

Der

VdK

Fachverband Schlafapnoe/
Chronische Schlafstörungen



Informiert.

März 2010

Haftungsfragen bei verweigerter Verwendung patienteneigener CPAP-Geräte

These des Verfassers

**Rechtsanwalt Alexander Reents Fachanwalt für Medizinrecht
Mühlenstr 20, 26409 Wittmund**

Eine ärztliche Einrichtung ist verpflichtet, bei entsprechender Behandlungsbedürftigkeit das vom Patienten mitgebrachte CPAP-Gerät anzuwenden, sofern einrichtungseigene Geräte keine Anwendung finden.

Wie Lücker dargestellt hat (Schlafapnoe Aktuell, Heft 27, April 2008), gibt es Unsicherheiten bei der Beurteilung, ob ein Krankenhaus zum Betreiber eines Medizinprodukts wird, wenn es oder eine insofern vergleichbare ärztlich geleitete Einrichtung das vom Patienten in die stationäre Aufnahme mitgebrachte CPAP-Gerät für den Patienten (an ihn selbst) anwendet.

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, bei dort bekannter Schlafapnoe verpflichtet ist, das vom Patienten mitgebrachte CPAP – Gerät zum Einsatz zu bringen.

Grundsätzliche Pflichten im Rahmen ärztlicher Behandlungen

Der Arzt und damit auch die ärztlich geleiteten Einrichtungen schulden dem Patienten eine fachgerechte entsprechende Behandlung als Dienstleistung, ohne dass der Arzt oder die ärztliche Einrichtung gleichzeitig auch einen bestimmten Behandlungs – oder Heilerfolg schulden. Eine Haftung kann daher nur durch einen Behandlungsfehler ausgelöst werden, der dann vorliegt, wenn gegen Regeln und Standards der ärztlichen Wissenschaft verstoßen.

Gesetzgebung und Rechtsprechung geben dem Behandlungspersonal, insbesondere dort den Ärzten, nicht vor, welche therapeutischen Maßnahmen im Einzelnen zu ergreifen sind. Dies ist allein Aufgabe der ärztlichen Wissenschaft. 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, das den betroffenen Arzt oder die ärztlich

geleitete Einrichtung zur Leistung von Schadensersatz verpflichten kann. Zur Feststellung, ob gegen ärztliche Standards verstoßen wurde, ist im gerichtlichen Verfahren stets die Einschaltung eines medizinischen Sachverständigen notwendig. 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.

Pflicht zur Anwendung des CPAP-Geräts

Ist die Schlafapnoe nicht die behandlungsbedürftige Einweisungsdiagnose in das Krankenhaus, stellt sich die Frage, in wie weit dennoch bereits die fehlende Übernahme der Bedienung eines patienteneigenen CPAP-Geräts eine Verletzung des Behandlungsvertrages darstellen kann. Eine solche Übernahme der ansonsten durch den Patienten regelmäßig selbst durchgeführten Behandlung der OSA kann während eines Krankenhausaufenthalts notwendig werden, wenn der Patient dazu nicht in der Lage ist, z.B. nach einer Narkose.

Die chronische obstruktive Schlafapnoe (OSA) ist als chronische Erkrankung stets behandlungsbedürftig; anerkannt ist, dass ein Aussetzen der Therapie durch ein CPAP-Gerät in medizinischer Hinsicht der Gesundheit abträglich ist oder sogar lebensbedrohliche Folgen haben kann.

Mit der Bejahung der Behandlungsbedürftigkeit der OSA unterfällt diese automatisch dem zwischen Arzt und Patient geschlossenen Vertrag. Es kann deshalb nicht darauf ankommen, ob es sich bei Aufnahme in ein Krankenhaus um eine Diagnose handelt, um derentwillen die stationäre Einweisung erfolgt oder ob sie nur als „Nebenbefund“ besteht (hier wohl anderer Auffassung Lückner, a.a.O.).

Definition des ärztlichen Standards in der OSA-Behandlung

Bislang hat sich die Rechtsprechung mit der speziellen Problematik der OSA-Behandlung als Nebenbefund im Rahmen eines stationären Aufenthalts wenig beschäftigt, so dass höchstrichterlich abgesicherte ärztliche Standards bezüglich der OSA-Behandlung ausstehen. Es bleibt deshalb zurzeit Ärzten und Patienten überlassen, hier ein lösungsorientiertes Umgehen mit dem Einsatz der Behandlungsgeräte zu entwickeln.

Bedeutung der einschlägigen Leitlinien

Um hier Anhaltspunkte zu finden, die die Bedürfnisse der erkrankten Patienten und ihrer Behandler nach Klärung dieser Situation erfüllen, können zur Bestimmung der medizinisch gebotenen Standards sog. Leitlinien herangezogen werden. Die Arbeitsgemeinschaften der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) haben solche Leitlinien für die Anwendung in verschiedensten medizinischen Fachgebieten entwickelt.

Für den Bereich der auf Schlafstörungen zurückzuführenden Erkrankungen in ihrer verschiedensten Ausprägung sind hier beispielsweise die Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ (Leitlinien-Register 063/001), die Leitlinie „Schlafbezogene Atemstörungen (SBAS) bei neurologischen Erkrankungen“ (Leitlinien-Register 030/074) sowie die Leitlinie „Müdigkeit“ (Leitlinien-Register 053/002) zu benennen.

Die Bedeutung der Leitlinien und die Frage danach, welche Rechtsfolgen ein Verstoß gegen diese Leitlinien hat, wird in Rechtsprechung und Literatur nicht einhellig beurteilt. Einigkeit scheint aber darin zu bestehen, dass ein Abweichen von den AWMF-Leitlinien ein Indiz für eine Verletzung des medizinischen Standards liefert und damit der in Anspruch genommene Arzt dieses Abweichen medizinisch begründen und diese Gründe bei Bedarf auch nachweisen muss, wenn er den Vorwurf einer medizinischen Fehlbehandlung entkräften will.

Ein Abweichen vom Inhalt der AWMF-Leitlinien ist daher grundsätzlich möglich, ohne gleichzeitig und unbedingt einen Behandlungsfehler auszulösen. Die Leitlinien gelten nämlich nicht unerschütterlich und mit letztendlicher Geltungswirkung (Jorzig/Pfeifel GesR 2004, 310, 313).

Die unter dem Dach der AWMF tätigen Fachgesellschaften haben bei der Errichtung der Leitlinien berücksichtigt, dass durchaus auch unterschiedliche Behandlungsansätze zu einem Ziel führen können. Sie haben deshalb den entwickelten Leitlinien unterschiedliches Gewicht verliehen. Die Leitlinien, denen die Fachgesellschaften das meiste Gewicht beimessen und mit dem sie den Behandlungsrahmen am engsten stecken, sind die sogenannten S-3-Leitlinien. Zu diesen gehört auch die o.g. Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“.

Diese S-3 Leitlinien, also Leitlinien mit höchstem Gültigkeitsgrad, haben nach teilweiser, aber nicht unumstrittener Auffassung eine besondere Bindungswirkung für den handelnden Mediziner (vgl. Bergmann GesR 2006, 337, 343; Müller GesR 2004, 257, 260). Gleiches gilt für die rechtlichen Auswirkungen ihrer Nichtbeachtung.

Es zeichnet sich jedoch ab, dass ein Verstoß gegen eine S-3-Leitlinie eine Indizwirkung dahingehend entfaltet, dass ein Arzt fehlerhaft gehandelt hat. (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).

In der S 3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ heißt es „Die überlegene Therapieform für alle Schweregrade der obstruktiven Schlafapnoe ist die nächtliche Überdruckbeatmung („positive airway pressure“, PAP) in Form des kontinuierlichen PAP-Modus (CPAP, „continuous PAP; ...“)

Diese klare Aussage lässt keinen Zweifel mehr daran, dass sich die Überdruckbeatmung mit CPAP-Geräten im Sinne einer Standardbehandlung definieren lässt.

Zur Nutzung der CPAP-Geräte findet sich in einer weiteren Leitlinie „Therapie der obstruktiven Schlafapnoe des Erwachsenen“, die die erlassende Fachgesellschaft

immerhin mit der Kennzeichnung S 2 gewichtet, folgende ausdrückliche Formulierung:

„Die CPAP-Beatmung ist die Standardbehandlung in der Therapie der mittel – bis schwergradigen OSA.“

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

Festzuhalten bleibt damit, dass die Beatmung mit CPAP Geräten bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe über die S 3 –Leitlinie als Standardbehandlung gekennzeichnet wird. Das gleiche gilt für die medizinische, internistische und anästhesiologische Fachliteratur, in der der Einsatz von CPAP-Geräten auch als Standardbehandlung angeführt wird. So gelten die mit den nächtlichen obstruktiven Apnoen verbundenen hämodynamischen Wirkungen, wie z. B. ein Blutdruckanstieg auf über 300 mmHg, als nachgewiesen (ausführlich die Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“).

Der Einsatz auch patienteneigener Geräte wird deshalb empfohlen (Schonoor u. a. „Perioperatives Management der obstruktiven Schlafapnoe“, Der Anästhesist 2009, S. 189-200).

Wird daher ohne nachvollziehbare und – vom Behandler nachzuweisende - medizinische Gründe eine Behandlung mit CPAP-Geräten nicht durchgeführt, entspricht diese Behandlung nicht den dort geforderten ärztlichen Standards.

Mögliche juristische Gegenargumente der ärztlichen Einrichtungen

1. Grenzen apparativer Ausstattung

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 einheitlich „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 einzelne Einrichtungen in „Schwächeregionen“ gelten, in denen ärztliche Spitzenleistungen nicht erbringbar

sind, weil entweder entsprechend qualifiziertes Personal nicht gewonnen oder hochkomplizierte neueste apparative Technik nicht erschwinglich oder flächendeckend nicht beschaffbar ist.

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

Die Rechtsprechung zum Behandlungs- und Ausstattungsmaßstab ist deshalb nach Auffassung des Verfassers auf die CPAP-Geräte nicht übertragbar.

Dieses Argument übersieht darüber hinaus, dass die Rechtsprechung für derartige Fälle keineswegs eine 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 zur Verfügung stehende apparative Ausstattung eine sachgerechte Behandlung nicht gewährleisten kann. Deshalb kann sich an dieser Stelle die Pflicht des behandelnden Arztes ergeben, die Grenzen der ihm zur Verfügung stehenden technisch-apparativen Ausstattung zu erkennen und den Patienten an eine entsprechende Spezialeinrichtung 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/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 325).

2. Haftung unter dem Gesichtspunkt des „voll beherrschbaren Risikos“

Der Versorgung des OSA-erkrankten Patienten mit dem eigenen Gerät könnte auch 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“ einstehen 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). Dann muss die Behandlerseite einen Entlastungsbeweis 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 Risikosphäre liegen. Der betroffene Patient selbst hat keine 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. Es ist fraglich, ob diese Rechtsprechung auf die CPAP-Geräte, die vom Patienten selbst mitgebracht werden, gänzlich übertragen werden kann, da

die Sicherstellung der Funktionstätigkeit des Gerätes nicht hauptsächlich beim Betreiber der ärztlichen Einrichtung, sondern beim Patienten selbst verbleibt. Dieser bringt das Gerät mit. Es stammt aus seinem Herrschaftsbereich. Technische Auffälligkeiten kann nur der Patient kennen. Ggf. bestehende Wartungsintervalle sind vom Patienten selbst einzuhalten. Sind daher technische Fehler entstanden, so dürften dies Fehler sein, die zumindest genauso gut der Risikosphäre des Patienten wie auch der Klinik entstammen.

Auch eine Anwendung der Rechtsprechung des voll beherrschbaren Risikos auf die vorliegende Frage erscheint dem Verfasser fernliegend. Dies muss umso mehr gelten, je deutlicher die ärztlich geleitete Einrichtung bei Aufnahme des OSA-Patienten darauf hinweist, für die technische Funktionsfähigkeit des patienteneigenen CPAP-Gerätes nicht eintreten zu wollen.

Fazit des Verfassers:

Die Versorgung eines OSA-Patienten mit CPAP-Geräten entspricht fachärztlichen Standards. Sie muss auch durch die den OSA-Patienten aufnehmende Klinik beachtet werden, so dass allenfalls besondere medizinische Gründe dafür sprechen können, den OSA-Patienten im Falle seiner eigenen Verhinderung nicht mit dem eigenen CPAP-Gerät zu versorgen.

März 2010