

Der ärztliche Behandlungsfehler in der Chirurgie II: Wege der Fehlervermeidung

M. L. Hansis

Medical malpractice in surgery II: ways of risk management

Zusammenfassung

Ziel der Risikovermeidung und Risikobegrenzung ist es, bei angenommenen ärztlichen Behandlungsfehlern Ärzten und Patienten eine faire Beurteilung und eine rasche Regulierung zu ermöglichen sowie eine Weiterung des medizinischen Schadens zu vermeiden. Außerdem gilt es, stattgehabte Fehler und Beinahefehler systematisch (regional und national) zu erfassen und aufzuarbeiten und hieraus Fehlervermeidungsstrategien abzuleiten.

Schlüsselwörter

Fehlererkennung · Komplikationenstatistik · Risikovermeidung

Abstract

The aims of risk management concerning medical malpractice are (1) the quick, correct and fair assessment of assumed medical failures, (2) to prevent the expansion of medical complications after an assumed medical failure and (3) the identification of patterns of risks. The latter has to be done locally and national-wide; it has to be done focussed to the respective medical subject and in a general matter as well.

Key words

Patterns of risks · risk management · complications

Einleitung

Vorstehend war ausgeführt worden, wie ärztliche Behandlungsfehler zustandekommen und wie sie rechtlich bewertet werden [1]. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, welche Vermeidungsstrategien sich für den klinischen Alltag anbieten. Dabei ist es nicht zureichend, die Fälle aufzulisten oder zu analysieren, in denen für die eigene Person oder Institution ein „Fehler“ im eigentlichen, engen juristischen Sinne festgestellt wurde; die Ausbeute wäre für wirksame Fehlervermeidungsstrategien viel zu dürftig. Es geht auch nicht nur darum, Vorgänge zu vermeiden, die später die Hürde des „Fehlers“ überspringen. Vielmehr müssen Präventionsstrategien generell eine Optimierung der eigenen Abläufe und Ergebnisse einleiten – sie müssen tendenziell alles vermeiden, was auch nur zur Frage nach einem Fehler bzw. zur Unzufriedenheit führt. Und schließlich müssen Präventionsstrategien dort greifen, wo bereits eine Komplikation

eingetreten ist, ein Fehler wahrscheinlich ist, und wo es darum geht, die „Anspruchskaskade“ (s. u.) nicht eintreten zu lassen.

Dies voraussetzend ergeben sich vier Varianten der Risikovermeidung, der Schadensprävention:

a) Der (mutmaßlicher) Fehler ist geschehen und wird bereits (gerichtlich) verfolgt:

Hier sind Arzt und Patient bereits nicht mehr Vertraute sondern gegnerische Parteien. Beide nutzen die ihnen durch das Rechtssystem gegebenen Möglichkeiten, sie lassen (rechtskundig beraten) ihre jeweiligen Argumente vortragen. Gemeinsames Interesse muss es dabei sein, dem (Schieds-) Richter einen kompetenten, fairen Linienrichter (Ärztlichen Sachverständigen) zu benennen. Der Arzt darf sich in dieser Situation gegenüber dem Patienten nicht abschließend bezüglich der eigenen Schadensersatzpflicht äußern, er gibt sich sonst seiner ihm zustehenden

Institutsangaben

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen

Widmung

Herrn Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. mult. S. Weller zum 75. Geburtstag gewidmet

Korrespondenzadresse

Prof. Martin L. Hansis · Prof. für Klin. Qualitätsmanagement · Med. Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen · Lützowstr. 53 · 45141 Essen

Bibliografie

Zentralbl Chir 2003; 128: 355–358 © J. A. Barth Verlag in Georg Thieme Verlag KG · ISSN 0044-409X

Rechte (nach denen sich kein Beschuldigter selbst belasten muss) und vor allem gefährdet er seinen Haftpflicht-Versicherungsschutz; dafür sollte der Patient Verständnis haben. Es ist auch nicht füglich, wenn in dieser Situation die früher begonnene Behandlung fortgesetzt wird. Arzt und Patient sollten sich anwaltlich beraten lassen, der Arzt muss unverzüglich mit seiner Versicherung Kontakt aufnehmen. Keinesfalls darf der Arzt den Patienten bei der Wahrnehmung seiner Rechte behindern [2, 3]. Mäulen [4] weist auf die hohe Belastung hin, welche jeder Behandlungsfehlervorwurf für den betroffenen Arzt bringt. Er empfiehlt, sich hierfür eine Checkliste zu erarbeiten und das Gespräch mit vernünftigen Kollegen zu suchen. Ulsenheimer hat mehrfach die in dieser Situation vernünftigen Verhaltensweisen herausgearbeitet [5]. Nicht außer acht zu lassen ist die noch nicht abgeschlossene Diskussion darüber, ob nach einem eingetretenen (vermuteten) ärztlichen Behandlungsfehler der Arzt gegenüber dem Patienten eine Offenbarungspflicht habe [6].

Die Auswirkungen eines Behandlungsfehlervorwurf auf einen Arzt sind nicht zu unterschätzen. Auch wenn die aktuelle Behandlung bereits beendet wurde, gewinnt das Erlebnis eines solchen Vorwurfs regelmäßig bedrohlichen Charakter [7]. Dies mag auch erklären, warum in Zusammenhang mit derartigen Vorwürfen nicht selten erhebliche formale und/oder psychologische Fehler gemacht werden. Daneben kommt einer verbesserten Kenntnis von Ärzten über die formalen/juristischen Hintergründe ihrer Tätigkeit eine bedeutende präventive Rolle zu [8].

Umgekehrt ist es gleichermaßen ein Gebot der Vernunft und des Anstandes, im Falle eines Fehlvorwurfs den Fehler (vor allem dann, wenn er evident ist) nicht abzustreiten. Auch ist es wichtig und richtig, für eine Komplikation, für die der Arzt nach seiner Einschätzung keine Schuld trägt, erkennbar und ernsthaft Anteilnahme zu zeigen. Hier die richtige Form der Zuwendung und die richtige Wortwahl zu finden, ist schwierig.

b) Eine Komplikation ist eingetreten, ein Fehler liegt möglicherweise zu Grunde, die Behandlung dauert an, ein gewisses Vertrauensverhältnis besteht fort:

In dieser Situation muss sich alle Kraft des Arztes auf die Erkennung und Beherrschung der eingetretenen Komplikation richten: Diesbezüglich sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auszuschöpfen, von der Möglichkeit externer Meinungen (second opinion) sollte man großzügig Gebrauch machen, der Kontakt mit dem Patienten muss intensiviert werden, die Behandlung in dieser Phase ist Chefsache, die Abwendung bzw. Minimierung eines Gesundheitsschadens steht ganz im Vordergrund. Manchmal bietet es sich an, sich in diesem Stadium gütlich zu trennen. Es ist bekannt und oft beschrieben, dass der Ärger bei vielen Patienten erst dadurch entsteht bzw. bis zur Klage fortschreitet, dass sie sich in diesem Stadium vernachlässigt fühlen [9].

Vieles spricht dafür, dass in dieser Situation die „Kaskade der Unzufriedenheit“ beginnt: Begnügt sich der Patient in der Frühphase noch mit einer ausdrücklichen Entschuldigung oder einer besonders intensiven Zuwendung, wird – sofern dies nicht in befriedigendem Maße sichtbar wird – als nächstes eine gewisse finanzielle Genugtuung, anschließend umfänglicher Schadenersatz und zuletzt eine strafrechtliche Verfolgung des Arztes ver-

langt. Stets werden die Ansprüche um eine Stufe erhöht, sofern sie nicht in vollem Umfang (oder sogar ausgeprägter als erwartet) befriedigt werden. Beschleunigend auf die Kaskade wirkt auch eine Zeitverzögerung. Es müsste deshalb im Interesse prospektiv denkender Ärzte (und ihrer Versicherungen) liegen, im frühen Stadium der Fehlervermutung bzw. des Fehlervorwurfs (s. oben a) durch eine intensive (glaubhafte) Hinwendung und ggf. durch eine ganz kurzfristig und niedrigschwellig gewährte finanzielle Genugtuung das ehrliche Bemühen um Wiedergutmachung zu dokumentieren und damit das Fortschreiten der Anspruchskaskade zu vermeiden. Es ist unverständlich, wenn sich in dieser Frühphase Arzt und Versicherung in der Verweigerung einer Entschädigung wechselseitig vorschieben.

c) Ein unerwünschtes Ereignis ist in der Vergangenheit eingetreten (mit oder ohne stattgehabten Fehler) bzw. ein Fehler hat anderenorts stattgefunden/aggregierte Fehleranalysen:

Dies ist derzeit die Domäne des ärztlichen risk management, des „Lernens aus Fehlern“: Praxis- oder klinikinterne Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Komplikationsstatistiken, Seminare unter dem Stichwort „wie löst man ein intraoperatives Problem“, Analysen von Begutachtungsvorgängen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, wissenschaftliche Publikationen – diese und vergleichbare Aufarbeitungen speisen sich aus einem respektablen Fundus von Vorgängen, mit denen der kritische Arzt selbst nicht zufrieden war. Dabei ist es dann ausdrücklich unerheblich, inwieweit tatsächlich ein „vermeidbarer und vorwerfbarer Ärztlicher Behandlungsfehler“ im streng formalen Sinne vorlag. Viel wichtiger ist es, die unbefriedigende Situation und das unbefriedigende Ergebnis überhaupt zu erkennen und zu analysieren, inwieweit man selbst zu deren Vermeidung oder Abwendung hätte beitragen können. Diese Analyse soll sich auch mit denjenigen Situationen befassen, in denen normalerweise kein Fehler festgestellt wird – z. B. den Komplikationen bei schwerstkranken Patienten: Gerade dort sollte nach Optimierungsmöglichkeiten geforscht werden, lange bevor dies rechtswirksam dem Arzt abverlangt wird.

Dieses „Lernen aus Fehlern“ findet auf drei Ebenen statt:

- Lokale Ebene: Es ist notwendig, im einzelnen Krankenhaus, in der einzelnen Abteilung, regelmäßig nachzusehen, welche unerwünschten Behandlungsfolgen sich ergeben haben. Dies geschieht normalerweise in Form einer sog. Komplikationsstatistik. Ob diese flächendeckend alle unerwünschten Ereignisse umfasst oder ausgewählt solche, die für die betreffende Abteilung besonders typisch (unter dem Aspekt der Risikoprioritätsabschätzung besonders hervorzuheben) sind, bleibt sich gleich. Entscheidend ist, dass diese Statistik nicht nur die definitiv „fehlerhaften“ (weil tatsächlich vorwerfbaren und vermeidbaren) Komplikationen umfasst, sondern auch diejenigen unerwünschten Ereignisse, die sich vielleicht oder anteilmäßig schicksalhaft ergeben haben. Auf die Fehlermöglichkeiten durch Selbstbetrug ist hinzuweisen [10]. Alle Formen des internen Lernens aus Fehlern sind hierbei ureigenste medizinisch-ärztliche Tätigkeiten. Nichtärztliche Personen können Hilfsdienste bei der Datenerhebung leisten. Externe Berater sind allenfalls für kurzfristige begrenzte und wohldefinierte Hilfestellungen vorzusehen. Keinesfalls können diese Aufgaben komplett an externe Firmen vergeben werden. Dies

gilt ganz besonders für das incidents-reporting: Wenn dies gut funktionieren soll, ist es ein **derart sensibles** Geschäft, dass Außenstehende nur schaden können.

- Nationale fachinterne Ebene: Die **themenbezogene** Analyse fehlertypischer Situationen einschließlich derer Vermeidungsstrategien geschieht am **einfachsten und wirksamsten** aus der detaillierten Analyse einer **jeweils** ausreichend großen Zahl von Gutachten bei vermuteten **Behandlungsfehlern** zu einheitlichen Themenkomplexen. Für die eigenen Analysen [11] wurden hierzu jeweils zwischen **50 und 250** einschlägige Gutachten einzeln ausgewertet. Nur **so** (aber so mit hoher Treffsicherheit) lassen sich typische Fehlerkonstellationen und deren Vermeidungsstrategien **herausarbeiten**. Weder eine „statistische Auswertung“ in der Hand von Versicherungskaufleuten noch eine Durchsicht von Instanzentscheidungen lassen diese Genauigkeit der Fehlerbeschreibung oder vor allem klare operationalisierbare **Handlungsoptimierungen** erwarten. Je größer die Zahl der ausgewerteten Fälle zu einem Thema, umso belastbarer sind die abgeleiteten Empfehlungen. Idealerweise fließen solche Analysen hernach in die fachinterne Konsentierung wieder ein – man optimiert die fachinternen Leitlinien um Hinweise, **wie typische Fehler** zu vermeiden sind. Die themenbezogene Analyse aggregierter Fehlervorwürfe ist mithin ein wichtiges **Bindeglied** in einem nationalen Qualitätssicherungs-Regelkreis [12]. Dies bedeutet, dass der Aufbau eines nationalen Behandlungsfehler-Katasters zügig voranzutreiben ist.
- Systemischer Ansatz – Übergang in die Gesundheits-Selbstverwaltung: Die themenbezogene Analyse aggregierter Fehlervorwürfe stellt zunächst eine fachinterne (wenngleich nationale) Aufgabe dar. Gelingt es, hier Themen überragender Bedeutung aufzugreifen und sauber zu bearbeiten, dann könnten die dort gewonnenen Erkenntnisse auch in die Gesundheits-Selbstverwaltung, in das Leistungs-, Vertrags- und Versorgungsgeschehen Eingang finden, so z. B. in Konsensus zur Struktur- und Prozessqualität.

d) Es ist kein unerwünschtes Ereignis/Fehler eingetreten, aber es lag eine gefahrgeneigte Situation vor:

Die Erkennung und Erfassung allgemein gefahrgeneigter Situationen ist ohne Zweifel die **adulteste** Form des risk management: Sie ist z. B. aus der fertigen Industrie oder der Raumfahrt bekannt. Einzelheiten zu den Techniken sind anderenorts beschrieben [13–17]. Die einfachste Form im klinischen Alltag besteht in der Chef-Besprechung bzw. der Chef-Visite: Ein ausreichend aufmerksamer und erfahrener und vor allem ausreichend anwesender Chef wird gefährliche organisatorische oder medizinische Konstellationen „**riechen**“, wird sich Einzelheiten berichten lassen, den Befund persönlich kontrollieren, mit dem Patienten selbst reden usw. Die gut dokumentierten einschlägigen positiven Resultate nach routinemäßiger interdisziplinärer Visite von Bach et al. [18] sind beispielhafte Dokumente positiver Wirkungen von risikoaufdeckenden internen Revisionen.

In standardisierter, prospektiver Form kennt man im Medizinbetrieb vor allem den incidents report: Ungefiltert, anonym und unabhängig von irgendwelchen hierarchischen Zuordnungen benennen alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (z. B. auf Meldezetteln in einem speziellen Briefkasten) Situationen, die sie in irgendeiner Form für gefährlich halten. Diese Meldungen werden aufge-

arbeitet, für die beschriebenen Situationen wird (sofern zutreffend) Abhilfe geschaffen. Diese Form des risk management ist relativ aufwändig und sehr wirksam, sie setzt eine gute, angstfreie interne Kommunikationskultur voraus. Weitblickende Krankenhausleitungen fordern und fördern ein solches risk management, zunehmend wird es auch von Haftpflichtversicherern durch Prämiensenkungen belohnt.

Die Frage, mit welchen Risiken man sich vernünftigerweise zunächst zu beschäftigen hat, wird in Form einer Risikoprioritätsabschätzung beantwortet. In diese gehen folgende Größen ein: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Fehler eintritt, die Bedeutung des Fehlers und die Wahrscheinlichkeit der Entdeckung des Fehlers. Auch für diese Risikoprioritätsabschätzung gibt es standardisierte rechnerische Techniken [19]; auch sie erfolgt im klinischen Alltag jedoch in der Regel nach persönlicher Erfahrung ohne im Einzelnen zu kalkulieren. Zentral ins Blickfeld sind hier organisatorische Fragen zu rücken – Fragen, die sich mit den Arbeitsabläufen, der Ablaufsicherheit, der Arbeitsteilung, Delegation und Dokumentation beschäftigen. Hier liegen – auch nach eigener Erfahrung – wohl weit mehr Ursachen von Streitigkeiten als in „wirklichen“ medizinischen Fehlentscheidungen [20, 21]. Eine vorausschauende Betrachtungsweise ist im Übrigen in der Lage, bereits aus einem sich ändernden Patientenprofil bzw. Krankheitsprofil Verschiebungen in den zu erwartenden Risikokonstellationen zu antezipieren und sich hierauf durch geeignete Risiko-Vermeidungsstrategien einzustellen [22]. Die einfachste Form prospektiven risk managements ist eine gute interne Zeitplanung: Nichts macht so sicher und so vorhersehbar Schwierigkeiten und Fehler, wie Dienstpläne, Arbeitsprogramme oder OP-Pläne, von denen man schon im voraus weiß, dass sie so „nicht gehen“.

Schlussfolgerung

„Lernen aus Fehlern“ ist ein zeitgemäßer Ansatz der Qualitätsverbesserung und der Risikoprävention. „Lernen aus eigenen bewiesenen Fehlern“ jedoch ist viel zu wenig. Zu lernen ist, wie man mit stattgehabten Fehlern (gerade auch dem geschädigten, anspruchstellenden Patienten gegenüber) **adult** umgeht. Und zu lernen ist aus Fehlern, die umgekehrt noch gar nicht geschehen sind. Beides ist lernbar, beides ist aber auch gewöhnungsbedürftig – bei den Ärzten, bei ihren Patienten und bei deren Umgebung. Aus gutem Grund legen wir immer von neuem Wert auf die Feststellung, die Beschäftigung mit angenommenen Behandlungsfehlern müsse stets beide Blickrichtungen haben – rückwärts und vorwärts, das eine müsse sich aus dem anderen speisen.

Deshalb hat beides auch vorrangig in einer Hand – in ärztlicher Hand – zu geschehen: Weder kann die Weiterentwicklung des Duktus „was ist ein Fehler“ den Juristen überlassen werden, noch die Analyse stattgehabter Fehler (unter dem Label „risk management“) Versicherungsagenten oder deren assoziierten klinik- und realitätsfernen Beratungseinheiten. Beides gehört zusammen in kundige ärztliche Hand – so z. B. in einem unabhängigen (möglichst politisch mandatiertem) Medizinschadensforschungsinstitut mit angeschlossenem Behandlungsfehler-Kataster.

Literatur

- ¹ Der ärztliche Behandlungsfehler in der Chirurgie I: Typische Fehler, vorwürfe und Fehlerkonstellationen. *Zentralbl Chir* 2003; 128: 348-354
- ² Wienke A. Verhaltensvorschläge im Falle des Vorwurfs einer fehlerhaften ärztlichen Handlung. Selbstverlag Köln 1998
- ³ Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AGMedR) der DGGG. Empfehlungen zum Verhalten im Patienten-Arzt-Konflikt (insbesondere nach einem Zwischenfall). *Frauenarzt* 1999; 40: 25-26
- ⁴ Mäulen B. Jeder kann betroffen sein. *Dt Ärztebl* 1999; 96A: 3091-3092
- ⁵ Ulsenheimer K, Bock RW. Verhalten nach einem Zwischenfall - der „juristische Notfallkoffer“. *Chirurg BDC* 2001; 40: 217-223
- ⁶ Terbille MT, Schmitz-Herscheidt S. Zur Offenbarungspflicht bei ärztlichen Behandlungsfehlern. *NJW* 2000; 24: 1749-1756
- ⁷ Charles SC. Coping with a medical malpractice suit. *West J Med* 2001; 174: 55-58
- ⁸ Scharf A, Steinborn A, Geka F, Sohn C. Keine Angabe. *Bull Sci Med Grand Duche Luxemb* 1999; 3: 41-51
- ⁹ Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med* 2000; 173: 244-250
- ¹⁰ Hansis M. Die Infektionsstatistik - die ideale Form der Selbsttäuschung. *Krankenpflegejournal* 1995; 33: 434-438
- ¹¹ Zusammenstellung bei Hansis ML, Hansis DE. Der ärztliche Behandlungsfehler. *ecomed, Landsberg* 1999
- ¹² Kulus SC, Prokop A, Rehm KE, Weber B. Behandlungsfehler bei Mittelhandfrakturen. *Orthopäde* 2001; 30: 395-400
- ¹³ Kendall R. Risk Management. Gabler, Wiesbaden 1998
- ¹⁴ Plumeri PA. Managed care and risk management. *Gastroenterol Clin North Am* 1997; 26: 895-910
- ¹⁵ Sundermeyer MS, Murphy PA. Prevention of hospital liability for granting privileges to unqualified physicians. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5: 433-445
- ¹⁶ Qadir N, Takroui MS et al. Critical incident reports. *Middle East J Anaesthesiol* 1998; 14: 425-432
- ¹⁷ Dombrowski PA. Keine Angabe. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb* 1999; 3: 53-61
- ¹⁸ Bach A, Baum H, Geiss K, Hoppe-Tichy T. Risikominimierung und Qualitätsverbesserung. *Management & Krankenhaus* 1999; 18 (4): 6
- ¹⁹ Rothballer W. Fehleranalyse und -bewertung. In: Hindringer B, Rothballer W, Thomann HJ (Hsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. TÜV Verlag Köln, 1998; 15100
- ²⁰ Stegers CM. Vom Organisationsmangel zum Risikomanagement. *Med R* 1997; 9: 390-396
- ²¹ Bergmann KO, Michalcik M. Riskmanagement als Mittel der Qualitätssicherung im Krankenhaus. *Zae FQ* 1999; 93: 57-62
- ²² Nathanson IL. Problems in the care management of the aging patient: legal, financial and practical implications. *Pa Dent J* 1999; 66: 19-23