

Die unbehandelte Fraktur am 4. Finger

Abgrenzung Diagnoseirrtum/Befunderhebungsmangel und die Auswirkungen der Beweislast auf die Haftung

Von Marcus Ahlbach, Dr. Friedrich Georg Scherf und Prof. Dr. Rüdiger Smektala*

Nicht selten ist im Arzthaftungsrecht der entscheidende Umstand die Beweislast, also die Frage, wer einen bestimmten Umstand nachweisen muss. In vielen arzthaftungsrechtlichen Fällen ist dies die für die Haftung entscheidende Frage. Denn nicht selten ist der rechtlich geforderte Nachweis objektiv schlicht unmöglich. Insbesondere wenn es sich dabei um den Nachweis eines hypothetischen Kausalverlaufes handelt, der regelmäßig nicht frei von jeglichen vernünftigen Zweifeln medizinisch bestimmbar sein wird. Die Partei, die die Beweislast trifft, unterliegt dann im Arzthaftungsprozess, weil ihr der Nachweis der Ursächlichkeit des schädigenden Verhaltens für den eingetretenen Schaden bzw. im Fall der Beweislastumkehr der Nachweis, dass der Schaden auch bei korrekter Behandlung sicherlich eingetreten wäre, nicht gelingt. Diese Auswirkungen der Beweislast und auch, welche Umstände Einfluss auf die Beweislastverteilung haben können, zeigen sich recht anschaulich in dem durch die Gutachterkommission zu entscheidenden folgenden Fall:

Sachverhalt

Der Patient (P) stürzte am 24.05.2021 bei einem Motorrad-Unfall. Er klagte über Schmerzen und es bestand eine Schwellung im Bereich der linken Hand. Aus diesem Grund stellte er sich noch am Unfalltag in der zentralen Notaufnahme des antragsgegnerischen Krankenhauses (KH) vor. Aus dem der Gutachterkommission vorliegenden Brief der ZNA des KH vom 24.05.2021 ergibt sich die entsprechende Anamnese. Es folgte eine orientierend klinische Untersuchung. Im Bereich der linken Mittelhand wurde eine Schwellung sowie ein kleines Hämatom



Abb. 1

beschrieben. Am 5. Finger der linken Hand war das Grundglied sowie das PIP-Gelenk geschwollen und druckdolent, eine offene Verletzung fand sich nicht. Es bestand keine Instabilität des PIP-Gelenks oder des Grundgelenks. Flektion und Extension wurden als intakt beschrieben. Auch das linke Handgelenk wurde als leicht schmerzhaft beschrieben, anamnestisch war eine distale Radiusfraktur bekannt, welche knöchern konsolidiert war. Im Rahmen der klinischen Untersuchung wurde an keiner Stelle der linke Ringfinger beschrieben. Ein klinisch relevanter Befund wurde gemäß dem klinischen Untersuchungsbefund lediglich am Kleinfinger im Bereich des Grundgelenks sowie des PIP-Gelenks erhoben.

Es folgte eine konventionelle Röntgenaufnahme des linken Handgelenks in zwei Ebenen (siehe Unfallaufnahmen li. Hand und Handgelenk; Abb. 1, Abb. 2 und Abb. 3). Ein Hinweis auf eine frische knöcherne Verletzung wurde nicht festgestellt. Ferner wurde die linke Hand in zwei Ebenen konventionell geröntgt. Im am Unfalltag erstellten Ambulanzbrief wurde dieses Röntgenbild folgendermaßen befundet: „Verdacht auf MHK5-Fraktur proximal und Verdacht auf knöcherner Kapselausschuss von Grundgliedköpfchen D5 linke Hand.“ Gegen die Schmerzen wurde ein Analgetikum in Form

von Novaminsulfon verabreicht. Die oberflächlichen Schürfwunden wurden desinfiziert und eine volare Unterarmgipsschiene angelegt. P wurde dann mit der Empfehlung entlassen, sich am Folgetag beim Hausarzt vorzustellen. Es wurde zudem die Empfehlung ausgesprochen, die linke Hand zu kühlen und hoch zu lagern. Als Schmerzmedikation wurden Ibuprofen und Pantoprazol empfohlen. Ferner wurden eine klinische Kontrolle in sieben Tagen sowie eine fachchirurgische Weiterbehandlung empfohlen.

Nachdem zunächst der Hausarzt von P am Tag nach dem Unfall die Behandlung übernahm, überwies

er P in der Folge an eine Gemeinschaftspraxis für Chirurgie, Orthopädie und Handchirurgie. Am 26.05.2021 wurde durch einen Arzt dieser Gemeinschaftspraxis eine Dreifinger-Gipsschiene angelegt mit Einschluss der Finger D3 bis D5. Am 17.06.2021 erfolgte in der Gemeinschaftspraxis folgende Diagnose: „Drei Wochen alte Fraktur im Grundgliedköpfchen 4 und 5 links; Auftrag: Mitbehandlung erbeten.“ Diese Diagnose führte zu einer Überweisung in die Handchirurgie des KH, wo sich P am 18.06.2021 vorstellte. Dort wurden eine konventionelle radiologische Untersuchung des linken Fingers und eine CT-Untersuchung durchgeführt und eine „dislozierte ulnare Kondylenfraktur des Grundgliedkopfes 4 und 5“ festgestellt. Eine Indikation für den Versuch einer operativen Intervention sahen die Ärzte nicht (mehr).

P hat in dem Verfahren vor der Gutachterkommission vorgetragen, die Finger seiner linken Hand seien falsch behandelt worden und es sei dadurch zu einer dauerhaften Fehlstellung von kleinem und Ringfinger links und einer Kraftminderung in der linken Hand gekommen.

Ergebnis der Begutachtung

Durch den Gutachter wurde festgestellt, dass auf den vorliegenden konventionel-

* Marcus Ahlbach ist Juristisches Mitglied der Gutachterkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Friedrich Georg Scherf, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie/Handchirurgie, ist Ärztliches Mitglied der Gutachterkommission und Prof. Dr. Rüdiger Smektala, ehem. Klinikdirektor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Knappschaft Kliniken Universitätsklinikum Bochum, ist Beauftragter des Vorstands der ÄKWL für die Gutachterkommission.



Abb. 2

len Röntgenaufnahmen vom 24.05.2021 eine knöcherne Läsion am Köpfchen des Grundglieds des 4. Fingers ulnarseitig eindeutig objektiviert werden kann. Dieser Befund hätte dem Gutachter zufolge entsprechend gewürdigt werden müssen und hätte einer weiteren, frühzeitigen Abklärung bedurft. In Kenntnis dieser Anamnese wurde im KH ein knöcherner Kapselausriss am Grundgliedköpfchen des Kleinfingers diagnostiziert. Schaut man sich das Röntgenbild an, sieht man in den Weichteilen ellenseitig des PIP-Gelenks bzw. des Köpfchens des Grundglieds knochendichte Verschattungen, so der Gutachter. Anhand der röntgendichten Verknöcherungen in den Weichteilen auf Höhe des PIP-Gelenks ellenseitig könne letztendlich eine höhergradige Verletzung mit den vorliegenden Röntgenaufnahmen nicht sicher ausgeschlossen werden. Aus Sicht des Gutachters war es vom Erstbehandler zu leichtfertig, die röntgendichten Strukturen als knöchernen Kapselausriss zu interpretieren.

Das genaue Ausmaß der Fraktur ist initial nicht erkannt bzw. unterschätzt worden. Wären eine Röntgenuntersuchung des 4. Fingers li. und eine CT-Untersuchung erfolgt, hätte eine genaue Einschätzung der Fraktur und der erforderlichen Therapieentscheidung erfolgen können. Das Unterlassen der CT-Untersuchung stelle auch einen Behandlungsfehler dar. Ausgehend von der gestellten Diagnose „knöcherner Kapselausriss“ sei die konservative Therapie aber nachvollziehbar und folgerichtig gewesen. Ob sich am eingetretenen funktionellen

Endergebnis bei direkter Diagnose und operativer Behandlung der Kondylenfraktur etwas geändert hätte, war dem Gutachter zufolge zweifelhaft. Das Ärztliche Mitglied der Gutachterkommission hatte sich dieser Beurteilung uneingeschränkt angeschlossen.

Beweislastverteilung

Der anwaltlich vertretene P hatte in seiner Stellungnahme zum Gutachten ausgeführt, dass das Unterlassen der gebotenen CT-Untersuchung eine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen des Befunderhebungsmangels (unterlassene Befunderhebung) gem. § 630h Abs. 5 BGB zur Fol-

ge habe. Das KH müsse demnach den Beweis führen, dass der eingetretene Schaden zweifelsfrei auch bei korrekter Behandlung eingetreten wäre. Es könne diesen Beweis nicht erbringen und hafte daher seinem Mandanten auf Schadensersatz.

Nach den allgemeinen zivilprozessualen Grundsätzen, die entsprechend natürlich auch in dem Verfahren vor der Gutachterkommission berücksichtigt werden, trägt grundsätzlich jede Partei die Beweislast für die Tatsachen, die ihr günstig sind. Gelingt es einer Partei nicht, ihr günstige streitige Tatsachen zu beweisen (Non-Liquet-Situation), geht dies zu ihren Lasten. Für den Arzthaftungsprozess bedeutet dies, dass grundsätzlich der Geschädigte bzw. der Kläger/Anspruchsteller beweisen muss, dass es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist und dass dieser Behandlungsfehler für den eingetretenen Schaden ursächlich war.

Der Nachweis eines ärztlichen Behandlungsfehlers war nach den Ausführungen der medizinischen Sachverständigen hier unproblematisch. Auf der Grundlage der vorliegenden Behandlungsunterlagen, insbesondere den Röntgenbildern vom 24.05.2021, war eine Fraktur des Ringfingers links zu erkennen. Die Diagnose „knöcherner Kapselausriss“ war daher objektiv unzutreffend, aus fachärztlicher Sicht nicht mehr vertretbar und daher fehlerhaft.

In Folge dieses Behandlungsfehlers wurde eine konservative Therapie eingeleitet. Bei korrekter Diagnose wäre den Sachver-

ständigen zufolge sehr wahrscheinlich eine Operation geboten gewesen, die nun in Folge der fehlerhaften Diagnose unterlassen wurde. Eine rechtswidrig fortgesetzte konservative Therapie stellt rechtlich kein positives Tun dar, sondern ein Unterlassungsdelikt (Baur in MedR 2012,456–460). Besteht der ärztliche Fehler in einem Unterlassen, muss der Patient nach den dargestellten Grundsätzen den Nachweis führen, dass der eingetretene gesundheitliche Schaden bei korrekter Behandlung zweifelsfrei vermieden worden wäre. Dieser Nachweis wird in den allermeisten Fällen nicht zu führen sein, da es sich dabei um einen hypothetischen Verlauf handelt, der in den seltensten Fällen zweifelsfrei bestimmbar sein wird. P müsste daher der Nachweis gelingen, dass die eingetretenen gesundheitlichen Nachteile zweifelsfrei vermieden worden wären, wenn eine rechtzeitige operative Therapie erfolgt wäre. Da die Sachverständigen aber übereinstimmend festgestellt hatten, dass zweifelhaft sei, ob sich am eingetretenen funktionellen Endergebnis bei direkter Diagnose und operativer Behandlung der Kondylenfraktur etwas geändert hätte, musste die Gutachterkommission davon ausgehen, dass P der ihm obliegende Nachweis der Kausalität nicht gelingen wird. Bei dieser Beweislastverteilung würde daher, trotz der Feststellung eines Behandlungsfehlers, keine Haftung des KH und damit auch kein Anspruch von P auf Schadensersatz bestehen.

Der Anwalt von P hatte daher im Rahmen seiner Stellungnahme zu dem Gutachten ausgeführt, dass die am 24.05.2021 nicht veranlasste Röntgenuntersuchung des 4. Fingers links und die nicht veranlasste CT-Untersuchung rechtlich eine unterlassene Befunderhebung darstelle, die gem. § 630h Abs. 5 BGB zu einer Umkehr dieser Beweislast führe. Käme es zu einer Beweislastumkehr, hätte das KH zu beweisen, dass der Schaden zweifelsfrei auch bei korrekter Behandlung eingetreten



Abb. 3

wäre. Diesen Nachweis könnte das KH aus den genannten Gründen nicht erbringen. Zwar konnten die Sachverständigen eine geringe, aber doch zumindest realistische Wahrscheinlichkeit auf ein besseres Behandlungsergebnis feststellen. Aber die Annahme, die entstandenen gesundheitlichen Nachteile des P wären ohne jeden vernünftigen Zweifel auch bei korrekter und rechtzeitiger (operativer) Therapie eingetreten, wäre den Ausführungen der Sachverständigen folgend sicherlich unzutreffend gewesen.

Abgrenzung Diagnoseirrtum/ unterlassene Befunderhebung

Entscheidend für die Haftung des KH war daher die Frage, ob es zu einer Beweislastumkehr bzgl. des Kausalitätsnachweises kommt. Zu einer entsprechenden Beweislastumkehr kann es gem. § 630h Abs. 5 BGB in Fällen eines groben Behandlungsfehlers oder bei unterlassener Befunderhebung kommen. Ein grober Behandlungsfehler wurde durch die medizinischen Sachverständigen ausdrücklich verneint.

Es musste in diesem Fall daher eine Abgrenzung zwischen Diagnoseirrtum und Befunderhebungsmangel erfolgen. Die Gutachterkommission musste also die Frage klären, ob der Behandlungsfehler in einer unterlassenen Röntgenuntersuchung des Fingers 4 links mit anschließender CT-Untersuchung zu sehen war oder in der unzutreffenden Diagnose „knöcherner Kapselausriss“. Sofern die unterlassene Befunderhebung Folge der fehlerhaften Diagnose ist, also bei der gestellten Diagnose die unterlassene Befunderhebung nicht geboten gewesen ist und die fehlerhafte Diagnose nicht selbst auf einer unvollständigen Befunderhebung beruht, handelt es sich rechtlich um einen Diagnoseirrtum, dem dann auch eine gewisse Sperrwirkung hinsichtlich der unterlassenen Befunderhebung zukommt. Denn der Rechtsprechung zufolge wird ein Diagnoseirrtum nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären (BGH VI ZR 284/09).

Entscheidung der Gutachterkommission

Nach der übereinstimmenden Beurteilung der medizinischen Sachverständigen erfolgte durch die Ärzte des Antragsgegners

eine zunächst fachgerechte und vollständige Befunderhebung. Die auf der Grundlage dieser Befunderhebung gestellte Diagnose war allerdings objektiv unzutreffend und vorwerfbar fehlerhaft. Eine weitere Befunderhebung, die bei korrekter Diagnose eigentlich geboten gewesen wäre, war infolge der Diagnose „knöcherner Kapselausriss“ nicht mehr geboten und wurde dann konsequenterweise auch unterlassen. Dabei handelte es sich nach Auffassung der Gutachterkommission um einen Diagnoseirrtum. Es kam daher nicht zu einer Umkehr der Beweislast zugunsten des Geschädigten nach den Grundsätzen der unterlassenen Befunderhebung.

Das Ergebnis in dem zu entscheidenden Fall war daher, dass zwar ein Behandlungsfehler der Ärzte des KH in Gestalt eines Diagnoseirrtums festgestellt wurde. Eine Haftung des KH konnte trotzdem nicht festgestellt werden, da die Gutachterkommission davon ausgegangen ist, dass P der Nachweis der Ursächlichkeit des Diagnoseirrtums für den eingetretenen Schaden nicht gelingen wird.

EXKURS

Umfang der Begutachtung bezüglich Nach- und Mitbehandler

Anmerkung zu der Behandlung des P in der chirurgischen Gemeinschaftspraxis: Der Gegenstand des Verfahrens vor der Gutachterkommission wird durch den Antrag bestimmt. Die Gutachterkommission ist grundsätzlich an den Antrag gebunden. Zwar dürfen Anträge durch die Gutachterkommission inhaltlich hinsichtlich des Sachverhaltes ausgelegt werden und die gerügte Behandlung muss unter allen in Betracht kommenden Gesichtspunkten und nicht nur hinsichtlich der ausdrücklich formulierten Vorwürfe überprüft werden. Dies gilt aber immer nur in Bezug auf den/das in Anspruch genommenen Arzt bzw. Krankenhaus. Die durch den Antrag bezeichneten Beteiligten dürfen durch die Gutachterkommission nicht nach eigenem Ermessen erweitert werden. Das Verfahren richtet sich insofern nach dem Willen des Antragstellers.

Der Antragsteller ist nicht verpflichtet, jeden in Betracht kommenden Mitbehandler

Einordnung unter Versorgungsaspekten

Die Erstversorgung erfolgte am 24.5., die hausärztliche Kontrolle am 26.5., die fachärztliche Feststellung des Verletzungsumfanges erst am 17.6. Die Begründung der Facharztgemeinschaftspraxis lautete: Der Spezialist ist im Urlaub.

Da die allermeisten Krankenhäuser nicht über eine kassenärztliche Zulassung verfügen, müssen sie nach einer Erstversorgung die Patienten in den ambulanten Bereich zur kassenärztlichen Weiterversorgung leiten. Das erfordert aber auch, dass diese Schnittstelle der gesundheitlichen Versorgung funktioniert — das war bei diesem Patienten nicht der Fall. Die endgültige Diagnose wurde durch Abwesenheit des Spezialisten auch im kassenärztlichen Bereich verzögert gestellt. Die Gutachter diskutieren, ob bei zügiger Diagnose, schnellerer operativer Versorgung dieser komplizierten Verletzung ein besseres funktionelles Ergebnis erreichbar gewesen wäre.

in das Verfahren einzubeziehen. Sofern ein mitbehandelnder Arzt oder ein Krankenhaus nicht am Verfahren beteiligt ist, würde es nicht den Grundsätzen eines fairen und rechtsstaatlichen Grundsätzen folgenden Verfahrens entsprechen, wenn die Gutachterkommission diesen Ärzten oder Krankenhäusern gegenüber einen Behandlungsfehler oder eine Haftung feststellen würde, ohne dass sie Kenntnis von den Vorwürfen, dem Verfahren und keine Gelegenheit sich hierzu zu äußern hatten. Aus diesem Grunde konnte die Gutachterkommission die Voraussetzungen einer (Mit-)Haftung der Gemeinschaftspraxis in diesem Fall nicht prüfen. Wäre im Ergebnis hier eine Haftung des KH festgestellt worden, hätte es dem KH bzw. dessen rechtem Vertreter (Haftplichtversicherung, Rechtsabteilung oder Rechtsanwalt) obliegen, einen (Gesamtschuldner-)Regress gegen weitere an der Behandlung beteiligte Ärzte oder Krankenhäuser zu prüfen und ggf. dort geltend zu machen.