

Diplomarbeit

Der ärztliche Behandlungsfehler

eingereicht von

Philipp Paul Zimmermann

Mat.Nr.:0310761

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Graz, am

Unterschrift.....

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Unterschrift.....

Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit entstand im Zeitraum Juli 2009 bis Juni 2010 an der Medizinischen Universität Graz bzw. am Landeskrankenhaus Graz, an der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Das Thema meiner Arbeit ergab sich daraus, dass ich zum Zeitpunkt der Themensuche auf ein globales Thema, ohne Bindung an eine bestimmte Fachrichtung bedacht war, und mich mit einem Gegenstand befassen wollte, der für die gesamte Medizin von Relevanz ist.

Schließlich machte mir Herr Univ. Prof. Dr. med. univ. Kröll bei einem persönlichen Gespräch den Vorschlag über das Thema *Der ärztliche Behandlungsfehler* zu schreiben. Ich war sofort begeistert und gab spontan mein Einverständnis. Da das Thema *Medizinrecht* sehr häufig Gegenstand der wissenschaftlichen Arbeiten meines Betreuers ist, konnte ich durch ihn mit einer Vielzahl von Literatur in Form von Büchern und Artikeln aus medizinischen Fachzeitschriften versorgt werden. Mich mit dem Thema *Behandlungsfehler* zu befassen war retrospektiv eine persönliche sowie fachliche Bereicherung, da ich letzten Endes für einen Themenkomplex sensibilisiert wurde, der in der Medizin eine zunehmend bedeutendere Rolle spielt.

Danksagungen

Im Folgenden möchte ich mich bei denjenigen Bedanken, die mir bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit geholfen haben und zur Seite gestanden sind.

An erster Stelle bedanke ich mich recht herzlich bei meinem Betreuer, Herrn Univ. Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Kröll. Auf seinen Vorschlag hin bin ich erst auf das behandelte Thema gekommen. Zudem ist er mir bei zahlreichen Treffen mit seinem fachlichen Expertenrat zur Seite gestanden. Er gab mir einerseits neue Impulse und gewährte mir andererseits viel Freiraum und Selbstbestimmung bei der Fertigstellung dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern Dr. Peter und Christine Zimmermann für die jahrelange finanzielle und moralische Unterstützung. Nur durch die von ihnen geschaffenen Umstände war es mir möglich, das zeitintensive und aufwändige Medizinstudium ohne eine Einbuße an jeglichen Bedürfnissen zu absolvieren und so den Arztberuf ergreifen zu können.

Des Weiteren danke ich meiner Lebensgefährtin Anna-Maria Reinelt für ihre geduldige und verständnisvolle Zuwendung während der Erstellung der Diplomarbeit. Ich habe es ihr, ihrem Vater Jörg-Dietmar Reinelt und ihrer Schwester Eva Reinelt zu verdanken, dass sich der Leser nicht über so manchen Fehler ärgern muss.

An letzter Stelle möchte ich noch allen danken, die mich während meiner Schul- und Studienzeit begleitet haben und, trotz gewisser Niederlagen, zu mir standen, niemals das Vertrauen in mich verloren haben und immer zuversichtlich geblieben sind, dass ich meinen Weg gehe.

Gewidmet ist diese Arbeit meinen beiden Geschwistern Matthias und Laura Zimmermann.

Zusammenfassung

Behandlungsfehlervorwürfe gegen Ärzte haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen. Die wesentliche Ursache dafür ist die Unzufriedenheit der Patienten mit dem Verlauf und Ergebnis der ärztlichen Behandlung. Ebenso scheint es ein zeitlicher Trend zu sein, dass sich Medien für Behandlungsfehler interessieren und sich mit Horrormeldungen darauf stürzen. Ein schuldhafter Behandlungsfehler liegt aber generell erst dann vor, wenn der Arzt gegen anerkannte Regeln der medizinischen Heilkunde verstoßen hat.

Die vorliegende Arbeit erschließt das Thema ärztlicher Behandlungsfehler von seinen geschichtlichen Wurzeln heraus über seine Entwicklung hin bis zum heutigen Tage. Weiter wird auf die verschiedenen Arten von Behandlungsfehlern eingegangen und versucht sie mit Hilfe von Definitionen, Erklärungen und Beispielen dem Leser näher zu bringen. Besonders hervorzuheben ist dabei, aufgrund seiner besonderen Rolle, der sog. *grobe Behandlungsfehler*. Anhand der Klärung der juristischen Besonderheiten und des Einbringens konkreter Beispiele soll der speziellen Rolle des groben Behandlungsfehlers Rechnung getragen werden. Um das Thema aus möglichst objektiver Sicht zu betrachten, muss sowohl die Sicht des Patienten, als auch die des Arztes einzeln beleuchtet werden. Von juristischer Seite sind die Arzthaftung sowie das Arztstrafrecht von Bedeutung. Im Falle des Falles kann neben dem Strafrecht auch das Berufsrecht und das Approbationsrecht Anwendung finden, wobei letzten Endes alle Verfahren über Schadensersatz reguliert werden. Wird man beschuldigt, eine Fehlbehandlung getätigt zu haben, sollte man im Hinblick auf juristische Konsequenzen frühzeitig beginnen, Risiko- und Schadensbegrenzung zu betreiben. Um das Vorkommen von Behandlungsfehlern zu minimieren, nutzen Vertreter der Sparte Risikomanagement bestimmte Fehlermeldesysteme, durch die betroffenes Fachpersonal Fehler und Beinahe-Fehler melden und so zu Umstrukturierungen im Sinne der Risikominimierung beitragen können.

Die Arbeit soll den Leser in das sensible Thema des ärztlichen Behandlungsfehlers einführen. Ziel ist es dabei, Hintergründe, juristische Aspekte und Handlungsmöglichkeiten, aber auch menschliche Aspekte zu beleuchten. Letzen Endes soll das Thema Patientensicherheit mit Fehlermeldesystemen als zukünftig flächendeckende Institution dem Leser nahe gebracht werden.

Abstract

Malpractice complaints against doctors have increased dramatically in recent years. The main reason is the dissatisfaction of patients with the clinical course and outcome of their medical treatments. Moreover, it seems to be a current trend for the media to descend on medical malpractice with horror stories. However, a culpable malpractice generally only presents itself if the attending physician has failed to observe medical practice regulations.

The following diploma thesis opens up the issue of medical malpractice from its historical roots, through its development and to the present day. Furthermore, it will address the various types of medical errors and attempts to make them more accessible for the reader through the use of definitions, explanations and examples. Particularly noteworthy here, due to the special role it plays, is the so-called *gross malpractice*. Based on the clarification of the relevant juristic characteristics and the inclusion of concrete examples, the special role of gross malpractice will be examined. In order to assess the issue from as objective a point of view as possible, both the perspective of the patient as well as that of the doctor must be studied individually. Seen from a legal point of view, doctors' liability as well as doctors' criminal law are of importance. If the worst came to the worst the criminal law could be applied in addition to the professional law and the approbation law for physicians, although ultimately all proceedings are settled on damages. Should one be accused of malpractice, one should consider risk and damage limitations in terms of their legal consequences as soon as possible. In order to minimize the occurrence of medical malpractices, representatives from the risk management field use error detection systems which affected professional staff may use to report on their errors and near-errors, thus supporting restructuring through risk minimization.

This thesis is intended to introduce the reader to the sensitive issue of medical malpractice. The aim is to highlight the backgrounds, legal aspects and options for action, but also the human aspects. Ultimately, the reader should become acquainted with the concept of patient safety through the use of error reporting systems, as a comprehensive preventive for the future.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	iii
Danksagungen	iv
Zusammenfassung	v
Abstract.....	vi
Inhaltsverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	viii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis.....	x
1 Einleitung	1
2 Geschichtliche Entwicklung.....	3
3 Begriffserklärungen	5
3.1 Was ist ein ärztlicher Behandlungsfehler?	5
3.2 Der Diagnosefehler.....	8
3.3 Der Therapiefehler.....	9
3.4 Das Übernahmeverschulden	11
3.5 Der Beratungsfehler.....	12
3.6 Der Organisationsfehler.....	14
3.7 Der grobe Behandlungsfehler.....	16
4 Die Sicht des Patienten	19
5 Die Sicht des Arztes	23
6 Juristische Aspekte	26
6.1 Geschichtlicher Hintergrund	26
6.2 Arzthaftung und Arztstrafrecht.....	27
6.3 Berufsrecht	27
6.4 Approbationsrecht	28
6.5 Schadensersatz.....	29
6.5.1 Kosten der Heilbehandlung	31
6.5.2 Vermehrte Bedürfnisse	31
6.5.3 Erwerbsschäden	31
6.5.4 Schaden für entgangenen Unterhalt.....	32
6.6 Schmerzensgeld	32
7 Prozedere im Falle eines Behandlungsfehlervorwurfes	35
7.1 Die Sicht des Patienten.....	35
7.2 Die Sicht des Arztes	37
8 Patientensicherheit.....	42
8.1 Definition.....	42
8.2 Allgemeines	42
8.3 Medizinisches Risikomanagement	44
8.4 Fehlermeldesysteme	46
9 Diskussion	51
10 Literaturverzeichnis.....	55
11 Internetverzeichnis.....	57
12 Lebenslauf	60

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BGH	Bundesgerichtshof
BRD	Bundesrepublik Deutschland
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
Chr.	Christus
CIRS	Clinical Incident Reporting System
d. h.	das heißt
evtl.	Eventuell
FAA	Federal Aviation Administration
FH	Fachhochschule
GG	Grundgesetz
ICD	International Classification of Diseases
IOM	Institute of Medicine
IRS	Incident Reporting System
LG	Landesgericht
MDK	Medizinischer Dienst ihrer Krankenkasse
MBO	Musterberufsordnung
NASA	National Aeronautics and Space Administration
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation
sog.	so genannte
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
Tab.	Tabelle
USA	United States of America
u. a.	unter anderem
USD	US-Dollar
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Medizinische und administrative Aufgabenbereiche.....	14
Abb. 2: Beispiele für bejahte Kausalität für den Tod des Patienten.	17
Abb. 3: Beispiele für verneinte Kausalität für den Tod des Patienten.....	17
Abb. 4: Ursachen von Fehler und Zwischenfällen am Bsp. der Intensivmedizin...	24
Abb. 5: Institutionen zur Klärung von ärztlichem Fehlverhalten	37
Abb. 6: Wichtige Regeln, um sich vor einem Behandlungsfehler zu schützen.....	38
Abb. 7: Prozessmodell eines Incident Reporting Systems.	44
Abb. 8: Medizinische Fehlermeldesysteme im deutschsprachigen Raum	47
Abb. 9: Swiss Cheese Model am Beispiel eines intensivmedizinischen Notfalls....	48
Abb. 10: Übersicht über aktuelle, web-basierte CIRS-Systeme in Deutschland....	49
Abb. 11: Charakteristika eines „critical incident reporting system“(CIRS).....	50

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Die häufigsten Behandlungsfehler in Deutschland 2008	7
Tab. 2: Die häufigsten Diagnosen, die 2008 zu einer Antragsstellung führten.....	9
Tab. 3: Antragsgegner im Praxis- und Krankenhausbereich im Jahr 2008.....	15
Tab. 4: Anzahl an Patientenvorwürfen der Jahre 2007 und 2008 im Vergleich	21
Tab. 5: Beispiele für bisher gezahltes Schmerzensgeld in Deutschland	34

1 Einleitung

Am 25.05.2009 stellte der österreichische Erfolgsautor Kurt Langbein im Rahmen eines Gastvortrages an der FH Joanneum Graz vor Studenten des Studienganges *Health Care Engineering* sein neues Buch *Verschlusssache Medizin* vor.

In der darauf folgenden Zeit sorgte das 248 Seiten umfassende Werk in der Öffentlichkeit und vor allem in Medizinerkreisen für Aufsehen. Schon auf der Rückseite des Covers schockiert Langbein den Leser mit Fakten wie:

„Vertuscht und verleugnet: In Österreichs Krankenhäusern sterben jährlich mehr als 2500 Menschen an den Folgen von Behandlungsfehlern.“¹

„Lebensgefährlich: Nach einem Nachtdienst machen Chirurgen doppelt so viele Fehler wie ausgeruht.“²

„Alarmierend: Jeder Zehnte landet nur deshalb im Spital, weil Arzneimittel falsch eingesetzt wurden.“³

Der Autor schlägt dabei in die gleiche Kerbe wie fast wöchentlich diverse Zeitungen und Fernsehmagazine, welche sich unter Aufmachern wie *Ärztepfusch, Fehlbehandlung und Inkompetenz* dem Schicksal von sog. Ärzteopfern annehmen und dabei letzten Endes über eine hohe Quote erfreut sein können.

Die Brisanz dieser Thematik erklärt sich aus mehreren Tatsachen. Gesundheit ist des Menschen wertvollstes Gut. Leider kann er sie nur bedingt selbst beeinflussen und ist im Falle einer Erkrankung dem Handeln und den Werkzeugen der Medizin ausgeliefert. Noch bis in die jüngste Vergangenheit hinein galt der Arzt, im Zentrum der Medizin, als unangefochtener und unfehlbarer Protagonist des medizinischen Handelns.

Das öffentliche Bild der *Götter in Weiß* nimmt seit mehreren Jahrzehnten immer mehr Schaden. Die Fehler eines Arztes und die daraus resultierenden Folgen werden immer häufiger aufgedeckt, zur Anklage gebracht, verhandelt und letzten Endes bestraft. In den USA ist es mittlerweile soweit gekommen, dass Anwälte

¹ Langbein K. (2009), *Verschlusssache Medizin*, Cover-Rückseite.

² Vgl. ebenda.

³ Vgl. ebenda.

eben entlassene Patienten am Ausgang von Krankenhäusern abpassen, um sie dafür zu gewinnen, ihre eigenen Ärzte zu verklagen und gegen sie Schadensersatzforderungen geltend zu machen. Bleibt man hierzulande derzeit noch von solchen Ausmaßen verschont, ist jedoch eine Tendenz hin zu einer sog. Absicherungsmedizin mit einer Vielzahl von teuren und unnötigen Untersuchungen zu beobachten, um sich vor einer Patientenklage abzusichern.

Auf Grund dessen, dass bisher beinahe ausnahmslos über das sensible Thema *Der ärztliche Behandlungsfehler* von Seiten der Regenbogenpresse auf einer sehr emotionalen Ebene berichtet wird, möchte ich mit der vorliegenden Arbeit einen sachlichen Beitrag zum Thema *Ärztlicher Behandlungsfehler* leisten. Ich werde dabei das Thema erschließen, indem ich vorerst eine Beschreibung und Einteilung aller möglichen Arten von Behandlungsfehlern aufzeige. Im Anschluss daran wird auf die Perspektiven von Seiten des Arztes und des Patienten eingegangen, sowie die juristischen Aspekte beleuchtet. Des Weiteren werden die Prozederen nach einem Behandlungsfehler jeweils aus Sicht des Patienten und anschließend aus Sicht des Arztes erläutert. Schließlich soll als letzter Punkt der Themenkomplex Risikomanagement und Fehlermeldesysteme zur Vermeidung von Behandlungsfehlern aufgegriffen werden.

Da ich deutscher Staatsbürger bin und mir bezüglich des Diplomarbeitsthemas fast ausschließlich Literatur aus der BRD vorliegt, möchte ich an dieser Stelle anmerken, dass ich mich in meiner Arbeit, z. B. bei rechtlichen Standpunkten, auf deutsche Bestimmungen beziehe, welche aber beinahe ausnahmslos auf die österreichischen Umstände adaptiert werden können.

Die Wendung der männlichen Form erleichtert die Lesbarkeit, bezieht aber sinngemäß auch immer die weibliche Form mit ein.

2 Geschichtliche Entwicklung

Behandlungsfehler sind schon sehr früh Bestandteil der Medizin und ihrer Geschichte. Als erste Referenz zu diesem Thema findet man den „Codex Hammurapi“, eine Rechtssammlung König Hammurapis von Babylon (* 1810 v. Chr.; † 1750 v. Chr.). Es handelt sich dabei um eine der ältesten Gesetzessammlungen der Welt und zugleich eines der besterhaltenen Exemplare der Literatur aus Mesopotamien. Heute ist der in drei Teile zerborstene Stein im Louvre in Paris zu bestaunen. In diesem Gesetzestext wird folgendermaßen auf die Entlohnung aber auch Bestrafung der Arbeit eines Arztes eingegangen: *„Eine Wundheilung oder die Eröffnung einer Geschwulst trägt dem Arzt bei Gelingen am Manne 10, am Freigelassenen 5, am Sklaven 2 Sekel Silber ein, bei Tod des Patienten oder Augenverlust, aber Abhauen der Hände bzw. beim Sklaven Schadenersatz in Geld.“*⁴

Hippokrates von Kos geht in seinem noch heute für jeden Mediziner in ethischen Aspekten geltenden Hippokratischen Eid indirekt auf Behandlungsfehler mit dem Absatz *„ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden“*⁵ ein.

Im alten Rom wurden griechische Sklaven, welche als Ärzte tätig sind und denen Fehler vorgeworfen werden, vertrieben und sogar teilweise zum Tode verurteilt. In Deutschland kam es am 21. August 1811 zum ersten Arzthaftungsprozess, bei dem der Arzt freigesprochen wurde. Eine 21jährige verweigerte die Nahrungsaufnahme und wurde letzten Endes in die Berliner Charité zwangseingewiesen. Dort wendete der behandelnde Arzt die sog. *Sack-Methode* nach Horn an, um die tobende Patientin zu beruhigen. Man steckte sie in einen Sack, welcher zugeschnürt und verknotet wurde. Schließlich fand man die Patientin leblos vor und der Arzt wurde verklagt. Mehrere gerichtliche Gutachter

⁴ Fischer-Homberger E. (1977), Geschichte der Medizin, 11.

⁵ Fischer-Homberger E. (1977), Geschichte der Medizin, 22.

befanden, dass durch den zugeschnürten Sack der korrekte Zutritt von Atemluft nicht ausgeschlossen werden konnte, und so wurde der Arzt frei gesprochen.⁶

Dieses Gerichtsverfahren dürfte damals eine absolute Ausnahme gewesen sein. Da keinerlei vergleichbare Referenz zu jener Zeit aufzufinden ist, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem geschilderten Prozess um einen Einzelfall gehandelt hat.

Weit entfernt vom heutigen Risikomanagement, von Fehlermeldesystemen und Schlichtungsstellen hat es den Anschein, dass medizinische Behandlungsfehler lange Zeit von offizieller Seite her nicht existent waren. Natürlich verstarben die Menschen damals an Krankheiten, welche heute als Bagatellen eingestuft werden. Man darf dabei aber keinesfalls medizinischen Misserfolg in Zusammenhang mit einer höheren Anzahl an Behandlungsfehlern bringen. Schließlich handelten die Ärzte jener Zeit nach dem damals aktuellen Stand des Wissens (state of the art). Allerdings ist es mit großer Wahrscheinlichkeit in mindestens ebenso großem Ausmaß wie heute zu wirklichen Behandlungsfehlern gekommen. Diese dürften aber durch die mangelnde medizinische Aufklärung der Patienten, dem hohen Stand des Arztes in der Gesellschaft, sowie der damals ausgeprägten Kollegialität der Ärzte untereinander kaum zur Anzeige gebracht worden sein. Letzten Endes muss auch die Anzahl an medizinischen Handlungen heutzutage im Vergleich zur Vergangenheit ins Kalkül gezogen werden. Diese haben sich schließlich durch die Modernisierung der Medizin potenziert und stellen in Summe eine viel größer gewordene Quelle für Fehlerrisiken dar.

Die Entwicklung des Umganges mit Behandlungsfehlervorwürfen hat Klaus Ulsenheimer in der Einleitung seines Buches *Arztstrafrecht in der Praxis* wie folgt formuliert: *„Der Minimierung des medizinischen Risikos für den Patienten steht eine Maximierung des juristisch-forensischen Risikos des Arztes gegenüber, das in etwa 10.000 Schadensersatz- und Schmerzensgeldklagen, rund 40.000 Behandlungsfehler-Vorwürfen pro Jahr, drastischen Prämien erhöhungen und Vertragskündigungen der Haftpflichtversicherungen, einer Verdoppelung, teilweise Verdreifachung der Anträge bei Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen*

⁶ Vgl. <http://www.test.de/themen/gesundheits-kosmetik/meldung/Aerztliche-Behandlungsfehler-Recht-mit-Risiko-1074654-1075141/> (12.04.10).

in einem Zeitraum von 15 Jahren sowie – auf strafrechtlicher Seite – in rund 3.000 jährlich neuen staatsanwaltschaftlichen Kunstfehler-Verfahren seinen Niederschlag gefunden hat.“⁷

Heutzutage sieht sich die Ärzteschaft einem Bollwerk an Juristen mit Spezialisierung auf Medizinrecht, sowie Patienten gegenübergestellt, die immer seltener dazu bereit sind, für Gesundheitsschäden ihre eigene Gesundheit verantwortlich zu machen, sondern immer häufiger ihrem Arzt eine Fehlbehandlung vorwerfen.

3 Begriffserklärungen

3.1 Was ist ein ärztlicher Behandlungsfehler?

„Denn der Fehler liegt im Anfang, und der Anfang, heißt es, ist die Hälfte des Ganzen, so dass also auch ein kleiner Fehler im Beginn große Fehler im weiteren Verlauf zur Folge hat.“ (Aristoteles, griechischer Philosoph, Schüler Platos)

Der ärztliche Behandlungsfehler, gemein hin auch als ärztlicher Kunstfehler benannt und bekannt, lässt sich nur sehr schwer genau definieren. Generell ist der Vorwurf einer nicht eingehaltenen oder angemessenen Sorgfaltspflicht das Fundament eines jeden Vorwurfs. Die Rechtsprechung geht dabei von einem Verstoß des Arztes gegen anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft aus. Diese Regeln richten sich nach dem Stand des medizinischen Fortschritts zum Zeitpunkt der vorgeworfenen Fehlbehandlung. Diese kann in Form von aktiven Fehlhandlungen, als auch durch passive Unterlassungen geschehen.⁸

⁷ Ulsenheimer K. (2003), Arztstrafrecht in der Praxis 1.

⁸ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/behandlungsfehler> (07.03.10).

Der deutsche Bundesgerichtshof definiert den Begriff *Behandlungsfehler* wie folgt:
*„Ob der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, der zu einer Gesundheitsschädigung des Patienten geführt hat, beantwortet sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat.“*⁹

Es werden beim Behandlungsfehler folgende Arten unterschieden:

- **Diagnosefehler,**
- **Therapiefehler,**
- **Übernahmeverschulden,**
- **Beratungsfehler,**
- **Organisationsfehler,**
- **Der grobe Behandlungsfehler.**

⁹ BGH NJW 1987, 2292, aus Pelz F.J., Hickl E-J (1999), Häufige und Schadensträchtige Behandlungsfehler in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologe 32: 953-959.

In der folgenden Tab. 1 wird ein Überblick über die häufigsten Behandlungsfehlerarten in Klinik und Praxis gegeben. Im klinischen Bereich geschehen häufiger Fehler als in der Praxis und bei den Fehlerarten stehen therapeutische und diagnostische Maßnahmen an der Spitze.

Die häufigsten Fehler 2008 (max. zwei Fehler pro Antragsgegner)				
Praxis			Klinik	
1.	Diagnostik, bildgebende Verfahren	154	Therapie operativ, Durchführung	473
2.	Diagnostik, Anamnese/ Untersuchung	100	Diagnostik, bildgebende Verfahren	260
3.	Diagnostik, Labor/ Zusatzuntersuchungen	68	Therapie postoperative Maßnahmen	204
4.	Therapie, Pharmaka	66	Diagnostik, Anamnese/ Untersuchung	116
5.	Therapie operativ, Durchführung	61	Indikation	109
6.	Indikation	45	Diagnostik, Labor/ Zusatzuntersuchungen	86
7.	Diagnostik, allgemein	42	Therapie postoperativ, Infektion	75
8.	Überweisung, Facharzt, Konsil	34	Therapie, Pharmaka	74
9.	Therapie, konservativ	37	Therapie operativ, Verfahrenswahl	65

Tab.1: Die häufigsten Behandlungsfehler in Deutschland 2008¹⁰

Erläuterung:

Es sind, unterteilt nach den Versorgungsbereichen Praxis und Krankenhaus, die zehn häufigsten Behandlungsfehlerarten mit der Anzahl der durch Gutachter- und Schlichtungsstellen erfassten Fälle angegeben, unabhängig davon, ob der festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für einen Gesundheitsschaden war oder nicht.

¹⁰ Vgl. http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/behandlungsfehler_gesamtstatistik_stand_110609.pdf (02.06.10).

3.2 Der Diagnosefehler

„Eine der häufigsten Krankheiten ist die Diagnose.“

(Karl Kraus, österreichischer Schriftsteller)

Die Erstuntersuchung mit daraus resultierender Diagnose und Differentialdiagnosen ist aus medizinischer Sicht ein Bereich in dem die Wahrscheinlichkeit eines Irrtums, jedenfalls zu Anfang, einer Behandlung noch relativ hoch ist.¹¹ Als erste Fehlerquelle ergeben sich die Unterlassung erforderlicher Untersuchungen oder das nicht Erheben relevanter Daten, um zu einer richtigen Diagnose zu kommen. Ein Diagnoseirrtum liegt vor, wenn der Arzt die von ihm tatsächlich erhobenen oder sonst vorliegenden Befunde falsch interpretiert.¹² *„Eine objektiv unrichtige Diagnose stellt nicht unmittelbar einen Behandlungsfehler dar, vielmehr muss die Erkennbarkeit der Unrichtigkeit der objektiven Diagnose hinzutreten.“*¹³ Der Arzt ist also dazu verpflichtet seine Diagnose durch weitere Untersuchungen und Kontrollen zu festigen und zu verifizieren. Ebenso müssen charakteristische Krankheitsbilder und deren Symptome richtig erkannt werden und, nicht völlig unvertretbar und der Schulmedizin widersprechend, gedeutet werden. Die fehlerträchtigsten Diagnosen im Jahr 2008 stellen laut Tab. 2 die chirurgischen Fächer mit der fehlerhaft behandelten Koxarthrose an der Spitze dar.

Als Beispiele für Diagnosefehler können herangezogen werden:

- Jede Verhärtung oder Schwellung eines Hodens muss so lange als Hodenkrebs betrachtet werden, bis das Gegenteil bewiesen ist.
- Patienten mit Brustschmerzen sind initial nach den Leitlinien zur Abklärung eines Myokardinfarkts zu behandeln.
- Lungenrundherde müssen so lange als bösartig betrachtet werden, bis das Gegenteil bewiesen ist.

¹¹ Vgl. Pelz F.J, Hickl E.-J. (1999), Häufige und Schadensträchtige Behandlungsfehler in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologe 32: 953-959.

¹² Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/diagnosefehler> (07.03.10).

¹³ Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10: 203-207.

Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragsstellung führten	2008
1 Sachentscheidungen gesamt	7133
2 Die häufigsten Diagnosen / ICD10	
2.1 Koxarthrose (Hüftgelenkarthrose)	234
2.2 Gonarthrose (Kniegelenkarthrose)	230
2.3 Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	145
2.4 Oberschenkelfraktur	136
2.5 Mamma, Neubildung, bösartig (Brustkrebs)	134
2.6 Unterarmfraktur	131
2.7 Bandscheibenschäden, lumbal	129
2.8 Rückenschmerzen	107
2.9 Bursitis, Schulter (Entzündung des Schleimbeutels)	104
2.10 Kniebinnenschaden (degenerativ)	100

Tab. 2: Die häufigsten Diagnosen, die 2008 zu einer Antragsstellung führten.¹⁴

Erläuterung:

Es sind, in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit, die zehn häufigsten Diagnosen angegeben, welche zur Antragsstellung eines Gutachtens oder Schlichtungsstellenverfahrens im Jahre 2008 geführt haben.

3.3 Der Therapiefehler

Nachdem eine Diagnose gestellt wurde, folgt in der Medizin die Therapie. Bei deren Auswahl sollten Aspekte wie das Stadium der Krankheit, Vorerkrankungen, Allergien, der körperliche Zustand, die Psyche und Individualität, sowie die persönliche Situation des Patienten in die Entscheidungsfindung einfließen. Bei der Wahl der richtigen Therapie sollte auch immer der Wille des Patienten berücksichtigt werden. Er muss dabei in einer für ihn verständlichen Art und Weise über das Vorgehen bei der geplanten Therapie aufgeklärt werden, wobei auch gegebenenfalls Missverständnisse ausgeräumt, Ängste und Befürchtungen

¹⁴ Vgl. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/behandlungsfehler_gesamtstatistik_stand_110609.pdf (02.06.10).

zur Sprache gebracht und damit genommen werden sollen. Letzten Endes sollte der Patient im Konsens mit dem Arzt alle weiteren Schritte planen.

Der Arzt ist zwar nicht zwingend an gewisse Leitlinien gebunden, darf aber auch nicht nach rein persönlicher Einschätzung gewisse Maßnahmen ergreifen. Die durchgeführte Behandlung sollte dem Stand der Medizin entsprechen, wobei ebenso gilt: *„Der Arzt ist nicht auf den Bereich der Schulmedizin begrenzt. Neue Behandlungsmethoden dürfen angewendet werden, auch wenn sie sich noch in der Erprobung befinden, ferner auch Außenseitermethoden, sofern sie für den Patienten risikoärmer, weniger belastend oder erfolgversprechender sind oder dem Patienteninteresse besser entsprechen.“*¹⁵

Die häufigste Art des Therapiefehlers stellt der Fehler in der Arzneimitteltherapie dar. In der *Harvard Medical Practice Study*¹⁶ liegt der Anteil an arzneimittelinduzierten Schäden bei 19,4% aller Schäden, wobei die Hälfte davon als vermeidbar eingestuft wurde. Die Kosten für arzneimittelinduzierte Schäden werden in den USA auf jährlich zwei Milliarden USD geschätzt. Die meisten Fehler ereignen sich beim Verschreiben, Transkribieren, Zubereiten und Darreichen von Arzneimitteln.¹⁷

Als Beispiele für Therapiefehler können angeführt werden:

- Der Arzt entscheidet sich für eine falsche bzw. völlig unangebrachte Therapie.
- Unterlassung oder fehlerhaftes Aufklären vor oder während einer Behandlung.
- Fehler bei der eigentlichen Behandlung (Bei Operationen, ambulanten Eingriffen oder während des stationären Aufenthaltes).¹⁸

¹⁵ Pelz F. J. Hickl E.-J. (1999), Häufige und Schadensträchtige Behandlungsfehler in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologe 32: 953-959.

¹⁶ 1984 im Bundesstaat New York, USA durchgeführte Analyse von Patientenakten um Daten über Behandlungsfehler zu gewinnen.

¹⁷ Vgl. Zipper S. G. (2006), Medical Risk Management. Medizinische Klinik 101: 796-803.

¹⁸ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/therapiefehler> (07.03.10).

3.4 Das Übernahmeverschulden

Der zentrale Punkt beim Übernahmeverschulden ist allgemein durch eine Überschreitung der Kompetenz gegeben. Dies kann sich in der Praxis durch verschiedene Situationen ergeben. Ein Hausarzt muss beispielsweise bei komplizierten Erkrankungen seinen Patienten an einen Facharzt überweisen und wäre gut darin beraten, ihn nicht selbstständig weiter zu behandeln. Es sollte generell jeder Arzt über eine realistische Selbsteinschätzung bezüglich seiner Erfahrung und Fertigkeiten verfügen und auch danach handeln. *„Denn eine Tätigkeit, deren ordnungsgemäße Erfüllung er nicht garantieren kann, darf ein gewissenhafter Arzt nicht aufnehmen oder weiterführen, es sei denn, es handelt sich um Ausnahmesituationen oder Notfälle, in denen auch der Arzt gefordert ist und helfen muss, dessen Fähigkeiten und Möglichkeiten nach eigener Einschätzung nicht ausreichen.“*¹⁹ Als weiteren Ursprung eines Übernahmeverschuldens ist der Fall zu nennen, bei dem z. B. ein Oberarzt seinem Assistenzarzt eine Tätigkeit überträgt, die dieser aber aufgrund mangelnder Erfahrung und Übung nicht mit Sicherheit richtig ausführen kann. *„Auch ein junger Arzt muss aufgrund seiner ärztlichen Verantwortung einen derartigen Konflikt zwischen seinen eigenen beruflichen Interessen und der Sorge um die Gesundheit und das Leben des Patienten von Rechts wegen zu dessen Gunsten entscheiden.“*²⁰

Ebenso muss angeführt werden, dass jeder Facharzt auch nur innerhalb seines Faches tätig sein sollte. Kommt es bei seinem Patienten zu Symptomen oder gar Komplikationen aus einem ihm fremden Fachgebiet, muss ein entsprechend ausgebildeter Spezialist im Zuge eines Konsils hinzugezogen werden. Als Beispiel hierfür kann angegeben werden, *„wenn ein Chirurg ohne spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Notfalltherapie die Doppelverantwortung für einen – jederzeit aufschiebbaren – operativen Eingriff und zusätzlich die Narkose übernimmt und dann versehentlich einen tödlichen Anästhesiez Zwischenfall auslöst, den ein erfahrener Anästhesist gemeistert hätte, ist er wegen fahrlässiger Tötung strafbar.“*²¹

¹⁹ Ulsenheimer K. (2003), Arztstrafrecht in der Praxis 36.

²⁰ Ulsenheimer K. (2003), Arztstrafrecht in der Praxis 38.

²¹ Vgl. ebenda.

Schließlich ist noch zu nennen, dass auch ein Krankenhaus einen Übernahmefehler begehen kann, indem es einen Patienten aufnimmt, für dessen Krankheit es nicht den erforderlichen Standard bzw. ausreichend qualifiziertes Personal vorweisen kann. Ein Haus der unteren Versorgungsstufe darf beispielsweise ein Unfallopfer nur notfallmäßig z. B. zur Akutdiagnostik und Sicherung der Vitalfunktionen im Schockraum und evtl. zur operativen Stillung von lebensbedrohlichen Blutungen bis Transportfähigkeit gegeben ist versorgen. Es muss weiters zum schnellst möglichen Zeitpunkt einen Weitertransport in eine Spezialklinik zu weiterer fachgebundener Versorgung des Unfallopfers veranlassen.

3.5 Der Beratungsfehler

Im österreichischen Kassenarztrecht hat das ärztlich-therapeutische Gespräch die Positionsbezeichnung *„ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil.“*²²

Das heißt, der Patient kann nur durch die Kenntnis von Vor- und Nachteilen, Erfolgsraten und Risiken eine Entscheidung treffen. An diese muss sich der Arzt aufgrund des *Direktionsrechts* halten, welches besagt, dass der Arzt den Weisungen des Patienten unterworfen ist. Es muss also der Arzt, bevor er mit einer Behandlung beginnt, als erstes seinen Patienten nach dessen Vorstellungen und Wünschen bezüglich einer Therapie befragen. Erst dann kann er ihm die zur Auswahl stehenden Optionen nennen und in einer für ihn verständlichen Art und Weise erläutern. Daraus ergibt sich die Aufklärungspflicht des Arztes.

Die rechtlichen Grundlagen dazu sind:

- Der Behandlungsvertrag,
- das Verfassungsrecht (Selbstbestimmungsrecht des Patienten),
- das ärztliche Standesrecht.²³

²² Vgl. http://hta.lbg.ac.at/media/pdf/HTA-Projektbericht_001.pdf (08.03.10).

²³ Vgl. http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzt_pflichten/aufklaerungspflicht.htm (08.03.10).

Es gibt folgende Arten der Aufklärung:

- **Verlaufsaufklärung** (über Art, Umfang und Durchführung der geplanten Behandlung/ Operation),
- **Risikoaufklärung** (über alle nicht völlig außer Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken und über die typischen Risiken der geplanten Behandlung),
- **Krankheitsaufklärung** (über Zustand des Patienten, Diagnose, Krankheit und deren Schwere),
- **Therapeutische Aufklärung** (auch Hinweispflicht über alle weiteren Umstände, die notwendig erscheinen, damit die Behandlung erfolgreich sein kann),
- **wirtschaftliche oder versicherungsrechtliche Aufklärung** (z. B. wenn eine Leistung privat abgerechnet wird, welche die Krankenversicherung oder Beihilfe möglicherweise nicht bezahlt).²⁴

Zum Vorwurf eines Beratungsfehlers kommt es letzten Endes, wenn der geschädigte Patient einer Behandlung oder einem Eingriff zugestimmt hat, dem er nicht zugestimmt hätte, wenn er verständlich und lückenlos über alle Gegebenheiten und Risiken aufgeklärt worden wäre. In diesem Fall kann die Patienteneinwilligung als nichtig erklärt werden und der Arzt für das Vergehen der Körperverletzung belangt werden.

Ein therapeutischer Aufklärungsfehler ergibt sich daraus, dass dem Patienten durch einen vom Arzt nicht gegebenen Hinweis ein vermeidbarer Schaden entsteht.

Ein Beispiel dafür ist ein Verkehrsunfall, der zustande kommt, weil der Arzt den Patienten nicht darauf hinweist, dass er nach einer Sedierung im Zuge eines endoskopischen Eingriffs nicht sofort verkehrstüchtig ist.

²⁴ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/beratungsfehler.htm> (08.03.10).

3.6 Der Organisationsfehler

Um eine erfolgreiche und gut funktionierende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, bedarf es einer gewissen medizinischen Infrastruktur. Dabei müssen alle beteiligten Institutionen genauestens miteinander koordiniert ablaufen und funktionieren (siehe dazu Abb. 1). Zu diesen Institutionen zählen die niedergelassenen Praktiker und Fachärzte, Pflegeeinrichtungen wie Altenheime und Behindertenheime, der ärztliche Notdienst, der Rettungsdienst mit Notarztwesen und schließlich die Krankenhäuser mit aufsteigenden Versorgungsstufen und ihren operativen, ambulanten, stationären sowie intensivmedizinischen Einrichtungen. Um ein Ineinandergreifen dieser Organe untereinander und jeglicher interner Abläufe zu garantieren, bedarf es eines beträchtlichen organisatorischen Aufwandes, im Zuge dessen Fehler nicht ausgeschlossen werden können.

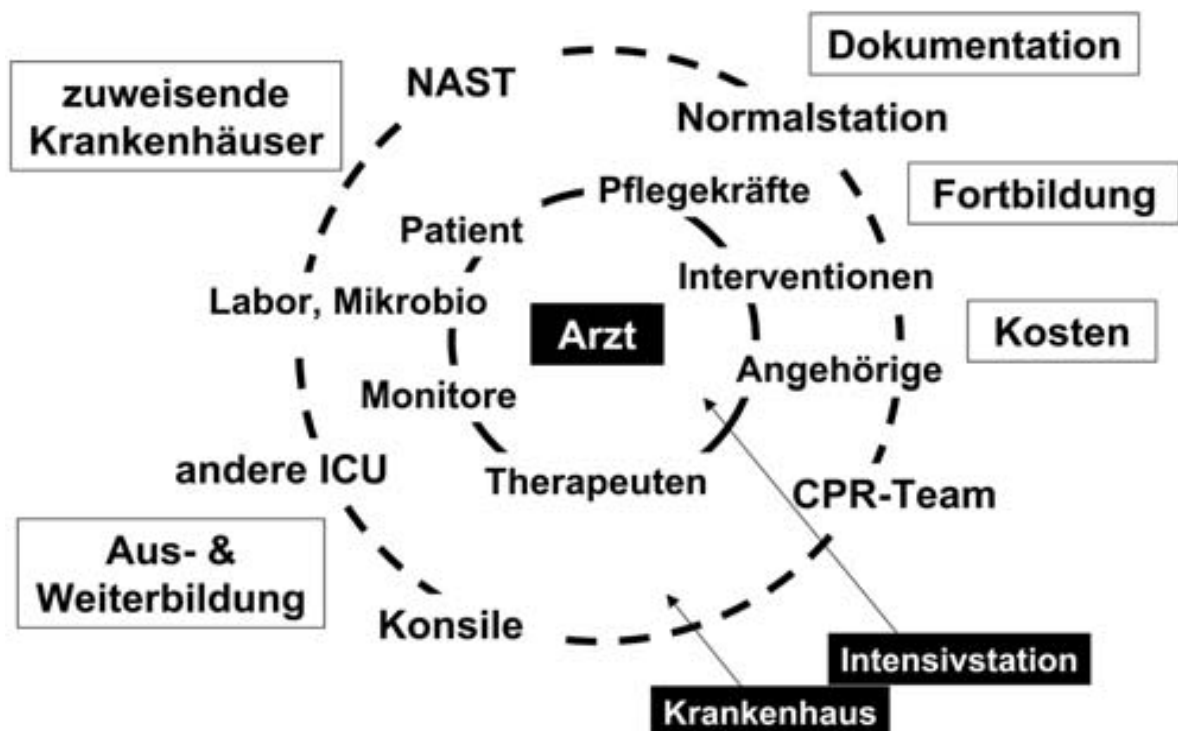


Abb.1: Medizinische und administrative Aufgabenbereiche.

Im Zentrum der verantwortliche Mediziner innerhalb der Intensivstation (durchgezogene Linie), außerdem der Arzt im Organisationsbereich des Krankenhauses (gestrichelte Linie) und darüber hinaus.²⁵

²⁵ Vgl. Graf J. Jannsens U. Max M. (2007), Fehler und Zwischenfälle in der Intensivmedizin, Intensivmed 44: 119-128.

Beim Organisationsfehler per se steht also nicht direkt der Arzt als ursächliche Fehlerquelle fest, sondern vielmehr die medizinische Institution in Form einer fehlerhaft funktionierenden Maschinerie, wobei sich hier (Tab. 3) das Krankenhaus durch seine komplexere Struktur als fehlerträchtiger zeigt.

Antragsgegner / Behandlungsorte	
1 Gesamtzahl der Antragsgegner bei Sachentscheidungen	8058
2 Krankenhausbereich	5672
3 Praxis	2386

Tab. 3: Antragsgegner im Praxis- und Krankenhausbereich im Jahr 2008.²⁶

Erläuterung:

Unter 1 ist die Gesamtzahl der Antragsgegner bei Sachentscheidungen bei Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen aufgeführt, wobei von maximal vier Antragsgegnern pro Gutachterverfahren ausgegangen wird.

Unter den Punkten 2 und 3 wird die Anzahl der Anträge auf die Versorgungsbereiche Krankenhaus und Praxis gegenübergestellt.

Erkrankt ein Patient beispielsweise an einer Infektionskrankheit, hervorgerufen durch vernachlässigte Hygienestandards von Seiten der Einrichtung, so spricht man von einem Organisationsfehler. Ebenso muss ein Krankenhaus, falls es eine Notaufnahme führt, diese auch rund um die Uhr mit fachlich ausreichend qualifizierten Ärzten sowie speziell geschultem Pflegepersonal besetzen. Im Falle eines eintreffenden Verunglückten muss dieser in einem angemessenen Zeitrahmen adäquat versorgt werden. Anderenfalls kann das Krankenhaus dafür belangt werden.

²⁶ Vgl. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/behandlungsfehler_gesamtstatistik_stand_110609.pdf (02.06.10).

3.7 Der grobe Behandlungsfehler

Der Begriff *grober Behandlungsfehler* ist gesetzlich nicht definiert sondern beschreibt vielmehr eine juristische Wertigkeit, die mittels eines Sachverständigen ermittelt wird. Nach der Standardformulierung des deutschen Bundesgerichtshofes liegt ein grober Behandlungsfehler vor, *„wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.“*²⁷

Haftungsrechtlich ist der sog. grobe Behandlungsfehler von überragender Bedeutung. Beim Vorliegen eines einfachen Fehlers hat der Patient zu beweisen, dass dieser auch für den eingetretenen Körperschaden oder die ausgebliebene Heilung ursächlich war, was wegen der Unberechenbarkeit der menschlichen Natur und der oft in Betracht kommenden weiteren Ursachen für den Patienten schwierig ist. Bei einem groben Behandlungsfehler tritt jedoch im Regelfall eine Umkehr der Beweislast ein, mit der Folge, dass der Arzt zu beweisen hat, dass der Fehler als Ursache für den Schaden ausscheidet.²⁸ Man spricht dabei von Kausalität. In Abb. 2 und Abb. 3 sind Beispiele für bejahte und verneinte Kausalität für den Tod von Patienten aufgezeigt. Bestätigt wurde die Kausalität z. B. in einem Fall, als ein Notarzt erst während eines Hubschraubertransports eine Fehlintonation in den Ösophagus feststellte und dadurch ein sieben jähriges Mädchen verstarb. Die Lagekontrolle des Tubus entsprach dabei nicht dem *state of the art* und war somit kausal für den Tod. Der Arzt muss beim groben Behandlungsfehler z. B. mit Hilfe von Gutachten aufzeigen, dass ein von seiner Behandlung völlig unabhängiger Faktor den Schaden des Patienten herbeigeführt hat, was sich in der Medizin als nicht exakte Wissenschaft äußerst schwierig gestaltet. Dem Richter ist es nicht gestattet, ohne medizinische Darlegungen eines oder mehrerer Sachverständiger einen groben Behandlungsfehler aus eigener Wertung festzustellen.²⁹

²⁷ Pelz F. J. Hickl E.-J. (1999), Häufige und Schadensträchtige Behandlungsfehler in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologie 32: 953-959.

²⁸ Vgl. ebenda

²⁹ Ulsenheimer K. (2003), Arztstrafrecht in der Praxis, 45.

Da die Arzthaftung keine Gefährdungshaftung ist, haftet der Arzt für einen Behandlungsfehler allerdings nur, wenn dieser Ursache für den Gesundheitsschaden des Patienten ist.

Lfd. Nr.	Alter, Geschlecht	Grundleiden	Maßnahme	Komplikation, Todesursache (TU)	Kausalität
1	40 J., m	Akuter Alkoholrausch	Hausbesuch	TU: Alkoholintoxikation (4,23‰), Patient bei Notarztbesuch nicht ansprechbar, hätte ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, Untersuchung wurde nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt	Bejaht
2	71 J., m	Herzinsuffizienz, vor Krankenhaus kollabiert	Reanimation unterlassen	TU: frischer Herzinfarkt; kein vernünftiger Grund für Unterlassen der Reanimation, unzureichende ärztliche Hilfeleistung, es fanden sich keine Gründe, die Reanimation von vornherein aussichtslos erscheinen lassen	Bejaht
3	7 J., w	Verkehrsunfall	Intubation	Fehlintonation in Ösophagus auf Transport im Hubschrauber festgestellt; TU: hypoxischer Hirnschaden; Lagekontrolle des Tubus entsprach nicht den Regeln der ärztlichen Kunst	Bejaht
4	57 J., m	Suizidaler Kopfschuss mit Bolzenschussgerät	Tracheotomie	TU: Blutaspiration; Tracheotomie nicht schnellstmöglich und unsachgerecht durchgeführt, nachdem Intubation nicht gelang und Muskelrelaxans bereits gegeben war, aufgrund der Schädelverletzungen keine infauste Prognose	Bejaht
5	46 J., w	Magersucht, akute Bauchschmerzen	Hausbesuch	TU: Peritonitis bei Ileus; Krankenhauseinweisung wurde unterlassen, Patientin hochgradig ausgezehrt, adäquate Therapie hätte Überlebenschancen deutlich verbessert	Bejaht

Abb. 2: Beispiele für bejahte Kausalität für den Tod des Patienten.³⁰

Lfd. Nr.	Alter, Geschlecht	Grundleiden	Maßnahme	Komplikation, Todesursache (TU)	Kausalität
1	32 J., m	Zustand nach Amputation beider Beine wegen Gefäßerkrankung, akut Schmerzen in der Brust	Hausbesuch, unbekannte Medikamente gegeben	TU: Herzinfarkt; vom Notarzt nicht erkannt, im Hinblick auf die Vorgeschichte hätte sofortige Krankenhauseinweisung erfolgen müssen, ob stationäre Therapie Leben gerettet hätte nicht beweisbar	Verneint
2	56 J., m	Bekannte Probleme mit Bandscheibe, jetzt nachts Schmerzen in Brust und Armen	Hausbesuch, Beschwerden auf Bandscheibe zurückgeführt	TU: frischer Herzinfarkt; bei geschilderten Beschwerden hätte Infarkt differenzialdiagnostisch mit einbezogen werden müssen, Rettbarkeit nicht beweisbar	Verneint
3	69 J., m	Blutung aus After, verwahrlost und hilflos in Wohnung	Hausbesuch, Hausarzt verständigt	TU: Blutung aus Magenulkus; hätte zur weiteren Diagnostik eingewiesen werden müssen, Rettbarkeit nicht beweisbar	Verneint
4	8 Mon., w	Erbrechen, Durchfall	Gabe von MCP-Tropfen	TU: generalisierte Gefäßentzündung; MCP bei Säuglingen kontraindiziert und ärztliche Fehlleistung, aber nicht todesursächlich	Verneint
5	86 J., w	Apoplex bei Hypertonie	Gabe von 5000 IE Liquemin [®] und Aspisol [®]	TU: Hirnmassenblutung; im Krankenhaus Quick-Wert unter 5%, Liquemin [®] war kontraindiziert, nicht mit ausreichender Sicherheit festzustellen, ob Hirnblutung Folge des Medikaments oder sekundäre Einblutung nach Apoplex	Verneint
6	64 J., w	Schmerzen in der Brust	Unterlassene Krankenhauseinweisung	TU: frischer Herzinfarkt, Pneumonie; Gutachten Innere Medizin: Röntgenbefund spricht für Fehler durch unterbliebene Einweisung, aber der Tod wäre dadurch nicht sicher verhindert worden	Verneint

Abb. 3: Beispiele für verneinte Kausalität für den Tod des Patienten.³¹

³⁰ Vgl. Fischer M. Lackner C.K. Schreiber W. (2007), Behandlungsfehlervorwürfe in der Notfall- und Rettungsmedizin sowie der Notaufnahme, Notfall + Rettungsmedizin 8: 569-578

³¹ Vgl. ebenda

Weitere Beispiele für von der Judikatur bejahte grobe Behandlungsfehler:

- Unterlassene Erhebung zweifelsfrei gebotener Befunde bei auf Meningitis hindeutenden Symptomen durch den Notarzt,³²
- Verschweigen der Tatsache, dass bei einer Operation eine Bohrspitze abgebrochen und im Knochen verblieben ist,³³
- mangelnde postoperative Überwachung durch Nichteinsatz eines vorhandenen Pulsoxymeter trotz vorheriger Opiat-Applikation bei der Narkose,³⁴
- Delegation der Überwachung einer Risikogeburt (Vorderhauptlage des Kindes) allein auf die Hebamme,³⁵
- nicht rechtzeitige Eröffnung eines geschlossenen Oberarmgipses trotz über mehrere Tage geklagter starker Schmerzen, Schwellungen der Finger und Ausfall der Motorik,³⁶
- Unterlassen einer dringenden Empfehlung zur Klinikeinweisung trotz Herzinfarktverdachtes,³⁷
- Nichterkennen einer Peritonitis und deshalb zu späte Verlegung nach einer Blinddarmoperation, obwohl Komplikationen (erhöhte Temperatur, Erbrechen, kein Stuhlgang) und zusätzliche Alarmzeichen (erhöhte Leukozytenzahl, Pulsanstieg auf Werte zwischen 140 und 160, harter Bauch) auftraten.³⁸

³² OLG Stuttgart, VersR 1994, 313.

³³ OLG Stuttgart, VersR 1989, 632.

³⁴ LG Stuttgart, Urt. V. 29.08.01 – 42 Ns 116 Js 12967/99.

³⁵ OLG Oldenburg, VersR 1992, 453,454.

³⁶ BGH v. 26.06.84 – 5 StR 93/84.

³⁷ OLG Celle, VersR 1985, 346.

³⁸ BGH NStZ 81, 218.

4 Die Sicht des Patienten

Wie schon in der Einleitung erwähnt, ist Gesundheit bzw. die Abwesenheit von Krankheit des Menschen wertvollstes Gut. Einmal erkrankt oder verunfallt ist er den Ärzten, Pflegern, Sanitätern und allen weiteren Werkzeugen der Medizin als Patient ausgeliefert. In der Vergangenheit war er meist gewillt das Nichtansprechen einer Therapie, ein nicht befriedigendes Operationsergebnis, eine nicht gänzliche Rehabilitation nach einem Unfall oder einen bei der Therapie aufgetretenen Fehler als kalkuliertes Risiko oder Unglück hinzunehmen. Dies ist vor allem durch den damaligen Stand der Medizin zu erklären. Operationen, welche heute als absoluter Standard in jedem Krankenhaus durchgeführt werden, waren einst komplikationsreiche Eingriffe mit einhergehender Mortalität und Komorbidität. Dementsprechend war die Erwartungshaltung der Patienten geringer sowie die Toleranz gegenüber der Ärzteschaft viel höher als heute. Mit dem stetig wachsenden medizinischen Fortschritt wächst auch der Anspruch der Patienten. Aus dem demütigen Kranken von einst sind fordernde Kunden des Medizinbetriebes geworden; denn die Bereitschaft der Patienten, ärztliches Versagen hinzunehmen, hat in den vergangenen Jahren stark abgenommen.³⁹ Gesundheitsschäden werden zunehmend nicht dem eigenen Lebensstil oder dem Lauf der Natur zugeschrieben, sondern die Therapie des eigenen Arztes als Fehlbehandlung vorgeworfen. Der *moderne Patient* von heute hat sich schon aufgrund einer gewissen Kommerzialisierung von Medizin durch Medien, wie z. B. medizinische Talkrunden, Gesundheitszeitschriften oder medizinische Internetseiten, ein fundiertes medizinisches Laienwissen angeeignet. So informiert er sich vor dem Arztbesuch z. B. via Internet über seine vermeintliche Erkrankung und tritt so mit einer anderen Erwartungshaltung als der uninformierte Patient dem Arzt gegenüber. Weicht der Mediziner nun in der Diagnosefindung, der Therapie oder Medikation von seinen gewonnenen Vorstellungen ab, kommt leicht Misstrauen auf.

³⁹ Vgl. <http://www.zeit.de/2003/12/Kunstfehler> (23.03.2010).

Genannte Faktoren führen zu einer dramatischen Wandlung in dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Wo idealerweise Vertrauen und Partnerschaft herrschen sollte, findet man häufig Zweifel und Bedenken.⁴⁰ Ebenso ursächlich dafür dürfte der Umstand sein, in welcher Art und Weise in den Medien mit vermeintlichen ärztlichen Behandlungsfehlern umgegangen wird. Gerne berichten Medien, die meistens der sog. Regenbogenpresse zugeordnet werden, mit Aufmachern wie *Ärztepfusch*, *Halbgott in weiß oder schwarzes Schaf?* und ähnlichen Schlagzeilen auf emotionaler Ebene über Opfer medizinischer Kunstfehler und können sich dabei aufgrund von Sensationsdarstellungen und Schaulust über hohe Quoten erfreuen. In Folge dessen wird dabei der Argwohn gegenüber der Medizin in der Öffentlichkeit geschürt. Niemand ist vor Krankheit oder Unfall sicher und könnte so bei der nächsten Konfrontation mit einem Arzt ein ähnliches Schicksal erleiden.

Neben den äußeren Faktoren geht auch oft die Ursache für eine Patientenklage vom Arzt aus. Der Arzt von heute darf nicht mehr nur rein medizinisch, sondern muss ökonomisch handeln. Darunter leidet zum einen er selbst, zum anderen jedoch ebenso wesentlich seine Patienten. Durch immer längere Arbeitszeiten und härtere Bedingungen sowie aufkommenden Personalmangel kann sich der Arzt nicht mehr jene Zeit für seine Patienten nehmen, welche eigentlich notwendig wäre. Die Hauptfolge dessen ist fehlende Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Bereits beim Vorstellungsgespräch im Sprechzimmer herrscht unglücklicherweise oft Distanziertheit anstelle von Einfühlsamkeit.⁴¹ Setzt sich dies im stationären Aufenthalt fort, fühlt sich der Patient übergangen, missverstanden und vernachlässigt. Ebenso kann er weder richtig über seine Therapie aufgeklärt, noch in eine Entscheidungsfindung eingebunden werden. Umstände wie diese geben oft erst den Ausschlag dafür, dass Medizinopfer sich immer häufiger dazu entscheiden, rechtliche Schritte einzuleiten, und so steigt die Zahl der Verhandlungen von Behandlungsfehler Jahr für Jahr.

⁴⁰ Vgl. <http://www.zeit.de/2003/12/Kunstfehler> (23.03.2010).

⁴¹ Vgl. ebenda.

Die folgende Tab. 4 zeigt den Anstieg an Vorwürfen vom Jahr 2007 zum Jahr 2008 und vermittelt ebenso, dass die häufigsten Fehler in der Medizin bei operativen Eingriffen passieren. Davon gefolgt sind die Vorwürfe von Diagnosefehlern, bei Anamneseerhebung, Untersuchung und Bildgebung.

Patientenvorwürfe	2007	2008
Gesamtzahl der Vorwürfe	12658	13477
Die häufigsten Vorwürfe		
Therapie operativ, Durchführung	3262	3416
Diagnostik, Anamnese/ Untersuchung	798	1088
Diagnostik, bildgebende Verfahren	975	1040
Therapie postoperative Maßnahmen	908	1028
Aufklärung, Risiko	675	701
Therapie, Pharmaka	548	648
Therapie, konservativ	598	555
Diagnostik, Labor/ Zusatzuntersuchungen	385	474
Indikation	530	446
Therapie postoperativ, Infektion	364	376

Tab. 4: Anzahl an Patientenvorwürfen der Jahre 2007 und 2008 im Vergleich.⁴²

Erläuterung:

Zahlen der zehn häufigsten erhobenen Vorwürfe, gegliedert nach den Teilbereichen ärztlicher Tätigkeit.

⁴² Vgl. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/behandlungsfehler_gesamtstatistik_stand_110609.pdf (02.06.2010).

Neben dem Grund des Zeitmangels der Ärzte muss auch genannt werden, dass vielen Ärzten die Kompetenz einer richtigen Kommunikation schlichtweg fehlt. Wird heutzutage sogar das Überbringen von tödlichen Diagnosen in neuen reformierten Studienplänen des Medizinstudiums gelehrt und geübt, haben Absolventen eines älteren Studienplanes meist nicht das Führen des so wichtigen Diagnose- und Therapiegespräches erlernt. Leider zeigt es sich ebenfalls im täglichen Leben recht häufig, dass Patienten im Zuge eines ärztlichen Gesprächs angeben, dass sie alles verstanden haben und es keine weiteren offenen Fragen gibt, obwohl sie das Besprochene keineswegs verstanden haben. Ursächlich dafür dürfte der Umstand sein, dass der Patient in der geschilderten Situation überfordert ist mit der Menge an Information, die ihm übermittelt wird.

Die Kommunikation nimmt in der Arzt-Patientenbeziehung eine Schlüsselrolle ein und ist dafür entscheidend, ob sich der Patient gut behandelt fühlt und dem Arzt vertraut. Ist dies der Fall und tritt trotzdem ein medizinischer Behandlungsfehler auf, wird dieser viel leichter akzeptiert und hingenommen, wenn er zugegeben sowie einfühlsam, glaubwürdig und mit dem nötigen Respekt geklärt wird. Häufig erfolgt erst der Gang vor Gericht, wenn der Arzt unaufrichtig, arrogant oder ausweichend in der Konfrontation mit einem Fehler dem Patienten gegenüber tritt.⁴³

⁴³ Vgl. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/behandlungsfehler_gesamtstatistik_stand_110609.pdf (02.06.2010).

5 Die Sicht des Arztes

„50 Prozent aller Untersuchungen, die gemacht werden, sind für den Fall, dass Patienten zu Gericht gehen. Deshalb haben wir auch Behandlungsleitlinien entwickelt, an die wir uns halten. Wenn ein Arzt eine Untersuchung auslässt und genau das dann dazu führt, dass eine Erkrankung nicht erkannt wird, kann er bei Gericht später nicht sagen, er habe das nicht gemacht, weil er dem System beim Sparen helfen wollte. Wir haben eine Absicherungsmedizin“⁴⁴, sagte Dr. Harald Mayer, Unfallchirurg im Krankenhaus Schärding, Kurienobmann und Vizepräsident der Oberösterreichischen und der Österreichischen Ärztekammer als Spitalsärztevertreter in der Zeitung *Der Standard* am 09.03.2009.

Diese Aussage spiegelt einige Problematiken, mit denen sich ein Arzt in seinem täglichen Leben konfrontiert sieht, wider. Auf der einen Seite wird durch ein überzogenes Maß an Diagnostik und Therapie eine sehr defensive und abgesicherte, aber auch kostenintensive Medizin, praktiziert, auf der anderen Seite kommt durch die finanzielle Belastung das Gesundheitssystem ins Wanken. Zudem muss jeder Kliniker und vor allem der niedergelassene Arzt bei fortwährenden Lohnkürzungen vermehrt die Ökonomie walten lassen, um konkurrenzfähig bleiben zu können. Der Leidtragende unter dieser Entwicklung ist häufig der Patient. Um heutzutage einen Medizinbetrieb lukrativ zu betreiben, erscheint es schier unmöglich, jedem Patienten das erforderliche Maß an Zuwendung, Einfühlsamkeit und die damit verbundene Zeit bei Aufklärungsgesprächen zukommen zu lassen. Der Präsident der Berliner Ärztekammer Günther Jonitz äußert sich in der Tageszeitung *Die Zeit* mit folgender Feststellung: *„Mehr Patienten mit höheren Ansprüchen in kürzerer Zeit mit weniger Ressourcen“⁴⁵*, und verdeutlicht damit die Problematik für Ärzte im Niedergelassenenbereich.

⁴⁴ Vgl. <http://derstandard.at/1234508794476/Aerztekammer-Haben-Absicherungsmedizin> (24.03.10).

⁴⁵ Vgl. <http://www.zeit.de/2003/12/Kunstfehler> (12.04.10).

Generell kann man sagen, dass dem Faktor Zeit und als Folge daraus mangelnder Kommunikation eine Schlüsselrolle bei Behandlungsfehlern zukommt. So sind beispielsweise laut Abb. 4 24 % der Fehler in der Intensivmedizin auf unzureichende Kommunikation zurückzuführen. So kann es exemplarisch gesehen dazu kommen, dass die Krankenakte nicht mit der erforderlichen Präzision geführt werden kann, die Absprache zwischen zwei behandelnden Ärzten nicht ausreichend stattfindet und ebenso die Gefahr besteht, dass Anweisungen an das Pflegepersonal nicht klar genug ausfallen.

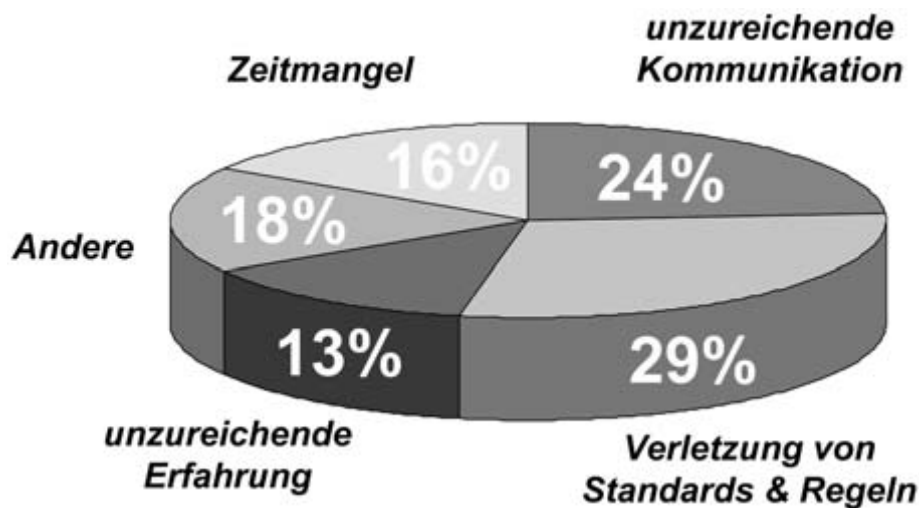


Abb. 4: Ursachen von Fehler und Zwischenfällen am Bsp. der Intensivmedizin.
Es sind weniger Strukturschwächen (Ausbildung, Zeitmangel), als vielmehr Prozessschwächen (Kommunikation, Missachtung von Regeln) für die Entstehung von Fehlern verantwortlich.⁴⁶

Häufig sind genau diese in Abb. 4 illustrierten Missstände der Keim für medizinische Behandlungsfehler oder rechtliche Ansprüche von Seiten des Patienten. Letztere neigen immer häufiger dazu, sich gegen vermeintliche Fehlbehandlungen zu wehren. Damit steigt die Zahl der Schmerzensgelder und Versicherungssummen ebenso wie die Regressforderungen der Krankenkassen.

⁴⁶ Vgl. Graf J, Jannsens U, Max M (2007), Fehler und Zwischenfälle in der Intensivmedizin, Intensivmed 44: 119-128.

Die Anträge bei den Schlichtungsstellen der Ärztekammern haben sich infolge dessen zwischen 1990 und 2000 fast verdoppelt.⁴⁷

Die österreichische Tageszeitung *Der Standard* berichtet im Januar 2010 „von einer heillosen Selbstüberschätzung der Ärzte.“⁴⁸ Demnach überschätzen sich Mediziner im Hinblick auf ihre Kompetenzen unter Schlafmangel in erheblichem Maße. In einer Untersuchung seien Ärzte und Piloten zu ihrer Selbsteinschätzung bezüglich des korrekten Arbeitens unter Schlafmangel befragt worden. Ergebnis ist, dass 40 Prozent der Piloten und 60 Prozent der Mediziner glauben, ihren Job übermüdet gut zu machen. Im Notfall glauben 80 Prozent der Mediziner gut zu funktionieren, hingegen nur 60 Prozent der Piloten.⁴⁹ Die Frage, ob sich diese beiden Berufsgruppen bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen und Abläufe objektiv miteinander vergleichen lassen und ob diese Annahmen der Realität entsprechen, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben.⁵⁰

Ist es zu einem Behandlungsfehler gekommen, wird der Ärzteschaft häufig Arroganz und fehlende Einsicht unterstellt. Diese Phänomene werden vom Präsidenten der Berliner Ärztekammer als Schutzmaßnahmen erklärt, da ein gravierender Behandlungsfehler für einen Arzt den sog. Super-GAU bzw. Existenzvernichtung darstellen kann. Neben auftretenden Regressforderungen und Rufmord spricht Günther Jonitz von tiefgreifenden Schuldgefühlen und einer Zerstörung des Selbstbildes vom Helfer, welcher sich aus moralischen Gründen nie irren darf. Ebenso sollen sich Ärzte vor einem Schuldeingeständnis sträuben, da sie befürchten, dass ihre Versicherung die Regressforderungen und Schmerzensgelder nicht mehr übernimmt.⁵¹

Im Jahr 2008 statuierte das Aktionsbündnis Patientensicherheit ein Exempel und veröffentlicht eine Bekenntnis-Broschüre, in der Ärzte und Schwestern Verfehlungen, welche ihnen unterlaufen sind, zugeben und beschreiben. Ziel dieser Aktion soll es sein, dass die Meldung und der Umgang mit Fehlern enttabuisiert werden und durch Fehlermeldesysteme und Qualitätssicherung ein

⁴⁷ Vgl. <http://www.zeit.de/2003/12/Kunstfehler> (12.04.10).

⁴⁸ Vgl. <http://derstandard.at/1263706009295/Aerztefehler-Heillose-Selbstueberschaetzung-der-Aerzte> (20.06.10).

⁴⁹ Vgl. ebenda.

⁵⁰ Persönliche Anmerkung des Autors.

⁵¹ Vgl. <http://www.zeit.de/2003/12/Kunstfehler> (12.04.10).

zukünftiger optimierter Schutz des Patienten gewährleistet werden kann. Teilnehmende Mediziner dieser Aktion sind unter anderem ein Direktor des Universitätsklinikums Gießen und Marburg sowie der Präsident der Ärztekammer. Man hofft, dass damit weitere Kollegen ihre Fehlbarkeit zugeben und man sich von der unrealistischen Null-Fehler-Toleranz Haltung distanziert. Ebenso ist man sich aber im Klaren, dass Offenheit nur entstehen kann, wenn nicht sofort bei jeder Verfehlung der Staatsanwalt in der Tür steht. Andererseits sollten unverantwortlich handelnde Mediziner in Zukunft stärker zur Rechenschaft gezogen werden.⁵²

6 Juristische Aspekte

6.1 Geschichtlicher Hintergrund

Am 31.05.1884 fand ein Gerichtsprozess statt, bei dem das Reichsgericht einen Arzt verurteilt, der gegen den erklärten Willen des Vaters einem 7-jährigen Jungen einen Fuß amputiert. Das Gericht entscheidet, dass trotz absoluter Indikation und erfolgreicher Operation eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit und damit tatbestandsmäßige Körperverletzung vorliegt. Das Gericht weist darauf hin, dass der verfolgte Heilungszweck des Arztes, der Erfolg der Operation sowie sein Berufsrecht ihm keine rechtliche Befugnis gewähre, sondern nur der Wille des Kranken den Arzt dazu legitimiert, Körperverletzungen straflos zu verüben. Seit diesem vor über 120 Jahren getätigten Urteil stellt jede Behandlungsmaßnahme, welche die körperliche Integrität des Patienten verletzt, ohne Rücksicht darauf, ob sie erfolgreich verläuft, und zwar auch die ärztlich indizierte, lege artis durchgeführte Heilbehandlung, also jede Anästhesie, jeder chirurgische Eingriff und jede Medikamentenapplikation, tatbestandsmäßig, eine Körperverletzung dar und bedarf daher als Rechtfertigungsgrund eine Einwilligung des Patienten.⁵³ Dieses Urteil von damals hat auch heute noch seine Gültigkeit.

⁵² Vgl. <http://www.zeit.de/2008/11/M-Arztfehler> (12.04.10).

⁵³ Ulsenheimer K.(2003), Arztstrafrecht in der Praxis.73.

6.2 *Arzthaftung und Arztstrafrecht*

Bei der Behandlung geht der Arzt rechtlich gesehen einen Dienstvertrag, im Speziellen einen Behandlungsvertrag mit seinem Patienten ein, durch den er zwar nicht zu einer Heilung verpflichtet ist, sehr wohl aber zu fachgerechten Bemühungen mit dem Ziel der Heilung oder Linderung von Beschwerden. Wird diese Pflicht nicht eingehalten und kommt der Patient dabei zu Schaden, begeht der Arzt einen Behandlungsfehler und ist zum Schadenersatz verpflichtet.⁵⁴

Zu den strafrechtlichen Gesichtspunkten ist zu nennen, dass sich der Arzt in seinem Handeln sprichwörtlich ständig mit einem Fuß im Gefängnis befindet. Das Arztstrafrecht befasst sich hier im Wesentlichen mit den Anklagepunkten *Körperverletzungsdelikte* (§§223ff. dStGB), *fahrlässige Tötung* (§222 dStGB), *unterlassene Hilfeleistung* (§323c dStGB) sowie unter anderem der *Verletzung der Schweigepflicht* (§201 dStGB).⁵⁵

6.3 *Berufsrecht*

Das Berufsrecht, welches in Deutschland in den Heilberufsgesetzen auf Länderebene geregelt ist, unterscheidet sich kaum in den jeweiligen Bundesländern. Es orientiert sich im Wesentlichen an der sog. Musterberufsordnung (MBO), welche von der Bundesärztekammer verfasst wird. Der Behandlungsfehler stellt eine Verletzung der Berufsordnung in Form einer Berufspflichtverletzung dar, wofür folgende Maßnahmen vorgesehen sind:

- Verwarnung,
- Verweis,
- Geldbuße bis 50.000 Euro,
- Entziehung des aktiven und passiven Kammerwahlrechts,
- Feststellung der Unwürdigkeit der Berufsausübung.

⁵⁴ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Arzthaftung> (13.04.10).

⁵⁵ Vgl. Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10 Supplement 2: 203-207.

6.4 Approbationsrecht

Als eine der drastischsten Formen der Strafmaßnahmen gegen Ärzte kann es bei Härtefällen zu einem Verfahren über den Entzug der ärztlichen Approbation kommen. Als Fundament für einen derartigen Antrag gibt es zwei verschiedene Vorwürfe, nämlich

- die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Arztberufes,
- die Unwürdigkeit zur Ausübung des Arztberufes.

Die Bundesärztekammer unterscheidet die Begriffe *Unzuverlässigkeit* und *Unwürdigkeit* folgendermaßen:

„Unzuverlässig ist, wer nach seiner Gesamtpersönlichkeit keine ausreichende Gewähr für eine ordnungsgemäße Berufsausübung bietet. Es müssen Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, der Arzt werde in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten nicht beachten. Ausschlaggebend für die Prognose der Zuverlässigkeit ist die Würdigung der gesamten Persönlichkeit des Arztes und seiner Lebensumstände.“⁵⁶

„Unwürdig ist, wer durch sein Verhalten das zur Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Ansehen und Vertrauen bei der Bevölkerung nicht besitzt. Der Arzt muss also lang anhaltend in gravierender Weise gegen seine Berufspflichten verstoßen haben, so dass er nicht mehr das Ansehen und das Vertrauen besitzt, das für die Ausübung seines Berufs unabdingbar nötig ist. Bezüglich der Beurteilung der Unwürdigkeit stellen Gerichte unter anderem auf das durch die Berichterstattung in der Öffentlichkeit zerstörte Ansehen und Vertrauen des Arztes in der Bevölkerung ab.“⁵⁷

⁵⁶ Bundesärzteordnung § 3 Abs. 1 Nr. 2.

⁵⁷ Vgl. ebenda.

Der Widerruf der Approbation erfolgt durch die nach Landesrecht zuständige Behörde des Bundeslandes, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder zuletzt ausgeübt worden ist.⁵⁸ Es ist hierbei anzumerken, dass es sich nach Art. 12 GG bei dieser Maßnahme um einen erheblichen Eingriff in die Berufsfreiheit des Arztes handelt, die der Begründung bedarf, dass zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter ein Vollzug von Nöten ist.⁵⁹

6.5 Schadensersatz

Eine Einbuße an Leben, Gesundheit oder Vermögen, welche durch ein bestimmtes Ereignis eingetreten ist, wird als *Schaden* definiert. Ermittelt wird der Schaden indem man die Situation vor und nach dem Ereignis vergleicht und gegenüberstellt.⁶⁰

Grundsätzlich trifft der Schaden nach § 1311 ABGB (österreichisches Recht) denjenigen, in dessen Vermögen oder Person er sich ereignet hat.⁶¹ Ähnlich verhält es sich mit dem deutschen Recht.

Die rechtliche Anspruchsgrundlage ist bei der Arzthaftung der Behandlungsvertrag. Bei einem eingetretenen Therapiefehler oder bei unerlaubter Handlung wurde dieser nicht eingehalten, wobei Rechtsgüter wie Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit oder Vermögen verletzt worden sein müssen. Es muss dabei als Voraussetzung jemand schuldhaft seine Pflichten verletzt haben und damit direkt für den eingetretenen Schaden verantwortlich sein.

Festgestellt wird dies durch die sog. *conditio sine qua non* (Äquivalenztheorie), wobei man prüft, ob der Schaden auch ohne das pflichtwidrige Verhalten des Beschuldigten eingetreten wäre bzw. „*ob ohne das sorgfaltswidrige Handeln des Arztes bzw. bei Vornahme der gebotenen Maßnahme der negative Erfolg (Tod oder Körperverletzung) vermieden worden wäre.*“⁶²

⁵⁸ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169.5425&ts=3> (27.04.10).

⁵⁹ Vgl. Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10 Supplement 2: 203-207.

⁶⁰ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schadenersatz> (24.04.10).

⁶¹ Vgl. <http://www.rechtsfreund.at/schadenersatz.htm> (24.04.10).

⁶² K. Ulsenheimer (2003), Arztstrafrecht in der Praxis. 207.

Lässt sich eine dieser Fragen nur unvollständig oder nur mit *hoher Wahrscheinlichkeit* beantworten, wird jeder Richter auf die Entscheidungsregel *In dubio pro reo*, also *im Zweifel für den Angeklagten*, zurückgreifen und den Arzt freisprechen.⁶³

Bei eingetretenen Schäden werden Vermögensschäden und Nichtvermögensschäden unterschieden, wobei bei Letzteren die Geschädigten eine Einbuße an Gesundheit oder Freiheit erleiden und durch Schmerzensgeldzahlungen entschädigt werden.

Ein Beispiel für einen Vermögensschaden wäre, wenn nach einer fehlerhaften Operation eine Korrekturoperation für 10.000 Euro durchgeführt werden muss. Der Vermögensschaden beläuft sich dabei also auf die entstandenen Kosten von 10.000 Euro.⁶⁴

Dem Bürgerlichen Gesetzbuch zufolge muss der Beschuldigte grundsätzlich den Zustand wieder herstellen, der ohne sein fehlerhaftes Handeln gegeben wäre. Ebenso muss er für alle Folgeschäden aufkommen.⁶⁵

Zu den Vermögensschäden zählen:

- Kosten der Heilbehandlung,
- vermehrte Bedürfnisse (z.B. durch Pflegedienste),
- Erwerbsschäden,
- Schaden für den entgangenen Unterhalt, weil der Geschädigte seinen Unterhaltungspflichten nicht mehr nachkommen kann.⁶⁶

⁶³ K. Ulsenheimer (2003), Arztstrafrecht in der Praxis.208.

⁶⁴ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schadenersatz> (24.04.10).

⁶⁵ Vgl. ebenda.

⁶⁶ Vgl. ebenda.

6.5.1 Kosten der Heilbehandlung

Als Kosten der Heilbehandlung sind alle Mittel gemeint, die für eine aus dem Behandlungsfehler resultierende und erforderliche medizinische Behandlung verursacht werden. Im Konkreten sind dies die Kosten weiterer Behandlungen, Operationen und des damit verbundenen Krankenhausaufenthaltes, die Fahrtkosten zu Fachärzten sowie auch Fahrtkosten der Angehörigen für Besuche in der Klinik. Schließlich werden auch die Mittel für Kuren oder erforderliche Reha-Maßnahmen zu den Kosten der Heilbehandlung gezählt.

6.5.2 Vermehrte Bedürfnisse

Unter vermehrten Bedürfnissen werden die Kosten für Pflegedienste, welche durch die resultierenden körperlichen Beeinträchtigungen oder auch Langzeitfolgen in Anspruch genommen werden müssen, verstanden. Falls Familienmitglieder die Pflege des Geschädigten übernehmen, ist deren Entschädigung über den Krankenpflegetarif geregelt.⁶⁷

6.5.3 Erwerbsschäden

Zu den Erwerbsschäden werden alle wirtschaftlich bedingten Beeinträchtigungen und Ausfälle gezählt, die dadurch entstehen, dass der Geschädigte nicht arbeiten kann. Es wird dabei zwischen den selbstständig Tätigen (Freiberufler, selbstständige Handwerker, Landwirte, Unternehmer usw.) und den unselbstständig Tätigen unterschieden. Bei den Erstgenannten gestaltet sich die Schadensschätzung komplexer, wohingegen bei den Angestellten von den Kosten einer fiktiven Ersatzkraft ausgegangen wird.⁶⁸ Wenn der Geschädigte durch einen Behandlungsfehler nicht mehr in vollem Umfang arbeiten kann, besteht eine Rentenminderung, die auch als Schaden geltend gemacht werden kann.

⁶⁷ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schadenersatz> (24.04.10).

⁶⁸ Vgl. <http://www.rechtswörterbuch.de/recht/e/erwerbsschaden/> (25.04.10).

6.5.4 Schaden für entgangenen Unterhalt

Kann der Patient einem vorgeschriebenen Unterhalt, z. B. gegenüber seiner Frau oder seinen Kindern, nicht mehr nachkommen, so muss diese Verpflichtung derjenige übernehmen, der für einen Kunstfehler schuldig gesprochen wurde.⁶⁹

Zudem können bei dem Ausfall einer Rolle im Haushalt die Kosten für einen Ersatz ebenfalls vom Verursacher eingefordert werden.⁷⁰

6.6 Schmerzensgeld

Neben den Vermögensschäden können ebenfalls sog. Nichtvermögensschäden geltend gemacht werden. Es handelt sich dabei um einen immateriellen Schaden. Dem Opfer soll ein Ausgleich bzw. eine Entschädigung und eine Genugtuung für jegliches erlittene körperliche Leid und Übel zu gute kommen. Es ist dabei nicht relevant, ob die Schmerzen auch wirklich gespürt wurden, denn auch bei Bewusstlosen oder Komapatienten erkennen die Gerichte Schmerzensgelder an.

Bei einer Änderung im BGB am 01.08.2002 wurde der § 253 Absatz 2 hinzugefügt. Dieser Paragraph besagt, dass, während vorher nur bei unerlaubten Handlungen Schmerzensgelder gezahlt werden konnten, reichen nun rein vertragliche Schadenersatzansprüche aus. Dadurch kommen dem Patienten jene Vergünstigungen zugute, die bei vertraglichen Schadenersatzansprüchen bestehen.⁷¹

Die Höhe der Schmerzensgeldzahlungen gehorcht keiner Norm, sondern die Gerichte orientieren sich meistens an Präzedenzfällen aus Urteilssammlungen und legen, abhängig von der individuellen Situation aller Beteiligten, eine Summe fest. Als Modalität ist eine einmalige Zahlung des Betrages üblich, wobei in speziellen Fällen eine Schmerzensgeldrente zugesprochen werden kann. Vorgesehen ist dies bei Fällen von Dauerschäden in deren Zuge es

⁶⁹ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schadenersatz.htm> (25.04.10).

⁷⁰ Vgl. Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10 Supplement 2: 203-207.

⁷¹ Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schmerzensgeld.htm> (25.04.10).

wiederkehrend zu Schmerzensationen kommt. Ebenso ist zum einen eine Rente bei Geburtsschäden, die ursächlich für einen Persönlichkeitsverlust sind, und zum anderen bei Ereignissen im Zuge derer dauerhaft der Verlust einer der fünf Sinne zu beklagen ist, üblich.⁷²

Eine der höchsten Zahlung von Schmerzensgeld in Deutschland ist mit 275.000 Euro beziffert und musste nach einem medizinischen Behandlungsfehler aufgebracht werden, bei dem ein Kind einen hypoxischen Hirnschaden durch mangelnde Organisation erlitten hat (siehe Tab. 5). Weitere Beispiele für in Deutschland gezahlte Schmerzensgelder sind in Tab. 5 aufgeführt.

Die Vereinigten Staaten von Amerika sind für sehr hohe Schmerzensgeldzahlungen bekannt. Der hinterbliebene Ehemann einer Brustkrebspatientin, bei der im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung kein Knochenmarkaustausch durchgeführt wurde, bekam mit 89 Millionen Dollar die bisher höchste Entschädigung zugesprochen.⁷³

⁷² Vgl. <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schmerzensgeld.htm> (25.04.10).

⁷³ Vgl. <http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/meldung/Aerztliche-Behandlungsfehler-Recht-mit-Risiko-1074654-1075141/> (25.04.10).

Fall	Betrag in Euro	Kurzbeschreibung	Gericht	Datum	Aktenzeichen
Auge	75 000	Erblindung nach Langzeitinfusion ohne Verlaufskontrolle	OLG Zweibrücken	28.04.1982	7 U 25/78
Auge	27 500	Keine postoperative Kontrolle: Erblindung des rechten Auges	LG Darmstadt	07.01.1993	9 O 219/90
Bauch	50 000	Fehl-Endoskopie. Todbringendes Magenkarzinom	OLG Hamm	31.08.2001	3 U 73/98
Bauch	10 000	Gebärmutterentfernung ohne medizinische Indikation. Schmerzen	OLG Hamm	14.06.2000	3 U 244/99
Bauch	9 000	Zurückgelassener Tupfer: Verwachsungen, seelische Folgeschäden	OLG Koblenz	31.07.1998	10 U 629/97
Bein	45 000	Gelenkversteifung (Sudeck) und Spitzfußstellung	OLG Frankf./M	08.02.1994	8 U 18/93
Bein	30 000 +200	Gelähmte Beine nach Mangeldurchblutung bei OP	OLG Stuttgart	17.12.1985	12 U 9/85
Brust	125 000	Beidseitige Amputation ohne nachweisbare Indikation	OLG Hamm	12.12.2001	3 U 119/00
Brust	50 000	Fehlbefundung Röntgenbild: Metastasierung	LG Bremen	15.06.1990	3 O 934/87
Brust	20 000	Falsche Brust bestrahlt	OLG Hamm	24.01.2000	3 U 84/99
Fuß	5 000	Diagnosefehler. Verlust zweier Zehen	OLG Zweibrücken	05.07.1990	7 U 181/89
Geburt	275 000	Schwere Hirnschäden durch Mangelorganisation	LG Duisburg	15.07.1998	2 O 468/94
Geburt	150 000	Mangelhafte Dokumentation und Beaufsichtigung	OLG Nürnberg	30.05.2001	5 U 1239/98
Gehirn	210 000	Ausfall des am stärksten differenzierten Großhirnbereichs	LG Bremen	19.11.1991	1 O 984/91b
Gehirn	80 000	Narkosefehler: Wahrnehmungsstörungen, ger. Lebenserwartung	OLG Stuttgart	25.08.1994	14 U 25/93
Genital	50 000	Fehldiagnose Prostatakrebs. Impotenz / Inkontinenz	OLG Celle	02.10.2001	1 U 64/00
Genital	1 500	Fehlerhafte Dammnahrt nach Dammriss	OLG Frankf./M	28.10.1997	8 U 80/97
Hand	7 500	Ellenbogen-(Ulnaris-)Nervschädigung während Leisten-OP	OLG Köln	06.07.1992	27 U 140/88
Herz	25 000	Herzklappen-Einpflanzung nach Behandlungsfehler	LG Augsburg	02.10.1989	3 O 5111/87
Herz	7500	Erweiterung nach Fehlbehandlung. Bypass-OP	OLG Bamberg	31.01.2000	4 U 198/99
Lunge	15 000	Verlust einer Lungenhälfte durch Unterlassen der Diagnose	OLG München	05.05.1994	1 U 6456/91
Lunge	10 000	Bronchialkarzinom zu spät erkannt	OLG Hamm	26.06.2002	3 U 160/00
Nase	3 500	Verlust des Geruchssinns	OLG Köln	17.02.1993	27 U 42/92
Niere	50 000	Irreparable Nierenschädigung	OLG Frankf./M	15.03.1994	8 U 158/93
Niere	15 000	Verlust einer Niere nach Behandlungsfehler	LG Kleve	13.10.2000	1 O 27/99
Ohr	10 000	Beidseitige Ohrgeräusche / Geringgradige Hochtonschwerhörigkeit	OLG Nürnberg	06.11.1996	4 U 2109/96

Tab.5: Beispiele für bisher gezahltes Schmerzensgeld in Deutschland⁷⁴

⁷⁴ Vgl. <http://www.test.de/themen/gesundheitskosmetik/meldung/Aerztliche-Behandlungsfehler-Recht-mit-Risiko-1074654-1074746/> (03.06.10).

7 Prozedere im Falle eines Behandlungsfehlervorwurfes

7.1 Die Sicht des Patienten

Im Falle eines vermuteten Behandlungsfehlers wird dem betroffenen Patienten geraten, als ersten Schritt den offenen Dialog mit dem Arzt zu suchen. Im Idealfall kann dabei im Zuge eines klärenden Gespräches ein Missverständnis aus dem Weg geräumt und eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung wieder hergestellt werden.

Ebenso kann es im Falle eines zugegebenen Behandlungsfehlers durch den Arzt zu einer außergerichtlichen Einigung mit entsprechend vereinbarter Entschädigung kommen. Findet beim persönlichen Kontakt keine Aufklärung des Problems bzw. Einigung statt, stehen dem Patienten Institutionen wie Verbraucherzentralen, Ärztekammern und Krankenkassen informierend und beratend zur Seite.

Falls weiterhin die Annahme einer fehlerhaften Behandlung im Raum steht, sollte der nächste Schritt darin bestehen, sich Einsicht in Behandlungsunterlagen zu beschaffen und diese zu kopieren. Der Patient hat Anspruch darauf seine Akten einzusehen. Ebenso besteht Einsichtsrecht für die Angehörigen von Verstorbenen, wenn ein berechtigtes Interesse, wie zum Beispiel das Geltend machen eines Behandlungsfehlers, dargelegt wird.⁷⁵

Wird bei der Sichtung der Patientenakten der Verdacht erhärtet oder womöglich bewiesen, sollte gegebenenfalls ein auf Medizinrecht spezialisierter Anwalt konsultiert werden und im weiteren Zuge durch direkte Kontaktaufnahme mit dem Arzt eine letzte Gelegenheit zur gütlichen Einigung ausgeschöpft werden.

Generell ist es Krankenkassen erlaubt, z. B. mithilfe des sog. *Medizinischen Dienst ihrer Krankenkasse (MDK)* ihren Patienten auf fachärztlichem Niveau

⁷⁵Vgl. <http://www.verbraucherzentrale-bremen.de/download/gesundheits/ChecklisteBehandlungsfehler.pdf> (04.05.10).

(siehe Abb. 5) zu beraten und zu unterstützen.⁷⁶ Dies kann in Form eines medizinischen Gutachtens erfolgen, welches im weiteren Verlauf der Verhandlungen einen gegebenen Verdacht erhärten kann.

Gelingt es nicht auf direktem Weg eine Einigung mit dem Arzt zu erzielen, ist die nächste Instanz die Schlichtungsstelle der zuständigen Landesärztekammer. Hier wird mit Hilfe von zwei Fachärzten aus dem Fachgebiet, in welchem der Behandlungsfehler entstanden ist, versucht, ärztliches Fehlverhalten zu bejahen oder zu verneinen (siehe Abb. 5). Voraussetzung dafür ist allerdings, dass alle Beteiligten einverstanden sind, inklusive die Versicherungen, ein Schlichtungsverfahren zur außergerichtlichen Streitentscheidung zu beantragen.⁷⁷ Die Besonderheiten eines solchen Verfahrens sind die Freiwilligkeit der Schlichtung, ein schriftliches Verfahren, gestützt auf ein Gutachten sowie eine fehlende Entscheidung über die Höhe der Ansprüche. Die Verhandlung bei einer Schlichtungsstelle ist für den Patienten kostenlos.

Als letzte Stufe der Austragung eines Konfliktes, einen Behandlungsfehler betreffend, besteht die Möglichkeit eines Strafverfahrens, wobei der Arzt z. B. wegen Körperverletzung angezeigt werden muss. Bei einem Streitwert bis zu 5000 Euro ist die Anklage bei einem Amtsgericht zu erheben, für alle Streitwerte darüber sind die Landesgerichte zuständig. Bei einer Verhandlung vor dem Landgericht gilt Anwaltszwang, was bedeutet, dass man sich nicht selber vertreten kann, sondern einen Anwalt, der möglichst auf Medizinrecht spezialisiert ist, beauftragen muss. Ebenso ist es für eine Entscheidungsfindung notwendig, ein Gutachten von einem Sachverständigen anfertigen zu lassen. Die anfallenden Kosten müssen neben den Gerichts- und Anwaltskosten vorerst vom Kläger übernommen werden. Dabei besteht die Gefahr, dass bei einem ausbleibenden Gewinn des Prozesses, der Kläger die Kosten tragen muss. Schützen kann er sich vor diesem Szenario, indem er sich bei hinreichenden Erfolgsaussichten von seiner Rechtsschutzversicherung im Vorfeld der Verhandlung eine *Deckungszusage* einholt.⁷⁸

⁷⁶ Vgl. http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/_66.html (04.05.10).

⁷⁷ Vgl. <http://www.verbraucherzentrale-bremen.de/download/gesundheit/ChecklisteBehandlungsfehler.pdf> (04.05.10).

⁷⁸ Vgl. ebenda (10.05.10).

In der folgenden Tabelle sind nochmals die Institutionen zusammengefasst, die sich mit ärztlichem Fehlverhalten beschäftigen.

Institution	Art der Behandlungsfehler- vorwürfe	Rechtsgebiet
Institute für Rechtsmedizin	Behandlungsfehler mit behauptetem letalen Verlauf	Begutachtung unter Berücksichtigung der strengen Beweisanforderungen im Strafrecht
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern (LÄK)	Ganz überwiegend Vorwürfe mit nichtletalem Verlauf, erhoben von betroffenen Patienten; in der Regel zwei Gutachter aus dem Fachgebiet des von dem Vorwurf betroffenen Arztes	Begutachtung aus medizinischer Sicht; es wird lediglich ärztliches Fehlverhalten bejaht oder verneint; die Frage der Beweisführung in einem Verfahren spielt eine untergeordnete Rolle
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)	Vorwürfe erhoben von Versicherten, Überprüfung auf Veranlassung der Krankenkasse; in der Regel Begutachtung durch einen Facharzt des betroffenen Fachgebietes	Begutachtung aus medizinischer Sicht; davon abgetrennt bleibt die Frage zivilrechtlich durchzusetzender Schadensersatzansprüche seitens des Patienten bzw. seiner Krankenkasse
Privatgutachter	Begutachtung im Auftrag von Patienten	Primär zur Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen und Schmerzensgeld im Zivilverfahren

Abb. 5: Institutionen zur Klärung von ärztlichem Fehlverhalten

7.2 Die Sicht des Arztes

Um gegen Behandlungsfehler abgesichert zu sein, muss der Arzt eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben, welche einen Versicherungsschutz für sein medizinisches Handeln gewährleistet. Es ist dabei wichtig, dass der Versicherungsschutz dem sich ständig ändernden Behandlungsspektrum des Arztes angepasst wird. Im Schadensfall muss der Arzt eine unverzügliche Meldung an seine Versicherung abgeben, wobei es ihm untersagt ist, *eine*

*Anerkennung einer Haftung dem Grunde nach auszusprechen.*⁷⁹ Das bedeutet, dass er prinzipiell nicht direkt seinen Fehler eingestehen und dem Patienten eine Entschädigung versprechen darf.

Um das Risiko, einen Behandlungsfehler zu begehen, minimal zu halten, bedarf es der Einhaltung einiger wichtiger Regeln, welche in der folgenden Abb. 6 zusammengefasst sind. Es wird u. a. empfohlen, richtig aufzuklären, genau zu dokumentieren und Richtlinien, Gesetze und Empfehlungen einzuhalten.

1. Einhaltung der Fachgebietsgrenzen
2. Facharztstandard beachten
3. Einhaltung gesicherter Indikationen
4. Zeitgerechte und umfassende Aufklärung
5. Sorgfältige Dokumentation – besonders bei Abweichungen vom Normalverlauf
6. Gesetze und Richtlinien befolgen
7. Leitlinien und Empfehlungen beachten
8. Klare vertikale und horizontale Aufgabenverteilung einschließlich Bereitschaftsdienst
9. Patientenbeschwerden ernst nehmen
10. Kollegen bei Patienten nicht abwerten

Abb. 6: Wichtige Regeln, um sich vor einem Behandlungsfehler zu schützen.⁸⁰

Wird man von einem seiner Patienten mit dem Vorwurf einer Fehlbehandlung konfrontiert, so ist es mit Sicherheit ratsam, vorerst in einem wohl überlegten Gespräch den vermeintlich Geschädigten seine Sicht der Dinge offen darlegen zu lassen, um ihm zu zeigen, dass man ihn und sein Anliegen ernst nimmt. Im Idealfall lässt sich durch ein solches Gespräch ein Missverständnis aus dem Weg räumen, ein Rechtsstreit und eine Strafanzeigeerstattung verhindern sowie die Arzt-Patientenbeziehung retten. Diese Aussprache sollte aus Beweislastgründen nicht allein, sondern in Anwesenheit eines Kollegen, idealerweise des Chefarztes durchgeführt werden. Um die bestehende Konfliktsituation nicht eskalieren zu lassen, ist es ratsam, die eigenen Ausführungen und Rechtfertigungen ohne Empörung und persönliche Kränkung, sondern vielmehr mit dem richtigen Maß an Sachlichkeit und Empathie zu tätigen. Allerdings sollte der Arzt als Beschuldigter

⁷⁹ Vgl. Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10 Supplement 2: 203-207.

⁸⁰ Vgl. Pelz F. J. Hickl E.-J. (1999), Häufige und Schadensträchtige Behandlungsfehler in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologie 32: 953-959.

im Vorfeld sehr genau überlegen, welche Informationen dem Patienten zu erteilen bzw. welche Fragen oder gegebenenfalls Vorwürfe zu erheben sind.⁸¹ Ebenso sollte man sich von Arztseite her während des Gesprächs Notizen machen und die artikulierten Inhalte somit festhalten und als Beweisstück aufheben, da nicht selten falsche Aussagen bei polizeilichen Ermittlungen von Seiten Betroffener zu einem späteren Zeitpunkt gemacht werden.⁸²

Generell ist es ratsam, dass sich alle Beteiligten ein genaues Gedächtnisprotokoll zu jeglichen Geschehnissen und deren Abläufen anfertigen. Schließlich können derartige Konflikte zu jahrelangen Verhandlungen führen, wobei man nach langer Zeit zu den Verläufen genauestens Stellung nehmen muss und dadurch eine wichtige Gedächtnisstütze parat hat. Wichtig ist, dass ein Gedächtnisprotokoll nicht den Krankenakten beiliegen darf, da es dadurch beschlagnahmt werden kann.⁸³

Kann die Sach- und Rechtslage nicht durch Erklärungen und Darlegungen der verschiedenen Ansichten geklärt bzw. von der Haftpflichtversicherung reguliert werden, kommt in Betracht, gesetzt dem Fall, dass alle Beteiligten einverstanden sind, die Klärung des Falles vor eine Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle zu bringen. *„Der Schlichtungs- bzw. Kommissionsspruch impliziert eine medizinische Begutachtung, welche für eine nachfolgende gerichtliche Auseinandersetzung verwertbar ist. Damit kommt der Entscheidung der Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle auch gewisse präjudizielle Wirkung zu.“*⁸⁴

Deshalb ist es für den Arzt ratsam, sich bereits an diesem Punkt der Verhandlungen von einem Anwalt für Medizinrecht professionell vertreten zu lassen. Sollte es letzten Endes zum Scheitern einer gütlichen Einigung auch auf Ebene einer Schlichtungsstelle kommen, droht dem Arzt ein strafrechtliches Verfahren, im Zuge dessen - so frühzeitig - wie möglich ein ausreichend qualifizierter Rechtsvertreter hinzugezogen werden sollte und Aussagen bei

⁸¹ Vgl. Bock R.-W. (2004), Zwischenfallsmanagement – Bewältigung juristischer Konsequenzen nach Behandlungskomplikationen. Gynäkologe 37: 51-55

⁸² Vgl. ebenda.

⁸³ Vgl. ebenda.

⁸⁴ Vgl. ebenda.

Polizei und Staatsanwaltschaft nur noch über eben diesen getätigt werden sollen.⁸⁵

Steht im Härtefall ein Durchsuchungsbefehl im Zuge eines Ermittlungsverfahrens an, so ist es ratsam jegliches beschlagnahmtes Material zu fotokopieren. Zum einen, weil sonst wichtige Patientendaten, die nicht im Zusammenhang mit den Ermittlungen stehen, für Behandlungen anderer Patienten nicht zur Verfügung stehen können, und zum anderen, um selbst genügend Argumentationsgrundlagen gegen etwaige Beschuldigungen zu haben und sich auf gewisse Fragestellungen vorbereiten zu können. Grundsätzlich ist es zu empfehlen, sich gegenüber der Staatsanwaltschaft kooperativ zu zeigen, um das Ausmaß an Durchsuchung und Beschlagnahmung so gering wie möglich zu halten. Des Weiteren ist es im Falle eines Ermittlungsverfahrens wichtig, unverzüglich den Haftpflichtversicherer zu informieren, um evtl. ein privates Gutachten in Auftrag geben zu können, durch welches der Behandlungsfehlervorwurf geprüft wird.⁸⁶ Ebenso kann durch ein nicht rechtzeitig erfolgtes Unterrichten der Haftpflichtversicherung der gegebene Versicherungsschutz erlöschen.

Im Zuge des weiteren Prozedere eines strafrechtlichen Verfahrens ist es für den Arzt und die Staatsanwaltschaft erstrebenswert, die Frage zu klären, ob nicht *„ein Einverständnis zur Einstellung des Ermittlungsverfahrens ohne Zahlung einer Geldbuße nach §153 dStPO oder eine Einstellung gegen Zahlung einer Geldbuße nach §153a dStPO ausgesprochen werden sollte, sofern nicht eine Einstellung mangels Tatverdachts nach §170 Abs. 2 dStPO in Betracht kommt.“*⁸⁷

Dadurch wird ohne vollständige Ermittlung des Sachverhalts das Ermittlungsverfahren eingestellt. Das Durchlaufen einer Hauptverhandlung bleibt demnach beiden Parteien erspart, was im Speziellen für den Arzt das Vermeiden von beachtlichen finanziellen, zeitlichen und wirtschaftlichen Einbußen bedeutet.⁸⁸

⁸⁵ Vgl. Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10 Supplement 2: 203-207.

⁸⁶ Vgl. ebenda.

⁸⁷ Vgl. ebenda.

⁸⁸ Vgl. ebenda.

Kunstfehlerprozesse ziehen in eklatanter Weise das Interesse der Medien auf sich, weshalb es wichtig ist als Betroffener nur in professioneller Art und Weise mit den jeweiligen Vertretern zu kommunizieren. Primär sollte man als Beschuldigter nicht direkt mit den Journalisten in Kontakt stehen, sondern vielmehr erst nach Absprache und Abwägung über den Rechtsvertreter Kommentare abgeben. In Kliniken muss sichergestellt sein, dass Äußerungen nur koordiniert und nicht von Seiten Dritter abgegeben werden. Ideal wäre es dabei, Statements ausschließlich über Presseerklärungen abzugeben.⁸⁹

Die folgende Abb. 7 zeigt grafisch die Prozentuelle Verteilung der Gründe eines Ermittlungsverfahrens im Zuge eines Behandlungsfehlervorwurfs. Prozentuell gesehen ist demnach die Angabe eines ungeklärten oder unnatürlichen Todes gefolgt von der Strafanzeige von Seiten Angehöriger der häufigste Anlass eines Ermittlungsverfahrens.

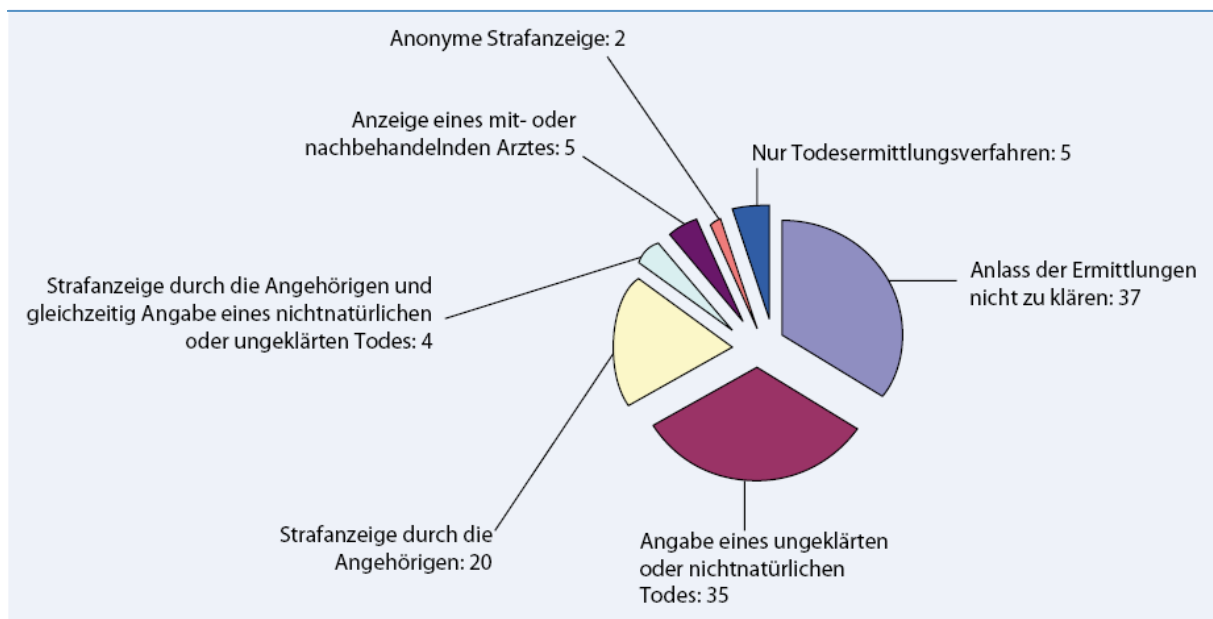


Abb. 7: Prozentuelle Verteilung der Gründe eines Ermittlungsverfahrens.

⁸⁹ Vgl. Bock R.-W. (2004), Zwischenfallsmanagement – Bewältigung juristischer Konsequenzen nach Behandlungskomplikationen. Gynäkologe 37: 51-55

8 Patientensicherheit

8.1 Definition

Der Begriff Patientensicherheit ist folgendermaßen definiert: *„Patientensicherheit ist das Produkt aller Maßnahmen in Klinik, Arztpraxis und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren. Die Patientensicherheit ist ein Bestandteil der Qualitätssicherung in der Medizin.“*⁹⁰

8.2 Allgemeines

Seit der Publikation des schockierenden Berichtes aus dem Jahr 1999 des Institute of Medicine (IOM) der USA *To err is human* ist das Thema *Patientensicherheit* nicht nur in den Vereinigten Staaten, sondern auch in Europa von großer Bedeutung. Diesem Bericht zufolge kommen in den Krankenhäusern der USA zahlreiche Fehler unterschiedlicher Art und Weise vor und sind laut Schätzungen der Autoren für mindestens 48.000, möglicherweise sogar 98.000 Todesfälle jährlich verantwortlich. Übertragen auf die Bundesrepublik Deutschland wären dies 16.000 bis 40.000 Tote. Schenkt man diesen Zahlen Glauben, so bedeutet das, dass der durch einen Behandlungsfehler eines Arztes hervorgerufene Tod zu den zehn häufigsten Todesarten gehört und damit vor Brustkrebs, Aids und Verkehrsunfällen rangiert.⁹¹

Durch den Wandel der Medizin hin zu einem hoch technisierten Gesundheitsbetrieb und der neuen Rolle des anspruchsvollen, informierten, emanzipierten Patienten in eben diesem, muss auch dem Anspruch auf gewisse Sicherungs- und Kontrollwerkzeuge genüge getan werden. Die Optimierung durch Organisation der Arbeitsabläufe birgt potenzielle Risiken, beispielsweise durch eine Abnahme der Kontinuität der ärztlichen Behandlung aus mehreren Fachrichtungen oder Schichtwechsel. Innerhalb dieser besteht die Gefahr der

⁹⁰ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Patientensicherheit> (03.06.10).

⁹¹ Vgl. Rothmund M. (2005), Patientensicherheit. Chirurg 76: 282-283

Abnahme des Informationsflusses sowie der Kommunikation und es wird eine exakte, zeitraubende Dokumentation erforderlich. Krankenhäuser müssen heutzutage die Ökonomie walten lassen, um konkurrenzfähig zu bleiben. Die Folge dessen ist, dass Patienten nach Behandlungsleitlinien und Stufenplänen, statt wie früher nur individuell, behandelt werden. Es muss zudem auch die Anzahl an medizinischen Handlungen am einzelnen Patienten heutzutage ins Kalkül gezogen werden. Diese haben sich schließlich durch die Modernisierung der Medizin praktisch potenziert und stellen in Summe eine viel größer gewordene Quelle für Fehlerrisiken dar.

All diese vordergründigen prozess- und wirtschaftsbezogenen Optimierungen enthalten nicht zu unterschätzende Fehler- und Risikoquellen, welche durch ständiges Kontrollieren, Eruieren und Anpassen so gering wie möglich gehalten werden müssen.

Aus der Erkenntnis heraus, dass Fehler in der Medizin *„mehrheitlich eher institutionelle und systemische denn individuelle Fehler sind und dass jedenfalls durch systemisch-organisatorische Anstrengungen erhebliche Fehlervermeidungserfolge erzielbar sind“*⁹², wurde die Arbeit und der Einfluss auf klinische Abläufe des klinischen Risikomanagements erheblich gesteigert.

Unter Risikomanagement versteht man im Allgemeinen eine Management-Methode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler zu erkennen, zu analysieren, zu verhindern und die Folgen von Fehlern zu minimieren.⁹³

Es wird in Bezug auf Fehlermeldesystemen von Incidents, also Zwischenfällen gesprochen, womit Ereignisse gemeint sind, die ungewollt im Zuge von Abläufen auftreten und den Prozess stören können bzw. zu wirklichen Fehlern und in weiterer Folge zu einem Schaden hätten führen können. In der folgenden Abb. 7 ist anhand eines Prozessmodells der Aufbau eines *Incident Reporting Systems* dargestellt. In der zentralen Pyramide sind die möglichen Zwischenfälle ihrer Häufigkeit und einhergehend ihrer Schicksalhaftigkeit nach dargestellt und in dem umgebenen Kreismodell die jeweiligen Instanzen, welche nach einer Fehlermeldung in Kraft treten.

⁹² Hart D. (2007), Patientensicherheit, Risikomanagement, Arzneimittelbehandlung und Arzthaftungsrecht. MedR 25: 383-384.

⁹³ Vgl. http://www.aerztekammer.at/service/PS/2007_01_31/02_Symposium_Conen.pdf (17.05.10).

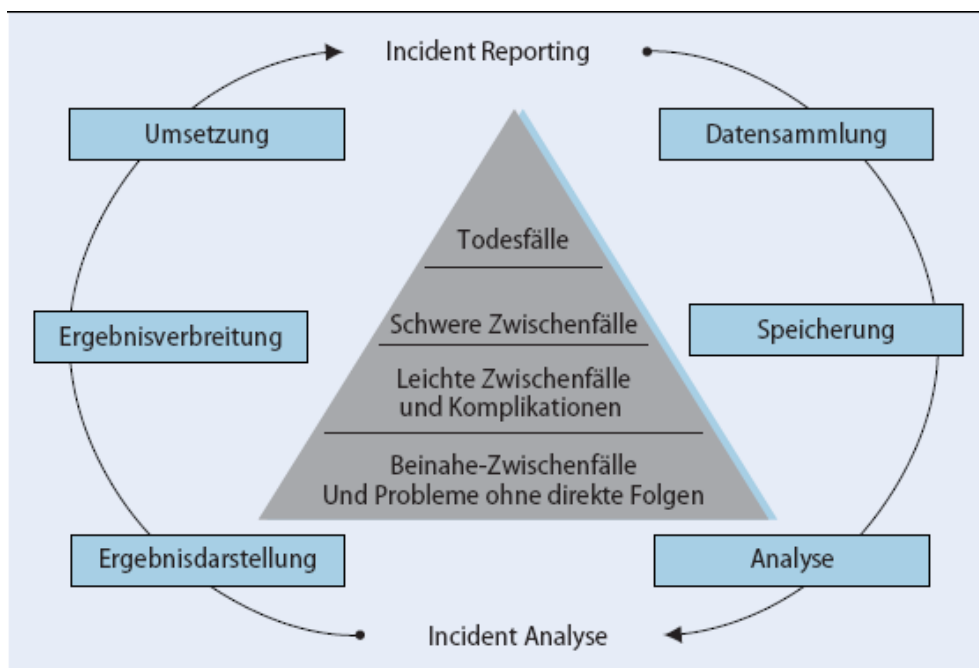


Abb. 7: Prozessmodell eines Incident Reporting Systems.⁹⁴

8.3 Medizinisches Risikomanagement

Das ethische Gebot *primum nil nocere*, zuallererst keinen Schaden anrichten, sollte für jeden Arzt vorrangig gelten, um mit gebotener Sicherheit alle Maßnahmen zu ergreifen, damit dem Patienten kein Schaden zukommen kann. Da allerdings das Gesundheitswesen ein Hochrisikobereich darstellt, passieren auch hier Fehler. Deshalb arbeiten Ärzte, Wissenschaftler und sonstiges Fachpersonal daran, gewisse Risiken von zu erwartenden Szenarien zu minimieren, und Maßnahmen zu schaffen, welche die Patientensicherheit erhöhen. Man orientiert sich dabei häufig an ausgearbeiteten Strukturen, welche ebenfalls in den Sektoren eines Hochrisikobereichs integriert und beispielsweise mit der Sicherheit in der Luft- und Raumfahrttechnik oder Kernkraftindustrie beschäftigt sind. Hier konnte nachweislich ein höherer Grad an Sicherheit erreicht und Fehler und Schäden abgewendet werden. Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass auf diesen Gebieten die Themen Sicherheit, Fehlervermeidung und Risikomanagement schon viel länger tragende Elemente auf organisatorischer

⁹⁴ Vgl. Thomeczek C. Ollenschläger G. (2006), Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin 16: 355-360.

Ebene darstellen als in der Medizin. Im Gesundheitswesen haben diese Komponenten erst zur Jahrtausendwende ihren Einzug gefunden, wobei es bis heute in Österreich und Deutschland kein flächendeckendes, systematisches Fehler- und Risikomanagementsystem gibt.⁹⁵ Die Notwendigkeit für diese Systeme erscheint allerdings dringlich geboten. Die Diskussion um medizinische Behandlungsfehler wird in der Öffentlichkeit rege geführt und entwickelt sich innerhalb der Medizin zunehmend zu einem hoch sensiblen Thema. Die Beiträge der medizinischen Haftpflichtversicherungen explodieren und letzten Endes sind es häufig eben diese, welche von den Gesundheitsunternehmen Risikomanagement fordern bzw. als Voraussetzung für eine Zusammenarbeit stellen.

Die Erfahrungen von medizinischen Betrieben aus dem Ausland, welche mit Risikomanagement arbeiten, zeigen ganz klar auf, dass sich ein Benefit für die Sicherheit des Patienten und weiters ein klarer Vorteil für die Arbeit des Arztes heraus kristallisiert. Da die meisten Fehler Systemfehler sind, gilt es diese durch gegebene Werkzeuge zu identifizieren und zu reduzieren. Risikomanagement versucht dabei Fehlerprävention zu betreiben und Beinahe-Fehler zu analysieren. Es dient somit als Frühwarnsystem, um Risiken zu begrenzen, wobei es die gesamte Organisation in Form von organisatorischen, technischen und personellen Elementen mit einbezieht.⁹⁶

Als wichtigste Maßnahmen für Errichtung eines funktionierenden Risikomanagement wären zu nennen:

- Erstellung einer Ist-Analyse und Durchführung eines *Risikoaudits*,
- ordnungsgemäße Wahrnehmung der Aufklärungspflichten,
- Erstellen von Leitlinien und Behandlungspfaden,
- Risikomanagementschulungen,
- Einrichtung von Schadensdatenbanken,
- Benennungen von Verantwortlichen (Strahlenschutz, Hygiene),
- Einrichtung eines *Clinical Incident Reporting System* (CIRS).⁹⁷

⁹⁵ Vgl. Zipper S. G. (2006), Medical Risk Management. Medizinische Klinik 101: 796-803.

⁹⁶ Vgl. Siebert H. (2005), Risikomanagement im Krankenhaus. Unfallchirurg 108: 687-692.

⁹⁷ Vgl. ebenda.

8.4 Fehlermeldesysteme

Das Fundament des Themenkomplexes Patientensicherheit bedeutet das Schaffen einer sog. *positiven Fehlerkultur*. Gemeint ist damit, dass beim ärztlichen Personal in erster Linie das Bewusstsein und die Akzeptanz geschaffen werden muss, dass menschliche Fehler in der Medizin allgegenwärtig und in komplexen Systemen generell unvermeidbar sind. Der Mediziner als Protagonist eines Hochrisikobereichs ist heutzutage häufig noch der Meinung zu 100% funktionieren zu müssen und dass es ihm nicht gestattet ist, Fehler zu machen. Lucian Leape⁹⁸ gab dazu 1994 ein Statement ab, welches noch heute Gültigkeit besitzt: *„In everyday hospital practice the message is clear: mistakes are unacceptable. Physicians are expected to function without error, an expectation that physicians translate into the need to be infallible... This kind of thinking lies behind a common reaction by physicians: How can there be an error without negligence?“*⁹⁹

Ein weiteres Ziel ist sogar eine Bewusstmachung des Arztes, direkt mit Fehlern zu rechnen, um sie frühzeitiger zu erkennen und durch adäquate Reaktionen unerwünschte Ereignisse zu reduzieren und idealerweise zu vermeiden.¹⁰⁰

*„Das Gesundheitswesen hat Sicherheits- und Qualitätsprobleme, weil es auf einem altmodischen Arbeitssystem basiert. Unzureichende Ausgestaltung führt zu einem Versagen der Mitarbeiter unabhängig vom Streben nach Qualität. Wenn wir sichere, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung möchten, müssen wir das Gesundheitssystem dahingehend modifizieren, dass Informationstechnologien zur Verfügung gestellt werden, die klinische und administrative Prozesse angemessen unterstützen. Gerade in komplizierten Arbeitswelten wie dem Gesundheitswesen sind die Ergebnisse maßgeblich von der Integration der Individuen, der Teams sowie der technischen und organisatorischen Faktoren abhängig.“*¹⁰¹

⁹⁸ Professor an der Harvard School of Public Health, der sich dafür einsetzte Behandlungsfehler zu reduzieren.

⁹⁹ Hofinger G, Waleczek H, Horstmann R, Erwartete und unerwartete Probleme bei der Einführung eines Fehlerberichtssystems im Krankenhaus. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 38. Jahrg., Heft 3, 295-307

¹⁰⁰ Vgl. ebenda.

¹⁰¹ Thomeczek C, Ollenschläger G. (2006), Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin 16: 355-360.

Aufgrund dieser Entwicklung wird heutzutage der systematischen Erfassung von unerwünschten Ereignissen, Beinahe-Fehlern und Fehlern in der Medizin eine besondere Bedeutung beigemessen.¹⁰²

Die Haltung, Fehler als Chance zu sehen, um aus diesen zu lernen, ist der Grundgedanke der mittlerweile etablierten Fehlermeldesysteme. In Abb. 8 sind alle medizinischen Fehlermeldesysteme im deutschsprachigen Raum (Stand 2005) aufgeführt.

Übersicht über medizinische Fehlermeldesysteme im deutschsprachigen Raum (Stand 12/2005) (aus [1])		
Deutschland	Schweiz	Österreich
– Hausärztliches Fehlerberichtssystem – PasSIS – Fehlererfassungssystem (Universität Bremen) – CIRS Medical Deutschland – HELIOS Kliniken GmbH	– Inselspital Bern – EBKE – CIRS Schweiz am Beispiel Kantonsspital Aarau – St. Galler CIRS Konzept – Universitätsspital Zürich – Komplikationenliste SGIM – Kinderspital Ostschweiz	– Krankenhaus Lainz Wien, Abtlg. für plastische Chirurgie – Wilhelminenspital Wien, Abtlg. für Geburtshilfe und Gynäkologie – MEDSAFE-Modell – Fehlerkultur und Fehlermanagement, BMGF – Quality-indicator-Projekt, AKH Linz

Abb.8: Medizinische Fehlermeldesysteme im deutschsprachigen Raum

Nach Reason¹⁰³ gibt es zwei verschiedene Fehlerarten, nämlich das Personen- und das Systemmodell. Beim Personenmodell werden Individuen mit ihren unterschiedlichen Schwächen wie Vergesslichkeit, Unwissen oder auch Intention als Fehlerquelle angesehen. Bei diesem individuellen Ansatz wird also der Mensch persönlich mit seinen Unzulänglichkeiten ins Zentrum des Geschehens gestellt. Das Systemmodell beschäftigt sich hingegen mit den Umständen, unter denen es zu unerwünschten Ereignissen kommt. Es steht hier also nicht der Mensch im Mittelpunkt, sondern sein Umfeld, im Speziellen seine Arbeitsbedingungen, unter denen es zu Fehlern kommen kann. Reason wurde durch sein *Swiss Cheese Model* berühmt, welches illustrativ beeindruckend hervorhebt, wie es durch eine Reihung von Ereignissen zum latenten Systemfehler kommen kann, bzw. wie dieser Umstand durch zwischengeschaltete Sicherheitsbarrieren, wie Alarmsysteme, Kontrollpunkte und Vorschriften vermieden werden kann. Abb. 10 zeigt das *Swiss Cheese Model*, übertragen auf einen intensivmedizinischen Notfall, bei dem es durch eine Aneinanderkettung von nicht situationsgerechten Ereignissen zu einem Herzstillstand des betroffenen

¹⁰² Vgl. Thomeczek C, Ollenschläger G. (2006), Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin 16: 355-360.

¹⁰³ Professor für Psychologie an der University of Manchester, der sich mit dem „menschlichen Fehler“ befasste und durch das „swiss cheese modell“ bekannt wurde.

Patienten kommt. Reasons Schlussfolgerung in Bezug darauf, menschliches Versagen zu verhindern lautet: „*We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work.*“¹⁰⁴

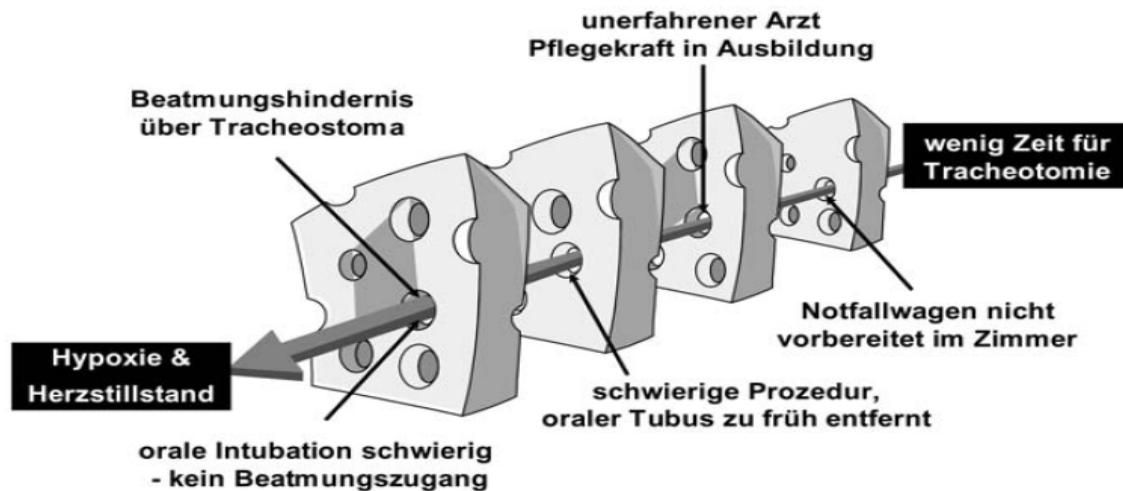


Abb. 9: Swiss Cheese Model am Beispiel eines intensivmedizinischen Notfalls.

Maßgeblich zur Fehlerprophylaxe beitragen sollen Fehlermeldesysteme bzw. *Incident Reporting Systems*, wobei als *Incident* der Zwischenfall gemeint ist, bei dem eine Handlung die Sicherheit des Patienten vermindert hat oder vermindert hätte werden können, bzw. es zu einem Unfall hätte kommen können aber nicht kam. In diesen Fehlermeldesystemen können Ärzte über beinahe passierte Zwischenfälle berichten, um idealerweise vor ähnlichen Situationen zu warnen, damit andere Ärzte in ähnlichen Situationen an einem anderen Ort Fehler dieser Art vermeiden. Zwischenfälle sind eher selten mit Konsequenzen behaftet, gleichen aber strukturell in ihrer Entstehung der von richtigen Unfällen. Daher sind sie besonders gut dafür geeignet, die gesammelte Erfahrung oder *erteilte Lektion* als Lerngelegenheit für Organisationen fungieren zu lassen. Durch Analyse von Experten können strukturelle Schwachstellen in Organisationsabläufen aufgedeckt und entsprechende Verbesserungen durchgeführt werden.¹⁰⁵ Vorbild für Fehlermeldesysteme und *Incident Reporting Systems* (IRS) in der Medizin ist die Industrie. Die NASA beispielsweise betreibt im Auftrag der Amerikanischen Luftfahrtbehörde FAA seit 1975 eine Datenbank, in der bis heute über 600.000

¹⁰⁴ Thomeczek C, Ollenschläger G. (2006), Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin 16: 355-360.

¹⁰⁵ Vgl. Hofinger G, Waleczek H, Horstmann R, Erwartete und unerwartete Probleme bei der Einführung eines Fehlerberichtssystems im Krankenhaus. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 38. Jahrg., Heft 3, 295-307

Incident reports freiwillig und anonym abgegeben wurden, wobei den Meldenden Immunität gegen Sanktionen garantiert wird. Die Berichte und deren Erkenntnisse sind direkt in die Planungen und Verbesserungen des amerikanischen Luftverkehrssystems eingegangen. Es konnten aus den erhobenen Daten die Verhaltensweisen der Crews analysiert werden und dadurch gezielte Trainingsprogramme zur Vermeidung gleicher oder ähnlicher Fehler ausgearbeitet werden. Dieses *Incident Reporting System* bzw. Fehlermeldesystem wird als eine der tragenden Säulen des hohen Sicherheitsstandards im Bereich des Luftverkehrs gesehen und gilt als Pionier für heutige medizinische Fehlermeldesysteme.¹⁰⁶ 1995 wurde damit begonnen das erste medizinische CIRS in Europa an der Universität Basel zu implementieren, welches 2002 komplettiert war. In Deutschland gibt es heutzutage vier internetbasierte und für jedermann zugängliche IRS (siehe Abb. 11). Diese sind allesamt von der Bereitschaft und dem Engagement der Ärzte und sonstigen in Gesundheitsberufen Tätigen, von ihren Fehlern, Beinahe-Fehlern sowie unerwünschten Ereignissen zu berichten abhängig.

http://www.cirsmedical.de	Critical-Incident-Reporting-System der deutschen Ärzteschaft, zur Verfügung gestellt von BÄK und KBV, Organisation ÄZQ (Webseite: http://www.forum-patientensicherheit.de)
http://www.jeder-fehler-zaehlt.de	Fehlermeldesystem für Hausarztpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt. Empfohlen von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Projekt gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS)
http://www.pasis.de	Patienten-Sicherheits-Informationen-System der Universität Tübingen. Bereitgestellt durch das Tübinger Patienten-Sicherheits- und Simulations-Zentrum der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
http://www.PaSOS-ains.de	Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)

Abb. 10: Übersicht über aktuelle, web-basierte CIRS-Systeme in Deutschland.¹⁰⁷

Diese CIRS-Systeme bieten Medizinerinnen folgende Möglichkeiten:

- Alle Berichte sind in CIRSmedical.de einsehbar und dienen so der Fortbildung,
- alle Berichte werden von Fachexperten auf Verallgemeinerungen und systematische Fehlerrisiken hin analysiert.

¹⁰⁶ Vgl. Thomeczek C, Ollenschläger G. (2006), Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin 16: 355-360.

¹⁰⁷ Vgl. ebenda

Das Funktionieren der CIRS kann nur gewährleistet werden, wenn den Meldenden das Ausbleiben von Sanktionen versichert werden kann und die Weiterleitung an die Ihnen übergeordneten Instanzen, wie Chefärzte, Klinikleitung und Ärztekammer ausbleibt. Die Möglichkeit Beiträge einzustellen muss für alle Involvierten, d. h. von ärztlicher, wie auch von Seite der Pflege möglich und in einfacher, verständlicher Weise durchführbar sein. Zudem sollte die *Meldeschwelle* gering sein und nicht nur von dramatischen Zwischenfällen berichtet werden. Weitere Maßnahmen, um ein effektives Funktionieren zu gewährleisten, sind, dass die Benutzer ein zeitnahes Feedback von anderen Usern und Fachexperten bekommen, wovon sie profitieren und langfristig die Motivation hochgehalten wird, Beiträge zu schreiben. In Abb. 12 sind die Charakteristika eines CIRS übersichtlich dargestellt. Logische Voraussetzungen für die genannten Umstände ist eine permanente, professionelle administrative Komponente, die die Prozesse überwacht, korrigiert und verbessert. Schließlich müssen nach der Berichterstattung, deren Analyse und Feedback auch die erforderlichen Konsequenzen gezogen und durchgesetzt werden, um als wirksames Werkzeug der Patientensicherheit funktionieren zu können.

Charakteristika eines „critical incident reporting system“ (CIRS)
Von der Klinikleitung gewünscht und aktiv unterstützt
Strafffreiheit (non-punitive, „non-reprisal-policy“ [9])
Anonymität
Freiwilligkeit
Unabhängigkeit von Leitung
Analyse durch Experten, Kompetenz und Entscheidungsgewalt zur Optimierung der Prozessabläufe (z. B. Erstellung von Algorithmen und „standard operating procedures“, Dienstanweisungen, Delegation von Ausbildung usw.)
Zeitnahe Auswertung, „feed back“ an Mitarbeiter
Systemorientiert und nicht auf individuelle Leistungen gerichtet

Abb. 11: Charakteristika eines „critical incident reporting system“(CIRS)¹⁰⁸

¹⁰⁸ Vgl. Albrecht D.M., Martin E. (2005), Klinisches Risikomanagement. Anästhesist 54: 377-384.

9 Diskussion

Die deutsche Ärzteschaft sieht sich jährlich mit 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert, welche in etwa 10.000 Schadensersatz- und Schmerzensgeldklagen enden. Anhand von Statistiken ist zu erkennen, dass Jahr für Jahr ein stetiger Anstieg an Patientenklagen stattfindet. Gesundheitsschäden werden nicht mehr dem eigenen Lebensstil oder der Natur zugeschrieben, sondern zunehmend auf eine medizinische Fehlbehandlung zurückgeführt. Es werden Diagnose-, Therapie-, Beratungs- und Organisationsfehler unterschieden. Ebenso kann es zum Übernahmeverschulden und der Maxime des groben Behandlungsfehlers kommen. Hier muss ein Arzt einen Fehler begangen haben, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint und ihm im schlimmsten Falle nicht unterlaufen darf. Es muss beim Vorwurf einer Fehlbehandlung immer die Kausalität geprüft werden, ob ein Behandlungsfehler auch ursächlich für einen Gesundheitsschaden ist. Die Beweislast trägt dabei normalerweise der Patient. Beim groben Behandlungsfehler kommt es zu einer Beweislastumkehr, d. h. der Arzt muss beweisen, dass seine Behandlung nicht die Ursache für den Tod oder den Schaden des Patienten war. Die fehlerträchtigsten bzw. korrekter ausgedrückt, jene Fachärzte die am häufigsten verklagt werden, stellen Vertreter der chirurgischen Fächer und die Anästhesiologie dar. Die Mehrzahl der Behandlungsfehler passiert laut Statistik im Krankenhaus- und weniger im Niedergelassenenbereich. Dies ist durch die komplexeren Strukturen, innerhalb derer Medizin praktiziert wird, zu erklären, denn umso kranker der Mensch ist, desto intensiver ist meist die Medizin, die angewendet werden muss. Mit steigender Versorgungsstufe werden therapeutisch mehr Eingriffe am Patienten ausgeübt und es erhöht sich die Anzahl an medizinischem Fachpersonal, das an der Behandlung involviert ist. Dadurch steigt folgerichtig das Risiko eines Behandlungsfehlers. Trotz stetiger Bemühungen durch geeignete Maßnahmen wie Fehlermeldesysteme, Risiko- und Prozessmanagement, Fehlerquellen zu erfassen und zu reduzieren, bleibt es weiterhin bei einem Anstieg der Kunstfehlerverfahren. Ob die Tendenz der Vorwürfe weiter stark steigt, nur noch geringfügig ansteigt oder sich auf hohem Niveau einpendelt, bleibt abzuwarten und hängt direkt mit eingeleiteten Maßnahmen zur Patientensicherheit durch Risikomanagement und

Fehlermeldesysteme ab. Zusätzlich bedarf es einem angemessenen Schutz der Ärzte vor übermäßiger juristischer Verfolgung. Die Judikatur muss dazu den Arztberuf in seinem Wirken als Sonderfall verstehen lernen und akzeptieren, dass z. B. manche Krankheitsbilder oder Akutsituationen keinen Regeln folgen, besondere Maßnahmen erfordern, ungeahnte Wendungen nehmen können und im Extremfall, trotz maximaler medizinischer Anstrengung, fatal enden können. Natürlich darf den Medizinern keinesfalls ein Freibrief für ihr Handeln ausgestellt werden, jedoch muss dem Umstand ein Ende gemacht werden, dass Ärzte jeden ihrer Patienten als potentiellen Kläger fürchten.

Ein weiterer Punkt, der ein dringendes Verbesserungspotential aufweist, ist das sich zunehmend verdüsternde Bild der Ärzte in der Öffentlichkeit. Die von den Medien über Behandlungsfehler publizierten Horrormeldungen entbehren häufig jeglicher Grundlage und dienen zur Auflagenerhöhung, Stimmungsmache und Sensationsgier. Dass die Ausübung medizinischer Tätigkeit unter anderem als *tödlicher Pfusch* bezeichnet wird, löst Sorge, Beunruhigung und Unsicherheit sowohl bei der Ärzteschaft, als auch bei den Patienten aus. Obwohl die Vorwürfe bei durchschnittlich 70 % der Fälle völlig unbegründet sind und die meisten Prozesse eingestellt werden, besteht ein grundsätzliches Problem in der Anklagekultur von Rechtsvertretern und Patienten. Zu sehr werden bei der ärztlichen Behandlung der Konsumgedanke und die Position des Patienten als bezahlenden Kunden in Zusammenhang mit der Medizin und ihrer Unberechenbarkeit, Unexaktheit und Schicksalhafterkeit in Verbindung gebracht. Die Folge ist, dass die Ärzte, mit dem Bewusstsein, auf welch dünnem Eis sie sich befinden, mit wachsender Unsicherheit praktizieren und sich bei Akutbehandlungen vor risikoreichen Eingriffen scheuen. Nachdem der Arzt von heute in seinem Handeln die Ökonomie walten lassen muss, kommt nun auch noch ein nicht unwesentlicher juristischer Aspekt hinzu, durch den er bei jeder medizinischen Entscheidung das Risiko einer Anklage abwägen muss. Die logische Konsequenz dieser Entwicklung ist, dass die Ärzteschaft nicht mehr in der Lage ist, nach besten medizinischen Überlegungen und dem Wohl des Patienten entsprechend zu handeln. Es wird eine immer ängstlichere, defensivere aber auch durch zahlreiche Absicherungsuntersuchungen teurere Medizin praktiziert. Außerdem beklagen die Mediziner heutzutage eine immer stärkere

Arbeitsbelastung durch sehr lange Arbeitszeiten und unbezahlte Überstunden. Die daraus resultierende Müdigkeit und Ausgebranntheit ist häufig der Keim für Behandlungsfehler.

Strafanzeige und Strafverfahren hängen wie ein Damoklesschwert als ständige Bedrohung über der ärztlichen Heilbehandlung. Wird man als Arzt angezeigt und an den Pranger gestellt, bedeutet dies eine enorme Belastung für den Betroffenen. Die Tragweite reicht dabei von psychischen und physischen Belastungen, über Rufmord und öffentlicher Stigmatisierung, bis hin zur Gefährdung und Vernichtung der Existenz.

Natürlich darf Medizin keinesfalls in einem rechtsfreien Raum praktiziert werden. Die Sicherheit der Patienten vor unsorgfältigen, verantwortungslosen Ärzten muss unbedingt gegeben sein und sollte erste Priorität haben. Allerdings scheint die momentan aufkeimende und übertriebene Rechtsverfolgung der Ärzteschaft den Rahmen zu sprengen und eher zu Kontraproduktivität zu führen und damit der Versorgung zu schaden, statt für vermehrte präventive Patientensicherheit zu sorgen. Die durch die immer defensivere Medizin verursachte Kostenexplosion, sprengt die Finanzen des Gesundheitssystems und schadet dadurch unter anderem der Forschung und damit dem medizinischen Fortschritt.

Der Leidtragende dieser mehr und oder weniger schleichenden Entwicklung kann nur der Patient selbst sein. Durch eine Umkanalisierung der Bemühungen rund um die Strafverfolgung hin zu Bestrebungen zu einem modernen Risiko- und Qualitätsmanagementsystem wäre der Patienten- wie der Ärzteschaft gleichermaßen viel effektiver und sinnvoller geholfen.

Als Voraussetzung für diese Wandlung bedarf es allerdings nicht nur einer Entkriminalisierung der Medizin durch die Judikatur, sondern einerseits eines Umdenkens der Gesellschaft in Bezug auf ärztliche Leistung und andererseits innerhalb der Ärzteschaft bezüglich des Umgangs mit Fehlern. Nach langer Tradition der Null-Fehler-Toleranz und teilweise selbst vorgegaukelter Unfehlbarkeit, ist es an der Zeit, als Arzt den Mensch mit all seinem Potential für Schwächen in sich selbst zu erkennen und zu akzeptieren. Dazu gehören auch

letzten Endes im Falle des Falles die Akzeptanz eines Fehlers und der folgende richtige Umgang mit der Situation. Es muss dem geschädigten Patienten gegenüber eine offene und verständnisvolle Haltung eingenommen und das Geschehene zu erklären versucht werden. Mit solch sensiblem Verhalten lässt sich häufig noch größeres Übel abwenden und eine Einigung abseits von Schlichtungsstellen, Gutachterkommissionen und Gerichtsverfahren erreichen. Kommt es zu keiner Einigung, sind von Seiten des Arztes einige wichtige Punkte zu beachten. Man sollte im Hinblick auf juristische Konsequenzen frühzeitig beginnen, Risiko- und Schadensbegrenzung zu betreiben. Es muss beispielsweise unverzüglich die Haftpflichtversicherung kontaktiert und über alle Geschehnisse ins Bild gesetzt werden. Ebenso sollten zu einem frühen Zeitpunkt persönliche Gedankenprotokolle angefertigt werden, um sich bei evtl. bei über Jahre ziehenden Verhandlungen noch an die genauen Gegebenheiten erinnern zu können. Außerdem sollte man sich möglichst frühzeitig durch einen Rechtsbeistand, der auf Medizinrecht spezialisiert ist, vertreten lassen und niemals unvorbereitet vor den Medien Stellung beziehen.

Um letzten Endes das Risiko, als Arzt einen Behandlungsfehler zu verursachen, zu minimieren, ist es primär nötig, einige fundamentale Regeln zu beachten. Besonderes Augenmerk sei dabei der Einhaltung des Facharztgebietes, der ausreichenden Patientenaufklärung, der möglichst exakten Dokumentation und der Einhaltung gesicherter Indikationen beizumessen. Mit dem zusätzlichen Annehmen der positiven Fehlerkultur ist es möglich, die Werkzeuge des Risikomanagements mit seinen Fehlermeldesystemen zu bedienen, vorhandene Schwachstellen und Risiken aufzudecken, zu verringern, zu verhindern und damit letzten Endes einen wertvollen Beitrag zur Patientensicherheit mit allen weiteren Konsequenzen zu leisten. Die sensible Diskussion über die Themengebiete *medizinische Behandlungsfehler* und *Patientensicherheit* sollten generell in einer Atmosphäre abseits größerer Schuldzuweisungen und mit der nötigen Würdigung der in aller Regel guten, gewissenhaften und harten ärztlichen Tätigkeit geführt werden.

10 Literaturverzeichnis

- Albrecht D. M., Martin E. (2005), Klinisches Risikomanagement. Anästhesist 54: 377-384.
- Bock R.-W. (2004), Zwischenfallsmanagement – Bewältigung juristischer Konsequenzen nach Behandlungskomplikationen. Gynäkologe 37: 51-55.
- Fischer-Homberger E. (1977), Geschichte der Medizin, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York.
- Fischer M., Lackner C. K., Schreiber W. (2007), Behandlungsfehlervorwürfe in der Notfall- und Rettungsmedizin sowie der Notaufnahme, Notfall + Rettungsmedizin 8: 569-578.
- Graf J., Jannsens U., Max M. (2007), Fehler und Zwischenfälle in der Intensivmedizin, Intensivmed 44: 119-128.
- Hart D. (2007), Patientensicherheit, Risikomanagement, Arzneimittelbehandlung und Arzt Haftungsrecht. MedR 25: 383-384.
- Hofinger G., Waleczek H., Horstmann R, Erwartete und unerwartete Probleme bei der Einführung eines Fehlerberichtssystems im Krankenhaus. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 38. Jahrg., Heft 3, 295-307.
- Langbein K. (2009), Verschlussache Medizin, Ecowin Verlag Salzburg.
- Pelz F. J., Hickl E.-J. (1999), Häufige und schadensträchtige Behandlungsfehler in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologe 32: 953-959.
- Rothmund M. (2005), Patientensicherheit. Chirurg 76: 282-283.

- Schroeder-Printzen J. (2008), Haftung, Regress und rechtliche Konsequenzen für den Arzt. Trauma und Berufskrankheit 10: 203-207.
- Thomeczek C., Ollenschläger G. (2006), Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin 16: 355-360.
- Ulsenheimer K. (2003), Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Auflage, C. F. Müller Verlag Heidelberg.
- Zipper S. G. (2006), Medical Risk Management. Medizinische Klinik 101: 796-803.

11 Internetverzeichnis

- Bundesärztekammer, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008, http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/behandlungsfehler_gesamt_statistik_stand_110609.pdf (02.06.10).
- Bundesärztekammer, Verfahren zum Entzug der ärztlichen Approbation, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169.5425&ts=3> (27.04.10).
- Bundesministerium der Justiz, § 66 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern, http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/_66.html (04.05.10)
- D.A.S. Rechtsportal, Aufklärungspflicht, http://www.dasrechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzt_plichten/aufklaerungspflicht.htm (08.03.10).
- D.A.S. Rechtsportal, Beratungsfehler, <http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/beratungsfehler.htm> (08.03.10)
- D.A.S. Rechtsportal, Behandlungsfehler des Arztes, <http://www.dasrechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/behandlungsfehler> (07.03.10).
- D.A.S. Rechtsportal, Diagnosefehler des Arztes, <http://www.dasrechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/diagnosefehler> (07.03.10).

- D.A.S. Rechtsportal, Schadenersatz
<http://www.dasrechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schadenersatz> (24.04.10)
- D.A.S. Rechtsportal, Schmerzensgeld
<http://www.dasrechtsportal.de/recht/patientenrecht/arzthaftung/schmerzensgeld.htm> (25.04.10)
- D.A.S. Rechtsportal, Therapiefehler des Arztes
<http://www.das-rechtsportal.de/recht/patientenrecht/arztfehler/therapiefehler> (07.03.10).
- derStandard.at, Ärztekammer – „Haben Absicherungsmedizin“
<http://derstandard.at/1234508794476/Aerztekammer-Haben-Absicherungsmedizin> (24.03.10).
- derStandard.at, Ärztefehler – Heillose Selbstüberschätzung der Ärzte
<http://derstandard.at/1263706009295/Aerztefehler-Heillose-Selbstueberschaetzung-der-Aerzte> (13.04.10)
- Ludwig Boltzmann Institut, Das ärztlich-therapeutische Gespräch
http://hta.lbg.ac.at/media/pdf/HTA-Projektbericht_001.pdf (08.03.10)
- Österreichische Ärztekammer, Risikomanagement im klinischen Alltag
http://www.aerztekammer.at/service/PS/2007_01_31/02_Symposium_Cone_n.pdf (17.05.10)
- Rechtsfreund.at, Schadenersatz, Schadenersatzrecht
<http://www.rechtsfreund.at/schadenersatz.htm> (24.04.10)
- Rechtswörterbuch.de, Erwerbsschaden
<http://www.rechtsworтерbuch.de/recht/e/erwerbsschaden/> (25.04.10).

- Stiftung Warentest, Ärztliche Behandlungsfehler: Recht mit Risiko
<http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/meldung/Aerztliche-Behandlungsfehler-Recht-mit-Risiko-1074654-1075141/> (12.04.10).
- Verbraucherzentrale Bremen, Checkliste: Vorgehen bei einem Behandlungsfehler
<http://www.verbraucherzentrale-bremen.de/download/gesundheit/ChecklisteBehandlungsfehler.pdf> (04.05.10).
- Wikipedia, Arzthaftung
<http://de.wikipedia.org/wiki/Arzthaftung> (13.04.10)
- Wikipedia, Patientensicherheit
<http://de.wikipedia.org/wiki/Patientensicherheit> (03.06.10)
- Zeit Online, Kunstfehler – Die Angst operiert mit
<http://www.zeit.de/2003/12/Kunstfehler> (23.03.10).
- Zeit Online, Medizin – „Werch ein Illtum“
<http://www.zeit.de/2008/11/M-Arztfehler> (12.04.10).

12 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Philipp Paul Zimmermann

Anschrift: Mariatrosterstraße 12A
8043 Graz
Tel. +436502650483 (Handy)

Geburtsdatum: 17.09.1982

Geburtsort: München

Eltern: Dr. med. Peter Zimmermann, Facharzt für Dermatologie
Christine Zimmermann, Dipl. Rechtspflegerin (FH)

Geschwister: Matthias Zimmermann
Laura Zimmermann

Schulbildung: 1989-1993 Grundschule Marktoberdorf
1993-2000 Gymnasium Marktoberdorf
2000-2003 Bundesrealgymnasium Reutte
Juni 2003 Reifeprüfung (Matura)

Studium: Seit Wintersemester 2003/2004 bis Oktober 2010
Studium 0202 Humanmedizin an der Medizinischen
Universität Graz

Fremdsprachen: Englisch, Französisch, Latein