

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Im Rahmen eines Behandlungsvertrags wird kein Behandlungs- oder Heilungserfolg geschuldet, sondern eine Behandlung, die dem medizinischen Standard entspricht

Anlass des Schlichtungsantrags

Die Patientin hat das Schlichtungsverfahren beantragt, da sie davon ausging, dass im Rahmen der konservativen Therapie ihrer Radiusfraktur fehlerhaft keine ausreichende Stellungskontrolle erfolgt sei. Es habe sich dann der Bruch verschoben und er sei schief zusammengewachsen. Dies führte die Patientin auf Behandlungsfehler sowohl der Antragsgegnerin zu 1) als auch der Antragsgegnerin zu 2) zurück. Die Patientin hat sich an die Schlichtungsstelle gewandt, um die Angelegenheit unabhängig und neutral begutachten und juristisch bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Die Patientin ist am 26. August auf das linke Handgelenk gestürzt. Sie stellte sich noch am Unfallfalltag bei der Antragsgegnerin zu 1), einem niedersächsischen Krankenhaus, vor. Dort wurde nach klinischer Untersuchung und Röntgenaufnahme in 2 Ebenen die Diagnose „distale Radiusfraktur“ gestellt. Es wurde eine Unterarmgipsschiene angelegt und eine Wiedervorstellung am Folgetag, dem 27. August, bei der Antragsgegnerin zu 2), einem niedersächsischen MVZ, vereinbart. Dort wurde dann eine druckfreie Anlage des Gipses festgestellt sowie intakte Durchblutung, Motorik und Sensibilität der Finger. Es wurde eine Wiedervorstellung für den 30. August zur Röntgenkontrolle vereinbart. An diesem Tag wurde röntgenologisch eine gering dislozierte, distale Radiusfraktur mit leichter dorsaler Einstauchung gesehen. Im Übrigen wurden eine intakte Durchblutung, Motorik und Sensibilität der Finger befundet. Es wurde angegeben, dass der Gips nicht gedrückt hat. Weiter wurde festgelegt, dass der Gips für insgesamt sechs Wochen getragen werden sollte. Am 3. September erfolgte eine weitere Röntgenkontrolle bei der Antragsgegnerin zu 2). Hier wurde zwar keine Dislokation, aber eine vermehrte scapholunäre Dissoziation gesehen. Es erfolgte eine Überweisung zum MRT zur Abklärung einer Bandläsion im Handwurzelbereich. Der Gips wurde neu gewickelt. Das MRT erfolgte am 13. September und wurde am 17. September bei der Antragsgegnerin zu 2) besprochen. Das MRT hatte einen unveränderten weiten Abstand zwischen Os scaphoideum und Os lunatum wie in einer Voruntersuchung aus dem Vorjahr des Unfalls mit bereits damals diagnostizierter, subtotaler Ruptur der scapholunären Bänder ergeben. Die nächste Vorstellung bei der Antragsgegnerin zu 2) erfolgte am 1. Oktober. Es bestanden eine Schwellung und Druckschmerz im Frakturbereich. In andernorts angefertigten Röntgenaufnah-

men vom 28. September zeigte sich eine deutliche Abkipfung der distalen Radiusfraktur nach dorsal. Ein Repositionsversuch unter BV-Kontrolle scheiterte bei konsolidierter Fraktur. Daher wurde eine Handgelenksorthese verordnet. Im weiteren Verlauf wurden Schmerzen beim Bewegen und Drehen des Handgelenks angegeben. Die Supination lag bei 50°, Extension/Flexion 50-0-30°.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Unfallchirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung durch die Antragsgegnerin zu 2) fehlerhaft erfolgt sei, da die Röntgenkontrollen zur Stellungskontrolle nicht ausreichend gewesen seien. Außerdem sei fehlerhaft auf das Misslingen des Repositionsversuchs unter BV-Kontrolle reagiert worden. Dadurch sei es zu einer Behandlungsverzögerung gekommen. Ein Behandlungsfehler durch die Antragsgegnerin zu 1) wurde nicht festgestellt. Da die Beteiligten umfangreich zu dem Gutachten Stellung genommen hatten, wurde der Gutachter um eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme unter Berücksichtigung der Einwendungen gebeten. Auch nach erneuter Prüfung kam der Gutachter zu dem vorgenannten Ergebnis.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter in allen Punkten an.

Antragsgegnerin zu 1)

Ein Behandlungsfehler der Antragsgegnerin zu 1) konnte nicht festgestellt werden: Der Gutachter hat nachvollziehbar festgestellt, dass die diagnostischen Maßnahmen am 26. August ausreichend waren. Die klinische Untersuchung ergab eine Schwellung des Handgelenks mit Druckschmerz im distalen Radius. Es wurde eine Röntgenuntersuchung in zwei Ebenen durchgeführt, die eine distale Radiusfraktur ergab. Weitere diagnostische Maßnahmen waren zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich. Fachgerecht wurde eine konservative Therapie eingeleitet mit Anlage einer Unterarmgipsschiene und regelmäßiger Röntgenkontrolle bei der Antragsgegnerin zu 2). Der Gutachter hat ausführlich erläutert, dass keine klare Operationsindikation bestand. Eine solche Indikation bestehe bei instabilen Frakturen, intraartikulären, dislozierten Frakturen, Frakturen mit Weichteilschäden und besonderen Begleitverletzungen. Derartige Befunde lagen



Foto: illustissima – stock.adobe.com

Nach einer Fraktur des Handgelenks können engmaschige Röntgenkontrollen (hier ein Symbolbild) zur Stellungkontrolle erforderlich sein.

bei der Patientin jedoch nicht vor, so dass zumindest eine relative Indikation zur konservativen Therapie bestand, was juristisch ausreichend ist, um als fachgerecht beurteilt werden zu können.

Der Behandlungsvertrag ist ein Dienstvertrag

Hier war der Patientin noch zu erklären, dass das sekundäre Abkippen der Fraktur nicht per se für einen Behandlungsfehler sprach. Es handelt sich vielmehr um eine Komplikation der konservativen Therapie, die hier unvermeidbar – nicht fehlerbedingt – eingetreten ist. In diesem Zusammenhang war der Patientin auch darzulegen, dass es sich bei einem Behandlungsvertrag um einen Dienstvertrag handelt, bei dem nicht ein (Heilungs- beziehungsweise Behandlungs-)Erfolg geschuldet wird, sondern die Behandlung an sich, die fachgerecht zu erfolgen hat. Und dies ist aus der Sicht ex ante zu beurteilen, also aus der Sicht zum Zeitpunkt der Behandlung ohne Kenntnis des weiteren Verlaufs.

Antragsgegnerin zu 2)

Die weitere Behandlung erfolgte bei der Antragsgegnerin zu 2): Der Gutachter hat herausgearbeitet, dass bei einer solchen konservativen Therapie in den ersten vier bis sechs Wochen engmaschige Röntgenkontrollen zur Stellungkontrolle der Fraktur erforderlich sind. Diese Röntgenkontrollen erfolgten am 27. und am 30. August sowie am 3. September. Dies war fachgerecht und ausreichend. Da in der Röntgenkontrolle vom 3. September eine vermehrte scapholunäre Dissoziation gesehen wurde, wurde eine Überweisung zum MRT ausgestellt. Dieses MRT wurde am 13. September andernorts erstellt und am 17. September bei der Antragsgegnerin zu 2) besprochen. Festgehalten wurde ein „unverändert weiter Abstand zwischen Os scaphoideum und Os lu-

natum – wie bei einer Voruntersuchung im Jahr zuvor mit subtotaler Ruptur der scapholunären Bänder“. Die nächste Vorstellung der Patientin bei der Antragsgegnerin zu 2) erfolgte am 1. Oktober. Sie hatte andernorts erstellte Röntgenaufnahmen mitgebracht. Zum ersten Mal zeigten sich nun eine Schwellung und Druckschmerz im Frakturbereich. Und in der Auswertung der Fremdaufnahmen ergab sich eine deutliche Abkipfung der distalen Radiusfraktur.

Befunderhebungsfehler

Richtigerweise hatte der Gutachter festgestellt, dass nach dem 3. September keine engmaschige Röntgenkontrolle zur Stellungkontrolle mehr erfolgte. Dies ist als Befunderhebungsfehler zu bewerten. Ein Befunderhebungsfehler liegt vor, wenn erforderliche diagnostische Maßnahmen nicht durchgeführt wurden und so erforderliche Befunde nicht erhoben worden sind. Die juristische Besonderheit eines Befunderhebungsfehlers besteht darin, dass er bei folgenden Voraussetzungen zu einer Beweislastumkehr führt:

1. Erforderliche diagnostische Maßnahmen wurden fehlerhaft unterlassen.
2. Bei Durchführung der gebotenen diagnostischen Maßnahme(n) wäre mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (> 50 Prozent) ein reaktionspflichtiger Befund erhoben worden.
3. a. Das Nichterkennen dieses reaktionspflichtigen Befundes wäre eine absolut nicht nachvollziehbare, fundamentale Fehldiagnose gewesen oder
b. eine Nichtreaktion auf diesen reaktionspflichtigen Befund wäre völlig unverständlich und eine massive Standardunterschreitung gewesen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, muss der Fehler nur noch generell geeignet sein, den konkreten Gesundheitsschaden herbeizuführen. Dabei ist zu wissen, dass ohne eine solche Beweiserleichterung grundsätzlich der Patient den Fehler und den kausalen Gesundheitsschaden nach dem Beweismaß des § 286 ZPO beweisen muss.

Die Voraussetzungen für die Beweislastumkehr waren hier erfüllt, denn wäre nach dem 3. September etwa am 7. September eine weitere Röntgenkontrolle erfolgt, wäre mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bereits ein weiteres Abkippen der Fraktur diagnostiziert worden, spätestens aber am 10./11. September. Darauf hätte auch entweder mit einer Reposition unter BV-Kontrolle oder einer operativen Reposition reagiert werden müssen. Eine Nichtreaktion wäre grob fehlerhaft gewesen.

Grober Fehler

Weiter war es fehlerhaft, dass nach dem erfolglosen Repositionsversuch unter BV-Kontrolle am 1. Oktober nicht wei-

ter reagiert wurde. Hier hätte die Patientin zeitnah in eine entsprechende Klinik überwiesen werden müssen – zur Korrektur der Fehlstellung. Dieses Vorgehen hat der Gutachter als völlig unverständlich und schlicht nicht nachvollziehbar bewertet. Es ist hier somit von einem groben Fehler auszugehen: Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn das Fehlverhalten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens unter Berücksichtigung der konkreten Umstände aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegung des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabs schlicht 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 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.

Einwand der Antragsgegnerin zu 2)

Die Antragsgegnerin zu 2) hatte zu dem Punkt, dass die Röntgenkontrollen zur Stellungskontrolle nicht ausreichend gewesen seien, eingewandt, dass sie eine MRT-Untersuchung veranlasst hatte, die am 13. September durchgeführt wurde, so dass eine weitere Röntgenuntersuchung nicht erforderlich gewesen sei.

Der Gutachter wurde daraufhin um eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme gebeten und hat primär ausgeführt, dass eine MRT-Untersuchung zur Nachuntersuchung einer Radiusfraktur zur Stellungskontrolle nicht geeignet sei, da eine MRT-Untersuchung der Darstellung der Weichteile diene. Der Gutachter hat darüber hinaus Folgendes herausgearbeitet: Wenn sich die Antragsgegnerin zu 2) auf die MRT-Untersuchung berufe, ergebe sich auch aus den MRT-Bildern der Verdacht auf ein Einstauchen der Fraktur, da Mond- und Dreieckbein im MRT deutlich dichter an Ellenköpfchen liegen als in der konventionellen Voraufnahme. Daher ist der Gutachter in dieser sekundären (hilfsweisen) Betrachtung zu der Einschätzung gekommen, dass auch auf die MRT-Bilder hin eine Röntgenuntersuchung zum Abschluss oder Nachweis hätte durchgeführt werden müssen.

Kausalität und Gesundheitsschaden

Unter Berücksichtigung der dargelegten Umstände kam die Schlichtungsstelle zu folgendem fehlerbedingten kausalen Gesundheitsschaden: Behandlungsverzögerung von 4,5 Monaten bis zur fachgerechten Behandlung andernorts am 21. Februar des darauffolgenden Jahres. Während dieser

Zeit bestand eine in Fehlstellung verheilte Radiusfraktur mit den daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Beschwerden. Haftungsrechtliche Ansprüche sind in diesem Umfang begründet. Eine Operation zur Korrektur der Fehlstellung wäre auch bei fachgerechtem Vorgehen erforderlich geworden. Die Operationserforderlichkeit ist also nicht Teil des fehlerbedingten Gesundheitsschadens. Darüber hinaus ließ sich trotz Beweislastumkehr kein Gesundheitsschaden feststellen. Zwar hat der Gutachter erläutert, dass bei fachgerechtem Vorgehen die Operation möglicherweise weniger aufwendig gewesen wäre, beziffern ließ sich dies jedoch nicht.

Weiter war zu berücksichtigen, dass nach Aktenlage bei der Patientin bereits vor der fehlerhaften Behandlung Beschwerden im linken Handgelenk bestanden (Rhizarthrose und Beschränkung der Beweglichkeit nach Trapezektomie und Ringbandspaltung), so dass etwaige bestehende Beschwerden nicht auf den Fehler zurückgeführt werden konnten. Auch der komplizierte Verlauf nach der Operation, welcher als sekundärer Gesundheitsschaden anzusehen wäre, kann nicht auf den Fehler zurückgeführt werden. Die Beweislastumkehr bezieht sich nur auf die Sekundärschäden, soweit sie typischerweise mit dem Primärschaden verbunden sind. Dies konnte hier nicht angenommen werden.

Die rechtlichen Konsequenzen

Im Ergebnis wurde hier eine haftungsrechtliche Einstandspflicht der Antragsgegnerin zu 2) angenommen, da sowohl ein Behandlungsfehler als auch ein kausal bedingter Gesundheitsschaden festgestellt werden konnten.

Take-Home-Message

Auch bei der konservativen ambulanten Behandlung sind medizinische Standards einzuhalten. Dazu gehört nicht nur die zeitgerechte Erhebung von Kontrollbefunden, sondern auch eine adäquate Reaktion auf Abweichungen beziehungsweise das Auftreten von Komplikationen. Unterbleibt dies, liegt unter Umständen ein grober Behandlungsfehler mit der Folge einer Beweislastumkehr vor.

Ass. jur. Kristin Hinrichsen
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen
PD Dr. med. Marc Schult
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirurgie
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle der
Ärztekammer Niedersachsen