

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Im Krankenhaus wird eine Behandlung dem medizinischen Standard entsprechend geschuldet. Die Übertragung einer Behandlung auf eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt kann bei ungenügender Qualifikation einen Behandlungsfehler darstellen.

Anlass für den Schlichtungsantrag

Die Patientin hatte sich eine Woche nach einer Sigmaresektion auf Zuweisung des kassenärztlichen Notdienstarztes wegen Übelkeit, Erbrechen und relevanter Wundsekretion bei der Antragsgegnerin vorgestellt. Dort sei eine Fehldiagnose gestellt und sie ohne ausreichende Untersuchung wieder nach Hause geschickt worden. Andernorts sei dann eine Notoperation erfolgt. Die Patientin 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

Bei der Patientin wurde am 21. August in einem Krankenhaus, dessen Behandlung nicht Gegenstand des Schlichtungsverfahrens war, wegen einer perforierten Sigmadivertikulitis eine laparoskopisch-assistierte Sigmaresektion durchgeführt. Am 25. August wurde sie dort aus der Behandlung entlassen. Am 27. August wurde die Patientin mit einem Rettungswagen auf Zuweisung des kassenärztlichen Notdienstarztes wegen Übelkeit, Erbrechen und relevanter Wundsekretion bei der Antragsgegnerin, einem niedersächsischen Krankenhaus, vorgestellt. Hier berichtete sie über die Entfernung von 28 Zentimeter Dickdarm bei der vorangegangenen Operation. Die Behandlung wurde von einem Assistenzarzt durchgeführt. Es erfolgten eine klinische Untersuchung und eine Bestimmung der Laborparameter. Dabei zeigte sich eine Leukozytose von 12,3 / μ l, eine Thrombozytose mit 368.000 / μ l, GOT 44 U/l, GPT 89 U/l und Gamma-GT 94 U/l. Das CRP lag bei 16,0 mg/l und war ebenfalls erhöht. Es wurde von einer Wundheilungsstörung ausgegangen, die Übelkeit auf eine Motilitätsstörung geschoben und eine Magenschleimhautentzündung infolge von Ibuprofen-Einnahme angenommen. Es erfolgte die Gabe von Metamizol und Pantozol. Daraufhin wurde die Patientin am selben Tag in die ambulante Weiterbetreuung entlassen.

Der weitere Verlauf

Am 28. August stellte sich die Patientin notfallmäßig in dem Krankenhaus vor, in dem auch die Operation durchgeführt worden war. Es zeigte sich eine sezernierte Drainagestelle, das Abdomen war weich und ohne Abwehrspannung. Die Drainagestelle wurde umstochen und eine Infusion verab-

reicht. Am 29. August hat die Patientin stuhlig erbrochen, so dass eine Magensonde gelegt wurde. Ein CT ergab eine laterale Hernie im Bereich des Musculus abdominis mit Kalibersprung und Aufstau der oralseitig gelegenen Dünndarmschlingen. Am 29. August erfolgte eine diagnostische Laparoskopie, bei der sich eine eingeklemmte Dünndarmschlinge zeigte. Es wurde eine offene Reposition dieser Dünndarmschlinge sowie eine Fasziennaht durchgeführt. Der weitere Verlauf gestaltete sich unkompliziert, die Patientin konnte am 3. September entlassen werden.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung fehlerhaft erfolgt sei, da keine ausreichende Diagnostik veranlasst worden sei. Außerdem hätte eine stationäre Aufnahme bei unklarer abdomineller Beschwerdesituation empfohlen werden müssen. Fehlerbedingt sei es zu einer Behandlungsverzögerung gekommen.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter in allen Punkten an. Der Gutachter hatte nachvollziehbar herausgearbeitet, dass am 27. August nicht fachgerecht und ausreichend reagiert worden sei. Die Patientin stellte sich mit einer abdominellen Beschwerdesymptomatik und Wundheilungsstörung bei Zustand nach Sigmaresektion eine Woche zuvor vor. Die Symptome „Übelkeit und Erbrechen“ passten auch zu einer Ileussyptomatik, folglich wurde im Arztbrief eine Darmmotilitätsstörung angedacht. Der Gutachter hat festgestellt, dass hier ein Ausschöpfen der Basisdiagnostik mit Auskultation, Abdomensonographie und Abdomenübersichtsaufnahme hätte erfolgen müssen. Dies wurde jedoch fehlerhaft unterlassen.

Befunderhebungsfehler

Da weitere erforderliche Diagnostik unterlassen wurde, lag hier ein Befunderhebungsfehler vor. Dieser führt zu einer Beweislastumkehr, wenn

1. bei Durchführung der gebotenen diagnostischen Maßnahmen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (> 50 Prozent) ein reaktionspflichtiger Befund erhoben worden wäre und



Foto: upixa – stock.adobe.com

Auch nachts in der Notaufnahme (hier ein Symbolbild) wird aus dem Behandlungsvertrag der medizinische Facharztstandard geschuldet.

2. das Nichterkennen dieses reaktionspflichtigen Befundes eine absolut nicht nachvollziehbare, fundamentale Fehldiagnose oder eine Nichtreaktion auf den reaktionspflichtigen Befund völlig unverständlich und eine massige Standardunterschreitung gewesen wäre.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kommt es zu einer Beweislastumkehr, der Fehler muss dann nur noch generell geeignet sein, den konkreten Gesundheitsschaden herbeizuführen.

Zum Vergleich: Kommt es nicht zu einer Beweislastumkehr, muss die Patientin, beziehungsweise der Patient, beweisen, dass der Gesundheitsschaden auf den Fehler zurückzuführen ist. Für den Primärschaden ist dazu der Vollbeweis gemäß § 286 Zivilprozessordnung (ZPO) nötig. Erforderlich ist dazu ein für das tägliche Leben brauchbarer Grad an Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie vollständig auszuschließen (Urteil des Bundesgerichtshofs [BGH] vom 04.11.2003 zu VI ZR 28/03).

Es gibt jedoch auch eine Rückausnahme von der Beweislastumkehr und zwar dann, wenn es äußerst unwahrscheinlich ist, dass bei fachgerechtem Vorgehen ein anderer Verlauf eingetreten wäre. Hierfür trägt die Arztseite die Beweislast, erforderlich ist wiederum der Vollbeweis gemäß § 286 ZPO.

Der grobe Befunderhebungsfehler

Ein grober Behandlungsfehler und dementsprechend ein grober Befunderhebungsfehler liegt vor, wenn das Fehlverhalten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens unter Berücksichtigung der konkreten Umstände aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegen des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabs nicht nachvollziehbar und völlig unverständlich ist.

Auch ein grober Behandlungsfehler führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem primären Gesundheitsschaden. Es ist nicht erforderlich, dass er 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 einer solchen Folge nicht zu sein.

Der Gutachter hatte hier richtigerweise festgestellt, dass zwar Anamnese, Blutuntersuchungen und körperliche Untersuchung erfolgten, jedoch keine Basisuntersuchungen, etwa Auskultation des Darms und bildgebende Basisuntersuchungen wie Abdomensonographie oder Röntgenübersichtsaufnahme des Abdomens. Weiter erläuterte er, dass diese Basis-

diagnostik bereits Inhalt des Studiums sei und das Unterlassen deshalb eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln und gesicherte medizinische Kenntnisse verstoße. Das Vorgehen stelle damit einen Fehler dar, der objektiv nicht mehr verständlich sei. Der Befunderhebungsfehler war damit als grober Behandlungsfehler zu bewerten. Da sich hier eine Beweislastumkehr aus dem groben Befunderhebungsfehler ergab, konnte offen bleiben, ob auch die oben aufgeführten Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr aus einem „einfachen“ Befunderhebungsfehler erfüllt waren.

Anfängerbehandlung

Haftungsrelevant war hier noch, dass die Behandlung durch einen Assistenzarzt erfolgte. Aus dem Behandlungsvertrag wird immer eine Behandlung geschuldet, die dem medizinischen Facharztstandard entspricht. Da aber auch Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung Praxiserfahrung sammeln können müssen, ist es durchaus erlaubt, dass sie Behandlungen durchführen. Dies darf allerdings nur allmählich und schrittweise geschehen, sodass zu Beginn die Ärztin oder der Arzt in Ausbildung der Fachärztin oder dem Facharzt zuschauen müssen. Erst danach übernehmen die Ärztin oder der Arzt in Ausbildung die Behandlung selbst, während die Fachärztin oder der Facharzt jedoch dabei sind, die „Anfängerbehandlung“ überwachen und jederzeit eingreifen können. Zu beachten ist, dass die Übertragung einer Behandlung auf eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt, die hierfür nicht ausreichend qualifiziert sind, einen Behandlungsfehler der ärztlichen Leitung darstellen kann.

Die Beweislast dafür, dass der noch in der Ausbildung befindliche Arzt einen ausreichenden Erfahrungs- und Kenntnisstand hatte, trägt wiederum die Arztseite. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens wird dazu das Weiterbildungszeugnis, welches den Stand zum Behandlungszeitpunkt wiedergibt, oder das Gesprächsdokument, welches das einmal jährlich stattfindende Weiterbildungsgespräch dokumentiert, angefordert. Nach § 630 h Abs. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) wird in einem solchen Fall vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Kör-

Take-Home-Message

Auch nachts in der Notaufnahme wird aus dem Behandlungsvertrag der medizinische Facharztstandard geschuldet. Ebenso muss bei einer Behandlung durch eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt der Facharztstandard gewährt werden und je nach Ausbildungsstand eine Fachärztin oder ein Facharzt gegebenenfalls die Behandlung überwachen oder hinzugezogen werden können.

Save the date: Nächstes Gutachterkolloquium der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen am 8. Mai 2026

Verschiedene Themen rund um die medizinische Begutachtung im Arzthaftungsrecht stehen im Mittelpunkt des nächsten Gutachterkolloquiums der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen am Freitag, 8. Mai 2026, in der Zeit von 14 bis 19 Uhr. Mit einem Vortrag unter dem Titel „Rechtliche Grundlagen der Aufklärung und ihre Behandlung im Sachverständigengutachten“ wird erneut Dr. jur. Tonio Stoll, Richter am Oberlandesgericht Celle, vertreten sein. Außerdem wird Thorsten Heuer-Rieckenberg, bei der Ärztekammer für Honorarprüfung und Gutachterbenennung zuständig, über die Abrechnung von Gutachten informieren und erläutern, unter welchen Voraussetzungen man Gutachterin oder Gutachter für die Schlichtungsstelle werden kann. Über weitere rechtliche Aspekte, die im Rahmen der Gutachtenerstellung von Bedeutung sind, wird Kristin Hinrichsen, Juristin bei der Schlichtungsstelle, berichten. Das Kolloquium wird sich sowohl an die Neulinge unter den Gutachterinnen und Gutachtern als auch an die darin erfahrenen Ärztinnen und Ärzte richten. Weitere Infos, das Programm und ein Anmeldeformular finden Sie ab Anfang 2026 auf der ÄKN-Website unter www.aekn.de. ■ wbg

pers oder der Gesundheit ursächlich war. Die Arztseite hat dann also zu beweisen, dass der Gesundheitsschaden nicht auf mangelnder Übung und Erfahrung beruht.

Kausalität und Gesundheitsschaden

Im vorliegenden Fall war es so, dass lediglich ein passagerer Gesundheitsschaden in Form einer Behandlungsverzögerung von einem Tag mit Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen in Betracht kam. Ein Gesundheitsschaden darüber hinaus war nicht ersichtlich, sodass es rechtlich nicht auf die Beweislastumkehrungen ankam.

Die rechtlichen Konsequenzen

Im Ergebnis waren haftungsrechtliche Ansprüche gegenüber der Antragsgegnerin begründet, da sowohl ein Behandlungsfehler als auch ein kausaler Gesundheitsschaden festgestellt werden konnten.

Kristin Hinrichsen, Juristin
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen