

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Schwierige Abgrenzung von Diagnose- und Befunderhebungsfehler: Nicht immer liegt ein Befunderhebungsfehler vor, wenn auf weitere Befunde verzichtet wurde. Was geschieht im Falle einer Gesamtschuldnerhaftung?

Anlass des Schlichtungsantrags

Der Patient hat das Schlichtungsverfahren beantragt, da er davon ausging, dass die Operation einer Fraktur des rechten körperfernen Unterschenkels fehlerhaft durchgeführt worden sei. Der Fuß habe nach der Operation eine Außenrotation von 20 Grad aufgewiesen, es habe also eine Fehlpositionierung stattgefunden. Außerdem sei ein falscher Nagel gewählt worden und eine Schraube sitze verkehrt. Ferner sei die Operation von einem Assistenzarzt durchgeführt worden, was nicht dem medizinischen Facharztstandard entsprochen habe. Nach der Entlassung habe er sich auf eigene Veranlassung andernorts vorgestellt. Dort sei die Außenrotation erkannt und eine Revisionsoperation veranlasst worden. Der Patient hat sich an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen gewandt, um die Angelegenheit unabhängig und neutral begutachten und juristisch bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Der Patient war am 26. Dezember gestürzt und hatte sich dabei eine Fraktur des rechten körperfernen Unterschenkels zugezogen. Der Patient wurde mit dem Rettungsdienst bei der Antragsgegnerin, einem niedersächsischen Krankenhaus, eingeliefert. Der Aufnahmebefund ergab Folgendes: „Fraktur im unteren Drittel des Unterschenkels, Fehlstellung des Fußes mit Außenrotation etwa 60 Grad, Kniegelenk klinisch unauffällig.“ Es erfolgte eine Reposition des Bruchs und das Anlegen einer Unterschenkelschiene. Ein CT ergab eine Unterschenkelfraktur mit Fibulafaktur im mittleren bis distalen Drittel und insgesamt multiplen Abspaltungen im Bereich von Tibia und Fibula. Noch am Unfalltag wurde die Fraktur operativ bei der Antragsgegnerin behandelt. Es erfolgte eine offene Einrichtung über Stichinzision und Stabilisierung durch einen aufgebohrten Verriegelungsnagel im Markraum und Verschraubung des hinteren Anteils des körperfernen Schienbeins. Eine postoperative Röntgenkontrolle wurde wie folgt befundet: „Gute Stellung der Tibiafraktur bei Z.n. Marknagelosteosynthese mit geringer Achsabknickung nach ventral. Keine Stufenbildung der Tibiagelenkfläche bei regelrechtem Sitz der beiden Schrauben. Mäßig nach dorsal verschobene, konservativ behandelte Fibulachaffraktur im mittleren Drittel.“ Der Patient wurde am 29. Dezember aus stationärer Behandlung entlassen.

Der weitere Verlauf

Der Patient stellte sich ab 2. Januar des darauffolgenden Jahres in einer Chirurgischen Praxis vor. Dort wurde am 17. Januar eine Außenrotation des Fußes von circa 15 Grad festgestellt. Es erfolgte die Weiterleitung an eine Klinik, wo nach zusätzlicher Diagnostik die Indikation zur Korrektur der Außenrotationsfehlstellung gestellt und der Eingriff am 2. Februar durchgeführt wurde. Es erfolgte eine Re-Osteosynthese per Marknagel und eine autologe Spongiosaplastik. Anschließend kam es zu einer deutlichen Besserung.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie mit Spezialisierung auf Fuß- und Sprunggelenkschirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung fehlerhaft erfolgt sei. Und zwar nicht, weil die Operation nicht korrekt durchgeführt worden sei, sondern weil fehlerhaft die Außenrotationsfehlstellung postoperativ nicht diagnostiziert worden sei. Dadurch sei es zu einer Behandlungsverzögerung bis zur Revisionsoperation gekommen.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter in allen Punkten an. Zunächst war der Vorwurf des Patienten zu klären, dass die Operation fehlerhaft durchgeführt worden sei, weil es zu einer Außenrotation gekommen war. Der Gutachter hatte nachvollziehbar herausgearbeitet, dass die Operation gemäß Behandlungsdokumentation fachgerecht durchgeführt worden war. Es wurde sparsam aufgebohrt und es wurden ein geeigneter Nagel und fachgerecht Verriegelungsschrauben verwendet. Zudem wurden zwei statische Verriegelungen oberhalb und unterhalb des Nagels benutzt sowie zusätzlich eine dynamische Verriegelung. Zwar überragte eine Schraube den Knochen um 7 mm: Das ist aber auch bei fachgerechtem Vorgehen möglich. Außerdem befanden sich im Bereich des Überstandes keine Strukturen, die hätten geschädigt werden können, sodass der Schraubenüberstand klinisch keine Relevanz aufwies.

Unvermeidbare Komplikation

Dennoch war es zu einer Außenrotationsfehlstellung gekommen, womit sich der Gutachter ausführlich auseinandergesetzt

hatte. Er erläuterte, dass die Rotation intraoperativ durch Seitenvergleich erfolgt. Das wird jedoch erschwert, da während der Operation aus Sterilitätsgründen nur ein Bein abgedeckt und das zweite Bein nur ertastet wird. Aus dem Operationsbericht ergibt sich, dass während des gesamten Eingriffs auf eine korrekte Beinrotationsachse geachtet wurde. Insofern wurde fachgerecht vorgegangen. Dass es dennoch zu der Außenrotationsfehlstellung gekommen ist, stellt eine Komplikation dar. Falls eine Komplikation eintritt, lässt sich daraus weder automatisch schließen, dass der Ärztin oder dem Arzt ein Fehler unterlaufen ist, noch, dass diese Komplikation eingriffstypisch und deshalb unvermeidbar ist. Vielmehr ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen ärztlichen Handelns aufgetreten ist (also unvermeidbar war), oder ob sie als Folge fehlerhaften ärztlichen Handelns anzusehen ist (folglich vermeidbar war). Da der Operationsbericht ein fachgerechtes Vorgehen wiedergibt, ist die Komplikation als unvermeidbar und damit nicht als fehlerbedingt zu bewerten.

Anfängerbehandlung?

Weiter hatte der Patient den Vorwurf erhoben, dass die Operation von einem Assistenzarzt durchgeführt worden sei. Ein Patient hat bei einer Behandlung im Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem medizinischen Standard eines Facharztes entspricht. Im vorliegenden Fall hatte laut Operationsbericht ein Oberarzt den Eingriff durchgeführt und kein Assistenzarzt. Somit handelte es sich hier nicht um eine Anfängerbehandlung.

Abgrenzung von Diagnose- und Befunderhebungsfehler

Im Rahmen der postoperativen Behandlung war es jedoch zu einem Behandlungsfehler gekommen. Der Gutachter hatte festgestellt, dass die postoperative Röntgenaufnahme des gesamten Unterschenkels hinsichtlich eines Rotationsfehlers verdächtig war. Sie zeigte das Sprunggelenk direkt von vorne und das Kniegelenk schräg. Dieses wurde fehlerhaft nicht als verdächtig eingeschätzt. Es hätte hier zur Klärung ein Rotations-CT veranlasst werden müssen. Dieses ist fehlerbedingt unterblieben. Dazu stellte sich juristisch nun die Frage, ob es sich um einen Diagnosefehler oder einen Befunderhebungsfehler handelte. Zu Abgrenzungsproblemen kommt es, wenn die Ärztin oder der Arzt einen gebotenen Befund erhebt (wie hier die Röntgenaufnahme), diesen aber falsch bewertet und deshalb eine unzutreffende Diagnose stellt mit der Folge, dass weitere Befunderhebungen unterbleiben (hier CT), die bei korrekter Diagnose hätten erfolgen müssen. Laut der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) handelt es sich in einem solchen Fall um einen Diagnosefehler. Denn es wurde tatsächlich ein erforderlicher Befund erhoben (Röntgenaufnahme). Dieser wurde jedoch fehlerhaft bewertet, so-

dass die weitere Befunderhebung als „(Diagnose-)Fehlerfolge“ unterblieb. Vorliegend war der Behandlungsfehler als Diagnosefehler zu bewerten und führte somit nicht zu einer Beweislastumkehr, was unter bestimmten Voraussetzungen die Folge eines Befunderhebungsfehlers hätte sein könnte.

Kausalität und Gesundheitsschaden

Somit bestätigte die Schlichtungsstelle einen fehlerbedingten kausalen Gesundheitsschaden: Behandlungsverzögerung von 36 Tagen (bis zur Revisionsoperation) mit Beschwerden während dieser Zeit. Eine Revisionsoperation wäre auch bei zeitgerechter Diagnose erforderlich geworden, allerdings ohne Spongiosaplastik, sodass diese ebenfalls als fehlerbedingter kausaler Gesundheitsschaden zu bewerten war. Die Antragsgegnerin hatte eingewandt, dass die Spongiosaplastik auch trotz Behandlungsverzögerung noch nicht erforderlich gewesen sei. Das konnte im Rahmen des Schlichtungsverfahrens jedoch nicht geprüft werden, da die nachbehandelnde Klinik nicht am Verfahren beteiligt war.

Gesamtschuldnerhaftung

Juristisch waren daher zwei Alternativen möglich: Entweder die Spongiosaplastik war nicht indiziert, das heißt der nachbehandelnden Klinik wäre ebenfalls ein Behandlungsfehler unterlaufen. In diesem Fall würde allerdings eine Gesamtschuldnerhaftung der Antragsgegnerin und der nachbehandelnden Klinik bestehen. Bei einer Gesamtschuldnerschaft kann der Gläubiger (hier der Patient) seine gesamte Forderung bei einem der Schuldner geltend machen. Beide Schuldner können dann im Innenausgleich untereinander einen gerechten Ausgleich erlangen. Die andere Alternative geht von der Situation aus, dass eine Indikation zur Spongiosaplastik bestand und es sich daher um einen durch die Behandlungsverzögerung entstandenen Schaden handelte. In beiden Fällen kann demnach der Patient die Spongiosaplastik als fehlerbedingten Gesundheitsschaden gegenüber der Antragsgegnerin geltend machen. Im Ergebnis wurde hier eine haftungsrechtliche Einstandspflicht angenommen, da sowohl ein Behandlungsfehler als auch ein kausal bedingter Gesundheitsschaden festgestellt werden konnten.

Take-Home-Message

Bedenken Sie im Falle einer Haftung, dass Ihre Haftung nicht durch das Hinzutreten eines anderen ärztlichen Fehlers unterbrochen wird.

Kristin Hinrichsen, Juristin
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen