

Der Einsatz von Kommunikationstechnologien bei der Behandlung von Patienten*Innen

Allgemein gesprochen rückt die Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung von Patienten*Innen immer mehr in den Fokus. Es geht um Pflegenotstand, die Angst um zureichende ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten. Nicht selten sind es dann rückblickend gesehen „suboptimale“ Versorgungsmöglichkeiten, die Anlass dazu bieten, die Art und Weise der ärztlichen Behandlung zu hinterfragen, nämlich insbesondere dann, wenn es zu gesundheitlichen Schäden kommt. Der folgende Fall beschäftigt sich mit der telemedizinischen Hinzuziehung eines Facharztes und soll einen Einblick in die Thematik verschaffen.

Caterina Krüger

Was ist versteht man unter Telemedizin?

Die Angebote und Möglichkeiten der Telemedizin sind weitreichend. Nicht immer ist klar, was gemeint ist. Die Fernuntersuchung als Telekonsil, die Untersuchung von Patienten*Innen per App, Videosprechstunden, sind zwischenzeitlich durchaus bekannt.

Die Bundesärztekammer gibt folgende Definition vor: Ein „Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen hinweg mit Hilfe des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden“.

Worum geht es also?

Es geht um den Kontakt zwischen Arzt und Patient*In, ebenso aber auch um die Kommunikation der Mediziner untereinander, beispielsweise wenn der Allgemeinmediziner einen Fachkollegen*In hinzuziehen will. Es geht um die Überwindung räumlicher Distanz, beispielsweise, wenn Videotechnologie für eine erste Einschätzung des Patienten genutzt wird.

Als Grundstein kann das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz, Electronic-Health-Gesetz)

aus dem Jahr 2015 betrachtet werden (siehe Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 54, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2015).

Ziel dieses Gesetzes ist es, so das Bundesgesundheitsministerium, „die Chancen der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung zu nutzen und eine schnelle Einführung medizinischer Anwendungen für die Patientinnen und Patienten zu ermöglichen“. Im E-Health-Gesetz hat der Gesetzgeber dabei unter anderem die Förderung telemedizinischer Leistungen (Online-Videosprechstunde, telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen) festgeschrieben.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten aus 2014 (abrufbar unter: <https://bit.ly/3XAz4ct>) auf die Herausforderung einer längerfristigen bedarfsgerechten Versorgung hingewiesen und ein umfassendes Modell für eine regional vernetzte Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum empfohlen.

Telemedizin ist für den Sachverständigenrat „eine Chance, der regionalen Unterversorgung zu begegnen und insbesondere älteren Menschen den Verbleib in der häuslichen Umgebung bei guter Lebensqualität zu ermöglichen.“

Ein Fall aus der Rechtsprechung:

In dem Fall, mit dem sich das Landgericht München (LG München II, Urteil vom 10.05.2022 - I O 4395/20 Hei) zu beschäftigen hatte, stand die Versorgung

einer damals 47-jährigen Klägerin im Fokus, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Notfallbehandlung Schadenersatz von der sie versorgenden Klinik beanspruchte.

Die Klägerin war abends in ihrem Wohnzimmer kollabiert und wurde sodann mittels Rettungswagen in das Krankenhaus der Beklagten verbracht. Dort traf sie um 18:49 Uhr ein.

Die Ärzte der Beklagten veranlassten um 19:26 Uhr eine CT-Untersuchung. Diese wurde allerdings nicht von den Ärzten vor Ort befundet. Das Krankenhaus, eben ein kleineres Krankenhaus, hatte die CT-Untersuchung telemedizinisch an die Ärzte des größeren Zentralklinikum übersendet. Dort wurden die Befunde ausgewertet und auch die dazugehörige Diagnose gestellt. Nachdem keine Besserung eintrat, wandte sich der Arzt der Beklagten erneut an das Zentralklinikum und bat um eine Neubefundung (CT-Angiografie).

Die Diagnose teilten die Ärzte des Zentralklinikum den Ärzten des Krankenhauses letztlich um 21:45 Uhr mit. Danach hatte die Klägerin einen akuten ischämischen Mediainfarkt rechts erlitten.

Eine weitere Stunde später wurde die Klägerin mit dem Rettungswagen in ein anderes Klinikum verlegt. Ein zuvor alarmierter Rettungshubschrauber hatte mitgeteilt, wegen schlechten Wetters nicht starten zu können.

Die Klägerin, die einen schweren Schlaganfall erlitten hatte und nunmehr schwerbehindert ist, verlangte von der beklagten Klinik Schadenersatz. Zu den zentralen Argumenten, die die Klägerin



Justitia-Statuette –
Göttin der Gerechtigkeit

Foto: © Bits and Spills - stock.adobe.com

hierfür vortrug, gehörte insbesondere, dass die CT-Angiografie im Hinblick auf eine möglicherweise frische, mittels CT nicht ausschließbare Ischämie nicht rechtzeitig durchgeführt worden sei. Zum anderen sei die Versorgung der Klägerin in ein Krankenhaus mit Vollversorgung schuldhaft verzögert worden. Bei rechtzeitiger Diagnostik und mechanischer Rekanalisation hätte der schwere Schlaganfall mit bleibender Behinderung mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % verhindert werden können.

Die Beklagte hingegen berief sich u.a. darauf, die Behandlung der Klägerin lege artis durchgeführt zu haben, insbesondere seien – entsprechend dem Standard des Tesauro – Telemedizin – Netzwerks – die Ärzte des Zentralklinikum zeitgerecht in die Diagnostik eingebunden worden.

Die Kammer des Landgerichtes hat Beweis erhoben durch Einholung eines interner Sachverständigengutachtens, der ebenfalls in einem telemedizinischen Netzwerk tätig ist, welches zu dem bei der Beklagten etablierten System vergleichbar ist. Unter Einbeziehung der sachverständigen Ausführungen hat das Gericht der Klägerin einen Schadensersatzanspruch zuerkannt.

Die Abläufe zwischen den Beteiligten Kliniken seien offenbar nicht klar geregelt worden. Dies stelle ein Organisationsversäumnis dar, dass beide beteiligten Krankenhäuser zu verantworten haben. Insoweit sei die CT-Angiografie um mindestens 80 Minuten verzögert worden. Darüber hinaus sei schon allein der Ablauf zwischen Ablauf der ersten orientierenden

Untersuchung (gegen 19:15 Uhr) und Indikationsstellung für die CT-Angiografie grob fehlerhaft. Die Nebenintervenientin (also das telemedizinisch hinzugezogene Krankenhaus bzw. deren Ärzte) hätte die Zeit zwischen erster Kontaktaufnahme seitens der Beklagten um 19:43 Uhr und 20:05 Uhr nicht verstreichen lassen dürfen, bevor sie die angeforderte Auswertung der radiologischen Befunde übernimmt. Dieses Verschulden habe sich die beklagte Klinik unter vertraglichen Gesichtspunkten zurechnen zu lassen. In eigener Verantwortung der Beklagten liege auch eine Verzögerung von mindestens 30 Minuten, die sie bis zum Beginn der CT-Angiografie habe verstreichen lassen. Denn immerhin sei von der Nebenintervenientin schon um 20:15 Uhr eine CT-Angiografie für notwendig erachtet worden und dies der Beklagten mitgeteilt worden.

Im Verantwortungsbereich beider beteiligter „Funktionseinheiten“ hätte zudem gestanden, nicht nur einen Radiologen hinzuzuziehen, sondern auch einen Neurologen fünfzehn Minuten nach Aufnahme der Klägerin.

Konkret hat das Landgericht in den Entscheidungsgründen ausgeführt:

„Die Schlaganfallbehandlung ist für alle Beteiligten komplex. Wenn man als kleines Krankenhaus Schlaganfallpatienten versorgt, ist eine engmaschigste Vernetzung erforderlich. Erforderlich sind detaillierte Regelungen, wer für was zuständig ist. Diese können beispielsweise in einer SOP /Standard-Operating-Procedure) niedergelegt werden. Durch die – hier im Wesentlichen allein erfolgte – bloße

Verständigung der Beteiligten, im Rahmen einer telemedizinischen Schlaganfallversorgung leitlinienkonform behandeln zu wollen, kommen die Beteiligten nicht in hinreichendem Maße ihrer Absprache – und Koordinationsverpflichtung nach (vgl. zu dieser Spickhoff/Knauer/Brose Medizinrecht 3. Aufl. § 222 StGB Rn. 48), um sicherzustellen, dass die gebotenen Diagnose- und Behandlungsschritte im Falle der notfallmäßigen Versorgung eines Schlaganfallpatienten mit der gebotenen Schnelligkeit erfolgt (...)“

Fazit

Die Bundesärztekammer formuliert, dass „telemedizinische Patientenversorgung und andere eHealth-Methoden (..) einen wesentlichen Beitrag zu wichtigen Problemen unseres Gesundheitswesens wie einer älter werdenden Gesellschaft und des zunehmenden Ärztemangels besonders in ländlichen Gebieten darstellen (können).“

Dem ist im Grunde nichts entgegenzusetzen.

Sicherlich ist es auch so, dass die telemedizinische Versorgung als Chance gesehen werden kann, die Expertise eines Facharztes nicht nur unabhängig vom Ort der eigentlichen Versorgung des Patienten zu machen, sondern diesen zugleich zügiger in die Behandlung/Versorgung des Patienten*In einbinden zu können.

Die gebotenen Diagnose- und Behandlungsschritte müssen aber natürlich, insbesondere im Fall einer notfallmäßigen Versorgung, sichergestellt sein. Mit der engmaschigen Vernetzung allein ist die facharztgerechte Versorgung allein nicht sichergestellt. Klare Absprachen in Koordination und Organisation bleiben unausweichlich und sind im Vorfeld zu treffen.

AUTORIN

Caterina Krüger
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht



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