarzt oder Assistenzarzt, ist der Chefarzt der Abteilung gefordert, das Gespräch mit dem Patienten oder seinen Angehörigen zu führen, zumindest aber daran teilzunehmen. Er muß auch darauf hinwirken, daß "mit einer Zunge" gesprochen wird, d.h. keine unterschiedlichen Auskünfte von verschiedenen Personen gegeben werden, wobei natürlich keine Zeugenbeeinflussung erfolgen darf. Außerdem sollte man über das Gespräch unbedingt Notizen machen.

c) Zusammenfassung: Nach Zwischenfällen und bei drohender Auseinandersetzung mit einem unzufriedenen Patienten bzw. seinen Angehörigen hängt die weitere Entwicklung sehr oft entscheidend davon ab, wie sich der Arzt verhält. Deshalb: dem Gespräch mit dem Patienten nicht ausweichen, es auch nicht auf nachgeordnetes Personal delegieren, unbedingt Gesprächszeugen hinzuziehen und den Gesprächsinhalt dokumentieren. Sehen Sie in diesem Gespräch grundsätzlich von Wertungen und Hypothesen über den Ursachenverlauf und das Verhalten anderer ab.

### Zur Klarstellung:

- Zutreffende tatsächliche Angaben gefährden den Versicherungsschutz nicht! Selbstverständlich ist es dem Arzt auch erlaubt, dem Patienten auf Befragen die Wahrheit zu sagen, selbst wenn dies das Eingeständnis eines Behandlungsfehlers bedeutet.
- Sie dürfen aber kein Schuldanerkenntnis abgeben (s. Ziffer 5).

<sup>3</sup> Kilian, VersR 2000, 942

## Recht

- Dieses Anerkenntnisverbot enthält zugleich das Recht, ein schuldhaftes Verhalten zu leugnen. Denn niemand ist verpflichtet, sich selbst zu beschuldigen und an seiner Strafverfolgung durch eigenes Tun mitzuwirken.
- Da der Satz: *nemo tenetur, se ipsum accusare* – niemand muß sich selbst belasten und an seiner Strafverfolgung mitwirken – uneingeschränkt gilt, besteht keine Redepflicht.
- Ist bereits eine Strafanzeige erfolgt, erscheint das Gespräch mit den Angehörigen und/oder dem geschädigten Patienten nicht mehr sinnvoll, da dann die Amtsermittlungen anlaufen und der Fall der ausschließlichen Handhabung durch Arzt und Patient entzogen ist. Allerdings kann es sich auch in diesen Fällen für das weitere Verfahren günstig auswirken, wenn zu gegebener Zeit eine schriftliche Äußerung des Bedauerns oder – im Falle des Todes eines Patienten – einer Beileidsbekundung erfolgt. Der Text derartiger Briefe muß natürlich sorgfältig überlegt sein.

d) Wichtig ist auch ein professioneller Umgang mit der Presse, falls Stellungnahmen abgegeben werden sollen oder aber von Pressevertretern Fragen gestellt werden. Es geht nicht an, daß wahllos jeder Arzt und jede Pflegekraft, die zu dem Fall etwas sagen kann, Rede und Antwort steht, vielmehr muß die Kommunikation mit der Öffentlichkeit ausschließlich in einer Hand liegen und notfalls muß bei aktuellen Vorkommnissen, auf die es schnell und richtig zu reagieren gilt, ein entsprechend versierter Medienberater hinzugezogen werden. Wichtig für die Ärzte eines Krankenhauses ist es deshalb, "schon in guten Zeiten eine vertrauensvolle Kommunikation zu Journalisten aufzubauen"<sup>4</sup>

### (2) Erstellung eines Verlaufsprotokolls, Komplettierung der Krankenunterlagen und Anfertigung von Fotokopien

a) Jeder Betroffene sollte für sich persönlich genaue Aufzeichnungen über den Ablauf des Zwischenfalls bzw. der Komplikation, markante Zeitpunkte, die Länge bestimmter Zeitphasen, die beteiligten Personen, Besonderheiten in der Person des Patienten, Auffälligkeiten im Umfeld, den oder die Namen der Mitpatienten und dergleichen machen. Da diese Unterlagen allerdings beschlagnahmefähig sind, müssen sie vor dem Zugriff der Strafverfolgungsbehörden sicher aufbewahrt werden. Sie gehören nicht zu den Krankenblattunterlagen, sondern sind persönliche Notizen des betroffenen Arztes.

b) Bei Komplikationen ist die umfassende sofortige Dokumentation aller Maßnahmen mit der sach- und zeitgerechten ärztlichen Reaktion manchmal nur schwer oder gar nicht zu vereinbaren. Gerade in diesen Notfallsituationen aber ist die Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht prozessual wegen der Haftungsträchtigkeit dieser Fälle von größter Bedeutung. Um so wichtiger ist es daher, im unmittelbaren

Anschluß an den Eintritt des Zwischenfalls, "ohne schuldhaftes Zögern", unverzüglich, d.h. zeitnah die Krankenakte zu vervollständigen, die fehlenden Eintragungen vorzunehmen und die Ereignisse exakt schriftlich in den Krankenblattunterlagen festzuhalten. Dies sollte in absoluter Ruhe und ohne jede Hektik unter Angabe des Datums geschehen. Soweit Nachträge bzw. Korrekturen erforderlich werden, weil man etwas vergessen oder unzutreffend dargestellt hat, sind diese entweder an der entsprechenden Stelle oder aber im fortlaufenden Text anzubringen, in jedem Falle aber durch Angabe des Eintragsdatums als nachträglich geschrieben zu kennzeichnen, da anderenfalls der Tatbestand der Urkundenfälschung erfüllt ist.

c) Außerdem sollte man stets sofort Fotokopien der Krankenblattunterlagen und von Röntgenaufnahmen Duplikate anfertigen. Denn wenn es zu einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren mit Beschlagnahme der Originalunterlagen kommt, erhält der Beschuldigte selbst keine Akteneinsicht, sondern kann diese nur über seinen Verteidiger erlangen, und selbst dann besteht ein Rechtsanspruch erst nach Abschluß der Ermittlungen, die Jahre dauern können.

### (3) Herausgabe der Krankenunterlagen, Angabe von Namen und Anschrift des Haftpflichtversicherers

a) Gewähren Sie auf Wunsch des Patienten bereitwillig Einsicht in die Krankenblattunterlagen und teilen Sie die Anschrift des Haftpflichtversicherers mit sowie die Nummer des Versicherungsscheins. Denn insoweit besteht ein Anspruch des Patienten, ohne daß dieser eine Begründung dafür nennen müßte. Eine ablehnende Haltung des Arztes bzw. Krankenhausträgers oder gar eine Verweigerung dieses Einsichtsrechts hat oftmals schwerwiegende Folgen.

#### Beispiel:

"Soweit es die Information meiner Mandanten betrifft, wurde ein OP-Bericht bzw. ein Anästhesieprotokoll den weiterbehandelnden Ärzten bislang trotz Anforderung nicht zur Verfügung gestellt". Daraus zieht der Anwalt der Patientenseite die Konsequenz, Strafanzeige und Strafantrag wegen fahrlässiger Körperverletzung zu erstatten und schreibt in dem entsprechenden Schriftsatz: "Auf die naheliegende Gefahr der Beseitigung von Beweismitteln weise ich ausdrücklich hin".

Viele Strafverfahren gerade wegen fahrlässiger Körperverletzung wären vermeidbar, wenn dem Einsichts- bzw. Herausgabeverlangen des Patienten betreffend die Krankenblattunterlagen rasch und unbürokratisch Folge geleistet würde. Der Arzt ist verpflichtet, diese Einsicht dadurch zu ermöglichen, daß er Fotokopien sämtlicher Unterla-

<sup>4</sup> Gerst, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 39, S. A 2519

gen herstellen läßt, sie mit der schriftlichen Bestätigung ihrer Vollständigkeit und Richtigkeit versieht und dem Patienten aushändigt.<sup>5</sup> Geben Sie nie die Originale mit!

Der Anspruch des Patienten auf Herausgabe bzw. Einsicht in die Krankenunterlagen ist grundsätzlich auf objektive Aufzeichnungen und Befunde beschränkt. Subjektive Bemerkungen und Verdachtsdiagnosen dürfen zurückgehalten oder vor Aushändigung der Krankenblattunterlagen an die Patientin gelöscht bzw. geschwärzt werden. Wir raten allerdings ab, davon Gebrauch zu machen, da dadurch leicht der Anschein einer Manipulation erweckt wird. Besonderheiten gelten für Patienten in psychiatrischer Behandlung.

b) Zusammenfassung: Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht mehr, wie nach früherer Auffassung, "bloße Gedächtnisstütze" des Arztes, vielmehr haben die Patienten ein Einsichtsrecht in alle objektiven Befunde (Ausnahmen bestehen für den Bereich der Psychiatrie). Verstöße gegen die ärztliche Dokumentationspflicht haben wegen der Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten erhebliche forensische Relevanz, wengleich diese Verpflichtung in erster Linie therapeutischen Belangen dient.

Beachten Sie auch: Es gilt allgemein in der Rechtsprechung der Grundsatz, daß einer vertrauenswürdigen zeitnahen ärztlichen Dokumentation bis zum Beweis der Unrichtigkeit Glauben zu schenken ist.<sup>6</sup> Sie hat die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich. Daraus folgt, daß bei der Beurteilung, ob ärztliches Handeln lege artis war, grundsätzlich der dokumentierte Behandlungsverlauf zugrunde gelegt wird. Dasselbe gilt auch für die in einer Behandlungskarte des niedergelassenen Arztes enthaltene Dokumentation, es sei denn, sie erweist sich als dürftig und unvollständig.<sup>7</sup>

c) Erscheint die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft, so empfehlen wir die freiwillige Herausgabe der Unterlagen wobei stets die Originale gefordert werden. Stellen Sie diese bereit und lassen den Staatsanwalt oder Polizeibeamten nicht suchen. Behandeln Sie die Amtsträger höflich und ohne Unmut oder Arroganz.

Die Bitte, im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht die Beschlagnahme auszusprechen und damit staatlichen Zwang auszuüben, halten wir nicht für erforderlich. Denn wenn die Staatsgewalt mit einem Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschluß erschienen ist, kann sie jederzeit die Herausgabe erzwingen, so daß mit dem Hinweis auf Formalien im Grunde nichts gewonnen ist. Richtig ist allerdings, daß sich der Arzt im Hinblick auf seine Schweigepflicht vergewissern muß, daß die Aushändigung der Krankenblattunterlagen unabwendbar ist und auf hoheitlicher Anordnung beruht. Der Beschlagnahmebeschluß dient insoweit der Dokumentation bzw. Legitimation.

d) Bei Durchsuchungs- und Beschlagnahmeaktionen ist folgendes zu beachten:

Die Abordnung einer Praxishelferin zum Herausuchen von Unterlagen und/oder die eigene Mitwirkung bei dieser Tätigkeit beschleunigt nicht nur die Durchsuchung, sondern schafft auch ein entspannteres, nicht von Feindseligkeit geprägtes Klima, das letztlich dem Beschuldigten nur nützlich sein kann. Vergessen Sie nie: Der Staatsanwalt und der Kriminalbeamte tun ihre Pflicht. Sie handeln im Rahmen eines von der Strafprozeßordnung gedeckten Auftrags!

Der Arzt sollte im Falle einer Durchsuchung und Beschlagnahme sofort einen Anwalt verständigen und ihn bitten, den Ermittlungshandlungen beizuwohnen. Auch der Anwalt kann zwar die Zwangsmaßnahmen nicht verhindern, aber allein durch seine Anwesenheit dafür sorgen, daß die dem Arzt unbekanntem Rechtsvorschriften peinlich genau beachtet werden und im übrigen natürlich durch Beratung zur Beruhigung und Versachlichung der Atmosphäre beitragen.

Rechtsmittel gegen Zwangsmaßnahmen (Widerspruch, Beschwerde) haben keine aufschiebende Wirkung. Wir raten deshalb in aller Regel auch davon ab, da der Rechtsschutz in diesem frühen Stadium gänzlich ineffektiv und deshalb fast ausnahmslos nutzlos ist.

#### (4) Mitteilungspflichten

a) Von größter Bedeutung ist die unverzügliche Meldung jedes Schadensereignisses, das Haftpflichtansprüche zur Folge haben könnte, selbst wenn man persönlich ein Fehlverhalten ausschließt, an den Haftpflichtversicherer (im Krankenhaus auch an die Krankenhausverwaltung und gegebenenfalls den Vorgesetzten bzw. den für die Behandlung des Patienten Verantwortlichen). Ohne Information Ihrer Haftpflichtversicherung gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz! Es kommt also nicht darauf an, daß ein Anwaltsschreiben oder eine Klage vorliegt oder feststeht, daß der Anspruch zu Recht besteht oder der Patient Forderungen geltend macht. Entscheidend ist vielmehr, ob konkrete Anhaltspunkte für die Erhebung von Ersatzforderungen gegeben sind.

b) Fertigen Sie eine schriftliche Stellungnahme zu der Komplikation bzw. den erhobenen Vorwürfen an, doch beachten Sie folgendes: Da die Einleitung eines Strafverfahrens möglich ist, können sämtliche Unterlagen beschlagnahmt und die Adressaten des Berichts als Zeugen vernommen werden. Alles, was der Arzt also freimütig und wahrheitsgemäß hier offenbart, kann auf diese Weise zur Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden gelangen und gegebenenfalls zu seinen Ungunsten verwandt werden. Deshalb sollten sich Mitteilungen an die Haftpflichtversicherung (die Krankenhausverwaltung und den Vorgesetzten) aus-

<sup>5</sup> OLG Köln, NJW 1982, 704

<sup>6</sup> BGH AHRS Kza 6450/6

<sup>7</sup> OLG Köln, MDR 1995, 52, 53

## Recht

schließlich auf die Schilderung des Tatbestandes – ohne alle Wertungen – beschränken, d.h. auf den tatsächlichen Geschehensablauf, die objektive Chronologie der Ereignisse, ohne eigene Beurteilung, ohne subjektive Meinungsäußerungen, Vermutungen, Spekulationen, Schuldeingeständnisse oder Schuldzuweisungen, kurzum: auf reinen Tatsachenvortrag, wie er sich aus den Krankenblattunterlagen, dem Operationsbericht, dem Anästhesieprotokoll u.a. ergibt.

### (5) Regulierungsvollmacht des Haftpflichtversicherers

a) Nach § 5 Nr. 7 AHB (Allgemeine Haftpflichtbedingungen) gilt der Versicherer in Zivilsachen als bevollmächtigt, "alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherers abzugeben". Der Versicherer ist also ermächtigt, alle mit der Schadensregulierung zusammenhängenden Maßnahmen zu treffen und den Versicherungsnehmer (Arzt) anzuweisen, sich entsprechend zu verhalten. Kraft seiner Regulierungsvollmacht hat der Haftpflichtversicherer das Recht, Schadensersatz zu leisten, den Anspruch des Patienten nicht anzuerkennen und den Rechtsweg auszuschöpfen, also den Rechtsstreit durch mehrere Instanzen zu führen. Daher ist es verfehlt, insoweit selbständig tätig zu werden, vielmehr ist jegliche Korrespondenz mit dem Patienten bzw. dessen Anwalt dem Versicherer zu überlassen.

Die Einschaltung eines "eigenen" Rechtsanwalts ist dem Arzt zwar nicht verboten, doch muß der Versicherer, wenn er damit sachlich oder im Hinblick auf die Person des anwaltlichen Beraters nicht einverstanden ist, die Anwaltskosten nicht übernehmen.

Die Regulierungsvollmacht des Haftpflichtversicherers gilt allerdings nur in Zivilsachen, nicht in Strafsachen, wo der Arzt in seiner Anwaltswahl völlig frei ist.

### (6) Schlichtungsstellen / Gutachterkommissionen

Denken Sie an die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen: Wenn Differenzen mit dem Patienten drohen, kann dieser Weg Rechtsstreitigkeiten verhindern. Voraussetzung ist allerdings, daß sowohl der Patient als auch der Arzt mit dem "Schlichtungsweg" einverstanden sind.

Die Zustimmung zu diesem Verfahren muß man mit dem Haftpflichtversicherer abstimmen. Dies gilt unbeschadet der Tatsache, daß das Ergebnis der Begutachtung durch die Schlichtungsstellen/Gutachterkommissionen weder den Patienten noch den Arzt und seine Haftpflichtversicherung bindet, vielmehr sind beide Seiten in ihrer Beurteilung der Sachlage und bezüglich ihres weiteren Vorgehens frei. Da die Entscheidungen der Schlichtungsstellen/ Gutachterkommissionen aber vielfach den weiteren Verlauf präjudizieren, ist eine professionelle Vertretung empfehlenswert.

### (7) Prozessuales: Anwaltszwang, Information des Anwalts, Teilnahme an mündlichen Verhandlungen und Beweisternen

a) Kommt eine Einigung mit dem Patienten über die Ersatzleistung in den Verhandlungen mit der Haftpflichtversicherung nicht zustande und wird als Folge davon ein Zivilgerichtsverfahren – in der Regel vor dem Landgericht - anhängig, so muß der Arzt anwaltlich vertreten sein. Denn vor dem Landgericht herrscht Anwaltszwang. Dabei haben die Haftpflichtversicherungen aufgrund ihrer schon erwähnten Regulierungsvollmacht ein Benennungsrecht, d.h. die Prozeßführung wird vom Haftpflichtversicherer übernommen, der auch einen Anwalt beauftragt. Ist der Arzt mit dessen Person nicht einverstanden, so ist es ihm natürlich – wie bereits gesagt – unbenommen, einen Anwalt seines Vertrauens zu mandatieren, doch hat er die dadurch entstehenden Kosten dann selbst zu tragen.

b) Die Prozeßführung liegt in der Hand des Rechtsanwalts, doch muß ihn der Arzt sorgfältig und rechtzeitig informieren. Er sollte auch die Schriftsätze auf korrekte Sachdarstellung überprüfen und zu gegnerischen Schriftsätzen alsbald und umfassend Stellung nehmen.

Wichtig: an Beweisternen (z.B. Vernehmung von Zeugen, Anhörung des Sachverständigen) auch ohne Ladung nach Möglichkeit in Abstimmung mit dem Rechtsanwalt teilnehmen! Dasselbe gilt für mündliche Verhandlungen!

Zu Gutachten sollte man sachlich, ggf. natürlich auch kritisch Stellung nehmen, eventuell ein weiteres Sachverständigengutachten beantragen oder ein Privatgutachten vorlegen.

c) Zusammenfassend ist also festzustellen: Jeder Arzt sollte sich um "seinen Fall" wirklich kümmern, ihn als seine ureigenste Angelegenheit behandeln und nicht glauben, mit der Einschaltung eines Rechtsanwalts das Erforderliche getan zu haben und damit diese "lästige Sache" los zu sein.

### (8) Todesbescheinigung und Pflicht zur Fehleroffenbarung

Von Ausnahmen abgesehen ist niemand zur Aufdeckung eigenen Fehlverhaltens verpflichtet. Insoweit ist zunächst zu unterscheiden, welche Folgen eingetreten sind:

a) Bei Todesfällen stellt sich die Frage, ob bzw. von wem gegebenenfalls die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen ist.

aa) Insoweit ist zunächst zwischen "natürlicher" und "nicht natürlicher" Todesursache zu unterscheiden. Im rechtswissenschaftlichen Schrifttum wird überwiegend der Tod bei oder nach einer Operation nur dann als "nicht natürlich" angesehen, "wenn wenigstens ent-

fernte konkrete Anhaltspunkte für einen Kunstfehler oder für sonstiges Verschulden des behandelnden Personals vorliegen".<sup>8</sup> Andere halten diese Auffassung für zu eng und sprechen immer schon dann von einem "unnatürlichen Tod", wenn keine sicheren Anzeichen für einen natürlichen Tod festzustellen sind",<sup>9</sup> anders formuliert: wenn ein unnatürlicher Tod nach Lage der Dinge nicht sicher auszuschließen ist.

bb) Daraus folgt: Sicherlich ist nicht bei jedem Fall einer tödlich verlaufenden Komplikation oder sogar bei jedem Todesfall im Krankenhaus Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft zu erstatten, vielmehr ist wie folgt abzuwägen:

- Verwirklicht sich beim Exitus in tabula das Risiko der Grunderkrankung oder das wegen ordnungsgemäßer Aufklärung und Einwilligung erlaubte Risiko der Operation und liegen keine Anhaltspunkte für ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten (oder das eines Dritten) vor, so handelt es sich um einen natürlichen Tod.
- Eine Ausnahme hiervon bestünde dann, wenn bereits die Grunderkrankung von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren bestimmt war. Zu denken wäre z.B. an traumatische Verletzungen (Verkehrsunfall, Sturz etc.) oder länger wirkende, rechtlich bedeutsame Einwirkungen (z.B. Vergiftungen, Berufskrankheiten etc.).
- Läßt sich der Tod, z.B. wegen fehlender präoperativer Diagnostik, nicht aus dem Krankheitsbild oder dem typischen Operationsrisiko erklären oder liegen Anhaltspunkte (nicht notwendig Beweise) für ein Fehlverhalten vor, so darf die Ankreuzung "natürlicher Tod" auf dem Leichenschauschein nicht erfolgen, sondern muß als Todesart "ungeklärt" oder "ungewiß" angegeben werden. Die endgültige Feststellung bleibt dann dem Obduzenten bzw. Pathologen überlassen.<sup>10</sup> Außerdem ist unter dieser Prämisse unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.

Wir können nur mit Nachdruck davor warnen, trotz gegenteiliger Anhaltspunkte eine "natürliche" Todesursache auf dem Leichenschauschein anzugeben, da dies sogar zu strafrechtlichen Konsequenzen führen kann. Das Ausstellen einer unrichtigen Todesbescheinigung, um einen Kollegen zu „decken“, ist als solches zwar nur eine Ordnungswidrigkeit, kann aber unter dem Aspekt der Strafvereitelung (auch als Versuch) strafbar sein (§ 258 Abs. 1, Abs. 4 StGB). Die Versuchung, "Zweifel an einer natürlichen Todesursache zu unterdrücken", ist insbesondere für den Arzt groß, der irgendwie in den Zwischenfall verwickelt ist und möglicherweise durch eine ärztliche Sorgfaltpflichtverletzung den Tod (mit-)verursacht hat,<sup>11</sup> doch muß diesem (straflosen) Selbstbegünstigungstreben unbedingt widerstanden werden.

cc) Im Hinblick auf diese Konfliktsituation fehlt in manchen Bundesländern eine generelle Anzeigepflicht unnatürlicher Todesfälle gegenüber der Polizei oder aber es wird dem Arzt das Recht eingeräumt, die Leichenschau zu verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen

einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden (z.B. Art. 2 Abs. 3 des Bayer. BestattungsgG). Es gibt jedoch nach wie vor Bundesländer (z.B. Baden-Württemberg gemäß § 20 Abs. 2 BestattungsgG), die jedem Arzt, der die Leichenschau vornimmt, und zwar auch den potentiell für den Tod verantwortlichen, im Falle eines nicht eindeutig natürlichen Todes – also auch im Falle einer "nicht aufgeklärten" Todesursache – verpflichten, sofort eine Polizeidienststelle zu benachrichtigen.

Deshalb sollte stets dafür Sorge getragen werden, daß, soweit irgend möglich, die Todesbescheinigung ein Arzt ausfüllt, der in den Zwischenfall nicht involviert, sondern sozusagen "neutral" ist.

b) In Fällen fahrlässiger Körperverletzung muß weder der betroffene Arzt noch im Krankenhaus etwa sein Dienstvorgesetzter oder ein anderer Arzt der Staatsanwaltschaft oder Polizei eine Meldung machen. Das gilt auch in gravierenden Fällen.

#### Beispiel:

"Einem an Lungenkrebs erkrankten Mann wurden im Krankenhaus versehentlich Teile des gesunden Lungenflügels entnommen, der Tumor dagegen nicht entfernt. Hierüber unterrichtete die Krankenhausverwaltung "sofort die Familie des Patienten" – was sicherlich richtig war – aber auch die Staatsanwaltschaft, was zweifellos nicht notwendig und nicht einmal opportun war.

Denn die fahrlässige Körperverletzung ist ein sog. relatives Antragsdelikt, d.h. Ermittlungen werden nur bei Vorliegen eines besonderen öffentlichen Interesses von der Staatsanwaltschaft von Amts wegen vorgenommen, während sie im Grundsatz von einem Strafantrag des Verletzten abhängig sind, der auch selbst im Wege der sog. Privatklage die Strafverfolgung betreiben kann.

c) Nur dann, wenn der ärztliche Behandlungsfehler zu einem erheblichen Gesundheitsschaden des Patienten geführt hat, insbesondere Weiterungen zu befürchten sind, also z.B. eine Nachbehandlung oder gar ein operativer Eingriff erforderlich ist, muß dem Patienten bzw. dem nachbehandelnden Arzt "reiner Wein eingeschenkt", d.h. das Fehlverhalten bzw. der diesem zugrunde liegende Sachverhalt mitgeteilt werden.<sup>12</sup> Eine generelle Pflicht des Arztes zur Offenlegung eigenen Fehlverhaltens besteht nicht.<sup>13</sup> Offenbarungs-

<sup>8</sup> Kleinknecht/Meyer, Rdnr. 2 u § 159; Maiwald, NJW 1978, 563

<sup>9</sup> Geerds, MedR 1984, 173 m.w.N.

<sup>10</sup> zum Ganzen siehe Erlinger, Ausstellung von Leichenschauscheinen: Exitus in tabula – "natürlicher Tod"?, Der Chirurg BDC 1999, S. 288

<sup>11</sup> Kleiber, Der iatrogene Todesfall, 1988, S. 47

<sup>12</sup> Glatz, Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung, 1998, 342 mwN aus Rechtsprechung und Schrifttum

<sup>13</sup> BGH NJW 1984, 661, 662 m. Anm. Taupitz; OLG Hamm, NJW 1985, 685

## Recht

pflichten aus therapeutischen Gründen bedürfen somit stets der exakten Prüfung im konkreten Einzelfall, wobei es u.E. nicht darauf ankommt, ob ein leichter oder grober Behandlungsfehler vorliegt,<sup>14</sup> vielmehr kommt es ausschließlich auf das Ausmaß der drohenden Gesundheitsfolgen für den Patienten an. Zustimmung verdient deshalb die Entscheidung des OLG Koblenz,<sup>15</sup> in der es heißt:

"Ein Arzt, der damit rechnen muß, daß er seinem Patienten eine Gesundheitsschädigung zugefügt hat, ist auch nach Behandlungsende aus dem fortwirkenden Arztvertrag heraus verpflichtet, von sich aus alles zu tun, um die Auswirkung der Schädigung so gering wie möglich zu halten.<sup>16</sup> Er ist verpflichtet, von den Komplikationen und einem drohenden weiteren Schaden<sup>17</sup> den Patienten und dessen (Haus-)Arzt zu unterrichten, damit eine sachgerechte Nachbehandlung oder Vorsorge für den Fall des Eintritts des drohenden Schadens eingeleitet werden kann".<sup>18</sup>

Selbstverständlich aber ist die Komplikation (z.B. Perforation eines Gefäßes, das Zurücklassen eines Bauchtuchs u.a.) in den Krankenblattunterlagen zu vermerken (Dokumentationspflicht!). Dagegen muß der Arzt nicht fremde Behandlungsfehler aufdecken und melden,<sup>19</sup> um etwa den Vorwurf der Strafvereitelung (§ 258 Abs. 1 StGB) zu vermeiden.<sup>20</sup>

### (9) Keine Zeugenbeeinflussung und keine Unterdrückung oder Veränderung der Krankenunterlagen

(Potentielle) Zeugen dürfen nicht beeinflusst werden. Davon abgesehen sollte derjenige, der polizeiliche bzw. staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen seine Person nicht unter jedem denkbaren Gesichtspunkt für ausgeschlossen erachtet, äußerste Zurückhaltung im Gespräch mit Kollegen und dem nichtärztlichen Personal üben.

Es macht vor Gericht einen verheerenden Eindruck, wenn plötzlich bekannt wird, daß der Arzt versucht hat, auf den Kollegen oder eine Pflegekraft einzuwirken, damit er (sie) diese oder jene Erklärung abgibt. Derartige Kontaktaufnahmen sind nicht nur "naiv", sondern, wie ein Vorsitzender in einer Hauptverhandlung unlängst sagte, "blödsinnig".

Selbstverständlich darf man die vorliegenden schriftlichen Krankenblattunterlagen nicht nachträglich verfälschen bzw. Beweismittel vernichten oder beiseite schaffen. Anderenfalls kann der Vorwurf der Urkundenfälschung bzw. Urkundenunterdrückung erhoben und strafrechtlich geahndet werden (vgl. dazu auch oben 2.b)).

### (10) Unterschiedliche Rechte und Pflichten als Zeuge oder Beschuldigter

a) Kommt es unmittelbar nach einem Zwischenfall oder einer Komplikation zu sog. "informativischen

Befragungen" durch Polizei oder Staatsanwaltschaft, ohne daß überhaupt schon feststeht, ob eine strafbare Handlung vorliegt bzw. gegen wen sich der Tatverdacht richten könnte, ist der in den Vorfall verwickelte Arzt zunächst Zeuge.

Als solcher trifft ihn grundsätzlich die Pflicht, auszusagen, und zwar wahrheitsgemäß. Nach § 55 StPO kann er jedoch die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren wahrheitsgemäße Beantwortung ihn der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat verfolgt zu werden.

Obwohl der sog. "verdächtige" Zeuge auf diese Bestimmung von Vernehmungsbeamten hinzuweisen ist, wird in der Praxis durchaus immer wieder hiergegen verstoßen, ohne daß sich daraus aber irgendwelche rechtlichen Konsequenzen ergeben. Jeder möglicherweise von einem Fehlvorwurf betroffene Arzt ist daher gut beraten, im Frühstadium der Ermittlungen den Bereich des Auskunftsverweigerungsrechts weit zu ziehen, u.U. die Aussage im Hinblick auf § 55 StPO sogar ganz zu verweigern. Allerdings muß dieses Auskunfts- oder sogar Aussageverweigerungsrecht gem. § 55 Abs. 2 StPO "glaubhaft" gemacht werden.

Unser Rat: bei der Polizei stets schweigen, die schriftliche Formulierung der Fragen erbitten und ankündigen, daß eine Stellungnahme zur Sache bzw. eine Beantwortung dieser Fragen erfolgen wird. Denn unbedachte und vorschnelle, unklare und mißverständliche, im Ergebnis belastende Angaben in diesem Stadium erschweren die Verteidigung oftmals außerordentlich, wenn der Arzt in die Rolle des Beschuldigten gerät und nun das früher Gesagte im weiteren Verfahrensverlauf gegen ihn verwendbar ist. Der Polizeibeamte macht über jede Beobachtung, jedes Wort eine Aktennotiz ohne Richtigkeitsgewähr! Ein Erscheins- und Aussagezwang bei der Kriminalpolizei besteht für den Zeugen nicht.

b) Wer formell von der Staatsanwaltschaft mit dem Vorwurf konfrontiert wird, für den Tod oder die Körperverletzung eines Patienten verantwortlich zu sein, ist "Beschuldigter". In dieser Position ist dringend davon abzuraten, mündliche Erklärungen zur Sache abzugeben. Wie die Erfahrung nämlich gezeigt hat, ist die Gefahr von Mißverständnissen, Irrtümern und Ungenauigkeiten bei der Aufzeichnung der Angaben außerordentlich groß. Daraus resultiert die Empfehlung, stets nur schriftlich – nach Akteneinsicht und nach vorheriger rechtlicher Prüfung – zur Sache Stellung zu nehmen. Dies ist allerdings mit Nachdruck

<sup>14</sup> In dieser Weise differenziert *Glatz*, der nur bei grobem Fehlverhalten des Arztes eine Offenbarungspflicht annimmt

<sup>15</sup> MedR 2000, 37, 39

<sup>16</sup> BGH AHRs 2900/1

<sup>17</sup> konkret ging es um das Risiko einer Darmwandschädigung mit der Gefahr einer späteren Darmperforation

<sup>18</sup> vgl. auch OLG Hamm, VersR 1984, 91

<sup>19</sup> so mit Recht *Glatz*, a.a.O., S. 374 f

<sup>20</sup> so auch *Schreiber*, in: FS Dünnebieber, S. 644; a.A. *Brügge-meier*, Deliktrecht, 1986, S. 405 RdNr. 672



– gegen manch anderen juristischen Rat – zu empfehlen, da mit einer substantiell fundierten, oftmals durch ein fachspezifisches Gutachten unterlegten Schutzschrift der weitere Gang des Verfahrens entscheidend in Richtung "Einstellung" gefördert werden kann. Das Zurückhalten von Argumenten und Tatsachen oder die Aufbewahrung von vermeintlichen "Überraschungseffekten" für die Hauptverhandlung ist in Arztstrafsachen nach unserer Erfahrung ein schwerer anwaltlicher "Kunstfehler". Denn das Hauptziel der Verteidigung muß sein, die Erhebung der Anklage mit nachfolgender öffentlicher Hauptverhandlung mit allen zulässigen Mitteln zu vermeiden.

Diese Verhaltensempfehlungen sind keine starren Regeln, sondern stellen in Gestalt eines "juristischen Notfallkoffers" vielfach erprobte und in der Praxis

bewährte allgemeine Hinweise dar, mit denen forensischen Auseinandersetzungen nach Komplikationen oder Streitfällen vorgebeugt, Zivilprozesse sinnvoll begleitet und die Verteidigung in einem eventuellen Strafverfahren vernünftig gestaltet werden kann.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Dr. *Klaus Ulsenheimer*  
Maximiliansplatz 12/IV  
D-80333 München.

*Rolf-Werner Bock*  
Kurfürstendamm 182/IX  
D-10707 Berlin.

Buchbesprechung

## Transfusionsrecht

### Ein Handbuch für Ärzte und Juristen

**Erwin Deutsch, Albrecht W. Bender, Reinhold Eckstein und Robert Zimmermann**  
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH; Stuttgart 2001; ISBN 3-8047-1814-0

Ausgehend von folgenschweren Unregelmäßigkeiten bei Herstellung und Anwendung von Blutprodukten in den 90er Jahren kam es zur Schaffung eines speziellen Transfusionsgesetzes, welches mit dem 07.07.1998 in Kraft gesetzt worden ist. In der Folge wurden zunächst die "Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)" von einem Expertengremium angepaßt. Sie gelten im wesentlichen seit dem vergangenen Jahr. Jetzt liegen auch die überarbeiteten "Leitlinien zur Therapie mit Blutprodukten und Plasmaderivaten" vor.

Während im Gesetz die wesentlichen Grundsätze und unerläßlichen Pflichten fixiert worden sind, stellen die beiden anderen Dokumente Regelwerke für den praktischen Umgang mit Blutprodukten bzw. deren Indikationen und Kontraindikationen dar.

Das jetzt von *Deutsch, Bender, Eckstein und Zimmermann* vorgelegte Handbuch "Transfusionsrecht" kommt wie gerufen zu einem Zeitpunkt heraus, wo all diese neuen Regelungen auf die vor Ort mit Blutprodukten Befassten einströmen. Hier finden sie die Orientierung und Motivation bei der praktischen Umsetzung. Der interdisziplinäre Charakter der Darstellung hilft Ärzten bei der Einordnung in das allgemeine Medizinrecht und gibt gleichzeitig Einblick in rechtliche Konsequenzen. Juristen erhalten umfassende Hilfen bei Problemen im Zusammenhang mit Transfusionen, die aus den Richt- und Leitlinien naturgemäß nicht so detailliert hervorgehen können. Besonders hervorzuheben ist die umfassende Er-

örterung der aus dem Transfusionsgesetz resultierenden Neuerungen im Bereich der autologen Hämotherapie sowie der Gewinnung und Anwendung von Stammzellpräparationen. Auch der vom Transfusionsgesetz geforderten Qualitätssicherung wurde breiter Raum mit zahlreichen Hinweisen und Beispielen gewidmet. Klare Gliederung und übersichtliche Darstellung der Fakten und Hintergründe fördern Interesse und Verständnis des Lesers und schaffen Einsicht in Sinn und Nutzen der mit den neuen Regelungen eingehenden Mehrarbeit, z.B. bei Dokumentation, Qualitätssicherung und Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Die Bereitschaft sehr vieler Menschen zur Blutspende ermöglicht heute den Ärzten, schwerkranke Patienten lebensrettend bzw. -verlängernd zu behandeln. Viele moderne Therapieverfahren und Operationen sind ohne Blutprodukte nicht denkbar. Deshalb ist der verantwortungsvolle Umgang mit Blutprodukten von besonderer Bedeutung.

Das vorliegende Werk schärft den Blick und erleichtert die praktische Umsetzung dieses Anspruchs. Es dient darüber hinaus als Richtschnur zu kritischer Beurteilung ärztlichen Handelns im juristischen Rahmen. Damit stellt dieses Werk eine überaus hilfreiche Ergänzung zu den Richt- und Leitlinien dar, um das Transfusionsgesetz dem Geiste nach realisieren zu können. Jeder mit Transfusionsfragen befaßte Arzt und Jurist sollte es kennen und wird mit Sicherheit Gewinn daraus ziehen können.

*J. Radke*