

# Kausalität, Beweiswürdigung und Beweislastverteilung in der Arzthaftung

Teil 1 des dreiteiligen Artikels beschäftigt sich mit Grundsätzen des Kausalitätsnachweises.

von H. Dieter Laum und  
Ulrich Smentkowski

Erhebt ein Patient gegen eine Ärztin oder einen Arzt Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche aus vermuteter fehlerhafter Behandlung, hat grundsätzlich der Patient zu beweisen, dass dem Arzt ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie unterlaufen ist, und dass dieser Sorgfaltsmangel ursächlich für den von ihm geltend gemachten Gesundheitsschaden ist. Die Prüfung der Frage, ob der Arzt den im Zeitpunkt der Behandlung geltenden Standard fahrlässig unterschritten hat (§ 276 BGB) und ihm deshalb ein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist, ist in der Medizinschadenbegutachtung regelmäßig weniger schwierig als die Beantwortung der Frage, ob der Patient durch den Fehler einen Gesundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich erleiden wird.

In diesem dreiteiligen Beitrag werden die für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden und die für die Beweiswürdigung und Beweislastverteilung in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, die auch in der Spruchpraxis der Gutachterkommission Beachtung finden, mit Fallbeispielen erläutert. In diesem ersten Teil werden die Grundsätze des Kausalitätsnachweises, in dem in der November-Ausgabe erscheinenden zweiten Teil Fragen der Beweiswürdigung und Beweislastverteilung behandelt. Im dritten Teil (Januarheft 2009) sollen Besonderheiten des Kausalitätsnachweises bei ärztlichen Aufklärungsversäumnissen dargestellt werden.

## Zum Begriff des Gesundheitsschadens

Gesundheitsschäden sind nicht nur Dauerschäden, sondern auch vorübergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen, etwa vermeidbare Schmerzen, ver-

längerte Heilungsdauer, die Belastung mit einer nicht indizierten Operation oder mit notwendigen Revisionsoperationen. Ein Gesundheitsschaden kann sich auch in einer psychischen Erkrankung manifestieren. Bei verzögerter Krebsdiagnose lässt sich oft nicht feststellen, ob zum Beispiel Brustamputation, Metastasierung, psychische Belastung oder der Tod der Patientin bei rechtzeitiger Diagnose vermeidbar gewesen wären.

Gleichwohl kann nach der Entscheidungspraxis der Gutachterkommission ein Gesundheitsschaden durch Verschlechterung der Prognose und Verminderung der Heilungschancen entstanden sein. In solchen Fällen erstattet – wie die Gutachterkommission durch Rückfrage bei ärztlichen Berufshaftpflichtversicherern ermittelt hat – die Haftpflichtversicherung des belasteten Arztes meist einen Teil des entstandenen Schadens. Allerdings gibt es Fälle, in denen trotz verzögerter Diagnose eine Verminderung von Heilungschancen nicht feststellbar ist, beispielsweise bei besonders schnell wachsenden Tumoren, bei manchen Melanomen oder bei Tumoren, die erst sehr spät diagnostiziert werden konnten.

## Beispiele

- *Zwar war als fehlerhaft zu beanstanden, dass die an einem Diabetes mellitus leidende Patientin, die sich mit Beschwerden und Schwellung an einem Fuß bei dem Arzt vorstellte, über 6 Tage nicht adäquat behandelt wurde, weshalb es zu einer Blutzuckerentgleisung mit 487 mg/% kam. Ob ohne diesen Behandlungsfehler der später amputierte gangränöse Fuß zu retten gewesen wäre, blieb aber offen (Fall Nr. 2006/0385).*
- *Während der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft erkannte der Arzt eindeutige sonographische Hinweise auf eine Zwerchfellherniation des Feten nicht und unterließ dabei notwendige weitere Untersuchungen. Der Tod des Kindes im Alter von 14 Monaten hätte aber auch bei rechtzeitigem Nachweis der Zwerchfellhernie nicht verhindert werden können (Fall Nr. 2006/0356).*
- *Die zur Abklärung von Oberbauchbeschwerden, Gewichtsabnahme und Appetitlosigkeit durchgeführte Diagnostik war*

*zwar nicht umfassend, was zur vorwerfbaren Verzögerung der Diagnose eines Pankreaskopfkarzinoms um etwa 3 Monate führte. Auf den deletären Verlauf der Erkrankung waren die Versäumnisse aber ohne Einfluss (Fall Nr. 2006/0495).*

Nicht nur bei verzögerter Krebsdiagnostik, sondern auch bei anderen Behandlungsfehlern hat die Gutachterkommission die Verminderung von Heilungschancen als Gesundheitsschaden festgestellt, beispielsweise wenn der – nicht grob fehlerhaft handelnde – Notarzt bei Verdacht auf Herzinfarkt, Schlaganfall oder Appendizitis den Patienten nicht in ein Krankenhaus überwies oder wenn ein Krankenhaus die gebotene intensivmedizinische Behandlung versäumt oder den Patienten zu früh wieder in die Normalstation oder die intermediate-care-Station verlegt hat.

## Haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität

Für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Arztfehler und dem geltend gemachten Primärschaden (haftungsbegründende Kausalität) ist die volle Überzeugung des Gerichts oder der Gutachterkommission erforderlich (Strengbeweis i. S. v. § 286 ZPO). Das Beweismaß ist allerdings im Arzthaftungsrecht abgemildert. Eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit wird nicht mehr vorausgesetzt, sondern nur eine überzeugende Wahrscheinlichkeit im Sinne einer „praktischen Gewissheit“, die Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen (Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Auflage, Rn. 494, 513 m. w. N.).

Voller Beweis ist auch der Indizienbeweis. Er ist geführt, wenn bestimmte Tatsachen, beispielsweise Befunde oder die Art des Schadens (Indizien), zwingend auf andere Tatsachen, etwa den Verlauf der Krankheit, schließen lassen.

Zur haftungsbegründenden Kausalität gehört nicht nur die Gesundheitsverletzung, sondern der gesamte Primärschaden. Strengbeweis ist beispielsweise zu führen für die Fragen,

- ob der bei einem Kind vorliegende Hirnschaden auf einen Behandlungsfehler des Geburtshelfers zurückzuführen ist oder
- ob bei einem an einer Unterschenkelfraktur mit Sprunggelenksbeteiligung leidenden Patienten ein Kausalzusammenhang zwischen dem vom Arzt versäumten Hinweis auf die Fristgebundenheit der Osteosynthese und der später eingetretenen Gelenksarthrose besteht (BGH, Urteil vom 24.06.1986 – AHRS Teil I 6505/2).

Nur für die „haftungsausfüllende Kausalität“, nämlich den Ursachenzusammenhang zwischen dem Arztfehler und der Weiterentwicklung des Primärschadens, gilt ein geringeres Beweismaß, der so genannte Freibeweis im Sinne von § 287 ZPO. Gericht und Gutachterkommission können hierüber unter Würdigung aller Umstände nach freier Überzeugung entscheiden. Zur haftungsausfüllenden Kausalität gehören beispielsweise an den ersten Schaden (Verletzungserfolg) anknüpfende weitere gesundheitsschädigende Auswirkungen des Behandlungsfehlers, aber auch Ansprüche aus Verdienstausfall oder wegen Erwerbsunfähigkeit.

### Beispiele

- Die Frage, ob die durch eine unterbliebene rechtzeitige Faszienpaltung verursachte Nekrose der Muskulatur zu einer nicht mehr beherrschbaren Infektion geführt hat, die eine Amputation des Unterschenkels zur Folge hatte, ist nicht unter den strengeren Voraussetzungen des § 286 ZPO, sondern nach § 287 ZPO zu beantworten (BGH, Urteil vom 10.02.1987 – AHRS Teil I 6655/7).
- Über die Frage, ob die durch einen ärztlichen Fehler bei einer Operation entstandenen Schädigungen zu dem behaupteten Verdienstentgang geführt haben, hat das Gericht nach § 287 ZPO unter Würdigung aller Umstände nach freier Überzeugung zu entscheiden (BGH, Urteil vom 10.10.1967 – AHRS Teil I 6655/3).

### Conditio sine qua non

Der ursächliche Zusammenhang setzt als Minimalerfordernis voraus, dass das zum Schadensersatz verpflichtende Ereignis – hier der Behandlungsfehler oder Aufklärungsmangel – nicht hinweggedacht oder, wenn der Fehler in einer Unterlassung besteht, nicht hinzugedacht werden kann, ohne dass der Schaden entfielen (conditio sine qua non). Diese Feststellung ist im Arzthaftungsrecht schwierig, weil sich

hypothetische Entwicklungen des menschlichen Organismus nicht mit naturwissenschaftlicher Sicherheit nachweisen lassen.

Die Ausräumung aller nur denkbaren abweichenden Möglichkeiten ist aber für den Weg zur „praktischen Gewissheit“ nicht notwendig. Gleichwohl: wenn Juristen diese Kausalitätsfrage stellen, werden sie von den medizinischen Sachverständigen nicht immer recht verstanden. Dazu kommt das Alles-oder-Nichts-Problem: bei Bejahung der Kausalität sprechen die Gerichte alles zu, bei ihrer Verneinung nichts. Eine anteilige Bemessung des zu ersetzenden Schadens nach dem Grad der Gewissheit ist dem deutschen Recht fremd. Das hindert die ärztlichen Berufshaftpflichtversicherer jedoch – wie dargelegt – nicht, bei Verschlechterung der Heilungschancen den Schaden anteilig zu regulieren.

### Adäquanztheorie

Den relevanten Zurechnungszusammenhang (siehe Abschnitt Zurechnungszusammenhang) zwischen Fehler und Schaden schränkt die in der Rechtsprechung herrschende „Adäquanztheorie“ dahin ein, dass gänzlich unwahrscheinliche Schäden dem Schädiger nicht zugerechnet werden. Deshalb entfällt beispielsweise für den primär in Anspruch genommenen Arzt der Zurechnungszusammenhang für Schäden, die nachbehandelnde Ärzte später durch grobe Fehler bei der Behandlung des Primärschadens hervorgerufen haben (BGH NJW 1989, 768; OLG Köln VersR 1994, 989). Grundsätzlich haftet aber der Arzt auch für Schäden, die durch (einfache) Fehler nachbehandelnder Ärzte entstanden sind; denn ohne den Erstfehler wäre es nicht zu dem Folgeschaden gekommen.

### Beispiel

- Bei sorgfältiger klinischer Untersuchung hätten den Ärzten einer unfallchirurgischen Abteilung der unfallbedingte Quadrizepssehnenriss nicht entgehen dürfen. Durch den Diagnosefehler wurde die erforderliche Operation um 4 Wochen verzögert und eine fehlerhafte konservative Therapie in der Tutorschiene und durch elastische Wicklung des Oberschenkels eingeleitet. Wenn der ambulant nachbehandelnde, am Begutachtungsverfahren nicht beteiligte Arzt seinerseits ebenfalls Fehler gemacht haben sollte, beseitigt dies die Haftung der Antragsgegner, die eine falsche Weichenstellung in der Behandlung zu verantworten hatten, nicht (Fall Nr. 2006/0665).

### Zurechnungszusammenhang

Voraussetzung für die Einstandspflicht des Arztes ist, dass zwischen Behandlungsfehler und Schaden ein Zurechnungszusammenhang besteht. Die adäquate Zurechnung eines Schadens (siehe Abschnitt Adäquanztheorie) steht unter dem Vorbehalt des haftungsbegrenzenden Zwecks der verletzten Haftungsnorm. Eine Schadenersatzpflicht besteht deshalb nur, wenn der geltend gemachte Schaden aus dem Bereich der Gefahren stammt, zu deren Abwendung die verletzte Norm – hier die Pflicht zur gebotenen Sorgfalt in Diagnose und Therapie – erlassen wurde, also nicht für fehlerunabhängig eingetretene Schäden (vgl. hierzu auch Steffen/Pauge, a. a. O., Rn. 309 ff.; Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kap. 4, Rn. 349, 350).

### Beispiel

- Ziehen die behandelnden Krankenhausärzte zur Vorbereitung einer orthopädischen Operation (hier: einer Kyphoskoliose) konsiliarisch einen niedergelassenen Gynäkologen hinzu, um das Bestehen einer Schwangerschaft bei der Patientin abzuklären, so werden bei dessen Fehldiagnose der Unterhaltsaufwand und der sonstige durch die Geburt des Kindes verursachte materielle Schaden auch dann nicht von der Haftung des Krankenhausärzters erfasst, wenn sich die Patientin bei Nachweis der Schwangerschaft wegen ihrer körperlichen Behinderungen zu einem rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch entschlossen hätte, weil der Schutz vor Unterhaltsaufwendungen und sonstigen wirtschaftlichen Belastungen durch ein ungewolltes Kind nicht Gegenstand des Behandlungs- oder Beratungsvertrages war (BGH VersR 2000, 634).

### Mitursächlichkeit, Teilkausalität und kumulative Kausalität

Die Zurechnung des Schadens wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass auch andere – nicht abgrenzbare – Ursachen zum Schaden beigetragen haben. Versäumnisse des beschuldigten Arztes müssen nicht die einzigen und nicht einmal die überwiegenden oder wesentlichen Ursachen für die Entstehung des Schadens sein. Vielmehr führt bloße Mitursächlichkeit des Fehlers grundsätzlich zur Zurechnung des gesamten Schadens. Dieser Grundsatz des Schadensersatzrechts ist nicht allen Ärzten bekannt.

### Beispiel

• Die Unterlassung einer Infusionstherapie mit Natrium und Kalium bei Herzinsuffizienz hat zu erheblicher Verschlechterung des Allgemeinzustands infolge Hyponatriämie, Hypokaliämie und Niereninsuffizienz, schließlich zum Tod bei Panzytopenie, therapieresistenter Sepsis und respiratorischer Insuffizienz beigetragen. Daneben kam eine wegen Colitis ulcerosa notwendige und durchgeführte medikamentöse Therapie mit Methotrexat als Ursache in Betracht. Welche Folgen die festgestellten Behandlungsfehler der beteiligten Ärzte für den Patienten hatten, ließ sich angesichts der mehrschichtigen Pharmakotherapie mit weiteren Arzneimitteln (Saluretika, Digitalis, Sotalex) nicht abgrenzen. Gleichwohl muss der für die Unterlassung der Infusionstherapie verantwortliche Arzt für den Tod des Patienten haften (Fall Nr. 2005/0346).

Es kann für Ärzte schwer verständlich sein, dem Patienten allein haften zu müssen, wenn sie andere Ärzte für mitverantwortlich halten, die der Patient nicht haftungsrechtlich in Anspruch genommen hat. In solchen Fällen bleibt den belasteten Ärzten aber die Möglichkeit, von den mitverantwortlichen Ärzten einen nach dem Maß der Verursachung und dem Grad des Verschuldens abgestuften Gesamtschuldnerausgleich nach § 426 BGB zu verlangen.

Diese Aufgabe wird in der Regel von der Haftpflichtversicherung des beschuldigten Arztes wahrgenommen.

Haben der ärztliche Behandlungsfehler und ein weiterer, dem Arzt nicht zuzurechnender Umstand einen abgrenzbaren Schaden verursacht, kann also zwischen einem fehlerbedingten Anteil und einem nicht fehlerbedingten oder fremdfehlerbedingten Schaden differenziert werden, wird der Schaden nur anteilig zugerechnet. Solche Fälle von „Teilkausalität“ kommen vor beispielsweise für Teile des Schadens, die auf Grundkrankheiten, Suchtmittelabhängigkeit oder einem Unfall des Patienten beruhen und sich trotz aller ärztlichen Sorgfalt nicht beseitigen oder vermeiden lassen.

### Beispiel

• Wegen unzureichender Röntgenkontrollen wurde die Entwicklung einer Fehlstellung der initial sachgerecht im Gips behandelten distalen Radiusfraktur schuldbaft nicht erkannt und eine rechtzeitige operative Stabilisierung versäumt. Hierauf war die Notwendigkeit einer Korrekturosteotomie zurückzuführen. Die sich als „Zweiterkrankung“ entwickelnde Sudeck'sche Dystrophie wurde als schicksalhafte, auf der Konstitution des Patienten beruhende unfallbedingte Komplikation, nicht aber als auf dem Behandlungsfehler beruhender Schaden bewertet (Fall Nr. 1986/0177).

Ein Zurechnungszusammenhang kann auch dann bestehen, wenn der Schaden bei einem gesundheitlich vorgeschädigten Patienten durch das Zusammenwirken des Arztfehlers und des schlechten Gesundheitszustandes des Patienten entstanden ist (kumulative Kausalität).

### Beispiel

• Wird bei einer 83-jährigen, an einem dementiellen Syndrom leidenden Patientin einer Hypovolämie nicht durch ausreichende bilanzierte Flüssigkeitszufuhr entgegen gewirkt und die medikamentöse Behandlung von Unruhe mit der Folge sturzbedingter Verletzungen versäumt, sind die in einer richtunggebenden Verschlimmerung der Grundkrankheit bestehenden weiteren Auswirkungen des Sturzes im Sinne vollstationärer Pflegebedürftigkeit ursächlich auf die ärztlichen Sorgfaltsmängel zurückzuführen (Fall Nr. 2006/0376).

Präsident des Oberlandesgerichts a. D.  
**Dr. jur. H. Dieter Laum** ist Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein,  
**Ulrich Smentkowski** ist Leiter der Geschäftsstelle

Teil 2 des Artikels, der sich mit Einzelheiten zur Beweislastverteilung beschäftigt, wird in unserem Novemberheft erscheinen.



**Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen Nordrhein**

### „Die ärztliche Betreuung von Patienten mit chronischem Lungen- und Herzversagen am Ende ihres Lebens – keine Einbahnstraße ins Krankenhaus!“

Datum: Mittwoch, 29. Oktober 2008, 16.00 – 19.30 Uhr, Ort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

#### Begrüßung und Einführung

Dr. med. Klaus-U. Josten

#### Moderation

Dr. med. Anja Mitrenga

#### Zur Diskussion aufgefordert

Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek

#### Palliativmedizinische Versorgung von kardiologisch und/oder pulmonal erkrankten Patienten – eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Herausforderung!

Prof. Dr. med. Raymond Voltz

#### Schlusswort

Dr. med. Klaus-U. Josten

#### Die ärztliche Begleitung der Patienten im Krankenhaus mit dem Wunsch der Entlassung (Möglichkeiten bei Luftnot, Möglichkeiten und Grenzen der Beatmung zu Hause)

Prof. Dr. med. Helmut Teschler

**Anmeldung unter:** E-Mail: [iqn@aekno.de](mailto:iqn@aekno.de)

**Zertifiziert:** 4 Punkte

**Rückfragen unter:**

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Tel.: (49) 0211/43 02-1571, Fax: (49) 0211/43 02-18571

Internet: [www.iqn.de](http://www.iqn.de)

#### Sterbebegleitung des Patienten am Lebensende – was kann der Hausarzt heute leisten?

Bernd Zimmer

**IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein**

Eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

#### Der Umgang mit der Patientenverfügung

Dr. iur. Dirk Schulenburg