

Arzthaftung – Risikoaufklärung – Fehlermanagement

Wo Menschen arbeiten, sind Fehler nicht zu vermeiden, gerade wenn man die komplexen und schnellen Abläufe in der modernen Medizin und Pflege berücksichtigt. Doch gerade ärztliche Behandlungsfehler galten lange als Tabuthema. Das hat sich allerdings geändert. Heute ist aus einem Thema, über das bisher keiner gerne sprach, ein Thema in aller Munde geworden. Doch von der Erkenntnis zur praktischen Umsetzung ist es ein weiter Weg.

In Zeiten knapper werdender Ressourcen mit zunehmender Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz von Kliniken und Arztpraxen, Personalabbau, Leistungsverdichtung und wachsendem Dokumentationsaufwand schmerzt jedes „Mehr“, das den Kliniken und Arztpraxen abverlangt wird. Zu fordern sind daher Ideen und Anregungen, wie ein Fehlermanagement in den Alltag der Kliniken und Arztpraxen sinnvoll und mit vertretbarem Aufwand integriert werden kann. Dafür sollen anschließend – nach Darstellung der zivilrechtlichen Haftungsgrundlagen – Wege aufgezeigt werden. Keineswegs sollen die hier vorgestellten Beispiele als „Patentlösungen“ verstanden werden. Ebenso wie es den „Königsweg zum Fehlermanagement“ nicht gibt.

Es ist kein leichter Weg, im Falle des Auftretens von Fehlern den Schaden zu begrenzen und schließlich aus den Fehlern zu lernen, damit sie sich in Zukunft nicht wiederholen, doch ist dies längst nicht so schwierig, wie manche glauben. Fehlermanagement und die Schaffung einer Sicherheitskultur sind keine Frage der Mittel, sondern der Einstellung.

I. Zivilrechtliche Haftungsgrundlagen

Die Behandlungsbeziehung zwischen Arzt und Patient basiert sowohl auf vertraglicher als auch auf deliktischer Grundlage. Beide Haftungsgrundlagen existieren nebeneinander¹, wobei die vertragliche Haftung im Vordergrund steht.

Die Vertragsbeziehung gründet auf dem medizinischen Behandlungsvertrag. Der medizinische Behandlungsvertrag ist ein Vertrag eigener Art, der nicht

gesondert im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt ist. Er wird zumeist als Dienstvertrag qualifiziert. Danach schuldet der Arzt eine Dienstleistung nach dem medizinischen Standard. Er steht nicht für den Behandlungs- oder Heilerfolg ein. Die tatbestandsmäßige Pflichtverletzung ist darin zu sehen, dass dem Arzt eine Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt vorgehalten wird. Für das dem Arzt vorwerfbare Verschulden genügt Fahrlässigkeit. Nicht der schlechte Ausgang einer Behandlung wird zum Haftungsgrund, sondern das Abweichen vom Standard der medizinischen Wissenschaft. Es kommt also darauf an, ob der Arzt so gehandelt hat, wie es in seinem Berufskreis erwartet wird². Solange sich der Arzt innerhalb des Standards bewegt verletzt er keine Pflicht bzw. den Arzt trifft kein Verschulden.

Für einen Behandlungsfehler („Kunstfehler“) tritt die Arzthaftung ein, wenn der Arzt:

- die anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft außer Acht gelassen hat,
- gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht verstoßen hat,
- durch eine falsche Behandlung bei einem Patienten einen Schaden verursacht hat,
- und dieser Schaden auf die Pflichtverletzung des Arztes zurückzuführen ist
- sowie dem Arzt ein Verschulden nachgewiesen werden kann.

Fehlt eine dieser Voraussetzungen, tritt die Arzthaftung nicht ein.

Behandlungsfehler sind nicht nur Fehler, die durch ein aktives Tun des Arztes herbeigeführt werden, sondern sind auch Fehler, die durch Unterlassungen begangen werden, zum Beispiel wenn eine wichtige Untersuchung pflichtwidrig nicht angeordnet wurde.

Weicht ein Arzt von den wissenschaftlich allgemein anerkannten Regeln oder Richtlinien ab, dann wird ein Behandlungsfehler zunächst vermutet. In diesem Fall kann sich ein Arzt nur dadurch entlasten, wenn er die Nichteinhaltung der ärztlichen Regeln überzeugend begründet.

Ein Arzt hat bestimmte Sorgfaltspflichten zu beachten – verletzt er diese, kann der Patient Schadenersatz verlangen.

Für die Arzthaftung ist entscheidend, ob der Schaden des Patienten unmittelbar auf den Behandlungsfehler oder die Nichteinhaltung der Sorgfaltspflicht zurückzuführen ist. Auch muss dem Arzt das Verschulden nachgewiesen werden. Zum Beispiel liegt bereits ein Sorgfaltsverstoß vor, wenn ein Arzt seine Fortbildungspflicht verletzt und daher nicht mehr auf dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft ist.

Die deliktische Haftung basiert darauf, dass die fehlerhafte ärztliche Behandlung eine so genannte unerlaubte Handlung darstellt. Der Arzt kann also auch dann haftungsrechtlich herangezogen werden, wenn er gar keinen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abgeschlossen hat. Der beim niedergelassenen Arzt angestellte Arzt kann beispielsweise für eigene Behandlungsfehler haftungsrechtlich deliktisch, nicht jedoch vertraglich, herangezogen werden. Vertraglich ist ausschließlich der niedergelassene Arzt Haftungsschuldener, auch wenn er die medizinische Behandlung selbst nicht vorgenommen hat. Bei der deliktischen Haftung handelt es sich um eine Verschuldenshaftung. Sie betrifft auch den in der Klinik angestellten Arzt. Vertraglich haftet jedoch in aller Regel nur der Träger des Krankenhauses.

Die fehlerhafte medizinische Behandlung kann beim niedergelassenen Arzt zum Beispiel sowohl zu einer vertraglichen als auch zu einer deliktischen Haftung führen. Im Klinikbereich stehen (zumindest beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag) Ärzte und Pflegekräfte mit dem Patienten nur in deliktischer Beziehung.

Der Arzt haftet nur dann aus Vertrag oder unerlaubter Handlung, wenn der bei dem Patienten eingetretene Schaden auf einem schuldhaften Behandlungsfehler beruht. Die Kausalität betrifft also die Frage der Verknüpfung zwischen Behandlungsfehler einerseits und Schaden des Patienten andererseits. Der Patient trägt dabei die Beweislast für das Vorhandensein eines Behandlungsfehlers, wobei es zugunsten des Patienten zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr kommen kann (zum Beispiel grober Behandlungsfehler).

Die Rechtsgrundlagen für den Bereich der Arzthaftung sind im BGB nicht spezifiziert. Vielmehr wird die spezielle Auslegung und damit die Rechtsent-

wicklung durch die Spruchpraxis der Oberlandesgerichte und den Bundesgerichtshof, zum Teil auch durch das Bundesverfassungsgericht geprägt. Während die Rechtsgrundlagen unverändert blieben, hat sich die Rechtsprechung in den letzten Jahren im Arzthaftungsbereich insbesondere hinsichtlich der Beweislastverteilung zunehmend patienten- oder kundenorientiert entwickelt.

II. Behandlungsfehler

Der Arzt schuldet einen so genannten Soll-Standard. Qualitätsmängel, die sich gegenüber dem anerkannten und gesicherten Stand der ärztlichen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung ergeben, werden haftungsrechtlich sanktioniert.

Es kommt stets auf die im jeweiligen Fachgebiet des Arztes zu fordernde Sorgfalt zum Zeitpunkt der Behandlung an. Der Soll-Standard wird von der medizinischen Wissenschaft vorgegeben. Die Feststellung obliegt im Streitfall dem durch einen medizinischen Sachverständigen beratenen Gericht. Maßgeblich ist, ob der Arzt nach den von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnissen und Erfahrungen im konkreten Fall diagnostisch und therapeutisch vertretbar und sorgfältig zu Werke gegangen ist.³

Die Wahl der Therapie kann der Arzt nach seinem ärztlichen Beurteilungsermesseln treffen. Dieser Grundsatz gilt jedoch nur für den Fall, das gleichwertige Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen und findet seine Grenze dort, wo keine vertretbare Alternative verbleibt. Bei der Wahl der Alternative muss der Arzt nicht immer den sichersten Weg beschreiten. Ein höheres Risiko muss jedoch in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falls oder einer günstigeren Heilungsprognose seine sachliche Rechtfertigung finden⁴. Der Arzt ist haftungsrechtlich nicht auf sein Fachgebiet beschränkt. Sofern er sich jedoch auf ein anderes Fachgebiet begibt, muss er dessen Standard gewährleisten.⁵

Vom Arzt wird bei der Behandlung von Patienten u.a. verlangt, dass er nicht nur die erhobenen Befunde bewertet. Er hat in der Regel nach ersten Schlussfolgerungen weitere Befunde zu erheben und zwar insbesondere dann, wenn die ersten Befunde oder die Ana-

mnese den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit ergeben. Den Verdacht hat der Arzt durch übliche Befunderhebungen weiter abzuklären, zu erhärten oder auszuräumen. Die Unterlassung der gebotenen Befunderhebung stellt regelmäßig einen Behandlungsfehler dar.⁶

III. Aufklärungsfehler

Die Aufklärung ist nicht nur eine Pflicht des Arztes, die Durchführung der Aufklärung ist auch vertraglich geschuldet. Die Aufklärung geht der Einwilligung voraus und ist Voraussetzung für die Erteilung der Einwilligung. Die Aufklärung zielt darauf ab, dem Patienten eine allgemeine Vorstellung von der Art und dem Schweregrad der in Betracht kommenden Behandlung, von den auf den Patienten zukommenden Belastungen und Risiken zu vermitteln.⁷ Die Aufklärung muss so frühzeitig wie möglich erfolgen. Welcher Zeitraum unter den heutigen Bedingungen der zunehmend ambulanten Behandlung und der stark verkürzten stationären Betreuung angemessen ist, ist je nach Einzelfall zu entscheiden. Die Aufklärung muss rechtzeitig erfolgen. Es muss dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, das Für und Wider abzuwägen. Bei „kleineren“ ambulanten Eingriffen kann eine Aufklärung am selben Tag rechtzeitig sein.⁸ Der Patient soll in den Heileingriff frei von Zwängen im Vollbesitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfreiheit einwilligen können. Unter Eindruck von Medikamenten oder erst im OP-Saal ist eine solche Entscheidung nicht gewährleistet (Keine Aufklärung auf der Trage!)⁹. Der Patient muss das für und wider einer Behandlung abwägen können. Die Abwägung muss je nach Schwere der Behandlung und deren Risiken erfolgen. Es bleibt anzumerken, dass die oben genannten juristischen Forderungen in der medizinischen Alltagspraxis kaum umzusetzen sind.

IV. Fehlermanagement

Im Jahr 1990 hat es rund 335 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte gegeben¹⁰. Heute kann man hochgerechnet von rund 400 Millionen ambulanten Arztkontakten jährlich ausgehen. Bei diesen rund 400 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten entstehen etwa 40.000 Behandlungsfehler¹¹. Von diesen – geschätzten – 40.000 Anschreiben an Ver-

sicherungen, Staatsanwaltschaft oder Schlichtungsstellen, landet ca. die Hälfte davon vor Gericht, sodass man letztlich von 7.500 bis 10.000 verurteilten Ärzten ausgehen kann.¹²

Dies ist – im Vergleich zu den Arzt-Patienten-Kontakten – eine verschwindend geringe Zahl. Trotzdem ist jeder Patient, den ein Behandlungsfehler trifft, einer zuviel. Zumal man von einer nicht unbeträchtlichen – statistisch nicht erfassten – Dunkelziffer ausgehen muss.

1. Behandlungsfehler und unerwünschte Ereignisse

Hinsichtlich der Fehlerursachen sind Komplikationen bzw. erkrankungstypische Folgen, die das Behandlungsergebnis naturgemäß bestimmen (krankheitsimmanente Faktoren, zum Beispiel unbeeinflussbare Progression einer Erkrankung und behandlungsimmanente Komplikationen, zum Beispiel Nebenwirkungen einer Tumorthherapie) einerseits und Behandlungsfehler andererseits zu unterscheiden.

Fehlbehandlungen dürfen in einem komplexen System wie dem Gesundheitssystem nie isoliert, sondern nur im Kontext der beteiligten Einflussfaktoren betrachtet werden. Umgekehrt kann das Auftreten eines Fehlers nicht automatisch mit mangelnder individueller Sorgfalt oder Qualifikation gleichgesetzt werden. Patientensicherheit wird vom gesamten System der Krankenversorgung beeinflusst. Hierzu gehören unter anderem beteiligte Personen (Betreuungsteam), technische Bedingungen (zum Beispiel Arbeitsplatzgestaltung), organisatorische Elemente (Dienstanweisungen, Organisationsroutinen, Arbeitszeiten und anderes) und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (zum Beispiel finanzieller Rahmen der Krankenversorgung). Im Gegensatz zur Vorstellung, dass Fehler vor allem individuell begründet sind (etwa durch Vergesslichkeit, Unwissen oder auch Intention), haben die in der Patientenversorgung auftretenden Fehler oft Systemcharakter.

2. Fehlerursachen

Unbefriedigende Behandlungsergebnisse treten überall in der Gesundheitsversorgung auf. Von den mit der Behandlung zusammenhängenden Fehlern sind am methodisch einfachsten solche im Zusammenhang mit der Arz-

neimitteltherapie, diagnostischen Maßnahmen und chirurgischen Interventionen zu identifizieren. Hierbei handelt es sich sehr häufig um vermeidbare Fehler, zum Beispiel bei der Verordnung oder Abgabe von Medikamenten.¹³ Als weitere Fehlerursache sind Fehler bei diagnostischen Maßnahmen bekannt. Falsche Diagnosen können zu falscher und unwirksamer Behandlung führen oder zu unnötiger und damit teurer und teilweise invasiver Diagnostik. Außerdem kann mangelnde Erfahrung im Umgang mit technisch schwierigen diagnostischen Verfahren die Genauigkeit der Resultate beeinträchtigen. Obwohl Fehler im Rahmen von Arzneimitteltherapie, chirurgischen Interventionen und diagnostischen Maßnahmen am leichtesten zu identifizieren sind, haben mit der Behandlung zusammenhängende medizinische Fehler ihre Ursachen häufiger auf der Systemebene der Gesundheitsversorgung.

So sind in der Mehrzahl aller identifizierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen primär Systemfehler ursächlich für die Probleme verantwortlich. Unzulänglichkeiten bei der Übermittlung pharmazeutischer Informationen, der Kontrolle von Arzneimitteldosierungen und von Zuordnungen von Pharmaka zu Patienten und bei der korrekten Information des Patienten sind Systemfehler, welche mehr als die Hälfte aller unerwünschten Ereignisse bedingen.¹⁴ Als Beispiel eines typischen Systemfehlers kann der Ausbildungsstand des Personals gelten – der häufig direkt mit dem Auftreten von Komplikationen (zum Beispiel mit dem postoperativen Harnwegsinfekten, Pneumonien, Thrombosen¹⁵) zu korrelieren ist. Behandlungsfehler vorwürfe verteilen sich in Deutschland traditionell unsymmetrisch auf die verschiedenen medizinischen Fächer. So sind über Jahre gleich bleibend die so genannten „schneidenden Fächer“ (Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie) relativ überrepräsentiert, die so genannten konservativen Fächer (Innere Medizin, Dermatologie, Kinderheilkunde und andere) unterrepräsentiert. Die Verteilung ergibt sich aus der Evidenz, der Wahrnehmbarkeit von Fehlern oder unglücklichen Behandlungsverläufen. Liegt in den konservativen Fächern ein Behandlungsfehler vor, ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser von den entsprechenden

Gutachtergremien als solcher angenommen wird, relativ hoch: Innere Medizin in 20 Prozent, Allgemeinmedizin in 27 Prozent, Chirurgie in 16 Prozent, Orthopädie in 12 Prozent, Gynäkologie in 28 Prozent der Fälle.¹⁶ Dabei handelt es sich um die Zahl der geäußerten Vorwürfe, nicht um die Zahl der festgestellten Fehler je Fachgebiet.

3. Fehlerprävention

Fehlerprävention fängt mit der Einsicht der Fehlerhaftigkeit an. Neben dem Erkennen und Eliminieren von systembedingten Fehlerquellen, ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Fehlerprävention eine Änderung des professionellen Selbstverständnisses bezüglich der eigenen (Un-)Fehlbarkeit.

Zur Identifizierung des Problemausmaßes im deutschen Gesundheitssystem fehlen bisher aussagefähige epidemiologische Untersuchungen. Studien und Ergebnisse aus dem Ausland lassen nur tendenzielle Schlussfolgerungen zu.

In Deutschland sind entsprechende Initiativen zur Patientensicherheit bereits 2002 vom ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualitätsmanagement) aufgegriffen worden und im Aktionsprogramm explizit benannt worden.¹⁷

Die Ärzteschaft unterstützt darüber hinaus die Einführung anonymer Fehler-Bericht- und Lernsysteme für Hausärzte oder anonymer Beinahe-Fehler-Bericht- und Lernsysteme wie das Schweizer CIRSMedical. So hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 12.4.2005 ein internetbasiertes CIRSAngbot zur freiwilligen Teilnahme für alle Ärzte kostenlos zur Verfügung gestellt. Dieses CIRSAngbot wird seit einiger Zeit für Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unter der einheitlichen Internetadresse www.CIRSMedical.de als Berichtportal der verfassten Ärzteschaft ausgebaut. CIRSMedical.de – das anonyme Bericht- und Lernsystem für Kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin ist Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen von BÄK und KBV. Im Gegensatz zu umfassenden Qualitätsprogrammen ist die Entwicklung bundesweiter Maßnahmen zur Fehleridentifizierung und Prävention für Deutschland noch Neuland: hier herrscht viel Forschungsbedarf. Vorrangig ist die Identifizierung des Problemausmaßes im deutschen Gesundheitssystem.

Hier fehlen bisher aussagefähige epidemiologische Untersuchungen. Studien und Ergebnisse aus dem Ausland lassen nur tendenzielle Schlussfolgerungen zu.

Schnellstmöglich sollte bereits existierendes Datenmaterial – insbesondere aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – fehlerbezogen genutzt werden.

So verfügt Deutschland – nach einer Einschätzung von Schneeweiss¹⁸ – über eine aktuelle und umfassende Datenbasis zum quantitativen Arzneimittelverbrauch. Allerdings bestehen große Defizite bei den qualitativen Verbrauchsdaten, das heißt der personenbezogenen Verknüpfung von Arzneimittelverbrauchs-, ärztlichen Leistungs- und Diagnosedaten. Hier liegt dringender Korrekturbedarf vor. Dass die personenbezogene Verknüpfung und fehlerbezogene Auswertung von Versorgungsdaten der GKV Grundlage für Qualitätsverbesserungsprogramme sein können, belegen Studien zur Effektivität der Pharmakotherapie in Hessen.¹⁹

Außerdem bietet sich das Datenmaterial der Haftpflichtversicherer sowie der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern zur Fehleranalyse an. Die Integration dieses Fundus in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wäre für die Identifizierung und Quantifizierung von Fehler-Raten, -Typen und -Risikofaktoren hilfreich.

Weiterhin sollte die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung den Aspekt der Fehleridentifizierung stärker als bisher berücksichtigen.

Durch Auswertung dieser Daten müssten Fehler und Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen des Versorgungssystems zu identifizieren sein. Allerdings setzt dies den breiten Konsens über einheitliche Erfassungs- und Analyse-Verfahren für Zwischenfälle, sowie fehlerbedingte Ereignisse und Beschwerden in der Medizin voraus (zum Beispiel über die mögliche Einführung eines einheitlichen Basismoduls und/oder eines verpflichtenden Meldesystems zu fehlerbedingten Todesfällen und schweren Gesundheitsstörungen) sowie die Erforschung/Entwicklung kli-

nischer und administrativer Informationssysteme für die systemübergreifende Anwendung unter Nutzung moderner Technologien.

Außerdem müssen möglicherweise neue gesetzliche Grundlagen für Meldung und Untersuchung von fehlerbedingten Ereignissen oder „Beinahe-Ereignissen“ und für zeitnahe Berichterstattung der Untersuchungsergebnisse geschaffen werden. So muss der Gesetzgeber verbindlich im Voraus definieren, welche Meldungen ohne Sanktionen bleiben, das heißt Gutachter, Richter, Gesundheitsdirektion und Versicherern nicht vorgelegt werden dürfen und müssen.

Diejenigen, denen individuelle Fehler am Ende einer Fehlerkette unterlaufen, ist oft selbst nicht bewusst, dass Systemprobleme für deren Entstehen mit ursächlich sind. Ein Beispiel aus der Praxis: Im Risikoberichtssystem einer Neonatologie/Kinderintensivstation in Bremen tauchen innerhalb kurzer Zeit vier Meldungen über spontane Extubationen auf. Zum Glück bleibt das Herausrutschen der Beatmungsschläuche für alle Neugeborenen folgenlos. Die Berichte stammen von vier Krankenschwestern, die alle glauben, das Pflaster zur Fixierung des Schlauchs nicht gut genug aufgeklebt zu haben. Ein Oberarzt, im lokalen Risikomanagement der Klinik erste Instanz bei der Berichtsanalyse innerhalb des Critical Incident-Reporting-Systems (CIRS), nimmt die Schilderungen zum Anlass einer gezielten Recherche. Er findet heraus, dass die Einkaufsabteilung seit Kurzem ein neues, kostengünstigeres Pflaster bestellt und dieses nun im Einsatz ist. Es hat offenbar bei der höheren Luftfeuchtigkeit und Wärme, wie sie in den Inkubatoren vorherrscht, schlechtere Klebeeigenschaften auf der Säuglingshaut. Seit Wiedergebrauch des ursprünglichen Pflasters tauchen keine solchen Risikoberichte mehr auf. Nicht immer sind die Zusammenhänge so einfach wie in diesem Beispiel. Kritische Ereignisse, die Folgen für die Patienten haben, entstehen häufig durch eine komplexe Verkettung kleinerer Einzelfehler, ungünstige Begleitumstände, Systemmängel und das versagen von Sicherheits- und Kontrollmechanismen. Durch die systematische Aufarbeitung von Fehlern kann gelernt werden, solche Ereignisse zu verhindern.

4. Fehlermanagement

Eine Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen, bieten – wie bereits erwähnt – Fehlermeldesysteme. Die Meldesysteme, die zumeist auf Freiwilligkeit beruhen, erfassen in der Regel Beinahe-Fehler oder Fehler, die zu keiner schwerwiegenden Schädigung des Patienten geführt haben. Durch eine Analyse der Beinahe-Fehler sollen systemimmanente Schwachstellen identifiziert und Maßnahmen zu deren Beseitigung ermöglicht werden. Ziel des Critical Incident Reporting System (CIRS) ist es, durch das Sammeln von Informationen über kritische Zwischenfälle Erkenntnisse für Korrekturen zu gewinnen und damit künftige Fehler zu vermeiden.

Jedoch stellt sich auch jeder, der sich mit Fehlermeldesystemen beschäftigt berechtigterweise die Frage nach den möglicherweise hieraus resultierenden juristischen Folgen. Dabei ist die Erfassung von Beinahe-Fehlern, behandlungsimmanente Komplikationen und Fehlern zu unterscheiden, die nach Gegenmaßnahme folgenlos bleiben. Aus haftungsrechtlicher Sicht ist die Erfassung von Beinahe-Fehlern unproblematisch, da es zu keiner Schädigung des Patienten gekommen ist. Dies gilt ebenso für behandlungsimmanente, eingriffsspezifische Verletzungen, sofern der Patient über derartige Risiken entsprechend aufgeklärt wurde. Andere Fehler, zum Beispiel das „vergessene Bauchtuch“ könnten durchaus strafrechtliche Relevanz aufgrund eines Sorgfaltsmangels haben und zivilrechtliche Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche nach sich ziehen. Es gibt also die berechtigte Sorge, dass Informationen aus einer Fehlermelde-datei im Haftungsfall Verwendung finden könnten. So kann der Staatsanwalt im Rahmen eines anhängigen Ermittlungsverfahrens eine „Meldedatei“ beschlagnahmen und die Herausgabe verlangen. Insofern ist die Einrichtung von Erfassungssystemen für unerwünschte Ereignisse wünschenswert, die frei von negativen Konsequenzen für die Berichtenden sein sollten, mit absoluter Anonymität und vollständiger Vertraulichkeit gegenüber jedermann – auch der Staatsanwaltschaft.

V. Ausblick

Es ist notwendig, im einzelnen Krankenhaus, in der einzelnen Praxis, regel-

mäßig nachzusehen, welche unerwünschten Behandlungsfolgen sich ergeben haben. Darüber hinaus ist es sinnvoll, alle „unerwünschten Ereignisse“ aufzuarbeiten, immer unter der Fragestellung, wie eine eingetretene Komplikation trotz anteiliger schicksalhafter Komponenten dennoch hätte möglicherweise verhindert werden können. Die effektivste Form des Lernens aus Fehlern ist die systematische Erfassung auch der risikobehafteten Situationen, der Beinahe-Fehler. Sie regelhaft zu benennen und nach ihren Abwendungs- oder Vermeidungstechniken zu fragen, fördert weitab vom tatsächlichen Fehler dessen Vermeidung.

Gelingt es, Themen eminenter Bedeutung aufzugreifen und sauber zu bearbeiten, dann könnten die so gewonnenen Erkenntnisse auch in die Gesundheits-Selbstverwaltung, in das Leistungs-, Vertrags- und Versorgungsgeschehen Eingang finden. Auf diesem Wege würde aus der ursprünglichen Privatsache „aus Fehlern lernen“ eine Aufgabe von hoher systemischer Bedeutung.

Hohe Qualität und Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung lassen sich längerfristig demnach nur erhalten, wenn jeder konsequent versucht, aus vermeidbaren Fehlern, Schäden und Beinahe-Schäden zu lernen. Dazu gehört in erster Linie, dass solche Ereignisse nicht verschwiegen werden, sondern darüber gesprochen oder – zumindest anonym – berichtet wird, um Schwachstellen aufzudecken und wirksame Strategien der Risiko- und Fehlerprävention entwickeln zu können. Das Entstehen von lokalen und überregionalen Risiko-Berichtssystemen im Gesundheitswesen wird ausdrücklich begrüßt. Zu einer regen Nutzung wird hiermit aufgefordert und ermutigt.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:
RA Heike Lehmann
Mockritzer Straße 17
01219 Dresden