

Behandlungsfehler

Patienten sind immer wieder mit einem Behandlungsergebnis unzufrieden oder es werden Behandlungen durchgeführt, deren Notwendigkeit im Nachhinein angezweifelt wird.

Hierzu ist einerseits zu sagen, dass das Anspruchsdenken der Patienten sich im Laufe der Jahre geändert hat. Eine ärztliche Behandlung wird auch viel häufiger hinterfragt und es werden patientenseitige Recherchen über die Vorgehensweise des Arztes durchgeführt (hierbei sei an das Internet als allgemeine Informationsquelle erinnert). Auf der anderen Seite schaffen die zunehmende Konkurrenz und das Abrechnungssystem Anreize, Leistungen zu erbringen, die nicht immer zweifelsfrei indiziert sind. Im Ergebnis kommt es somit immer wieder zu der Situation, dass Differenzen zwischen dem vom Patienten erwarteten und vom Arzt erbrachten Behandlungsergebnis bestehen. Es wird bei für den Patienten unbefriedigendem Behandlungsausgang immer wieder eine fehlerhafte Behandlung seitens des Arztes vermutet. Hierzu ist nun zunächst festzustellen, dass der nachvollziehbare Wunsch des Patienten nach einem bestimmten Behandlungsergebnis, sei es Schmerzfreiheit oder eine Verbesserung der Funktion eines Organs oder Gelenks, vom Arzt aufgrund der gegebenen Grunderkrankung oder der Behandlungsmöglichkeiten nicht immer erfüllt werden kann. Deshalb ist nicht jedes unbefriedigende Behandlungsergebnis mit einem Behandlungsfehler gleichzusetzen.

Ein Behandlungsfehler setzt voraus, dass ein Arzt gegen geltende medizinische Standards oder die ärztliche Sorgfalt verstößt und dass sich hieraus auch ein Körper- oder Gesundheitsschaden entwickelt, der vorübergehend oder dauerhaft vorhanden ist. Dabei bedeutet ein Verstoß gegen medizinische Standards, dass der Arzt zumindest grob fahrlässig handelt, also bewusst einen Schaden in Kauf nimmt, obwohl er aufgrund seiner fachlichen Qualifikation anders handeln sollte.

Der medizinische bzw. fachliche Standard bedeutet, dass eine Vorgehensweise sich mit den allgemein üblichen medizinischen Behandlungsmaßnahmen in der jeweiligen Situation in Einklang bringen lässt. Dabei geht es nicht darum,

grundsätzlich die neueste, beste oder teuerste Vorgehensweise zu wählen, sondern eine dem Erkrankungs- bzw. Schadensbild angemessene. Dabei ist zunächst die Indikation für ein ärztliches Vorgehen zu prüfen. Es ist also zu klären, ob die gewählte Behandlung für die jeweilige Erkrankung notwendig war. Liegt eine Indikation für eine Behandlung vor, so kann im nächsten Schritt überprüft werden, ob die Behandlung in irgendeiner Weise sinnvoll war, um auf das Krankheits- oder Beschwerdebild zu reagieren. Solange sich medizinisch eine nachvollziehbare Begründung für ein ärztliches Vorgehen im Zusammenhang mit einem bestimmten Krankheitsbild findet, kann hier zunächst kein Behandlungsfehler begründet werden.

Für die Behandlung selbst gilt, dass die üblichen Vorgehensweisen entsprechend des medizinisch-fachlichen Standards einzufordern sind. Gültige Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften bieten hierzu Anhaltspunkte, sind nach Einschätzung des Bundesgerichtshofes allerdings nicht zwingend einzuhalten. Es ist von einem Arzt zu erwarten, Grundregeln entsprechend seines Ausbildungsstandes einzuhalten und auf bestimmte Situationen adäquat zu reagieren. Dabei spielt auch die einzufordernde ärztliche Sorgfalt eine Rolle. Dies bedeutet beispielsweise die Einhaltung üblicher Hygienemaßnahmen, so z.B. die Sicherung steriler Bedingungen im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff oder auch die Überprüfung des verwendeten Materials. So verstößt es beispielsweise gegen die ärztliche Sorgfalt, wenn trotz fehlender Instrumente oder Kompressen bei der abschließenden Zählkontrolle ein Operationssitus verschlossen wird und dadurch Fremdmaterialien im Körper verbleiben. Hier wäre vom operierenden Arzt einzufordern, sicherzustellen, dass die verwendeten Materialien sämtlich aus dem Körper entfernt wurden.

Solche Komplikationen sind Beispiele für grob fahrlässiges Verhalten. Davon abzugrenzen sind verfahrensimmanente, also dem Verfahren innewohnende Komplikationen. Dabei ist von der Grundüberlegung auszugehen, dass ärztliches Handeln immer mit Konsequenzen verbunden ist. Im besten Fall führt eine ärztliche Behandlung zu einer Wirkung ohne Nebenwirkungen. Dies kann jedoch nicht immer sichergestellt werden; je komplexer die Behandlung ist oder wenn eine Behandlung invasiv (also mit Eindringen in die körperliche Integrität des

Patienten) erfolgt, können Nebenwirkungen bzw. Folgeschäden nicht vermieden werden. Wird bei einer Operation die Haut eröffnet, werden Weichteile durchtrennt und Funktionsgewebe chirurgisch behandelt, so kann es immer zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen. Auch bei sachlich und fachlich korrektem Vorgehen sind Komplikationen wie Wundheilungsstörungen, Infektionen, Blutungen, Verletzung von Nerven oder Gefäßen und viele weitere nicht immer zu vermeiden. Solche Operationsnebenwirkungen können wegen der Natur der operativen Vorgehensweise jedoch nicht vermieden werden. Nicht umsonst ist eine Operation ohne Einwilligung des Patienten eine (gefährliche) Körperverletzung. Ausnahmen bestehen in den Fällen, in denen der Patient nicht einwilligen kann, man aber unter allgemeinen Gesichtspunkten davon ausgehen kann, dass er die Einwilligung zu einem Eingriff gegeben haben würde (z.B. Bewusstlosigkeit nach einem Unfall).

Leidet ein Patient an den Folgen einer eingetretenen Komplikation bei einem Eingriff, so ist zu unterscheiden, ob die eingetretene Komplikation unvermeidbar bzw. durch die Art und Weise der Durchführung des Eingriffs zwangsweise billigend in Kauf zu nehmen gewesen war oder ob es sich um eine Komplikation handelte, die schlechterdings vermeidbar gewesen wäre, hätte sich der Operateur an die standardmäßige Vorgehensweise gehalten. So ist von einem operativ tätigen Arzt zu erwarten, dass er über umfangreiche Kenntnisse zu Anatomie, Physiologie und Biomechanik für den jeweiligen Operationsbereich verfügt. Ist folglich davon auszugehen, dass eine Organschädigung (z.B. einer großen Arterie) nicht zu begründen ist, da bei üblicher Vorgehensweise dieses Organ in jedem Fall hätte geschont werden müssen und auch keine so schwerwiegenden Veränderungen der Anatomie bestanden, dass es zu einer schicksalhaften Verletzung des Organs kam, so wäre hier ebenfalls von einem Behandlungsfehler auszugehen.

Der Nachweis eines Behandlungsfehlers gestaltet sich häufig schwierig, da erhebliche Beweisanforderungen an den Patienten gestellt werden. Es ist aus der vorhandenen Dokumentation heraus vom Patienten nachzuweisen, dass ein Arzt fehlerhaft handelte. Dies ist in Fällen einer eindeutigen Fehlindikation oder bei wesentlichen Sorgfaltspflichtverletzungen (z.B. Amputation einer „falschen“

Gliedmaße) noch zu gewährleisten; bei technischen Fragen oder auch bei auftretenden Komplikationen wird eine solche Beweisführung deutlich erschwert.

Deshalb wurden auf der anderen Seite erhöhte Anforderungen an die Aufklärungs- und Dokumentationspflicht des Arztes gestellt. So muss dieser in den Patientenunterlagen nachvollziehbar die Behandlungsschritte dokumentieren, um Rückschlüsse über das Vorgehen im jeweiligen Behandlungsfall zu ermöglichen. Einen besonderen Stellenwert hat dabei die Aufklärung komplexerer Behandlungsmaßnahmen, insbesondere bei Operationen. So wird vom Arzt gefordert, sowohl über den geplanten Eingriff als auch über Behandlungsalternativen aufzuklären und zumindest gängige Risiken und Komplikationen darzulegen. Hierbei sollen ausführliche, möglichst laienverständliche Aufklärungsbögen verwendet werden, die individualisiert sein sollen, d.h. es muss erkennbar sein, dass der Arzt tatsächlich ein persönliches Gespräch mit dem Patienten vor dem jeweiligen Eingriff führte und dabei auch auf die individuellen Fragen und Unklarheiten des Patienten einging. Es ist also nicht ausreichend, dem Patienten ein Blankoformular zur Unterschrift vorzulegen.

Weiterhin ist auf eine zeitgerechte Aufklärung zu achten. So sollte dem Patienten die Möglichkeit gegeben sein, sich nochmals selbst ein Urteil zu bilden oder ggf. eine zweite Meinung einzuholen. Lediglich in Notfallsituationen kann von dieser Prämisse abgewichen werden. In der Regel ist von einem Zeitraum von 24 Stunden zwischen Aufklärung und durchzuführender operativer Maßnahme auszugehen.

Bei Verstößen gegen die Aufklärungs- oder Dokumentationspflicht kann dann fehlerhaftes ärztliches Verhalten abgeleitet werden, wenn davon auszugehen ist, dass der Patient sich in Kenntnis des tatsächlichen Sachverhaltes für eine andere Behandlungsmaßnahmen entschieden hätte.