

Einfacher Befunderhebungsfehler und „fiktiver grober Fehler“

Besonderheit des Arzthaftungsrechtes

von Reinhard Baur und Dr. Marion Wüller*

Die fortschreitende Gonarthrose ist eine schmerzhaft Gelenkerkrankung, die zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität führen kann. Der prothetische Ersatz des Kniegelenkes bietet die große Chance für Betroffene, wieder schmerzfreie Beweglichkeit und Mobilität zu erlangen. Eine optimale Vorbereitung der Patienten vor der Operation durch sorgfältige Anamnese und umfassende Diagnostik mindert das Risiko für das Auftreten unerwünschter Ereignisse. Trotzdem kann es leider in einigen Fällen nach der Operation zu Infektionen des Kunstgelenkes kommen, was in der Regel weitere operative Behandlungen nach sich zieht. Bei frühen Infektionen kann das Kunstgelenk mitunter revidiert und erhalten werden. Tritt ein Infekt schleichend und spät auf, droht meist der zumindest vorübergehende Verlust der Prothese.

Im Jahr 2014 wurde die Gutachterkommission in sechs Anträgen um außergerichtliche Streitbeilegung in Fällen mit einer infizierten Kniegelenksendoprothese ersucht. Die Patienten vermuten in der Regel intraoperative Hygienemängel bei der Operation, wenn sie Schadensersatzansprüche geltend machen. Dieser Gedanke ist für sie naheliegend. Allerdings können Hygienemängel in der Regel nicht für periprothetische Infektionen verantwortlich gemacht werden. Die möglichen Infektionsursachen sind zu mannigfaltig, als dass dieser Nachweis vom Antragsteller zu führen wäre. Zwar kann eine intraoperative Kontamination stattfinden, dennoch sind andere Wege, wie zum Beispiel hämatogene Streuung, denkbar.

Schadensersatzansprüche sind also nicht allein deshalb dadurch begründet, dass eine Infektion eingetreten ist. Andererseits kann ebenso wenig geltend gemacht werden, der Patient trage immer allein das Risiko einer Infektion mit ihren mitunter schwerwiegenden Folgen, weil eine Infektion ein typisches Risiko sei, über das aufgeklärt und in das eingewilligt wurde. Schadensersatzansprüche sind vor

allem dann gerechtfertigt, wenn vonseiten der Behandelnden nicht alles getan wurde, um die Infektion rechtzeitig aufzudecken und sorgfältig zu behandeln. Hier spielt die unterlassene Befunderhebung eine ausschlaggebende Rolle.

Kasuistik

Eine 72-jährige Patientin litt schon seit längerer Zeit unter Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes. Nach jahrelangen konservativen Therapiemaßnahmen, Kniegelenksinjektionen und einer Kniegelenksarthroskopie, die leider keine wesentliche Besserung der Beschwerden ergaben, stellte sie sich für weitere operative Maßnahmen in der Klinik des Antragsgegners vor. Sie berichtete, dass sie Diabetikerin sei. Es wurde die Indikation zum zementierten totalendoprothetischen Ersatz des Kniegelenkes gestellt und diese Operation nach üblicher Aufklärung und Einwilligung durchgeführt.

Nach zunächst unauffälligem postoperativen Verlauf kam es zu einer Wunddehiszenz, die am zehnten postoperativen Tag auf dem Wege des offenen Debridements und anschließender Sekundärnaht versorgt wurde. Die während der Wundheilungsstörung erhöhten Entzündungsparameter waren nach der operativen Revision rückläufig. Insbesondere der CRP-Wert ging zunächst in den Bereich der Norm zurück, um dann am 26. postoperativen Tag nach der Prothesenimplantation und 16. Tag nach der Wundrevision erneut sprunghaft um das zehnfache anzusteigen. Dieser Laborwert wurde nicht noch einmal kontrolliert und die Patientin eine Woche später in die Rehabilitationsklinik entlassen. Im Entlassungsbericht wurde die Fortsetzung der am Vortag begonnenen antibiotischen Behandlung empfohlen. Während der Rehabilitationsbehandlung besserte sich der eingangs hohe CRP-Wert langsam. Drei Wochen nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik äußerte der behandelnde Orthopäde den Verdacht auf eine periprothe-

Ein Arzt schuldet nicht „auf Anhieb“ immer die richtige Diagnose. Diagnostik ist iterativ. Ein Arzt schuldet aber die sorgfältige Diagnostik. Alle notwendigen Untersuchungen müssen durchgeführt werden. Werden notwendige Befunde nicht erhoben, kann dies auch dann erhebliche beweisrechtliche Konsequenzen haben, wenn es sich um einen einfachen und keinen schweren, nicht nachvollziehbaren Behandlungsfehler handelt. Welche Befunderhebung als notwendig erachtet werden muss, liegt im Ermessen des Gutachters.

tische Infektion. Nach einer weiteren Woche erfolgte eine Prothesenexplantation, Debridement und die Einlage eines Spacers.

Die Patientin stellte einen Antrag auf Schlichtung und außergerichtliche Streitbeilegung bei der Gutachterkommission. Sie beanstandete das Auftreten und die Versorgung der periprothetischen Infektion. Es sei derzeit noch fraglich, ob überhaupt eine neue Prothese eingebaut werden könne oder das Bein steif bleibe. Die von dem Behandlungsfehler betroffene Klinik bedauerte den ungünstigen Krankheitsverlauf, hielt aber gleichzeitig entgegen, dass es sich um eine typische Komplikation nach dem Einbau einer Knieprothese handle.

* Reinhard Baur ist Vorsitzender, Dr. Marion Wüller ärztliche Leiterin der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der ÄKWL.

Zwei ärztliche Mitglieder der Gutachterkommission bewerteten den Sachverhalt anhand der vorliegenden Behandlungsdokumentation. Nach diesen Gutachten war die Patientin nicht genügend sorgfältig behandelt worden. Sorgfalt bedeutet in diesem Zusammenhang die Beachtung anerkannter, wissenschaftlich gesicherter Methoden und Verfahren. Wobei auch in Betracht zu ziehen ist, dass jede Behandlung, besonders jeder Eingriff, mit einem gewissen Risiko behaftet ist. Nicht zu beanstanden sei, so führten die Gutachter aus, die Operation, die zweifellos indiziert und lege artis durchgeführt worden war. Gleiches gelte für die anschließende Wundrevision. Bis zu diesem Zeitpunkt und auch in den Tagen danach lasse sich kein Behandlungsfehler feststellen. Dies habe sich jedoch ab dem 26. postoperativen Tag geändert: Obwohl an diesem Tag ein enormer Anstieg des CRP auf das Zehnfache des normalen Wertes zu verzeichnen war, wurde in der Klinik des Antragsgegners die jetzt gebotene Diagnostik unterlassen. Dieser Anstieg hätte den Verdacht auf eine Gelenkinfektion nahelegen müssen und zumindest weitere Laborkontrollen sowie gegebenenfalls eine Gelenkpunktion erforderlich gemacht. Stattdessen wurde erst nach weiteren sechs Tagen eine antibiotische Therapie begonnen, mit der die Patientin in die Rehabilitationsbehandlung entlassen wurde.

Das Unterlassen der notwendigen Diagnostik stellte rechtlich nach gutachterlicher Bewertung einen einfachen Befunderhebungsfehler dar. Bei einem einfachen Fehler hat der Patient zu beweisen, dass der eingetretene Gesundheitsschaden – in diesem Fall die Explantation der Prothese – kausal auf den Fehler zurückzuführen ist und dass eine Explantation nicht erforderlich gewesen wäre, wenn der Fehler nicht erfolgt wäre. Dieser Nachweis sei, so die Gutachter, schwerlich möglich. Bei einem einfachen Befunderhebungsmangel kann es aber nach ständiger Rechtsprechung und nach dem Patientenrechtegesetz dennoch zu einer Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten und zu Ungunsten der betroffenen Klinik kommen.

So auch in diesem Fall: Selbst wenn – aus rechtlicher Sicht – in der unterlassenen Diagnostik lediglich ein einfacher Befunderhebungsfehler liegt, so folgt die Verantwortlich-

keit für die erlittenen Gesundheitsschäden der Antragstellerin rechtlich den Grundsätzen der unterlassenen Befunderhebung. Die Gutachter hatten keinen vernünftigen Zweifel daran: Bei anhaltend hohen Entzündungsparametern musste davon ausgegangen werden, dass der später diagnostizierte Kniegelenksinfekt schon als Frühinfekt erkennbar gewesen wäre, wenn die erforderliche weitere Diagnostik durchgeführt worden wäre. Es hätte sich dann um einen zweifellos reaktionspflichtigen Befund gehandelt, auf den nicht zu reagieren aus rechtlicher Sicht ein (fiktiver) grober Fehler war. Es hätte zu diesem Zeitpunkt bereits eine operative Intervention folgen müssen. Dann hätte die Antragstellerin die Chance auf eine erfolgreiche Operation und den Erhalt der Prothese gehabt.

Beweisrechtlich müssten in diesem Fall die von dem Behandlungsfehler betroffene Klinik und die behandelnden Ärzte beweisen, dass die Patientin auch bei rechtzeitiger Reaktion und sofortiger Behandlung ihres frühen Infektes die gleichen Schäden, nämlich die vollständige Entfernung der Prothese mit Einbringen eines Interimspacers erlitten hätte. Dieser Beweis ist angesichts der relativ hohen Erfolgswahrscheinlichkeit einer sofortigen Revision wohl nicht zu erbringen. Gleiches gilt für alle noch nicht absehbaren Folgen. Die Gutachterkommission sah deshalb die Schadensersatzansprüche der Patientin dem Grunde nach als gerechtfertigt an. ■