fundamental und die Nichtreaktion hierauf grob fehlerhaft gewesen wäre. Es sei anzunehmen, dass die später festgestellte Venenthrombose am Untersuchungstag schon vorgelegen habe. Es könne aber nicht festgestellt werden, dass eine standardgerechte Therapie mit gewichtsadaptierter Dosierung von Clexane® das Auftreten der Lungenembolie hätte verhindern können. Eine fachgerechte Behandlung hätte jedoch das Risiko für diese später eingetretene Entwicklung deutlich reduzieren können. Die Beweislast dafür, dass die Lungenembolie und die Langzeitfolgen der Beinvenenthrombose wie andauernde Beinschwellung, Gehbeeinträchtigung und Notwendigkeit lebenslanger Therapie mit einem blutgerinnungshemmenden Medikament auch bei sachgerechter Therapie eingetreten wäre, treffe allerdings wegen der hier eintretenden Beweislastumkehr die Antragsgegner 1).

Antragsgegner 2)

Für die Behandlung des Antragstellers durch die Antragsgegnerin 2) gelte dasselbe. Sie hätte den Wadenschmerz, den sie fälschlicherweise ohne weitere einschlägige Untersuchungen einem Muskelfaserriss zuordnete und mittels Unterschenkelgipschiene sowie Thromboseprophylaxe mit 0,4 ml Clexane® behandelte, als erstrangiges Leitsymptom einer tiefen Venenthrombose auffassen und eine diesbezügliche zielgerichtete Diagnostik durchführen müssen. In deren Unterlassung liege ebenfalls ein einfacher Befunderhebungsfehler, der nach Maßgabe von § 630h Abs. 5 S. 2 BGB zur Beweislastumkehr führe. Als die Antragsgegnerin 2) nach mehr als zwei Wochen dann doch eine tiefe Venenthrombose in Betracht zog, sei im Übrigen auch die Empfehlung einer bloß „zeitnahen Vorstellung“ in einer gefäßchirurgischen Klinik fehlerhaft gewesen. Geboten war eine sofortige Vorstellung.

Antragsgegner 3)

Bei dem Antragsgegner 3) habe eine thorakale Symptomatik mit Druckschmerz im Bereich der vorderen unteren Rippen rechts und seitlich, auskultatorisch Vesikuläratmen ohne Pleurareiben, im Vordergrund gestanden. Weil der Antragsgegner 3) nach eigenem Vorbringen differentialdiagnostisch an eine Lungenembolie gedacht habe, sei es unverständlich, dass er diesem Verdacht nicht weiter nachgegangen, sondern sich ohne weiteres auf die Diagnose einer Rippenzerrung bei Fehlbelastung festgelegt und mit Diclofenac behandelt habe. Er hätte den Antragsteller schon wegen der Möglichkeit eines tödlichen Verlaufs einer Lungenembolie sofort zur weiteren Diagnostik mittels Computertomographie oder Lungenszintigraphie in eine Klinik einweisen müssen. Wenn auch diese Unterlassung als einfacher Befunderhebungsfehler gewertet werde, so führe dieser nach den hierfür maßgeblichen Kriterien ebenfalls zur Beweislastumkehr.

Zusammenfassend haben also alle drei Antragsgegner zu beweisen und darzulegen, dass die bei dem Antragsteller als Folge der Beinvenenthrombose eingetretenen primären Gesundheitsschäden nicht durch die festgestellten Befunderhebungsfehler verursacht worden sind. Hierunter dürften im vorliegenden Falle sämtliche festgestellten gesundheitlichen Störungen des Antragstellers fallen, die dadurch entstanden sind, dass weitere Untersuchungen und die Behandlung der im Behandlungszeitraum manifesten Beinvenenthrombose unterblieben sind². Dieser Beweis kann nicht geführt werden.

2) BGH, Urt. v. 2.7.2013 – VI ZR 554/12 –, VersR 2013, 1174 = NJW 2013, 3094.

REZENSIONEN

DOI: 10.1007/s00350-017-4567-3

Die Haftung des Arztes im Praktischen Jahr aus strafrechtlicher und zivilrechtlicher Perspektive.

Von Peter Ernst. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, Düsseldorf Rechtswissenschaftliche Schriften Band 143, 2016, 309 S., kart., €79,00

Was darf ein Student im Praktischen Jahr (PJ) der Ausbildung zum Mediziner? Mit dieser Frage beschäftigt sich die Düsseldorfer Dissertation von Ernst, die Frister betreut hat. Die Arbeit ist in 5 Kapitel gegliedert. Kapitel 1 und 2 führen in das Thema und den Status des PJlers ein. Kapitel 3 handelt die strafrechtliche Verantwortlichkeit ab. Der zivilrechtlichen Haftung ist das 5. Kapitel gewidmet, ehe der Autor im Kapitel 5 sein Fazit zieht.

Zunächst widmet sich der Verf. der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Facharztes, sodann des Assistenzarztes in der arbeitsteiligen Organisation eines Krankenhauses, um sodann auf den PJler überzuleiten. Es schließen sich Ausführungen zur Verantwortung der Vorgesetzten des PJlers bei der Delegation ärztlicher Aufgaben und

deren Überwachung an. Der PJler darf danach keine Maßnahmen durchführen, die dem ärztlichen Personal vorbehalten sind und auch sonst nur das, was er praktisch beherrscht. In Betracht kommt eine strafrechtliche Verantwortlichkeit insbesondere dann, wenn der Studierende im PJ sich eines Übernahmeverschuldens schuldig macht, wie etwa in dem Bielefelder Fall einer (erkennbaren) Medikamentenverwechslung.

Bei der zivilrechtlichen Haftung werden zunächst die im Krankenhaus möglichen Vertragsgestaltungen abgehandelt. Den Schwerpunkt bei der Haftung legt der Verf. auf die deliktische Haftung aus § 823 BGB, wie dies ja traditionell auch die Rechtsprechung tut. Hier wird gleichsam spiegelbildlich zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit die Körperverletzung zivilrechtlich abgehandelt einschließlich der der Vorgesetzten und der Organisation „Krankenhaus“. Abgerundet wird das Ganze durch eine Übersicht über den innerbetrieblichen Schadensausgleich und mögliche Freistellungsansprüche gegen den Krankenhausträger bei einer unmittelbaren Inanspruchnahme aus § 823 Abs. 1 BGB. Da der PJler kein Arbeitnehmer ist, kommt nur eine analoge Anwendung der Grundsätze des innerbetrieblichen Schadensausgleiches in Betracht, wofür der Verf. plädiert.

Am Beispiel des „kleinen Rädchens PJler“ stellt der Verf. das System der vertikalen Arbeitsteilung in einem Krankenhaus einschließlich der Haftung für Schädigungen beim Patienten erschöpfend dar. Wer sich mit diesem Aspekt noch nicht beschäftigt hat, dem ist das Buch ein verlässlicher Leitfaden. Wer sich damit schon auskennt, der bekommt ein Update der dazu vorliegenden Rechtsprechung und Literatur geboten.