

## Spezielle Risiken ärztlichen Handelns

Auf dem 36. Symposium für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen referierten und diskutierten am 22. und 23. Februar 2008 in Berlin juristische und medizinische Experten über folgende Problemfelder:

- Behandlungsrisiko in der Medizin,
- Häufigkeit des ärztlichen Behandlungsfehlers,
- besondere Einflüsse auf das medizinische Risikopotenzial,
- spezielle Medizinfelder,
- Risiken beim Umgang mit Arzneimitteln,
- Wege zur Prävention von Behandlungsfehlern.

Auch bei dieser Tagung war wieder ein ausgewogenes Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und Juristen Garant für konstruktive Diskussionen auf gleicher Augenhöhe zwischen den Fachvertretern.

Risiken ärztlichen Handelns fallen am ehesten bei den operativen Fachrichtungen ins Auge und dominieren die Behandlungsfehlerstatistiken. Behandlungsfehler in den konservativen medizinischen Fachgebieten werden nicht zu schnell identifiziert. In der Psychotherapie und der „Alternativ- und Komplementärmedizin“ wird Risikolosigkeit suggeriert, kann jedoch nicht bestätigt werden. Durch die gedeckelten Arzneimittelbudgets und durch die mit der „Off-Label-Use“-Problematik verbundenen Zulassungsbegrenzungen neuer Medikamente hat das Risikopotenzial der Pharmakotherapie für Arzt und Patient in jüngster Zeit weiter zugenommen. Unter „Off-Label-Use“ versteht man die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen und europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete.

Grundsatzreferate befassten sich mit der Risikoabschätzung aus statistischer Betrachtung und der Arzthaftung aus juristischer Sicht, ergänzt durch Behandlungsfehlerstatistiken.

Die Vorträge über den gegenwärtigen Stand der ärztlichen Qualitätssicherung und der Behandlungsfehlerprävention verdeutlichten, in welchem Umfang die Ärzteschaft zur Senkung des ärztlichen Risikopotenzials in jüngster Zeit tätig ist.

Bereits beim ärztlichen Aufklärungsgespräch kann es bei der Risikoabschätzung zu gravierenden Fehlinterpretationen kommen. Herr Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer, Max Planck Institut Berlin, sprach von Zahlenblindheit vieler Ärzte. Mit der Risikoangabe als Häufungen und nicht als Verhältniszahlen sei der Arzt bei seinen Kalkulationen „auf der sicheren Seite“.

Nach Beurteilung von Herrn Prof. Gigerenzer sind die meisten Patienten systematisch falsch informiert über die Vor- und Nachteile der Krebsfrüherkennung (Mammografie, PSA-Test). Die möglichen Vorteile des Mammografie-Screenings werden weit überschätzt, da diese meist in verwirrender Form kommuniziert werden, nämlich als relative Risikoreduktion „Screening reduziert die Brustkrebssterblichkeit um 25 Prozent“. Nur ein Prozent der Deutschen versteht, dass diese 25 Prozent im Klartext (absolute Risikoreduktion) etwa „1 in 1000“ bedeutet. Die meisten Ärzte seien daher gewissermaßen zahlenblind. Aufgrund ihrer mangelnden Ausbildung in Risikokommunikation seien sie kaum in der Lage, Risiken zu verstehen und den Patienten zu erklären. Nach Meinung von Herrn Prof. Gigerenzer hat diese kollektive Verwirrung eine Lösung: transparente Risikokommunikation.

Herr Prof. Dr. jur. Hans-Ludwig Schreiber, Institut für Kriminalwissenschaften der Universität Göttingen, maß in seinem Referat über den haftungsrechtlichen Rahmen der ärztlichen Behandlungsfehler dem ausführlichen und gewissenhaften Aufklärungsgespräch zur Minderung des ärztlichen Risikos hohe Bedeutung bei. Arzthaftung ist keine Gefährdungshaftung. Der Arzt haftet grundsätzlich nicht für die Gefahren und Risiken seiner Tätigkeit, sondern nur

nach Vertrag und unerlaubter Handlung für verschuldete, durch objektive Sorgfaltspflichtverletzung eingetretene Schäden. Als Prinzip gilt, dass der Arzt nur wenn er gegen den medizinischen Standard verstoßen hat, gegen das, was ein durchschnittlich qualifizierter Arzt nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis seiner Zeit zu leisten hat, muss er den daraus entstandenen Schaden ersetzen. Herr Prof. Dr. Schreiber setzte sich mit den Formeln für die erforderliche Aufklärung auseinander. Die Aufklärung ist das Mittel, das Risiko des Fehlschlagens der Behandlung, wenn es nicht schuldhaft ist, auf den Patienten zu übertragen und den Arzt zu entlasten. So erfolgt Risikoaufklärung nicht nur zum Schutze des Patienten, sondern auch im Interesse des Arztes.

Zur Frage der Häufigkeit vermuteter und verifizierter ärztlicher Behandlungsfehler wurde aus unterschiedlichen Berufsperspektiven – aus Sicht der Schlichtungsstelle, des Gerichtsmediziners, des Strafrechtlers, des Haftpflichtversicherers und des MDK – Stellung bezogen. Von spektakulären Behandlungsfehlern – Amputation der falschen Extremität, Entfernung des nicht erkrankten Organs (Niere), ENUKLEATION eines gesunden Auges – wurde berichtet. Über die Gesamtzahl der Behandlungsfehler liegen für die Bundesrepublik Deutschland keine verlässlichen Angaben vor, noch viel weniger für fehlerbedingte Gesundheitsschäden.

Die Bundesärztekammer nimmt nach Aussage von Herrn Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik, Unfallkrankenhaus Berlin, an, dass Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland etwa ein Viertel aller vermuteten Arzthaftungsfälle bearbeiten. Im Jahr 2006 haben die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen 12634 Behandlungsfehlerwürfe bearbeitet. 3211 Würfe der Patienten bezogen sich auf die Durchführung einer operativen Therapie. Weitere Informationen über die Ergebnisse der Schlichtungsstellen finden Sie unter [www.baek.de](http://www.baek.de). Die Begutachtung strafrechtlich rele-

vanter Behandlungsfehlervorwürfe, insbesondere in Fällen mit letalem Verlauf, erfolgt nach wie vor konzentriert in der Rechtsmedizin, da bei Todesfällen zunächst durch die Obduktion Grundleiden und Todesursache objektiv abzuklären sind und erst auf dieser Basis differenziert zur Frage eines Behandlungsfehlers und seiner Kausalität für den Todeseintritt Stellung genommen werden kann. Nach den Angaben von Herrn Prof. Dr. med. Burkhard Madea, Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Bonn, war Anlass des staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens mit Anordnung einer gerichtlichen Obduktion in der Regel die Qualifikation der Todesart als nicht geklärt oder nicht natürlich in der Todesbescheinigung. Zwischen klinisch in der Todesbescheinigung dokumentierten und autopsisch objektiv festgestellten Todesursache bestehen auch in Zeiten einer zunehmend verfeinerten apparativen Diagnostik nach wie vor erhebliche Diskrepanzen. Herr Prof. Dr. Madea empfahl allen Ärzten in Klinik und Praxis bei unerwarteten Todesfällen in Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen im eigenen Interesse eine behördliche Todesursachenklärung anzustreben.

Das Organisationsverschulden hat an Bedeutung gewonnen. Herr Dr. jur. Christoph Jansen, Vorsitzender des Prüfungsausschusses zum Fachanwalt für Medizinrecht der Rechtsanwaltskammer Düsseldorf, erläuterte Gerichtsurteile im Zusammenhang mit Organisationsproblemen im Krankenhaus. Der Hinweis auf Personal-mangel ist beispielsweise keine Entschuldigung für Personenschäden, notfalls sind Operationsräume oder Stationen zu schließen. Der Facharztstandard ist „rund um die Uhr“ zu gewährleisten. Kein Operationseinsatz eines Arztes und des Operationspersonals bei Übermüdung nach vorgegangenem Nachtdienst. Erforderlich ist eine zeitnahe Information über therapeutische Konsequenzen aus der Krankenhausbehandlung an den nachbehandelnden Arzt.

Auch bei der Delegation ärztlicher Verantwortung auf nicht ärztliches Personal und beim Umgang mit Medizingeräten ohne entsprechende

Fachkunde kann es zu einer Steigerung des ärztlichen Risikopotenzials kommen.

Grundsätzlich nicht delegationsfähig sind nach Dienstvertragsrecht und unter Berücksichtigung der gemeinsamen Auffassungen der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer über die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich, also eigenständig durchzuführen sind. Hierzu zählen nach Meinung von Herrn Dr. jur. Albrecht Wienke, Köln, insbesondere alle operativen Eingriffe, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutabnahmen sowie die ärztlichen Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten.

Zwischenfälle beim Einsatz von Medizingeräten werden zu 70 Prozent nach Angaben von Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Friesdorf, Technische Universität Berlin, auf menschliches Versagen zurückgeführt: unsachgemäßer Einsatz von Medizingeräten, Fehler in der Handhabung, in der Bedienung, in der Überwachung und im Service. Die Ergonomie (Arbeitswissenschaft) stellt Modelle und Methoden zur Verfügung, um auch in komplexen Arbeitssystemen den fehlerhaften Umgang mit Medizingeräten zu minimieren und ein Höchstmaß an Sicherheit zu gewähren.

Patienten, die einen Behandlungsfehler vermuten, können die Behandlung durch verschiedene Institutionen kostenlos überprüfen lassen. Neben den Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Ärztekammern wird seit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. 12. 1988 zunehmend der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Anspruch genommen. Herr Prof. Dr. med. Ralf Lemke, Leiter der bundesweiten MDK Arbeitsgruppe „Forum MedJur“, berichtete, dass im Jahr 2006 von der MDK-Gemeinschaft bundesweit 13687 Begutachtungsaufträge bearbeitet wurden. Zu beachten ist, dass Begutachtungsaufträge ausschließlich durch gesetzliche Kranken-/Pflegekassen erteilt werden können, Patienten und Patientenanwälte sind nicht antragsberechtigt.

aufträge ausschließlich durch gesetzliche Kranken-/Pflegekassen erteilt werden können, Patienten und Patientenanwälte sind nicht antragsberechtigt.

Die zunehmende staatliche Reglementierung auf dem Gebiet der Arzneimittelverordnung unter dem Einfluss ökonomischer Zwänge ist ebenfalls nicht frei von Risiken.

Die Ärzteschaft ist weiterhin umfassend bemüht, mithilfe ärztlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Gefährdungsminderung im Gesundheitswesen beizutragen.

Einen „Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ hat das Bundesministerium für Gesundheit auf dem 2. Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie vorgestellt. Trotz eines guten Standes der Arzneimitteltherapiesicherheit treten auch in Deutschland bei der medikamentösen Behandlung unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf, die vermeidbar wären. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt deshalb nachdrücklich die Anstrengungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und des Aktionsbündnisses Arzneimittelsicherheit, die Arzneimitteltherapie sicherer zu machen. Schwerpunkte des Aktionsplanes sind nach Darstellung von Herrn Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen, Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

- eine bessere Sicherheitskultur für Arzneimitteltherapiesicherheit in Fachkreisen zu etablieren und dabei Patienten einzubeziehen,
- die Informationen über Arzneimittel zu verbessern,
- die Entwicklung und der Einsatz von Strategien zur Risikovermeidung bei der Anwendung von Arzneimitteln,
- die Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“  
Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung