

Versäumte Befunderhebung: Folgen für die Beweislast

Neben der Anamneseerhebung obliegt Ärzten eine klinische Untersuchung des Patienten. Ein Befunderhebungsfehler liegt vor, wenn medizinisch gebotene Untersuchungen vorwerfbar unterlassen wurden. Dies kann zur Umkehr der Beweislast führen.

von Lothar Jaeger und Beate Weber

In den Jahren 2007 bis 2013 bestätigte die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein in 3.125 Fällen den Vorwurf eines Behandlungsfehlers. Bei der Hälfte dieser Behandlungsfehler waren erforderliche Befunde behandlungsfehlerhaft nicht erhoben worden (siehe auch den Artikel „Verkennen eines Hämatothorax“ im Rheinischen Ärzteblatt 7/2013, Seiten 23-24).

Bezogen auf alle 10.166 Begutachtungen dieses Zeitraums (Tabelle 1) fehlte es am häufigsten an der diagnostischen Bildgebung (7,3 Prozent) sowie an klinischen (6,6 Prozent) und Labor-Untersuchungen (2,6 Prozent). Dabei wurde in 14,3 Prozent aller Verfahren eine allgemeine, in 1,3 Prozent eine präoperative, in 1,9 Prozent eine intraoperative, in 3,4 Prozent eine postoperative und in 0,05 Prozent eine postinterventionelle Diagnostik unterlassen.

Befunderhebungsfehler im Sinne einer Unterlassung elementarer Untersuchungen wurden in 2,8 Prozent (n=280) festgestellt. Dabei traten Befunderhebungsfehler in den vergangenen Jahren zunehmend häufiger zu Tage (Tabelle 2); seit 2010 stieg der Anteil der festgestellten Befunderhebungsfehler sprunghaft auf zuletzt 5,2 Prozent der geführten Verfahren an. Mit Ausnahme des Jahres 2012 mit einer überproportional hohen Anzahl grober Behandlungsfehler wurden weniger als einem von 100 nordrheinischen Patienten Beweiserleichterungen aufgrund eines Befunderhebungsfehlers zugestanden.

Bei 53 der 84 Patienten wurde schon die unterlassene Befunderhebung selbst als schwerer Behandlungsfehler gewertet. In den übrigen 31 Verfahren wurde eine Beweislasterleichterung zuerkannt, weil sich bei

sachgerechter Befunderhebung ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte, bei dem die Verknennung des Befundes und/oder die Nichtreaktion auf diesen Befund ein schwerwiegender Fehler gewesen wäre.

Aufgrund des Befunderhebungsfehlers mussten die in Anspruch genommenen Ärzte für 16 leichte bis mittlere und vier schwere temporäre Schäden haften, weiterhin für 40 leichte bis mittlere und sechs schwere Dauerschäden. In zwölf Fällen war der Befunderhebungsfehler kausal für den Tod des Patienten. In sechs Verfahren konnte trotz der Beweislasterleichterung kein kausaler Gesundheitsschaden festgestellt werden.

I. Rechtliche Grundlagen

Diagnosefehler

Weil gesundheitliche Beschwerden vielfältige Ursachen haben können, die sich gerade zu Beginn einer Erkrankung individuell ausgeprägt zeigen oder untypisch hervortreten können, wird dem Arzt nach der Rechtsprechung bei der Diagnostik zugestanden, dass er unter bestimmten Voraussetzungen irren darf, ohne dass ihm der Diagnosefehler als Behandlungsfehler vorzuwerfen ist (vgl. Köbberling, *Diagnoseirrtum, Diagnosefehler, Befunderhebungsfehler*, 2013, S. 44 ff., S. 48). In der Regel fehlt es am Verschulden des Arztes.

Tabelle 1

Fehlende Befunderhebung in den unter Feststellung eines Behandlungsfehlers abgeschlossenen Begutachtungen der Gutachterkommission der Jahre 2007 bis 2013

Zeitraum 1.1.2007-31.12.2013	n	Anteil in % v. 10.166
Gesamtzahl der Begutachtungen	10.166	100,0
Unter Feststellung eines Behandlungsfehlers abgeschlossene Verfahren	3.125	30,7
1. davon mit unterlassener Befunderhebung	1.585	15,6
2. Sogenannte „Befunderhebungsfehler“ mit Beweiserleichterungen (BE)	280	2,8
	84	0,8
Fehlende Befunderhebung in allen Verfahren im Einzelnen (Mehrfachnennung, max. 4 Fehler/Verfahren)	2.116	in % v. 10.166
Bildgebung	740	7,3
Untersuchung	666	6,6
Labor	261	2,6
Konsil	146	1,4
Biopsie	86	0,8
Anamnese	69	0,7
Spiegelung (Broncho-, Gastro-, Kolo- und Zystoskopie)	47	0,5
Abstrich	37	0,4
Andere	64	0,6

- Bei der Beurteilung gilt es zu prüfen,
- ob eine aus objektiver ärztlicher Sicht *vertretbare* Fehlinterpretation vorliegt, oder
 - ob Fehler bei der diagnostischen Untersuchung oder eine Nichterhebung von (Kontroll)-Befunden zu einer *vorwerfbaren* Fehlinterpretation geführt haben, was in der Regel als einfacher Behandlungsfehler bewertet wird.

Auch die nicht zeitgerechte Überprüfung der (ersten) Arbeitsdiagnose bei Nichtansprechen der Therapie oder das Auftreten von Krankheitssymptomen, die für die diagnostizierte Erkrankung untypisch sind, gehören in diese Kategorie.

Die Beweislast dafür, dass ein vorwerfbarer Diagnosefehler vorliegt und der Fehler für den beklagten Gesundheitsschaden ursächlich war, liegt grundsätzlich beim Patienten.

Wird aber die Erkrankung in unvertreterbarer Weise gedeutet, weil elementare Untersuchungen nicht durchgeführt oder veranlasst wurden, und liegt damit ein aus ärztlicher Sicht „unverständliches“ diagnostisches Vorgehen vor, führt der deshalb festzustellende schwerwiegende Behandlungsfehler – das Gesetz spricht von einem groben Behandlungsfehler, vgl. § 630b Abs. 5 BGB – zur Umkehr der Beweislast zu Lasten des Arztes. Das bedeutet, dass der Arzt nunmehr zu beweisen hat, dass der Ursachenzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und dem fehlerhaften Vorgehen äußerst unwahrscheinlich ist, was in vielen Fällen nicht gelingt.

- Ein Diagnosefehler kann also liegen
- in der Verknennung oder unzureichenden Auswertung von Krankheitssymptomen,
 - in der ungenügenden Überprüfung von Verdachtsdiagnosen oder
 - in Verstößen gegen die Pflicht zur Erhebung gebotener Befunde.

Ob der Behandlungsfehler zur Haftung des Arztes führt, richtet sich danach, ob den Arzt ein Verschulden oder gar ein schwerwiegendes Versäumnis trifft.

Befunderhebungsfehler

Neben der Anamneseerhebung obliegt dem Arzt eine klinische Untersuchung des Patienten. Je nach Befund und Differentialdiagnose schließt daran eine apparative Befunderhebung an, beispielsweise eine Labordiagnostik, eine diagnostische Bildgebung, eine Konsiliaruntersuchung und

Ähnliches mehr. Die wichtigsten Daten und Befunde sind zum Zwecke der Therapiesicherung und Erfüllung der Rechenschaftspflicht gegenüber dem Patienten zu dokumentieren (§ 630f Abs.1 und § 630b Abs.3 BGB). Unterbleibt diese Dokumentation, so kann dies zu Lasten des Arztes zu der Annahme führen, dass diese ärztliche Maßnahme unterblieben oder nicht fachgerecht erfolgt ist (siehe auch den Artikel „Folgen ärztlicher Dokumentationsmängel“ im Rheinischen Ärzteblatt 3/2013, Seiten 25–28). Ein Befunderhebungsfehler liegt vor, wenn medizinisch gebotene Untersuchungen vorwerfbar unterlassen wurden.

Folgen für die Haftung (Beweislastumkehr) ergeben sich dann, wenn die Unterlassung der Befunderhebung selbst bereits als schwerwiegender Fehler zu bewerten ist oder wenn der zu erwartende Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50 Prozent) ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn in der Nichterkennung und/oder im Unterlassen dieser Maßnahmen („Nichtreaktion“) ein schwerer Fehler zu sehen wäre. Der Fehler muss allerdings generell geeignet sein, den eingetretenen Gesundheitsschaden her-

beizuführen (§ 630b Abs. 5 BGB). Auch eine unterlassene Sicherungsaufklärung über eine gebotene (dringende) Befunderhebung kann zur Beweislastumkehr führen. Die bisher sogenannte Sicherungsaufklärung fällt unter die in § 630c Abs. 2 BGB genannten Informationspflichten. Wird eine Informationspflicht verletzt, ist zu fragen, ob der Patient bei entsprechender Information die gebotenen Befunde (oder weitergehende Diagnostik) hätte erheben lassen und welches Ergebnis die Befunderhebung gehabt hätte.

II. Fallbeispiele

1. Einfacher Diagnosefehler

Ein einfacher Diagnosefehler wurde beispielsweise festgestellt, weil nach einem Sturz auf die Hand mit Druckschmerz über dem Processus styloideus radii eine sich auf den Röntgenbildern darstellende Radiusfraktur nicht gesehen wurde, mit der Folge einer unzureichenden Behandlung (Salben- statt ruhigstellender Gipsverband). Der Schaden bestand in der Verzögerung der Therapie und vermehrten Beschwerden der erst nach drei Monaten andernorts entdeckten Fraktur.

Tabelle 2

Anteil der Befunderhebungsfehler mit Folgen für die Beweislast an den abgeschlossenen Begutachtungen der Jahre 2007 bis 2013

1.1.2007-31.12.2013	n	Befunderhebungsfehler		
		n (in % v. n)	mit BE* (in% v. n)	
				davon bei BF = „grob“
Begutachtungen	10.166	280 (2,8%)	84 (0,8%)	53 (0,5%)
2007	1.370	17 (1,2%)	8 (0,6%)	8 (0,6%)
2008	1.312	14 (1,1%)	5 (0,4%)	5 (0,4%)
2009	1.442	28 (1,9%)	11 (0,8%)	9 (0,6%)
2010	1.478	28 (1,9%)	11 (0,7%)	5 (0,3%)
2011	1.436	38 (2,6%)	12 (0,8%)	5 (0,3%)
2012	1.441	67 (4,6%)	21 (1,5%)	14 (1,0%)
2013	1.687	88 (5,2%)	16 (0,9%)	7 (0,4%)

* BE= Beweiserleichterungen

2. Schwerwiegender Diagnosefehler

- Im Aufnahme-EKG der Notaufnahme wurde von einem Arzt der kardiologischen Abteilung unverständlicherweise ein frischer Herzinfarkt im Frühstadium verkannt und dadurch die invasive Diagnostik und Therapie um acht Stunden verzögert. Dies führte zu einer stärkeren Herzmuskelschädigung.
- Die im präoperativen Röntgenbild vor einer Hüftendoprothese bei nur geringer Coxarthrose eindeutig dargestellten hochgradigen Osteolysen im Schambein als Metastasen eines vorbekanntem Prostatakarzinoms wurden unverständlicherweise – das heißt grob fehlerhaft – nicht erkannt. Der Fehler führte zu einem unnötigen, komplikationsreichen endoprothetischen Eingriff sowie zu einer Therapieverzögerung um sechs Monate mit Beschwerden.

3. Einfacher Befunderhebungsfehler

Nach einem Motorradunfall unterblieb trotz Schmerzen am linken Knie eine Röntgenaufnahme, weshalb eine laterale Tibiakopfimplicationsfraktur um zehn Tage verspätet erkannt und nicht rechtzeitig operativ behandelt wurde.

4. Schwerwiegender Befunderhebungsfehler

- Nach indizierter Osteosynthese einer Unterschenkeltrümmerfraktur trat ein arterieller Gefäßverschluss auf, der trotz Hinweises des Pflegepersonals nachts nicht ärztlich untersucht worden ist. Dies war eine grob fehlerhafte Unterlassung einer dringend gebotenen Befunderhebung.

Da die Operation am nächsten Morgen die Blutversorgung nicht mehr sichern konnte, war die erforderliche Amputation den Unfallchirurgen anzulasten.

- Bei dem Patienten, der sich mit seit dreieinhalb Stunden bestehenden, durch Analgetika nicht gebesserten akuten thorakalen Beschwerden mit Ausstrahlung in den linken Arm in der chirurgischen Notfallambulanz vorstellte, in der zwei Wochen zuvor ein BWK 4/5-Abszess mit Sepsis behandelt worden war, war es grob fehlerhaft, keine Diagnostik zum Ausschluss eines Herzinfarktes eingeleitet und den Patienten über Nacht nur mit einem Analgetikotropf versehen und nach der Oberarztvisite am nächsten Morgen entlassen zu haben. Der schwere Herzmuskelschaden durch den beim Hausarzt festgestellten Herzinfarkt ging zu Lasten der Ärzte, die bei Beweislastumkehr zu beweisen haben, dass der Verlauf bei sachgerechtem Vorgehen nicht anders gewesen wäre.

5. Befunderhebungsfehler mit schwerwiegend fehlerhafter Nichtreaktion

- Bei der Aufnahme mit klinischem Hinweis auf ein Kompartmentsyndrom mit massiver Unterschenkelanschwellung wurde eine Kompartmentsdruckmessung fehlerhaft – auch bei expliziter Nachfrage durch die Intensivärzte – unterlassen. Sie hätte mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einen Befund ergeben, der eine sofortige Fasziotomie

erfordert hätte. Diese wurde schwerwiegend fehlerhaft erst drei Tage später durchgeführt, als das Bein schon nicht mehr zu retten war. Der Beinverlust im Hüftgelenk war daher dem Fehlverhalten der Ärzte zuzuschreiben.

- Nach einem transfemorale Aortenklappenersatz und einer Herzschrittmacherimplantation wurde es trotz eines postinterventionellen Hb-Abfalls um 3 g/dl auf 6 g/dl unter Kalium- und Laktatanstieg fehlerhaft unterlassen, die Blutungsquelle echokardiographisch und sonographisch auszumachen, sodass eine Herzbeutelamponade zu spät erkannt wurde und die Patientin an den Folgen am gleichen Abend verstarb.

6. Verletzung der Informationspflicht über weitere Befunderhebung

Die bei Vorsorgeuntersuchungen festgestellten pathologischen und jährlich steigenden PSA-Werte (2009: 7,95 ng/ml, 2010: 10,8 ng/ml, 2011: 20,4 ng/ml) wurden dem Patienten durch den Hausarzt grob fehlerhaft erst im Jahr 2011 mitgeteilt und dann erst eine weitergehende Diagnostik veranlasst. Die nach der radikalen Prostataktomie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms aufgetretene zweitgradige Harninkontinenz und die erektile Dysfunktion gehen zu Lasten des Arztes.

Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a. D. **Lothar Jaeger** ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. **Dr. med. Beate Weber** arbeitet in der Geschäftsstelle der nordrheinischen Gutachterkommission.

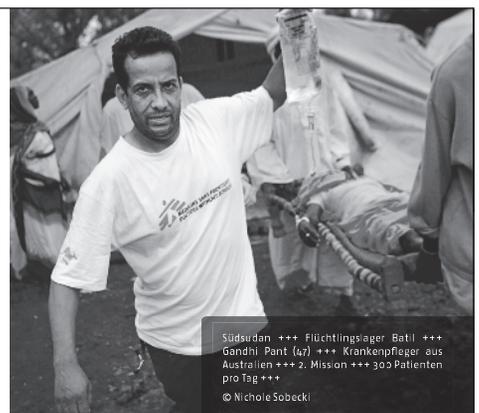
WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN. HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell und effektiv handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig: Werden Sie Dauerspender.

www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende
Spendenkonto • Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00 • BIC: BFSWDE33XXX



Träger des Friedensnobelpreises



Südsudan +++ Flüchtlingslager BatI +++
Gandhi Pant (47) +++ Krankenpfleger aus
Australien +++ 2. Mission +++ 305 Patienten
pro Tag +++
© Nichole Sobocki