

Haftungsfragen bei verweigerter Verwendung patienteneigener CPAP-Geräte

Wie Lücker dargestellt hat (Schlafapnoe Aktuell, Heft 2, April 2008) wird i. d. R. ein Arzt oder der Betreiber eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung Betreiber eines Medizinprodukts Sinne des Medizinprodukterechts, wenn er ein vom Patienten mitgebrachtes CPAP-Gerät benutzt. Damit unterliegt der Einsatz dieser Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung mit den für den Betrieb dieser Geräte verbundenen Besonderheiten.

Dies mag auch ein Grund dafür sein, dass sich einige Einrichtungen weigern, das vom Patienten selbst zur Verfügung gestellte Gerät zu verwenden, wenn der Patient selbst nicht in der Lage ist, dies aus eigenen Kräften – wie z. B. nach einer Operation - zu tun. Die Frage die sich daher zwingend stellt, ist die, ob eine derartige Einrichtung, insbesondere aber ein Krankenhaus verpflichtet ist, das vom Patienten mitgebrachte CPAP – Gerät zum Einsatz zu bringen.

Die Frage nach dem Inhalt einer solchen Pflicht wird regelmäßig erst im Rahmen einer juristischen Betrachtung dann angestellt, wenn gegen eine bestehende Pflicht verstoßen wird, also eine Pflichtverletzung besteht. Von besonderer Bedeutung sind – wie Lücker herausgearbeitet hat - die Fälle, in denen der Patient aufgrund fehlender eigener Geräte der betroffenen Einrichtung sein eigenes CPAP-Gerät mitbringt und die Klinik vorher – entweder im ersten Gespräch vor der Krankenhausaufnahme oder während der Krankenhausaufnahme- auch darauf hinweist, dass er unter dem Schlafapnoe-Syndrom leidet.

Grundsätzliche Pflichten

Der Arzt und damit auch die ärztlich geleiteten Einrichtungen schulden dem Patienten regelmäßig nur eine fachgerechte entsprechende Behandlung als Dienstleistung, ohne dass der Arzt oder die ärztliche Einrichtung einen bestimmten Behandlungs – oder Heilerfolg schuldet (allgemeine Auffassung BGH NJW 1975, 305; OLG Frankfurt GesR 2004, 103; OLG Hamburg mdr 2006 873; OLG Oldenburg NJW – RR 1996, 1267, 1268; OLG Koblenz VersR 1993, 1486; OLG Brandenburg VersR 2001, 1241, 1242). Eine Haftung kann daher nur bei einem Behandlungsfehler ausgelöst werden, der jedesmal dann vorliegt, wenn gegen die Regeln und Standards der ärztlichen Wissenschaft verstoßen wurde (BGH VersR 1997, 270, 271; OLG Stuttgart VersR 2003, 253, 254). Ein fehlerhaftes Handeln kann aber nicht nur in einer aktiven Handlung, sondern auch in einem Unterlassen liegen, wenn eine besondere Pflicht zum ordnungsgemäßen Tätigwerden besteht. Es kann deswegen auch in einem Absehen von einer medizinisch gebotenen Vorgehensweise ein Behandlungsfehler liegen (BGH a.a.O.), wenn zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung die nicht stattgefunden Vorgehensweise hätte durchgeführt werden müssen (BGH GesR 2004, 132, 133)

Die Rechtsprechung gibt daher dem Behandlungspersonal, insbesondere den Ärzten kraft Gesetzes oder anderer rechtlicher Bestimmungen nicht vor, welche therapeutischen Maßnahmen im Einzelnen zu ergreifen sind. Dies ist allein

Aufgabe der ärztlichen Wissenschaft (st. Rsp. BGH VersR 1997, 770, 771; Gehrlein VersR 2004, 1488, 1489) Liegt ein Verstoß gegen diese Pflichten vor und können diese nicht durch bestimmte, im Einzelfall festzustellenden Umstände gerechtfertigt sein, so liegt regelmäßig in dem Verstoß gegen diese ärztlichen Standards ein fahrlässiges oder gar vorsätzliches Verhalten (§ 276 BGB), das die den betroffenen Arzt oder die ärztlich geleitete Einrichtung zur Leistung von Schadensersatz und zur Zahlung eines Schmerzensgeldes verpflichten kann (diesbezüglichen Identitäten vertraglicher und zu der diesbezüglichen Identität deliktischer Sorgfaltspflichten vgl. BGH NJW 2003, 2311, 2312). Zur Feststellung, ob gegen ärztliche Standards verstoßen wurde, ist im gerichtlichen Verfahren stets mit der Einschaltung eines medizinischen Sachverständigen notwendig (st. Rspr. BGH NJW 2001 2795, 2796; BGH GesR. 2004, 290). Im Rahmen solcher rechtlichen Überprüfungen, bei denen der Sachverständige zwar kein Recht zur rechtlichen Würdigung hat, gleichwohl aber die vom Patienten im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens aufgeworfenen Fragen auf ihre medizinische Bedeutung hin zu überprüfen hat, stellt sich regelmäßig die Frage nach einem ordnungsgemäß erfüllten Behandlungsvertrag.

Bei Patienten der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) können zur Bestimmungen der medizinisch gebotenen Standards die einschlägigen AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen-medizinischen Fachgesellschaften), zur Bestimmung hinzugezogen werden. Es handelt sich hierbei um mehrerer Leitlinien verschiedener Entwicklungsstufen, in denen zur Therapie der OSA Empfehlungen abgegeben werden.

Die Bedeutung der Leitlinien und die Frage danach, welche Rechtsfolgen ein Verstoß gegen diese Leitlinien hat, wird in der Rechtsprechung und in der Literatur nicht eindeutig beurteilt. Einigkeit scheint darin zu bestehen, dass ein Abweichen von den AWMF-Leitlinien ein Indiz für eine Verletzung des medizinischen Standards begründet und damit der in Anspruch genommene Arzt dieses Abweichen medizinisch begründen und diese Gründe auch nachweisen muss (sowohl Fram GesR 2005, 539, 533, Spiekhoff NJW 2004, 1710, 1714. Einschränkend BGH NJW 2000, 1784, 1785; OLG Hamm VersR 2000, 1373, 1374; OLG Düsseldorf VersR 2000, 1019, 1020; Ziegler VersR 2003, 545, 549), wenn er den Vorwurf einer medizinischen Fehlbehandlung entkräften will.

Ein Abweichen vom Inhalt der AWMF-Leitlinien ist daher möglich, so dass ein Abweichen nicht in jedem Falle eine Haftung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Einrichtung auslöst. Die Richtlinien gelten nämlich nicht unerschütterlich und mit letztendlicher Geltungswirkung, sondern dass ein Verstoß gegen die Leitlinien lässt einen Behandlungsfehler nicht von vornherein entstehen (Steffen/Pauge Randziffer 150 a, 553 a, Jorzig/Pfeifel GesR 2004, 310, 313, Fram a.a.O).

Sogenannte S-3-Leitlinien, also Leitlinien mit höchstem Gültigkeitsgrad, haben nach teilweiser Auffassung allerdings eine besondere Bindungswirkung für den handelnden Mediziner (vergl. Bergmann GesR 2006, 337, 343; Müller GesR 2004, 257, 260).

Da bereits die Frage nach dem rechtlichen Geltungsbereich einer Leitlinie umstritten ist, so ist auch die Frage umstritten, welche rechtlichen Folgen die Verletzung einer Leitlinie hat.

Jedenfalls für die Leitlinie höchster Geltungsstufe, einer S-3 Richtlinie zeichnet sich die Folge ab, dass bei einem Verstoß gegen die AWMF- Richtlinie eine Indizwirkung dafür besteht, dass ein Arzt fehlerhaft gehandelt hat und daher ein Anscheinsbeweis für eine fehlerhafte Behandlung bestehen kann (Schmidt/Recla GesR 2003 138, 140; anders – einen groben Behandlungsfehler verneinend -: Jorzig/Pfeifel GesR 2004, 313, 311 FF; Fram GesR 2005, 529, F; Ziegler GesR 2006, 109 F; OLG Hamm NJW 2000, 1801; Müller GesR 2004, 257, 260; OLG Naumburg GesR 2002, 14, 15).

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) hat eine sog. S-3-Leitlinie mit der Bezeichnung „Nicht erholsamer Schlaf“ (Leitlinien-Register 063/001), deren Fertigstellung für Anfang Januar 2010 geplant ist, herausgearbeitet.

Diese verweist hinsichtlich der Ursache OSA für einen nicht erholsamen Schlaf auf die Konsensuskonferenz 2009 und nimmt sie damit als Ursache für den nicht erholsamen Schlaf auf.

Auch die Leitlinien „Schlafbezogene Atemstörungen (SBAS) bei neurologischen Erkrankungen (Leitlinien-Register-Nr. 030/074) sowie die Leitlinie „Mündigkeit“ (Leitlinien-Register-Nr. 053/002) zeigen einen Zusammenhang der OSA mit den erklärten Erkrankungs- bzw. Folgeerkrankungsbildern.

Die weitere AWMF-Leitlinie zur Registernummer 017/069 bestimmt unter Punkt 1 als Empfehlung wörtlich:

„Die CPAP-Beatmung ist die Standard Behandlung in der Therapie der mittel – bis schwergradigen OSA (EBM Empfehlungsgrad a).

Lediglich bei leichtgradigen obstruktiven Schlafapnoe sieht die Leitlinie Behandlungsalternativen in einer Unterkiefer-Protrusionsschiene oder in verschiedenen operativen Verfahren.

Festzuhalten bleibt damit, dass die Beatmung mit CPAP Geräten bei Schlafapnoe Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe bereits über die S 2 –Leitlinie als Standardbehandlung bezeichnet wird. Das gleiche gilt für die medizinische, internistische und anästhesiologische Fachliteratur in der der Einsatz von CPAP-Geräten auch als Standardbehandlung angeführt wird.

Die mit den nächtlichen obstruktiven Apnoen verbundenen hämodynamischen Wirkungen wie z. B. ein Blutdruckanstieg auf über 300 mmHg sind bereits nachgewiesen (Christ/Strobel CME). Der Einsatz auch patienteneigener Geräte wird empfohlen (Schonoor u. a. „Perioperatives Management der obstruktiven Schlafapnoe“, Der Anaesthetist 2009, S. 189-200).

Wird daher ohne nachvollziehbarer und – vom Behandler nachzuweisende - medizinischen Gründe eine Behandlung mit CPAP-Geräten nicht durchgeführt, entspricht diese Behandlung nicht den geforderten ärztlichen Standart, wenn nicht besondere Umstände ein Abrücken von diesen Empfehlungen gebieten.

Gegenargumente der ärztlichen Einrichtungen

Man könnte auf den Gedanken kommen, einzuwenden, dass die entsprechende Versorgung mit den CPAP-Geräten von der ärztlichen Einrichtung nicht geleistet werden muss, da der Patient keinen Anspruch auf stets optimale Behandlungsbedingungen hat. Es ist anerkannt, dass die Grenzen der ärztlichen und apparativen Potenziale es verbieten, den Maßstab für die ärztliche Behandlung und Haftung einhaltlich „ganz oben“ anzusetzen (so Steffen, Dresler Arzt-haftungsrecht Rd-Nr. 135; BGH NJW 1984, 1810).

Die im Rahmen dieser Rechtsprechung ergangenen Entscheidungen betreffen Ausstattungen, pflegerische oder ärztliche Leistungen die hoch spezialisiert sind und nur mit nicht zu vertretendem wirtschaftlichen Aufwand flächendeckend zu gewährleisten wären. Für derartige Leistungen bestehen Grenzen, die aber ihrerseits oberhalb einer unverzichtbaren Basisschwelle liegen (vgl. BGH VersR 1988, 495; BGH VersR 1989, 851).

Erfasst sind daher insbesondere klinisch und experimentell noch nicht abgesicherte Methoden (OLG Oldenburg VersR 1989, 402) oder neue Therapiekonzepte (OLG Hamm NJW 2000, 3437). Aus dem Vergleich mit dieser Rechtsprechung wird deutlich, dass ein Patient nur auf eine apparative Ausstattung keinen Anspruch haben soll, die für die einzelne, möglicherweise in sämtlichen „Schwächeregionen“, in denen ärztliche Spitzenleistungen nicht erbringbar sind, weil entweder entsprechend qualifiziertes Personal nicht gewonnen oder hochkomplizierte neuste apparative Technik nicht erschwinglich oder flächendeckend nicht beschaffbar ist.

Im vorliegenden Fall ist aber die Versorgung von OSA-Patienten mit CPAP-Geräten etabliert und anerkannt. Die Geräte sind ohne größeren Aufwand – sogar häufig durch den Patienten selbst – beschaffbar.

Diese Rechtsprechung will einen rechtlichen Bereich oberhalb einer unverzichtbaren Basisschwelle regeln. Sie ist daher nicht auf die vorliegenden Fälle übertragbar, da diese Basisschwelle angesichts der weithin anerkannten und weit verbreiteten Behandlung der OSA-Patienten mit CPAP-Geräten nicht überschritten wird. Sie ist daher nicht einschlägig.

Ein derartiges Argument übersieht zu dem, dass die Rechtsprechung für derartige Fälle einer „Spezialbehandlung“ keineswegs eine fehlende oder nicht stattfindende Behandlung rechtfertigt, sondern den Einrichtungsträger oder den behandelnden Arzt dazu verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass er die Behandlung eines bestimmten Patienten ablehnen muss, weil die apparativen Möglichkeiten eine sachgerechte Behandlung nicht gewährleisten kann. Hieraus kann sich die Pflicht des behandelnden Arztes ergeben, die Grenzen der ihnen zur Verfügung stehenden technischen-apparativen Ausstattung zu erkennen und den Patienten eine entsprechende Spezialeinrichtung weiter zu verweisen (vergl. OLG Hamm GesR 2006, 120, 123/124). Geschieht dies nicht, hätte sich die ärztlich geleitete Einrichtung ein Übernahmeverschulden anzurechnen (vgl. Laus/Ullenburg Handbuch Arztrecht § 43 Rd.Nr. 2; Martis Winkert, Arzthaftungsrecht, 325).

Die Versorgung des OSA-erkrankten Patienten mit dem eigenen Gerät könnte die Befürchtung des Arztes oder der ärztlich geleiteten Einrichtung entgegenstehen, für die möglicherweise bestehende Fehlerhaftigkeit des Gerätes unter dem von

der Rechtsprechung entwickelten und anerkannten Gesichtspunkt des „voll beherrschbaren Risikos“ eintreten zu müssen. Darunter sind die Fallgestaltungen zu verstehen, bei denen die Schädigung eines Patienten aus einem Gefahrenbereich entsteht, der von dem Arzt oder von der ärztlich geleiteten Einrichtung voll beherrscht wird und daher ausgeschlossen werden kann und muss (BGH NJW 1995, 1618, 1619; BGH NJW 1999, 1779, 1780; OLG Hamm GesR 2005 164,165). Voraussetzung hierfür ist das fehlerhafte Funktionieren medizinischer Geräte und Materialien, die die Behandlungsseite uneingeschränkt steuern und damit voll beherrschen kann. (BGH VersR 1991, 310). Für diesen Fall muss die Behandlerseite einen Belastungsbeweis dahingehend führen, dass die Schädigung des Patienten im Zusammenhang mit den medizinischen Geräten nicht auf eigenes organisatorisches Fehlverhalten oder auf ein Fehlverhalten des Personals zurückzuführen ist. Diese Beweislastumkehr für einen möglichen Rechtsstreit wird die Behandlerseite in aller Regel vermeiden wollen. Diese Rechtsprechung ist aber für Fälle entwickelt, in denen alleine das Klinikpersonal Zugriffsmöglichkeiten auf die technischen Geräte hat. Das Risiko des Fehlfunktionierens wird dem Betreiber der ärztlichen Einrichtung aufgebürdet, weil die Fehler, die zum Versagen derartiger Geräte führen, allein in ihrer Risikofähre liegen. Der betroffene Patient hat keine eigenen Einwirkungsmöglichkeiten auf den Wartungs- und Erhaltungszustand des Gerätes. Mit anderen Worten: Der Patient soll für die Funktionstüchtigkeit eines Gerätes, das er nicht kennt und dessen Bedienung nur durch Fachpersonal geschehen kann, nicht haften. Fraglich bleibt daher, ob diese Rechtsprechung auf die CPAP-Geräte, die vom Patienten selbst mitgebracht werden, gänzlich übertragen werden kann, da die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit des Gerätes nicht hauptsächlich beim Betreiber der ärztlichen Einrichtung, sondern beim Patienten selbst verbleibt. Dieser bringt das Gerät mit. Es stammt daher aus seiner Privatsphäre. Technische Auffälligkeiten kennt der Patient. Er kann daher am besten über die technische Verlässlichkeit des Gerätes auch vor Verwendung des Gerätes durch eine ärztlich geleitete Einrichtung Kenntnis erlangen. Ggf. bestehende Wartungsintervalle sind zudem vom Patienten selbst einzuhalten. Sind daher technische Fehler entstanden, so dürften dies Fehler sein, die zumindest genau so gut der Risikosphäre des Patienten wie auch der Klinik entspringen. Eine Anwendung der Rechtsprechung der voll beherrschbaren Risiken auf die vorliegende Frage erscheint daher zweifelhaft, so dass im Ergebnis davon auszugehen sein wird, dass der Klinikbetreiber für diese Fälle nicht der Rechtsprechung der voll beherrschbaren Risiken unterfällt. Dies muss desto mehr gelten, je eher die ärztlich geleitete Einrichtung bei Aufnahme des OSA-Patienten deutlich macht, für die technische Funktionsfähigkeit des CPAP-Gerätes nicht eintreten zu wollen.

Schaden

Zur Geltendmachung eines Schadensersatz oder Schmerzensgeldes bedarf es eines eingetretenen Schadens. Zu untersuchen ist daher, welcher Schaden bei dem Patienten bei dem Nichteinsatz eines CPAP-Gerätes entsteht. Die Frage, ob ein Schaden vorhanden ist, ist grundsätzlich eine Frage des Einzelfalles. Der Schaden ist aus rechtlicher Hinsicht normativ festzustellen (sog. normativer Schadenbegriff; vgl. Heinrichs-Palandt, Vorbem. vor § 249 Rd-Nr. 13). Anerkannt ist, dass das CPAP-Gerät zunächst eine Entlastung des gesamten Organismus gewährleistet. OSA-Erkrankte die noch nicht mit einem CPAP-Gerät behandelt werden, müssen Auswirkungen auf zahlreiche gesundheitliche Vorgänge in ihrem Körper befürchten, wobei jedoch eine Kausalität im rechtlichen Sinne für die im

Einzelfall eingetretene, tatsächliche Beeinträchtigung (beispielsweise Herzinfarkt nach einer Behandlung eines OSA-Patienten ohne CPAP-Gerät) aus medizinischer Sicht wohl nur schwer zu führen sein wird (vgl. Christ/Strobel a.a.O.).

Die Mitursächlichkeit einer Handlung für einen bestimmten Erfolg reicht jedoch im rechtlichen Sinne aus (BGH NJW 1990, 2883). Bloße Befindlichkeitsstörungen sind jedoch noch nicht geeignet, ein Schmerzensgeldanspruch bestehen zu lassen. Sofern aufgrund der fehlerhaft durchgeführten Behandlungen aber (echte) Gesundheitsbeeinträchtigungen bei dem OSA-Patienten bestehen, die z. B. weitergehende, andere ärztliche Tätigkeiten notwendig werden lassen und beispielsweise Krankschreibungen oder berufliche Ausfallzeit mit sich bringen können Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche grundsätzlich in Betracht kommen. Die Führung dieses rechtlichen Beweises ist jedoch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da valide wissenschaftliche Untersuchungen hierzu noch fehlen (Christ/Strobel a.a.O.).

Fazit:

Die Versorgung eines OSA-Patienten mit CPAP-Geräten entspricht fachärztlichem Standards. Sie muss auch durch die den OSA-Patienten aufnehmende Klinik beachtet werden, so dass nur medizinisch vertretbare Gründe dafür sprechen können, den OSA-Patienten im Falle seiner eigenen Verhinderung nicht das eigene CPAP-Gerät zu betreiben. Ein besonderes Haftungsrisiko für die Klinik dürfte ausgeschlossen sein. Der jeweils eingetretene Schaden für den OSA-Patienten ist mitunter schwer nachweisbar.