

Durchblick

EDITORIAL



Dr. Wolfgang Kopsa

Unser Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen, und man kann gespannt sein, wie eine neue Regierung die Akzente setzen wird. Wir Radiologen sind jedenfalls gefordert, uns in diesem Umfeld zu behaupten und strategisch zu platzieren. Ich möchte hier auf den Kommentar unseres Präsidenten Klaus Wicke auf Seite 4 verweisen.

Zum wichtigen Thema der Arzthaftung starten wir diesmal eine Artikelserie, hoffentlich gefällt Ihnen unser dazu adaptierter Tom-o-Graph, der die doch sonst eher spröde Materie etwas auflockern soll.

Ein immer bedeutenderer Bereich der Radiologie ist die Herzbildgebung. Ich danke Klaus Hergan daher besonders für seinen Bericht über das letzte interdisziplinäre Herzmeeting im Oktober 2006. Passend dazu finden Sie auf Seite 4 die Ankündigung für den 2. Crashkurs Thorax-Herz im Juni 2007.

Viel Freude beim Lesen des neuen Durchblicks, ein frohes Weihnachtsfest und ein erfolgreiches 2007 wünscht Ihr

Wolfgang Kopsa

Inhalt

Die Haftung des Arztes.....	Seite 1
Fortsetzung des Artikels von Seite 1.....	Seite 2
Impressum	Seite 2
Aktuelles aus der Herzdiagnostik	Seite 3
Statement des Präsidenten	Seite 4

Die Haftung des Arztes, der Arzt in Haft?

„Arzthaftung“ ist ein Schlagwort, mit dem die Ärzte immer wieder und vor allem immer öfter konfrontiert werden, eine Vielzahl an Veranstaltungen und Artikeln zu diesem Thema in letzter Zeit beweisen das.

Dies liegt unter anderem auch daran, dass die Patienten – nicht zuletzt durch Informationen via Internet – immer aufgeklärter werden sowie eine stärkere Einbindung in ihre Behandlung fordern und nicht zuletzt vorhandene oder behauptete Missstände in Krankenhäusern und Arztpraxen die Hüter der Gesetze zur Tätigkeit aufordern.

Keine Angst, es soll hier keine juristische Abhandlung zum Thema Haftung erfolgen, das wäre in der gewünschten Kürze auch nicht möglich, sondern es geht darum, zu sensibilisieren und einen sehr groben Überblick zu verschaffen, wobei auf Details (z. B. Voraussetzungen für die Abschlussfähigkeit eines Behandlungsvertrages, Aufklärung, Dokumentation, Beweislastverteilung usw.) in diesem Artikel nicht weiter eingegangen werden kann.

Ausgehend von diesem ersten groben Überblick soll das komplexe Thema der Arzthaftung in den nächsten Ausgaben sukzessive beleuchtet und natürlich auf die für die Radiologie besonderen Aspekte eingegangen werden, wie die

Aufklärung vor radiologischen Untersuchungen, speziell die Kontrastmittelgabe und die damit verbundenen Risiken, richtiger Zeitpunkt der Erstaufklärung und die praktikable Umsetzung im Alltag, Versicherungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Grundlage für die Vornahme einer medizinischen Handlung ist der Abschluss eines Behandlungsvertrages. Dieser wird seitens des Patienten in der Regel mit dem Rechtsträger einer Krankenanstalt oder einem niedergelassenen Arzt (im Folgenden einheitlich als „Behandler“ bezeichnet) schriftlich, mündlich oder durch schlüssiges Handeln abgeschlossen.

Auf Grund des **ärztlichen Behandlungsvertrages** schuldet der Behandler dem Patienten eine fachgerechte, dem objektiven Standard des jeweiligen medizinischen Fachgebietes entsprechende Behandlung, grundsätzlich aber nicht einen bestimmten Erfolg. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist auch die Erwähnung, dass Spitalsärzte – so wie überhaupt das Personal eines Spitals – so genannte Erfüllungsgehilfen (iSd § 1313a ABGB) des Rechtsträgers sind und sich dieser deren Verhalten zurechnen lassen muss, d. h. dass der Rechtsträger für allfälliges Fehlverhalten der Erfüllungsgehilfen wie für eigenes einzustehen hat. Ebenso haftet der niedergelassene Arzt für Personen, denen er sich ➤





Arzt handelt nicht fahrlässig, wenn die von ihm gewählte Behandlungsmethode einer Praxis entspricht, die von angesehenen, mit dieser Methode vertrauten Medizinerinnen anerkannt ist, selbst wenn ebenfalls kompetente Kollegen eine andere Methode bevorzugt hätten. Eine Behandlungsmethode ist grundsätzlich so lange als fachgerecht anzusehen, als sie von einer anerkannten Schule medizinischer Wissenschaft vertreten wird.

Wenn einem Arzt ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird, steht neben der Vertragsverletzung auch der Vorwurf einer strafbaren Handlung im Raum. In Betracht kommen im ärztlichen Berufsleben in der Regel Klagen wegen fahrlässiger Körperverletzung gem. § 88 StGB und fahrlässiger Tötung gem. § 80 StGB; vorsätzliche Körperverletzung bzw. Tötung kommen in diesem Bereich äußerst selten vor, wenn dann z. B. aus Rache oder bei Vorliegen von Abartigkeiten. Die **Rechtsfolgen der deliktischen Haftung** sind Haft- und Geldstrafen. Die **Rechtsfolgen der vertraglichen Haftung** sind in der Regel Geldstrafen aus dem Titel

zur Erfüllung seiner Leistungspflicht bedient (z. B. Ordinationsmitarbeiter). In welchen Fällen kann nun im Regelfall ein Patient seinen Vertragspartner aus dem Behandlungsvertrag in Anspruch nehmen? Grundsätzlich dann, wenn der Patient dem Vertragspartner einen Behandlungsfehler vorwirft oder wenn die Aufklärung mangelhaft war und sich das Risiko verwirklicht, über welches aufgeklärt werden hätte müssen.

Ein **Behandlungsfehler** und somit Ärzten anzulastendes Fehlverhalten liegt vor, wenn diese nicht nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung vorgegangen sind oder die übliche Sorgfalt eines ordentlichen, pflichtgetreuen Durchschnittsarztes in der konkreten Situation vernachlässigt haben. Wobei in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen ist, dass in den meisten zivilgerichtlichen Verurteilungen die Haftung nicht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers gestützt wird, sondern auf die mangelhafte Aufklärung. Die am Patienten angewendete Behandlungsmethode muss also den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft und den Regeln der ärztlichen Kunst folgen. Der

des Schadenersatzes oder Verbesserung (z. B. Wiederholung der Heilbehandlung), Preisminderung (Reduktion des Honorars) oder Wandlung des Vertrages (Vertragsaufhebung und Rückzahlung des Honorars) aus dem Titel der Gewährleistung. Der Behandler kann sich für den Fall, dass er schadenersatzpflichtig wird und das vorgeworfene Fehlverhalten durch einen seiner Erfüllungsgehilfen schuldhaft verursacht wird, seinerseits bei diesem – abhängig vom Verschuldensgrad – regressieren. Zum anderen kann ein Dienstgeber disziplinarrechtliche Maßnahmen einleiten.

Wegen **mangelhafter Aufklärung** ist zivilrechtlich auch dann zu haften, wenn die Behandlung lege artis durchgeführt worden ist. Wenn der Behandler seiner Aufklärungspflicht nicht genügend nachgekommen ist und sich bei dem Patienten ein Risiko verwirklicht hat, über das dieser hätte aufgeklärt werden müssen, wird der Arzt dafür haftbar, ohne dass es dazu noch des Nachweises des Vorliegens eines hier ebenfalls geltend gemachten Behandlungsfehlers und dessen Kausalität für die beim Patienten eingetrete-

nen Körperschäden bedürfte. Der Grund liegt darin, dass jede ärztliche Maßnahme in innere Lebensvorgänge eingreift oder die körperliche Integrität verletzt und somit den Tatbestand einer Körperverletzung sowohl im zivil- als auch strafrechtlichen Sinn verletzt und somit nur gerechtfertigt ist, wenn die Zustimmung des Patienten vorliegt. Eine allfällige Zustimmung setzt aber voraus, dass der Patient rechtzeitig über die beabsichtigte Maßnahme, allfällige Alternativen, Erfolgsaussichten und die möglichen negativen Folgen Bescheid weiß, damit er sich frei entscheiden kann.

Während das Vorliegen eines Behandlungsfehlers durch den Patienten zu beweisen ist, liegt die Beweislast, dass die Aufklärung ausreichend erfolgt ist, beim Behandler. Um diesen Beweis erfolgreich führen zu können, ist eine zeitnah geführte, vollständige und widerspruchsfreie **Dokumentation** von Nöten. Aufklärung, Dokumentation und Beweislastverteilung sind von immanenter Wichtigkeit und dienen der Haftungsminimierung.

Schadenersatzpflichtig wird der Behandler aber nur, wenn der Haftungstatbestand vollständig erfüllt ist, das heißt, wenn ein Schaden eingetreten ist, die gesetzte Handlung oder Unterlassung des Behandlers bzw. dessen Erfüllungsgehilfen kausal für den Schaden ist, die Handlung oder Unterlassung rechtswidrig ist und ein Verschulden vorliegt. Wie in jedem Gerichtsverfahren ist der Ausgang u. a. stark abhängig von den vorhandenen Beweisen.

Zurzeit gelangen erfreulicherweise bei weitem nicht alle Vorwürfe ärztlichen Fehlverhaltens vor die Gerichte. Vielfach können Konflikte aus dem Patient-Behandler-Verhältnis außergerichtlich bereinigt werden. Die zwei Einrichtungen, welche die meisten Fälle der **außergerichtlichen Streitbeilegung** betreuen, sind die **Patientenanzwaltschaften** und die **Schlichtungsstellen der Landesärztekammern**. Eine außergerichtliche Streitbeilegung erfordert Freiwilligkeit auf beiden Seiten.

Durch die Befassung der Schlichtungsstellen tritt Hemmung des Ablaufes der Verjährung ein, so dass bei Nichteinigung der Patient seine zivilrechtlichen Ansprüche, welche grundsätzlich nach Ablauf von drei Jahren ab Kenntnis von Schaden und Schädiger verjähren, weiterhin geltend machen kann.

Zu diesem Thema ausführlicher Kletecka-Pulke/Kletecka in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis (Stand Dezember 2005).

Mag. Erika Meinolf,
redaktionelle Mitarbeit W. Kopsa ●

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: VBDO – Verband für Bildgebende Diagnostik Österreich, Kremsergasse 16a, 3101 St. Pölten, E-Mail: office@vbdo.at, http://www.vbdo.at; für den Inhalt verantwortlich: Dr. Wolfgang Kopsa; grafische Gestaltung: Gabriele Roseneker, 1170 Wien. Fotos: Dr. Wolfgang Kopsa, privat, Bilderbox. Illustration: Gabriele Roseneker. Aussagen und Angaben von Interviewpartnern oder sonstigen Dritten in den Informationen des VBDO werden als persönliche Auffassung wiedergegeben, die sich nicht mit der des Herausgebers decken muss. Änderungen, Druckfehler und Irrtümer vorbehalten. Allfällige Empfehlungen sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbefreienden noch haftungsbegründenden Charakter.

Aktuelles aus der Herzdiagnostik mit Schwerpunkt CT/MRT

Die Aktivitäten der österreichischen Radiologen auf dem Gebiet der nichtinvasiven Herzdiagnostik mittels MSCT und MRT in den letzten 6 Jahren scheinen nicht umsonst gewesen zu sein.

Mit Gründung der AG kardiovaskuläre Bildgebung im Jahre 2001 durch Univ. Doz. Dr. Klaus Hergan wurde eine Plattform ins Leben gerufen, die zwar anfangs als offene Konfrontation von Kardiologen angesehen wurde, nun aber nach Jahren intensiver Bemühungen um Aufklärung und Ausräumung von Missverständnissen zu einer fruchtbaren Kooperation der Fachgruppen geführt hat. Mittlerweile ist die ursprüngliche AG in die AG für cardiale Bildgebung der ÖRG integriert worden. Den unermüdlichen Aktivitäten der AG und den internationalen Entwicklungen gerecht werdend haben sich Österreichs Radiologen auf dem Sektor der nichtinvasiven Herzdiagnostik enorm weiterentwickelt. Die Weiterbildung auf diesem Sektor wird sich insofern noch beschleunigen, als die cardiale Bildgebung nun auch ein Teilbereich der Facharztprüfung für Radiologen geworden ist.

Daher ist die AG bestrebt jährliche Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. Die diesjährige „Interdisziplinäre Herztagung III“ wurde am 13./14. Oktober im EVN Forum in Maria Enzersdorf bei Wien abgehalten. Knapp 180 Teilnehmer unterschiedlicher Fachgruppen mit einer geringen Dominanz an Radiologen und Radiotechnologen erlebten einen dynamischen, interdisziplinären Wissensaustausch zwischen Kardiologen, Radiologen und Herzchirurgen. Diesmal neu integriert waren auch Nuklearmediziner, zwar noch in der Minorität vertreten, aber erstmals als Partner der nichtinvasiven Herzdiagnostik aktiv anwesend.

Aus radiologischer Sicht können dem Meeting drei wesentliche Punkte entnommen werden. Erstens wird die Radiologie als Partner in der nichtinvasiven Herzdiagnostik zunehmend akzeptiert. Dies liegt an der enormen Technologieentwicklung der letzten



Interdisziplinäre Herzdiagnostik III, Maria Enzersdorf. Es sprach Univ. Doz. Dr. Klaus Hergan über MSCT bei Herzmissbildungen. Vorsitzender der Sitzung: Univ. Doz. Dr. Sebastian Globits (St. Pölten) und OA Dr. Thomas Trieb (Innsbruck).



Herz-CT eines Bypass-Patienten mit vier offenen Bypässen.

Jahre, aber auch am steigenden Interesse und Wissensstand der Radiologen. Zweitens haben Herzchirurgen andere Anforderungen an die Radiologie wie Kardiologen. Die Kommunikation der Herzchirurgen mit Radiologen scheint von Anfang an sehr gut zu funktionieren. Die nichtinvasive Herzdiagnostik wird von der Herzchirurgie als wichtiges präoperatives Tool bei einer Reihe von Herzerkrankungen insbesondere in der Bypassdiagnostik, künftig auch bei der Aortenklappenstenose, beim dissezierenden Aortenaneurysma und in der Notfalldiagnostik angesehen. Natürlich stehen wir als Radiologen hier zwischen den Fronten und müssen mit guter Bild- und Befundqualität allen unseren Zuweisern gerecht werden. Jedenfalls kann die lebhaft Diskussions nur fruchtbar für unsere Patienten sein. Bei der im Rahmen der Tagung abgehaltenen Task-Force-Sitzung „Kardiologie – Radiologie“ wurde ein von Kardiologen sehr ausführlich und fundiert ausgearbeitetes Paper zu den Indikationen des Herz-CT lebhaft emotional, aber auch fachlich kompetent diskutiert. Bis zur nächsten Sitzung im Jänner 2007 sollen die streitbaren Punkte des Manuskripts aufgezeigt und bespro-

chen werden, sodass im nächsten Jahr eine Empfehlung zu den Herz-CT Indikationen erscheinen kann. Es wird darauf zu achten sein, dass mit dieser Leitlinie der intra- wie extramuralen Radiologie Rechnung getragen wird, um unsere Patienten ohne unüberwindbare Hürden untersuchen zu können. Um eine Untersuchungs- und Befundqualität am Sektor der nichtinvasiven Herzdiagnostik bieten zu können, werden die Ausbildungskriterien zur Anwendung des Herz-CT und Herz-MRT voraussichtlich an die Guidelines des American College of Radiology angepasst.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen, die mitgeholfen haben, die nichtinvasive Herzdiagnostik in Österreich erfolgreich werden zu lassen, herzlich bedanken. Zuletzt bleibt noch die Ankündigung nach Beschluss in der Task-Force-Sitzung, dass die „Interdisziplinäre Herzdiagnostik IV“ im Oktober 2007 in Salzburg stattfinden wird.

Univ. Doz. Dr. Klaus Hergan
Leiter AG cardiale Bildgebung der ÖRG ●

STATEMENT

Nach der Wahl ist vor der Wahl



Dr. Klaus Wicke

Dieser von Politikern gerne verwendete Satz deckt sich inhaltlich auch mit der Situation der privaten CT- und MRT-Institute. Kurz nach der Wahl hörten wir, dass die längst fällige nachhaltige Reform des Gesundheitswesens über eine Reduktion der Medikamentenkosten und der zu zahlreich vorhandenen Großgeräte erfolgen soll. Dieser Gedanke ist nicht neu, sieht doch der ÖSG eine Reduktion der extramuralen CT- und MRT-Geräte um 8 CT bzw. 1 MRT gegenüber dem GGP 2004 vor. Gleichzeitig rüste man intramural um 7 CT- und 9 MRT-Geräte auf. Warum sucht man nicht Kooperationen mit privaten Anbietern statt Steuermittel in neue Geräte zu stecken? Viel einsparen wird man auch nicht können,

betragen doch die Kosten der Gebietskrankenkassen für bildgebende Institute gerade mal um die 5% ihrer Gesamtausgaben. Natürlich hatten wir eine deutliche Zunahme der MR-Untersuchungszahlen in den letzten Jahren. Bei Einführung einer neuen Methode ist das normal. Aber jetzt sind wir fast bei der Vollversorgung angelangt und die Kurven flachen ab. Die Qualität dieser Methode steht außer Frage, haben doch 2003 Lauterbur und Mansfield für ihre Entdeckungen in Bezug auf die Abbildung mit Magnetresonanz den Nobelpreis verliehen bekommen.

Sind Gesundheitspolitiker Maschinenstürmer? Sollten wir nicht stolz sein, ein Versorgungsniveau erreicht zu haben, um das uns andere Industriestaaten beneiden? Muss man sich in allem dem (EU-)Durchschnitt anpassen, auch wenn es einen Rückschritt bedeutet?

Die VBDO-Mitgliedsinstitute versorgen seit Jahren große Teile der Bevölkerung zu deren vollster Zufriedenheit. Auch unsere Zuweiser schätzen uns als kompetente und verlässliche Partner. Wir investieren regelmäßig in die Erneuerung unserer Geräte und haben uns im Gesamtvertrag zur kontinuierlichen Fortbildung auch unseres Personals verpflichtet.

Bleibt zum Schluss die Frage: Was ist eigentlich falsch an Investitionen ins Gesundheitssystem? Die Wertschöpfung bleibt im Lande, die Bevölkerung fühlt sich gut versorgt und die nächsten Wahlen kommen bestimmt.

Die politische Linie wird vermutlich noch länger nicht feststehen, sicher ist aber, dass Weihnachten vor der Tür steht. Aus diesem Grund erlaube ich mir schon heute Ihnen ein friedliches und erholsames Fest zu wünschen. Für das kommende Jahr alles Gute und viel Erfolg! Mögen wir alle von Schicksalsschlägen wie im abgelaufenen Jahr verschont bleiben.

Herzlichst Ihr

Klaus Wicke

VBDO – Verband für Bildgebende Diagnostik Österreich steht für:

- Unser Patient steht im Mittelpunkt
- Informationen über Anwendungsmöglichkeiten (MRT, CT, NUK) für unsere Zuweiser
- Entwicklung von QM in außerspitalischen bildgebenden Instituten
- Orientierungshilfe Radiologie
- Kontinuierlicher und konstruktiver Dialog mit SV-Trägern zur weiteren Verbesserung der Versorgung der österreichischen Bevölkerung.

+ www.vbdo.at + www.vbdo.at + www.vbdo.at + www.vbdo.at + www.vbdo.at +

Vorankündigung MRCT-Anwendertreffen 2007

7. – 10. Juni 2007
Pörschach,
Kongresszentrum



V o r a n k ü n d i g u n g

2. CrashKurs THORAX - HERZ RADIOLOGIE



Thermenhotel Bad Ischl

22. - 24. Juni 2007

- Aus- und Weiterbildung gemäß dem Curriculum der ÖRG
- Intensivkurs • Training in Kleingruppen • Workshops
 - Gemeinsame Fallanalysen mit Experten
 - incl. DVD mit Vorträgen und Fällen

Kontakt: oliver.sommer@wienkav.at

„Vorankündigung Crashkurs Thorax-Herz 2007, der in Kooperation mit der ÖRG und dem VBDO stattfindet.“