

Sorgfaltspflichten im Zusammenhang mit der MRT-Untersuchung

Einrichtungen oder Apparaturen in einem Krankenhaus oder einer Praxis müssen in einer Weise organisiert und betrieben werden, dass niemand zu Schaden kommt.

von Klaus Rehm, Rainer Köster und Rainer Rosenberger

Ärzte haften für Gesundheitsschäden des Patienten aufgrund von Sorgfaltsverstößen (§§ 280, 276 BGB), wobei sich der Sorgfaltsmaßstab am fachärztlichen Standard orientiert (§ 630a Abs. 2 BGB), der grundsätzlich in jeder Behandlungsphase zu gewährleisten ist. Nun kennen wir Bereiche, die nicht der medizinischen Behandlung im engeren Sinne zuzuordnen sind, in denen aber gleichwohl schadensträchtige Maßnahmen oder Unterlassungen vorkommen können. Betroffen sind insbesondere die Bereiche, die allgemeine Verkehrspflichten auslösen und die jeder, der einen potenziell schadensträchtigen Betrieb eröffnet, zu sichern hat, um Schädigungen Dritter zu verhindern (auch Verkehrssicherungspflichten genannt). So müssen Einrichtungen in einem Krankenhaus oder einer Praxis in einer Weise organisiert und unterhalten werden, dass niemand zu Schaden kommt. Das gilt auch für den Betrieb von Geräten jedweder Art. Haftungsrechtlich verantwortlich ist dafür zumeist nicht der Arzt, sondern der Betreiber der Einrichtung. Beim Umgang mit medizinischen Geräten trifft allerdings häufig auch den Arzt eine persönliche Verantwortung. Nicht selten muss er konkrete, situationsbezogene Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz des Patienten anordnen oder solche selbst durchführen.

Häufig ist dann zugleich der voll beherrschbare Risikobereich betroffen, also der Bereich, dessen Gefahren ärztlicherseits voll beherrscht werden können und deshalb vermieden werden müssen [1]. Betroffen ist vor allem der technisch-apparative Sektor [2]. Steht fest, dass der Schaden diesem Bereich entstammt, besteht eine Fehlervermutung, sodass sich der Arzt entlasten muss [3] (§ 630h Abs. 1 BGB). Diese Konstellation war im folgend dargestellten Streitfall nicht ge-

geben, außerdem lag eine Pflichtverletzung vor, weshalb hierauf nicht einzugehen war.

In dem von der Gutachterkommission kürzlich zu beurteilenden Fall, bei dem eine Patientin im Zusammenhang mit einer MRT-Untersuchung einen Oberarmbruch erlitten hatte, war nicht nur die Pflichtverletzung als solche problematisch; schwierig zu beurteilen war – wie häufig – auch die Frage der Schadensursächlichkeit. Denn auch im Falle der Feststellung einer Pflichtverletzung obliegt dem Patienten der Nachweis der Kausalität. Wichtig ist dabei, ob ein grober Fehler vorliegt, der zur Beweislastumkehr führt (§ 630h Abs. 5 BGB), was im Streitfall allerdings verneint wurde.

Der Sachverhalt:

Die Antragstellerin war einige Tage vor der stationären Aufnahme zu Hause gestürzt. In der Folge entwickelten sich lumbale Rückenschmerzen, die an Intensität zunahmten, sodass sie am 3. Juli in einer Klinik für Unfallchirurgie vorgestellt und dort zur weiteren Abklärung und Versorgung stationär aufgenommen wurde. Die Klinik veranlasste eine MRT-Untersuchung der LWS in einem Institut für Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie, die am 4. Juli durchgeführt werden sollte. Dazu wurde die Patientin gemeinsam von zwei Rettungsassistenten eines Liegendtransportes der Feuerwehr und zwei erfahrenen Medizinisch-technischen Radiologie-Assistentinnen (MTRA) von der Transportliege im Institut auf eine MR-kompatible Liege umgelagert. Anschließend wurde sie durch die zwei MTRA, soweit für die MR-Diagnostik notwendig, entkleidet und in den Untersuchungsraum gebracht. Dort wurde sie auf den MRT-Tisch gelagert.

Während der ganzen Zeit wirkte die Patientin dabei durchaus orientiert. Sie war wach, ansprechbar und kooperativ. Die Patientin wurde dann von einer MTRA aufgefordert, den bekanntermaßen gelähmten rechten Arm mit der linken Hand zu fixieren, was sie auch tat. Während sich Tisch und Patientin in die MRT-Röhre bewegten, ließ die Patientin den gelähmten Arm plötzlich los, sodass sich der Arm zwischen der MRT-Röhre und der Wirbelsäulenspule verkeilte. Nach sofortigem Herausfahren

der Patientin aus dem Gerät klagte sie über keinerlei Schmerzen, sodass die Untersuchung durchgeführt wurde. Nach Beendigung der Untersuchung und Umlagerung auf die Transportliege berichtete sie über einen plötzlichen starken Schmerz oberhalb des rechten Ellenbogens.

Daraufhin erfolgte der Transport in die Röntgenabteilung zum Frakturausschluss. Laut Befundbericht der Röntgenuntersuchung des rechten Armes (in 4 Aufnahmen) vom 4. Juli fand sich ein eindeutiger Nachweis einer proximalen Humerusfraktur.

Die Antragstellerin hat die Überprüfung ihrer Behandlung mit der Behauptung begehrt, infolge einer unsachgemäßen Durchführung der MRT-Untersuchung habe sie eine Oberarmkopffraktur rechts erlitten. Die Gutachterkommission hat ein pflichtwidriges Verhalten festgestellt, durch welches die Antragstellerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Fraktur erlitten hat. Zur Begründung hat sie ausgeführt: Nach den Recherchen der Gutachterkommission hat sich für Fälle der zu begutachtenden Art kein allseits akzeptierter ärztlicher Standard etabliert. Das ist auch nachvollziehbar, weil es vorliegend eher um die sogenannten allgemeinen Verkehrspflichten geht, die auch bei der ärztlichen Behandlung relevant werden können.

Bei der Benutzung eines Gerätes, wodurch eine Gefahrenquelle eröffnet wird, muss der Arzt – wie jeder Berufstätige – alle zumutbaren und möglichen Sicherungsmaßnahmen ergreifen, um den Betroffenen vor Schäden zu schützen. Das Einfahren eines Patienten in ein MRT-Gerät muss so organisiert werden, dass dem Patienten dadurch kein Gesundheits- oder Körperschaden entsteht. Das heißt die Gliedmaßen müssen so gelagert werden, dass keine Einklemmungen, Abschürfungen oder Ähnliches stattfinden können. Dies kann durch eine entsprechende Konstruktion der Liege, die in das Gerät einfährt, geschehen oder durch mechanische Fixierung (Gurt o.ä.). Ob eine vom Patienten gesteuerte willentliche Fixierung ausreicht, hängt vom den Umständen des Einzelfalls ab. Bei einem Bewusstseinsklaren, nicht ersichtlich physisch oder psychisch beeinträchtigten Patienten genügt regelmäßig die Anweisung, Arme und Beine still zu halten

und bis zur Beendigung der Prozedur nicht zu bewegen. Bei solchen Patienten wird man darüber hinaus auch eine aktive Mitarbeit verlangen und genügen lassen können, etwa die Fixierung eines funktionsgestörten Armes mittels der gesunden Hand des anderen Armes. Die Antragstellerin gehörte aber ersichtlich nicht zu diesem Patientenkreis, denn sie war in ihrer Befindlichkeit erheblich beeinträchtigt (Z. n. Stammhirnblutung und Apoplex, Lähmung des rechten Arms). Bei einem solchermaßen „gehandicapt“ Patienten ist eine objektive, patientenunabhängige Fixierung geboten, um schadensträchtige Zwischenfälle sicher zu vermeiden. Die behandelnden Ärzte hätten der MTRA eine entsprechende Anweisung geben müssen. Das Unterlassen muss ihnen als Sorgfaltsverstoß angelastet werden. Die Anwesenheit der die Untersuchung (in diesem Falle Einfahren der Patientin ins Gerät) steuernden Assistentin im Untersuchungsraum selbst, bietet keinen ausreichenden Unfallschutz für die Patientin, da die MTRA erst reagieren kann, wenn das Ereignis – in diesem Fall das Loslassen des Armes mit Einklemmung in der Geräteöffnung – bereits erfolgt ist. Die patientenunabhängige Fixierung der Gliedmaßen in vergleichbaren Fällen wird von den Patienten nach entsprechender Aufklärung und Einholung ihres Einverständnisses sicherlich auch problemlos akzeptiert und toleriert.

Inwieweit hierdurch tatsächlich die Oberarmfraktur entstanden ist, ist nicht abschließend mit absoluter Sicherheit zu klären. Unter Berücksichtigung der Einfahröffnung des MRT-Gerätes und der dabei verwendeten

Wirbelsäulenspule sowie der vorliegenden Osteoporose der am rechten Schultergelenk beteiligten Knochen mit dadurch bedingtem erhöhten Bruchrisiko kann die Fraktur durchaus durch die unkontrollierte Verlagerung des Armes beim Einfahren in das Gerät verursacht worden sein. Dafür spricht auch die Bruchform, die eher durch eine Stauchung des Oberarms, als durch eine Biegebelastung entstanden sei kann. Die fehlenden klinischen Zeichen am Arm selbst und die fehlenden Schmerzangaben der Patientin zum Zeitpunkt des eigentlichen Zwischenfalles, sondern erst bei den anschließenden Mobilisationen des Armes beim Ankleiden nach der Untersuchung, den Umlagerungsmanövern von der MR-Untersuchungsliege auf eine MR-kompatible Transportliege und von dieser auf eine übliche (magnetisierbare) Transportliege, sprechen nicht gegen eine bis zu diesem Zeitpunkt stattgefundene Fraktur, auch wenn erst bei dem dritten Umlagerungsmanöver (von der Standard-Transportliege auf die RTW-Liege) die Patientin plötzlich heftigste Schmerzen angab. Da der Bruch zum Zeitpunkt der Röntgenaufnahme noch nicht erkennbar disloziert war, kann noch keine Schwellung und Blutung vorgelegen haben und das Periost noch teilweise erhalten gewesen sein, sodass noch keine wesentliche Schmerzhaftigkeit ausgelöst worden war. Eine kleine Dislokation erst bei dem letzten Umlagerungsmanöver kann dann zur Schmerzauslösung geführt haben. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hat sich die Fraktur mit dem Einfahren des Tisches ereignet, wo eher die mechanischen Vorausset-

zungen für die Fraktur vorlagen, als bei einer routinemäßigen Umlagerung.

Die Antragstellerin kann für sich nicht die Vermutung der Schadensursächlichkeit in Anspruch nehmen (§ 630h Abs. 5 Satz 1 BGB). Das Unterlassen der patientenunabhängigen Fixierung des paretischen Arms kann nicht als grober Fehler bewertet werden. Es müsste sich um ein unverständliches Fehlverhalten handeln, das schlechterdings nicht unterlaufen darf. Hier hat es sich aber offenbar lediglich um eine Fehleinschätzung der Befähigung der Antragstellerin zur Mitarbeit gehandelt. Man ist davon ausgegangen, die bewusstseinsklare Patientin, die über hinreichende Kraft im linken Arm/Hand verfügte, werde die objektiv nicht sonderlich gefährliche Situation schon meistern, zumal sie selbst daran keine Zweifel geäußert hatte. Diese Fehleinschätzung kann nach Lage der Sache nicht als grobes Versagen eingeschätzt werden.

Zusammenfassend war festzustellen, dass der von der Antragstellerin gegenüber den Antragsgegnern erhobene Vorwurf eines ärztlichen Behandlungsfehlers berechtigt ist. **RA**

Professor Dr. Klaus Rehm, ehemaliger Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Uniklinik Köln, und **Professor Dr. Rainer Köster**, ehemaliger Chefarzt der Abteilung für klinische Radiologie und Nuklearmedizin der Städtischen Kliniken Neuss, Lukaskrankenhaus, sind Mitglieder der Gutachterkommission, **Rainer Rosenberger**, ehemaliger Vorsitzender des Arzthaftungsensats des OLG Köln, ist stellvertretender Vorsitzender der Kommission.

Fußnoten

- 1 NK-BGB/Katzenmeier § 823 Rn 444
- 2 BGHZ 89, 263
- 3 BGH NJW 1978, 584

Save the date

5. CIRS-NRW-Gipfel 20. November 2017

Ärztehaus Münster
Gartenstraße 210 – 214
48147 Münster

www.cirs-nrw.de

CIRS NRW

Patientensicherheit



gemeinsam
fördern

