

# RECHT **RdM** DER MEDIZIN

*Schriftleitung* Christian Kopetzki

*Redaktion* Gerhard Aigner, Erwin Bernat, Daniel Ennöckl, Meinhild Hausreither,  
Thomas Holzgruber, Dietmar Jahnel, Matthias Neumayr, Magdalena Pöschl,  
Reinhard Resch, Hannes Schütz, Lukas Stärker, Karl Stöger,  
Felix Wallner, Johannes Zahrl

Juni 2018

03

81 – 120

## Beiträge

### Anstellung eines Arztes mit ius practicandi in Einzelordination

Reinhard Resch ➔ 84

Beschränkung der Erstattung von Wahlartzkosten verfassungs-  
und unionsrechtswidrig? Sebastian Scholz ➔ 88

Vorsorgliche Entnahme und Tiefkühlkonservierung von Keimzellen,  
Hoden- oder Eierstockgewebe Minderjähriger? Erwin Bernat ➔ 94

Unerwartete schwere Komplikationen nach Setzen eines  
dentalen Zylinderimplantats und rechtliche Betrachtung  
Peter Schuller-Götzburg ➔ 102

Streikamt Ärztekammer? Alfred J. Noll ➔ 106

## Gesetzgebung und Verwaltung

Einsichtnahme in psychotherapeutische und klinisch-psychologische  
Dokumentation durch die Volksanwaltschaft ➔ 110

## Leitsätze

Ermessen des Hauptverbands der SozVTr bei der  
Aufnahmeentscheidung Gisela Ernst ➔ 113

Telefonische Risikoaufklärung über Hypoxie  
Alina Leischner-Lenzhofer ➔ 115

# Unerwartete schwere Komplikationen nach N.-mandibularis-Verletzung durch Setzen eines dentalen Implantats und rechtliche Betrachtung

RdM 2018/82

§ 1325 ABGB

OGH 30. 6. 2015,  
10 Ob 40/15b

Schmerzensgeld;

ärztliche  
Fehlbehandlung;

ärztliche  
Aufklärung;

dentales  
Implantat;

Nervverletzung

Durch einen Routineeingriff beim Setzen eines dentalen Zylinderimplantats im Unterkiefer in der Molarenregion kommt es zur Verletzung des Nervus mandibularis. Bei der Behandlung der daraus resultierenden Dysästhesien kommt es zu einem akuten Leberversagen. Die Patientin leidet bis heute unter den Folgen des Eingriffs und beschritt den Klagsweg. Die Patientin begehrt Schadenersatz und bringt vor, vom behandelnden Zahnarzt nicht ausreichend aufgeklärt worden zu sein. Ihr Begehren auf Schadenersatz wird von allen Instanzen abgelehnt. Das Gericht kommt zur Auffassung, dass die Aufklärung ausreichend erfolgte und sich ein Lebensrisiko verwirklicht hat. Es stellt sich im Rahmen der Gleichbehandlung die Frage, ob eine verschuldensunabhängige Entschädigung auch für den extramuralen Bereich in Österreich eingeführt werden sollte.

Von Peter Schuller-Götzburg

## Inhaltsübersicht:

- A. Einleitung
- B. Casus
- C. Rechtliche Beurteilung
  - 1. Rechtsstandpunkt der Klägerin
  - 2. Urteil des Erstgerichts
  - 3. Berufungsentscheidung
  - 4. Revisionsentscheidung
- D. Diskussion

### A. Einleitung

Die Insertion von dentalen Zylinderimplantaten ist zur Standardbehandlung von einfachen und komplexen zahnlosen Gebieten im Ober- und Unterkiefer geworden. Mit der zunehmenden Anzahl von Implantationen wächst auch die Zahl von Verletzungen des N. mandibularis im distalen Bereich des Unterkiefers.<sup>1)</sup> Verletzungen des N. mandibularis, wie sie auch bei der Leitungsanästhesie vorkommen können,<sup>2)</sup> führen zu sensorischen Dysfunktionen im Versorgungsgebiet des Nervs.<sup>3)</sup> Diese Beschwerden führen immer wieder zu Klagen bei Gericht und beschäftigen somit den forensisch tätigen zahnmedizinischen Gutachter mehr und mehr.

In diesem Artikel wird der Fall einer Patientin geschildert, die sich einer Implantation in der Regio 46 unterzogen hat. Durch die unbeabsichtigte Verletzung des N. mandibularis und aufgrund der Folgeschäden und deren Behandlung kam es zu schweren lebensbedrohlichen Komplikationen. Die Patientin leidet bis heute unter ständigen Dysästhesien in Form von Lippenbrennen.

### B. Casus

Die Patientin, geboren 1939, zeigte zum Zeitpunkt der ersten Beschwerden 2008 bei Zahn 46 (Unterkiefer rechts, 1. Molar) ein voll versorgtes Gebiss. Die Seitenzähne im 4. Quadranten waren mit Kronen versorgt, davon Zahn 44 und 47 im Jahre 2007, Zahn 45 war zusätzlich wurzelbehandelt.<sup>4)</sup>

2008 hatte sie erstmals Beschwerden bei Zahn 46. Im Juli 2008 wurden bei Zahn 46 eine Nervextripation und Wurzelbehandlung durchgeführt. Da die Beschwerden jedoch persistierten und sich im Kleinbildröntgen (KBRö) eine Aufhellung im Bereich der Furkation darstellen ließ, wurde die Exzision des Zahns 46 erwogen und noch Anfang Juli 2008 durchgeführt.

Da die Kronen bei Zahn 44 und 47 erst ein Jahr zuvor eingegliedert worden waren, entschloss sich die Patientin zur Implantation anstelle des extrahierten

1) *Khawaja/Renton*, Case studies on implant removal influencing the resolution of inferior alveolar nerve injury, *Brith Dental J* 2009, 206 (365–370).

2) *Höhmänn/Du Chense/Ott*, Nervschädigungen nach Leitungsanästhesien im Unterkiefer. Eine Rechtsprechungsübersicht zur Aufklärungsproblematik, *Rechtsmedizin* 2002, 12 (361–364).

3) *Miloro*, Trigeminal Nerve Injuries (Heidelberg, New York, Dordrecht, London, Springer 2013); *Leckel/Kress/Schmitter*, Neuropathic pain resulting from implant placement: case report and diagnostic conclusions, *Journal of Oral Rehabilitation* 2009, 36 (543–546); *Renton et al*, Post-implant neuropathy of the trigeminal nerve. A case series, *Brith Dent J* 2012, 212, online (abgefragt am 25. 5. 2015); *Hege-dus/Diecidue*, Trigeminal Nerve Injuries After Mandibular Implant Placement – Practical Knowledge for Clinicians 2006, 21 (111–116).

4) Aufzählung der Zähne nach dem FDI-Zahnschema.

Zahnes 46. Nach einer Abheilzeit von 14 Wochen nach der Extraktion wurde im Oktober 2008 der Versuch einer Implantation Regio 46 unternommen. Intraoperativ zeigte sich dann jedoch zu wenig Knochen. Es wurde ein Messröntgen mit einem 10 mm langen Vorbohrer angefertigt und ein Knochenaufbau durchgeführt. Von der Implantation wurde Abstand genommen.

Vier Monate später, im Februar 2009, wurde dann ein 10 mm langes dentales Zylinderimplantat in einen gut osseointegrierten Knochenaufbau gesetzt.

Bei den postoperativen Kontrollen berichtete die Patientin über Sensibilitätsstörungen und über ein kribbelndes und brennendes Gefühl am Austrittspunkt des N. mentalis. Da es zunächst aber zu einer Verbesserung der Symptomatik kam, wurde keine Explantation erwogen. Die Beschwerden nahmen in weiterer Folge aber wieder zu. Es wurde eine Computertomographie (CT) der betroffenen Region im März 2009 durchgeführt. Im CT ist eine Verletzung am Dach des Nervkanals und eine Einengung des N. mandibularis durch das Implantat bis ca. der Hälfte des Kanal lumens zu erkennen. Das Implantat wurde daraufhin explantiert.

Die Beschwerden blieben jedoch auch nach Entfernung des Implantats bestehen. Die Patientin klagte neben Schmerzen über ein ständiges Brennen im Bereich der linken Unterlippe, des Versorgungsgebiets des N. mentalis. Die Schmerzbehandlung mit Novalgin zeigte keine Wirkung und es wurde Lexotanil verordnet, das jedoch schlecht vertragen wurde. Nach Umstellung auf Lyrica kam es zu Schwindelanfällen. Von der inzwischen konsultierten Neurologin wurde Tegretol verordnet, da sich die Patientin in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt fühlte.

Bei Tegretol kann es als Nebenwirkung zu Leberschädigungen kommen und es müssen in den ersten Wochen nach erfolgter Gabe Leberlaborwerte erhoben werden. Bei der Patientin kam es jedoch nach vier Wochen, noch vor Durchführung der ersten Untersuchung der Leberwerte, zu einem akuten Leberversagen unklarer Ätiologie mit der Differentialdiagnose medikamentös-toxischer Genese durch Tegretol. Die Patientin wurde auf die 2. Innere Medizin der Innsbrucker Universitätsklinik zur weiteren Abklärung und zu eventueller Lebertransplantation transferiert. Die Patientin blieb für vier Wochen stationär auf der Intensivstation. Die histologische Auswertung der dort durchgeführten Leberbiopsie ergab das Bild einer medikamentös-toxischen Hepatitis. Zeichen einer vorbestehenden chronischen Lebererkrankung ergaben sich nicht. Ein AoCLFs (Acute-on-Chronic Liver Failure) konnte ausgeschlossen werden. Nach Abklingen der Akutsymptomatik konnte von der Lebertransplantation Abstand genommen werden. Im Rahmen eines neurologischen Konsils wurde die Patientin für die Behandlung der Dysästhesien an der Lippe auf Rivotril umgestellt.

Sowohl die neue medikamentöse Therapie wie auch alternative Behandlungsversuche mit Psychotherapie, Akupunktur und transkutanelelektrischer Nervenstimulation führten zu keiner Verbesserung der Beschwerden.

## C. Rechtliche Beurteilung

### 1. Rechtsstandpunkt der Klägerin

Die Patientin brachte eine zivilrechtliche Klage bei Gericht gegen den behandelnden Zahnarzt ein. Die Schadenersatzforderungen lagen in Höhe von € 37.000,- und es wurde ein Feststellungsbegehren über die Haftung für alle zukünftigen daraus folgenden Schäden erhoben. Die Höhe der Schadenersatzforderung setzte sich aus € 35.000,- für die erlittenen Schmerzen und € 2.000,- als Ersatz für entstandene Kosten für Heilbehandlungen zusammen. Dem beklagten Zahnarzt wurde vorgeworfen, dass eine ärztliche Fehlbehandlung vorliege, und der Beklagte habe die Klägerin nicht über das Risiko einer Nervenschädigung aufgeklärt. Die Klägerin leide seit nunmehr vier Jahren ununterbrochen an Schmerzen. Darüber hinaus sei durch die hohe Medikamentenbelastung (diverse Schmerzmittel) auch noch ihre Leber geschädigt worden, was in kausalem Zusammenhang mit der Behandlung durch den Beklagten stehe. Wenn die Klägerin vom Beklagten vor der Operation darüber informiert und aufgeklärt worden wäre, dass sie nach der Behandlung über Jahre hinweg ununterbrochen Schmerzen haben werde, hätte die Klägerin dieser Behandlung nicht zugestimmt. Darüber hinaus würde eine ordnungsgemäße Aufklärung nur dann vorliegen, wenn sie auch über die Wahrscheinlichkeit von möglichen Komplikationen aufgeklärt worden wäre. Dies habe der Beklagte jedoch unterlassen.

### 2. Urteil des Erstgerichts

Der Arzt schuldet dem Patienten zwar keinen Erfolg, jedoch den Einsatz seines fachlichen Wissens und Könnens nach den Regeln des ärztlichen Berufs. Ein Verstoß gegen die Regeln medizinischer Kunst liegt vor, wenn die vom Arzt gewählte Maßnahme hinter dem in Fachkreisen anerkannten Standard zurückbleibt. Ein Arzt handelt somit dann fehlerhaft, wenn er das in Kreisen gewissenhafter und aufmerksamer Ärzte vorausgesetzte Verhalten unterlässt, wenn er also nicht nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung vorgegangen ist.

Das Gericht kam zur Ansicht, dass kein Behandlungsfehler und kein dem Beklagten vorwerfbares Handeln im Zuge der Setzung des Implantats vorlag. Eine Haftung wurde ausgeschlossen. Auch die Aufklärung wurde vom beklagten Arzt ordnungsgemäß anhand eines Modells durchgeführt und die möglichen Risiken wurden anhand des schriftlichen Einverständniserklärungsformulars erläutert. Auch wenn das Aufklärungsgespräch nur stichpunktartig vom Beklagten im Krankenakt festgehalten wurde, konnte der Beklagte unter Beweis stellen, dass er die Klägerin über die erforderlichen Punkte und Risiken der Behandlung aufgeklärt hatte. Die Aufklärung war auch rechtzeitig erfolgt, um der Klägerin ausreichend Überlegungszeit für die weiteren Behandlungen zu geben. Die rein mündliche Aufklärung der Klägerin genügte dem Gericht, da sich der Beklagte in einem mündlichen Gespräch davon überzeugt hätte, dass die Klägerin die weiteren Behandlungsschritte verstanden hat. Da-

durch, dass auch keine Verletzung der Aufklärungspflicht des Beklagten aufgezeigt werden konnte, ist eine Haftung des Beklagten zu verneinen.

Vom ErstG wurde noch angemerkt, dass die Klägerin – nach ihren eigenen Angaben – die Setzung eines Implantats befürwortet hatte. Eine andere Behandlungsmethode war für sie nicht in Frage gekommen.<sup>5)</sup>

Die Klage wurde abgewiesen, da von einer lege artis durchgeführten Behandlung und einer hinreichenden Aufklärung der Klägerin ausgegangen wurde.

### 3. Berufungsentscheidung

Gegen dieses Urteil legte die Klägerin Berufung ein, die erfolglos blieb. Das OLG Linz als BerG erklärte die ordentliche Revision für nicht zulässig. Dies wurde damit begründet, dass die Klägerin durch die festgestellte Aufklärung hinreichend in die Lage versetzt worden war, die Tragweite ihrer Einwilligungserklärung zu überschauen. Die Forderung nach einer Aufklärung auch über die mögliche Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken würde die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht überspannen.

### 4. Revisionsentscheidung

Gegen die Berufungsentscheidung erhob die Klägerin außerordentliche Revision beim OGH. Die Revision wurde mangels der Voraussetzungen des § 502 Abs 1 ZPO zurückgewiesen. Danach ist eine Revision nur zulässig, wenn der Entscheidung des OGH zur Wahrung der Rechtssicherheit erhebliche Bedeutung zukommt. Die Zurückweisung wurde wie folgt begründet:

Die Klägerin behauptete eine ärztliche Fehlbehandlung und die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht. Sie begehrt Schmerzensgeld und Ersatz der Heilkosten sowie die Feststellung der Haftung für künftige Schäden. Bei einer Aufklärung über das Risiko einer Nervenschädigung – mit welcher Wahrscheinlichkeit auch immer – hätte sie dem Eingriff nicht zugestimmt.

Der Beklagte bestritt und wendet ein, die Klägerin lege artis behandelt und sie über mögliche Behandlungsalternativen und Risiken, insb Taubheitsgefühl und Nervenläsionen, eingehend aufgeklärt zu haben.

1. Nach stRsp umfasst die Verpflichtung des Arztes aus dem Behandlungsvertrag auch die Pflicht, den Patienten über die Art und Schwere sowie die möglichen Gefahren und die schädlichen Folgen einer Behandlung zu unterrichten (RIS-Justiz RS0038176). Für die nachteiligen Folgen einer ohne ausreichende Aufklärung vorgenommenen Behandlung des Patienten haftet der Arzt selbst dann, wenn ihm bei der Behandlung – wie im vorliegenden Fall – kein Kunstfehler unterlaufen ist (RIS-Justiz RS0026783), es sei denn, er beweist, dass der Patient auch bei ausreichender Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte (RIS-Justiz RS0038485). Die ärztliche Aufklärung soll den Patienten in die Lage versetzen, die Tragweite seiner Entscheidung, in die Behandlung einzuwilligen, zu überschauen (RIS-Justiz RS0026413). Der Patient kann nur dann wirksam seine Einwilligung geben, wenn er über die Bedeutung des vorgesehenen Eingriffs und seine

möglichen Folgen hinreichend aufgeklärt wurde (RIS-Justiz RS0026499).

2. Nach stRsp reicht die ärztliche Aufklärungspflicht umso weiter, je weniger der Eingriff aus der Sicht eines vernünftigen Patienten vordringlich oder geboten ist (RIS-Justiz RS0026375). Dann ist die ärztliche Aufklärungspflicht im Einzelfall selbst dann zu bejahen, wenn erhebliche nachteilige Folgen wenig wahrscheinlich sind (RIS-Justiz RS0026313 [T 1]). Ist der Eingriff zwar medizinisch empfohlen, aber nicht eilig, so ist eine umfassende Aufklärung notwendig (RIS-Justiz RS0026772 [T 6]). Grundsätzlich muss der Arzt aber nicht auf alle nur denkbaren Folgen einer Behandlung hinweisen (RIS-Justiz RS0026529). Bei Vorliegen sog typischer Gefahren ist die ärztliche Aufklärungspflicht verschärft (RIS-Justiz RS0026340; RS0026581 [T 2]). Die Typizität ergibt sich nicht aus der Komplikationshäufigkeit, sondern daraus, dass das Risiko speziell dem geplanten Eingriff anhaftet und auch bei Anwendung allergrößter Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung nicht sicher zu vermeiden ist. Der uninformierte Patient wird überrascht, weil er nicht mit der aufgetretenen Komplikation rechnete (RIS-Justiz RS0026340 [T 5]). Diese typischen Risiken müssen erhebliche Risiken sein, die geeignet sind, die Entscheidung des Patienten zu beeinflussen, ohne dass dabei nur auf die Häufigkeit der Verwirklichung dieses Risikos abzustellen wäre (RIS-Justiz RS0026581 [T 6]). Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Komplikation ist daher nur ein Faktor bei der Beurteilung der Frage, ob grundsätzlich über ein Risiko aufzuklären ist. Ist aber nicht zu erwarten, dass diese zusätzliche Information für die Entscheidungsfindung des Patienten von Relevanz sein kann, ist eine gesonderte Aufklärung darüber nicht zu fordern.

3. Die Rechtsfrage, in welchem Umfang der Arzt den Patienten aufzuklären hat, ist nach den Umständen des Einzelfalls zu beantworten und daher im Allgemeinen nicht revisibel (RIS-Justiz RS0026763), es sei denn, dem BerG wäre eine Fehlbeurteilung unterlaufen, die aus Gründen der Rechtssicherheit oder der Einzelfallgerechtigkeit vom OGH korrigiert werden müsste.

4. Die Ansicht der Vorinstanzen, dass kein Aufklärungsfehler darin liegt, dass der Beklagte die Klägerin nicht (auch) darüber informierte, dass bei Setzen eines Implantats die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen allgemein bei 3–6% liegt, wobei er ihr aber zugleich die möglichen Komplikationen im Einzelnen erläuterte, stellt keine aufzugreifende Fehlbeurteilung dar. Auch die weitere Ansicht des BerG, eine verpflichtende Angabe von genauen Prozentzahlen über die Eintrittswahrscheinlichkeit der einzelnen mit dem Eingriff verbundenen Risiken würde eine Überspannung der ärztlichen Aufklärungspflicht darstellen, ist jedenfalls vertretbar.<sup>6)</sup>

5) LG Salzburg 22. 12. 2014, 10 Cg 194/12f.

6) OGH 30. 6. 2015, 10 Ob 40/15b.

## D. Diskussion

Implantationen im Kieferbereich sind mittlerweile zu einem Routineeingriff geworden. Dadurch bedingt steigen auch die Fälle von Verletzungen des N. mandibularis mit seinen Begleiterscheinungen. Verletzungen des N. mandibularis kommen jedoch nicht nur durch Implantate wie in diesem Fall vor, sondern auch bei der Extraktion von Weißheitszähnen oder beim Setzen einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer.

Zu Nervverletzungen bei Implantationen soll es in einer Bandbreite zwischen 1,7 und 43,5% der Fälle kommen; zu Langzeitschäden, die länger als ein Jahr andauern, in 0–15% der Fälle.<sup>7)</sup>

Die häufigste Art der Schädigung des N. mandibularis stellt die dauernde oder vorübergehende Anästhesie mit Hypoästhesien oder auch Hyperästhesien dar. Unbekannter sind Schädigungen wie Parästhesien, Dysästhesien, Synästhesien, Allodynien und Hypersensibilisierung.<sup>8)</sup>

In diesem Fall kam es zur Verwirklichung einer seltenen schweren Komplikation mit fulminantem Verlauf. Ein, wie es scheint, Routineeingriff einer Implantation in der Regio 46 im rechten Unterkiefer führt zu einer Verletzung des N. mandibularis mit der Konsequenz von anhaltenden, für die Patientin stark belastenden Dysästhesien. Nach mehreren frustrierten Versuchen der Medikation zur Linderung der Dysästhesien wird Tegretol verordnet. In weiterer Folge kommt es zu einem akuten Leberversagen, wahrscheinlich verursacht durch Tegretol, und einem vierwöchigen Aufenthalt auf der Intensivstation. Eine Lebertransplantation kann vermieden werden. Die Patientin leidet bis zum heutigen Tag unter den Dysästhesien in Form eines Brennens an der rechten Unterlippe und fühlt sich in ihren sozialen Kontakten dadurch stark eingeschränkt.

Die Patientin beschränkt den Klagsweg und führt diesen durch alle Instanzen bis zum OGH. Interessant sind diese rechtlichen Entscheidungen, weil der behandelnde Zahnarzt es trotz ausführlicher Aufklärung unterlassen hat, das Aufklärungsblatt unterschreiben zu lassen. Die Patientin behauptet daraus nicht ausreichend aufgeklärt worden zu sein. In allen drei Instanzen wurde das Begehren der Patientin abgewiesen. Nach Ansicht des Gerichts hat sich hier ein Lebensrisiko realisiert, mit dem die Betreffende selbst fertigwerden muss. Einen generellen Schutz vor Risiken des Lebens kann es nicht geben. Wenn entsprechend aufgeklärt wurde, hat der Patient dieses Risiko in Kauf genommen.<sup>9)</sup>

Zur österr Rsp ist anzumerken, dass der OGH strikt an die Feststellungen des ErstG gebunden ist. Bei der Urteilsfindung hat die rechtliche Beurteilung ausschließlich aufgrund des im Urteil festgestellten Sachverhalts zu erfolgen und nicht aufgrund von Fakten, die sich vielleicht zusätzlich aus dem Gutachten oder anderen Unterlagen ergeben. Die Problematik in solchen Fällen liegt darin, dass der Patient, der zweifellos subjektiv und objektiv aufgrund des Schlagendwerdens des Eingriffsrisikos leidet, das Prozessrisiko trägt und dem Arzt ein Verschulden wie mangelnde Aufklärung bzw einen Kunstfehler nachweisen muss. In derartigen

Fällen ist der Prozessausgang in der Regel sehr schwer kalkulierbar. Der Patient erleidet durch den Prozessverlust noch einen zusätzlichen Schaden, dessen Risiko nur durch eine entsprechende Versicherung abgefangen werden kann.

Da das Klagsrisiko immer besteht, stellt sich die Frage, ob es hier nicht sinnvoller wäre, eine verschuldensunabhängige Entschädigungsmöglichkeit vorzusehen. Die Haftpflichtversicherung des Arztes greift nur in Fällen eines schuldhaften Fehlers, nicht jedoch beim Eintreten einer möglichen Komplikation bei einer lege artis vorgenommenen Behandlung. In Österreich gibt es seit 2002 in den Bundesländern einen Patientenentschädigungsfonds,<sup>10)</sup> der aber nur für den muralen Bereich (allgemein öffentliche Krankenanstalten) Entschädigungen leistet. Die Patientenentschädigungsfonds sind bundesländerweise organisiert. Es werden Entschädigungen für Schmerzensgeld, Verdienstentgang und kausale Aufwendungen abgegolten, wenn eine Haftung der Krankenanstalten nicht eindeutig gegeben ist.<sup>11)</sup>

Für den extramuralen Bereich (private Krankenanstalten und den niedergelassenen Bereich) gibt es keine verschuldensunabhängige Entschädigung, und hier bleibt nur der Klagsweg mit dem Klagsrisiko für die betroffenen Patienten. Schlichtungsverfahren im extramuralen Bereich gibt es bisher nur in Form der Patientenschlichtungsstellen, die bei den jeweiligen Ärztekammern und Zahnärztekammern angesiedelt sind. Diese sind jedoch auf freiwilliger Basis. Aber auch hier greift die Haftpflichtversicherung des Arztes nur bei schuldhaftem Handeln. Der Schlichtungsvorschlag muss von beiden Parteien angenommen werden. Kommt es hier zu keiner Einigung, bleibt nur der Klagsweg.

Die Entschädigungsregelungen der Bundesländer schaffen zwei Klassen von Patienten. Im Sinn des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatzes sollte eine verschuldensunabhängige Entschädigung analog der Regelung der Bundesländer generell gesetzlich etabliert werden und nicht – wie bisher – auf mehr oder weniger freiwilliger Basis auf den muralen Bereich beschränkt sein. →

7) Miloro, Trigeminal Nerve Injuries 37.

8) Miloro, Trigeminal Nerve Injuries 23.

9) M. Mädrich, Das allgemeine Lebensrisiko: Ein Beitrag zur Haftungsbegrenzung im Schadensersatzrecht (Berlin, Duncker & Humblot 1980).

10) Salzburger PatientInnenentschädigungsfonds ([www.salzburg.gv.at/gesundheits/Document/Folder%20Sbg%20Patienten%20Entsch%cc%88digungsfonds%202017%20-%20orange%20web.pdf](http://www.salzburg.gv.at/gesundheits/Document/Folder%20Sbg%20Patienten%20Entsch%cc%88digungsfonds%202017%20-%20orange%20web.pdf) [abgefragt am 18. 5. 2018]).

11) Salzburger PatientInnenentschädigungsfonds ([www.salzburg.gv.at/themen/gesundheits/patientenvertretung/pateinetenentschaedigungsfonds.htm](http://www.salzburg.gv.at/themen/gesundheits/patientenvertretung/pateinetenentschaedigungsfonds.htm) [abgefragt am 18. 5. 2018]).

**→ In Kürze**

Bei operativen Eingriffen trägt der Patient neben dem Eingriffsrisiko auch das Prozessrisiko für Entschädigungsforderungen aufgrund von postoperativen Beschwerden. Dieses Risiko wird bestimmten Patientengruppen durch die von den Ländern eingerichteten Entschädigungsfonds abgenommen. Im Sinn einer gebotenen Gleichbehandlung aller Patienten ist zu fordern, dass entsprechende Entschädigungsmodelle auch im extramuralen Bereich eingerichtet werden.

**→ Zum Thema****Über den Autor:**

DDr. Peter Schuller-Götzburg, aHCM MDSc, ist gerichtlich beeideter und zertifizierter Sachverständiger am LG Salzburg. Kontaktadresse: Paracelsus Medical University Salzburg Strubergasse 21, 5020 Salzburg.

E-Mail: peter.schuller-goetzburg@pmu.ac.at

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt.

Danksagung: Vielen Dank Herrn Dr. *Bernhard Prommegger*, Senatspräsident des Oberlandesgerichts Linz, für seine rechtliche Beratung und Kommentare.