

Martin L. Hansis · Dorothee E. Hansis

Der ärztliche Behandlungs- fehler

Verbessern statt streiten



eComed

2., völlig überarbeitete
Auflage

Verbessern statt streiten!

Mit dem vorliegenden Buch wollen wir einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion und insbesondere der Prävention ärztlicher Behandlungsfehler leisten.

Das Buch nimmt seinen Auftrag aus der Qualitätssicherung:

Es will stattgehabte Fehler und Beinahmer aufzeigen und gruppieren, um hieraus Vermeidungsstrategien abzuleiten.

Das Buch wendet sich damit sowohl an den interessierten Patienten als auch in erster Linie an die zukünftigen Fehler-Vermeider – die ärztlichen Kollegen. Wir möchten sie ermuntern und anleiten, den Dreischritt modernen risk managements mitzugehen:

- Den stattgehabten Fehler analysieren,
- den selben Fehler in der Zukunft vermeiden,
- allgemein gefahrgeneigte Situationen erkennen und vermeiden.

*Prof. Dr. med. Martin L. Hansis
Dr. med. Dorothee Hansis*

Zum Titelbild:
"Der Professor und der Gog"
Karl-Henning Seemann
Universitätsstadt Tübingen
Partie im Lammhof
Nach einem Foto von Ernst Braun

**Ausschnitte aus Rezensionen
der 1. Auflage**

...Im Kapitel "Entscheidungsgrundlagen" werden die allgemeinen rechtlichen Grundlagen der Arzthaftung genannt. Aufschlussreich ist dabei die Darstellung aus Sicht der Patientenvertreter und der Überblick über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Hier fällt positiv auf, dass die Autoren das Thema von mehreren Stellen beleuchten, sich mit Kritik, aber auch mit zustimmenden Bewertungen auseinandersetzen...

(Deutsches Ärzteblatt, Bundesärztekammer, 3/01)

...Bemerkenswert ist, dass nicht nur Ärzte, sondern auch die interessierten Patienten von der Lektüre des Buches profitieren können, vor allem natürlich Versicherer, Gutachter, Schlichtungsstellen und Juristen. Wegen des guten Preis-Leistungs-Verhältnisses und der hohen Qualität ist dem Buch eine weite Verbreitung auch über den erwähnten Interessentenkreis hinaus zu wünschen.

(Chirurgische Praxis, 57/Heft 4 2000, Hans Marselle Verlag GmbH, Wien)

...Das Buch ist Ärzten und Juristen uneingeschränkt zur Lektüre und als "Leitlinie" anzupfehlen. Es erlaubt in der Tat ein "nüchternes Reden über Behandlungsfehler" und ist ein wichtiger Beitrag zur medizinischen und juristischen Qualitätssicherung. Die Verfasser begreifen Recht als eine Institution externer Qualitätssicherung bzw. -kontrolle und nicht als "Bedrohung" ärztlichen Handelns. Und dies ist aus der ärztlichen Sicht ein wirklich bemerkenswerter Perspektivenwechsel, der die Zusammenarbeit beider Disziplinen nur befruchten kann.

(Medizin-Recht, Beck Verlag, 8/00)

...Dieses kurzweilig zu lesende Büchlein kann jedem Arzt uneingeschränkt empfohlen werden, denn nur das kann man vermeiden, was man als Gefahr erkannt hat.

(Hartmannbund Baden-Württemberg, Verband der Ärzte Deutschlands e.V. Bonn, 9/2000)

Prof. Dr. Martin L. Hansis, Professor für Klinisches Qualitätsmanagement und leitender Arzt beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, hat gemeinsam mit seiner Frau Dr. Dorothee Hansis, die ebenfalls Ärztin ist und in der Abteilung "Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen" beim TÜV-Rheinland arbeitet, diesen praxisorientierten Leitfaden herausgebracht, der sich an Ärzte aller Fachrichtungen wendet.

Fehlerträchtige Konstellationen und Eingriffe werden in diesem Buch anschaulich analysiert, um daraus Vermeidungsstrategien abzuleiten, so dass potenzielle Fehleinschätzungen bereits im Vorfeld vermieden werden können. Die Sensibilisierung für gefahrengeignete Situationen wird dem Leser nahegebracht, so dass die Prophylaxe und Prävention ärztlicher Behandlungsfehler im Vordergrund stehen.

Sollte es dennoch zu einem ärztlichen Fauxpas gekommen sein, ist es wichtig, richtig zu reagieren und über die juristischen Konsequenzen Bescheid zu wissen. Auch in diesem Fall erweist sich dieses Buch als hilfreicher Ratgeber.



Die abgebildete 2. Auflage erschien im Jahre 2000. Das Buch ist heute vergriffen
Nachstehend findet sich der der zweiten Auflage zu Grunde gelegte Text

Martin L. Hansis
Dorothee E. Hansis

Der
Ärztliche
Behandlungsfehler

- verbessern statt streiten

Zweite, völlig überarbeitete Auflage

Vorwort

Wer arbeitet, macht Fehler, und wer Fehler macht, wird mit diesen konfrontiert und muss dafür gerade stehen - dies gilt auch für Ärztliche Behandlungsfehler. So trivial diese Feststellungen sind, so schwer ist der Umgang mit ihnen im Alltag. Dies hängt nicht nur mit der Tradition zusammen, welche dort ein nüchternes Reden über stattgehabte Fehler lange unmöglich machte. Dieses nüchterne Reden wird auch behindert durch das immer noch wiederholt anzutreffende verzerrend-überhöhende Bild vom Arzt und Arztberuf. Schwierig ist schließlich auch der Umstand, dass sich als Teil-Ursachen unerwünschter Behandlungsergebnisse die Folgen der Erkrankung *sui generis*, die Folgen nicht vermeidbarer unerwünschter Behandlungs-Begleiterscheinungen und die Folgen etwaiger (tatsächlich vermeidbarer) Fehler überlagern. Dieser Umstand erschwert beiden - dem geschädigten Patienten und dem Arzt - die nüchterne Analyse des Geschehenen.

"Patientenschutz ist gute ärztliche Behandlung."¹ - Im Grunde schuldet der Arzt dem Patienten nichts anderes als einen seriösen Umgang; er hat sich nach Kräften Mühe zu geben, seinen Patienten "gut zu behandeln" - in beiderlei Sinne. Dies ergibt sich aus dem Ärztlichen Selbstverständnis und aus der Berufsordnung gleichermaßen. Alle Regularien zur Beschreibung und Vermeidung Ärztlicher Behandlungsfehler ebenso wie die einschlägige Rechtsprechung machen nichts anderes, als diese Grundlinie zu umschreiben, sie mit Leben zu füllen. Dabei soll das "Modell paternalistischer Betreuung" in ein "Modell partnerschaftlicher Kooperation" ¹ übergehen.

Das vorliegende Buch ist Ende 1999 erstmals erschienen. Es hat in kurzer Zeit erhebliche Aufmerksamkeit erregt – vor allem wegen seines prospektiv-qualitätsverbessernden Ansatzes. Nach gut einem Jahr war die erste Auflage vergriffen. Dies veranlasste die Autoren zu einer zeitnahen Aktualisierung in zahlreichen Details. Seinen Auftrag nimmt das Buch aus der Qualitätssicherung: Es will stattgehabte Fehler und Beinahefehler aufzeigen und gruppieren, **um hieraus Vermeidungsstrategien abzuleiten**. Soweit also überhaupt rechtliche Würdigungen zitiert werden, dann nur, um hiermit medizinisch-inhaltliche Informationen zu geben. Dasselbe gilt für die Einführung und Verwendung der formalrechtlichen Terminologie. Daneben soll gezeigt werden, durch welche außerhalb des unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontaktes liegende Umstände dieser in seiner Richtigkeit und seiner Vertretbarkeit beeinflusst werden kann und welche außerhalb dieser bilateralen Beziehung liegenden Items deswegen auch in Optimierungsstrategien einbezogen werden müssen. Das Buch wendet sich damit in erster Linie an die zukünftigen Fehler-Vermeider - die ärztlichen Kollegen. Es möchte sie ermuntern und anleiten, den **Dreischritt modernen risk managements** mitzugehen:

- Den stattgehabten Fehler analysieren,
- den selben Fehler in der Zukunft vermeiden,
- allgemein gefahrgeneigte Situationen erkennen und vermeiden.

¹ Francke R, Hart D (1998) Rechtsgutachten zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte. Institut für Gesundheits- und Medizinrecht Bremen, S.4.

Übersicht

Vorwort

1. Allgemeines
 - 1.1. Umfeld und Wahrnehmung des Ärztlichen Behandlungsfehlers
 - 1.2. Häufigkeit Ärztlicher Behandlungsfehler

 2. Behandlungsfehler in einzelnen medizinischen Bereichen
 - 2.1. Übersicht
 - 2.2. Organisation
 - 2.3. Operationslagerung
 - 2.4. Krankenhaushygiene
 - 2.5. Diagnostik

 - 2.6. Stationär - ambulanter Übergang
 - 2.7. Ambulantes Operieren

 - 2.8. Das unbekannte Krankheitsbild
 - 2.9. Die schwierige Situation
 - 2.10. Übernahmeverschulden
 - 2.11. Arbeitsteilung Chirurgie / Anästhesiologie
 - 2.12. Endoskopische Maßnahmen
 - 2.13. Strumachirurgie
 - 2.14. Gynäkologie und Geburtshilfe
 - 2.15. Radiologie
 - 2.16. Herz- und Gefäßchirurgie/Kardiologie
 - 2.17. Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 2.18. Perioperative Becken-Beinvenenthrombosen
 - 2.19. Sonstige

 3. Entscheidungsgrundlagen und Entscheidungswege
 - 3.1. Rechtliche Voraussetzungen für die Feststellung eines Ärztlichen Behandlungsfehlers
 - 3.2. Beweislastumkehr
 - 3.3. Der Medizinische Standard
 - 3.4. Sicht der Parteienvertreter
 - 3.5. Gutachterkommissionen / Schlichtungsstellen der Ärztekammern
 - 3.6. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

 4. Fehler-Vermeidungsstrategien
 - 4.1. Ärztliche Aufklärung
 - 4.2. Risk management - von der Nachrichtensperre zum incidents report
 - 4.3. Defensivmedizin
 - 4.4. Überregionale und lokale Leitlinien
 - 4.5. Dokumentation
 - 4.6. Fachbezogene Netzwerke
 - 4.7. Externe Auditierung und Zertifizierung
 - 4.8. Abteilungs-/praxiseigenes Qualitätsmanagement

 5. Abschlusskommentar
- Weiterführende Literatur

1. Allgemeines

1.1 Umfeld und Wahrnehmung des ärztlichen Behandlungsfehlers

Führt eine medizinische Behandlung zu einem unbefriedigenden Ergebnis, so können hieran drei Ursachen beteiligt gewesen sein:

- **Krankheitsimmanente Faktoren:** Der bösartige Tumor kann metastasieren, die Durchblutungsstörung am Fuß beim zuckerkranken Patienten kann bis zur Amputation fortschreiten oder eine Kopfverletzung kann derart gravierend sein, dass sie mit dem Leben schlechterdings nicht vereinbar ist.
- **Behandlungsimmanente Nebenwirkungen und Komplikationen:** Jedes Diagnose- und Therapieverfahren hat - sofern es wirksam ist- auch Nebenwirkungen, so zum Beispiel die Verminderung der Zahl weißer Blutkörperchen im Rahmen der Zytostatikabehandlung, allergische Nebenwirkungen bei Kontrastmittelanwendung oder gelegentliche Wundinfektionen nach operativen Eingriffen.
- **Ärztliche Behandlungsfehler:** Eine nicht ausreichende ärztliche Sorgfalt kann zum Beispiel zur Gallengangsverletzung bei der Gallenblasenentfernung, zum Übersehen eines wichtigen Frühsymptoms des Herzinfarkts oder zur Verordnung zweier sich nicht vertragender Medikamente führen.

Die medizinische Wissenschaft wird zwar bemüht sein, den Einfluss krankheitsimmanenter Faktoren immer weiter zu reduzieren - durch Entwicklung immer potenterer Medikamente oder anderer Behandlungsverfahren. Sie wird auch bemüht sein, die behandlungsimmanenten Nebenwirkungen und Komplikationen mehr und mehr zu minimieren - durch Entwicklung immer sichererer und nebenwirkungsärmerer Diagnose- und Therapieverfahren - im Einzelfall und vor Ort hat der Arzt im Grunde aber nur Einfluss auf das eigene Verhalten, auf seine größtmögliche Sorgfalt.

Tritt während einer ärztlichen Behandlung ein unerwünschtes Ereignis ein oder ist das Ergebnis unbefriedigend, so ist durchaus zunächst nicht immer evident, welche der drei genannten Ursachen hierfür verantwortlich war, oder ob sich möglicherweise zwei oder drei der Ursachenkomplexe überlagern:

- ❖ Kommt es bei einem Patienten mit einem Unterschenkelbruch mit einer großen verschmutzten Wunde (offener Bruch) dort zu einer Wundinfektion, so ist dies zunächst ein krankheitsimmanentes Problem. Hat man bei diesem Patienten am Tag des Unfalls eine Nagelung dieses Bruches durchgeführt, dann könnte es sich auch um eine behandlungsbedingte (aber letztlich nicht immer vermeidbare) Komplikation handeln. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Form der Operation (Nagelung) angesichts der Schwere der Verletzung überhaupt richtig war und ob somit durch einen Behandlungsfehler (ungeeignetes Operationsverfahren) dieser Komplikation vermeidbar Vorschub geleistet wurde

Dieses Beispiel macht deutlich, warum sich in der Wahrnehmung durch den betroffenen Patienten häufig die Teil-Ursache "Ärztlicher Behandlungsfehler" in den Vordergrund drängt, warum ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis häufig spontan mit einem Arztfehler (einem "Kunstfehler") gleichgesetzt wird.

Die Beschäftigung mit dem Ärztlichen Behandlungsfehler hat zwei Blickrichtungen - nach rückwärts und nach vorwärts:

- Einerseits geht es darum, den einzelnen stattgehabten unbefriedigenden Behandlungsverlauf retrospektiv zu analysieren und aufzudröseln, inwieweit am nicht zufriedenstellenden Ausgang tatsächlich vermeidbare ärztliche Fehlleistungen beteiligt waren. Diese Aufgabe ist eine gemischt medizinisch- juristische: Rekonstruktion der Vorgänge, ihre Messung am Medizinischen Standard und ihre Messung an den Rechtsnormen (z.B. der adäquaten Sorgfalt).
- Andererseits geht es darum, alle Arten unbefriedigender Verläufe zu analysieren und herauszuarbeiten, wie man in Zukunft jede Form unerwünschter Ereignisse vermeiden könne. Diese prospektive Aufarbeitung von Fehlern und Fehlervorwürfen, von Komplikationen und risikobehafteten Situationen ist eine wesentliche Quelle medizinischen Fortschritts.

So betrachtet stellt die ärztliche Fehlleistung nur **eine** mehrerer Teilursachen an einem unbefriedigenden Behandlungsergebnis dar, wäre als solche ordentlich herauszuarbeiten, adäquat zu entschädigen und (möglichst) in Zukunft zu vermeiden. Einer derart nüchternen Betrachtungsweise stehen jedoch mehrere Umstände im Wege:

- **Steigende inhaltliche Ansprüche:** Ärztliches Handeln zeichnet sich heute durch einen hohen diagnostischen und therapeutischen Standard aus; immer ältere und immer kränkere Patienten werden differenzierteren und risikoträchtigeren Behandlungen zugeführt. Die Ansprüche, welche Patienten und Ärzte an die Medizin stellen, sind immens und werden von Jahr zu Jahr größer ². Hierdurch wachsen gleichermaßen die krankheitsimmanenten und die behandlungsimmanenten Risiken, gleichzeitig nehmen naturgemäß auch die arztseitigen Fehlermöglichkeiten zu.
- **Zunehmende organisatorische Komplexität:** Parallel dazu kommt es zur zunehmenden Diversifizierung des Medizin-Alltags: Ein sich ausweitendes Spezialistentum ist zunächst ein qualitätsstabilisierender bzw. fehlervermeidender Umstand: Wenn ein Chirurg nur noch Schilddrüsen reseziert, der zweite nur noch arterielle Bypässe anlegt und der dritte nur noch Frakturen nagelt, dann kann man mit Fug und Recht verlangen, dass diese drei Spezialisten ihr jeweiliges Metier besser und fehlerärmer beherrschen als der Universalist ihrer Lehrer-Generation. Gleichzeitig kann jedoch umgekehrt jede Spezialisierung zu Koordinationsproblemen führen oder auch zur Fehleinschätzung fachfremder Befunde.
- **Der kritische Kunde:** Häufig von Mediziner-Seite ins Feld geführt wird der Hinweis, die Patienten heute seien wesentlich kritischer und weniger leicht zufriedenzustellen als früher - wodurch sich unabhängig von der Fortschritts-immanenten Risiko-Erhöhung eine gesteigerte Bereitschaft ergebe, tatsächliche oder vermeintliche Fehler auch nach außen als solche zu kennzeichnen. Unterstellt, dies träfe zu, wäre diese Verhaltensänderung unserer Patienten Teil eines sich global ändernden Verhältnisses in allen Wirtschaftsbereichen, der fertigen Industrie wie der Dienstleistung: Es setzt sich dort überall ein zunehmend anspruchsvoller, dabei aber auch zunehmend nüchterer Kontakt zwischen Auftraggeber und Leistungserbringer durch; für gutes Geld verlangt man gute Leistung; und wenn dies einmal nicht funktioniert (warum auch immer), dann wird ohne große Umwege eine adäquate Entschädigung gewährt. Jeder von uns (auch jeder Arzt) nimmt die kundenseitigen Annehmlichkeiten dieses anspruchsvollen Geben - und - Nehmen-Konsenses gerne

² De Ville K (1998) Medical malpractice in twentieth century United States. The interaction of technology, law and culture. Int J Technol Assess Health Care. 14 : 197-211

hin. Konsequenterweise geht der Fach- Rat im medizinischen wie nicht-medizinischen Bereich gleichermaßen dahin, sich zum "kundigen Kunden" weiterzubilden und seine als gerechtfertigt angesehenen Ansprüche selbstbewusst zu vertreten^{3,4}. Es wäre grotesk zu erwarten, dass gerade das Arzt-Patienten-Verhältnis von dieser Entwicklung ausgespart sein sollte.

- **Das emotionale Niveau:** Vielfach wird der ärztlichen Behandlung von Laienseite unbesehen und regelmäßig eine überragende Bedeutung zugeschrieben; ärztliche Behandlungsmaßnahmen gelten vielerorts als generell schwierig, risikoreich und eingreifend. Denn in manchen Fällen dient tatsächlich eine ärztliche Behandlung nicht nur der Beseitigung einer Unpässlichkeit, sondern hat wirklich erheblichen Einfluss auf Lebensqualität oder sogar das Weiterleben überhaupt. Auch viele Ärzte selbst pflegen ihr Bild vom unablässig lebensrettenden Medizin-Artisten - von einer Medizin mit "Weihrauch und Sonderlackierung"; die zahlreichen Windschutzscheiben-Plaketten "Arzt im Notfalleinsatz" oder die tagelang in grüner OP-Bereichskleidung im Krankenhaus herumlaufenden Kollegen sind geläufige Symbole dieses Berufs-Narzissmus'. Wen wundert es, wenn beide (der Patient in seiner Angst und der Arzt in seiner Eitelkeit) im Fehlerfalle zu einer nüchternen Kommunikation kaum fähig sind?
- **Die Historie:** Man erinnere sich nochmals an die langanhaltende Aufregung, welche G. Hackethal mit seinen Schriften ausgelöst hat. Dabei hat er -in der Sache- nichts anderes getan, als der Vorstellung des stets fehlerfrei arbeitenden Chirurgen zu widersprechen. Die Geschichten über überhebliche, keiner Kritik zugängliche Ärzte sind zahlreich; sie alle dokumentieren, wie vergleichsweise jung das ärztliche Bemühen ist, sich mit eigenen Fehlleistungen offen, zielgerichtet und emotionsarm auseinanderzusetzen. Auch aktuelle Untersuchungen dokumentieren, wie schwierig es sein kann, sich zu eigenen Fehlern adäquat zu äußern^{5,6}.
- **Das Gefühl der Unterlegenheit:** Es gab sicher eine Zeit, in der - im Streit um einen angenommenen Behandlungsfehler - die Patienten vorhersehbar und in der Regel die Verlierer waren; und es gibt Stimmen in der Ärzteschaft, die davor warnen, dass auch hierzulande mittelfristig die Ärzte regelmäßig und vorhersehbar die Verlierer sein würden (sog. amerikanische Verhältnisse). Sollte beides zutreffen, dann ist gerade jetzt die gute Zeit, aus einer rückwärtsgewandten Streitkultur eine vorwärtsgewandte Qualitätsverbesserungs-Kultur zu entwickeln.
- **Die Rechtslage:** Der Arzt schuldet dem Patienten nicht mehr und nicht weniger, als sich bei seiner Behandlung Mühe zu geben - er schuldet ihm eine dem Standard entsprechende, gute Behandlung, nicht jedoch schuldet er ihm ein gutes Resultat. Damit ergibt sich eine breite Grauzone zwischen einer aus einer durchschnittlichen Mühewaltung hervorgegangenen und einer exzellent gelungenen Behandlung, in welcher zahlreiche vermeintliche Behandlungsfehler anzusiedeln sind. Deren Existenz ist für (geschädigte) Patienten oft vor allem deswegen schwer zu akzeptieren, weil in anderen Bereichen der Dienstleistung das eigentlich erreichbare und das tatsächlich erreichte Ergebnis nicht so oft so weit auseinanderliegen. Darüber hinaus trägt jeder Vortrag/ jede Publikation einer Spezialklinik über phänomenale Behandlungsergebnisse oder phänomenal geringe Komplikationsraten und jede Vorab-Ankündigung des Behandlers, wie schnell, einfach und schön die

³ Ogger G (1994) Das Kartell der Kassierer. Droemer Knauer München, S.290

⁴ Merkl J (1998) Die 100 besten Tips - Patienten und ihre Rechte. Droemer Knauer München, S.101.

⁵ Bursztajn H, Brodsky A (1996) A new resource for managing malpractice risks in managed care Arch Intern Med 156: 2057-2063

⁶ NN (1998) Schweigen ist vielleicht Gold für den Arzt, reden aber ehrenhafter. Ärztezeitung 29.1.1998

Behandlung bei ihm würde, zur Erhöhung des Anspruchsniveaus und zur Verbreiterung dieser Spanne bei.

- **Unvermeidbare behandlungsimmanente Komplikationen/ krankheitsimmanente Gesundheitsbeeinträchtigungen:** Wie bereits ausgeführt, kann das Ergebnis einer Behandlung sowohl durch unvermeidbare behandlungsimmanente Komplikationen als auch durch krankheitsimmanente Gesundheitsbeeinträchtigungen schlechter als erwartet und gewünscht ausfallen. An beiden leidet der Patient, beide hat der Arzt nicht zu vertreten. Sie von den Folgen eines vorwerfbaren Fehlers zu trennen, kann sehr schwierig sein. Gelegentlich kann diese Differenzierung auch nur eine approximative sein. Es ist auch naheliegend, dass diese Gemengelage immanenter und vermeidbarer unerwünschter Ereignisse beim betroffenen Patienten mit Regelmäßigkeit die misstrauische Vermutung auslöst, der (gutachterliche) Hinweis auf unvermeidbare negative Behandlungsfolgen diene nur dazu, eine Kollegen-Fehlleistung zu kaschieren^{7, 8}.
- **Das enttäuschte Vertrauen:** Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist neben dem nüchternen Auftrag, gegen Honorar eine bestimmte diagnostische oder therapeutische Leistung zu erbringen, stets von einem gewissen Vertrauensvorschuss des Patienten geprägt: Dieser wird sich (wenn er die Wahlmöglichkeit hat) stets zu demjenigen Kollegen begeben, von dem er (auf Grund welcher Signale auch immer) annimmt, dass er sein Leiden besonders gut erkennen oder lindern kann. Gelingt dies nicht wie erwartet, bemängelt der Patient (zu recht) nicht nur eine unbefriedigende Leistung sondern auch eine Art Vertrauensbruch. Dies fällt umso gravierender aus, je schwerer die Krankheit des Patienten ist und je mehr sich der Arzt zuvor als die für dieses Problem besonders geeignete Person dargestellt hat.
- **Die öffentliche Wahrnehmung:** Der öffentliche Umgang mit dem Thema des ärztlichen Behandlungsfehlers ist von erschreckend schlichtem Niveau: Die Thematik hatte nach dem Erscheinen der ersten Auflage des vorliegenden Buches eine augenfällige Aufmerksamkeitsspitze erfahren. Bei etwa 15 Beiträgen in national verbreiteten Printmedien, Radiosendungen oder TV-Sendungen war der Autor selbst „als Fachmann“ eingebunden. Allen Kooperationen gingen eingehende Gespräche voraus, alle Medienpartner kannten das vorliegende Buch und seine sachbezogene, sorgsam differenzierende Herangehensweise. Bis auf einen Radiobeitrag und eine Fernsehsendung war keiner der verantwortlichen Journalisten bereit, dieser konstruktiven Denkweise zu folgen:

Die destruktiven Verarbeitungstechniken reichten von der regelhaften Verwendung der Begriffe „Pfusch, Kunstfehler“, über das regelhaft fehlerhafte Zitieren der Inzidenz (es wurde behauptet, es gäbe pro Jahr 400 000 Behandlungsfehler in Deutschland, obwohl die vorliegende Schrift unverkennbar von einer **unbestätigten Schätzzahl** von 400 000 **Fehlervorwürfen** sprach). Sechzigminütige, sachlich geführte Interviews wurden auf eine oder zwei Minuten gekürzt, um eine Passage im „Originalton“ erscheinen lassen zu können, die dem destruktiv- anklagenden Ton des Beitrags passgerecht war.

Ein Pastor ließ in einer Talkshow einen Patientenangehörigen auftreten, der nach eigenem Bekunden mit seiner Geschichte schon mehrfach im Fernsehen gewesen war, um ihn in der Sendung so lange zu befragen, bis er in Tränen ausbrach, und um ihn nach Ende der Aufzeichnung grußlos und kommentarlos stehenzulassen. Der Autor, nach einer Sachinformation gefragt, wurde von ihm (der es natürlich besser

⁷ NN (1998) Patienten sehen sich noch immer im Nachteil. Ärztezeitung 16.9.98

⁸ NN (1997) Hackt die eine Arzt-Krähle der anderen wirklich kein Auge aus? Ärzte-Zeitung 25.9.1997

wusste) verhöhnt. Für einen positiven / präventiven Ansatz war vor lauter „Hau den Lukas“ in diesen 60 Minuten keine Zeit.

Eine große Programmzeitschrift zierte ihren Artikel durch die Fotomontage eines Röntgenbilds und in einer anderen Diskussionsrunde trat eine geschädigte Patientin im Rollstuhl auf, die diesen offenbar gar nicht benötigte. –

Diese Erfahrungen (ausschließlich mit gut beleumundeten Printmedien bzw. öffentlich – rechtlichen Rundfunkeinrichtungen) zeigten dem Autor in aller Deutlichkeit, dass noch nicht einmal im seriösen Segment der Vierten Gewalt in messbarem Umfang Interesse an einem sachbezogenen und vor allem an einem präventiv-optimierenden Umgang mit dem Thema des ärztlichen Behandlungsfehlers besteht.

Diese Umstände stehen - wie gesagt - einer nüchternen Betrachtung (vermuteter) ärztlicher Behandlungsfehler auf beiden Seiten im Wege. Am ehesten werden sie sich in ihrer Bedeutung wohl durch anhaltende offene Kommunikation und durch die saubere Analyse im Einzelfall relativieren lassen. Dass eine zeit- und emotionssparende Kommunikation zusätzlich durch **inadäquates Verhalten** beider Seiten erschwert werden kann, versteht sich von selbst: Das beharrliche Schönreden einer offenkundig falschen Behandlung behindert den adulten Umgang mit ärztlichen Behandlungsfehlern ebenso wie das querulatorische Verfolgen vermeintlich erlittenen Unrechts, oder die plakative Zur-Schau-Stellung von sogenanntem Ärzte-Pfusch. So richtig im Einzelfall vielleicht das beharrliche Selbstverteidigen eines Arztes oder das öffentlichkeitswirksame Inkriminieren eines Arztes in der Sache sein kann - diese Verhaltens- und Vorgehensweisen sind stets rückwärtsgerichtet, sie werden kaum je prospektiv zu einer medizinischen Qualitätsverbesserung und sicher nicht zu einer Verbesserung der Kommunikation über (angenommene) Behandlungsfehler beitragen.

1.2 Häufigkeit ärztlicher Behandlungsfehler

Eine einheitliche zusammenfassende Darstellung der Zahl vermuteter oder tatsächlich nachgewiesener medizinischer Behandlungsfehler in Deutschland gibt es nicht. Wie oben dargestellt, haben Patienten vier mögliche Wege, die Frage nach einem Fehler klären zu lassen. Von diesen Organisationen liegen zur Häufigkeit vermuteter Behandlungsfehler für das Jahr 1999 folgende Informationen vor:

- **Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern:** Dort wurden im Jahre 1999 bundesweit insgesamt ca. 9800 Anträge auf ein Überprüfungsverfahren wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingereicht. Durch einen gutachterlichen Bescheid wurden im gleichen Zeitraum 6300 Verfahren abgeschlossen. Die Zahl der Anträge und der Bescheide steigt kontinuierlich – gegenüber 1997 haben die Anträge um 10,3 %, die ergangenen Bescheide um 3,5 % zugenommen. Die Wahrscheinlichkeit, dass tatsächlich ein Behandlungsfehler festgestellt wird, ist bei einem Verfahren vor einer Gutachterkommission / Schlichtungsstelle relativ hoch: In 1882 von 6300 abgeschlossenen Fällen (29,8 %) wurde ein Behandlungsfehler anerkannt (mit oder ohne nachfolgenden Schaden). Die Rate der Anerkennung ist von Kommission zu Kommission verschieden – am höchsten ist sie bei der Ärztekammer Nordrhein (35 %), am niedrigsten bei der Ärztekammer Bayern (17.8 %) (s. Kap. 3.5).
- **Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)** der einzelnen Bundesländer hat in den vergangenen Jahren rasch zunehmend in erheblichem Umfang Begutachtungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen bei vermuteten Behandlungsfehlern durchgeführt. Die zusammenfassende Statistik weist für 1999 9678 Begutachtungen wegen vermuteter Behandlungsfehler aus ⁹. Die Rate derjenigen Fälle, in denen der Medizinische Dienst einen Behandlungsfehler anerkannte, lag 1999 bei 24 %. Ob der Medizinische Dienst tatsächlich anders beurteilt als die Gutachterkommissionen oder ob dort anders ausgewählte Fälle zur Begutachtung vorgelegt werden, ist nicht untersucht.
- **Zivilkammern der Landgerichte:** Die Zahl der bei Zivilkammern der Landgerichte verhandelten Fälle vermuteter Behandlungsfehler ist nicht bekannt; eine zusammenfassende Statistik wird dort nicht geführt. Es wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ¹⁰ eine Umfrage bei sämtlichen 116 Landgerichten Deutschlands durchgeführt und nach den Eingängen von Arzthaftungsklagen in den Jahren 1998 – 2000 gefragt. Von 52 Gerichten gingen Angaben zur Zahl der dort verhandelten Fälle ein.. Eine Modellrechnung ergab, dass die Zahl der Zivilklagen wegen vermuteten Behandlungsfehlers allenfalls noch gering (nicht signifikant) ansteigt (1999 gegenüber 1998 um 2,3 %). – Wie häufig im Zivilprozess Ärzte wegen eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers verurteilt werden, ist nicht bekannt. Die DBV Winterthur (einer der größten Haftpflichtversicherer für Ärzte) teilt mit, dass in

⁹ Persönliche Information

¹⁰ Hansis M (2001): Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland - Inzidenz, Ursachen und Präventionsmöglichkeiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

deren bei Gericht verhandelten Fällen ein Behandlungsfehler in nur 4 % durch ein Urteil bestätigt wird ¹¹.

- **Direkte Regulierung mit der Versicherung:** Die Zahl der Fälle, in denen wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers direkt Verbindung mit der Haftpflichtversicherung des Arztes aufgenommen wird, bzw. in denen auf diesem Weg ein Fehler als bewiesen bestätigt wird, ist nicht bekannt. Die DBV- Winterthur registriert jährlich 4500 Schadensmeldungen bei 108 000 versicherten Ärzten. Nach Auskunft der DBV-Winterthur werden dort 30 % aller Fälle durch ein Schlichtungsverfahren (Gutachterkommissionen, Schlichtungsstellen) geklärt, 10 % aller Fälle kommen vor Gericht. In 4 % dieser Prozesse wird ein Behandlungsfehler **durch Urteil** bestätigt ¹².

- **Doppelbegutachtung:** Es ist bekannt, dass zahlreiche Fälle vermuteter Behandlungsfehler mehrfach begutachtet werden – zunächst durch Schlichtungsstelle und / oder Medizinischen Dienst, anschließend im Zivilprozess. Wie viele dies sind, ist nicht bekannt.

- **Indirekte Schätzung:** Es existieren einige Kennzahlen, die die Häufigkeit vermuteter Behandlungsfehler indirekt abschätzen lassen:
 - Die Haftpflichtversicherungen in Deutschland verzeichneten im Jahre 1999 4 Meldungen vermuteter Behandlungsfehler je 100 Krankenhausbetten. – Bei 565 000 Krankenhausbetten (1999) entspräche dies rund 22 800 Fehlervorwürfen in Krankenhäusern.

 - Die "National Practitioner Data Bank" (eine Art Behandlungsfehlerkataster der Versicherungen in den USA) verzeichnet für die Jahre 1992/93 (!) je 1000 Ärzte 38 Schadensvorwürfe. Bei 291 000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten (1999 in Deutschland) entspräche dies 11 100 Fehlervorwürfen pro Jahr. Allerdings lag 1992 / 93 die Zahl von Behandlungsfehlervorwürfen sowohl in den USA als auch in Deutschland noch deutlich niedriger als heute.

 - Nicht belegt ist die Behauptung des Allgemeinen Patienten-Verbandes, pro Jahr kämen 25 000 Patienten durch ärztliche Behandlungsfehler zu Tode ¹³.

 - Interessant ist die Frage nach der tatsächlichen Zahl der Fehlleistungen im ärztlichen Alltag: Im Rahmen einer prospektiven Untersuchung wurden alle täglichen Gespräche und Diskussionen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Chirurgischen Abteilung protokolliert. Hierbei notierten sie insbesondere, ob und wie häufig über Fehlleistungen gesprochen wurde. In diesen internen Gesprächen wurden bei nahezu 50 % aller behandelten Patienten Fehlentscheidungen bzw. Fehlbehandlungen

¹¹ Persönliche Information

¹² Persönliche Information

¹³ http://www.baek.de/Homepage/presseforum/doku_pf/9910inha/Unser.html

erörtert und darunter in 18 % gravierende Fehler; zu Klagen kam es nur bei 1,2 % der Patienten ¹⁴.

- **Zusammenfassend** wird man aktuell – bei aller bekannter Unsicherheit und bei insgesamt steigender Tendenz – von rund 40 000 Behandlungsfehler- Vorwürfen pro Jahr und damit von nicht über 12 000 nachgewiesenen Behandlungsfehlern pro Jahr in Deutschland ausgehen können.

Kosten: Jede Komplikation einer ärztlichen Behandlung - ob fehlerhaft oder nicht fehlerhaft bedingt – führt zu zusätzlichen Krankheitskosten, Rentenzahlungen etc.:

- Die Barmer Ersatzkasse (8,7 Millionen Versicherte) verzeichnet 1999 materielle regressierbare Schäden durch medizinische Behandlungsfehler in Höhe von 8,78 Mio DM ¹⁵.
- Der durchschnittliche Schadensaufwand pro Fall liegt bei der DBV-Winterthur (einem Haftpflichtversicherer mit 108 000 versicherten Ärzten) überwiegend bei 50 000 DM. Er steigt bei Schäden in Gynäkologie und Geburtshilfe auf über 200 000 DM pro Fall an ¹⁶.
- Die Haftpflichtversicherer von Krankenhäusern rechnen pro Krankenhausbett mit Schadenszahlungen 1997 von ca. 550 DM ¹⁷. Bei 580 000 Krankenhausbetten in Deutschland wandten demnach die Versicherungen im Krankenhausbereich 1997 319 Mio DM für Schadenszahlungen auf.

Jahr	Schadenzahl pro Bettenzahl (in %)	Schadenaufwand pro Schadenszahl (in DM)	Schadenaufwand pro Bettenzahl (in DM)
1989	3 %	8500	270
1991	3,7 %	6500	250
1993	3,7 %	10500	390
1995	4,1 %	12000	500
1997	3,9 %	14000	550

Tab.1: Schadensentwicklung bei deutschen Haftpflichtversicherern. Die Werte sind Grafiken entnommen und deshalb gerundet (s. FN 15)

¹⁴ Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Lawrence G, Krizek C, Vargish T, Siegler M (1997): An alternative strategy for studying adverse events in medical care. Lancet 349: 309-313

¹⁵ Persönliche Information

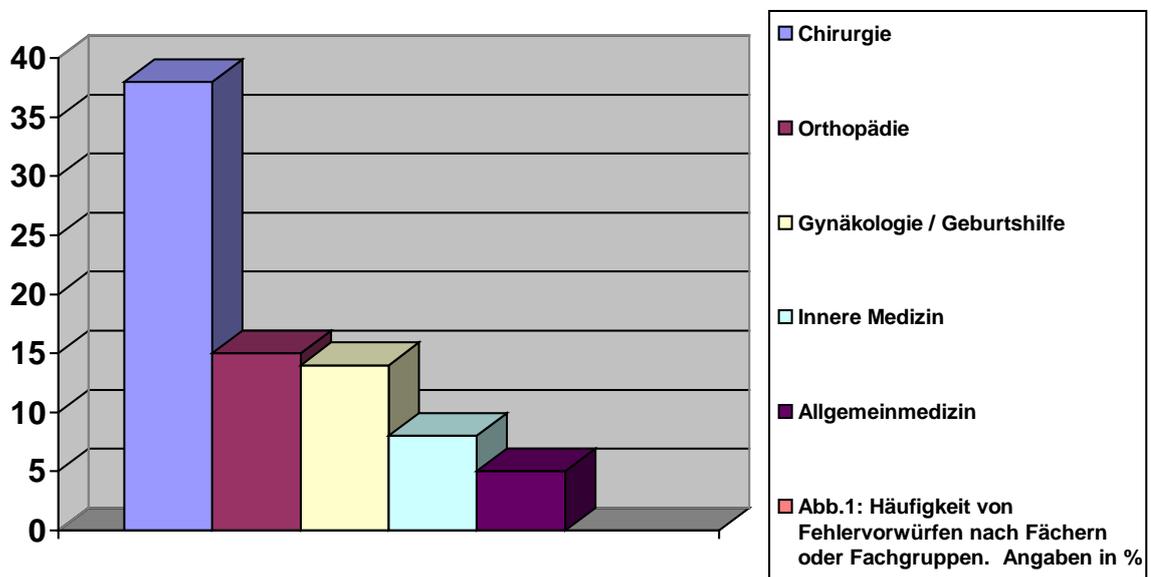
¹⁶ Persönliche Information

¹⁷ F. Baier: Der Schadenverlauf in der Krankenhaushaftpflicht. Münchner Rückversicherungsgesellschaft (2000), München, Eigenverlag.

2. Behandlungsfehler in einzelnen medizinischen Bereichen

2.1 Übersicht

Häufigkeit von Fehlervorwürfen in operativen bzw. konservativen Fächern: Die Behandlungsfehlervorwürfe verteilen sich in Deutschland traditionell unsymmetrisch auf die verschiedenen medizinischen Fächer. So sind über Jahre gleichbleibend die sog. „schneidenden Fächer“ (Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie) relativ überrepräsentiert, die sog. konservativen Fächer (Innere Medizin, Dermatologie, Kinderheilkunde u.a.) unterrepräsentiert. Auch die aktuellen Daten bestätigen dies (Abb. 1¹⁸). Dies entspricht wahrscheinlich nicht der tatsächlichen Fehler- oder Irrtumswahrscheinlichkeit. Vielmehr dürfte sich diese Verteilung aus der Evidenz, der Wahrnehmbarkeit von Fehlern bzw. unglücklichen Behandlungsverläufen ergeben: Eine Wundheilungsstörung, ein in Fehlstellung verheilter Knochenbruch, eine instabil eingebrachte Endoprothese oder der Geburtsschaden eines Neugeborenen sind auch für medizinische Laien leicht erkennbar oder zumindest zu vermuten. Eine Medikamentenverwechslung, die schlechte Einstellung einer Zuckerkrankheit oder gar die inkonsequente Behandlung eines psychischen Leidens sind für Fachleute u. U. schwer, für Nicht-Fachleute in der Regel überhaupt nicht evident. Wird allerdings einmal ein Behandlungsfehler vermutet, dann wird er wohl in konservativen Fächern eher auch als bewiesen angenommen: Innere Medizin in 20,0 %, Allgemeinmedizin in 27,1 %, Chirurgie in 16,1 %, Orthopädie in 12,4 %, Gynäkologie 28,1 %¹⁹.



Versorgungsbereiche: Obwohl in Praxen nahezu gleich viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten (1999:126 000) wie im Krankenhaus (137 000), ist der Krankenhausbereich deutlich stärker durch Fehlervorwürfe betroffen als der Bereich der niedergelassenen Ärzte / Belegärzte. Bei der Schlichtungsstelle Baden-Württemberg wurden 1999 60,4 % der Vorwürfe gegen

¹⁸ s. FN 10

¹⁹ Persönliche Information: Statistik der Schlichtungsstelle der Ärztekammer Baden-Württemberg

Krankenhäuser, 35,3 % gegen Praxen und 4,3 % gegen Belegkliniken erhoben. Die aktuellen Daten ergaben in 69 % Vorwürfe gegen Krankenhausärzte und in 38 % der Fälle Vorwürfe gegen niedergelassene Ärzte²⁰. Hier mag der Umstand eine Rolle spielen, dass mit „der Institution Krankenhaus“ kritischer umgegangen wird als mit dem einzelnen, persönlich bekannten niedergelassenen Arzt. Andererseits ist nicht auszuschließen, dass gerade die so wichtigen organisatorischen Defizite (s. u.) im Krankenhaus mehr Wirkung entfalten als in einer Praxis²¹.

Krankenhausgröße und -Spezialisierung: Je kleiner ein Krankenhaus ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein vermuteter Behandlungsfehler auch bestätigen lässt: Die aktuellen Daten ergaben, dass in kleinen Krankenhäusern (weniger als 200 Betten) 44 % der Fehlervorwürfe bestätigt wurden, in mittleren (200 bis 500 Betten) 30 % und in großen (über 500 Betten) 29 %. In Universitätskliniken wurde in nur 24 % der Fehlervorwürfe bestätigt. - Dieses Phänomen ist nicht durch eine selektierte Wahrnehmung zu erklären – es ist nämlich davon auszugehen, dass die Kritikbereitschaft gerade gegenüber Großkrankenhäusern und Spezialkliniken zunimmt. In der Tat scheinen sich hier gebündelte und spezialisierte Fachkompetenz fehlerhemmend auszuwirken²².

Der Schwerpunkt der folgenden Darstellung liegt in der Benennung **fachunabhängiger** allgemein gefahrgeneigter Situationen (2.2. - 2.10). Im Anschluss werden fachspezifische Ursachen Ärztlicher Behandlungsfehler nur soweit erörtert, als hierzu medizinisch-wissenschaftliche zusammenfassende Darstellungen verfügbar waren (2.11 - 2.19). Das eine wie das andere geschieht vorrangig in der Intention, Ursache und Vermeidungsstrategie der jeweiligen Fehler in direktem Bezug zum klinischen Alltag zu erläutern; detaillierte Ausführungen zur rechtlichen Würdigung sind anderen Autoren vorbehalten. Dies gilt ganz besonders für die aus der Instanz-Rechtsprechung zitierten Fälle²³. Der an medizinischen Details weniger interessierte Leser mag diese Passage auch überspringen.

2.2 Organisation

Organisationsfehler und deren Folgen gelten -grosso modo- in der Rechtsprechung als vermeidbar:

- "Der Arzt hat seinen Praxisbetrieb so zu organisieren, dass sein Patient im Zusammenhang mit der Behandlung in der Sprechstunde nicht zu Schaden kommt."²⁴
- "Das Fehlen genereller Anweisungen über die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und das Fehlen deren Kontrolle ist ein Organisationsfehler."²⁵
- "Der Krankenhausträger bzw. seine verfassungsmäßig berufenen Vertreter haben sicherzustellen, dass die Nachbehandlung eines Patienten ... ärztlich kontrolliert wird."²⁶

²⁰ Da sich ein Teil der Vorwürfe sowohl gegen Krankenhausärzte als auch gegen niedergelassene Ärzte richtete, liegt die Gesamtzahl bei über 100 %.

²¹ s. FN 10

²² s. FN 10

²³ Alle aus: Ankermann E, Kullmann HJ, Bischoff R (2001) Arzthaftpflicht-Rechtsprechung. E. Schmidt Verlag Berlin.

²⁴ s. FN 23 Kza 3020/18

²⁵ s. FN 24

²⁶ s. FN 23 Kza 3010/16

Dies hat zur Folge, dass bei vermuteten Organisationsfehlern eine Beweislastumkehr eintreten kann, durch welche der belastete Arzt bzw. das belastete Krankenhaus die Richtigkeit bzw. Unschädlichkeit ihres Handelns beweisen müssen. Dieser Umstand ist möglicherweise wenig bekannt, insbesondere scheinen die Folgen weitgehend unterschätzt zu werden. Bei Bergmann und Kienzle²⁷ bzw. Rumler - Detzel²⁸ sind die Einzelheiten der rechtlichen Anforderungen an die Krankenhausorganisation eingehend dargestellt. Folgende Facetten der Organisationsverantwortlichkeit sollen hier genannt werden:

Organisationsverantwortlichkeit der Gesamt-Institution: Traditionell geht man in der Frage eines Behandlungsfehlers von der rein medizinisch-ärztlichen Fehlerhaftigkeit bzw. dem fehlerhaften Verhalten eines einzelnen Arztes aus. Dies muss beim Organisationsverschulden u.U. anders gesehen werden:

- ❖ Ein 51-jähriger Mann stürzt unter Alkoholeinfluss und wird in eine Krankenhausambulanz eingeliefert. Es wird zunächst eine Kopfplatzwunde diagnostiziert; ein Schädelbruch wird auf der Röntgenaufnahme nicht erkannt. 2 Stunden nach dem Unfall (und gut 1 Stunde nach der Krankenhauseinlieferung) zeigen sich erste Symptome einer Drucksteigerung im Gehirn, weitere 1 1/2 Stunden später verliert der Patient das Bewusstsein. Erst weitere 1 1/2 Stunden später fasst man den Entschluss, den Patienten in eine Neurochirurgie zu verlegen und nochmals 2 Stunden später (d.h. 7 Stunden nach dem Unfall und 5 Stunden nach Beginn der entsprechenden klinischen Symptomatik) trifft der Patient dort ein. Er verstirbt später.

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

Der vorangegangene Alkoholgenuss des Patienten erschwerte die klinische 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 vorhanden. Nach dem Entschluss zur Verlegung verzögerte sich diese, weil der Anästhesist wegen eines anderen operativen Eingriffs nicht abkömmlich schien; auch hier fehlte "die Person", welche kraft Amtes und kraft Erfahrung Anweisung gegeben hätte, alle anderen -nachrangigen- Tätigkeiten ruhen zu lassen, bis diese Verlegung erfolgt sei.

Das OLG Düsseldorf verurteilte das Krankenhaus zu Schadensersatz. Bemerkenswert sind folgende Ausführungen: "Der Gesamtablauf zeigt deutlich, dass **unabhängig von dem Fehlverhalten einzelner Personen** (Hervorh. durch Autor) 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."²⁹

²⁷ Bergmann O, Kienzle F (1996) Krankenhaushaftung. Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft Düsseldorf

²⁸ Rumler-Detzel P (1993) Arbeitsteilung und Zusammenarbeit in der Chirurgie. Rechtliche Verantwortlichkeit. In: Häring R (Hsg.): Chirurgie und Recht. Blackwell, Berlin: 207-215

²⁹ s. FN 23 Kza 2440/101 und 3010/101

Diese Ausführungen zeigen, dass es unter bestimmten Bedingungen gar nicht mehr nur darauf ankommt, ob eine einzelne ärztliche Maßnahme richtig oder falsch war, sondern dass sich - bei bestimmten Konstellationen - der **organisatorische Gesamtablauf** einer Beurteilung stellen muss.

Interne Verantwortungs-Allokation: Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass es - auch unter dem Aspekt der Rechtssicherheit - nicht sinnvoll ist, sich innerhalb eines Krankenhauses oder einer anderen größeren Funktionseinheit Verantwortlichkeiten wechselseitig zuzuschieben, in der Hoffnung, im Versagensfall nicht selbst betroffen zu sein. Dieses Verhalten ist dem Total Quality Management fremd, im Klinikbetrieb ist es jedoch offenbar noch vielerorts lebendig. Folgende Beispiele hierzu wurden (aus verschiedenen Einrichtungen) dem Autor berichtet:

- ❖ In einer chirurgischen Klinik geht es um die Anschaffung eines Computertomographen zur Verbesserung der Versorgungssicherheit beim Mehrfachverletzten. Der Verwaltungsdirektor lehnt dies mit der Begründung ab, der Kauf eines CTs verursache sicher und vorhersehbar Kosten, während die Kosten (!), welche sich aus einem etwaigen (durch Fehlen des Computertomographen bedingten) Behandlungsfehler ergäben, nur vielleicht eintreten würden.
- ❖ In einem Großklinikum wird am Donnerstagabend durch Rundschreiben mitgeteilt, ab Freitagabend (gut 24 Std. später) werde die Personenrufanlage für mehrere Stunden abgeschaltet. Entsprechende Vorsorgemaßnahmen seien durch die Abteilungsleiter zu treffen, die diesbezügliche Verantwortung liege dort.
- ❖ In einem Zentralklinikum werden die Chefärzte durch Rundschreiben informiert, sie seien ab sofort für ihre jeweiligen Stationen die "Speisenverantwortlichen". Organisation und Verantwortlichkeit diesbezüglich liege bei ihnen.

Allen drei Beispielen gemeinsam ist, dass jeweils eine rein administrative oder eine gemischt administrativ-medizinische Aufgabenstellung per Dekret der ärztlichen Seite zugeordnet wird, in der Erwartung, auf Verwaltungsseite damit der Zuständigkeit quitt zu sein. Angenommen, im erstgenannten Fall käme es wegen einer Diagnoseverzögerung oder im zweitgenannten Fall durch erschwerte Rufbarkeit des Bereitschaftsdienst-Arzt zum Schaden oder im drittgenannten käme es zum Austeilen verdorbener Speisen - stets würde sich der geschädigte Patient zunächst an den Arzt halten. Und ob dieser die Chuzpe besäße, sich intern bei seiner sektoral denkenden Verwaltung schadlos zu halten, ist sehr fraglich, zumal ihm 1983 das OLG Celle die Pflicht auferlegt hat, sich (damals bei unzureichender Personalausstattung) nachweisbar und nachdrücklich um eine Verbesserung der Situation bei seiner Verwaltung zu bemühen³⁰. (Andererseits weisen Francke und Hart³¹ darauf hin, es sei fraglich, ob eine haftungsbefreiende Delegation von Verantwortlichkeiten des Krankenhausträgers möglich sei.) Der betreffende Arzt könnte nur hoffen, auf Richter zu treffen, die den Überblick besitzen, die **Gesamt-Institution** zur Rechenschaft zu ziehen wie im vorgenannten "Schädelverletzungsfall" beschrieben.

³⁰ s. FN 23 Kza 3020/8

³¹ s. FN 1, Seite 15, dort FN 33

Bereitschaftsdienst / Arbeitszeitgesetz: Aus der konventionellen Organisation des Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus ergeben sich eine Fülle von gemischt organisatorischen-medizinischen Fehlermöglichkeiten:

- Die Anwesenheit eines einzigen Arztes für eine ganze Abteilung oder ein ganzes Krankenhaus während der Nacht oder während des Wochenendes führt dazu, dass dieser "nicht an allen Orten gleichzeitig" sein kann. Er wird stets überlegen müssen, welche der anstehenden Aufgaben die im Augenblick dringlichere ist.
- Die begrenzte Zahl der zur Verfügung stehenden Ärzte zwingt dazu, auch weniger erfahrene Kollegen mit dem Dienst zu beauftragen.
- Wird der Dienst abteilungsübergreifend wahrgenommen (was zur Schonung begrenzter Personalressourcen nötig und sinnvoll sein kann), machen auch Gynäkologen in der Chirurgie, auch Gastroenterologen in der Kardiologie usw. Dienst.
- Da der Bereitschaftsdienst (im Krankenhaus anwesender Arzt) in der Regel von Nicht-Fachärzten wahrgenommen wird, wird diesem gewöhnlich eine sog. Rufbereitschaft (abrufbereiter Facharzt zu Hause) als Rückendeckung beigegeben. Dessen Erreichbarkeit und vor allem die Geschwindigkeit seiner Beibringung bergen schier unerschöpfliche Möglichkeiten von Fehlern und Missgeschicken.
- Im Prinzip müsste ein Krankenhaus nicht nur für den Standardbetrieb gerüstet sein - es müsste auch auf Spitzenanforderungen (Katastrophenfall) in vertretbarer Form reagieren können. Hier muss ein vernünftiges Maß an Logistik-Vorratshaltung erfolgen.

Die Rechtsprechung hat sich mit den vorstehenden Problemen zahlreiche Male beschäftigt. An Stelle von Einzelentscheidungen von Instanzgerichten sei hier eine EntschlieÙung zitiert, welche in 7/87 aus einem Workshop "Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft" hervorging³². Diese EntschlieÙung führt sinngemäÙ zusammenfassend aus:

Zur Organisation eines eigenen Bereitschaftsdienstes muss eine Abteilung mit mindestens 5 bzw. 6 Assistenzärzten ausgestattet sein. Ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst ist vertretbar, wenn die Behandlung binnen 20 Minuten durch einen entsprechenden Facharzt (Rufbereitschaft) übernommen werden kann. Zum Bereitschaftsdienst kann ein Arzt nur bei angemessener klinischer Erfahrung eingesetzt werden. Bei Schichtdienst muss auf eine ausreichende Kontinuität der Patientenversorgung geachtet werden. Sind mehrere (Chirurgie-) Schwerpunkte in einem Haus vertreten, dann kann ein gemeinsamer Bereitschaftsdienst organisiert werden, wenn für jeden Schwerpunkt ein Schwerpunkt-Facharzt rufbereit ist. Die Qualität des Bereitschaftsdienstes darf unter zusätzlichen Aufgaben (z.B. Besetzung des Notarztwagens) nicht leiden.

Erhebliche Folgeprobleme haben sich durch Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes ergeben³³,³⁴: Dieses Gesetz schreibt vor, dass nach 24- stündiger ununterbrochener (oder nur kurzfristig unterbrochener) Tätigkeit ein Arzt nach Hause gehen **muÙ**. Diese im Grunde logisch anmutende Vorschrift bewirkt eine tiefgreifende Veränderung der bisherigen

³² NN (1988) EntschlieÙung zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft in der Anästhesie und in der Chirurgie. Chirurg BDC 27:20-21

³³ Kienzle HF (1997) Das Arbeitszeitgesetz im Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung, Kostenbegrenzung und Haftungsrecht aus ärztlicher Sicht. DGC Mitteilungen 2:120-124

³⁴ Kienzle HF, Jansen C (1997) Das Arbeitszeitgesetz - Realität oder Fiktion? Dt. Ärztebl. 94:C 1863-1865

Krankenhausorganisation: Bislang war z.B. ein Stationsarzt durchgehend werktätlich für "seine" Station zuständig. In einer der Nächte zwischendurch verrichtete er Bereitschaftsdienst. Er war zwar am Tag danach u.U. nur bedingt gut, andererseits war die Kontinuität in der Patientenversorgung zweifelsfrei gegeben. Dies entsprach nicht nur dem Bedürfnis nach einfacher Organisation und klarer Zuständigkeit, es kam auch dem (natürlichen) Wunsch des Patienten entgegen, der nicht ständig ein neues Gesicht sehen will ("one client, one customer"). Nach aktueller Gesetzeslage ist dies nicht mehr möglich. Für den Folgetag muss ein anderer Stationsarzt zuständig sein. Dies kann bei kleinen Abteilungen (z.B. in Ferienzeiten) bis zu dreimal in der Woche der Fall sein. Wenn dies nicht zu Defiziten in der Patientenbetreuung führen soll, muss eine ganz exzellente innere Organisation und Kommunikation bestehen.

Interne Ablauforganisation und Zuständigkeiten: "Es ist ein Organisationsmangel, wenn der Krankenhausträger die Ärzte eines Fachbereichs nicht ausreichend über den Umfang ihrer Zuständigkeit ... belehrt. Dasselbe gilt, wenn der Krankenhausträger nicht für eine ausreichende Dokumentation aller dokumentationspflichtiger Vorgänge sorgt." ³⁵ Mit diesen Leitsätzen des BGH ist im Grunde alles umschrieben, was zur inneren Organisation eines Krankenhausbetriebs zu sagen ist. Es ist in die Pflicht des Krankenhauses (in erster Linie in Person der verantwortlichen Chefärzte) gestellt, dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Zuständigkeiten geklärt sind, dass an den "Schnittstellen" keine Informationsdefizite entstehen und dass entsprechende Belehrungen regelmäßig erfolgen. Die sich hieraus ergebenden Detailpflichten können leicht abgeleitet werden, die Entscheidungen zu dieser Thematik sind zahlreich, zur Illustrierung können zum Beispiel folgende Pflichten genannt werden:

- Zur lückenlosen Übergabe problematischer Patienten zwischen Anästhesie und Operateur ³⁶,
- zur rechtzeitigen präoperativen Aufklärung eines jeden Patienten ³⁷,
- zur Überwachung unerfahrener Ärzte ³⁸,
- zur Einweisung neuer Mitarbeiter ³⁹,
- zur Erstellung eines Notfall-Behandlungsplans ⁴⁰,
- zur Chef-Vertretung ⁴¹,
- zur sicheren Überwachung von Parallelnarkosen ⁴²,
- zum Schutz des Patienten vor Übermüdung der Ärzte ⁴³,
- zur zügigen Übermittlung von Laborergebnissen ⁴⁴,
- zur Organisation der Eigenblutspende bei Wahleingriffen ⁴⁵,
- zur Überwachung nicht-ärztlichen Personals ⁴⁶

³⁵ s. FN 23, Kza 3010/109

³⁶ s. FN 23, Kza 2320/110

³⁷ s. FN 23, Kza 3010/1

³⁸ s. FN 23, Kza 3010/5, 3010/10, 3010/21, 3010/46 u.v.a.

³⁹ s. FN 23, Kza 3010/19, 3010/105 u.a.

⁴⁰ s. FN 23, Kza 3010/14, 3010/42 u.v.a.

⁴¹ s. FN 23, Kza 3010/6

⁴² s. FN 23, Kza 3010/17

⁴³ s. FN 23, Kza 3010/26

⁴⁴ s. FN 23, Kza 3010/33

⁴⁵ s. FN 23, Kza 3010/44

- zur Bereitstellung einer ausreichenden Zahl ausreichend erfahrener Operateure ⁴⁷
- u.v.a.

Die Kenntnis der vorstehend umrissenen Rechtslage macht es zweifelhaft, ob diejenigen Ärzte noch auf der Höhe der Zeit und auf dem Boden der Realität sind, welche sich anhaltend gegen die Implementierung abteilungs- bzw. klinikinterner organisatorischer **und** medizinischer Leitlinien wehren. Wenn man schon der Meinung ist, die Medizin sei der einzige Dienstleistungssektor, dessen Qualität sich durch Formulierung und schriftliche Fixierung interner Arbeitsanweisungen nicht verbessern ließe, dann müsste wenigstens der Wunsch nach formaler / rechtlicher Absicherung diese Bereitschaft fördern. (s. auch Kap. 4.4). - Eigene Untersuchungen haben gezeigt ⁴⁸dass in mindestens 14 % der Fälle ganz offenkundig abteilungsintern keine Klarheit bestand, wie man vernünftigerweise im konkreten Fall vorzugehen habe; interne Arbeitsanweisungen hätten diese Fehlervorwürfe weitgehend vermeiden lassen.

Dokumentationsmängel: Eine gute ärztliche Dokumentation ist der Schlüssel für eine gut geführte und gut nachvollziehbare Behandlung und vor allem für eine gute Kooperation mit anderen ärztlichen oder nichtärztlichen Mitarbeitern. Dokumentationsmängel stellen dem Grunde nach keinen „Behandlungsfehler“ dar. Sie können aber Fehler mitverursachen und sie können vor allem zu Beweinschweigen für einen belasteten Arzt führen. Die aktuellen Daten ergaben in 20 % gravierende Dokumentationsmängel, die erkennbar den schlechten Verlauf bzw. den Fehlervorwurf (mit-)verursacht hatten ⁴⁹.

Aufklärungsmängel: Die rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung über eine vorgesehene Behandlung, ihre Alternativen und Risiken sowie weitere Behandlungsschritte ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer guten und rechtmäßigen Behandlung. Eigene Analysen wiesen in 7 % der Fälle (39 von 600) bedeutsame Defizite der Aufklärung nach ⁵⁰.

Ungenügende Absprachen / Koordination: Eine immer komplexer werdende Medizin und eine zunehmende Arbeitsteiligkeit macht immer präzisere Absprachen zwischen Ärzten während einer laufenden Behandlung notwendig. Es stellt sich damit die Frage, wie oft in ungenügenden Absprachen die Ursache für einen Fehlervorwurf oder sogar für einen beweisbaren Fehler zu sehen ist: In 345 Gutachten wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eines einzelnen Faches (Unfallchirurgie) waren in 78 Fällen (23%) im Behandlungsduktus Koordinationsdefizite sichtbar, die für den festgestellten Behandlungsfehler, das ungünstige Ergebnis, in jedem Fall jedoch zumindest für die Erhebung des Fehlervorwurfs an sich mitverantwortlich zu machen waren. Die Absprachendefizite betrafen sowohl den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung (33 von 78 Fällen), wie auch die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten (45 von 78 Fällen) ⁵¹.

⁴⁶ s. FN 23, Kza 3020/1 u.v.a.

⁴⁷ Heberer J (2000) Organisationsverschulden des Krankenhausträgers. Chirurg 11:297-299

⁴⁸ s. FN 10.

⁴⁹ s. FN 10

⁵⁰ s. FN 10

⁵¹ Hansis M L (2001): Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. Dt. Ärzteblatt 98: A 2035 - 2040

In der öffentlichen Diskussion häufig bemüht wird die Vorstellung, besondere **Notfallsituationen** könnten sich fehlerhäufend auswirken. Dies konnte in eigenen Untersuchungen ⁵² nicht bestätigt werden: Eine medizinisch besonders problematische Situation, eine Notsituation oder eine medizinisch besonders schwierige akute Entscheidung lag offenbar nur bei 4 von 600 Fehlervorwürfen zugrunde. Wie das Phänomen zu erklären ist – ob die Neigung, ungenau zu arbeiten in Standardsituationen tatsächlich größer ist, oder ob andererseits die Patienten nach einer medizinisch schwierigen Behandlung auch weniger dazu neigen, den Arzt zu belasten – muss dahingestellt bleiben.

Übernahmeverschulden / nicht angemessene Versorgungsstufe: Gelegentlich ist es für einen Patienten schwierig, die für sein Problem richtige Praxis oder Krankenhausabteilung zu finden. Umgekehrt kann es für einen Arzt (auch bei bestem Bemühen) schwierig sein, zu erkennen, wann er mit einer Behandlung überfordert ist. In eigenen Untersuchungen ⁵³ fanden sich in 80 von 600 Fällen (13 %) gewichtige Hinweise dafür, dass die betreffende Krankenhausabteilung oder Praxis mit der speziellen Problematik offenbar nicht ausreichend vertraut, mit ihr offenbar überfordert war.

Besonders auffallend ist dies, wenn es um die **Erkennung und Behandlung von Komplikationen** ging: Es wurde schon früher mehrfach dargestellt, dass es von vielen Patienten offenbar noch verstanden und hingenommen wird, wenn im Laufe einer Behandlung Komplikationen auftreten. Kritisch werden die Nachfragen häufig erst dann, wenn der Arzt offenbar nicht professionell mit einer solchen Komplikation umgeht – wenn er sie zu spät erkennt, inkonsequent behandelt oder gar vor dem Patienten zu verheimlichen sucht. Zweierlei mag hier eine Rolle spielen – die spontane Barriere, sich mit einer in eigenen Händen entstandenen Komplikation nüchtern und zielgerichtet zu beschäftigen und der Umstand, dass (vor allem in kleineren Einrichtungen) mit einzelnen Komplikationen insgesamt wenig Erfahrung gesammelt werden kann. Auch nach den aktuellen Daten ⁵⁴ wären mindestens 58 von 600 Fehlervorwürfen (10 %) gar nicht entstanden, hätte sich der Arzt der Komplikation angemessen angenommen oder hätte er nach eingetretener Komplikation die Behandlung rechtzeitig abgegeben.

Kostendruck: In keinem der aktuell analysierten 600 Fälle ⁵⁵ wurde vom belasteten Arzt ein spezieller Kostendruck geltend gemacht: Die Vorstellung, weit verbreitete Sparmaßnahmen würden gehäuft zum unvollständigen Einsatz z. B. wichtiger Diagnoseverfahren führen und damit Fehler bzw. Fehlervorwürfe auslösen, konnte nicht bestätigt werden. Auch indirekt ergaben sich aus den Verläufen keine Hinweise darauf, dass ein behinderter Mitteleinsatz erkennbar zum unglücklichen Verlauf beigetragen habe.

Übergang medizinischer Fehler / Organisationsfehler: Manche Fehlleistung, welche zunächst als handwerklich-medizinische Fehlleistung angesehen werden könnte, wird rechtlich als Organisationsfehler eingestuft (s. auch 2.4 bzw. FN.81). Dies hat für den belasteten Arzt die Folge, dass dieser Fehler als grundsätzlich vermeidbar gilt und damit bei

⁵² s. FN 10

⁵³ s. FN 10

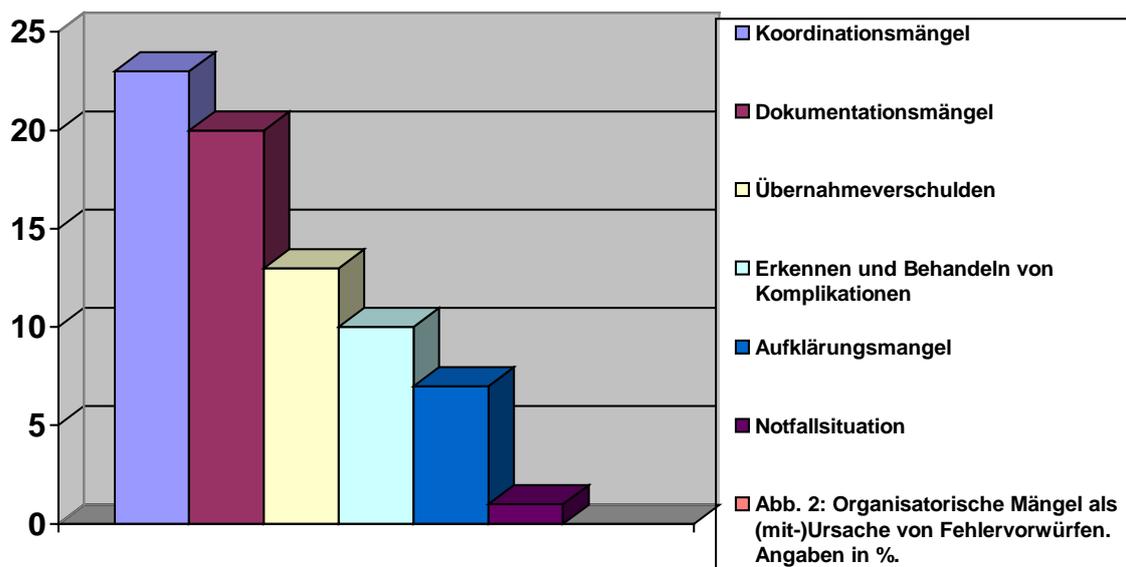
⁵⁴ s. FN 10

⁵⁵ s. FN 10

der Beurteilung des Fehlers Beweiserleichterungen für den Patienten eintreten. Typisches Beispiel ist das Zurücklassen von Bauchtüchern / Instrumenten beim Operieren im Bauchraum:

Durchgehend besteht Einigkeit darüber, dass dem durch eine entsprechende Armierung der Fremdkörper bzw. durch Zählen der Bauchtücher / Kompressen vorzubeugen sei ⁵⁶. Andererseits wird nicht verkannt, dass es kritische Situationen gibt, in denen - ohne Vorwurf - von dieser Regel abgewichen werden kann ⁵⁷, bzw. dass der Sorgfaltspflicht auch durch eine besonders sorgfältige Kontrolle des Wundgebiets Rechnung getragen wird ⁵⁸.

Zusammenfassend präsentieren sich in einer aktuellen Analyse von 600 konsekutiven Entscheidungen der Gutachterkommission Nordrhein aus dem Jahre 1999 ⁵⁹ **organisatorische Defizite** unterschiedlichster Art als offenbar bedeutende fachunabhängige fehlerverursachende Faktoren (Abb. 2). Sofern es gelingt, diesen durch qualitätssichernde Maßnahmen beizukommen, müsste sich eigentlich ein Gutteil der Fehlervorwürfe bzw. der tatsächlich nachgewiesenen Fehler vermeiden lassen.



2.3 Operationslagerung

Die richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch ist eine Quelle ständigen Ärgers und ständiger Probleme. Schwierigkeiten können sich in folgenden Hinsichten ergeben:

- Nerven-Lagerungsschäden, so z.B. Schäden des Nervus ulnaris an der Armstütze, des Plexus brachialis durch starkes Abspreizen im Schultergelenk oder des Nervus peronäus

⁵⁶ stellvertretend: s. FN 23 dort Ziff. 2345/8

⁵⁷ s. FN 23 Kza 2345/19

⁵⁸ s. FN 23 Kza 2345/7

⁵⁹ s. FN 10

durch stärkere Außenrotation des Beines und Druck am Tisch oder an Tischanbauten. Ursache kann eine Unachtsamkeit bei der initialen Lagerung vor Operationsbeginn sein. Daneben können derartige Körperregionen unter Druck kommen, wenn die Patientenlage sekundär verändert wird und hierbei keine adäquate Kontrolle mehr erfolgt.

- Haut-Lagerungsschäden bei kachektischen Patienten, wenn die physiologische Polsterung fehlt, ebenso bei Patienten mit örtlichen Durchblutungsstörungen der Weichteile.
- Haut-Lagerungsschäden an Stellen, wo der Patient in einer Flüssigkeitspfütze liegt - z.B. Körpersekret oder Desinfektionsmittel.
- Haut-Druckschäden unter einer Blutsperre-Manschette - vor allem in Zusammenhang mit Desinfektionsmitteln.
- Haut- oder Nervendruckschäden bei speziellen Lagerungen mit unphysiologischer Druckverteilung (Bauchlage, Häschenstellung o.ä.)

Der Duktus der einschlägigen Rechtsprechung lässt sich mit folgenden Kernaussagen umschreiben:

- Die richtige Lagerung ist eine gemeinsame Aufgabe von Operateur und Anästhesist. Bei schwierigen Lagerungsformen (hier Knie-Ellenbogen-Lage) liegt die Verantwortung im wesentlichen beim Operateur bzw. dem Operationspfleger. Der Anästhesist ist gehalten, im Laufe der Operation die Lagerung zu beobachten - soweit die Sicht diesbezüglich freigegeben ist ⁶⁰.
- Die Beweislast für eine richtige Lagerung liegt beim behandelnden Arzt bzw. dem Krankenhaus. Insbesondere kann das Fehlen genereller Anweisungen über die Lagerung des Patienten und deren Kontrolle als Organisationsfehler angesehen werden. Allerdings wird nicht generell eine schriftliche Dienstanweisung gefordert. Zum Umfang der erforderlichen Dokumentation führt der BGH sinngemäß folgendes aus ⁶¹: Das Lagerungsrisiko des Patienten sei voll beherrschbar; die Umstände einer Operationslagerung seien darüber hinaus durch die beteiligten Pflegepersonen und Ärzte aufklärbar. Es sei deshalb gerechtfertigt, die Beweislast für die ordnungsgemäße Lagerung dem Krankenhaus bzw. den Ärzten zu übertragen. Allerdings genügte im dortigen Fall das beklagte Krankenhaus seiner Beweispflicht, indem es dartat, der Patient sei von einem erfahrenen OP-Pfleger wie üblich gelagert worden und die beteiligten Ärzte hätten dies durch ein Fenster vom Nebenraum aus überprüfen können. "Der erfahrene Arzt wird im allgemeinen mit einem Blick beurteilen können, ob insoweit alles in Ordnung sei". Auch Schäden, welche der Patient in Zusammenhang mit der Umlagerung **nach** einer Operation erleidet, werden ähnlich beurteilt ⁶².
- Besondere Lagerungsvorrichtungen sind nur bei besonders gefährdeten Patienten erforderlich; Lagerungsschäden bei älteren Patienten sind nicht immer vollkommen vermeidbar ⁶³.
- Präoperativ angewandte Hautdesinfektionsmittel, welche unter eine Blutsperremanschette laufen, können dort zu erheblichen Hautschäden führen. Auch dieses Risiko wird als eines angesehen, "welches der Arzt im Zusammenwirken mit seinen Hilfskräften voll beherrschen konnte und musste". Treten derartige Schäden auf,

⁶⁰ s. FN 23 Kza 0920/12

⁶¹ s. FN 23 Kza 6330/3 bzw. 3010/20

⁶² s. FN 23 Kza 6330/8

⁶³ s. FN 23 Kza 2360/111

muss deswegen der Arzt belegen, dass geeignete Vorsichtsmaßnahmen getroffen wurden⁶⁴, wenngleich derartige Schäden auch auftreten können, ohne dass die operierenden Ärzte ihre Pflichten verletzt haben⁶⁵

Ein Abkommen zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen⁶⁶ hat sinngemäß folgenden Duktus: Prä-, intra- und postoperative Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch sind eine gemeinsame Aufgabe von Chirurg und Anästhesist. Die Verantwortung für die präoperative Lagerung bis zum Narkosebeginn liegt beim Anästhesisten, für die Operationslagerung selbst beim Operateur; lediglich der für die venösen Zugänge benötigte Arm wird -verantwortlich- von Anästhesisten gelagert. Ergeben sich Lagerungsänderungen während der Operation -z. B. weil es der OP-Fortschritt erfordert-, so trägt hierfür der Operateur die Verantwortung. Allerdings muss ihn der Anästhesist auf Gefahren hinweisen, welche der Operateur -z.B. bedingt durch die Sterilabdeckung- nicht erkennen kann:

- ❖ Muss z.B. ein Arm während einer Operation stärker vom Körper abgespreizt werden als ursprünglich vorgesehen (z.B. um am Brustkorb besser Platz zu haben), dann droht ab einer Abspreizung von mehr als 90 Grad vom Körper ein übermäßiger Zug am Armnervengeflecht (Plexus brachialis); dieses kann bei einer derart starken Abspreizung überdehnt und geschädigt werden. Dem Operateur ist jedoch durch die sterilen Tücher der Blick auf diesen Arm versperrt. Er trägt zwar mithin die Verantwortung für die neue Lagerung (stärkere Abspreizung) muss sich jedoch darauf verlassen können, dass ihn der Anästhesist diesbezüglich warnt.

Zusammenfassend werden in der Rechtsprechung Probleme in Zusammenhang mit der prä- und intraoperativen Lagerung als dem Grunde nach beherrschbar und vermeidbar angesehen. Daraus ergibt sich, dass im Falle von Folgeschäden eine Beweislastumkehr eintritt - Arzt oder Krankenhaus müssen belegen, dass sie die notwendigen Vorkehrungen getroffen haben bzw. dass im Einzelfall eine - von ihnen nicht zu vertretende - Risikoerhöhung vorgelegen hat. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn (wie kürzlich bei der Gutachterkommission Nordrhein verhandelt) ein Patient perioperativ einen Ulnaris-Schaden erleidet, bei dem als bis dahin nicht bekannte Normvariante eine habituelle Ulnaris-Subluxation⁶⁷ bestand. Wenn auch an die Dokumentation der vorgenommenen organisatorischen Vorsichtsmaßnahmen bislang keine übermäßigen Anforderungen gestellt wurden (s. FN 57), so besteht doch das Problem, dass die Patientenlagerung in der Regel **überhaupt nicht** dokumentiert wird. Will man diesbezügliche Probleme vermeiden, so bietet sich hierfür in der Krankenhausorganisation die interne Erstellung einer Leitlinie geradezu an: Wird diese entsprechend abgefasst, regelmäßig aktualisiert **und bekanntgemacht** (s. 4.4), dann kann der Arzt oder Krankenhausträger im Streitfall belegen, wie **üblicherweise** die Lagerung und der Schutz des Patienten vor Lagerungsschäden erfolgt. Dies ist nach bisherigem Rechtsverständnis offenbar ausreichend.

⁶⁴ s. FN 23 Kza 3080/15

⁶⁵ s. FN 23 Kza 2345/104

⁶⁶ NN (1987) Zusatzabkommen zum Punkt 3 der Vereinbarung über die Lagerung des Patienten zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen vom 28. August 1982. Informationen des BDC 3:41-43

⁶⁷ Bei der habituellen ulnaris-Subluxation tritt der Nervus ulnaris bei jedem Anbeugen des Ellbogengelenkes aus seiner ihn schützenden Rinne heraus; er liegt dann (schutzlos und nur noch von Haut bedeckt) auf dem ellenseitigen Oberarmknochen.

2.4 Krankenhaushygiene

Eine prospektive Multizenterstudie errechnete eine Prävalenz nosokomialer Infektionen (bezogen auf die stationär behandelten Patienten) von rund 3,5 %⁶⁸, andere Schätzungen gehen von größeren Häufigkeiten aus. Der Schutz von Patienten vor nosokomialen Infektionen hat damit eine anscheinend zahlenmäßig überragende Bedeutung. Es ist erstaunlich, wie spärlich im Gegensatz hierzu die wissenschaftlich-medizinischen Analysen zu komplexen Ursachen-Konstellationen bzw. komplexen Vermeidungsstrategien sind. Es ist auch erstaunlich, wie vergleichsweise wenige Instanzentscheidungen zu dieser Problematik vorliegen: Die mehrfach zitierte Entscheidungssammlung führt zum Stichwort "Hygiene" kaum 20 Entscheidungen auf.

Im einzelnen ergibt sich für die Analyse nosokomialer Infektionen und deren Vermeidung aktuell folgende Situation:

a) Nosokomiale Infektionen als letztlich unvermeidbare Begleiterscheinungen:

Nosokomiale Infektionen gelten letztlich auch bei bestem Bemühen nicht immer als vermeidbar⁶⁹. Diese Einschätzung wird von allen Seiten (Wissenschaft und Rechtsprechung) gestützt - z.B. "Das Infektionsrisiko kann bei intraartikulären Injektionen auch durch noch so große Sorgfalt nicht völlig ausgeschlossen werden."⁷⁰ Dies bedeutet, dass nosokomiale Infektionen - im Gegensatz z.B. zu den Folgen von Organisationsfehlern - nicht a priori zur Beweislastumkehr führen.

b) Ursachenvielfalt nosokomialer Infektionen: Nosokomiale Infektionen sind stets das Produkt mehrerer Co-Faktoren bzw. -Faktorengruppen⁷¹:

- Den vom Patienten mitgebrachten die Infektabwehr beeinträchtigenden Vorerkrankungen bzw. Dispositionen (Diabetes, Durchblutungsstörungen, Alter usw.),
- den für die zu behandelnde Krankheit typischen und die Infektabwehr beeinträchtigenden lokalen Erkrankungen - der Durchblutungsstörung des Darmes bei der Operation eines Darmverschlusses, der Belüftungsstörung der Lunge bei der künstlichen Beatmung, der Harnabfluss-Störung beim Blasenkatheterismus,
- der vorbestehenden und dem Patienten eigenen Keimbesiedlung - in der minderbelüfteten Lunge, in der funktionsgestörten Harnblase, in der Wunde des offenen Knochenbruchs,
- der mechanischen Schädigung durch ärztliche Maßnahmen - der Schädigung der Muskulatur und des Knochens bei der Verplattung eines Knochenbruchs, der Schleimhautschädigung der Luftröhre beim Einführen des Tubus,
- und der Einschleppung von Keimen anlässlich der Behandlung (Hygienefehler) - in die Operationswunde, die Luftröhre oder die Harnblase.

⁶⁸ Rüden H, Daschner F, Schumacher M (1995): Nosokomiale Infektionen in Deutschland - Erfassung und Prävention (NIDEP-Studie). Schriftenreihe des BMG, 56.

⁶⁹ s. FN 23 Kza 3040/10

⁷⁰ s.FN 32, Kza 2790/104

⁷¹ Hansis M, Arens St (1996) Pathophysiologie der postoperativen Infektentstehung an Knochen und Weichteilen. Akt. Traumatol. 26:183-191

Der ärztlichen Sorgfalt sind nur die beiden letzten Ursachengruppen (und auch die nur in Grenzen) zugänglich. Das Problem bei der Bewertung einer bereits eingetretenen Infektion besteht mithin darin, zu analysieren, welche der fünf Ursachengruppen im vorliegenden Fall nun tatsächlich die wesentliche war und ob insbesondere die vom Patienten mitgebrachten Teil-Ursachen überhaupt Raum für eine effiziente "Infektionsprophylaxe" geboten hätten:

- ❖ Kommt es nach einer Verletzung mit einem Misthäcksler zu einer Infektion am Unterschenkel, so wird man auf Antrieb geneigt sein, diese als schicksalhaft anzusehen - anders, als wenn eine solche Infektion nach der Nagelung eines Unterschenkelbruchs ohne begleitende Hautverletzung (geschlossener Bruch) entsteht. Dies kann sachlich falsch sein, denn möglicherweise ist in der Tat der Infekt nach der Nagelung schicksalhaft ohne irgendeine Fehlleistung zustande gekommen, zum Infekt nach der Misthäckslerverletzung hat jedoch möglicherweise eine inadäquate Wahl des Behandlungsverfahrens beigetragen.

Eine solche "Fehlbeurteilung" wird kaum je aufzudecken sein - verstellt doch die offenkundig im Vordergrund stehende Ursache den Blick für das gesamte Ursachenspektrum; insbesondere lassen sich aber die fünf oben genannten Teil-Ursachen in der Regel nicht gegeneinander wechselseitig gewichten.

Insbesondere in der Unfallchirurgie / Orthopädie war es bislang nahezu unmöglich, ein unangemessenes operatives Handling als Ursache bzw. wesentliche Mitursache eines eingetretenen Wundinfekts kenntlich zu machen. Das galt auch dann, wenn die Operationstechnik evident jede Professionalität vermissen ließ. In einer nationalen Multizenter-Studie zur Frage infektfördernder Faktoren nach knöchernen Eingriffen am Unterschenkel wurde nun erstmals nachgewiesen, dass auch unter äußerlich ungünstigen Bedingungen (erhöhtes Alter, Durchblutungsstörungen, schwerer unfallbedingter Schaden) durch eine adaptierte Wahl des operativen Verfahrens die Infektionswahrscheinlichkeit niedrig gehalten werden kann ⁷². Es bleibt abzuwarten, ob dies dazu führen wird, von Operateuren in Zukunft eine zielgenauere Wahl ihrer Operationstechnik abzuverlangen.

c) Kausale Zuordnung eines Hygienefehlers: Zusätzlich zu dieser Multi-Kausalität wird im übrigen auch ein (angenommener) Hygienefehler kaum je zu fassen, geschweige denn zu werten sein:

Hygienegerechtes Verhalten (d.h. die Einhaltung aller der zahlreichen detaillierten Hygienevorschriften im Krankenhaus und der ärztlichen Praxis) hat im entsprechenden Augenblick keine erkennbar positiven Folgen. Vor allem jedoch hat ein Hygienefehler im Augenblick seines Begehens keine sofort erkennbaren negativen Auswirkungen:

⁷² Hansis M et al (1999) Die chirurgische Verfahrenswahl kompensiert ein erhöhtes Infektionsrisiko. Akt traumatol 29:144-151

- ❖ Wer gelegentlich seine präoperative Hände-Desinfektionszeit unzulässig verkürzt, wer gelegentlich beim Harnblasenkatheterismus unsterile Handschuhe statt einer sterilen Pinzette benutzt, wer ab und zu bei der endotrachealen Absaugung unsteril arbeitet, der wird im Augenblick seiner Fehlhandlung nie Nachteile davon merken. Wenn es überhaupt **durch** diese Fehlhandlung zur Infektion kommt, dann meist so viel später, dass schon der zeitliche Zusammenhang kaum mehr hergestellt werden kann, noch viel weniger eine enge kausale Verknüpfung.

Dem hygienegerechten Verhalten fehlen damit die sonst gängigen verhaltenssteuernden Elemente der positiven und negativen Rückkopplung. Hygienegerechtes Verhalten ist damit ganz auf good will, Einsicht, Vernunft angewiesen⁷³. Schon deshalb ist es überaus schwierig, im Versagensfall (einer nosokomialen Infektion) eine zeitliche **und** kausale Zuordnung herzustellen ("es ist nicht feststellbar, dass die ... Infektion Folge der Punktion ... und des dabei nicht getragenen Mundschutzes ist"⁷⁴). Vielleicht liegt gerade darin die Ursache für die Diskrepanz zwischen der Inzidenz nosokomialer Infektionen und deren rechtlicher Problematisierung.

d) Expertenrat: Zu Fragen der Krankenhaushygiene gibt es eine Vielzahl von Empfehlungen. Diese gliedern sich hierarchisch wie folgt:

- Richtlinie des Robert-Koch-Instituts (sehr weit gefasst und viel Raum für örtliche Entscheidungen lassend) und (hieraus abgeleitet) in einzelnen Ländern Landesgesetze.
- Abgeleitet daraus Empfehlungen überregionaler Expertengruppen (z.B. Deutschsprachiger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene) - bereits enger gefasst, aber immer noch für die lokale Regelung frei.
- Abgeleitet hieraus die bis in einzelne Handlungsschritte ausformulierten örtlichen Hygienevorschriften der Praxen, Krankenhäuser oder Abteilungen. Letztere sind oft stark von lokalen Traditionen und Besonderheiten geprägt.

Problematisch für die Nutzer ist es, wenn überregional tätige Experten und Expertengruppen einander widersprechende Rahmenempfehlungen abgeben. Hier wurden in den vergangenen zehn Jahren Glaubenskriege ausgefochten, welche zwar möglicherweise durchaus ihren wissenschaftlichen Hintergrund hatten (bei ungeklärten Fragen oder auch neuen Erkenntnissen), welche aber für die "Endverbraucher" - die vor Ort Verantwortlichen - zu einer anhaltenden und verhängnisvollen Unsicherheit und Verwirrung führten. Ein Beispiel von vielen:

- ❖ Seit Jahrzehnten ist es üblich, dass das Personal im Operationstrakt und vor allem bei Operationen einen Mundschutz trägt. Dieser soll einen zu starken Eintrag von Keimen aus dem Nasen-Rachen-Raum des Personals in die Operationswunde vermeiden. Im Jahre 1991 erschien eine amerikanische Studie, in der bei 3000

⁷³ v.Hagen C, Hansis M (1994) Verhaltensprobleme in der Krankenhaushygiene. Thieme Stuttgart

⁷⁴ s. FN 23 Kza 3040/14

Operationen je zur Hälfte mit bzw. ohne Mundschutz gearbeitet wurde; in beiden Gruppen war die Infektionsrate gleich.

Mit dieser Studie als Argument begann eine Gruppe von Wissenschaftlern die bisherige Praxis zu geißeln - sie würde zu unnötigem Materialverbrauch, vermeidbaren Kosten und einer vermeidbaren ökologischen Belastung führen. Es genüge völlig - so wurde gesagt -, wenn die direkt am OP-Tisch stehenden einen Mundschutz trügen, ab 1 Meter Entfernung vom Tisch sei dies nicht mehr nötig.

Diese Argumentation war aus drei Gründen falsch: Zum einen genügt eine Untersuchung dieser Größenordnung schon aus statistischen Gründen nicht als Basis für eine derart weitreichende Aussage. Darüber hinaus ist es weltfremd zu glauben, man könne im OP **wirksam** kontrollieren und überwachen, wer denn nun 95 cm oder 105 cm vom OP-Tisch entfernt stehe; eine solche Empfehlung kann nur jemand aussprechen, der sich normalerweise um die **Umsetzung** seiner Hygieneregeln nicht zu kümmern braucht. Und schließlich dient der Mundschutz nicht nur dem Schutz des Patienten vor Infektion - er schützt auch umgekehrt das Personal vor Sekret- und Blutspritzern; und dieser Schutz ist z.B. auch für das Anästhesie-Personal (mehr als 1 Meter vom OP-Tisch entfernt !) nötig ⁷⁵.

Dieses Beispiel demonstriert die Nicht-Konsistenz, wie sie für die Hygieneregeln in den vergangenen Jahren aufgebaut und gepflegt wurde. Dies hat auch für die rechtliche Bewertung eingetretener Nosokomialer Infektionen Bedeutung - wessen Expertenmeinung soll im Streitfalle gelten (s.3.3)?

Vor diesem Hintergrund ist es völlig unverständlich, wie es die zuständigen Fachleute und Fachgesellschaften zulassen können, dass gerade in dem so äußerst sensiblen Gebiet der Krankenhaushygiene weiterhin divergierende Meinungen in großem Umfang präsentiert und fachinterne Dispute öffentlich ausgetragen werden. Zwar hat das Infektionsschutzgesetz den Auftrag zur Formulierung nationaler Hygieneleitlinien ausdrücklich einer fachsachverständigen Kommission beim Robert Koch - Institut Berlin übertragen. Dies konnte aber nicht verhindern, dass deren Arbeitsergebnisse in aller Öffentlichkeit mit Inbrunst in Frage gestellt werden ⁷⁶. Darüber hinaus präsentiert eine Arbeitsgruppe im Internet auf der Seite der AWMF Hygieneleitlinien ⁷⁷, die in ihrer Thematik überaus lückenhaft sind. Für einen Nutzer, der mit den Feinheiten der Diskussionskultur bundesdeutscher Hygienefachleute nicht vertraut ist, ist es dadurch schlechterdings unmöglich, sich im Dickicht der angebotenen guten Ratschläge zurechtzufinden.

Wohlgemerkt: Natürlich ist ein wissenschaftlicher Diskurs und ein Wettbewerb guter wissenschaftlicher Ideen für den intellektuellen Fortschritt auch in Hinblick auf die Thematik der Krankenhaushygiene unverzichtbar. Wenn aber das durch das Infektionsschutzgesetz sanktionierte Leitlinienwerk noch umfangreiche Elemente enthält, die 10 Jahre alt oder älter sind, wenn Vorbehalte hiergegen in aller Öffentlichkeit und Ausführlichkeit artikuliert werden und wenn die halboffizielle Internetseite der deutschen Wissenschaft lückenhafte Empfehlungen einer überhaupt nicht legitimierten Gruppe enthält, dann ist dieses Nebeneinander mehr, als für den gesunden fachlichen Diskurs erforderlich. Eine solche Situation fördert in leichtfertiger Weise Rechtsunsicherheit und leistet der Zufälligkeit der gutachterlichen Wertung in Streitfällen Vorschub. Damit ist das in Kap. 3.3 aufgeführte

⁷⁵ Hansis M (1996) Was ist perioperative Infektionsprophylaxe? Chirurg 67:1123-1128

⁷⁶ Koch K (2001): Auseinandersetzung mit harten Bandagen. Dt. Ärzteblatt 98 : B 1609 - 1611, außerdem z.B.: f & w 16 (1999) 558-560, Dt. Ärztebl. 97 A (2000) 3398, Dt. Ärztebl. 98 B (2001), 503, u.v.a.

⁷⁷ <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfleit.htm>

Beispiel zwar thematisch überholt – das angesprochene Problem besteht aber unvermindert fort. - Dass im übrigen von Seiten der Rechtsprechung nachhaltiges Interesse an Themen der Krankenhaushygiene besteht, belegt die Zahl neuerer einschlägiger Entscheidungen ⁷⁸.

e) Nachweisprobleme für richtiges und falsches Handeln: Die Einhaltung von Hygienevorschriften unterliegt üblicherweise nicht der Dokumentation: Die Desinfektion der Hände vor und nach jedem Patientenkontakt, die Hautdesinfektion vor einer Blutentnahme, das Anziehen von Handschuhen zum Wund-Verbandwechsel, die Nicht-Dekonnektion eines geschlossenen Harnableitungssystems während seiner Liegedauer - dies sind Beispiele für alltäglich richtiges hygienisches Handeln, welches sich niemals in einer speziellen Dokumentation niederschlägt und welches dennoch für die Beurteilung eines vermeintlichen Fehlers im nachhinein entscheidend sein kann. Die Rechtslage ist für die Mediziner im Augenblick **noch** insofern günstig, als dort bislang noch ein Fehlverhalten positiv nachgewiesen werden muss.

Und umgekehrt: Folgt nicht aus diesen Überlegungen, dass die Chancen eines Patienten, mit Erfolg eine **berechtigte** Klage wegen eines relevanten Hygienefehlers oder vor allem einer Kette von Hygienefehlern zu betreiben, nahe Null ist? ⁷⁹ Man stelle sich eine Einheit vor, in der vorschriftswidrig ständig die Systeme der Harnblasenkatheter dekonnektiert werden. Die Einrichtung wäre von den betroffenen Patienten nur zu fassen, wenn nicht nur eine als solche erkennbare **Serie** von Infektionen aufträte, sondern wenn darüber hinaus für diese Patienten andere, ins Auge fallende Infektionsursachen ausschieden (s.o. Ziff. b und c), und wenn dieses Fehlverhalten nicht nur beobachtet sondern auch noch durch Zeugen belegt würde.

Dass diese letztgenannte Überlegung realen Hintergrund hat, geht aus den (wenigen) Fällen angenommenen Hygienefehlverhaltens hervor, die ins Schrifttum der Instanzentscheidungen Eingang gefunden haben:

Hierbei handelte es sich um krasse und wirklich jeder neuzeitlichen Hygienevorstellung zuwiderlaufende Handlungen:

- Ein Patient mit offener Lungentuberkulose bewegt sich auf der Station frei und steckt andere an ⁸⁰,
- ein Periduralkatheter wird mit einer unsterilen Spritze beschickt ⁸¹,
- ein Herzkatheter wird vor Wiederverwendung mit einer selbst hergestellten seifenartigen Lösung "desinfiziert" ⁸².

Im übrigen wurde entschieden, ein Fehler könne nicht bewiesen werden, weil eben die zur Krankenhaushygiene gehörenden Feinheiten des Handlungsablaufs nach Jahren schlechterdings nicht rekonstruierbar sind:

- So zum Beispiel das Handling beim Aufziehen und Anreichen einer Injektion ^{83,84}

⁷⁸ s. FN 23, Kza 2790 / 105 , 106, 109, 112 u.v.a

⁷⁹ Auch Stegers (MedR 9 (1997) 390-396) weist darauf hin, dass das Zivilrecht nur "die Spitze haftungsträchtiger Nosokomialinfektionen" erfasse.

⁸⁰ s. FN 23 Kza 3040/1

⁸¹ s. FN 23 Kza 3040/3

⁸² s. FN 23 Kza 3040/7

- oder beim Eintreten einer postoperativen Wundinfektion ⁸⁵.

In dieses Bild ist auch der Umstand einzuordnen, dass bei der Gutachterkommission Nordrhein in über 250 Fällen vermuteter Behandlungsfehler in Zusammenhang mit Orthopädischen/ Unfallchirurgischen Operationen kein einziger Fehler wegen des Auftretens einer postoperativen Infektion per se gesehen werden konnte; Fehler waren dort nur nachweisbar wegen verspäteter Diagnostik oder unzureichender Therapie des Infekts (s. Ziff. 2. 17). Entsprechend hat das OLG Köln im Falle eines Wundinfekts nach einer mit einer erhöhten Infektgefährdung einhergehenden Operation nicht das Eintreten des Infekts an sich, jedoch dessen verzögerte Diagnostik und unzulängliche Behandlung gerügt ⁸⁶. Vergleichbar sind Urteile des OLG München (bei einem ungenügend behandelten Kniegelenksinfekt ⁸⁷) bzw. des OLG Düsseldorf (Infekt nach Verletzung am oberen Sprunggelenk ⁸⁸).

Aus dem Rahmen fällt einzig ein Urteil, in dem einem Krankenhaus Hygienefehler deswegen attestiert wurden, weil Infusionen sehr frühzeitig vorbereitet wurden und deshalb vor Anlegen unzulässig lange herumstanden⁸⁹. Hier war einerseits die kausale Zuordnung des Hygienefehlers zur späteren Infektion möglich, andererseits vor allem wurde der Hygienefehler als organisatorischer Fehler eingestuft und sein Vorhandensein aus den Dienstplänen rekonstruiert.

Will man mithin als Arzt oder dessen Hilfskraft die Unwägbarkeiten vermeiden, die sich aus dem Vorwurf eines Hygienefehlers ergeben könnten und will man andererseits die Hygienesicherheit und die Rechtssicherheit für die Patienten erhöhen, dann wird man vernünftigerweise mit allem Nachdruck auf eine Vereinheitlichung der überregionalen Hygienerichtlinien hinarbeiten - und man wird krankenhausintern / praxisintern die eigenen Hygieneregeln schriftlich niederlegen; damit ist wenigstens dokumentiert, wie **im Normalfall** das hygienegerechte Handling abläuft.

Schließlich wird man in allen Praxen und Krankenhäusern Infektionsstatistiken führen müssen, aber solche, die nicht der bisherigen notorischen Beliebigkeit unterliegen ⁹⁰. Das im Entstehen begriffene Infektionsschutzgesetz bietet hierzu einen guten Ansatz.

Zusammenfassung und Ausblick:

Nosokomiale Infektionen stellen eine erhebliche Bedrohung für alle Patienten dar. Eigentlich müssten sich zahlreiche einschlägige gutachterliche Fragen in Arzthaftpflichtfällen ergeben. In der Tat ist jedoch die Beurteilung stattgehabter Infektionen äußerst schwer und unbefriedigend – wegen der Multikausalität der Infektionen, wegen der in der Regel nicht sichtbaren Kohärenz zwischen Handling und gutem bzw. schlechtem Resultat und wegen der regelhaft eingeschränkten Dokumentationslage. Die gutachterliche Bewertung und damit

⁸³ s. FN 23 Kza 6180/104

⁸⁴ s. FN 23 Kza 2790/104

⁸⁵ s. FN 23 Kza 3040/10

⁸⁶ s. FN 23 Kza 1873 / 111

⁸⁷ s. FN 23 Kza 1873 / 115

⁸⁸ s. FN 23 Kza 1876 / 122

⁸⁹ s. FN 23 Kza 3040/6

⁹⁰ Hansis M (1995) Die Infektionsstatistik - die ideale Form der Selbsttäuschung. Krankenpflege Journal 33:434-438

die Rechtsprechung erfasst hinsichtlich nosokomialer Infektionen nur die „Spitze des Eisbergs“.

Dass dies nicht so bleiben wird, liegt in folgenden Umständen begründet:

- Der Druck, hausinterne Hygieneregeln schriftlich zu fixieren, nimmt rasch zu. Beweislücken hinsichtlich des **regelmäßigen** Verhaltens sind in Bälde nicht mehr zu erwarten.
- Molekularbiologische Nachweistechiken erlauben heute mit hoher Sicherheit, Infektionsserien als zusammengehörig bzw. nicht zusammengehörig zu klassifizieren. Damit nimmt die Wahrscheinlichkeit, derartige Infektionsserien auch **kausal** bestimmten Umständen (baulichen, ausstattungstechnischen oder auch Fehlverhalten) zuordnen zukönnen, dramatisch zu.
- Optimierte, angepasste Behandlungs- und OP-Techniken werden nicht nur eingeführt, sie werden auch abverlangt. Dort, wo der Nachweis ihrer geringeren Infektionsanfälligkeit bereits geführt ist, tut man sich in Zukunft mit der „schicksalhaften Infektion“ immer schwerer.
- Diagnose und Therapie der eingetretenen Infektion sind für alle nosokomialen Infektionen gut standardisiert. Defizite hier sind nicht nur gut belegbar – auch entsprechende Folgen können zunehmend besser abgegrenzt werden.
- Schwierige Verhältnisse beim Patienten oder schwierige hauseigene Umgebungsverhältnisse (Umbau etc.) können keine Entschuldigung mehr sein, wenn dem Patienten ein (vorhersehbar) erhöhtes Infektionsrisiko zugemutet wird. Die Dichte an Ärzten und Krankenhäusern und die exzellenten Transportmöglichkeiten rücken derartige Erklärungen sofort in die Nähe des Übernahmeverschuldens.
- Das gesetzlich verpflichtende Führen einer Infektionsstatistik lässt in Zukunft bei Streitfällen zumindest das allgemeine hygienische Handlungsniveau einer Praxis, Abteilung oder Klinik verlässlich abschätzen.

2.5 Diagnostik

Auch in der Diagnostik gilt (wie in der Bewertung therapeutischer Maßnahmen), dass der Arzt in der Wahl seiner Methode dem Grunde nach frei ist. Er muss die Methodenwahl vor dem Hintergrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes vertreten können, und er muss über die vorgeschlagenen und gewählten Pfade mit dem Patienten adäquat kommunizieren (s. 3.1). Maßstab für die angemessene Diagnostik ist mithin ebenfalls der "Medizinische Standard" (s. 3.3). Neben die mit einer ärztlichen Behandlung verbundenen Risiken, Fehlermöglichkeiten und Unwägbarkeiten tritt in der Diagnostik die Möglichkeit des Diagnoseirrtums:

Es ist vorstellbar, dass ein Arzt in einer bestimmten Situation alle ihm in diesem Augenblick richtigen und vernünftigen Diagnostik-Verfahren bemüht und damit eine Diagnose stellt, die sich hernach als falsch erweist. Ein solcher Diagnoseirrtum stellt -da die Verhältnisse stets ex ante und nicht ex post zu betrachten und zu prüfen sind- keinen Behandlungsfehler dar:

- "Diagnoseirrtümer sind nur zurückhaltend als Behandlungsfehler zu werten. Ein Schuldvorwurf erfordert, dass der Arzt ein eindeutiges Krankheitsbild infolge Unachtsamkeit oder mangels ausreichender Erfahrungen verkannt hat, wesentliche und elementare Kontrolluntersuchungen unterlassen hat, die in der konkreten

Situation nach gesicherter medizinischer Erfahrung vorgenommen werden mussten, oder dass der Arzt eine erste und noch nicht endgültige Diagnose nicht anhand des weiteren Krankheitsverlaufes diagnostisch überprüft und gegebenenfalls richtiggestellt hat." ⁹¹

Diese Ausführungen des OLG Karlsruhe geben den Rechtsrahmen für mutmaßliche Diagnosefehler klar vor. Nur zur Illustration seien einige Einzelentscheidungen aus jüngerer Zeit beispielhaft zitiert:

Kein Diagnosefehler wurde gesehen

- im Verkennen eines Melanoms des Ciliarkörpers (im konkreten Fall schwer diagnostizierbar und explosionsartig wachsend) ⁹²,
- in der Missdeutung von Leistenbeschwerden, welche sich später als durch eine Beinvenenthrombose hervorgerufen zeigten ⁹³,
- in der nur ambulanten Behandlung eines Patienten mit einem nur vagen Verdacht auf eine akute Appendizitis ⁹⁴,
- in der unterlassenen Arthrographie bei Verdacht auf Außenbandruptur am oberen Sprunggelenk (da keine vernünftige Relation zwischen Aussagekraft und Risiko dieser Untersuchung) ⁹⁵.

Einen Diagnose- bzw. Behandlungsfehler sah man im jeweils konkreten Falle

- im Nicht-Erkennen einer unter den typischen Zeichen auftretenden Sudeck'schen Dystrophie ⁹⁶,
- in der fehlenden vorangehenden Untersuchung auf eine etwaige Nerven-Mitverletzung vor der Naht einer Schnittwunde am Arm ⁹⁷,
- in der Fehl-Identifizierung des ileo-coecalen Übergangs bei der Dickdarmspiegelung (da dieser zweifelsfrei identifizierbar sei) ⁹⁸,
- im Fehlen einer Röntgenaufnahme (Abdomen leer) beim Verdacht auf Darmperforation ⁹⁹,
- im Verkennen (bzw. Nicht-Erkennen) einer hinteren Schultergelenksluxation ¹⁰⁰

Es ist offenkundig, dass auch bei der Bewertung mutmaßlicher Diagnosefehler die Benennung des allgemein anerkannten medizinischen Standards eine entscheidende Rolle spielt. Auch hier ist dem Gerichtlichen Sachverständigen ein großes Feld gegeben, eigene

⁹¹ s. FN 23 Kza 1815/200

⁹² s. FN 23 Kza 1840/100

⁹³ s. FN 23 Kza 1862/100

⁹⁴ s. FN 23 Kza 1864/100

⁹⁵ s. FN 23 Kza 1876/105

⁹⁶ s. FN 23 Kza 1820/101

⁹⁷ s. FN 23 Kza 1820/100

⁹⁸ s. FN 23 Kza 1864/ 103

⁹⁹ s. FN 23 Kza 1862/102

¹⁰⁰ s. FN 23 Kza 1876/123

Überzeugungen, strittige Meinungen, stark konservativ geprägtes oder der Innovation stark zugeneigtes Denken vorzutragen. Wenn er dies überzeugend und ohne logischen Bruch tut, wird - auch in strittigen Diagnostikfragen - eine randbildende Meinung nur schwer als solche identifizierbar sein (s. auch 3.3).

2.6 Stationär - ambulanter Übergang

Krankenhäuser haben nur eingeschränkte Möglichkeiten, ambulante Behandlungen durchzuführen.. Beim organisatorisch nicht gut vorbereiteten Übergang aus dem Krankenhaus in die ambulante Behandlung können medizinische Nachteile entstehen:

- ❖ Eine 50 jährige Patientin erleidet einen körperfernen Speichenbruch. Dieser wird eingerichtet und mit Gips versorgt. Der Erstbehandler im Krankenhaus ist sich darüber im klaren, dass dieser Bruch erneut abrutschen kann und dass dann eine alsbaldige operative Behandlung nötig ist. Er teilt deswegen der Patientin und dem Nachbehandler mit, es seien regelmäßige Röntgenkontrollen erforderlich, gegebenenfalls eine sekundäre Operation. - Die Patientin sieht zunächst keine besondere Eile zu weiteren Arztbesuchen, der Nachbehandler ist sich über die zeitliche Dringlichkeit auch nicht so ganz im klaren, nach drei Wochen wird schließlich die sekundäre Verschiebung diagnostiziert, und bis weitere Meinungen eingeholt sind, sind sechs Wochen vergangen und der Bruch in Fehlstellung knöchern verheilt.

Die Patientin wird verlangen, schlechterdings "gut" behandelt zu werden ¹⁰¹. Aber wen trifft die Schuld? Den Erstbehandler, weil er nicht sofort eine umfassende Sachinformation zur Differentialtherapie der Radiusfraktur herausgegeben hat (muss er das?), den Nachbehandler, weil er mit diesen Feinheiten nicht vertraut ist (braucht er das zu sein?), oder die Patientin, weil sie nicht unablässig zum Arzt gegangen ist (wäre das wünschenswert?). Nach Kenntnis des Autors war das Problem des stationär- ambulanten Übergangs bislang nicht Gegenstand von Instanzentscheidungen; die vergleichbaren Urteile aus jüngerer Zeit beleuchten das Problem nur schlaglichtartig ¹⁰². Wie auch immer das Urteil ausfallen würde, es wäre in der Sache unbefriedigend, weil eine der beiden Parteien für ein Problem geradezustehen hätte, das sie nicht zu vertreten hat und nicht lösen kann.

2.7 Ambulantes Operieren

¹⁰¹ s. auch Hansis M L (2001): Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. Dt. Ärzteblatt 98: A 2035 - 2040

¹⁰² s. FN 23 Kza 3110/100-106

Beim Ambulanten Operieren¹⁰³ verstärken sich - wie durch eine Lupe - zahlreiche der hier allgemein zu besprechenden Fehlermöglichkeiten (s. im einzelnen bei Kienzle^{104,105}). Aus Sicht der Qualitätssicherung hat dies durchgehend den Grund, dass dort die aus dem stationären Betrieb bekannten und in die Alltagsabläufe eingeplanten **Risiko-Puffer** entfallen. Folgende Risiko-Puffer sind zum Beispiel zu benennen:

- **Überprüfung der Indikation:** Üblicherweise wird die Operationsindikation und die Verfahrenswahl mit Beginn der stationären Behandlung nochmals überprüft¹⁰⁶; diese Korrekturmöglichkeit entfällt. Beim Ambulanten Operieren muss die Indikation (nach z.B. nur einem einzigen Arztkontakt) "stehen".
- **Abklärung des allgemeinen Operationsrisikos:** Auch dies muss Tage oder Wochen vor dem Eingriff fehlerfrei und lückenlos geschehen - auch hier gibt es die Korrektur- und Kontrollmöglichkeit am Vorabend des Eingriffs nicht.
- **Patientenaufklärung:** Die Patientenaufklärung erfolgt natürlich bereits bei der vorangehenden Indikationsvorstellung (s. 4.1). Dennoch ergeben sich - zumal bei differenzierten Patienten - bis zum Eingriff oft noch verbleibende oder neue Fragen; ausgedehnte Gespräche am Vortag belegen dies. Diese Fragen kann der Patient beim ambulanten Eingriff - wenn überhaupt - nur am OP-Morgen, quasi zwischen Tür und Angel, loswerden.
- **Die erste Nacht:** Die erste postoperative Nacht ist für den Patienten oft geprägt von Schmerzen und Angst, für den Arzt - manchmal - durch Sorge und Selbstzweifel. Beides lässt sich im stationären Fall durch eine Spätvisite um 22 Uhr problemlos lösen. Auch schlimme Frühkomplikationen können hier u.U. leicht erkannt und angegangen werden. Beim ambulanten Operieren entfällt dies in der Regel.

Diesen und vergleichbaren potentiellen Unsicherheiten ist nur durch eine sehr gute Organisation zu begegnen.

2.8 Das unbekannte Krankheitsbild

Es gibt Situationen, in denen es zum Behandlungsfehler (-Vorwurf) vorrangig deshalb kommt, weil dem Behandler ein Krankheitsbild nicht oder nicht ausreichend bekannt ist. Zwei Beispiele:

- ❖ **Unbekanntes Krankheitsbild - aber richtige Therapie:** Bei einem 50 jährigen Patienten kommt es (Mitte der 80 - er Jahre) nach einer Bagatellverletzung am

¹⁰³ Der Begriff des Ambulanten Operierens wird hier allgemein als ein Vorgehen verstanden, bei dem die Aufnahme in die Behandlungseinheit, die Operation und die Entlassung aus der Behandlungseinheit an ein und demselben Tag stattfinden.

¹⁰⁴ Kienzle HF (1995) Ärztliche Haftung bei ambulantem Operieren. Z ärztl. Fortbild. 89:666-672

¹⁰⁵ Bergmann KO, Kienzle HF (1996) Haftungsrisiken bei ambulanten Operationen. Chirurg BDC 35:246-250

¹⁰⁶ Hansis M (1999) Interne Leitlinien für die wichtigsten Funktionsabläufe und die Diagnostik und Therapie häufiger Erkrankungen. Schriftenreihe der Klinik für Unfallchirurgie, Bonn, Heft 20/21/99.

Unterschenkel zu einer rasch zunehmenden, Haut und Unterhaut zerstörenden und schließlich lebensbedrohlichen Infektion. Der für dieses Krankheitsbild heute geläufige Begriff einer "foudroyanten Weichteilphlegmone" bzw. einer "nekrotisierenden Fasziiitis" war zwar zum damaligen Zeitpunkt auch schon geprägt und im Schrifttum bekannt, hatte jedoch nicht die Verbreitung wie heute. Der Therapeut (Chirurg) hat bei dem Patienten schließlich alleine auf Grund der lebensbedrohlichen Situation, und ohne eine Artdiagnose der Erkrankung gestellt zu haben, eine Oberschenkelamputation durchgeführt. Er wurde deswegen von dem Patienten in die Pflicht genommen, welcher sowohl die Notwendigkeit der Amputation an sich als auch die Notwendigkeit einer **Oberschenkel**-Amputation bezweifelte. - Gutachtlich wurde ausgeführt, der Operateur habe zwar die Artdiagnose der Infektion nicht gestellt (ob er das seltene Krankheitsbild hätte kennen müssen, wurde offengelassen). Er habe aber gemäß allgemeinen chirurgischen Prinzipien richtig gehandelt und das Leben des Patienten durch Amputation des schwer Infekt-geschädigten Beines gerettet. - Ob dieser Einschätzung gefolgt wurde, ist hier nicht bekannt.

- ❖ **Unbekanntes Krankheitsbild - im nachhinein belegbar:** Bei einem Arbeiter kommt es versehentlich mittels eines Hochdruckgeräts zur Injektion von Benzin in die Weichteile der Hohlhand. Diese als "Spritzpistolenverletzung" bekannte Verletzung war dem Erstbehandler nicht bekannt, insbesondere verkannte er offenbar die Dramatik der Verletzung und die extreme Dringlichkeit einer notfallmäßigen Operation. Es kam zu schweren Folgeschäden an der Hand. Die Schuldfrage war eindeutig zu beantworten, aus der Vorgeschichte und dem Erstbefund hätte der Behandler die Diagnose stellen können und die operative Notfallbehandlung einleiten müssen. Das Krankheitsbild ist zwar selten, aber wohldefiniert und in seiner Charakteristik ausreichend oft beschrieben¹⁰⁷.

2.9 Die schwierige Situation

In einer schwierigen Situation -z. B. einer problematischen Operationsphase- treten (verständlicherweise) gehäuft Probleme auf. Nicht selten berufen sich Ärzte bei vorgeworfenen Behandlungsfehlern auf besonders schwierige anatomische Verhältnisse, auf Verwachsungen o.ä. nach vorangegangenen Eingriffen, auf konstitutionelle Probleme (fettleibiger Patient) oder einen allgemein als schwierig anerkannten Eingriff. Es liegt nahe, hier zunächst eher nicht von einem Behandlungsfehler auszugehen. Allerdings hat eine solche Argumentation ihre Tücken:

- ❖ Eine Situation kann deshalb unerwartet schwierig sein, weil die präoperative Diagnostik nicht ausgeschöpft wurde. In einem solchen Fall würde sich das Argument der schwierigen Situation gegen den Arzt wenden: Kommt zum Beispiel nach Verplattung eines Oberarmbruchs der Nerv unmittelbar auf die Platte zu liegen, dann muss sich der Arzt, der diese Platte entfernt, zuvor im alten Operationsbericht kundig machen, wo genau der Nerv zu suchen ist. Tut er das nicht, kann er sich nicht mit Erfolg auf die (tatsächlich schwierige) Präparation des Nerven bei der Plattenentfernung berufen.
- ❖ Vorhersehbare Schwierigkeiten können die Verfahrenswahl bestimmen: Wer trotz vorangegangener Eingriffe und zu erwartender örtlicher Verwachsungen eine

¹⁰⁷ s. FN 23 Kza 2440/19

endoskopische Cholecystektomie durchführt, wird sich bei Komplikationen nicht mit dem Hinweis auf "schwierige Verhältnisse" entschuldigen können. Man wird ihm vielmehr die Verfahrenswahl und etwa eingetretene Komplikationen zur Last legen (s. auch 2.12).

- ❖ Vorhersehbare Schwierigkeiten können auch den Vorwurf eines Übernahmeverschuldens auslösen: Wer mit der Entfernung einer übergroßen Struma beginnt ohne sicher zu sein, dass er erforderlichenfalls auch das Brustbein spalten und den Eingriff im Mediastinum fortsetzen kann, wird sich kaum mit einer schwierigen Situation exkulpiert können. Man wird ihm vorhalten, er hätte unter den gegebenen Bedingungen den Eingriff selbst gar nicht durchführen dürfen.

Diese Beispiele zeigen, dass eine "schwierige Situation" nur dann als Entlastung dienen kann, wenn der Arzt sich auf diese Situation diagnostisch und gedanklich ausreichend vorbereitet hat, und wenn zu erwarten war, dass er der Situation voraussichtlich hinsichtlich seines Könnens und der Ausrüstung seiner Einrichtung gewachsen sein werde.

2.10 Übernahmeverschulden

Ein Patient, welcher sich zu einem Arzt in Behandlung begibt, muss darauf vertrauen können, dass dieser die Behandlung nur beginnt, wenn er und seine Einrichtung diese Maßnahme voraussichtlich adäquat erbringen können. Ein Arzt, welcher diesen Grundsatz missachtet, zieht sich den Vorwurf des Übernahmeverschuldens zu.

Typische Situationen eines Übernahmeverschuldens sind:

- Beginn einer Behandlung ohne ausreichende persönliche Erfahrung, oder ohne dass die betreffende Einrichtung hinsichtlich ihrer Ausstattung und Größe dazu in der Lage ist.
- Betreiben eines Nachtdienstes ohne ausreichende personelle Ausstattung.
- Betreiben einer Krankenhausabteilung, OP-Abteilung, Intensivstation o.ä. trotz bekannter und wichtiger baulicher Mängel.
- Beginn einer Behandlung, obwohl keine ausreichende Zahl ausreichend erfahrener Ärzte zur Verfügung steht (Parallelnarkose, Paralleloperation o.ä.).

Natürlich wird die Frage eines Übernahmeverschuldens in jedem Fall individuell nach den ganz besonderen Konstellationen entschieden. Vor der Übertragung ergangener Instanzurteile auf das praktisch-klinische Handeln muss jedoch gewarnt werden; derart nahe an die Grenze des noch Erlaubten sollte nicht gegangen werden. Die Vorstellung im übrigen, man könne dem Vorwurf eines Übernahmeverschuldens regelmäßig mit dem Hinweis auf eine Notsituation begegnen, ist gefährlich: Bei der bekannt reichhaltigen Ausstattung unseres Landes mit Krankenhäusern und Praxen und den meist vorzüglichen Verkehrsverhältnissen dürfte dieses Argument kaum mehr greifen (s. auch 2.2).

2.11 Arbeitsteilung Chirurgie / Anästhesiologie

Behandlungsfehlervorwürfe in Anästhesie und Intensivmedizin könnten sich zum einen aus der medizinisch besonders herausgehobenen Situation des Patienten ergeben - aus seiner völligen Auslieferung gegenüber dem Anästhesisten, sowohl während der Narkose als auch während der Beatmungsphase auf einer Intensivstation. Sie könnten sich weiterhin ergeben aus einer häufig besonders ausgeprägten Morbiditäts-Konstellation mit immanent hohen medizinischen Risiken. Der Blick in die Rechtsprechung zeigt jedoch, dass - wie in vielen operativen Fächern auch - die angeschuldigten Probleme oft weit trivialer sind: Ein Großteil der Instanzenentscheidungen beschäftigt sich mit Organisations- und Kooperationsfragen¹⁰⁸. Allgemein sind Anästhesist und Operateur zunächst jeweils für den eigenen Bereich verantwortlich, für die Schnittstellen gemeinsam.

Hinsichtlich der **apparativ-technischen Ausstattung** gilt das auch ansonsten durchgehende Prinzip dahingehend, dass jedem Patienten ein ausreichendes Maß an Organisations- und Strukturqualität sicherzustellen sei. Zur sogenannten **Parallelnarkose** hat der BGH sinngemäß ausgeführt, dass der Krankenträger verpflichtet gewesen sei, für eine ordnungsgemäße Narkose und deren Überwachung zu sorgen. Dem Grunde nach würden Parallelnarkosen allenfalls dann für zulässig gehalten, wenn sichergestellt sei, dass ein erfahrener Anästhesist bei Komplikationen jederzeit einspringen könne, wobei Blick- oder Rufkontakt erforderlich sei.¹⁰⁹

In der **präoperativen Phase** ist allein der Anästhesist für die Vorbereitung des Patienten und die Medikation verantwortlich. **Intraoperativ** besteht grundsätzlich zwischen Chirurg und Anästhesist keine gegenseitige Aufsichtspflicht. **Postoperativ** endet die Zuständigkeit des Anästhesisten¹¹⁰. Aber: "Kommt es postoperativ zu narkosebedingten Komplikationen, die der Anästhesist auch behandelt, ist er aus seiner Verantwortung nicht entlassen, solange noch weiter die Gefahr unerwünschter Nachwirkungen der Narkose besteht."¹¹¹

Aus dem "Maryland Office of Health Claims Arbitration" werden aus einem 4-Jahres-Zeitraum 52 Fälle vermuteter Behandlungsfehler in Zusammenhang mit der Narkoseführung berichtet. In zwei Drittel der Fälle handelte es sich um eine nicht zureichende perioperative Überwachung - vor allem hinsichtlich etwaiger Änderungen der kardiopulmonalen Situation oder der Lagerung des Patienten. In über 20 % der Fälle kam es zum Tod des Patienten.¹¹²

Eine Untersuchung bei notfallmedizinisch tätigen Ärzten in Massachusetts¹¹³ erfasste in einem 19-Jahres-Zeitraum 549 Fälle vermuteter Behandlungsfehler. Zwei Drittel der (vermuteten) Fehler betrafen die Diagnostik bedrohlicher Erkrankungen (z.B. Brustschmerz, Epiglottitis, Blutungen ins Zentralnervensystem). Der übersehene Herzinfarkt machte rund 10 % der Fälle, jedoch rund 25 % der Regulierungskosten aus. Verletzungs-assoziierte

¹⁰⁸ Zusammenfassend bei Biermann E (1997) Medico-legale Aspekte in Anästhesie und Intensivmedizin. Anästhesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther. 32: 175-193

¹⁰⁹ s. FN 23, Kza 3010/17

¹¹⁰ s. FN 23, Kza 0920/37

¹¹¹ s. FN 23, Kza 0920/28

¹¹² Howie WO (1998) Anaesthesia-related lawsuits in Maryland. J Am Assoc Nurse Anaesth. 66:394-397

¹¹³ Karcz A, Korn R, Burke MC, Caggiano R, Doyle MJ, Erdos MJ, Green ED, Williams K (1996) Malpractice claims against emergency physicians in Massachusetts: 1975-1993. Am J Emerg Med. 14:341-345

Probleme (in Zusammenhang mit Frakturen oder großen Wunden) nahmen ab 1988 ab - parallel mit einem Rückgang der Inzidenz von Verletzungen dieser Art.

Zur sicheren, validen und vergleichbaren Analyse intraoperativer Todesfälle fordert Faunce ¹¹⁴ ein international abgestimmtes Analysekonzept (vergleichbar mit ähnlichen Konzepten in der Luftfahrt), insbesondere unter dem Aspekt einer Vermeidung zukünftiger Schäden.

2.12 Endoskopische Maßnahmen

Vorwürfe wegen eines Behandlungsfehlers in Zusammenhang mit einer endoskopischen Maßnahme machen ca. 1% aller Behandlungsfehlervorwürfe aus ¹¹⁵. Derartige Vorwürfe können, wie in allen anderen Bereichen, zum einen durch die mit der endoskopischen Maßnahme untrennbar verbundenen Risiken bzw. die unvermeidbaren, unerwünschten Nebenwirkungen einerseits und durch tatsächliche vorwerfbare Fehler andererseits ausgelöst werden. Letztere können - ebenfalls wie bei allen anderen invasiven Maßnahmen - wegen fehlender Indikation, der technischen Durchführung oder auch der Aufklärung entstehen. Eine Analyse der Gutachterkommission Nordrhein ¹¹⁶ (Tab. 2) hat für die Jahre 1976 bis 1992 insgesamt 98 Bescheide nach Fehlervorwürfen bei internistischen Endoskopien beschrieben; 38 mal wurde hier ein Behandlungsfehler festgestellt (in 39 %). Die Fehlervorwürfe betrafen 53/98 mal unerwünschte Nebenwirkungen (zum Beispiel Blutungen, Perforationen u.ä.) und 30/93 mal die endoskopische Fehlbeurteilung. In 35 Fällen wurde ein Behandlungsfehlervorwurf wegen einer fälschlicherweise unterlassenen Endoskopie erhoben.

	Vorwürfe	festgestellte Fehler
Komplikationen	53	9
Fehlreaktion/ Fehlinterpretation	30	23
Sonstige	15	6

Tab. 2 : Zahlenverhältnisse bei Vorwürfen im Rahmen internistischer diagnostischer Endoskopien (Kruis, 1996)

¹¹⁴ Faunce TA, Rudge B (1998) Deaths on the table: Proposal for an international convention on the investigation and prevention of anaesthetic mortality. Med Law 17:31-54

¹¹⁵ Gerstenberger PD (1995) Malpractice in gastrointestinal endoscopy. Gastrointest. North. Endosc. Clin. Am. 5:375-389

¹¹⁶ Kruis W (1996): Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen im Magen-Darm-Trakt. In: Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D (Hsg.): Innere Medizin und Recht. Blackwell Berlin, S. 91- 96

Bemerkenswert ist die Relation zwischen Fehlervorwurf einerseits und festgestelltem Behandlungsfehler andererseits:

So wurde bei den intraoperativen Komplikationen nur in 9/53 Fällen ein Behandlungsfehler festgestellt, während 23 von 30 Fehlinterpretationen als vorwerfbar fehlerhaft eingestuft wurden. Die Ansprüche an die richtige Interpretation des erhobenen Befundes scheinen also weit höher zu sein, als die Ansprüche an den technisch glücklichen Ablauf des Geschehens.

Zwischen 1991 und 1998 wurden bei der Gutachterkommission Nordrhein 60 Anträge auf Überprüfung der Behandlung nach laparoskopischer Cholezystektomie gestellt ¹¹⁷. Bei 44 abgeschlossenen Verfahren wurde 25 mal ein Behandlungsfehler festgestellt (57 % im Vergleich zu einer Fehleranerkennungsrate von 35 % bei der konventionellen Cholezystektomie). Mit 18/25 Fällen ist dabei die Gallengangläsion der häufigste Fehler, andere Probleme treten nur vereinzelt auf (Trokarverletzung, Steinverlust etc.). In drei Fällen kam es zum Behandlungsfehler mit Todesfolge.

Eine weitere Analyse von 40 Fällen laparoskopischer Cholezystektomien, bei denen ein Behandlungsfehlervorwurf erhoben wurde, stellt folgendes fest ¹¹⁸:

Die häufigsten Vorwürfe betrafen mit 26/40 Fällen die Verletzungen am Gallewegssystem. Wenn ein Behandlungsfehler festgestellt wurde (16 von 40 Fällen), stand der Vorwurf einer verspäteten Diagnostik bzw. Revision der intraoperativen Komplikation im Vordergrund. Nur in vier Fällen wurde eine Gallengangläsion als solche bereits als fehlerhaft eingestuft - entweder, weil trotz eines schwierigen Situs keine intraoperative Cholangiographie vorlag, oder weil trotz unklarer Situation die Strukturen nicht ausreichend dargestellt wurden bzw. nicht zur intraoperativen Klärung eine Cholangiographie durchgeführt wurde oder, weil eine Resektion des Ductus choledochus als gravierender operationstechnischer Fehler anzusehen war.

Auch hier ist festzustellen, dass intraoperative Komplikationen (wie zum Beispiel die Läsion eines großen gallenblasennahen Gefäßes oder auch der Gallengänge) üblicherweise zunächst als behandlungsimmanente und nicht immer vermeidbare Komplikationen eingestuft werden und dass vorwerfbare Fehler mit großer Häufigkeit erst dann gesehen werden, wenn entweder trotz schwieriger örtlicher Bedingungen keine speziell risikoadaptierte Operationstechnik gewählt wurde, oder wenn trotz eingetretener Komplikation auf eine solche nicht adäquat reagiert wurde. In Konsequenz hieraus folgern die Autoren der genannten Studie, dass nach dem Erkennen einer intraoperativen Gallengangsverletzung sofort eine Laparotomie erfolgen soll, oder dass zumindest bereits beim geringsten intraoperativen Problem eine Cholangiographie durchgeführt werden soll. Weiterhin wird auf die notwendige ausführliche Aufklärung hingewiesen. Es wird hervorgehoben, dass das Umsteigen auf die offene konventionelle Operation selbst bisher in keinem Fall als Behandlungsfehler gewertet wurde. Zu vergleichbaren Schlussfolgerungen kommt Pichlmaier ¹¹⁹, der darüber hinaus nachdrücklich auf die Notwendigkeit der adäquaten Aufklärung und die Notwendigkeit adäquater Schulung neuer Techniken hinweist. Siewert

¹¹⁷ Kienzle F (1999) Ärztliche Behandlungsfehler bei der laparoskopischen Cholezystektomie. Zbl Chir. Im Druck

¹¹⁸ Low A, Decker D, Kania U, Hirner A (1997): Forensische Aspekte der kompliziert verlaufenen laparoskopischen Cholezystektomie. Chirurg 68:395-402

¹¹⁹ Pichlmaier H, Waner HJ, Said S (1995) Endoskopische Operationen - aus chirurgischer und rechtsmedizinischer Sicht. Dt. Ärztebl 92:A 270 - A 276

und Mitarb. ¹²⁰ analysieren im einzelnen die verschiedenen Formen intraoperativer Gallengangläsionen und stellen Prophylaxe-Maßnahmen vor.

Gerstenberger stellt eine Analyse von 610 Fehlervorwürfen in Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen vor. Hierbei handelt es sich im einzelnen um 148 Vorwürfe wegen intraoperativer Läsionen (Perforation oder ähnliches) und um 121 Vorwürfe wegen einer Fehlbeurteilung von Befunden. Besonders eindrucksvoll ist der Anteil von 52% übersehener kolorektaler Karzinome unter allen diagnostischen Fehlern. Das relative Risiko eines Behandlungsfehlervorwurfs (d.h., das Risiko, einem Behandlungsfehlervorwurf ausgesetzt zu werden in Relation zur tatsächlichen Verteilung der durchgeführten Prozeduren), liegt bei der ERCP ¹²¹ ca. 1,5 mal so hoch wie bei der Sigmoidoskopie ¹²² und bei der Koloskopie ¹²³ fast doppelt so hoch wie bei der Sigmoidoskopie.

Neale ¹²⁴ stellte 85 Behandlungsfehler-Vorwürfe zusammen (Tab. 3). Er unterscheidet unerwünschte Ereignisse (37 = 44 %) und Abweichungen im klinischen Routineablauf (48 = 56 %). Im einzelnen nennt er folgende Probleme (Mehrfachnennungen möglich):

Indikation fraglich	9
Komplikationen verspätet erkannt	10
Diagnoseirrtum	31
wichtige Untersuchung unterblieben	26
Dokumentation ungenügend	17
organisatorische Defizite	17
Tab. 3 Fehler- Vorwürfe nach Endoskopien (nach Neale)	

Bei einer Fehleranerkennungsrate von insgesamt rund 50 % benennt er zur Fehlervermeidung unter anderem folgende Techniken:

- Engere Indikationsstellung
- Bessere postoperative Nachsorge
- Solide Patientenaufklärung
- Nicht voreilig Diagnose einer funktioneller Erkrankung stellen (z.B. Colon irritabile)

Mit einem speziellen Problem beschäftigt sich Sonderstrom ¹²⁵: Er analysiert 47 Fälle von Verletzungen größerer Gefäße anlässlich gynäkologischer Endoskopien. Als wichtige Ursachen benennt er ein unvorsichtiges Handling mit der Veress-Nadel, veränderte

¹²⁰ Siewert JR, Ungeheuer A, Feussner H (1994) Gallenwegläsionen bei laparoskopischer Cholezystektomie Chirurg 65:748-757

¹²¹ endoskopische röntgenologisch assistierte Darstellung der Hauptgänge der Bauchspeicheldrüse und des Gallenwegsystems

¹²² Spiegelung des vorletzten Abschnittes des Dickdarms

¹²³ Spiegelung des gesamten Dickdarms

¹²⁴ Neale G (1998) Reducing risks in gastrointestinal practice. Gut 42:139-142

¹²⁵ Sonderstrom RM (1997): Injuries to major blood vessels during endoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 4 : 395-398

anatomische Verhältnisse und eine Trendelenburg-Lagerung. Er fordert bei retroperitonealen Hämatomen deren Beurteilung mittels Laparotomie und hält bei Präparationen in der Nähe großer abdomineller Gefäße dieselben Techniken und Vorsichtsmaßnahmen für erforderlich wie während einer Laparotomie.

Zusammenfassend sind offenbar auch bei der Endoskopie nicht die "normalen" Komplikationsmöglichkeiten von ausschlaggebender Bedeutung - wirksames Patienteneinverständnis vorausgesetzt - sondern vielmehr eine richtige Indikationsstellung und die Ableitung der richtigen Konsequenzen aus den erhobenen Befunden.

2.13 Strumachirurgie

Miller und Mitarbeiter ¹²⁶ untersuchen die Ergebnisse von 1147 Schilddrüsenoperationen aus einem Dreijahres-Zeitraum retrospektiv. Gefragt war insbesondere nach Faktoren, welche das Auftreten einer Rekurrensparese begünstigen. Eine solche Parese trat (zumindest einseitig und passager) bei insgesamt 5 % der Eingriffe auf (Tab.4). Bei 15 Patienten (1,3 % der Eingriffe) war die Parese objektiv dauerhaft, sechs Patienten (0,5 % der Eingriffe) waren auf Dauer heiser. Die höchste Wahrscheinlichkeit einer Rekurrensparese bringt die Operation eines Rezidivkropfes (25 % dieser Patienten insgesamt und 7,8 % auf Dauer). Das Risiko nimmt mit den Diagnosen Basedow-Struma / Schilddrüsenkarzinom / Hyperthyreose ab.

Die Rate der Paresen wies darüber hinaus auch bei den einzelnen Operateuren Unterschiede auf und schwankte dort zwischen 2,8 und 9,6 %, wobei eine ungleiche Verteilung voraussichtlich einfacher und voraussichtlich schwieriger Operationen diese Aussage erschwert.

Art der OP	Rekurrensparese (in %)		
	primär	bleibend	klinisch beeinträchtigend
Alle	5	1,3	0,5
Rezidiv	25	7,8	3,1
Basedow	13,3	0	0
Malignom	10,8	4,6	3,1
Hyperthyreose	5,6	2,4	0,8
blande Struma	2,7	0,5	0,1

Tab. 4: Häufigkeit einer Rekurrensparese in Abhängigkeit von der Diagnose (nach Miller)

Als Präventionsmaßnahme heben die Autoren auf eine subtile Operationstechnik ab, geben jedoch zur regelmäßigen Darstellung des Nerven keinen definitiven Hinweis.

Kienzle und Weltrich ¹²⁷ stellen die Ergebnisse von 191 Bescheiden der Gutachterkommission Nordrhein aus den Jahren 1975 – 1998 wegen vermuteter Ärztlicher Behandlungsfehler in Zusammenhang mit Struma-Operationen zusammen. In über der Hälfte der Fälle betraf der Vorwurf eine postoperative Stimmbandlähmung (Tab.5).

¹²⁶ Miller W, Butters M, Leibl B, Bittner R (1995) Qualitätssicherung in der Strumachirurgie am Parameter der Pareserate. Chirurg 66:1210-1214

¹²⁷ Kienzle HF, Weltrich H (2001) Lähmung der Stimmbandnerven nach Schilddrüsenresektion. Dt. Ärzteblatt 98 A : 43-46

Vorwurf	Behandlungsfehler	Patienten (Anzahl)	Patienten (%)
Rekurrensparese	Ja	4	2,1
	Nein	94	49,2
Andere	Ja	23	12,0
	nein	70	36,7
Gesamt		191	100
Behandlungsfehlerquote 14,1 %			
Tab.5: Bescheide der Gutachterkommission Nordrhein wegen vermuteter Ärztlicher Behandlungsfehler nach Schilddrüsenoperationen (nach Kienzle)			

Diese Werte belegen in der bis dato geübten Praxis eine ausgeprägte Zurückhaltung, das Auftreten einer postoperativen Rekurrensparese, als ärztlichen Behandlungsfehler anzusehen: In allen vier entsprechend entschiedenen Fällen handelte es sich um beidseitige Operationen, zweimal davon wäre eine Operation der zweiten Seite gar nicht nötig gewesen. Die Autoren sichten jedoch im Anschluss die verfügbare Literatur zum Thema der „Rekurrensdarstellung“ und stellen fest, dass sich diese mehrheitlich auf eine Empfehlung zur Sichtschonung des N. recurrens hinbewegt.

Dem entspricht auch die aktuelle Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ¹²⁸, wo eine nicht skelettierende Darstellung bei Präparations- oder Resektionsnähe zum N. recurrens empfohlen wird, sowie grundsätzlich bei der (fast) totalen Lappen- bzw. Schilddrüsenentfernung. Die Nicht-Darstellung des N. Recurrens auf der operierten Seite sei begründend zu dokumentieren.

Schlussfolgernd stellen die Autoren fest, dass das Unterlassen einer Sichtschonung (bzw. das Fehlen einer einschlägigen Dokumentation) wohl in Zukunft zu der Feststellung eines Behandlungsfehlers führen müsste.

Unumstritten sind bei der Strumachirurgie die Anforderungen an die präoperative Aufklärung: Hinweise auf die Möglichkeit der ein- oder beidseitigen Stimmbandlähmung ¹²⁹ gehören ebenso dazu wie Hinweise auf die Möglichkeit der Nebenschilddrüsen-Schädigung und die damit verbundene Störung des Kalzium-Haushalts ¹³⁰. Nicht jedoch Hinweise auf eine sich eventuell ergebende Bandscheibenschädigung an der Halswirbelsäule ¹³¹.

2.14 Gynäkologie und Geburtshilfe

Schwenzer und Beck ¹³² analysierten typische Behandlungsfehler bei gynäkologischen Operationen. Vor allem fielen dort auf:

- Nervenschäden, so z.B. Lagerungsschäden peripherer Nerven, Schädigung des N. obturatorius (gelegentlich nach Radikaloperationen) oder des N. femoralis (z.B. bei vaginalen Eingriffen) .
- Verletzungen der ableitenden Harnwege (Blase und Harnleiter) sowohl bei abdominalen wie bei vaginalen Eingriffen.

¹²⁸ NN (1999) Leitlinie zur Therapie der benignen Struma.
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfleit.htm>

¹²⁹ s. FN 23, Kza 4265 / 127

¹³⁰ s. FN 23, Kza 4265 / 126, 131

¹³¹ s. FN 23, Kza

¹³² Schwenzer Th, Beck L (1994) Behandlungsfehler bei gynäkologischen Operationen. Gynäkologe 27:239-248

- Spezielle Risiken bei Deszensus- und Inkontinenzoperationen. Hier bestehen besondere Anforderungen an die präoperative Aufklärung, da es sich um Wahleingriffe zur Besserung von Beschwerden handelt: Erfolgsaussichten, allgemeine und individuelle Risiken sind eingehend zu erörtern. Speziell erwähnungsbedürftig sind dort vor allem Blasenentleerungsstörungen und ggf. postoperative Kohabitationsbeschwerden. Gerade bei der operativen Behandlung der Harninkontinenz muss auf die Validität des vorgesehenen Operationsverfahrens geachtet werden.

Von Mosny und Nitz ¹³³ stammt eine Analyse zu Ärztlichen Behandlungsfehlern in der Brustchirurgie. Ausgewertet wurden 224 bei der Gutachterkommission Nordrhein zwischen 1976 und 1991 bearbeitete Anträge (entsprechend 3 % des damaligen Antragsvolumens).

Bei 33 % der Fälle wurde insgesamt eine fehlerhafte Behandlung festgestellt. Am fehleranfälligsten waren die Diagnostik (nicht adäquate Verfahrenswahl bzw. nicht ausreichende Ausschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten), die Reduktionsplastik und die Mastektomie (Tab.6). Unter den Erkrankungen der Mamma insgesamt führte das Karzinom mit größtem Abstand zu den häufigsten Fehlervermutungen (143 von 224 Fälle).

Tartter ¹³⁴ analysierte 1014 Krankengeschichten von Patientinnen mit Brustkrebs. Er fand in 51 Fällen (8 %) eine Verzögerung der Diagnosestellung um über 3 Monate. Die Patientinnen mit verzögerter Diagnose wiesen hinsichtlich Alter, sozialer und gynäkologischer Anamnese keine Besonderheiten auf. Ihre Mammographien waren allerdings in 63 % normal (im Gegensatz zu 7 % normalen Mammographien bei den Frauen mit zeitgerechter Diagnosestellung). Die spät diagnostizierten Tumoren waren zwar durchschnittlich größer als die anderen, greifbare Unterschiede im TNM-Status ergaben sich aber nicht, ebenso nicht in den anderen Tumor-Charakteristika (histologisches Bild, Tumorgrading). Auch Therapie und Prognose unterschieden sich nicht signifikant.

Bereich	Fallzahl	Rate der anerkannten Fehler (%)
Diagnostik	79	ca. 48
Mastektomie	29	ca. 11
Probe-Exstirpation	27	ca. 22
Reduktionsplastik	24	ca. 25
Insgesamt	224	33

Tab. 6 Vermutete Behandlungsfehler in der Brustchirurgie nach Mosny und Nitz

¹³³ Mosny DS, Nitz U (1994) Behandlungsfehler in der Brustchirurgie aus forensischer Sicht. Gynäkologe 27:249-255

¹³⁴ Tartter PI, Pace D, Frost M, Bernstein JL (1999) Delay in diagnosis of breast cancer. Ann Surg. 229:91-96

Cyran ¹³⁵ stellt (ohne einzelne Zahlenangaben) die typischen Behandlungsfehler in Gynäkologie und Geburtshilfe zusammen. Er nennt im einzelnen:

- Verkennen des Umstandes, dass eine negative Mammographie ein Mammakarzinom nicht ausschließen kann.
- Unterlassene oder zu späte Diagnostik bei Verdacht auf Zervixkarzinom.
- Übersehen eines Rektumkarzinoms bei Blutungen aus dem Rektum (Annahme eines Hämorrhoidalleidens).
- Fehleinlage eines Intrauterinpessars.
- Zu späte Sektio.
- Blasen- oder Ureterverletzungen bei der Hysterektomie.
- Unzureichende Indikation für endoskopische Operationen.

Eine Studie der Deutschen Angestellten-Krankenkasse analysiert 2500 Behandlungsverfahren in der Geburtshilfe. In 60 Fällen wird dort ein Behandlungsfehler gesehen. Festgestellt wird in über der Hälfte dieser Fälle ein zu spät eingeleiteter Kaiserschnitt. Eine Säuglingssterblichkeitsrate von 0,56 % sei zwar die niedrigste in Europa, mittels eines klaren Notfallmanagements hätten jedoch offenbar einigen Kindern schwere Behinderungen erspart werden können. Als Präventivmaßnahmen werden eine bessere Ausstattung mit leistungsfähigen OP-Teams und eine Betreuung von Risikoschwangerschaften in entsprechenden Zentren empfohlen ¹³⁶.

Schwenzer und Beck ¹³⁷ fragen nach der Vermeidbarkeit einer Plexusparese bei Schulterdystokie. Die Inzidenz der Schulterdystokie liegt bei einem Kind mit 5 kg Geburtsgewicht bei ca. 40 %. Zur Risikominimierung wird dort empfohlen, die Entbindung bei entsprechendem Risiko (großes Kind, Schulterdystokie bei vorangegangenen Schwangerschaften) in besonders erfahrene Hände zu geben. Wichtig sei, dass für den Fall einer "schweren Schulterentwicklung" ein klinikinterner Managementplan vorliege, nach dem man sich dort orientiere. Dies könne sich auch unter dem Aspekt einer nicht ausreichenden Dokumentation als hilfreich erweisen.

Schlund ¹³⁸ weist auf wesentliche Fehlermöglichkeiten bei der sonographischen Schwangerschafts-Überwachung hin: Neben der Beachtung der einschlägigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sei vor allem auf das rechtzeitige Erkennen fetaler Missbildungen und auf die gute Überwachung von Zwillingschwangerschaften zu achten. Vergleichbar teilt Sanders ¹³⁹ mit, dass unter den vermuteten Fehlern bei der Sonographie in der Schwangerschaft mittlerweile übersehene Anomalien (z.B. Herzfehler, Spina bifida, Gliedmaßenanomalien oder

¹³⁵ Cyran W (1994) Vermeidbare Behandlungsfehler in Gynäkologie und Geburtshilfe. Gynäkologe 27:256-259

¹³⁶ NN (1998) DAK-Studie: Fehler bei der Geburtshilfe sind oft vermeidbar. Die Welt 8.1.1998

¹³⁷ Schwenzer Th, Beck L (1997) Ist eine Plexusparese nach Schulterdystokie vermeidbar? Der Gynäkologe 30:381-382

¹³⁸ Schlund GH (1995) Sonographische Schwangerschaftsbetreuung und ärztliche Haftung. Geburtshilfe Frauenheilkd 55:42-45

¹³⁹ Sanders RC (1998) Legal problems related to obstetrical ultrasound. Ann N Y Acad Sci. 847:220-227

Zwillingsschwangerschaften) häufiger genannt würden als die übersehene ektopische Schwangerschaft.

2.15 Radiologie

In einer italienischen Studie¹⁴⁰ betrafen in den Jahren 1993-1995 die meisten vermuteten Fehler in der Radiologie Diagnosefehler (43 %) und hierunter am häufigsten die Fehldiagnosen von Frakturen und Luxationen, gefolgt von Fehlbeurteilungen beim Mammakarzinom. An zweiter Stelle wurden Komplikationen (vornehmlich in Zusammenhang mit interventionellen Maßnahmen bzw. Kontrastmittelinjektionen) genannt (36 %). Von vergleichbaren Ergebnissen berichten Berlin und Mitarb.¹⁴¹

Brenner¹⁴² berichtet aus dem Fundus der Physician Insurers Association of America über 100 vorgeworfene Diagnose-Fehler im Rahmen einer Screening- Untersuchung der Mamma als dem häufigsten Fehlervorwurf gegen Radiologen überhaupt. Hierbei wurde 62 mal der Diagnosefehler bestätigt, in 10 Fällen in Zusammenhang mit einer unzureichenden Bildqualität. In Fällen, in denen ein unerwarteter oder dringend weiter abklärungsbedürftiger Befund vorhanden war, kam es in 88 % zu Informationslücken zwischen Zuweiser und Untersucher.

2.16 Herz- und Gefäßchirurgie / Kardiologie

Schlosser¹⁴³ stellte die bei 5 Gutachterkommissionen / Schlichtungsstellen verhandelten Fälle von Behandlungsfehlervorwürfen in der Herz- und Gefäßchirurgie zusammen (1986-1990); in die Analyse band er die von der eigenen Abteilung abgegebenen einschlägigen Gutachten ein (1970-1990). Für die befragten Gutachterkommissionen stellt er eine Inzidenz von ca. 2 % (in Relation zur Gesamtzahl der dort begutachteten Fälle) fest. Bei den Gutachterkommissionen / Schlichtungsstellen schwankte die Anerkennungsrate als Fehler zwischen 10 und 40 %. In der eigenen Begutachtungsklientel lag die Rate anerkannte Fehler bei 21/73 Fällen (d.h. 29 %). Allerdings waren alle diese anerkannten Fehler in der Gefäßchirurgie zu sehen (21 Fälle), in der Herzchirurgie wurde kein Behandlungsfehler anerkannt.

Behandlungsfehlervorwürfe in der Herzchirurgie wurden vor allem wegen eines neurologischen Defizits, eines peripheren Nervenschadens oder eines Wundinfektes gemacht. Die Vorwürfe in der Gefäßchirurgie betrafen den Verlust der Extremität, deren schwere Funktionseinschränkung oder einen Infekt in je knapp 30 % der Fälle.

Hanrath¹⁴⁴ stellte die bei der Gutachterkommission Nordrhein zwischen 1976 und 1993 verhandelten Vorwürfe anlässlich kardiologischer Interventionen zusammen - insgesamt in

¹⁴⁰ Fileni A, Magnavita N (1997) Malpractice claims against radiologists in Italy. Radiol.Med. (Torino) 93:284-286

¹⁴¹ Berlin L, Hendrix RW (1998) Perceptual errors and negligence. Am. J. Roentgenol. 170:863-867

¹⁴² Brenner RJ, Lucey LL, Smith JJ, Saunders R (1998) Radiology and medical malpractice claims. Am J Roentgenol 171:19-22

¹⁴³ Schlosser V (1992) Der Vorwurf des Behandlungsfehlers in der Herz- und Gefäßchirurgie. Versicherungsmedizin 44:173-176

¹⁴⁴ Hanrath P, Krüger S, Stellbrink C (1996): Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit kardiologischen Interventionen. In: Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D (Hsg.): Innere Medizin und Recht. Blackwell Berlin, S. 82-87

diesem langen Zeitraum 32 Fälle. Gesondert zu betrachten sind weitere 25 Fälle, in denen Probleme im Rahmen einer Schrittmachertherapie geltend gemacht wurden (Tab. 7). Ganz im Vordergrund stehen 18 Fälle von Nachblutungen an der Punktionsstelle bei Katheteruntersuchungen. Als ungelöstes Problem sieht Hanrath die Frage des ausreichenden Backup bei kardiologischen interventionellen Maßnahmen (z.B. Koronardilatation) an. Eine von ihm zitierte externe Studie zeigt, dass hier in immerhin 1 % der Fälle eine kardiochirurgische Notoperation ansteht. Besonderes Augenmerk muss nach Ansicht des Autors auf ein gutes Management der bereits eingetretenen Komplikationen gelegt werden.

Maßnahme	Fehlervorwürfe (Anzahl)	Anerkannte Fehler (Anzahl)
Diagnostik	25	5
Therapie	7	0
Schrittmacher	25	7

Tab. 7: Fehlervorwürfe und anerkannte Fehler bei kardiologischen Interventionen (nach Hanrath)

Pichlmaier ¹⁴⁵ berichtet über typische Fehlermöglichkeiten bei gefäßchirurgischen Operationen. Unter 198 dort innerhalb von 5 Jahren behandelten Gefäßverletzungen waren 125 nach ärztlichen Maßnahmen, davon 5 bei Operationen und 120 bei interventionellen Eingriffen entstanden. Hauptvorwürfe sieht er in einer mangelnden Aufklärung, einer unzureichenden Diagnostik, einer ungenügenden Dokumentation, in zu geringer operativer Sorgfalt und in einer nicht adäquaten postoperativen Überwachung.

Giordano ¹⁴⁶ findet unter rund 10 800 Fehlervorwürfen gegen Chirurgen unter anderem 2279 Vorwürfe gegen Gefäßchirurgen. Folgende Krankheitsbilder waren führend: Aneurysma der Aorta abdominalis (350 Fälle), aorto-femoraler Bypass (322 Fälle), Carotis-Endarteriektomie (79 Fälle).

Die Midwest Medical Insurance Company ¹⁴⁷ listet 495 Behandlungsfehlervorwürfe in Zusammenhang mit einem akuten Myokardinfarkt auf. Sie betrafen in 16 Fällen Allgemeinärzte und in 109 Fällen Internisten. Der weitaus größte Teil der Vorwürfe betraf die initiale Diagnostik - dies auch deshalb, weil die anfängliche Symptomatik oft vom erwarteten Bild abwich:

- So lag das durchschnittliche Alter der Patienten bei nur 52 Jahren, 47 % der Patienten waren unter 50 Jahre alt und 16 % unter 40,
- 70 % der Patienten hatten keine einschlägige vorangehende Symptomatik einer koronaren Herzkrankheit,
- in 51 % der Fälle fand der entscheidende Arzt-Patient-Kontakt in der Arztpraxis statt und nur in einem Drittel der Fälle unter Notfallbedingungen.

¹⁴⁵ Pichlmaier H (1996) Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit gefäßchirurgischen Operationen. In: Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D (Hsg.): Innere Medizin und Recht. Blackwell Berlin, S. 88-90

¹⁴⁶ Giordano JM (1993) Malpractice and the vascular surgeon. J Vasc Surg. 18:901-904

¹⁴⁷ NN (1997) Acute myocardial infarction: Difficult diagnosis, high malpractice risk. South Dakota Journal of Medicine 50:53-56

- Ein EKG wurde in nur 59 % der Fälle angefertigt, sog. "Herzenzyme" ¹⁴⁸ wurden nur bei 20 % der Patienten bestimmt.

Als Konsequenz aus der Erhebung wird den Ärzten empfohlen, die Verdachtsdiagnose eines Herzinfarktes häufiger zu stellen - auch dann, wenn die Patienten den Arzt nicht unter Notfallbedingungen aufsuchen; diese Verdachtsdiagnose sollte mit allen diagnostischen Mitteln und mit hoher zeitlicher Präferenz verfolgt und nicht zu schnell fallengelassen werden.

2.17 Orthopädie und Unfallchirurgie

In zwei eigenen retrospektiven Untersuchungen ^{149, 150} wurde der Frage nachgegangen, wo die Ursachen und etwaigen Vermeidungsmöglichkeiten liegen für Behandlungsfehler-Vorwürfe in Zusammenhang mit Orthopädischen bzw. Unfallchirurgischen Operationen liegen. Hierzu wurden zwei Datenkollektive aufgearbeitet:

- A) Zum einen wurden retrospektiv 120 Gutachten analysiert, welche der Autor für Zivilgerichte, Staatsanwaltschaften und eine Gutachterkommission im Rahmen vorgeworfener ärztlicher Behandlungsfehler in den Jahren 1991 bis 1996 abgegeben hatte.
- B) Im Anschluss wurde ein Kollektiv von 231 gutachtlichen Bescheiden aus den Jahren 1991 bis 1996 analysiert (Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein), bei denen es ausschließlich um vorgeworfene Behandlungsfehler in Zusammenhang mit peri- und postoperativen Wundinfektionen in der Unfallchirurgie bzw. Orthopädie ging.

Hierbei wurden folgende Fragen gestellt:

- Was waren die vorgeworfenen Fehler?
- Wie häufig wurden im Anschluss tatsächliche Behandlungsfehler festgestellt - worin bestanden ggf. im einzelnen diese Fehler?
- Wie häufig hatten die gutachtlich festgestellten Fehler nachweisbare eigenständige Folgen?
- In welchem Umfang hätten - retrospektiv betrachtet - die Fehlervorwürfe bzw. Fehler mutmaßlich durch vorherige Festlegung interner medizinischer und administrativer Leitlinien vermieden werden können?

Ergebnisse:

In der Gesamtheit der vom Autor abgegebenen Gutachten (Kollektiv A) betraf die Hälfte der spezifizierten Fehlervorwürfe die primäre Verletzungsdiagnostik, in rund einem Drittel der Fälle die eigentliche Therapie, im übrigen Aufklärungsmängel oder die Erkennung oder

¹⁴⁸ Laborchemische Bestimmung bestimmter Enzymverschiebungen, die auf einen Herzinfarkt hinweisen.

¹⁴⁹ Arens St, Müller L, Hansis M (1998) Vorgeworfene Behandlungsfehler nach postoperativen Infekten am Bewegungsapparat. Chirurg 69: 1263-1269

¹⁵⁰ Hansis M, Arens St, Müller L (1998) Typische ärztliche Fehler bei unfallchirurgischen Behandlungen und ihre Vermeidbarkeit durch interne medizinische und administrative Leitlinien. In: Scheibe O, Ekkernkamp A (1998) Qualitätsmanagement in der Medizin. ecomed, VII-1.1

Behandlung etwaiger Komplikationen. Ein Drittel der Fehlervorwürfe war nicht spezifiziert sondern betraf allgemein "die Behandlung". Fokussiert man die Fragestellung auf die Infektkomplifikationen (Kollektiv B) so fällt dort eine Bevorzugung für Komplikationen an der Hand und für Komplikationen nach inneren Osteosynthesen auf.

In 52 von 120 Fällen musste bei den allgemeinen unfallchirurgischen Behandlungsfehlervorwürfen (Kollektiv A) ein Behandlungsfehler definitiv festgestellt werden - entsprechend bei 114 von 261 Fehlervorwürfen im Rahmen von Infektkomplifikationen (Kollektiv B). Die Fehleranerkenntnisrate liegt damit bei jeweils ca. 43 % und somit höher, als für den allgemeinen Durchschnitt angenommen und angegeben. Entsprechend den vorgebrachten Vorwürfen betrafen auch die tatsächlich festgestellten Fehler überwiegend die ärztliche Diagnostik und erst in sekundärem Maße die ärztliche Therapie.

Stets kommt der Diagnostik und der Therapie perioperativer Komplikationen eine ganz besondere Bedeutung zu: Berücksichtigt man, dass Infektkomplifikationen in der Traumatologie/Orthopädie nur bei etwa 1 - 2 % der Operationen und andere Komplikationen (z. B. aseptische Komplikationen am Implantat) nur bei rund 5 % aller Operationen zu erwarten sind, dann zeigt ein Anteil von 42/52 Fällen (verspätete Diagnose oder Therapie von Komplikationen), welcher hohen Stellenwert die Frühdiagnostik und die stringente Behandlung eingetretener Schwierigkeiten einnimmt.

Dementsprechend betrifft in der Gruppe der Fehlervorwürfe wegen perioperativer Infektionen (Kollektiv B) jeweils rund 1/3 der festgestellten Fehler die rechtzeitige Erkennung, 1/3 die stringente Therapie und 1/3 gleichermaßen Therapie und Diagnostik der perioperativen Wundinfektion.

Zwei Fallbeispiele:

- ❖ **Unzureichende primäre Diagnostik als Ursache eines Fehlervorwurfes:** Ein 35 - jähriger Patient erleidet eine Distorsion des Fußes im Ausland. 2 Tage später erfolgt die Erstbehandlung im später beklagten Krankenhaus. Dort werden im Nachtdienst zwei Röntgenaufnahmen des Fußes angefertigt, die keine Fraktur zeigen, ebenso keine augenfällige Luxation. Diese Aufnahmen werden auch im übrigen als unauffällig beurteilt, obwohl sich dort typische indirekte Hinweise für eine (später zu diagnostizierende) Lisfranc'sche Luxation ergeben. Der Patient wird in der Folge im Krankenhaus ambulant mehrfach von wechselnden Ärzten gesehen, die sich alle auf die bei der Erstuntersuchung als unauffällig eingestuften Röntgenaufnahmen verlassen. Erst 19 Tage nach dem Unfall stört sich der (erstmal involvierte) chirurgische Oberarzt an der Diskrepanz zwischen der Schwellung und Deformierung des Fußes und dem angeblich blanden Röntgenbefund. Bei erstmals persönlicher Inaugenscheinnahme der Röntgenbilder vermutet er sofort eine Lisfranc'sche Luxation und lässt diese durch eine streng seitliche Aufnahme beweisen. Man sieht jedoch zu diesem Zeitpunkt keine Möglichkeit mehr für eine Wiederherstellung der Anatomie.

- ❖ **Verzögerte Diagnostik/ inkonsistente Therapie einer postoperativen Wundinfektion als Ursache eines Fehlervorwurfes:** Bei einem jungen Mann wird eine Bandnaht am Sprunggelenk durchgeführt. Am zweiten postoperativen Tag (Freitag) werden Verbandwechsel, Redon-Entfernung und reizlose Wundverhältnisse dokumentiert. BSG 3 : 15, Leukozyten und Temperatur im Normbereich. - Am Morgen des Folgetages (Samstag) besteht eine dezente Schwellung und eine Erhöhung der BSG auf 12 : 35, im übrigen sind die Wundverhältnisse laut Dokumentation reizlos. Temperatur 37,5 °. Am Abend dieses Tages wird über vermehrte Schmerzen geklagt, der Untersucher dokumentiert Schwellung, Rötung, lokale Wärme ohne Lymphangitis, Leukozytose 14.900. Es wird eine „Infekttherapie“ mit Rivanolverbänden eingeleitet. - Am

Folgetag (Sonntag) wird anlässlich der Morgenvisite folgender Befund niedergelegt: Reizlose Wunde, BSG 40 : 65, Temperatur 38.5 °, erhebliche Schmerzen (mehrfach dokumentiert). Beginn einer intravenösen Antibiose und oralen Analgesie. Am fünften postoperativen Tag (Montag morgens) wird eine erhebliche Schwellung des Sprunggelenkes dokumentiert, eine Punktion um 17.00 Uhr desselben Tages fördert „trübes Sekret“. Am Folgetag (sechster postoperativer Tag, Dienstag) ist der Chef zurück, welcher dann unmittelbar das manifeste Sprunggelenksempyem revidiert und drainiert. Der Patient berichtete dem Gutachter, er habe den Eindruck gehabt, die Ärzte hätten nicht gewusst, was sie machen sollen und lieber vor einer Operation die Entscheidung des Chefs abgewartet.

Mutmaßliche Vermeidbarkeit durch interne Leitlinien: Innerhalb der Gruppe der allgemeinen Fehlervorwürfe (Kollektiv A) wurde für jeden Fall einzeln geprüft, ob vorhandene, schriftlich niedergelegte und allen Mitarbeitern bekannte interne Leitlinien zu medizinischen Vorgängen und zur Klinik-Organisation mutmaßlich hätten einen Fehlervorwurf oder einen Fehler vermeiden lassen. Diese Frage ließ sich für 82 Fälle (63 %) mit großer Wahrscheinlichkeit und für weitere 41 Fälle mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bejahen. Dies bedeutet, dass in nur 7 Fällen nach menschlichem Ermessen auch vorhandene, allgemein akzeptierte und bekannte interne Leitlinien die Fehlervorwürfe oder Fehler nicht hätten vermeiden helfen können.

Scherer ¹⁵¹ erfragte bei 322 Orthopädischen/ Traumatologischen Einrichtungen die Komplikationen bei insgesamt über 16 000 Eingriffen am vorderen Kreuzband. Insgesamt kam es bei 6,9 % der Eingriffe zu Komplikationen - je etwa ein Drittel davon waren Infektionen bzw. Thrombosen.

Die Rechtzeitigkeit der Erkennung bzw. die Angemessenheit der Behandlung eines Kompartmentsyndroms ist immer wieder Gegenstand von Behandlungsfehlervorwürfen. Der Umstand, dass die klinische Symptomatik des Kompartmentsyndroms in der Regel eindeutig ist, dass diese Symptome zum Basiswissen auch des Nicht-Spezialisten gehören und dass die Therapie des drohenden Kompartmentsyndroms denkbar einfach ist, führt dazu, dass in der Nicht-Erkennung des Kompartmentsyndroms gehäuft ein grober Behandlungsfehler gesehen wird ¹⁵²

Werden im Röntgenbild Frakturen übersehen, so wird dies nicht unbedingt als grob fehlerhaft eingeschätzt werden – so z.B. beim Übersehen einer Radiusköpfchenfraktur ¹⁵³. Anders verhält es sich dann, wenn typische Konstellationen das Vorliegen einer bestimmten Verletzung derart wahrscheinlich machen, dass sich deren Diagnose geradezu aufdrängt so dass ein „einfaches“ Übersehen nicht mehr angenommen werden kann - es wird dann der Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers gemacht werden: Wenn bei einem Sturz aus 7 m Höhe nur die LWS und nicht das Becken geröntgt wird ¹⁵⁴, wenn trotz typischer klinischer Zeichen nach einem Sturz nicht an eine Schenkelhalsfraktur gedacht wird ¹⁵⁵, oder wenn nach einem Sturz auf den Kopf und vorliegendem Brillenhämatom nicht an einen Schädelbasisbruch gedacht wird ¹⁵⁶. Ähnliches gilt, wenn trotz typischer Konstellation die

¹⁵¹ Scherer MA, Metak G (1996) Perioperative complications in cruciate ligament surgery. J Sports Traumatol Relat Res. 18:83-93

¹⁵² s. FN 23, Kza 1873/113.

¹⁵³ S. FN 23, Kza 1876 / 126

¹⁵⁴ s. FN 23, Kza 1876 / 127

¹⁵⁵ s. FN 23Kza 1876 / 128

¹⁵⁶ s. FN 23, Kza 1876 / 132

Diagnose einer Hüftkopf-Epiphysenlösung nicht gestellt wird¹⁵⁷. Stets wiegt in derartigen Konstellationen vor allem schwer, dass die Kombination aus Anamnese, Klinik und Radiologie nicht angemessen gewürdigt wurde; die einzelne Fehlinterpretation eines Röntgenbildes tritt dahinter zurück.

Eine Analyse von 208 Behandlungsfehlervorwürfen bei distalen Radiusfrakturen¹⁵⁸ aus den Jahren 1975 bis 1996 (verhandelt vor der Gutachterkommission Nordrhein) ließ eine Reihe fehlergeneigter Konstellationen herausarbeiten. Problematisch waren neben der adäquaten Überwachung der konservativen Therapie und einer guten Technik bei der perkutanen Bohrdraht-Osteosynthese vor allem die Verfahrenswahl - die Entscheidung für ein konservatives bzw. ein bestimmtes operatives Vorgehen. In einer auf der Analyse gründenden breit geführten Diskussion konnten einschlägige Konsensus entwickelt werden.

In einer darüber hinausgehenden Untersuchung¹⁵⁹ wurde der Frage nachgegangen, inwieweit eine Sudeck'sche Dystrophie bei einer distalen Radiusfraktur heute noch als unvermeidbare Verletzungskomplikation angesehen werden könne. Grundlage waren 50 Fälle vermuteter Behandlungsfehler (aus der o.a. Gesamtzahl von 208 Vorgängen), bei denen neben der Richtigkeit der Frakturbehandlung an sich auch das Auftreten einer Sudeck'schen Dystrophie angemahnt wurde. Nur in einem der 50 Fälle wurde seinerzeit im Auftreten der Dystrophie selbst ein vorwerfbarer Fehler gesehen. Allerdings lagen in 47 der 50 Fälle der damaligen Behandlung Regularien zu Grunde, die heute nicht mehr als richtig angesehen würden. Hieraus ist zu folgern, dass beim Auftreten einer Dystrophie heutzutage stets die Frage nach der zeitgemäßen Behandlung der Fraktur selbst zu stellen ist und insbesondere kritisch zu prüfen ist, inwieweit in dieser Behandlung die wichtigen Trigger der Dystrophie (Instabilität, Schmerz) vermieden wurden.

Handverletzungen waren Gegenstand einer Analyse aus dem Datenbestand der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 1976 bis 1997¹⁶⁰. Aus insgesamt 325 analysierten Fällen ließen sich folgende neuralgische Punkte herausarbeiten:

- Ungenügende initiale klinische Untersuchung,
- fehlende Röntgenuntersuchung z.B. bei Verdacht auf Fremdkörpereinsprengung
- nicht ausreichend sicherer Ausschluss einer Kahnbeinfraktur,
- Immobilisierung in fehlerhafter Position der Finger,
- Übersehen der Spritzpistolenverletzung,
- inadäquate Verfahrenswahl bei Phalangenfrakturen,
- fehlende Diagnostik von Sehnenverletzungen,
- inadäquate Therapie einer eingetretenen Infektion.

Auch hier ließen sich Konsensus zum Behandlungsduktus bzw. Präventionsstrategien in offener Diskussion der analysierten Fälle erarbeiten.

In welchem Ausmaß Achsabweichungen oder Rotationsabweichungen der unteren Extremität nach Osteosynthesen als (noch nicht) behandlungsfehlerhaft anzusehen seien,

¹⁵⁷ Petersen D (2000): Berliner Ärzte 3:24-25

¹⁵⁸ Hansis M (1998) Fehler und Gefahren bei der Behandlung der distalen Radiusfraktur. Rhein Ärztebl 52:26-28. Vergleichbar: Herlyn G (2000) Radiusfraktur. Brandenb. Ärztebl 10:84

¹⁵⁹ Hansis M (1999) Die Sudeck'sche Dystrophie - eine unvermeidbare Verletzungskomplikation bei der distalen Radiusfraktur? Zentralbl Chir. im Druck

¹⁶⁰ Hansis M (1997) Handverletzungen richtig behandeln. Rhein Ärztebl 3:23-25

war Gegenstand einer Analyse, in die 193 Fälle der Gutachterkommission Nordrhein aus den Jahren 1980 bis 1999 eingingen¹⁶¹. Festzustellen war:

- Achsabweichungen der unteren Extremität werden bis ca. 10 - 15 Grad, Rotationsabweichungen bis ca. 15 Grad als letztlich nicht immer vermeidbar akzeptiert.
- Wesentlich häufiger als ein entsprechender Schätzfehler (2 von 26 anerkannten Fehlern) wurde eine inadäquate OP-Technik bzw. ein zu spät durchgeführter Korrekturingriff (bei erkannter Achsabweichung) vorgeworfen (alle übrigen Fälle).

2.18 Perioperative Becken-Beinvenenthrombosen

Die Frage nach der Indikation und der notwendigen Dauer einer medikamentösen perioperativen Thromboseprophylaxe hat längere Zeit Unklarheiten für die Behandler ergeben; zu verschieden waren die im Schrifttum vertretenen Meinungen¹⁶². Differenzen ergaben sich vor allem bei der Frage, inwieweit auch ein individuell niedriges Thromboserisiko eine medikamentöse Prophylaxe notwendig mache. Die jüngste wissenschaftliche Zusammenstellung¹⁶³ gibt einfache Schemen zur individuellen Risikobestimmung vor. Für den ambulanten Patienten mit ruhigstellendem Verband wird eine medikamentöse Thromboseprophylaxe dann empfohlen, wenn zusätzliche dispositionelle Risiken vorliegen. Ulsenheimer¹⁶⁴ weist im gleichen Zusammenhang nochmals auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Aufklärung des Patienten über das Thromboserisiko, deren verschiedene Prophylaxemöglichkeiten und die mit der medikamentösen Prophylaxe assoziierten Probleme hin sowie auf die Notwendigkeit, unter diesen Voraussetzungen auch beim niedrigen Risiko evtl. eine medikamentöse Prophylaxe durchzuführen.

2.19 Sonstige

Meinecke¹⁶⁵ arbeitete 134 Urteile zu (vermuteten) Schäden nach **Injektionen** auf und glich diese mit der jeweiligen Vorstellung zum "medizinischen Standard" ab. Dieses Material dient ihm dazu, den allgemeinen Duktus der Arzthaftung im Zivilprozess nachzuzeichnen und Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung zu erarbeiten.

Besonderen Wert legt er (neben der richtigen Injektionstechnik) auch auf die richtige Indikation für die Injektion und die Probleme der Delegation an weniger erfahrene nicht-ärztliche Mitarbeiter. Typische und häufiger vorkommende Probleme sind die örtliche Hautnekrose (Nicolau-Syndrom), die Nervenläsion und der Spritzenabszess nach intramuskulärer Injektion, Infekte nach intraartikulären Injektionen und die versehentliche intra-arterielle Injektion mit entsprechender schwerer Durchblutungsstörung der betreffenden Extremität.

¹⁶¹ Hansis M (2000): Achsabweichungen oder Rotationsfehler nach Extremitätenfrakturen – liegt ein Behandlungsfehler vor? In: Hierholzer G et al (Hsg.): Posttraumatische Achsabweichungen der unteren Extremität. Springer Heidelberg: 51-54

¹⁶² Eisenmenger W (1997) Thromboseprophylaxe in der Unfallchirurgie - Stand der Rechtsprechung. Unfallchirurg 100:754-758

¹⁶³ Haas S (1998) Der Chirurg 37 Suppl: 242-250

¹⁶⁴ Ulsenheimer K (1998) Rechtliche Aspekte zur Thromboseprophylaxe. Chirurg 37 Suppl: 251-254

¹⁶⁵ Meinecke B (1997) Haftungskriterien für Injektionsschäden. Shaker Aachen.

Die Fürsorge für den Patienten zur Vermeidung **lagerungsbedingter Druckgeschwüre** bei Bettlägerigkeit ist vorwiegend Aufgabe der Pflege. Taylor ¹⁶⁶ nennt als wesentliche Fehlerquellen:

- Kein ausreichend häufiger Verbandwechsel
- Keine ausreichende Verbandhygiene
- Belassen von Urin oder Faeces an der Haut
- Kein ausreichend häufiger Lagewechsel
- Keine adäquate Pflegeplanung und -dokumentation

R. Jackson ¹⁶⁷ analysiert aus einem Zeitraum von 7 ½ Jahren 75 Fälle vermuteter Behandlungsfehler in Zusammenhang mit der Behandlung Melanomen in Kanada. Für diesen Zeitraum geht er von 37 000 Neu-Diagnosen maligner Melanome in ganz Kanada aus. An erster Stelle stehen Fehlervorwürfe wegen verspäteter Diagnosestellung (22 Fälle) und unzutreffender pathologisch-histologischer Befundung (18 Fälle).

¹⁶⁶ Taylor JS (1994) Malpractice implications of pressure ulcers. Adv Wound Care 7:43-49

¹⁶⁷ Jackson R (1997) Malignant melanoma: A review of 75 malpractice cases. Int J Dermatol. 36:497-498

3. Entscheidungsgrundlagen und Entscheidungswege

3.1 Rechtliche Voraussetzungen für die Feststellung eines Ärztlichen Behandlungsfehlers

Die rechtlichen Voraussetzungen, unter denen im Zivilrecht ein Ärztlicher Behandlungsfehler anzunehmen ist, wurden zahlreiche Male dargestellt^{168, 169, 170} u.v.a. Kurz zusammengefasst hat der Arzt - wie bereits erwähnt - zwei Pflichten - er muss den Patienten gut (nach den Regeln der ärztlichen Kunst) behandeln und er muss zuvor mit ihm Einigkeit über die Verfahrenswahl, die erwarteten Vorteile und die möglichen Risiken herstellen (Aufklärung). Verletzt er eine der beiden Pflichten, handelt er fehlerhaft - entweder falsch oder unerlaubt. Schadenersatzpflichtig gegenüber dem Patienten wird er dann, wenn sich aus der fehlerhaften Behandlung ein Schaden für den Patienten ergibt.

Beweispflichtig für die fehlerhafte Behandlung und den daraus entstandenen Schaden ist im Regelfall der Kläger (der Patient). In bestimmten Situationen wird dem Arzt die Beweislast auferlegt - er hat dann die Richtigkeit seines Handelns zu belegen (s. 3.2). Rechtliche Würdigung im Zivilverfahren finden nur die belastenden bzw. entlastenden Argumente, die von den beiden Parteien tatsächlich vorgebracht werden. Eine Sachaufklärung "von Amts wegen" durch das Gericht findet dort nicht statt.

Das Strafverfahren kennt den Patienten nicht als Kläger, sondern allenfalls als Zeugen. Klägerin ist hier "die Allgemeinheit", in deren Interesse es liegt, ein bestimmtes fehlerhaftes Verhalten festzustellen und zu ahnden. Folge des Strafverfahrens ist mithin auch nicht ein Schadenersatz an den Patienten, sondern eine Bestrafung des Arztes. Das Strafverfahren kennt im übrigen keine Beweislastumkehr; hier ist ausnahmslos der zweifelsfreie Nachweis von Fehlverhalten und Fehlerfolge notwendig ("in dubio pro reo").

Die derzeitige Einordnung ärztlichen Handelns im Strafrecht ist auf den ersten Blick für den Arzt befremdlich: Seine Maßnahmen gelten allesamt dem Grunde nach als Körperverletzung, welche nur deswegen und dann straffrei bleibt, wenn eine wirksame Patienteneinwilligung vorliegt, und wenn der Eingriff nicht fehlerhaft war. Dies im Rahmen einer Strafrechtsreform zu ändern, ist in Diskussion.

Bei der ärztlichen Behandlung geht man normalerweise bislang von einer **Verschuldenshaftung** aus - eine Haftung, die nur dann greift, wenn der Arzt vorwerfbar seine Pflichten gegenüber dem Patienten vernachlässigt. Es gibt immer wieder Überlegungen, auch dort zur sog. **Gefährdungshaftung** überzugehen: Ein Autofahrer haftet für alles, was sein Auto anrichtet, einfach deswegen, weil er mit seinem Auto ein so gefährliches Ding betreibt. - Ein Arzt würde -Gefährdungshaftung vorausgesetzt - für alles Unerwünschte haften, was im Zuge seiner Maßnahmen auftritt, einfach deswegen, weil seine Tätigkeit derart gefahrgeneigt ist. Der Übergang auf eine Gefährdungshaftung hätte erhebliche Folgen. Aktuelle Überlegungen gehen dorthin, zumindest für Teilbereiche (z.B. Organisation) eine Gefährdungshaftung auch im Medizinbetrieb vorzusehen.¹

¹⁶⁸ Gabriel F, Huckenbeck W (1998) Grundlagen des Arztrechts, Köster, Berlin

¹⁶⁹ Bergmann O, Kienzle F (1996) Krankenhaushaftung. Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft Düsseldorf

¹⁷⁰ Rumler-Detzel P Grundlagen des Arzthaftungsrechts. In: Steffen E, Dressler WD (1999) Arzthaftungsrecht. Neue Entwicklungslinien der BGH - Rechtsprechung. RWS Script.

H.Barta ¹⁷¹ weist einen anderen Weg: Er verweist auf das Modell der gesetzlichen Unfallversicherung, in dem ein (möglicher) Schadensersatzanspruch eines Arbeitnehmers gegen seinen Arbeitgeber (im Falle eines Arbeitsunfalls bzw. einer Berufskrankheit) auf die gesetzliche Unfallversicherung (im Volksmund "die Berufsgenossenschaften") übergeht. Dieses Modell -existent seit über 100 Jahren- sichert einerseits dem Arbeitnehmer finanzielle Entschädigungsleistungen - unabhängig davon, ob im Einzelfall ein Verschulden des Arbeitgebers vorliegt (z.B. durch eine ungesicherte Arbeitsstätte) oder nicht. Gleichermaßen bewahrt es den Arbeitgeber vor Ansprüchen im Einzelfall - satt dessen leistet er regelmäßige Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung. Beiden Seiten erspart das Modell vor allem langwierige Rechtsstreitigkeiten und es sichert beiden Seiten die Möglichkeit, auch nach dem Arbeitsunfall in Frieden weiter zusammenzuleben - sie waren ja nicht Prozessgegner. - Barta schlägt vor, auch für die Behandlungsfehlerhaftung ein ähnliches Modell einzuführen; auch hier müsste (wie bei der gesetzlichen Unfallversicherung) die öffentliche Hand die Mittlerrolle übernehmen. Nach seiner Einschätzung würde dieser Vorgang nicht notwendigerweise in eine Reduktion der ärztlichen Mühewaltung münden.

Der Patient hat grundsätzlich das Recht auf Einsichtnahme in seine Behandlungsunterlagen. ¹⁷² Dies kann insofern differenziert werden, als z.B. persönliche Einschätzungen des Arztes oder Verdachtsdiagnosen nicht der Auskunftspflicht unterliegen, ebenso nicht Befunde, deren Kenntnis für den Patienten nachteilig sein kann. Am ehesten wird man dem Patienten eine kopierte Krankenakte/ Karteikarte überlassen.

Die Mitwirkungspflicht des belasteten / beklagten Arztes in einem gegen ihn gerichteten Verfahren besteht vor allem in der Herausgabe der Behandlungsunterlagen und dem strikten Verbot, diese für den Rechtsstreit nachträglich zu "frisieren". Im Zivilverfahren besteht für die Parteien eine Wahrheitspflicht, wobei sich der Arzt jedoch nicht selbst belasten muss und darf (um nicht seinen Versicherungsschutz zu gefährden - s. auch 4.2).

Der rechtlichen Würdigung einer zur Debatte stehenden Ärztlichen Behandlung geht die Klärung von drei Fragen voraus:

- Was ist geschehen?
- Was wurde im Rahmen der Ärztlichen Aufklärung besprochen?
- Was war in der gegebenen Situation der "medizinische Standard" ?

Die beiden erstgenannten Positionen wird das Gericht alleine abarbeiten (in der Regel in die Behandlungsunterlagen Einsicht nehmen, ggf. Zeugen hören) zur letztgenannten Frage wird es häufig einen Ärztlichen Sachverständigen beiziehen. Dieser Ärztliche Sachverständige ist "Helfer des Gerichts", er wird mit ganz wenigen wohldefinierten Ausnahmen nicht selbst aktiv. Der Sachverständige ist quasi für das Gericht nur ein zweibeiniges Nachschlagewerk, eine personifizierte Meta-Analyse. Welche Implikationen dies für seine Aussagen, für seinen Zungenschlag hat, ist nachfolgend im einzelnen ausgeführt (s. 3.3). Die Anforderungen an den Ärztlichen Sachverständigen sind hoch ^{173, 174, 175}, seine Stellung gegenüber den

¹⁷¹ Barta H (1995) Kann das historische Modell der gesetzlichen Unfallversicherung einer modernen Arzthaftung als Vorbild dienen? Chmielorz Wiesbaden.

¹⁷² s. FN 23, Kza 8060/2

¹⁷³ Franzki H (1987) Das Gutachten des Ärztlichen Sachverständigen. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen. 4:119-124

¹⁷⁴ Ulsenheimer K (1985) Die Stellung des medizinischen Sachverständigen im Zivil- und Strafprozess. Informationen des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen. 5:58-63

Standeskollegen ist nicht unumstritten ¹⁷⁶. Das American College of Cardiology (ACC) hat entsprechende Gütekriterien für Sachverständige entwickelt ¹⁷⁷.

In der ein Verfahren abschließenden rechtlichen Wertung ist zwar das Gericht frei und nur dem Gesetz verpflichtet. Hat man jedoch den gedanklichen Duktus der Ansprüche an nicht fehlerhaftes ärztliches Handeln begriffen, dann lassen sich viele Entscheidungen - nach erfolgter Beweisaufnahme und nach stattgehabter Einlassung des Sachverständigen - auch vom betroffenen Arzt selbst abschätzen. Der Schlüssel zu einer Belastung oder Entlastung des Arztes liegt also nicht so sehr in einer für Ärzte angeblich okkulten "juristischen Denkweise". Er liegt vielmehr in dem, was der belastete Arzt tatsächlich selbst gemacht hat, bzw. was er dazu notiert hat (sic !), in dem, was er mit dem Patienten gesprochen und dazu notiert hat (sic !) und in dem, was die Amtsbrüder zu diesen stattgehabten Ereignissen sagen. Wer sich über eine angeblich überraschende und unverständliche richterliche Entscheidung mokiert, sollte zunächst prüfen, inwieweit er nicht selbst einer missverständlichen Sachaufklärung (durch missverständliche Dokumentation) Vorschub geleistet hat und inwieweit er oder der Sachverständige sich innerhalb des akzeptierten Entscheidungskorridors (s.3.3) bewegten.

3.2 Beweislastumkehr

Wie bereits erwähnt, muss zwar im Regelfalle der Kläger (hier meist der Patient) die Fehlerhaftigkeit der ärztlichen Behandlung und die daraus resultierenden negativen Folgen beweisen. Diese doppelte Hürde ist hoch - sie entspricht unserem Rechtsverständnis. Sie kann in Einzelfällen dazu führen, dass bestimmte (schon der Wahrscheinlichkeit wegen angenommene) Fehler kaum je als solche nachgewiesen werden - exemplarisch wurde dies am Beispiel des nicht extrem falschen Hygieneverhaltens gezeigt (s. 2.4). - Zusammenfassende Darstellungen zur Beweislast finden sich z.B. bei G.Müller ¹⁷⁸ oder bei R.Weber ¹⁷⁹.

Drei Konstellationen sind es, die normalerweise zur Beweislastumkehr bzw. zu Beweiserleichterungen für den Patienten im Arzthaftpflichtprozess führen:

- a) Ein ärztliches Verhalten ist so grundverkehrt, dass es jedem unbefangenen Betrachter "die Sprache verschlägt", dass es sich jedem Verständnis entzieht (grober Behandlungsfehler),
- b) für ein bestimmtes unerwünschtes Ereignis (Schaden) kommt keine andere Erklärung in Frage als eine stattgehabte Fehlbehandlung (prima facie Beweis) und
- c) in einer bestimmten Situation wäre es unfair im Sinne der "Waffengleichheit", dem Patienten die Beweispflicht aufzuladen.

Zu a) Die Einstufung als "grober Behandlungsfehler" ist -siehe 3.1- ein Teil der rechtlichen Würdigung. Gewichtigen Beitrag hierzu leistet der Ärztliche Sachverständige: Er wird zwar

¹⁷⁵ Kienzle HF (1996) Ärztliche Begutachtung in Zivil- und Strafrecht - Beurteilungsmaßstab ärztlicher Begutachtung. Z.ärztl.Fortbild. 90:592-596

¹⁷⁶ NN (1997) Hackt die eine Krähe der anderen wirklich kein Auge aus? Pro und Contra. Ärztezeitung 25.9.1997

¹⁷⁷ NN (1996) Recommended criteria for expert witnesses. JACC 27:250

¹⁷⁸ Müller G (1997) Beweislast und Beweisführung im Arzthaftpflichtprozeß. NJW 50:3049-3056

¹⁷⁹ Weber R (1997) Muß im Arzthaftungsprozeß der Arzt seine Schuldlosigkeit beweisen? NJW 50:761-768

vom Gericht nicht gefragt werden, ob ein bestimmtes Verhalten grob fehlerhaft war, er wird aber gefragt werden, ob es für ein bestimmtes angenommenes Fehlverhalten noch Erklärungs- und Verständnismöglichkeiten gibt, bzw. ob dieses Verhalten sich jedem Verständnis entziehe, ob dieses Verhalten einem pflichtgemäß handelnden Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfe. Man kann sich gelegentlich des Eindrucks nicht erwehren, dass manch ein Sachverständiger die Tragweite dieser Fragestellung nicht im einzelnen überblickt:

- Warum ist das nur einmal tägliche (statt zweimal tägliche) Messen der Körpertemperatur beim stationären Patienten ein grober Behandlungsfehler? ¹⁸⁰
- Warum ist es ein grober Behandlungsfehler, (im Jahre 1988) eine Kniepunktion im Krankenzimmer vorzunehmen, ¹⁸¹ wo doch die Richtlinie des Robert-Koch-Instituts (Stand 1985/86) keine diesbezüglichen Vorgaben macht ¹⁸²?
- Warum ist es ein grober Behandlungsfehler, wenn sich der Arzt vor einer intramuskulären Injektion nicht die Hände wäscht ¹⁸³, jedoch **kein** grober Behandlungsfehler, wenn (1968 !) unsterile Mehrfach-Spritzen für intravenöse Injektionen verwendet werden und hierdurch eine Hepatitis übertragen wird ¹⁸⁴?
- Warum ist es ein grober Behandlungsfehler, wenn eine Hüftpfannenfraktur am Unfalltag im Röntgenbild zwar gesehen, jedoch als "alte Veränderung" eingestuft wird ¹⁸⁵, jedoch **kein** grober Behandlungsfehler, wenn bei einer Beckenverletzung eine Zerreißung der Symphyse am Unfalltag im Röntgenbild nicht gesehen wird ¹⁸⁶, bzw. ein Speichenköpfchenbruch nicht erkannt wird. ¹⁸⁷

Wohlgemerkt - es liegt nicht in der argumentativen Reichweite des Autors, die rechtliche Würdigung in den vorstehend zitierten Fällen zu analysieren. Es scheint jedoch, als ob sich mancher Sachverständige über die Bedeutung der Aussage des "elementaren Fehlers" nicht im klaren ist, und dass möglicherweise auch mancher Sachverständige in der Bewertung des elementaren Fehlers einen didaktischen Auftrag sieht.

"Dieser Unsitte musste endlich einmal ein deutlicher Riegel vorgeschoben werden" - diese Aussage hörte der Autor von einem erfahrenen Gutachter, als dieser einen schwerwiegenden Behandlungsfehler attestiert hatte.

b) "Der Anscheinsbeweis setzt ... typische Geschehnisabläufe voraus, bei denen nach der allgemeinen Lebenserfahrung oder nach Erfahrungssätzen der medizinischen Wissenschaft von einem eingetretenen Erfolg (Schaden) auf ein bestimmtes Ereignis (schuldhafter Behandlungsfehler) als Ursache geschlossen werden kann." ¹⁸⁸

¹⁸⁰ persönliche Mitteilung

¹⁸¹ s. FN 23, Kza 3040/14

¹⁸² Robert-Koch-Institut (1997) Anforderungen der Krankenhaushygiene bei Injektionen und Punktionen. In: Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Ziff. 5.1, S. 7-8

¹⁸³ s. FN 23, Kza 6560/4

¹⁸⁴ s. FN 23, Kza 6410/30

¹⁸⁵ s. FN 23, Kza 6560/6

¹⁸⁶ s. FN 23, Kza 1876/8

¹⁸⁷ s. FN 23, Kza 1876 / 126

¹⁸⁸ s. FN 23, Kza 6410/78

Wie oben bereits ausgeführt, werden Schäden, die auf Organisationsfehler zurückgehen, prima facie als vorwerfbar fehlerhaft entstanden angesehen. Weitere Beispiele für erbrachte Anscheinsbeweise sind:

- Schmerzen und eine früh auftretende Lähmung im Ausbreitungsbereich des N. ischiadicus in engem zeitlichem Zusammenhang mit einer intramuskulären Injektion am Gesäß sprechen nach dem ersten Anschein für eine falsche Injektionstechnik ¹⁸⁹.
- Das Anpunktieren der Gallenblase bei der perkutanen Leberpunktion spricht im Sinne des Anscheinsbeweises für eine fehlerhafte Punktionstechnik ¹⁹⁰.
- Eine Katheterembolie nach Legen eines zentralvenösen Katheters spricht im Sinne des Anscheinsbeweises für eine falsche Katheterisierungstechnik ¹⁹¹.

W.Cyran stellt in seiner Monographie ¹⁹² eine Reihe von Beurteilungen in außergerichtlichen Verfahren vor, deren prima facie-Beweisführung nur schwer verständlich ist:

- ❖ Bei einem erwachsenen Mann kommt es zur perforierten Appendizitis (durchgebrochene Blinddarmentzündung) mit Abszessbildung. Belastet wird der Arzt, der den Patienten einige Tage vor der Operation klinisch untersucht hatte. Alleine aus dem Umstand, dass einige Tage nach dieser Untersuchung die Blinddarmentzündung durchgebrochen war, wird schlussgefolgert, dass dann offenbar die Untersuchung durch den belasteten Arzt nicht richtig gewesen sein könne.
- ❖ Nach einer Karpaltunneloperation (operative Entlastung eines Nerven am Handgelenk) kommt es zur Nervenschädigung dort. Alleine aus der Operationsdauer (zunächst mit über 3 Stunden angenommen) wird zunächst geschlossen, dass die operierende Ärztin diesen Eingriff nicht beherrscht haben könne. Diese Vermutung wird nur deswegen fallengelassen, weil eine weitere Recherche in der Tat eine OP-Dauer von einer halben Stunde ergibt.
- ❖ Alleine aus dem Auftreten einer Gelenkinfektion nach einer intraartikulären Injektion wird auf hygienisch unzureichendes Handling geschlossen.

Der Vergleich dieser prima facie-Konstellationen mit der diesbezüglich eher zurückhaltenden Spruchpraxis der Instanzgerichte drängt die Frage auf, ob die hier getroffenen Rückschlüsse vom Ergebnis auf ein Fehlverhalten tatsächlich inhaltlich ausgewogen sind.

c) Die Beweiserleichterung aus Gründen der "Waffengleichheit" greift dort, wo es für den Patienten schlechterdings unmöglich ist, einen Nachweis der ärztlichen Fehl-Handlung zu führen: So liegt die Beweislast für die ordnungsgemäß erbrachte Aufklärung regelmäßig beim Arzt, weiterhin können Dokumentationsversäumnisse oder eine mangelnde Befundsicherung zur Beweiserleichterung für den Patienten führen ¹⁹³.

¹⁸⁹ s. FN 23, Kza 6410/1, vergleichbar Kza 6410/20

¹⁹⁰ s. FN 23, Kza 6410/26

¹⁹¹ s. FN 23, Kza 6410/ 27

¹⁹² Cyran W (1992) Vermeidbare Behandlungsfehler des Arztes. Fischer Stuttgart

¹⁹³ s. FN 23, Kza 6580/1 ff., 6590/1 ff.

In allen Fällen einer Beweislastumkehr ergeben sich für den Arzt zwei schwerwiegende Konsequenzen:

- Er hat die Richtigkeit seines Handelns zu belegen: Dies kann erschwert sein, weil er möglicherweise keine gute Dokumentation betreibt.
- Er hat zu beweisen, dass sein fehlerhaftes Handeln **nicht** zum Gesundheitsschaden geführt hat, bzw. dass der eingetretene Gesundheitsschaden in vergleichbarer Weise auch ohne seine Fehlhandlung eingetreten wäre. Dies bedeutet z.B., dass ein als grober Behandlungsfehler eingestuftes Hygieneversäumnis dann trotz der besprochenen Multikausalität einer Infektion (s. 2.4) als Ursache einer Nosokomialen Infektion anzusehen wäre.

3.3 Der Medizinische Standard

"Behandlungsfehler sind Verstöße des Arztes oder sonstiger mit der Heilbehandlung befasster Personen ... gegen die Regeln eines guten Behandlungsstandards" ¹⁹⁴. So und vergleichbar äußern sich zahlreiche Autoren, wenn es um die Definition dessen geht, was der Arzt seinem Patienten antun kann, ohne eine unerlaubte Handlung oder eine Sorgfaltspflichtverletzung zu begehen. Der "gute Behandlungsstandard" kann dabei nicht einfach einer allgemeinen ärztlichen Praxis gleichgestellt werden, vor allem dann nicht, wenn es gilt, einen allgemein eingerissenen und eingebürgerten Schlendrian abzugrenzen ¹⁹⁵. Der gute Medizinische Standard ist auch nicht einfach diejenige Praxis, die in einer bestimmten Situation seit jeher geübt wird - vielmehr wird er sich mit dem medizinischen Fortschritt weiterentwickeln. Andererseits kann der "gute Behandlungsstandard" naturgemäß nicht mit dem Befolgen jedweder Innovation gleichgesetzt werden; es kann lange Zeit dauern, bis aus einer medizinischen Neuentwicklung ein allgemein akzeptiertes Konzept geworden ist. Die Frage, was denn nun "guter ärztlicher Behandlungsstandard" sei, wird sich in der Beurteilung jedes einzelnen Behandlungsfehler- Falles zur Schlüsselfrage entwickeln. Sie wird - was die rechtliche Wichtung betrifft - naturgemäß von den (Instanz-)Gerichten entschieden - diese stützen sich jedoch gerade in dieser Frage notwendigerweise auf sachverständigen ärztlichen Rat. Damit kommt dem Ärztlichen Sachverständigen gerade in der Wichtung des aktuellen Handelns gegenüber dem allgemein akzeptierten Wissen eminente Bedeutung zu.

Medizinische Innovation

"Ein Arzt muss sich zwar mit neuen Entwicklungen in der Medizin beschäftigen und auseinandersetzen; er darf auch nicht einfach Behandlungen in einer bestimmten Weise vornehmen, nur weil er es so gelernt hat. Andererseits darf aber der Patient nicht mit jeder

¹⁹⁴ Rumler-Detzel R: Grundlagen des Arzthaftungsrechts. In: Steffen E, Dressler WD (1999) Arzthaftungsrecht. Neue Entwicklungslinien der BGH - Rechtsprechung. RWS Script.

¹⁹⁵ s. FN 23, Kza 2305/102

neuen Behandlungsmethode überzogen werden, die noch nicht oder noch nicht hinreichend abgesichert ist." ¹⁹⁶

Ab wann ist ein Anschluss an eine medizinische Innovation erlaubt, ab wann ist sie zwingend? Welchen Stellenwert haben persönliche Erfahrungen, eigene Vorsicht, Skepsis gegen medizinische Modeströmungen, gegenüber der Publikation einer Novität in einem anglo-amerikanischen Journal? Ab wann muss ein Therapeut neue Therapieziele (nicht neue Techniken !) verinnerlichen? Diese und vergleichbare Fragen ziehen sich wie ein "roter Faden" durch eine Vielzahl von Instanzentscheidungen und zusammenfassende Darstellungen.

Der Autor selbst hat -gestützt auf Unterlagen der Gutachterkommission Nordrhein-recherchieren lassen, wie lange es dauerte, bis sich eine neue therapeutische Zielvorgabe in der gutachtlichen Wertung niederschlug ¹⁹⁷:

- ❖ Bis zum Ende der 80-er Jahre war man in der Behandlung des körperfernen Speichenbruchs (distale Radiusfraktur) der Meinung, die Stellung, in der die Bruchstücke zueinander stehen und ausheilen, sei für die spätere Funktion (Beweglichkeit) des Handgelenkes weitgehend nebensächlich. Man könne deswegen ohne weiteres eine stärkere Abweichung des Bruches von der geraden Stellung akzeptieren. Mit Ende der 80-er und Beginn der 90-er Jahre hat sich diese Meinung gewandelt; zunehmend war man der Ansicht, auch beim Speichenbruch müsse auf eine möglichst optimale Bruchstellung geachtet werden. Dies hatte naturgemäß eine deutliche Änderung des Behandlungskonzeptes zur Folge.

Die kritischen Stimmen unter den Fachleuten zu dieser neuen Linie waren noch über viele Jahre zu hören. Offenkundig bestimmt hiervon wurden einschlägig vermutete Behandlungsfehler in nennenswertem Umfang erst mit Ende der 90-er Jahre bejaht. Die Gutachter haben sich hierbei von der Vorstellung leiten lassen, die neue Linie werde zwar von namhaften Wissenschaftlern nachdrücklich vertreten, sie sei jedoch lange nicht unumstritten gewesen und setze sich auch erst allmählich durch.

Bemerkenswert ist dieses Beispiel in diesem Zusammenhang deshalb, weil es die Schwierigkeit zeigt, die "erstmalige Forderung nach Änderung der therapeutischen Taktik" vom "medizinischen Standard" abzugrenzen - solange sich die einschlägige Fachgesellschaft dazu nicht ausdrücklich erklärt. Zwar hat unter anderem das Landgericht Oldenburg diese Auffassung ausdrücklich bestätigt ¹⁹⁸. Dennoch ist eine derart "schleichende Änderung" des medizinischen Standards unbefriedigend - für den Patienten (der nicht weiß, was er wo verlangen kann) und für den Arzt (für den sich unter Umständen die Wahl des Fachgutachters als die Wahl der falschen Schule erweist). Wie erfolgreich sich ein beklagter Arzt mit Hinweis auf einen "Schulenstreit" gegen einen überzeugend auftretenden Gutachter verteidigen kann, ist ungewiss.

Verschiedene Lehrmeinungen

¹⁹⁶ s. FN 23, Kza 1220/36

¹⁹⁷ Bruns J (2000): Therapieprinzipien zur Behandlung der distalen Radiusfraktur und die Berücksichtigung in der Begutachtungspraxis der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein. Dissertation, Bonn

¹⁹⁸ s. FN 32, KZA 2345/100

Welche Unwägbarkeiten und schwerwiegenden Konsequenzen sich - unabhängig von etwaigen Innovationen, alleine auf Grund einer anhaltenden fachinternen Diskussion - für die betroffenen Ärzte ergeben können, sei an folgendem Beispiel illustriert:¹⁹⁹

- ❖ Im Jahre 1987 kommt es in einer unfallchirurgischen Abteilung innerhalb von 3 Monaten zu 8 postoperativen Wundinfektionen nach der operativen Versorgung geschlossener Frakturen. Die Infektionsrate liegt damit mit 8/400 Eingriffen zwar immer noch im erträglichen Bereich, jedoch höher, als man dort gewohnt ist. Eine dieser Infektionen führt zur Schadenersatzklage. Dort wird von Klägersseite unter anderem vorgetragen, man habe erfahren, dass im betreffenden Krankenhaus geschlossene Frakturen, offene Frakturen und knöchernen Eingriffe bei manifester Osteitis zwar in verschiedenen Operationsräumen, nicht jedoch in räumlich voneinander getrennten Operationstrakten durchgeführt würden. Dieser Umstand wird von den Beklagten nicht bestritten, es wird jedoch auf korrekte und hygienisch unbedenkliche Organisationsabläufe sowie auf die im langjährigen Jahresmittel mit 1 % unternormale Infektionsrate abgehoben.

Das zuständige Landgericht könnte als sachverständigen Gutachter zur Relevanz dieser Umstände Gutachter A oder Gutachter B zuziehen.

Gutachter A würde wie folgt argumentieren: Die bauliche Trennung septischer und aseptischer Operationseinheiten sei aus hygienischer Sicht nicht erforderlich. Hierbei würde er auf zahlreiche eigene einschlägige wissenschaftliche Publikationen verweisen. Diese Einschätzung ergebe sich aus eigenen Untersuchungen, in denen nachgewiesen sei, dass nach Operationen mit hoher und Operationen mit geringer Keimbelastung die Luftkeimzahlen identisch seien und sie ergebe sich aus Untersuchungen anderenorts, in denen die Umgebungskontamination bei mehr oder weniger keimbelasteten Eingriffen als identisch nachgewiesen sei²⁰⁰. Darüber hinaus sei andererseits nirgends der hygienische Vorteil einer solch durchgehenden räumlichen Trennung nachgewiesen.

Gutachter B würde auf die Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen (damals noch herausgegeben vom Bundesgesundheitsamt) verweisen, welche in der damaligen Form vorsah: "Die Anlage geht von der Konzeption der Trennung von septischen und aseptischen Operationseinheiten aus, weil diese Lösung den höchsten Grad der Sicherheit für Patienten und Personal bietet." Weiterhin würde er auf die Anforderungen der Berufsgenossenschaften an die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung Schwerverletzter hinweisen, welche diese Trennung ebenfalls bindend fordern. Hinweisen könnte er auf eine Untersuchung, die bei septischen Eingriffen im Patientenumfeld sogenannter septischer Operationen deutlich höhere Keimbelastungen nachwies als bei aseptischen Eingriffen²⁰¹ und auf eine gutachterliche Äußerung, es gehe nicht darum, was theoretisch möglich sei, sondern darum, wie in der Praxis Sicherheit mit einem zumutbaren Aufwand realisierbar sei²⁰². Außerdem sei aus einer informellen Befragung bekannt, dass (damals) 48 von 54

¹⁹⁹ Das Beispiel beruht auf den zum angegebenen Zeitpunkt tatsächlichen inhaltlichen Konstellationen, ist jedoch in der vorgestellten konkreten Form fiktiv.

²⁰⁰ Hambræus A, Bengtsson S, Laurell G (1978) Bacterial contamination in a modern operating suite. J Hyg Camb 80:57

²⁰¹ Weist K, Krieger J, Rüdén H (1988): Vergleichende Untersuchungen bei aseptischen und septischen Operationen unter besonderer Berücksichtigung von *S. aureus*. Hyg Med 13:369-374

²⁰² Ludolph E, Hierholzer G (1982): Diskussion und Zusammenfassung. In: Hierholzer G, Ludolph E, Watermann F (Hsg.): Hygieneanforderungen an Operationsabteilungen. Springer Heidelberg

Chefärzten Chirurgischer / Orthopädischer Abteilungen nicht auf einen gesonderten Trakt für septische Operationen verzichten wollten.

Die sachliche Richtigkeit der einen oder anderen Argumentation soll hier nicht erörtert werden. Wichtig ist dieses Beispiel hier, weil es zeigt, wie extrem abhängig der beklagte Arzt von der Wahl des Fachgutachters wäre: Beide Gutachter hätten ihre jeweilige Meinung mit wissenschaftlichen Belegen untermauern können, beide Gutachter hätten erwartungsgemäß ihre Meinung überzeugend und mit innerer Stringenz vortragen können. Bei der Anhörung beider Gutachter hätte sich jeweils nicht ein Zweifel an der Richtigkeit ihrer Ausführungen aufgedrängt. Gutachter B hätte sogar - mit guten Argumenten - dartun können, dass die Nicht-Beachtung der BGA-Richtlinie einen derart gravierenden Verstoß gegen anerkannte Behandlungsgrundsätze darstelle, dass dieser sich jedem Verständnis entziehe, und hätte damit die fachliche Grundlage für eine Umkehr der Beweislast gegeben. Für den beklagten Arzt ergibt sich in dieser Situation eine nicht vorhersehbare - und nicht zu akzeptierende - Abhängigkeit von zwei divergierenden Lehrmeinungen bzw. deren Repräsentanz in der Wahl des Sachverständigen.

Medizinischer Standard und seine Beziehung zu betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Ansprüchen (sog. Verantwortungsdreieck)

"Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes". - "In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen."²⁰³

Mit diesen beiden Vorschriften (§ 1 und § 11) umreißt die Bundesärzteordnung vollständig das Spannungsfeld, welches als "**Verantwortungsdreieck der ärztlichen Behandlung**" bezeichnet werden kann:

- Die Verpflichtung des Arztes, im jeweiligen Einzelfall ein (medizinisches) Optimum an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in Gang zu setzen - ohne Ansehen der Person und dem Grunde nach auch ohne Rücksicht auf die dadurch entstehenden Kosten.
- Die Verpflichtung des Arztes, durch vernünftige Nutzung der gebotenen diagnostischen und therapeutischen Varianten daneben auch dauerhaft die volkswirtschaftliche Lebensfähigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten.
- Das Recht des Arztes, seine eigenen wirtschaftlichen Belange angemessen zu berücksichtigen.

Über die partielle Unverträglichkeit dieser drei Ziele ist viel geschrieben worden. Die inadäquate Verfolgung jedes der drei Teilziele führt zu sattem bekannten Missbrauchssituationen (Stichworte: Kostenexplosion bzw. Rationierung bzw. Amortisationsmedizin). Inwieweit sich eingeschränkte Ressourcen behandlungsfehlerhaft auswirken können, ist im einzelnen bei Rumler-Detzel²⁰⁴ bzw. Ulsenheimer²⁰⁵ erläutert.

²⁰³ Bundesärzteordnung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1993, S. 123/133

²⁰⁴ Rumler-Detzel P (1998) Budgetierung - Rationalisierung - Rationierung. VersR 13:546-551

Schwierigkeiten unter dem Gesichtspunkt des Behandlungsfehlervorwurfs könnten sich dort ergeben, wo ein Arzt -guten Glaubens und guter Absicht- im Einzelfall nicht alle, sondern nur eine begrenzte Auswahl diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten einsetzt (oder wo aus ökonomischen Gründen tatsächlich nicht alle denkbaren medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen) und dadurch möglicherweise Nachteile für den Patienten entstehen.

R. Scholz ²⁰⁶ löst das Dilemma, indem er einerseits formuliert, indizierte Behandlungsmaßnahmen dürften nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, solange es keine gleichwertige Behandlungsalternative gebe, andererseits seien (echte, aber unterschiedlich teure Behandlungsalternativen angenommen) Wirtschaftlichkeitserwägungen aus der Sicht der ärztlichen Haftung zu akzeptieren. Diese Grenzziehung ist nur auf den ersten Blick unproblematisch: Die Schwierigkeit im Einzelfall wird auch hier nicht so sehr in der rechtlichen Würdigung als vielmehr in der medizinisch-inhaltlichen Wichtung liegen: Die Frage, welche Behandlungsmaßnahmen indiziert seien und insbesondere welche Behandlungsmaßnahmen als zwar gleichwertig, aber unterschiedlich teuer einzuschätzen seien, wird - wieder einmal - im wesentlichen von der Sichtweise des im Streitfall gehörten Sachverständigen abhängen.

An dieser Stelle nehmen auf den Medizinischen Standard nicht nur Innovationen und etwaige Expertendiskussionen Einfluss, sondern auch ökonomische Implikationen der Meso- und der Makro-Ebene:

Meso-Ebene: Die Frage nach medizinisch gleichwertigen aber unterschiedlich teuren Diagnostik - und Behandlungsverfahren gehört zu den Fragestellungen an die Evidenz-basierte Medizin: Dieser Forschungssektor analysiert eingeführte Prozeduren nicht mehr nur nach ihrer Wirksamkeit sondern auch nach ihrer Nützlichkeit: " EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung."²⁰⁷ Weitergehende Informationen geben z.B. Arbeitsgruppen der Universitäten Freiburg ¹⁸⁴ und Ulm ²⁰⁸.

Verständlicherweise können metaanalytische Entscheidungen, Entscheidungen in der Spannung zwischen "guter Medizin" und "preisgünstiger Medizin" nicht vom einzelnen Arzt und auch nicht im Sinne einer Einzelfallentscheidung abverlangt werden. Dies vor allem auch deswegen, weil eine betriebswirtschaftlich nützliche Medizin und eine volkswirtschaftlich bezahlbare Medizin nicht immer identisch sind. In dem Maße wie der ökonomische Druck auf die Anbieter (Ärzte) zunimmt, werden sich auch die Formulierungen zum guten Medizinischen Standard (Leitlinien) zunehmend hierzu erklären müssen. Eine wesentliche Entlastung der einzelnen Ärzte und eine erheblich verbesserte Rechtssicherheit lassen sich hier durch die Etablierung und Arbeit der gesetzlich neu vorgegebenen nationalen Konsentierungsgremien erwarten (s. Kap. 4.2 und 4.4).

²⁰⁵ Ulsenheimer K (1998) Einfluß vermindelter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen im Bereich des Gesundheitswesens auf die Anforderungen des Arzthaftungsrechtes? Deutsche Gesellschaft für Chirurgie - Mitteilungen 4:258-265

²⁰⁶ Scholz R (1996): Ärzte zwischen Haftung und Sparzwang. Dt.Ärztebl 93:A-2304-2305

²⁰⁷ NN(1998) <http://www.imbi.uni-freiburg.de/cochrane/deutsch/oldindex.html>

²⁰⁸ <http://www.uni-ulm.de/ccbm/deutsch.html>

Makro-Ebene: Die Frage des allgemein akzeptierten Risiko-Niveaus ist bislang für keinen Medizinsektor ausdiskutiert. Sie könnte sich jedoch auf nationaler Ebene zur Schlüsselfrage in der Ambivalenz "medizinisch Mögliches - ökonomisch Bezahlbares" entwickeln:

- ❖ In Deutschland stehen in vielen kleineren Krankenhausabteilungen keine Computertomographen zur Verfügung. Andererseits gibt es kein Untersuchungsverfahren, welches so sicher wie ein Schädel-CT bei einer frischen Kopfverletzung eine unter Umständen lebensbedrohliche Verletzung im Schädelinneren erkennen könnte.
- ❖ Ist es wichtig und notwendig, bei allen Kopfverletzungen (auch scheinbaren Bagatellverletzungen) ein Schädel - CT anzufertigen und müssen deshalb alle Krankenhausabteilungen mit der entsprechenden Gerätschaft ausgerüstet werden - mit gigantischen Folgekosten?
- ❖ Ist es wichtig und notwendig, bei allen Kopfverletzungen (auch scheinbaren Bagatellverletzungen) ein Schädel - CT anzufertigen und müssen deshalb alle Patienten mit Kopfverletzungen (auch scheinbaren Bagatellverletzungen) in ein entsprechend ausgerüstetes größeres Krankenhaus verlegt werden (um dem Vorwurf eines Übernahmeverschuldens zu entgehen) - ebenfalls mit immensen finanziellen Folgen und Folgen für die Versorgungslandschaft?
- ❖ Will man kleine Krankenhäuser in ihrer Eigenart erhalten und will man die Gesundheits-Gesamtkosten begrenzen und ist man konsequenterweise ggf. bereit, eine Erhöhung des diagnostischen Risikoniveaus hinzunehmen?

Derart grundsätzliche Fragen sind noch nicht einmal mehr von Fachgesellschaften oder durch die Evidenz-basierte Fragestellung zu klären; sie wären eigentlich Gegenstand einer breiten gesellschaftlichen Konsensfindung. Vergleichbar kennt man z.B. in den USA "unit risks" - Kennzahlen, welche die akzeptierte Zahl zusätzlicher Todesfälle durch einen Schadstoff als gesamtgesellschaftlich akzeptiert beschreiben.

Batuello ²⁰⁹ weist darauf hin, dass die Zahl der patientenseitigen Ansprüche in den USA auch unter dem Einfluss des managed care zunehme: Nach ihrer Einschätzung verleitet diese Vertrags- und Vergütungsform Ärzte dazu, weit mehr Verantwortung zu übernehmen, als der einzelne kraft seiner Ausbildung tragen könne ("Entprofessionalisierung der Medizin").

Der gute Ärztliche Standard und der beklagte Arzt: Aus den vorstehenden Überlegungen lassen sich zum guten ärztlichen Standard folgende Grundlinien destillieren:

- Die dem Patienten geschuldete "gute Behandlung" schließt ein, dass sich der Arzt an die allgemein anerkannten Regeln ärztlicher Behandlung hält. Vernünftigerweise sollten die medizinischen Fachgesellschaften diese konsensuell im Sinne eines "**Entscheidungskorridors**" formulieren und sich dabei unter anderem auch darauf einigen, welche Innovationen sich noch im Stadium des (klinischen) Experiments befinden, welche bereits zum regelhaften Handwerkszeug gehören bzw. welche Verfahren in der Regel nicht mehr zur Anwendung kommen sollten (4.4).

²⁰⁹ Batuello KM (1998) Warum Chirurgen verklagt werden. Die amerikanische Perspektive. Chirurg 69: 151-155

- Die zur Behandlung gehörende verbale Kontaktaufnahme mit dem Patienten (sog. Aufklärungsgespräch) enthält eine sach- und personadaptierte Information über diesen Korridor und die Optionen links und rechts davon: Der Patient erfährt, was in seiner Situation diagnostisch / therapeutisch das Übliche und das im Augenblick als am besten Erkante ist und welche (weniger geläufigen bzw. weniger empfohlenen) Alternativen es dazu gibt. Dies schließt (natürlich) die Möglichkeit ein, sich **im Konsens mit dem Patienten** auf einen Weg **neben** dem Korridor zu einigen.
- Die Frage nach der Wirksamkeit, der Nützlichkeit und der ökonomischen Balance einer Behandlungsmethode ist Gegenstand Evidenz-basierter Metaanalysen. Sie kann nicht dem einzelnen Arzt aufgeladen werden. Wo sie relevant ist oder wird, ist sie **vorab** wissenschaftlich bzw. in den vorgegebenen nationalen Konsentierungsgremien (s. Kap. 4.4) zu klären. Anderenfalls schafft die Bearbeitung derartiger Fragen in der konkreten Situation des vermuteten Behandlungsfehlers eine unerträgliche Rechtsunsicherheit für Patienten und Arzt. Solange eine einschlägige fachgebietsinterne Vorarbeit nicht geleistet ist, werden sich Ärzte im Abgleich zwischen medizinisch Möglichem und ökonomisch Sinnvollem zwangsläufig defensiv verhalten (s.4.3).
- Die Frage nach dem allgemein zu akzeptierenden Risiko-Niveau ist nicht medizinisch - wissenschaftlich zu beantworten, noch weniger kann sie auf das einzelne Arzt-Patienten-Verhältnis abgeschoben werden: Weder die Situation der Ärztlichen Aufklärung noch die des Behandlungsfehler-Rechtsstreits taugt zu ihrer Bearbeitung. Dass eine flächendeckende Diskussion derartiger Grundsatzfragen möglich und zielführend ist, hat die öffentliche Entwicklung des Konsenses zum neuformulierten Transplantationsgesetz gezeigt.

3.4 Sicht der Parteienvertreter

a) Patientenschutzorganisationen

Anknüpfend an eine allgemeine Kritik, vermeidbare Ärztliche Behandlungsfehler träten immer noch viel zu häufig auf, ihre Aufdeckung und adäquate Entschädigung würde im übrigen von den Ärzten und ihren Standesorganisationen selbst nachhaltig behindert, haben sich Selbsthilfevereine - Patientenschutzorganisationen - gegründet, die entsprechende Patienten sachkundig beraten wollen:

Unter anderem gelten der Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe ²¹⁰, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen ²¹¹ oder die Patientenstellen bei den Verbrauchszentralen Berlin ²¹² und Hamburg ²¹³ bzw. die Gesundheitsstiftung in Kiel ²¹⁴ als seriöse Anlaufstellen für ratsuchende Patienten.

Die Patientenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V. ²¹⁵ bietet "allen ratsuchenden (Gesunden wie Kranken) eine unabhängige Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle

²¹⁰ Rosental 23, 44135 Dortmund, Tel. 0231/574846

²¹¹ Braunschweiger Straße 53 b, 28205 Bremen, Tel. 0421/4984251

²¹² Bayreuther Str.40, 10787 Berlin, Tel. 030/21907232

²¹³ Große Bleichen 23, 20354 Hamburg, Tel. 040/35001486

²¹⁴ Ärztezeitung 20.3.2000

²¹⁵ <http://www.selbsthilfe.seiten.de>

sowie einen Erfahrungsaustausch" an. Sie ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnen-/ Patientenstellen.

Die "Notgemeinschaft Medizingeschädigter in Nordrhein-Westfalen" fordert eine Änderung der Gutachterverfahren, da nach dortiger Auffassung Patienten immer noch sehr schwer zu ihrem Recht kommen. Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern werden abgelehnt, statt dessen werden Gremien gefordert, in denen auch Vertreter von Patienten, Krankenkassen und Gesundheitsministerien vertreten seien; die Unterstützung geschädigter Patienten müsse eine Pflichtleistung der Krankenkassen werden.²¹⁶

Die "Schutzgemeinschaft für Geschädigte von Ärztlichen Kunstfehlern" Kamp-Lintfort/Duisburg sieht ihre Aufgabe in Gedanken- und Erfahrungsaustausch und in der Vermittlung geeigneter Rechtsanwälte und Gutachter²¹⁷. Allgemeine Anfragen können an das Forum für Arztrecht gerichtet werden²¹⁸, das Forum "Krankenhaus-online" gibt allgemeine Antworten zu Fragen der Krankenhausbehandlung²¹⁹.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat die Position eines Patienten-Ombudsmannes geschaffen, der allen Patientinnen und Patienten in Zweifelsfällen Rat geben soll²²⁰.

Immer wieder wird eine mangelnde Transparenz ärztlichen Handelns thematisiert.²²¹. Gefordert werden für Laien verständliche Informationen zu medizinischen Vorgängen ebenso wie öffentlich zugängliche Bewertungskriterien, Besten-Listen o.ä. von Leistungsanbietern. Auch die Forderung nach mehr Patientenrechten spiegelt den Übergang von der paternalistischen zur partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung wieder. Sie schlägt sich auch in den "Eckpunkten zur Gesundheits-Reform 2000" nieder²²²; sie könnte weiterhin wesentlicher Bestandteil einer "Charta der Patientenrechte" werden²²³, welche sich ihrerseits wesentlich auf das bereits zitierte Rechtsgutachten stützt (s. FN 1).

b) Ein Anwalt, welcher schwerpunktmäßig Patienteninteressen in Arzt-Haftpflichtverfahren vertritt, sieht in einschlägigen Streitfällen folgende Probleme:

Der Entschluss, gegen seinen bisher behandelnden Arzt rechtlich vorzugehen, folge oft nicht so sehr alleine aus der Erkenntnis, der Arzt könne in seiner Behandlung einen Fehler gemacht haben, sondern "reife" oft erst dann, wenn der Arzt nach einer nicht ganz glücklich verlaufenden Behandlung seinen Kontakt mit dem Patienten einschränke, den Patienten im unklaren über seine Situation lasse oder sich gar mit offenkundig unwahren Aussagen verteidige (s.4.2). Weitaus die meisten Fälle vermuteter Behandlungsfehler ließen sich außergerichtlich erledigen, dies sei oftmals auch für den Patienten der vorteilhafteste Weg. Die Validität der Beurteilung durch die Gutachterkommissionen sei unterschiedlich, teilweise jedoch durchaus akzeptabel, wenngleich nach dortiger Einschätzung die Fehleranerkenntnisrate eigentlich bei größenordnungsmäßig 50 % liegen müsse. Wichtig für eine im Sinne des Patienten rasche und befriedigende Regelung sei auch ein gutes Zusammenspiel zwischen Arzt und seiner Haftpflichtversicherung.

²¹⁶ NN (1998) Patienten sehen sich noch immer im Nachteil. Ärztezeitung 16.9.1998

²¹⁷ NN (1998) Ohne Hilfe schlechte Karten. Rheinische Post 8.9.1998

²¹⁸ <http://foren.recht.de>

²¹⁹ <http://www.krankenhaus-online.com>

²²⁰ Anschrift s. am Buchende

²²¹ Rieser S (1988) Der Patient als Kunde: Irrweg oder Chance? Dt.Ärztebl 95:A2748-2749

²²² NN (1999) Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000 vom 2.3.99. <http://www.bmggesundheits.de/gkv/eckpu.htm>

²²³ Rieser S (1999) Charta der Patientenrechte - Verbraucherverbände und Kassen sehen sich als Anwälte der Patienten. Dt. Ärztebl. 96 : C-375-376

c) Aus Sicht eines überwiegend arztseitigen Rechtsvertreters ist ebenfalls den Ärzten im vermuteten Fehler-Fall größtmögliche Offenheit gegenüber dem Patienten anzuraten. Zwar dürfe sich der Arzt mit Rücksicht auf seine Haftpflichtversicherung nicht ausdrücklich im Sinne einer Fehleranerkennung äußern. Dies solle ihn jedoch nicht davon abhalten, dem Patienten behilflich zu sein - bei der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen und bei der Kontaktaufnahme mit der Haftpflichtversicherung.

3.5 Gutachterkommissionen / Schlichtungsstellen der Ärztekammern

Im Jahre 1975 haben die Ärztekammern Bayern und Nordrhein als erste deutsche Landesärztekammern je eine Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle für Ärztliche Behandlungsfehler ins Leben gerufen. Ziel dieser Einrichtungen war es, im Sinne einer internen Revision Patientinnen und Patienten eine Anlaufstelle zu bieten, welche in ihrer Behandlung vorwerfbare Fehler vermuten - bzw. Ärzten, welche sich ungerechtfertigten Vorwürfen ausgesetzt sehen. In der Folge wurden auch in den anderen Kammerbereichen Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen gegründet. Die Tätigkeit dieser Gutachterkommissionen hat mittlerweile bei den Kollegen und Kolleginnen überwiegend Akzeptanz gefunden. Auf nicht- ärztlicher Seite wird von immer weniger Seiten gemutmaßt, es könnte sich hier um eine Art Selbsthilfeorganisation zur Abwehr berechtigter Patienteninteressen handeln; ihr wesentliches Ziel sei es, Patienten von formalen gerichtlichen Verfahren abzuhalten und innerhalb der Standesorganisation dafür zu sorgen, dass dort keine Krähe der anderen ein Auge aushacke. Dem wird seitens der Gutachterkommissionen entgegengehalten, zum einen liege es im ureigensten Interesse der Ärzteschaft, etwaige Fehler alsbald zu benennen und einer Regulierung zuzuführen. Darüber hinaus seien in den Gutachterkommissionen/ Schlichtungsstellen regelmäßig Richter mit jahrzehntelanger Erfahrung im Arzthaftungsrecht beschäftigt. Es sei nicht anzunehmen, dass diese plötzlich mit Eintritt in eine derartige Kommission ihre vorherige Unabhängigkeit verlören.

Konstruktion und Arbeitsweise der Gutachterkommissionen/ Schlichtungsstellen

Die Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungsfehler bei der **Ärztekammer Nordrhein** besteht aus einem Vorsitzenden (ehemaliger Richter) und vier Ärzten. Auf diese Weise sind in der eigentlichen Kommission die Fachbereiche Chirurgie, Innere Medizin, Pathologie und Allgemeinmedizin vertreten. Für jedes Mitglied sind mehrere Stellvertreter bestellt. Darüber hinaus sind für eine Vielzahl weiterer Fachgebiete ein oder mehrere sogenannte korrespondierende Mitglieder in die Kommission berufen.

Einem Arzt ist als Geschäftsführendem Kommissionsmitglied die Bearbeitung der ärztlich-medizinischen Fragen übertragen, die sich aus den Anträgen ergeben. Ihm und seinen z.Zt. 17 Stellvertretern mit gleicher Funktion obliegt auch die Erteilung des gutachtlichen Bescheides. ggf. unter Auswertung beigezogener Sachverständigen-Gutachten. Die Kommission arbeitet mit über 200 Ärztinnen und Ärzten innerhalb und außerhalb des

Kammerbereichs zusammen, denen von Fall zu Fall einzelne Gutachtaufträge zugewiesen werden, die diese wie andere Gutachten auch als Fremdleistung erbringen. Der Bescheid wird von dem zuständigen Juristen mitgeprüft und von dem zuständigen (Stellvertretenden) Geschäftsführenden Kommissionsmitglied unterzeichnet.

Bei Problemfällen hat das zuständige Ärztliche Kommissionsmitglied die Möglichkeit, den Fall im sogenannten Plenum der Gutachterkommission vorzutragen, zu dem sich alle Kommissionsmitglieder einschließlich der Stellvertreter und der korrespondierenden Mitglieder einmal monatlich zur interdisziplinären Beratung treffen. Das Votum ist für den jeweiligen Bescheidverfasser eine wichtige Grundlage und Stütze seiner Argumentation.

Der durch die Feststellungen des Erstbescheids Belastete hat die Möglichkeit, innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zustellung des gutachtlichen Bescheids die Entscheidung durch die Gesamtkommission zu beantragen. Von dieser Möglichkeit wird in rd. 20 % der Fälle Gebrauch gemacht. Die Überprüfung des Erstbescheids durch die Gesamtkommission - dem oben erwähnten Fünfer-Gremium - führt in bis zu 10 % der Fälle zu einer Änderung oder Ergänzung des gutachtlichen Bescheids.

Die Konstruktion anderer Gutachterkommissionen ist ähnlich:

Im Saarland ²²⁴ besteht die Kommission aus 3 Mitgliedern (ein Richter, zwei Ärzte, davon einer aus dem Fach des belasteten Arztes), externe Gutachten sind in der Regel entbehrlich.

In Westfalen-Lippe ²²⁵ gehören der Kommission z.Zt. 5 Richter und rund 400 Ärzte an; die Entscheidung erfolgt durch ein Dreierkollegium (ein Richter, zwei Ärzte), wobei diese **beide** den Vorgang komplett begutachten.

Bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle Hessen ²²⁶ erfolgt zunächst die Bewertung durch einen Fachgutachter; im Widerspruchsfalle entscheidet ein Dreierkollegium der Kommission.

Die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern ^{227, 228, 229} ist für neun Landesärztekammern zuständig. Im Laufe des dortigen Verfahrens werden die Betroffenen mehrfach zwischenzeitlich schriftlich gehört.

Die Gutachterkommissionen Baden-Württemberg ²³⁰ und Rheinland-Pfalz ²³¹ sehen eine Anhörung der Beteiligten vor. Eine solche Anhörung wird vor allem von Patientenverbänden immer wieder gefordert.

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle Bayern ²³² erteilt (sofern in einer ersten Begutachtung kein Behandlungsfehler offenkundig wird) zunächst lediglich einen Vorbescheid; widerspricht der Patient diesem, wird das Verfahren formell zu Ende geführt.

²²⁴ Gutachterkommission bei der Ärztekammer des Saarlandes, Jahresstatistik 1997. Persönliche Mitteilung

²²⁵ Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Jahresbericht 1997. Persönliche Mitteilung

²²⁶ Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen. Persönliche Mitteilung (Okt 1999).- Pressestelle der Landesärztekammer Hessen 29.11.2000

²²⁷ Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern Tätigkeitsbericht 1997. Niedersächsisches Ärzteblatt 71(1998), 6: 11

²²⁸ Scheppokat KD, Neu J (2001) Zur ärztlichen Begutachtung in Arzthaftpflichtsachen. VersR 1:23-28

²²⁹ Scheppokat KD (2000) Ärztliche Fehler. Dtsch. Med. Wschr. 125: 363-367

²³⁰ Tätigkeitsbericht der Landesärztekammer Baden-Württemberg 1997/98. Persönliche Mitteilung

²³¹ Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen, Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Persönliche Mitteilung.

²³² Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtsachen bei der Bayrischen Landesärztekammer 1997. Persönliche Mitteilung

Die Möglichkeit einer zweitinstanzlichen Überprüfung **innerhalb** der Kommission oder Schlichtungsstelle gibt es z.B. in Nordrhein, Hessen, Norddeutschland und Bayern. Die Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer sieht - ähnlich wie Nordrhein - für Problemfälle eine Plenumberatung vor ²³³.

Alle Gutachterkommissionen der Ärztekammern in Deutschland sehen ihre Aufgabe lediglich darin, festzustellen, ob in einem bestimmten Behandlungsfall vorwerfbare diagnostische bzw. therapeutische Fehler gemacht wurden und ob ggf. diese (festgestellten) Fehler eigenständige negative Folgen hinterlassen haben. Üblicherweise werden nach Vorliegen des Kommissionsbescheides Einigungen zwischen den Patienten und den Haftpflichtversicherungen der Ärzte herbeigeführt.

Entscheidungspraxis:

Die jüngste öffentlich zugängliche bundeseinheitliche Statistik der Tätigkeit der Gutachterkommissionen/ Schlichtungsstellen gibt die Zahlenwerte für das Jahr 1999 wieder (Tab. 8) ²³⁴. Danach ergingen im Jahre 1999 durch die Gutachterkommissionen/ Schlichtungsstellen in der Bundesrepublik 6300 gutachtliche Bescheide. Bei allen Gutachterkommissionen/ Schlichtungsstellen betrafen die weitaus meisten Verfahren die operativen Fächer in der Reihenfolge Chirurgie - Orthopädie - Gynäkologie (s.o. Kap. 2.1). Die Rate anerkannter Behandlungsfehler streut zwischen 18 % (Bayern) und 35 % (Nordrhein bzw. Norddeutschland). Umfassende Vergleichswerte aus der Zivilgerichtsbarkeit sind nicht bekannt.

	Anträge	Bescheide	Fehler *	
			Anzahl	in % der Bescheide
Baden-Württemberg	...	777	149	19
Bayern	543	225	40	18
Hessen	685	439	139	32
Nordrhein	1493	1086	380	35
Norddeutshl.	3711	2344	819	35
Saarland	104	90	22	24
Sachsen	307	244	79	32
Westf.-Lippe	1309	869	192	22
Rheinl.-Pfalz	417	226	62	27
gesamt	8569 ²³⁵	6300	1882	29,9

Tab. 8: Arbeitsvolumen und Entscheidungspraxis der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 1999. * Bejahte Behandlungsfehler ohne alleinige Aufklärungsfehler, mit und ohne eigenständige Folgen

²³³ Sächsische Landesärztekammer - Schlichtungsstelle, Jahresstatistik 1997. Persönliche Mitteilung

²³⁴ Bundesärztekammer (1999) Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.

²³⁵ ohne Baden-Württemberg

Finanzierung:

Die Arbeit der Gutachterkommissionen ist personell, zeitlich und finanziell aufwendig: Die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein hat einen jährlichen Finanzbedarf von 2,5 Mio DM; dies obwohl die der Kommission unmittelbar angehörig Ärztinnen und Ärzte ehrenamtlich arbeiten; Kosten entstehen dennoch durch externe Gutachten und durch das Betreiben der Geschäftsstelle. Die einschlägigen Haftpflichtversicherungen beteiligen sich an den Kosten in Nordrhein mit einer Pauschale pro Fall von z.Zt. 900 DM, für Patientinnen und Patienten bzw. antragstellende Ärztinnen und Ärzte ist das Verfahren kostenfrei.

Ergebniskontrolle

Die Qualität der Arbeit einer Gutachterkommission und ihre Akzeptanz wird gemessen an der Zahl der im Anschluss an den Kommissionsbescheid vorgenommenen außergerichtlichen Regulierungen und an der Gerichtsfestigkeit der ergangenen Bescheide. Eine Analyse der in 1995 durch gutachtlichen Erstbescheid abgeschlossenen Verfahren bei der Gutachterkommission Nordrhein ergab eine außergerichtliche Erledigungsquote von 89,5 % und in einem etwa nachfolgenden Verfahren vor ordentlichen Gerichten ein abweichendes Urteil in unter 1 %²³⁶ (s. auch Tab. 9). Neumann²³⁷ berichtet für die Jahre 1994 - 1997 aus Baden-Württemberg, dass dort 14 % der Sachen nach Erteilung eines Schlichtungsstellenbescheids noch gerichtsanhängig wurden - 21 % nach bejahtem und 12 % nach verneintem Fehlervorwurf. Die nach dortiger Kenntnis im Anschluss geleisteten Entschädigungen bewegten sich zwischen 10 000 DM (z.B. wegen Peritonitis bei Nicht-Erkennen einer Appendizitis) und 150 000 DM (überflüssige Gastrektomie) mit einem solitären "Ausreißer" von 800 000 DM (hypoxischer Hirnschaden).

	Anzahl	in %
Gutachtlicher Erstbescheid	773	100
Fehler festgestellt	290/773	38
außergerichtliche Erledigung	692/773	89,5
Schadensersatz durch Pat. geltend gemacht (nachdem gutachtlich kein Fehler festgestellt wurde)	54/483	11
Schadensersatz durch Pat. geltend gemacht (nachdem gutachtlich ein Fehler festgestellt wurde)	214/290	74
Leistung der Haftpflichtversicherung bei anerkanntem Fehler	139/290	48
Vorgang beim Haftpflichtversicherer noch nicht abgeschlossen	25/290	9
Klage erhoben	81/773	10
Gerichtliches Verfahren mit vom Bescheid abweichendem Urteil abgeschlossen	5/81 Klagen bzw. 5/773 Bescheiden	6 < 1

Tab. 9: Akzeptanz der gutachtlichen Erstbescheide der Gutachterkommission Nordrhein im Jahr 1995

²³⁶ Weltlich H, Beck L, Smentkowski U (1999) Begutachtung, Fortbildung, Qualitätssicherung und Patientenschutz. Tätigkeitsbericht der Gutachterkommission Nordrhein für den Zeitraum vom 1.10.97 bis 30.9.98. Rheinisches Ärzteblatt 2:16-21

²³⁷ Neumann G (1998) Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Med Recht 7:309-315.

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern berichtet unter dem Schlagwort „Prozessvermeidungsquote 91,4 %“ über eine Analyse von 1200 im Jahre 1992 abgeschlossener Verfahren²³⁸. Die Zahlenverhältnisse sind in Tab. 10 dargestellt. Zusammenfassend konstatieren die Autoren, dass bei anspruchsbejahendem Bescheid in 1,9 %, bei anspruchsverneinendem Bescheid in 1 % ein entgegengesetztes Urteil hernach erging, und dass in nur 8,6 % ein nachfolgendes Gerichtsverfahren angestrengt wurde.

Abgeschlossene Verfahren		1200
Behandlungsfehler festgestellt		330 / 1200 (27,5 %)
Rückantwort auf Umfrage		1097 (100 %)
Festgestellter Fehler		316
Davon: nicht weiter verfolgt	36	
Weiter verfolgt ohne Erfolg	13	
Gerichtlich weiter verfolgt	39	
Außergerichtlich reguliert	228	
Kein festgestellter Fehler		781
Davon: akzeptiert	695	
Ohne Erfolg gerichtlich weiterverfolgt	55	
Erfolg auf dem Vergleichsweg	31	
Erfolg durch Urteil	8	

Tab. 10: Akzeptanz der gutachtlichen Erstbescheide der Schlichtungsstelle Nord

3. 6 Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nimmt in rasch zunehmendem Umfang an der außergerichtlichen Beurteilung vermuteter Ärztlicher Behandlungsfehler teil. Die Aufträge für derartige Begutachtungen kommen von den jeweiligen Krankenkassen^{239, 240} (s. auch Kap. 2.1).

Als Gutachter fungieren überwiegend MDK-eigene Fachärzte, ergänzt bei Bedarf durch externe Gutachter. Die meisten medizinischen Dienste haben (ähnlich den Gutachterkommissionen) ein Review der Gutachten durch einen Juristen und / oder einen zweiten Arzt etabliert. Innerhalb der medizinischen Dienste der einzelnen Länder gibt es (ebenso wie innerhalb der einzelnen Gutachterkommissionen) noch Verfahrensvarianten im Detail, die jedoch für die allgemeine Betrachtung nicht von Relevanz sind. Welche Akzeptanz die Begutachtung durch den MDK langfristig bei den verschiedenen Verfahrensbeteiligten

²³⁸ www.schlichtungsstelle.de/domino/sstnord.nsf/htm/evalua

²³⁹ Hildebrand B, Küther SS, Dreher I (1998): Die Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler - eine neue Aufgabe für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Gesundheitswesen 60 : 1-5

²⁴⁰ Paquet KJ (2001) : Die Auseinandersetzung mit vermeintlichen Behandlungsfehlern aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenversicherungen. DGC - Mitteilungen 1: 23-27

(Patienten, Ärzten und Haftpflichtversicherern) finden wird, ist im Augenblick noch nicht abschließend zu beurteilen. Mit Sicherheit wird jedoch die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ein ähnliches Gewicht bekommen wie die durch die Ärztekammern. Es sollte sogar möglich sein, die beiden Verfahren soweit aufeinander abzustimmen, dass mittelfristig von einer zwar von unterschiedlichen Ansätzen ausgehenden, in der Wertigkeit aber kompatibel, in wesentlichen Grundzügen einheitlichen außergerichtlichen Begutachtung vermuteter ärztlicher Behandlungsfehler durch die Gesundheits-Selbstverwaltung ausgegangen werden kann.

4. Fehler- Vermeidungsstrategien

4.1. Ärztliche Aufklärung

Es gehört zur guten ärztlichen Tradition, sich über die vermeintlich inadäquat hohen (juristischen) Anforderungen an die ärztliche Aufklärung - insbesondere die präoperative Aufklärung - zu mokieren. Zum Beispiel:

"Die von mir simulierte weitgehend "totale" Aufklärung dürfte juristischen Ansprüchen wohl in etwa genügen. Aus medizinischer Sicht erscheint sie aber unverantwortlich und unmenschlich....Ein wesentliches Problem ist die Störung des Patientenvertrauens in seinen Operateur durch die sog. "totale" Aufklärung" ²⁴¹.

Hier wird suggeriert, das präoperative Aufklärungsgespräch sei ein Fremdkörper in der Arzt-Patienten-Beziehung; es wirke quasi als Störfaktor, als lästige Pflicht, deren man sich in erster Linie zur eigenen Absicherung zu entledigen habe. Dies trifft aus mehreren Gründen nicht zu:

- Die Anforderungen an die ärztliche (z.B. präoperative) Aufklärung entspringen dem von allen (auch den Ärzten) für selbstverständlich erachteten Konsens der Respektierung der Menschenwürde (GG Art. 1) - fortgeschrieben und in die ärztliche Praxis übersetzt durch die Bundesärzteordnung § 2: "Der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten" ²⁴². Nichts anderes ist gemeint, wenn gefordert wird, der Patient müsse über Wesen, Bedeutung und Tragweite eines vorgesehenen Eingriffs, über dessen Umfang und Notwendigkeit, seine Alternativen und Risiken sowie die Risiken eines eventuell unterbliebenen Eingriffs aufgeklärt werden. Sinngemäß bedeutet dies, dass der Patient in die Lage versetzt sein muss, auf seine Situation und Krankheit bezogen die ihm gemachten ärztlichen Behandlungsvorschläge zu verstehen und nachzuvollziehen. Die einschlägigen Grundzüge sind- gestützt auf die Entscheidungen der Instanzgerichte - zahlreiche Male dargestellt worden ^{243, 244, 245, 246, 247} u.v.a.

²⁴¹ Ritter U (1981): Probleme der "totalen" Aufklärung des Patienten vor operativen Eingriffen aus der Sicht des Arztes. In: Hymmen R, Ritter U (Hsg.): Behandlungsfehler-Haftung des operativ tätigen Arztes. Perimed, Erlangen, S. 28

²⁴² NN (1993): Bundesärzteordnung. Deutscher Ärzte-Verlag Köln.

²⁴³ Rumler-Detzel P (1992) Zu Inhalt und Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs vor einer längerfristig geplanten Operation. Akt. Chir. 27:255-258

²⁴⁴ Laufs A (1997) Die ärztliche Aufklärungspflicht - Grund, Inhalt und Grenzen. RPG 3:3-11

²⁴⁵ Hoppe JF (1998) Der Zeitpunkt der Aufklärung des Patienten - Konsequenzen der neuen Rechtsprechung. NJW 51:782-787

- Das Gespräch zwischen Arzt und Patient darüber, was die Diagnostik erbracht habe, was man deshalb weiter zu untersuchen oder zu behandeln vorschlage, und mit welchen Zukunftsaussichten die Erkrankung einerseits und die Behandlung andererseits verbunden sei, kann aus einer adäquaten Arzt-Patienten-Beziehung nicht hinweggedacht werden. "Der Arzt sieht sich angewiesen auf die Bereitschaft des Patienten, ihm zu folgen und den medizinischen Eingriff zu ertragen. Die beiderseitige Bereitwilligkeit wahrt Freiheit und Würde des Arztes wie des Patienten" (A.Laufs²⁴⁸).
- Auch die in zahlreichen gerichtlichen Einzelentscheidungen²⁴⁹ und zusammenfassenden Darstellungen ausformulierten Spielregeln^{250, 251, 252} der ärztlichen Aufklärung sind nichts anderes als eine stringente Fortführung dieses Prinzips des respektvollen Arzt-Patienten-Umgangs; gelegentlich fragt man sich, welchem Selbstverständnis überhaupt ein andersartiges Handeln entspringen kann.
- Wenngleich an das Ausmaß der Aufklärung bei dringlichen bzw. absolut indizierten Eingriffen insgesamt geringere Anforderungen zu stellen sind, muss hier z.B. dem Patienten dennoch die Möglichkeit eröffnet werden, sich weitere Informationen (z.B. zum besten Operateur) einzuholen²⁵³
- Schließlich verringert (statistisch signifikant) eine ausreichende Aufklärung und übrige Kommunikation das Risiko späterer Klagen wegen vermuteten Behandlungsfehlers²⁵⁴.

Inhalt:

Das Aufklärungsgespräch vor diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen muss den Patienten über die Art des vorgesehenen Eingriffs, über die Indikation und die Befunde, welche zu dem Vorschlag führen, informieren, weiterhin darüber, welche Behandlungsalternativen prinzipiell in der jeweils gegebenen Situation bestehen. Für jede dieser Behandlungsalternativen müssen die jeweiligen Stärken und Schwächen dargestellt werden, abgeschlossen wird dies durch einen individuellen Rat des Arztes zu einer bestimmten Maßnahme. Es ist weder ärztlich noch ist es juristisch vertretbar oder gar gefordert, den Patienten mit zwei quasi gleichwertigen Behandlungsalternativen „alleine zu lassen“ und ihm ohne weitere Wegweisung die Entscheidung zu überlassen. Der letzte Rat in der einen oder in der anderen Richtung kann durchaus so aussehen, dass der Arzt dem Patienten mitteilt, dass er für sich bzw. für einen nahestehenden Angehörigen in einer vergleichbaren Situation und unter vergleichbaren Bedingungen die eine oder andere Alternative wählen würde und zwar aus den und jenen Gründen.

In den abschließenden Rat können und müssen dabei durchaus die individuellen Erfahrungen des Arztes, die im jeweiligen Haus vorgegebenen Möglichkeiten, die persönliche (auch soziale und berufliche) Situation des Patienten, vorbestehende Ängste usw. einfließen. Damit kann der abschließende ärztliche Rat durchaus und ohne irgendeinen Nachteil (und

²⁴⁶ Deutsch E (1997) Aufklärung und Arzneimitteltherapie. RPG3:19-24

²⁴⁷ Giesen D (1986) Ärztliche Aufklärungspflicht in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes. Unfallchirurgie 12:34-38

²⁴⁸ Laufs A (1997) s.FN 215

²⁴⁹ s. FN 23, Kza 4100/1 ff. und 4100/100 ff.

²⁵⁰ so z.B. Schreiber HL (1996) Ärztliche Aufklärung - Zweck, Grenzen, Modalitäten. In: Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D (Hsg.): Innere Medizin und Recht. Blackwell Berlin, S. 18 ff. u.v.a.

²⁵¹ www.dkgev.de

²⁵² Merkblatt über die Aufklärungspflichten des Arztes: Landesärztekammer Baden-Württemberg. www.

²⁵³ s. FN 23, Kza 1050/171

²⁵⁴ Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM (1997) JAMA 277:553-559

insbesondere auch ohne juristischen Nachteil für den Arzt) von üblichen Gepflogenheiten abweichen. Der definitive Rat kann damit auch darin bestehen, eine sogenannte alternative Behandlungsmethode, eine Außenseitermethode, eine allgemein als eher veraltet oder eine allgemein noch nicht definitiv eingeführte Methode zu wählen. Derartige, eher am Rande des üblichen Behandlungspfades liegenden Behandlungsmaßnahmen können mithin dem Patienten problemlos und ohne (auch juristischen) Schaden angeboten werden, wenn zunächst der Arzt unter vernünftiger Würdigung aller Umstände der Mitteilungen in der wissenschaftlichen Literatur und seiner persönlichen Erfahrungen aus gutem und wohl erwogenem Grunde in der entsprechenden konkreten Situation von den unter vergleichbaren Umständen allgemeinen Gepflogenheiten abweicht **und wenn darüber hinaus** dieser gedankliche Entscheidungsduktus dem Patienten in den wesentlichen Grundzügen klar geworden ist. Unter diesen beiden genannten Bedingungen kann im Grunde jede diagnostische und therapeutische Entscheidung (so sie nicht ausdrücklich gegen geltendes Recht oder gegen die guten Sitten verstößt), akzeptiert werden. Je weiter sie sich vom allgemein üblichen Entscheidungskorridor wegbewegt (s. 4.4), desto genauer ist der Entscheidungsduktus zu dokumentieren.

Risikoaufklärung:

Auch die Frage nach dem Umfang der ärztlichen Aufklärung und insbesondere nach dem Umfang der Aufklärung über etwa anstehende Risiken, lässt sich zwanglos und logisch aus dem Grundprinzip des Selbstbestimmungsrechtes ableiten:

Informationen über mögliche Risiken stehen in dem Maße an, wie sie möglicherweise die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine bestimmte Behandlungsmaßnahme bzw. die Entscheidung zwischen zwei alternativen Behandlungsmaßnahmen beeinflussen könnten. Einfluss nehmen können hierbei nicht nur häufige Risiken, von entscheidender Bedeutung können auch Risiken sein, die ausgesprochen selten, jedoch von großer Tragweite für den Patienten sind – so z.B. das mit weniger als 0,5 % Wahrscheinlichkeit angenommene Risiko der Querschnittslähmung bei der Operation eines Ductus arteriosus BOTALLI ²⁵⁵ Den durch die Rechtsprechung diesbezüglich gesetzten **Rahmen** mögen die zwei folgenden Urteils-Auszüge aufzeigen:

- "Weitere Komplikationsmöglichkeiten ... waren nicht aufklärungsbedürftig. Sie waren ... als so selten anzusehen, dass sie erfahrungsgemäß für die Entscheidung des Patienten keine Rolle spielten und der Beklagte darauf vertrauen konnte, der Patient werde bei bestehendem weiterem Interesse schon nachfragen." ²⁵⁶
- "Vor der intraartikulären Injektion eines kortisonhaltigen Mittels in das Schultergelenk ist der Patient in der Regel auf die wenn auch seltene Gefahr einer Infektion des Gelenks mit der möglichen Folge einer Schulterversteifung hinzuweisen. Über die fernliegende Gefahr der Ausbildung einer tödlich verlaufenden Sepsis braucht der Patient nicht aufgeklärt zu werden...Über das allgemeine Risiko einer Wundinfektion nach Operationen, das zu den allgemeinen Gefahren gehört, mit denen der Patient rechnet, braucht zwar nicht aufgeklärt zu werden ...Der Arzt, der eine Injektion setzt, kann aber nicht ein solches Gefahrenbewusstsein bei seinem Patienten voraussetzen. Gerade weil es sich

²⁵⁵ s. FN 23, Kza 4340 / 106

²⁵⁶ s. FN 23, Kza 4265/106

um einen ärztlichen Routineeingriff handelt, wird ihn der Patient als ungefährlich ansehen."²⁵⁷

Die letztgenannte Entscheidung ist insofern wichtig, als hier darauf abgehoben wird, mit dem Patienten gerade über diejenigen Risiken zu sprechen, an die er nicht von alleine denkt.

Risikoprioritätsabschätzung:

Strenggenommen hat der Arzt beim Gespräch über die Risiken eine Risikoprioritätsabschätzung vorzunehmen, in welche bekanntermaßen die drei Faktoren der Risikohäufigkeit, der Risikobedeutung und der Abwendbarkeit des Risikos eingehen. Auch wenn der Arzt die einzelnen von ihm angesprochenen Risiken letztlich nicht mit einer definitiven Risikoprioritätszahl benennt, - er wird sich vernünftigerweise auch unbewusst gegenüber dem Patienten mit dieser Kategorisierung beschäftigen.

So könnte sich ein junger Mann, welchem eine operative Stabilisierung einer Beckenfraktur bei einer nur relativen Indikation angeboten wird, hiervon nicht so sehr durch die etwa bei 5% liegende Wahrscheinlichkeit eines postoperativen Hämatoms abschrecken lassen, jedoch möglicherweise durch die bei weit unter einem Prozent liegende Wahrscheinlichkeit der Verletzung der Samenstranggefäße.

Die Frage der **relativen** Bedeutung des Risikos in der jeweiligen Situation ist explizit oder implizit Bestandteil des Aufklärungsgesprächs. Dabei ist die Frage nach der Erörterung und Gewichtung etwaiger Risiken stets im Kontext der zugrunde liegenden Erkrankung, dem vorgesehenen Eingriff und insbesondere dessen Dringlichkeit zu klären, sie ist weiterhin stets im Kontext mit der Frage zu klären, welche vernünftigen Behandlungsalternativen offen stehen. Konsequenterweise ist in zahlreichen höchstrichterlichen Entscheidungen herausgearbeitet worden, dass die Risikoauflärung um so dichter sein müsse, je weniger dringlich der vorgeschlagene Eingriff sei bzw. je mehr Behandlungsalternativen sich böten.

Aufklärungszeitpunkt:

Die Frage des Aufklärungszeitpunktes schließlich ergibt sich aus den Grundzügen eines geordneten Arzt-Patienten-Verhältnisses von alleine:

Indikationen zu notfallmäßigen oder äußerst dringlichen Eingriffen können unter Umständen innerhalb von Minuten oder Stunden zu fällen sein - dementsprechend wird ein einschlägiges Aufklärungsgespräch dort unter Umständen nur kurz vor dem Eingriff stattfinden können. Andererseits werden Indikationen für Eingriffe von geringerer zeitlicher oder geringerer inhaltlicher Dringlichkeit bereits im Alltag häufig Wochen oder Monate vor dem angesetzten Operationstermin gestellt, - so zum Beispiel die Indikation zu einem achskorrigierenden operativen Eingriff bei einer genuinen Achsabweichung der unteren Extremität, der Eingriff zu einer sekundär korrigierenden plastischen Maßnahme bei einer unschönen Narbe oder ähnliches. Üblicherweise wünschen die Patienten, nachdem sie den ärztlichen Rat eingeholt haben, eine gewisse Bedenkzeit; viele Patienten suchen von sich aus bei derart weniger dringlichen Maßnahmen zwei oder noch mehr Ärzte auf, viele klinische Einrichtungen können es sich aus organisatorischen Gründen gar nicht leisten, Eingriffe geringerer zeitlicher Dringlichkeit innerhalb kürzester Zeit anzusetzen. Unter diesen Bedingungen gebietet es die (auch ohne Rechtsprechung vorhandene) Höflichkeit gegenüber dem

²⁵⁷ s. FN 23, Kza 4650/20

Patienten, ihm nicht nur ex cathedra einen Vorschlag zu machen, was er vernünftigerweise zu tun bzw. mit sich zu machen lassen habe, sondern ihn darüber hinaus wiederum auch über den zu diesem Vorschlag führenden gedanklichen Duktus zu informieren und - im Zusammenhang damit - auch über die Risiken und Alternativen der vorgeschlagenen Maßnahme. - Eine Indikationsvorstellung und ein Indikationsgespräch ohne gleichzeitige Erörterung des Für und Wider dieser Indikation ist unvollständig und unlogisch. Somit ist auch die höchstrichterliche Rechtsprechung zum Zeitpunkt der Aufklärung wiederum „nur“ eine schlüssige Fortführung und Ausfüllung guten patientenbezogenen Verhaltens. Eine kontrollierte Untersuchung bei Patienten, die zur Koloskopie oder Gastroskopie anstanden, wies allerdings nach, dass die Rate des Widerrufs der Einverständnisses nicht vom Zeitpunkt der Aufklärung (1 oder 3 Tage vor dem Eingriff) abhing.²⁵⁸

Formalien der Patientenaufklärung:

Die Patientenaufklärung kann formlos sein²⁵⁹. Entscheidend ist, dass sie tatsächlich, in ausreichendem Ausmaß und zum richtigen Zeitpunkt erfolgt ist. Üblicherweise werden heute Aufklärungsgespräche protokolliert. Als Basis dienen oftmals vorgedruckte Informationsbögen, welche eine gewisse Grundinformation zur zugrunde liegenden Erkrankung bzw. zur vorgeschlagenen Maßnahme bieten und welche anlässlich des Aufklärungsgesprächs handschriftlich durch die besonderen zur Sprache gekommenen und für die jeweilige Situation entscheidungsrelevanten Themen ergänzt werden. Es besteht eine gewisse Tendenz, davon auszugehen, dass bei fehlenden handschriftlichen Einträgen auch ein Gespräch nicht tatsächlich stattgefunden habe, sondern der Patient lediglich für sich alleine den vorgedruckten Bogen durchgelesen und unterschrieben habe. Sofern sich diese Einschätzung in der Rechtsprechung durchsetzt, verlieren naturgemäß die vorgedruckten Aufklärungsbögen zunehmend an Wert. Andererseits hat der BGH festgestellt, dass für die Aufklärung vor einer Routineimpfung nicht in jedem Fall eine mündliche Erörterung der Risiken erforderlich sei²⁶⁰

Die Frage, inwieweit der Patient nicht nur mit einigen wenigen dürren Worten über die Möglichkeiten der einen oder anderen Komplikation informiert wurde, sondern inwieweit er tatsächlich in den gedanklichen Duktus, den Entscheidungsprozess einbezogen wurde, lässt sich in einem Aufklärungsprotokoll kaum dokumentieren. Wir halten es deshalb für weit günstiger und letztlich auch ressourcenschonender, wenn diese Überlegungen in einer Epikrise bzw. einem Arztbrief anlässlich der ambulanten Indikationsvorstellung zusammengefasst werden. Es ist ohnehin notwendig, den einweisenden Arzt über die eigenen Vorstellungen und die eigenen Empfehlungen zu informieren - schon deshalb, damit dieser einweisende Arzt weiß, mit welchen speziellen Informationen sein Patient aus der Klinik respektive vom Facharzt kommt. - In diese Ambulanz-Epikrise kann der Passus aufgenommen werden, dass über Indikation, Alternativen und Risiken des vorgeschlagenen Eingriffs mit dem Patienten eingehend gesprochen wurde; einzelne besonders wichtige Items können gesondert genannt werden; so man will, kann man diese Epikrise auch noch nachrichtlich an den Patienten übersenden. Auf diese Weise hat man gleichermaßen für die hauseigene Dokumentation, für den überweisenden Arzt und für den Patienten selbst niedergelegt, was anlässlich der Indikationsvorstellung gedacht, empfohlen und entschieden

²⁵⁸ Elfant AB, Korn C, Mendez L, Pello MJ, Peikin SR (1995) Recall of informed consent after endoscopic procedures. *Dis. Colon Rectum* 38:1-34

²⁵⁹ Es trifft zwar zu, dass die Risikoaufklärung theoretisch noch nicht einmal schriftlich dokumentiert werden müsste. Nachdem andererseits jedoch gerade hier die Beweislast beim Arzt liegt, hat diese Feststellung nach hiesiger Einschätzung nur akademischen Charakter.

²⁶⁰ NJW (2000), 24:1784-1788

wurde. Damit wird auch die bereits bei der Indikationsvorstellung getroffene Risikoaufklärung in den ihr zustehenden Rahmen zurückgeführt und eingebunden - nämlich in das ohnehin zwischen Arzt und Patienten stattfindende Gespräch.

Mancherorts werden im Anschluss an die präoperative Indikations- und Risikoaufklärung zum Teil sehr ausführliche Gesprächsprotokolle aufgesetzt und von beiden Seiten unterzeichnet. Dies scheint zunächst eine besonders individuelle und besonders sichere Form der Dokumentation zu sein. Auch sie findet jedoch dort ihre Grenzen, wo diese Protokolle - bekanntermaßen und nachweisbar - aus Textbausteinen EDV-technisch zusammengesetzt werden. So dies nachweisbar der Fall ist, werden mutmaßlich auch derartige scheinbare Freitextprotokolle kaum einen höheren Dokumentationswert hinsichtlich des tatsächlichen Gesprächsinhaltes haben, als die vorgedruckten Bögen.

Sicherungsaufklärung:

Die sogenannte Sicherungsaufklärung - d.h. die Aufklärung des Patienten über seine eigenen Verhaltensmaßnahmen, welche zum Schutze seines Gesundheitszustandes prospektiv nötig sind, ist ebenfalls logischer- und vernünftigerweise genuiner Bestandteil der guten ärztlichen Behandlung und Patientenführung: Auch nach durchgeführtem operativem Eingriff, auch zu Zeiten der Entlassung (oder gerade dann) wünscht der Patient zu wissen, was man eigentlich mit ihm gemacht hat und was in der Folge mit ihm geschehen wird. Er wünscht weiterhin zu wissen, was er selbst zu tun und zu lassen hat, damit seine Genesung möglichst rasch voranschreitet. Die Information des Patienten hierüber mag vielleicht in der Routine des Alltagsgeschäftes zu kurz kommen; sie ist jedoch wahrscheinlich für die Genesung insgesamt mindestens so wichtig, wie die präoperative Information über die geplanten Maßnahmen. Auch in diesem Bereich - Sicherungsaufklärung - hat die Rechtsprechung das nachgezeichnet, was sich aus dem guten Umgang mit dem Patienten mehr oder weniger von selbst ergibt: Auch die Sicherungsaufklärung muss den Patienten in die Lage versetzen, seinen Gesundheitszustand selbst zu begreifen - weiterhin selbst zu überblicken, was er für dessen Aufrechterhaltung tun oder lassen muss. - Auch hier muss der Patient die notwendigen Informationen erhalten, damit er sich etwa anbahnende Komplikationen oder Nebenwirkungen rechtzeitig erkennt und damit er weiß, wie er sich dann zu verhalten hat. - Schwierigkeiten bei der Sicherungsaufklärung ergeben sich möglicherweise in Zusammenhang mit ambulanten Operationen (s. 2.7) bzw. allgemein beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung (s.2.6). Unterbleibt eine eigentlich in der Sache notwendige Sicherungsaufklärung, dann ist der Arzt für die entsprechende Begründung dokumentations- und beweispflichtig ²⁶¹

4.2 Risk management - von der Nachrichtensperre zum incidents report

In der Fehlerbewertung (der Erfassung stattgehabter oder möglicherweise stattfindender Fehler) hat die fertige Industrie in den zurückliegenden Jahrzehnten einen Prozess durchgemacht, der gemeinhin als "Vorverlagerung der Endprüfung" bezeichnet wird: Nachdem man zunächst große Mühe dafür aufwandte, fehlerhafte Stücke bei einer Endkontrolle zu identifizieren und zu eliminieren, führte man Zwischenprüfungen ein, welche schrittweise mehr und mehr vorverlagert wurden. Zuletzt wurde es das Ziel, fehlerhafte Stücke überhaupt nicht mehr entstehen zu lassen, sondern Konstellationen zu identifizieren,

²⁶¹ VersR 2001:66-67

welche erfahrungsgemäß zur Herstellung eines fehlerhaften Stückes führen könnten, und diese risikobehafteten Situationen selbst zu vermeiden.

Einen vergleichbaren Prozess machte die Bearbeitung Ärztlicher Behandlungsfehler in der Vergangenheit durch - vier Stufen des "risk management" finden sich heute nebeneinander:

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 gar nicht mehr wertend bezüglich der eigenen Behandlung äußern, er begibt sich sonst seiner ihm zustehenden 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^{262, 263}. Mäulen²⁶⁴ 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. 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 habe²⁶⁵.

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) ist großzügig Gebrauch zu 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 fühlen²⁶⁶.- Das empfohlene Verhalten hier wird von A. Ekkernkamp²⁶⁷ so apostrophiert: "Ruhe bewahren - Lösungen anbieten - zweite Meinung einholen - helfen lassen."

²⁶² Wienke A (1998) Verhaltensvorschläge im Falle des Vorwurfs einer fehlerhaften ärztlichen Handlung. Selbstverlag, Köln.

²⁶³ Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AGMedR) der DGGG (1999) Empfehlungen zum Verhalten im Patienten-Arzt-Konflikt (insbesondere nach einem Zwischenfall). Frauenarzt 40:25-26

²⁶⁴ Mäulen B (1999) Jeder kann betroffen sein. Dt.Ärztebl 96 A:3091-3092

²⁶⁵ Terbille MT, Schmitz-Herscheidt S (2000): Zur Offenbarungspflicht bei ärztlichen Behandlungsfehlern. NJW 24:1749-1756

²⁶⁶ Moore PJ, Adler NE, Robertson PA (2000): Medical malpractice: The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. West J Med. 173: 244-250

²⁶⁷ Ekkernkamp A (1999) Verhalten bei einem eingetretenen Problem. Vortrag Bochum

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 wie unter Ziff. 2.11 ff. zitiert - 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 hat. 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 vom 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. Komplikationenstatistik. 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 hinzuweisen²⁶⁸. 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 (s. Kap. 2.11) wurden hierzu jeweils

²⁶⁸ Hansis M (1995) : Die Infektionsstatistik - die ideale Form der Selbsttäuschung. Krankenpflege-Journal 33 : 434-438

zwischen 50 und 250 einschlägiger 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. - Dies bedeutet, dass der Aufbau eines nationalen Behandlungsfehler-Katasters zügig voranzutreiben ist – vorzugsweise in der Hand derjenigen Einrichtungen (Medizinische Dienste und Gutachterkommissionen), die über die beiden wichtigen formalisierten außergerichtlichen Begutachtungsverfahren ohnehin optimalen Zugang zu gut bearbeiteten Fehlervorwürfen und einschlägigen Gutachten haben.

- **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: Am Anfang mag die Beobachtung gestanden haben, dass bei der Stammzelltransplantation zahlreiche pitfalls möglich sind – mittlerweile haben die durch die Fachgesellschaften formulierten Konsensus zur Struktur- und Prozessqualität dort Eingang in die Vertragsgestaltung gefunden. Ähnliche Vorgänge sind bei zahlreichen anderen Themen denkbar; insbesondere ist vorstellbar, dass in Zukunft auch die einschlägigen nationalen Gremien (Koordinierungsausschuss, Bundeskuratorium Qualitätssicherung) die Ergebnisse solider Behandlungsfehleranalysen in das dort zu formulierende „how to do“ einfließen lassen. Auf diesem Wege erst würde aus der ursprünglichen Privatsache „aus Fehlern lernen“ eine Aufgabe von hoher systemischer Bedeutung.

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

^{269, 270, 271, 272, 273.}

Die einfachste Form im klinischen Alltag besteht in der Chef-Besprechung bzw. der Chef-Visite: Ein ausreichend aufmerksamer und erfahrener und vor allem ausreichend

²⁶⁹ Kendall R (1998) Risk Management. Gabler, Wiesbaden

²⁷⁰ Plumeri PA (1997) Managed care and risk management. Gastroenterol Clin North Am 26:895-910

²⁷¹ Sundermeyer MS, Murphy PA (1995) Prevention of hospital liability for granting privileges to unqualified physicians. Gastrointest Endosc. Clin.N.Am. 5:433-445

²⁷² Qadir N, Takroui MS et al. (1998) Critical incident reports. Middle East J Anaesthesiol. 14:425-432

²⁷³ Dombrowski PA (1999): Bull Soc Sci Med Grand Duché Luxemb 3:53-61

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.²⁷⁴ sind beispielhafte Dokumente positiver Wirkungen von Risiko-aufdeckenden internen Revisionen.

In standardisierter, prospektiver Form kennt man im Medizinbetrieb vor allem den incidents report: Ungefiltert, anonym und unabhängig irgendwelcher hierarchischer 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 aufgearbeitet, für die beschriebenen Situationen wird (sofern zutreffend) Abhilfe geschaffen.

Diese Form des risk management ist relativ aufwendig 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 Techniken²⁷⁵; 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^{276, 277}. Eine vorausschauende Betrachtungsweise ist im übrigen in der Lage, bereits aus einem sich ändernden Patientenprofil bzw. Krankheitsprofil shifts in den zu erwartenden Risikokonstellationen zu antezipieren und sich hierauf durch geeignete Risiko-Vermeidungsstrategien einzustellen²⁷⁸

In der Vorgehensweise der Fehleranalyse und -bewertung kennt man zwei Verfahren: Die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA) geht von einem **möglichen** Fehler aus und untersucht dessen Ursache und Auswirkung. Die Fehlerbaumanalyse (FTA) sucht - ausgehend von einem **tatsächlichen** unerwünschten Ereignis- schrittweise nach dessen Ursachen bzw. Ursachenkombinationen²⁷⁹.

Die einfachste Form prospektiven risk management 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". Da dies nur zu Teilen durch eine saubere innere Organisation zu vermeiden ist,

²⁷⁴ Bach A, Baum H, Geiss K, Hoppe-Tichy T (1999) Risikominimierung und Qualitätsverbesserung. Management & Krankenhaus 18 (4) :16

²⁷⁵ Rothballer W (1998): Fehleranalyse und -bewertung. In: Hindringer B, Rothballer W, Thomann HJ (Hsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. TÜV Verlag Köln, 15100.

²⁷⁶ Stegers CM (1997) Vom Organisationsmangel zum Risikomanagement MedR 9:390-396

²⁷⁷ Bergmann KO, Michalcik M (1999) Risk-management als Mittel der Qualitätssicherung im Krankenhaus. ZaeFQ 93:57-62

²⁷⁸ Nathanson IL (1999) Problems in the care management of the aging patient: legal, financial and practical implications. Pa Dent J 66:19-23

²⁷⁹ s. FN 275

entzieht es sich deswegen jedem Verständnis, wenn derzeit ausprobiert wird, wie weit man Personalbestände in Gesundheitseinrichtungen ausdünnen kann, bis es trotz guter Organisation und Motivierung zum break point, zur nicht mehr vermeidbaren Anhäufung von Fehlern kommt. (Zur dann stattfindenden Verantwortungs-Allokation s.Kap. 2.2).

Verhalten von Ärzten, die durch einen Behandlungsfehlervorwurf betroffen sind: 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 Charakter²⁸⁰. 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 zu²⁸¹.

4.3 Defensivmedizin

Es gehört zur guten Übung, zu beklagen, die neuzeitliche Anspruchshaltung der Patienten und die neuzeitliche Rechtsprechung fördere die sogenannte Defensiv-Medizin. Hierunter verstehen die Kritiker den Umstand, dass nach ihrer Einschätzung zahlreiche therapeutische und vor allem diagnostische Maßnahmen nur deswegen angewandt werden, um etwaigen Vorwürfen eines Diagnose- bzw. Behandlungsfehlers zuvorzukommen und dies, ohne dass im Einzelfall die betreffende Maßnahme strenggenommen indiziert sei bzw. ohne dass im Einzelfall der behandelnde Arzt von der Notwendigkeit oder Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme überzeugt sei.

Wenngleich diese Klage zunächst einleuchtet, kann doch offenbar bislang ein "defensives" Verhalten in Zusammenhang mit Behandlungsfehlervorwürfen nicht ohne weiteres belegt werden:

- Glassmann und Mitarbeiter²⁸² haben über 5 Jahre insgesamt 1.540 Ärzte hinsichtlich ihres diagnostischen und therapeutischen Verhaltens beobachtet. Sie stellten fest, dass Ärzte, welche gehäuft Behandlungsfehlern ausgesetzt waren, **keine** von den übrigen Kollegen differierenden diagnostischen und therapeutischen Verhaltensweisen an den Tag legten.
- Klingman und Mitarbeiter²⁸³ berichten aus einer empirischen Studie, dass auch dort die medizinischen Indikationen durchgehend die klinischen Entscheidungen determinierten und nicht etwa Überlegungen defensiven Charakters; weiterhin stellten sie fest, dass trotz aller Sorgen vor Behandlungsfehlervorwürfen häufig ein aggressives Diagnostik- oder Therapieschema gefahren wurde, auch wenn einfachere und weniger eingreifende Behandlungsmaßnahmen medizinisch akzeptabel gewesen wären. Auch diese Autoren konnten mithin Belege für ein

²⁸⁰ Charles SC (2001) Coping with a medical malpractice suit. West J Med 174 : 55-58

²⁸¹ Schafr A, Steinborn A, Geka F, Sohn C (1999): Bull Sci Med Grand Duche Luxemb 3:41-51

²⁸² Glassman PA et al (1996) Physicians' personal malpractice experiences are not related to defensive clinical practices. J. Health Polit. Law. 21:219-241

²⁸³ Klingman D et al (1996) Measuring defensive medicine using clinical szenario surveys. J. Health Polit. Law. 21: 185-217

tatsächlich defensives Verhalten - d.h. für ein diagnostisches oder therapeutisches Verhalten, welches nachweisbar die üblichen diagnostischen und therapeutischen Regularien nur der eigenen Absicherung wegen verlässt, - nicht finden.

Die Vorstellung, als Arzt in der Verfahrenswahl gelegentlich in eine defensive Rolle gedrängt zu werden, mag dem Gefühl entwachsen, man sei unter heutigen Bedingungen mit einem breiten Spektrum diagnostischer (oder therapeutischer) Möglichkeiten alleine gelassen; innerhalb dieses breiten Spektrums gebe es auf der einen Seite puristische Formen der Diagnostik und Therapie, bei der sich ein Arzt vor allem auf seine persönliche Erfahrung und seinen klinischen Blick verlassen kann und bei der naturgemäß ein gewisses zusätzliches Maß an diagnostischer Unsicherheit bewusst in Kauf genommen wird, und es gebe auf der anderen Seite eine Form der Medizin, die ein extrem hohes Maß an diagnostischer und therapeutischer Sicherheit durch stetige Ausnutzung sämtlicher jeweils zur Verfügung stehender, auch hoch technisierter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erkauft.

❖ Ein Beispiel möge dies illustrieren:

Man stelle sich einen 8-jährigen Jungen vor, welcher beim Sport auf die rechte Hand stürzt. Es findet sich hernach am körperfernen Unterarm eine gewisse Schwellung und lokale Schmerzhaftigkeit, äußerlich keine Fehlförmigkeit, eine normale Fingerbeweglichkeit und Fingerdurchblutung.

Die **Standardbehandlung** besteht in einer Röntgenuntersuchung, welche - angenommen - einen nicht verschobenen sogenannten Wulstbruch (kindlicher Knochenbruch) am körperfernen Unterarm zeigt. Gefolgt wird dies von einer kurzfristigen Ruhigstellung mit einer Gipsschiene über etwa 10-14 Tage und der anschließenden Freigabe ohne weitere Maßnahmen.

Ein überaus **sicherheitsbewusster Arzt** oder ein Arzt, welcher glaubt, einen überaus sicherheitsbewussten Patienten bzw. überaus **sicherheitsbewusste Eltern** vor sich zu haben, wird nach der Anlage der Gipsschiene nochmals eine Röntgen-Stellungskontrolle anfertigen. Dies wegen der (äußerst unwahrscheinlichen) Möglichkeit, dass es bei der Anlage der Gipsschiene zu einer sekundären Verschiebung des Bruches kommt. Er wird dies auch dann tun, wenn er in seinem ganzen Berufsleben unter vergleichbaren Bedingungen nie eine sekundäre Verschiebung eines solchen Bruches gesehen hat. Derselbe Arzt bei derselben Patienten Klientel wird darüber hinaus mutmaßlich nach der Entfernung des Gipses nochmals eine Röntgenkontrolle durchführen, um sich zu vergewissern, dass der Bruch tatsächlich innerhalb der 14 Tage (wie erwartet) soweit abgebunden hat, dass man den Arm nun ohne Gipsschiene lassen kann. Auch hier wird er mutmaßlich in Jahren oder Jahrzehnten nie einen andersartigen Verlauf sehen.

Die **puristische Behandlungsform** der angenommenen Erkrankung wird sich möglicherweise der Chirurg dann leisten, wenn es sich um sein eigenes Kind handelt: Er wird den Wulstbruch im wesentlichen klinisch diagnostizieren und dies allenfalls mit zwei initialen Röntgenbildern absichern. Er wird wissen, dass auch ohne eine Gipsruhigstellung eine sekundäre Verschiebung des Bruches nach menschlichem Ermessen nicht eintritt. Er kann es sich deswegen - vorausgesetzt, sein eigenes Kind hat eine entsprechend distanzierte Einstellung zu seinen Erkrankungen - leisten, den Jungen etwas zu trösten, ihm zu sagen, dass der Arm nach 2 Tagen nicht mehr schmerzt und dass man im übrigen weder eine spezielle Diagnostik noch eine spezielle Therapie benötigt. -

In der gleichen Situation gibt es also drei Formen von Reaktionsmöglichkeiten - die „Standardbehandlung“, die puristische Behandlung und die sicherheitsfanatische Behandlung. Für alle drei Behandlungsformen gibt es pro- und contra-Argumente.

Rein formal gesehen - und auch unter dem Aspekt eines zu vermeidenden Behandlungsfehlervorwurfs - sind alle drei Behandlungsformen dem Grunde nach akzeptabel; keine der drei Behandlungsformen ist von vornherein mit der Gefahr eines Behandlungsfehlervorwurfs belastet.

Die erstgenannte (Standard-) Form würde (so es sie gibt), in einer entsprechenden fachgesellschaftsinternen Leitlinie genannt. Die Wahl dieser Behandlungsform bedürfte mithin keiner speziellen Begründung oder Erklärung, da sich dieses Vorgehen in dem von der Fachgesellschaft angeratenen Entscheidungskorridor befände.

Die Diagnostik und Therapie des Sicherheitsfanatikers wäre schon wegen der erhöhten Strahlenbelastung erklärungs- und begründungsbedürftig. Die Begründung wäre in der - hypothetischen - Möglichkeit einer sekundären Verschiebung des Bruches während des Eingipsens bzw. einer hypothetisch verzögerten Bruchheilung während der üblichen 2 Wochen Immobilisationsdauer zu finden. Diese Form der Diagnostik, welche stets alle überhaupt denkbaren technischen Möglichkeiten ausschöpft, hat für den behandelnden Arzt durchaus auch ihre Vorteile: Zum einen kann er sich mit einer derartigen Medizin dem Patienten bzw. seinen Angehörigen als ausgesprochen sorgfältig und pflichtbewusst demonstrieren; er kann sich in der Sicherheit wiegen, garantiert nie irgend etwas versäumt zu haben. Und schließlich kommt eine solche überaus sicherheitsbewusste Diagnostik und Therapie auch den wirtschaftlichen Bedürfnissen des behandelnden Arztes entgegen.

Die puristische Form der Diagnostik und Therapie erfordert andererseits nicht nur eine erhebliche klinische Erfahrung und Sicherheit, sondern gleichzeitig andererseits auch eine große Kritikfähigkeit der eigenen Erfahrung gegenüber - eine Kritikfähigkeit, welche rechtzeitig erkennen lässt, unter welchen Bedingungen eine derart sparsame Medizin für die Patienten tatsächlich schädlich ist. Schließlich erfordert eine solche puristische Behandlungsform einen exzellenten Kontakt mit den Patienten; der Arzt muss sich darauf verlassen können, dass der Patient die gewisse diagnostische und therapeutische Sicherheitslücke, welche bei dieser Form der Medizin bewußt in Kauf genommen wird, aktiv mitträgt - auch dann noch, wenn sich tatsächlich später diagnostische oder therapeutische Fehleinschätzungen verwirklichen. - Das Verlassen des Korridors (zur sicheren weniger als zur puristischen Seite) bringt mithin stets einen erheblichen Aufklärungsbedarf mit sich.

Problematisch wird die Bewertung defensiven Verhaltens dort, wo vom Arzt verlangt wird, seine (diagnostische oder therapeutische) Verfahrenswahl **auch** von der gesamtwirtschaftlichen Verträglichkeit der zur Verfügung stehenden Maßnahmen abhängig zu machen: Wie bereits ausgeführt bestehen keine Bedenken, aus zwei **medizinisch gleichwertigen** Verfahren das preisgünstigere auszuwählen. Im obigen Beispiel können alle drei Behandlungsvarianten (noch) medizinisch begründet und die Entscheidung vor Ort gefällt werden. Dies ist dann nicht mehr ohne weiteres möglich, wenn die Sachverhalte so komplex sind, dass die rein medizinische Frage nach der "Gleichwertigkeit" nicht von einem einzelnen Arzt zu fällen ist, oder wenn in die Entscheidung der Verfahrenswahl auch die Bemessung des allgemein akzeptierten Risikoniveaus eingeht. Unter diesen Bedingungen (wo die vernünftige Wahl eines risikoarmen Verfahrens nicht mehr einfach zu überblicken und einfach dem Patienten zu erklären ist) kann es keinem Arzt verdacht werden, wenn er sich stets auf die "sichere Seite" begibt, und stets für das aufwendigere Diagnostik-Verfahren entschließt. Dies zumindest so lange, als nicht die einschlägige Fachgesellschaft die

erforderliche analytische Arbeit geleistet hat und dem Arzt sagt, was denn nun die "medizinisch gleichwertige, preisgünstigere Variante" sei:

So lange eine Fachgesellschaft mit all ihrer geballten Kompetenz nicht in der Lage ist, eine ökonomisch-qualitative Balance für gebräuchliche Krankheitsbilder oder Diagnostik-Verfahren herzustellen und offen kundzutun, so lange kann diese Balance noch viel weniger vom einzelnen Arzt in der vor Ort-Situation abverlangt werden.

4.4 Überregionale und lokale Leitlinien

Die Diskussion um die Entwicklung von Leitlinien in den medizinischen Teildisziplinen hat in den vergangenen Jahren bei Ärzten mit großer Konstanz das Argument ausgelöst, derartige Leitlinien würden die medizinische Entscheidungsfreiheit im einzelnen Behandlungsfall nachhaltig beeinträchtigen und damit voraussichtlich die Qualität der medizinischen Versorgung verringern. Darüber hinaus würden schriftlich fixierte Leitlinien zu einer inadäquaten Bindung des Therapeuten führen, so dass im Versagens- und Klagefalle die abwertende juristische Beurteilung erleichtert sei - d.h. Negativurteile in Zivil- oder Strafverfahren wesentlich eher zu erwarten seien. Im übrigen werde durch die Niederschrift von Leitlinien der medizinische Fortschritt gehemmt, da neue und in den Leitlinien noch nicht verankerte Verfahren nicht mehr anwendbar würden.

Diese Einschätzung ist mehrfach falsch: Zum einen beruht sie auf einer fehlerhaften Anwendung des Begriffes "Leitlinie", welcher stets nur einen **Handlungskorridor** beschreibt, denjenigen (diagnostischen und therapeutischen) Pfad also, auf dem man sich in einer gegebenen Standardsituation üblicherweise ohne wesentlichen Erklärungsbedarf bewegen kann ²⁸⁴. Die Einschätzung ist auch deswegen falsch, weil es Konsensus zu medizinischen Prozeduren schon immer gegeben hat: Man erinnere sich nur an die "Schulen" großer Internisten oder Chirurgen, welche ihr "standardisiertes" Wissen und Vorgehen per mentem et manum ihrer Schüler und Enkel weit und einheitlich über das Land gegeben haben. Schließlich kann der **Verzicht** auf die ausdrückliche Formulierung und schriftliche Fixierung eines fachgesellschaftsinternen Konsenses nach eigener Einschätzung weit mehr formalrechtliche Angreifbarkeit und Rechtsunsicherheit für den einzelnen Arzt verursachen als deren öffentliche Darlegung.

Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften) hat auf Empfehlung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ²⁸⁵ federführend die Herausgabe derartiger Medizinischer Leitlinien übernommen.

Begrifflichkeit:

Folgende Begriffe sind zu unterscheiden ²⁸⁶:

"Leitlinien" sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen

²⁸⁴ Hart D (1998) Ärztliche Leitlinien - Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. MedR 62:8-16

²⁸⁵ Scriba PC (1997) Leitlinien in der Chirurgie: Aus Sicht des Sachverständigenrats. Langenb Arch Chir Suppl II:68-71

²⁸⁶ <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfleit.htm>

klinischen Umständen zu unterstützen." Damit geben Leitlinien den aktuellen Wissensstand wieder, sie müssen regelmäßig aktualisiert werden. Naturgemäß können die dort gegebenen Handlungsempfehlungen nicht in **jeder** Situation richtig sein.

- ❖ Die klinikinterne Leitlinie des Verfassers hat deshalb schon in ihrer ersten Auflage (1996) formuliert: "Die nachfolgenden „internen Leitlinien“ sind eine schriftliche Zusammenfassung der in unserer Klinik geübten Praktiken. Sie sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Gedächtnisstütze dienen und zur Vereinheitlichung und Erleichterung von Abläufen beitragen. Sie alle stellen lediglich eine allgemeine Richtschnur dar. In keinem Fall entbinden sie von der Pflicht, individuell über die tatsächlich notwendigen diagnostischen, therapeutischen oder organisatorischen Schritte nachzudenken, die Leitlinien in jedem einzelnen Fall auf ihre Brauchbarkeit kritisch zu überprüfen und ggf. zu variieren. Insbesondere können sie in keinem Fall Anlass zu erkennbar fehlerhaftem, widersinnigem oder unärztlichem Handeln sein. Wer immer in diesen Leitlinien Fehler entdeckt, ist verpflichtet, dies der Klinikleitung unverzüglich mitzuteilen."

"**Richtlinien** sind Handlungsregeln einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen kann." ¹⁴⁶
. Beispiele für Richtlinien sind z.B. die Richtlinien der Bundesausschüsse nach § 92 SGB V.
²⁸⁷

Den Begriff "**Standard**" empfiehlt die AWMF nicht mehr zu verwenden, da er im deutschen Sprachgebrauch mehrdeutig sei.

Eigenschaften und Qualitätskriterien von Leitlinien:

Leitlinien sollen in einfacher aber umfassender Form zur Diagnostik und Therapie Stellung nehmen, dabei sollen sie nützliche von weniger nützlichen, empfehlenswerte von weniger empfehlenswerten Verfahren abgrenzen (s. auch Gerlach et al ²⁸⁸).

Generiert werden Leitlinien im nationalen Gruppenprozess, in der Konsensuskonferenz oder mittels Delphikonferenz. **Gütekriterien** von Leitlinien sind unter anderem deren Validität, Zuverlässigkeit, Reproduzierbarkeit und Flexibilität. Weiterhin sollen Leitlinien zum Kosten-Nutzen-Verhältnis Stellung nehmen. Wichtige inhaltliche Grundlage guter Leitlinien sind Analysen nach dem Prinzip der Evidenz-basierten Medizin ²⁸⁹.

Für die **klinische Praxis** ist es sinnvoll, zwischen hausinternen und überregionalen / fachgesellschaftsinternen Leitlinien zu unterscheiden:

Hausinterne Leitlinien (Leitlinien also, welche nur für eine Abteilung oder eine Klinik gelten) werden normalerweise für jeweils ein diagnostisches oder therapeutisches Problem **eine**

²⁸⁷ NN Richtlinien der Bundesausschüsse zur Sicherung der ärztlichen Versorgung. In: NN (1998) Der Arzt und das GSG. pmi Verlag Frankfurt

²⁸⁸ Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer GC (1998) Leitlinien in Klinik und Praxis. Dt.Ärztebl. 95:B-820-825

²⁸⁹ Haller U, Reinold E, Hepp H (1998) "Evidence-based Medicine" - Leitlinie als Bedrohung oder Notwendigkeit für Arzt und Patient? Frauenarzt 39:1679-1680

Standardlösung vorsehen. Auswahl- oder Alternativmöglichkeiten brauchen dort in der Regel nicht vorgehalten zu werden.²⁹⁰ Die einfachste Weise, hausinterne Leitlinien zu generieren ist, auf ein gängiges einschlägiges Standardlehrbuch zu verweisen und die dortigen Ausführungen als für die eigene Abteilung gültig zu deklarieren. Vielfach existieren ohnehin jahrelang geübte und hervorragende hausinterne Bräuche, die lediglich als „Leitlinie“ schriftlich fixiert werden müssen.

Liegen hausinterne Leitlinien nicht vor, hat ein belasteter Arzt, eine belastete Praxis oder Klinik vor allem Probleme, diejenigen dortigen Usancen des Tagesgeschäftes darzustellen, welche normalerweise nicht dokumentiert werden:

- ❖ Die örtliche Desinfektion der Haut vor einer intramuskulären Injektion wird üblicherweise nicht dokumentiert. Aus den oben genannten Gründen kann dies zu erheblichen Problemen - sowohl bei der Beweisführung eines stattgehabten Hygienefehlers als auch bei der Entlastung eines unberechtigt beschuldigten Arztes führen. Zumindest das letztere Problem kann dann erheblich entschärft werden, wenn der Betreffende mittels seiner Leitlinien wenigstens nachweisen kann, wie er **im Regelfall** vorgeht und in welcher Form er die entsprechenden Belehrungen vornimmt; beides wäre (unter anderem) Gegenstand seiner hausinternen Leitlinie. - Das OLG Hamm hat diesen Weg gewiesen²⁹¹.

Fachgesellschaftsinterne Leitlinien können für ein diagnostisches oder therapeutisches Problem mehrere Lösungen vorsehen, welche als gleichwertig oder als nahezu gleichwertig deklariert werden können. Derartige fachgesellschaftsinterne Leitlinien bedürfen noch viel mehr als die hausinternen Leitlinien einer laufenden Überarbeitung durch eine wissenschaftliche Begleitkommission, welche den jeweils überregionalen aktuellen Erkenntnisstand sichtet und insbesondere in regelmäßigen Abständen überprüft, inwieweit etwaige Innovationen noch bestimmten Zentren vorbehalten sind oder inwieweit sie bereits als fakultatives oder gar obligates Allgemeingut anzusehen sind. Empfehlungen, welche die Anforderungen der Rechtsprechung in einer für die ärztliche Praxis verständlichen Weise wiedergeben, wurden durch die "Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe" veröffentlicht²⁹².

Liegen überregionale (fachgesellschaftsinterne) Leitlinien nicht vor, kann dies (bezogen auf den Ärztlichen Behandlungsfehler) bedeuten, dass sich im Streitfalle nicht die Mehrheitsmeinung, der tatsächlich **allgemein** anerkannte ärztliche Standard, durchsetzt sondern eine Mindermeinung. Diese Rechtsunsicherheit ist weder den (möglicherweise geschädigten) Patienten noch den (beklagten) Ärzten zuzumuten. Darüber hinaus macht erst die Formulierung überregionaler Leitlinien einen akzeptablen Abgleich zwischen inhaltlichem und ökonomischem Anspruch möglich; diese Abwägung dem ärztlichen Tagesgeschäft zu überlassen, schafft ebenfalls auf beiden Seiten Rechtsunsicherheit (s. 3.3 und 4.3). Der Umstand z.B., dass die Frage der Notwendigkeit einer CT Untersuchung beim leicht

²⁹⁰ Die feinsinnigen Begrifflichkeiten der „Verfahrensanweisung“, „Arbeitsanweisung“ etc.pp. einschließlich der ihnen zugeordneten Formalien zu ihrer Generierung und äußeren Form [vgl. z.B. Lögler T. (1997) Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuches (QMH) einschließlich der Verfahrensanweisungen (VA) In: Hindringer B, Rothballer W, Thomann HJ (Hsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. TÜV Verlag Köln, 4200] sind im alltäglichen klinischen Sprachgebrauch nicht üblich; es wird deshalb hier einheitlich der Begriff einer "hausinternen Leitlinie" verwendet.

²⁹¹ s. FN 23, Kza 3010/20

²⁹² NN (1999) Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. NJW 52, Heft 12:XXII

kopfverletzten Patienten, einer Instanzentscheidung bedarf ²⁹³, weist auf eine unangemessene Lücke der fachlichen Konsentierung hin.

Ulsenheimer ²⁹⁴ (vergleichbar Rotharmel ²⁹⁵) weist eingehend und sehr differenziert auf haftungsrechtliche Implikationen von Leitlinien hin. Er bezweifelt, dass im Streitfall die Unterscheidung zwischen Richtlinie und Leitlinie zum Tragen käme; die "im Verkehr erforderliche Sorgfalt" würde durch beides beschrieben. Er weist darauf hin, dass die Methodenwahl - auch bei Vorliegen einer einschlägigen Leitlinie - nach wie vor in der höchstpersönlichen Entscheidung des Arztes liege und dass in diese auch die Eigenheiten und der Wille des Patienten einfließen müsse. Er sieht die Möglichkeit eines erhöhten Haftungsrisikos, vor allem bei einer "unbegründeten" Abweichung von der Leitlinie. Nachdrücklich hebt er auf das Aktualisierungsbedürfnis der Leitlinien und die Notwendigkeit deren Legitimation ab.-

Clearingverfahren für Medizinische Leitlinien

Die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) ist eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; sie berät und unterstützt die Gremien der Ärztlichen Selbstverwaltung in Fragen der Qualitätssicherung. Sie äußert sich grundsätzlich zu Zielen und Definitionen von Leitlinien. Insbesondere hat sie ein **Clearingverfahren für Leitlinien** etabliert: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen wollen hier Leitlinienprogramme unterstützen; die Transparenz, Praktikabilität, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit von Leitlinien soll überprüft werden. ²⁹⁶ Eine eigene überschlägige Bewertung von Leitlinien kann anhand der von der ÄZQ veröffentlichten Checkliste vorgenommen werden ²⁹⁷.

Gesetzlich vorgegebene Konsentierungsverfahren:

Das Gesundheitsreformgesetz 2000 hat den Konsentierungsprozess innerhalb der Gesundheits-Selbstverwaltung auf eine erheblich erweiterte Basis gestellt: In Zukunft sollen die allgemeinen Linien der medizinisch-inhaltlichen Spielregeln durch einen Koordinierungsausschuß vierseitig (Bundesärztekammer, Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigungen) konsentiert werden. Vorgesehen ist, dass dort pro Jahr 10 Krankheitsbilder abgearbeitet werden sollen. Die **Operationalisierung** des medizinischen how to do erfolgt für den vertragsärztlichen Bereich wie bisher im Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen, für das Krankenhaus im neuzubildenden Ausschuss Krankenhaus. Dieser Vorgang strukturiert den Prozess, mittels dessen die Partner der Gesundheits-Selbstverwaltung zunächst die Inhalte der allgemein als gut und angemessen angesehenen Medizin festlegen und anschließend die zugehörigen Regularien der Qualitätssicherung und Vergütung.

²⁹³ s. FN 23, Kza 1876 / 125

²⁹⁴ Ulsenheimer K (1998) Haftungsrechtliche Anmerkungen zum Thema "Leitlinien". Frauenarzt 39:1540-1544

²⁹⁵ Rotharmel S, Fegert JM (2000): Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 28:275-284

²⁹⁶ <http://www.aezq.de>

²⁹⁷ NN (1998) Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien". Dt.Ärztebl. 95:B-2014-2016

Auch die Bearbeitung angenommener ärztlicher Behandlungsfehler könnte hiervon profitieren: Zum einen werden Rechtsunsicherheiten bezüglich des aktuellen Standes guter Medizin für die konsentierten Themen wegfallen oder erheblich abnehmen. Zum anderen könnte eine strukturierte und flächendeckende Aufarbeitung stattgehabter vermuteter Ärztlicher Behandlungsfehler (entsprechend der national practitioner data bank) einen wichtigen Input für die Generierung bzw. Überarbeitung der Konsensus leisten.

4.5 Dokumentation

Die Dokumentation der ärztlichen Behandlung einschließlich der dort erhobenen anamnestischen Daten, Befunde, therapeutischen Maßnahmen, Behandlungsdaten und eingetretenen Probleme ist Bestandteil der Behandlung selbst. Sie dient der medizinischen Sicherheit sowohl in der akuten Situation zur soliden Information etwaiger Mitbehandler wie später (z.B. im Streitfalle) zu Klarstellung der seinerzeitigen Vorgänge, Befunde und Überlegungen. Der BGH betont eine ausdrückliche Pflicht des Arztes zu angemessener Dokumentation und führt diese auf die "selbstverständliche therapeutische Pflicht gegenüber dem Patienten" zurück²⁹⁸. Auch in der Dokumentation kommt es nicht auf viel oder wenig, auf defensiv oder stichwortartig an - auch die Dokumentation muss sich - wie Diagnostik und Therapie - an der medizinischen Erforderlichkeit orientieren²⁹⁹. Mit anderen Worten: Die Dokumentation muss es - für den Fachmann verständlich - möglich machen, dass auch ein mit dem konkreten Fall nicht Befasster noch nach längerer Zeit einen Behandlungsduktus nachzeichnen, nachvollziehen und verstehen kann. Dabei wird (wie Bergmann betont) das Ausmaß der erforderlichen Dokumentation wiederum **nicht** vom Juristen sondern allein vom Mediziner bestimmt - im Streitfall hat sich hierzu der Ärztliche Sachverständige zu äußern; er hat fachkundig darzustellen, welches Maß an Dokumentation bei einem bestimmten Krankheitsbild bzw. in einer bestimmten Situation medizinisch geboten war, um den Vorgang für einen außenstehenden Fachmann begreifbar zu machen. - Zwei Beispiele aus eigener Praxis:

- ❖ Bei einem 25 jährigen Patienten kommt es nach Oberschenkelbruch zum knöchernen Infekt, welcher nach Entfernung toten Gewebes (Sequestrektomie) und vorübergehende antibiotische Behandlung zur Ruhe kommt. Es schließt sich (im später beklagten Krankenhaus) eine langwierige, von Schmerzen und Rückschlägen begleitete Mobilisierungs- und Rehabilitationsbehandlung an. Monate später kommt es anderenorts zu weiteren Operationen und erst danach zu einer definitiven Sanierung der Entzündung. Der Patient beklagt, man habe wesentlich früher erkennen können und müssen, dass das Bein noch nicht in Ordnung sei, er habe durch die Behandlungsverzögerung unnötig Zeit verloren und Schmerzen gehabt. Die Ärzte verteidigen sich mit dem Hinweis, zum Zeitpunkt ihrer Behandlung habe sich kein Anhalt für ein Fortschwelen des Infektes ergeben, man habe hieran durchaus gedacht, der Zustand habe sich jedoch wie eine - zwar schwierige, insgesamt jedoch ordnunggemäß vonstatten gehende - Rehabilitation dargestellt.- Die Beurteilung des Falles war deswegen unbefriedigend, weil klinische Befunde, aktuelle Beschwerdeschilderungen oder differentialtherapeutische Überlegungen nur in Ansätzen niedergelegt waren. Der

²⁹⁸ s. FN 23, Kza 6450/9

²⁹⁹ Bergmann O (1996) Dokumentation. In: Bergmann KO, Kienzle HF.: Krankenhaushaftung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH. Düsseldorf.

Gutachter konnte Jahre später nur noch mutmaßen, welche Überlegungen und Befunde der behandelnde Arzt wohl seinerzeit seinem Behandlungsduktus zugrundegelegt haben könnte.

- ❖ Bei einem 16 jährigen Mädchen wird ein Unterarmbruch durch 2 Platten operativ stabilisiert; knapp zwei Jahre später sollen die Platten entfernt werden. Eine der Platten liegt so nahe am Ellbogengelenk, dass der tiefe Ast des Speichennervs (N. radialis) unmittelbar an ihr vorbei läuft. Mit der Plattenentfernung kommt es zur Schädigung dieses Speichennerven. Der Operationsbericht der Plattenentfernung jedoch gibt keine Hinweise darauf, welche Maßnahmen man zur Schonung des Nerven unternommen habe (z.B. besondere Präparationstechnik). Nirgends aus dem Operationsbericht oder der Patientenaufklärung oder dem sonstigen Krankenblatt geht hervor, dass **man sich der hohen Risiken des dortigen Eingriffs überhaupt bewusst war**; der knappe Text des OP-Berichts und auch die Wahl des Operateurs lassen eher das Gegenteil vermuten.

Wie auch immer in beiden Fällen entschieden wurde - die Entscheidung ist auf jeden Fall unbefriedigend: Wird der Arzt entlastet, dann deshalb, weil man ihm trotz bescheidener Dokumentation letztlich abnimmt, dass er sich seinerzeit bei seinen Maßnahmen adäquat Mühe gegeben hat; wird er verurteilt, dann nur vielleicht deshalb, weil seine damals tatsächlich untadelige Mühewaltung nicht Eingang in die Dokumentation gefunden hat. Eine derartige Situation ist zudem für den beklagten Arzt riskant. Denn der BGH stellt fest: "Unterlassene Aufzeichnungen im Krankenblatt... können unter Umständen zu einer Umkehr der Beweislast für das Vorliegen von Behandlungsfehlern führen."³⁰⁰ Dass eine aktive Entlastung des beklagten Arztes jedoch gerade dort kaum gelingen kann, wo diese Beweislastumkehr **wegen unzureichender Dokumentation** angenommen wird, liegt auf der Hand. Die diesbezüglichen Feinheiten der Rechtsprechung an dieser Stelle herauszuarbeiten, ist nicht geboten; denn gerade in diesem Bereich sollte sich der Arzt vernünftigerweise nicht an die Grenzen des eben noch Akzeptablen begeben.

Die **Technik** der Dokumentation ist im wesentlichen unerheblich - Ambulanzkarten- oder Krankenblatteinträge sind ebenso nützlich wie Memos, Aktennotizen o.ä. Auch zeitnah angefertigte nachträgliche Dokumente (Gedächtnisprotokoll) sind in Ordnung, sofern sie als solche erkennbar sind. Nachträgliche **Änderungen** der Dokumentation sind selbstverständlich nicht zulässig. Für eine elektronische Dokumentation sind gesicherte Verfahren anzuwenden.

Eine ausreichende Dokumentation ist mithin nicht nur regulärer Bestandteil guter ärztlicher Behandlung, sie dient gleichermaßen der Sicherheit des Patienten und des Arztes. Auf den Punkt gebracht soll eine gute und adäquate Dokumentation einem fachkundigen aber fremden Kollegen Antwort geben auf nur die eine Frage: "Was habe ich mir hier gedacht?"

4.6 Fachbezogene Netzwerke

Jeder Arzt, der sich der Begrenztheit seines Wissens und der Fehleranfälligkeit seiner Handlungen bewusst ist, wird seine Tätigkeit in eines oder mehrere fachbezogene Netzwerke einbinden. Abgesehen von den schon formal vorgegebenen Organen der

³⁰⁰ s. FN 23, Kza 6450/1

Ärztlichen Selbstverwaltung (Landesärztekammern, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigungen) sind dies zum Beispiel:

- Die medizinischen Fachgesellschaften, welche sich vorrangig mit der inhaltlichen Aufarbeitung und Fortschreibung fachbezogenen Wissens beschäftigen,
- die Berufsverbände, welche schwerpunktmäßig eher standesrechtliche Fragen bearbeiten,
- themenbezogene Arbeitskreise (z.B. onkologische Arbeitskreise), welche fachübergreifend (regional oder überregional) zu bestimmten Problemen zusammenarbeiten.
- Herausgehoben und mit besonders hohem Aufwand staatlich gefördert sind sog. medizinische Kompetenznetzwerke.
- Eher informellen Charakter, aber möglicherweise für die Beteiligten überragende Bedeutung haben sog. Praxisnetzwerke³⁰¹.
- Das "Deutsche Gesundheitsnetz" gibt Ärzten eine Möglichkeit, online fachbezogene Informationen einzuholen und auszutauschen - es ist Außenstehenden begrenzt offen³⁰².

All diese und vergleichbare Netzwerke vermitteln einen Informationsaustausch zur Wissensmehrung und zum Wissensabgleich. Vor allem aber halten sie denjenigen, der sich oft und aktiv in derartigen Netzen bewegt, davon ab, sich selbst für den besten, gescheitesten Arzt zu halten. Netzwerke wirken damit einem der wichtigsten gefahrengefährdeten Umstände entgegen - der Selbstüberschätzung.

4.7 Externe Auditierung und Zertifizierung

Die systematisierte externe Beurteilung eigener Leistungen gehört in der fertigen Industrie zum Alltagsgeschäft, in vielen Dienstleistungsbereichen ebenfalls, in der Medizin ist sie für Wissenschaftler Alltag (peer review von eingereichten wissenschaftlichen Publikationen, Forschungsbegutachtung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft). In der klinischen Praxis spielt die externe Auditierung - gemessen an der Fehleranfälligkeit der dortigen Maßnahmen - noch eine vergleichsweise nachgeordnete Rolle. Im einzelnen kennt man:

- Die externe Qualitätssicherung der Selbstverwaltung: Wesentlich gepusht durch die Ärztekammern Nordrhein und Baden-Württemberg wurde Mitte der 70-er Jahre begonnen, eine freiwillige, prospektive, standardisierte Datenerhebung zur Überprüfung medizinischer Leistungen vorzunehmen. Beteiligt waren zunächst chirurgische und neonatologische Fachabteilungen, abgefragt wurden bestimmte, häufig vorkommende Krankheitsbilder (Tracer -Diagnosen). Die einzelne beteiligte Einrichtung hatte jedes Jahr einen Bericht ihrer eigenen Leistungen (Behandlungskennzahlen einschließlich der Komplikationen) zu erwarten, zusammen mit den gemittelten Vergleichswerten der gesamten Gruppe (landesweiter Durchschnitt) bzw. im Vergleich mit den von einer Expertengruppe für anstrebenwert erachteten Ergebniszahlen (Benchmarks). Mittlerweile sind zahlreiche externe Qualitätssicherungsmaßnahmen unter dem Dach der

³⁰¹ NN (1998) 300 Stuttgarter Ärzte gründen "Praxisnetz". Stuttgarter Zeitung 9.11.1998

³⁰² <http://www.dgn.de>

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin ³⁰³ bzw. des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung ³⁰⁴ zusammengefasst.

- Viele Fachgesellschaften führen zu bestimmten Themen oder Krankheitsbildern laufende oder auch zeitlich begrenzte Erhebungen bei ihren Mitgliedern nach ähnlichem Muster durch. Zielgrößen sind auch hier in der Regel die Behandlungsdaten, Verfahrenswahl, Ergebnisse, Komplikationsdichten. Gerade dort erfüllt sich der doppelte Nutzen derartiger externer Audits: Sie dienen einerseits der Messung der eigenen Leistung im Vergleich mit der Gesamtgruppe bzw. einer sonst festgelegten Zielgröße (Benchmarking) und sie dienen andererseits der Konsensfindung bezüglich des besten Pfades bzw. der erreichbaren Ziele.
- Regelmäßige externe Auditierung kann sogar gesetzlich vorgegeben sein: So führt z.B. das in Arbeit begriffene Infektionsschutzgesetz eine für alle Gesundheitseinrichtungen einheitliche Erfassung und Meldung nosokomialer Infektionen bzw. einschlägiger Problemkeime vor.

Das Prinzip externer Vergleiche zur Qualitätssicherung umschreibt Selbmann ³⁰⁵ so: "Daten erheben, Daten zusammentragen, Daten erfassen, kontrollieren, aggregieren, vergleichen, an die Klinik zurückmelden - in der Hoffnung, dort geht gegebenenfalls eine Signallampe an und es setzt ein Nachdenken darüber ein, ob die Qualität nicht noch zu verbessern wäre... Derjenige, der für die Primärtherapie zuständig ist, müsste darüber informiert sein, wie es dem Patienten später geht." - Es gibt Überlegungen, die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen in Zukunft zur Beweiserleichterung in Schadensfällen heranzuziehen, oder auch bei der Einzelfallbegutachtung auf die Qualitätssicherungsergebnisse der betreffenden Einrichtungen zurückzugreifen. ¹

Die externe Bewertung ganzer **Einrichtungen** - Praxen, Krankenhäuser, Krankenhausabteilungen - (Systemaudit bzw. Zertifizierung ³⁰⁶) ist im Gesundheitswesen noch wenig verbreitet. Mitte 1998 waren in Deutschland 37 Akut-Krankenhäuser oder -Krankenhausabteilungen, 26 ärztliche Praxen und 118 soziale Einrichtungen (Pflegedienste, Altenpflegeeinrichtungen, Behindertenwerkstätten etc.) nach DIN EN ISO 9001 ff. zertifiziert. ³⁰⁷ Im Augenblick verfügbar bzw. in Implementierung begriffen sind drei Systeme:

- Die Zertifizierung nach DIN-EN-ISO 9001: Diese Norm bewertet das Vorhandensein eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems. Überprüft wird, ob ein QM-System der DIN-EN-ISO-Norm entspricht und ob dieses QM-System (wie es sich vor allem im Qualitätshandbuch darstellt) in Stichproben mit der Realität übereinstimmt. Die Norm ist für alle Dienstleistungsbereiche international anwendbar und akzeptiert. Hierin liegt (bezogen auf das Gesundheitssystem) ihre Schwäche und ihre Stärke zugleich: Zum einen ermöglicht dieses System eine (vor allem europaweite !) Vergleichbarkeit der zertifizierten Einrichtungen (bzw. deren QM-Systeme); andererseits enthält das Bewertungssystem keine für den Gesundheitssektor spezifischen Items. Die Vermutung, dass deshalb eine DIN-EN-ISO-9001-Zertifizierung ohne Ansehen der Ergebnisqualität verliehen werde, ist falsch; selbstverständlich sind alle Elemente der Ergebnisqualität

³⁰³ www.aqs.de

³⁰⁴ über www.aqs.de

³⁰⁵ Selbmann HK (1994) Jede Schwachstelle ist ein Schatz, den man heben muß. Rhein.Ärztebl. 8:15-20

³⁰⁶ Der Begriff der "Systemauditierung" meint die Überprüfung eines komplexen QM-Systems, die "Zertifizierung" prüft, inwieweit dieses QM-System normkonform ist. Beide Begriffe sind der ISO-Norm entnommen. Beide Begriffe sind strenggenommen auf die beiden anderen oben genannten Bewertungssysteme nicht anwendbar: Die EFQM-Bewertung ist im wesentlichen eine Selbstbewertung und ob die GKV/BÄK- Bewertung dereinst im engen Sinne eine Systemauditierung bzw. Zertifizierung möglich macht, ist noch offen.

³⁰⁷ NN (1998) Zertifizierte Einrichtungen im Gesundheitswesen. QualiMed 6:3

ohnehin Gegenstand der Norm und damit der Zertifizierung. Das Hauptproblem der DIN 9001 liegt in deren schwerer Lesbarkeit und Verständlichkeit für die meisten Mediziner. Die Norm wurde deshalb in eine nutzerfreundliche neue Version (ISO 9000:2000-Familie)³⁰⁸ umformuliert.

- Die Selbstbewertung nach EFQM: Hier handelt es sich um ein System der standardisierten vorwiegend internen Selbstbewertung eines Unternehmens (Praxis, Krankenhaus, Krankenhausabteilung) hinsichtlich des dortigen Qualitätsmanagementsystems anhand von Fragelisten, entsprechend internen Qualitätsaudits. Die Wertigkeit dieser Selbstbewertung ist für Außenstehende schwer einzuschätzen.
- Die Bewertung nach einem von den Gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelten Modell (KTQ³⁰⁹): Vor allem die "Übersetzungsschwierigkeiten" der DIN-9001-Norm haben die genannten Körperschaften veranlasst, ein eigenes Modell zur internen und extern validierten Systemauditierung bzw. Zertifizierung von Einrichtungen im Gesundheitswesen aufzubauen: Die Elemente sind ähnlich, wie in der DIN-9001-Norm (Prozeßqualität, Ergebnisqualität, Kundenzufriedenheit etc.), sie sind aber in ihrer relativen Wichtung noch besser auf die Belange der medizinischen Versorgung abgestimmt. Vor allem sind fachgebietsspezifische Qualitätsmerkmale benannt. Die jetzt abgeschlossene Pilotphase lässt erwarten, dass diese Form der Systemauditierung bald große Verbreitung erfahren wird.

Zusammengefasst werden sich wohl Anbieter im Gesundheitswesen vernünftigerweise rasch zunehmend (als Einzeleinrichtungen oder in Gruppen) externen Bewertungs- bzw. Zertifizierungsmaßnahmen stellen. Sowohl die eigene Qualität als auch die Transparenz der Leistungen kann hierdurch nur gewinnen. Von einer externen Zertifizierung sollten sich auch Ärzte und Krankenhäuser weder durch die Unvollkommenheit der Zertifizierungssysteme abhalten lassen, noch durch den Umstand, dass es deren drei gibt. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint es viel wichtiger, dass eine Praxis bzw. Krankenhausabteilung **überhaupt** ein zertifizierungsfähiges Qualitätsmanagementsystem betreibt.

4.8. Abteilungs-/praxiseigenes Qualitätsmanagement

Das SGB V gibt die Pflicht vor, ein internes Qualitätsmanagement zu etablieren. Eine der Zielrichtungen hierbei ist auch, Behandlungsfehler oder Beinahefehler zunehmend zu vermeiden. Vom Gesetzgeber vorgesehen ist, dass die nationalen Spieregeln für ein derartiges Qualitätsmanagement durch das Bundeskuratorium für Qualitätssicherung und die ihm zuarbeitende Geschäftsstelle (BQS) bzw. die fach- oder themenbezogenen Projektgruppen ausformuliert werden. Tabelle 11 macht einen Vorschlag für ein abteilungsinternes Basis - Qualitätsmanagement unter Berücksichtigung der Gesamtvorgaben. - Nach Meinung der Autoren kann und sollte jede Praxis bzw. jede Krankenhausabteilung ein Qualitätssicherungssystem entsprechend den dortigen Vorschlägen etablieren. Diese Maßnahmen benötigen nach hiesiger Überzeugung sämtlich nur eine kurzen Installationsphase, und sie sind aus Bordmitteln zu leisten. - Die Autoren sind der Überzeugung, dass mit diesen Maßnahmen auch wesentliche Teile der Vermeidungsstrategien von Behandlungsfehlern abgedeckt sind – wie sie z.B. zusammenfassend bei Heberer³¹⁰ und an anderen Orten gefordert werden.

³⁰⁸ NN: ISO/CD 1 9001:2000 und 9004:2000

³⁰⁹ www.ktq.de

³¹⁰ Heberer J (2000) Organisationsverschulden des Krankenhausträgers. Chirurg 11:297-299

Internes QM

- **Basis** (hausintern selbst zu definieren):
 - Drei vorrangige Ziele (z.B.: Gute Medizin, zufriedene Mitarbeiter, zufriedene Patienten, zufriedene Zuweiser, Standing des gesamten Krankenhauses, ökonomische Auskömmlichkeit)
 - Zehn wichtige medizinische Prozeduren (z.B. Oberschenkelnagel, Polytrauma-Erstbehandlung, Bluttransfusion, Kompartmentspaltung usw.)
 - Zehn wichtige administrative Prozeduren (z.B. Urlaubsplanung, OP-Planung, Teilnahme an Weiterbildungen, Umsetzung AZG, wer ruft wann welchen Oberarzt usw.)
 - Drei vorrangige Risiken (z.B. Seitverwechslung, DRG-Fehlcodierung, Klageverfahren, Probenverwechslung, Zeitverschleiß beim Suchen von Unterlagen, Unterbelegung usw.)
 - Drei vorrangige medizinische Komplikationen (z.B. Wundinfektion, Komplikationen am Implantat, Übersehen von Diagnosen beim Polytrauma usw.).
- **Advanced:**
 - Mehr und Feineres davon
 - Verfallsdatum für Handbuch / Prozedurenbeschreibung
 - Messparameter für die Zielerreichung

Externe QS-Maßnahmen

- **Basis:**
 - Teilnahme an zwei langfristigen externen Protokollen (z.B. Polytraumaregister, regionale onkologische Arbeitskreise etc.)
 - **Obligate** Teilnahme an national vorgegebenen Programmen (z.B. QS „Fallpauschalen“) Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben (z.B. Infektionsschutzgesetz).
- **Advanced:**
 - Mehr und Feineres davon
 - Systemaudit (KTQ oder DIN ISO 9001).

Externe Überprüfungen

- Noch offen, z.B. Fehlbelegung, Fehlcodierung DRG

Politischer Überbau:

- Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss, Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin ³¹¹, Bundeskuratorium Qualitätssicherung

Tab. 11: Gesamtstruktur klinischer Qualitätssicherungsmaßnahmen

³¹¹ www.aqs.de

5 Abschlusskommentar

Ein Arzt schuldet seinem Patienten eine gute Behandlung und eine adäquate Kommunikation darüber. Ein Patient, dem eine vermeidbar schlechte Behandlung widerfährt oder der nicht wusste, was warum mit ihm geschieht, soll dafür zumindest eine adäquate finanzielle Genugtuung erhalten. Ein Arzt, andererseits, welcher sich in einer konkreten Situation nach besten Kräften bemüht hat, soll nicht für Folgen gerade stehen müssen, welche er nicht zu vertreten hat. Um diese drei Sentenzen rankt sich das ganze Buch. Noch ist Zeit, aus retrospektivem Streit prospektive Qualitätsverbesserung zu entwickeln.

Soweit es darum geht, bereits **stattgehabte Fehler** richtig und für beide Beteiligten fair zu beurteilen, ergeben sich für die ärztliche Seite zwei Petita:

- Das Verhalten der Ärztlichen Sachverständigen: Sie haben weder eine persönliche Meinung noch gar eine Minderheitenmeinung zu vertreten, sie haben keine rechtliche Wertung vorzunehmen sondern lediglich dem Gericht über medizinische Sachverhalte Auskunft zu geben; vor allem haben sie keinen didaktischen Auftrag wahrzunehmen.
- Die Ent-Emotionalisierung ärztlichen Tuns: In dem Maße wie ärztliches Handeln (von allen Seiten) überbewertet wird, wird auch die Kommunikation über unbefriedigende Behandlungsverläufe schwieriger. Jede von ärztlicher Seite tolerierte oder mitgestaltete überhöhende Berichterstattung, jede Fernsehfolge einer "Arztserie", jedes überzogene Anpreisen einer Innovation vergrößert die Distanz zwischen Patient und Arzt und erschwert (für beide Seiten nachteilig) die nüchterne Bewertung stattgehabter Fehler.

Will man dauerhaft aus vergangenen Fehlern **lernen und zukünftige vermeiden**, dann ergeben sich drei wichtige Linien:

- Die zügige Weiterentwicklung von Leitlinien aller Art und deren betonter Abgleich mit dem ökonomischen Umfeld,
- die gezielte Aufdeckung gefahreneigter Situationen und Entwicklung von Vermeidungsstrategien und
- die solide (nicht redundante !) Dokumentation - vorrangig zur Beantwortung der Frage "Warum?"

Weiterführende Literatur

Über die vorstehend genannten Einzelzitate hinaus lassen sich z.B. in folgenden Monographien zusammenfassende weiterführende Darstellungen finden:

Bergmann KO, Kienzle HF (1996) Krankenhaushaftung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf

Francke R, Hart D (1998) Rechtsgutachten zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte. Institut für Gesundheits- und Medizinrecht Bremen

Geiß K, Greiner HP (1999) Arzthaftpflichtrecht. Beck, München

Hindringer B, Rothballer W, Thomann HJ (1998) Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. TÜV-Verlag Köln

Hymmen R, Ritter U (1982) Behandlungsfehler des operativ tätigen Arztes. perimed, Erlangen

Kaminske GF, Brauer JP (1992) Qualitätsmanagement von A bis Z. Hanser, München

Kendall R (1998) Risk Management. Gabler, Wiesbaden

Kullmann HJ, Bischoff R, Dressler WD (1998) Arzthaftpflicht-Rechtsprechung (AHRs). E.Schmidt, Berlin

Laufs A, Dierks Ch, Wienke A, Graf-Baumann T, Hirsch G (Hsg.) (1997) Die Entwicklung der Arzthaftung. Springer Heidelberg.

Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D (1996) Innere Medizin und Recht. Blackwell Berlin.

Pichler JW (Hsg.) (1990) Einführung in die Patienten-Rechtspolitik. Böhlau Wien.

Scheibe O, Ekkernkamp A (1998) Qualitätsmanagement in der Medizin. ecomed

Schneider A (1999) Hygienerecht. mhp Wiesbaden

Steffen E, Dressler WD (1999) Arzthaftungsrecht. Neue Entwicklungslinien der BGH - Rechtsprechung. RWS Script.

Anschriften der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern

Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg
Anschrift: Jahnstr. 38 A, 70597 Stuttgart
Tel.: 0711/769890

Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer
Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 81677 München
Tel.: 089/4147722

Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen
Anschrift: Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt
Tel.: 069/97672161

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein
Anschrift: Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/43020

Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Anschrift: Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz
Tel.: 06131/2882225

Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes
Anschrift: Faktoreistr. 4, 66111 Saarbrücken
Tel.: 0681/40030

Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer
Anschrift: Schützenhöhe 16-18, 01099 Dresden
Tel.: 0351/82670

Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Anschrift: Gartenstraße 210-214, 48147 Münster
Tel.: 0251/9292350

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern
Anschrift: Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Tel.: 0511/38 02 416

Prof. Dr. med. Martin L. Hansis, geb. 1951

Studium der Medizin in Tübingen und Düsseldorf,

Weiterbildung in Chirurgie, Schwerpunkt Unfallchirurgie am Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall, der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen. Habilitation ebenda 1987.

1991 bis 2000 Ordinarius für Unfallchirurgie an der Universität Bonn mit den Arbeitsschwerpunkten Klinische Infektiologie (insbesondere Pathogenese und Vermeidung von Wundinfektionen), Ärztliche Qualitätssicherung, Begutachtung Ärztlicher Behandlungsfehler. Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied bei der Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Seit 2000 Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Seit 2000 Professur für klinisches Qualitätsmanagement an der Universität Bonn.

Kontakte unter: martin.hansis@dgn.de

Dr. med. Dorothee E. Hansis, geb. 1948

Pharmazeutisches Vorexamen. Studium der Medizin in Tübingen und Düsseldorf

Weiterbildung in Chirurgie, Umweltmedizin und Hygiene. Ausbildung zur Qualitätsauditorin (EOQ) im Gesundheitswesen und zur EFQM-Assessorin. Akkreditiert als Auditleiterin für die DIN EN ISO-Zertifizierung im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Arzneimittelherstellung. 1998-2000 Auditleiterin und Seniorauditorin in der Abteilung "Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen" beim TÜV Rheinland. Seit 2000 selbständige Führung des Büros für medizinisches Qualitätsmanagement (MBQ) Bonn.

Kontakte unter: dorothee.hansis@dgn.de