

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbrief zu „Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle“ aus „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2019, S. 12:

Zivilrechtlich erscheint mir der Fall ziemlich klar: Die Nichtbeachtung der ansteigenden crP-Werte wie die fehlende Kontrolle haben dem Patienten die Chance auf eine eventuell rechtzeitige Re-Operation genommen. Ob er mit Operation überlebt hätte, ist zwar fraglich, durch die Nichtreaktion hatte er aber gar keine Chance mehr.

Fraglich ist allerdings die strafrechtliche Folge für den individuell verantwortlichen Arzt – siehe unten.

Ich denke, dass die Verwandten ein hohes Schmerzensgeld fordern und auch bekommen werden. Das macht den Patienten nicht wieder lebendig und wird vermutlich auch an den Ursachen nichts ändern.

Ich kenne die Verhältnisse noch aus meiner Klinikzeit: Nach der Visite wurden die eingetroffenen Befunde durchgegangen. Die für wichtig erachteten Befunde wurden dem Stationsarzt und von diesem gegebenenfalls dem Oberarzt beziehungsweise dem Chef vorgelegt. Auch bei uns kam es allerdings vor, dass man aufgrund von Notfällen erst am späten Nachmittag zum Durchsehen der Befunde kam und nur noch eine notfallmäßige Reaktion möglich war. Wir haben damals im Durchschnitt zwei unbezahlte Überstunden am Tag gemacht; und nach Diensten wurde am nächsten Tag bis Ultimo weitergearbeitet. Das Letztere ist heute anders, das Erstere eher noch mehr. War der zuständige Arzt im Dienstfrei oder im Urlaub? Ist auch keiner Schwester – für die Kontrolle des Allgemeinzustandes sind tagsüber die Schwestern zuständig, auf chirurgischen Stationen sind die Ärzte üblicherweise bis Nachmittags im Operationssaal – etwas aufgefallen?

Ich weiß, dass die Kollegen in der Klinik infolge beispielloser Fallzahlverdichtung inzwischen die 2,5-fache Fallzahl „bearbeiten“ und das mit dem gleichen oder sogar weniger Personal im Vergleich zu meiner Klinikzeit.

Bei der Beurteilung eines solchen Falles hilft sehr ein Perspektivwechsel. Ich hatte vor einiger Zeit das zweifelhafte Vergnügen, wegen eines Myokardinfarktes selbst zum Patienten zu werden. Im Katheterlabor wie auf ITS lief alles vorbildlich. Während auf ITS jedoch jede einzelne Maßnahme und jedes Medikament sorgfältig besprochen wurde, kriegte ich am ersten Morgen auf Normalstation die „Standard-Infarktmedikation“ (laut Schwester und Assistenzärztin „muss die hier jeder nehmen“). Bei vorher schon ohne Medikation zu niedrigen Blutdruck- und Pulswerten hätte mich das zu Boden geschickt. Mein Gespräch mit dem Oberarzt führte dann zur Klärung. Ich sollte dann auch sehr schnell entlassen werden. (Da ich privat versichert bin, kann man der Klinik übertriebenes Profitstreben gewiss nicht vorwerfen. Es herrschte einfach Bettenmangel). Die Entlassung sollte aber erfolgen, bevor eine eigentlich übliche kardiologische Abschlussdiagnostik erfolgte; und auch ohne jegliche physiotherapeutisch überwachte Mobilisierung beziehungsweise Belastungstestung. Beides habe ich mir für den Entlassungstag noch mit gewissem Nachdruck organisiert. Als medizinisch unbedarfter und braver Patient hätte ich die zu hohe Medikation widerspruchslos geschluckt und wäre vermutlich bei Entlassung spätestens auf dem Weg zum Auto zusammengebrochen.

Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Die Kollegen der betreffenden Klinik machen eine sehr gute und meines Erachtens im Vergleich zu anderen sogar weit überdurchschnittlich gute Arbeit. Ich würde mich ihnen jederzeit wieder anvertrauen und meine Patienten auch. Ich habe gesehen, was auf Station los war. Die Hetze war enorm. Außerdem sehe ich tagtäglich Patienten, die aus dem Krankenhaus kommen, höre mir ihre diversen Klagen an und ich lese die Arztbriefe, die heute fast regelhaft keine Unterschrift mehr tragen und oft vor Fehlern strotzen (weil keiner die Zeit hatte, sie sich nochmal durchzulesen und/oder der Autor Ausländer ist), ich weiß, dass ich bei fast jedem entlassenen Patienten wichtigen Befunden hinterhertelefonieren muss beziehungsweise Rückfragen zur Weiterbehandlung starte.

Da Sie ärztlicher Gutachter sind und da es ja auch eine strafrechtliche Relevanz haben kann, bitte ich Sie, diese Dinge konkret zu erfragen. Ich würde vermuten, dass der primär verantwortliche Arzt nicht da oder den ganzen Tag im OP war und der nächste in der Reihe wohl auch oder überlastet. Dass den Schwestern nichts auffiel, ist schlecht, wundert mich aber auch nicht so sehr. Auch die Schwestern können sich nicht mehr engmaschig um ihre Patienten kümmern, und ich kenne genügend Beispiele, wo ein Patient nur deswegen einen Katheter oder eine Ernährungs-sonde kriegte, weil kein Personal da war, das ihn hätte zur Toilette bringen oder füttern können.

Leider gibt es in Deutschland den Begriff des „organisatorischen Versagens“ durch den Klinikarbeitsgeber nicht. Das hat die Politik erfolgreich

verhindert und unsere sogenannten Interessenvertreter haben dabei versagt. (Die Politik müsste sich dabei wohl am Ende auch selbst an die Nase fassen). In Deutschland muss immer einem Arzt individuell die Schuld zugeschoben werden. Dabei ist klar, dass das erfolgreiche Ausquetschen der „Sparzitrone“ Gesundheitswesen Nebenwirkungen haben muss.

Name des Autors der Redaktion bekannt

Sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihre Zuschrift auf unsere doch sehr bedauerliche Kasuistik.

Der geschilderte Fall ist in seiner Dramatik sicher ein Einzelfall, dennoch ist

er wohl auch ein wenig symptomatisch für die Zustände in unseren Kliniken. Wenn bei hohen Fallzahlen, zeitlich extrem gedrängten Behandlungen und hohem Dokumentationsaufwand die wesentlichen Elemente ärztlicher Tätigkeit auf der Strecke bleiben, so muss man wohl zumindest von Systemschwächen, wenn nicht von Schlimmerem sprechen.

Individuelles Fehlverhalten im Sinne einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit wird kaum feststellbar sein, da dann doch letztlich die ganze Klinikhierarchie auf dem Prüfstand stünde. Unter diesem Aspekt müsste man wohl fragen, ob den Assistenten, der aus welchem Grund auch immer die Visite nicht wahrnimmt, die größere Schuld

trifft, oder den Oberarzt, der sich nicht nach dem Befinden dieses doch wohl etwas „besonderen“ Patienten erkundigt hat. Hinzu kommt, dass in der betreffenden Zeit die Dienstmannschaft wohl mehrfach gewechselt hat. Welche Übergaben dabei stattgefunden haben, bleibt offen. Strafrechtliche Konsequenzen sind also nicht zu befürchten und nach unserer Auffassung auch nicht angebracht; versagt hat wohl eher ein System.

Eine Schadensersatzregulierung zugunsten der Angehörigen wird sicher stattfinden, wenngleich damit wohl nicht allzu viel gewonnen wird. ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen