

Aus dem Institut für Rechtsmedizin

(Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Britta Bockholdt)

der Universitätsmedizin der Ernst–Moritz–Arndt–Universität Greifswald

**ZUR HÄUFIGKEIT UND CHARAKTERISTIK DER
BEHANDLUNGSFEHLERVORWÜRFE AUS DEM INSTITUT FÜR
RECHTSMEDIZIN DER UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD 1996 – 2008**

Inaugural – Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Medizin
(Dr. med.)
der
Universitätsmedizin
der
Ernst – Moritz – Arndt – Universität
Greifswald
2014

vorgelegt von:

Bente Vibeke Heinig

geb. am: 12.06.1980

in: Berlin

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reiner Biffar

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Britta Bockholdt

2. Gutachter: Prof. Dr. med. Gita Mall

Ort | Raum: Universitätsmedizin Greifswald | Seminarraum der MKG – Chirurgie
Haus DZ 7 | Raum J02.15

Tag der Disputation: 12. März 2015

Widmung

Meinen Eltern — für Euch tausendmal.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	6
1.1 Geschichte des Behandlungs– bzw. Kunstfehlers.....	11
1.2 Der Begriff des Behandlungs– bzw. Kunstfehlers	11
2 Zielsetzung.....	13
3 Material und Methoden.....	14
4 Ergebnisse	15
4.1 Untersuchungskollektiv.....	15
4.1.1 Geschlecht.....	16
4.1.2 Alter.....	16
4.1.3 Vorerkrankungen	17
4.2 Strafprozessrechtliche Informationen	18
4.2.1 Beginn des Ermittlungsverfahrens.....	18
4.2.2 Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften	18
4.2.3 Straftatbestand bzw. Todesermittlungsverfahren.....	19
4.2.4 Anlass des Ermittlungsverfahrens.....	21
4.3 Verdächtiger.....	23
4.3.1 Berufsgruppe, gegen die sich der Behandlungsfehlervorwurf richtet.....	23
4.3.2 Art der stationären Einrichtung	24
4.3.3 Betroffene Fachrichtung	25
4.4 Umstände und Charakterisierung des Vorfalls bzw. Vorwurfs	26
4.4.1 Vorangegangene Behandlung	26
4.4.2 Charakter des Vorwurfs	26
4.4.3 Differenzierung des Behandlungsfehlervorwurfs	27
4.4.3.1 Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen.....	27
4.4.3.2 Zwischenfälle im Zusammenhang mit operativen/invasiven Eingriffen.....	28

4.4.3.3	Nichtoperative Therapiefehler.....	29
4.4.3.4	Pflegefehler	30
4.4.3.5	Medikationszwischenfall.....	30
4.5	Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung.....	30
4.5.1	Gesamtergebnis aller Fälle mit und ohne tödlichen Ausgang	30
4.5.2	Ergebnisse der Obduktionsgutachten in Fällen ohne Kausalitätsgutachten	31
5	Diskussion.....	33
5.1	Untersuchungskollektiv.....	33
5.2	Beginn des Ermittlungsverfahrens	36
5.3	Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften	38
5.4	Vorgeworfener Straftatbestand bzw. Todesermittlungsverfahren	39
5.5	Anlass des Ermittlungsverfahrens.....	40
5.6	Berufsgruppe des Verdächtigten	44
5.7	Art der stationären Einrichtung	46
5.8	Betroffenes Fachgebiet	47
5.9	Vorangegangene Behandlung	51
5.10	Charakter des Vorwurfs	51
5.11	Differenzierung des Behandlungsfehlervorwurfs	52
5.12	Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung.....	56
5.12.1	Gesamtergebnis aller untersuchten Fälle	56
5.12.2	Ergebnis der Fälle mit ausschließlich vorliegendem Obduktionsgutachten.....	59
5.12.3	Juristischer Verfahrensausgang	60
5.13	Folgen eines Behandlungsfehlers bzw. Behandlungsfehlervorwurfs	62
6	Schlussfolgerungen	65
7	Zusammenfassung.....	65
8	Anhang	67
8.1	Fragebogen für Behandlungsfehlervorwürfe mit tödlichem Ausgang	67
8.2	Fragebogen für Behandlungsfehlervorwürfe mit nichttödlichem Ausgang	72

8.3 Tabellen	77
Literaturverzeichnis.....	88
Lebenslauf	93
Danksagung	94

Abkürzungsverzeichnis

A.	Arteria
AiP	Arzt im Praktikum
Ann Surg	Annals of Surgery
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Beitr Gerichtl Med	Beiträge zur gerichtlichen Medizin
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
CT	Computertomographie
Dtsch Ärztebl	Deutsches Ärzteblatt
Dtsch med Wochenschr	Deutsche Medizinische Wochenschrift
ERCP	endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie
gem.	gemäß
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
i. R.	im Rahmen
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Lebensversicherungsmed	Lebensversicherungsmedizin
Med Care	Medical Care
MedR	Medizinrecht
NEJM	New England Journal of Medicine
Neue Zschr Ärztl Fortbild	Neue Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

NJW	Neue Juristische Wochenschrift
OP	Operation
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PJ-Student	Student im Praktischen Jahr
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
StA	Staatsanwaltschaft
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
VersR	Zeitschrift für Versicherungsrecht, Haftungs- und Schadensrecht
Z-GA	Zusammenhangsgutachten
Z. n.	Zustand nach
ZVK	zentralvenöser Katheter
Z Rechtsmed	Zeitschrift für Rechtsmedizin

1 Einleitung

Systematische Untersuchungen zur Inzidenz und zum Wesen medizinischer Behandlungsfehler bzw. Behandlungsfehlervorwürfe in Deutschland lagen bis zum Erscheinen der bundesweiten Multicenter-Studie von Preuß et al. im Jahr 2005 nicht vor. Die bis dahin veröffentlichten Zahlen, Kasuistiken und Lehrbücher beruhten entweder auf Untersuchungen einzelner Institute für Rechtsmedizin, bloßen Schätzungen oder waren Zusammenstellungen von Fällen, so z.B. Mattern und Kohnle [40], Hansis und Hart [21] und Mallach et al. [39].

Das Robert-Koch-Institut geht von etwa 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen pro Jahr aus. Von diesen sollen rund 12.000 tatsächlich als Behandlungsfehler anerkannt werden. Dabei sollen Strafverfahren eine verschwindend geringe Rolle spielen [21].

Seitens der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern liegen bezüglich der dort bearbeiteten Fälle gesicherte Daten vor. Diese Einrichtungen, die seit 1979 Daten erfassen, versuchen durch außergerichtliche Einigungen zwischen den Parteien, Arzthaftpflichtprozesse zu vermeiden. Laut einem von der Bundesärztekammer 2011 herausgegebenen Wegweiser zu den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern werden von diesen Institutionen rund ein Viertel aller vermuteten Arzthaftungsfälle bewertet; in Deutschland gibt es 12 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen [8].

2007 wurde ebenfalls laut einer statistischen Erhebung der Bundesärztekammer in 2.095 der 7.049 Sachentscheidungen ein Behandlungsfehler bestätigt [5]. Im Jahr 2008 wurden bei den Gutachterkommissionen 10.967 Anträge gestellt [6]. Nach der aktuellen Erhebung für das Jahr 2010 wurden 11.016 Anträge zu mutmaßlichen (letalen und nichtletalen) Behandlungsfehlern eingereicht. Davon waren im Juni 2011 laut der statistischen Erhebung für das Jahr 2010 bereits 7.355 bearbeitet [8]. In mehr als zwei Dritteln der bearbeiteten Fälle wurde ein Behandlungsfehler verneint, in etwas weniger als ein Drittel wurde ein Behandlungsfehler bejaht, wobei die erforderliche Kausalität des Fehlers für den Gesundheitsschaden in 1.821 Fällen bestätigt wurde, was etwa einem Viertel der bearbeiteten Fälle entspricht.

Die Größe des Anteils der Behandlungsfehlervorwürfe mit tödlichem Ausgang lässt sich aus den bislang vorliegenden Daten nicht sicher ermitteln.

Das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ schätzte 2007 die Zahl der Patienten, die durch ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis im Rahmen einer medizinischen Behandlung in Deutschland versterben, auf ca. 17.000 pro Jahr [1].

In der Studie von Preuß et al. betrug die Quote letaler Behandlungsfehler mit einem *strafrechtlich* relevanten Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Tod 4,25 % (189 von insgesamt 4.450 Fällen). Die Autoren schätzen den Anteil letaler Behandlungsfehler jedoch in der Realität deutlich größer ein, da bei Verfahren ohne die strengen strafrechtlichen Kausalitätsanforderungen eine wesentlich höhere Quote gegeben sei [47]. Unter Zugrundelegung einer Quote letaler Behandlungsfehler von 30 % (dies entspricht den Zahlen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen), wären dies 231 letale Behandlungsfehler pro Jahr. Diese Zahl bezieht sich jedoch nur auf die in den rechtsmedizinischen Instituten begutachteten Fälle und lässt die durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bearbeiteten letalen Behandlungsfehlervorwürfe außer Acht.

Die Datenlage in den USA ist ähnlich unsicher; die Angaben zur Zahl der Patienten, die jährlich auf Grund eines Behandlungsfehlers sterben, schwanken zwischen 44.000 und 98.000. Jährlich sollen etwa 2,5 % der stationär behandelten Patienten durch einen vermeidbaren Behandlungsfehler gesundheitlich geschädigt werden. Eine Untersuchung von Brennan et al., die die Unterlagen von mehr als 30.000 Patienten der Krankenhäuser im Bundesstaat New York auswertete, kam zu dem Ergebnis, dass 1.133 der behandelten Patienten durch die medizinische Behandlung ausgelöste behindernde Beeinträchtigungen davontrugen [4]. In einer Untersuchung von Thomas et al. aus dem Jahr 2000 konnte gezeigt werden, dass es bei 2,9 % der in Colorado und Utah behandelten Patienten zu sogenannten „adverse events“ kam. Ein „adverse event“ entspricht dabei einem unerwünschten Ereignis, dessen negatives Ergebnis eher durch die Behandlung als durch den Krankheitsverlauf bedingt ist. Dabei waren mehr als die Hälfte dieser adverse events auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen und hatten in 6,6 % den Tod des Patienten zur Folge [54].

In den Vereinigten Staaten fand sich insgesamt eine sehr gute Studienlage: In einem systematischen Review der internationalen Literatur von 1995 bis 2005 zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, Schäden, Behandlungsschäden, Beinahe-Schäden und Behandlungsfehlern zeigte sich, dass dort gut ein Drittel der 151 eingeschlossenen Studien durchgeführt worden waren. In diesem Ranking (also im Zeitraum von 1995 bis 2005) lag

Deutschland gemeinsam mit der Schweiz auf dem sechsten von insgesamt 25 Plätzen, in beiden Ländern waren zu diesem Zeitraum jeweils sieben Studien durchgeführt worden [52].

Die Datenlage der bundesweit auf Behandlungsfehlervorwürfen beruhenden strafrechtlichen Ermittlungsverfahren ist unverlässlich. Die Anzahl der arztstrafrechtlichen Verfahren wird in Deutschland weder auf Bundes- noch auf Länderebene zentral erfasst [44]. Angaben für die bundesweite Ebene stellen Schätzungen dar und divergieren zum Teil beträchtlich: Krumpaszky et al. gehen von 5000 bis 8500 jährlichen Ermittlungsverfahren (20 bis 30 Ermittlungsverfahren pro 1000 Ärzte) aus [30], wohingegen sich die Schätzung von Ulsenheimer auf lediglich 3000 bis 3500 [56] und die von Orben auf 1500 derartiger Verfahren beläuft [44]. Bezogen auf die Gesamtheit der jährlich vorgenommenen ärztlichen Behandlungen gehen Laufs und Ulsenheimer davon aus, dass weniger als 1 Promille dieser Behandlungen zum Gegenstand eines strafrechtlichen Prozesses werden [31, 56].

Auch bezüglich der Frage, ob sich die Zahl der Ermittlungsverfahren bzw. Behandlungsfehlervorwürfe in den letzten Jahren erhöht hat, besteht Uneinigkeit: Preuß et al. (2005), Ulsenheimer (2008), Kleiber (1988), Mallach (1986) und Eisenmenger et al. (1978) gehen von einem z.T. beträchtlichen Anstieg der Behandlungsfehlervorwürfe aus [14, 25, 38, 47, 56]. So wurden nach der Untersuchung von Eisenmenger et al. in den Jahren 1950 bis 1970 am Institut für Rechtsmedizin Heidelberg 111 Sektionen aufgrund des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers vorgenommen, in den Jahren 1971 bis 1975 waren es mit 110 Sektionen nahezu gleich viele. Nach anderen Studien, zwischen denen zum Teil mehrere Jahrzehnte liegen, hat die Zahl der wegen eines Behandlungsfehlervorwurfs eingeleiteten Ermittlungsverfahren nicht zugenommen [13, 44, 45, 59].

Der Großteil der Untersuchungen von Behandlungsfehlervorwürfen blieb auf die regionale Ebene beschränkt [2, 10, 14, 16, 18, 24, 28, 36, 38, 40, 44, 45, 46, 51, 58, 59]. Dabei handelte es sich sowohl um letale als auch um nichtletale Fälle. Größtenteils wurden die rechtsmedizinischen Gutachten für Staatsanwaltschaften, zu einem kleineren Teil auch für Zivilgerichte und Versicherungen erstattet. Zu beachten ist, dass Ansprüche auf Schadensersatz die strafrechtliche Seite des Behandlungsfehlervorwurfs nicht tangieren.

Ulsenheimer analysierte 1987 insgesamt 333 (letale und nichtletale) Verfahren, die er als Strafverteidiger über einen Zeitraum von sieben Jahren geführt hatte und von denen 88 noch nicht abgeschlossen waren. Dabei betrachtete er die strafrechtlichen Vorwürfe, die betroffenen

Fachrichtungen und den Verfahrensausgang. Er beschrieb die Konsequenzen des Ermittlungsverfahrens, der Anklageerhebung und der Hauptverhandlung für den Arzt und stellte Ursachen für den Anstieg arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren dar. Daneben beleuchtete er die Strafverfolgung von Amts wegen, die Rolle von Sachverständigen und die teils unterschiedliche Beurteilung der Kausalitätsfrage. Letztlich spricht sich Ulsenheimer in Fällen fehlerhafter ärztlicher Behandlung für eine Beschränkung der strafrechtlichen Fahrlässigkeit auf grob fehlerhaftes Verhalten aus [56].

Ein Vergleich der Studien ist aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der betrachteten Fälle und der regionalen Besonderheiten schwierig. So wurden zwischen 60 [46] und 4981 [47] Fälle ausgewertet. Die Zahl der bei einer Staatsanwaltschaft anhängigen Verfahren ist davon abhängig, ob sie im Einzugsgebiet einer großen Klinik liegt, und die Häufigkeit der betroffenen Fachrichtungen variiert je nach fachlicher Spezialisierung der einzelnen Kliniken.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der Herkunft der untersuchten Fälle: Zum einen lagen Untersuchungen der Arztstrafverfahren an sich vor (siehe oben). Dabei untersuchten Feht (2008), Peters (2000), Althoff und Solbach (1973) den Ausgang von Ermittlungsverfahren ausschließlich auf regionaler Ebene [2, 16, 45], wohingegen sich die Untersuchung von Orben (2002) auf eine repräsentative Stichprobe bundesdeutscher Staatsanwaltschaften stützte [44].

Neben obigen Untersuchungen existiert eine weitere Gruppe, die die Gutachten der rechtsmedizinischen Institute (vorläufige Obduktionsgutachten sowie gegebenenfalls weitergehende Zusammenhangsgutachten, letale und nichtletale Fälle) zum Gegenstand hatte, unter anderem die Arbeiten von Vennedey 2007, Preuß et al. 2005, Dettmeyer und Madea 1999, Janssen und Püschel 1998, Figgner 1981, Schmidt 1982, Mattern und Kohnle 1983 [10, 18, 24, 40, 47, 51, 58]. Bei diesen Untersuchungen wurde überwiegend auch der Verfahrensausgang erfasst. Es ist jedoch zu beachten, dass die arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren der jeweiligen Zeitspanne, in denen kein rechtsmedizinisches Gutachten herangezogen wurde, naturgemäß ohne Beachtung blieben. Zudem ist das Obduktionsgut in den rechtsmedizinischen Instituten stark vorselektiert. Insofern können die Untersuchungen der rechtsmedizinischen Institute zur Bewertung der arztstrafrechtlichen Verfahrenswirklichkeit nur in begrenztem Maße verallgemeinert werden [44]. Ihre Bedeutung liegt vielmehr in der Untersuchung der Todesursache und des Stellenwertes der gerichtlichen Obduktion, der

Identifizierung besonders komplikationsbehafteter medizinischer Bereiche und der Entwicklung von Maßnahmen zu Fehlerprävention und —management.

Ein Vergleich der rechtsmedizinisch begutachteten Fälle in Deutschland wurde erst 2005 mit der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von Preuß et al. durchgeführten Multicenterstudie möglich [47].

Diese wertete die an sämtlichen Instituten für Rechtsmedizin über einen Zeitraum von elf Jahren erstellten Sektionsprotokolle, Zusammenhangsgutachten und die externen Fachgutachten aus. Es wurden 4550 letale und 431 nichtletale Fälle an 17 Instituten für Rechtsmedizin analysiert.

Damit konnte erstmals die quantitative Entwicklung der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bundesweit verglichen werden. Zugleich wurden die betroffenen Fachrichtungen und die Art des jeweiligen Vorwurfs detailliert erfasst und daraus resultierend verschiedene Empfehlungen ausgesprochen.

Genauere Untersuchungen zum gesundheitlichen Zustand der betroffenen Patienten und zu deren Lebensumständen wurden bislang nicht durchgeführt.

Eckdaten wie Geschlecht und Alter wurden von Preuß et al. (2005) und Lignitz und Mattig (1989) erhoben [36, 47]. Orben (2002) dokumentierte darüber hinaus die Nationalität, die Berufsbezeichnung und die Versicherungssituation des Patienten [44]. Diese drei Studien erfassten sowohl letale als auch nichtletale Fälle im Rahmen eines strafrechtlichen Verfahrens.

Die Altersstruktur Mecklenburg–Vorpommerns hat sich seit 1990 aufgrund von Wanderungsverlusten und des Geburtendefizits zu Ungunsten der jüngeren Bevölkerung verschoben. So ist der Anteil der Personen, die 65 Jahre und älter sind, bis 2009 von 10,6 % auf 22,1 % gestiegen. Das Durchschnittsalter lag 2006 mit 43,8 Jahren um acht Jahre höher als 1990 [53]. Daneben hatte das Land laut Untersuchungen des Statistischen Amtes Mecklenburg–Vorpommern im Jahr 2006 verglichen mit dem Bundesdurchschnitt den höchsten Raucheranteil und den höchsten Anteil übergewichtiger Personen. Die daraus resultierenden Folgeerkrankungen sind für die Kausalitätsfeststellung zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden relevant.

1.1 Geschichte des Behandlungs- bzw. Kunstfehlers

Der Begriff des Kunstfehlers geht im wesentlichen zurück auf Rudolf Virchow, der für das 1870 in Kraft getretene Strafgesetzbuch für den Norddeutschen Bund folgendermaßen formulierte: „Approbierte Medizinalpersonen, welche in Ausübung ihres Berufes aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht zuwider allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst durch ihre Handlungen oder Unterlassungen die Gesundheit eines ihrer Behandlung übergebenen Menschen beschädigt haben, sollen bestraft werden“ [39].

Strafrechtliche Konsequenzen für Sorgfaltspflichtverletzungen hatten Ärzte jedoch schon zur Zeit des babylonischen Reiches zu fürchten. Die §§ 215 – 223 der Gesetzessammlung von Chammurabi (1728 bis 1686 v. Chr.), die sich mit dem Arztrecht befassen, drohten zum Teil drastische Sanktionen an: Im Sinne einer spiegelnden Strafe sollte dem Arzt, dessen Patient nach der OP verstarb, die Hand, mit der er gesündigt hatte, abgeschnitten werden. Die Verstümmelung des Arztes sollte wohl verhindern, dass er mit seiner Hand noch einmal Unheil anrichtete. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese Strafe nicht immer ausgeführt, sondern oft durch eine Geldbuße ersetzt wurde [26]. Erst die 1532 erlassene Constitutio Criminalis Carolina Kaiser Karls V. kodifizierte in Artikel 134 ärztliche Fehlleistungen, wobei konkret auf Vorsatz, mangelnde Sorgfalt, mangelnde Kenntnis, leichtfertiges und unmethodisches Vorgehen und unwissenschaftliche und unzulässige Therapie im Falle eines tödlichen Ausgangs Bezug genommen wurde. Dieser Artikel diente Virchow als Richtschnur für seine oben genannte Charakterisierung des ärztlichen Kunstfehlers [39].

1.2 Der Begriff des Behandlungs- bzw. Kunstfehlers

Eine Legaldefinition des Behandlungs- bzw. Kunstfehlers existiert nicht. Ob eine Verletzung des fachärztlichen Standards als Kunst- oder als Behandlungsfehler bezeichnet werden soll, ist in Medizin und Rechtswissenschaft seit langem umstritten, wobei der Terminus Kunstfehler heute nur noch von wenigen Autoren [39, 59] gebraucht wird.

Mallach et al. (1993) sprechen sich für die Bezeichnung Kunstfehler aus, da dieser im Gegensatz zum Behandlungsfehler auch die Diagnostik umfasse und berücksichtige, dass ärztliches Handeln nicht nur auf einem naturwissenschaftlichen Fundament, sondern zu einem großen Anteil auf ärztlicher Intuition im Sinne von ärztlicher Kunst, beruhe [39]. Ulsenheimer (2008)

hält dagegen, dass einerseits in Ausnahmesituationen ein Nichtbefolgen der Kunstregel geboten sein und sich andererseits eine Sorgfaltspflichtverletzung auch ohne Klassifikation als Kunstfehler ergeben könne, da in Bereichen medizinischen Neulands entsprechende Kunstregeln u. U. noch nicht vorlägen [57].

Folglich gibt es Sorgfaltspflichtverletzungen, die keine Kunstfehler darstellen und Kunstregelverstöße, die dennoch nicht pflichtwidrig sind [3]. Daher sollte ausschließlich der Terminus „Behandlungsfehler“ verwendet werden. Schleyer hält den Begriff Kunstfehler schon deshalb für verfehlt, weil unklar sei, ob die ärztliche Tätigkeit eine Kunst ist [50]. Die herrschende Meinung in Rechtsprechung und Lehre bevorzugt den Terminus Behandlungsfehler wohl auch wegen der Reizwirkung der Bezeichnung Kunstfehler, die als persönliche Diskriminierung verstanden und in diesem Sinne auch von den Medien verwendet wird [9].

In der unsachlichen Berichterstattung und unter Laien wird der Begriff des Kunstfehlers oft inflationär und bereits dann verwendet, wenn eine ärztliche Maßnahme nicht den erwarteten Erfolg zeitigt. „Der Illustrierten–Schreiber kann sich des Sensationseffektes dieses Schlagwortes sicher sein; jedem ist dieser Begriff anscheinend geläufig. Versucht man jedoch, Näheres über die Vorstellungen des einzelnen vom Kunstfehler zu erfahren, stößt man in ein mystisches Dunkel“ [18]. Der Misserfolg einer ärztlichen Handlung allein darf allerdings noch nicht einmal die Vermutung zulassen, dass eine ärztliche Pflichtverletzung vorliegt [39, 43].

Aufgrund der dogmatischen Präzision und zugunsten einer nüchternen

Betrachtungsweise soll hier der Begriff Behandlungsfehler verwendet werden. Unter „Behandlungsfehler“ versteht man einen Verstoß gegen den fachärztlichen Standard, d. h. „jede ärztliche Maßnahme, die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft unsachgemäß ist“; dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein Tun oder Unterlassen, um die Vornahme einer medizinisch nicht sachgerechten oder um die Nichtvornahme einer medizinisch gebotenen Maßnahme handelt oder ob der Arzt vor, bei oder nach der Behandlung in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht fehlerhafte Entscheidungen getroffen hat [19].

2 Zielsetzung

Eine systematische Untersuchung der Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen im Einzugsgebiet des Instituts für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald existiert bisher nicht. Das Institut versorgt zwei Landgerichtsbezirke mit einzelnen größeren Städten; das Versorgungsgebiet ist jedoch überwiegend ländlich geprägt.

Die Zielsetzung der vorgelegten Untersuchung bestand in einer retrospektiven Analyse der im Institut für Rechtsmedizin begutachteten Fälle von Behandlungsfehlervorwürfen. Dies erfolgte anhand der Auswertung von 295 Gutachtenfällen, die wegen eines Behandlungsfehlervorwurfs in den Jahren 1996 bis 2008 vom Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald erstellt wurden. Es handelte sich dabei sowohl um letale als auch nichtletale Fälle, wobei den letalen Fällen zu einem überwiegenden Teil auch eine Sektion zugrunde lag, deren Befund in die Begutachtung mit einging. In den anderen letalen Fällen wurden die sogenannten Zusammenhangsgutachten – ebenso wie die Begutachtungen der nichtletalen Fälle – nach Aktenlage erstellt.

Es wurden die Fälle, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten oder primär aufgrund eines Behandlungsfehlerverdachts im Institut bearbeitet wurden, bezüglich der Fachdisziplin, der Wesensart des Vorwurfs, besonderer Merkmale des betroffenen Patientenkollektivs und der situativen Gegebenheiten klassifiziert. Die Auswertung erfolgte anhand eines dafür erstellten Datenerhebungsbogens, der sich in Teilen an dem Erhebungsbogen der bundesweiten Multicenter-Studie von Preuß et al. [47] orientiert.

Neben der Erhebung von allgemeinen Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen wurden besonders komplikationsträchtige Fehlerquellen identifiziert.

Zusätzlich zu allgemeinen epidemiologischen und regionalen Angaben sollten die Ursachen, die zur Anzeige führten, die Vorgehensweise und die Schlussfolgerungen des Gutachtens ausgewertet werden.

Insbesondere ging es um eine Beantwortung folgender Fragen:

- Welche Fachrichtungen waren beteiligt?
- Von wem wurden die Vorwürfe erhoben?
- In welchem Zusammenhang standen sie mit der medizinischen Behandlung?
- Welche Rolle spielte das rechtsmedizinische Gutachten?

3 Material und Methoden

Zur Auswertung standen die Obduktionsprotokolle und die sogenannten Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage des Instituts für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald aus dem Zeitraum von 1996 bis 2008.

Die Obduktionsprotokolle dienten mit vorläufigen Gutachten zur Klärung der Grundleiden, der Todesursache und vor allem der Frage nach der fremden Schuld am Tod der betroffenen Person, wohingegen die sogenannten Zusammenhangsgutachten zur Frage eines möglichen Sorgfaltspflichtverstoßes, eines dadurch verursachten Schadens und der erforderlichen Kausalität abgegeben werden. Dabei handelt es sich z.B. um lebende Personen, die nach ihrer Behandlung Anzeige erstattet haben oder um Todesfälle, in denen die Angehörigen nach dem Tode Anzeige erstattet haben und in denen keine gerichtliche Obduktion erfolgte.

Als „letaler Fall“ werden im folgenden die Fälle bezeichnet, bei denen der Patient im Verlauf der als fehlerhaft vorgeworfenen Behandlung verstorben ist. Das sind sowohl Fälle, in denen primär eine Obduktion angeordnet wurde, als auch solche, in denen der oder die Betroffene verstorben war und keine Obduktion erfolgte.

In einem Teil der Fälle standen zusätzliche Informationen in Form von Krankenunterlagen wie Arztbriefen und Patientenakten, die den entsprechenden Zusammenhangsgutachten beigelegt waren, zur Verfügung. Retrospektiv wurden alle Obduktionsprotokolle und Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage der Jahre 1996 bis 2008 des Instituts für Rechtsmedizin ausgewertet. Die Identifizierung der Fälle erfolgte anhand der Nummer des Sektionsprotokolls bzw. des Zusammenhangsgutachtens und des jeweiligen Aktenzeichens der Staatsanwaltschaft.

Bei den Auftraggebern der Sektions- bzw. Zusammenhangsgutachten handelte es sich im Wesentlichen um die Staatsanwaltschaften Stralsund und Neubrandenburg. Die örtlichen Zuständigkeiten beider Staatsanwaltschaften entsprechen gem. § 143 GVG dem der Landgerichte Neubrandenburg und Stralsund. Dabei ist das Landgericht Neubrandenburg für die Amtsgerichte Neubrandenburg, Demmin, Neustrelitz, Pasewalk, Ueckermünde und Waren und das Landgericht Stralsund für die Amtsgerichte Stralsund, Greifswald, Ribnitz-Damgarten, Anklam, Bergen und Wolgast zuständig.

Im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Staatsanwaltschaft Stralsund befinden sich neben dem Universitätsklinikum Greifswald acht weitere Krankenhäuser. Die örtliche Zuständigkeit der Staatsanwaltschaft Neubrandenburg erstreckt sich auf sechs Krankenhäuser.

Die Datenerfassung fand mithilfe eines selbst erstellten Erhebungsbogens statt (siehe Anhang). Es wurden die Behandlungsfehlervorwürfe ihrem Wesen nach sieben Hauptkategorien zugeordnet, innerhalb derer eine genauere Differenzierung vorgenommen wurde. Die Hauptkategorien beinhalten das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen, Medikationszwischenfälle, Zwischenfälle bei bzw. nach operativen Eingriffen, nichtoperative Therapiefehler, Diagnosefehler, Pflegefehler und die Fehleinschätzung der Situation durch den nichtärztlichen Rettungsdienst. In einem Teil der Fälle war der Vorwurf nicht konkretisiert. Die Informationen wurden mit Hilfe von Microsoft Excel 2002 verschlüsselt und in Diagrammen dargestellt.

4 Ergebnisse

4.1 Untersuchungskollektiv

Im untersuchten Zeitraum von 1996 bis 2008 wurden im Institut für Rechtsmedizin der Universität Greifswald 295 Gutachten zur Problematik medizinischer Behandlungsfehler erstellt. Es handelte sich um 256 letale und 39 nichtletale Fälle. In 78 dieser letalen Fälle lagen sowohl ein Obduktionsgutachten des Instituts für Rechtsmedizin Greifswald als auch ein weiterführendes Zusammenhangsgutachten vor, in 136 Fällen lag nur ein Obduktionsgutachten vor, und in 42 Fällen wurde das Zusammenhangsgutachten ohne ein zugrundeliegendes Obduktionsgutachten des Instituts für Rechtsmedizin Greifswald erstellt, wobei zum Teil eine Sektion in anderen rechtsmedizinischen Instituten, Instituten für Pathologie oder den pathologischen Abteilungen der Krankenhäuser durchgeführt worden war.

Demnach hatte in 214 Fällen eine Obduktion im Institut für Rechtsmedizin der Universität Greifswald stattgefunden. Insgesamt wurden im betrachteten Zeitraum 2984 Obduktionen im Institut durchgeführt, der Anteil der aufgrund eines (wenn auch nur vagen) Behandlungsfehlerverdachts vorgenommenen Obduktionen beträgt damit 7,2 %.

4.1.1 Geschlecht

146 der insgesamt 295 letalen und nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfe betrafen die Behandlung weiblicher Patienten, in 149 Fällen waren Männer betroffen. Das Geschlechterverhältnis der betroffenen Patienten war damit nahezu ausgeglichen.

4.1.2 Alter

Die Altersverteilung der betroffenen Patienten ist der Abbildung 1 zu entnehmen, die genauen Zahlen finden sich in der Tabelle 1 im Anhang.

In 11 Fällen ließ sich das Patientenalter aus den vorliegenden Unterlagen nicht ermitteln. Somit war eine Zuordnung zu verschiedenen Altersgruppen nur in 284 Fällen möglich. Dabei meint die Bezeichnung „0 – 1“ das gesamte 1. Lebensjahr bis zum 1. Geburtstag, die Bezeichnung „1 – 20“ das Zeitintervall ab dem 1. Geburtstag bis zum vollendeten 20. Lebensjahr (d.h. bis zum 20. Geburtstag) usw.

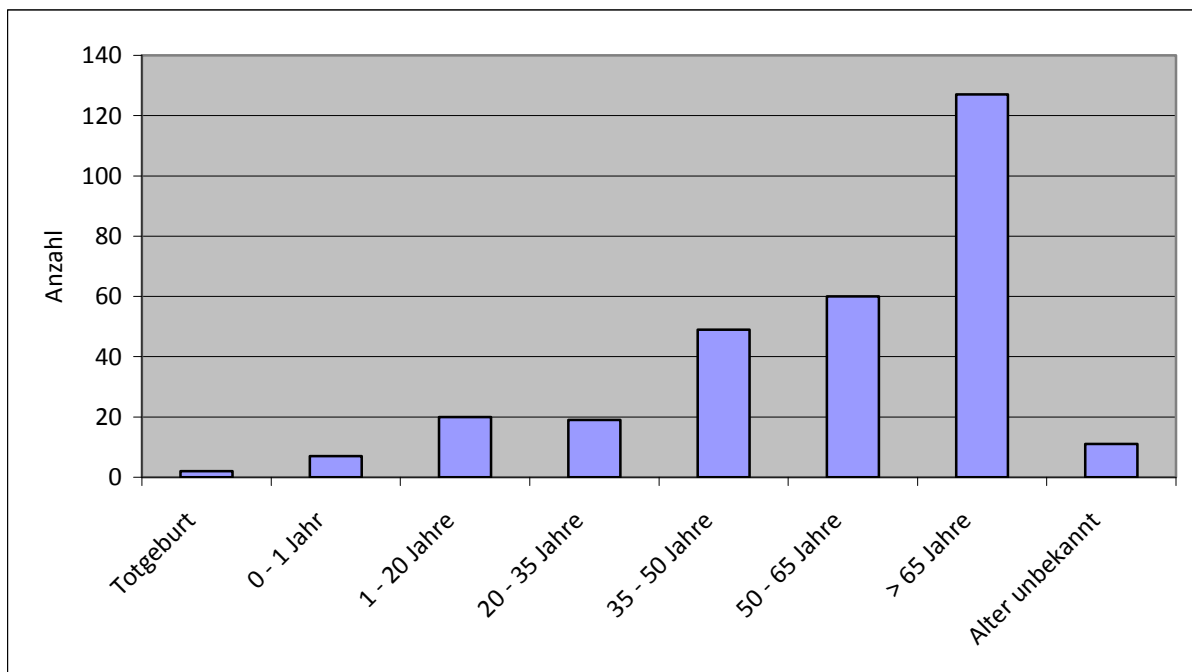


Abb. 1: Patientenalter (n = 295)

4.1.3 Vorerkrankungen

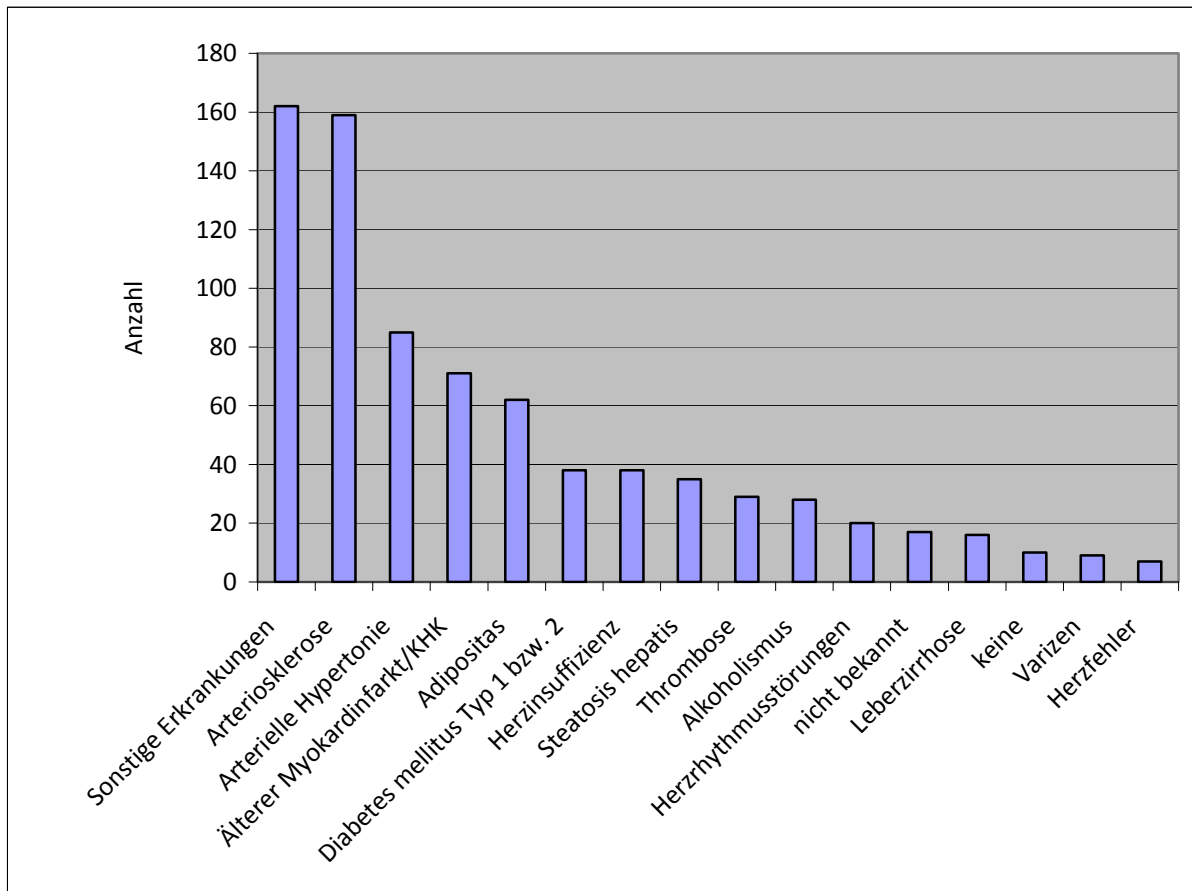


Abb. 2: Vorerkrankungen (n = 786)

Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Vorerkrankungen der Patienten, an denen diese zum Zeitpunkt des vorgeworfenen Behandlungsfehlers litten. Die genauen Zahlen sind in der Tabelle 2 im Anhang zusammengefasst.

Anhaltspunkte für mögliche Vorerkrankungen der Patienten ließen sich verschiedenen Quellen entnehmen: Informationen aus den ausführlichen Zusammenhangsgutachten, denen zumeist die Behandlungsunterlagen wie Patientenkarten aus Arztpraxen, frühere Arztbriefe, Anamnesebögen, Notarzteinsatzprotokolle und „Kurven“ zugrunde lagen, ferner Krankenunterlagen, die einigen Gutachten beigelegt waren und den Sektionsbefunden.

Es zeigt sich, dass bei einem Großteil der Patienten Begleiterkrankungen vorlagen, die bei der Behandlung Berücksichtigung finden mussten. Dabei war die Arteriosklerose mit Abstand am häufigsten.

Die Zahl der Patienten mit einer Adipositas ist wahrscheinlich deutlich höher, da nicht bei allen Patienten Gewicht und Körpergröße ermittelt werden konnte.

4.2 Strafprozessrechtliche Informationen

4.2.1 Beginn des Ermittlungsverfahrens

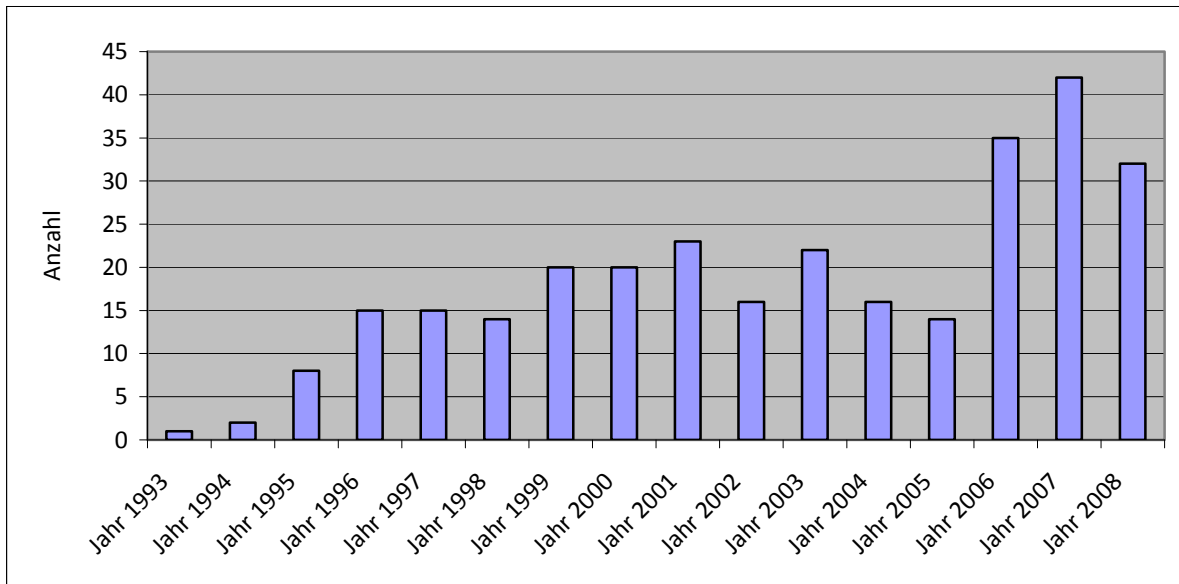


Abb. 3: Beginn des Ermittlungsverfahrens (n = 295)

Der Beginn der Ermittlungsverfahren der begutachteten Fälle ist der Abbildung 3 zu entnehmen, die genauen Zahlen finden sich in Tabelle 3 im Anhang.

4.2.2 Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften

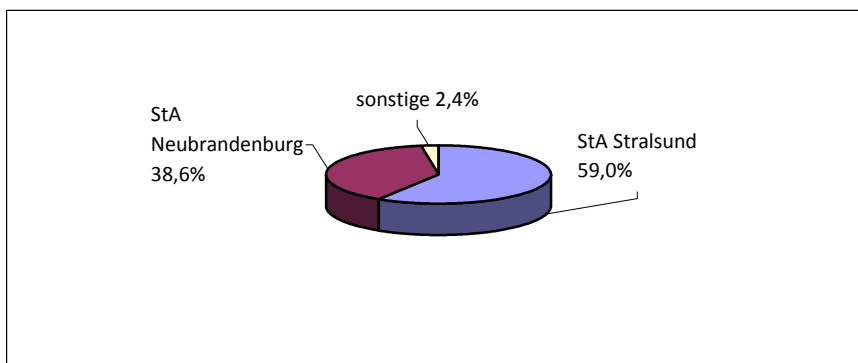


Abb. 4: Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften (n = 295)

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Ermittlungsverfahren auf die Staatsanwaltschaften. Eine Differenzierung dieser Verfahren hinsichtlich der Fälle, in denen nur ein Obduktionsprotokoll (ohne Zusammenhanggutachten) und der Fälle, in denen ein Zusammenhanggutachten vorlag, ist der Abbildung 5 zu entnehmen.

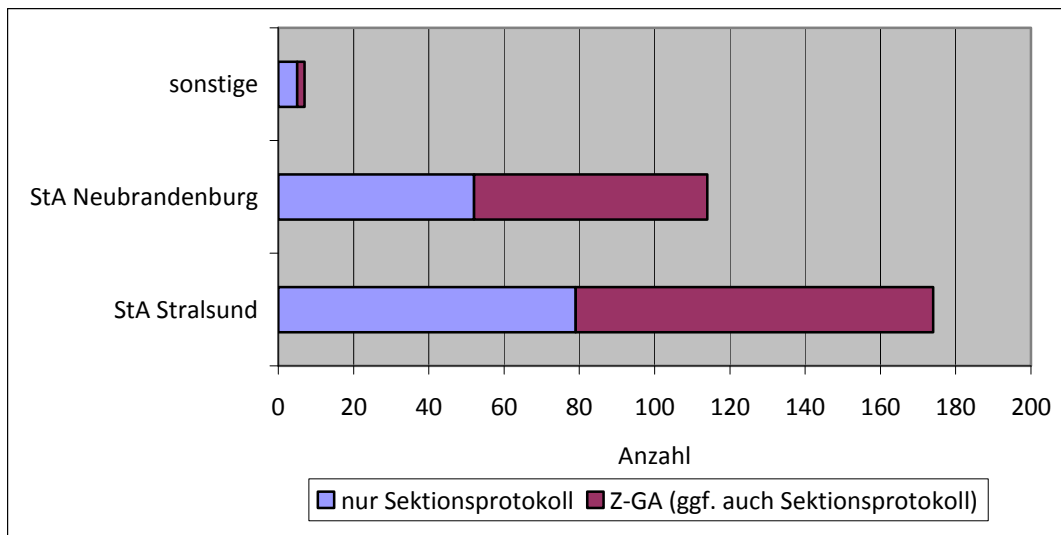


Abb. 5: Differenzierung der Verfahren (n = 295)

4.2.3 Straftatbestand bzw. Todesermittlungsverfahren

Die Abbildungen 6 und 7 stellen die Häufigkeiten des jeweiligen strafrechtlichen Vorwurfs bzw. bei den letalen Fällen auch der bloßen Todesermittlungsverfahren dar.

Die Zahlen sind den Tabellen 4 und 5 im Anhang zu entnehmen. Hier wurde zwischen letalen und nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen unterschieden, da einige Straftatbestände und bloße Todesermittlungsverfahren naturgemäß nur bei tödlichem Ausgang in Betracht kommen.

Bei den Fällen mit tödlichem Ausgang handelte es sich am häufigsten um bloße Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO. Ein solches wird eingeleitet, wenn die Todesart in der Todesbescheinigung als „nichtnatürlich“ bzw. „ungeklärt“ angegeben wird. Sinn des Verfahrens ist es, festzustellen, ob der Tod durch ein fremdes Verschulden herbeigeführt wurde. Ein konkreter Tatverdacht auf ein Fremdverschulden wie beim Ermittlungsverfahren im engeren Sinne wird hier nicht vorausgesetzt. Bei den betrachteten Fällen kam das Vorliegen eines Behandlungsfehlers aufgrund der Umstände zumindest in Betracht (Beispiel: Tod in zeitlichem Zusammenhang mit einem medizinischen Eingriff), obwohl ein solcher Verdacht oft

nicht ausdrücklich benannt wurde.

Bei den Ermittlungsverfahren gegen Dritte handelte es sich um Vorwürfe im Zusammenhang mit einem Rohheitsdelikt, einem Verkehrsunfall und einer Kindesmisshandlung.

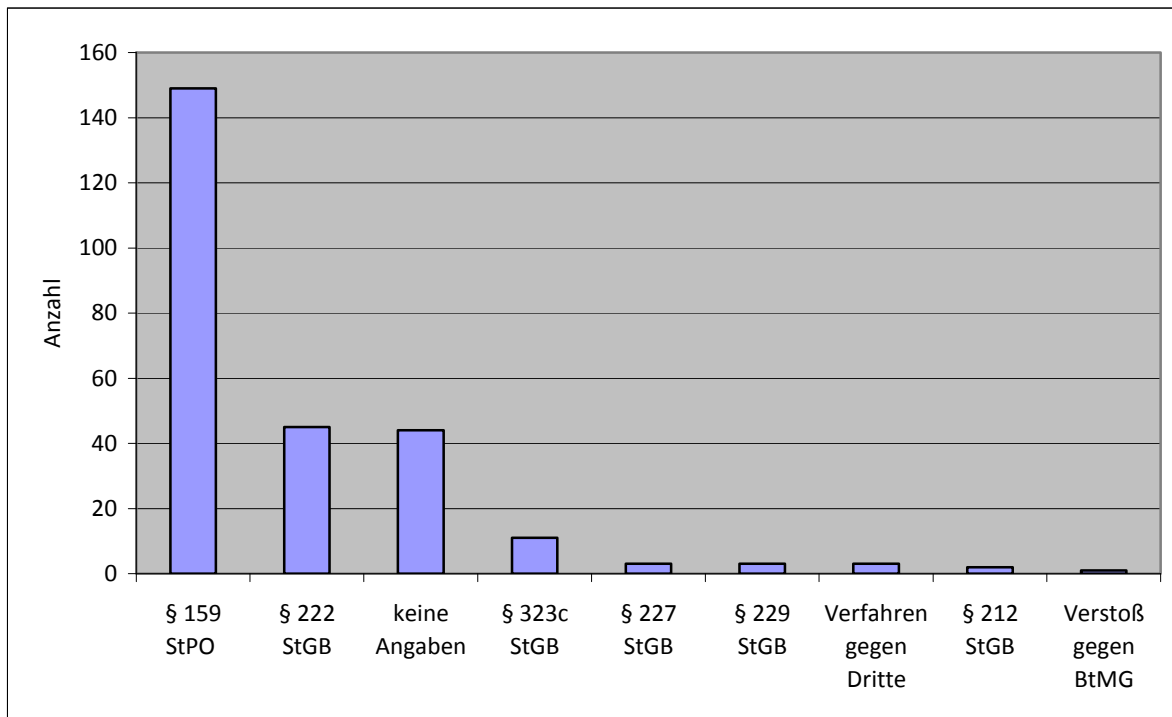


Abb. 6: Vorgeworfener Straftatbestand der letalen Behandlungsfehlervorwürfe bzw. Todesermittlungsverfahren (n = 261)

Bei den Behandlungsfehlervorwürfen ohne tödlichen Ausgang war der Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung gem. § 229 StGB mit 41,9 % (n = 18) am häufigsten, gefolgt von Fällen, deren Straftatbestand aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich war und dem Vorwurf der einfachen Körperverletzung gem. § 223 StGB.

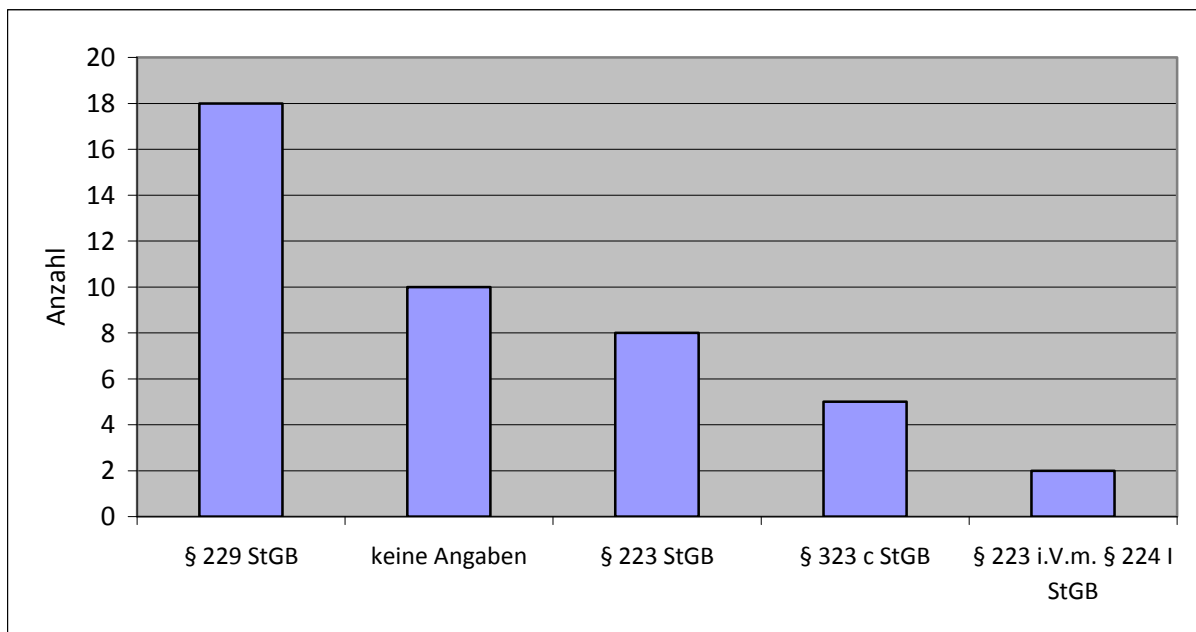


Abb. 7: Vorgeworfener Straftatbestand der nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfe (n = 43)

4.2.4 Anlass des Ermittlungsverfahrens

Die Abbildung 8 zeigt den jeweiligen Anlass der die 256 letalen Fälle betreffenden Ermittlungsverfahren. Die genauen Zahlen sind der Tabelle 6 im Anhang zu entnehmen. Den größten Anteil stellt mit 61,3 % (n = 157) die Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nichtnatürlich“ dar. In 14,5 % (n = 37) war der Anlass des Ermittlungsverfahrens aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich. In 10,5 % (n = 27) wurden Ermittlungen aufgrund einer Strafanzeige der Angehörigen, Betreuer oder Freunde des Patienten und in 5,9 % der Fälle (n = 15) aufgrund der Meldung von Auffälligkeiten durch Ärzte des Instituts für Rechtsmedizin aufgenommen, weil sich im Rahmen der gem. § 12 Bestattungsgesetz Mecklenburg–Vorpommern vor der Feuerbestattung durchzuführenden zweiten Leichenschau Anhaltspunkte für eine nichtnatürliche Todesart ergaben, obwohl diese in der Todesbescheinigung als „natürlich“ angegeben worden war.

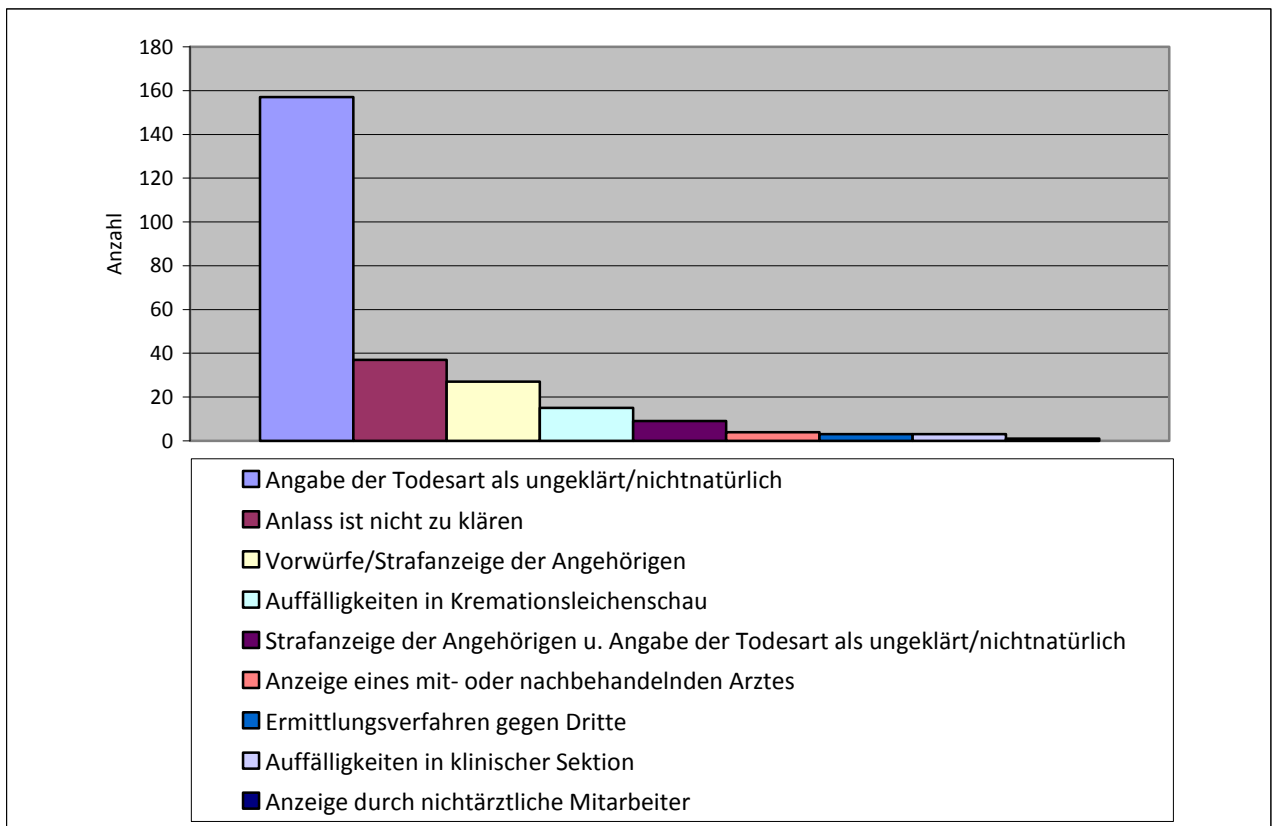


Abb. 8: Anlass des Ermittlungsverfahrens bei letalen Behandlungsfehlervorwürfen (n = 256)

Die Abbildung 9 stellt den Anlass der Ermittlungsverfahren in den 39 Fällen von nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen dar, genaue Zahlen finden sich in Tabelle 7 im Anhang.

Häufigster Anlass eines Ermittlungsverfahrens wegen eines *nichtletalen*

Behandlungsfehlervorwurfs war in 51,3 % die Anzeige des Patienten selbst (n = 20), am zweithäufigsten war die Erstattung einer Strafanzeige von Angehörigen oder anderen dem Patienten nahestehenden Personen.

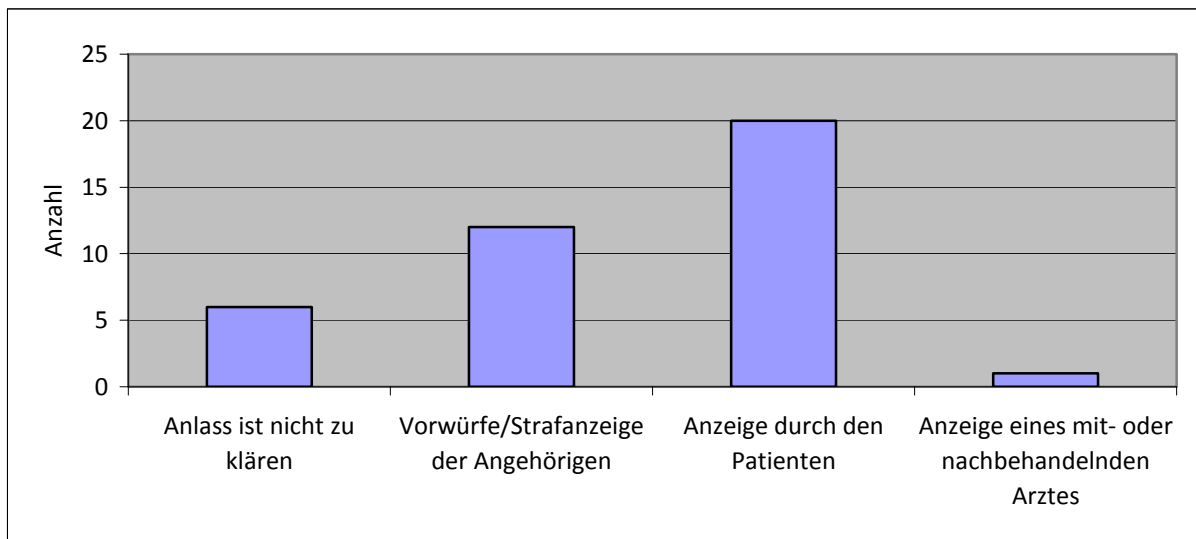


Abb. 9: Anlass des Ermittlungsverfahrens bei nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen (n = 39)

4.3 Verdächtigter

4.3.1 Berufsgruppe, gegen die sich der Behandlungsfehlervorwurf richtet

Der Abbildung 10 sind die Berufsgruppen zu entnehmen, gegen die sich der Behandlungsfehlervorwurf richtet, die genauen Zahlen finden sich in Tabelle 8 im Anhang. Krankenhausärzte waren am häufigsten von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen (62 %, n = 183). Die Zahl der Verdächtigten (n = 312) ist größer als die Zahl der insgesamt betrachteten Fälle, da in einigen Fällen mehrere Berufsgruppen beteiligt waren.

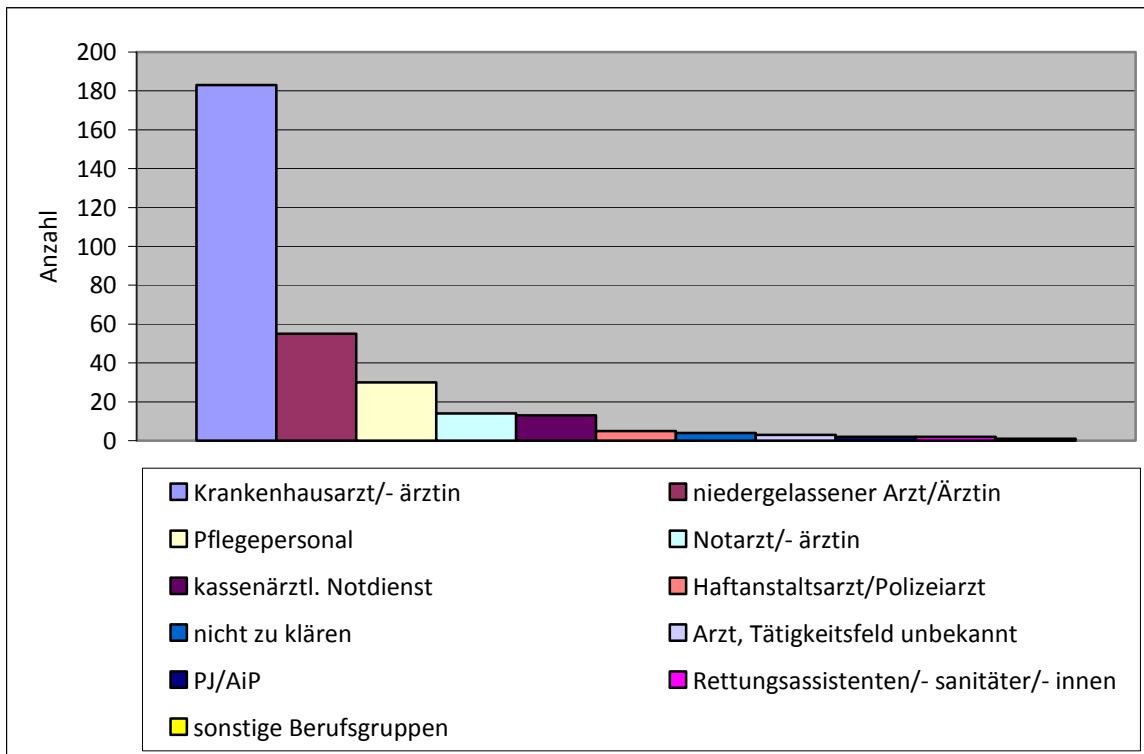


Abb. 10: Verteilung der Vorwürfe auf verschiedene Berufsgruppen (n = 312)

4.3.2 Art der stationären Einrichtung

Die Abbildung 11 stellt die Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die jeweilige Art der stationären Einrichtung dar. Universitätskliniken als Häuser der Maximalversorgung waren in 15,7 % von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen, der größte Anteil (69,1 %) entfiel auf Krankenhäuser der übrigen Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Schwerpunktversorgung).

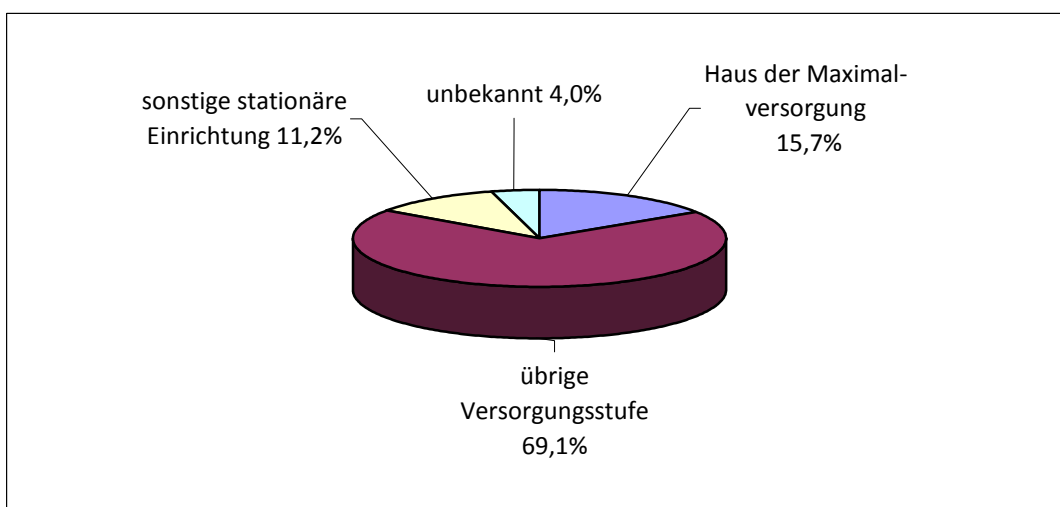


Abb. 11: Art der stationären Einrichtung (n = 223)

4.3.3 Betroffene Fachrichtung

Abbildung 12 zeigt die Verteilung der Straf- sowie der Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO auf die einzelnen Fachrichtungen. Die Summe der betroffenen Fachdisziplinen (n = 317) ist größer als die der insgesamt betrachteten 295 Fälle, da in einigen Fällen mehrere Fachrichtungen nebeneinander beschuldigt wurden. Die genauen Zahlen sind der Tabelle 9 im Anhang zu entnehmen.

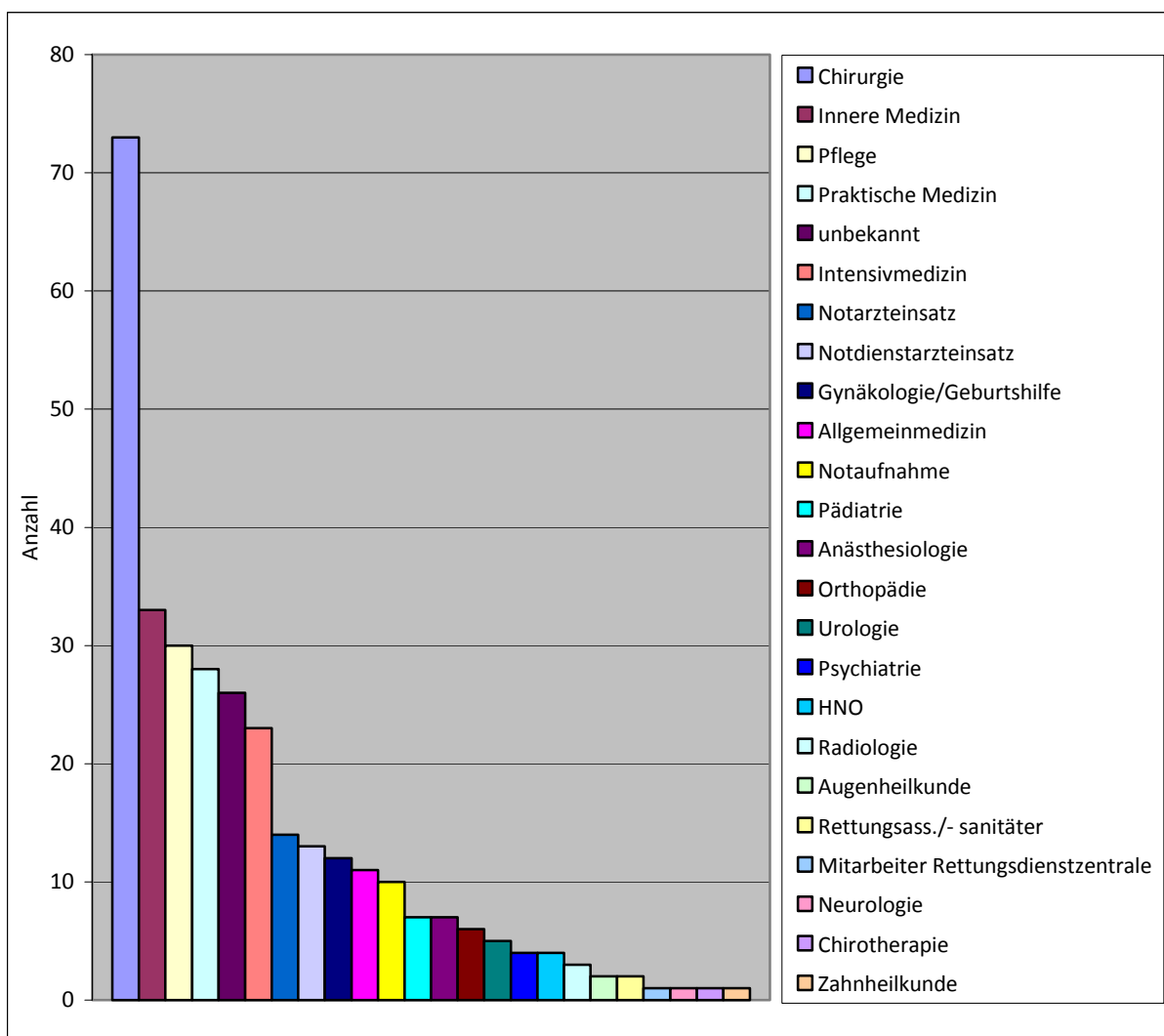


Abb. 12: Betroffenes Fachgebiet (n = 317)

Chirurgen waren mit 24,7 % (n = 73) am häufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen. Darauf folgten die Internisten mit einem Anteil von 11,2 % (n = 33). Da in einigen Fällen die genaue Zahl der an einem Zwischenfall beteiligten Ärzte unklar war, jedoch verschiedene

Fachgebiete beteiligt waren, wurden diese Beteiligten bei den Berufsgruppen (s. o.) als „Krankenhausärzte“ zusammengefasst, das jeweilige Fachgebiet aber einzeln erfasst, weshalb die Gesamtzahl hier größer als 312 ist.

4.4 Umstände und Charakterisierung des Vorfalls bzw. Vorwurfs

4.4.1 Vorangegangene Behandlung

Die Differenzierung der Behandlungsfehlervorwürfe je nach Dauer der vorangegangenen Behandlung lässt sich Abbildung 13 entnehmen, die genauen Zahlen der Tabelle 10 im Anhang. Die Gesamtzahl von 304 Fällen erklärt sich daraus, dass einige Vorwürfe mehrere Ärzte betrafen, die den Patienten behandelt hatten.

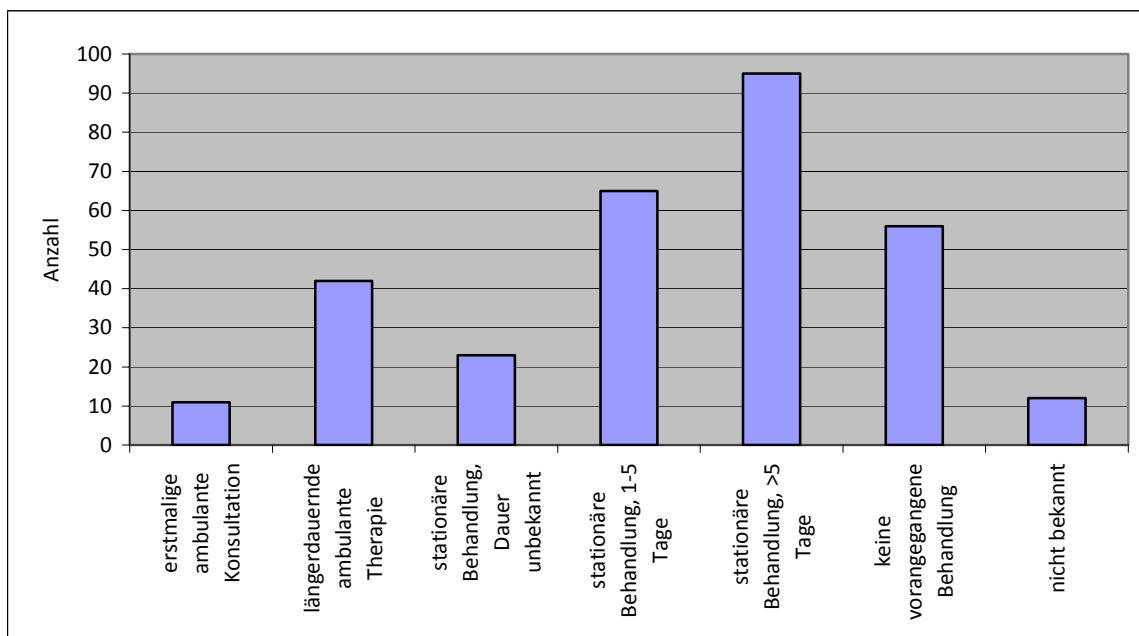


Abb. 13: Dauer der vorangegangenen Behandlung (n = 304)

4.4.2 Charakter des Vorwurfs

Die Behandlungsfehlervorwürfe wurden entsprechend ihrem Charakter differenziert in konservative Medizin, operative Medizin (einschließlich minimal-invasiver Maßnahmen und Endoskopie) und Intensivmedizin bzw. Anästhesie. Dadurch, dass sich die Vorwürfe in einigen Fällen sowohl auf konservative als auch auf operative Maßnahmen bezogen, ergibt sich eine Gesamtzahl von 297. Die Verteilung ist der Abbildung 14 zu entnehmen.

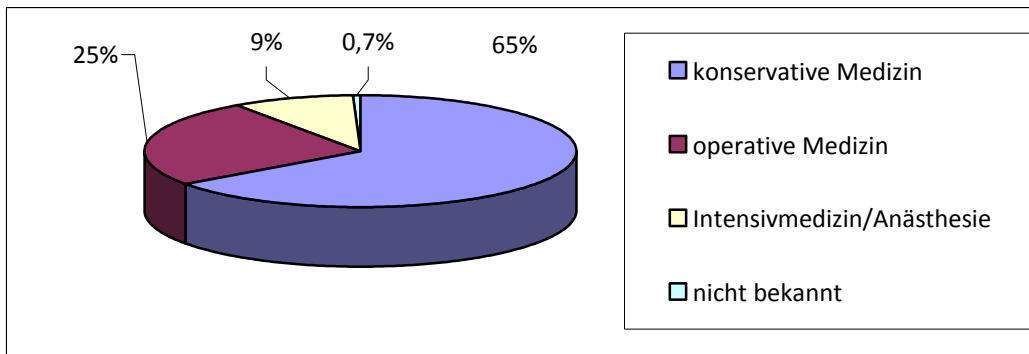


Abb. 14: Charakter des Vorwurfs (n = 297)

4.4.3 Differenzierung des Behandlungsfehlervorwurfs

Die Abbildung 15 zeigt die Häufigkeit der jeweiligen (letalen und nichtletalen) Behandlungsfehlervorwürfe, die genauen Zahlen sind in der Tabelle 11 im Anhang aufgeführt. Da in einigen Fällen mehrere Vorwürfe in Betracht kamen bzw. vorgetragen wurden, ist die Gesamtzahl der Vorwürfe größer als die der insgesamt betrachteten 295 Fälle.

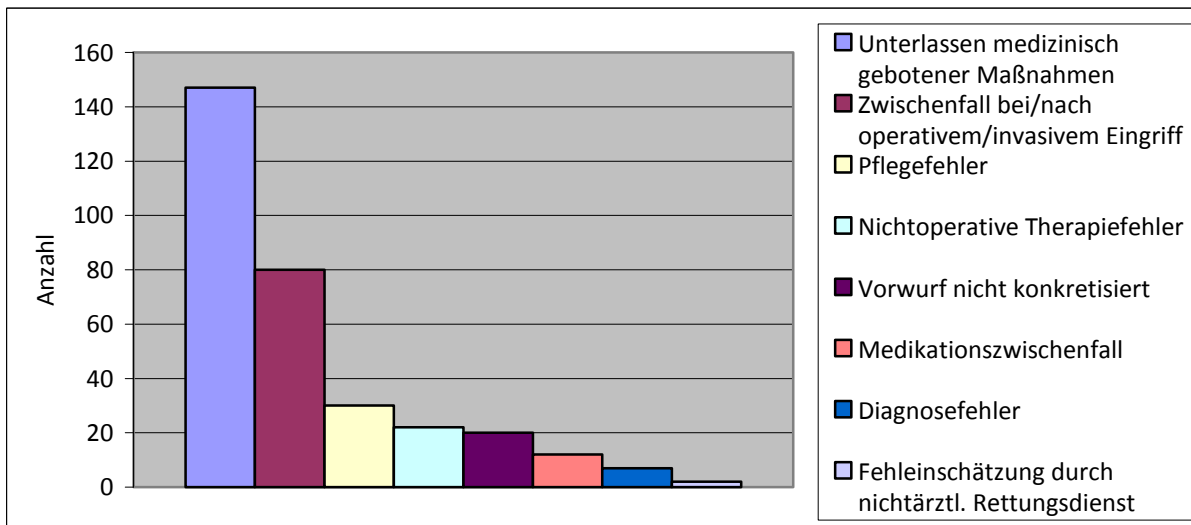


Abb. 15: Art des Behandlungsfehlervorwurfs (n = 320)

4.4.3.1 Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen

Wie Abbildung 15 zu entnehmen ist, betrifft der weitaus größte Anteil der Vorwürfe das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen (n = 147, 49,8 %). In Abbildung 16 wird deshalb eine genauere Differenzierung in verschiedene Kategorien dargestellt. Die genauen

Zahlen finden sich in der Tabelle 12 im Anhang; in der Tabelle 13 sind die Fallkonstellationen des „sonstigen Unterlassens“ zusammengefasst.

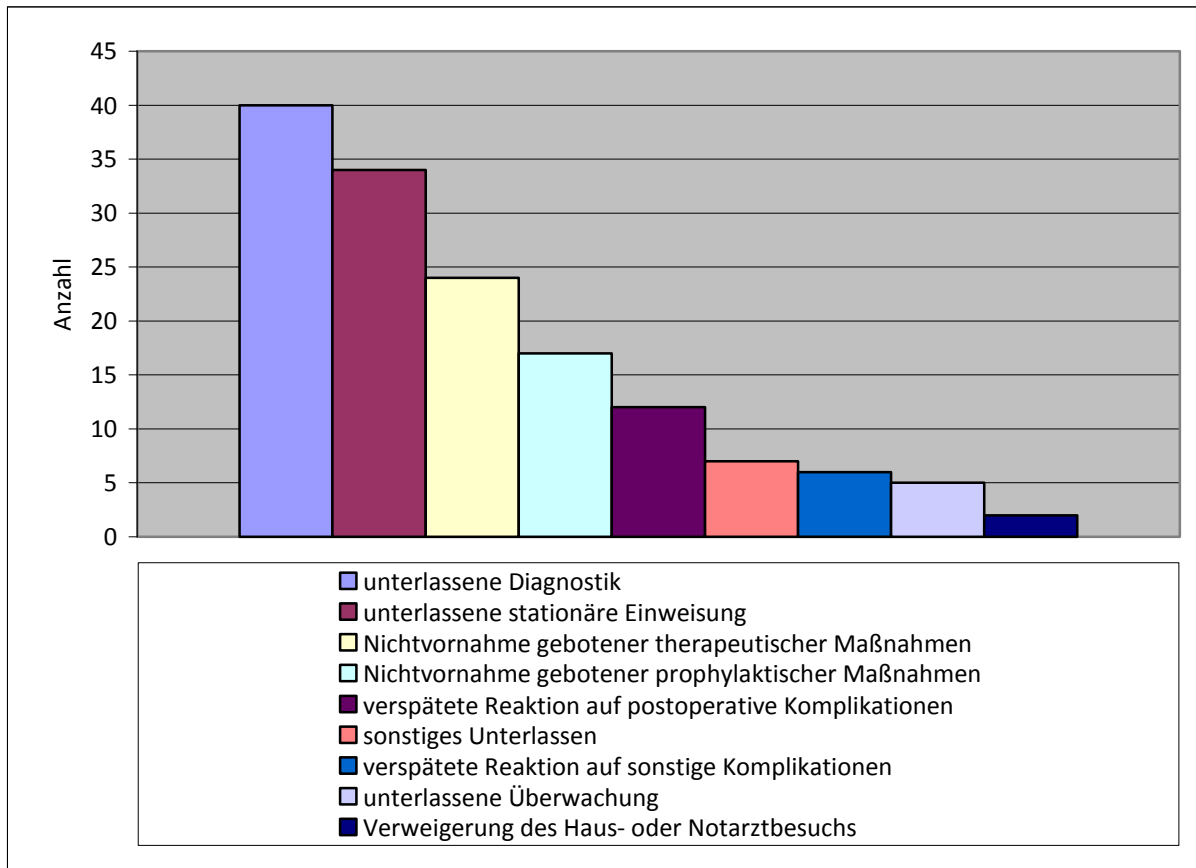


Abb. 16: Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen (n = 147)

Unter mangelnder Überwachung wurden hier die mangelnde Kontrolle der Kreislaufparameter und die mangelnde Beaufsichtigung von Patienten verstanden.

Von den insgesamt 147 Behandlungsfehlervorwürfen, die ein Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen betrafen, entfiel der mit 27,2 % größte Anteil auf den Vorwurf der unterlassenen Diagnostik (n = 40).

4.4.3.2 Zwischenfälle im Zusammenhang mit operativen/invasiven Eingriffen

Zwischenfälle bei bzw. nach operativen oder invasiven Eingriffen stellen den zweithäufigsten Behandlungsfehlervorwurf dar und sind in Abbildung 17 dargestellt. Die genauen Zahlen lassen sich der Tabelle 14 im Anhang entnehmen.

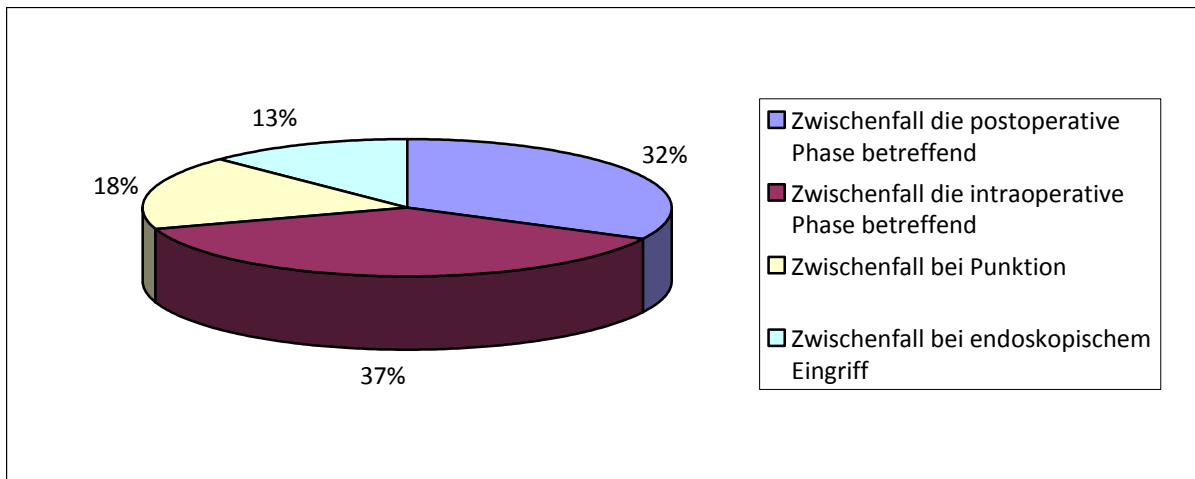


Abb. 17: Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit operativen/invasiven Eingriffen (n = 80)

Unter Behandlungsfehlervorwürfen, die die intraoperative Phase betreffen, sind intraoperative Zwischenfälle mit oder ohne späteres Versterben sowie der Exitus in tabula zu verstehen. Die jeweiligen Todesursachen der Fälle des Exitus in tabula (laut Sektionsgutachten) sind in der Tabelle 15 im Anhang aufgeführt.

Die zehn Zwischenfälle im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen sind in Tabelle 16 im Anhang genauer differenziert.

4.4.3.3 Nichtoperative Therapiefehler

Auf nichtoperative Therapiefehler entfällt ein Anteil von 6,9 % aller Behandlungsfehlervorwürfe (n = 22), eine genauere Differenzierung ist der Abbildung 18 zu entnehmen. Die Zahlen finden sich in den Tabellen 17 und 18 im Anhang.

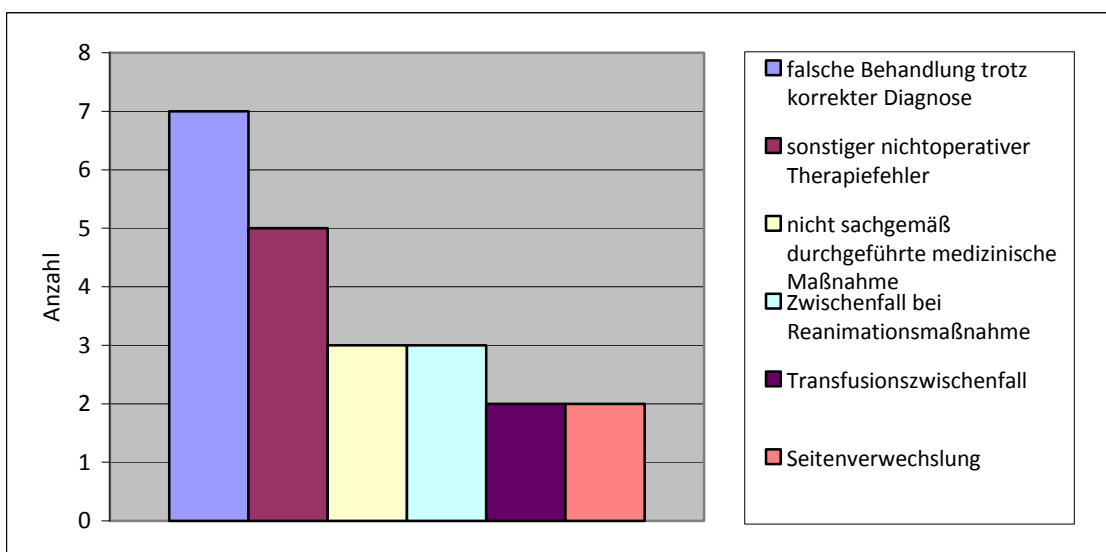


Abb. 18: Nichtoperative Therapiefehler (n = 22)

4.4.3.4 Pflegefehler

Pflegefehler waren zu 9,4 % (n = 30) Gegenstand von Behandlungsfehlervorwürfen, sie sind in Abbildung 19 differenziert dargestellt.

Die Zahlen sowie eine Aufstellung der sonstigen Pflegefehler lassen sich den Tabellen 19 und 20 im Anhang entnehmen.

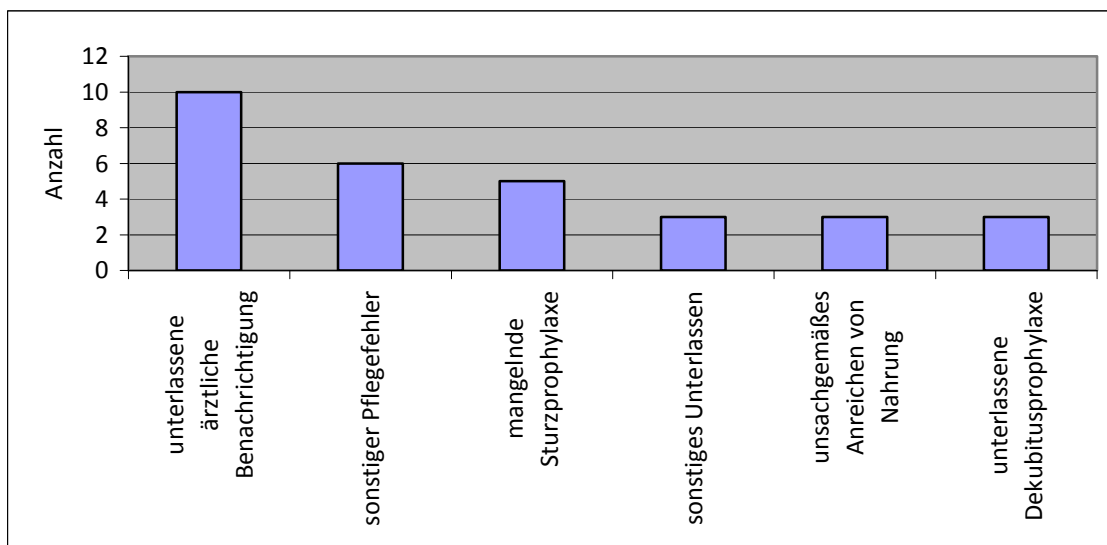


Abb. 19: Pflegefehler (n = 30)

4.4.3.5 Medikationszwischenfall

3,8 % der Behandlungsfehlervorwürfe (n = 12) bezogen sich auf einen Medikationszwischenfall. Dabei handelte es sich u. a. um den Vorwurf der Gabe eines ungeeigneten Medikaments, eines kontraindizierten Medikaments und eines nicht zugelassenen Medikaments. Daneben fand sich der Vorwurf der falschen Dosierung. Obwohl Kontrastmittel keine Medikamente im eigentlichen Sinne darstellen, wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit auch der Kontrastmittelzwischenfall in dieser Kategorie erfasst.

4.5 Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung

4.5.1 Gesamtergebnis aller Fälle mit und ohne tödlichen Ausgang

Die Ergebnisse der rechtsmedizinischen Begutachtung aller (letaler und nichtletaler) Fälle, unabhängig davon, ob ein Obduktions-, ein Kausalitätsgutachten oder beides vorlag, sind der

Abbildung 20 zu entnehmen, die Zahlen finden sich in der Tabelle 21 im Anhang.

In 43,5 % (n = 130) wurde ein Behandlungsfehlervorwurf verneint, 15mal wurde die Behandlung lediglich als nicht optimal kritisiert.

In 13,4 % (n = 40) wurde ein Behandlungsfehler bestätigt, die Kausalität für den Tod/Gesundheitsschaden jedoch verneint oder als fraglich bewertet, in 7,7 % (n = 23) wurde sie bejaht.

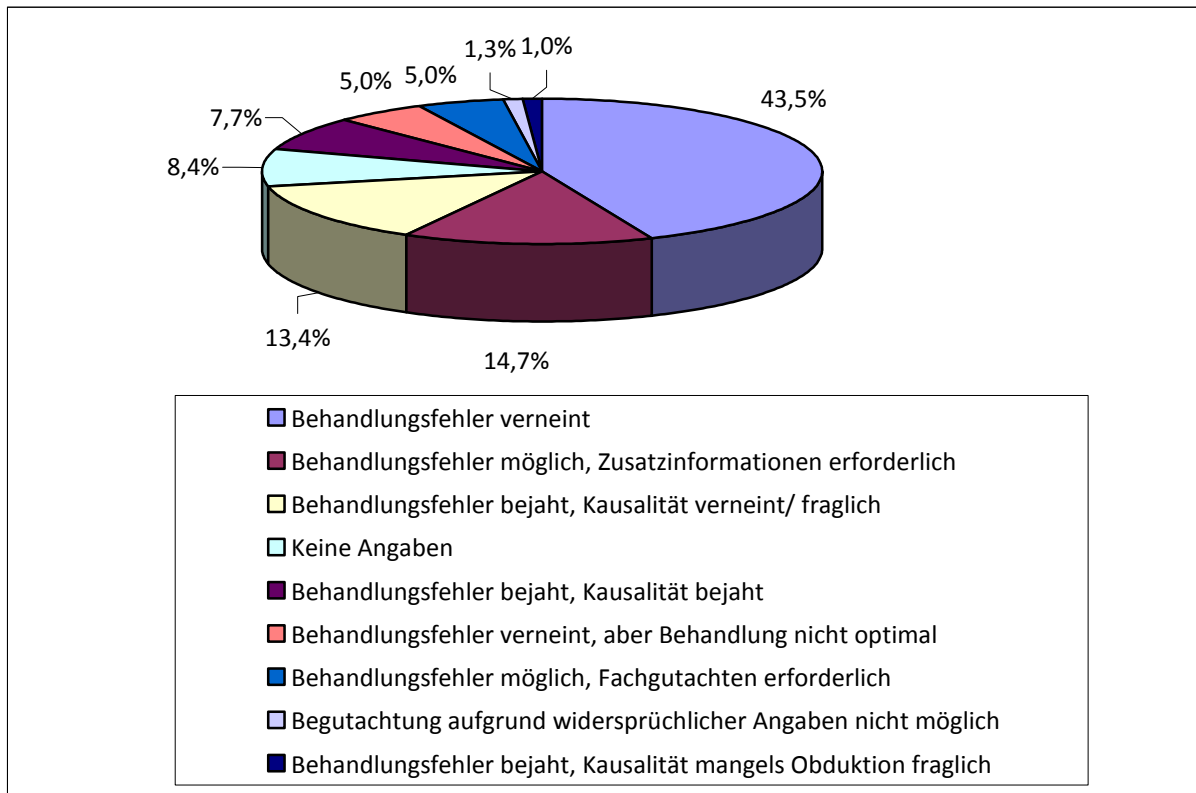


Abb. 20: Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung (n = 299)

4.5.2 Ergebnisse der Obduktionsgutachten in Fällen ohne Kausalitätsgutachten

Die Abbildung 21 zeigt die Begutachtungsergebnisse der 136 Fälle, in denen ausschließlich ein Obduktionsgutachten vorlag. Die detaillierte Verteilung ist der Tabelle 22 im Anhang zu entnehmen.

In 49,3 % der Fälle (n = 67) konnte der Behandlungsfehlervorwurf bereits durch die Obduktion geklärt werden, davon wurde ein Behandlungsfehler 62mal verneint, und fünfmal bejaht (viermal ohne, einmal mit Kausalität).

In 33,1 % der 136 Fälle (n = 45) konnte durch die Obduktion noch keine abschließende Klärung des Falles erfolgen, da zur Begutachtung erforderliche Informationen fehlten bzw. ein Fachgutachten benötigt wurde.

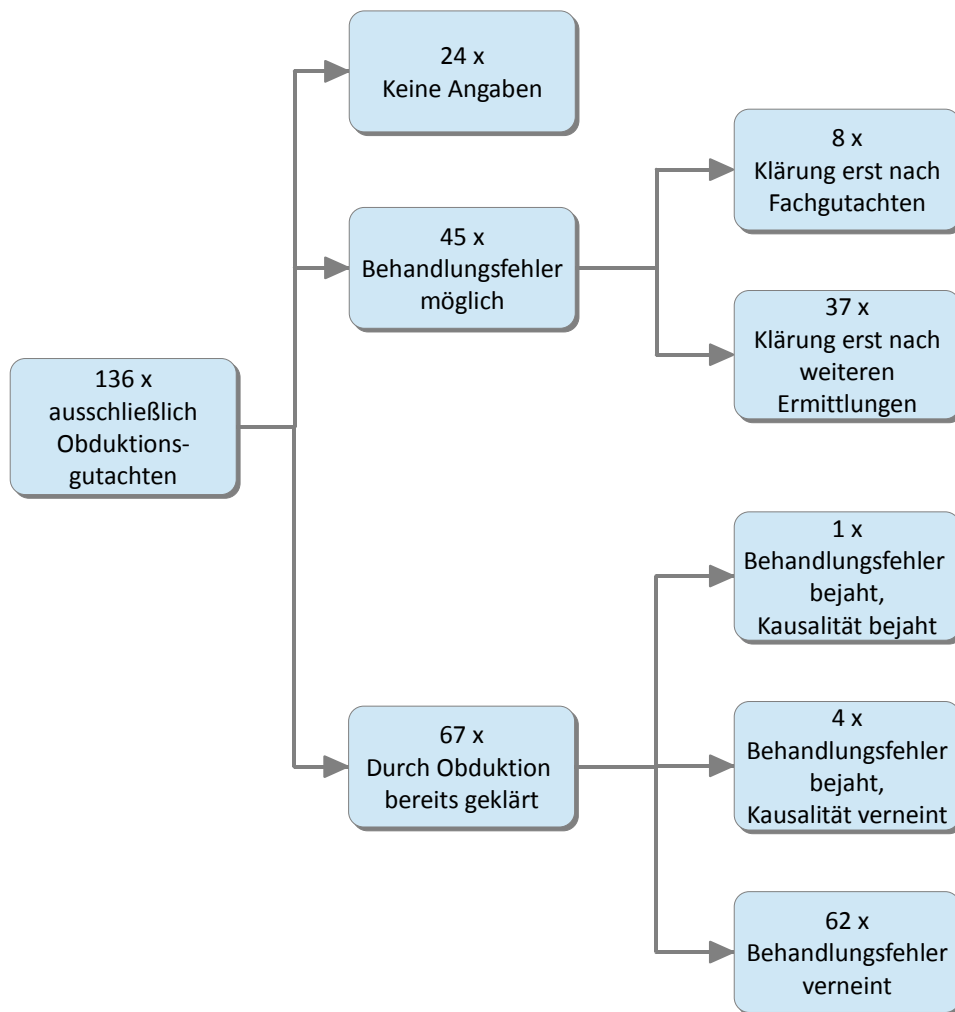


Abb. 21: Ergebnisse der Obduktionsgutachten in Fällen ohne Kausalitätsgutachten

5 Diskussion

5.1 Untersuchungskollektiv

In der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt 295 Fälle von Behandlungsfehlervorwürfen ausgewertet, die im Zeitraum von 1996 bis 2008 im Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald untersucht wurden. Dabei handelte es sich um 256 Todesermittlungsverfahren (formelle Ermittlungsverfahren bzw. Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO) und 39 Fälle von Vorwürfen bei noch lebenden Personen.

In der vorhandenen Literatur werden die untersuchten Kollektive hinsichtlich patientenbezogener Variablen wie Geschlecht und Alter aber vor allem auch vorbestehender Risikofaktoren sehr unterschiedlich und zum Teil gar nicht analysiert [47]. Dies macht einen genaueren Vergleich mit unseren Daten schwierig.

Die von uns untersuchten Fälle betrafen zu annähernd gleichen Teilen Männer und Frauen mit einem leichten Überwiegen der Männer.

In der Vergleichsliteratur wurde das Geschlecht der Patienten in einigen Studien miterfasst, so in den Untersuchungen von Preuß et al., Orben, Venedey, Lignitz und Mattig, jedoch nicht immer zusammenfassend analysiert [36, 44, 47, 58].

In der Studie von Preuß et al. fand sich ein leichtes Überwiegen des männlichen Geschlechts. Lignitz und Mattig untersuchten in einer 1989 erschienenen Arbeit insgesamt 5322 Fälle von medizinischen Eingriffen, die ab 1971 im Institut für Gerichtliche Medizin der Humboldt-Universität Berlin untersucht oder international übermittelt worden waren. Sie führten Alter und Geschlecht für jeden Fall zumindest gesondert an, untersuchten diese aber nicht in Form einer Gesamtbetrachtung.

In einer Arbeit von 2009 untersuchte Heckenthaler 403 letale und nichtletale Fälle der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen–Lippe [23]. Hier waren die betroffenen Patienten zu 57,3 % Frauen. Die Autorin führte als möglichen Grund an, dass sich Frauen eventuell häufiger in ärztliche Behandlung begeben. Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei den in unserer Arbeit betrachteten Fällen und denen der Gutachter- und Schlichtungskommissionen um völlig unterschiedliche Verfahren handelt.

Der größte Anteil unserer Patienten entfiel auf die Gruppe der über 65jährigen (43,1 %).

In der Studie von Preuß et al. aus dem Jahr 2005 entfiel der größte Anteil der letalen Behandlungsfehlervorwürfe auf die Gruppe der 71 – 80jährigen, bei noch älteren nahm die Häufigkeit dann wieder ab [47]. In der Studie von Heckenthaler machte die Gruppe der 41 – 60jährigen den größten Anteil aus, dies wohl auch, weil ein Verfahren vor den Gutachterkommissionen eine Antragstellung seitens der Patienten bzw. deren Angehörigen voraussetzt [23].

Im Strafrecht hingegen gilt das sogenannte Legalitätsprinzip: Zur Gewährleistung einer umfassenden Strafverfolgung ist die Staatsanwaltschaft gem. §§ 52 I, 160 I StPO verpflichtet, bei einem Anfangsverdacht ein Ermittlungsverfahren einzuleiten. Dass die Behandlung junger Patienten sowohl in der bundesweiten Multicenterstudie von Preuß et al. [47] als auch in unserer Untersuchung deutlich seltener Gegenstand eines Behandlungsfehlervorwurfs war, könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass jüngere Patienten gesünder sind und sich somit seltener in ärztliche Behandlung begeben müssen als ältere. Zum anderen haben jüngere Patienten auch im Krankheitsfall im Allgemeinen bessere Reservekapazitäten und überleben risikobehaftete Eingriffe bzw. Komplikationen eher als Ältere.

Hinzu kommt, dass durch den zunehmenden Einsatz minimalinvasiver Techniken heutzutage auch betagte Hochrisikopatienten kurativen Eingriffen zugeführt werden, welche dann wiederum Anlass für Behandlungsfehlervorwürfe werden können.

Grundsätzlich sind weitere Untersuchungen erforderlich, um ein genaues Bild von Behandlungsfehlervorwürfen bezogen auf verschiedene Altersgruppen zu erhalten. Betrachtet man mögliche Vorerkrankungen unseres Patientenkollektivs, so fällt auf, dass nur in zehn von 295 Fällen von einem gesunden Patienten ausgegangen werden konnte.

Seit 2006 wird in den Berichten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zwar der Behandlungsgrund als solcher festgehalten, jedoch wird damit nur die Hauptdiagnose ohne eventuell zusätzlich vorliegende Erkrankungen beschrieben, auch in anderen Arbeiten wurden Vorerkrankungen der Patienten bislang kaum erfasst [8, 23].

Es ist davon auszugehen, dass bei einem Großteil der Patienten neben dem die Behandlung auslösenden Krankheitsbild weitere, nicht näher betrachtete Erkrankungen vorliegen. Diese zu erfassen erscheint wichtig, da Vorerkrankungen insbesondere für die Beurteilung der Kausalität

eines Behandlungsfehlers als konkurrierende Todesursache eine wesentliche Rolle spielen können.

In der vorliegenden Untersuchung bestand bei mehr als der Hälfte (53,9 %) der betroffenen Patienten eine Arteriosklerose, bei fast einem Drittel eine arterielle Hypertonie (28,8 %). Nahezu jeder vierte Patient litt an einer koronaren Herzerkrankung, etwa jeder fünfte war adipös, wobei diese Zahl eher größer sein dürfte, da nicht bei allen Patienten Gewicht und Körpergröße dokumentiert worden waren.

Es ist davon auszugehen, dass die Behandlung von multimorbiden Patienten mit einem größeren Risiko für Komplikationen verbunden ist. So konnten Lee et al. nachweisen, dass bei den von ihnen analysierten Verläufen von 4315 Patienten, die sich nach dem 50. Lebensjahr großen elektiven, nichtchirurgischen Eingriffen unterzogen, die ischämische Herzerkrankung einen unabhängigen Risikofaktor für perioperative kardiale Komplikationen darstellte [34].

Für die Adipositas hingegen, die als kardiovaskulärer Risikofaktor allgemein anerkannt ist, scheint dies nicht generell zu gelten. So konnte in einer amerikanischen Studie mit 118.707 Patienten gezeigt werden, dass Patienten mit einer Adipositas Grad 1 und 2 im Vergleich zu Normalgewichtigen eine geringere perioperative Mortalität (bei höherer perioperativer Morbidität) aufwiesen [42]. Patienten mit einer Adipositas Grad 3 wiesen jedoch wiederum eine höhere Mortalität als Normalgewichtige auf. In unserer Untersuchung wurde nicht zwischen den verschiedenen Graden der Adipositas unterschieden, so dass diesbezüglich keine genauere Differenzierung vorgenommen werden kann.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Behandlungsfehlervorwürfe vor allem Behandlungen von älteren, vorerkrankten Patienten betrafen. In der klinischen Praxis sollte darauf geachtet werden, sämtliche Vorerkrankungen des Patienten gründlich zu dokumentieren, um die rechtsmedizinische Begutachtung und die juristische Beurteilung zu vereinfachen. Nicht zuletzt kann das (dokumentierte) Vorliegen von Vorerkrankungen den betroffenen Arzt entlasten, denn selbst wenn ein Behandlungsfehler bestätigt wird, so kann im Falle eines multimorbiden Patienten oft nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der Behandlungsfehler allein den Tod des Patienten herbeigeführt hat.

5.2 Beginn des Ermittlungsverfahrens

Der von uns betrachtete Zeitraum 1996 bis 2008 bezieht sich auf das Jahr der Gutachtenerstattung. Das heißt jedoch nicht, dass sich der entsprechende Vorfall in diesem Jahr ereignete. Auch muss das Jahr der Gutachtenerstattung nicht in jedem Fall dem Jahr des Gutachtauftrags entsprechen, obwohl letzteres in der Regel der Fall ist. Zwischen dem Zeitpunkt des zum Behandlungsfehlervorwurf führenden Ereignisses und der Erstattung des Gutachtens kann zum Teil ein beträchtlicher Zeitraum liegen, etwa wenn zwischen Tod des Patienten und Stellung der Strafanzeige eine gewisse Zeit verging.

Für die zeitliche Einordnung wurde der Beginn des Ermittlungsverfahrens, der dem jeweiligen Aktenzeichen entnommen wurde, herangezogen. Der größte Teil der zwischen 1996 und 2008 erstatteten rechtsmedizinischen Obduktions- oder Kausalitätsgutachten wurde für im Jahre 2007 begonnene Ermittlungsverfahren erstellt. Mehr als ein Drittel der betrachteten Fälle entfallen auf die letzten drei von uns untersuchten Jahrgänge 2006 bis 2008. Dabei handelt es sich lediglich um eine Betrachtung der *im Institut* begutachteten Fälle, welche jedoch keinen Schluss auf die bei den Staatsanwaltschaften geführten Ermittlungsverfahren zulässt.

Es ist außerdem davon auszugehen, dass nach 2008 noch weitere Gutachten für im Jahr 2008 eingeleitete Ermittlungsverfahren erstattet wurden, die in diese Untersuchung nicht einfließen, da sowohl die Staatsanwaltschaft als auch das Institut für Rechtsmedizin oft erst mit einem gewissen zeitlichen Abstand tätig werden. Ein Gutachten zu einem im Jahr 2008 begonnenen Ermittlungsverfahren wird daher unter Umständen erst deutlich später erstellt.

Die beobachtete Zunahme der aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs erstellten rechtsmedizinischen Gutachten deckt sich mit den Ergebnissen der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) im Jahre 2005 durchgeführten multizentrischen Studie, wonach sich die Zahl der aus diesem Grund durchgeführten Obduktionen seit 1990 verdoppelt hat [47].

Die gutachterliche Tätigkeit des Instituts für Rechtsmedizin Greifswald im Zeitraum von *1996 bis 2000* wurde sowohl in der vorliegenden Arbeit als auch in der oben genannten Multicenter-Studie von Preuß et al. untersucht.

Dabei sind allerdings die unterschiedlichen Untersuchungsvoraussetzungen zu beachten: So erfassten wir sogenannte "letale" und "nichtletale" Behandlungsfehlervorwürfe, Preuß et al. betrachteten, was Greifswald betrifft, jedoch nur letale Fälle, bei denen zudem eine Obduktion

durchgeführt worden war. Dabei handelte es sich um 28 Fälle, deren zeitliche Zuordnung sich – anders als in unserer Untersuchung – nach dem Jahr der Obduktion richtete. In unsere Arbeit wurden auch Kausalitätsgutachten, sogenannte Zusammenhangsgutachten, ohne vorherige Obduktion einbezogen.

Unserem Untersuchungsmaterial nach wurden für in den Jahren 1999 und 2000 begonnene Ermittlungsverfahren jeweils mehr Gutachten angefertigt als für Verfahren der Jahrgänge 1996 bis 1998. Die Untersuchung von Preuß et al. zeigte, dass 1996 nahezu genau so viele Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes vorgenommen wurden wie 1999, im Jahre 2000 dagegen nur halb so viele wie 1999.

Daraus erwächst jedoch aufgrund der oben dargelegten Unterschiede in der Betrachtungsweise kein Widerspruch.

Orben, der eine repräsentative Stichprobe von Ermittlungsverfahren gegen Ärzte aus neun Bundesländern im Zeitraum von 1995 bis 1996 untersuchte, konnte keine Zunahme der Strafverfahren feststellen, wohl aber eine Zunahme der Zivilverfahren gegen Ärzte, da sich mehr und mehr „potentielle Strafantragsteller“ stattdessen auf dem zivilrechtlichen Wege mit dem Arzt auseinandersetzen würden. Der behauptete stete Anstieg der strafrechtlichen Verfahrenszahlen sei der in den letzten Jahren steigenden „allgemeinen Furcht vor Kriminalität“ geschuldet, die stärker wuchs als die tatsächliche Kriminalität [44]. Fraglich ist hier jedoch, ob der betrachtete kurze Zeitraum von zwei Jahren tatsächlich eine Aussage über den quantitativen Verlauf von Ermittlungsverfahren zulässt.

Eine Zunahme der arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren wurde auch von Peters verneint [45]. Dabei ist zu beachten, dass diese Untersuchung auf den Landgerichtsbezirk Düsseldorf beschränkt blieb und ebenfalls nur einen relativ kurzen Zeitraum von vier Jahren und sieben Monaten umfasste.

Fehl konnte bei der Untersuchung von 210 wegen des Verdachts eines medizinischen Behandlungsfehlers eingeleiteten und bei den vier Staatsanwaltschaften Thüringens anhängigen Ermittlungsverfahren im Zeitraum von 1990 bis 2001 dagegen eine kontinuierliche Zunahme strafrechtlicher Ermittlungsverfahren verzeichnen [16].

Zum gleichen Ergebnis kam Ulsenheimer, der beispielhaft die Anzahl der Ermittlungsverfahren wegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers bei der Staatsanwaltschaft Köln anführte, die sich im relativ kurzen Zeitraum von 1998 bis 2001 von 137 auf 341 Verfahren pro Jahr mehr als verdoppelt hatte; er schloss aus seinen Daten auf mehr als 3.000 staatsanwaltschaftliche

Ermittlungsverfahren und über 10.000 Klagen wegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers in der Bundesrepublik Deutschland pro Jahr [57].

Neben den rechtsmedizinischen Untersuchungen lassen auch Erhebungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern einen Anstieg der Behandlungsfehlervorwürfe erkennen [15, 20, 49]. So wurden dort im Jahr 1997 bundesweit insgesamt 8.884 Anträge zur Überprüfung eines Behandlungsfehlers eingereicht, im Jahr 2003 waren es bereits 11.053; durchschnittlich wuchs die Zahl der gestellten Anträge in diesem Zeitraum um 3,8 % pro Jahr [15]. Obwohl es seitdem im Verlauf zu geringen Schwankungen kam, stieg die Zahl der Anträge insgesamt betrachtet an und erreichte 2012 mit 12.232 Anträgen ihren vorläufigen Gipfel [7].

Auch die Erhebungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) scheinen diese Entwicklung zu bestätigen: So wurden im Jahr 2009 bundesweit 11.477 Erstgutachten zur Beurteilung eines Behandlungsfehlervorwurfs durch den MDK erstellt, 2011 waren es bereits 12.686 [29].

Die Autoren geben jedoch zu bedenken, dass die Anzahl der Vorwürfe in den letzten Jahren zwar leicht zugenommen hat, die Zahl der Behandlungen jedoch ebenso. Weiterhin sei auch aufgrund der „vermutlich großen Grauzone“ unerkannter bzw. nicht vorgeworfener Behandlungsfehler den aktuellen Daten keine Aussage zu einer möglichen Zunahme von Behandlungsfehlern zu entnehmen [29]. Zu beachten ist grundsätzlich, dass es sich bei strafrechtlichen Ermittlungsverfahren, den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und der Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen um grundlegend verschiedene Verfahren handelt, denen unterschiedliche Ziele bzw. Motive zugrunde liegen. Ein aussagekräftiger Vergleich ist dadurch schwer möglich.

5.3 Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften

Bei 54,6 % (n = 95) der insgesamt 174 bei der StA Stralsund bearbeiteten Fälle war ein Zusammenhangsgutachten zur Prüfung eines möglichen Behandlungsfehlers einschließlich der Kausalität in Auftrag gegeben worden, in 79 Fällen beschränkte sich die Staatsanwaltschaft auf den Befund des Sektionsgutachtens. Von der Staatsanwaltschaft Neubrandenburg wurde nahezu gleich häufig (54,4 %, 62 von 114 Fällen) ein Zusammenhangsgutachten angefordert. Dabei ist zu beachten, dass in den Fällen, die durch ein Zusammenhangsgutachten genauer

analysiert wurden, nicht immer eine Obduktion vorausging. Dies war zum Beispiel der Fall, wenn der Behandlungsfehlervorwurf erst längere Zeit nach dem Tod des Patienten geäußert wurde oder nachdem der Verstorbene bereits eingäschert war.

5.4 Vorgeworfener Straftatbestand bzw. Todesermittlungsverfahren

In mehr als der Hälfte der letalen Fälle handelte es sich um ein reines Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO (n = 149).

Betrachtet man die formellen Ermittlungsverfahren, so steht der Vorwurf der fahrlässigen Tötung gem. § 222 StGB mit Abstand an der Spitze (17,2 % aller 261 vorgeworfenen Straftatbestände/Todesermittlungsverfahren, n = 45). In 44 Fällen mit tödlichem Ausgang war der vorgeworfene Straftatbestand aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Hier ist als Beispiel der Fall zu nennen, in dem Angehörige des Patienten nach dessen Tod Anzeige mit dem Pauschalvorwurf der Falschbehandlung erstatteten und eine Sektion erfolgte, aber den vorliegenden Unterlagen (Sektionsprotokoll bzw. sonstige Unterlagen) kein konkreter Straftatbestand entnommen werden konnte. Ein anderes Beispiel stellt der Sachverhalt dar, in welchem bereits der Anlass des Ermittlungsverfahrens nicht zu klären war und dann auch ein möglicher Straftatbestand nicht ermittelt werden konnte. Deutlich seltener war der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung gem. § 323c StGB, der Körperverletzung mit Todesfolge gem. § 227 StGB, der fahrlässigen Körperverletzung gem. § 229 StGB, des Totschlags gem. § 212 StGB und des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

In drei Fällen lag ein formelles Ermittlungsverfahren gegen Dritte vor, in dessen Verlauf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers als mögliche Unterbrechung des Kausalzusammenhangs zwischen der Handlung des Täters und dem Tod des Opfers zu prüfen war.

Die Gesamtzahl der vorgeworfenen Straftatbestände bzw. Todesermittlungsverfahren (n = 261) ist größer als die Zahl aller letalen Fälle (256), da den Beschuldigten in einigen Fällen mehrere Vorwürfe zur Last gelegt wurden.

Ein Vergleich mit der Literatur wird dadurch erschwert, dass viele Autoren nicht zwischen Fällen mit und ohne Todesfolge unterscheiden und dass in einem großen Teil der Arbeiten, die allein auf rechtsmedizinischen Gutachten ohne Einbeziehung von Ermittlungsakten beruhen, juristische Tatvorwürfe nicht berücksichtigt werden.

Bei Feht (2008) und Vennedey (2007), die bezüglich des juristischen Tatvorwurfs nicht zwischen letalen und nichtletalen Fällen unterschieden, wurde die fahrlässige Tötung am häufigsten und Körperverletzungsdelikte am zweithäufigsten vorgeworfen [16, 58].

In der Dissertation von Peters (2000), der Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Düsseldorf untersuchte, wurde dagegen die (nicht spezifizierte) Körperverletzung am häufigsten vorgeworfen, gefolgt von der fahrlässigen Tötung [45]. Zu beachten ist bei seiner Arbeit, dass im entsprechenden Landgerichtsbezirk vier Spezialkliniken für psychiatrische und neurologische Erkrankungen existieren und 30 % der Strafanzeigen "aufgrund psychotischer Störungen" der *anzeigenden* Person erfolgten. Eine ähnliche Patientenklientel fand sich in den von Althoff und Solbach untersuchten 318 arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen aus den Jahren 1978 bis 1981. Bei der Mehrzahl dieser Fälle lautete der Vorwurf Freiheitsberaubung, Folterung und Überwachung, die Anzeigen erfolgten meist durch psychiatrisch behandelte, untergebrachte Patienten; die zweitgrößte Gruppe stellte auch hier die fahrlässige Tötung dar [2].

Bei den vorgeworfenen Straftatbeständen der *nichtletalen* Fälle unserer Untersuchung dominierten erwartungsgemäß Körperverletzungsdelikte (fahrlässige, einfache und gefährliche Körperverletzung), diese machten mit insgesamt 65,1 % (n = 28) den größten Teil der juristischen Tatvorwürfe aus. Daneben fand sich fünfmal der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung gem. § 323 c StGB.

Die Zahl der juristischen Tatvorwürfe ist größer als die der 39 nichtletalen Fälle, da die Handlung der Beschuldigten in vier Fällen unter zwei Tatbestände subsummiert wurde. In zehn Fällen ließen sich den vorliegenden Unterlagen keine Angaben zum juristischen Tatvorwurf entnehmen. Es wäre wünschenswert, dass seitens der anfordernden Staatsanwaltschaft entsprechende Informationen übermittelt würden, um eine Analyse wie die vorliegende präziser gestalten zu können.

5.5 Anlass des Ermittlungsverfahrens

Häufigster Anlass der die 256 *letalen* Fälle betreffenden Ermittlungsverfahren war die Dokumentation der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nichtnatürlich“ (n = 157, 61,3 %). Dies setzt automatisch ein Ermittlungsverfahren in Gang, und zwar

unabhängig davon, ob zusätzlich Strafanzeige durch Angehörige oder sonstige Personen gestellt wird.

In 37 Fällen (14,5 %) war der Anlass des Ermittlungsverfahrens aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich.

Mit 10,5 % (n = 27) deutlich seltener wurden Ermittlungen aufgrund einer Strafanzeige der Angehörigen, Betreuer oder Freunde des (verstorbenen) Patienten aufgenommen. Damit kommt ein sogenanntes formelles Ermittlungsverfahren in Gang. Wäre diese Strafanzeige nicht gestellt worden, hätten die Ermittlungsbehörden in diesen Fällen keine Kenntnis vom Sachverhalt erlangt, da die Todesbescheinigung keine nichtnatürliche oder ungeklärte Todesart auswies.

In einem kleinen Teil der Fälle (5,9 %, n = 15) wurden die Ermittlungen aufgrund der Meldung von Auffälligkeiten durch Ärzte des Instituts für Rechtsmedizin aufgenommen, weil sich im Rahmen der gem. § 12 Bestattungsgesetz Mecklenburg–Vorpommern vor der Feuerbestattung durchzuführenden zweiten Leichenschau Anhaltspunkte für eine nichtnatürliche Todesart ergaben, obwohl diese in der Todesbescheinigung als natürlich angegeben worden war.

Die Konstellation aus der Dokumentation einer ungeklärten bzw. nichtnatürlichen Todesart und zusätzlich vorliegender Strafanzeige durch Angehörige, Betreuer oder Freunde fand sich in 3,5 % der Fälle und damit vergleichsweise selten (n = 9). In diesen Fällen wären die Ermittlungsbehörden auch ohne die gegenüber den Ermittlungsbehörden vorgebrachten Vorwürfe eingeschaltet worden.

Selten führte die Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes, Auffälligkeiten in der klinisch–pathologischen Sektion oder eine Anzeige durch nichtärztliche Mitarbeiter zur Aufnahme des Ermittlungsverfahrens.

Der häufigste Anlass eines Ermittlungsverfahrens wegen eines *nichtletalen*

Behandlungsfehlervorwurfs war die Anzeige des Patienten selbst. Eine solche fand sich in 20 der insgesamt betrachteten 39 Fälle. Am zweithäufigsten, d.h. in zwölf Fällen, wurde eine Strafanzeige von Angehörigen oder anderen dem Patienten nahestehenden Personen erstattet. In sechs Fällen war der Anlass des Ermittlungsverfahrens nicht zu klären, und in einem Fall erfolgte eine Anzeige durch einen nachbehandelnden Arzt.

Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Multicenter–Studie von Preuß et al., die von einem ähnlichen, wenn auch wesentlich umfangreicheren Fallmaterial der Jahre 1990 bis 2000 ausging, kam bezüglich der drei häufigsten Verfahrensanlässe zum gleichen

Ergebnis: Bei den letalen Behandlungsfehlervorwürfen war wie in unserer Arbeit die Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ oder „nichtnatürlich“ der häufigste Verfahrens Anlass, gefolgt von den Fällen mit unklarem Verfahrens Anlass; an dritter Stelle stand auch hier die Anzeige durch Angehörige, Freunde oder Betreuer des Patienten. Bei den nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen war ebenfalls in etwa der Hälfte der Fälle eine Anzeigenerstattung des Geschädigten Anlass des Ermittlungsverfahrens, an zweiter Stelle folgten jedoch Fälle, deren Verfahrens Anlass nicht zu klären war, gefolgt von der Anzeigenerstattung durch Angehörige, Freunde oder Betreuer [47].

In der Untersuchung von Venedey (2007), der 210 rechtsmedizinische Gutachten zu nichtletalen und letalen Behandlungsfehlervorwürfen (teils mit, teils ohne Obduktion) und die entsprechenden Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft im Zeitraum von 1989 bis 2003 untersuchte, zeigte sich das gleiche Bild, wobei wiederum keine Trennung zwischen Fällen mit und ohne Todesfolge vorgenommen wurde und der Verfahrens Anlass hier im Gegensatz zu unserer Untersuchung in jedem Fall ersichtlich war [58].

Orben, der bezüglich des Verfahrens Anlasses ebenfalls nicht zwischen letalen und nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen differenzierte, kam 2002 zu einem anderen Ergebnis: Hier waren Strafanzeigen durch Angehörige der häufigste Anlass für die Einleitung des Ermittlungsverfahrens, jeweils gefolgt von der Anzeige von Amts wegen aufgrund der Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ oder „nichtnatürlich“ [44].

In der Arbeit von Feht, die Ermittlungsakten der thüringischen Staatsanwaltschaften der Jahre 1990 bis 2001 untersuchte, dominierte bei den Fällen mit tödlichem Ausgang die Anzeigenerstattung durch Angehörige des Patienten vor der Anzeige von Amts wegen. Bei den Behandlungsfehlervorwürfen ohne Todesfolge überwog die Anzeigenerstattung durch den Patienten selbst, diese war in deutlich mehr als der Hälfte der Fälle Anlass des Ermittlungsverfahrens gefolgt von der Anzeigenerstattung durch Angehörige, Betreuer oder Freunde des Patienten [16].

Zu beachten ist, dass bei den drei letztgenannten Studien staatsanwaltliche Ermittlungsakten zur Verfügung standen und damit umfangreiche Informationen über die jeweiligen Ermittlungsverfahren vorlagen. Entsprechend konnte der Verfahrens Anlass dort im Gegensatz zu unserem Fallmaterial in nahezu allen Fällen ermittelt werden, so dass die Ergebnisse nur bedingt vergleichbar sind.

Angesichts unserer Ergebnisse und der vorliegenden Literatur zeigt sich die Bedeutung der

Angabe einer unnatürlichen oder ungeklärten Todesart als Anlass für die Aufnahme eines Ermittlungsverfahrens. In Fällen, in denen bei einem tödlichen Zwischenfall im Rahmen einer medizinischen Behandlung durch den die Leichenschau durchführenden Arzt ein natürlicher Tod bescheinigt wird und keine Strafanzeige durch Dritte gestellt wird, erhalten die Ermittlungsbehörden keine Kenntnis von dem Fall. Unter Umständen wird diese Diskrepanz aber im Rahmen einer klinischen Sektion durch den Pathologen oder der vor einer Feuerbestattung gem. § 12 Bestattungsgesetz Mecklenburg–Vorpommern durchzuführenden zweiten Leichenschau bemerkt. Zwar existiert eine Anzeigepflicht des Pathologen, falls sich bei der klinisch–pathologischen Sektion Hinweise für eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung ergeben sollten. Eine solche Sektion wird aber nicht in jedem Fall durchgeführt und betrifft meist nur im Krankenhaus, nicht aber in der Häuslichkeit verstorbene Personen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es – anders als in der ehemaligen DDR – bislang kein Bundesgesetz, das eine sogenannte „Verwaltungssektion“ für im Rahmen von medizinischen Behandlungen Verstorbene vorsieht. Nach der Wende gab es zwar Bestrebungen, eine Verwaltungssektion im Rahmen eines Obduktionsgesetzes für die gesamte Bundesrepublik zu verankern, dies wurde jedoch bis heute nicht durchgesetzt (vgl. [37]). Eine Verwaltungssektion ist heute nur in Bremen und Hamburg landesrechtlich vorgeschrieben. Zum jetzigen Zeitpunkt zeichnet sich keine bundesweite Einführung einer Verwaltungssektion ab.

Der ärztlichen Leichenschau kommt daher weiterhin eine große Bedeutung als Weichenstellung für den Verlauf des Geschehens zu.

In Zusammenschau der oben erwähnten Untersuchungen stellen Vorwürfe oder Strafanzeigen der Angehörigen bzw. des Patienten sowohl bei Fällen mit tödlichem Ausgang als auch bei nichtletalen Fällen einen weiteren wesentlichen Anlass für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens dar.

Das Verhältnis der Angehörigen zum Arzt im Falle eines vermeintlich iatrogen verursachten Zwischenfalls ist aus verschiedenen Gründen konfliktrichtig: Zum einen ist die Öffentlichkeit aufgrund von reißerischen, unsachlichen und überzogenen Medienberichten über „Ärztepfusch“ sensibilisiert, und so tendieren auch Angehörige dazu, beim Misserfolg einer medizinischen Maßnahme schnell eine fehlerhafte Handlung anzunehmen. Ärzte mögen außerdem nicht immer in der Lage sein, medizinische Sachverhalte auch für Laien verständlich zu erklären, zudem können bestimmte komplexe medizinische Zusammenhänge von Personen ohne fachliches Vorwissen zum Teil nicht ausreichend verstanden werden. Hinzu kommt auch,

dass Zeitmangel im Klinikalltag oft ein klärendes Gespräch mit Angehörigen erschwert, wenn es zu einem Zwischenfall im Rahmen der Behandlung des Patienten gekommen ist.

Ein wesentliches Dilemma resultiert weiterhin daraus, dass Ärzte zur Wahrung ihres Versicherungsschutzes dazu verpflichtet sind, auf keinen Fall ein Schuldanerkennnis zu machen [17]. Dieses Verbot, Schuld anzuerkennen, berechtigt den Arzt gleichzeitig, schuldhaftes Verhalten zu leugnen bzw. eine Erklärung von vornherein zu verweigern [57]. Ein solches Verhalten kann jedoch zu mangelnder Erklärungsbereitschaft bzw. einem völligen Rückzug des Arztes gegenüber dem Patienten oder seinen Angehörigen führen, hervorgerufen durch die Angst, sich einer Strafverfolgung bzw. zivilrechtlichen Ansprüchen auszusetzen.

5.6 Berufsgruppe des Verdächtigten

Zu beachten ist, dass es sich bei der Person des "Verdächtigten" nicht immer um einen Beschuldigten im Sinne der Strafprozessordnung handelte, da nur in einem Teil der Fälle ein formelles Ermittlungsverfahren gem. §§ 151 ff. StPO vorlag.

In den Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO, bei denen eine Sektion nur aufgrund der Angabe einer nichtnatürlichen oder ungeklärten Todesart durchgeführt und kein Zusammenhangsgutachten angefordert wurde, musste die Zuordnung zu Berufsgruppen bzw. Fachgebieten anhand der Sachverhaltsangaben erfolgen, was natürlich nicht ganz unproblematisch war.

In unserer Arbeit waren mit 62 % (n = 183) Krankenhausärzte am häufigsten vom Vorwurf eines Behandlungsfehlers betroffen, lediglich in 18,6 % (n = 55) ging es um ein mögliches Fehlverhalten niedergelassener Ärzte. An dritter Stelle folgte das Pflegepersonal mit 10,7 % (n = 30).

Es erscheint sinnvoll, diese Zahlen mit dem Verhältnis der stationär bzw. ambulant tätigen Ärzte zu vergleichen. Dies ist jedoch aufgrund des 13 Jahre umfassenden Zeitraums schwierig, da sich die Zahlen der in einer Klinik angestellten und niedergelassenen Ärzte über die Jahre verändert haben. Eine mögliche Über- bzw. Unterrepräsentation kann daher nicht ermittelt werden. Preuß et al. differenzierten, anders als unsere Untersuchung, zwischen letalen und nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen. Fasst man beide zusammen, so führen auch hier die Krankenhausärzte vor den niedergelassenen Ärzten, wobei das Verhältnis ungefähr unseren Ergebnissen entspricht (62,5 % Krankenhaus – versus 20,4 % niedergelassene Ärzte)[47].

Vennedey (2007) stellte ebenfalls ein Überwiegen der Vorwürfe gegen Krankenhausärzte im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten fest (64,3 % versus 29,5 %), wobei die Einteilung der Kategorien leicht von der hier gewählten abwich. So wurden beispielsweise Not- und Notdienstärzte nicht gesondert aufgeführt [58].

Die Untersuchung von Orben (2002) berücksichtigte nur Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, nicht aber gegen Pflegepersonal, Rettungssanitäter oder ähnliche. Auch hier waren Krankenhausärzte mit 55 % häufiger von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen als niedergelassene Ärzte mit 45 % [44].

In der Untersuchung von Peters aus dem Jahr 2000, der 194 Ermittlungsverfahren gegen Medizinalpersonen von 1992 bis 1996 auswertete, war der Anteil der stationär tätigen Ärzte noch höher als der der niedergelassenen (66 % versus 34 %). Ein Grund dafür könnte die vergleichsweise hohe Zahl von psychiatrisch-neurologischen Spezialkrankenhäusern in dem von ihm untersuchten Landgerichtsbezirk Düsseldorf sein [45]. (Pflegepersonal und sonstige Medizinalpersonen wurden von ihm an dieser Stelle noch nicht berücksichtigt, siehe dazu unten: Betroffenes Fachgebiet.)

Fehrt stellte 2008 ebenfalls ein Überwiegen der Vorwürfe gegen Klinikärzte fest, diese waren in ihrer Arbeit zu 53 % von einer Anzeige betroffen, niedergelassene Ärzte hingegen nur zu 20 %. Den kassenärztlichen Notdienst, auf den 9 % entfielen, betrachtete sie als gesonderte Entität [16].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in allen betrachteten Untersuchungen ein Überwiegen der Vorwürfe gegen stationär tätige Ärzte festgestellt wurde.

Dafür sind verschiedene Gründe denkbar: Im stationären Bereich werden regelmäßig invasivere Maßnahmen vorgenommen als in der ambulanten Behandlung, insofern ist das Risiko eines unerwünschten Zwischenfalls dort per se höher. Möglich erscheint auch, dass Patienten den ihnen meist bekanntesten niedergelassenen Ärzten größeres Vertrauen entgegenbringen als den unbekanntesten Klinikärzten, zumal diese im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes häufig wechseln. Der ungünstige Verlauf bzw. Misserfolg einer ärztlichen Behandlung wird im ambulanten Bereich daher eventuell eher als schicksalhaft akzeptiert und nicht als schuldhaftes Verhalten des Arztes gewertet. Außerdem schrecken der Patient selbst bzw. seine Angehörigen möglicherweise vor einer Anzeigenerstattung gegen den ihnen oftmals vertrauten Hausarzt zurück, selbst wenn ihnen ein Behandlungsfehler möglich erscheint.

Zu beachten ist auch, dass Patienten im ländlichen Bereich aufgrund der Ärzteknappeit

mangels Alternativen oft auf eben diesen Arzt für die weitere Betreuung angewiesen sind. Auch dies dürfte die Hemmschwelle zur Anzeigenerstattung gegen niedergelassene Ärzte erhöhen. Hansis und Hart vermuten daneben, dass sich organisatorische Defizite in einem Krankenhaus stärker auswirken als in einer Praxis [21]. Die Autoren meinen damit das Fehlen von abteilungsinternen konkreten Handlungsanweisungen für einen bestimmten Fall. Diesen Anweisungen messen sie als Kommunikationshilfe im Arbeitsablauf großer stationärer Abteilungen eine überaus wichtige Bedeutung zu.

Ein weiterer Grund für die geringere Zahl der niedergelassenen Ärzte dürfte sein, dass der behandelnde niedergelassene Arzt bei Fällen mit tödlichem Verlauf oft auch der die Todesbescheinigung ausstellende Arzt ist. So entscheidet er in Fällen, in denen keine Anzeige erstattet wird bzw. keine Kremationsleichenschau stattfindet, mit der Angabe nichtnatürliche/unklare oder eben natürliche Todesart oft selbst darüber, ob es zu weiteren Ermittlungen kommt oder nicht.

In der Klinik sind dagegen in der Regel mehrere Ärzte in die Behandlung involviert, außerdem dürfte in einigen Kliniken die Empfehlung bereits umgesetzt werden, die Todesbescheinigung von nicht an der Behandlung beteiligten Ärzten ausstellen zu lassen.

5.7 Art der stationären Einrichtung

Mit 69,1 % am häufigsten (n = 154) waren Angestellte von Krankenhäusern der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen, Angestellten von Universitätskliniken wurde in lediglich 15,7 % der Fälle (n = 35) ein Behandlungsfehler vorgeworfen. Bei den sonstigen stationären Einrichtungen, deren Angestellte mit 11,2 % (n = 25) am dritthäufigsten betroffen waren, handelte es sich hauptsächlich um Alten- und Behindertenpflegeheime.

In der Literatur finden sich bislang nur wenige Arbeiten, die die Versorgungsstufe der stationären Einrichtungen analysierten. In der Untersuchung von Feht dominierten Häuser der Grund- und Regelversorgung, gefolgt von Universitätskliniken und Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung. Als mögliche Ursache führt die Autorin die Begrenztheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an [16]. Daneben dürfte die räumliche Nähe der verschiedenen Abteilungen einer Universitätsklinik eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Ist eine konsiliarische Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen oder eine spezielle diagnostische

Intervention erforderlich, kann dies zeitnah geschehen, ein längerer Transport des Patienten in ein anderes Krankenhaus ist nicht erforderlich, außerdem wird die Kommunikation von Ärzten der gleichen Klinik untereinander auch dadurch vereinfacht, dass diese die durchgeführte bildgebende Diagnostik meist zeitgleich einsehen können. Möglich scheint auch, dass ein Teil der Patienten oder Angehörigen eine möglichst umfangreiche Diagnostik bzw. Überdiagnostik wünscht und zu einer Anzeigenstellung tendiert, wenn diesem Wunsch nicht entsprochen wird, was aufgrund der Ausstattung eher an kleineren Kliniken der Fall sein wird.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Häufigkeitsverteilung der Vorwürfe allein natürlich noch nichts über deren Berechtigung aussagt.

5.8 Betroffenes Fachgebiet

In der Chirurgie tätige Ärzte waren in unserer Arbeit mit 24,7 % (n = 73) am häufigsten von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen zahlreicher anderer Studien aus mehreren Jahrzehnten [2, 10, 16, 36, 38, 40, 44, 47, 56, 58, 59]. Eine Übersicht über die Ergebnisse dieser und anderer Studien gibt Tab. 1.

Autoren	Chirurgie	Innere Medizin	Allgemeinmed., praktische Med.	Orthopädie	Gynäkologie, Geburtshilfe	HNO	Pädiatrie	Pflege- personal	Anzahl n
v. Brandis, Pribilla (1973)	46	20	26	3	10	2	/	Nicht erfasst	114
Eisenmenger et al. (1978)	41	35	44	2	28	17	16	6	221
Schmidt (1982)	37	8	16	/	7	4	3	Nicht erfasst	105
Mattern, Kohnle (1983)	15	11	7	3	8	3	3	Nicht erfasst	65
Althoff, Solbach (1984)	22	9	10	4	8	4	4	Nicht erfasst	96 ¹
Mallach (1984)	85	27	53	/	20	10	3	Nicht erfasst	246
Ulsenheimer (1987)	132	12	7	3	69	3	3	Nicht erfasst	333
Lignitz, Mattig (1989)	35	8	18	/	11	1	9	Nicht erfasst	106 ²
Pluisch (1990)	10	8	7	7	6	3	3	3	60
Dettmeyer, Madea (1999)	65	22	20	4	33	4	3	Nicht erfasst	188
Peters (2000)	21	23	26	10	7	Nicht gesondert erfasst	6	36	297
Orben (2002)	129	82	98	27	69	9	28	Nicht erfasst	549
Venedey (2007)	63	27	30	5	7	6	5	9	220
Preuß et al. (2005) (letale und nicht- letale addiert)	1353	736	539	138	205	80	93	Nicht innerhalb Fachgebiets- analyse erfasst	4884
Fehrt (2008)	67	50	21	13	25	9	/	Nicht innerhalb Fachgebiets- analyse erfasst	229

¹ Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung

² nur nachgewiesene Sorgfaltspflichtverletzung

Tab. 1: Fächervergleich

Ein Vergleich unserer Ergebnisse mit der Literatur ist jedoch aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt möglich. So wählten die Autoren oft unterschiedliche Einteilungen der Fachgebiete. Das Fach Chirurgie wurde beispielsweise in einigen Untersuchungen als eine einzige Kategorie erfasst, in anderen dagegen auch nach verschiedenen Einzelkategorien (z.B. Allgemeinchirurgie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie etc.) differenziert.

Einige Studien befassten sich nur mit Vorwürfen gegen Ärzte und schlossen nichtärztliche Berufsgruppen wie das Pflegepersonal nicht mit ein.

Zu beachten ist weiterhin, dass die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Fachdisziplinen stark von der regionalen Krankenhausstruktur abhängig ist. Dies zeigt sich z. B. in der Untersuchung von Peters: Im untersuchten Landgerichtsbezirk Düsseldorf befinden sich vier psychiatrisch-neurologische Fachkliniken; von den Ärzten, deren Fachrichtung festgestellt werden konnte, waren Psychiater und Neurologen mit 20 % am häufigsten beschuldigt [45]. Ähnliche regionale Besonderheiten finden sich in der Arbeit von Althoff und Solbach, die Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen untersuchten [2].

Die deutliche Dominanz des Faches Chirurgie lässt sich damit erklären, dass in der Chirurgie zumeist invasive Eingriffe durchgeführt werden, wodurch der Patient per se einem größeren Risiko ausgesetzt ist als in den konservativen Fächern. Weiterhin ist der Patient nicht nur intra-, sondern auch postoperativ anfällig für bestimmte Komplikationen wie z. B. Wundinfektionen. Chirurgen müssen zusätzlich perioperativen Komplikationen wie tiefen Beinvenenthrombosen vorbeugen und somit auch über konservative Therapiemaßnahmen entscheiden.

Außerdem ist in der Chirurgie im Falle eines intra- oder postoperativen Zwischenfalls mit der Person des Operateurs auch schnell ein „Schuldiger“ gefunden, was bei einem Zusammenwirken mehrerer Ärzte, wie es in konservativen Fächern üblich ist, schwerer fällt.

Daneben dürfte auch die Art und Weise der medialen Berichterstattung über medizinische Therapieverfahren eine Rolle spielen: So wird nicht selten suggeriert, dass in der modernen Medizin heutzutage nichts unmöglich ist, jeder Patient gerettet und jede Krankheit geheilt werden kann. Dabei wird oft außer Acht gelassen, dass invasive Eingriffe, noch dazu an bereits vorerkrankten Patienten, nicht selten mit dem Tod oder einer bleibenden Gesundheitsschädigung des Patienten einhergehen können, selbst wenn sie lege artis vorgenommen werden.

Hansis und Hart führen das Überwiegen der Chirurgie bzw. generell der operativen Fächer

darauf zurück, dass fehlgeschlagene operative Interventionen, z.B. in Form einer instabilen Gelenkprothese, auch für den Laien leicht ersichtlich sind, wohingegen dies in der Inneren Medizin, z.B. im Falle einer Verwechslung von Medikamenten, schwieriger ist [21].

An zweiter Stelle fanden sich in unserer Untersuchung Vorwürfe gegen Ärzte der Inneren Medizin mit 10,4 % (n = 33). Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen früherer Studien [16, 40].

In der Arbeit von Preuß et al. von 2005 war die Innere Medizin bei den letalen

Behandlungsfehlervorwürfen ebenfalls am zweithäufigsten betroffen, bei den nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen stand sie an fünfter Stelle [47]. Es ist zu erwarten, dass der

quantitative Anteil einer Fachrichtung an der Gesamtärzteschaft die dargestellten Ergebnisse beeinflusst. Chirurgen und Internisten sind in Deutschland zahlenmäßig stark vertreten:

Angaben der Bundesärztekammer zufolge sind Internisten die am häufigsten, Chirurgen die am dritthäufigsten tätigen Fachärzte (Stand 31.12.2012), was den hohen Anteil an

Behandlungsfehlervorwürfen (mit-)erklären dürfte. (Zu beachten ist dabei, dass wir die Zugehörigkeit zu einem Fachgebiet allein an der Tätigkeit in der Abteilung festmachten, ob die betroffenen Ärzte tatsächlich *Fachärzte* waren, konnte nicht berücksichtigt werden.)

Um festzustellen, ob bestimmte Fachgebiete bei Behandlungsfehlervorwürfen unter- oder überrepräsentiert sind, müssten die Vorwürfe bundesweit einheitlich erfasst und mit der Zahl der in diesem Fachgebiet tätigen Ärzte verglichen werden, ein Ansatz, der bereits von Peters (2000) für den Landgerichtsbezirk Düsseldorf umgesetzt wurde [45]. Eine solche systematische Erfassung zeichnet sich zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht ab.

Vorwürfe gegen das Pflegepersonal fanden wir in 9,5 % (n = 30). Einige andere Studien zu Behandlungsfehlervorwürfen schlossen diese Berufsgruppe als Adressat eines Vorwurfs von vornherein aus der Betrachtung aus [2, 38, 40, 44, 56, 59].

In den Studien, die das Pflegepersonal miterfassten, variierte deren Anteil von 2,7 % [14] bis 12,1 % [45]. In der Untersuchung von Preuß et al. entfielen auf sie 3,9 % der letalen und 3,0 % der nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfe [47].

Dass in unserer Arbeit ungefähr jeder zehnte Vorwurf das Pflegepersonal betrifft, verwundert, da das Pflegepersonal in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen und außereuropäischen Ländern relativ wenig Verantwortung trägt und ein großer Teil der im Stationsalltag regelmäßig anfallenden Tätigkeiten wie z.B. die Transfusion von Erythrozytenkonzentraten vom Arzt nicht delegiert werden darf. Ulsenheimer bemerkte bereits

1987, dass Pflegepersonal bei Fehlverhalten sehr selten zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen wird und demonstrierte dies anhand mehrerer Fälle aus der Praxis [56]. Es spricht für eine gewisse Sensibilisierung gegenüber möglichen Sorgfaltspflichtverletzungen dieses Berufsstandes, dass heutzutage offensichtlich Vorwürfe zumindest geäußert werden.

5.9 Vorangegangene Behandlung

Den meisten Behandlungsfehlervorwürfen (32,2 %, n = 95) war eine stationäre Behandlung von mehr als fünf Tagen vorangegangen. Dies erscheint plausibel, da sich Patienten, die länger stationär behandelt werden, häufiger in einem schlechten Allgemeinzustand befinden und das Risiko für Komplikationen wie zum Beispiel nosokomiale Infektionen oder hypostatische Pneumonien mit der Dauer der stationären Behandlung steigt. Feht kam 2008 zu dem gleichen Ergebnis und führte dies unter anderem auch auf die durch eine längere Behandlungsdauer bedingten Zweifel an der Regelmäßigkeit der Behandlung und die Erwartungshaltung der Patienten bzw. deren Angehöriger zurück [16].

56 Vorwürfe (19,0 %) betrafen Fälle, denen keine Behandlung vorangegangen war, wie z.B. Einsätze des kassenärztlichen Notdienstes oder des Notarztes. Dies könnte dafür sprechen, dass Behandlungsfehlervorwürfe eher bei der Behandlung durch unbekannte Ärzte geäußert werden. Dem entgegen steht, dass in unserer Untersuchung medizinische Maßnahmen im Rahmen *längerer* ambulanter Behandlungen eher Gegenstand eines Behandlungsfehlervorwurfes wurden als die erstmalige ambulante Konsultation. In einer Analyse von 188 rechtsmedizinischen Behandlungsfehlergutachten wurde dagegen niedergelassenen Ärzten bei einer eintägigen Konsultation häufiger ein Vorwurf gemacht als bei einer Behandlung von mehr als fünf Tagen, während es sich bei Krankenhausärzten umgekehrt verhielt [10].

Ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der Behandlung und der Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen gibt, lässt sich mit der bisherigen Datenlage nicht klären.

5.10 Charakter des Vorwurfs

Konservative medizinische Maßnahmen waren in unserer Arbeit am häufigsten Gegenstand eines Behandlungsfehlervorwurfes (65 %, n = 193). Auf operative Maßnahmen entfielen lediglich 25,3 % (n = 75) und auf die intensivmedizinische oder anästhesiologische Behandlung 9,1 %

(n = 27). Dies mag verwundern, wenn man bedenkt, dass in der Chirurgie tätige Ärzte am häufigsten von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen waren. Gleichwohl müssen auch während der Behandlung in einer chirurgischen Klinik durch die dort tätigen Ärzte zahlreiche konservative Maßnahmen durchgeführt bzw. angeordnet werden, z. B. die Verordnung einer angemessenen Thromboseprophylaxe oder körperliche Untersuchungen zur Verlaufskontrolle nach einer Operation.

5.11 Differenzierung des Behandlungsfehlervorwurfs

Bezüglich der Charakterisierung des Vorwurfs ist grundsätzlich anzumerken, dass die bislang vorliegenden Studien auch hinsichtlich der Art des Behandlungsfehlervorwurfs nur eingeschränkt verglichen werden können, da der Vorwurf als solcher oft unterschiedlich beschrieben und kategorisiert wurde. So stellten Eisenmenger et al. 1978 z.B. nur die Fälle exemplarisch als Kasuistik vor, bei denen Behandlungsfehler und Kausalität bejaht worden waren, eine Einteilung in verschiedene Kategorien erfolgte hier nicht [14].

Problematisch ist auch, dass die Zuordnung des fraglichen Fehlverhaltens zu verschiedenen Kategorien in unserer Untersuchung teils mit einer gewissen Willkür verknüpft war, da insbesondere in den bloßen Todesermittlungsverfahren gemäß § 159 StPO kein konkreter Vorwurf gemacht wurde, eine Sorgfaltspflichtverletzung den Sachverhaltsangaben zufolge jedoch nahelag, beispielsweise wenn ein Patient während einer Operation verstarb.

Der mit 49,8 % (n = 147) häufigste Behandlungsfehlervorwurf in unserem Patientenkollektiv war das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen. 27,1 % der Vorwürfe betrafen Zwischenfälle in Zusammenhang mit einem operativen oder invasiven Eingriff (n = 80), und in 10,2 % wurde ein Pflegefehler bemängelt (n = 30). 20 Vorwürfe wurden nicht genauer konkretisiert.

Das Unterlassen einer medizinisch gebotenen Maßnahme wurde als eigenständiger Komplex in den Untersuchungen von Preuß et al. (2005), Fehst (2008), Venedey (2007) und Peters (2000) erfasst [16, 45, 47, 58], wobei sich in anderen Studien ähnliche Kategorien finden ließen.

Auch bei Preuß et al. dominierte der Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen, und zwar sowohl bei den letalen (39,8 % aller letalen *Vorwürfe*; 48,5 % aller letalen *Fälle*;) als auch bei den nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen (36,8 % der *Vorwürfe*; 48,6 % der *Fälle*). In der Arbeit von Fehst machte der Anteil des Unterlassens 18 % der Behandlungsfehlervorwürfe aus, wobei sie darunter nicht die mangelnde Diagnostik zählte,

welche als eigenständige Kategorie mit 25 % den häufigsten Behandlungsfehlervorwurf darstellte. Kombiniert man beide, so führt hier das Unterlassen ebenfalls ganz deutlich, am zweithäufigsten findet sich dann die "mangelnde Therapie". In der Untersuchung von Venedey war das „Unterlassen“ nach den nicht näher konkretisierten Behandlungsfehlervorwürfen der zweithäufigste Vorwurf. Auch in der Arbeit von Peters, der eine in Teilen abweichende Einteilung der Behandlungsfehlerkategorien wählte, war die "unterlassene Behandlung" mit 18 % zweithäufigster Behandlungsfehlervorwurf. Führend war hier die Falschdiagnose ohne nachfolgende Behandlung bzw. eine Behandlung nicht lege artis. Beispielhaft für die Bedeutung der unterschiedlichen Einteilung ist, dass Peters die mangelnde Überwachung nach der Behandlung nicht als unterlassene Behandlung einordnete, wohingegen dies bei Venedey der Fall war. In der Untersuchung von Lignitz und Mattig entfielen auf die dem Unterlassen ähnlich lautende Kategorie "Ungenügende Untersuchung, Kontrolle und Betreuung" 42,6 % und damit der größte Teil der Sorgfaltspflichtverletzungen [36].

In der Arbeit von Orben (2002) fehlt die Kategorie einer Nichtvornahme gebotener Maßnahmen vollständig, der mit 68 % größte Anteil der Verfahren umfasste hier den Vorwurf der "Fehlbehandlung", am zweithäufigsten waren mit 26 % die Diagnosefehler [44]. Auch die statistischen Erhebungen über die Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen enthalten keine Kategorie "Unterlassen".

Durch die unterschiedliche Kategorisierung ist ein Vergleich der vorliegenden Studien nur eingeschränkt möglich, wobei die dargestellten Ergebnisse belegen, dass das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen von großer Bedeutung ist. Um ein genaueres Bild dieses komplexen Problembereiches zu erhalten, differenzierten wir die 147 Vorwürfe genauer nach verschiedenen Kontextfaktoren wie unter anderem Diagnostik, Therapie, Prophylaxe und zeitlicher Zusammenhang mit einer vorgenommenen medizinischen Maßnahme. Hier zeigte sich, dass die unterlassene Diagnostik (27,2 % aller Unterlassensvorwürfe) sowie die unterlassene stationäre Einweisung (23,1 %) besonders häufig Gegenstand eines Behandlungsfehlervorwurfs waren.

Grundsätzlich kann nicht bei jeder ärztlichen Behandlung das gesamte Maß der medizinischen Diagnostik aufgeboten werden. So kann nicht bei jedem Patienten mit abdominellen Beschwerden eine CT durchgeführt werden, obwohl sich hinter diesem Symptom gravierende, unter Umständen vital bedrohende Pathologien verbergen könnten. Vielmehr ist eine differenzialdiagnostische Abklärung mit Augenmaß geboten. Hiervon sind klar die Fälle zu

unterscheiden, in denen Patienten mit den Kardinalsymptomen einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht zeitnah der erforderlichen Diagnostik zugeführt werden. Als Beispiel sei hier die mangelnde Diagnostik beim Myokardinfarkt genannt, die bereits in zahlreichen Untersuchungen näher beleuchtet wurde [39, 47].

Ein wesentlicher situativer Risikofaktor für das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen dürfte der Zeitmangel sein. Eine überbordende Bürokratie, die das Augenmerk des medizinischen Personals weg vom Patienten und hin zu zeitraubender Dokumentation lenkt, kann zu einem Übersehen wichtiger Symptome und Befunde führen, die das Patientenwohl gefährdet.

Preuß et al. verweisen angesichts des großen Anteils der Vorwürfe des Unterlassens und der Falschbehandlung auch auf die Bedeutung der Arzt–Patienten–Kommunikation, da sich diese Vorwürfe häufig auf ärztliche Ermessensentscheidungen beziehen, deren Entstehungsprozess dem Patienten zur Vermeidung von Konflikten verständlich gemacht werden sollte [47].

Sogenannte Zwischenfälle in Zusammenhang mit einem operativen/invasiven Eingriff waren mit 27,1 % (n = 80) in unserer Untersuchung der zweithäufigste Behandlungsfehlervorwurf. Hier ist zu beachten, dass die Bezeichnung „Zwischenfall“ noch keine Bewertung enthält. Ob es sich bei dem Geschehen tatsächlich um einen Behandlungsfehler oder um eine nicht vorwerfbare Komplikation des Eingriffs handelt, hängt vom Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung ab.

37,6 % dieser 80 Zwischenfälle betrafen die intraoperative und 32,5 % die postoperative Phase klassisch invasiver Eingriffe, 17,5 % Punktionen von Körperhöhlen, Organen oder zur Anlage eines ZVK, und 12,5 % betrafen endoskopische Eingriffe.

Unter die Behandlungsfehlervorwürfe, die die postoperative Phase betrafen, wurden diejenigen Zwischenfälle eingeordnet, die sich zwar erst nach der Operation ereigneten, bei denen ein Zusammenhang mit der Operation jedoch behauptet wurde oder nahelag. Dabei gestaltete sich der Eingriff selbst den Sachverhaltsangaben zufolge unauffällig. Auch in der Untersuchung von Preuß et al. waren Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen zweithäufigster letaler Behandlungsfehlervorwurf, bei den nichtletalen Vorwürfen standen sie nach dem Unterlassen und der Falschbehandlung an dritter Stelle. In den Arbeiten von Venedey und Fehst waren Komplikationen bei einem operativen Eingriff ebenfalls am dritthäufigsten [16, 58].

In der Untersuchung von Lignitz und Mattig entfielen auf die ähnlichen Kategorien "Zurückgelassene Fremdkörper" und "Mangelhafte anatomische Darstellungen bei

Operationen" jeweils acht bzw. vier von 122 Pflichtverletzungen [36]. Dass zurückgelassene Fremdkörper im Operationsgebiet damit einen vergleichsweise hohen Anteil von 6,6 % ausmachten, überrascht umso mehr, da wir keinen einzigen derartigen Fall fanden. Dies könnte mit der fortschreitenden konsequenten Umsetzung entsprechender Fehlervermeidungsstrategien (wie Zählkontrollen von Tupfern vor und nach der OP) zu erklären sein (so auch [57]).

Unter den von uns untersuchten 30 intraoperativen Zwischenfällen fanden sich neun Fälle eines Exitus in tabula, was 2,8 % der insgesamt betrachteten Behandlungsfehlervorwürfe und 11,3 % der Zwischenfälle in Zusammenhang mit operativen Eingriffen entspricht. Der Exitus in tabula beschreibt den Tod des Patienten noch auf dem Operationstisch. Diese Bezeichnung beinhaltet noch keinen konkreten Vorwurf, sondern kennzeichnet lediglich den Zeitpunkt des Todes und kann sowohl chirurgischer als auch anästhesiologischer Natur sein. In der Studie von Preuß et al. machte er einen etwas größeren Anteil von 5,2 % an der Gesamtfallzahl aus [47]. Dennoch ist der Exitus in tabula ein relativ seltenes Ereignis [12].

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Zwischenfälle in Zusammenhang mit operativen Eingriffen häufig Gegenstand eines Behandlungsfehlervorwurfs werden und entspricht der Beobachtung, dass Chirurgen besonders häufig eines Behandlungsfehlers verdächtigt werden. Pflegefehler waren mit einem Anteil von 10,2 % (n = 30) in unserem Gesamtkollektiv der dritthäufigste Behandlungsfehlervorwurf. Hierbei handelte es sich vor allem um eine unterlassene oder verspätete ärztliche Benachrichtigung (33,3 %, n = 10), gefolgt von der Kategorie der sonstigen Pflegefehler (20 %, n = 6). Bei dreien dieser sonstigen Pflegefehler handelte es sich um Vorwürfe, die durch eine offensichtliche Grobheit gekennzeichnet waren (Verbrühung durch Wannenbad, Verletzung einer Patientin beim Fahren auf einem Badestuhl, Bestücken einer PEG mit heißem Wasser).

Preuß et al. fassten die Kategorie "Pflegefehler" weiter und schlossen auch Vorwürfe gegen Ärzte mit ein. Auf Pflegefehler insgesamt entfielen 320 aller 5426 letalen Behandlungsfehlervorwürfe (Gesamtfallzahl= 4450), sie waren damit am fünfthäufigsten. Von diesen 320 Vorwürfen wiederum entfielen jedoch nur 149 Vorwürfe auf das Pflegepersonal, sie waren damit deutlich seltener als in unserer Untersuchung. Bei den nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen standen die Pflegefehler zusammen mit dem Vorwurf des Durchführens unnötiger medizinischer Maßnahmen mit je 31 Vorwürfen ebenfalls an fünfter Stelle aller 574 nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfe (bei einer Gesamtzahl von 434

begutachteten Fällen) [47].

In der Untersuchung von Feht entfielen auf die Kategorien Lagerungsfehler und sonstiger Pflegefehler insgesamt ein relativ kleiner Anteil von 5,2 % (n = 11) der 210 Behandlungsfehlervorwürfe [16]. In der Untersuchung von Venedey machten Pflegefehler 7,2 % (n = 17) aller 236 Behandlungsfehlervorwürfe (bei 210 Ermittlungsverfahren) aus und hatten vor allem die mangelnde Flüssigkeitszufuhr zum Gegenstand [58]. Damit waren Pflegefehlervorwürfe in unserer Untersuchung vergleichsweise häufig. Dies kann wie oben bereits angedeutet dafür sprechen, dass Behandlungsfehler mittlerweile nicht mehr allein mit dem ärztlichen Berufsstand in Verbindung gebracht werden.

Generell wäre es wünschenswert, dass sich zukünftige Untersuchungen zu Behandlungsfehlervorwürfen an einem einheitlichen Fragebogen orientieren, um einen besseren Vergleich der Studien hinsichtlich der oben genannten Daten zu ermöglichen.

5.12 Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung

Der Interpretation der Begutachtungsergebnisse ist voranzustellen, dass das Verhalten des Verdächtigen in zweierlei Hinsicht begutachtet werden muss:

Zunächst muss ein Pflichtverstoß als solcher nachgewiesen werden; in einem zweiten Schritt ist dann die strafrechtliche Kausalität zu prüfen. Diese ist nur gegeben, wenn die pflichtwidrige Handlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Ursache für den Tod bzw. den Gesundheitsschaden war, bzw. (bei Unterlassungsdelikten) die erforderliche Handlung den Tod/Gesundheitsschaden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgewendet hätte.

5.12.1 *Gesamtergebnis aller untersuchten Fälle*

Zunächst soll das endgültige Ergebnis aller untersuchten Fälle betrachtet werden, unabhängig vom Ausgang (tödlich/nichttödlich) und von der Art der vorliegenden Gutachten (Obduktions- bzw. Kausalitätsgutachten oder beide).

Die Gesamtzahl von 299 ist größer als die der insgesamt ausgewerteten 295 Fälle, da zum Teil mehrere Vorwürfe gegen eine Person erhoben wurden oder mehrere Personen beschuldigt wurden. In fast der Hälfte der Fälle (48,5 %, n = 145) wurde ein Behandlungsfehler verneint, in 15 dieser Fälle wurde die Behandlung jedoch als nicht optimal kritisiert. In 66 Fällen (22,1 %) wurde ein Behandlungsfehler bejaht, der in lediglich 23 Fällen auch kausal für den Tod bzw. Gesundheitsschaden war, in drei Fällen war eine Kausalität mangels Obduktion fraglich. In 59

Fällen (19,7 %) schien ein Behandlungsfehler möglich, konnte jedoch mangels ausreichender Informationen zum Sachverhalt bzw. der Notwendigkeit eines Fachgutachtens noch nicht abschließend geklärt werden.

In der Zusammenschau muss festgestellt werden, dass in nahezu der Hälfte der Fälle *kein* Behandlungsfehler vorlag. Ein *kausaler* Behandlungsfehler wurde nur in knapp 10 % bestätigt. Diese geringe Zahl überrascht nicht, da an die strafrechtlich relevante Kausalität – wie oben beschrieben – hohe Anforderungen gestellt werden. Insbesondere bei älteren Patienten, die einen Großteil unseres Patientenkollektivs ausmachten, kann nur selten davon ausgegangen werden, dass gerade der Behandlungsfehler als solcher ursächlich für den Tod bzw. Gesundheitsschaden war; vielmehr ist dieser Schaden oft durch bereits bestehende Erkrankungen zu erklären. Als Beispiel aus unserer Untersuchung sei hier der Fall einer Fehltransfusion genannt: Dem 62jährigen Patienten, der zum Zeitpunkt des Ereignisses unter anderem an einem Magenkarzinom mit Peritonitis und paralytischem Ileus sowie einer KHK litt, wurde ein Erythrozytenkonzentrat der falschen Blutgruppe transfundiert, er verstarb kurze Zeit später. Zweifellos lag hier ein Behandlungsfehler vor, der den Todeseintritt zumindest erheblich begünstigte, aber nicht mit der erforderlichen Sicherheit gerade dessen alleinige Ursache war. Dass diese Begründung zu Unverständnis bei betroffenen Angehörigen führt, ist nachvollziehbar, zumal sie den Ausgang des strafrechtlichen Prozesses bestimmt. Die Ergebnisse anderer Untersuchungen zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen fallen sehr unterschiedlich aus, wobei die deutliche Differenz der Fallzahlen nicht außer Acht gelassen werden darf und einen Vergleich erschwert.

Im Vergleich unserer Ergebnisse mit der bundesweiten Untersuchung von Preuß et al. fällt auf, dass letale Behandlungsfehlervorwürfe dort relativ häufig verneint und selten bestätigt wurden. So betrug der Anteil verneinter Behandlungsfehler (teils nach Obduktions– teils nach ausführlichem Gutachten) dort 64,6 % der 4550 letalen Fälle. In 10 % wurde ein Behandlungsfehler bejaht, davon in 4,2 % aller Fälle mit, in 5,8 % ohne Kausalität. In den restlichen Fällen wurden zur Klärung Zusatzinformationen bzw. klinische Fachgutachten empfohlen, die ebenfalls keine abschließende Beurteilung erlaubten oder über deren Ergebnis die rechtsmedizinischen Gutachter nicht informiert wurden [47]. Bei dem Vergleich ist zu beachten, dass unsere Untersuchung bezüglich der rechtsmedizinischen Begutachtung der Gesamtergebnisse keinen Unterschied zwischen letalen und nichtletalen Fällen vornahm. Interessanterweise machte der Anteil verneinter Behandlungsfehler bei Preuß et al. mit 54,6 %

aller 434 nichtletalen Fälle einen geringeren Anteil aus als bei den letalen; bejaht wurden 28,3 % (davon 54 Fälle mit Kausalität).

Der Untersuchung von Venedey (2007) lagen staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten zugrunde, weswegen genauere Aussagen zur Begutachtung gemacht werden konnten. In den 200 eingestellten Ermittlungsverfahren, in denen Obduktions- bzw. Sachverständigengutachten (teils rechtsmedizinisch, teils klinisch) erstellt wurden, wurde ein Behandlungsfehler in 70 % verneint, in 15,5 % bejaht (davon in 9 % mit, in 6,5 % ohne Kausalität). In 12 Fällen blieb die Frage des Behandlungsfehlers offen, wobei die Kausalität verneint wurde. In den restlichen eingestellten Verfahren wurden Klinikgutachten bzw. weitere Untersuchungen angeregt, oder es blieb sowohl ein Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität offen [58].

In der Untersuchung von Eisenmenger et al. war der Anteil verneinter Behandlungsfehler mit 46,6 % der insgesamt betrachteten 221 Fälle nur etwas geringer als der von uns festgestellte, der Anteil bejahter Behandlungsfehler war jedoch deutlich größer als der unserer Untersuchung (46,6 %, davon 37,1 % ohne, 9,5 % mit Kausalität). In 6,8 % fehlten zur Beurteilung erforderliche Fachgutachten [14].

Bei den von Mattern und Kohnle untersuchten 60 rechtsmedizinischen Gutachten belief sich der Anteil bejahter Behandlungsfehler auf 50 %, in 16 dieser 30 Fälle wurde die Kausalität für den Gesundheitsschaden bejaht, dreimal verneint und in 11 Fällen blieb die Entscheidung offen.

In 43,3 % lag kein Behandlungsfehler vor [40]. Der Anteil bejahter Behandlungsfehler ist hier ungewöhnlich hoch, wobei die Aussagekraft aufgrund der geringen Fallzahl begrenzt ist.

Angesichts der erhobenen Daten kann konstatiert werden, dass Komplikationen im Rahmen einer medizinischen Behandlung zu einem großen Teil nicht auf einem Fehlverhalten des medizinischen Personals beruhen, sondern vielmehr einem schicksalhaften Verlauf entsprechen. Allerdings gehen Preuß et al. davon aus, dass die Quote bejahter, auch kausaler, Behandlungsfehler in der Wirklichkeit höher sein dürfte, da die rechtsmedizinischen Gutachter nur selten über das Urteil der nach der Obduktion erfolgten klinischen Gutachten informiert würden. Dafür spricht auch die deutlich höhere Quote bejahter Behandlungsfehler bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, da deren Begutachtung einschließlich der Kausalität nicht den höheren strafrechtlichen Beweisanforderungen unterliegt [47]. Dennoch sollte gegenüber Patienten und deren Angehörigen deutlich gemacht werden, dass auch mit den modernsten Verfahren – insbesondere bei älteren vorerkrankten Patienten – keine Heilung garantiert werden kann, darüber hinaus ist jeder medizinische Eingriff mit Risiken verbunden.

"Mit den Fortschritten der Medizin steigen auch die Ansprüche an Sorgfalt und Kunst des Arztes. Andererseits schwindet die Bereitschaft des Patienten, einen Misserfolg als schicksalhaft hinzunehmen, sobald Risikoeingriffe zu den Standardmaßnahmen gehören" [32].

5.12.2 *Ergebnis der Fälle mit ausschließlich vorliegendem Obduktionsgutachten*

Zur Frage, welche Bedeutung der rechtsmedizinischen Obduktion für die Klärung von Behandlungsfehlergutachten zukommt, sollen die Begutachtungsergebnisse der 136 Fälle, in denen lediglich ein Obduktionsgutachten vorlag, näher betrachtet werden. Hier zeigt sich, dass 49,2 % der Fälle (n = 67) bereits durch die Obduktion geklärt werden konnten, das heißt, dass im Obduktionsgutachten bereits eine abschließende Aussage zum Vorliegen bzw.

Nichtvorliegen eines Behandlungsfehlers und dessen Kausalität für den Tod des Patienten getroffen werden konnte. In 62 dieser Fälle wurde ein Behandlungsfehler verneint und lediglich fünfmal bejaht (allerdings nur einmal mit der erforderlichen Kausalität). In 33,1 % der Fälle (n = 45) waren Zusatzinformationen bzw. weitere Ermittlungen oder ein fachärztliches Gutachten erforderlich, weshalb noch keine abschließende Beurteilung erfolgen konnte.

Diese Zahlen bestätigen die Ergebnisse früherer Studien, wonach ein Großteil von Behandlungsfehlervorwürfen bereits durch eine Obduktion geklärt werden kann.

Preuß et al. konnten zeigen, dass 2863 aller 4450 Fälle (64,3 %) bereits durch eine Obduktion geklärt werden konnten. Von diesen Fällen wurde in 68,8 % ein Behandlungsfehler verneint, und in 3,0 % bejaht, davon in 0,9 % mit, in 2,0 % ohne Kausalität. 68,6 % aller *insgesamt* verneinten Behandlungsfehlervorwürfe (n = 2873) konnten bereits durch eine Obduktion entkräftet werden. Daher befürworten die Autoren die Einführung einer sogenannten Verwaltungssektion, das heißt einer obligatorischen Obduktion auf der Grundlage eines Indikationskatalogs, der Todesfälle in Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen einschließt. Diese existiert bis dato in Deutschland nicht, war in der früheren DDR jedoch gesetzlich vorgeschrieben [47].

Daneben ist zu betonen, dass mit der Angabe der Todesart als nichtnatürlich bzw. ungeklärt in der Todesbescheinigung keine Selbstbeichtigung verbunden ist, sondern die gegebenenfalls folgende Sektion den Arzt in einem großen Teil der Fälle entlastet und der Weg zu einer objektiven Klärung der Umstände geebnet wird [10, 47]. Die Sinnhaftigkeit der Angabe einer nichtnatürlichen bzw. ungeklärten Todesart bei Zwischenfällen in Zusammenhang mit

medizinischen Maßnahmen dürfte einem Teil der Ärzteschaft noch nicht bekannt sein und sollte auch bei Fortbildungen und Kursen im Rahmen des Medizinstudiums ins Bewusstsein gerückt werden.

Nicht zuletzt kann die Obduktion auch bei den Angehörigen des Patienten für Klarheit sorgen, Zweifel an der Regelmäßigkeit der medizinischen Behandlung nehmen und der Annahme einer "Vertuschung" von Tatsachen vorbeugen.

5.12.3 Juristischer Verfahrensausgang

In 8,5 % der von uns analysierte Fälle (n = 25) ließen sich den vorliegenden Unterlagen Informationen zum Ausgang des Ermittlungsverfahrens entnehmen, sämtliche dieser (letalen) Verfahren wurden gem. § 170 Abs.2 S.1 StPO eingestellt.

In der Literatur finden sich bereits einige Studien zum juristischen Ausgang der Ermittlungsverfahren, wobei diese zumeist keine bundesweite Repräsentativität haben und die Anzahl der untersuchten Fälle beträchtlich schwankt [2, 16, 36, 40, 44, 45, 56, 58].

In der Untersuchung von Ulsenheimer wurden 59,6 % der 245 abgeschlossenen Ermittlungsverfahren gem. § 170 Abs. 2 StPO mangels hinreichenden Tatverdachts, 20 % gem. § 153a StPO nach Zahlung einer Geldbuße und 1,2 % gem. § 153 StPO wegen geringen Verschuldens ohne Geldbuße eingestellt, wobei diese Zahlen einerseits aufgrund der großen Expertise des Autors, andererseits aufgrund der Verteidigung besonders schwerer Fälle verzerrt sein könnten [56]. Orben ermittelte mit 93 % eine deutlich höhere Einstellungsquote mangels hinreichenden Tatverdachts (§ 170 Abs. 2 StPO), lediglich 5 % der Verfahren wurden gegen eine Auflage eingestellt [44].

In der Untersuchung von Venedey wurde ein ebenfalls relativ hoher Anteil von 84,8 % der 210 Ermittlungsverfahren gem. § 170 Abs. 2 StPO und 7,6 % der Verfahren gem. § 153 Abs. 1 oder § 153a Abs. 1 StPO eingestellt. Lediglich in 3,8 % der Fälle kam es zu einer Anklage [58].

Obwohl in unserer Untersuchung keine ausreichenden Zahlen zum juristischen Ausgang der Verfahren erhoben werden konnten, so ist überwiegend davon auszugehen, dass die Staatsanwaltschaft das Ermittlungsverfahren einstellt, wenn seitens der rechtsmedizinischen Gutachter im Obduktionsgutachten ein Behandlungsfehler verneint bzw. dessen Kausalität angezweifelt oder verneint wird. In unserer Untersuchung fanden wir lediglich elf Fälle, in denen trotz Verneinung eines Fehlers bzw. dessen Kausalität im Obduktionsgutachten seitens der Staatsanwaltschaft noch ein Zusammenhangsgutachten angefordert wurde (in drei dieser

Fälle änderte sich das Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung).

Die rechtsmedizinische Obduktion stellt eine effiziente Möglichkeit der Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen dar [47].

Ganz grundsätzlich ist die außerordentlich wichtige Rolle des Rechtsmediziners im strafrechtlichen Verfahren zu betonen. Ulsenheimer begründet dies unter anderem mit dessen juristischer Kenntnis, dem Abstand zu den überwiegend betroffenen klinischen Fächern und dem aufgrund der Zusammenarbeit in anderen strafrechtlichen Verfahren engen Kontakt zwischen Rechtsmedizin und Staatsanwaltschaft [57].

Um Informationen zur juristischen Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen zu erlangen, plädieren Dettmeyer et al. für eine Auswertung der bearbeiteten Fälle seitens der Staatsanwaltschaften und Gerichte bzw. eine systematische Erfassung durch die Arzthaftungssenate der Oberlandesgerichte [11].

Grundsätzlich ist es ratsam, Strafanzeigen gegen medizinisches Personal aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfes in einem Sonderdezernat zu bearbeiten, idealerweise auch von einem im Medizinrecht erfahrenen Staatsanwalt, ähnlich wie bei Althoff und Solbach 1984 beschrieben [2]. Preuß et al. halten die entsprechende Erfahrung des Staatsanwaltes auch aufgrund der von ihnen ermittelten unterschiedlichen Häufigkeit der durch eine Obduktion zu klärenden Behandlungsfehlervorwürfe in verschiedenen rechtsmedizinischen Instituten für wichtig. Daneben kritisieren sie ebenfalls, dass rechtsmedizinische Gutachter trotz der eminenten Bedeutung ihrer Gutachten für den Prozess nicht über den Ausgang der gerichtlichen Verfahren informiert werden [47].

Um valide Daten zu erhalten, inwieweit die rechtsmedizinische Begutachtung den Verfahrensausgang tatsächlich beeinflusst, ist eine derartige Rückmeldung jedoch erforderlich, denn wie oben beschrieben bedeutet die Verneinung eines Behandlungsfehlervorwurfs durch den rechtsmedizinischen Gutachter noch nicht automatisch, dass das Verfahren umgehend nach der Obduktion eingestellt wird, da in einigen Fällen dennoch ein ausführliches Zusammenhangsgutachten angefordert wurde.

5.13 Folgen eines Behandlungsfehlers bzw. Behandlungsfehlervorwurfs

Die Folgen eines Behandlungsfehlers können für den Arzt von existentieller Bedeutung sein: Neben der eigentlichen Strafe kann ein Berufsverbot ausgesprochen werden, gem. § 132a I 2 StPO auch bereits für das laufende Ermittlungsverfahren. Einem Behandlungsfehlervorwurf kann darüber hinaus im Rahmen eines zivilrechtlichen Verfahrens nachgegangen werden. Anspruchsgrundlagen sind hier § 280 I BGB (Schadensersatz wegen Pflichtverletzung aus dem Behandlungsvertrag § 611 BGB) und die Haftung für Behandlungsfehler im Rahmen der Deliktshaftung (§ 823 I BGB). Dies kann hohe finanzielle Einbußen in Form von Schadensersatzzahlungen und/oder Kosten für die in Anspruch genommene anwaltliche Betreuung und medizinische Gutachter haben.

Daneben zeigt sich die existentielle Dimension eines Behandlungsfehlervorwurfes auch an den Parallelverfahren: Neben dem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren werden auch die KV, die Ärztekammer und die Approbationsbehörde Verfahren anstrengen [48]. Außerdem müssen Ärzte bei einer Bewerbung in Fragebögen oft angeben, ob gegen sie ein Strafverfahren anhängig ist. Wird diese Frage bejaht, ist eine Bewerbung meist von vornherein aussichtslos [57].

Auch seitens einiger Krankenkassen erfolgt zunehmend eine durchaus eigennützige Fokussierung auf sog. Kunstfehler. § 66 SGB V legt fest, dass die Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen können. Dies wurde von den Krankenkassen zum Teil sehr öffentlichkeitswirksam umgesetzt. Exemplarisch seien hier die AOK–Schleswig Holstein und die AOK Berlin genannt, die ein „Institut Medizinschaden“ [55] bzw. ein „Serviceteam Behandlungsfehler“ ins Leben riefen. Darüber hinaus wurden von einigen Krankenkassen sogenannte „Behandlungsfehler–Hotlines“ eingerichtet. Teilweise wird auch regelrecht damit geworben, „Behandlungsfehler aufzuspüren“ [13].

Bei aller Kritik am Umgang der Medien und Krankenkassen mit dem von einem Vorwurf betroffenen Arzt muss man sich jedoch stets der womöglich verheerenden Folgen eines Behandlungsfehlers für den Patienten bewusst sein. Der entstandene gesundheitliche Schaden kann die Lebensqualität drastisch einschränken, eine weitere Berufsausübung unmöglich

machen und beträchtliche finanzielle Folgen haben. Im Falle eines tödlichen Ausgangs kann der Tod des Familienmitglieds für die Angehörigen neben der Trauer über den Verlust auch den Wegfall der Existenzgrundlage bedeuten.

Daher bedarf es der vermehrten Entwicklung von Strategien zur Prävention von Behandlungsfehlern. Diese Entwicklung ist noch jung. Sie begann in den angelsächsischen Ländern mit dem sogenannten „Critical Incident Reporting System“ (CIRS), das in der Schweiz eine wesentliche Differenzierung erfuhr. Dabei handelt es sich um ein freiwilliges Meldesystem. Ein „critical incident“ ist definiert als „jedes ungewollte Ereignis, welches den Patienten negativ beeinflusst oder beeinflussen könnte, wobei es keine Rolle spielt, ob der Zwischenfall hätte verhindert werden können oder nicht und ob das behandelnde Team einen Fehler macht oder nicht“ [41]. CIRS ist ein Instrument des Risiko- und Qualitätsmanagements und dient der systematischen Erfassung von Zwischenfällen und Beinahezweischenfällen. Es basiert auf der Erkenntnis, dass zwischen schweren Zwischenfällen, leichten Zwischenfällen und Beinahezweischenfällen ein enger Zusammenhang besteht [27]. Mitarbeiter, die einen solchen Zwischenfall beobachten bzw. verursachen, sind angehalten, diesen in Form eines anonymen Berichts an eine zentrale Stelle weiterzuleiten mit dem Ziel, fehlerträchtige Konstellationen zu identifizieren. Die Analyse derartiger Zwischenfälle oder Beinahezweischenfälle dient der Entwicklung von Vermeidungsstrategien. Wesentlich ist dabei die Sanktionsfreiheit und die Möglichkeit, die entsprechenden Fälle allen Mitarbeitern zugänglich zu machen (zum Beispiel per Veröffentlichung im Intranet). So können sich auch andere Mitarbeiter in diesem Forum zu den entsprechenden Fällen äußern und Verbesserungsvorschläge machen.

Nach einer Studie des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn, die sich auf Angaben von 484 (von 1815 angeschriebenen) Krankenhäusern stützt, hatten 34,9 % der Krankenhäuser das lokale CIRS-System systematisch und 12,9 % unsystematisch umgesetzt. 18,9 % hatten die Absicht, es innerhalb der folgenden 12 Monate umzusetzen, 15,6 % diskutierten das Thema ohne feste Umsetzungspläne, und immerhin 17,8 % hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht damit befasst [33].

Eine weitere Initiative zur Vermeidung von Behandlungsfehlern speziell im Rahmen einer Operation, die sogenannte „Safe Surgery Saves Lives“-Kampagne, wurde 2009 von der WHO vorgestellt. Dieser Initiative liegt eine von der WHO zwischen 2007 und 2008 in acht Ländern mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status durchgeführte klinische Studie zugrunde [22]. Im Rahmen dieser Studie wurde in den beteiligten Kliniken bei jeder Operation (ausgenommen

Herzoperationen) eine von der WHO entwickelte dreistufige Checkliste angewandt, die 19 Maßnahmen umfasst, deren Vollständigkeit vor und nach einer Operation in Form einer mündlichen Kommunikation zwischen dem an der Operation beteiligten medizinischen Personal kontrolliert wurde. Die Checkliste soll korrekte anästhesiologische Maßnahmen, die Infektionsprophylaxe und eine effektive Zusammenarbeit gewährleisten und umfasst unter anderem die Vorstellung des Personals vor der Operation, die Feststellung der Identität des Patienten, die Nennung des durchzuführenden Eingriffs und die eventuelle Verabreichung einer Antibiotikaprophylaxe. Es konnte gezeigt werden, dass sich nach Einführung der Checkliste die Komplikationsrate der Patienten von 11 auf 7 % und die postoperative Mortalität von 1,5 auf 0,8 % verringerte.

In Deutschland begann die Entwicklung von Projekten zur Verbesserung der Patientensicherheit verstärkt erst mit der Jahrtausendwende. Eine Bündelung verschiedener bereits bestehender Initiativen fand 2005 mit der Gründung des „Bündnis Patientensicherheit“ statt. Mitglieder sind u. a. Krankenhäuser, Verbände und Organisationen von Ärzten, Pflegeberufen und Patienten, Universitäten, wissenschaftliche Fachgesellschaften und Haftpflichtversicherungen.

Hauptsächliche Ziele sind die Entwicklung von Sicherheitskonzepten in Anlehnung an andere potentiell gefährliche Arbeitsbereiche wie Luftfahrt und Kernkraftenergie, die Vermittlung von Wissen um präventive Maßnahmen und deren Evaluation in der Praxis [35]. In diesem Zusammenhang entstanden vier Arbeitsgruppen zu Medikationsfehlern und -sicherheit, Eingriffsverwechslungen, Einführung von CIRS im Krankenhaus und zur Zusammenführung bereits bestehender Behandlungsfehlerregister.

Ein Beitrag zur Fehlervermeidung wurde auch durch das am 26. Februar 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (sog.

Patientenrechtegesetz) geleistet: Zwar ist die Einführung von Fehlermeldesystemen für die Krankenhäuser nicht verpflichtend, wird jedoch durch eine neue Regelung im

Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert, da für die Beteiligung an

einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen Vergütungsvorschläge vorgesehen sind.

Desweiteren werden die Krankenhäuser zur Einrichtung eines patientenorientierten

Beschwerdemanagements gem. 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet.

6 Schlussfolgerungen

In Deutschland gibt es bislang kein zentrales Register zur Erfassung von Zwischenfällen in Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Dies ist dringend notwendig, um eine Vorstellung von der Inzidenz, dem Wesen und der rechtsmedizinischen sowie juristischen Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen zu erhalten. Nur so können effiziente Fehlervermeidungsstrategien entwickelt werden.

Ein großer Teil der von uns untersuchten Fälle, in denen lediglich ein Obduktionsgutachten vorlag, konnte bereits aufgrund der Obduktion geklärt werden. Dies bestätigt die Ergebnisse früherer Studien. Daher ist in Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen anderer Autoren die Einführung einer sog. Verwaltungssektion bei Zwischenfällen in Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen, wie sie in der früheren DDR vorgeschrieben war, zu empfehlen. Dies würde eine effiziente Möglichkeit zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen darstellen. Zur Evaluierung der rechtsmedizinischen gutachterlichen Tätigkeit wäre eine Rückmeldung der Staatsanwaltschaft hinsichtlich des Ausgangs der Ermittlungsverfahren sehr wünschenswert.

7 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 295 Fälle von Behandlungsfehlervorwürfen untersucht, davon 256 mit und 39 Fälle ohne tödlichen Ausgang. Dazu wurden 214 Sektions- und 120 Kausalitätsgutachten ausgewertet. Häufigster Verfassensanlass war ein Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO. Konnte ein konkreter juristischer Tatvorwurf ausgemacht werden, so handelte es sich am häufigsten um die fahrlässige Tötung gem. § 222 StGB. Bei den betroffenen Patienten handelte es sich überwiegend um ältere, vorerkrankte Personen.

In der Chirurgie tätige Ärzte waren vor den Ärzten der Inneren Medizin und dem Pflegepersonal am häufigsten von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen. Insgesamt handelte es sich um 320 mehr oder weniger konkretisierte Behandlungsfehlervorwürfe. Am häufigsten wurde das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen bemängelt, es folgten Zwischenfälle in Zusammenhang mit operativen oder invasiven Eingriffen und die Gruppe der Pflegefehler. In den Todesermittlungsverfahren war der Fehlvorwurf nicht immer ersichtlich und musste

dann dem Zusammenhang entnommen werden, was nicht immer gelang. Dies schränkt die Qualität der erhobenen Daten ein.

In insgesamt 48,5 % wurde ein Behandlungsfehler gutachterlich verneint, in 22,1 % bestätigt und in 19,7 % konnte mangels weiterführender Informationen bzw. der Erforderlichkeit eines Fachgutachtens noch keine Aussage zum Vorliegen einer möglichen Sorgfaltspflichtverletzung getroffen werden.

49,2 % der Fälle, in denen lediglich ein Obduktionsgutachten vorlag, konnten bereits durch die Obduktion geklärt werden. Dabei wurden im deutlich überwiegenden Anteil der Fälle Behandlungsfehlervorwürfe entkräftet (Behandlungsfehler verneint: 45,6 %, bejaht: 3,6 %). Leider erlangten die rechtsmedizinischen Gutachter nur in einem kleinen Teil der Fälle Informationen über den juristischen Ausgang der Ermittlungsverfahren.

8 Anhang

8.1 Fragebogen für Behandlungsfehlervorwürfe mit tödlichem Ausgang

Aktenzeichen:

Jahrgang des Kausalitätsgutachtens/Obduktionsgutachtens:

Patientenkollektiv

A) Geschlecht:

1 = weiblich

2 = männlich

B) Alter des Patienten:

C) Vorerkrankungen lt. Behandlungsunterlagen/Obduktionsprotokoll:

1 = Arterielle Hypertonie

2 = Arteriosklerose

3 = Thrombose

4 = Varizen

5 = Herzfehler

6 = Diabetes mellitus Typ 1 bzw. 2

7 = Adipositas

8 = Steatosis hepatis

9 = Leberzirrhose

10 = Herzinsuffizienz

11 = älterer Myokardinfarkt/KHK

12 = Herzrhythmusstörungen

13 = Alkoholismus

14 = sonstige

15 = keine

16 = nicht bekannt

Strafprozessrechtliche Informationen

A) Beginn des Ermittlungsverfahrens:

B) Staatsanwaltschaft:

1 = StA Stralsund

2 = StA Neubrandenburg

3 = sonstige

C) Straftatbestand bzw. Todesermittlungsverfahren:

1 = Totschlag gem. § 212 StGB
2 = fahrlässige Tötung gem. § 222 StGB
3 = Körperverletzung mit Todesfolge gem. § 227 StGB
4 = gefährliche Körperverletzung gem. § 223 StGB i. V. m. § 224 I StGB
5 = einfache Körperverletzung gem. § 223 StGB
6 = fahrlässige Körperverletzung gem. § 229 StGB
7 = unterlassene Hilfeleistung gem. § 323 c StGB
8 = Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO
9 = Ermittlungsverfahren gegen Dritte
10 = Verstoß gegen BtMG
11 = keine Angaben

D) Anlass des Ermittlungsverfahrens:

1 = Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen (einschl. Betreuer, Freunde)
2 = Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als ungeklärt bzw. nichtnatürlich
3 = Strafanzeige der Angehörigen und Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als ungeklärt bzw. nichtnatürlich
4 = Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes
5 = Anzeige durch nichtärztliche Mitarbeiter
6 = Anzeige durch den Patienten
7 = Auffälligkeiten in Kremationsleichenschau
8 = Auffälligkeiten in klinischer Obduktion durch Pathologen
9 = Ermittlungsverfahren gegen Dritte
10 = Anlass der Ermittlungen ist nicht zu klären

Verdächtigter

A) Ermittlungsverfahren gegen:

1 = PJ-Student/AiP
2 = Arzt, Tätigkeitsfeld unbekannt
3 = niedergelassener Arzt
4 = Krankenhausarzt
5 = Notarzt
6 = kassenärztlicher Notdienst
7 = Haftanstaltsarzt/Polizeiarzt
8 = Rettungsassistenten/-sanitäter

	9 = Pflegepersonal
	10 = sonstige Berufsgruppen
	11 = nicht zu klären
B) Art der stationären Einrichtung:	
	1 = Haus der Maximalversorgung
	2 = übrige Versorgungsstufe
	3 = sonstige stationäre Einrichtung
	4 = unbekannt
C) Betroffenes Fachgebiet:	
	1 = Chirurgie
	2 = Innere Medizin
	3 = Gynäkologie/Geburtshilfe
	4 = Anästhesiologie
	5 = Intensivmedizin
	6 = Psychiatrie
	7 = Urologie
	8 = Radiologie
	9 = Allgemeinmedizin
	10 = Praktische Medizin
	11 = Orthopädie
	12 = HNO
	13 = Pädiatrie
	14 = Neurologie
	15 = Augenheilkunde
	16 = Zahnheilkunde
	17 = Notaufnahme
	18 = Notarzteinsatz
	19 = Notdienstarzteinsatz
	20 = Hausarzt/praktischer Arzt
	21 = Chirotherapie
	22 = Rettungsassistent/–sanitäter
	23 = Mitarbeiter Rettungsdienstzentrale
	24 = Pflegepersonal
	25 = unbekannt
D) Vorangegangene Behandlung:	
	1 = erstmalige ambulante Konsultation
	2 = länger dauernde ambulante Therapie
	3 = stationäre Behandlung, ein bis fünf Tage
	4 = stationäre Behandlung, mehr als fünf Tage
	5 = stationäre Behandlung, Dauer unbekannt
	6 = keine vorangegangene Behandlung

7 = nicht bekannt

E) Sachverhalt:

1 = laut Obduktionsprotokoll
2 = laut ausführlichem Zusammenhangsgutachten
3 = laut Obduktionsprotokoll und Krankenhausunterlagen

Kurzgefasste Darstellung des Sachverhalts:

F) Charakter des Vorwurfs:

1 = konservative Medizin
2 = operative Medizin einschließlich minimalinvasiver Maßnahmen und Endoskopie
3 = Intensivmedizin/Anästhesie
4 = nicht bekannt

G) Behandlungsfehlervorwurf:

1 = Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen
11 = unterlassene Diagnostik
12 = Nichtvornahme gebotener therapeutischer Maßnahmen
13 = verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen
14 = verspätete Reaktion auf sonstige Komplikationen
15 = Nichtvornahme gebotener prophylaktischer Maßnahmen
16 = unterlassene stationäre Einweisung
17 = unterlassene Überwachung
18 = Verweigerung des Haus – oder Notarztbesuchs
19 = sonstiges Unterlassen
2 = Medikationszwischenfall
3 = Zwischenfälle im Zusammenhang mit operativen/invasiven Eingriffen
31 = Zwischenfall die intraoperative Phase betreffend
32 = Intraoperativer Zwischenfall mit/ohne späteres Versterben
33 = Exitus in tabula
34 = Zwischenfall bei Punktion
35 = Zwischenfall bei endoskopischem/invasivem Eingriff
351 = Koloskopie
352 = Gastroskopie
353 = ERCP
354 = Bronchoskopie
355 = PTCA
36 = Zwischenfall die postoperative Phase betreffend
4 = Nichtoperative Therapiefehler

41 = Falsche Behandlung trotz korrekter Diagnose
42 = Sonstiger nichtoperativer Therapiefehler
43 = Zwischenfall bei Reanimationsmaßnahme
44 = Nicht sachgemäß durchgeführte medizinische Maßnahme
45 = Transfusionszwischenfall
46 = Seitenverwechslung
5 = Diagnosefehler
6 = Pflegefehler
61 = unterlassene ärztliche Benachrichtigung
62 = unterlassene Dekubitusprophylaxe
63 = mangelnde Sturzprophylaxe
64 = sonstiges Unterlassen
65 = unsachgemäßes Anreichen von Nahrung
66 = sonstiger Pflegefehler
7 = Fehleinschätzung der Situation durch nichtärztlichen Rettungsdienst
8 = Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

H) Obduktion (erfolgt, nicht erfolgt)

Stichwortartiges Ergebnis der Obduktion/des abschließenden Gutachtens:

Besonderheiten:

I) Ergebnis des Obduktionsprotokolls bzw. Zusammenhangsgutachtens

1 = Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht
2 = Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich
3 = Behandlungsfehler bejaht, Kausalität aufgrund nichtdurchgeführter Obduktion fraglich
4 = Behandlungsfehler verneint
5 = Behandlungsfehler verneint, aber Behandlung als nicht optimal kritisiert
6 = Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen
7 = Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens
8 = Begutachtung aufgrund widersprüchlicher Aussagen nicht möglich
9 = Keine Angaben

J) Ausgang des Ermittlungsverfahrens:

1 = Erhebung der öffentlichen Klage gem. § 170 I StPO
2 = Einstellung des Verfahrens gem. § 170 II 1 StPO

8.2 Fragebogen für Behandlungsfehlervorwürfe mit nichttödlichem Ausgang

Aktenzeichen:

Jahrgang des Kausalitätsgutachtens:

Patientenkollektiv

A) Geschlecht:

1 = weiblich

2 = männlich

B) Alter des Patienten:

C) Vorerkrankungen lt. Behandlungsunterlagen:

1 = Arterielle Hypertonie

2 = Arteriosklerose

3 = Thrombose

4 = Varizen

5 = Herzfehler

6 = Diabetes mellitus Typ 1 bzw. 2

7 = Adipositas

8 = Steatosis hepatis

9 = Leberzirrhose

10 = Herzinsuffizienz

11 = älterer Myokardinfarkt/KHK

12 = Herzrhythmusstörungen

13 = Alkoholismus

14 = sonstige

15 = keine

16 = nicht bekannt

Strafprozessrechtliche Informationen

A) Beginn des Ermittlungsverfahrens:

B) Staatsanwaltschaft:

1 = StA Stralsund

2 = StA Neubrandenburg

3 = sonstige

C) Straftatbestand:

	1 = Gefährliche Körperverletzung gem. § 223 StGB i. V. m. § 224 I StGB
	2 = Einfache Körperverletzung gem. § 223 StGB
	3 = Fahrlässige Körperverletzung gem. § 229 StGB
	4 = Unterlassene Hilfeleistung gem. § 323 c StGB
	6 = Ermittlungsverfahren gegen Dritte
	7 = Verstoß gegen BtMG
	8 = keine Angaben

D) Anlass des Ermittlungsverfahrens:

	1 = Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen (einschl. Betreuer, Freunde)
	2 = Anzeige durch den Patienten
	3 = Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes
	4 = Anzeige durch nichtärztliche Mitarbeiter
	5 = Ermittlungsverfahren gegen Dritte
	6 = Anlass der Ermittlungen ist nicht zu klären

Verdächtiger

A) Ermittlungsverfahren gegen:

	1 = PJ-Student/AiP
	2 = Arzt, Tätigkeitsfeld unbekannt
	3 = niedergelassener Arzt
	4 = Krankenhausarzt
	5 = Notarzt
	6 = kassenärztlicher Notdienst
	7 = Haftanstaltsarzt/Polizeiarzt
	8 = Rettungsassistenten/-sanitäter
	9 = Pflegepersonal
	10 = sonstige Berufsgruppen
	11 = nicht zu klären

B) Art der stationären Einrichtung:

	1 = Haus der Maximalversorgung
	2 = übrige Versorgungsstufe
	3 = sonstige stationäre Einrichtung
	4 = unbekannt

C) Betroffenes Fachgebiet:

	1 = Chirurgie
	2 = Innere Medizin
	3 = Gynäkologie/Geburtshilfe
	4 = Anästhesiologie
	5 = Intensivmedizin
	6 = Psychiatrie
	7 = Urologie
	8 = Radiologie
	9 = Allgemeinmedizin
	10 = Praktische Medizin
	11 = Orthopädie
	12 = HNO
	13 = Pädiatrie
	14 = Neurologie
	15 = Augenheilkunde
	16 = Zahnheilkunde
	17 = Notaufnahme
	18 = Notarzteinsatz
	19 = Notdienststarzteinsatz
	20 = Hausarzt/praktischer Arzt
	21 = Chirotherapie
	22 = Rettungsassistent/-sanitäter
	23 = Mitarbeiter Rettungsdienstzentrale
	24 = Pflegepersonal
	25 = unbekannt

D) Vorangegangene Behandlung:

	1 = erstmalige ambulante Konsultation
	2 = länger dauernde ambulante Therapie
	3 = stationäre Behandlung, ein bis fünf Tage
	4 = stationäre Behandlung, mehr als fünf Tage
	5 = stationäre Behandlung, Dauer unbekannt
	6 = keine vorangegangene Behandlung
	7 = nicht bekannt

Kurzgefasste Darstellung des Sachverhalts:

E) Charakter des Vorwurfs:

1 = konservative Medizin
2 = operative Medizin einschließlich minimalinvasiver Maßnahmen und Endoskopie
3 = Intensivmedizin/Anästhesie
4 = nicht bekannt

F) Behandlungsfehlervorwurf:

1 = Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen
11 = unterlassene Diagnostik
12 = Nichtvornahme gebotener therapeutischer Maßnahmen
13 = verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen
14 = verspätete Reaktion auf sonstige Komplikationen
15 = Nichtvornahme gebotener prophylaktischer Maßnahmen
16 = unterlassene stationäre Einweisung
17 = unterlassene Überwachung
18 = Verweigerung des Haus- oder Notarztbesuchs
19 = sonstiges Unterlassen
2 = Medikationszwischenfall
3 = Zwischenfälle im Zusammenhang mit operativen/invasiven Eingriffen
31 = Zwischenfall die intraoperative Phase betreffend
32 = Zwischenfall bei Punktion
33 = Zwischenfall bei endoskopischem/invasivem Eingriff
331 = Koloskopie
332 = Gastroskopie
333 = ERCP
334 = Bronchoskopie
335 = PTCA
34 = Zwischenfall die postoperative Phase betreffend
4 = Nichtoperative Therapiefehler
41 = Falsche Behandlung trotz korrekter Diagnose
42 = Sonstiger nichtoperativer Therapiefehler
43 = Nicht sachgemäß durchgeführte medizinische Maßnahme
44 = Seitenverwechslung
5 = Diagnosefehler
6 = Pflegefehler
61 = unterlassene ärztliche Benachrichtigung
62 = unterlassene Dekubitusprophylaxe
63 = mangelnde Sturzprophylaxe
64 = sonstiges Unterlassen
65 = unsachgemäßes Anreichen von Nahrung

	66 = sonstiger Pflegefehler
	7 = Fehleinschätzung der Situation durch nichtärztlichen Rettungsdienst
	8 = Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

Besonderheiten:

G) Ergebnisse der Zusammenhangsgutachten

	1 = Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht
	2 = Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint oder fraglich
	3 = Behandlungsfehler verneint
	4 = Behandlungsfehler verneint, aber Behandlung als nicht optimal kritisiert
	5 = Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen
	6 = Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens
	7 = Begutachtung aufgrund widersprüchlicher Aussagen nicht möglich

H) Ausgang des Ermittlungsverfahrens:

	1 = Erhebung der öffentlichen Klage gem. § 170 I StPO
	2 = Einstellung des Verfahrens gem. § 170 II 1 StPO

8.3 Tabellen

Tabelle 1: Patientenalter

Patientenalter	Anzahl	relativ (%)
Totgeburt	2	0,7
0 – 1 Jahr	7	2,4
1 – 20 Jahre	20	6,8
20 – 35 Jahre	19	6,4
35 – 50 Jahre	49	16,6
50 – 65 Jahre	60	20,3
> 65 Jahre	127	43,1
Alter unbekannt	11	3,7
Gesamt	295	

Tabelle 2: Vorerkrankungen (n = 786)

Art der Vorerkrankung	Anzahl Erkrankungen	Anteil am Gesamtkollektiv (%)
Arteriosklerose	159	53,9
Arterielle Hypertonie	85	28,8
Älterer Myokardinfarkt/KHK	71	24,1
Adipositas	62	21,0
Diabetes mellitus Typ 1 bzw. 2	38	12,9
Herzinsuffizienz	38	12,9
Steatosis hepatis	35	11,9
Thrombose	29	9,8
Alkoholismus	28	9,5
Herzrhythmusstörungen	20	6,8
nicht bekannte Vorerkrankung	17	5,8
Leberzirrhose	16	5,4
keine Vorerkrankung	10	3,4
Varizen	9	3,1
Herzfehler	7	2,4
Sonstige Vorerkrankungen	162	54,9

Tabelle 3: Beginn des Ermittlungsverfahrens

Jahr	Anzahl	relativ (%)
1993	1	0,3
1994	2	0,7
1995	8	2,7
1996	15	5,1
1997	15	5,1
1998	14	4,7
1999	20	6,8
2000	20	6,8
2001	23	7,8
2002	16	5,4
2003	22	7,5
2004	16	5,4
2005	14	4,7
2006	35	11,9
2007	42	14,2
2008	32	10,8
Gesamt	295	

Tabelle 4: Straftatbestand (bzw. Todesermittlungsverfahren) der letalen Fälle (n = 261)

Straftatbestand/Todesermittlungsverfahren	Anzahl	relativ (%)
Todesermittlungsverfahren gem. § 159 StPO	149	57,1
Fahrlässige Tötung gem. § 222 StGB	45	17,2
Keine Angaben	44	16,9
Unterlassene Hilfeleistung gem. § 323c StGB	11	4,2
Körperverletzung mit Todesfolge gem. § 227 StGB	3	1,1
Fahrlässige Körperverletzung gem. § 229 StGB	3	1,1
Strafverfahren gegen Dritte	3	1,1
Totschlag gem. § 212 StGB	2	0,8
Verstoß gegen BtMG	1	0,4
Gesamt	261	

Tabelle 5: Straftatbestand der nichtletalen Fälle (n = 43)

Straftatbestand	Anzahl	relativ (%)
Fahrlässige Körperverletzung gem. § 229 StGB	18	41,9
Keine Angaben	10	23,3
Körperverletzung gem. § 223 StGB	8	18,6
Unterlassene Hilfeleistung gem. § 323c StGB	5	11,6
Gefährliche Körperverletzung gem. § 223 i.V.m. § 224 I StGB	2	4,7
Gesamt	43	

Tabelle 6: Anlass des Ermittlungsverfahrens bei letalen Behandlungsfehlervorwürfen (n = 256)

Anlass des Ermittlungsverfahrens bei letalen Behandlungsfehlervorwürfen	Anzahl	relativ (%)
Angabe der Todesart als ungeklärt/nichtnatürlich	157	61,3
Anlass ist nicht zu klären	37	14,5
Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen	27	10,5
Auffälligkeiten in Kremationsleichenschau	15	5,9
Strafanzeige der Angehörigen und Angabe der Todesart als ungeklärt/nichtnatürlich	9	3,5
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	4	1,6
Ermittlungsverfahren gegen Dritte	3	1,2
Auffälligkeiten in klinischer Sektion	3	1,2
Anzeige durch nichtärztliche Mitarbeiter	1	0,4
Gesamt	256	

Tabelle 7: Anlass des Ermittlungsverfahrens bei nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen (n = 39)

Anlass des Ermittlungsverfahrens bei nichtletalen Behandlungsfehlervorwürfen	Anzahl	relativ (%)
Anzeige durch den Patienten	20	51,3
Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen	12	30,8
Anlass ist nicht zu klären	6	15,4
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	1	2,6
Gesamt	39	

Tabelle 8: Berufsgruppe, gegen die sich der Behandlungsfehlervorwurf richtet (n = 312)

Berufsgruppe	Anzahl	Anteil am Gesamtkollektiv (%)
Krankenhausarzt/-ärztin	183	62
niedergelassener Arzt/Ärztin	55	18,6
Pflegepersonal	30	10,7
Notarzt/-ärztin	14	4,8
kassenärztlicher Notdienst	13	4,4
Haftanstaltsarzt/Polizeiarzt	5	1,7
nicht zu klären	4	1,4
Arzt, Tätigkeitsfeld unbekannt	3	1,0
PJ, AiP	2	0,7
Rettungsassistenten/- sanitäter/- innen	2	0,7
sonstige Berufsgruppen	1	0,3

Tabelle 9: Fachrichtung (n = 317)

Fach	Anzahl	Anteil am Gesamtkollektiv (%)
Chirurgie	73	24,7
Innere Medizin	33	11,2
Pflegepersonal	30	10,7
Praktische Medizin	28	9,5
unbekannt	26	8,8
Intensivmedizin	23	7,8
Notarzteinsatz	14	4,7
Notdienststarzteinsatz	13	4,4
Gynäkologie/Geburtshilfe	12	4,1
Allgemeinmedizin	11	3,7
Notaufnahme	10	3,4
Pädiatrie	7	2,4
Anästhesiologie	7	2,4
Orthopädie	6	2,0
Urologie	5	1,7
Psychiatrie	4	1,4
HNO	4	1,4

Radiologie	3	1,0
Augenheilkunde	2	0,7
Rettungsassistent/ – sanitärer	2	0,7
Mitarbeiter einer Rettungsdienstzentrale	1	0,3
Neurologie	1	0,3
Chirotherapie	1	0,3
Zahnheilkunde	1	0,3

Tabelle 10: Dauer der vorangegangenen Behandlung (n = 304)

Dauer der vorangegangenen Behandlung	Anzahl	Anteil am Gesamtkollektiv (%)
stationäre Behandlung, > 5 Tage	95	32,2
stationäre Behandlung, 1 - 5 Tage	65	22,0
keine vorangegangene Behandlung	56	19,0
längerdauernde ambulante Therapie	42	14,2
stationäre Behandlung, Dauer unbekannt	23	7,8
nicht bekannt	12	4,1
erstmalige ambulante Konsultation	11	3,7

Tabelle 11: Behandlungsfehlervorwürfe (n = 320)

Behandlungsfehlervorwurf	Anzahl	Anteil am Gesamtkollektiv (%)
Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen	147	49,8
Zwischenfall bei/nach operativem/invasivem Eingriff	80	27,1
Pflegefehler	30	10,2
Nichtoperative Therapiefehler	22	7,5
Vorwurf nicht konkretisiert	20	6,8
Medikationszwischenfall	12	4,1
Diagnosefehler	7	2,4
Fehleinschätzung durch nichtärztl. Rettungsdienst	2	0,7

Tabelle 12: Differenzierung des Behandlungsfehlervorwurfs „Unterlassen“ (n = 147)

Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen	Anzahl	relativ (%)
Unterlassene Diagnostik	40	27,2
Unterlassene stationäre Einweisung	34	23,1
Nichtvornahme gebotener therapeutischer Maßnahmen	24	16,3
Nichtvornahme gebotener prophylaktischer Maßnahmen	17	11,6
Verspätete Reaktion auf postoperative Komplikation	12	8,2
Sonstiges Unterlassen	7	4,8
Verspätete Reaktion auf sonstige Komplikation	6	4,1
Unterlassene Überwachung	5	3,4
Verweigerung eines Haus- oder Notarztbesuchs	2	1,4
Gesamt	147	

Tabelle 13: Sonstige Unterlassensvorwürfe (n = 7)

Sonstiges Unterlassen
Fehlender Hinweis, dass transdermales Analgetikum das Autofahren beeinträchtigt
Verspätete Verlegung eines Patienten von einem peripheren Krankenhaus in das Universitätsklinikum zur Ausräumung eines korrekt diagnostizierten epiduralen Hämatoms
Übersehen einer Milzverletzung im Rahmen einer Laparotomie
Nichtanfordern des Rettungshubschraubers durch den behandelnden Notarzt
Verspätetes Anfordern eines Notarztes durch Ärzte einer neurochirurgischen Praxis nach Verletzung der A. iliaca communis i. R. einer ambulanten Sequesterentfernung
Unterlassenes Anfordern eines Notarztes durch Mitarbeiter der Rettungsdienstzentrale
Unterlassen, nicht näher bezeichnet

Tabelle 14: Differenzierung der Zwischenfälle im Zusammenhang mit operativen/invasiven Eingriffen (n = 80)

Zwischenfall	Anzahl	relativ (%)
Zwischenfall die intraoperative Phase betreffend	Intraoperativer Zwischenfall mit/ohne späteres Versterben	21 26,3
	Exitus in tabula	9 11,3
Zwischenfall die postoperative Phase betreffend	26	32,5
Zwischenfall bei Pleura-, Aszites-, Organ- oder ZVK-Punktion	14	17,5
Zwischenfall bei endoskopischem Eingriff	10	12,5
Gesamt	80	

Tabelle 15: Todesursachen in Fällen von Exitus in tabula (n = 9)

Todesursache
Verletzung der Aorta abdominalis i. R. einer Nephrektomie
Verletzung der A. iliaca externa i. R. einer Thrombektomie aufgrund pAVK
Akute Linksherzinsuffizienz auf dem Boden einer chronisch–ischämischen Herzkrankheit i. R. einer Unterschenkelamputation
Akute Aortenklappeninsuffizienz aufgrund eines Defekts der im Rahmen der Operation zu ersetzenden Aortenklappenprothese
Akute Herzinsuffizienz bei stenosierter Koronarsklerose und Schwielenherz i. R. einer Aortenklappenersatzoperation
Verletzung der Aorta bei Revisionseingriff im Ösophaguslager bei Zustand nach Ösophagektomie bei Ösophaguskarzinom
Pulmonale Fettembolie mit Kreislaufzusammenbruch während der operativen Versorgung einer Oberschenkelhalsfraktur mit einer Endoprothese
Akute Koronarinsuffizienz als Folge einer stenosierenden Koronarsklerose i. R. der operativen Adhäsiolyse eines chronisch-rezidivierenden Ileus bei Zustand nach Rektumkarzinom und Radiatio
Pneumothorax links mit völligem Kollaps der linken Lunge nach präoperativer Anlage eines ZVK

Tabelle 16: Endoskopien (n = 10)

Endoskopie	Anzahl
Koloskopie	6
Gastroskopie	1
ERCP	1
PTCA	1
Bronchoskopie	1
Gesamt	10

Tabelle 17: Differenzierung der nichtoperativen Therapiefehler (n = 22)

Nichtoperativer Therapiefehler	Anzahl	relativ (%)
Falsche Behandlung trotz korrekter Diagnose	7	31,8
Sonstiger nichtoperativer Therapiefehler	5	22,7
Zwischenfall bei Reanimationsmaßnahme	3	13,6
Nicht sachgemäß durchgeführte medizinische Maßnahme	3	13,6
Transfusionszwischenfall	2	9,1
Seitenverwechslung	2	9,1
Gesamt	22	

Tabelle 18: Sonstige nichtoperative Therapiefehler (n = 5)

Sonstige nichtoperative Therapiefehler
Behaupteter Zusammenhang zwischen Tod und einer wenige Tage zuvor durchgeführten Grippeimpfung
Tod des Patienten aufgrund einer Gerinnungsstörung nach stationärer Einweisung wegen Körperverletzung. Sektionsdiagnose: Multiorganversagen bei dekompensierter Leberzirrhose
Akutes Verbluten infolge arterieller Gefäßarrosion durch lange liegenden Beatmungstubus; Z. n. operativer Revision einer Bauchdeckenhernie
Blutverlust nach Venenwandverletzung bei vorbestehender Herzerkrankung und Leberzirrhose
Transport trotz schlechten Allgemeinzustands (Urosepsis)

Tabelle 19: Differenzierung der Pflegefehler (n = 30)

Pflegefehler	Anzahl	relativ (%)
Unterlassene/verspätete ärztliche Benachrichtigung	10	33,3
Sonstiger Pflegefehler	6	20,0
Unterlassene Sturzprophylaxe	5	16,7
Unterlassene Dekubitusprophylaxe	3	10,0
Sonstiges Unterlassen	3	10,0
Unsachgemäßes Anreichen von Nahrung	3	10,0
Gesamt	30	

Tabelle 20: Sonstige Pflegefehler (n = 6)

Sonstiger Pflegefehler
Fehlbedienung einer Trachealkanüle
Bestücken einer PEG mit heißem Wasser
Verbrühen bei Wannenbad
Delegieren der Bedienung einer PEG an Pflegehilfskraft (Organisationsverschulden)
Verletzung einer Patientin beim Fahren auf Badestuhl
Fehlanlage einer nasogastralen Sonde

Tabelle 21: Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung (Obduktions- und Kausalitätsgutachten, letale und nichtletale Fälle; n = 299)

Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung	Fälle mit tödlichem Ausgang	Fälle ohne tödlichen Ausgang	Gesamt [absolut/relativ (%)]
Behandlungsfehler verneint	108	22	130 (43,5)
Behandlungsfehler möglich, Zusatzinformationen erforderlich	42	2	44 (14,7)
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für Tod/Gesundheitsschaden verneint/fraglich	37	3	40 (13,4)
Keine Angaben	25	/	25 (8,4)
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für Tod/Gesundheitsschaden bejaht	15	8	23 (7,7)
Behandlungsfehler möglich, Fachgutachten erforderlich	12	3	15 (5,0)
Behandlungsfehler verneint, aber Behandlung nicht optimal	15	/	15 (5,0)
Begutachtung aufgrund widersprüchlicher Angaben nicht möglich	/	4	4 (1,3)
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität mangels Obduktion fraglich	3	/	3 (1,0)
Summe	257	42	299

Tabelle 22: Ergebnis der Fälle mit ausschließlich vorliegendem Obduktionsgutachten (n = 136)

Ergebnis des Obduktionsgutachtens	Anzahl	relativ (%)
Behandlungsfehler verneint	61	44,9
Behandlungsfehler verneint, aber Behandlung nicht optimal	1	0,7
Behandlungsfehler möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen	37	27,2
Behandlungsfehler möglich, Klärung erst nach Fachgutachten	8	5,9
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	4	2,9
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität bejaht	1	0,7
Keine Angaben	24	17,6
Gesamt	136	

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsvorhaben erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

Literaturverzeichnis

- [1] Aktionsbündnis, Patientensicherheit (2007): Agenda Patientensicherheit 2007 des Aktionsbündnis Patientensicherheit. URL: http://www.aktionsbuendnispatientensicherheit.de/apsside/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf
- [2] Althoff, H. und Solbach, T. (1984): Analysis of preliminary procedures in suits against physicians at the Aachen Public Prosecutor's Office between 1978 and 1981, Z Rechtsmed 93, Seite 273-82. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6532012>
- [3] Bockelmann, W. (1968): Strafrecht des Arztes, Thieme-Verlag, Stuttgart.
- [4] Brennan, TA.; Leape, LL.; Laird, NM.; Hebert, L.; Localio, AR.; Lawthers, AG.; Newhouse, JP.; Weiler, PC. und Hiatt, HH. (1991): Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I, N Engl J Med 324, Seite 370-6. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>
- [5] Bundesärztekammer (2008): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2007. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Gutachterkommission_Statistik_2007.pdf
- [6] Bundesärztekammer (2009): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Gesamtstatistik_2008.pdf
- [7] Bundesärztekammer (2013): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012.
- [8] Bundesärztekammer und Schlichtungsstellen, Geschäftsführung der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und (2011): Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern - Ein Wegweiser, Berlin.
- [9] Carstensen, G. (1986): Leserbrief. Über ärztliche Kunstfehler aus der Sicht der Gerichtlichen Medizin., Lebensversicherungsmed 38, Seite 123.
- [10] Dettmeyer, R. und Madea, B. (1999): Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren, MedR 17, Seite 533-39.
- [11] Dettmeyer, R.; Preuß, J. und Madea, B. (2006): Rechtsmedizinische Behandlungsfehlerbegutachtung, Z Rechtsmed 16, Seite 389-96.

-
- [12] Dettmeyer, R. und Reber, A. (2003): Death on the operating table. Anesthesiologic and medicolegal aspects, *Anaesthesist* 52, Seite 1179-88. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14714560>
- [13] Ehlers, A. und Broglie, M. (2001): *Arzthaftungsrecht*, 2. Auflage. Auflage, Beck-Verlag, München.
- [14] Eisenmenger, W.; Liebhardt, E. und Neumaier, R. (1978): Results of malpractice expertise, *Beitr Gerichtl Med* 36, Seite 215-21. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/718614>
- [15] Eissler, M. (2005): Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland-ein bundesweiter Vergleich, *MedR* 23, Seite 280-2.
- [16] Feht, M. (2008): Medizinische Behandlungsfehler in Thüringen im Zeitraum 1990 - 2001., Med. Fak., Universität Jena.
- [17] Fenger, H.; Holznagel, I.; Neuroth, B. und Gesenhues, S. (2009): *Schadensmanagement für Ärzte: juristische Tipps für den Ernstfall*, Springer, ISBN: 3540791531.
- [18] Figgenger, L. (1981): *Arzt und Strafrecht. Begutachtung von ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzungen - "Kunstfehlern" - Erfahrungen und Ergebnisse aus zehn Jahren(1968- 1977)*, Munster.
- [19] Giesen, D. (1981): Grundzüge der zivilrechtlichen Arzthaftung, *Jura*, Seite 10-24.
- [20] Hansis, ML. und Hansis, DE. (2001): *Der ärztliche Behandlungsfehler* 2. Auflage, ecomed- Verlagsgesellschaft, Landsberg.
- [21] Hansis, ML. und Hart, D. (2001): *Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin, Robert- Koch- Institut
- [22] Haynes, AB.; Weiser, TG.; Berry, WR.; Lipsitz, SR.; Breizat, AH.; Dellinger, EP.; Herbosa, T.; Joseph, S.; Kibatala, PL.; Lapitan, MC.; Merry, AF.; Moorthy, K.; Reznick, RK.; Taylor, B.; Gawande, AA. und Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009): A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population, *N Engl J Med* 360, Seite 491-9. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144931>
- [23] Heckenthaler, V. (2009): *Medizinische Behandlungsfehler: Eine retrospektive Datenerhebung an der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen- Lippe*, Med. Fak., Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

-
- [24] Janssen, W. und Püschel, K. (1998): Zur Frage der Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (sog. Kunstfehler), MedR 16, Seite 119-21.
- [25] Kleiber, M. (1988): Der "iatrogene Todesfall" - medizinische und rechtliche Bedeutung, Probleme und Lösungsvorschläge, Med. Fak., Universität Hamburg.
- [26] Klengel, G. (1991): König Hammurapi und der Alltag Babylons, Artemis und Winkler, Zürich.
- [27] Köbberling, J. und Berges, S. (2007): Critical Incident Reporting System (CIRS), Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin 102, Seite 936-8.
- [28] Kohnle, SM. (1983): Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler - Inhalte und Auswirkungen, Med. Fak., Universität Heidelberg.
- [29] Krankenkassen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der (2013): Jahresstatistik 2011 zur Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft
- [30] Krumpaszyk, HG.; Sethe, R. und Selbmann, HK. (1997): Die Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen in der Medizin, VersR 4, Seite 420-7.
- [31] Laufs, A. (1990): Die Entwicklung des Arztrechts 1989/1990, NJW 43, Seite 1505-13.
- [32] Laufs, A.; Katzenmeier, C. und Lipp, V. (2009): Arztrecht, 6. Auflage. Auflage, C. H. Beck, München.
- [33] Lauterberg, J.; Blum, K.; Briner, M. und Lessing, C. (2012): Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko- Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern, (IfPS), Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, Bonn.
- [34] Lee, TH.; Marcantonio, ER.; Mangione, CM; Thomas, EJ.; Polanczyk, CA.; Cook, EF.; Sugarbaker, DJ.; Donaldson, MC.; Poss, R.; Ho, KK.; Ludwig, LE.; Pedan, A. und Goldman, L. (1999): Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery, Circulation 100 [10], Seite 1043-9. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10477528>
- [35] Lessing, C. und Jonitz, G. (2007): Masterplan des Aktionsbündnisses Patientensicherheit: die Agenda 2006, Madea B, Dettmeyer R (Hrsg.), Medizinschadensfälle und Patientensicherheit, Deutscher Ärzte- Verlag, Köln.
- [36] Lignitz, E. und Mattig, W. (1989): Der iatrogene Schaden.

-
- [37] Madea, B.; Püschel, K.; Lignitz, E. und Dettmeyer, R. (2006):
Verwaltungssektionen: Dringende Notwendigkeit, Dtsch Ärztebl 103, Seite A914-
A918.
- [38] Mallach, HJ. (1986): [Medical malpractice from the viewpoint of legal medicine],
Lebensversicher Med 38 [1], Seite 2-11. URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2869389>
- [39] Mallach, HJ.; Schlenker, G. und Weiser, A. (1993): Ärztliche Kunstfehler, Gustav
Fischer Verlag, Stuttgart- Jena- New York.
- [40] Mattern, R. und Kohnle, S. (1983): Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler am
Institut für Rechtsmedizin Heidelberg 1978 bis 1980. 1983; 42: 17 – 22, Beitr
Gerichtl Med 42, Seite 17- 22.
- [41] Missbach-Kroll, A.; Nussbaumer, P.; Kuenz, M.; Sommer, C. und Furrer, M. (2005):
[First experience with a critical incident reporting system in surgery], Chirurg 76
[9], Seite 868-74; discussion 875. URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15977018>
- [42] Mullen, JT.; Moorman, DW. und Davenport, DL. (2009): The obesity paradox:
body mass index and outcomes in patients undergoing nonbariatric general
surgery, Ann Surg 250 [1], Seite 166-72. URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19561456>
- [43] Nüssgens, K. (1989): Arzthaftungsrecht, Dunz W, Heimann- Trosien G, Nüssgens
K, Steffen E (Hrsg.), Das Bürgerliche Gesetzbuch mit besonderer Berücksichtigung
der Rechtsprechung des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes. Band II 2.
Auflage, Walter de Gruyter- Verlag, Berlin- New York.
- [44] Orben, S. (2002): Rechtliche Verantwortung für Behandlungsfehler, Carl
Heymanns Verlag KG, Köln- Berlin- München:.
- [45] Peters, TA. (2000): Der strafrechtliche Arzthaftungsprozeß. Eine empirisch
dogmatische Untersuchung in kriminalpolitischer Absicht, Pro Universitate
Verlag, Pforzheim.
- [46] Pluisch, F. (1990): Die rechtsmedizinische Begutachtung von
„Behandlungsfehler“- Vorwürfen Med. Fak., Universität Bonn.
- [47] Preuß, J.; Dettmeyer, R. und Madea, B. (2005): Begutachtung behaupteter letaler
und nicht- letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin. Bundesweite
Multicenter- Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und
Soziales (BMGS)

-
- [48] Ries, H.; Schnieder, K.; Althaus, J.; Großbölting, R. und Voß, M. (2007): *Arztrecht*, 2. Auflage. Auflage, Springer, Berlin Heidelberg New York.
- [49] Scheppokat, KD. und Held, K. (2002): [Results of 903 settlement proceedings in internal medicine], *Dtsch Med Wochenschr* 127 [6], Seite 253-9. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832984>
- [50] Schleyer, F. (1959): Grundsätze der Straf-und zivilrechtlichen Haftung des Arztes, *Neue Z Ärztl Fortbildung* 48, Seite 422-430.
- [51] Schmidt, UKA. (1982): *Ärztliche Kunstfehler in der Gutachtenpraxis des Institutes für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen (Berichtszeit 1974 bis 1977)*, Med. Fak., Universität Tübingen.
- [52] Schrappe, M. und Lessing, C. (2007): Zur Häufigkeit von Medizinschadensfällen, Madea B, Dettmeyer R (Hrsg.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit*, 1. Auflage. Auflage, Seite 21-32, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- [53] Statistisches Amt Mecklenburg- Vorpommern Statistisches Jahrbuch 2010.
- [54] Thomas, EJ.; Studdert, DM.; Burstin, HR.; Orav, EJ.; Zeena, T.; William, EJ.; Howard, KM.; Weiler, PC. und Brennan, TA. (2000): Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado, *Med Care* 38 [3], Seite 261-71. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351>
- [55] Thomsen, H. (2006): Behandlungsfehler und Risikomanagement im AOK-Institut Medizinschaden, *Z Rechtsmed* 16 [6], Seite 361-366.
- [56] Ulsenheimer, K. (1987): Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte, *Medizinrecht* 5, Seite 207-216.
- [57] Ulsenheimer, K. (2008): *Arztstrafrecht in der Praxis* 4. Auflage, C. F. Müller-Verlag, Heidelberg.
- [58] Venedey, C. (2007): Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers, Med. Fak., Universität Bonn.
- [59] von Brandis, C. und Pribilla, O. (1973): *Arzt und Kunstfehlervorwurf*, Goldmann-Verlag, München.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Ich danke Frau Prof. Bockholdt für ihre Betreuung und konstruktive Kritik bei der Anfertigung dieser Arbeit. Herrn Dr. Philipp danke ich ebenfalls für seine wertvollen Hinweise.

Vielen Dank auch an meine erste Chefin Frau Prof. Steinhagen-Thiessen, die mich immer wieder motiviert und bestärkt hat, diese Arbeit fertigzustellen.

Mein größter Dank gilt jedoch meinen Eltern für ihre Liebe, jahrelange Unterstützung und ihren unerschütterlichen Glauben an mich. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.