

Thema

Zur Frage des Vorliegens eines groben Behandlungsfehlers bei unrichtiger Deutung einer mit bildgebenden Verfahren hergestellten Aufnahme (§ 823 BGB)

Grundlagen

Wird ein ärztlich erhobener Befund fehlerhaft ausgewertet und wird deswegen eine falsche Diagnose gestellt, liegt ein **Diagnosefehler** vor. Dieser führt nach der Rechtsprechung grundsätzlich dann zu einer Beweislastumkehr für den Nachweis der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden, wenn sich das Verkennen des Befundes als fundamentaler Diagnosefehler darstellt oder die Nichtreaktion auf den Befund als grob fehlerhaft zu bewerten ist (BGH, VersR 2004, 790 m.w.N.; VersR 2001, 1030 = NJW 2001, 2792).

Aktuelles

In einer Entscheidung vom 30.11.2006 (VersR 2007, 1565) verneint das OLG Koblenz einen fundamentalen Diagnosefehler bei der Auswertung einer CT-Aufnahme der Nasennebenhöhlen eines Patienten. Die Aufnahme wurde wegen Nasenbeschwerden erstellt. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose einer chronischen Siebbeinentzündung. Später stellte sich jedoch heraus, daß tatsächlich ein bösartiger Tumor vorhanden war. Der gerichtliche Sachverständige kommt zunächst zum Ergebnis, daß die CT-Aufnahmen durch den behandelnden Arzt wahrscheinlich nicht genau angeschaut wurden. Ein solcher Diagnoseirrtum dürfe einem gewissenhaften Arzt nicht unterlaufen. Im Rahmen seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat erklärte der Sachverständige im Widerspruch hierzu jedoch, er sehe dies in einem zeitlichen Abstand nicht mehr so streng. Es handele sich hier um einen sehr speziellen Fall und auch um eine sehr seltene Erkrankung. Er habe die Bilder 8 radiologischen Fachärzten seiner Station vorgelegt. 50% der Ärzte hätten erkannt, daß ein Befund vorliegen könnte, der ggf. weiterer Abklärung bedürfe. Der Aufmerksamkeitsfehler des behandelnden Arztes sei daher als bloße „Schusseligkeit“ zu bezeichnen. Der Senat geht aufgrund dieser Ausführungen des Sachverständigen davon aus, daß kein fundamentaler Diagnosefehler vorgelegen habe. An dieser Stelle komme ein Tumor „wirklich sehr selten vor“ und die „Versuchsreihe“ mit den 8 Kollegen zeige auf, daß nur die Hälfte die Knochendestruktionen erkannt hätten. Es könne deshalb nur von einem bloßen Versehen des Arztes ausgegangen werden, was als – einfacher – Behandlungsfehler zu werten sei mit der Folge, daß dem klagenden Patienten keine Beweiserleichterung für die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Folgen zugute kämen.

Eigene Ansicht

Die Entscheidung des OLG Koblenz (aaO) ist m. E. kritisch zu betrachten. Wenn der Sachverständige davon spricht, der behandelnde Arzt habe sich wahrscheinlich die CT-Aufnahmen nicht genau angeschaut, liegt der Schluß nahe, daß der Arzt einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt des entsprechenden Fachs schlechterdings nicht unterlaufen darf, mithin als grob einzustufen ist. Das Auswerten von medizinischen Befunden, insbesondere CT-Aufnahmen, gehört zu einer ganz wesentlichen Tätigkeit des Arztes zur Diagnosestellung. Bei dieser Tätigkeit des Arztes kann erwartet werden, daß er sich die Aufnahmen sehr genau und gründlich anschaut, ggf. wenn er sich nicht sicher ist, einen weiteren Arzt konsiliarisch zur Auswertung hinzuziehen. Wenn darüber hinaus seitens des Sachverständigen erklärt wird, seines Erachtens dürfe einem gewissenhaften Arzt ein solcher Diagnosefehler nicht unterlaufen, er jedoch später im Rahmen seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat im Widerspruch hierzu erklärt hat, er sehe das in einem zeitlichen Abstand nicht mehr so

streng, vielmehr habe eine bloße „Schusseligkeit des Arztes“ vorgelegen, hätte dies in Anlehnung an die Rechtsprechung des BGH (VersR 2007, 1273) Veranlassung geben müssen, ein anderes Gutachten einzuholen. Der BGH hat in dieser Entscheidung besonders deutlich darauf hingewiesen, daß die Bewertung eines Behandlungsgeschehens als fehlerhaft dem Tatrichter obliegt und dieser sich darauf einstellen muß, daß manche Sachverständige Behandlungsfehler nur zurückhaltend ansprechen.

++

Thema

Vermutung für Verschulden des Begleitpersonals bei Verletzung des Patienten auf dem Krankentransport Haftung des Krankenhausträgers für einen Mitarbeiter eines privaten Krankentransportunternehmens (§§ 280 I, 253 II BGB)

Grundlagen

Eine Haftung des Krankenhausträgers kann sich aufgrund eines **Krankenhausvertrages** ergeben. Als Vertragspartner des Patienten haben dann Krankenhausträger und Arzt für die Fehler der von ihnen herangezogenen Gehilfen nach § 278 BGB einzustehen (*Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., § 98, Rdnr. 13 ff.). **Verlegungstransporte** gehören in der Regel nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Wird jedoch wegen einer Spezialuntersuchung oder besonderer Behandlung, die im Zusammenhang mit dem behandlungsbedürftigen Leiden steht, eine kurzfristige Unterbringung des Patienten extern (Verbringung) erforderlich, ist dieser Transport den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen (*Laufs/Uhlenbruck*, aaO, § 86, Rdnr. 116).

Aktuelles

Zur haftungsrechtlichen Verantwortlichkeit eines Krankenhausträgers für ein Verschulden des Begleitpersonals bei der Verletzung des Patienten auf einem Krankentransport zu einer auswärtigen Untersuchung liegt eine Entscheidung des OLG Hamm vom 01.02.2006 (VersR 2007, 1225) vor. Für die Behandlung des Patienten wurde ein Urologe konsiliarisch hinzugezogen, zu welchem der Patient in einem Krankentransportwagen gefahren wurde. Der Patient wurde derart unsachgemäß in den bereitstehenden Transportwagen eingeschoben, daß er dabei mit dem Kopf gegen die Oberkante des Fahrzeugs stieß.

Der Senat führt aus, aufgrund des Krankenhausvertrages habe eine umfassende ärztliche Versorgung des Patienten erfolgen müssen. Die hierzu erfolgte konsiliarische Hinzuziehung eines Urologen habe den Transport des Patienten zu der auswärtigen Untersuchung erfordert. Auch dieser Transport könne deshalb nicht aus dem Pflichtenkreis des Krankenhauses herausfallen. Gemäß § 2 II Nr. 2 BpflV zählen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen vielmehr auch die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter. Durch diese Norm erfolge zum Schutz des Patienten eine umfassende Einbeziehung aller während der Behandlung des Patienten anfallenden medizinischen und nicht medizinischen Leistungen in die Behandlungsleistung. Lediglich Transporte zum Zweck einer endgültigen Verlegung des Patienten in ein anders Krankenhaus seien daher nicht bei dem Pflichtenkreis des zuständigen behandelnden Krankenhauses zuzuordnen (vgl. *Gemse* in: *Laufs/Uhlenbruck*, aaO).

Der Krankenhausträger hafte daher gemäß § 278 S. 1 BGB für das Verschulden der Mitarbeiter des privaten Krankentransportunternehmens, welches zur Verbringung des Patienten herangezogen worden ist. Hierbei sei unbeachtlich, wenn es an einer

vertraglichen Beziehung zwischen dem Krankenträger und dem Krankentransportunternehmen fehlt, etwa wenn das private Transportunternehmen auf Verlangen der Krankenkasse aus einer von der Krankenkasse herausgegebenen Liste ausgewählt wurde und insofern ein Personenbeförderungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Transportunternehmen zustande kommt. Das Fehlen eines Vertragsverhältnisses zwischen dem Transportunternehmen und dem Krankenträger stehe einer **Erfüllungsgehilfenhaftung** des Krankenträgers gemäß § 278 S. 1 BGB nicht grundsätzlich entgegen. Die Art der zwischen Vertragsschuldner und ihrer Hilfspersonen bestehenden Rechtsbeziehung sei vielmehr gleichgültig und könne sich in einer bloßen **tatsächlichen Zusammenarbeit** erschöpfen (vgl. *Palandt/Heinrichs*, BGB, 67. Aufl., § 278 BGB, Rdnr. 7).

++

Thema

Haftung des Arztes wegen groben Behandlungsfehlers aufgrund unterlassener Desinfektion bei intraartikulärer Injektion (§ 823 BGB) Mitursächlichkeit eines Behandlungsfehlers

Kurzer Beitrag

Das Landgericht Frankenthal hat in einem Urteil vom 06.06.2007 (AZ 4 O 257/05) einen groben Behandlungsfehler des behandelnden Arztes bei Durchführung einer intraartikulären Injektion in das rechte Kniegelenk aufgrund fehlender Desinfektion bejaht. Vor dem Setzen der Spritze hatte die Geschädigte von der Sprechstundenhilfe eine weiße Kunststoffflasche mit rotem Aufdruck mit der Aufforderung erhalten, das rechte Knie ca. alle 2 Minuten zu bestäuben. Über eine Desinfektion des Knies wurde sie nicht informiert. Der behandelnde Arzt kam dann in das Behandlungszimmer mit einer bereits aufgezogenen Spritze, die nicht mehr eingepackt war, tastete das Knie ab und spritzte, ohne zuvor nochmals desinfiziert zu haben. Der Einstich wurde danach auch nicht abgedeckt. Nachfolgend kam es zu einer bakteriellen Infektion des rechten Kniegelenkes, welche umfangreich behandelt werden mußte.

Das Gericht führt aus, unter Zugrundelegung der überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen habe der behandelnde Arzt es behandlungsfehlerhaft unterlassen, die seit Jahren vorliegenden Leitlinien über die hygienischen Anforderungen zur Durchführung **intraartikulärer Injektionen** zumindest hinsichtlich zweier Punkte zu berücksichtigen. Sowohl das Unterlassen des Tragens steriler Handschuhe sowie das Einführen der Kanüle in das Gelenk nach vorherigem Abtasten und somit nicht ohne „Handberührung“ der Punktionsstelle in das Gelenk einerseits als auch das vorherige Entnehmen der Einmalkanülen bzw. Einmalspritzen außerhalb des Behandlungsraums andererseits stellten Verstöße dar, die (chirurgische) Leitlinien, die bereits seit Jahren existent sind, ohne Notwendigkeit bzw. ohne Begründung mißachten und somit aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich seien (vgl. BGH, Urteil vom 27.01.1998, AZ VI ZR 339/96 m.w.N.). Die daraufhin erforderlichen operativen Eingriffe am Knie seien aufgrund des groben Behandlungsfehlers erforderlich gewesen. Dem stehe nicht entgegen, daß während der Durchführung eines arthroskopischen Eingriffs gleichzeitig auch Veränderungen des Gelenknorpels im außenseitigen Gelenkkompartement behandelt wurden, die nicht durch die grob behandlungsfehlerhaft ausgelöste Infektion direkt verursacht wurden. Unerheblich sei auch, ob die bei der Geschädigten durchgeführten Heilbehandlungsmaßnahmen auch wegen einer vorbestehenden Gonarthrose der Geschädigten durchgeführt wurden. Ein ärztlicher Behandlungsfehler, der nicht als ausschließliche und alleinige Ursache, wohl aber als Mitursache neben krankheitsbedingten Faktoren für eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Patienten in Betracht komme, sei für die Haftung des Arztes ausreichend.

Thema**Anwendbarkeit der allgemeinen Regeln für Dokumentationsversäumnisse des Arztes****Interpretation einer verkürzten Dokumentation (§ 823 BGB)**Grundlagen

Ärzte sind grundsätzlich zur Dokumentation ihrer Tätigkeit verpflichtet. Als Rechtsgrundlage wird nach einer Ansicht eine vertragliche Nebenpflicht aus dem Arztvertrag bzw. Krankenhausaufnahmevertrag genannt. Teilweise wird die Dokumentationspflicht auch als Teil der ärztlichen Behandlungspflicht (Therapiepflicht) angesehen. Nach Auffassung des BGH ist die vertraglich wie deliktisch begründete Pflicht des Arztes zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens unverzichtbare Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung. Sie kann auch Ausfluß des Persönlichkeitsrechts sein (vgl. *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., § 59, Rdnr. 1 m.w.N.). Unstreitig dient die **Dokumentationspflicht** des Arztes dem Zweck der **Therapiesicherung**, insbesondere, um die ordnungsgemäße Behandlung des Patienten sicherzustellen. Wesentlicher Aspekt ist auch die Erfüllung der **Rechenschaftspflicht** des Arztes sowie die außerprozessuale und prozessuale **Beweissicherung** (letzteres ist streitig; Vgl. hierzu *Laufs/Uhlenbruck*, a.a.O., Rdnr. 8 m.w.N.). An die Form der Dokumentation stellt die Rechtsprechung hohe, aber keine spezifischen Anforderungen. In die Dokumentation müssen alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Befunde, Gegebenheiten und Maßnahmen Eingang finden, und zwar in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form. Eine für den Laien sofort verständliche Dokumentation ist nicht erforderlich. So genügen auch Stichworte oder Piktogramme (z.B. Symbol von 2 Hasenohren für Lagerung in „Häschenstellung“: BGH, NJW 1984, 1403 = VersR 1984, 386), wenn die Angaben für den Fachmann verständlich sind (vgl. BGH, MDR 1989, 626; *Laufs/Uhlenbruck*, a.a.O., Rdnr. 11 m.w.N.).

Aktuelles

Das OLG Karlsruhe hat in einem Urteil vom 25.01.2006 (GesR 2006, 211) entschieden, bei der Interpretation einer verkürzten Dokumentation seien die allgemeinen Regeln für Dokumentationsversäumnisse anwendbar mit der Folge, daß dem Arzt der Beweis offenstehe, die Eintragung sei in einem bestimmten Sinne zu verstehen. Im vorliegenden Fall hatte der Arzt in der rechten Spalte der Patientenkarte die Abkürzung „Mydr.“ eingetragen. Der Arzt konnte hierzu schlüssig und überzeugend ausführen, daß es sich hierbei um die übliche Abkürzung für Mydriasis (Pupillenerweiterung zur Netzhautuntersuchung) handele. Der Eintrag in der rechten Spalte besage, daß die Maßnahme geplant gewesen sei. Der rote Unterstrich unter der Abkürzung bedeute, daß die Untersuchung in den nächsten Tagen kurzfristig vorgenommen werden müsse. Dementsprechend sei vom Vortrag des Arztes auszugehen, er habe den Patienten auch auf die Dringlichkeit der Netzhautuntersuchung hingewiesen. Soweit der Sachverständige ausgeführt habe, die Netzhautuntersuchung mit Weitstellung der Pupillen hätte spätestens innerhalb der nächsten 25 – 48 Stunden nach der Untersuchung des Patienten erfolgen müssen, genüge der Hinweis des behandelnden Allgemeinmediziners gegenüber dem Patienten auf die Notwendigkeit der Untersuchung in den „nächsten Tagen“.

Schlußbetrachtung

Bei der Form der Dokumentation ist wesentlich, daß die Angaben für einen Fachmann verständlich sind. Unter diesen Voraussetzungen genügen auch Aufzeichnungen in Stichworten oder Piktogrammen. Aus der vorliegenden Entscheidung des OLG Karlsruhe geht nicht klar hervor, welche Bedeutung genau der rote Unterstrich unter der Abkürzung „Mydr.“ hat. Falls dieser Unterstrich auf eine Dringlichkeit der Untersuchung hinweisen soll, genügt dies m. E. nicht für einen hinreichend klaren Hinweis darauf, daß die Untersuchung innerhalb eines bestimmten nach Stunden oder Tagen zu berechnenden Zeitraums vorzunehmen ist. Ob sich aus dem roten Unterstrich ein derart genauer Zeitrahmen für einen Fachmann ergibt, und ob hierzu der Sachverständige Ausführungen gemacht hat, wird im Urteil nicht gesagt.

++