

## Kreisärztekammer Leipzig

Am 24.11.2010 fand im Festsaal des Neuen Rathauses die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) für das Jahr 2010 mit berufspolitischem Forum statt. An der Veranstaltung nahmen 170 Kammermitglieder teil.

Der Abend wurde vom Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt), Dr. med. Mathias Cebulla, moderiert. Nach der Begrüßung durch Dr. Cebulla richtete der Bürgermeister und Beigeordnete für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule, Herr Prof. Dr. phil. Thomas Fabian, das Grußwort der Stadt Leipzig an die Teilnehmer. Im Anschluss an die Totenehrung verlas Dr. med. Cebulla den Rechenschaftsbericht und Finanzbericht der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt). Das sich anschließende berufspolitische Forum befasste sich mit dem Thema „Ärztliche Behandlungsfehler“. Hierzu waren als Referenten Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer, Rechtsanwalt Matthias Hein, Fachanwalt für Medizinrecht und Versicherungsrecht sowie Dr. Norbert Rahn, Fachreferent Berufshaftpflicht für Ärzte bei der Deutschen Ärzteversicherung, geladen, die die Thematik aus den verschiedenen Blickrichtungen beleuchteten. Das Thema fand bei den Teilnehmern des Abends großes Interesse, was sich in einer regen Diskussion widerspiegelte.

Dr. med. Susanne Schenk  
Vorstandsmitglied  
Kreisärztekammer Leipzig (Stadt)

### Ärztliche Behandlungsfehler

Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen  
Die Auseinandersetzung um tatsächliche oder nur behauptete Behandlungsfehler wird in der Regel sehr polemisch und mit viel Pathos geführt. Häufig werden spektakuläre Einzelfälle als typisch für das Gesundheitswesen insgesamt dargestellt.

Verlässliche Zahlen zur Häufigkeit iatrogenen Schädigungen existieren gegenwärtig nicht. Inhaltliche Bearbeitung und Bewertungen von Behandlungsfehlervorwürfen sind nur über die Zivilgerichte, über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern und in Direktverhandlung zwischen Antragsteller und jeweils zuständigem Haftpflichtversicherer möglich.

Unter Verwendung der verfügbaren Quellen (Statistik der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen, unbestätigte Schätzungen aus der Justiz und von den Versicherern) ergibt sich eine Häufigkeit von etwa 0,5 bis 1 bearbeiteten Schadensfall auf 1000 ärztliche Behandlungen. Von diesen wiederum dürften etwa 20 bis 25 Prozent im Ergebnis der Bearbeitung als berechtigt beurteilt werden, was einer haftungsrechtlich relevanten Schadensquote von 0,125 bis 0,25 auf 1000 Behandlungen entsprechen würde. Bei aller gebotenen Vorsicht im Umgang mit diesen Schätzungen wäre dies eine Größenordnung, die nicht unbedingt das Fürchten lehrt und die dem deutschen Gesundheitswesen ein hohes Sicherheitsniveau bestätigt.

Wenn auch diese Größenordnung eher beruhigt, so steht doch hinter jedem dieser beurteilten Fälle ein Patient, der mit dem Ergebnis seiner Behandlung unzufrieden ist und der ursächlich infolge fehlender Sachkenntnis eine Fehlbehandlung vermutet. Ob ein besseres Ergebnis in Anbetracht der Ausgangssituation nicht erreichbar war, oder ob Komplikationen das Behandlungsergebnis beeinflusst haben, oder ob in der Tat ein Behandlungsfehler vorliegt, erschließt sich dem Patienten a priori nicht, wenn der Behandlungsverlauf nicht von einer ausreichenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient begleitet wird. Die Bedeutung des Arzt-Patient-Dialogs als Möglichkeit der Vermeidung von Konflikten wird an diesem Punkt deutlich.

Die Analyse bestätigter ärztlicher Behandlungsfehler (die nachfolgende Überlegung bezieht sich auf das Material der Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer) ergibt, dass in der Mehrzahl dieser

Fälle individuelle oder kollektive Fehlentscheidungen ursächlich für die Fehlbehandlung sind. Demgegenüber steht eine Gruppe, in der auch systemische Faktoren ursächlich oder mitursächlich sind.

Insbesondere die Veränderungen in der Klinikorganisation durch extrem verkürzte Verweildauer, prästationäre Vorbereitungen, häufig wechselnde ärztliche Zuständigkeiten, komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategien, outsourcing diagnostischer Bereiche, steigender ökonomischer Druck (diese Aufzählung ließe sich weiter fortsetzen) entstehen Strukturen, die durch eine Vielzahl von Schnittstellenproblemen und schwierigen Kompetenzabgrenzungen gekennzeichnet sind und so das Risikopotential stationärer Behandlungen deutlich erhöhen.

Die Ärzteschaft hat ein natürliches und vitales Interesse daran, die Fehlerquote möglichst gering zu halten. Gegenwärtig liegen aber durchaus nicht alle Risikofaktoren im Einflussbereich der Ärzteschaft.

Investitionen in Aus- und Weiterbildung sind notwendig, um die Zahl individueller oder kollektiver ärztlicher Fehlleistungen möglichst gering zu halten. Dies ist Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Investitionen in die Strukturen des Gesundheitswesens, seine organisatorische und ökonomische Absicherung sind gleichermaßen notwendig, um die Fehlerquote zu senken.

Der Dialog mit dem Patienten über die juristisch geforderte Aufklärung hinaus ist notwendig, um diesem die Spezifik und die Dynamik seines Krankheitsbildes vermitteln zu können. Er ist aber nur möglich, wenn die Arbeitsstrukturen und personelle Ausstattung der Kliniken dies gestatten.

Die ärztliche Selbstverwaltung wird ganz sicher ihren Teil zur Sicherung der Behandlungsabläufe leisten. Es ist aber gleichermaßen Aufgabe der Gesundheitspolitik und der Ökonomen hierfür die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen.

### Arzthaftung – richtiges Verhalten im Anschuldigungsfall

Rechtsanwalt Matthias Hein,  
Fachanwalt für Medizinrecht und

Versicherungsrecht, Stephan & Hein, Rechtsanwälte Leipzig

Es ist das Berufsrisiko eines jeden Arztes, mit Arzthaftpflichtansprüchen konfrontiert zu werden. Abzugrenzen von der zivilrechtlichen Arzthaftung ist die Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens. Sowohl zivil- als auch strafrechtlich kann tatsächlicher Ansatz ein Behandlungsfehlervorwurf und/oder eine Verletzung von Aufklärungspflichten sein.

Von der Einleitung eines Strafverfahrens erhält der Arzt in der Regel Kenntnis durch Ladung zu einer Beschuldigtenvernehmung oder durch Beschlagnahme seiner Behandlungsunterlagen. Solchenfalls sollte keinesfalls leichtfertig eine Aussage gemacht werden. Vielmehr empfiehlt es sich, einen Rechtsanwalt aufzusuchen und zunächst Akteneinsicht zu beantragen, um mit den Ermittlungsbehörden „auf Augenhöhe“ zu sein. In der Regel erfolgt in Absprache mit dem Rechtsanwalt eine schriftliche Einlassung zum Sachverhalt.

Von der Geltendmachung eines zivilrechtlichen Arzthaftungsanspruches erhält der Arzt in der Regel Kenntnis durch ein an ihn gerichtetes Anwaltsschreiben. Dieses ist häufig mit extrem kurzen Fristsetzungen versehen, innerhalb welcher der Arzt gebeten wird, behauptete Ansprüche anzuerkennen.

Dies sollte keinesfalls erfolgen. Auch von einer Kontaktaufnahme mit dem gegnerischen Rechtsanwalt ist abzuraten. Vielmehr hat der Arzt nach dem Inhalt seiner Versicherungsbedingungen zunächst seinen Haftpflichtversicherer zu informieren. Dieser übernimmt dann bedingungsgemäß die außergerichtliche Schadensabwehr.

Optional kann der Arzt zusätzlich einen Rechtsanwalt auf seine Kosten beauftragen. Dieser arbeitet dann mit dem Haftpflichtversicherer zusammen. Eine solche Vorgehensweise empfiehlt sich in komplizierten Fällen oder bei erwartungsgemäß enormer Schadenhöhe, etwa bei drohender Überschreitung der Versicherungssumme. Denn bei den Haftpflichtversicherern beschäftigen sich mit der außergerichtlichen Schadens-

abwehr regelmäßig darauf spezialisierte Juristen, die – je nach Versicherer – häufig ausschließlich Arzthaftungsangelegenheiten bearbeiten.

Der Sachbearbeiter des Haftpflichtversicherers (oder nach Absprache der beauftragte Rechtsanwalt) wird dann die weitere Korrespondenz mit der Gegenseite übernehmen. Er kümmert sich auch um die Einhaltung – gegebenenfalls Verlängerung – gesetzter Fristen. Er wird den Arzt um Übersendung der Behandlungsunterlagen bitten und um eine inhaltliche Stellungnahme, um sachgerecht reagieren zu können.

Keinesfalls sollte der Arzt versucht sein, Änderungen in der Behandlungsdokumentation vorzunehmen. Das Risiko der Aufdeckung solcher Manipulationen ist nicht zu unterschätzen. Regelmäßig kann der Arzt nicht jeden denkbaren Detailwiderspruch im Blick haben. Hierzu zwei Beispiele:

1. Ein OP-Bericht über eine Operation, in deren Anschluss es zu einer Infektion kam, wird erst Monate später – möglicherweise im Zusammenhang mit der Geltendmachung von Arzthaftpflichtansprüchen – geschrieben. Der Bericht ist – an sich – inhaltlich plausibel. Er wird dem gerichtlichen Verfahren als zutreffend zugrunde gelegt. Der Arzt erklärte, diesen – wie immer – in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zur Operation gefertigt zu haben. Erst in der Berufungsinstanz stellt sich ein Detailwiderspruch heraus. Der Arzt hatte nicht bedacht, dass die im OP-



Bericht vermerkte Form des Wundverschlusses nicht mit der sonstigen Behandlungsdokumentation in Übereinstimmung zu bringen ist.

2. Im Rahmen der Anforderung der vollständigen Originalbehandlungsunterlagen erhalte ich als sachbearbeitender Rechtsanwalt von dem aufklärenden Arzt einen durch den Patienten unterzeichneten Originalperimed-Aufklärungsbogen, in welchem in dem Feld „besondere Anmerkung zum Aufklärungsgespräch“ die einschlägigen Risiken ausführlich handschriftlich eingetragen sind, insbesondere dasjenige Risiko, welches sich auch verwirklicht hat. Der an das Gericht gerichteten Klageschrift ist eine Kopie des identischen Aufklärungsbogens beigelegt, das beschriebene Feld ist allerdings leer. Der Arzt hatte bei seinem offensichtlich erfolgten Nachtrag auf dem Originalbogen nicht bedacht, dass das ambulante Operationszentrum – in welchem er tätig war – schon Kopien der Unterlagen zuvor an die Patientenseite übergeben hatte.

Der Fall 2 wurde so gelöst, dass eine Kennzeichnung der „Ergänzung“ als Nachtrag erfolgte. Nachträge haben gegebenenfalls einen niedrigeren Beweiswert, sind aber grundsätzlich zulässig. Sie sollten jedoch, um un- verdächtig zu erscheinen, unter zeit- licher Kennzeichnung ihres Entstehens in die Behandlungsunterlagen aufgenommen werden.

In dem Fall 1 sah das Gericht den Beweiswert der gesamte Dokumen- tation im Zusammenhang mit der Operation erschüttert. In seiner rechtlichen Wertung nahm es des- halb Beweisnachteile für den Arzt an. Ein negatives Urteil konnte durch einen Vergleichsschluss vermieden werden.

Neben den zivilrechtlichen Konse- quenzen ist eindringlich darauf zu verweisen, dass eine Strafverfolgung wegen Urkundenfälschung und (ver- suchten) Prozessbetruges in Betracht kommt. Ein Vergleich konnte im kon- kreten Fall vermeiden, dass die Akte an die Staatsanwaltschaft weiterge- leitet wurde.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass die potenziellen Risiken einer Manipulation (Beweisnachteile, Straf- verfolgung) in keinem Verhältnis zu (vermeintlichen) Vorteilen stehen.

Dr. med. Mathias Cebulla,  
Vorsitzender der Kreisärztekammer  
Leipzig (Stadt)