

Fehlende Sicherungsaufklärung ist ein Behandlungsfehler

Ärztinnen und Ärzte haben eine Informationspflicht sowie die Pflicht, die Aufklärung des Patienten zu dokumentieren.

von Dieter Friedburg und Lothar Jaeger

In den beiden vergangenen Jahren hat sich die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein mit den Anträgen zweier Patienten befasst, die ihrem jeweiligen Arzt für Augenheilkunde Behandlungs- und Aufklärungsfehler bei der Behandlung eines Glaukoms vorwarfen. Die Ärzte seien ihrer Pflicht zur Information ihrer Patienten nicht oder nur unzureichend nachgekommen, weil sie nicht eindringlich auf gebotene Kontrolluntersuchungen hingewiesen hätten. Insbesondere hätten sie nicht deutlich gemacht, dass erhebliche Gesundheitsgefahren drohen, wenn die Kontrollen nicht oder nicht rechtzeitig erfolgen. Jedenfalls, so die Vorwürfe der Patienten, hätten die Ärzte die Information unzureichend dokumentiert.

Verletzung der Informationspflicht ist Behandlungsfehler

Vorab muss klargestellt werden, dass ein Arzt, der die ihm obliegenden Informationspflichten verletzt, einen Behandlungsfehler begeht. Die Rechtsprechung, aber auch maßgebliche Stimmen der juristischen Literatur, sind inzwischen dazu übergegangen, eine Verletzung der Informationspflichten auch so zu bezeichnen. Die bis zum Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Frühjahr 2013 übliche Bezeichnung der Verletzung einer Pflicht zur „Sicherungsaufklärung“ soll nun nicht mehr verwendet werden, weil es sich bei der Sicherungsaufklärung um die Information des Patienten und nicht um eine Risikoaufklärung oder um eine therapeutische Aufklärung handelt. Die Bezeichnung der Verletzung einer Informationspflicht als Verletzung der Sicherungsaufklärung könnte zu der Annahme

verleiten, die Pflichtverletzung sei ein Aufklärungsfehler und der Arzt müsse darlegen und beweisen, dass er die ihm obliegende Aufklärungspflicht erfüllt habe. Eine Verletzung der ärztlichen Pflicht zur Sicherungsaufklärung oder besser, eine Verletzung der ärztlichen Pflicht zur Information des Patienten, stellt jedoch keinen Aufklärungsfehler, sondern einen Behandlungsfehler dar, den der Patient darlegen und beweisen muss.

Information des Patienten dokumentieren

Ein weiteres juristisches Problem ist in diesem Zusammenhang, ob und in welchem Umfang der Arzt die Erfüllung der ihm obliegenden Informationspflicht dokumentieren muss. Hierauf geben die §§ 630 a-b BGB die Antwort. In § 630f Abs. 2, S. 1 BGB heißt es:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, [...] sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.“

Der Gesetzgeber suggeriert mit dieser Regelung, dass diese Norm Ärztinnen und Ärzte nur verpflichte, medizinische Vorgänge zu dokumentieren, und dass die Dokumentationspflicht keine Beweisregelung sei. Genau das ist falsch. Indem der § 630f BGB auch vorschreibt, dass Einwilligungen und Aufklärungen dokumentiert werden müssen, verlässt das Gesetz diese Vorgabe, denn Einwilligungen und Aufklärungen sind keine „aus fachlicher Sicht für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen“, weil sie medizinisch bedeutungslos sind.

Bei den eingangs erwähnten Anträgen kam die Gutachterkommission nur im zweiten der beiden nachfolgend vorgestellten Fälle zu dem Schluss, dass ein Behandlungsfehler des Augenarztes vorlag.

■ Fall 1:

Bei der Erstuntersuchung des Antragstellers im Jahr 1999 war durch die behandelnde Augenärztin eine Aushöhlung der Sehnerven aufgefallen. Bei Untersuchungen in den Jahren 2002 und 2004 aus anderen Gründen wurde der Antragsteller zur Messung des Augeninnendrucks einbestellt, folgte der Empfehlung aber nicht. Anfang 2005 wurde ihm ohne Erfolg eine Wiedervorstellung zur Perimetrie dringend empfohlen. Dokumentiert ist: „Aufklärung über Papillenbefund, Abklärung nötig, wie 1999 erklärt, Wiedervorstellung für GF (Gesichtsfelduntersuchung, Anm. d. Autoren) dringend nötig.“

In einer Universitäts-Augenklinik, die der Antragsteller aus anderen Gründen aufgesucht hatte, war 2007 die Sehnervaus- höhlung ebenfalls aufgefallen und es wurde der Verdacht auf ein Niederdruckglaukom geäußert. Die belastete Augenärztin empfahl deshalb eine allgemeinmedizinische Abklärung und gab dem Antragsteller einen entsprechenden Brief an den Hausarzt mit. Die empfohlene Untersuchung fand erst nach etwa einem Jahr statt und wurde nur teilweise durchgeführt. In der Folgezeit nahm der Antragsteller immer wieder Kontrolltermine nicht wahr.

Im April 2008 empfahl die Augenärztin dem Antragsteller erneut eine Gesichtsfelduntersuchung und klärte ihn über die dringend notwendige Glaukomuntersuchung auf, um fortschreitende Schäden an Sehnerv und Gesichtsfeld zu vermeiden. Sie mahnte erneut eine Vorstellung beim Internisten an. Der Antragsteller vereinbarte keine Kontrolltermine. Anfang 2009 empfahl die Augenärztin wiederum ohne Erfolg eine Augeninnendruckkontrolle in vier Monaten. Im September 2010 klärte sie den Antragsteller über eine notwendige regelmäßige augenärztliche Kontrolle auf und empfahl eine Vorstellung in der Universitäts-Augenklinik. Die Diagnose lautete: Verdacht auf Low-Tension-Glaukom. Mitte 2013, der Antragsteller hatte sich zwischenzeitlich nicht untersuchen lassen, mahnte die Augenärztin kurzfristig eine dringend notwendige Gesichtsfelduntersuchung an.

■ Beurteilung durch die Gutachterkommission:

Bei diesem Behandlungsablauf kam die Gutachterkommission zu dem folgenden Ergebnis: Bis zum Jahr 2007 sei eine Glaukom-Therapie nicht indiziert gewesen, da ein Glaukom nicht nachgewiesen worden sei, so die Gutachterkommission. Danach sei an ein Niederdruckglaukom gedacht worden, der Nachweis sei aber nicht möglich gewesen, weil der Antragsteller sich den dringend empfohlenen Kontrollen konsequent entzogen habe. Der Augenärztin könne deshalb kein Behandlungsfehler vorgeworfen werden, schlussfolgerte die Gutachterkommission. Es sei ihr unmöglich gewesen, die Verdachtsdiagnose durch weitere Untersuchungen zu erhärten. Hierzu gehörten allgemeinmedizinische Befunde (Blutdruckmessung, Doppelsonographie der Halsgefäße) über 24 Stunden sowie augenärztliche Befunde (Gesichtsfeldkontrollen, Sehnerv-Kontrollen, Tages-Druck-Profil, gegebenenfalls auch Nachtmessungen des Augeninnendrucks) und je nach Ergebnis dieser Untersuchungen weiterführende Untersuchungen. Sie seien die Voraussetzung für eine Therapie gewesen, die nicht habe vorgeschlagen oder durchgeführt werden können. Eine „vorsorgliche“ Behandlung bei ungesichertem Verdacht auf ein Niederdruckglaukom sei nicht zulässig.

Die Dokumentation der Augenärztin sei nicht zu bemängeln. Der Diskrepanz zwischen dem Vortrag des Antragstellers und der Dokumentation der Ärztin konnte die Gutachterkommission nicht nachgehen, weil sie nach dem Statut nicht wie ein Gericht Zeugen vernehmen kann. Die Dokumentation genieße zudem Vertrauensschutz und könne deshalb zur Grundlage der Beurteilung durch die Gutachterkommission gemacht werden. Es sei davon auszugehen, dass die Aufklärung des Antragstellers mehrfach erfolgte, und dass Empfehlungen der für die Verifikation der Diagnose so wichtigen Untersuchungen ordnungsgemäß gegeben worden seien.

■ Fall 2:

Die 43 Jahre alte Antragstellerin warf einem Augenarzt vor, sie mit Corticosteroid-Augentropfen ohne Hinweis auf die Notwendigkeit einer zeitnahen Kontrolle des Augeninnendrucks therapiert zu haben. Dadurch sei ein Steroid-Glaukom nicht rechtzeitig erkannt worden. Der belastete Augenarzt hatte der Antragstellerin viermal

das Augengel Predni Opthal® (5 ml) verordnet, und zwar im April und August 2012 sowie im Januar und April 2013. Erst als sie wegen starker Kopfschmerzen im Mai 2013 in einer Neurologischen Universitäts-Klinik behandelt worden sei, habe man durch die hinzugezogenen Ärzte der Augenklinik den hohen Augeninnendruck von 60 mmHg festgestellt. Der hierdurch entstandene Sehnervenschaden habe zu Gesichtsfeldausfällen geführt.

Gutachtlich wurde beanstandet, dass nach der Behandlung mit Corticosteroid-Augentropfen der Augeninnendruck und die Sehnervenköpfe nicht zeitnah kontrolliert worden seien. Mangels entsprechender Dokumentation sei gemäß § 630b Abs. 3 BGB zu vermuten, dass der Augenarzt den Augeninnendruck und die Sehnervenköpfe nicht zeitnah kontrolliert habe. Darin sah der Gutachter einen Befunderhebungsfehler, der zu dem von der Antragstellerin beklagten Gesundheitsschaden geführt habe.

Dagegen wandte sich der Augenarzt und schilderte den Ablauf der Behandlung unter Hinweis auf in der Dokumentation tatsächlich niedergelegte Kürzel abweichend von den Feststellungen des Gutachters. Er habe die Antragstellerin über die Wichtigkeit der Kontrolle zur Feststellung einer möglichen Erhöhung des Augeninnendrucks aufgeklärt und dies jeweils sinngemäß mit „Ko(ntrolle) 2 Wo(chen), Cortis“ dokumentiert. Die Antragstellerin habe jedoch keinen der Kontrolltermine wahrgenommen. Zwei Monate nach der ersten Verordnung hätte anlässlich einer Untersuchung wegen eines trockenen Auges die Druckmessung normale Augeninnendruckwerte ergeben. Weitere zwei Monate später seien vor der erneuten Verordnung von Steroid-Augengel normale Befunde an den Sehnervenköpfen erhoben worden. Weil die verordnete geringe Menge von jeweils 5 ml nach 10 bis 14 Tagen aufgebraucht sei, habe er keine Dauertherapie und bei den späteren Untersuchungen keine Druckmessung durchgeführt und auch die Sehnervenköpfe nicht untersucht.

■ Beurteilung durch die Gutachterkommission:

Die Gutachterkommission kam abschließend zu dem Ergebnis, nach dieser aus der Dokumentation nachvollziehbaren Schilderung könne dem belasteten Arzt kein Befunderhebungsfehler vorge-

worfen werden. Allerdings sei zu beanstanden, dass bei der lokalen Steroid-Therapie die zeitnahe Kontrolle des Augeninnendrucks und auch der Sehnervenköpfe nicht erfolgt sei. Das habe zu Schäden an den Sehnerven mit Gesichtsfeldausfällen geführt. Hierbei handelt es sich nicht um eine IGeL-Leistung, die dem Patienten angetragen wird, sondern um eine vom Arzt im Rahmen der Therapie zu erbringende Kassenleistung.

Die unterbliebenen Kontrollen seien auf eine unzureichende Information der Antragstellerin zurückzuführen, was dem Arzt als Behandlungsfehler vorzuwerfen ist. Der Augenarzt habe die in § 630c Abs. 2, S. 1 BGB geregelte Informationspflicht, die auch vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes bestanden habe, nicht vollständig erfüllt. Er hätte die Antragstellerin nach jeder der vier Behandlungen nicht nur wie dokumentiert auf die Notwendigkeit der Wiedervorstellung nach Beendigung der Steroid-Therapie hinweisen müssen. Dieser Hinweis hätte wegen der möglichen Folgen der Therapie zusätzlich als dringend bezeichnet und dieser zusätzliche Hinweis hätte als wesentliche Maßnahme der Behandlung ebenfalls dokumentiert werden müssen. Daran fehle es, weil ein Hinweis auf die Bedeutung der Wiedervorstellung nach zwei Wochen nicht dokumentiert sei.

Selbst wenn der Augenarzt bei der ersten Verordnung auf die Dringlichkeit und die Bedeutung der Kontrolle hingewiesen haben sollte, ohne dies zu dokumentieren, hätte er die Antragstellerin beim nächsten Termin zur Rede stellen müssen und zusätzlich mit allem Nachdruck auf die Notwendigkeit der zeitgerechten Untersuchung nunmehr zwei Wochen nach der wiederholten Verordnung der Steroide hinweisen müssen. Auch dieser Hinweis hätte dokumentiert werden müssen, um eine weitere gesundheitliche Gefährdung der Antragstellerin durch Versäumnis des zweiten Kontrolltermins unbedingt zu vermeiden. Ein solcher Hinweis unter Mitteilung der möglichen gesundheitlichen Konsequenzen sei aber bei den Folgeterminen nicht gegeben worden.

Infolge der nicht rechtzeitigen Erkennung des Steroid-Glaukoms sei es zu Schäden an beiden Sehnervenköpfen mit Gesichtsfeldausfällen gekommen und die spätere Behandlung in der neurologischen Klinik (wegen Kopfschmerzen bei nicht erkanntem hohen Augeninnendruck) sei

kausal auf das nicht rechtzeitige Erkennen des Steroid-Glaukoms zurückzuführen.

Schwerwiegender Behandlungsfehler

Die Gutachterkommission hat in der unzureichenden Patienteninformation einen groben Behandlungsfehler gesehen, weil es schlechterdings unverständlich sei, dass der Augenarzt die Antragstellerin bei den weiteren Behandlungsterminen nicht ernsthaft und mit allem Nachdruck ermahnt habe, nach nunmehr zwei Wochen den Kontrolltermin wegen eines möglichen ernsthaften gesundheitlichen Schadens wahrzunehmen. Ein so schwerwiegender Fehler dürfe einem Arzt, der um das Risiko der Behandlung wisse, nicht unterlaufen. Nachdem die Antragstellerin

auch den zweiten Kontrolltermin ver säumt hatte, habe der Augenarzt die Steroid-Therapie zudem nicht ohne Weiteres fortsetzen dürfen.

Insoweit unterscheidet sich dieser vom zuerst geschilderten Fall, denn zum einen war die Verordnung des Medikaments durch die Augenärztin nicht die Ursache für den später eingetretenen Schaden. Zum anderen führte sie nach ihrer Information dem Patienten eindrücklich die Gefahren einer unterlassenen Kontrolluntersuchung vor Augen.

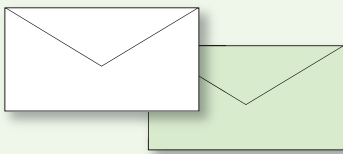
Fazit:

Die beiden Fälle zeigen, dass jeder Arzt die ihm obliegenden Informationspflichten sehr ernst nehmen sollte. Auch die

Dokumentationspflicht ist gewissenhaft zu erfüllen. Zwar kann jeder Patient selbst entscheiden, ob er Ratschläge und Informationen des Arztes befolgen will; der Arzt hat keinen Anspruch auf einen „vernünftigen“ Patienten. Er ist aber – außer in dringenden Notfällen – nicht verpflichtet, einen zur Compliance nicht bereiten Patienten (weiter) zu behandeln und sich dadurch dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers auszusetzen.

Professor Dr. med. Dieter Friedburg ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, der Vorsitzende Richter am Oberlandesgericht a. D., **Lothar Jaeger**, ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein.

Leserbrief



Zum Artikel „Folgen einer Elektrolytstörung“ im Rheinischen Ärzteblatt, September 2016, Seiten 23 – 25 erreichte die Redaktion die folgende Leserzuschrift:

Der „Running Gag“ der Labormedizin

Ich finde es sehr gut, dass ein echtes Basis-Thema wie die Elektrolytstörung hier abgehandelt wird. Ich würde gerne noch zwei Dinge hervorheben:

1. In der Erklärungsbox zu falsch erhöhten Kaliumwerten steht: „Das Blut wurde vor der Zentrifugation zu lange stehen gelassen und hat sich bereits zu stark zersetzt.“ Das ist im Grunde natürlich richtig, es geht aber nicht um einen Zersetzungsprozess. Die Kaliumkonzentration in den Erythrozyten wird aktiv und durch Verbrauch von Energie aufrechterhalten. Wenn der Stoffwechsel zum Erliegen kommt, tritt das Kalium ins Serum aus. Kühlung

beschleunigt diesen Prozess noch.

Der Effekt tritt innerhalb von Stunden ein.

2. Es wird immer darauf hingewiesen, dass die Präanalytik eine typische Ursache von falsch hohen Kaliumwerten sein kann. Normalwerte werden aus psychologischen Gründen meist nicht hinterfragt, sie sind ja normal. Aber die Präanalytik kann natürlich ebenso auch Ursache von falsch normalen Kaliumwerten sein, die in vivo eben vermindert sind. Eine gute Präanalytik ist leider durch nichts zu ersetzen.

Vor einigen Jahren hat sich meine Frau einen neuen Hausarzt gesucht und wurde dort als neue Patientin ordentlich untersucht, anamnestiziert und es wurde ein Routinelabor abgenommen. Zwei Tage später erhielt sie einen Anruf, bei den Laborwerten sei etwas nicht in Ordnung, eventuell eine Nierenkrankheit, sie solle sich noch mal vorstellen. Ich habe dann vorsorglich schon mal das Kalium aus einer frischen Blutprobe in unserem Krankenhauslabor bestimmt und ihr den Normalbefund mitgegeben. Tatsächlich bestand die Auffälligkeit in einem Serum-Kalium von 6,5 mmol/l. Ein „Running Gag“ der Labormedizin.

Dr. Norbert Ostendorf
Frechen

In seiner Antwort schrieb Professor Dr. Klaus Becker, Koautor des Artikels:

Die Leserzuschrift zu unserem Artikel ist aus zwei Gründen begrüßenswert: Zum einen erhöht sie die Aufmerksamkeit, zum anderen weist sie bei der Hyperkaliämie auf eine mögliche, von uns nur am Rande erwähnte Ursache für Fehlbestimmungen hin: den Faktor Zeit. Aus der Leserzuschrift ergibt sich: Zwischen Blutentnahme und Analyse kann ein zu großer zeitlicher Abstand zu einem Austreten von Kalium aus den Erythrozyten und damit zu einem falschen Kaliumwert führen.

Eine Tendenz, die Laborproben aus ökonomischen Gründen nach langem Transport mit mechanischer Belastung der Erythrozyten und größerem Zeitabstand in entfernten Einsendungs-labors untersuchen zu lassen, erhöht die Gefahr einer falschen Bestimmung. Wichtig bleiben: schonendes und zugleich zeitnahes Abtrennen des Serums und – nach Möglichkeit – Elektrolytbestimmungen im Serum ortsnah und nicht in fernen Zentral-labors. Auffällige Befunde sind zeitnah zu kontrollieren und mit dem klinischen Befund abzugleichen.

Professor Dr. Klaus Becker