



Arzthaftung und Fehlerkultur

Was ist eigentlich der medizinische Facharztstandard?

Dreh- und Angelpunkt eines jeden Arzthaftungsprozesses ist die Frage danach, ob den Behandelnden ein schadenersatzbegründender Vorwurf anlässlich eines Verstoßes gegen den medizinischen Facharztstandard gemacht werden kann. Nach den hiesigen Erfahrungen ist dies in den seltensten Fällen einfach zu beantworten, nicht nur, weil die Sachverhaltsaufklärung nicht immer einfach ist, die Beweislastverteilung eine wichtige Rolle spielt und gegenteilige Expertisen medizinischer Sachverständiger aufeinandertreffen können.

Caterina Krüger

Allein die Bestimmung dessen, was zum Zeitpunkt der Behandlung dem medizinischen Standard entsprochen hat, kann unter den Beteiligten zu diversen Diskussionen führen, so dass der Ausgang einer Auseinandersetzung und/oder eines gerichtlichen Verfahrens nicht immer absehbar ist. Was ist also maßgeblich für die Bestimmung des medizinischen Facharztstandards? Der nach-

folgende Artikel soll einen Überblick verschaffen.

Ausgangspunkt

Bereits seit dem 1. Jahrhundert n. Chr. gab es eine Richtschnur ärztlichen Handelns, den hippokratischen Eid, den heute aber keine Ärztin oder Arzt mehr leisten muss. Gleichwohl hat er auch noch in heu-

tiger Zeit eine hohe Bedeutung, denn im Jahr 1948 wurde er als Genfer Gelöbnis der Neuzeit angepasst und im Jahr 2017 als modernisiertes Gelöbnis vom Weltärzterverbund in Chigago verabschiedet und ist in vielen Ländern Teil der ärztlichen Berufsordnung geworden (so auch in der Berufsordnung für die Nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 in der Fassung vom 16.11.2019). Die Regeln

zur Berufsausübung regeln neben allgemeinen ärztlichen Berufspflichten weitere Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln gegenüber Patienten/Patientinnen, Aufklärungspflichten und einiges mehr.

Ohne dies näher vertiefen zu wollen, steht im Fokus die Verpflichtung eines jeden Arztes/einer jeden Ärztin, das medizinische Wissen zum Wohl der Patienten und zur Förderung der Gesundheitsversorgung einzusetzen und mit ihren Kollegen zu teilen.

Es geht um medizinisches Wissen und die Ausübung im Einklang mit guter medizinischer Praxis.

Es steht außer Frage, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten helfen wollen, damit diese möglichst schnell wieder gesund werden. Dennoch sind auch sie nicht unfehlbar: Eine Diagnose wird nicht oder zu spät gestellt, ein falsches Medikament verabreicht, eine Operation verläuft nicht so wie gedacht usw.

Woran müssen sich die Behandelnden messen lassen?

Der medizinische Facharztstandard

In § 630 a Abs. II BGB heißt es: *«Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.»*

Die Rechtsprechung wird etwas ausführlicher:

Eine Behandlung kann nur dann als Behandlungsfehler qualifiziert werden, wenn sie dem im Zeitpunkt der Behandlung bestehenden medizinischen Standard zuwiderläuft (vgl. so u.a. BGH, Urteil vom 15. April 2014, Az. VI ZR 382/12, m.w.N.). Der Standard gibt Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann. Er repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat.

Das klingt nachvollziehbar, ist in der Umsetzung und Bewertung aber gar nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick scheint. Spätestens im Rahmen einer gerichtlichen Auseinandersetzung ist die Ermittlung des Standards dazu grundsätzlich Sache des Tatrichters, der sich

dabei auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch einen Sachverständigen aus dem betroffenen medizinischen Fachgebiet stützen muss und letztlich auch wird.

Was also prägt den medizinischen Facharztstandard? Welche Rolle spielen Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften?

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), bei der alle Leitlinien abgerufen werden können, gibt für den Rechtscharakter der Leitlinien folgende Definition:

„Die „Leitlinien“ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die „Leitlinien“ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“

Es handelt sich also um wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann.

Zur Verbindlichkeit von Leitlinien gibt es zahlreiche Aussagen (zusammengefasst bei Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. 2021, Behandlungsfehler, B44 ff). Größere Widersprüche gibt es insoweit nicht. Erkenntnisleitend ist insbesondere die von Pauge und Offenloch (14. Aufl., Rz. 190, 603) gewählte Formulierung:

„Leitlinien und Empfehlungen der Bundesärztekammer oder der medizinischen Fachgesellschaften haben zwar keine Bindungswirkung, sind aber Wegweiser für den medizinischen Standard, von dem abzuweichen besonderer Rechtfertigung bedarf.“

Hier gewinnt man den Eindruck, dass doch alles recht einfach ist. Die Leitlinie wird schon vermitteln, was richtig und falsch ist; aber Leitlinien ersetzen nun einmal kein Sachverständigengutachten und können ihrerseits natürlich veralten, der Standard ärztlicher Behandlung, wie er in der Praxis gelebt wird, kann sich fortent-

wickelt haben. Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen demnach jedenfalls nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden.

Dazu ist Leitlinie nicht gleich Leitlinie. Nicht aus den Augen verlieren sollte man, dass zwischen den (wenigen bislang existierenden) evidenzbasierten Konsensus-Leitlinien (S3) und den übrigen Leitlinien S1 und S2 zu unterscheiden ist. Leitlinien können also eine unterschiedliche Verfahrensqualität beinhalten. Die höchste Stufe soll eine S3-Leitlinie bilden.

Ein vom Gericht bestellter Sachverständiger wird die Inhalte insbesondere einer S3-Leitlinie bei seiner Begutachtung berücksichtigen müssen.

Sie spielen sicherlich bei der Bestimmung des medizinischen Facharztstandards und des Haftungsmaßstabes eine erhebliche Rolle.

Man wird daher etwas abgemildert sagen können und müssen (so auch die diesseitige Praxiserfahrung), dass jedenfalls ein Verstoß gegen eine S3-Leitlinie starke Argumente für ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen darstellt und der Behandelnde die Gründe für ein Abweichen darlegen müssen wird.

Maßgeblich für eine im Raum stehende Haftung der Behandelnden ist somit der Facharztstandard zum Zeitpunkt der Behandlung.

Was passiert, wenn sich ein Standard noch nicht etabliert hat?

Zur Problemerkennung mag der nachfolgende, vom LG Flensburg (Urteil vom 08. Okt. 2021, Az. 3 0 188/18) entschiedene Fall dienen:

Kläger des Verfahrens waren die Erben der Patientin. Diese hatte sich im Jahr 2016 mit Unwohlsein und Stichen in der linken Brust in der Zentralen Notaufnahme des beklagten Klinikums bringen lassen. Dort berichtete sie über seit 30 - 60 Minuten anhaltende akute Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm und über bereits seit einer Woche auftretende belastungsabhängige Schmerzen.

Noch in der Zentralen Notaufnahme erhielt die Patientin intravenös 5.000 Einheiten Heparin und 500mg Aspirin zur Blutverdünnung. Zudem wurde ihr Morphin in unbekannter Menge verabreicht. Mit der Verdachtsdiagnose eines ST-Hebungsinfarkts wurde für die Patientin schließlich eine Notfall-Koronarangiographie veranlasst.

Es folgten insgesamt sechs Aufnahmen des Hauptstamms der linken Koronararterie.

Nach dem Vortrag der Beklagten bereits bei der ersten, nach dem Vortrag der Kläger spätestens bei der zweiten Anlotung zeigte sich eine Dissektion des Hauptstammes der linken Koronararterie. Der Beklagte zu 2. führte dennoch weitere 4 Aufnahmen der linken Koronararterie durch und verabreichte intrakoronar einen Einzelbolus Aggrastat. Im Anschluss stellte er durch zwei Aufnahmen den Hauptstamm der rechten Koronararterie dar, der sich unauffällig zeigte. Bei der Darstellung der rechten Koronararterie trat erstmals ein Kammerflimmern auf, welches durch eine einmalige Defibrillation durchbrochen werden konnte. Gegen 21:20 Uhr begann ein durchgehendes Kammerflimmern, es kam zum totalen Zusammenbruch des Herzkreislaufsystems. Unter Hinzuziehung des Reanimationsteams wurde die Patientin intubiert und schließlich reanimiert. Unter Reanimationsbedingungen versuchte der behandelnde Arzt (Beklagter zu 2.) erfolglos, die linke Koronararterie mittels Führungskatheters zu sondieren. Für eine Notfall-Bypass-Operation wurde die Patientin mittels Rettungshubschraubers in ein anderes Klinikum verbracht. Trotz der Versorgung mittels zweier venöser Bypässe auf der Vorderwand- und Seitenwandarterie brach der Kreislauf des ECLS-Systems aufgrund des fehlenden venösen Rückstroms zusammen. Die Patientin verstarb schließlich.

Im Rahmen des für die Staatsanwaltschaft erstatteten Gutachtens des Institutes für Rechtsmedizin wurde die Dissektion des linken Herzkranzgefäßhauptstammes festgestellt. Folge sei eine Sauerstoffmangelversorgung großer Teile des Herzens mit daraus resultierendem fulminantem Herzinfarkt gewesen. Die Reanimationsmaßnahmen hätten den Todeseintritt begünstigt haben können.

Zu den wesentlichen Vorwürfen, die die Kläger erhoben haben, zählte, dass zum Zeitpunkt der EKG-Aufnahme noch kein manifester Herzinfarkt vorgelegen habe; vielmehr sei die später diagnostizierte Dissektion des Hauptstammes behandlungsfehlerhaft erst durch die angiographische Untersuchung selbst hervorgerufen, mindestens deutlich verstärkt worden. Erst aufgrund der Dissektion seien die Reanimationsmaßnahmen notwendig geworden, bei denen es zu sechs Rippenfrakturen gekommen sei, was auf eine deutlich

übertriebene Krafteinwirkung, eine fehlerhafte Reanimation, deute.

Nun der wesentliche Teil der Entscheidungsgründe im Zitat. Die Tragik der Geschehnisse unter dem Blickwinkel, was von der Behandlerseite erwartet werden darf und gewährleistet werden muss, ist sicher nicht zu verbergen:

„a) Der für die Beklagte zu 1. handelnde Beklagte zu 2. hat die Patientin pflichtwidrig nicht fehlerfrei behandelt.

aa) Nach den insoweit übereinstimmenden Ausführungen des gerichtlichen und des privaten Sachverständigen geht auch die Kammer davon aus, dass es ein allgemein anerkannter fachlicher Standard iSd. § 630a Abs. 2 BGB für die Behandlung der Patientin in der konkreten Notfallsituation nicht existierte. Der allgemein anerkannte fachliche Standard iSd. § 630a Abs. 2 BGB ist der jeweilige Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Dieser Begriff enthält ein Moment professioneller Akzeptanz. Entsprechend der nachvollziehbaren und für die Kammer überzeugenden Schilderung des gerichtlichen Sachverständigen Dr. R sah sich der Beklagte zu 2. bei dem Krankheitsbild der Patientin einer Situation ausgesetzt, die nur wenige Kardiologen deutschlandweit jemals während ihres ganzen Berufslebens erleben würden und die nicht zu trainieren sei, weil sie im Alltag zu selten aufträte, und für deren Behandlung es auch weder in Lehrbüchern, Leitlinien o.ä. Handlungsanleitungen oder -beschreibungen gäbe. Damit fehlt es aber an den zur Bestimmung eines Standards iSd. § 630a Abs. 2 BGB erforderlichen ärztlichen Erfahrungen und Erprobungen. Diese Einschätzung wird auch von den Beklagten geteilt.

bb) Dies bedeutet aber nicht, dass in einer solchen Behandlungssituationen keine Sorgfaltspflichten bestünden. Die in § 630a Abs. 2 BGB getroffene Regelung ist nur eine Ergänzung des Sorgfaltsmaßstands des § 276 Abs. 2 BGB. Für den Fall, dass ein allgemein anerkannter Standard für die Behandlung nicht existiert, ist daher die Sorgfalt eines vorsichtig Behandelnden einzuhalten (BGH, Urteil vom 27.03.2007 - VI ZR 55/05, juris; KG, Urteil vom 24.10.2011 - 20 U 67/09, juris; BT-Drs. 17/10488, 19). Dies ist hier bei der Behandlung der Patientin durch den Beklagten zu 2. nicht geschehen:

cc) Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die Kammer iSd. § 286 Abs. 1

ZPO davon überzeugt, dass der Beklagte zu 2. bei der Behandlung der Patientin am 14.08.2016 nicht unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen wie ein vorsichtig Behandelnder vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sodann sorgfältig durchgeführt hat. Gegen die einen vorsichtig Behandelnden treffenden Sorgfaltspflichten hat der Beklagte zu 2. verstoßen, indem er trotz der bereits nach der ersten Aufnahme gefällten Diagnose einer spontanen Dissektion des Hauptstammes der linken Koronararterie weitere Aufnahmen der linken Koronararterie anfertigte und die Patientin zusätzlich intrakoronar mit einem Einzelbolus von 15 ml Aggrastat versorgte.

Die Kammer verkennt nicht, dass sich der Beklagte zu 2. in einer beruflichen Ausnahmesituation befand, in der er in äußerst kurzer Zeit die Entscheidung über sein weiteres Vorgehen treffen musste und sich unter diesem Eindruck für weiteren Aufnahmen entschied. Dies hat der Beklagte zu 2. in seiner persönlichen Anhörung auch eindrücklich geschildert. Trotz des Fehlens eines anerkannten fachlichen Standards war übergeordnetes Ziel der vorsichtigen Behandlung der erkannten Dissektion aber, diese jedenfalls nicht zu vergrößern, deswegen so wenig wie möglich zu manipulieren und das wahre Lumen des Hauptstammes der linken Herzkranzarterie zu erhalten. Das Vorgehen des Beklagten zu 2. weicht hiervon ab und stellt deshalb einen Behandlungsfehler dar.

Was bedeutet es, wenn die konkret behandelnde Person über keine Facharztanerkennung verfügt?

Gibt es, wenn die Anerkennung zum Facharzt fehlt, womöglich eine Vermutung, dass der Behandler zu einer Behandlung nicht befähigt und dies für einen Gesundheitsschaden ursächlich war?

Hierzu eine Entscheidung des OLG Dresden (OLG Dresden, Beschluss vom 29. November 2021 – 4 U 1588/21 –, juris).

Der Kläger warf der Beklagten vor, ihn fehlerhaft zu früh entlassen bzw. nicht stationär aufgenommen zu haben. Nur zwei Tage später habe er zu Hause einen plötzlich auftretenden Bauchschmerz verspürt, der ihn dazu veranlasste, die Notaufnah-

me des nachbehandelnden Krankenhauses aufzusuchen. Dort wurde nach Durchführung eines CT eine perforierte Sigmadivertikulitis festgestellt und der Kläger notoperiert, wobei ein künstlicher Darmgang angelegt werden musste.

Tatsächlich hatte sich der den Kläger untersuchende Arzt im letzten Jahr seiner Facharztausbildung befunden, hatte den Facharztstandard also noch nicht erreicht.

Letztlich konnte der Kläger mit dem Einwand fehlender fachlicher Qualifikation des seinerzeit untersuchenden Arztes (Zeuge im Verfahren) nicht durchdringen.

Als wesentliche Gesichtspunkte der Entscheidung wird man festhalten können, dass die fehlende Facharztanerkennung nicht gleichbedeutend ist mit der Missachtung zur Einhaltung des Facharztstandards und dass hierfür eben auch nicht per se eine Vermutung greift. Hierzu hat sich das OLG mit der Vorschrift des § 630h Abs. 4 BGB beschäftigt, die lautet: „War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.“

Aus dem Hinweisbeschluss des OLG:

„Mit dem Einwand fehlender fachlicher Qualifikation des seinerzeit untersuchenden Zeugen Dr. V..... dringt der Kläger gleichfalls nicht durch. Zu Recht hat das Landgericht die Einhaltung des Facharztstandards gestützt auf die Vernehmung des Zeugen Dr. V..... bejaht, ein Sachverständigengutachten zur Frage des Umfangs der erforderlichen Eingangsuntersuchungen war nicht veranlasst. Die Vermutung

des § 630 h Abs. 4 BGB greift hier nicht ein. In der Begründung zum Regierungsentwurf (BT-Drucks. 17/10488, 30) wird ausgeführt, an der erforderlichen Befähigung fehle es dem Behandelnden, soweit er nicht über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt, insbesondere wenn er sich noch in der medizinischen Ausbildung befindet oder als Berufsanfänger noch nicht über die notwendige Erfahrung verfügt. Die Ausbildung ist grundsätzlich mit der Approbation abgeschlossen, und es fehlt in den Gesetzesmaterialien ein Hinweis darauf, ob die Facharztanerkennung noch zur „Ausbildung“ zählt oder - was näher liegt - der anschließenden „Weiterbildung“ zuzurechnen ist und damit eine noch fehlende Facharztanerkennung nicht dazu führt, dass es dem Arzt an der erforderlichen „Ausbildung“ fehlt (vgl. Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht 5. Aufl., Rz. A103a, b - jeweils m.w.N.). Eine mangelnde „Befähigung“ im Sinne dieser Vorschrift käme danach allenfalls in Betracht, wenn der Zeuge aufgrund seiner Vorausbildung noch nicht befähigt gewesen sein sollte, eine Eingangsuntersuchung bei unklarem Bauchschmerz durchzuführen. Hierfür fehlt es am Vortrag des Klägers, der allein auf die Facharztanerkennung abstellt. Selbst wenn aber - was der Kläger nicht vorgetragen hat und wofür auch sonst nichts spricht - der Zeuge grundsätzlich noch nicht befähigt gewesen sein sollte, solche Untersuchungen vorzunehmen und der Kläger infolge dessen in den beweisrechtlichen Genuss der Vermutung des § 630 h Abs. 4 BGB käme, so wäre es der Beklagtenseite mithilfe des Sachverständigen und der Zeugenaussage gelungen, diese Vermutung gemäß § 292 ZPO zu entkräften.(...)“

Bei aller Theorie und einzuhaltenden Anforderungen:

Wie wird eigentlich mit Fehlern umgegangen?

Bei allen Problemen, die die Bemessung des ärztlichen Facharztstandards mit sich bringt, würde nach hiesiger Meinung manchmal einfach ein anders gelebtes Verständnis rund um die Fehlerkultur für alle Beteiligten das Leben einfacher machen. Dabei ist an dieser Stelle nicht sogleich die Gesetzgebung, Politik, Rechtsprechung gefordert. Es geht vielmehr darum, was die Beteiligten bzw. insbesondere die betroffenen Patienten im Umgang mit Fehlern von den Behandelnden erwarten können sollten. Manche Auseinandersetzung würde bei einem Zugeständnis, dass man besser und anders hätte agieren können (und womöglich auch müssen), einen weitaus weniger konfliktbehafteten Prozess nach sich ziehen. Denn Fehler können überall passieren - an dem Beseitigen der Folgen sollte man nach Möglichkeit gemeinsam arbeiten. 

AUTORIN

Caterina Krüger
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht



NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
Fachanwälte für Medizinrecht
Rheinallee 27, 53173 Bonn
mail@naetherkrueger.de
www.naetherkrueger.de

Möchten Sie Ihre Anzeige
in der Zeitschrift
Kinderkrankenschwester platzieren?

Rufen Sie uns an:

04 51/70 31-2 85

 NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
FACHANWÄLTE FÜR MEDIZINRECHT

EIGENTLICH SOLLTE
ES UNS NICHT GEBEN.

Aber Geburtsschäden passieren.

naetherkrueger.de