

**Zur Abgrenzung Diagnosefehler – Befunderhebungsmangel**

Rechtsanwalt Jürgen Koriath, Hennef  
www.koriath.de

Die Abgrenzung zwischen Diagnosefehlern und Befunderhebungsmängel bereitet in der Praxis oft Schwierigkeiten mit gravierenden Auswirkungen für den grundsätzlich vom Patienten zu erbringenden Kausalitätsnachweis. Ein Diagnosefehler liegt vor, wenn der Arzt die tatsächlich erhobenen notwendigen Befunde falsch interpretiert. Diagnosefehler sind nach der Rechtsprechung des BGH nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu werten (zuletzt BGH VersR 2003, S. 1256). Eine objektiv falsche Diagnose führt nicht per se zur Umkehr der Beweislast zwischen dem Diagnosefehler und dem entstandenen Schaden, sondern nur ein fundamentaler Diagnoseirrtum, ein Irrtum also, der schlechterdings unverständlich ist und nach Lage der Dinge nicht passieren darf. Ein Befunderhebungsmangel liegt demgegenüber vor, wenn der Arzt die für eine Diagnosestellung oder für eine Überprüfung einer ersten Diagnose erforderlichen Befunde schuldhaft nicht erhebt und deswegen zu einer objektiv unrichtigen Diagnose kommt. Ein solcher Befunderhebungsmangel kann bereits für sich genommen als grob fehlerhaft in Erscheinung treten (Folge Beweislastumkehr). Eine Umkehr der Beweislast ist aber auch dann gerechtfertigt, wenn die unterlassene Abklärung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen so deutlichen und gravierenden Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen müsste (BGH NJW 2004, S. 1871).

Auf der Zeitschiene der Behandlungschronologie ist demnach ein Befunderhebungsmangel der abschließenden Diagnose vorgelagert. Wenn der Arzt demnach alle erforderlichen Befunde zur Stellung der richtigen Diagnose erhoben hat, diese Befunde aber objektiv falsch bewertet und so zu einem Diagnoseirrtum kommt, kann ihm nicht vorgehalten werden, dass er weitere Kontrollbefunde schuldhaft unterlassen hat. Eine objektiv gebotene, aber wegen eines vorwerfbaren Diagnoseirrtums folgerichtig unterlassene Befunderhebung kann nicht Anknüpfungspunkt für Beweiserleichterungen in Bezug auf die Schadensursächlichkeit sein, wenn der Diagnoseirr-

tum seinerseits nicht als grober Behandlungsfehler zu qualifizieren ist (OLG Köln, OLG-Report 1/06, Seite 10).

Das OLG Köln (wie vor) hatte einen Fall zu beurteilen, in dem der behandelnde Frauenarzt bei der Patientin 2 Krebsvorsorgeabstriche durchführte, die er jeweils mit PAP II befundete. Diese Befundung erwies sich später als objektiv falsch mit der Folge, dass keine weiteren rechtzeitigen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden und die Patientin nach Wechsel des Frauenarztes mit einem operationspflichtigen Krebsbefund in die Klinik eingewiesen wurde. Die Patientin hat dem betreuenden Frauenarzt vorgeworfen, dass die Operation wesentlich früher hätte durchgeführt werden müssen und eine Reduktion des Operationsumfanges sowie eine bessere Prognose möglich gewesen wäre. Aufgrund der gutachterlichen Aussagen gelangte das OLG zur Einschätzung eines einfachen Diagnosefehlers mit der Folge, dass die Beweislast bezüglich der Kausalität bei der Patientin verblieb. Da dieser beweisfällig blieb, wurde die Berufung der Klägerin gegen das ebenfalls klageabweisende Urteil 1. Instanz zurückgewiesen. Nur ein fundamentaler Diagnoseirrtum hätte das Blatt wenden können. Das OLG hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass dem Beklagten lediglich ein einfacher Diagnosefehler bei der Auswertung des Abstriches angelastet werden kann, der, da die Fehlinterpretation des Befundes nicht als fundamental fehlerhaft zu bewerten ist, nicht zu einer Beweislastumkehr führt. Dass der Beklagte aufgrund seiner objektiv fehlerhaften Auswertung des Abstriches keine Kontrolluntersuchung in 3 Monaten angeordnet hat, sei die folgerichtige Konsequenz aus der Fehlinterpretation des Befundes. Es sei auch keine Rechtfertigung dafür ersichtlich, gleichwohl an die unterlassene Anordnung einer objektiv erforderlichen Kontrolluntersuchung beweisrechtliche Nachteile zu knüpfen. Vielmehr würde sich dann ein Wertungswiderspruch ergeben, denn mit der von der Rechtsprechung zu Recht befürworteten Zurückhaltung bei der Bewertung eines Diagnosefehlers als Behandlungsfehler verträgt es sich nicht, bei einem nichtfundamentalen Diagnoseirrtum gleichwohl alleine deshalb Beweiserleichterungen anzunehmen, weil als bloße Folge jenes Fehlers an sich objektiv gebotene Befunderhebungen unterblieben.

Dieser Entscheidung des OLG Köln möchte ich 2 Entscheidungen gegenüberstellen, die sich mit Behandlungsfehlern bei der Schwangerschaftsbetreuung (Wachstumsretardierung) befassen.

1. OLG Hamm, 3 U 52/05 vom 14.12.2005:

Die 1997 geborene Klägerin fordert vom Beklagten, einem niedergelassenen Frauenarzt, wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsbetreuung Schadensersatz. Die Klägerin wurde wegen Verdachts auf schwere Plazentainsuffizienz durch primären Kaiserschnitt entbunden. Eine Versorgungsstörung des Hirns führte zu einer schweren periventrikulären Leukomalazie, aus der eine spastische Tetraparese resultierte. Die Klägerin ist nahezu blind, körperlich und geistig schwerstbehindert und umfassend pflegebedürftig. Die Klägerin macht geltend, dass der Frauenarzt fehlerhaft bei einer Routineuntersuchung durch Ultraschall einen ATD-Wert (Thoraxumfang) von 64 gemessen, diesen Wert fehlerhaft in die Wachstumskurve im Bereich eines Wertes mit 74 eingetragen und die Patientin erst 14 Tage später zur Kontrolluntersuchung einbestellt. Das OLG führt aus:

Der Beklagte hätte angesichts des ATD-Wertes von 64 zwingend die sofortige Krankenhauseinweisung der Mutter vornehmen müssen, eine andere Therapiemöglichkeit habe es nicht gegeben. Da es sich bei der Ultraschalluntersuchung um eines der pflichtigen Ultraschallscreenings gehandelt habe, bestand bei einem so krass von der Norm abweichenden ATD-Wert nur die Möglichkeit einer sofortigen Kontrollmessung. Das Abwarten von 14 Tagen bis zum nächsten Kontrolltermin war eindeutig behandlungsfehlerhaft und schlechterdings unverständlich, weil das Kind innerhalb eines so langen Zeitraumes hätte versterben können. Bei einer Bestätigung des ATD-Wertes von 64 hätte keine andere Möglichkeit als die sofortige Krankenhauseinweisung bestanden. Dort wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die auffällige Retardierung der Klägerin festgestellt worden.

Das OLG befasst sich nicht mit der Frage, ob es sich bei der Fehlinterpretation des vom Frauenarzt gemessenen ATD-Wertes um einen Diagnosefehler handelt, der möglicherweise in Verbindung mit anderen Umständen des Falles zurückhaltend zu beurteilen wäre. Dies zu Recht, da der Arzt hier einen richtigen Befund erhoben hat, der auf jeden Fall reaktionspflichtig war in Form einer nochmaligen Kontrolluntersuchung oder eben der sofortigen Einweisung in das Krankenhaus. Es geht hier also

nicht um eine fehlerhafte Messung, die objektiv falsch interpretiert wurde, demnach als Diagnosefehler zu qualifizieren wäre, sondern um die Messung eines richtigen Wertes ohne standardgemäße Reaktion darauf. Der Arzt hat also die für eine notwendige Überprüfung der 1. Diagnose erforderlichen weiteren Befunde schuldhaft nicht erhoben und deshalb die Patientin zu spät wieder einbestellt. Das Unterlassen der Reaktion auf den vom Arzt erhobenen alarmierenden Befund ist vom Gericht zu Recht als fundamental und grob behandlungsfehlerhaft eingestuft worden. Folge ist die Verurteilung des Arztes, da er den Beweis der Nichtursächlichkeit nicht führen konnte.

Wie wäre der Fall aber zu beurteilen, wenn der Arzt statt des richtigen ATD-Wertes einen falschen Wert abgegriffen hätte, der nicht sofort Anlass zur Besorgnis gegeben hätte? Dann wäre ein hinweisendes Merkmal auf die Wachstumsretardierung objektiv – wenngleich fehlerhaft – falsch diagnostiziert worden. Dann hätte sich in der Tat die Frage anschließen müssen, ob ein solcher Diagnosefehler fundamental fehlerhaft gewesen ist oder nur als einfacher Diagnosefehler in Erscheinung tritt. Aus der Sicht ex ante erschiene dann die nachfolgende Nichtreaktion auf einen möglicherweise objektiv bedrohlichen Befund, der indes nicht in Erscheinung getreten ist, folgerichtig, da mit einer relevanten Wachstumsverzögerung des Kindes nicht zu rechnen war. Spätere Befunderhebungsmängel zur Sicherung einer aufgrund fehlerhafter Erstdiagnose nicht zwingenden weiteren Untersuchungen wären dann dem Arzt kaum vorwerfbar. Bei isolierter Betrachtung des ATD-Wertes hätte der Patient kaum Chancen, seinen Schadensersatzanspruch zu realisieren, wenn nicht andere Umstände noch hinzutreten, die zur weiteren Abklärung genötigt hätten.

2. OLG Celle, 1 U 24/00, vom 06.06.2002  
(LG Göttingen, 4 O 65/97 vom 10.03.2000)

Das OLG Celle hatte einen Fall zu beurteilen, in dem der betreuende Frauenarzt den biparietalen Durchmesser (BIP) sowie den Abdomino transversalen Durchmesser (ATD) bestimmt hatte und eine Retardierung um 1 bis 2 Wochen notiert. Nach 3 weiteren Untersuchungsterminen wurden die Werte ebenfalls genommen und eine Retardierung um 2 Wochen sowie mit dem Eintrag in die Ambulanzkarte „kleines Kind“ vermerkt. Nachdem die Mutter später mit regelmäßigen Wehen stationär aufgenom-

men wurde, wurden im CTG Auffälligkeiten bemerkt, die später zur Kaiserschnittentbindung führten. Das Kind hat ebenfalls eine schwerwiegende Hirnschädigung erlitten und ist dauerhaft pflegebedürftig. Das OLG hat, insofern dem Landgericht folgend, dem Beklagten Frauenarzt erhebliche Versäumnisse während der Betreuung der Schwangerschaft angelastet. Aufgrund der konkret gemessenen Ultraschallbefunde seien Hinweiszeichen für eine Entwicklungsstörung feststellbar gewesen, die den Beklagten zu einer alsbaldigen Wiederholung der Messung des biparietalen Schädeldurchmessers wie auch des Thoraxumfanges hätten veranlassen müssen. Wenn ihm Letzteres mit dem ihm zur Verfügung stehenden Ultraschallgerät nicht möglich gewesen sein sollte, so hätte er die Patientin zu einer entsprechenden Untersuchung in eine Klinik einweisen müssen. Ab der 35. Schwangerschaftswoche war zusätzlich keinerlei Gewichtszunahme der Patientin mehr feststellbar, was in Verbindung mit einer sorgfältigen Biometrie einen weiteren Hinweis für einen Wachstumsstillstand des Kindes hätte ergeben können. Spätestens aufgrund des letzten Untersuchungsergebnisses sei eine sofortige Klinikeinweisung erforderlich gewesen. Keineswegs hätte der Beklagte auch an diesem Tag auf eine Vermessung des Thoraxumfanges, eine Schätzung des Gewichtes des Kindes und eine Kontrolle der Herztöne ohne Kardiotokogramm verzichten dürfen. Das Unterlassen dieser durch die erhobenen Befunde unbedingt indizierten Untersuchungen beurteilt das Gericht als groben Behandlungsfehler und führt dazu aus:

Ein grober Behandlungsfehler ist dem Beklagten anzulasten, weil er trotz Erkennens einer zumindest möglichen Retardierung des Kindes die nächste Ultraschalluntersuchung erst 8 Wochen später vornahm und außerdem an diesem Tag weder selbst die dringend gebotene Messung des Thoraxumfanges sowie eine Messung der kindlichen Herztöne mittels Kardiotokogramms vornahm, noch entsprechende Maßnahmen in einer Klinik veranlasste. Angesichts der bekanntermaßen schwerwiegenden Folgen einer chronischen Plazentainsuffizienz, deren Vorliegen sich ihm aufgrund der von ihm selbst erhobenen Befunde hätte aufdrängen müssen, ist sein Verhalten als schwerer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu bewerten. Regelmäßige sonographische Untersuchungen zwischen der 31. und der 39. Schwangerschaftswoche hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem frühzeitigen Erkennen der Plazentainsuffizienz geführt mit der Folge, dass eine Mangelversorgung des Gehirns hätte vermieden werden können.

Auch in diesem Fall geht es also darum, dass ein eindeutig reaktionspflichtiger Befund fundamental fehlerhaft verkannt und entsprechend weitere diagnostische Maßnahmen (Befunderhebungen) zur Sicherung bzw. zum Ausschluss der Diagnose nicht durchgeführt wurden. Auf der Zeitachse der Behandlungschronologie ist also nach Feststellen eines reaktionspflichtigen Befundes nicht standardgemäß reagiert worden. Es geht also hier wiederum nicht darum, dass ein Befund falsch erhoben wurde, somit eine falsche Diagnose in Richtung des Verkennens einer Wachstumsretardierung vorlag, sondern ein richtiger Befund, der nur nicht zum Anlass weiterer erforderlicher Diagnostik genommen wurde.

Beide Fälle zeigen, dass sehr sorgfältig der Sachverhalt auf der Zeitachse der Behandlungschronologie zu untersuchen ist, um Diagnosefehler von Fehlern bei der Befunderhebung zu differenzieren. Die Praxis zeigt, dass hier auch seitens der Gerichte häufig Unsicherheiten bestehen, insbesondere hinsichtlich der Beweislastverteilung, wenn es darum geht, bei der Annahme der Erforderlichkeit weiterer Befunderhebung weiter zu differenzieren, wenn bei einfachem weiteren Befunderhebungsmangel die Frage zu prüfen ist, ob sich möglicherweise bei unterstellter Befunderhebung ein reaktionspflichtiges Befundergebnis gezeigt hätte. Wenn ein solcher reaktionspflichtiger Befund wahrscheinlich ist (über 50 % - OLG Köln), dann ist hypothetisch die Frage zu prüfen, ob die Nichtreaktion darauf fundamental falsch oder aber grob behandlungsfehlerhaft gewesen wäre.

Bei der Beurteilung dieser Frage ist darauf zu achten, dass die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines reaktionspflichtigen Befundes aus der Sicht sowohl ex ante als auch ex post zu treffen ist. Alle Umstände des Falles können herangezogen werden, um die Wahrscheinlichkeit eines möglicherweise reaktionspflichtigen Befundes zu eruieren. Erst danach, bei unterstellt reaktionspflichtigem Befund, ist die Frage gutachterlich zu prüfen, wie denn die Reaktion darauf hätte aussehen müssen. Die Beantwortung dieser Frage entscheidet darüber, wer den Prozess gewinnt. Nur bei einem groben oder fundamentalen Versagen dreht sich die Beweislast zu Gunsten des Patienten um. Bei einfachem Fehler verbleibt sie beim Patienten, so dass dieser in der Regel beweisfällig bleibt und im Prozess unterliegt.

Die Diskussion dieser Fälle zeigt einmal mehr, dass der medizinische Sachverhalt auf der Zeitachse der Behandlungschronologie möglichst dezidiert nachvollzogen werden muss, um Diagnosefehler von Befunderhebungsfehlern zu differenzieren. Je intensiver der Sachverhalt aufgeklärt wird, desto einfacher und einleuchtender wird diese Differenzierung ausfallen. Das setzt auch für den Juristen eine intensive Einarbeitung in medizinische Sachverhalte voraus. Ohne ein solches profundes medizinisches Verständnis besteht die Gefahr, dass Sachverhalte falsch eingeordnet werden und zu falschen Prozessergebnissen führen. Dies betrifft sowohl Anwälte als auch Gerichte. Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass durch spezialisierte Spruchkammern oder Senate komplexe Arzthaftungssachen wesentlich besser bearbeitet werden, als durch Gerichte ohne Spezialzuweisung. Dies betrifft nicht nur Art und Weise der Verfahrensführung, die häufig zu langjährigen Prozessen führt, als auch insbesondere bei der Bewertung medizinischer Sachverständigengutachten und Beurteilung der Beweislasten. Anwälte sollten sich bemühen, den Sachverhalt so umfänglich wie möglich aufzuarbeiten und zu verstehen, erst dann lassen sich die Rechtsprechungsgrundsätze zielführend anwenden.