

unterlaufen darf“, sagte Hinrichsen. Komme die Beweislastumkehr zugunsten der Patientin oder des Patienten zum Tragen, betreffe dies dann die Bewertung des ursächlichen Zusammenhangs von Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden: „Der Fehler muss nur noch generell geeignet sein, den konkreten Gesundheitsschaden, also den Primärschaden, herbeizuführen“, beschrieb die Juristin den Mechanismus.

Ähnliches gilt Hinrichsen zufolge etwa für den Befunderhebungsfehler. Hier komme es zu einer Beweislastumkehr, wenn eine erforderliche diagnostische Maßnahme, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen reaktionspflichtigen Befund zur Folge gehabt hätte, nicht durchgeführt worden sei und ein Nichterkennen dieses reaktionspflichtigen Befundes eine absolut nicht nachvollziehbare, fundamentale Fehldiagnose wäre oder eine Nichtreaktion auf diesen reaktionspflichtigen Befund eine völlig unverständliche und massive Standardunterschreitung wäre. Komme dadurch die Beweislastumkehr zur Anwendung, müsse der Fehler nur noch generell geeignet sein, um den konkret vorliegenden Gesundheitsschaden herbeizuführen.

Abschließend ging Hinrichsen noch auf weitere Fehler wie Behandlungen ohne die notwendige fachliche Qualifikation, vollbeherrschbare Risiken oder eine unzureichende Aufklärung der Patientin beziehungsweise des Patienten ein.

Herausforderungen aus medizinischer Sicht

Über die „Herausforderungen einer Gutachtererstellung aus medizinischer Sicht“ referierte dann Dr. med. Birger Kolb. Das Ärztliche Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzt-

haftpflichtfragen und selbst Sachverständiger berichtete dabei von seiner eigenen Herangehensweise. Zunächst stellte er den Teilnehmenden aber die „Großen 7 F“ vor mit dem Hinweis, dass seiner Meinung nach alle Arten von Fehlern unter die folgenden Kategorien fielen: „Aufklärungsfehler, Befunderhebungsfehler, Diagnosefehler oder -irrtum, Behandlungsfehler, Sicherungsaufklärungsfehler, Dokumentationsfehler und Organisationsfehler.“ Dabei sei es zwar möglich, dass mehrere Fehler gleichzeitig aufträten, so Kolb. Wichtig sei aber am Ende des Prozesses, dass der Gutachter oder die Gutachterin sich festlege: „Wenn wir uns nicht festlegen, ist die Schlichtung zum Scheitern verurteilt“, unterstrich der Arzt und warnte vor dem Gebrauch von Formulierungen wie „sollte“, „hätte“, „würde“ und „könnte“. Den Kolleginnen und Kollegen im Plenum gab Kolb mit auf den Weg: „Verwenden Sie das Wort ‚müssen‘ und ordnen Sie den Fall unter der Fragestellung ‚sachgerecht‘ oder ‚fachgerecht‘ und auch danach, ob es sich um ein ‚standardgerechtes Vorgehen‘ handelt, ein.“

Zweites Gutachterkolloquium im Oktober

Für Mittwoch, 23. Oktober 2024, in der Zeit von 14 bis 19 Uhr lädt die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen in die Räume des Neubaus in Hannover zu ihrem zweiten Gutachterkolloquium mit Vorträgen zu Fragen rund um das Erstellen von Gutachten ein. Eine Zertifizierung mit 5 Fortbildungspunkten ist erfolgt. Anmeldungen nimmt das Zentrale Veranstaltungsmanagement unter der E-Mail-Adresse zvm@aekn.de entgegen. Fachliche Fragen beantwortet die Schlichtungsstelle unter der E-Mail-Adresse schlichtungsstelle@aekn.de.

■ Inge Wünnenberg

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Abgrenzung zwischen Diagnosefehler und Befunderhebungsfehler: Wann ist eine Befundung fehlerhaft und wann ist sie nicht ausreichend? Was gibt es bei einer Anfängerbehandlung an Besonderheiten zu berücksichtigen?

Anlass des Schlichtungsantrags

Die Patientin hat das Schlichtungsverfahren beantragt, da sie davon ausging, dass fehlerhaft durch die Antragsgegnerin auf Röntgenbildern eine komplexe Tibiakopffraktur nach einem Sturz übersehen worden sei. Bei richtiger Diagnose hätte umgehend eine operative Behandlung in Form einer Osteosynthese erfolgen müssen. Zumindest hätte eine CT-Untersuchung erfolgen müssen. Die Patientin hat sich an die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen gewandt, um die Angelegenheit unabhängig und neutral begutachten und bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Die Patientin stürzte am 4. September mit dem Fahrrad und stellte sich noch am gleichen Tag wegen starker Schmerzen im linken Knie bei der Antragsgegnerin, einer niedersächsischen Klinik, vor. Dort wurde durch einen Assistenzarzt eine klinische Untersuchung durchgeführt, welche folgenden Befund ergab: „Leichte DS und Schwellung Knie links über lateralen Gelenkspalt, leichte schmerzbedingte Bewegungseinschränkung, Haut intakt, pDMS intakt, kein Hämatom, kein Knieerguss, keine Meniskenzeichen, Bänder stabil“. Außerdem wurde eine Röntgenuntersuchung des



Quelle: Originalröntgenaufnahmen



Die Fraktur war bei der ersten Vorstellung im Krankenhaus auf diesen Röntgenbildern nicht erkannt worden.

linken Knies in zwei Ebenen durchgeführt, welche mit „kein Hinweis auf frische KV“ befundet wurde. Es wurde die Diagnose „Knieprellung“ gestellt, ein Voltaren-Salbenverband angelegt und Schmerzmittel verordnet.

Der weitere Verlauf

Am 26. Oktober wurde andernorts wegen anhaltender Beschwerden und Schmerzen eine MRT-Untersuchung durchgeführt und diese wie folgt befundet: „Komplexe Tibiakopffraktur lateralseitig mit Spalt- und Impressions-Bruch. Depression der tibialen Gelenkfläche dorsolateral. Rissbildung im Außenmeniskus Stoller Grad 3“. Zusätzlich bestand ein posttraumatisches Knochenmarködem. Die Patientin stellte sich damit in einer unfallchirurgischen Praxis vor. Es bestanden ein Gelenkerguss, ein Druckschmerz an der Außenseite des Kniegelenks und eine schmerzhafte Einschränkung der Beugung. Eine Indikation zur Operation wurde zu diesem Zeitpunkt nicht mehr gesehen. Es wurde eine Mobilisierung an Gehstützen unter regelmäßiger Röntgenkontrolle empfohlen.

Wegen fortbestehender Beschwerden stellte sich die Patientin im weiteren Verlauf in einem Universitätsklinikum vor. Dort wurde unter der Diagnose „posttraumatische Gonarthrose links nach fehldiagnostizierter Depressionsfraktur lat. Tibiakopf 09/2021 bei Fahrradsturz“ die Indikation zur Implantation einer Knie-Totalendoprothese gestellt und die Operation am 6. April im Jahr nach dem Unfall durchgeführt. Im September desselben Jahres erlitt die Patientin eine periprothetische Fraktur, weshalb eine weitere Operation erforderlich wurde.

Erwiderung der Antragsgegnerin

Die Antragsgegnerin hat im Verfahren vorgetragen, dass aus der Sicht ex ante auf den Röntgenaufnahmen keine Fraktur zu erkennen sei. Allenfalls in Kenntnis des späteren MRT-Befundes könne man eine Impression erahnen.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Facharzt für Chirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung fehlerhaft erfolgt sei, da fehlerhaft die Fraktur nicht erkannt worden sei. Dadurch sei es zu einer Diagnose- und Behandlungsverzögerung gekommen und eine frühzeitigere Gelenkrekonstruktion sei erforderlich geworden.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter an, dass fehlerhaft die Fraktur nicht erkannt worden ist und diese zu einer Behandlungsverzögerung geführt hat.

Zeitpunkt der Beurteilung

Die Antragsgegnerin hat sich darauf berufen, dass allenfalls in Kenntnis des MRT-Befundes eine Fraktur zu erkennen sei, also aus der Sicht ex post. Die Behandlungsfehlerfrage ist jedoch aus der Sicht ex ante zu beurteilen, also aus der Sicht zum Zeitpunkt der Behandlung ohne Kenntnis des weiteren Verlaufs.

Die Röntgenbilder wurden im Schlichtungsverfahren durch den Gutachter selbst befundet und dieser stellte nachvollziehbar fest, dass eine Fraktur eindeutig erkennbar war, auch ohne Kenntnis des weiteren Verlaufs. Die Komplexität der Verletzung musste nicht erkannt werden, wohl aber der Umstand, dass eine Fraktur eingetreten war. Nach dem Erkennen der Fraktur hätte dann eine CT-Untersuchung erfolgen müssen.

Abgrenzung Diagnosefehler vs. Befunderhebungsfehler

Hier war nun zu entscheiden, ob es sich somit bei dem fehlerhaften Vorgehen um einen Diagnosefehler handelt, weil die Fraktur nicht erkannt wurde oder um einen Befunderhebungsfehler, weil kein CT veranlasst worden ist: Wurden erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die aus der berufsfachlichen Sicht des Fachbereichs gebotenen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen ergriffen, handelt es sich um einen Diagnosefehler. Um einen Befunderhebungsfehler handelt es sich, wenn eine erforderliche diagnostische Maßnahme nicht veranlasst worden ist und deshalb Befunde nicht erhoben worden sind.

Liegt nun, wie im vorliegenden Fall, die Konstellation vor, dass eine objektiv gebotene, aber wegen eines vorwerfbaren Diagnosefehlers folgerichtig weitere Befunderhebung unterlassen wurde, verbleibt es bei dem vorwerfbaren Diagnosefehler und der nachfolgende Befunderhebungsfehler kommt als „Folgefehler“ juristisch nicht mehr zum Tragen (vgl. OLG Köln VersR 2005, 1740). Hier war somit das fehlerhafte Vorgehen als Diagnosefehler zu qualifizieren.

Anfängerbehandlung

In diesem Fall kam noch hinzu, dass die beanstandete Behandlung durch einen Assistenzarzt erfolgt war: Grundsätzlich haben eine Patientin oder ein Patient bei Übernahme einer Behandlung durch ein Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Standard eines Facharztes entspricht. Die mit der Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte naturgemäß verbundenen höheren Verletzungsgefahren sind von den für den Einsatz Verantwortlichen voll beherrschbar. Sie müssen daher durch besondere Maßnahmen ausgeglichen werden. Hier hätte also eine zeitnahe ergänzende fachärztliche Durchsicht durch einen Chirurgen/Unfallchirurgen oder Radiologen erfolgen müssen. Dies ist fehlerhaft unterblieben.

Nach § 630 h Abs. 4 BGB wird vermutet, wenn ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt war, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

Die mangelnde Befähigung bezieht sich auf eine Behandlung ohne die notwendige fachliche Qualifikation und dies

betrifft Ärztinnen und Ärzte, die sich noch in der Ausbildung befinden. Ob die Ärztin oder der Arzt, die oder der sich noch in der Ausbildung befindet, ausreichend befähigt war oder nicht, ist jeweils eine Einzelfallentscheidung.

Kausalität und Gesundheitsschaden

Durch § 630 h Abs. 4 BGB kam es hier zu einer Vermutung der Kausalität der mangelnden Befähigung für den Gesundheitsschaden. Aber auch ohne diese Beweiserleichterung war hier die Kausalität mit dem erforderlichen Beweismaß gegeben und die Schlichtungsstelle hat im Einklang mit dem Gutachter folgenden kausalen Gesundheitsschaden angenommen: Behandlungsverzögerung von sieben Wochen mit Schmerzen und Beschwerden während dieser Zeit, anschließende konservative Therapie mit Beschwerden und Schmerzen, Erforderlichkeit einer Knie-TEP-Implantation zum tatsächlich erfolgten Zeitpunkt, periprothetische Fraktur mit erforderlicher Operation.

Es ist davon auszugehen, dass bei fachgerechtem Vorgehen eine Osteosynthese in Form einer winkelstabilen Plattenosteosynthese durchgeführt worden wäre. Eine posttraumatische Arthrose hätte dann entweder verhindert oder zumindest zeitlich deutlich hinausgeschoben werden können.

Die rechtlichen Konsequenzen

Im Ergebnis wurde hier eine haftungsrechtliche Einstandspflicht angenommen, da sowohl ein Behandlungsfehler als auch ein kausal bedingter Gesundheitsschaden festgestellt werden konnte.

Take-Home-Message

Anfängerbehandlungen bedürfen je nach Befähigung des Anfängers entweder einer Überwachung oder einer Kontrolle. Eine (zeitliche) Investition in die Ausbildung der Anfänger bedeutet unter Umständen eine Fehlervermeidung. Zum Nachweis der Befähigung kann das einschlägige Weiterbildungszeugnis zum Zeitpunkt der Behandlung oder das Gesprächsdokument/-protokoll, welches das mindestens ein Mal jährlich stattfindende Weiterbildungsgespräch dokumentiert, herangezogen werden.

Kristin Hinrichsen, Ass. jur.
Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen
Dr. med. Antje Wefer
Fachärztin für Nuklearmedizin,
Fachärztin für Diagnostische Radiologie
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle