

## Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Wann sind Komplikationen vermeidbar oder unvermeidbar? Für die Bewertung seitens der Gutachterinnen und Gutachter ist entscheidend, dass wichtige medizinische Maßnahmen während eines chirurgischen Eingriffs im Operationsbericht dokumentiert werden

### Anlass des Schlichtungsantrags

Die Patientin hat das Schlichtungsverfahren beantragt, da sie davon ausging, dass eine Hysterektomie durch die Antragsgegnerin fehlerhaft durchgeführt worden sei. Es seien Gewebestümpfe aus der Klemme gerutscht und dies intraoperativ nicht behoben worden. Dadurch habe sie postoperativ starke Schmerzen erlitten und es sei zu Synkopen gekommen. Auf diese Beschwerden sei ebenfalls fehlerhaft nicht reagiert worden und sie sei dann ohne weitere Untersuchung entlassen worden. Sie habe dann zwei Tage nach der Entlassung mit dem Rettungswagen wieder ins Krankenhaus gebracht und operiert werden müssen. Die Patientin hat sich an die Schlichtungsstelle gewandt, um die Angelegenheit unabhängig und neutral begutachten und bewerten zu lassen.

### Die strittige Behandlung

Wegen eines PapIIIID2 bei HPV-Infekt (High-Risk) wurde bei der Patientin am 11. November im Hause der Antragsgegnerin eine vaginale Hysterektomie durchgeführt. Intraoperativ kam es beim Absetzen der linken Tube zu einem Herausrutschen von Gewebestümpfen. Eine Blutung wurde intraoperativ nicht gesehen und die Operation wie geplant fortgeführt und beendet. Am 12. November kam es zu einem Kreislaufkollaps bei einem Hb-Wert von 11,1 g/dl.

Am 14. November wurde ein Hb-Abfall auf 7,6 g/dl registriert und am 15. November auf 7,2 g/dl. Am 16. November wurde die Patientin schließlich ohne weitere Abschlussuntersuchung entlassen. Am 18. November wurde sie wegen starker Unterbauchschmerzen mit dem Rettungswagen erneut in das Haus der Antragsgegnerin gebracht. Sonographisch zeigten sich echoarme Strukturen im Unterbauch, welche als „altes Blut nach postop. Blutung“ gedeutet wurden. Laborchemisch zeigte sich am 18. November ein Hb vom 9,9 g/dl und ein CRP von 252.4 mg/l. Daraufhin wurde eine Antibiotikatherapie eingeleitet. Am 19. November war das CRP auf 468.2 mg/l gestiegen und es wurde umgehend eine Laparoskopie durchgeführt. Intraoperativ sah man disseminiert altes Blut und purulentes Sekret. Wegen steigender Infektparameter und fehlender klinischer Besserung wurde die Patientin in die Chirurgie verlegt. Dort erfolgten zwei offene Operationen mit ausgiebiger Spülung des Bauchraumes. Es zeigte sich im linken Unterbauch ein Abszess, basierend auf einem infizierten alten Hämatom. Nebenbefundlich bestanden ein Pleuraerguss, ein Subileus und ausgedehnte peritoneale Adhäsionen.

### Der weitere Verlauf

Am 15. Dezember konnte die Patientin in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Im weiteren Verlauf

Im Operationsbericht müssen alle wichtigen Maßnahmen und die medizinisch gebotenen wesentlichen Operationsschritte dokumentiert sein.



Foto: moodboard – stock.adobe.com

kam es unter anderem zu zwei Reha-Aufenthalten. Außerdem wurde eine multimodale Schmerztherapie und eine psychosomatische Therapie durchgeführt. Die Patientin litt zum Zeitpunkt der Beendigung des Schlichtungsverfahrens weiterhin an einer posttraumatischen Belastungsstörung und einem multifokalen Schmerzsyndrom. Sie ist überdies seit dem 11. November des betroffenen Jahres arbeitsunfähig.

### Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung fehlerhaft erfolgt sei, da dem Hb-Abfall nicht weiter nachgegangen worden sei. Dadurch sei es zu einer Behandlungsverzögerung gekommen. Außerdem hat der Gutachter herausgearbeitet, dass im Operationsbericht nicht festgehalten wurde, dass das Gewebe neu gefasst und ligiert wurde. Dennoch ist der Gutachter davon ausgegangen, dass die herausgerutschten Gewebestümpfe erneut gefasst worden seien.

### Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter an, dass fehlerhaft dem Hb-Abfall nicht nachgegangen worden ist. Darüber hinaus hat die Schlichtungsstelle in dem Nichtaufführen des erneuten Fassens des Gewebes im Operationsbericht jedoch einen Dokumentationsmangel gesehen – mit der Folge, dass die Durchführung der Operation hier als fehlerhaft zu bewerten war. Im Einzelnen:

#### Dokumentationspflicht

Die Dokumentationspflicht entsteht sukzessive mit den einzelnen Behandlungsabschnitten und der Umfang orientiert sich dabei an dem Zweck, eine medizinisch sachgerechte Behandlung zu gewährleisten. Daraus resultiert, dass die Anforderungen an Umfang und Genauigkeit mit der Komplexität des Krankheitsbefunds und der Therapie steigen. Neben den üblichen Aufzeichnungen von Diagnostik, Therapie und Verlauf sind insbesondere Aufzeichnungen über jede Abweichung vom Standard, jede Besonderheit im Verlauf und aufgetretene Komplikationen zu erstellen. Im Rahmen eines Operationsberichts sind die medizinisch gebotenen wesentlichen Operationsschritte, die gewählte Operationmethode und die intraoperativen Befunde und somit der Hergang der Operation hinreichend deutlich zu beschreiben.

#### Exkurs: Komplikation

Hier war es intraoperativ zu einem Herausrutschen von Gewebe aus der Klemme gekommen. Nachvollziehbar hat der Gutachter herausgearbeitet, dass dies bei einer derartigen

Operation durchaus vorkommen kann und es sich um eine nie gänzlich vermeidbare Komplikation handelt. Bei dem Eintritt einer solchen Komplikation ist jedoch immer im Einzelfall zu prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen Handelns aufgetreten ist und unvermeidbar war oder ob die Komplikation als Folge eines fehlerhaften ärztlichen Handelns eingetreten ist und damit als vermeidbar zu bewerten ist. Im vorliegenden Fall hatte der Operationsbericht bis zu diesem Punkt die einzelnen erforderlichen Operationsschritte fachgerecht und nachvollziehbar wiedergegeben und keine Auffälligkeiten gezeigt, die das Auftreten der Komplikation hätten hervorrufen oder begünstigen können. Somit war das Eintreten der Komplikation hier als unvermeidbar zu bewerten.

#### Dokumentationsfehler

Allerdings wurde im weiteren Verlauf des Operationsberichts nicht festgehalten, dass das herausgerutschte Gewebe erneut gefasst und ligiert wurde. Nach den vorstehenden Erläuterungen wäre dies jedoch erforderlich gewesen, um der Dokumentationspflicht ausreichend nachzukommen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) ist eine dokumentationspflichtige Maßnahme, die nicht dokumentiert wurde, als nicht erfolgt anzusehen. Und dies stellt hier einen Behandlungsfehler dar, da der Gutachter herausgearbeitet hat, dass das erneute Fassen und Ligieren erforderlich und dem medizinischen Facharztstandard entsprechend gewesen wäre.

#### Rechtsfolge des Dokumentationsfehlers

Allerdings ließ sich in diesem Fall nicht feststellen, dass es infolge des Fehlers zu einem kausalen Gesundheitsschaden gekommen ist. Denn ein Dokumentationsfehler führt nur zu einer Beweiserleichterung hinsichtlich des Behandlungsfehlers. Es verbleibt grundsätzlich bei der Beweislastverteilung hinsichtlich der Kausalität. Daher musste die Patientin beweisen, dass aus dem Fehler ein kausaler Gesundheitsschaden entstanden ist. Für den Primärschaden ist dabei der Vollbeweis erforderlich, also ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie vollständig auszuschließen.

Hier ließ sich aus dem weiteren Behandlungsverlauf nicht mit dem erforderlichen Beweismaß annehmen, dass das spätere Hämatom aus dem Gefäßstumpf entstanden ist. Schließlich war intraoperativ keine Blutung gesehen worden und insbesondere war am Operationstag und am Folgetag der Hb-Wert stabil. Daher ist es unwahrscheinlich, dass eine Blutung aus einem nichtligierten Gefäßstumpf erst nach zwei bis drei Tagen auftritt. Es konnte daher nicht nachgewiesen werden, dass es zu einer Nachblutung aus diesem Gefäßstumpf kam.

## Der entscheidende Fehler

Fallentscheidend war jedoch, dass auch im weiteren Verlauf fehlerhaft reagiert wurde. Es war nach zwei Tagen ein Hb-Abfall zu verzeichnen. Außerdem gab die Patientin Schmerzen an und es kam zu Kreislaufinstabilitäten. Auf diese Beschwerden wurde fehlerhaft nicht weiter reagiert. Erforderlich wäre gewesen, mit weiteren diagnostischen Maßnahmen wie Sonographie oder CT eine Ursache für den Hb-Abfall zu suchen. Aus diesem Grund hätte hier auch eine Abschlussuntersuchung erfolgen müssen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Hb-Wert bei 7,2, am Operationstag lag er bei 12,2.

Dass die Abklärung unterlassen wurde, stellt einen Befunderhebungsfehler dar. Ein Befunderhebungsfehler, also eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung, führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verknennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Diese Voraussetzungen waren hier erfüllt, denn bei einer rechtzeitigen Reaktion bei Auftreten des Hb-Abfalls mit klinischer Untersuchung und Sonographie/CT wäre das Hämatom noch während der stationären Behandlung entdeckt worden und hätte operativ behandelt werden müssen.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr infolge des Befunderhebungsfehlers reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

### Kausalität und Gesundheitsschaden:

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr infolge des Befunderhebungsfehlers reicht es hier für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände kam die Schlichtungsstelle zu folgendem fehlerbedingten kausalen Gesundheitsschaden: Behandlungsverzögerung von fünf Tagen mit Schmerzen während dieser Zeit, Abszessbildung mit Peritonitis und weiteren Laparotomien und daraus resultierenden Folgeschäden.

## Take-Home-Message

Dokumentieren Sie alle wesentlichen Maßnahmen und im Operationsbericht die medizinisch gebotenen wesentlichen Operationsschritte, die gewählte Operationsmethode und die intraoperativen Befunde. Auch wenn die Dokumentationspflicht dem Zweck der Gewährleistung der weiteren Behandlung dient, sind Sie doch im Falle eines Behandlungsfehlervorwurfs mit einer ordnungsgemäßen Dokumentation auf der sicheren Seite: Denn die positive Indizwirkung einer ordnungsgemäßen Dokumentation ist nur schwer zu erschüttern.

Kristin Hinrichsen, Ass. jur.  
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen  
der Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. Götz Menke  
Facharzt für Gynäkologie  
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle

Anzeige



**SIE SIND ÄRZTIN ODER ARZT**  
**WIR SIND IHRE PROFIS IN SACHEN ARBEITSRECHT**

Das Team von HFBP Rechtsanwälte und Notar bietet niedergelassenen und angestellten Mediziner:innen professionelle Rechtsberatung in allen Belangen des Arbeitsrechts. Auf unsere juristische Unterstützung können Sie sich verlassen, ob als Arbeitgeber:in oder Arbeitnehmer:in.

**Vertrauen Sie auf unsere Profis.**

	<b>HFBP Hannover</b>	Tel. 0511 215 635 0
	Berliner Allee 14	E-Mail <a href="mailto:info@hfbp.de">info@hfbp.de</a>
	30175 Hannover	<a href="http://www.HFBP.de">www.HFBP.de</a>

**HFBP** Rechtsanwälte und Notar