



50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen



50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

5. BEITRAG: EINFACHER UND QUALIFIZIERTER
BEFUNDERHEBUNGSFEHLER



50 Jahre Gutachterstelle



Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer wurde 1975 als bundesweit erste derartige Einrichtung unter dem Namen „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“ eingerichtet und feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen. Aufgabe der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist es, „durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns, Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern“. Dazu prüft die Gutachterstelle auf Antrag, ob im konkreten Fall ein Behandlungsfehler vorliegt, der kausal einen Gesundheitsschaden verursacht hat und will damit eine außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient fördern. Mit Unterstützung externer Gutachter erstellen unabhängige, entscheidungsbefugte Mitglieder der Gutachterstelle, (Ärzte und Juristen mit der Befähigung zum Richteramt) eine abschließende Stellungnahme (Votum). Den Einzelfall entscheidet die Gutachterstelle mit einem Arzt und einem Juristen.

Anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen werden neben anderen Aktivitäten anonymisierte Gutachtensfälle auf der Homepage der Gutachterstelle (www.gutachterstelle-bayern.de) jeweils zu einem besonderen juristischen Thema beispielhaft vorgestellt. Die 6 Beiträge erscheinen ab Januar 2025 zweimonatlich mit jeweils 5 bis 8 Fällen.

Ziel der Vorstellung der gutachtlichen Entscheidungen ist, die ärztlichen Kollegen zum Thema Behandlungsfehler und zu deren Vermeidung zu sensibilisieren.

Einfacher und qualifizierter Befunderhebungsfehler

Ein (einfacher) Befunderhebungsfehler ist anzunehmen, wenn der Arzt eine nach dem Facharztstandard in der konkreten Behandlungssituation gebotene Befunderhebung versäumt. Im Falle eines einfachen Befunderhebungsfehlers muss der Patient beweisen, dass dieser für den von ihm geltend gemachten Gesundheitsschaden ursächlich geworden ist.

Zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität zu Gunsten des Patienten kommt es, weshalb Befunderhebungsfehler für den Arzt haftungsträchtig sind, nach § 630 h Abs. 5 S. 2 BGB schon im Falle eines (nur) einfachen (nicht schon groben) Befunderhebungsfehlers, sofern dieser grundsätzlich geeignet ist, den geltend gemachten Gesundheitsschaden zu verursachen, wenn der versäumte Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit, an dieser Stelle ist kein Vollbeweis gefordert, eine Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % reicht, ein Ergebnis erbracht hätte, auf das nicht zu reagieren grob fehlerhaft gewesen wäre (sogenannter qualifizierter Befunderhebungsfehler). Der qualifizierte Befunderhebungsfehler hat zur Folge, dass die Behandlungsseite beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende Befunderhebungsfehler für den vom Patienten geltend gemachten gesundheitlichen Primärschaden nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Die Behandlungsseite wird diesen Beweis, da ein komplexes multifaktorielles, individuell geprägtes körperliches Geschehen zur Beurteilung steht, meist nicht führen können.

Wegen der haftungsträchtigen Rechtsfigur des qualifizierten Befunderhebungsfehlers ist die Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnosefehler, der Diagnostik von der Diagnose, haftungsrechtlich wesentlich.

Ein Diagnosefehler ist nur anzunehmen, wenn der Arzt die nach medizinischem Standard objektiv erforderlichen Befunde zwar sämtlich korrekt erhoben hat, diese aber (vorwerfbar) fehlinterpretiert. Es ist zu beachten, dass ein Diagnosefehler im vorgenannten Sinn nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler wird, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären.

Ein Befunderhebungsfehler ist anzunehmen, weil es dann im Kern nicht um die Fehlinterpretation von Befunden, sondern um deren Nichterhebung geht, wenn es zu einer Fehldiagnose kommt, weil der Arzt nach medizinischem Standard objektiv gebotene Befunde nicht oder nicht korrekt erhebt oder erforderliche Untersuchungen unterlässt, er also auf unzureichender Basis vorschnell zu einer Diagnose gelangt.

Fälle, die in Gutachterverfahren ein einfacher oder ein qualifizierter Befunderhebungsfehler waren:

- a. Ketterl / Goller / Fischer**
Fehlerhafte Unterlassung einer erforderlichen Bildgebung
- b. Trenkwalder / Fischer**
Kolonperforation nach diagnostischer Koloskopie – wichtig ist die Dokumentation des Zustandes und von Schmerzen bei Entlassung
- c. Trenkwalder / Aubele**
Ein Schlaganfall kann viele Vorboten haben und sich auch einmal während eines Klinikaufenthaltes ankündigen
- d. Pratschke / Fischer**
Unvollständige Befunderhebung führt zur Unterlassung der absolut indizierten endovaskulären Therapie nach Schlaganfall
- e. Pratschke / Ramm**
Qualifizierter Befunderhebungsfehler durch unterlassene Bildgebung nach Sturz
- f. Trenkwalder / Ramm**
Fehlgedeutete chronische Rückenschmerzen bei Bauchaortenaneurysma
- g. Aydeniz / Fischer**
Unterlassene Zusammenführung interdisziplinär erhobener Befunde führt zu verschleppter Behandlung
- h. Aydeniz / Pratschke / Ramm**
Unterlassene Interdisziplinäre OP-Planung führt zu qualifiziertem Befunderhebungsfehler und Beweislastumkehr
- i. Aydeniz / Aubele**
Septischer Abort nach mangelhafter interdisziplinärer Kommunikation
- j. Hoffmann / Aubele**
Fehlerhafte Unterlassung einer Befunderhebung bei postoperativer Komplikation

Fehlerhafte Unterlassung einer erforderlichen Bildgebung

Ketterl / Goller / Fischer

I. Sachverhalt

Nach einem Sturz der Antragstellerin (AS) auf die linke Hand wurde beim Antragsgegner (AG) eine Extensionsfraktur des linken Radius diagnostiziert und mit einer Schiene ruhiggestellt. 2 Tage später erfolgte eine operative Versorgung mit Osteosynthese mittels volarer winkelstabiler Platte. Nachkontrollen erfolgten zunächst durch den AG bis zur Entfernung des Fadenmaterials, dann über einen niedergelassenen Orthopäden.

10 Wochen nach der OP hatte die AS ein Knacksen im Handgelenksbereich verspürt mit anschließender Aufhebung der Daumenstreckung. Bei Nachweis einer Ruptur der Sehne des M. Extensor pollicis longus (EPL) wurde daraufhin in einer anderen Klinik eine Materialentfernung und eine Sehnenumlagerung im Sinne einer Indicis-Plastik durchgeführt.

II. Antragsbegehren

Die AS bemängelt, dass bei der Operation die Osteosynthesplatte nicht dem Facharztstandard entsprechend angelagert und zur Fixierung überlange Schrauben verwendet worden seien. Dadurch sei es zu einer Ruptur der EPL-Sehne gekommen, die eine Revisionsoperation zur Folge gehabt habe. Im Zusammenhang mit der erneuten Operation sei für sie wieder eine Arbeitsunfähigkeit als Zahnärztin entstanden. Weiterhin entstand ihrer Meinung nach mit der fehlerhaften Behandlung eine dauerhafte eingeschränkte Daumenbeweglichkeit.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Die Indikation zur Operation war richtig. Das angewandte Operationsverfahren war geeignet zur Versorgung der Verletzung. Die einzelnen OP-Schritte waren korrekt und nachvollziehbar.

Es wurde jedoch zur Fixierung des Gelenkblockes eine zu lange Schraube gewählt. Die radial positionierte Schraube überragte dorsal die Kortikalis. Eine Abweichung vom Behandlungsstandard wurde durch den Gutachter dahingehend festgestellt, dass eine exakte Abklärung der Schraubenlänge der radialen Schraube in der distalen Schraubenreihe nicht erfolgte, obwohl die intraoperativen Durchleuchtungsbilder und auch die postoperativen konventionellen Röntgenaufnahmen einen Schraubenüberstand vermuten ließen. Die grenzwertige Schraubenlage hätte durch eine postoperative CT-Kontrolle festgestellt und entsprechend korrigiert werden können. Es war daher ein einfacher Befunderhebungsfehler gegeben, nicht jedoch ein qualifizierter Befunderhebungsfehler.

Durch die in das Gleitlager der langen Daumenstrecksehne hineinragende Schraubenspitze kam es zu einer Irritation der Sehne und schließlich mit großer Wahrscheinlichkeit zur Ruptur derselben. Eine mögliche Verursachung der Sehnenverletzung durch die Verwerfung eines Knochensplitters war nicht gegeben. Durch eine rechtzeitige Diagnosestellung einer Überlänge der angesprochenen Schraube hätte diese zeitnah ausgewechselt werden können und damit wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit die Ruptur der EPL-Sehne und die zur Versorgung dieser Komplikation erforderliche Operation zu vermeiden gewesen. Ein damit verbundener verlängerter Behandlungsverlauf sowie die durch die AS vorgebrachten Beeinträchtigungen wie Spannungsempfinden im Bereich der Sehnenumlagerung-Plastik und eine Bewegungseinschränkung des Daumens werden als ursächlich im Zusammenhang mit der Behandlung durch den AG eingeschätzt.



Die Durchführung einer Schnittbilddiagnostik zur exakten Implantatlokalisierung ist bei einem suspekten Röntgenübersichtsbild zwingend zu fordern, insbesondere wenn durch eine Fehllage Irritationen mit der Entwicklung von Komplikationen auftreten können.

Kolonperforation nach diagnostischer Koloskopie – wichtig ist die Dokumentation des Zustandes und von Schmerzen bei Entlassung

Trenkwalder / Fischer

I. Sachverhalt

Bei der 79-jährigen Antragstellerin (AS) erfolgte im Januar aufgrund von unspezifischen abdominellen Beschwerden und zum Ausschluss bösartiger Neubildungen des Dickdarmes eine Koloskopie. Als Diagnosen wurden dokumentiert: „Colondivertikel, Zustand nach (Z.n) Rektumpolyp, Z.n. Sigmoidpolyp, Laxanzienabusus“. Ein Gerätevorschub war nur bis zur rechten Colonflexur möglich. Hier konnte trotz Umlagerung und Schienung von außen kein weiterer Vorschub erreicht werden. Ursache dafür waren viele, zum Teil stuhlgefüllte Divertikel im linken Colon mit Lumeneinengung und Myochose (Ziehharmonika-Effekt) mit daher erschwelter Passage. Die AS wurde nach der Untersuchung „kreislaufstabil“ entlassen.

Am Folgetag nahm die AS bei Bauchschmerzen telefonisch Kontakt zu ihrem Hausarzt auf, der dringend zu einer Vorstellung beim AG riet und die AS dort telefonisch avisierte zum Ausschluss einer Perforation. Die AS stellte sich darauf aufgrund der Bauchschmerzen nach Endoskopie am Vortag beim AG vor. Die klinische Untersuchung beim AG ergab eine weiche Bauchdecke, einen Druckschmerz im Unterbauch und spärliche Darmgeräusche. Seit dem Vortag hatte die AS keinen Stuhlgang gehabt und keine Luft abgelassen. Es erfolgte daraufhin die Krankenhaus-einweisung durch den AG zur Durchführung einer ergänzenden Bildgebung (mit dem Hinweis: „freie Luft?“).

Noch am selben Tag stellte sich die AS in der Notaufnahme einer Klinik vor. Bei progredienten abdominellen Schmerzen bestätigte sich in der Röntgen-Abdomenübersicht der Verdacht auf eine iatrogene Kolonperforation bei deutlich freier Luft subdiaphragmal beidseits. Aufgrund des ausgeprägten Befundes wurde noch am gleichen Tag die Notfall-Operation durchgeführt: eine Sigmadiskontinuitätsresektion nach Hartmann mit Stoma-Anlage.

II. Antragsbegehren

Die Rechtsanwältin der AS rügt die ärztliche Behandlung durch den AG: Bei der Koloskopie sei es zu einer iatrogenen Kolonperforation gekommen. Der Befund der Koloskopie habe lediglich Darmdivertikel ergeben, ein Polyp sei nicht entfernt worden. Wie es zu einer Perforation der Darmwand im Rahmen der Koloskopie habe kommen können, sei nicht nachvollziehbar, da die Untersuchung unter Sicht durchgeführt wurde. Bei entsprechender ärztlicher Sorgfalt hätte die Verletzung der Darmwand verhindert werden können. Nicht nachvollziehbar sei auch, wie die Kolonperforation habe übersehen werden können. Die AS sei ohne weitere Befunderhebung, trotz geklagter erheblicher Schmerzen, nach Hause geschickt worden. So habe sich eine erhebliche Darmnekrose entwickeln können, die schließlich die notfallmäßige Sigmaresektion erforderlich gemacht habe. Bei ausreichender und frühzeitiger Befunderhebung hätte die lebensbedrohliche Entzündung des Bauchfells verhindert werden können.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Der von der Gutachterstelle beauftragte externe Gutachter kommt ex-post zur Diagnose einer iatrogenen Kolonperforation, zusätzlich Kolon-Divertikulose, Z.n. Rektumadenom und Sigmoidpolyp, durchgeführte ärztliche Maßnahme war eine diagnostische Koloskopie.

Die unspezifischen abdominellen Beschwerden waren per se aus Sicht des Gutachters keine rechtfertigende Indikation für die Durchführung einer Koloskopie, jedoch die Vorgeschichte mit Rektum- und Sigmoidpolypen. Bei der Patientenaufklärung sind zwar die notwendigen Unterschriften vorhanden, es fehlen aber Angaben zu Ort und Datum der Unterschrift. Auf dem



nach Untersuchungsende ausgefüllten Überwachungsbogen findet sich eine Dokumentation von Blutdruck, Puls und Sauerstoffsättigung, Hinweise zu etwaigen Schmerzen fehlen jedoch, so der Gutachter. Dies bewertet er als Abweichen vom üblichen gastroenterologischen und endoskopischen Standard. Nach Einschätzung des Gutachters war trotz schwieriger anatomischer Verhältnisse eine Untersuchung bis zur rechten Flexur gerechtfertigt und er sieht keine Fehler bei der Untersuchungsdurchführung.

Bei der Beurteilung der Überwachung der AS nach Ende der Untersuchung und der Entlassung nach Hause bezieht sich der Gutachter auf die zum Untersuchungszeitpunkt gültige S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“, wo Minimalkriterien für die Entlassung nach Ambulanter Endoskopie mit Sedierung genannt sind. In dieser Leitlinie werden unter anderem gefordert: ausreichender klinischer Zustand, stabile Vitalparameter für mindestens eine Stunde sowie komplette oder weitgehende Schmerzfreiheit, letztere ist zu dokumentieren. Zwar hält der Gutachter eine frühere Entlassung der AS für möglich, sieht jedoch auf dem Entlassungsbogen des AG die Schmerzfreiheit der AS nicht dokumentiert. Diese fehlende Dokumentation stellt aus Sicht des Gutachters formell einen Befunderhebungsfehler dar.

Was das Ausmaß der Schmerzen zum Entlassungszeitpunkt betrifft, so betont der Gutachter die erheblich unterschiedlichen Angaben von AS und AG. Der AG argumentiert, dass die AS bei Entlassung klinisch unauffällig gewesen sei, und folgert daraus, dass die AS beschwerdefrei und schmerzfrei gewesen ist. Auch habe die AS ein Informationsblatt erhalten mit Hinweisen auf das empfohlene Verhalten bei Schmerzen. U.a. aufgrund der Tatsache, dass der AS eine orale Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme gestattet wurde und die Schmerzen bei Klinikaufnahme am Folgetag auf einer Schmerzskala von 0-10 mit 4 angegeben wurde, urteilt der Gutachter, dass keine massiven Schmerzen bei Entlassung vorlagen, die AS aber auch nicht schmerzfrei war. Die diskrepanten Angaben von AS und AG zum Gesundheitszustand bei Entlassung lassen sich aus Sicht des Gutachters bei einer Beurteilung nach Aktenlage

anhand der vorliegenden medizinischen Dokumentation nicht weiter auflösen. Das Krisenmanagement des AG am Folgetag beurteilt der Gutachter als korrekt.

Der Gutachter schließt mit der Einschätzung, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung vorliegt. Dabei handelt es sich um einen einfachen Befunderhebungsfehler, nicht jedoch einen groben Behandlungsfehler. Der Fehler basiert auf der fehlenden Dokumentation der Schmerzfreiheit bei Entlassung nach der Endoskopie. Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden führt der Gutachter aus, dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Gesundheitsschaden durch die aufgetretene Perforation war, aber möglicherweise ursächlich für eine verzögerte Behandlung der Perforation.

Die Kommission folgt dem Gutachter in seiner Einschätzung und sieht ebenfalls einen einfachen Behandlungsfehler beim Antragsgegner. Dieser besteht in der unzureichenden oder fehlenden Dokumentation der Schmerzfreiheit bei Entlassung nach Endoskopie.

Grundsätzlich muss die Antragstellerseite beweisen, dass dieser Behandlungsfehler aufgrund der verzögerten Operation zu einem Gesundheitsschaden geführt hat. Die Kommission folgt der Einschätzung des Gutachters, dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Gesundheitsschaden ist, der durch die aufgetretene Perforation bedingt ist, aber möglicherweise ursächlich für eine verzögerte Behandlung der Perforation. Nach ausführlicher Abwägung sieht die Kommission die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr wegen eines groben Behandlungsfehlers (§ 630h Abs. 5 BGB) im vorliegenden Fall nicht als gegeben an. Dabei beruht diese Einschätzung auf der im laufenden Gutachterverfahren vorgegebenen Beurteilung nach Aktenlage. Danach ist das Vorliegen massiver Schmerzen bei der Entlassung – das die Annahme eines groben Behandlungsfehlers gerechtfertigt hätte – hier nicht nachweisbar. Eine Beweisaufnahme zu dieser Frage, insbesondere eine Anhörung der Parteien oder eine Vernehmung von Zeugen, findet im Gutachterverfahren nicht statt.



Gerade invasive Untersuchungen wie Herzkatheter oder Endoskopie (hier Koloskopie) haben ihre Risiken/Komplikationen. Darüber ist der Patient einerseits aufzuklären. Andererseits ist es wichtig, dass der Untersucher am Ende der Untersuchung nach diesen möglichen Komplikationen schaut und deren Vorliegen oder Nicht-Vorliegen ausreichend dokumentiert.



Ein Schlaganfall kann viele Vorboten haben und sich auch einmal während eines Klinikaufenthaltes ankündigen

Trenkwaldner / Aubele

I. Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) wurde wegen eines ungewollten Gewichtsverlusts stationär bei der Antragsgegnerin (AG) aufgenommen. Sie klagte bei Aufnahme über Durchfall und Müdigkeit ohne Übelkeit. Vorerkrankungen waren u.a. ein Mammakarzinom 20 Jahre zuvor mit OP und Chemotherapie, ein HWS-Syndrom, ein Zustand nach mehreren BWK-Frakturen, eine arterielle Hypertonie und eine allgemeine Arteriosklerose.

Nach u.a. einer Abdomensonographie und einer Gastroskopie diagnostizierten die AG u.a. eine chronische Typ C-Gastritis, eine axiale Hiatushernie und eine Fettleber. Eine CT von Thorax und Abdomen ergab u.a. einen Nebennierentumor rechts. Am 5. Tag wurde bei der Visite ein passagerer Sensibilitätsausfall am linken Arm und Bein dokumentiert mit der Frage nach einer orthopädischen Ursache. Am Folgetag ergab eine MRT des Oberbauchs u.a. die Diagnosen Nebennierenadenom rechts und Kolondivertikel. Dabei äußerte die AS während der Untersuchung ebenfalls ein „pelziges Gefühl am linken Arm“. Am 7.Tag erfolgte wegen „Schlafstörungen, Unruhe, Rückenschmerzen“ ein neurologisches Konsil (Anforderung dafür bereits am 2.Tag ausgeschrieben). Hierbei erfolgte kein Hinweis auf die neu aufgetretenen Symptome am linken Arm und Bein. Auffällig war u.a. ein eingeschränkter Vibrationssinn an den unteren Extremitäten; als Diagnosen wurden eine chronische Schmerzstörung, eine muskuläre Dysbalance bei Z. n. HWS-Distorsion, ein V.a. Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie und „somatisierte Äquivalente eines Kontrollverlustes“ als Ursache von Übelkeit und Schwindel angegeben. Am 9.Tag wurde die AS entlassen. Zwei Wochen später wurde die AS von ihrem Hausarzt mit der Diagnose „Parese linker Arm seit zwei Tagen“ in die nächstgelegene Stroke Unit eingewiesen. Dort wurde nach Schädel-CT ein Hirninfarkt im Mediastromgebiet rechts bei Verschluss der A. carotis interna rechts u.a. mit Hemiplegie links, Fazialis-Mundast-Schwäche links und Hemianopsie links diagnostiziert.

Nach erfolgter Lysetherapie wurde die AS am gleichen Tag in ein Schwerpunktkrankenhaus verlegt, wo eine perkutane, transluminale Angioplastie der A. carotis rechts mit Stenteinlage und eine Thrombektomie der rechten A. carotis interna erfolgten. Nach 18 Tagen wurde die AS mit weiter hochgradiger armbetonter Hemiparese in eine Rehaklinik verlegt.

II. Antragsbegehren

Die AS beklagt, dass die AG während des 9-tägigen Klinikaufenthalts den sich anbahnenden Verschluss der Halsschlagader nicht entdeckt und rechtzeitig behandelt hätten. Nachdem sich bei den umfangreichen internistischen Untersuchungen keine greifbare Erklärung für die nach wie vor andauernde Übelkeit und den Schwindel fand, wurde auf ausdrückliche Bitte der AS eine Fachärztin für Neurologie konsiliarisch beigezogen. Ohne geeignete klinische Untersuchung kam diese zu dem Urteil, das Beschwerdebild laufe auf „somatisierte Äquivalente“ hinaus. Dadurch sei es in der Folge zu einem Schlaganfall mit schwerer linksseitiger Lähmung gekommen. Mit der Durchführung einer Duplexsonographie hätten die Antragsgegner den schweren Erkrankungsverlauf verhindern können.

III. Beweisaufnahme und Beurteilung

Der von der Gutachterstelle beauftragte Gutachter kommt ex post zur Diagnose eines Hirninfarkts im Media-Stromgebiet rechts bei A. carotis interna-Verschluss rechts. Der Gutachter führt aus, dass die initiale Behandlung der AS durch die AG aufgrund der Einweisungsdiagnose (ungewollter Gewichtsverlust) nach üblichem Standard einer internistischen Klinik und mit der gebotenen ärztlichen Sorgfalt erfolgte. In den ersten Tagen gab es keine dringliche Indikation, bei der Patientin trotz kardiovaskulärer Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Alter von 67 Jah-

ren, ausgeprägte Arteriosklerose im Thorax- und Abdomen CT) eine Duplexsonographie der Halsgefäße durchzuführen. Ebenfalls korrekt wurde bereits am 2.Tag ein neurologisches Konsil beantragt mit der Fragestellung „Schlafstörungen/Unruhe/Rückenschmerzen“. Mit diesen Vorinformationen erfolgte dann am 7.Tag das angeforderte neurologische Konsil mit den Diagnosen chronische Schmerzstörung, muskuläre Dysbalance, V.a. Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie, chronische Schmerzstörung, muskuläre Dysbalance, somatisierte Äquivalente.

Zwischen Anforderung des neurologischen Konsils am 2. Tag und Ausführung am 7.Tag hatte die AS jedoch bei der Visite am 5. Tag (dokumentiert durch eine Oberärztin der AG) über passagere Sensibilitätsstörungen im linken Arm und linken Bein geklagt, zusätzlich während einer MRT-Untersuchung am 6. Tag über ein „pelziges Gefühl im linken Arm“. Der Gutachter fährt fort, dass die bei der Visite am 6.Tag geäußerten Symptome jedoch als „fraglich von der Wirbelsäule ausgehend“ gedeutet wurden und eine sogenannte TIA (transitorisch ischämische Attacke) nicht in die Differenzialdiagnose einbezogen wurde. Für den Gutachter waren die Symptome als mögliche Hinweise auf eine TIA zu werten. Somit wäre es auch erforderlich gewesen, die konsiliarisch hinzugezogene Neurologin über diese neuen Symptome zu informieren, was von Seiten der AG nicht erfolgte. Bei einem Konsil ist nicht davon auszugehen, dass die gesamte Krankenakte durchgeschaut wird, so der Gutachter. Bei den neuen passageren Sensibilitätsstörungen von Arm und Bein ist aus Sicht des Gutachters an eine TIA bei Carotisstenose zu denken, dann ist eine Carotis-Doppler-Untersuchung die geeignete Untersuchungsmethode zur weiteren Abklärung. Hier ist eine Carotisstenose durch eine drei Jahre vorher unauffällige Untersuchung nicht auszuschließen, wie die AG argumentiert hatten. Der Gutachter schließt mit der Einschätzung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler der AG vorlag. Dieser bestand in der fehlenden differentialdiagnostischen Bewertung der Symptome der AS als Hinweis auf eine TIA und der fehlenden Durchführung einer Duplex-Untersuchung; auch war die Konsil-Neurologin nicht über die neuen Symptome informiert worden.

Aus Sicht der Kommission handelt es sich beim ärztlichen Fehlverhalten der AG um einen groben Behandlungsfehler (Diagnose-

fehler), da typische Symptome eines „drohenden Schlaganfalls“, falsch bewertet wurden und die notwendigen Untersuchungen nicht veranlasst wurden.

Dies führt gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Behandlungsseite hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität. Die Beweislastumkehr nach § 630h Abs. 5 Sätze 1 BGB hat zur Folge, dass nun die Behandlungsseite (AG) beweisen muss, dass der ihr zu Last fallende grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden der AS (armbetonte Hemiparese links) nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Nach Aktenlage ist nicht ersichtlich, dass dieser Beweis geführt ist.

Selbst wenn man den Behandlungsfehler der AG nur als einfachen Behandlungsfehler einstufen würde, käme es nach § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Behandlungsseite hinsichtlich der Verursachung des gesundheitlichen Primärschadens der Antragstellerin, da die versäumte Befunderhebung durch Durchführung der medizinisch indizierten Duplex-Untersuchung der Halsgefäße mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so gravierendes Ergebnis ergeben hätte (zumindest Carotisstenose, evtl. sogar Verschluss), dass die Nichtreaktion auf diesen Befund grob fehlerhaft gewesen wäre. Der Befunderhebungsfehler resultiert aus dem vorwerfbareren Diagnosefehler. Diese beiden Fehlerkategorien stehen selbstständig nebeneinander. Eine Sperrwirkung des Diagnosefehlers für die Annahme eines daraus resultierenden Befunderhebungsfehlers verneint die herrschende Rechtsprechung (BGH, NJW 2016, 1447 Rn. 6 mit weiteren Nachweisen). Kennzeichen des Befunderhebungsfehlers ist dabei, dass der Arzt vorschnell eine Diagnose stellt, insbesondere die bestehenden Symptome fehlinterpretiert, ohne die gebotenen diagnostischen Maßnahmen zur Abklärung des Spektrums möglicher weiterer Ursachen zu ergreifen (vgl. hierzu MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, BGB § 630a Rn. 179, beck-online).

Zusammenfassend liegen ärztliche Behandlungsfehler der AG vor, deren Kausalität für den gesundheitlichen Folgeschaden der AS gesetzlich vermutet wird.



Nicht nur die Einweisungsdiagnosen und Symptome bei Aufnahme, sondern auch neue Symptome während eines stationären Aufenthaltes sind zu erfassen und zu bewerten. Darüber sind auch Konsiliarärzte zu informieren. Arbeitsdiagnosen sind wichtig, sollten aber immer auch den Blick auf Differentialdiagnosen beinhalten

Unvollständige Befunderhebung führt zur Unterlassung der absolut indizierten endovaskulären Therapie nach Schlaganfall

Pratschke / Fischer

I. Sachverhalt

Eine 72-jährige Patientin wurde mit dem Verdacht auf eine intrazerebrale Blutung intubiert und beatmet mit dem Luftrettungsdienst in der beklagten Klinik (AG) eingeliefert, nachdem sie zu Hause beim Essen nach einer plötzlichen Übelkeit bewusstlos geworden ist. Laut Notarzteinsatzprotokoll lag der initiale GCS-Wert (Glasgow Coma Scale) bei 4. An Vorerkrankungen der bisher am Rollator mobilen Patientin war ein medikamentös eingestellter M. Parkinson mit gelegentlicher Dysphagie bekannt. Eine sofortige Polytrauma-CT-Untersuchung schloss eine intrakranielle Blutung bzw. einen Infarkt aus. Dagegen ergaben sich eine inkarzerierte periumbilikale Hernie mit Dünndarmileus und ein Pneumonieverdacht. In einer offenen Notfall-OP mit Adhäsiole und Dekompression des Dünndarms wurde die Hernie am Tag nach der stationären Aufnahme verschlossen und eine Vakuumversiegelung der Wunde (VAC) vorgenommen. Die postoperative Behandlung der nachbeatmeten Patientin war durch eine antibiotisch behandelte Aspirationstherapie erschwert.

Im Verlauf erwachte die Patientin nicht adäquat, in den Sedierungspausen wurde eine verminderte Bewegung linksseitig festgestellt. Eine CT-Angiographie am 4. postoperativen Tag (wegen eines Gerätedefekts in der Nachbarklinik ausgeführt) ergab einen Mediainfarkt rechts mit Mittellinienverlagerung nach kontralateral und Kompression des rechten Seitenventrikels. Im Vergleich zur CT 5 Tage zuvor fand sich eine Progredienz des bereits im Vor-CT abgrenzbaren Mediainfarktes rechts. In der Folge wurde als Ursache des Schlaganfalles ein Vorhofflimmern diagnostiziert und eine Antikoagulation eingeleitet. In der beklagten Klinik erfolgte am 7. postoperativen Tag noch die Sekundärnaht der Laparotomiewunde und die Tracheotomie. 3 Tage später wurde die Patientin zum Weaning und zur neurologischen Frührehabilitation auf die Intensivstation eines neurologischen Therapiezentrums verlegt.

Bei Aufnahme in der Rehaklinik wurden ein Syndrom der reaktionslosen Wachheit, eine Dysphagie, eine Hemiplegie links und eine doppelte Inkontinenz diagnostiziert. Nach kardiorespiratorischer Verschlechterung der Patientin wurde angesichts der anhaltenden schweren neurologischen Defizite ein palliatives Therapieregime festgelegt. 2 Monate nach der Aufnahme in der Reha verstarb die Patientin auf der dortigen Intensivstation.

II. Antragsbegehren

Der Erbe und Antragsteller wirft der AG vor, den initialen Verdacht auf einen Schlaganfall bei der Patientin weder ausreichend abgeklärt noch behandelt zu haben. Dabei hätten die Angehörigen den Ärzten deutlich mitgeteilt, dass die Patientin „in einem Moment, in dem sie allein war, offenkundig einen Schlaganfall erlitten hat, weil sie nach kurzem Alleinsein, auf der Seite hängend, röchelnd und mit deutlichen Einschränkungen der Motorik der gesamten linken Körperhälfte“ aufgefunden wurde.

Der AG sei die linksseitige Minderbewegung der Patientin jedoch erst viel später nach Beendigung der Sedierung aufgefallen. Sie habe zu spät eine zielführende CT des Schädels veranlasst und dabei einen Mediainfarkt festgestellt.

Bei rechtzeitiger Feststellung und Behandlung ihres Schlaganfalls wäre der Patientin ein weiter Leidensweg vor ihrem Tod erspart geblieben.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Der externe neurologische Gutachter geht davon aus, dass eine arterielle Embolie bei Vorhofflimmern zu einem Verschluss im Gefäßbereich der Arteria cerebri media geführt und dadurch

den Hirninfarkt verursacht hat. Schon das Einsatzprotokoll des Notarztes mit der plötzlichen Bewusstlosigkeit, die klinisch neurologischen Hinweise der Erstuntersuchung am Einsatzort und die Angaben der anwesenden Angehörigen ließen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein akutes intrakranielles Geschehen erwarten.

Die Behandlung bei der AG erfolgte unter der Diagnose eines Dünndarmileus durch eine inkarzerierte periumbilikale Hernie. Obwohl es anamnestische und klinische Hinweise für einen Hirninfarkt im Stromgebiet der Arteria cerebri media rechts gab, wurde diese Diagnose zu spät gestellt. Die vorliegenden und mitgeteilten klinischen Symptome waren aber durch die „inkarzerierte Hernie“ nicht zu erklären. Bei der Bauchoperation konnten zudem keine für den Dünndarmileus typischen erweiterten Darmschlingen nachgewiesen werden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätten die Ärzte der AG ihr Diagnose- und Behandlungsregime hinterfragen müssen.

Der Gutachter betont, dass bei einer plötzlichen Bewusstlosigkeit unbedingt an ein intrazerebrales Geschehen zu denken war und im aktuellen Fall weitere klinische Befunde wie die Reflexe, die Halbseitensymptomatik und die Sprachstörung nahezu beweisend für einen Apoplektischen Insult waren.

Dem Radiologen hätte auch bekannt sein müssen, dass ein unauffälliges Nativ-CT ein frisches zerebrales Infarktgeschehen nicht ausschließt und jedenfalls in der aktuellen Situation auch eine Gefäßdarstellung notwendig gewesen wäre. Diese, so der Gutachter, sei in Teilen auch durch das Erst-CT vorgelegen, sei aber nicht beschrieben worden. Bei rechtzeitiger Diagnosestellung eines ischämischen Schlaganfalles hätte eine zielgerichtete Therapie eingeleitet werden können. Eine endovaskuläre Schlaganfalltherapie hätte den klinischen Verlauf möglicherweise günstig beeinflusst.

Nachvollziehbar und schlüssig stellt der Gutachter fest, dass das aktuelle Übersehen des ischämischen Schlaganfalls bei einem Hauptstammverschluss der Arteria cerebri media einen

Behandlungsfehler darstellt. Das Syndrom der reaktionslosen Wachheit mit Halbseitenlähmung, der komplizierte Verlauf mit rezidivierenden pulmonalen Infekten und letztlich der Tod der Patientin sind als Folgen des erlittenen Schlaganfalls zu bewerten. Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen zu der Auffassung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler, nämlich ein qualifizierter Befunderhebungsfehler, vorliegt, der gemäß § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der Schadensursächlichkeit führt.

Hier hat der Gutachter festgestellt, dass das unauffällige Nativ-CT ein intrazerebrales Infarktgeschehen nicht ausgeschlossen hat und im Hinblick auf die aktuelle Situation der Patientin eine sofortige Gefäßdarstellung erforderlich gewesen wäre.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen schließt sich dieser Bewertung an und kommt daher zu dem Ergebnis, dass die unterlassene Befunderhebung fehlerhaft war. Wenn der Befund erhoben worden wäre, hätte er nach Auffassung der Kommission, die auf den Feststellungen des Gutachters beruht, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so gravierendes Ergebnis, nämlich das Vorliegen eines ischämischen Schlaganfalls, erbracht, dass Anlass zu weiteren medizinischen Maßnahmen bestanden hätte und das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre. Zugunsten der Patientin greift daher eine Beweislastumkehr hinsichtlich der Ursächlichkeit des erlittenen Gesundheitsschadens ein. Wie der Gutachter darlegt, hätte bei rechtzeitiger Diagnosestellung eine zielgerichtete endovaskuläre Schlaganfalltherapie durchgeführt werden können, die den klinischen Verlauf möglicherweise günstig beeinflusst hätte.



Beim Verdacht auf einen Schlaganfall immer an eine arterielle Embolie bei Vorhofflimmern (Puls!) und die Möglichkeiten der endovaskulären Therapie denken!



Qualifizierter Befunderhebungsfehler durch unterlassene Bildgebung nach Sturz

Pratschke / Ramm

I. Sachverhalt

Nach operativer Versorgung einer Humeruskopffraktur rechts hatte sich die betagte Patientin in stationärer Anschlussheilbehandlung befunden. Dort war sie nachts gegen 23:15 Uhr aus dem Bett auf die linke Seite gestürzt. Gegen 1.30 Uhr zeigte die Patientin in der AHB eine verwaschene Sprache und einen Hypertonus von 200/100.

Daraufhin wurde sie erstmalig mit dem RTW um 2:07 Uhr in die Notaufnahme des Antragsgegners (AG) gebracht. Die grobneurologische Untersuchung wurde als unauffällig mit einer frontaler Schädelprellung links mit Prellmarke dokumentiert. Eine Bildgebung unterblieb, obwohl die Patientin unter einer Thromboseprophylaxe stand. Im Anschluss wurde die Patientin in die Reha-Klinik zurückverlegt.

Um 4:15 Uhr erfolgte die erneute Verlegung aus der AHB mit dem RTW zum AG. Zu diesem Zeitpunkt war die Patientin deutlich vigilanzgemindert und erbrach sich wiederholt. Bei der Ankunft beim AG zeigte die Patientin eine verwaschene Sprache und einen GCS von 8. Daraufhin wurde ein CCT veranlasst, in dem sich um 5:27 Uhr eine ausgedehnte linkshirnige Blutung mit Mittellinienshift zeigte. Die Patientin wurde intubiert und in eine neurochirurgische Klinik zur operativen Versorgung verlegt, die um 8:27 Uhr erfolgte.

II. Antragsbegehren

Der Antragsteller (AS), Sohn der Patientin, kritisiert, dass, obwohl die Patientin vom Notarzt mit der Verdachtsdiagnose Schädelhirntrauma und Hirnblutung beim AG eingeliefert worden sei, beim ersten ambulanten Kontakt keine weiterführende Diagnostik und keine stationäre Aufnahme beim AG erfolgt seien. Dadurch sei es zu einer vermeidbaren Verzögerung von Diagnose und notwendigen Therapie gekommen.

Die Patientin, die zuvor noch selbst den Haushalt und ihren pflegebedürftigen Mann versorgt habe, sei nach der Hirnblutung zu einem Pflegefall der Stufe IV geworden. Die Patientin habe als Pflegefall bis zu ihrem Tod noch 2 ½ Jahre leiden müssen.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Der von der Kommission beauftragte externe Gutachter stellt fest, dass die traumatische Hirnblutung links zweifelsfrei bereits bei der Erstuntersuchung vorgelegen hat, aber, in Verkennung der Symptome und der Medikamentenanamnese, wegen Unterbleibens einer zweifelsfrei indizierten Computertomographie nicht erkannt wurde. Zudem wäre auch eine neurologische Untersuchung mit Dokumentation des GCS erforderlich gewesen. Auch die Rückverlegung der Patientin in die Rehaklinik ist als fehlerhaft zu bewerten. Zusammengefasst, so der Gutachter, weicht die Erstbehandlung beim AG behandlungsfehlerhaft vom Facharztstandard ab.

IV. Juristische Bewertung

Zwar stellt der Gutachter fest, dass nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellbar ist, dass und ggf. in welchem Umfang die fehlerhafte Behandlung durch den Antragsgegner das Outcome der Patientin negativ beeinflusst hat. Mithin kann der grundsätzlich beweispflichtige AS nicht nachweisen, dass und welchen Gesundheitsschaden der Patientin die fehlerhafte Behandlung verursacht hat.

Allerdings kommt es hier darauf letztlich wegen einer Beweislastumkehr nach § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB nicht an.

Ist der Behandlungsseite, wie hier, auch nur ein einfacher Befunderhebungsfehler unterlaufen, kommt es dennoch zu einer

Beweislastumkehr zu Lasten der Behandlungsseite hinsichtlich der Verursachung des gesundheitlichen Primärschadens des Patienten, wenn sich bei Erhebung des versäumten, medizinisch gebotenen Befundes – CCT-Untersuchung schon bei der Erstvorstellung – mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so gravierendes Ergebnis – Hirnblutung – ergeben hätte, dass die Nichtreaktion auf diesen Befund grob fehlerhaft gewesen wäre. Der Sachverständige hat ausdrücklich festgestellt, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, insoweit ist der Patientin kein Vollbeweis, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit von mehr als 50% abverlangt, dafür besteht, dass eine CCT-Untersuchung schon bei der Erstvorstellung die intrakranielle Blutung erbracht hätte. Dass die Nichtreaktion auf einen solchen Befund grob fehlerhaft wäre, ist evident.

Die Beweislastumkehr nach § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB hat zur Folge, dass die Behandlungsseite beweisen muss, dass der ihr

zur Last fallende qualifizierte Befunderhebungsfehler für den geltend gemachten gesundheitlichen Primärschaden der Patientin - Pflegestufe 4, nachdem die Patientin zuvor noch selbst den Haushalt und ihren pflegebedürftigen Mann versorgt hatte und später der Tod der Patientin - nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Nach Aktenlage ist nicht ersichtlich, dass dieser Beweis geführt ist oder geführt werden könnte.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der überzeugenden gutachterlichen Ausführungen zu der abschließenden Auffassung, dass dem Antragsgegner ein qualifizierter Befunderhebungsfehler mit Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität gemäß § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB zur Last fällt.



Nach Sturz auf den Kopf unter Antikoagulantien ist eine Bildgebung zum Ausschluss einer intrakraniellen Bildgebung obligat.

Fehlgedeutete chronische Rückenschmerzen bei Bauchaortenaneurysma

Trenkwalder / Ramm

I. Sachverhalt

Der 56-jährige Antragsteller (AS) stellte sich mit Bauch- und Rückenschmerzen rechtsseitig bei der Antragsgegnerin (AG) vor, wo er schon seit ca. 10 Jahren in Behandlung war. Der AS gab auch Kopfschmerzen an und berichtete, dass er die ganze Nacht nicht geschlafen und morgens nichts gegessen und getrunken habe. Sitzen und Aufrichten waren dem AS schmerzbedingt kaum möglich. Der AS war zittrig. An Vordiagnosen war unter anderem ein BWS-/LWS-Syndrom mit Lumboischialgie bekannt. Klinisch stellte eine Assistenzärztin der AG einen Blutdruck von 90/60 mmHg bei einem Puls ca. 90/min fest. Das EKG war unauffällig. Die AG notierte „Patient sieht nicht gut aus“. Eine Blutabnahme war wegen „schlecht gefüllter Venen“ nicht möglich. Die AG stelle eine Überweisung zum Orthopäden aus.

Als sich der AS anschließend am gleichen Tag in der Notaufnahme einer Fachklinik für Orthopädie vorstellte, zeigte er sich klinisch kollaptisch. Es wurde ein „akutes Abdomen“ festgestellt. Daraufhin wurde der AS mit dem Rettungswagen in ein Universitätsklinikum verlegt.

Dort schilderte der AS Schmerzen im Unterbauch und Rücken mit Maximum über der LWS sowie fraglich Blut im Urin seit dem Morgen. Eine notfallmäßige CT-Untersuchung des Abdomens ergab ein gedeckt rupturiertes Bauchaortenaneurysma von fast 10 cm Länge auf Höhe der Aortenbifurkation mit Beteiligung der proximalen A. iliaca communis beidseits. Es erfolgte die offene Ausschaltung des Aneurysmas mittels Implantation einer Dacron-Y-Prothese.

II. Antragsbegehren

Der AS beklagt, dass die AG seine lebensbedrohliche Erkrankung nicht erkannt habe - mit der Folge einer vital gefährdenden Behandlungsverzögerung. Die AG habe fälschlicherweise eine Bandscheibenläsion als Ursache seiner Beschwerden angenommen und ihm empfohlen, bei Verschlimmerung eine orthopädische Klinik aufzusuchen. „Die Hausärztin hätte mich

sofort in die Uniklinik überweisen müssen.“ „Außerdem bin ich auf Grund dieses Vorfalles impotent geworden.“

III. Beweisaufnahme und Beurteilung

Der von der Gutachterstelle beauftragte Gutachter kommt ex post zur Diagnose eines gedeckt rupturierten Bauchaortenaneurysmas.

Aus Sicht des Gutachters erfolgte die ambulante Behandlung des AS durch die AG nach gültigem allgemeinmedizinischen Standard und mit der gebotenen ärztlichen Sorgfalt. Der Gutachter bemängelt lediglich eine „unvollständige Behandlung“ wegen der unterbliebenen Blutentnahme sowie aufgrund der raschen Entlassung des AS aus der Praxis. Auch die primäre Arbeitsdiagnose der AG, „Lumboischialgie rechts“, bewertet der Gutachter als korrekt. Der Gutachter sieht auch weitere differenzialdiagnostische Überlegungen der AG bereits in konkrete Handlungen umgesetzt.

Diese Einschätzung des Gutachters teilt die Kommission nicht. Faktisch bestand die einzige ärztliche Maßnahme der AG in einer Überweisung des AS zum Orthopäden. Zu keinem Zeitpunkt findet sich ein Ansatz der AG, den extrem schmerzgeplagten Patienten (ganze Nacht nicht geschlafen/„sieht nicht gut aus“) wirksam ärztlich zu versorgen. Dies ist unabhängig von der missglückten Blutentnahme (s.u.) als Behandlungsfehler zu werten.

Der Gutachter fährt fort, dass es bei einem Blutdruck von 90 zu 60 mmHg und der Arbeitsdiagnose „Hypotonie“ erforderlich gewesen wäre, Differenzialdiagnosen in Betracht zu ziehen. Als einzig dokumentierte Maßnahme der AG erfolgte eine EKG-Untersuchung, nach der ein Infarktgeschehen ausgeschlossen werden konnte. Die Kommission sieht hier bei beginnendem Schockzustand (Schock-Index bei systolischem Blutdruck 90 mmHg und Herzfrequenz 90/min mit 1 bereits kritisch) die unbedingte Notwendigkeit, neben einem Herzinfarkt auch andere

gefährliche Differenzialdiagnosen in Betracht zu ziehen, unter anderem eine beginnende Sepsis oder ein akutes Blutungsereignis. Auch wäre es bei dieser Kreislaufkonstellation nach Einschätzung der Kommission zwingend erforderlich gewesen, dem AS einen venösen Zugang zu legen. Beides wurde versäumt. Ausführlich geht der Gutachter auf die mehrfach missglückte Blutentnahme ein, was letztlich dazu führte, dass der AS die Praxis auf eigene Verantwortung verließ. Der Gutachter beurteilt die drei frustrierten Versuche einer Blutabnahme als „schicksalhaft“. Dieser Bewertung kann sich die Kommission nicht anschließen. Die Assistenzärztin hätte bei dieser Konstellation und einem kritisch kranken Patienten in schlechtem Gesamtzustand (Schock-Index 1!) einen der Praxisinhaber der AG zuziehen müssen oder, bei Unverfügbarkeit „ihrer Ausbilder“, einen Notarzt rufen müssen. Auch war die versuchte Blutentnahme aus Sicht der Kommission die falsche Maßnahme. Notwendig wäre das Legen eines venösen Zugangs zur Volumen- und Schmerztherapie gewesen. Zwar handelt eine Assistenzärztin als approbierte Ärztin selbständig. In kritischen Situationen muss eine Assistentin jedoch in Klinik wie Praxis einen Facharztkollegen bzw. den Ausbilder zuziehen. Dieser Einschätzung teilt der Gutachter, der feststellt, dass ab dem Zeitpunkt der missglückten Blutentnahme ein Eingreifen des verantwortlichen Weiterbilders geboten war.

Im Gegensatz zum Gutachter sieht die Kommission eine eindeutige fehlerhafte ärztliche Behandlung seitens der AG. Diese besteht in der fehlenden Behandlung eines schmerzgeplagten Patienten bei Arbeitsdiagnose Lumboischialgie, in der unzureichenden Bewertung der Herz-Kreislauf-Situation (Schock-Index 1) und in der unterbliebenen Beziehung eines erfahrenen Kollegen oder des Notarztes bei mehrfach missglückter Blutentnahme. Zwar kann der zunächst beweispflichtige Antragsteller nicht beweisen, dass die von ihm geltend gemachten Gesundheitsschäden durch die fehlerhafte Behandlung verursacht wurden. Der Beweis ist nur geführt, wenn am Ursachenzusammenhang keine nennenswerten Zweifel bestehen. Die Kommission hat jedoch (der AS war lebensgefährlich erkrankt!) keine beweiskräftigen Anhaltspunkte dafür, dass der AS im Falle einer fachgerechten Behandlung bei der AG diese Erkrankung ohne dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen überstanden hätte.

Die AG, der ein objektiv fehlerhaftes Abweichen der Assistenzärztin vom Facharztstandard, unabhängig davon, ob dieser subjektiv ein Vorwurf gemacht werden kann, im Rahmen der Haftung aus dem Behandlungsvertrag gem. § 278 BGB vollumfänglich zurechnen ist, hat es mithin insbesondere versäumt, ein differenzialdiagnostisch in Betracht kommendes inneres Blutungsereignis (dies insbesondere bei einem niedrigen Blutdruck von 90/60 mmHg) ernsthaft in Betracht zu ziehen beziehungsweise den AS sofort einer diesbezüglich geeigneten Einrichtung zuzuführen. Dieses Versäumnis stuft die Kommission – da für den AS im Fall einer erheblichen inneren Blutung absolut lebensgefährlich – als grob fehlerhaft ein. Die vorgenannten sonstigen Versäumnisse kommen noch hinzu.

Zudem fällt der AG auch ein qualifizierter Befunderhebungsfehler zur Last. Wenn umgehend eine bildgebende Diagnostik zum Ausschluss beziehungsweise Auffinden einer inneren Blutung durchgeführt oder veranlasst worden wäre, wäre das rupturierte Bauchaortenaneurysma (AS in schlechter Verfassung/ Blutdruck niedrig), mit hoher Wahrscheinlichkeit, eine Wahrscheinlichkeit von mehr als 50% würde an dieser Stelle von Rechts wegen schon ausreichen, festgestellt worden. Dass eine Nichtreaktion auf einen solchen Befund grob fehlerhaft gewesen wäre, liegt auf der Hand.

Die sich sowohl aus dem groben Behandlungsfehler als auch aus dem qualifizierten Befunderhebungsfehler ergebende Beweislastumkehr bezüglich der haftungsbegründenden Kausalität (§ 630 h Abs. 5 Satz 1 und 2 BGB) hat zur Folge, dass die AG beweisen muss, dass weder der grobe Behandlungsfehler noch der qualifizierte Befunderhebungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden des Patienten auch nur mitursächlich geworden sind. Nach Aktenlage ist insbesondere soweit der AS, der im kleinen Becken operiert wurde, vorbringt, er sei impotent geworden, nicht ersichtlich, dass dieser Beweis geführt ist. Die Kommission kann sich nach Aktenlage nicht davon überzeugen, dass auch eine Operation zu einem früheren Zeitpunkt zur Impotenz des Antragstellers geführt hätte. Auch eine fortbestehende Schmerzbelastung und eine Deformierung des Bauches sind als Folgen einer verzögerten operativen Versorgung des AS nach Aktenlage nicht ausgeräumt.



Eine vorschnelle Übernahme von Vordiagnosen kann gefährlich werden. Wenn das Ausmaß der Beschwerden eines Patienten und objektive Parameter nicht zu einer Arbeitsdiagnose bzw. früheren Diagnose passen, sind weitere differenzialdiagnostische Erwägungen erforderlich, die immer auch schwerwiegende, potentiell lebensgefährliche Diagnosen in Erwägung ziehen müssen.



Unterlassene Zusammenführung interdisziplinär erhobener Befunde führt zu verschleppter Behandlung

Aydeniz / Fischer

I. Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) stellte sich wegen eines unklaren Befundes in der Brust zu einer Untersuchung beim Antragsgegner 2 (AG 2, Gynäkologe) vor. Dort erfolgten die Mammalpalpation und die Ultraschalluntersuchung. Der AS wurde eine radiologische Abklärung beim Antragsgegner 1 (AG 1, Radiologe) empfohlen. Vom AG 1 wurde anschließend eine Mammographie durchgeführt. Sie wurde mit BIRADS 2 rechts und BIRADS1 links befundet. Der AS wurde eine Mammographie-Kontrolle in 2 Jahren empfohlen.

Die AS stellte sich nach ca. 9 Monaten beim AG 2 zu einer Verlaufskontrolle vor. Nach der Brustuntersuchung wurde sie erneut zu einer radiologischen Abklärung an den AG 1 überwiesen. Die dort durchgeführte Mammographie zeigte einen suspekten Brustbefund rechts. Daraufhin erfolgte in einer weiteren radiologischen Praxis die Abklärung des Befundes mit einer Stanzbiopsie. Sie ergab histopathologisch ein Mammakarzinom rechts mit begleitendem DCIS (Duktales Carcinoma in situ) sowie axillären Lymphknotenmetastasen.

Die Staging-Untersuchungen sowie eine Mamma-MRT zeigten anschließend ein ausgedehntes Mammakarzinom rechts mit ossären Metastasen (cT3, cN2, M1).

II. Antragsbegehren

Die AS rügt die ärztliche Behandlung durch die beiden AG.

Der AG 1 habe die erste Mammographie fehlerhaft als unauffällig befundet und anschließend keine Maßnahmen zur weiteren Abklärung veranlasst, obwohl der Überweisungsgrund der AS durch den AG 2 ein abklärungsbedürftiger Befund in der rechten Brust gewesen sei.

Der AG 2 habe fehlerhaft weitere Abklärungsmaßnahmen unterlassen, nachdem die erste Mammographie vom AG 1 als unauffällig befundet worden sei. Er sei als Frauenarzt auch der koordinierende Arzt der Behandlung gewesen und hätte aus Sicht der AS die Verpflichtung gehabt, bei einer Befunddiskrepanz dafür zu sorgen, dass ein sicherer Ausschluss des Mammakarzinoms erfolgt. Dies habe der AG 2 aus Sicht der AS fehlerhaft unterlassen.

Deswegen sei es zu einer Verzögerung der Karzinomdiagnose gekommen. Dies habe zum Fortschreiten der Krankheit, zu Knochenmetastasen und zur Verschlechterung der Prognose geführt.

III. Beweisaufnahme

Die externen Gutachter (gynäkologisch und radiologisch) rügten die Mammographiebefundung des AG 1 sowie die Behandlungscoordination und Zusammenführen aller relevanten Befunde durch den AG 2 im Rahmen der Erstbehandlung.

IV. Beurteilung

Beurteilung der ärztlichen Behandlung durch den AG 1:

Die initiale Mammographie wurde vom AG 1 nicht korrekt befundet:

Im Bereich der rechten Mamma fanden sich einzelne polymorphe Mikroverkalkungen, die sich über ein Areal von ca. 4 cm erstreckten. Aufgrund ihrer korrespondierenden Lokalisation zum vom AG 2 erhobenen Ultraschallbefund ist dieser Mammographiebefund als suspekt zu bewerten und zwingend zeitnah histologisch abzuklären gewesen.

Die Empfehlung für diese zeitnahe histologische Abklärung mit einer sonographischen bzw. mammographischen Biopsie wurde vom AG 1 fehlerhaft unterlassen.

Beurteilung der ärztlichen Behandlung durch den AG2:

Die Indikation zur Mammographie wurde laut Behandlungsunterlagen aufgrund der Ultraschalluntersuchung gestellt, bei der der AG 2 ein verdächtiger Herd festgestellt hatte. Nach der oben genannten Mammographiebefundung hätte der AG 2 mit der AS die Bedeutung dieser Befundkonstellation und die risikobehaftete Konsequenz des Zuwartens besprechen müssen. Den Behandlungsunterlagen ist ein Gespräch mit diesem Inhalt nicht zu entnehmen.

Der AG 2 hätte in dieser Situation, unabhängig von der Beurteilung der Mammographie durch den AG 1, der AS eine sonographisch gesteuerte Biopsie aufgrund des von ihm erhobenen Ultraschallbefundes empfehlen müssen. Diese Empfehlung hat er fehlerhaft unterlassen.

Der AG 2 hat zwar die Befunde mit dem AG1 besprochen. Die aus der Besprechung sich ergebende Empfehlung des AG 2 war

jedoch fehlerhaft. Eine Biopsie unter sonographischer Kontrolle hätte zu diesem Zeitpunkt mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die Diagnose des Mammakarzinoms ergeben.

Die oben beschriebenen Behandlungsfehler der beiden Antragsgegner (fehlerhafte Unterlassung einer histopathologischen Abklärung des Mammabefundes) sind als qualifizierte Befunderhebungsfehler zu bewerten. Die histopathologische Beurteilung einer sonographischen oder aber mammographischen Biopsie hätte bereits im Rahmen der Erstbehandlung, wenn dieser Befund erhoben worden wäre, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit den histologischen Nachweis eines Mammakarzinoms ergeben. Dass die Nichtreaktion auf einen solchen Befund grob fehlerhaft wäre, ist evident. Dies hat zur Folge, dass die beiden Antragsgegner beweisen müssen, dass die ihnen zur Last fallende Behandlungsfehler für den weiteren Verlauf des Mammakarzinoms mit axillären Lymphknotenmetastasen, ossären Fernmetastasen und der damit verbundenen Prognoseverschlechterung der Erkrankung nicht auch nur mitursächlich geworden sind (§ 630 h Abs. 5 S. 2 BGB).



Werden Befunde von zwei unterschiedlichen Fachärzten mit unterschiedlichen Fachrichtungen erhoben, ist eine Zusammenführung der Befunde und der Einordnung erforderlich. Das ist die Aufgabe des primär betreuenden Arztes, auch wenn er eine Zusatzdiagnostik in einem anderen Fachgebiet veranlasst hat.

Unterlassene Interdisziplinäre OP-Planung führt zu qualifiziertem Befunderhebungsfehler und Beweislastumkehr

Aydeniz / Pratschke / Ramm

I. Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) stellte sich in der Abteilung für Innere Medizin der Antragsgegnerin 1 (AG 1) zu einer ambulanten Kontrolle vor. Es war anamnestisch eine Sigmadivertikulitis bekannt. Im Rahmen einer Ultraschallkontrolle des Abdomens wurde eine Flüssigkeitsansammlung im linken Unterbauch festgestellt und eine gynäkologische Abklärung empfohlen. Noch am selben Tag war die AS in der gynäkologischen Praxis des Antragsgegners 2 (AG 2). Im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung wurde die Verdachtsdiagnose eines Tuboovarialabszesses links erhoben und der AS eine operative Laparoskopie empfohlen. Der Eingriff wurde vom AG 2 in der Klinik des AG 1 durchgeführt (Adnexektomie links, Darmadhäsiolektomie sowie Salpingektomie rechts).

Die AS wurde 3 Tage später in die chirurgische Abteilung der AG 1 verlegt, wo wegen zunehmender Beschwerden die Indikation für eine offene Revisionsoperation gestellt wurde. Es fand sich eine Läsion im Bereich des Colon sigmoideums sowie eine Dünndarmläsion, weshalb eine Sigmateilresektion mit Anuspraeter-Anlage sowie die Versorgung der Dünndarmläsion vorgenommen wurden. Eine weitere Abdominalrevision erfolgte 5 Tage später.

II. Antragsbegehren

Die AS rügt die ärztliche Behandlung durch die AG 1 und 2. Die Operation durch den AG 2 sei nicht korrekt durchgeführt worden. Deswegen sei es während dieser Operation zu einer Darmverletzung gekommen.

Die postoperative Betreuung sei ebenfalls fehlerhaft gewesen. Die Ärzte bei der AG 1 hätten auf die Verschlechterung des Allgemeinzustandes der AS zu spät reagiert. Deswegen sei die Darmkomplikation verzögert diagnostiziert worden.

Durch die aus Sicht der AS fehlerhafte ärztliche Behandlung durch die AG 1 und 2 sei es zu folgenden Gesundheitsschäden gekommen:

Belastung durch einen 13-tägigen Aufenthalt auf der Intensivstation, Mobilitätseinschränkung und Belastungen durch den künstlichen Darmausgang.

III. Beweisaufnahme

Der externe gynäkologische Gutachter rügte unter anderem die unterbliebene interdisziplinäre Abstimmung und Indikationsstellung für die operative Therapie eines Tumorovarialabszesses links bei anamnestisch bekannter, rezidivierender, komplizierter Sigmadivertikulitis. Der chirurgische Gutachter beanstandet die unterbliebene CT-Untersuchung des Abdomens und die fehlende interdisziplinäre OP-Planung.

IV. Beurteilung

Behandlung durch AG 1:

Diese hätte unter Berücksichtigung der Anamnese eine CT-Untersuchung des Abdomens veranlassen müssen. Auch wenn im Rahmen des gynäkologischen Konsils vom AG 2 eine sofortige gynäkologische Therapie empfohlen wurde, hätte die CT des Abdomens nach einer abschließenden gemeinsamen ärztlichen Beurteilung der Befunde dennoch durchgeführt werden müssen. Diese Untersuchung hätte mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (über 50%) den Verdacht auf eine Sigmadivertikulitis und eine Abszessbildung erbracht. Dieser fehlerhaft nicht erhobene Befund ist als qualifizierter Befunderhebungsfehler zu bewerten.



Dies hat zur Folge, dass die AG 1 beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende Behandlungsfehler für den weiteren komplizierten Verlauf der Erkrankung nicht auch nur mitursächlich geworden ist (§ 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB).

Behandlung durch den AG 2:

1. Auch der Antragsgegner 2 hat fehlerhaft eine CT-Untersuchung des Abdomens unterlassen. Damit fällt auch dem Antragsgegner 2 ein qualifizierter Befunderhebungsfehler zur Last.

Unabhängig davon hätte der AG 2 auf Grund der ihm bekannten Anamnese einen Chirurgen präoperativ konsiliarisch hinzuziehen müssen.

Auf Grund dieses Fehlers kam es präoperativ fehlerhaft zu keiner interdisziplinären Therapieplanung. Dieser Fehler ist unabhängig vom vorgenannten qualifizierten Befunderhebungsfehlern ursächlich für den weiteren komplexen Verlauf der Erkrankung mit mehreren vermeidbaren Operationen.

2. Nach Aktenlage wurde die AS präoperativ vom AG 2 nicht ordnungsgemäß aufgeklärt. Für das Aufklärungsgespräch wurde, soweit anhand der Behandlungsunterlagen beurteilbar, ein Aufklärungsbogen benutzt. Dieser war jedoch für die geplante operative Intervention und deren Risiken nicht hinreichend geeignet. Den Unterlagen ist insbesondere auch nicht zu entnehmen, dass die AS über Möglichkeit der indi-

zierten interdisziplinären Operation und die Entfernung des Colon sigmoideum aufgeklärt wurde.

Die Gutachterstelle ist auf der Grundlage der Behandlungsunterlagen zu dem Ergebnis gekommen, dass nicht ordnungsgemäß aufgeklärt wurde. Allerdings kommt es für diese Frage letztlich, da der Patient mündlich aufzuklären ist (§ 630 e Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 BGB), entscheidend auf den Inhalt des Aufklärungsgesprächs zwischen Arzt und Patienten an. Der Aufklärungsbogen und etwaige weitere sich bei den Behandlungsunterlagen befindliche diesbezügliche Dokumente sind lediglich indizielle Beweismittel für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs. Da im Gutachterverfahren nach Aktenlage entschieden wird, die Gutachterstelle also keine Beweisaufnahme, insbesondere keine Anhörung von Parteien oder Vernehmung von Zeugen über den Inhalt des Aufklärungsgesprächs durchführt, kann im Gutachterverfahren, worauf ausdrücklich hingewiesen wird, keine endgültige, sondern nur eine vorläufige Bewertung der Ordnungsgemäßheit der Aufklärung erfolgen.



Durch interdisziplinäre OP-Planung lassen sich operative Fehler vermeiden.

Septischer Abort nach mangelhafter interdisziplinärer Kommunikation

Aydeniz / Aubele

I. Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) stellte sich mit der Einweisungsdiagnose Cervixinsuffizienz in der rechnerisch 20. Schwangerschaftswoche bei der Antragsgegnerin (AG) vor.

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchungen wurde auch ein vaginaler bakteriologischer Abstrich durchgeführt, der unauffällig war.

Im Abstand von 7 Tagen erfolgte ein weiterer Vaginalabstrich.

Am darauffolgenden Tag zeigte sich der Muttermund der AS auf zirka 3 cm geöffnet. Der AS wurde eine Cerclage empfohlen und durchgeführt. Im weiteren Verlauf trat am 3. postoperativen Tag ein septischer Abort auf. Die Cerclage wurde entfernt, der Fetus spontan tot geboren und die Plazenta nachkürettiert.

Die AS wurde anschließend intensivmedizinisch weiterbetreut. In der Blutkultur wurde *Klebsiella pneumonia* nachgewiesen.

II. Antragsbegehren

Die AS rügt die ärztliche Behandlung durch die AG. Die AG habe fehlerhaft, ohne auf das Ergebnis des zweiten Vaginalabstriches zu warten, ihr den Verschluss des Muttermunds mit Cerclage empfohlen und durchgeführt. Deswegen sei es zu der septischen Fehlgeburt und den Komplikationen gekommen. Durch die aus Sicht der AS fehlerhafte ärztliche Behandlung der AS seien folgende Gesundheitsschäden aufgetreten:

- » septischer Abort,
- » Sepsis mit Nierenversagen und Blutungsstörungen,
- » Fieber, Kreislauf- und Atemprobleme,
- » Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung.

Die AS leide seit dieser Behandlung unter Depressionen, Angstzuständen und Trauer.

III. Beweisaufnahme

Der externe gynäkologische Gutachter rügte den Umgang der AG mit dem Ergebnis des zweiten vaginalen Abstrichs und bewertete dies als einen Behandlungsfehler.

IV. Beurteilung

Die stationäre ärztliche Behandlung der AS durch die AG erfolgte zunächst *lege artis*. Es wurden alle notwendigen Untersuchungen und Abklärungen (einschließlich regelmäßiger Laborkontrollen und vaginaler Abstriche) durchgeführt.

Die Indikationsstellung für die Cerclage war bei dem Fruchtblasenkollaps nachvollziehbar und korrekt.

Der dramatische Verlauf des septischen Abortes war in dieser Form aufgrund der bis dahin vorliegenden Abstrich- und Laborergebnisse nicht zu erwarten.

Das Ergebnis des zweiten Verlaufsabstriches, der erst am Nachmittag des Vortages durchgeführt worden war, lag noch nicht vor und war auch noch nicht zu erwarten. Bei weiterem Abwarten war jedoch die Gefahr eines Spätabortes sehr hoch. Es galt daher eine Abwägung zu treffen, die aus *ex-ante* Sicht richtig war. Der weitere Verlauf erklärt sich aus den vorliegenden Keimen, den *Klebsiella pneumonia*, die eine hohe Aggressivität auswiesen und von der bis dahin durchgeführten Antibiotikatherapie nicht erfasst worden waren.

Zwar kann die Entscheidung zur Durchführung des Eingriffes ohne Abwarten des aktuellen Vaginalabstrichs und des Antibiogramms nachvollzogen werden, jedoch hätte die AG in den darauffolgenden Tagen mit dem Labor in Kontakt treten, die besondere Situation (Notwendigkeit der Durchführung einer Cerclage ohne das Vorliegen des vaginalen Abstrich Ergebnisses) mit den Kollegen besprechen und täglich die Fertigstellung

dieses Abstriches überprüfen müssen. Diese Vorgehensweise ist den Behandlungsunterlagen nicht zu entnehmen, wäre gemäß § 630f Abs. 2 BGB aber – weil wichtig für die gegenwärtige und weitere Behandlung – dokumentationspflichtig gewesen. Es ist daher gemäß § 630h Abs. 3 BGB zu vermuten, dass dementsprechende Nachfragen im Labor nicht erfolgt sind. Dies ist hier als ein Befunderhebungsfehler im Sinne von § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB zu werten, da die Nachfragen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen – auch vorläufigen – Befund geliefert hätten, der Anlass zu weiteren Maßnahmen, insbesondere einer Umstellung der Antibiose, gegeben hätte. Diese Umstellung zu unterlassen, wäre grob fehlerhaft gewesen. Die Ursächlichkeit für den weiteren dramatischen Verlauf mit dem septischen Abort sowie Sepsis der AS wird gemäß § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB daher hier vermutet.

Das vollständige Abstrichergebnis mit Erregernachweis und dem Antibiotogramm lag letztlich am Tag vor dem Abort vor. Jedoch ergibt sich aus den Unterlagen kein Hinweis darauf, dass zumindest dieser Befund von der AG bzw. ihren Mitarbeitern sofort zur Kenntnis genommen worden wäre. In den Unterlagen findet sich kein Hinweis auf eine – dringend erforderliche – Reaktion auf dieses Laborergebnis. Der Gutachter weist zu Recht darauf hin, dass im Laufe dieses Tages auf den Befund

des Labors sofort hätte reagiert werden müssen. Dies lässt den Schluss zu, dass die Organisation des Informationsflusses im Haus der AG nicht hinreichend sichergestellt war. Solche Risiken für die Gesundheit des Patienten sind durch eine sorgfältige Organisation des Krankenhauses und entsprechendes Verhalten des Personals auszuschließen. Es handelt sich hierbei um ein voll beherrschbares Risiko (§ 630h Abs. 1 BGB). In diesen Fällen wird ein Behandlungsfehler zu Lasten der AG vermutet. Die Kausalität dieses Behandlungsfehlers für den vom Patienten erlittenen Gesundheitsschaden wird auf Grund dieses Umstandes allerdings nicht vermutet (MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, BGB § 630h Rn. 32).

Somit liegt ein Behandlungsfehler der AG in zweifacher Form vor: zum einen in dem Umstand, dass nicht frühzeitig telefonisch das Ergebnis der Abstrichuntersuchung im Labor hinterfragt wurde und zum anderen in dem Umstand, dass auch das Vorliegen des Befundes nicht hinreichend kommuniziert wurde.

Ersteres führt zu einer Beweislastumkehr zu Gunsten der AS hinsichtlich der Ursächlichkeit für den von ihr erlittenen Gesundheitsschaden, nämlich den weiteren komplexen Verlauf mit dem septischen Abort sowie Sepsis der AS.



Die regelmäßige Überprüfung der Fertigstellung der ausstehenden, für die Behandlung relevanten Befunde der bereits durchgeführten Untersuchungen liegt in der Verantwortung des Arztes, der die Primärbehandlung durchführt.

Auch im digitalen Zeitalter sollten dabei auf persönliche kollegiale Besprechungen über die noch nicht schriftlich vorliegenden Ergebnisse nicht verzichtet werden.

Fehlerhafte Unterlassung einer Befunderhebung bei postoperativer Komplikation

Hoffmann / Aubele

I. Sachverhalt

Der Patient wurde zur operativen Versorgung einer CT-angiographisch bestätigten Arteria carotis interna Stenose (ACI-Stenose) links stationär beim Antragsgegner (AG) aufgenommen. Auf Grund rezidivierender Synkopen sowie Einschränkungen des Gangbildes erfolgte noch am Aufnahmetag eine neurologisches Konsil. Hier wurde bis auf Hinweise für eine sensibel betonte Polyneuropathie kein relevantes fokalneurologisches Defizit gefunden.

Am Folgetag erfolgte eine Eversionsendarteriektomie der ACI links durch den AG. Anschließend wurde der Patient auf die Intensivstation übernommen. Nach initial unauffälligem Verlauf kam es bei dem Patient zu einer zunehmenden Schwellung, kloßartiger Sprache und Dysphonie, so dass bei klinisch zunehmendem Hämatom und Verhärtung des Halses die Indikation zur Hämatomausräumung gestellt wurde. Diese erfolgte am 1. postoperativen Tag. Nach der Revision wurde der Patient intubiert und beatmet auf die Intensivstation zurückverlegt.

Am Folgetag konnte der Patient extubiert werden. In den folgenden Tagen zeigte sich eine zunehmende Heiserkeit und ausgeprägte Schluckstörung mit wiederholter Aspiration von Speichel mit Entwicklung einer Aspirationspneumonie, welche sich unter Antibiose klinisch besserte. Die ursächliche Schluckstörung war nicht rückläufig. Es erfolgten regelmäßig eine logopädische Behandlung und neurologische Beurteilung.

Bei anhaltender Schluckstörung und erneuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit respiratorischer Insuffizienz bestand die Indikation zur Anlage eines Tracheostoma zum Schutz vor Aspiration. Mit den Angehörigen wurde wiederholt und ausführlich die Indikation, sowie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Tracheotomieverfahren und die Therapieoptionen inklusive Verlegung in ein Dysphagiezentrum besprochen.

Im weiteren Verlauf entwickelte der Patient eine deutliche und akut einsetzende Verschlechterung mit signifikanter Oxygenierungsstörung, so dass die Entscheidung zur Intubation und erneuten Bronchoskopie getroffen wurde. Im Rahmen der Intubation wurde der Patient reanimationspflichtig. Die Reanimation war erfolglos. Der Patient verstarb.

II. Antragsbegehren

Die Angehörigen des Patienten werfen dem AG vor, dass sie nicht ausreichend über die Schluckstörungen und die sich daraus entwickelnde Lungenentzündung mit allen Folgeproblemen informiert wurden. Auch sei der Zusammenhang zwischen diesen wahrscheinlich bei der Operation verursachten Schluckstörungen und der immer stärkeren Lungenentzündung erst Anfang der zweiten Woche angedeutet worden und wahrscheinlich auch zu diesem Zeitpunkt erst erkannt worden. Diese Tatsache der verzögerten Diagnose betrachten die Angehörigen als den wesentlichen Behandlungsfehler.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Der gefäßchirurgische Gutachter kommt in seiner Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass bei Vorliegen einer hochgradigen Stenose der linken Arteria carotis interna mit fortschreitendem Stenosegrad trotz des erhöhten Operationsrisikos eine Operationsindikation bestand.

Die operative Versorgung der Carotisstenose entsprach gefäßchirurgischem Standard.

Differenziert geht der Gutachter auf die postoperativ aufgetretenen Komplikationen wie Heiserkeit und Schluckstörung ein. Diesbezüglich kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass die

postoperativ aufgetretenen Symptome nicht oder zu spät einer erforderlichen Diagnostik unterzogen wurden und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu spät eingeleitet wurden. Die pathophysiologischen Gründe für die postoperativ aufgetretenen Schluckstörungen und Heiserkeit des Patienten seien nicht geklärt worden. Demzufolge seien auch die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen in Folge der Schluckstörung zu spät eingeleitet worden und der orale Kostaufbau fortgesetzt worden.

Rechtlich ist hierin ein Befunderhebungsfehler wegen einer zumindest nicht rechtzeitigen Befunderhebung zu sehen. Bei rechtzeitiger Klärung der pathophysiologischen Gründe für die postoperativ aufgetretenen Schluckstörungen und Heiserkeit des Patienten hätte mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Anlass zu sofortigen Maßnahmen bestanden, deren Unterlassen man als grob fehlerhaft zu werten hätte (§ 630h Abs. 5 Satz 2 BGB).

In einem solchen Fall gilt gemäß § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB die Ursächlichkeitsvermutung zugunsten des Patienten. Es wird gesetzlich vermutet, dass der Gesundheitsschaden, den er erlitten hat, weil eine Befunderhebungsmaßnahme nicht rechtzeitig erfolgt ist, genau auf diesem Zeitversäumnis beruht, und zwar

auch hinsichtlich des Umfangs der eingetretenen Gesundheitsschädigung.

Zusammenfassend kommen Gutachter und Kommission zu dem Ergebnis, dass bei korrekter Operationsindikation und regelrecht durchgeführter Operation im postoperativen Verlauf ein ärztlicher Behandlungsfehler aufgetreten ist. Dieser Behandlungsfehler betrifft die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der postoperativ aufgetretenen Schluckstörungen und Heiserkeit. Eine frühzeitige, konsequente Therapie der Schluckstörung hätte die Aspirationspneumonie mit allen Folgekomplikationen wahrscheinlich verhindern können.



Postoperative Komplikationen müssen in Bezug auf Ursache und notwendige Therapie konsequent Beachtung finden.