

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Ein Potpourri des Arzthaftungsrechts: Die Abgrenzung vermeidbare und unvermeidbare Komplikation, der Befunderhebungsmangel, der grobe Befunderhebungsmangel, die Reichweite einer Beweislastumkehr, die Aufklärungsrüge und der Einwand der hypothetischen Einwilligung

Anlass des Schlichtungsantrags

Die zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung 68-jährige Patientin hat das Schlichtungsverfahren beantragt, da sie davon ausging, dass keine Indikation zu der bei der Antragsgegnerin, einem niedersächsischen Krankenhaus, durchgeführten Hiatoplastik und Fundoplicatio bestanden habe. Außerdem sei der Eingriff fehlerhaft durchgeführt worden, da es zu einem beidseitigen Pneumothorax gekommen sei. Auf die postoperativen Beschwerden wie Luftnot habe man nicht zeit- und fachgerecht reagiert, sondern die Beschwerden seien als normal abgetan worden. Eine Diagnostik sei nicht erfolgt. Schließlich sei die präoperative Aufklärung auch nicht ausreichend gewesen. Es sei ihr mitgeteilt worden, dass es sich um eine Routineoperation ohne irgendwelche Risiken handle. Auch die späteren Durchfälle seien nach Ansicht der Patientin auf die durch die behauptete fehlerhafte Behandlung erforderlich gewordene Antibiotikatherapie zurückzuführen. Die Patientin hat sich an die Schlichtungsstelle gewandt, um die Angelegenheit unabhängig und neutral begutachten und bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Bei der Patientin bestanden sei mindestens 2015 eine Refluxproblematik, eine Kurzatmigkeit und „Druck auf der Brust“. Im Rahmen der Untersuchungen andernorts wurde einige Jahre später eine Hiatushernie mit Spiegelbildung festgestellt und die Patientin in der Chirurgischen Klinik der Antragsgegnerin vorgestellt. Dort ergaben weitere Untersuchungen eine Hiatushernie mit Thoraxmagen. Es wurde eine Indikation zur Operation gestellt und die Patientin dafür am 5. Februar stationär aufgenommen. Am 6. Februar wurde dann eine laparoskopische Reposition des Magens, eine Hiatoplastik und eine Fundoplicatio durchgeführt. Am Abend des Operationstags bestanden Schmerzen und Übelkeit. Auch am Morgen des 7. Februar litt die Patientin weiterhin unter Schmerzen und erhielt Schmerzmittel. Am Nachmittag des 7. Februar klagte sie erstmals über Kurzatmigkeit. Die Sauerstoffsättigung lag bei 90 Prozent, daher wurde die Atemluft mit Sauerstoff angereichert. Darunter wurde keine Luftnot mehr angegeben. Nachts und am Morgen des 8. Februar bestand zwar keine Luftnot mehr, aber eine Kurzatmigkeit. Zur Nacht erhielt die Patientin wieder Sauerstoff. Am 9. Februar fühlte sie sich besser. Am Abend kam es zu mehreren Durchfällen. Eine Stuhlkultur war negativ auf Salmonellen, Shigellen, Yersinien und Campylobacter. Am 10. Feb-

ruar klagte die Patientin wieder über intermittierende Luftnot. Am 11. Februar erfolgte dann die Entlassung.

Der weitere Verlauf

Am 12. Februar stellte sich die Patientin bei ihrer Hausärztin vor, weil sie keine Luft bekam. Sie wurde stationär eingewiesen und begab sich nun in ein anderes Krankenhaus. Hier wurde ein beidseitiger Pneumothorax diagnostiziert und ein Pleuracath in die rechte Thoraxhöhle eingelegt. Die Patientin wurde im Verlauf wieder in die Chirurgische Klinik der Antragsgegnerin überwiesen und dort bis zum 16. Februar behandelt. Am 14. Februar wurde eine Röntgenkontrolle durchgeführt, die noch einen Restpneumothorax ergab. Insgesamt waren die Beschwerden deutlich gebessert. Am 15. Februar wurde der Pleuracath entfernt. Links bestand noch ein Pleuraerguss, der rechtsseitige Pneumothorax war nicht mehr nachweisbar.

Ab dem 19. Februar kam es zu Durchfall. Im Rahmen der hausärztlichen Behandlung konnte keine Ursache gefunden werden. Am 26. Februar wurde die Patientin wegen wässriger, hochfrequenter Durchfälle erneut bei der Antragsgegnerin aufgenommen. Es erfolgte eine Infusionstherapie und symptomatische Behandlung der Durchfälle. Eine Ursache konnte nicht gefunden werden. Am 5. März erfolgte die Entlassung. Zu diesem Zeitpunkt bestanden keine Durchfälle mehr.

Erwiderung der Antragsgegnerin

Die Antragsgegnerin hat zu den Vorwürfen Stellung genommen und insbesondere vorgetragen, dass die Patientin bereits am 24. Januar und nochmals am 5. Februar im Vorfeld der Operation umfangreich aufgeklärt worden sei. Auf die Luftnot sei umgehend mit Sauerstoffgabe reagiert worden. Da es darunter zu einer Besserung gekommen sei, habe man von weiterer Diagnostik abgesehen.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Chirurgie, Viszeral- und Gefäßchirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung fehlerhaft erfolgt sei, da im postoperativen Verlauf nicht ausreichend auf die Komplikation reagiert worden sei. Fehlerbedingt sei es zu einer Behandlungsverzögerung mit Beschwerden während dieser Zeit gekommen.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter an, dass fehlerhaft im postoperativen Verlauf nicht ausreichend auf die Beschwerden der Patientin reagiert wurde und es dadurch fehlerbedingt zu einer Behandlungsverzögerung gekommen ist. Im Einzelnen:

Zunächst hat der Gutachter nachvollziehbar herausgearbeitet, dass eindeutig die Indikation zum Eingriff am 6. Februar bestanden hat. Zwar stellte der Gutachter fest, dass eine Röntgenuntersuchung der einzige objektive Befund zum Nachweis der Hiatushernie war. Aber auch weitere diagnostische Maßnahmen hätten die Indikation nur bestätigt, so dass die Indikation nicht als nicht gegeben angesehen werden konnte. Weiter wurde der Eingriff auch fachgerecht ausgeführt. Anhand des Operationsberichts ließ sich ein fachgerechtes intraoperatives Vorgehen ableiten.

Komplikation

Dass es zu einem Pneumothorax gekommen war, stellt eine Komplikation dar. Bei dem Eintritt einer Komplikation ist immer im Einzelfall zu prüfen, ob diese fehlerbedingt (also vermeidbar) eingetreten ist oder ob sie trotz richtigen ärztlichen Handelns eingetreten ist. Es darf also bei einer Komplikation nicht per se davon ausgegangen werden, dass ein Behandlungsfehler unterlaufen ist noch dass sie eingriffstypisch und damit unvermeidbar eingetreten ist. Da hier ausweislich des Operationsberichts der Eingriff fachgerecht durchgeführt wurde und sich ein intraoperativer Behandlungsfehler nicht feststellen ließ, war die Komplikation als unvermeidbar zu bewerten.

Befunderhebungsfehler

Allerdings wurde im postoperativen Verlauf nicht ausreichend auf diese Komplikation reagiert. Ausweislich der Behandlungsdokumentation hat die Patientin immer wieder über Luftnot und Kurzatmigkeit geklagt, auch wenn es zwischendurch zu Besserungen kam. Der Gutachter hat nachvollziehbar herausgearbeitet, dass am 7. Februar eine Auskultation des Thorax hätte erfolgen müssen, als die Patientin erstmals über Luftnot klagte. Es handelt sich dabei um einen Befunderhebungsmangel. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Veränderungen in der Beweislastverteilung zwischen den Parteien daraus resultieren.

Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden. Das wäre der Fall, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahr-



Foto: InsideCreativeHouse – adobe.stock.com

Bezüglich der Aufklärung empfiehlt es sich, standardisierte Aufklärungsbögen zu verwenden und während des mündlichen Aufklärungsgesprächs hierin Unterstreichungen oder Ähnliches vorzunehmen.

scheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Diese Voraussetzungen waren hier erfüllt: Der Gutachter hat herausgearbeitet, dass bei einer Auskultation mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein abgeschwächtes Atemgeräusch festgestellt worden wäre. Darauf hätte mit einer Röntgen-Thorax-Untersuchung reagiert werden müssen, mit der die Diagnose eines beidseitigen Pneumothorax gestellt worden wäre.

Da die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr hier erfüllt waren, reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Grober Befunderhebungsfehler

Darüber hinaus hat der Gutachter hier aber auch nachvollziehbar festgestellt, dass die unterlassene diagnostische Abklärung der Luftnot hier an sich schon völlig unverständlich ist, weil es sich dabei um einen Fehler handelt, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Es handelt sich hier somit um einen groben Befunderhebungsfehler.

Hinsichtlich der Beweislastverteilung gilt, dass ein grober Behandlungsfehler grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang

zwischen dem Behandlungsfehler und dem primären Gesundheitsschaden führt. Es ist nicht erforderlich, dass der grobe Behandlungsfehler die einzige Ursache für den Schaden ist. Es reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen primären Schaden zu verursachen; wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolges nicht zu sein. Somit wäre es hier auch zu einer Beweislastumkehr gekommen, wenn die oben dargestellten Voraussetzungen des Befunderhebungsfehlers nicht erfüllt gewesen wären.

Aufklärungsrüge

Darüber hinaus wurde hier die Aufklärungsrüge erhoben. Bei dem Pneumothorax handelt es sich um ein typisches, dem Eingriff innewohnendes Risiko, über das hier aufzuklären war. Aber aus dem Aufklärungsformular war nicht ersichtlich, dass über das Risiko eines Pneumothorax aufgeklärt worden war. Nach Aktenlage konnte daher nicht festgestellt werden, dass eine Aufklärung über dieses Risiko erfolgt war. Hier ist für die Bewertung zu beachten, dass das Schlichtungsverfahren allein nach Aktenlage geführt wird und eine Parteivernahme und Zeugenbefragung nicht möglich ist. Im Rahmen der Parteivernahme und des Zeugenbeweises, wie es in einem Gerichtsverfahren möglich wäre, hätte der Beweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung gegebenenfalls durch den sogenannten „immer-so-Beweis“ erfolgen können. Dabei kann zum Beispiel durch den behandelnden Arzt vorgetragen werden, wie die Aufklärung erfolgt ist und über welche Risiken aufgeklärt wurde, weil die Aufklärung „immer so durchgeführt wird“.

Exkurs: Die Aufklärungsrüge muss aktiv von Patientenseite erhoben werden, damit sie geprüft wird. Auch wenn im Arzthaftungsrecht generell geringere Anforderungen an die Substantiierungspflicht gestellt werden und der sonst im Zivilrecht geltende Beibringungsgrundsatz im Arzthaftungsrecht in Richtung Amtsermittlung geht, muss die Aufklärungsrüge aktiv erhoben werden.

Hypothetische Einwilligung/Entscheidungskonflikt

Im vorliegenden Fall war die Aufklärungsrüge dennoch nicht erfolgreich, weil sich die Antragsgegnerin erfolgreich auf die hypothetische Einwilligung berufen konnte. Erhebt die Arztseite den Einwand der hypothetischen Einwilligung, muss die Patientenseite plausibel darlegen, dass und warum sie sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem echten Entscheidungskonflikt befunden hätte, ob sie in die tatsächlich durchgeführte Maßnahme eingewilligt hätte. Dies wurde vorliegend weder vorgetragen noch plausibel dargelegt, so dass die Aufklärungsrüge nicht begründet war.

Exkurs: Auch die hypothetische Einwilligung muss aktiv vorgetragen werden, da sie nicht von Amtswegen geprüft wird.

Kausalität und Gesundheitsschaden

Als fehlerbedingter kausaler Gesundheitsschaden war es hier zu einer Behandlungsverzögerung von fünf Tagen mit Luftnot während dieser Zeit gekommen. Auch wenn es hier aufgrund des (groben) Befunderhebungsfehlers zu einer Beweislastumkehr gekommen war, ließ sich ein darüberhinausgehender Gesundheitsschaden nicht feststellen. Die oben dargelegte Beweislastumkehr bezieht sich generell auf den Primärschaden und den damit typischerweise verbundenen Sekundärschaden. Die beklagten Durchfälle können hier jedoch nicht als typischerweise mit dem Primärschaden verbundener Sekundärschaden angenommen werden. Zum einen steht die Ursache der Durchfälle nicht fest und zum anderen ließ sich nicht feststellen, dass die Durchfälle auf die Behandlungsverzögerung zurückzuführen sind. Sie könnten unter anderem eine virale Ursache haben oder auf eine Irritation der Vagusfasern zurückzuführen sein. Da aber die Durchführung der Operation, welche für die Irritation der Vagusfasern verantwortlich wäre, gerade nicht fehlerhaft erfolgte, können die Durchfälle nicht als fehlerbedingt angesehen werden, so dass sie nicht unter den kausalen Gesundheitsschaden fallen.

Die rechtlichen Konsequenzen

Im Ergebnis wurde hier also eine haftungsrechtliche Einstandspflicht angenommen in Bezug auf die Behandlungsverzögerung von fünf Tagen mit Luftnot während dieser Zeit.

Take-Home-Message

Bezüglich der Aufklärung empfiehlt es sich, standardisierte Aufklärungsbögen zu verwenden und während des mündlichen Aufklärungsgesprächs hierin Unterstreichungen oder ähnliches vorzunehmen. Sollte doch einmal ein Aufklärungsfehler festgestellt werden, besteht die Möglichkeit, den Einwand der hypothetischen Einwilligung zu erheben.

Kristin Hinrichsen, Ass. jur.
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen
Dr. med. Andreas Kuthe
Facharzt für Chirurgie, Schwerpunkt Viszeralchirurgie
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle