

Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler

Martin L. Hansis

Zusammenfassung

Es wird über 78 Fälle berichtet, bei denen der Vorwurf eines Behandlungsfehlers durch eine unzureichende Koordination ärztlicher Behandlungsmaßnahmen mitverursacht war. In über 80 Prozent fand sich ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis. Ein ärztlicher Behandlungsfehler selbst war nur in 27 Fällen (35 Prozent) festzustellen. Ursachen des ungünstigen Behandlungsverlaufs waren Koordinationsdefizite innerhalb des Krankenhauses, an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder während der ambulanten Behandlung. Probleme traten meist dann auf, wenn es galt, eine sich anbahnende Komplikation rechtzeitig zu erkennen, oder wenn ein schwer zu überblickendes Krankheitsbild vorlag, etwa eine komplexe Verletzung oder eine Bagatellverletzung mit anhaltenden Beschwerden ohne entsprechenden Befund. Präventiv erscheint die zügige Implementierung medizinischer Leitlinien ebenso wichtig wie die vermehrte Beachtung des „Lotsenprinzips“ beziehungsweise zumindest die regelmäßige informelle interkollegiale Information bei der Behandlungsübernahme.

Schlüsselwörter: Behandlungsfehler, Koordination, Leitlinie, Komplikation, Kommunikation

Summary

Insufficient Coordination as a Cause for Presumed Malpractice

The report concerns 78 cases of supposed malpractice due to insufficient coordination of medical procedures. In 80 per cent of these cases therapeutic result was poor and in only 35 per cent malpractice was confirmed. The deficits of coordination occurred within the hospital, on demission from the hospital or during ambulant therapy. Problems occurred during the perception of beginning complications or in the course of taking care of complex injuries. To achieve better prevention, medical guidelines should be implemented as fast as possible and personal guidance of the patient should become a more common practice.

Key words: malpractice, coordination, guideline, complication, communication

Die herkömmliche Vorstellung zur Genese eines ärztlichen Behandlungsfehlers unterstellt, dass ein Arzt in einer konkreten klinischen Situation eine einzelne vermeidbar fehlerhafte diagnostische oder therapeutische Entscheidung trifft (einen wesentlichen Befund in einer Röntgenaufnahme übersieht, ein ungeeignetes Medikament oder eine inadäquate operative Taktik wählt) und auf diese Weise dem Patienten abwendbaren Schaden zufügt. Für Fachleute noch, für Laien schon fast nicht mehr verständlich ist die darüber hinausgehende Vorstellung, in dem unbefriedigenden Behandlungsergebnis würden sich die Folgen der Erkrankung sui generis, etwaige unvermeidbare behandlungsimmanente Komplikationen sowie die Folgen des mutmaßlichen Behandlungsfehlers überlagern. Noch schwerer nachvollziehbar ist die Vorstellung, für manche Behandlungsfehler liege der Ursprung gar nicht in einer einzelnen als fehlerhaft erkennbaren Entscheidung. Vielmehr komme es zum Effekt des Fehlers durch das Aufsummieren und die wechselseitige Verstärkung mehr oder weniger verständlicher, vermeidbarer und insbesondere mehr oder minder trivialer und alltäglicher organisatorischer Nachlässigkeiten. Eine solche Vorstellung hat zur Konsequenz, dass sich Zeitpunkt und Schwere des Fehlers in derartigen Konstellationen gar nicht festmachen lassen; hieraus folgt, dass der belastete Arzt und seine Rechtsvertreter versuchen werden, jeden einzelnen Schritt, jede einzelne diagnostische oder therapeutische Teilmaßnahme als „eben noch zu akzeptieren“ zu klassifizieren, sodass eine insgesamt schlechte und im Ganzen gesehen auch fehlerhafte Behandlung letztlich nicht als solche zu kennzeichnen ist.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) e.V. (Leitender Arzt: Prof. Dr. med. Martin L. Hansis), Essen

Noch viel ausgeprägter wird diese Diskrepanz zwischen schlechter und „beweisbar falscher“ Behandlung dann, wenn die einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen von mehreren ärztlichen Kollegen wahrgenommen wurden.

Diese Zusammenstellung soll zeigen, welche tiefgreifenden Qualitätsmängel sich aus Koordinationsdefiziten der an einer einheitlichen Behandlung beteiligten Ärzte ergeben können. Sie soll darlegen, wie sich allein aus einer offenkundig unkoordinierten Behandlung Fehlervorwürfe ergeben können – auch wenn keine Fehler unterlaufen sind. Sie wird weiterhin zeigen, wie extrem schwierig es in der Regel ist, derartige Koordinationsdefizite zu kennzeichnen, wie wenig die gängige Rechtsprechung dieser Problematik beikommen kann und insbesondere wie breit die Grauzone zwischen schlechter Behandlung und beweisbar falscher Behandlung vor dem Hintergrund derartiger Koordinationsdefizite ist. Die Zusammenstellung schließt mit Vorschlägen, wie derartigen Qualitätsmängeln vorgebeugt werden kann.

Methodik

Gegenstand dieser Untersuchung sind 345 Gutachten beziehungsweise gutachterliche Bescheide, welche der Autor innerhalb von vier Jahren (1997 bis 2000) für die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein im Fach Unfallchirurgie abgegeben hat. Die Gutachten beziehungsweise gutachterlichen Bescheide wurden sämtlich nach folgenden Fragen untersucht:

- Gibt es im Behandlungsverlauf Hinweise auf Koordinationsdefizite (innerhalb einer Praxis oder Krankenhausabteilung, zwischen verschiedenen Praxen oder Krankenhausabtei-

lungen beziehungsweise zwischen Krankenhaus und vertragsärztlichem Bereich), die für einen unbefriedigenden Verlauf oder im Sinne eines Fehlervorwurfs mitverantwortlich zu machen wären?

- Worin äußerten sich etwaige Koordinationsdefizite (in einer Verschlechterung des Behandlungsergebnisses, in einer nicht adäquaten Erkennung beziehungsweise Behandlung eintretender Komplikationen oder in anderen Folgen)?
- Wurde ein Behandlungsfehler festgestellt?
- Hätten sich die gefundenen Koordinationsdefizite mutmaßlich weniger ausgeprägt dargestellt bei vorhandenen hausinternen beziehungsweise nationalen Leitlinien?

Als Koordinationsdefizite wurden Vorgänge gekennzeichnet, bei denen erkennbar die Problematik der wechselseitigen Absprache, der ärztlichen Kommunikation und Informationsweitergabe im Vordergrund standen. Fehlerwürfe, welche sich erkennbar auf nur unterschiedliche medizinische Einschätzungen eines Sachverhalts bezogen, wurden in die Auswertung nicht mit einbezogen.

Ergebnisse

Bei 78 von 345 beurteilten Behandlungsvorgängen (23 Prozent) waren im Verlauf Koordinationsdefizite sichtbar, die für den festgestellten Behandlungsfehler, das ungünstige Ergebnis, in jedem Fall jedoch zumindest für den Fehlervorwurf mitverantwortlich zu machen waren. Der weitaus größte Teil der Mängel bei den Absprachen betraf den Übergang zwischen der stationären und ambulanten Behandlung (33 von 78 Fällen), oder die Kooperation der niedergelassenen Ärzte (44 von 78 Fällen – Mehrfachnennungen möglich). In neun Fällen war die Kooperation verschiedener Krankenhausabteilungen oder innerhalb einer Krankenhausabteilung nicht in Ordnung.

In 27 von 78 Fällen (35 Prozent) wurde letztlich ein Behandlungsfehler festgestellt – entsprechend der langjährig stabilen Rate bei der Gutachterkommission Nordrhein. In 65 Fällen ließ

sich als Folge (oder anteilige Folge) der Koordinationsdefizite eine Verschlechterung des Behandlungsergebnisses nachweisen – in Form eines verspäteten Erkennens eingetretener Komplikationen und/oder in Form eines sonst unbefriedigenden Behandlungserfolgs. In 13 Fällen blieben die Koordinationsdefizite ohne erkennbaren nachteiligen Effekt – sieht man von dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers ab.

Soweit es sich um Koordinationsdefizite innerhalb einer Krankenhausabteilung beziehungsweise mehrerer Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses handelte, hätten sich diese retrospektiv allesamt mutmaßlich durch das Vorhandensein hausinterner organisatorischer Leitlinien vermeiden lassen. Insgesamt wären – soweit eine solche Abschätzung nachträglich möglich ist – die Interaktionsprobleme in 52 von 78 Fällen (67 Prozent) vermutlich durch nationale und von den jeweiligen Fachgesellschaften herausgegebene Behandlungs- und Diagnoseleitlinien vermeidbar oder zumindest in ihrer Schwere zu minimieren gewesen (*Tabelle*).

Fallkonstellationen

Die aufgefundenen 78 Vorgänge von Koordinations- und Kommunikationsdefiziten mit negativen Folgen lassen sich im Wesentlichen folgenden Konstellationen zuordnen:

- Abspracheprobleme innerhalb einer Krankenhausabteilung beziehungsweise zwischen einzelnen Krankenhausabteilungen (neun Fälle).

In der Kausalkette vergleichsweise einfach zu überblicken sind Koordinationsprobleme dann, wenn sie innerhalb einer Krankenhausabteilung beziehungsweise zwischen verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses auftreten.

Beispiel 1: Ein junger Mann erleidet eine Mehrfachverletzung mit mehrfachen Gesichtsschädelbrüchen, Rippenserienfraktur mit Hämatothorax und Herzkontusion sowie einer (erst später diagnostizierten) perilunären Luxationsfraktur. Am Unfalltag erfolgt die Aufnahme auf der Intensivstation, eine Röntgen-Standard-Diagnostik gemäß den allgemeinen Regularien, konsiliatorische Untersuchungen durch den Neu-

rochirurgen und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen sowie die Einleitung einer mehrtägigen maschinellen Beatmung. Während dieser Zeit fällt eine Schwellung der linken Hand auf, der Anästhesist veranlasst eine Röntgenaufnahme der Hand. Diese wird „in Behelfstechnik“ in einer schrägen Ebene durchgeführt, der beurteilende Radiologe, der die Facharztprüfung noch nicht abgelegt hat, erkennt dort „keine sichere frische knöchernen Verletzung“. Von der Intensivstation erfolgt die Verlegung zur operativen Versorgung auf die Normalstation der Kieferchirurgie und von dort in ein externes Krankenhaus. Dort wird die perilunäre Luxationsfraktur rund drei Wochen nach dem Unfall erkannt und behandelt.

Ursächlich für die Verspätung der Diagnose ist, dass sich Anästhesist und Kieferchirurg auf die radiologische Befundung verließen und dass der befundende Radiologe sich mit einer „Behelfstechnik“ zufrieden gab, dass ihm möglicherweise das Krankheitsbild nicht geläufig war und er naturgemäß das klinische Bild nicht kannte, aus dem sich das Vorliegen eines röntgenpathologischen Befundes hätte aufdrängen müssen. Die Fehleinschätzung hätte vermieden werden können, wenn es – organisatorisch festgelegt – einen Arzt gegeben hätte, der in der Lage gewesen wäre, sowohl Klinik als auch Röntgenbild zu beurteilen.

- Verspätetes Erkennen einer Komplikation beziehungsweise verspätete Entdeckung einer zunächst übersehenen Diagnose (28 Fälle).

Wechselt ein Patient von der stationären in die ambulante Behandlung, so verlässt sich der ambulant weiterbehandelnde Kollege in der Regel darauf, dass im Krankenhaus zunächst diagnostisch und therapeutisch alles Notwendige getan wurde. Dies kann dazu führen, dass eine im Krankenhaus übersehene Verletzung – zum Beispiel eine verkannte Fraktur – beim nachbehandelnden Arzt mit erheblicher Verspätung diagnostiziert wird, oder dass eine nach einer Krankenhausbehandlung frühzeitig eintretende Komplikation, (sekundäre Dislokation, Infektion oder Ähnliches) deutlich später erkannt und angegangen wird als dies eigentlich möglich und wünschenswert wäre. In

beiden Fällen unterstellt der nachbehandelnde Kollege eine gewisse Zeit lang (durchaus verständlich), die von ihm gesehene Verletzung beziehungsweise Komplikation müsste ja wohl auch bereits während der stationären Behandlung vorhanden gewesen und dort Gegenstand diagnostischer und therapeutischer Überlegungen gewesen sein.

Beispiel 2: Eine 58-jährige Frau erleidet eine Quetschverletzung des rechten Daumens mit Endgelenksluxation und ausgedehnter Weichteilverletzung. Im Krankenhaus erfolgt am Unfalltag ambulant eine Reposition und Wundversorgung und am Folgetag eine Nachschau. Die sich in der Folge anbahnenden Zeichen einer klinischen Infektion führen erst am fünften Tag zur Revision. Zahlreiche weitere Eingriffe werden erforderlich, zuletzt bleibt eine Ankylose im Endgelenk mit problematischen Weichteilverhältnissen zurück.

Gerade die posttraumatische beziehungsweise postoperative Wundinfektion bahnt sich in der Regel lediglich sukzessive und anfangs unmerklich an, sodass eigentlich nur eine kontinuierliche Nachbeobachtung hier eine rechtzeitige Entdeckung und Therapie möglich macht.

- Inkonsistente Behandlung einer schwer überschaubaren Erkrankung (52 Fälle).

Manche Verletzungen erfordern wegen ihrer Komplexität ein hohes Maß an Aufmerksamkeit während der Nachbehandlung. Eine operativ versorgte suprakondyläre Oberarmfraktur, die konservative Behandlung eines Unterschenkelbruchs beim Erwachsenen beziehungsweise eine operativ versorgte Sehnen-Mehrfachverletzung an der Hand machen eine sehr differenzierte Nachbehandlung, gegebenenfalls einen Wechsel zwischen Mobilisierungs- und Ruhigstellungsphasen, eventuell das kurzfristige Einfügen zusätzlicher operativer Interventionen oder weitere Maßnahmen erforderlich. Behandlungspläne für derartige Folgebehandlungen sind kaum im Vorhinein zu formulieren und dem Patienten mitzugeben; der weiter betreuende Arzt wird sich überwiegend sowohl vom momentanen Befund als auch von seiner persönlichen Erfahrung leiten lassen.

Beispiel 3: Eine junge Frau erleidet einen unikondylären Oberarmbruch. Vier Tage nach dem Unfall wird nach offener Reposition eine Schraubosteosynthese durchgeführt, die dem Operateur jedoch von Anfang an als nicht übungstabil erscheint. Er empfiehlt deshalb eine regelmäßige Freigabe zum Üben unter Anleitung und im Übrigen eine vierwöchige Ruhigstellung mit Gipsschiene. Neun Tage nach der Operation erfolgt die Entlassung aus der stationären Behandlung. In der Folge sucht die Patientin zwei niedergelassene Orthopäden und insgesamt drei weitere unfallchirurgische Krankenhausabteilungen auf. Dabei kommt es sowohl zu zwischenzeitlichen Ruhigstellungen und krankengymnastischen Behandlungen als auch zu einer Mobilisierung unter Plexuskatheter und einer blutigen Arthrolyse. Unterdessen wird auch eine Sudeck-Dystrophie vermutet, obwohl ein typisches klinisches oder radiologisches Bild nicht vorliegt. Zuletzt resultiert eine weitgehende Einsteifung des Ellbogengelenks.

Per- und suprakondyläre Oberarmfrakturen sind stets anspruchsvoll in ihrer Behandlung. Eine bei nicht gewährleisteter Stabilität zu modifizierende Nachbehandlung hätte überhaupt nur Aussicht auf guten Erfolg gehabt, wenn sie bei hervorragender Führung langfristig von einer Hand erfolgt wäre.

Ein schwer überschaubares Krankheitsbild mit einer ähnlichen Problematik, jedoch unter umgekehrten Vorzeichen, ergibt sich dann, wenn ein Patient eine bagatelhafte Verletzung erlitten hat, welche zwar kaum einen objektiveren Befund, dafür jedoch wochen- bis monatelang anhaltende Schmerzen hinterlässt. Schwierig wird eine solche Konstellation deshalb, weil der Patient die Aussage „Ich kann nichts Krankhaftes finden“ nicht mehr hören kann und sich dadurch zum häufigen Arztwechsel verleiten lässt und weil jeder wegen dieser Beschwerdesymptomatik neu konsultierte ärztliche Kollege sein Bestes geben wird, nun endlich den diagnostischen und therapeutischen Durchbruch zu schaffen. Auf diese Weise ergeben sich gerade bei solchen eher trivial erscheinenden Erkrankungen und Verletzungen Behandlungsverläufe, die im Rück- und

Überblick das Attribut „qualifiziert“ mit Sicherheit nicht verdienen und die auch den Vorwurf eines Behandlungsfehlers heraufbeschwören, bei denen jedoch kein einzelner Arzt „etwas falsch gemacht“ hat.

Beispiel 4: Ein 31-jähriger Mann erleidet eine Fersenprellung, als ihm bei der Arbeit ein Wagen gegen den Fuß fährt. Bei einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus werden eine Fraktur ausgeschlossen und eine konservative Behandlung eingeleitet. Die Schmerzen persistieren, sodass während der nächsten neun Monate zwei Allgemeinärzte, ein niedergelassener Orthopäde, ein Radiologe und zwei Krankenhausärzte konsultiert werden. Diagnostiziert werden nacheinander eine Peritendinitis der Peronäalsehnen, ein posttraumatischer Reizzustand des oberen Sprunggelenks und eine ausgeheilte Osteochondrosis dissecans tali. Therapiert wird mit Salbenverbänden, Zinkleimverbänden, einem Unterschenkelgips, einer Laserbehandlung und einer Arthroskopie.

Gefehlt hat hier eindeutig der „Lotse“, also ein Arzt, der in der Lage gewesen wäre, den Patienten langfristig an sich zu binden und der den gesamten Verlauf, alle erhobenen Befunde und ergriffenen Maßnahmen überblickt hätte. Dies gilt unabhängig davon, ob man nun die zuletzt gestellte Diagnose (ausgeheilte Osteochondrose) als das eigentliche Problem ansieht oder nicht. Ein Ärgernis ist nicht nur die Odyssee des Patienten, sondern auch der Umstand, dass die schlechte Koordination zu Behandlungsfehlervorwürfen gegenüber gleich vier der beteiligten Ärzte führte.

Diskussion

Organisatorische Defizite gelten grundsätzlich als vermeidbar; sie können deswegen im Fall des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers prinzipiell zu einer Umkehr der Beweislast führen (2, 4). Die Rechtsprechung hat sich in der Vergangenheit eingehend mit organisatorischen Problemen innerhalb einzelner Krankenhausabteilungen oder bei der Absprache zwischen zwei benachbarten Krankenhausabteilungen befasst.

Gegenstand waren regelmäßig eindeutig als solche zu identifizierende organisatorische Defizite. Unter anderem wurden folgende Organisationspflichten herausgearbeitet: Lückenlose Übergabe problematischer Patienten von Anästhesie und Operateur (1a), Überwachung unerfahrener Ärzte (1b), Einweisung neuer Mitarbeiter (1c), Erstellung eines Behandlungsplans für den Notfall (1d), sichere Überwachung von Parallelnarkosen (1e), Schutz des Patienten vor Übermüdung der Ärzte (1f), zügige Übermittlung von Laborergebnissen (1g), Überwachung nicht-ärztlichen Personals (1h) und zahlreiche weitere.

Grundlage ist die Vorstellung, dass ein schlechtes Behandlungsergebnis in der Regel von einem einzelnen Arzt oder (bei definierten Interaktionsproblemen) von zwei eindeutig zu identifizierenden, eigentlich zur Kooperation fähigen und verpflichteten Ärzten verantwortet werden muss. Mit Behandlungsverläufen, bei denen der Patient nacheinander von zahlreichen ärztlichen Kollegen betreut wird, wobei der einzelne Arzt jeweils fast alles richtig macht, bei denen

dennoch ein schlechtes Ergebnis resultiert, hat sich die Rechtsprechung bislang nicht umfassend, sondern nur in Einzelaspekten beschäftigt (1i). Wegweisend erscheint jedoch folgendes Urteil:

Ein 51-jähriger Mann stürzt unter Alkoholeinfluss und wird in eine Krankenhausambulanz eingeliefert. Zunächst wird eine Kopfplatzwunde diagnostiziert; ein Schädelbruch wird auf der Röntgenaufnahme nicht erkannt. Zwei Stunden nach dem Unfall (und gut eine Stunde nach der Krankenhauseinlieferung) zeigen sich erste Symptome einer Drucksteigerung im Gehirn, weitere 90 Minuten später ver-

liert der Patient das Bewusstsein. Erst weitere 90 Minuten später fasst man den Entschluss, den Patienten in eine Neurochirurgie zu verlegen, und nochmals zwei Stunden später (das heißt sieben Stunden nach dem Unfall und fünf Stunden nach Beginn der entsprechenden klinischen Symptomatik) trifft der Patient dort ein. Er verstirbt später.

Die Aufarbeitung der medizinischen und administrativen Abläufe zeigt eine Verkettung unglücklicher Umstände:

Der vorangegangene Alkoholge-nuss des Patienten erschwerte die kli-

Anästhesist wegen eines anderen operativen Eingriffs nicht abkömmlich schien; auch hier fehlte die erfahrene Person, welche Anweisung gegeben hätte, alle anderen, nachrangigen Tätigkeiten bis zum Abschluss der Verlegung ruhen zu lassen.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf verurteilte das Krankenhaus zu Schadensersatz. Bemerkenswert sind folgende Ausführungen: „Der Gesamtverlauf zeigt deutlich, dass unabhängig von dem Fehlverhalten einzelner Personen letztlich schwerwiegende organisatorische Mängel für den verhängnisvollen Ausgang der Behandlung ursächlich geworden sind. Die gravierenden organisatorischen Mängel haben letztlich dazu geführt, dass der Behandlung von . . . nicht der . . . erforderliche absolute Vorrang eingeräumt wurde (1j).“

Im Übrigen wird üblicherweise bei der Beurteilung eines Behandlungsfehler vorwurfs nach dem einen Fehler des einen Arztes gefragt. Dies kann keine angemessene Form der Wertung mehr sein, wenn die Patienten eine völlige Unabhängigkeit genießen in der Wahl und dem fallweisen Wechsel ihrer Ärzte und wenn eine zunehmende Arbeitsteiligkeit tatsächlich unter Umständen beim Kollegen nebenan gerade die speziellen Kenntnisse und Fertigkeiten vermuten lassen, die in der konkreten Situation weiterhelfen könnten. Wenn in den oben genannten Beispielfällen 2, 3 und 4 jeweils kein Behandlungsfehler festzustellen war, dann ist dies Folge dieser gültigen Rechtssystematik – wengleich diese Einschätzung den klagenden Patienten kaum zu vermitteln ist.

Es hilft hier auch das Konstrukt der Sicherungsaufklärung nicht weiter. Diese verlangt vom zunächst behandelnden Arzt (dem ursprünglichen Garanten der Behandlung) angemessene Informationen beziehungsweise Aufklärung darüber, was der Patient zu einem guten Behandlungserfolg beitragen kann. Die Sicherungsaufklärung zum Beispiel auf den erstbehandelnden Krankenhausarzt anzuwenden (Beispiele 2, 3 und 4) hieße aber nach hiesiger Einschätzung, von ihm derart verzweigte und vielgestaltige gedankliche Konstrukte des weiteren Verlaufs

Tabelle	
Ursachen und Folgen ungenügender Koordination	
Ort der ungenügenden Koordination	Anzahl
Innerhalb des Krankenhauses	9*
Anlässlich der Krankenhauserlassung	33*
Während der ambulanten Behandlung	44*
Auswirkungen der ungenügenden Koordination	
Verspätete Erkennung eintretender Komplikationen	28*
Verschlechtertes Behandlungsergebnis	39*
Keine nachteiligen Folgen zu objektivieren	13
Behandlungsfehler festgestellt	
Ja	27
Nein	51
Mutmaßliche Vermeidbarkeit des Koordinationsmangels	
Durch nationale/überregionale Leitlinien	52*
Durch hausinterne Leitlinien/Arbeitsanweisungen	14*
* Mehrfachnennungen möglich	

nische Beurteilung, die Röntgenaufnahme des Schädels war wegen eben dieser Unruhe schwer zu beurteilen, ihre Beurteilung erfolgte durch einen unerfahrenen Arzt. Derselbe unerfahrene Arzt stellte wohl die ersten Symptome der Verletzung im Schädelinneren fest (ungleich weite Pupillen), führte diese jedoch auf eine Behandlung mit Augentropfen zurück. Die eine erfahrene Kraft, welcher die besorgniserregende Entwicklung und Symptomkonstellation des Patienten aufgefallen wäre, war nicht gegenwärtig. Nach dem Entschluss zur Verlegung verzögerte sich diese, weil der

abzuverlangen (und dem Patienten zu vermitteln), dass dies wohl schlechterdings lebensfremd wäre.

Noch mehr als die Beurteilung des Behandlungsfehlervorwurfs muss die Frage nach der Qualität der Gesamtbehandlung interessieren. Unabhängig davon, ob nun ein Fehler im engeren Sinn festzustellen war – die Behandlungen waren in allen vier Fällen schlecht: Schlecht, bezogen auf das Ergebnis, und schlecht, bezogen auf den eingesetzten Aufwand. Es kann den Akteuren eines derart komplexen, hochstehenden und mit einem Zehntel des Bruttoinlandsprodukts finanzierten Gesundheitswesens nicht gleichgültig sein, wenn gerade die Komplexität, die Differenzierung und Leistungsfähigkeit der Versorgung deren Qualität und Sicherheit zu ersticken drohen.

Schlussfolgerungen

Ärztliche Arbeitsteilung mit Spezialisierung einerseits und Patientenfreizügigkeit andererseits können zu Behand-

lungsverläufen führen, die weit weniger zielgerichtet sind; als es eigentlich für eine gute Therapie förderlich wäre. Dies gilt auch in Bereichen, die eigentlich – prima vista – gut überschaubar und begreifbar erscheinen, wie zum Beispiel der Unfallchirurgie. Um derart zerfahrene Krankheitsverläufe zu vermeiden, bieten sich folgende Ansätze an:

- Zielgerichtete Abstimmung und Vereinheitlichung klassischer diagnostischer und therapeutischer Prozeduren – zunächst innerhalb der Fachgesellschaften, Zug um Zug dann über die in § 137 SGB V vorgesehenen Gremien.
- Vermehrte Beachtung des Prinzips des „Lotsen“ einer Behandlung – dieser kann je nach Sachlage der Hausarzt, der niedergelassene Facharzt oder der Krankenhausarzt sein.
- Respektvoller und kollegialer Umgang miteinander – zu dem gleichermaßen die Rückfrage bei einer bereits begonnenen Behandlung gehört wie der Verzicht auf despektierliche Äußerungen über das bisher Geschehene.

Mit freundlicher Unterstützung der Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dt. Ärztebl 2001; 98: A 2035–2040 [Heft 31–32]

Literatur

1. Ankermann E, Kullmann HJ, Bischoff R: *Arzthaftpflicht-Rechtsprechung*. Berlin: E. Schmidt Verlag 1999;
a. Kennzahl 2320/110.
b. Kennzahl 3010/5, 3010/10, 3010/21, 3010/46 u.v.a.
c. Kennzahl 3010/19, 3010/105 u.a.
d. Kennzahl 3010/14, 3010/42 u.v.a.
e. Kennzahl 3010/17.
f. Kennzahl 3010/26.
g. Kennzahl 3010/33.
h. Kennzahl 3020/1 u.v.a.
i. Kennzahl 3110/100–106.
j. Kennzahl 2440/101 und 3010/101.
2. Bergmann O, Kienle HF: *Krankenhaustaftung*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH 1996; 287.
3. Hansis ML, Hansis DE: *Der ärztliche Behandlungsfehler*. Landsberg: ecomed 1999.
4. Rumler-Detzel P: *Arbeitsteilung und Zusammenarbeit in der Chirurgie. Rechtliche Verantwortlichkeit*. In: Häring R, eds.: *Chirurgie und Recht*. Berlin: Blackwell 1993; 207–215.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Martin L. Hansis
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen (MDS) e.V.
Lützowstraße 53
45141 Essen

Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler

Martin L. Hansis

98. Jahrgang

Heft 31-32, Seiten A-2035–2040, B-1758–1762, C-1634–1638

Postverlagsort Köln

Nachdruck – auch auszugsweise –, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken und Übersetzung nur mit Genehmigung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 50859 Köln, Postfach 40 02 65

