

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus dem Institut für Rechtsmedizin

Vermuteter Behandlungsfehler mit Todesfolge – Untersuchung der Jahre 1990/91, 2000/01 und
2010/11
der Landgerichtsbezirke Essen und Bochum

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg-Essen

Vorgelegt von
Jana Kristina Frankenberg
aus Duisburg
2022

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Diese Dissertation wird via DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt und liegt auch als Print-Version vor.

DOI: 10.17185/duepublico/81294

URN: urn:nbn:de:hbz:465-20231212-100839-1

Alle Rechte vorbehalten.

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr. med. J. Buer
1. Gutachter: Herr Prof. Dr. med. T. Bajanowski
2. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. M. Dudda
3. Gutachter: Herr Priv.-Doz. Dr. med. F. Grabellus

Tag der mündlichen Prüfung: 1. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Material und Methoden	11
3. Ergebnisse	13
3.1 Anlass zu einem Ermittlungsverfahren.....	13
3.2 Anzeigeverhalten.....	14
3.3 Anzahl an Ermittlungsverfahren	14
3.4 Obduktion wegen vermutetem Behandlungsfehler	16
3.5 Patientendaten	17
3.6 Todeszeitpunkt.....	18
3.7 Todesbescheinigung	19
3.8 Anschlussuntersuchungen nach Obduktion.....	21
3.9 Todesursache nach rechtsmedizinischer Beurteilung	22
3.10 Berufsgruppen.....	24
3.11 Fachabteilung	25
3.12 Behandlungsfehler	27
3.13 Differenzierung des vermuteten Fehlers	29
3.13.1 Unterlassen medizinischer Maßnahmen	30
3.13.2 Operativer Behandlungsfehler	32
3.13.3 Medikationsfehler	35
3.13.4 Sonstige Fehlbehandlung	36
3.13.5 Pflegefehler	37
3.13.6 Nicht konkretisiert	37
3.14 Vermuteter Fehlerzeitpunkt.....	38
3.15 Juristischer Ausgang.....	38
3.15.1 Kausalität für den Todeseintritt	39
3.15.2 Art der Behandlungsfehler bei bestätigter Kausalität	40
3.15.3 Anlass des Ermittlungsverfahrens bei bestätigter Kausalität	42
3.15.4 Sorgfaltspflichtverletzung.....	43
3.15.5 Klärung der Kausalität durch Sektion und Folgeuntersuchung	44
3.15.6 Abschluss Ermittlungsverfahren	44
4. Diskussion	45
4.1 Ermittlungsverfahren	45
4.2 Todesbescheinigung	47
4.3 Anzeigeverhalten.....	49
4.4 Obduktion.....	50
4.5 Kausalitätsprüfung.....	53
4.6 Berufsgruppen.....	54
4.7 Fachabteilung	56
4.8 Behandlungsfehler	59
4.8.1 Unterlassen medizinischer Maßnahmen	59
4.8.2 Operativer Behandlungsfehler	63
4.8.3 Medikationsfehler	64
4.9 Juristischer Ausgang.....	65

4.9.1 Kasuistik	68
4.10 Fehlermanagement.....	73
4.11 Schwierigkeiten	78
5. Zusammenfassung	80
Literaturverzeichnis	82
Anhang	93
Danksagung.....	96
Lebenslauf	97

1. Einleitung

Dort, wo Menschen am Werk sind, unterlaufen Fehler. Der Begriff Fehler implementiert ungeprüft einen Kausalzusammenhang zwischen einem unerwünschten Ereignis/ Ergebnis und einem falschen Handeln eines Arztes. Schon lange wird hier das Modell der „Unfehlbarkeit“ aufrechterhalten, was innerhalb dieses Systems gegebenenfalls den Druck zu intellektueller Unehrlichkeit durch Verstecken und Verheimlichen von Fehlern erzeugt, welche, systemgetreu, den Verursacher als unqualifiziert, inkompetent oder als „Versager“ brandmarken (Leape, 1994). Irren galt und gilt oftmals immer noch als inakzeptabel. In Wahrheit stellt die Sicht der Mediziner „unfehlbar“ zu sein, eine Fehlvorstellung dar, da für keinen Bereich menschlicher Aktion und Interaktion ein Nullfehlerlevel zu postulieren ist. Menschliches Handeln kann nie fehlerfrei sein, Fehler zu begehen, ist unvermeidlich. Schon die Definition des „Fehlers“ bereitet Schwierigkeiten und durch die Anwendung verschiedenster Begrifflichkeiten schleichen sich Missverständnisse und Fehlinterpretationen ein. Nach Reason etwa liegt ein Fehler vor, wenn ein richtiges Vorhaben nicht wie geplant durchgeführt wird, oder wenn dem Geschehen ein falscher Plan zugrunde liegt (Reason, 1995). Leape fügt hinzu, dass ein Fehler als eine „unbeabsichtigte Handlung“ aus dem Tun oder Unterlassen heraus angesehen werden kann (Leape, 1994). So gilt es, verschiedenste Vorkommnisse, die unter dem Begriff „Fehler“ zusammengefasst werden, zu differenzieren, um eine Fehlinterpretation zu vermeiden. Die Folgen, die sich aus dem Parameter ‚Fehler‘ und ‚Schaden‘ ergeben, können somit ein „Beinahe-Behandlungsschaden“ oder ein „unerwünschtes Ereignis“ sein. Das Resultat eines eingetretenen Schadens bei bestätigtem Fehler stellt ein „vermeidbares unerwünschtes Ereignis“ dar (Hofer and Kerr, 2000; Thomeczek et al., 2007a). Die Ausführungen der oben genannten Autoren zeigen, dass uneinheitliche Begriffsdefinitionen von Ergebnissen in bereits existierenden Arbeiten in der Forschung zu Unstimmigkeiten hinsichtlich einer einheitlichen Erhebung und Auswertung im nationalen und internationalen Bereich führen können, was unterschiedlichste Untersuchungsvorhaben betrifft, beispielsweise die Patientensicherheit. Ein Behandlungsfehler ist ein nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft unsachgemäßes ärztliches Verhalten, welches zu einem Körperschaden oder zum Tod eines Patienten führt. Der Begriff ist weit gefasst und soll jegliche Fehlmaßnahme beinhalten (Dettmeyer et al., 2007).

Im medizinischen Bereich kann es jederzeit zu Fehleinschätzungen sowie Fehlentscheidungen und somit zu unerwünschten Ereignissen kommen. „Der Umgang mit dem komplexen Rechtsgut Mensch, gewöhnlich in einer durch Krankheit gefahrbehafteten Situation, stellt vor eine hohe und schwierige Aufgabe“ (Deutsch, 1993). Seit Hippokrates wird von einem ordentlichen und pflichtbewussten Arzt der Heilauftrag abverlangt, welcher lautet: „salus aegroti supream lex“: der Kranke soll unter Anwendung der medizinischen Wissenschaft geheilt werden. Vornehmlich geht es um die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, Linderung von Beschwerden und das psychische Wohlergehen des Patienten (Deutsch and Spickhoff, 2014). In den Aphorismen des Hippokrates

lautet es weiter: „Das Leben ist kurz, die Kunst lang, der rechte Augenblick knapp, der Versuch gefährlich, die Entscheidung schwierig.“ Dieser Satz zeigt sowohl die Verantwortlichkeit als auch die Grenzen eines Arztes auf (Laufs, 1994). Jeder Mediziner handelt nach den Rechten und Pflichten der Berufsordnung (MBOÄ) (BÄK, 2018) selbstverantwortlich und unabhängig im Rahmen seiner Profession (Bajanowski et al., 2013). Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Schicksal und Schuld, zwischen dem unaufhaltsamen naturwissenschaftlichen Verlauf und der Sorgfaltspflichtverletzung des Mediziners (Ulsenheimer, 2015).

Zu einem Bewusstseinswandel in dem Sinne, dass „Irren menschlich“ ist, führte eine US-amerikanische Untersuchung im Jahr 2000, die offenbarte, dass sich jährlich zwischen 44.000 und 98.000 tödliche Vorgänge in US-Krankenhäusern ereigneten, welche von Ärzten verursacht worden waren (Kohn et al., 2000). Auch die zuvor veröffentlichte Harvard-Medical-Practice-Studie kam zu vergleichbaren Ergebnissen von iatrogenen Fehlern. Es kommt doppelt so oft zu einem letalen Ausgang aufgrund eines Behandlungsfehlers in der Medizin als durch Verkehrsunfälle. Verglichen mit den Todesfällen, die durch die Medizin verursacht sind, müsste es alle zwei Tage zu drei Flugzeugabstürzen kommen (Leape, 1994; Madea, 2009; Reason, 1995). In Deutschland geht man nach Schätzungen jährlich von 31.600 bis 83.000 durch Ärzte verursachten Todesfällen aus (Klinkhammer, 2003b; Madea, 2009).

Es kann ein Anstieg an Ermittlungsverfahren bezüglich vermuteter Behandlungsfehler verzeichnet werden und es drängt sich unabweisbar die Frage auf, ob der enorme Anstieg der erhobenen Vorwürfe und die daraus resultierenden gehäuften Anlässe zur Einleitung von Ermittlungsverfahren als Symptom für die Fehlerhäufung im medizinischen Bereich aufzufassen ist. Jedenfalls kann der Zuwachs an Ermittlungsverfahren aufgrund der ausgestellten Todesbescheinigungen mit der Todesursache „ungeklärt“ oder „nicht natürlich“ nicht mehr übersehen werden. Es herrscht Verunsicherung, nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch innerhalb der Ärzteschaft. Beide Seiten, die Mediziner wie auch die medizinischen Laien drängen nach Aufklärung und wünschen sich Klarheit, wenn ein möglicher Behandlungsfehler im Raum steht und Fragen aufwirft (Madea, 2009; Vollrath, 2009). Im Vordergrund steht hierbei immer die Aufklärung der Todesursache, die zum Rechtsfrieden beitragen soll (Bratzke et al., 2004; Madea, 2009; Preuß et al., 2006; Wittekind and Gradistanac, 2018).

Treten Todesfälle in zeitlich engem Zusammenhang mit einer ärztlichen (diagnostischen und/ oder therapeutischen) Maßnahme auf, können Vorwürfe eines Behandlungsfehlers aufkommen. Bei jeglichen Anhaltspunkten, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, besteht die Pflicht der Meldung an die Ermittlungsbehörden (Polizei- und Gemeindebehörden) zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht mit Einleitung eines Todesermittlungsverfahrens nach § 159 StPO (Strafprozessordnung) i. V. m. Nr. 33 RiStBV (Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren) zur Sachverhaltsaufklärung).

Im strafrechtlichen Verfahren geht es um das Erkenntnis- und Vollstreckungsverfahren. Sofern der Anfangsverdacht einer Straftat besteht, wird im Rahmen des Erkenntnisverfahrens initial von Polizei und Staatsanwaltschaft zur Klärung der Frage, ob öffentliche Klage zu erheben ist, ein Ermittlungsverfahren nach § 160 StPO Abs. 1 eingeleitet. (Bergmann and Wever, 2014; Nentwig, 2009). Es erfolgt die Beschlagnahmung des Leichnams und des Weiteren die Einholung aller relevanter medizinischer Dokumente und Untersuchungsbefunde, beispielsweise Laborwerte, Ergebnisse bildgebender Verfahren, Operationsberichte sowie histopathologische Erkenntnisse.

Dabei ist in den Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV) beschrieben, dass bei „vorhandenen Anhaltspunkten einer nicht natürlichen Todesursache (...), der Staatsanwalt zu prüfen hat, ob eine Leichenschau oder eine Leicheneröffnung erforderlich ist. Lässt sich auch bei der Leichenschau eine Straftat als Todesursache nicht ausschließen oder ist damit zu rechnen, dass die Feststellungen später angezweifelt werden, so veranlasst der Staatsanwalt grundsätzlich die Leicheneröffnung“ (Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV), n.d.).

Kann also ein rechtswidriger Tatbestand nicht ausgeschlossen werden, wird eine gerichtsmedizinische Obduktion nach §§ 87ff. StPO im Aufdeckungsprozess der Todesursache basierend auf den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (AWMF, 2018) angeordnet (Bajanowski et al., 2013). Diese wird vom Gericht durch richterlichen Beschluss oder bei „Gefahr im Verzuge“, auf Veranlassung des Staatsanwaltes, zur Beweissicherung beantragt (Bratzke, 2007). Die „Geburtsstunde der Rechtsmedizin“, als „Mutterfach aller begutachtenden Disziplinen“ (Madea, 2015b) soll im Jahr 1532 durch die „Peinliche Halsgerichtsordnung“ Kaiser Karl V. stattgefunden haben (Constitutio Criminalis Carolina). Dort heißt es „...Item so eyn artzt ausz unfleisz oder unkunst...mit seiner artzenei tödet...dass er die artzenei leichtfertiglich unverwegenlich missbraucht oder sich ungegründter unzulessiger artzenei die im nit gezimbt hat understanden und damit eynen zum todt ursach geben der soll nach gestalt und gelegenheit der sachen und nach radt der verstendigen gestrafft werden...“ (Madea, 2009). In der Rechtsmedizin hat eine objektive Todesursachenfindung unter ausführlicher Analyse der klinischen Dokumente und Befunde stattzufinden – und zwar durch eine transparente Aufarbeitung des Geschehens (Bajanowski et al., 2013). Die rechtsmedizinische Obduktion stellt eine makroskopische Untersuchung aller drei Körperhöhlen eines Verstorbenen dar - zur Klärung des physiologischen und pathophysiologischen Zustandes, unter Hinzunahme der klinischen Angaben und ergänzt durch mikroskopische Untersuchungen von Gewebeprobe in unterschiedlicher Menge (Bajanowski et al., 2013; Ferrara et al., 2013; Wittekind and Gradistanac, 2018). Hier soll das Grundleiden ausfindig gemacht werden, welches zum Versterben geführt hat. Erst auf dieser Basis kann dann Stellung zur Frage des Behandlungsfehlers und der Kausalität für den Todeseintritt, unter ggf. der Hinzunahme eines Sachverständigengutachtens, richtigerweise aus dem betreffenden klinischen Fachgebiet, bezogen werden. (Madea, 2015b; Madea, 2008, 2009; Madea and Dettmeyer, 2003; Madea et al., 2006; Preuß et al., 2006; Preuß et al., 2006). Der Rechtsmediziner ermittelt zwischen einem hypothetisch unterstellten Sorgfaltspflichtverstoß und einer autoptisch bewiesenen

Gesundheitsschädigung (Eisenmenger, 1994). Im Jahre 1963 untersuchte der französische Philosoph Michel Foucault in seinem Werk „Die Geburt der Klinik“ die Sicht- und Behandlungsweise des Arztes. Er stellte fest „ (...) dass erst durch die Obduktion die Krankheit vom Dunkel des Lebens in das Licht des Todes tritt“ (Madea et al., 2007) und hob damit die Bedeutung der rechtsmedizinischen Obduktion für die Aufklärung der Todesursache hervor.

Zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens kommt es etwa bei Verdacht eines Behandlungsfehlers in der Todesbescheinigung, durch die Anzeige oder den geäußerten Vorwurf seitens des Patienten bzw. der Angehörigen, die Anzeige eines mit-/nachbehandelnden Arztes, die Selbstanzeige des behandelnden Arztes, die Meldung durch obduzierende Pathologen und Gerichtsmediziner nach klinischer Sektion, oder der zweiten Leichenschau vor einer Feuerbestattung, aber auch durch eine anonyme Anzeige (Dettmeyer et al., 2007). Kann ein „natürlicher“ Tod bei der Leichenschau nicht mit Sicherheit festgestellt werden, muss zwischen einem „ungeklärten“ und „nicht natürlichen“ Tod unterschieden werden. Ein „nicht natürlicher“ Tod ist ein von außen verursachtes, ausgelöstes oder beeinflusstes Geschehen: Finden Ärztinnen und Ärzte an den Verstorbenen Anhaltspunkte für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder Einwirkung Dritter (nicht natürlicher Tod) oder deuten sonstige Umstände darauf hin, so brechen sie die Leichenschau ab, unterrichten unverzüglich die Polizeibehörde und sorgen dafür, dass bei Beschlagnahmung der Leiche bis zum Eintreffen der Polizei Veränderungen weder an Toten noch an deren Umgebung vorgenommen werden. (§ 9 BestG NRW.) Nach Eintritt des Todes ist die Todesfeststellung, die Leichenschau und weiter das Attestieren des Todes in der Todesbescheinigung von immenser Bedeutung, wozu jeder Mediziner imstande sein sollte (Madea and Rothschild, 2010a). Jedoch herrscht oft bei der Feststellung der Todesart seitens der klinisch tätigen Ärzte eine gewisse Unsicherheit, ob eine „natürliche“, „nicht natürliche“ oder gar „ungeklärte“ Todesursache vorliegt weshalb die Todesbescheinigung immer noch oft fehlerhaft und unzureichend ausgefüllt wird - aufgrund von strukturellen und personellen Ursachen. Besorgniserregend ist zudem, dass oftmals schon die Leichenschau unvollständig und nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird und somit bei falsch ausgestellter Todesbescheinigung ein Behandlungsfehler mit letalem Ausgang verdeckt werden könnte „da der behandelnde Arzt mit der Qualifikation der Todesart selbst darüber entscheidet, ob ein Todesfall überhaupt zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangt und damit eine objektive Todesursachenklärung erfolgen kann oder nicht“ (Preuß et al., 2005). Die Qualität der Leichenschau steht schon seit Jahrzehnten unter Kritik. In 30 Prozent wird eine „natürliche“ Todesart angekreuzt – und dass bei Vorliegen einer in Wahrheit „nicht natürlichen“ Todesursache: durch Gewalteinwirkung, Vergiftung, Suizid und ähnliches. Und in nur 25 Prozent der Fälle erfolgt die ärztliche Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche (Madea and Dettmeyer, 2003). Somit ist es nicht verwunderlich, dass es zu einer recht hohen Anzahl an falsch ausgestellten Todesbescheinigungen kommt, und das hat zur Folge, dass bei „ungeklärten“ oder „nicht natürlichen“ Todesfällen eine rechtlich erforderliche Aufklärung ausbleibt. Wie sinnvoll eine

gründliche Leichenschau ist, mag eine Instruktion aus dem Anfang des 19. Jahrhunderts zeigen: „Zweck der Leichenschau ist, die Beerdigung Scheintoter, dann die Verheimlichung gewaltsamer Todesarten und medizinischer Puschereien zu hindern, sowie zur Ausmittlung kontagiöser und epidemischer Krankheiten, dann zur Herstellung genauer Sterbelisten geeignet mitzuwirken“ (*Königlich Bayrisches Intelligenzblatt für Mittelfranken: 1841*, 1841).

Schätzungen zufolge ereignen sich jährlich mindestens 11.000 nicht natürliche Todesfälle, die unentdeckt bleiben, da stattdessen eine natürliche Todesursache bescheinigt wird (Madea and Dettmeyer, 2003). Das Versterben des Patienten während eines operativen Eingriffes beziehungsweise einer invasiven Intervention („Mors in tabula“) wird in 30 bis 40 Prozent der Fälle als natürlicher Tod attestiert (Madea and Rothschild, 2010a). Aus diesem Grund gab es die Überlegung der Justizminister der Länder, Todesfeststellung und Leichenschau voneinander zu trennen, was nicht umgesetzt wurde. Zur Feststellung der Todesursache sollte ein speziell fortgebildeter, qualifizierter Arzt mit Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen zuständig sein. Trotzdem kann hier nur von geringerer Validität die Rede sein und somit besteht kein Vergleich zu einer objektiven Todesursachenermittlung und der Erlangung genauester Daten hinsichtlich der Todesursachenstatistik im Rahmen der rechtsmedizinischen Sektion (Madea and Dettmeyer, 2003; Madea and Rothschild, 2010b). 1996 beschloss Berlin als erstes Bundesland ein Sektionsgesetz. § 1: „Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung zugunsten der Patienten und der Allgemeinheit (...) Die klinische Sektion dient der Qualitätskontrolle und Überprüfung ärztlichen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie, der medizinischen Forschung sowie Begutachtung“ (Höpker and Wagner, 1998). Gefordert wurde ein Sektionsgesetz von Seiten des Arbeitskreises Pathologie schon seit seinem Bestehen (1989) (Höpker and Wagner, 1998).

Viele Faktoren begünstigen die Entstehung eines Behandlungsfehlers. Solche, die in den Prozess der Versorgung der Patienten einwirken „sind der institutionelle Kontext, übergeordnete Organisations- und Managementmerkmale, die unmittelbare Arbeitsumgebung, Strukturen und Interaktionen innerhalb des Teams, persönliche Eigenschaften des einzelnen Mitarbeiters, Charakteristika der zu bewältigenden Aufgabe sowie individuelle Patientenmerkmale“ (Vincent et al., 1998). Die Medizin ist ein risikobehafteter Beruf wie z. B. aus der Industrie wie der Luftfahrt und Raumfahrt und muss als Hochrisikobereich angesehen werden, in dem es gilt, Sicherheitsvorkehrungen zur Fehlervermeidung anzuwenden. In risikobehafteten Berufen ist somit höchste Vorsicht geboten und diese erfordert demnach eine Risikoanalyse zum Zwecke der Risikoreduktion (Slany et al., 2011). Hervorzuheben sei hier die chirurgische Fachdisziplin, die sich mit einer Zunahme von Behandlungsfehlervorfällen konfrontiert sieht. Mehr als 300 Millionen Operationen erfolgen jährlich weltweit (Haynes et al., 2009). Schätzungen zufolge wurden im Jahr 2012 weltweit ca. 313 Millionen Operationen durchgeführt. 2004 waren es nur ca. 234 Millionen gewesen, so dass ein Anstieg von 33 % innerhalb der acht

Jahre verzeichnet werden kann (Weiser et al., 2015). Diese Daten verdeutlichen einen erheblichen Zuwachs an chirurgischen Behandlungen Jahr für Jahr, was den Anstieg behaupteter Behandlungsfehler in dieser Fachdisziplin erklären könnte.

Entscheidend ist zunächst die Fehleridentifikation. Mit der Fehlerentstehung setzte sich vor allem der Psychologe Reason auseinander und unterschied das Personen- vom System-Modell. Beim Personen-Modell geht der Fehler individuell vom Arzt aus, der sich im direkten Patientenkontakt befindet, indem er aufgrund von physischen-, psychischen- und auch Umweltfaktoren beeinflusst wird. Ein kurzer Moment der Unaufmerksamkeit, Konzentrationsschwäche, sowie Vergesslichkeit, Ablenkung, Müdigkeit und Stress, können das Auftreten eines unmittelbar manifesten Fehlers bedingen. Innerhalb des übergeschalteten System-Modells hingegen können aufgrund der Komplexität durch eine ungünstige Verkettung von Ereignissen Fehler entstehen. Solche latenten Fehler treten in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt in Erscheinung. Da menschliche Unfehlbarkeit unmöglich zu erreichen ist, gilt es, die Rahmenbedingungen innerhalb dieses Systems zu verändern und zu verbessern (Reason, 2000; Reason, 1995).

Was in der Luftfahrt schon seit 1954 an Analysen und Sicherheitsvorkehrungen unternommen wird, wurde erst 1996 im medizinischen Bereich eingeführt. Es wurde zu einem Umdenken aufgerufen, zum „Paradigmenwechsel von einer culture of blame zu einem systematischen risk management und einer culture of safety“ (Slany et al., 2011). Entscheidend ist also ein gut funktionierendes Risikomanagement. Mit der Einrichtung verschiedenster Meldesysteme, wie beispielsweise das Critical Incident Reporting System, soll eine offene Auseinandersetzung mit kritischen und unerwünschten Ereignissen angestrebt werden. Risikomanagement hat seine Basis im Qualitätsmanagement und muss ein integraler Bestandteil im Gesundheitssystem sein, um somit eine Sicherheitskultur erschaffen zu können. Die Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlern sollte stets von den Gegebenheiten ausgehen und sich Herausforderungen der heutigen und auch zukünftigen Medizin stellen, in der Fehler nicht tabuisiert werden, sondern ihre Analyse einer Fehlerreduktion dient (Hansis and Hart, 2001). „Ärzten wird ein Eingeständnis ihrer menschlichen Unzulänglichkeit abverlangt - denn Menschen machen Fehler. Und den Patienten ein Abrücken von überzogenem Anspruchsdenken und dem Irrglauben an die Machbarkeit von Gesundheit“ (Imhof, 2010). Unter diesem Aspekt sei vor allem die Pflicht des Arztes bezüglich der Aufklärung jeglicher medizinischen Maßnahmen zu erwähnen. Der Arzt hat den Patienten über die diagnostischen und therapeutischen Schritte persönlich und verständlich zu informieren, soweit der Patient es wünscht.

Eine Aufklärungspflicht ist zudem durch den Behandlungsvertrag, begründet durch das Patientenrechtegesetz, geregelt – es wird von Seiten des Gesetzgebers darüber hinaus von dem Arzt verlangt, den Patienten über stattgehabte Fehler zu informieren (§§ 630 a ff. BGB) (Bundesärztekammer, 2013). Die Aufklärung stellt ein „Gegengewicht zur medizinischen Autorität“ dar (Ratajczak and Stegers, 2001). Eine auf partnerschaftlicher Ebene funktionierende Behandlung besteht aus dem Heilauftrag des Arztes und der Selbstbestimmung des Patienten. Ziel ist die Zusammenwirkung

beider Parteien bei gleichberechtigter Gegenüberstellung auf Augenhöhe (Bergmann and Wever, 2014; Deutsch and Spickhoff, 2014). In diesem Sinne kann eine offene und ehrliche Kommunikation eine juristische Auseinandersetzung vermeiden helfen. (Levinson et al., 1997). Hervorzuheben ist auch, dass die getätigte Anzeige oftmals nicht nur als das Streben nach materieller Entschädigung zu gelten hat, sondern das Bedürfnis darstellt, vollständige Aufklärung zu erlangen (Laum, 2007). Ist in der Medizin ein Fehler unterlaufen, so wird für ein Krisenmanagement zwischen Arzt, Patient und Angehörigen plädiert. Sehr wichtig ist, dass der Kontakt zu dem Patienten und den Angehörigen gesucht und gehalten wird (Asbach, 2011; Hoffmann and Rohe, 2010).

Zielsetzung

Diese Arbeit untersucht vermutete Behandlungsfehler mit letalem Ausgang, die dem rechtsmedizinischen Institut Essen in den Jahren 1990, 1991, 2000, 2001, 2010 und 2011 seitens der Staatsanwaltschaften Essen und Bochum unterbreitet worden sind.

Ziel dieser retrospektiven Arbeit ist es, die Häufigkeit möglicher Behandlungsfehler innerhalb der letzten zwei Dekaden zu verifizieren und Erkenntnisse über den Verlauf von Ermittlungsverfahren, auch im Hinblick auf eine anscheinend höhere Bereitschaft zur Erstattung von Anzeigen, zu erlangen. Beabsichtigt ist die Detektion und Aufschlüsselung möglicher Schwachstellen im Gesundheitssystem und eine Neubesinnung im Umgang mit dem Behandlungsfehler im Interesse der Erschaffung einer Sicherheitskultur. Die Ergebnisse werden im Diskussionsteil mit anderen Arbeiten und der Literatur verglichen.

2. Material und Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Datenerhebung von jeweils zwei aufeinander folgenden Jahren der beiden letzten Dekaden (1990/1991, 2001/2001, 2010/2011). Die untersuchten Daten stammen aus dem Archiv des Essener Instituts für Rechtsmedizin - Obduktionen, die von den Staatsanwaltschaften Essen und Bochum in Auftrag gegeben wurden. Analysiert wurde hier nur die strafrechtliche (nicht die zivilrechtliche) Verantwortung.

Es wurden alle Sektionsfälle eingeschlossen, bei denen der Verdacht eines ärztlichen und/ oder pflegerischen Behandlungsfehlers bestand und es deshalb durch ein Ermittlungsverfahren durch Polizei und Staatsanwaltschaft zu einer rechtsmedizinischen Obduktion kam.

Für die Auswertung wurden Angaben zum Alter, Geschlecht, Zeitpunkt und Ort des Versterbens des Patienten sowie zu dessen Vorerkrankungen und vorangegangenen Behandlungen zusammengetragen. Des Weiteren wurde der Grund des Ermittlungsverfahrens, die unter Verdacht eines Behandlungsfehlers stehende Fachdisziplin und der vorgeworfene Behandlungsfehler, differenziert in verschiedene Fehlerarten, untersucht. Es wurden Angaben zur Todesart, die zeitlich vor und nach der

rechtsmedizinischen Obduktion attestiert worden waren, einschließlich der Todesursache nach abgeschlossener Sektion ausgewertet, ebenso vorhandene Zusatzuntersuchungen sowie Folgegutachten und schließlich der juristische Ausgang mitsamt der Fragestellung hinsichtlich der Kausalität und Sorgfaltspflichtverletzung. Für die Auswertung lagen in der Regel eine kurz gefasste schriftliche Anamnese und ein Obduktionsprotokoll des Patienten vor, mit Angaben zum Todeszeitpunkt und Fundort, ebenso eine ausführliche Beschreibung der äußeren und inneren Leichenschau und Angaben zur Todesursache.

Einigen Fällen war zusätzlich ein weiterführendes zusammenfassendes rechtsmedizinisches Gutachten beigegeben, mit Stellungnahme auf der Basis der erhobenen Obduktionsbefunde, sowie der histologischen, neuropathologischen, chemisch-toxikologischen, mikrobiologischen und der virologischen Zusatzuntersuchungen, unter Einbeziehung der klinischen Unterlagen.

Ferner wurde insbesondere bei der Frage nach der Sorgfaltspflichtverletzung des behandelnden Arztes ein Sachverständigengutachten aus dem betreffenden klinischen Fachgebiet in Auftrag gegeben. Da ein solches Fachgutachten aber in den meisten Fällen nicht in den Archiven vorhanden war, konnte die Kausalität zwischen der Sorgfaltspflichtverletzung und dem Tod nicht abschließend geklärt werden.

Während für die Jahre 2010 und 2011 der juristische Ausgang zur Einsichtnahme in die Vorgänge der Staatsanwaltschaft erfasst werden konnte, konnten für die Jahre 1990, 1991, 2000 und 2001 keine Ergebnisse mehr eingeholt werden, da die Aufbewahrungsfrist (10 Jahre) überschritten war und die Akten vernichtet waren.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Daten aller Obduktionsfälle in eine Excel-Datei mit 31 zu untersuchenden Kriterien eingetragen.

Sind Kriterien, beispielsweise die vorangegangene Behandlung des Patienten oder der Zeitpunkt des möglichen Behandlungsfehlers, nicht aus den Akten hervorgegangen, wurde das jeweilige Feld unter der Rubrik „unbekannt“ angegeben.

Die Verfahren der genannten Staatsanwaltschaften sind sowohl in der Gesamtzahl als auch getrennt nach den Bezirken betrachtet worden. Hierzu muss erwähnt werden, dass sich jeweils nur zwei Staatsanwälte mit Ärzteverfahren beschäftigen, woraus sich die Gefahr ergibt, dass subjektive Maßstäbe bei der Bewertung eines Falles eine Rolle gespielt haben könnten. Des Weiteren sollte die Betrachtung der Fälle bezogen auf die einzelnen Jahre unternommen werden, um einen Vergleich und damit eine Aussage über die Anzahl der Ermittlungsverfahren vornehmen zu können.

3. Ergebnisse

3.1 Anlass zu einem Ermittlungsverfahren

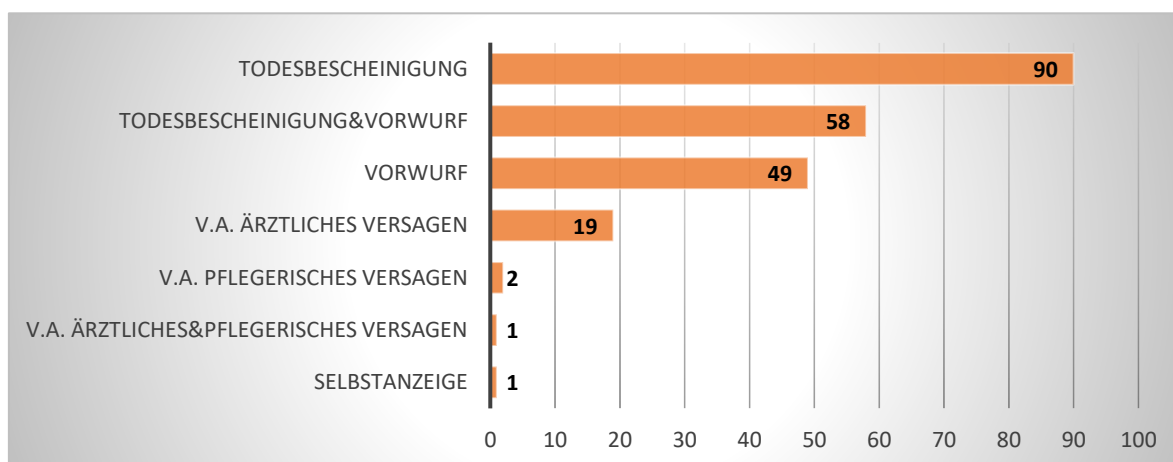


Abbildung 1: Anlass zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens in 2010/11.

Im Folgenden wurde untersucht, durch welchen Anlass es zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens gekommen ist: Eine in der Todesbescheinigung attestierte „ungeklärte“ oder „nicht natürliche“ Todesart, ein geäußertes Vorwurf bzw. eine erhobene Anzeige, oder aber eine Selbstanzeige; diese und andere Umstände führten zu einer Kenntnisnahme der Ermittlungsbehörden über einen möglichen Behandlungsfehler mit letalem Verlauf und somit wurde nach § 160 StPO ein Ermittlungsverfahren mit Anordnung einer gerichtsmedizinischen Sektion nach § 87 StPO eingeleitet. Diese Untersuchung wurde aus den dargestellten Gründen zunächst nur für die Jahre 2010 und 2011 vorgenommen.

Am häufigsten wurde ein Ermittlungsverfahren aufgrund der auf der Todesbescheinigung attestierten Todesart „ungeklärt“ bzw. „nicht natürlich“ eingeleitet. In insgesamt 148 Fällen wurde eine der beiden Todesarten von dem leichenschauenden Arzt eingetragen. Der Arzt hat bei einer solchen Todesart unverzüglich die Polizei zu verständigen, diese beschlagnahmt in der Regel den Leichnam und es dürfen keine Veränderungen mehr vorgenommen werden (§ 9 BestG NRW). Zweit häufigster Grund für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens war der geäußerte Vorwurf, dass ein Behandlungsfehler mit Todesfolge stattgefunden hatte. Dieser Vorwurf wurde in 107 Fällen, von Angehörigen oder Betreuern des Verstorbenen, oder aber seitens mit- oder nachbehandelnder Ärzte erhoben.

Hierbei kam es in 58 Fällen zu einem Ermittlungsverfahren, sowohl durch eine Strafanzeige, die seitens der Angehörigen oder von Betreuern gestellt wurde, als auch aufgrund der Todesbescheinigung mit der attestierten Todesart „ungeklärt“ oder „nicht natürlich“.

In einem Fall kam es zu einer Selbstanzeige des behandelnden Arztes.

In insgesamt 22 Fällen wurde weder eine Information, zu der vom leichenschauenden Arzt attestierten Todesart in den Akten gefunden, noch wurde ein Vorwurf oder eine Anzeige erhoben. In diesen Fällen wurde, da ein möglicher Behandlungsfehler im Raum stand, die Rubrik „Verdacht eines ärztlichen oder pflegerischen Versagens“ gewählt.

In drei Fällen waren keinerlei Angaben bezüglich der Einleitung des Ermittlungsverfahrens vorhanden; in einem Fall kam es zu einer Mehrfachnennung.

3.2 Anzeigeverhalten

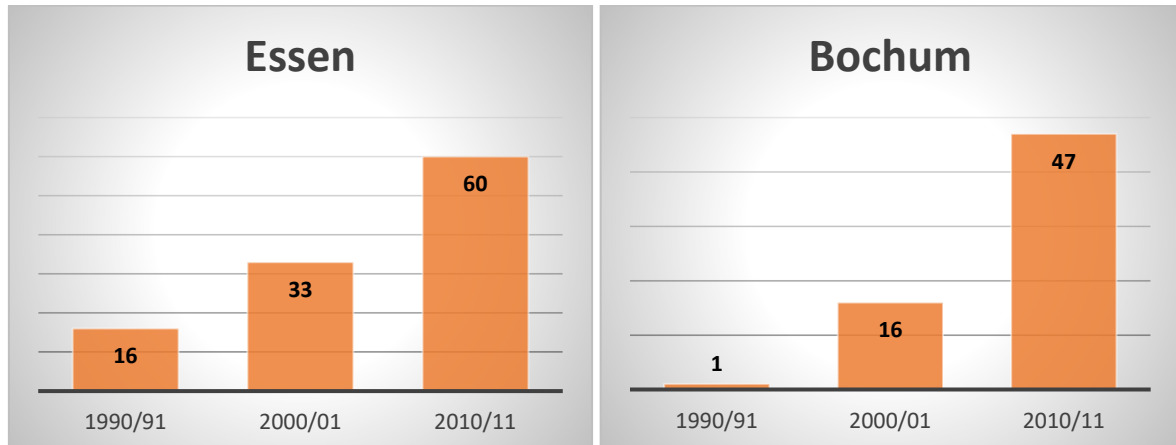


Abbildung 2 und 3: Anzahl an Vorwürfen bezüglich des Verdachts eines Behandlungsfehlers in den letzten 20 Jahren getrennt für die Regionen Essen und Bochum dargestellt (n = 173).

Um eine Aussage hinsichtlich des „Anzeigeverhaltens“ machen zu können, wurde die Häufigkeit der geäußerten Vorwürfe, bezüglich eines begangenen Behandlungsfehlers, aus den Jahren 1990, 1991; 2000, 2001; 2010 und 2011 ausgewertet. Dabei wurden jeweils die zwei Jahre einer Dekade getrennt für Essen und Bochum betrachtet. In beiden Regionen ist ein Anstieg an Behandlungsfehlervorwürfen von 1990/1991 bis 2010/2011 zu verzeichnen. Für beide Bezirke zusammen betrachtet erhoben von den insgesamt 173 Fällen in 156 Fällen – Angehörige der Verstorbenen entsprechende Vorwürfe. In 15 Fällen wurde von einem mit- oder nachbehandelnden Arzt ein Fehlervorwurf geäußert. In den verbliebenen zwei Fällen wurde der Vorwurf von einem Betreuer oder einem Nachbarn erhoben.

3.3 Anzahl an Ermittlungsverfahren

Insgesamt wurden 3448 Obduktionsakten registriert und ausgewertet (Essen n = 1467, Bochum n = 1981). In 448 (13 %) Fällen gab ein im Raum stehender Behandlungsfehler Anlass für eine rechtsmedizinische Obduktion.

Um eine Aussage hinsichtlich der Häufigkeit einer angeordneten gerichtsmedizinischen Obduktion aufgrund eines vermuteten Behandlungsfehlers machen zu können, wurden zunächst die Gesamtzahlen an Obduktionen der zu untersuchenden Jahre von Seiten der Staatsanwaltschaften Essen und Bochum ermittelt.

Tabelle 1: Gesamtzahlen an Obduktionen

Jahr	StA Essen	StA Bochum	Gesamt
1990/91	570	603	1173
2000/01	508	651	1159
2010/11	389	727	1116

Anzahl an Obduktionen für StA Essen und StA Bochum einzeln und die daraus resultierende Gesamtzahl für die zu untersuchenden Jahre.

Die StA Essen hat ihre Obduktionszahl deutlich reduziert, während Bochum sie gesteigert hat. Das ist insbesondere mit Bezug auf die Bevölkerungszahlen der Einzugsbereiche der beiden Staatsanwaltschaften interessant: Essen: ca. 1,3 Mio, Bochum: fast 1,0 Mio.

Werden die Zahlen zusammengefasst, kommt man zu dem Ergebnis, dass die Rate an Sektionen bei einem nur insgesamt leichten Rückgang annähernd gleichgeblieben ist. Anhand einer weiteren Tabelle wurde die Anzahl an Obduktionen, die wegen eines unter Verdacht stehenden letalen Behandlungsfehlers vorgenommen wurden, wiederum jeweils einzeln und zusammengefasst dargestellt:

Tabelle 2: Anzahl an Obduktionen bei Behandlungsfehlerverdacht

Jahr	StA Essen	StA Bochum	Gesamt	Anteil an Gesamtabduktionen
1990/91	56	14	70	6 %
2000/01	102	54	156	13 %
2010/11	109	113	222	20 %

Anzahl an Obduktionen bei Behandlungsfehlerverdacht im zu untersuchenden Zeitraum für StA Essen und StA Bochum einzeln und zusammengefasst.

Dabei zeigt sich ein Anstieg von Sektionen bei behaupteten letalen Behandlungsfehlern der zu untersuchenden Jahre. Eine sehr deutliche Zunahme ist in Bochum zu verzeichnen. 2010/2011 kam es mit Rückblick auf 1990/1991 zu einer Verachtfachung der in Auftrag gegebenen gerichtsmedizinischen Sektionen (1990/1991: 2,3% - 2010/2011: 15,5%). In Essen kam es zu einer Verdopplung der Rate, bei jedoch einer insgesamt höheren Anzahl an angeordneten Sektionen (1990/1991: 9,8% - 2010/2011: 28%). Zusammengefasst konnte eine Verdreifachung rechtsmedizinischer Sektionen bei Behandlungsfehlerverdacht verzeichnet werden. Im Zusammenhang des vorliegenden Untersuchungsauftrages konnten 448 von insgesamt 3448 Fällen (13%) aufgrund eines vermuteten Behandlungsfehlers ermittelt werden.

3.4 Obduktion wegen vermutetem Behandlungsfehler

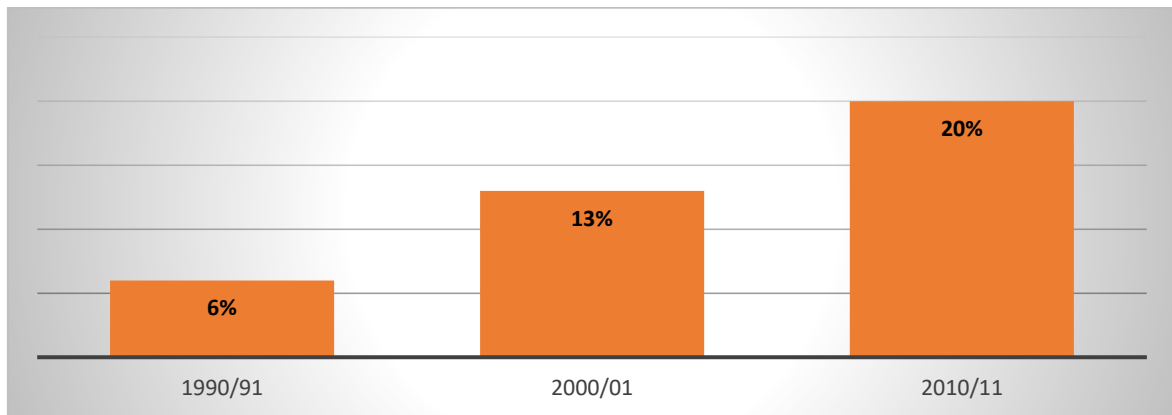


Abbildung 4: Prozentualer Anteil an Obduktionen nach Verdacht auf einen Behandlungsfehler, bezogen auf die Gesamtrate aller gerichtsmedizinischen Obduktionen der Rechtsmedizin Essen.

Der Anteil an gerichtsmedizinischen Sektionen, durchgeführt wegen des Verdachts eines Behandlungsfehlers, ist bei fast gleichbleibender Sektionsrate (1990/91: 1173; 2000/2001: 1159; 2010/11: 1116) pro Jahr von 6 % im Jahr 1990/1991, auf 13 % in 2000/2001 und auf 20 % in 2010/2011 gestiegen.

Nachfolgend erfolgt zudem eine differenzierte Darstellung der Landesgerichtsbezirke Essen und Bochum.

Bei deutlicher Reduktion der Obduktionszahlen in Essen insgesamt, ist ein deutlicher Zuwachs an gerichtsmedizinischen Sektionen bei Behandlungsfehlerverdacht zu verzeichnen. Ein Anstieg an Obduktionen bei fraglichem Behandlungsfehler bestätigt sich auch in Bochum.

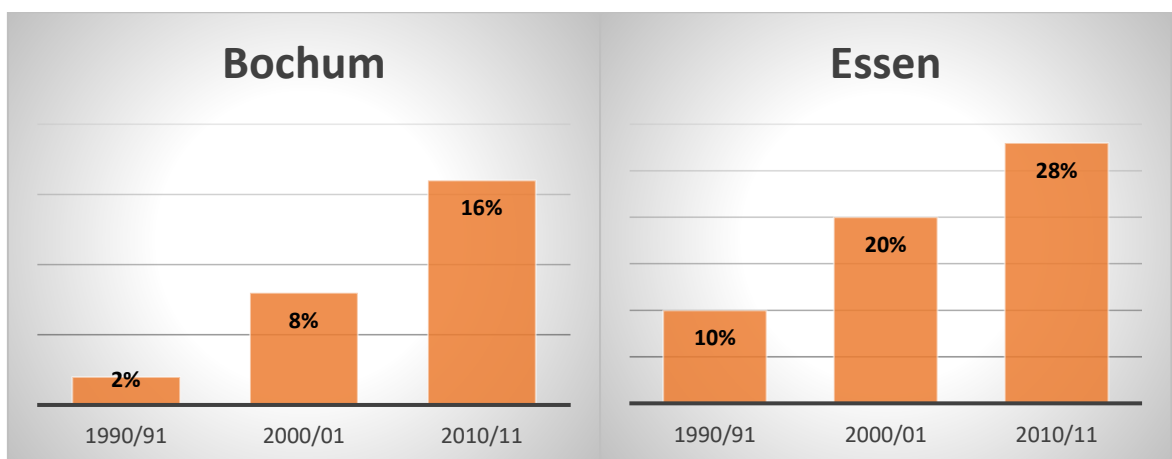


Abbildung 5 und 6: Prozentualer Anteil an Obduktionen nach Verdacht auf einen Behandlungsfehler, bezogen auf die Gesamtrate aller gerichtsmedizinischen Obduktionen des Landgerichtsbezirks Bochum bzw. Essen.

3.5 Patientendaten

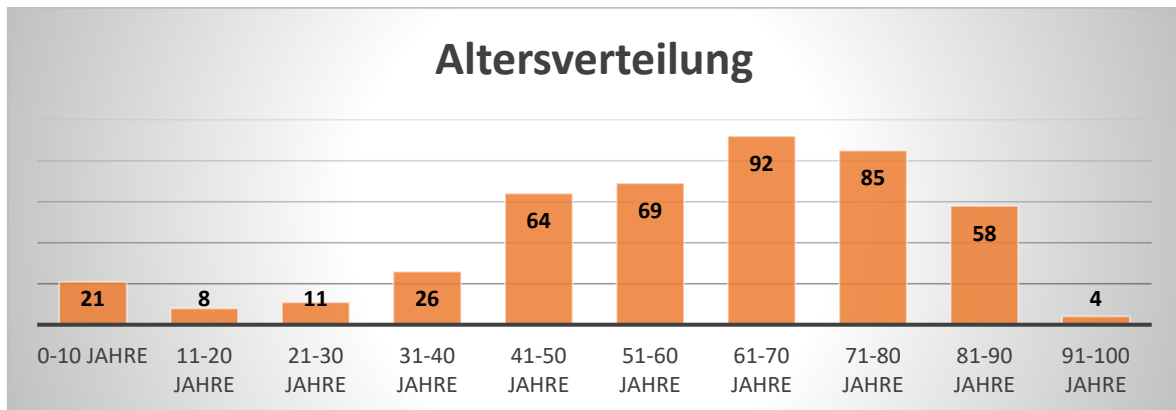


Abbildung 7: Altersverteilung in Zehnjahres-Intervallen bei Betrachtung der Gesamtzahl der Patienten.

Der Verdacht eines Behandlungsfehlers ergab sich am häufigsten in Bezug auf Patienten ab dem 50. Lebensjahr, mit einem geringen Anstieg von insgesamt 20,4 % um das 70. Lebensjahr. Die vermehrte Sterblichkeit bis zum zehnten Lebensjahr betraf vor allem Säuglinge bis zum ersten Lebensjahr, die nach rechtsmedizinischer Untersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit am plötzlichen Kindstod (SIDS) verstarben. In zehn Fällen fehlte die Angabe des Alters in der Sektionsakte. Die Betrachtung des Lebensalters der Patienten in Lebensdekaden dient der Anschaulichkeit des Phänomens des Anstiegs der letalen Fälle.



Abbildung 8: Geschlechterspezifische Aufteilung der Patienten.

Die Betrachtung der Geschlechterverteilung der zu ermittelnden 448 Fälle zeigte keine beträchtlichen Unterschiede. In 210 Fällen waren Frauen und in 238 Fällen Männer betroffen.

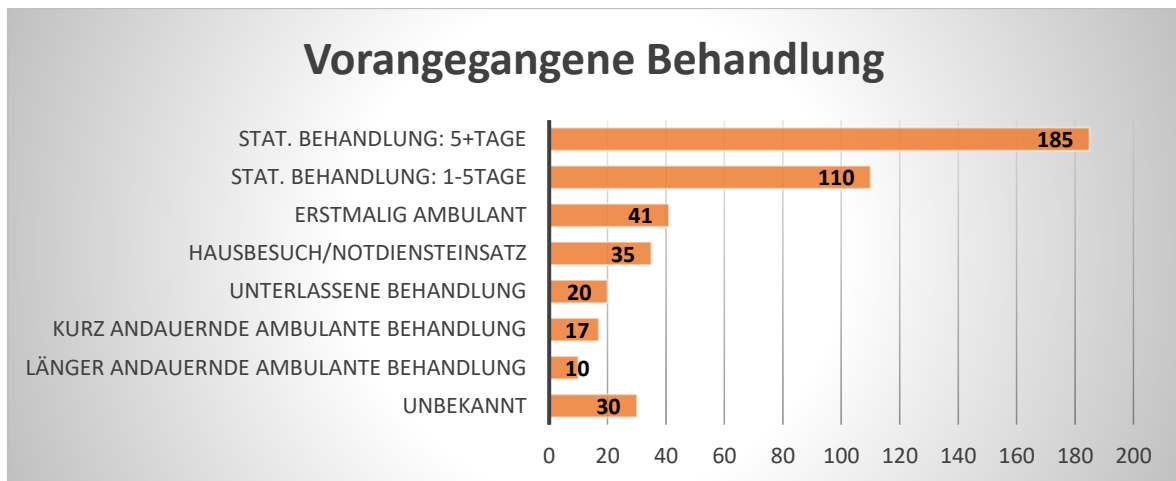


Abbildung 9: Betrachtung der Behandlungsdauer des Patienten vor Todeseintritt.

Bei der Auswertung der vorangegangenen Behandlung des verstorbenen Patienten wurde zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden. Dabei wurde die Dauer der Behandlung jeweils berücksichtigt. In 295 von insgesamt 448 Fällen befanden sich die Patienten zuvor in stationärer Behandlung. 185 Patienten hielten sich mehr als fünf Tage, 110 Patienten weniger als fünf Tage stationär in einem Krankenhaus auf.

Ambulant betreut wurden im Vergleich dazu nur 68 Patienten. In 35 Fällen erfolgte vor dem Todeseintritt ein Hausbesuch oder ein Notdiensteinsatz. In 20 Fällen konnte eine unterlassene Behandlung seitens der klinisch oder ambulant praktizierenden Ärzte eruiert werden.

In 30 Fällen gab es keine Information bezüglich der vorangegangenen Behandlung.

3.6 Todeszeitpunkt

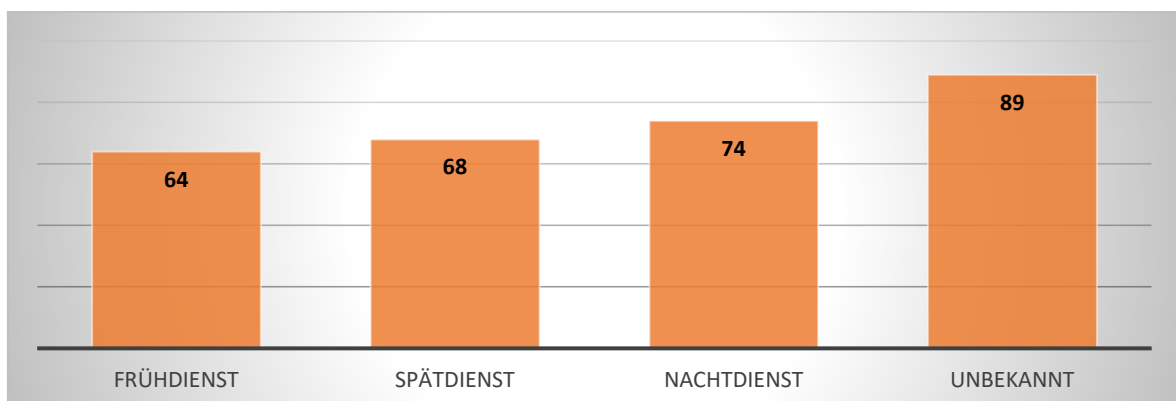


Abbildung 10: Zeitpunkt des Versterbens des Patienten aufgeteilt in Früh-, Spät- und Nachtdienst im Rahmen der stationären Behandlung.

Des Weiteren wurden die Daten im Hinblick auf den Zeitpunkt des Versterbens des Patienten mit der Einteilung in Früh-, Spät- und Nachtdienst gewählt, untersucht. Hierbei wurden nur die

stationären Fälle (n = 295) berücksichtigt. In der Mehrzahl der Fälle konnte keine genaue Zeitangabe ermittelt werden, so dass hier lediglich die Kategorisierung ‚unbekannt‘ vorgenommen werden konnte. In insgesamt 74 Fällen trat der Tod während des Nachtdienstes ein, im Vergleich dazu in 68 Fällen während des Spätdienstes und in 64 Fällen während des Frühdienstes. In einer hohen Anzahl der Fälle blieb der Zeitpunkt unklar (n = 89). Insgesamt ereigneten sich die meisten Todesfälle mit nur einer geringen Mehrheit in der Nacht.

3.7 Todesbescheinigung

Zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens durch die Polizei und die Staatsanwaltschaft kommt es grundsätzlich nach dem Attestieren eines „nicht natürlichen“ oder „ungeklärten“ Todes auf der Todesbescheinigung. Untersucht wurde hier zunächst die vom leichenschauenden Arzt eingetragene Todesart. Darüber hinaus wurde ermittelt, ob die Todesart nach Durchführung der Obduktion hinsichtlich ihrer Qualität anders eingeschätzt werden musste. Innerhalb der vorliegenden Auswertung konnten nur die Jahre 2010 und 2011 berücksichtigt werden. In den Obduktionsunterlagen der Jahre 1990, 1991, 2000 und 2001 fehlten in fast allen zu untersuchenden Dokumenten nähere Angaben zur Todesbescheinigung und somit zur Todesart. Somit konnten von den 222 Fällen der Jahre 2010 und 2011 bei 169 Fällen eine Analyse bezüglich der Angaben in der Todesbescheinigung erfolgen. In den beiden aufeinanderfolgenden auszuwertenden Jahren (2010/11) wurde vom leichenschauenden Arzt in 19 Fällen die Todesart „natürlich“, in 24 Fällen „nicht natürlich“ und in 126 Fällen die Todesart „ungeklärt“ angekreuzt.

Es soll nun eine Aufschlüsselung der verschiedenen Todesarten, besonders im Hinblick auf eine eventuelle Änderung der Qualität der Todesart nach durchgeführter gerichtsmmedizinischer Sektion erfolgen.

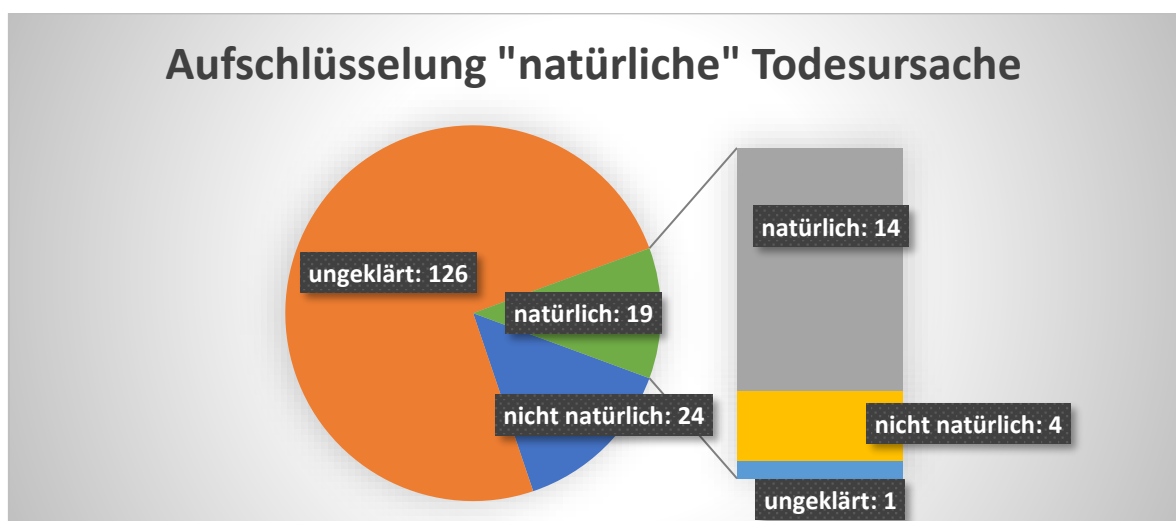


Abbildung 11: Darstellung der attestierten Todesart vor und nach der gerichtsmmedizinischen Sektion. Hier wurde seitens des Leichenschauarztes eine „natürliche“ Todesart attestiert (Kreisdiagramm) mit nachfolgender Aufschlüsselung der Todesart durch die Rechtsmedizin (Blockdiagramm).

In 19 Fällen wurde vom leichenschauenden Arzt die Todesart „natürlich“ eingetragen. Nach der gerichtsmedizinischen Sektion wurde die Qualität in vier Fällen in „nicht natürlich“ abgeändert; in einem Fall in „ungeklärt“. Eines natürlichen Todes starben den Attestierungen der gerichtsmedizinischen Obduktion nach insgesamt 14 Patienten.

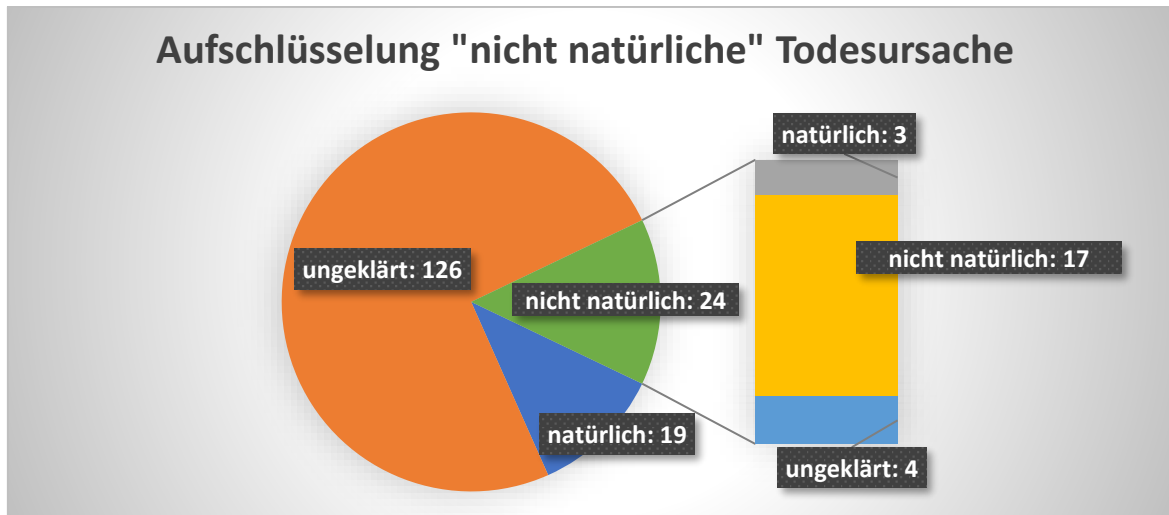


Abbildung 12: Darstellung der attestierten Todesart vor und nach der gerichtsmedizinischen Sektion. Hier wurde seitens des Leichenschauarztes eine „nicht natürliche“ Todesart attestiert (Kreisdiagramm) mit nachfolgender Aufschlüsselung der Todesart durch die Rechtsmedizin (Blockdiagramm).

In 24 Fällen wurde die Todesart „nicht natürlich“ in die Todesbescheinigung des leichenschauenden Arztes eingetragen. Nach Abschluss der Sektion wurde die Qualität in drei Fällen in „natürlich“ und in vier Fällen in „ungeklärt“ korrigiert. In 17 Fällen stimmten die Angaben der Todesart „nicht natürlich“ vor und nach der Obduktion überein.

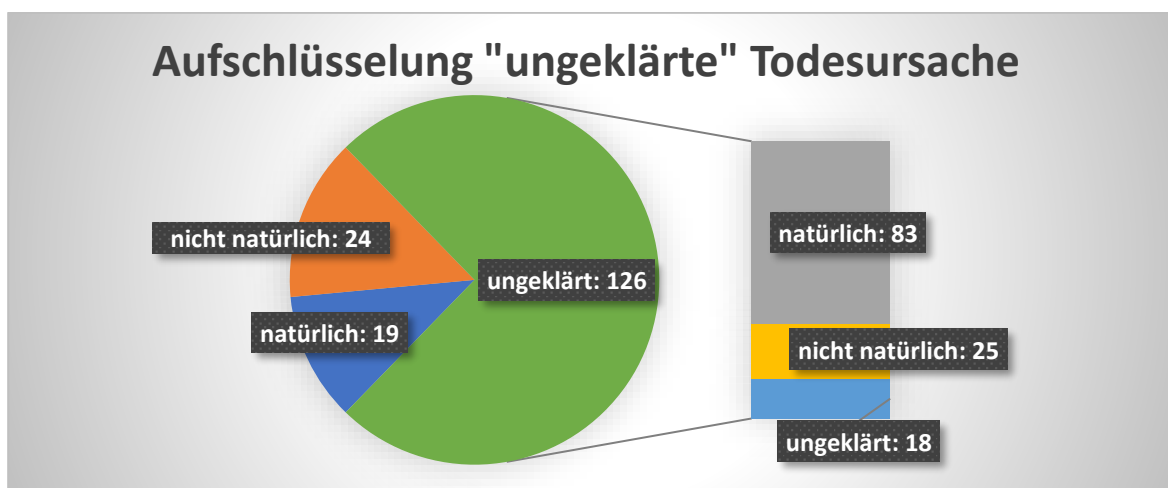


Abbildung 13: Darstellung der attestierten Todesart vor und nach der gerichtsmedizinischen Sektion. Hier wurde seitens des Leichenschauarztes eine „ungeklärte“ Todesart attestiert (Kreisdiagramm) mit anschließender Aufschlüsselung der Todesart durch die Rechtsmedizin (Blockdiagramm).

In 126 Fällen wurde die Todesart „ungeklärt“ vom klinisch tätigen Arzt attestiert. Die gerichtsmmedizinische Obduktion erbrachte, dass von den 126 ungeklärten Todesfällen 83 Patienten eines natürlichen Todes und 25 Patienten eines nicht natürlichen Todes starben. Lediglich in 18 Fällen konnte die genaue Todesursache auch nach rechtsmedizinischer Obduktion nicht ermittelt werden und es blieb somit die Todesart „ungeklärt“ bestehen.

Stellt man die Angaben zur Todesart, die der klinisch tätige Arzt im Rahmen der Leichenschau attestiert hat, dem Obduktionsergebnis der Rechtsmedizin gegenüber, so ergibt sich, dass von den 169 Fällen die Beurteilung der Todesart nach der Durchführung der Obduktion in 120 Fällen (71 %) abgeändert werden musste, und zwar zumeist von „ungeklärt“ in „natürlich“.

In insgesamt 146 der 169 Fälle (86,4 %) aus den Jahren 2010/2011 mit vorhandenen Angaben zur Todesart konnten also durch die Rechtsmedizin abschließende Angaben zur Todesart gemacht werden.

3.8 Anschlussuntersuchungen nach Obduktion

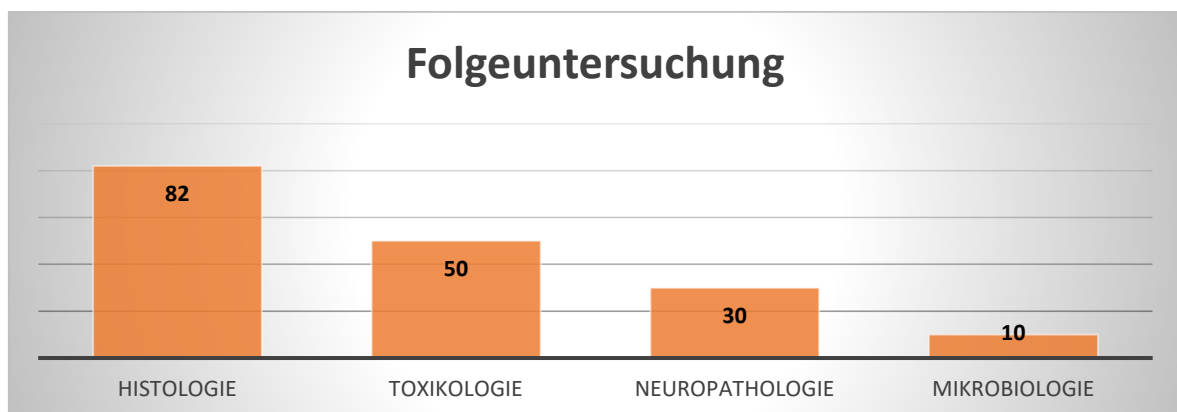


Abbildung 14: Anzahl der in Auftrag gegebenen Folgeuntersuchungen nach der gerichtsmedizinischen Obduktion.

Konnte nach Durchführung der gerichtsmedizinischen Obduktion die Frage der Todesursache und im weiteren Schritt die Klärung der Sorgfaltspflichtverletzung nicht eindeutig geklärt werden, so wurden im Anschluss an die Obduktionen insgesamt 174 Folgeuntersuchungen in Auftrag gegeben. Zu diesen Folgeuntersuchungen zählen die histologische-, toxikologische-, neuropathologische-, mikrobiologische- und die virologische Untersuchung. Von diesen fünf genannten Untersuchungsarten wurde innerhalb der auszuwertenden Jahre mit 82 Fällen am häufigsten die histologische zur Begutachtung gewählt. Die chemisch-toxikologische Untersuchung wurde in 50 Fällen in Auftrag gegeben. Eine neuropathologische Folgeuntersuchung fand in 30 Fällen und eine mikrobiologische Untersuchung in 10 Fällen statt. Zu einer virologischen Untersuchung kam es nur in zwei Fällen, weshalb diese in der Abbildung nicht mit aufgeführt wurde.

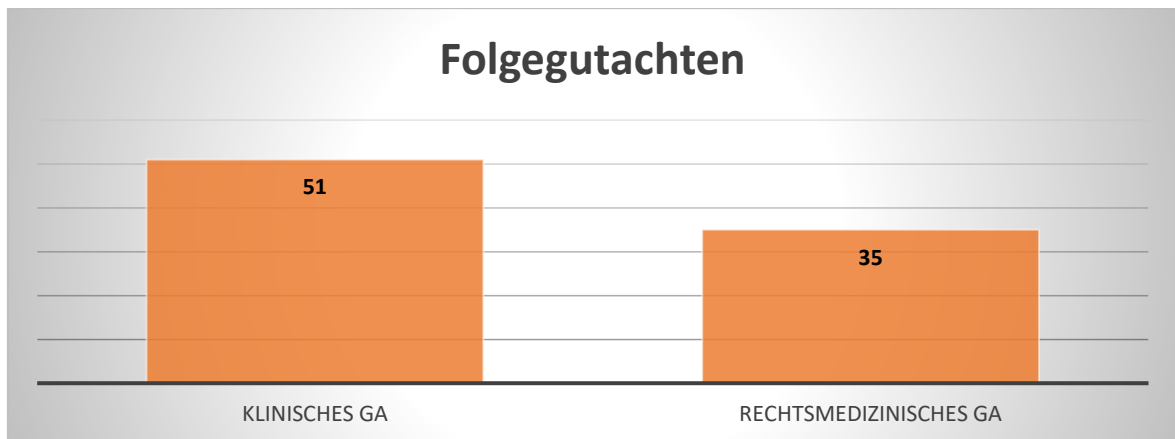


Abbildung 15: Anzahl der in Auftrag gegebenen rechtsmedizinischen und klinischen Follegutachten.

Zur Feststellung der Ursächlichkeit eines medizinischen Vorgehens für einen todesursächlichen Gesundheitsschaden wurde in einigen Fällen ein klinisches Sachverständigengutachten eingeholt, seitens der Staatsanwaltschaft auf Empfehlung der Rechtsmediziner, zwingendermaßen aus dem entsprechenden klinischen Fachgebiet. Erfasst wurden in dieser Arbeit das rechtsmedizinische und das klinische Follegutachten. In 35 Fällen wurde ein Gutachten von Seiten der Rechtsmedizin erstellt. Bei weiteren fachspezifischen Fragestellungen ist ein klinisches Gutachten zur endgültigen Klärung einer vermeintlichen Sorgfaltspflichtverletzung in Auftrag gegeben worden. In 51 von insgesamt 448 Fällen eines fraglichen Behandlungsfehlers wurden Fachärzte klinischer Disziplinen zu einer Stellungnahme zum Sachverhalt und Erstellung eines klinischen Gutachtens beauftragt.

3.9 Todesursache nach rechtsmedizinischer Beurteilung

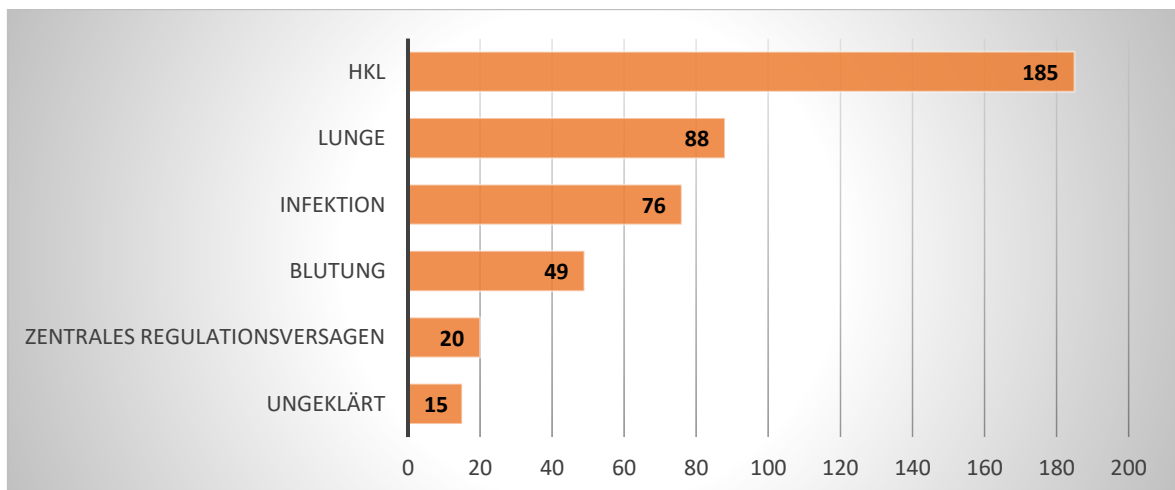


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der Todesursache.

Nach Durchführung der gerichtsmedizinischen Obduktion kommt es zur Beurteilung der zum Tode führenden Ursache. Diese Todesursache, vermerkt in den Obduktionsakten, wurde für die vorliegende Auswertung herangezogen und in der oben dargestellten Abbildung der Häufigkeit nach zusammengefasst aufgeführt:

185 Todesfälle fielen auf das Herz-Kreislauf-System. An führender Stelle stand hier der Myokardinfarkt, der in 62 Fällen den Tod verursachte. Eine Herzinsuffizienz führte in 17 Fällen, eine koronare Herzkrankheit in 11 Fällen zum Versterben. Weitere Todesfälle ereigneten sich durch eine Herzbeutelamponade (n = 9), Arteriosklerose (n = 7), Herzmuskelhypertrophie (n = 6), Aortenaneurysma (n = 4), Perikarditis (n = 3), Herzrhythmusstörungen (n = 3), Endokarditis (n = 2), Myokarditis (n = 1), Cor pulmonale (n = 1) und die Aortendissektion (n = 1). Die restlichen Fälle (n = 51) wurden, nicht weiter differenziert als Herz-Kreislauf-Versagen angegeben. Des Weiteren wurden noch der hypoxische Hirnschaden und der Insult hinzugezählt.

Erkrankungen der Lunge wurden in 88 Fällen als Todesursache festgestellt. Hierbei standen Entzündungen der Lunge (Pneumonie) (n = 48) sowie des Tracheobronchialsystems (n = 6) in insgesamt 54 Fällen an erster Stelle. In 24 Fällen stellte sich eine Lungenembolie heraus. Eine respiratorische Insuffizienz bestand in fünf Fällen, ein Pneumothorax und ein Lungenversagen in jeweils zwei Fällen und ein Status asthmaticus in einem Fall.

An dritter Stelle, in insgesamt 76 Fällen, führten Infektionserkrankungen zum Tode. In 62 Fällen kam es zur Ausbildung einer Sepsis, bzw. einem Multiorganversagen. In 16 Fällen führte eine Peritonitis zum Versterben des Patienten.

Als weitere Todesursache wurde ein Blutungsschock identifiziert. Dieser ereignete sich in insgesamt 49 Fällen.

46 Todesursachen konnten keiner der oben genannten Gruppen zugeordnet werden und aufgrund einer zu geringen Anzahl der diversen Einzelfälle (beispielhaft zu nennen: Pankreatitis, Niereninsuffizienz, Leberversagen, anaphylaktischer Schock, epileptischer Anfall, Polytrauma) wurde von einer differenzierten Darstellung abgesehen. In 15 Fällen konnte nach Durchführung der gerichtsmedizinischen Sektion keine sichere Angabe zur Todesursache gemacht werden.

Auch im Rahmen der Todesursachenermittlung kam es zu Mehrfachnennungen, so dass bei 448 Fällen insgesamt 479 Todesursachen genannt wurden.

3.10 Berufsgruppen

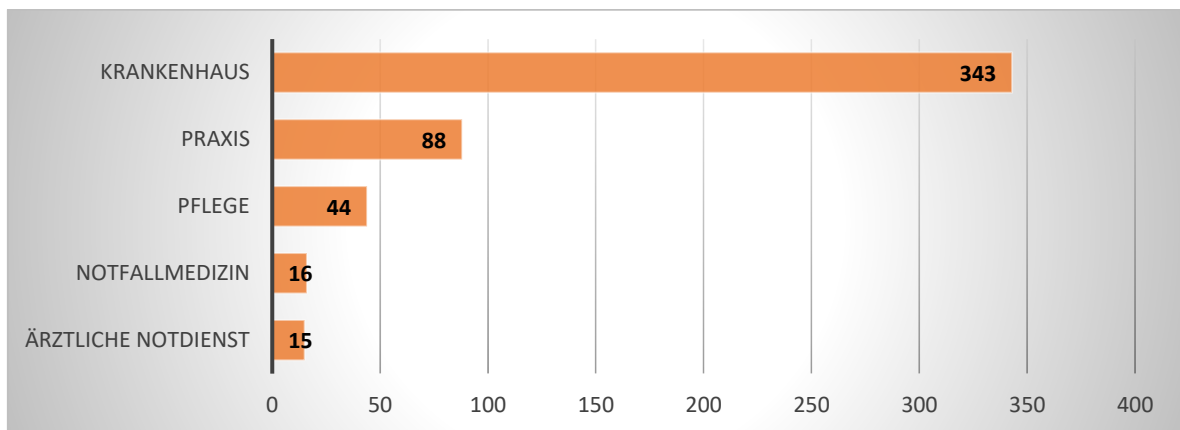


Abbildung 17: Häufigkeitsverteilung der aufgrund eines fraglichen Behandlungsfehlerverdachts ermittelten Berufsgruppen.

Bei der Frage, welche Ärzte aus welchem Tätigkeitsfeld sowie andere Berufsgruppen im medizinischen Dienst, am häufigsten unter Verdacht standen, einen Behandlungsfehler begangen zu haben, sind es am meisten die im Krankenhaus tätigen Ärzte mit einer Anzahl von 343.

In 88 Fällen wurden die in einer Praxis niedergelassenen Haus- und Fachärzte beschuldigt. Notfallmediziner und Notdienstärzte wurden in 16, beziehungsweise 15 Fällen eines möglichen Behandlungsfehlers beschuldigt. In einem Fall wurde der Vorwurf gegen einen Rettungssanitäter erhoben. Auch dem Pflegepersonal in Krankenhäusern, Seniorenzentren und Rehabilitationseinrichtungen, wurden in 44 Fällen der Vorwurf eines pflegerischen Behandlungsfehlers erhoben.

In einem Fall richtete sich der Vorwurf gegen das Gesundheitsamt, in sechs Fällen blieb die Berufsgruppe unbekannt (nicht in Abb. 17 enthalten).

Zusammenfassend gesagt wurde gegen 513 Personen ermittelt (Mehrfachbeschuldigungen), in 465 Fällen gegen Ärzte verschiedener Bereiche und in 44 Fällen gegen das Pflegepersonal.

3.11 Fachabteilung

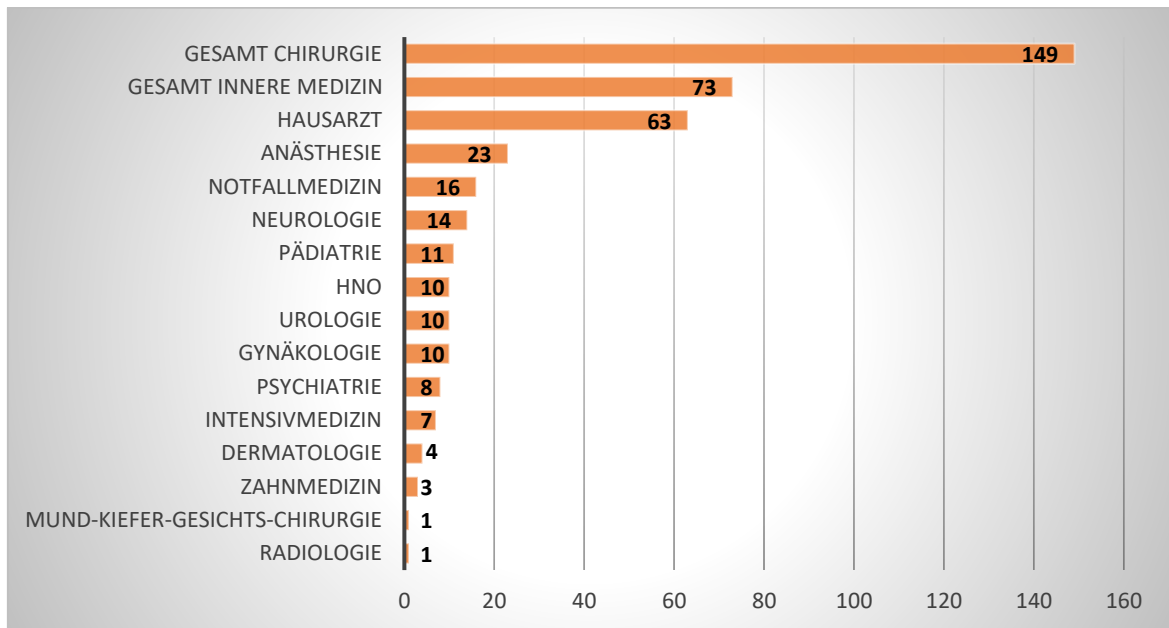


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung an Behandlungsfehlervorwürfen auf die verschiedenen Fachabteilungen.

Bei der Erfassung der einzelnen Fachdisziplinen ergab sich, dass am häufigsten, in 149 der insgesamt 448 auszuwertenden Dokumente, ein chirurgisches Fach mit den Disziplinen Allgemein-/Visceralchirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Thoraxchirurgie und Neurochirurgie bezüglich eines Verdachts eines Behandlungsfehlers beschuldigt wurde. Die Fachabteilung der Orthopädie wurde hier hinzugezählt. 73 Fälle richteten sich gegen das Fach der Inneren Medizin, mit den Fachdisziplinen Kardiologie, Pulmonologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatrie und Onkologie. Eine hohe Anzahl an Vorwürfen betraf die niedergelassenen praktizierenden Ärzte, die in 63 Fällen eines vermuteten Behandlungsfehlers beschuldigt wurden. In 52 Fällen war aus der Akte nicht ersichtlich, welche Fachabteilung sich mit einem Behandlungsfehlervorwurf konfrontiert sah und so wurde die Kategorisierung „unbekannt“ vorgenommen. In mehreren Fällen kamen im Rahmen der Ermittlung der Fachdisziplinen auch Mehrfachnennungen von Ärzten verschiedener Fachabteilungen vor, die mit einem Behandlungsfehler konfrontiert wurden. Diese Mehrfachnennungen wurden alle berücksichtigt und in die Auswertung mit einbezogen. In insgesamt 42 der 448 Fälle kam es zu solchen Mehrfachnennungen.

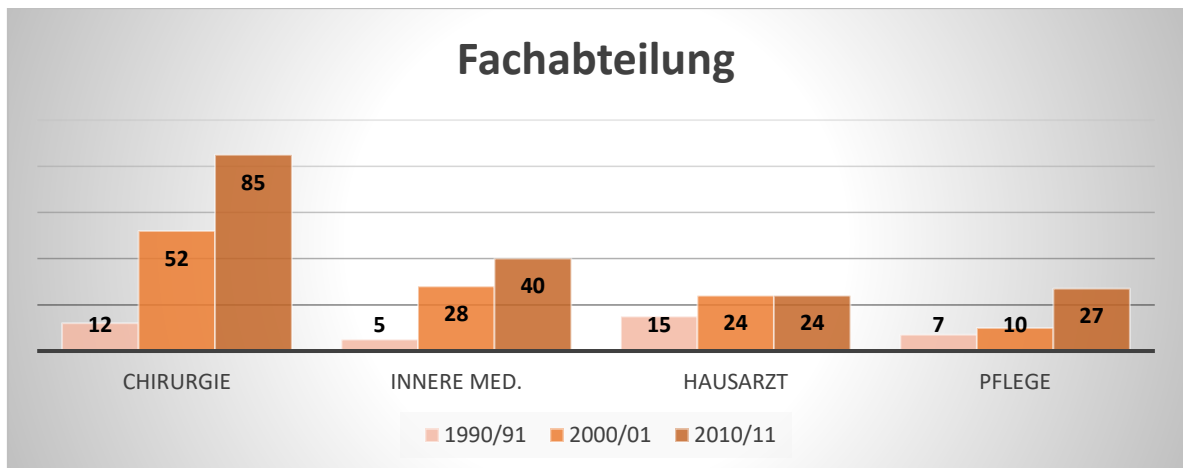


Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der am häufigsten unter Behandlungsfehlerverdacht stehenden Berufsgruppen im Vergleich auf den Untersuchungszeitraum.

Als Weiteres wurden die Leistungserbringer, die am häufigsten unter einem Behandlungsfehlerverdacht standen, getrennt voneinander für den erfassten Zeitraum 1990 bis 2011 betrachtet. Auffällig ist hier vor allem der Anstieg in der Disziplin der Chirurgie, im Gegensatz zu den Internisten. Bei den Allgemeinmedizinerern war die Anzahl an Ermittlungsverfahren gegen sie in den Jahren 2000/01 und 2010/11 konstant.

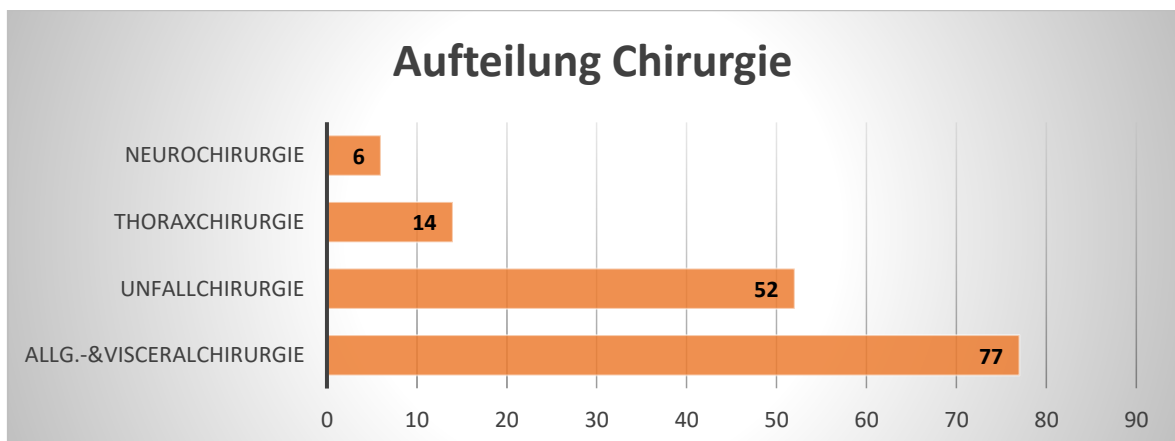


Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung an Behandlungsfehlervorwürfen auf die Fachdisziplinen der Chirurgie.

Es erfolgt nun die Aufteilung der einzelnen chirurgischen Fachdisziplinen. Die Allgemein- und Visceralchirurgie stand in 77 Fällen wegen eines möglichen Behandlungsfehlers unter Verdacht. Die Fachdisziplin Gefäßchirurgie wurde hier aufgrund der zu geringen Anzahl an Verdachtsfällen zur Allgemein- und Visceralchirurgie gezählt. Auch wurden solche Fälle, die sich zwar aufgrund der gegebenen Schilderung klar zur chirurgischen Fachdisziplin zuordnen ließen, bei denen jedoch eine weitere Kategorisierung in eine der chirurgischen Fachdisziplinen nicht ersichtlich war, zur Allgemein- und Visceralchirurgie gezählt. Die Fachdisziplinen der Unfallchirurgie und der Orthopädie

wurden aufgrund meist fehlender expliziter Nennungen zusammengefasst. 52 Fälle richteten sich an diese Fachdisziplinen.

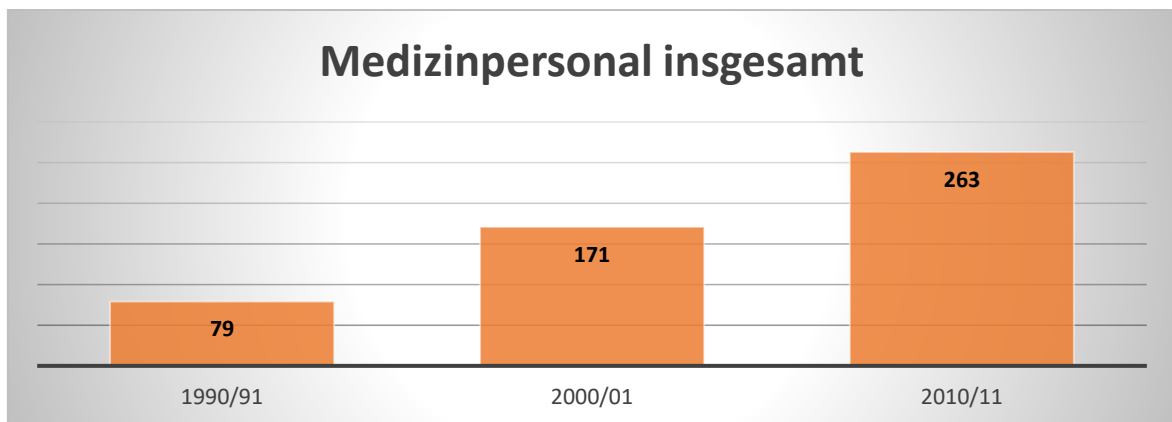


Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung des unter Behandlungsfehlerverdacht stehenden medizinischen Personals im Untersuchungszeitraum.

Weiter wurde untersucht, wie oft ärztliches und pflegerisches Personal in den beiden Dekaden betrachtet, eines ärztlichen und/ oder pflegerischen Behandlungsfehlers beschuldigt wurden. Es ereignete sich ein beträchtlicher Anstieg im angesprochenen Zeitraum: 79 Beschuldigungen in den Jahren 1990/91, 171 in den Jahren 2000/01 und 263 Anschuldigungen in den Jahren 2010/11. Die Rate an vermuteten Fehlern in der ärztlichen und/ oder pflegerischen Behandlung hat sich somit mehr als verdreifacht. Insgesamt richteten sich 513 Vorwürfe an den Arzt oder die Pflege. Es wurde bei einer Gesamtzahl von 448 zu bearbeitenden Fällen in 42 Fällen gegen mehr als eine Person im medizinischen Dienst der Verdacht eines Behandlungsfehlers erhoben.

3.12 Behandlungsfehler

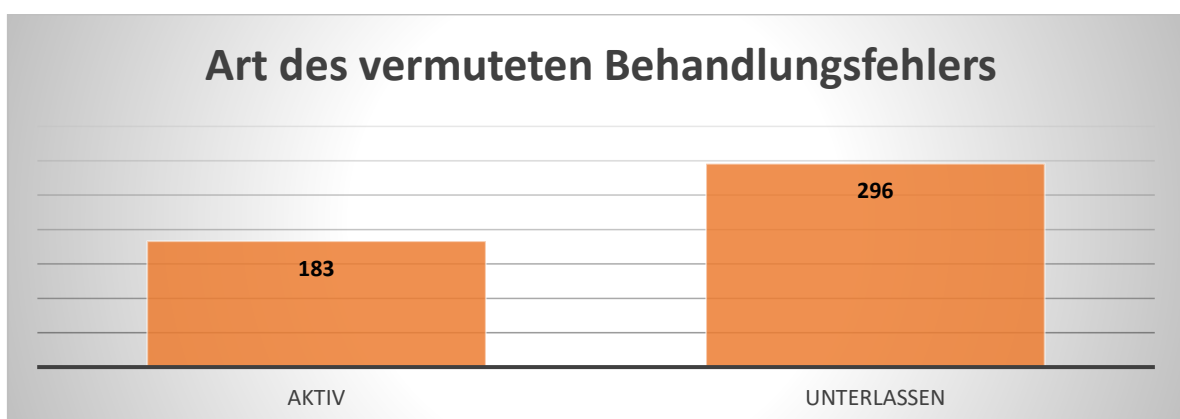


Abbildung 22: Fehlereinteilung in aktives Tun und Unterlassen bei vermuteten Behandlungsfehlern.

Wurde nun von den Angehörigen durch das Vorbringen eines Vorwurfs oder vom klinisch tätigen Arzt durch das Ankreuzen einer „ungeklärten“ oder „nicht natürlichen“ Todesart auf der Todesbescheinigung ein möglicher Behandlungsfehler vermutet, so muss die Frage nach dem eigentlichen begangenen Behandlungsfehler genauer gestellt werden.

Bezieht man sich auf die strafrechtlich vorgegebenen Kategorien, so werden die begangenen Behandlungsfehler nach „aktivem Tun“ oder „Unterlassen“ unterschieden.

In 296 von den vorliegenden Fällen (59,9 %) bestand der Verdacht eines Unterlassens und in 183 Fällen (37,0 %) der eines aktiven Tuns. In weiteren 15 Fällen (3,0 %) konnte keine genaue Fehlerbeschreibung gemacht werden, weil Angaben überhaupt fehlten. Bei der Auswertung sind Mehrfachnennungen (n insgesamt = 494) mit einbezogen worden, aus diesen Gründen übersteigen die Zahlen die aktuellen Fälle.

Diese grobe Unterteilung in „Tun“ und „Unterlassen“ ist sehr allgemein und aus medizinischer Sicht zu unspezifisch gehalten, so dass noch keine Rückschlüsse bezüglich der Klärung eines Fehlergeschehens gezogen werden können.

Bei der Auswertung der insgesamt 448 Akten zu möglicherweise vermeidbaren Behandlungsfehlern wurde anhand der erfassten Fälle eine Vielzahl von Fehlerarten herausgearbeitet, die einen Gesundheitsschaden mit letalem Ausgang zur Folge hatten.

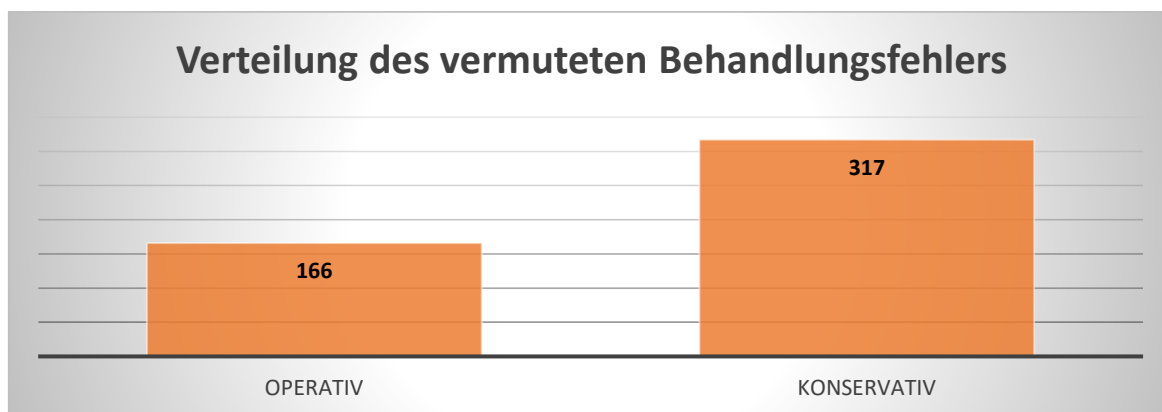


Abbildung 23: Fehlereinteilung bei vermuteten Behandlungsfehlern, in konservativ und operativ.

Die Behandlungsfehler wurden zunächst grob in die beiden Großgruppen „konservativ“ und „operativ“ eingeteilt. Es muss aber gesagt werden, dass die „operativen“ Fehler in dieser Arbeit nicht nur den chirurgischen und anderen operativen Disziplinen zugeordnet werden, sondern auch den Disziplinen, die als „konservativ“ gelten, wie z.B. die Innere Medizin. Hier werden zunehmend invasive Maßnahmen eingesetzt, sei es im Bereich der Endoskopien, Punktionen oder auch Katheteruntersuchungen. Umgekehrt gibt es genauso „konservative Fehlervorkommnisse“ im operativen Bereich. Die Fehlerverteilung ergab 317 „konservative“ (64,2 %) und 166 „operative“ (33,6 %) Behandlungsfehler, die in Frage standen. Auch hier kam es zu Mehrfachnennungen (n insgesamt = 494). In elf Fällen (2,2 %) konnte keine Zuordnung erfolgen.

3.13 Differenzierung des vermuteten Fehlers

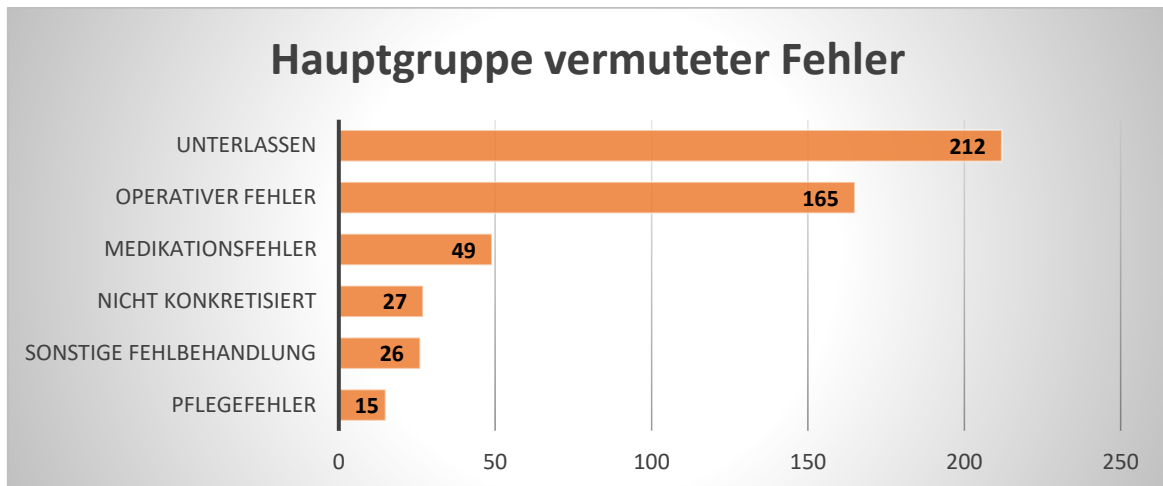


Abbildung 24: Einteilung der vermuteten Behandlungsfehler in sechs Hauptgruppen.

Ganz unterschiedliche Fehlerarten wurden in sechs Hauptgruppen erfasst. Sie wurden in die Kategorien „Unterlassen medizinischer Maßnahmen“, „Operative Fehler“, „Medikationsfehler“, „sonstige Fehlbehandlung“, „Pflegerfehler“ und „nicht konkretisierter Fehler“ eingeteilt. In 212 Fällen (43 %) wurde ein Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen beanstandet. Ein operativer Fehler wurde in 165 Fällen (33 %) vorgeworfen. Ein fraglicher Medikationsfehler wurde in 49 Fällen (10 %), eine Fehlbehandlung in 26 Fällen (5 %) vermutet. Zu den Fehlbehandlungen wurden Fehler zusammengefasst, die sich zu keiner der anderen Hauptgruppen zuordnen ließen. Ein Pflegefehler vorwurf ereignete sich in 15 Fällen (3 %). Fehler, die in den Akten nicht näher gekennzeichnet waren, wurden als „nicht konkretisiert“ erfasst. 27 solcher Fälle (6 %) waren zu vermerken. Insgesamt wurden bei den 448 Fällen 494 Fehlervorwürfe geäußert, da es in einigen Fällen zu Zwei-, Dreifach- und Fünffach-Anschuldigungen kam ($n = 46$).

Weiter soll nun eine detailliertere Aufschlüsselung der möglichen Behandlungsfehler erfolgen, um eine genauere Differenzierung der vorgeworfenen Fehler zu erhalten.

3.13.1 Unterlassen medizinischer Maßnahmen

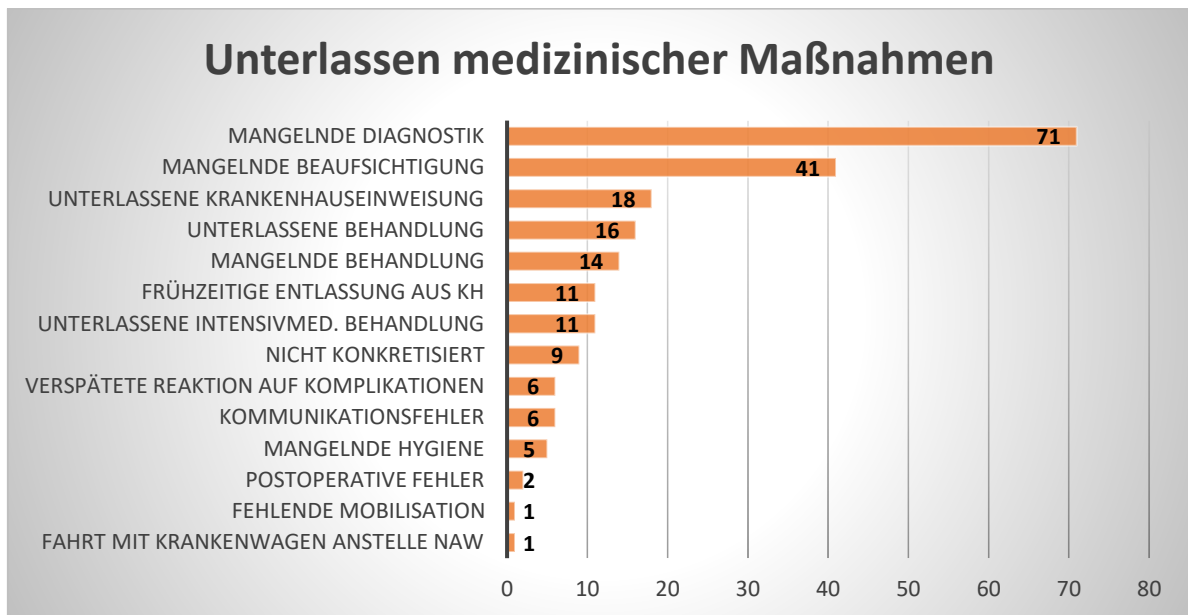


Abbildung 25: Häufigkeitsverteilung verschiedener vorgeworfener Behandlungsfehler im Rahmen eines fraglichen Unterlassens medizinischer Maßnahmen.

Überwiegend wurde ein Unterlassen medizinisch erforderlicher Maßnahmen beanstandet ($n = 212$). Bei der detaillierten Betrachtung kam es am häufigsten zum Vorwurf einer mangelnden Diagnostik. Unter mangelnder Diagnostik wird eine unzureichende bis gar nicht durchgeführte Untersuchung zur Feststellung eines möglichen Krankheitszustandes verstanden.

In 71 Fällen (33 %) kam es zu einer solchen mangelnden Diagnostik bei bestehenden Erkrankungssymptomen. In den meisten Fällen ($n = 36$) waren es Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, die verkannt und somit nicht richtig behandelt wurden. In 16 Fällen (23 %) erfolgte zum Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms keine suffiziente Diagnostik im Sinne einer EKG-Untersuchung. Zudem wurde im ambulanten Bereich keine Krankenhauseinweisung für die weitere Abklärung ausgestellt.

In 41 Fällen (19 %) wurde eine fraglich mangelnde Beaufsichtigung beanstandet. Hierzu ist zu bemerken, dass dieser Fehler oftmals sowohl an die Pflege als auch an die Ärzte gleichermaßen adressiert war und eine Differenzierung deshalb nicht vorgenommen wurde. Bemängelt wurde in der Mehrzahl der Fälle, dass keine ausreichende Betreuung auf der Station vorhanden war. Des Weiteren wurde eine unzureichende Beaufsichtigung auf der Intensivstation vorgeworfen, die zu Stürzen aus dem Bett geführt hat, mangelhafte Fixierungen, technische Fehler oder Defekte, die unentdeckt blieben, beispielsweise Fahrlässigkeiten wie ein gezogener Stecker eines Beatmungsgerätes, unzureichende Beaufsichtigungen während medizinischer Anwendungen, beispielsweise ein nicht angeschlossener Dialyseschlauch während einer Dialyse. Im Bereich der psychiatrischen Behandlung wurde ein Sturz aus großer Höhe als fehlerhaftes Vorgehen mangels einer ausreichenden Beaufsichtigung vorgeworfen.

Des Weiteren wurde in 18 Fällen (9 %) eine unterlassene Krankenhausaufnahme und in elf Fällen (5 %) eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus beanstandet

Eine unterlassene Behandlung wurde in 16 Fällen (8 %) beanstandet, hierbei in sieben Fällen ein unterbliebener Hausbesuch des praktizierenden Arztes.

In 14 Fällen (7 %) wurde der unspezifische Vorwurf einer mangelnden Behandlung geäußert. Diese Vorwürfe blieben aber ohne eine weitere Erläuterung; es wurde lediglich die Anschuldigung gemacht, dass „keine richtige Behandlung“ stattgefunden habe.

In elf Fällen (5 %) wurde bemängelt, dass eine intensivmedizinische Versorgung zu spät oder gar nicht stattgefunden habe. Kommunikationsdefizite wurden in insgesamt sechs Fällen (3 %) behauptet. In einem Fall soll ein Kommunikationsdefizit zwischen den Ärzten untereinander mit mangelndem Informationsaustausch bestanden haben. In fünf Fällen wurde bemängelt, dass die Angehörigen selbst ungenügend über den medizinischen Sachverhalt informiert worden seien. Beispielsweise kam es zu einem Vorwurf seitens der Angehörigen, dass mangelnde Aufklärung oder fehlende Absprache zwischen dem behandelnden Arzt und dem dann Verstorbenen bestanden habe oder auch dass die Angehörigen selbst ungenügend über den medizinischen Sachverhalt und über weitere medizinische Maßnahmen informiert worden seien.

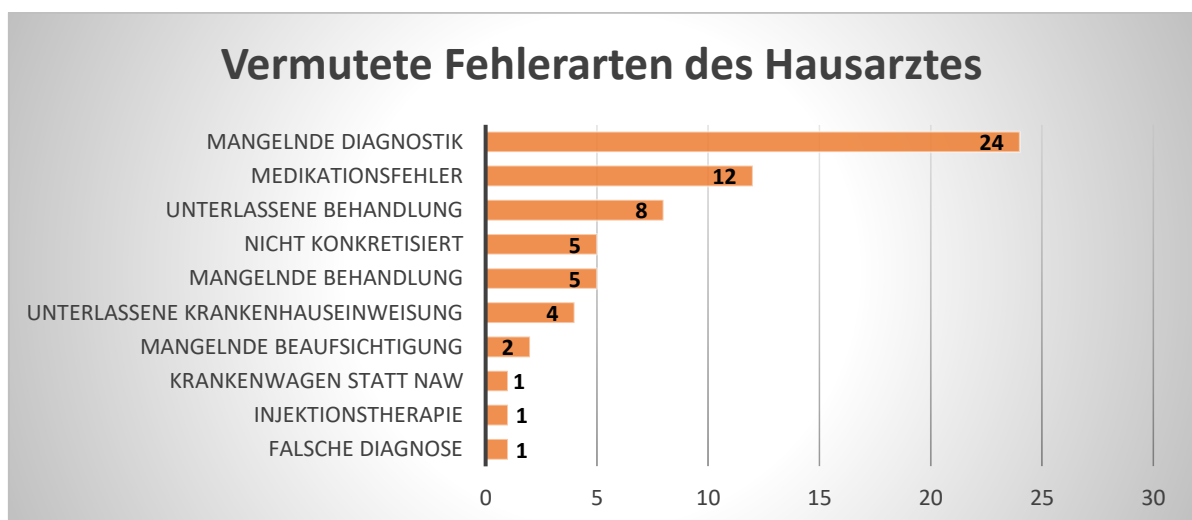


Abbildung 26: Aufteilung der vermuteten Fehlerarten auf den Hausarzt.

Anhand der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass es in hoher Anzahl die praktizierenden Hausärzte sind, die eines Behandlungsfehlers verdächtigt werden. In insgesamt 63 Fällen wurde gegen sie ermittelt. In der Mehrzahl wurde dieser Fachdisziplin eine mangelnde Diagnostik unterstellt (n = 24). In 12 Fällen kam es zu dem Verdacht eines Medikationsfehlers und in acht Fällen zu einer unterlassenen Behandlung, am häufigsten war es der unterlassene Hausbesuch (n = 7).

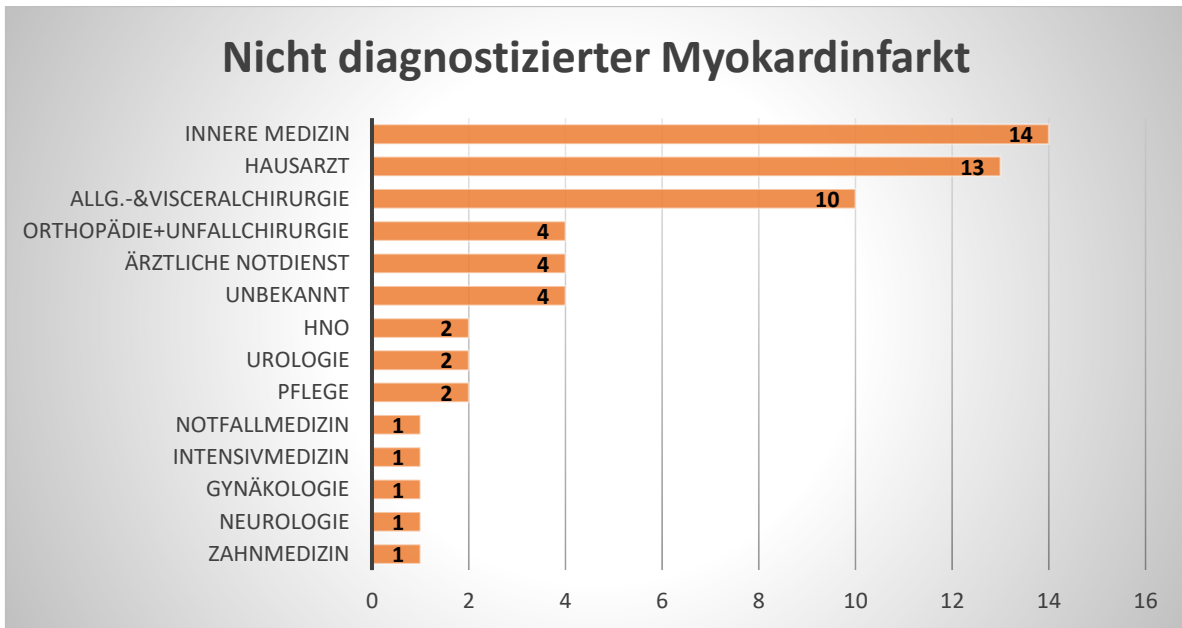


Abbildung 27: Häufigkeitsverteilung bei den Fachärzten, die einen Myokardinfarkt nicht diagnostizierten.

Die insgesamt 60 nicht diagnostizierten Myokardinfarkte, teilen sich auf folgende Fachdisziplinen auf: In 14 Fällen waren es Ärzte der Inneren Medizin, davon fünf Kardiologen, in 13 Fällen die allgemeinpraktizierenden Ärzte. In zehn Fällen betraf es Ärzte der Allgemein- und Visceralchirurgie, sowie der Thoraxchirurgie und in vier Fällen Ärzte der Orthopädie und Unfallchirurgie. In weiteren vier Fällen waren es Ärzte im Notdienst, in einem Fall war es ein Notfallmediziner. In 16 Fällen blieb ein Myokardinfarkt aufgrund einer mangelnden Diagnostik unentdeckt.

3.13.2 Operativer Behandlungsfehler

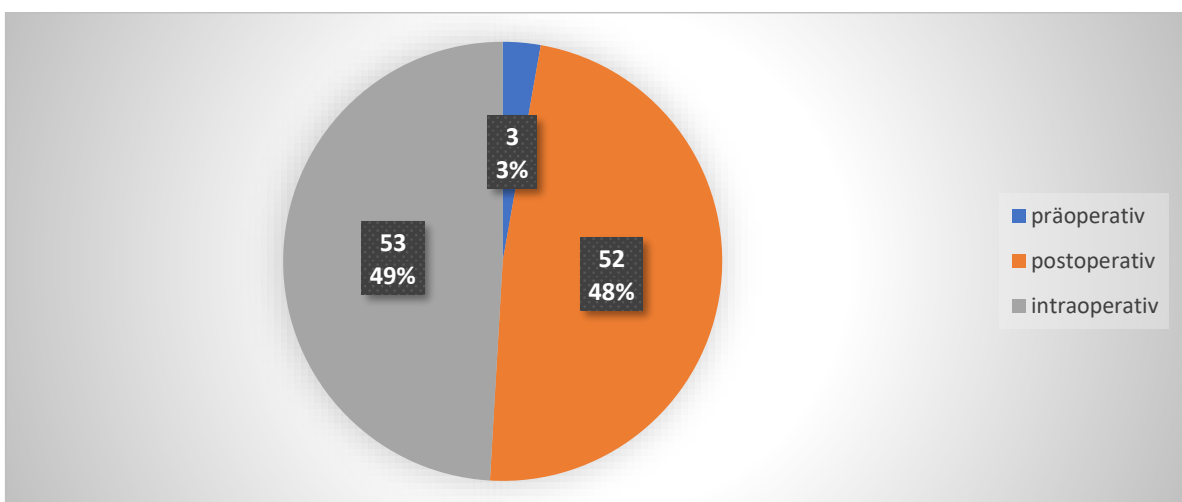


Abbildung 28: Unterteilung der unter Verdacht stehenden operativen Behandlungsfehler in präoperative-, intraoperative- und postoperative Fehler.

Zum Bereich der operativen Behandlungsfehler werden mögliche Fehler gezählt, die im Rahmen

operativer- und anderer invasiver Eingriffe verursacht worden sind. Dabei wurden die operativen Fehler zeitlich in prä-, intra- und postoperativ unterteilt.

Ein präoperativer Fehler wurde in nur drei Fällen aufgrund einer verspäteten Operationseinleitung vermutet.

In insgesamt 53 Fällen kam es zu fraglich intraoperativen Behandlungsfehlern, die entweder während einer Operation gemacht wurden mit sofortigem Versterben im Operationsbereich bzw. auf dem Operationstisch (Exitus in tabula; n = 19), oder sich während der Operation ereigneten mit späterem Versterben.

In 52 Fällen ereignete sich ein fraglich postoperativer Behandlungsfehler. Es traten nach einer Operation Komplikationen ein, die als schwerwiegend und aufklärungspflichtig anzusehen waren, die aber auch durch zu spätes Erkennen oder eine zu späte Reaktion zum Tragen kamen. Hinzu kamen noch Komplikationen aufgrund von postoperativem Infektionsgeschehen.

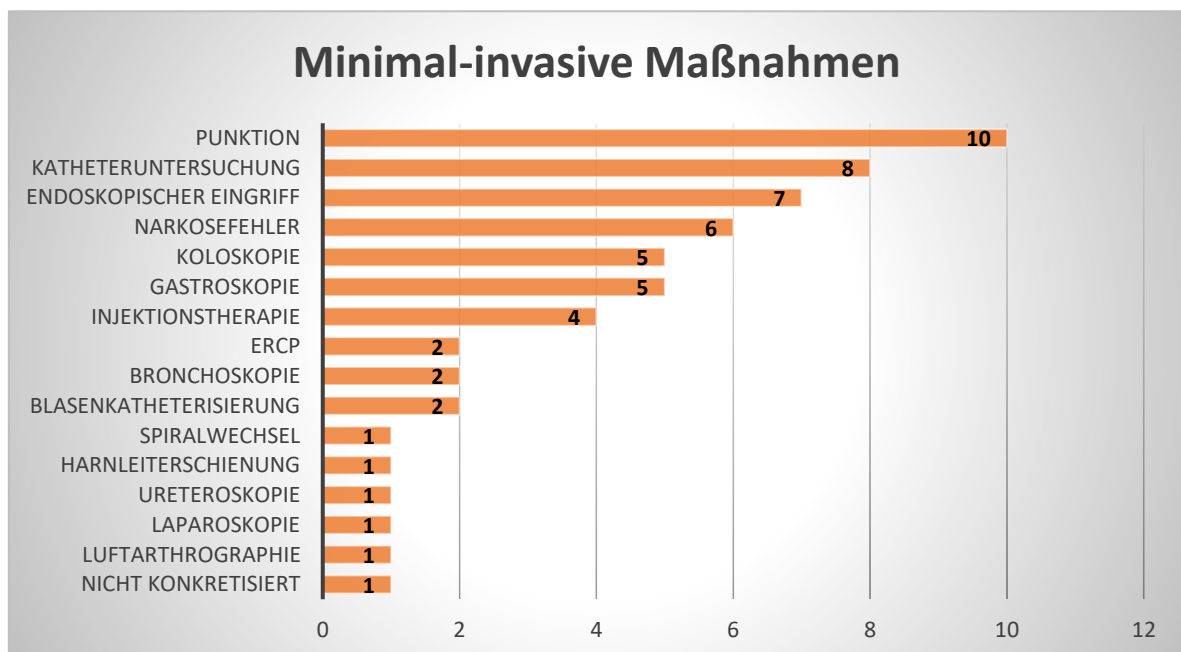


Abbildung 29: Häufigkeitsverteilung an fraglichen Fehlervorkommnissen bei minimal-invasiven Maßnahmen.

Weitere fraglich invasive Behandlungsfehler aus der Gruppe der minimal-invasiven Chirurgie wurden hier zu den operativen Fehlern gezählt.

Am häufigsten kam es hier zu einem Zwischenfall in Folge einer Punktion, beispielsweise im Rahmen von Gefäßpunktionen oder aber bei Pleurapunktionen (n = 10). In acht Fällen ereignete sich ein fragliches Fehlverhalten bei einer Katheteruntersuchung, hierzu zählen vor allem die Rechtsherz- und Linksherzkatheteruntersuchung sowie Angiographien. In drei Fällen kam es während einer Katheteruntersuchung zu einem Exitus letalis. In sieben Fällen ereignete sich ein fragliches Fehlereignis während eines endoskopischen Eingriffes, in sechs Fällen ein Narkosefehler. In fünf Fällen traten jeweils Komplikationen während einer Gastroskopie und einer Koloskopie auf. In vier Fällen wurde

ein Behandlungsfehler nach einer Injektionstherapie vermutet. In jeweils zwei Fällen ereigneten sich Komplikationen während einer Bronchoskopie, einer endoskopisch retrograden Cholangiopankreatographie (ERCP) und einer Blasenkatheterisierung.

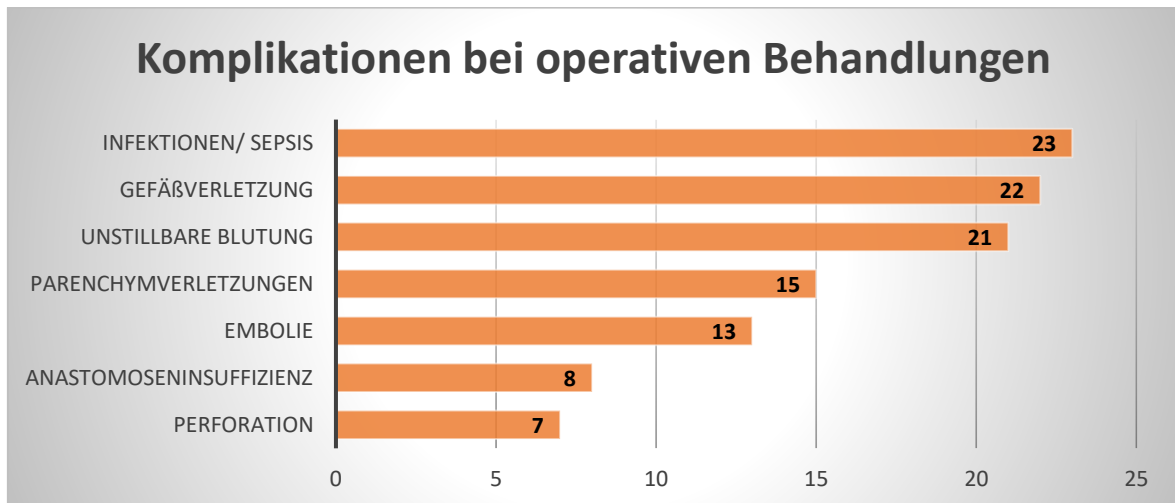


Abbildung 30: Häufigkeitsverteilung der durch eine operative Behandlung vorgeworfenen Komplikationen.

Es folgt eine detailliertere Betrachtung von Fehlervorkommnissen bei operativen Behandlungen.

Die am häufigsten unterlaufenen Komplikationen betrafen postoperative komplikationsreiche Infektionsgeschehen mit einer Peritonitis und einer Sepsis und damit zusammenhängendem Multiorganversagen als Folge (n = 23). Diese Infektionen traten mehrfach bedingt durch Nahtinsuffizienzen ein. Eine Anastomoseninsuffizienz nach operativer Behandlung wurde in acht Fällen ermittelt. In 22 Fällen kam es zur Verletzung eines Gefäßes mit anschließendem letalen Blutungsschock. Diese Gefäßverletzungen betrafen vor allem die großen Gefäße (Aorta, Vena cava inferior, Arteria pulmonalis). In 21 Fällen wurde verspätet nach einem operativen oder invasiven Eingriff eine unstillbare Blutung mit anschließend tödlichem Blutungsschock festgestellt. Diese operativen Fehlervorkommnisse betrafen beispielsweise eine unstillbare Parenchymblutung der Leber nach Metastasenentfernung, ein Hirnödem im Sinus paranasales nach Verletzung der Arteria carotis interna oder eine Herzbeuteltamponade nach Aortenklappenersatztherapie.

In 15 Fällen kam es zu einer Parenchymverletzung, einer Verletzung körperlichen Funktionsgewebes. In 13 Fällen fand ein Emboliegeschehen statt. Dieses ereignete sich intraoperativ, beispielsweise bedingt durch eine Fett-, bzw. Gasembolie und häufig postoperativ, bedingt durch die Immobilisation und eine eventuell fehlerhafte Thromboseprophylaxe. Zur Komplikation einer Perforation kam es in sieben Fällen. In sechs Fällen ereignete sich ein Narkosefehler, bedingt durch eine fehlerhafte Intubation. Ein Herz-Kreislauf-Versagen trat nach einer Narkosekomplikation auf, nachdem es, bedingt durch die Narkoseeinleitung, zu einer malignen Hyperthermie gekommen war. Von den insgesamt 110 unter Verdacht stehenden intraoperativen und invasiven Behandlungsfehlern kam es in 22 Fällen

(20 %) zum Versterben auf dem Operationstisch oder im Operationsbereich (Exitus in Tabula). Davon verstarben 19 Patienten während einer Operation und drei Patienten während einer Herzkatheteruntersuchung. Intraoperativ kam es in acht Fällen zu einer Gefäßverletzung und in zwei Fällen zu einer unerklärlichen unstillbaren Blutung mit letalem Blutungsschock. In drei Fällen bestand der Verdacht eines Emboliegeschehens, in einem weiteren Fall kam es zu nicht konkretisierten Komplikationen bei einer Schrittmacherbehandlung. Bei fünf weiteren Fällen konnte die plötzliche Todesursache autoptisch nicht geklärt werden, und es wurde die Ursache des Versterbens während der Operation dem Zustand des schwer vorerkrankten Patienten zugeschrieben. Bei den drei Vorkommnissen während einer Herzkatheteruntersuchung kam es in einem Fall nach der Punktion der Arteria femoralis zu einer Läsion mit unstillbarer Blutung nach innen. In einem weiteren Fall trat bei einer Herzkatheteruntersuchung ein Pulsabfall mit eintretendem Herzinfarkt ein. Der letale Ausgang während einer Ballonkatheterisierung der Aortenklappe mit initialem Verdacht auf eine Aortendissektion mit Blutungsschock konnte im Rahmen der Obduktion nicht bestätigt werden, die Todesursache blieb ungeklärt.

3.13.3 Medikationsfehler

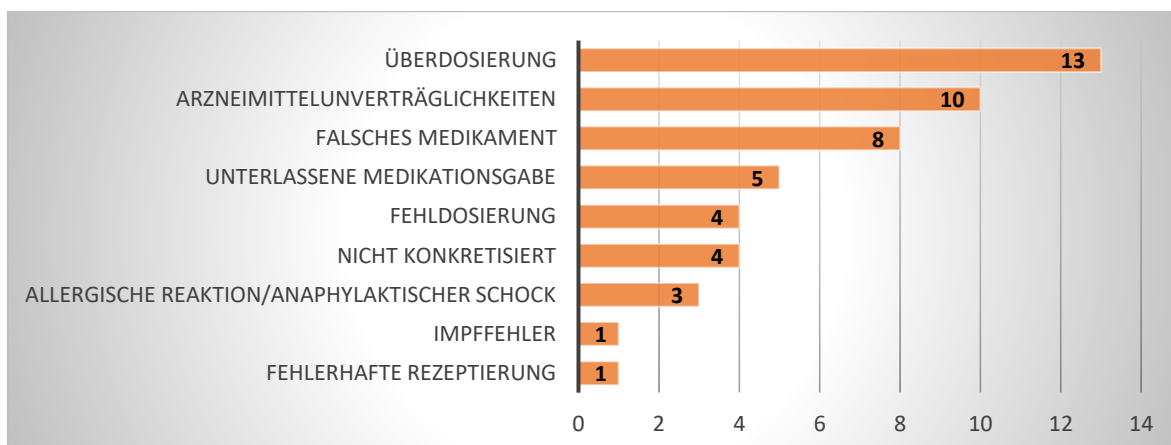


Abbildung 31: Häufigkeitsverteilung vermuteter Behandlungsfehler im Rahmen einer medikamentösen Behandlung.

Bei der Auswertung der vermuteten Medikamentenzwischenfälle wurde eine Unterteilung in die Sparten „Überdosierung“, „Fehldosierung“, „falsches Medikament/ falsche Medikamentenkombination“, „allergische Reaktion/ anaphylaktischer Schock“, „Arzneimittelunverträglichkeiten/ schwere Nebenwirkungen“, „fehlerhaftes Rezeptieren“, „Impffehler“ und „unterlassene Medikationsgabe“ gemacht.

Von 49 der insgesamt 448 zu untersuchenden Fälle kam es in 13 Fällen zu vermeintlichen Überdosierungen und in vier Fällen zu fehlerhaften Dosierungen von Medikamenten. Es wurde beispielsweise ein Antikonvulsivum oder ein Antiarrhythmikum zusätzlich zu der bereits gegebenen Tagesdosis verabreicht. Methotrexat wurde anstelle einmal wöchentlich einmal täglich verabreicht.

Beschwerden über eine zu hohe Benzodiazepin-, Morphin-, Marcumar-, oder Chemotherapiegabe wurden geäußert. In einem Fall kam es zum Vorwurf der Vergiftung. In zehn Fällen kam es zu Arzneimittelunverträglichkeiten oder schweren Nebenwirkungen. In einem Fall kam es nach einer Therapie mit Clopidogrel zu einer schwer verlaufenden Thrombozytopenie, in drei weiteren Fällen kam es aufgrund einer Antibiotikatherapie (Orelox, Tavanic) zur Ausbildung des Lyell-Syndroms. Eine falsche Medikamentengabe wurde in acht Fällen vorgeworfen, hier kam es zum Beispiel in zwei Fällen zu einer fehlerhaften Insulingabe. In drei Fällen traten eine allergische Reaktion/ anaphylaktischer Schock auf. Diese Reaktionen entstanden in einem Fall nach einer Gripeschutzimpfung bei Allergie auf Hühnereiweiß, in einem weiteren Fall nach einer intramuskulären Injektion des Rheumamittels Ambene, wobei in diesem Fall die Therapie schon seit längerer Zeit ohne merkliche Nebenwirkungen durchgeführt worden war. Schließlich wurde ein Impffehler beschrieben, eine fehlerhafte Rezeptierung eines Benzodiazepins (Normoc) und in fünf Fällen erfolgte trotz medizinischer Indikation keine medikamentöse Therapie.

3.13.4 Sonstige Fehlbehandlung

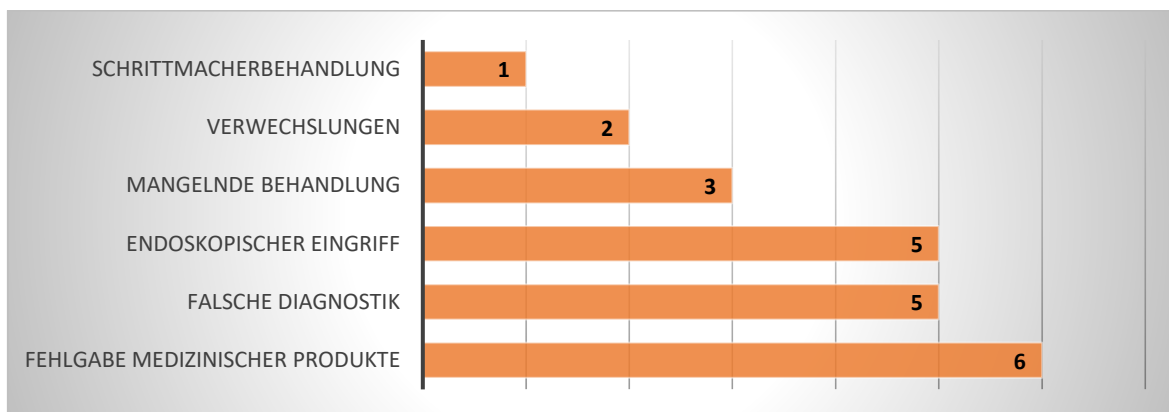


Abbildung 32: Aufteilung in „sonstige Fehlbehandlung“.

Zur Gruppe der sonstigen Fehlbehandlungen zählen Fehlervorkommnisse im medizinischen Alltag, eine fehlerhafte Behandlung stand im Raum. In 26 Fällen wurden diese vermutet. Fehlbehandlungen ereigneten sich vereinzelt auf unterschiedlichste Bereiche bezogen.

In sechs Fällen wurde eine Fehlgabe medizinischer Produkte beanstandet, hierbei in zwei Fällen eine fraglich falsche Blutübertragung, in wiederum zwei Fällen kam es zu vermeintlichen Unverträglichkeiten nach verabreichter Kontrastmittelgabe. In einem Fall richtete sich der Vorwurf gegen klinisch tätige Ärzte bei zu starker Dosiserhöhung der Photochemotherapie (PUVA) bei Exacerbation einer Psoriasis vulgaris mit aufkommender Verbrennung IV°. Im letzten Fall wurde der Vorwurf einer fehlerhaften Bestrahlungstherapie mit einer sich ausbildenden nekrotisierenden Faszitis erhoben. In fünf Fällen ereigneten sich Fehlervorkommnisse im Rahmen des Atemwegsmanagements, und zwar eine fehlerhafte Intubation. In weiteren fünf Fällen gestaltete sich aufgrund einer falschen Diagnostik

und ungenügende Behandlung ein fraglich fehlerhafter Therapieverlauf. Bei zwei Fällen kam es zu Verwechslungen. Im ersten Fall ereignete sich eine falsche Infusionsgabe, die Medikation wurde anstelle in einer Kochsalzlösung in einer Kalium-Chlorid-Lösung infundiert. Im zweiten Fall kam der Vorwurf auf, dass Patientenakten verwechselt wurden. Zudem wurden falsche Indikationsstellungen, eine Behandlung durch nicht fachmännisches Personal, technische Defekte einer Herz-Lungen-Maschine und eine fehlerhafte Schrittmacherbehandlung anberaumt. Bei diesen Fällen wurde eine Kausalität nicht bestätigt.

3.13.5 Pflegefehler

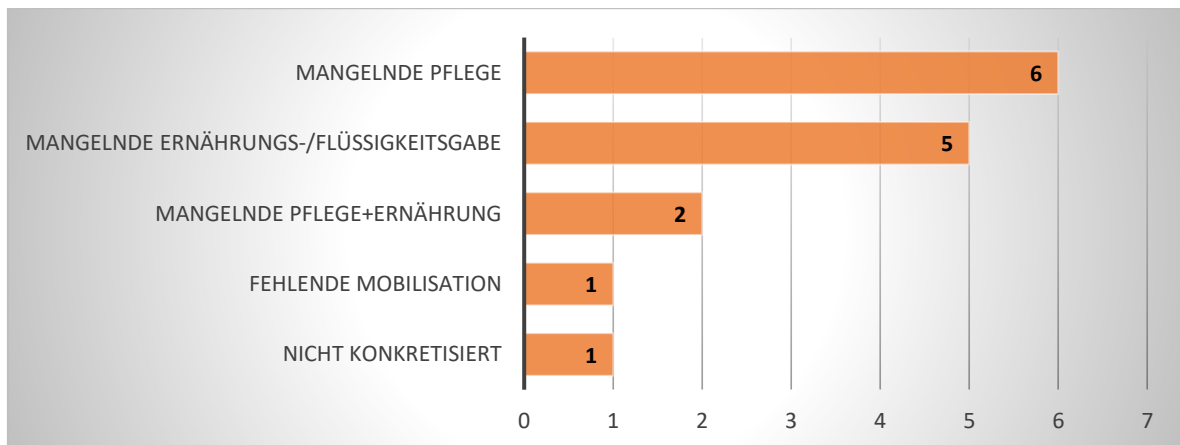


Abbildung 33: Anzahl an behaupteten Behandlungsfehlern bezüglich pflegerischer Maßnahmen.

Behauptete Behandlungsfehler, die dem Pflegepersonal häufig vorgeworfen wurden, zielten auf eine unzureichende Pflege (n=8) und mangelnde Flüssigkeits- sowie Ernährungssubstitution (n=7) hin. Zu einer unterlassenen Mobilisation kam es in einem Fall.

3.13.6 Nicht konkretisiert

In einigen Fällen konnte bei der Bearbeitung der Unterlagen kein konkreter Vorwurf und keine Sanktionen durch die Staatsanwaltschaft durch das Ermittlungsverfahren ausgemacht werden. Oftmals waren es die Angehörigen, in einigen Fällen auch mit- oder nachbehandelnde Ärzte des Verstorbenen, die einen nicht näher konkretisierten Vorwurf bezüglich eines Behandlungsfehlers äußerten. Diese allgemein verfassten Behandlungsfehlervorwürfe wurden bei der Datenanalyse als „nicht konkretisiert“ eingetragen. Bei der Aufschlüsselung der einzelnen Fehlerarten wurde in 26 Fällen ein nicht konkretisierter Fehlvorwurf geäußert.

Es ist nicht möglich, jede Behandlungsfehlerart ausführlich zu erörtern und hier darzustellen. Es sollten vor allem die Fehlerarten herausgestellt werden, die häufiger im Raum stehen und somit einen höheren Stellenwert im medizinischen Alltag einnehmen.

3.14 Vermuteter Fehlerzeitpunkt

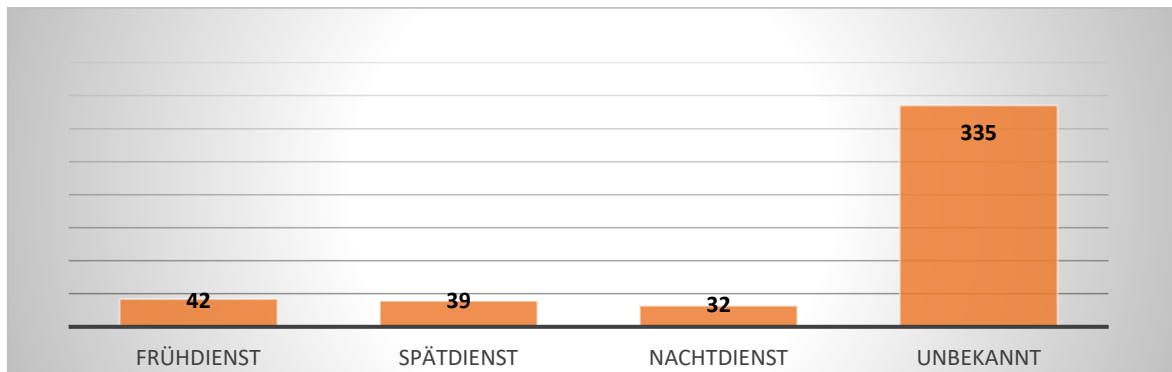


Abbildung 34: Ermittlung des vermuteten Fehlerzeitpunkts, bezogen auf Früh-, Spät- und Nachtdienst.

Aufgrund der Annahme von vermehrt auftretenden Fehlervorkommnissen in Bereitschaftsdiensten, vor allem in der Nacht, wurde im Weiteren eine Auswertung bezüglich des Zeitpunktes der fraglichen Fehlerbegehung untersucht.

Für die Ermittlung, zu welcher Tageszeit ein möglicher Fehler unterlaufen sei, wurde eine Zuordnung zu Früh-, Spät- und Nachtdienst vorgenommen. In 335 Fällen konnte keine Tageszeit aus den Akten ermittelt werden, es wurde deshalb die Kategorisierung „unbekannt“ vorgenommen. 42 Vorkommnisse ereigneten sich im Frühdienst, 39 im Spätdienst und 32 im Nachtdienst. Somit sind keine statistisch relevanten Häufungen zu einer Tageszeit erkennbar. In vier Fällen fehlten jegliche Angaben, in einem Fall kam es zu einer Mehrfachnennung.

3.15 Juristischer Ausgang

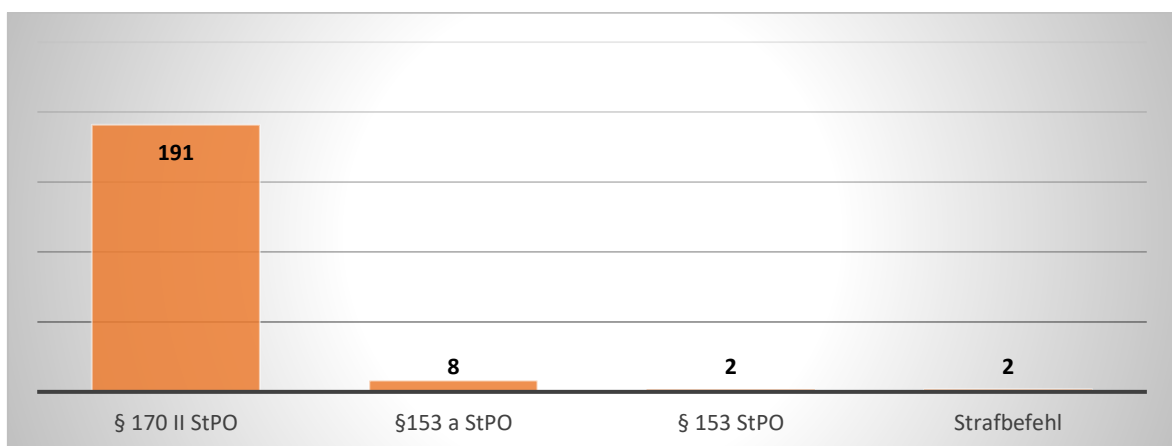


Abbildung 35: Juristischer Ausgang der Ermittlungsverfahren.

Der juristische Ausgang konnte nur für die Jahre 2010 und 2011 ausgewertet werden. Für die Jahre 1990, 1991, 2000 und 2001 konnten keine Angaben gemacht werden, da aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Aktenvernichtung keine Ergebnisse mehr von den Staatsanwaltschaften eingeholt werden konnten.

In 191 von den insgesamt 222 Fällen der unter Verdacht stehenden Behandlungsfehlervorwürfe der zwei aufeinanderfolgenden Jahre 2010/11 stellte die Staatsanwaltschaft das Ermittlungsverfahren gemäß §170 II StPO (Strafprozessordnung), mangels Tatverdachtes, ein. In acht Fällen der untersuchten Jahre wurde das Verfahren nach Erfüllung der Auflagen wie Zahlung einer Geldbuße nach §153 a StPO und in 2 Fällen nach § 153 StPO eingestellt. In zwei Fällen wurde ein Strafbefehl erteilt. 12 Verfahren wurden an eine andere Staatsanwaltschaft weitergeleitet, bei 14 Verfahren konnte kein juristischer Ausgang eingeholt werden. Da es in den 222 Fällen zu Mehrfachbeschuldigungen kam, kam es dementsprechend zu einer höheren Anzahl an juristischen Ausgängen. Die dabei geprüften Straftatbestände bei ärztlichem oder pflegerischem Fehlverhalten betreffen Fahrlässigkeitsdelikte, nämlich vorwiegend fahrlässige Tötung durch aktives Tun oder durch Unterlassen.

3.15.1 Kausalität für den Todeseintritt

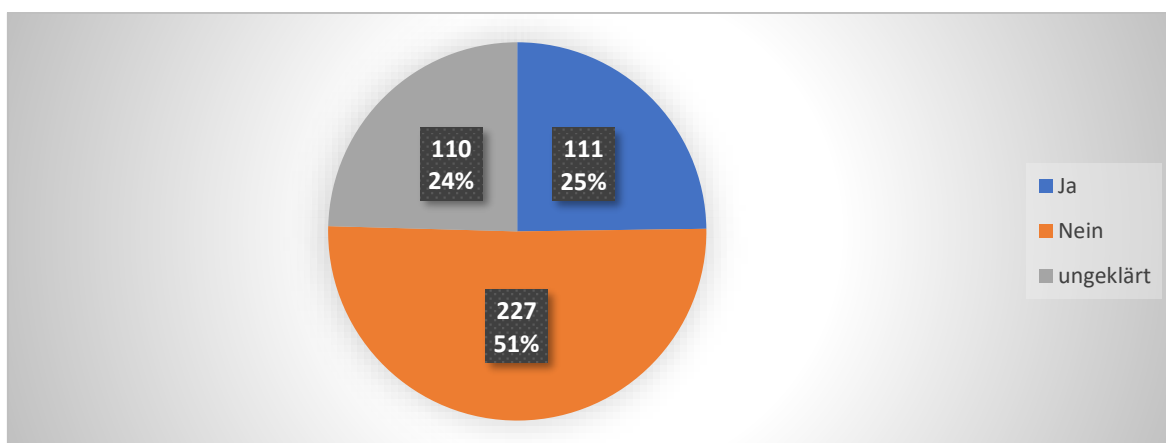


Abbildung 36: Ursachenzusammenhang zwischen einer vorausgegangenen Behandlung und dem Todeseintritt.

Zu Beginn erfolgt die Feststellung der Todesursache und als Weiteres, ob eine Sorgfaltspflichtverletzung gegeben ist. Erst dann kann die Frage nach der Kausalität zwischen dem Tod und dem Behandlungsfehler beantwortet werden. In 338 von insgesamt 448 Fällen konnte nach der objektiven Todesursachenklärung durch die gerichtsmedizinische Sektion, die im Anschluss an die Sektion aufgetragenen Folgeuntersuchungen und weiterführenden Gutachten diese Frage beantwortet werden. So dann wurde in 111 Fällen die Kausalitätsfrage bejaht. In 227 Fällen konnte kein Kausalzusammenhang hinsichtlich einer falschen medizinischen Behandlung und dem letalen Ausgang des Patienten festgestellt werden. In 110 Fällen blieb die Frage der Kausalität ungeklärt.

Hierbei wurde in 24 Fällen zunächst die weitere Abklärung mittels eines weiterführenden Gutachtens empfohlen. Bei den verbliebenen 86 Fällen konnten seitens der Staatsanwaltschaften keine Informationen bezüglich des Ausgangs der Ermittlungen eingeholt werden.

3.15.2 Art der Behandlungsfehler bei bestätigter Kausalität

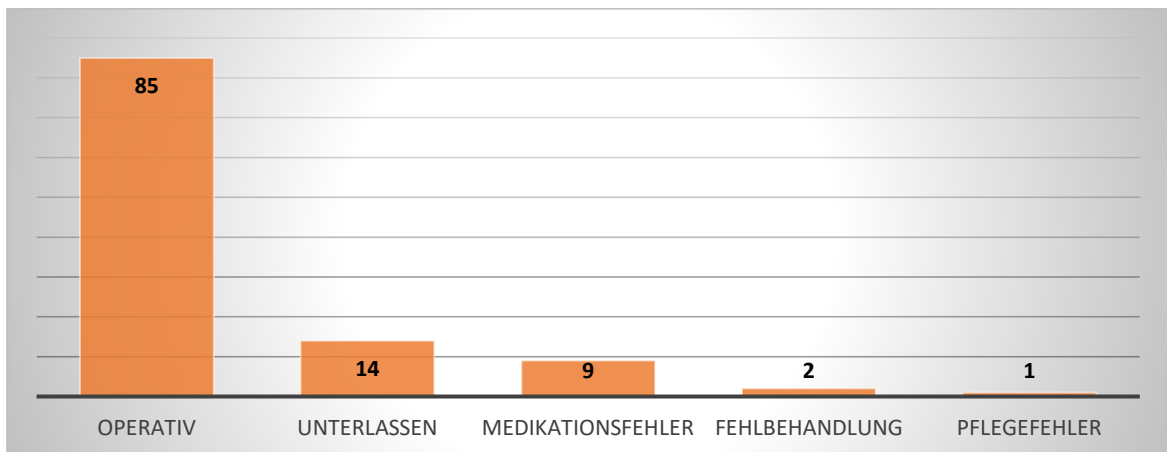


Abbildung 37: Kausaler Zusammenhang zwischen einer medizinischen Maßnahme und dem Versterben des Patienten.

Wie aus Abbildung 36 hervorgeht, wurde in 111 der insgesamt 448 zu untersuchenden Fällen die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Kausalität bejaht. Die Behandlungsfehler wurden in 85 Fällen einer vorausgegangenen operativen Intervention bestätigt. Dabei ereignete sich am häufigsten ($n = 30$) ein intraoperativer Fehler. Hierbei kam es zu einer Gefäßverletzung mit späterem Versterben ($n = 6$), einer nicht zu sistierenden Blutung ($n = 4$) und jeweils einer Parenchymverletzung und einem Emboliegeschehen. In fünf Fällen fehlten jegliche konkrete Angaben.

13 Patienten verstarben im Operationsbereich (Exitus in tabula): In sechs Fällen aufgrund einer Gefäßverletzung, in drei Fällen aufgrund eines Emboliegeschehens und in zwei Fällen bedingt durch eine unstillbare Blutung. In einem Fall kam es zu einer fehlerhaften Risikobeurteilung, da der körperliche Zustand den Belastungen der Operation nicht gewachsen war. In einem weiteren Fall fehlten nähere Angaben. In insgesamt fünf Fällen kam es zu einem Exitus in tabula bei einer Leberteilektomie, bzw. einer Lebertransplantation. Ein postoperativer Fehler erfolgte in 28 Fällen, vorrangig bedingt durch eine Anastomoseninsuffizienz ($n = 8$) und ein Infektionsgeschehen mit Ausbildung einer Sepsis ($n = 6$). In jeweils sechs Fällen traten ein Emboliegeschehen und eine unstillbare Blutung ein. In einem Fall erfolgte postoperativ keine adäquate Überwachung, in einem weiteren Fall wurden keine genaueren Angaben gemacht.

Im Rahmen der minimalinvasiven Verfahren kam es in sechs Fällen zum Versterben des Patienten während einer (Herz-) Katheteruntersuchung. Hierbei ereigneten sich in drei Fällen eine Gefäßverletzung mit in einem Fall von sofortigem Versterben im Operationsbereich (Exitus in tabula) und in jeweils einem Fall eine unstillbare Blutung und ein Emboliegeschehen. In einem Fall fehlten detailliertere Angaben. Im Rahmen einer Punktion kam es in drei Fällen zu einer nicht sistierenden Blutung, in einem weiteren Fall wurden nähere Angaben zu einer Gefäßverletzung ersichtlich. Aufgrund einer Perforation bei Durchführung einer Koloskopie konnte in drei Fällen ein septischer Krankheitsverlauf nachgewiesen werden. Bei weiteren invasiven Maßnahmen kam es während einer

Bronchoskopie einmal zu einer unstillbaren Blutung mit Ersticken bei massiver Blutaspiration und einmal zu einer Sauerstoffunterversorgung bei fehlerhafter Intubation. Eine Perforation ereignete sich während eines endoskopischen Eingriffes. Zu einer Perforation des Duodenums kam es durch eine ERCP, eine Gefäßverletzung mit hämorrhagischem Schock trat bei Anlage eines suprapubischen Blasenkatheters auf. Nach Harnleiterschienung ereignete sich eine unstillbare Blutung, während einer Luftarthrographie trat ein embolisches Ereignis ein. Ein gynäkologischer Spiralwechsel verursachte ein septisches Multiorganversagen.

In drei Fällen kam es zu einem Fehlerereignis bedingt durch die Narkose: Bei fehlerhafter Intubation trat eine Sauerstoffunterversorgung ein, bei Narkoseausleitung kam es zu einem plötzlichen Kreislaufversagen und im letzten Fall kam es zu der Ausbildung einer malignen Hyperthermie bei bestehender Muskeldystrophie des Typs Duchenne.

Der präoperative Fehler führte aufgrund einer verspäteten Operationseinleitung bei einem Ileus zum Versterben des Patienten.

In 14 Fällen wurde die Kausalität aufgrund des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen bestätigt.

Am häufigsten kam es durch eine unzureichende Beaufsichtigung zum Versterben des Patienten. Dieser Fehler betraf sowohl die Ärzteschaft als auch das Pflegepersonal. In der Mehrzahl der Fälle ereigneten sich Stürze mit einem im späteren Verlauf entwickelten Infektionsgeschehen oder aufgrund einer fehlenden Überwachung medizinischer Maßnahmen, beispielsweise einer verrutschen Beatmungskanüle oder eines entfernten Dialyseschlauches. In einem Fall wurde konkret nach Sturzgeschehen und der Entwicklung einer Pneumonie ein Pflegefehler geäußert und die Kausalität bestätigt. In zwei Fällen erfolgte eine unzureichende intensivmedizinische Überwachung oder aber keine Behandlung trotz Indikation. Eine mangelnde Diagnostik wurde in vier Fällen beanstandet. Nach Sturzgeschehen unterblieb eine Bildgebung, es kam zum Versterben aufgrund eines zentralen Regulationsversagens (n=2). Eine Densfraktur und ein Myokardinfarkt wurden aufgrund einer unzureichenden Diagnostik verkannt und führten zum Versterben des Patienten.

In einem Fall erfolgte trotz positiv gemessenem Herzenzym (Troponin) keine stationäre Aufnahme und der Patient verstarb wenig später an einem Myokardinfarkt. In zwei Fällen kam es zu einem septischen Krankheitsverlauf mit Multiorganversagen bei Infektion mit MRSA.

Bei den Medikationsfehlern konnten in fünf der insgesamt neun Fälle schwere Nebenwirkungen, bzw. Arzneimittelunverträglichkeiten nachgewiesen werden. In drei Fällen nach antibiotischer Behandlung. Hierbei kam es in allen Fällen zu der Entwicklung eines Lyell-Syndroms unter Einnahme eines Flourchinolons, bzw. eines Cephalosporins.

In zwei Fällen kam es zu einem Blutungsgeschehen nach antikoagulativer Therapie, und zwar zu einer tödlichen gastrointestinalen Blutung und zu einer intrazerebralen Blutung.

Ein anaphylaktisches Schockgeschehen ereignete sich in einem Fall nach einer Gripeschutzimpfung und in einem Fall unter antiphlogistischer Therapie des Rheumamittels Ambene.

Zu einer Medikamentenüberdosierung kam es in zwei Fällen. Eine Patientin verstarb an einem Multiorganversagen nach Methotrexatüberdosierung, da sie fälschlicherweise täglich, anstelle wie vorgesehen, einmal wöchentlich die Dosis erhalten hatte. Bei einer anderen Patientin kam es zu der Entwicklung einer Pneumonie nach Benzodiazepinüberdosierung.

Zwei Fälle sind als Fehlbehandlungen zu charakterisieren. Ein Kleinkind verstarb an einem zentralen Regulationsversagen bei hypoxischen Hirnschaden durch Tubusfehlage bei operativem VSD-Verschluss.

Eine Patientin verstarb an einem Multiorganversagen bei Zustand nach Photochemotherapie (PUVA) und zytostatischer Therapie (Methotrexat) bei Exacerbation einer Psoriasis vulgaris.

3.15.3 Anlass des Ermittlungsverfahrens bei bestätigter Kausalität

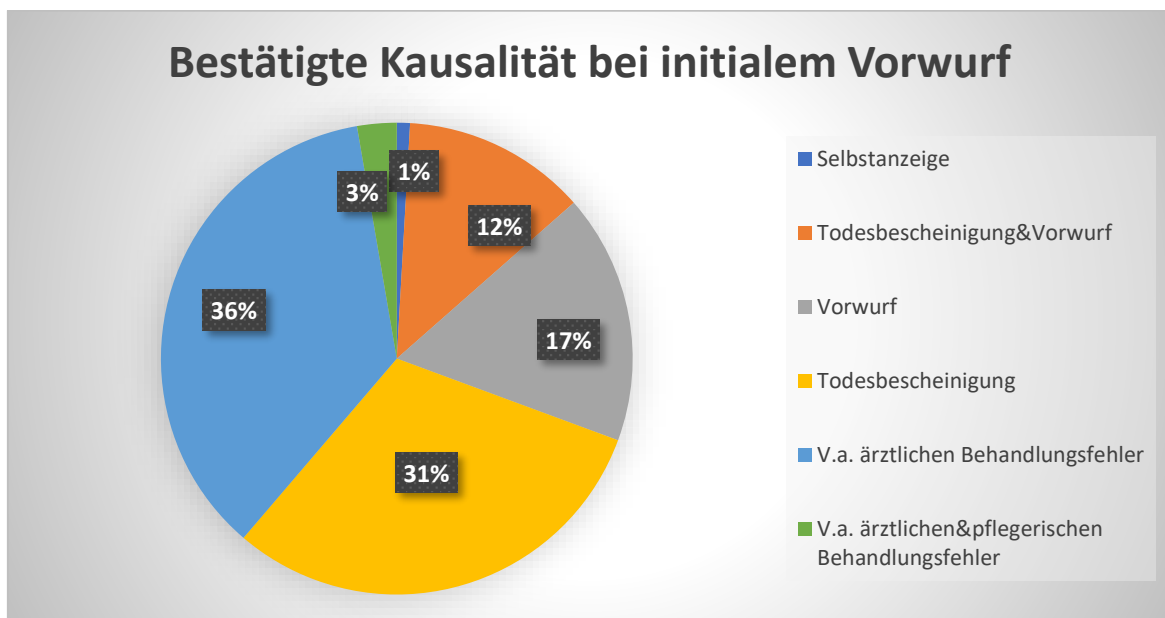


Abbildung 38: Grund der Einleitung des Ermittlungsverfahrens bei bestätigter Kausalität (n=111).

Bei den 111 Fällen mit bestätigter Kausalität soll nun eine Differenzierung vorgenommen werden, wodurch es zu der Einleitung des Ermittlungsverfahrens gekommen ist. In 34 Fällen war der initiale Anlass des Ermittlungsverfahrens aufgrund der Todesbescheinigung. In 19 Fällen erfolgte ein Ermittlungsverfahren nach geäußertem Vorwurf. 14 Fällen lagen sowohl eine Todesbescheinigung mit attestierter „ungeklärter“ oder „nicht natürlicher“ Todesart sowie der Vorwurf eines Behandlungsfehlers vor. Die in nur einem der 448 Fälle erfolgte Selbstanzeige fand zudem eine bestätigte Kausalität.

In insgesamt 43 Fällen konnten weder eine Todesbescheinigung noch ein geäußertes Vorwurf für den Anlass eines Ermittlungsverfahrens eruiert werden, so dass diese Fälle unter „Verdacht eines ärztlichen“ bzw. „Verdacht eines ärztlichen und pflegerischen Versagens“ zusammengefasst wurden.

Bei Betrachtung der Gesamtzahl von 173 der 448 Fälle (siehe Abb. 2 und 3), in denen innerhalb des Untersuchungszeitraumes aufgrund eines vorgeworfenen Behandlungsfehlers ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde, bestätigte sich in 33 Fällen (19,1 %) die Kausalität.

3.15.4 Sorgfaltspflichtverletzung

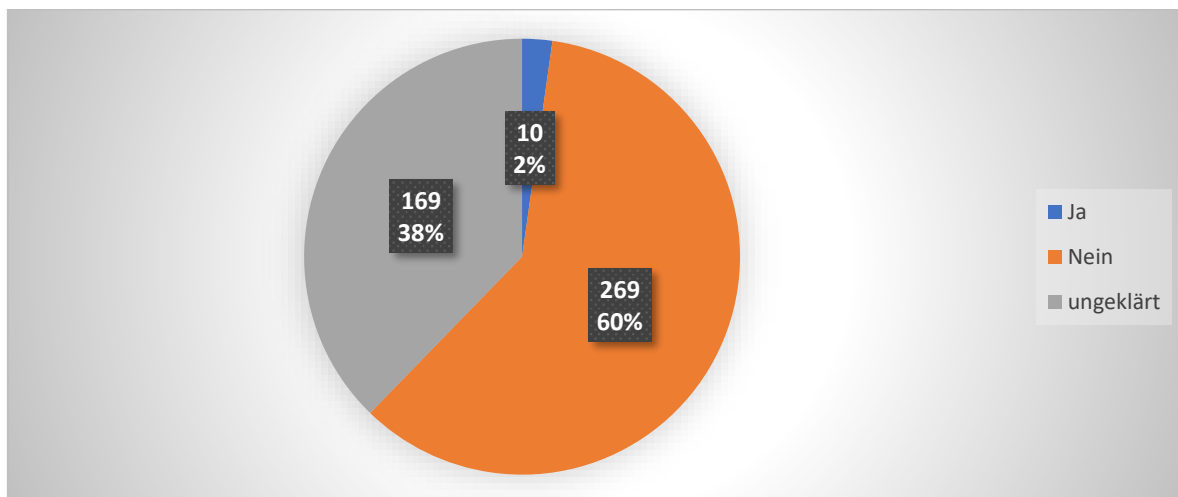


Abbildung 39: Ergebnis zur Sorgfaltspflichtverletzung der Ärzte.

Eine Sorgfaltspflichtverletzung wurde in zehn von insgesamt 448 Fällen der Jahre 1990, 1991, 2000, 2001, 2010 und 2011 bejaht. In der überwiegenden Anzahl der Fälle ($n = 269$) wurde die Frage der Sorgfaltspflichtverletzung, also ein unter Verdacht stehender Behandlungsfehler, verneint. In den übrigen 169 Fällen wurde keine Aussage gemacht und hiervon in 42 Fällen zunächst die Stellungnahme eines weiterführenden Gutachtens empfohlen.

3.15.5 Klärung der Kausalität durch Sektion und Folgeuntersuchung

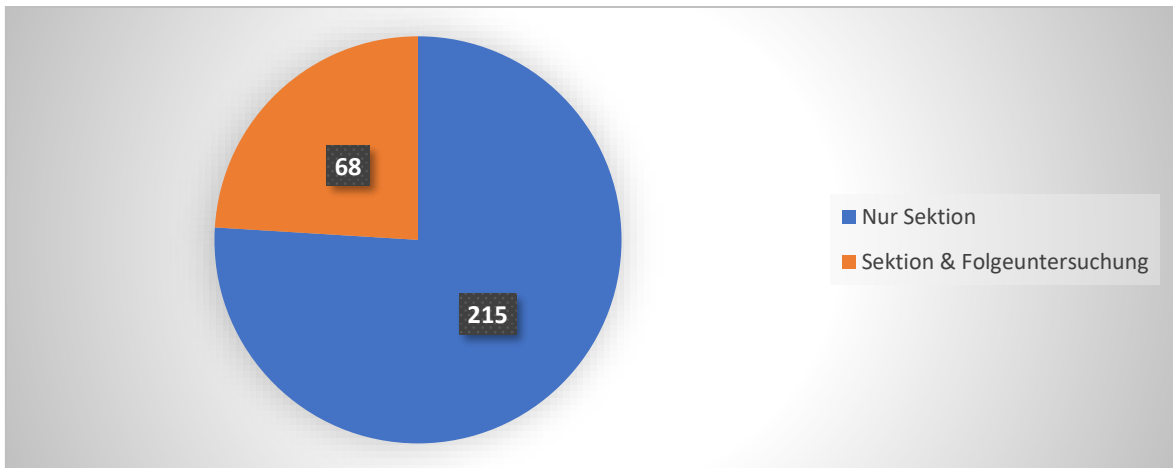


Abbildung 40: Klärung der Kausalität zwischen dem Todeseintritt durch alleinige rechtsmedizinische Obduktion, bzw. Obduktion und Folgeuntersuchung.

Abschließend soll aufgeführt werden, in wie vielen Fällen die Frage der Kausalität allein durch eine rechtsmedizinische Obduktion und sich ggf. daran anschließenden Folgeuntersuchungen geklärt werden konnte. Von den insgesamt 448 zu untersuchenden Fällen konnte in 215 Fällen (48 %) diese Frage allein nach Abschluss der Obduktion und in weiteren 68 Fällen (15,2 %) nach Durchführung der Folgeuntersuchungen geklärt werden. Die verbliebenen Fälle mussten unter anderem durch weiterführende Fachgutachten eine abschließende Klärung erfahren.

3.15.6 Abschluss Ermittlungsverfahren

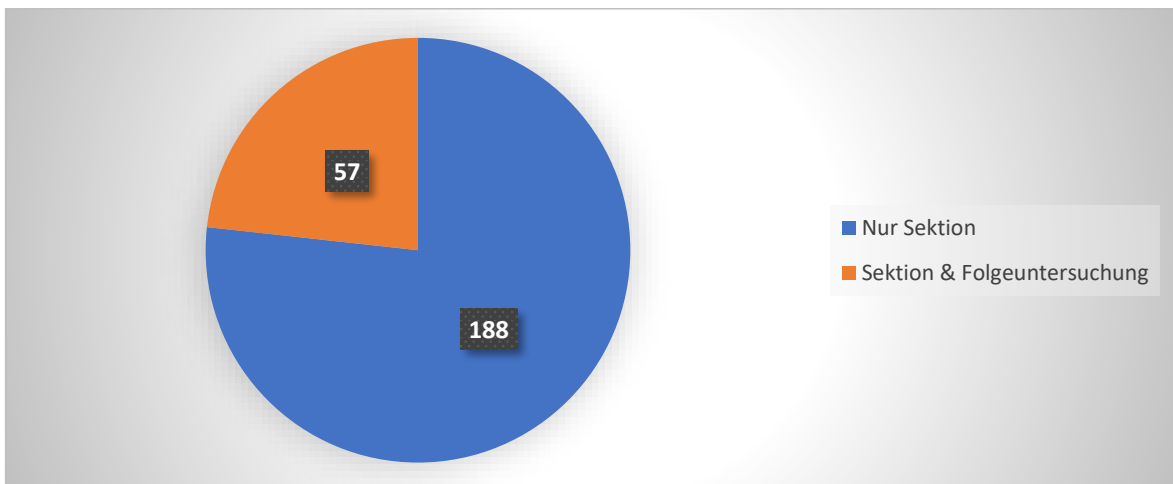


Abbildung 41: Klärung des fraglichen Behandlungsfehlers nach alleiniger Sektion, bzw. Sektion und Folgeuntersuchung.

Eine abschließende Klärung hinsichtlich der Frage eines Behandlungsfehlers erfolgte in 188 der 448 Fällen (42 %) aufgrund des Sektionsbefundes und detaillierter Analyse der Behandlungsunterlagen. In insgesamt 245 Fällen (54,7 %) unter Heranziehung der Anschlussuntersuchungen. Von den verbliebenen 203 Fällen wurden in 86 Fällen, wie vorab aufgezeigt, ein weiterführendes Gutachten

(klinisches GA= 51 Fälle; rechtsmedizinisches GA= 35 Fälle, siehe Abb. 15) zur Klärung der Frage eines möglichen Behandlungsfehlers vorgenommen. Bei den restlichen 117 der 448 Fällen blieb der Vorgang zur abschließenden Klärung ungewiss. Es lässt sich vermuten, dass nach staatsanwaltschaftlichem Beschluss die Einstellung des Verfahrens auch bei zuvor rechtsmedizinischer Empfehlung eines weiterführenden Gutachtens vorgenommen wurde.

4. Diskussion

4.1 Ermittlungsverfahren

Besteht ein zeitlich enges Korrelat zwischen einer ärztlichen Behandlung und einem eingetretenen gesundheitlichen Schaden bis schlimmstenfalls hin zum Versterben des Patienten, wird nicht selten ein ärztliches Fehlverhalten vermutet.

Zu einem Bewusstseinswandel hinsichtlich der Beurteilung des Behandlungsfehlers kam es durch den US-amerikanischen Bericht „To err is human“ im Jahr 2000. Dieser Bericht des „Institute of Medicine“ legte offen, dass zwischen 3 und 38 % der hospitalisierten Patienten jährlich einen Behandlungsfehler erleiden, dass zwischen 44.000 und 98.000 iatrogene Todesfälle in den USA zu verzeichnen sind und dass dadurch Kosten in Höhe von 17 – 29 Milliarden Dollar jährlich anfallen (Kohn et al., 2000). Eine Untersuchung in New York hatte im Jahr 1984 ergeben, dass bei 2.671.863 Patienten, die sich in stationärer Behandlung befanden, 98.609 unerwünschte Ereignisse aufgetreten waren, davon 27.179 aufgrund von Fahrlässigkeit. Die Fehlerhäufung bezog sich vermehrt auf ältere Patienten (Brennan et al., 1991). Nach epidemiologischen Studien liegt Deutschland im internationalen Vergleich bezüglich der „unerwünschten Ereignisse“, „Beinahe-Schäden“, „Schäden und Fehler“ nahe an anderen Staaten, so dass sich die internationalen Daten durchaus auf Deutschland übertragen lassen (Schrappe and Lessing, 2007). Von 1991 bis 2003 ist der Schadensaufwand für Arzthaftpflichtschäden in Deutschland um das Fünffache (insgesamt auf 400 Mio. Euro) angestiegen. Die Kosten (zivilrechtliche Haftung) wegen eines Behandlungsfehlerverdachts werden durch die Europäische Kommission europaweit auf 5,5 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt (Bergmann and Wever, 2014). Es kann in diesem Zusammenhang auch ein Zuwachs an Arzt-Patienten-Kontakten in Deutschland verzeichnet werden: Nach einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamts Wiesbaden stiegen die Arzt-Patienten-Kontakte von ca. 335 Millionen im Jahr 1990 auf ca. 400 Millionen im Jahr 2003 (Klinkhammer, 2003a). Im ambulanten Bereich ist die Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten zwischen 2004 und 2012 pro Jahr von 564 Millionen auf fast 700 Millionen angestiegen. Eine Begründung hierfür ist unter anderem auch in der demographischen Entwicklung zu sehen (Gerst, 2014). Nach Schätzungen ist pro Jahr in Deutschland mit 31.600 bis 83.000 Todesfällen als Folge unerwünschter Ereignisse zu rechnen (Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Unterrichtung durch die Bundesregierung, n.d., 2002-2005)

Aus den insgesamt 3448 zu untersuchenden Obduktionsakten der Jahre 1990/1991, 2000/2001 und 2010/2011 des rechtsmedizinischen Institutes Essen wurden insgesamt 448 Sektionsakten (13 %) mit einem Verdacht auf Behandlungsfehler ausgewertet. Die Sektionsrate aller erfassten Sektionen betrug in den jeweiligen Dekaden in den Jahren 1990/91 1173, 2000/01 1159 und in den Jahren 2010/11 1116. Die Gesamtzahl an durchgeführten Obduktionen ist somit in dem zu untersuchenden Zeitraum annähernd gleichgeblieben. Bei der Betrachtung der aufgrund des Verdachts eines Behandlungsfehlers durchgeführten gerichtlichen bzw. rechtsmedizinischen Obduktionen, angeordnet von den Staatsanwaltschaften Essen und Bochum, lässt sich indessen ein deutlicher Anstieg erkennen: Die Rate dieser Sektionen hat sich von 1990/91 zu 2000/01 etwa verdoppelt. Insgesamt hat sich die Rate dieser Obduktionen von 1990/91 bis 2010/11 mehr als verdreifacht. Die Sektionsrate, von der Bochumer Staatsanwaltschaft angefordert, ist von 14 Obduktionen in den Jahren 1990/91 auf 113 Obduktionen in den Jahren 2010/11 sogar um ein achtfaches angestiegen.

In anderen Veröffentlichungen konnten vergleichbare Ergebnisse gezeigt werden. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) wurde eine retrospektive multizentrische Studie zur Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin durchgeführt und 2005 veröffentlicht. 17 von 33 rechtsmedizinischen Instituten nahmen an der Untersuchung teil. Die Studie basiert auf Daten der Jahre 1990 bis 2000. Solch eine umfassende Studie, mit einer Datenerfassung mehrerer Institute lag bislang noch nicht vor. Aus insgesamt 101.358 Obduktionsprotokollen wurden 4.450 Obduktionen (4,4 %) wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes herausgefiltert. In dem Untersuchungszeitraum konnte nahezu eine Verdreifachung der Rate an Obduktionen bezüglich eines Behandlungsfehlervorwurfes erfasst werden (1990: 2,38 %; 2000: 6,68 %) (Preuß et al., 2005).

In einer weiteren retrospektiven Analyse rechtsmedizinischer Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit wurden aufbauend auf der Multicenterstudie die Jahre 2001 bis 2008 hinsichtlich des Anstiegs gerichtsmedizinischer Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfs untersucht. Auch hier konnte mehr als eine Verdopplung der Rate an Obduktionen festgestellt werden (1990-2000: 4,9 %; 2001-2006: 12,63 %; 2007: 14,3 %; 2008: 12,3 %) (Schmitz, 2012).

Auch weiter zurück liegende Analysen bestätigen, dass die Zahl der gerichtsmedizinischen Obduktionen aufgrund eines in Rede stehenden Behandlungsfehlers zugenommen hat. Die Auswertungen von 13.491 gerichtlichen Leichenöffnungen am Institut für forensische Medizin in Frankfurt in den Jahren 1972 bis 1998 durchgeführt, konnten (mithilfe von Analysen im Rahmen verschiedener Dissertationen, mit dem „Obduktio“ Programm), eine Verdopplung der Rate an Sektionen zwischen den siebziger- und den neunziger Jahren aufzeigen (der Anteil der Sektionen bei vermutetem Behandlungsfehler stieg von 0,7 % auf 1,4 %) (Bratzke, 2007). In dieser Untersuchung lag die Quote in den Jahren 1990/91 bei 6 %.

Am rechtsmedizinischen Institut in München lagen in den Jahren 1950 bis 1970 111 Gutachten und in den Jahren 1971 bis einschließlich 1976 110 Gutachten bezüglich eines

Behandlungsfehlerverdachts vor. In diesen zuletzt genannten fünf Jahren wurde also die gleiche Anzahl an Fällen bearbeitet wie in den vorangegangenen 20 Jahren (Eisenmenger et al., 1978).

Es soll nun weiter erläutert werden, wodurch es zu dem immensen Anstieg an Todesermittlungsverfahren wegen eines im Raum stehenden Behandlungsfehlervorwurfs kommt.

4.2 Todesbescheinigung

Hinsichtlich der Ergebnisse dieser Arbeit zu den Jahren 1990, 1991, 2000 und 2001 muss zunächst berücksichtigt werden, dass in den meisten Fällen keine Angaben zu der vom Leichenschauarzt attestierten Todesart vorhanden waren, so dass hierzu auch keine Stellungnahme möglich ist. In den Jahren 2010 und 2011 wurden, die Landesgerichtsbezirke Essen und Bochum zusammengefasst, insgesamt 222 der 448 Fälle auf einen möglichen Behandlungsfehler hin untersucht. Von diesen 222 Fällen wurde in 150 Fällen (67,6 %) die Qualifikation der Todesart als „ungeklärt“ oder „nicht natürlich“ attestiert. In 107 Fällen (48,2 %) wurde ein Ermittlungsverfahren aufgrund eines Vorwurfs eingeleitet, wobei Überschneidungen vorhanden waren. Zu entsprechenden Ergebnissen sind auch vergleichbare Arbeiten gekommen. Die Dissertation von Venedey (2007), kam zu dem Ergebnis, dass in 50 % aller Fälle die Todesbescheinigung und in 33,8 % der erhobene Vorwurf Anlass zu einem Ermittlungsverfahren gaben (Venedey, 2007). Bielefeld (2008) zeigte in ihrer Dissertation, dass der häufigste Anlass für ein Ermittlungsverfahren, nämlich in insgesamt 56 %, eine „ungeklärte“ oder „nicht natürlich“ attestierte Todesart war (Bielefeld, 2008). Ein ähnliches Ergebnis erbrachte auch die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales geförderte Multicenterstudie zu behaupteten letalen Behandlungsfehlern und deren Begutachtung in der Rechtsmedizin. Die Angabe einer „ungeklärten“ bzw. „nicht natürlichen“ Todesart war in 38,5 % der häufigste Anlass für ein Verfahren. Eine Anzeige durch die Angehörigen gab hier in 18,7 % den Grund zu einem Ermittlungsverfahren (Preuß et al., 2005). Auch in der auf diese Studie aufbauenden Untersuchung für den Zeitraum 2007 und 2008 war der führende Grund der Einleitung des Ermittlungsverfahrens die Todesbescheinigung. Auffällig war hier die Attestierung einer ungeklärten oder nicht natürlichen Todesart von nachbehandelnden Ärzten bei vorangegangener hausärztlicher Behandlung in 21 von insgesamt 73 Fällen (Schmitz, 2012). Oftmals waren es Notärzte, die eine Aufklärung bei einem vermuteten letalen Behandlungsfehler forderten, um die Bestätigung des fehlerfreien eigenen Handelns zu erlangen.

Der oben dargestellte Kontext zeigt auf, dass es nicht die Vorwürfe des „Pfuschens“ gegen den behandelnden Arzt sind, die den Hauptanteil der Einleitung einer gerichtsmedizinischen Sektion ausmachen (Madea, 2009). Es geht um Aufklärung und zugleich um die Absicherung des Arztes gegen Anschuldigungen hinsichtlich eines möglichen Behandlungsfehlers bei unerwartetem Versterben des Patienten. Der Wunsch nach Aufklärung wird nicht nur von Seiten der Patienten und Angehörigen, sondern auch von Seiten der Mediziner geäußert. Die Ärzte haben die Bereitschaft und auch das

Interesse, dass bei unklaren Behandlungsausgängen Aufklärung herbeigeführt wird, um der Konfrontation mit einem möglichen Behandlungsfehlervorwurf im Vorhinein entgegen treten zu können. Ein aufklärendes Verfahren mit einer objektiven Todesursachenfindung mittels der Todesbescheinigung ist dabei unabdingbar (Meissner, 2009; Preuß et al., 2006). Aufgrund der Tatsache, dass eine gerichtsmedizinische Sektion bei unklaren Todesfällen oder Todesfällen im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen zu einem hohen Prozentsatz für den Mediziner exkulpierend sind, wird eine solche objektive Untersuchung dringend empfohlen und von Seiten der Mediziner auch befürwortet und aus diesem Grund eine „ungeklärte“ oder „nicht natürliche“ Todesart attestiert (Bove et al., 2002; Dettmeyer et al., 2007; Eisenmenger, 1994). Jedoch sollte es im Falle der attestierten „nicht natürlichen“ Todesart nach ärztlichem Heileingriff zu keiner Präjudizierung kommen (Odersky, 1986). Schwierig wird die Lage jedoch, wenn nach plötzlichem Versterben des Patienten ein iatrogen verursachter Fehler im Raum steht und der leichenschauende Arzt auch gleichzeitig der behandelnde Arzt ist. Es besteht dann keine Verpflichtung seitens des Mediziners, sich durch das Attestieren einer ungeklärten oder nicht natürlichen Todesursache einem Strafverfahren auszusetzen. In einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes (BGH, MDRb1984, 220) heißt es: „Der mögliche Schädiger, auch wenn es sich um einen Arzt handelt, der zu dem Patienten in einem besonderen Vertrauensverhältnis gestanden hat, handelt nicht treuwidrig, wenn er, ohne Tatsachen zu verdecken oder zu verschweigen, ein schuldhaftes Fehlverhalten leugnet.“ Damit es jedoch nicht zu einem Verdecken eines möglichen medizinischen Versagens kommt, wird empfohlen, das Ausfüllen der Todesbescheinigung von einem unbefangenen Arzt durchführen zu lassen (Dettmeyer et al., 2007; Wittekind and Gradistanac, 2018). Die größte Fehlerquote mit fragwürdig vollzogenen Täuschungsversuchen bezüglich der Attestierung der Todesbescheinigung hinsichtlich einer „natürlichen Todesart“ geht jedoch von niedergelassenen Ärzten aus (Madea and Rothschild, 2010a). Gründe hierfür lägen einmal in der Unerfahrenheit, der sorglosen und unvollständig durchgeführten Leichenschau, der Rücksichtnahme auf Angehörige und vor allem in der Gefährdung der eigenen beruflichen Existenz. Hierunter sind die Fälle zu verstehen, in denen zwischen dem niedergelassenen Arzt und der Familie eine langjährige Bindung bestand. Der Arzt befindet sich möglicherweise im Konflikt, wenn es durch die Attestierung einer „ungeklärten“ oder „nicht natürlichen“ Todesart zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens kommt (Madea and Rothschild, 2010a). In einem weiteren Konflikt sieht sich der allgemeinmedizinisch tätige Arzt vielleicht auch in Bezug auf seine berufliche Existenz. Ein Verdacht auf einen Behandlungsfehler kann dem Arzt einen schlechten Ruf eintragen und dadurch negative Auswirkungen hinsichtlich des Erfolges und der Wirtschaftlichkeit seiner Praxis mit sich bringen (Leape, 1994; Peters, 2002; Schmitz et al., 2012).

Seitens der Bundesärztekammer ist neben den drei Todesarten („natürlich“, „nicht natürlich“, „ungeklärt“) eine vierte Klassifizierung vorgesehen und zwar die des „unerwarteten Todes im Rahmen medizinischer Maßnahmen“ – „Ein unerwarteter Tod im Rahmen medizinischer Maßnahmen liegt vor, wenn diagnostische Maßnahmen oder eine Therapie durchgeführt worden sind, die prinzipiell

(d.h. ggf. auch ohne Vorliegen eines Behandlungsfehlers) Schäden setzen können und der Tod nicht oder nicht zu dieser Zeit aufgrund der behandelten Erkrankung oder Verletzungen zu erwarten war“ (Dettmeyer et al., 2007). Entscheidend hierzu ist die Unterscheidung zwischen einer Komplikation und einem Fehler - einerseits ein nach medizinischen Erkenntnissen unwahrscheinlichem, aber möglichem Geschehen, andererseits einem nicht kunstgerechten Verhalten mit der letalen Folge.

4.3 Anzeigeverhalten

Zweit häufigster Anlass für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens ist der geäußerte Vorwurf eines Behandlungsfehlers gegen die behandelnden Ärzte und/ oder das Pflegepersonal. In 156 von insgesamt 173 Fällen des untersuchten Zeitraums waren es die Angehörigen des Verstorbenen, die eine Anzeige gegen den Arzt oder die Pflege erstatteten. In 15 Fällen wurde ein Vorwurf seitens eines mit- oder nachbehandelnden Arztes aufgrund eines vermeintlich fehlerhaften Vorgehens des Kollegen geäußert. In einem Fall kam es zu einer Selbstanzeige des Arztes (siehe Abb. 13/14).

Die Analyse des Anzeigeverhaltens während des Untersuchungszeitraumes zeigt, dass ein deutlicher Zuwachs an Beschuldigungen und Strafanzeigen besteht. 1990/91 wurde in 17 Fällen eine Anzeige erstattet, 2000/01 in 49 Fällen und in den Jahren 2010/11 in 107 Fällen. Die Anzahl erfolgter Anzeigen hat sich in den zwei Dekaden also mehr als versechsfacht.

Entsprechende Zahlen der Schlichtungsstellen der Ärztekammern des Jahres 2012 ergeben einen weiteren Anstieg der Anzahl an Verdachtsfällen bezüglich eines Behandlungsfehlers (ohne Letalität) in Deutschland. 1.125 Anträge mehr als im Jahr 2011 sind bei den Gutachtern eingegangen. Insgesamt 12.232 geäußerte Beschwerden wurden im Jahr 2012 in Deutschland verzeichnet (Wulfert, 2013).

Im Vergleich zur hier vorliegenden Untersuchung wurde in der Untersuchung der Multicenterstudie eine Beschwerde oder Strafanzeige mit Einleitung eines Ermittlungsverfahrens als zweit häufigste Ursache von Seiten der Angehörigen in 831 der 4450 Fälle (18,7 %) bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler vorgenommen (Preuß et al., 2005). Dabei muss hier hinzugefügt werden, dass das Erheben eines Vorwurfs nicht Voraussetzung für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens ist. Die darauf aufbauende Untersuchung der Jahre 2007 und 2008 erzielte ein gleiches Ergebnis (Schmitz, 2012).

Neben den Ärzten sehen sich auch Pflegekräfte zunehmend mit Vorwürfen wegen Behandlungsfehlern überzogen.

Es häufen sich Schlagzeilen und Berichterstattungen bei stetig wachsendem Interesse seitens der Medien. Die Bevölkerung reagiert insofern zunehmend sensibilisiert. All das erscheint nachvollziehbar, geht es doch bei den angesprochenen Schäden um das höchste Gut des Menschen: sein Leben und seine Gesundheit (Bergmann and Wever, 2014). In einem Bochumer Presstext wurde

offengelegt, dass die Staatsanwaltschaft Bochum wegen des Verdachts von Kunstfehlern oder Pflege­mängeln immer mehr Ermittlungsverfahren gegen Ärzte und Pflegekräfte einleiten müsse. Deutlich zu erkennen war die zunehmende Bereitschaft der Patienten und ihrer Angehörigen, die medi­zische Behandlung zu hinterfragen. „Ebenso nimmt die Scheu vor einer offenen Kritik ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen spürbar ab“ (Kiesewetter, 2013). Es herrsche eine bessere Aufklä­rung durch die Medien und Patientenschutz­bünde, so dass damit auch ein immer größeres An­spruchsdenken vorliege (Bergmann and Wever, 2014).

In der heutigen Zeit wird der Medizin durch den zunehmenden wissenschaftlichen Fortschritt auch mehr Machbarkeit abverlangt, so dass ein Scheitern am Patienten nicht mehr ohne weiteres toleriert wird. Der Laie ist heutzutage auch immer besser informiert - und bei wachsendem Selbstbewusstsein und einer „antiärztlichen Berichterstattung“ auch deutlich konfliktbereiter (Ulsenheimer, 2012). Er schreibt dem Arzt nach einem „Zwischenfall“ leicht ein Fehlverhalten zu. Es fehlt ihm auch zuweilen an Verständnis bezüglich der Komplexität des Sachverhalts, der naturwissenschaftlichen Zusammen­hängen oder auch der eingriffstypischen Risiken. Die Unterscheidung zwischen Unrecht und Un­glück ist ihm nicht in jedem Falle möglich (Ulsenheimer, 2015). Der medizinische Fortschritt lässt darüber hinaus eine zunehmende Anonymität und Unpersönlichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis aufkommen; die vertraute „Zweierbeziehung“ wird gelockert, bedingt durch eine „Pluralität“, nicht nur im Zuge der fachlichen-, sondern auch der personenbezogenen Spezialisierungen in allen Berei­chen (Deutsch and Spickhoff, 2014). Unnahbarkeit und der Anschein von Unfehlbarkeit seitens des medizinischen Personals den Patienten und Angehörigen gegenüber bedingen Misstrauen, Frustra­tion und Distanziertheit auf dieser Seite, so dass bei vermeintlichen Medizinschadensfällen die An­zeige­bereitschaft ansteigt. „Manchmal sucht die Medizin auch den Beifall der Massen, oft, allzu oft aber tut ihr dieser Beifall nicht gut“ (Imhof, 2010). Eine überragende Bedeutung kommt der Kom­mu­nikation hinsichtlich der Konfliktgenese zu (Dettmeyer et al., 2007; Scheppokat and Held, 2002). In diesem Zusammenhang seien auch Kommunikationsdefizite bzw. Aufklärungsmängel genannt, welche zur fehlenden Akzeptanz von Risiken des Vorgehens führen konnten. In der vorliegenden Arbeit stand eine solche unzureichende Aufklärung aber nur in fünf Fällen (1,1 %) im Vordergrund.

4.4 Obduktion

In dieser Untersuchung konnte in 215 Fällen der insgesamt 448 Fällen (48 %) (siehe Abb. 37) die Frage nach der Kausalität allein durch die Sektion unter Hinzunahme der Behandlungsunterlagen beantwortet werden und in 188 Fällen (42 %) (siehe Abb. 38) eine abschließende Klärung hinsicht­lich des Behandlungsfehlers vorgenommen werden. In insgesamt 245 Fällen (54,7 %) erfolgte in der vorliegenden Untersuchung eine abschließende Beurteilung nach zusätzlicher Durchführung von Folgeuntersuchungen. In 203 Fällen blieb diese ungewiss.

Auch Preuß zeigte in der retrospektiven multizentrischen Studie auf, dass durch die Obduktion 2.056 der insgesamt 4.450 Fälle (46,2 %) wegen eines Behandlungsfehlerverdacht geklärt wurden (Preuß et al., 2005).

Es kann somit festgestellt werden, dass die Hälfte der Fälle eine abschließende Klärung nach gerichtsmedizinischer Sektion und ihren Anschlussuntersuchungen erfährt.

Es besteht allerdings eine große Diskrepanz zwischen der Prä-mortem- und Post-mortem-Diagnose, mit einer Rate von 10 – 40%. Entscheidend ist diese Diskrepanz vor allem in Hinblick auf Ziel und Verlauf der Behandlung. (Dettmeyer et al., 2007; Shojania and Burton, 2008; Shojania et al., 2003). Eine Klassifikation erfolgt anhand der Goldman-Kriterien (Klasse I – IV - Irrtümer) bezüglich der Korrelation zwischen der Fehldiagnose und der Überlebenswahrscheinlichkeit. Hat die Fehldiagnose Einfluss auf den unerwünschten Behandlungsverlauf, so wäre eine Änderung der Therapie notwendig gewesen (Klasse-I-Irrtum), bzw. ohne Änderung der Therapie (Klasse-II-Irrtum). Klasse-III- und Klasse-IV-Irrtümer beziehen sich auf das Übersehen weniger wichtiger Diagnosen ohne Bezug zum Verlauf der Erkrankung. Eine Untersuchung in Boston zeigte, dass ca. 10 % der Klasse – I - Irrtümer von jeweils 100 durchgeführten Sektionen in einer Abfolge von drei Dekaden (1960, 1970 und 1980) detektiert werden konnten (Goldman et al., 1983).

Bei iatrogenen Todesfällen findet sich sogar in 72 Prozent der Fälle keine Übereinstimmung zwischen klinisch angenommenem und autopsisch festgestelltem Grundleiden (Madea and Rothschild, 2010a). Im Rahmen der Görlitzer-Studie konnte festgestellt werden, dass eine Übereinstimmung zwischen dem klinisch und pathologisch-anatomisch ermittelten Grundleiden in lediglich 55 Prozent der Fälle bestand (Kößling, 1992).

Für den Vergleich der attestierten Todesart (Klinik/ Rechtsmedizin) konnten nur die Jahre 2010 und 2011 berücksichtigt werden, da für die Jahre 1990, 1991, 2000 und 2001 in den meisten Fällen keine weiteren Angaben zur Todesbescheinigung und somit zur Klassifikation der Todesart vorhanden waren. Von den 222 Fällen der Jahre 2010 und 2011 konnte in 169 Fällen eine Angabe zur attestierten Todesart ermittelt werden. Bei den restlichen 53 Fällen waren weitere Informationen zur Todesbescheinigung nicht vorhanden.

Die Auswertung der Angaben hinsichtlich der Todesart zeigt, dass sich das Bild nach Durchführung der rechtsmedizinischen Obduktion in 71 % (120 Fällen) änderte und eine andere Todesart angenommen werden musste.

Die leichenschauenden Ärzte attestierten von den vorliegenden 169 zu begutachteten Fällen in 19 Fällen eine „natürliche“, in 24 Fällen eine „nicht natürliche“ und in 126 Fällen eine „ungeklärte“ Todesart. Somit wurde in 150 der insgesamt 222 Fälle in den Jahren 2010/11 (67,6 %) von Seiten der klinisch tätigen Ärzte eine weiterführende Begutachtung angestoßen. Bei der sich anschließenden gerichtsmedizinischen Sektion konnte von den insgesamt 150 als „ungeklärt“ und „nicht natürlich“ attestierten Todesarten in 86 Fällen eine „natürliche“ Todesursache ermittelt werden.

In 57,3 % der zu untersuchenden Fälle mit ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart und in Frage stehendem Behandlungsfehler konnte im Rahmen der gerichtsmedizinischen Sektion eine natürliche Todesart ermittelt, der Verdacht eines Behandlungsfehlers negiert und somit eine Entlastung des behandelnden Arztes erreicht werden. Das heißt, 105 von den insgesamt 169 Patienten starben eines natürlichen Todes. In 46 Fällen dagegen wurde von Seiten der Rechtsmedizin ein nicht natürlicher Tod bescheinigt. In 23 Fällen konnte durch die Rechtsmedizin keine eindeutige Todesursache ermittelt werden, und es blieb ungeklärt, was ursächlich zum Versterben des Patienten geführt hat.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, welche entscheidende Bedeutung die rechtsmedizinische Sektion für die Todesursachendiagnostik hat (Madea, 2009). Dies gilt vor allem auch hinsichtlich der Diskrepanz, die sich in der Prä-mortem- und Post-mortem- Diagnose auftut, wie bereits angeführt wurde (Dettmeyer et al., 2007; Wittekind and Gradistanac, 2018). Der Rechtsmedizin wird ein hoher Stellenwert in der Todesursachenklärung zugerechnet, da ein Großteil an unerwarteten Todesfällen in zeitlich engem Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen vorkommt, was eine Klärung bezüglich eines vermuteten Behandlungsfehlers verlangt. Eine klinisch-wissenschaftliche Sektion vor dem Hintergrund eines Behandlungsfehlers ist nicht zulässig, weil in diesen Fällen die Leiche der Sicherstellung seitens der Staatsanwaltschaft unterliegt. (Dettmeyer and Madea, 2002; Dettmeyer et al., 2007; Madea et al., 2006; Madea and Rothschild, 2010b; Preuß et al., 2006).

Die rechtsmedizinische Obduktion leistet einen entscheidenden Beitrag als Qualitätssicherung in der Medizin und Rechtsmedizin und kann somit als Qualitätskontrolle angesehen werden. Die Tatsache, dass in 95 bis 97 % der Fälle durch die Obduktion und Anschlussuntersuchungen die Todesursache geklärt werden kann, vorher unentdeckte Erkrankungen aufzeigt und somit Antworten auf die Fragen des klinischen Geschehens gegeben werden können, verdeutlicht die Bedeutung der Mitwirkung der Rechtsmedizin am Qualitätsmanagement und bei der Fehlerprophylaxe (Bratzke et al., 2004; Lauterberg, 2007; Madea et al., 2006; Madea and Rothschild, 2010b). Es geht schließlich um die Beweissicherung und Klärung der Todesursache; der Rechtsmediziner deckt Erkrankungsbilder auf, die dem klinisch tätigen Arzt in der vorherigen Behandlung unentdeckt blieben. Dieses Verfahren dient vorrangig der Informationsgewinnung und nicht der Schuldzuweisung (Dettmeyer et al., 2007). Damit die Obduktion in diesem Sinne als Qualitätsmaßstab angesehen werden kann, gilt die einheitliche Erfassung der Daten als Grundvoraussetzung durch die Entwicklung von Statistiken damit Maßnahmen zur Prävention für die Bevölkerung ergriffen werden können. Zu diesem Zweck wurde das Deutsche Forensische Sektionsregister aufgebaut. Dieses Register dient als Instrument zur bundesweiten Erfassung aller „nicht natürlichen“ und relevanten „natürlichen“ Todesfälle und trägt auch als Datenbank im Rahmen einer Langzeitstudie zur Aufklärung von Todesfällen bei. Die Datenerfassung erfolgt seit 2004 mithilfe des Programms ‚Obduktio‘. Entwickelt wurde das System bereits 1972 im Institut für Forensische Medizin in Frankfurt am Main. Ziele des Forensischen

Sektionsregisters sind unter anderem, neben der bundesweiten Todesfallforschung: die „multikausale Auswertung von Todesfällen, die Forschung zur „Diskrepanzaufdeckung der Angaben im Totenschein, Mortalitätsstatistiken und den Ergebnissen von Sektionen, der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, die Qualitätskontrolle durch die Rechtsmedizin und die Entwicklung von Präventionsstrategien“ (Bratzke, 2007; Bratzke et al., 2004).

Interessant und nicht zu vernachlässigen ist die Tatsache, dass natürlich auch in der Rechtsmedizin und Pathologie Fehler unterlaufen können, bisher aber keine Untersuchungen hinsichtlich der Fehlerquote an Post-mortem-Diagnosen existieren (Saracci, 1993).

Eine Erklärung für die zunehmende Anzahl von Behandlungsfehlervorwürfen lässt sich anhand der Diskrepanz veranschaulichen – mit einer auf der einen Seite stetig wachsenden „modernen Hochleistungsmedizin“, welche immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten aufweist - und dem erhöhten Anspruchsdenken der Patienten. Der Einsatz risikoträchtiger Verfahren, auch an Patienten mit oft mehrfach vorbestehenden Grundleiden, sieht sich oft in einer schlechten Prognose begründet. Als Beispiel sei hier die Entwicklung der kardiologischen Interventionen angeführt (Grellner, 2009) und vieler mikroinvasiver und onkologischer Verfahren.

4.5 Kausalitätsprüfung

Kann die Todesursache nach der Sektion nicht eindeutig festgestellt werden, folgen Anschlussuntersuchungen im Auftrag der Staatsanwaltschaft, die der abschließenden Diagnostik dienen.

In 99 Fällen wurden eine bzw. mehrere Anschlussuntersuchungen in Auftrag gegeben, insgesamt ergaben sich daraus 174 Folgeuntersuchungen (siehe Abb.9). Am häufigsten wurden in der vorliegenden Untersuchung die histologische Untersuchung (n = 82) und die chemisch-toxikologische Untersuchung (n = 50) angefordert. Eine Klärung der Kausalität konnte nach Durchführung der gerichtsmmedizinischen Sektion und den daran anschließenden Folgeuntersuchungen in 283 Fällen (63,2 %) abschließend erreicht werden.

Nach objektiver Klärung der Todesursache im Rahmen der gerichtsmmedizinischen Obduktion und der ggf. daran anschließenden Folgeuntersuchungen stehen im Zentrum der weiteren Überprüfung die Fragen der Sorgfaltspflichtverletzung und deren Ursächlichkeit für das Versterben des Patienten. Die Beantwortung dieser Fragen sind in der Regel auf der Basis eines durch die Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachtens eines klinischen Sachverständigen zu beantworten. Dabei gilt es, Kompetenzüberschreitungen zu vermeiden (Dettmeyer et al., 2006). Der Rechtsmediziner ist Ansprechpartner des Juristen, weil er mit dem Rechtsfach vertraut und Spezialist hinsichtlich der Beurteilung der Todesursache ist.

Bezüglich der Klärung des jeweiligen Behandlungsvorgangs und Einordnung der vorgenommenen bzw. unterlassenen Maßnahmen in den ärztlichen Standard hinsichtlich einer vermeintlichen Fehlerbegehung nimmt der klinisch tätige Arzt eine besondere Rolle ein, insbesondere in Bezug auf die

Frage der Kausalität (Bajanowski et al., 2013). Der medizinische Sachverständige, von der Staatsanwaltschaft beauftragt, bezieht Stellung zum fraglichen Behandlungsfehler, zur Aufklärungspflicht, zur Organisationspflicht, zum Schaden insgesamt und schließlich zu Sorgfaltspflichtverletzung und Kausalität (Bergmann and Wever, 2014). Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der erreichten Spezialisierungen kann eine Klärung insofern idealerweise aus den eigenen Facharztbereichen erfolgen (Janssen and Püschel, 1998). Es erfolgt eine Analyse der gesamten Behandlungsunterlagen und Stellungnahme hinsichtlich des fraglichen Behandlungsfehlers mit Anfertigung eines Sachverständigengutachtens, welches der Justiz als Hilfestellung in der Urteilsfindung dienen soll (Bajanowski et al., 2013). In früherer Zeit wurden solche Gutachten „Fakultätsgutachten“ genannt und bezogen sich auf die gemeinsame Erstellung einer Beurteilung von Medizinern verschiedener Fachrichtungen und Juristen zu der Frage eines vermuteten Behandlungsfehler (Holzer, 1973; Janssen and Püschel, 1998). Ein Gutachten aus dem jeweiligen klinischen Fachgebiet wurde in der vorliegenden Untersuchung in 51 Fällen (11 %) in Auftrag gegeben (siehe Abb. 10).

Nach der Untersuchung der Multicenterstudie von Preuß wurde ein rechtsmedizinisches Fachgutachten bei einer Gesamtzahl von 4450 Fällen, in 1587 Fällen (35,6 %) in Auftrag gegeben. In 436 Fällen (9,8 %) wurde zur weiteren spezifischen Klärung ein klinisches Gutachten empfohlen. (Preuß et al., 2005).

In der Untersuchung von Eisenmenger (1950 bis 1975) wurde zur weiteren Klärung eines fraglichen Behandlungsfehlers in 15 von den 221 Fällen insgesamt (6,8 %) ein klinisches Gutachten in Auftrag gegeben (Eisenmenger et al., 1978).

4.6 Berufsgruppen

Die Analyse der Ärztestatistik ergibt, dass 1990 insgesamt 237.750 Ärzte beschäftigt waren, davon 118.087 im stationären und 92.289 im ambulanten Bereich. 2011 konnten insgesamt 342.063 tätige Ärzte ermittelt werden, 169.840 im stationären, 142.855 im ambulanten Bereich (BÄK, 2016). In einem Zeitraum von 22 Jahren kann somit ein Anstieg an tätigen Ärzten von mehr als 100.000 erfasst werden.

Ärzte im Krankenhaus waren in 66,9 % (343 von 513) der Fälle beschuldigt einen Behandlungsfehler begangen zu haben. Diese Zahl verwundert nicht, da durch das weit umfassende Behandlungsspektrum in Krankenhäusern Notfälle und eine viel höhere Zahl an Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungsbildern behandelt werden müssen als in niedergelassenen Praxen. Insgesamt befanden sich im besagten Zeitraum 295 der 448 Patienten in stationärer Behandlung. Betrachtet man die Kategorie „vorangegangene Behandlung“ (Abb. 9), so hielt sich die Mehrzahl dieser Patienten (n = 185) länger als fünf Tage im Krankenhaus auf. Dies erklärt sich aufgrund der erhöhten Vulnerabilität und Morbidität der Patienten einerseits und der Durchführung risikoreicher Diagnostiken und Therapien unter stationären Bedingungen andererseits (Dettmeyer et al., 2007; Eisenmenger et al., 1978; Grellner, 2009; Madea, 2009; Moßhammer and Eissler, 2013; Preuß et al., 2006; Schmitz et al., 2012). Vor

allem gegen Ärzte der chirurgischen Disziplin (in dieser Arbeit n = 149, siehe Abb. 18) richten sich Behandlungsfehlervorwürfe. (Madea, 2009; Preuß et al., 2006). In vielen Fällen werden Fehler von Assistenzärzten verursacht (Schmitz et al., 2012). Diesbezügliche Ergebnisse konnten in dieser Arbeit nicht erhoben werden, da in den überwiegenden Fällen keine Angaben über den Berufs- und Ausbildungsstand des medizinischen Personals gemacht wurden.

Die stationäre Versorgung erfordert eine komplexe Arbeitsorganisation: Aufkommende Unstimmigkeiten in der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Ärzten verschiedener Fachabteilungen (horizontale Arbeitsteilung) und auch zwischen den verschiedenen hierarchisch positionierten Mitarbeitern des Gesundheitssystems, ärztliches, sowie nicht-ärztliches Personal betreffend (vertikale Arbeitsteilung), können leicht zu einem Organisationsfehler führen (Bergmann and Wever, 2014; Hoffmann and Rohe, 2010).

Im ambulanten Sektor ist die Patientenbehandlung zwar im Vergleich zum stationären Sektor weniger komplikationsbehaftet, allerdings besteht hier eher das Risiko, bei unspezifischen Symptomen lebensbedrohliche Erkrankungen zu übersehen. Des Weiteren ist eine kontinuierliche Überwachung wie sie im Krankenhaus stattfindet nicht möglich (Hoffmann and Rohe, 2010). Der niedergelassene Arzt wurde in dem vorliegenden Material in 17,2 % (88 von 513 Beschuldigten) eines Behandlungsfehlers beschuldigt (siehe Abb. 17). In der Multicenterstudie von Preuß wurden bezüglich der Verteilung von Behandlungsfehlervorwürfen auf die verschiedenen Berufsgruppen ähnliche Ergebnisse erzielt. In 63,1 % der Fälle wurden Klinikärzte (unsere Studie: 66,9 %) und in 19,7 % niedergelassene Ärzte eines Behandlungsfehlers beschuldigt. Der Vorwurf richtete sich bei den Krankenhausärzten in der Mehrzahl auf intra- und postoperative Fehler, bei den niedergelassenen Ärzten auf das Unterlassen von Maßnahmen. Stationär tätige Ärzte sehen sich zwar weitaus häufiger eines Behandlungsfehlers beschuldigt, jedoch wurde ein Behandlungsfehler bei den ambulant tätigen Ärzten häufiger bejaht (Niedergelassener Arzt: 14,5 %, Krankenhausarzt: 7,8 %) (Preuß et al., 2005, 2006). In der Analyse von Schmitz bezüglich bestätigter Behandlungsfehler der rechtsmedizinischen Institute Bonn (1990 – 2008) und Düsseldorf (1990 – 2006) kam es in 42,5 % der stationär tätigen und in 45,2 % der ambulant tätigen Ärzte zur Bejahung eines Behandlungsfehlers. Die Kausalität der Sorgfaltspflichtverletzung für den Tod des Patienten wurde häufiger im stationären Bereich ermittelt (stationär 38,7 %, ambulant 18,2 %) (Schmitz et al., 2012). Eine auf den Bezirk des Landgerichts Bremen bezogene staatsanwaltschaftliche Untersuchung für den Zeitraum 1977 bis 1987 zeigte in 159 von insgesamt 184 Fällen (86,4 %) Ermittlungen gegen Krankenhausärzte und in 25 Fällen (13,6 %) gegen niedergelassene Ärzte (Seehafer, 1991).

Eine weiter zurückliegende Untersuchung ergab für die Jahre 1950 bis 1975 ebenfalls, dass die stationär tätigen Ärzte am häufigsten eines Behandlungsfehlers beschuldigt wurden. Insoweit wurde in 162 Fällen gegen diese, und in 58 Fällen gegen niedergelassene Ärzte ermittelt (Eisenmenger et al., 1978).

Schaut man allerdings auf den Anlass des Ermittlungsverfahrens und die betroffene Berufsgruppe, die sich mit einem Behandlungsfehler konfrontiert sieht, so fällt auf, dass es vor allem die klinisch tätigen Ärzte und Notdienstärzte sind, die den jeweiligen Todesfall viel öfter als „ungeklärt“ oder „nicht natürlich“ qualifizieren und damit das Todesermittlungsverfahren in die Wege leiten. Durch die Mediziner im ambulanten Sektor wird ein solches Vorgehen weitaus weniger angestoßen (Preuß et al., 2006). In der Analyse der Institute Bonn und Düsseldorf wurde in 54,8 % der Fälle eine „ungeklärte“, oder „nicht natürliche“ Todesart in der Todesbescheinigung seitens der stationär tätigen Ärzte attestiert. Im niedergelassenen Bereich waren es gerade mal 3,3 %. Zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens im niedergelassenen Bereich kam es aber dennoch gehäuft seitens eines nachbehandelnden Arzt durch die Attestierung in der Todesbescheinigung (Schmitz et al., 2012). Eigene Erhebungen hierzu konnten anhand des hier vorliegenden Materials nicht angestellt werden.

4.7 Fachabteilung

Auf der Basis der hier erfolgten Überprüfung ist es vor allem das chirurgische Fach, welches am häufigsten einen Behandlungsfehlervorwurf ausgesetzt war. In 32 % (149 von insgesamt 465 Ärzte verschiedenster Disziplinen) kam es zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens. Unter den einzelnen Fachdisziplinen, der Allgemein- und Visceralchirurgie, der Gefäßchirurgie, der Unfallchirurgie, der Thoraxchirurgie und der Neurochirurgie, war es am häufigsten die Allgemein- und Visceralchirurgie (n = 77, siehe Abb. 20), die eines Behandlungsfehlers beschuldigt wurde. Hinzugezählt wurde hier die Gefäßchirurgie. Eine Anschuldigung gegen die Chirurgen erfolgt sehr schnell, ist es doch das Fach mit dem fehlerträchtigsten Ruf, in dem der Beginn und der Ausgang einer Behandlung sehr eng aneinander liegen und ein Fehler somit offensichtlich erscheint, wenn während einer Behandlung, in der Regel einer Operation, Komplikationen eintreten (Krüger-Brand, 2010). Dieses Ereignis wird sodann einem Behandlungsfehler gleichgesetzt. „Es gibt in der Chirurgie eine Tat, eine Tatzeit, einen Tatort und einen Täter“ (Rabbata, 2007).

Die Chirurgie besitzt auf der ganzen Welt, ob in wohlhabenden oder ärmeren Gebieten, städtisch oder ländlich und auch religionsübergreifend einen hohen Stellenwert und hat das Potenzial, einerseits den Verlust des Lebens zu verhindern, andererseits aber kann durch Risiken und Komplikationen der Tod auch verursacht werden. Untersuchungen in den USA, Kanada, England, Australien und Neuseeland stellten mithilfe der Datenbanken Medline (Januar 1966 bis Februar 2007), Cochrane und Embrase (Januar 1980 bis Februar 2007) fest, dass chirurgische Fehler mit 39,6 % der Fälle den Hauptteil aller Fehlerereignisse ausmachten. Die Studien schlossen 74.485 Patienten ein (de Vries et al., 2008).

Eine australische Studie untersuchte 1992 das Auftreten unerwünschter Ereignisse („adverse event“) im Fach Chirurgie an 28 Kliniken. In 21,9 % der Fälle kam es zu solchen Ereignissen, 13 % der Patienten erlitten dauerhafte Schäden, 4 % hatten ein tödliches Ereignis zur Folge (Kable et al., 2002).

Im Rahmen der 2005 durchgeführten Multicenterstudie von Preuß fielen in 28,5 % der möglichen Behandlungsfehler in dem ermittelten Zeitraum 1990 – 2000 im Bereich intra- und postoperativer Komplikationen der Fachabteilung der Chirurgie zu (Preuß et al., 2005).

In der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen in Strafverfahren zwischen 1989 und 2003 des rechtsmedizinischen Institutes Bonn war in 63 von 220 Fällen (28,6 %) der Hauptadressat etwaiger Behandlungsfehlervorwürfe das Fach Chirurgie (Madea et al., 2007). Verschiedene zurückliegende Untersuchungen (Figgener, Althoff/Solbach, Mallach, Ulsenheimer) innerhalb eines Zeitraums von 1964 bis 1986 stellten ebenfalls fest, dass am häufigsten gegen Ärzte des chirurgischen Fachs ermittelt wurde (Krumpaszky et al., 1997).

An zweiter Stelle muss sich das Fach der Inneren Medizin mit dem Vorwurf der Verursachung von Behandlungsfehlern auseinandersetzen. In 15,7 % (73 von 465 beschuldigten Ärzte, siehe Abb. 18) wurde die Innere Medizin mit ihren Fachdisziplinen Kardiologie, Pulmonologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Geriatrie und Onkologie möglicher Behandlungsfehler verdächtigt. Bedacht werden muss hierbei die Zunahme an invasiven Eingriffen mit dadurch einhergehenden Risiken und Komplikationen. Beispielfhaft genannt sei hier die Kardiologie. Untersuchungen zufolge bezüglich der Entwicklung der Leistungszahlen von Herzkatheterlaboren in Deutschland sind im Jahr 1984 insgesamt 56.797 diagnostische Herzkatheteruntersuchungen und 2809 Koronarinterventionen erfolgt. 2008 belief sich die Gesamtzahl an diagnostischen Koronarangiographien auf 845.172 und 303.832 Koronarinterventionen. Somit ist ein 100-facher Anstieg an Interventionen von 1984 bis 2008 zu verzeichnen (van Buuren, 2010). In der vorliegenden Untersuchung konnten acht Fälle ermittelt werden, in denen ein Behandlungsfehler aufgrund einer Herzkatheteruntersuchung im Raume stand.

Auch die Untersuchungsergebnisse der Multicenterstudie von Preuß ergaben, dass die Abteilung der Inneren Medizin an zweiter Stelle nach der Chirurgie stand, in 698 von 4450 Fällen (auffälliger Weise 15,7 %, was den hiesigen Ergebnissen entspricht) (Preuß et al., 2005).

Die Analyse bestätigter Behandlungsfehler der rechtsmedizinischen Institute Bonn und Düsseldorf, die auf die Ergebnisse der Multicenterstudie aufbaut zeigt dem Gegenüber, dass die beiden größten Fächer der Medizin (Chirurgie und Innere Medizin) mit jeweils 35,5 % beteiligt sind. (Schmitz, 2012).

Auffallend hoch ist aber ebenso die Zahl der Beschuldigungen gegenüber Hausärzten. In 13,5 % (63 Fälle) wurde gegen diese Berufsgruppe ermittelt. Verwunderlich ist diese hohe Zahl jedoch nicht, da ja die Mehrzahl der Patienten überhaupt eine ambulante Behandlung erfährt: Wie bereits erwähnt, erfolgen heutzutage pro Jahr ca. 700 Millionen ambulante Patientenkontakte (Gerst, 2014; Hoffmann and Rohe, 2010; Madea, 2015b). Auch nach der Studie von Preuß, Dettmeyer und Madea war der Hausarzt an dritter Stelle nach den Chirurgen und Internisten Anschuldigungen ausgesetzt, und zwar denen des Unterlassens nämlich in 9,7 % der Fälle (434 von insgesamt 4450 Fällen) (Preuß et al.,

2005). In der Untersuchung von Eisenmenger standen die niedergelassenen Ärzte gar noch vor den klinisch tätigen Kollegen an erster Stelle (19,9 %) (Eisenmenger et al., 1978).

In weiter zurückliegenden Untersuchungen (zwischen 1964 bis 1983) wurden im Vergleich zur vorliegenden Untersuchung im Fach der Allgemeinmedizin mehr Ermittlungsverfahren als in der Inneren Medizin durchgeführt (Figgenger, Althoff/Solbach, Mallach) (Krumpaszky et al., 1997). Der Hausarzt hat eine sehr verantwortungsvolle Position, da es in vielen Fällen der allgemein praktizierende Arzt ist, der von den Patienten als erste Anlaufstelle gewählt wird und von ihm ein umfangreicher medizinischer Überblick gefordert wird und er sich mit jeglichen Erkrankungsbildern auseinandersetzen muss. Und gerade an der Hausarztstelle können unspezifische Symptome oder Erkrankungen im Frühstadium verkannt werden, woran deutlich wird, wie groß die Schwierigkeiten im Rahmen der ambulanten Behandlung sein können (Hoffmann and Rohe, 2010).

Dieser Problematik ist neben dem allgemein praktizierenden Arzt insbesondere auch den Arzt im Notdienst sowie der Notfallmediziner ausgesetzt. Die benannten Berufsgruppen verbindet die Tatsache, dass sie meist die erste Kontaktstelle für den Patienten darstellen und vor allem in Akutsituationen angesprochen werden und bei unsicherer Diagnose, die als vital bedrohlichste Erkrankung ausschließen müssen (Deutsch and Spickhoff, 2014).

In 16 Fällen (3,4 %), bzw. 15 Fällen (3,2 %) der vorliegenden Untersuchung, wurde dem Notfallmediziner bzw. dem Arzt im Notdienst ein Behandlungsfehler zur Last gelegt. In der retrospektiven Analyse des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales wurde in 254 der 4450 Fälle (5,7 %) ein Behandlungsfehler der Notdienstärzte und in 108 Fällen (2,4 %) der Notärzte vermutet. (Preuß et al., 2005)

Zu hinterfragen ist an dieser Stelle vor allem die Qualifikation der Ärzte im Bereitschaftsdienst. 2015 ist die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst über die Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer neu geregelt worden (AEKNO, 2015). Es sei jedoch zu klären, wieweit der ärztliche Notdienst überhaupt fächerübergreifend abgebildet werden kann (Madea, 2009; Schmitz et al., 2012).

Die Untersuchung von Peters zu Behandlungsfehlerverfahren bei der Staatsanwaltschaft Düsseldorf die den Zeitraum von 1992 bis 1996 abbildet, ergab hinsichtlich der Verteilung der Fachabteilungen, dass die praktizierenden Allgemeinärzte gehäuft, in 15 % von insgesamt 272 Fällen, noch vor den Chirurgen und Internisten beschuldigt wurden, einen Behandlungsfehler verursacht zu haben (Peters, 2002).

Als nicht-ärztliches Personal wurden in der vorliegenden Untersuchung die Pflegekräfte in 44 Fällen (9,8 %) eines Behandlungsfehlers beschuldigt. In der Multicenterstudie wurden unter 4450 Verdächtigungen insgesamt 320 Pflegefehlervorwürfe (7,2 %) erhoben. In 109 Fällen bestand der Vorwurf in der Entstehung eines Dekubitus. Am häufigsten kam es im Rahmen dieser Untersuchung zu der Bestätigung eines Pflegefehlers in 20,3 % (Preuß et al., 2005).

Die Jahresstatistik von 2019 des medizinischen Dienstes der Krankenkasse bestätigt die große Zahl an Behandlungsfehlervorwürfen im Bereich der Pflege (59,2 %) (Gronemeyer and Zobel, 2019).

4.8 Behandlungsfehler

Um einen genauen Überblick über die vielfältigen Behandlungsfehlervorwürfe zu erhalten, wurde eine Differenzierung in einzelne Fehlerarten vorgenommen. Auf diese Weise soll nun näher auf die wichtigen und häufigen Behandlungsfehler (Unterlassen medizinischer Maßnahmen, operativer Fehler, Medikationsfehler) eingegangen werden.

4.8.1 Unterlassen medizinischer Maßnahmen

Geht es um die Fehlereinteilung unter den geltenden strafrechtlichen Kriterien, so wurden 183 Fälle dem aktiven ärztlichen Tun und 296 Fälle dem Unterlassen zugeschrieben. „Trifft den Arzt eine Handlungspflicht, so wird der Vorwurf eines Behandlungsfehlers häufig in einem Unterlassen liegen. Wenn der Arzt eine Diagnostik oder eine indizierte Behandlung nicht durchgeführt hat, liegt der Schwerpunkt des Vorwurfs auf einem Unterlassen; hat der Arzt agiert, und zwar aufgrund einer fehlerhaften Behandlung, ist Anknüpfungspunkt des fehlerhaften Verhaltens das aktive Tun“ (Sommer, 2006).

Das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen wurde am häufigsten, in 212 der insgesamt 494 fraglichen Behandlungsfehler (Mehrfachnennungen), beanstandet (42,9 %). Diese Kategorie umfasst, wie im Ergebnisteil schon aufgeführt wurde, ein großes Spektrum an Fehlerarten.

Innerhalb der Kategorie des Unterlassens wurde in der Mehrzahl der Fälle, in 33,5 %, eine mangelnde Diagnostik beanstandet (n = 71). Im Rahmen der Multicenterstudie von Preuß wurde in 48,5 % der insgesamt 4.450 Patienten (2158 Fälle) der Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen erhoben, weiter differenziert in 60,2 % (1300 Fälle) eine mangelnde Diagnostik (Dettmeyer et al., 2007; Preuß et al., 2005).

Madea stellte in seiner Untersuchung „Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Strafverfahren“ in 48 von 210 Fällen (20,3 %) den Vorwurf des Unterlassens fest (Madea et al., 2007). In der Untersuchung von Peters (1992 – 1996) wurde in 18 % eine unterlassene Behandlung bzw. Überwachung vorgeworfen. Führend war hier der Vorwurf der Falschdiagnose mit 41 % (Peters, 2002). Ein direkter Vergleich mit anderen Analysen was die Fehlerart betrifft, kann aufgrund einer unterschiedlich gewählten Kategorisierung nicht immer gezogen werden.

Unter „Diagnostik“ wird im Allgemeinen die Feststellung einer Erkrankung mithilfe verschiedenster Instrumente, wie der Anamnese, körperlichen Untersuchung, klinischen Untersuchungen, beispielsweise die Blutuntersuchung und Messung der Vitalparameter, sowie ggf. die Durchführung apparativer nichtinvasiver und invasiver Untersuchungen verstanden. Abgeleitet aus dem Griechischen bedeutet Diagnose („diagnoskein“) etwas durchschauen, etwas gründlich erkennen. Ausführlicher beschreibt es der „Generalist“ der Inneren Medizin Rudolf W. J. Gross, indem er ausführt die Diagnose „bestehe zum einen aus dem objektiven, dem wissenschaftlichen Teil und zum anderen aus dem subjektiven, dem individualisierenden Teil. In der Diagnostik gehe es um die Akkumulation, also das Sammeln von Informationen bezüglich der Beschwerden und Befunde, der Analyse, dem Ordnen

und Bewerten der Daten, der Analogie, dem Vergleich mit Erfahrungen und Kenntnissen, sowie der Induktion, dem Rückschluss auf die Diagnose“ (Gross and Löffler, 1997). Die Einhaltung und das Erfüllen einer sorgfältigen medizinischen Diagnostik gehört zum Grundpfeiler eines jeden klinisch tätigen Arztes und es wird von ihm erwartet, diese Aufgabe gewissenhaft und ordentlich auszuführen. Das bedeutet nicht, dass von einem Arzt erwartet wird, unmittelbar zur richtigen Diagnosestellung zu gelangen. Im medizinischen Alltag ist das Arbeiten mit Verdachtsdiagnosen, die sich im weiteren Behandlungsverlauf als nichtzutreffend erweisen, allgegenwärtig und somit ist eine falsche Diagnose nicht zwingend als Diagnosefehler anzusehen (Bergmann and Wever, 2014; Preuß et al., 2006). Die Geburtsstunde der Diagnostik soll im Jahr 1761 gewesen sein und durch Leopold Auenbrugger beschrieben worden sein. Das Erkennen einer Erkrankung braucht so manches Mal seine Zeit, welche Art der Diagnostik auch immer betrieben wird. Gross setzte sich von klinischer Seite mit der Fehleranalyse auseinander, gemäß der Maxime „nihil nocere“ („vor allem nicht schaden“). Ärztliche Leistungen betreffen „Diagnose, Prognose und Therapie“, hiervon sei die Diagnose der Part, den zu ermitteln am schwierigsten ist. Erstrebenswert ist bei der Behandlung der noch unentdeckten Krankheit, von den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten auszugehen, unter Berücksichtigung der therapeutischen Standards und der individuellen Besonderheiten des Patienten. „Therapie und Diagnose stehen in einem eigentümlich komplementären Verhältnis zueinander. In der Therapie muss der Arzt oft rasche Entscheidungen fassen und sie mit fester Hand durchführen (...) Die Diagnose hingegen ist fast nie abgeschlossen. Sie braucht immer wieder Beobachtung, Phantasie, Selbstkritik und unermüdliche Geduld, denn der menschliche Organismus ist unübersehbar kompliziert“ (Gross, 1969). Wenn es um die Frage der Haftung wegen fehlerhafter Interpretation von Befunden geht, so sollte dem Arzt ein ausreichender Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum eingeräumt werden, damit die drohende Verurteilung nicht zu einer Überdiagnostik führt (Gross and Löffler, 1997; Ulsenheimer, 2015). Obwohl die Medizin in Wissenschaft und Technik immer weiter voranschreitet, kommt es doch noch immer wieder bei bedrohlichen Erkrankungsbildern zu Fehleinschätzungen, mit einem sich daran anschließenden „schicksalhaften Verlauf“. Gerichtsmedizinische Untersuchungen in den USA hoben drei Erkrankungsbilder hervor, die häufig klinisch unentdeckt blieben: Die Aortendissektion, die Lungenembolie und die Tuberkulose (Shojania and Burton, 2008). Ein wichtiges Erkrankungsbild ist zudem der Myokardinfarkt, der weiterhin neben der chronisch ischämischen Herzerkrankung zu der Haupttodesfolge in Deutschland, bzw. weltweit zählt (Statistisches Bundesamt, 2018; World Health Organization, 2018). Im Rahmen dieser Untersuchung war in der Mehrzahl der Fälle (167 von insgesamt 448) die Todesursache einer Herz-Kreislaufkrankung zuzuordnen. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie kann ein Rückgang der Sterblichkeit bei einem akuten Myokardinfarkt verzeichnet werden. 1990 verstarben insgesamt 85.625 Menschen in Deutschland an einem Herzinfarkt, bis zum Jahr 2015 verringerte sich die Zahl auf 49.210. Dieser Rückgang wird durch die Optimierung der Prävention, den therapeutischen Fortschritt hinsichtlich der Katheter-Behandlungen und der Patientenversorgung auf den Chest-Pain-

Units sowie der Rehabilitation erzielt (Deutscher Herzbericht 2017: Immer weniger Herzinfarkt-Tote dank Fortschreiten der modernen Herz-Medizin, 2018; Grätzel, 2018). Höchste Priorität ist es, diesen potentiell lebensgefährlichen Gesundheitszustand zu detektieren, und durch eine zeitnahe interventionelle Therapie abzuwenden (Weltrich and Fitting, 2004; Weltrich and Lent, 2001). Ein wichtiges Prüfkriterium ist heute die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie. In der vorliegenden retrospektiven Arbeit wurden für den Untersuchungszeitraum von den 448 zu bearbeitenden Fällen 62 Todesfälle (13,8 %) ermittelt, denen ein Myokardinfarkt zugrunde lag. Es handelte sich um 39 männliche und um 23 weibliche Patienten. Etwa ein Drittel der Patienten waren 50 Jahre alt oder jünger, 22,5 % der Patienten (n = 14) zwischen 40 und 50 Jahre alt. In einer retrospektiven Beobachtungsstudie der rechtsmedizinischen Institute München und Hamburg von 2007 sind 80 Fälle ausgewertet worden, die im Untersuchungszeitraum 1983 bis 2004 an einem akuten Myokardinfarkt verstorben waren. 53 % der Patienten dieser Beobachtungsstudie erlitten einen letalen Myokardinfarkt bis zum 50. Lebensjahr (Püschel et al., 2007; Püschel, 2007). Die retrospektive Multicenterstudie ermittelte in 318 der 4450 Fälle (7,1 %) ein Verkennen des Myokardinfarktes (Preuß et al., 2005).

Bei Sichtung der statistischen Auswertung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes bezüglich der altersabhängigen Letalität bei Myokardinfarkt findet sich ein hoher prozentualer Anteil bei Männern im Alter unter 40 Jahre (30 – 34 Jahre: 47,2 %; 35 – 49 Jahre: 31,5 %) und über 65 Jahre (65 – 69 Jahre: 45,0 %; 70 – 74 Jahre: 54,3 %). (Löwel, 2006).

4.8.1.1 Kasuistik

Darstellung zweier Beispiele mit letalem Ausgang bei Myokardinfarkt

Fall Nr.1: (Essen 2011) Fehlende stationäre Aufnahme trotz eines pathologischen Befundes

Ein 51-jähriger Mann stellte sich in einer Notfallambulanz vor. Die genaue Beschwerdesymptomatik ließ sich der Akte nicht entnehmen. Im Rahmen der ambulanten Diagnostik konnte EKG-morphologisch kein pathologischer Befund erhoben werden, jedoch wurden erhöhte Werte des spezifischen Proteinkomplexes Troponin im Blut gemessen. Es erfolgte jedoch keine stationäre Aufnahme, mit der Begründung, dass die Bettenkapazität ausgeschöpft sei. Der Patient verließ daraufhin das Krankenhaus und verstarb kurze Zeit später in seinem privaten Umfeld.

Es kam zu einem Todesermittlungsverfahren aufgrund der in der Todesbescheinigung attestierten „unklaren“ Todesursache. Die rechtsmedizinische Obduktion ergab eine Perikardtampnade nach Ventrikelruptur bei Vorderwandmyokardinfarkt durch den Verschluss des Ramus circumflexus. Es wurde nun eine „natürliche“ Todesart bescheinigt. Weitere Anschlussuntersuchungen und ein Folgegutachten wurden nicht in Auftrag gegeben. Nach Angaben der Staatsanwaltschaft wurden sowohl die Sorgfaltspflichtverletzung als auch die Kausalität bestätigt - aufgrund der fehlenden stationären

Aufnahme trotz des erhöhten Herzenzyms. Im weiteren Verlauf wurde das Verfahren nach § 170 II StPO eingestellt. Weshalb trotz Feststellung bestätigter Sorgfaltspflichtverletzung und Kausalität für den Tod des Patienten das Ermittlungsverfahren mangels hinreichenden Tatverdachts eingestellt worden ist, hat anhand der hier vorliegenden Vorgänge nicht festgestellt werden können.

Fall Nr. 2: (Essen 2001) Übersehen eines Myokardinfarkts bei mangelnder Diagnostik

Eine 48-jährige Frau suchte ihren Hausarzt aufgrund von Luftnot und Schmerzen in der Brust auf. Dieser verschrieb ihr lediglich ein nichtsteroidales Antirheumatikum (Diclofenac). 18 Tage später litt die Frau unter Erbrechen und Magenkrämpfen und kontaktierte morgens einen ärztlichen Notdienst. Der Arzt führte nur eine fernmündliche Beratung am Telefon durch. Am selben Tag rief die Frau gegen 12 Uhr erneut unter der Notrufnummer an und bat um das Kommen eines Notarztes. Dieser erschien gegen 12:15 Uhr, diagnostizierte eine akute Gastritis und verließ daraufhin die Frau in ihrer Situation. Am Abend (gegen 21 Uhr) verstarb die Frau an einem akuten Myokardinfarkt. Die Einleitung des Ermittlungsverfahrens erfolgte infolge des erhobenen Vorwurfs von Seiten der Angehörigen gegen die drei Fachärzte. Nähere Angaben zur Todesbescheinigung waren der Akte nicht zu entnehmen. Sowohl die Sorgfaltspflichtverletzung als auch die Kausalität wurden bei dem Allgemeinmediziner, dem Arzt im Notdienst und dem Notfallmediziner nicht bestätigt und dementsprechend wurde das Ermittlungsverfahren nach § 170 II StPO eingestellt.

Der zuletzt geschilderte Fall zeigt, dass Organisationsfehler nicht nur durch die Verkettung und Aufsummierung mehrerer Nachlässigkeiten in diversen Arbeitsabläufen zustande kommen, sondern auch, wenn sich die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf verschiedene Mediziner verteilen. Eine entscheidende Bedeutung kommt hier dem Prinzip des „Lotsen“ zu, einem Arzt, der den gesamten Überblick über den Behandlungsweg behält, um sogenannte Koordinationsdefizite vermeiden zu können (Hansis, 2001b). Die Auswertung der Daten im Hinblick auf das Nichterkennen eines pathologischen Herzbefundes ergab, dass in 23,3 % die Internisten, in 8,3 % Fachärzte der Kardiologie, einen pathologischen Herzbefund nicht diagnostizierten. In 21,7 % waren es die praktizierenden Hausärzte, die aufgrund einer fehlenden oder auch ungenügenden Diagnostik den Herzinfarkt nicht aufdeckten. Das vorliegende Ergebnis spiegelt sich auch in Angaben aus anderer Literatur wider (Madea et al., 2007).

16,7 % der Allgemein- und Visceralchirurgen verkannten den akuten Herzinfarkt, in jeweils 6,7 % waren es die Orthopäden/Unfallchirurgen und der ärztliche Notdienst.

Beschwerdebilder wurden nicht den kardialen, sondern Erkrankungen des orthopädischen-, rheumatischen- und gastroenterologischen Bereichs zugeteilt. Trotz mangelnder Diagnostik und daraus resultierenden Fehlbehandlungen erfolgte in allen Fällen die Einstellung des Ermittlungsverfahrens.

Eine Strafverfolgung der behandelnden Ärzte scheitert daran, dass ein Tod durch Herzinfarkt nach der derzeit bestehenden Auffassung der medizinischen Sachverständigen nicht sicher zu verhindern ist, womit die Aussage, der Patient hätte bei ordnungsgemäßer Behandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt, nicht zu treffen ist.

Zur Strafverfolgung kommt es, wenn sich der Kausalzusammenhang zwischen der Fehlbehandlung und dem eintretenden Tod des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachweisen lässt. Es muss hinterfragt werden, ob sich bei einer sachgemäß richtig durchgeführten Behandlung die Überlebenszeit so gut wie sicher verlängert hätte. „Der Vorwurf einer fahrlässigen Tötung entfällt in der Regel deswegen, weil auch unter frühestmöglicher optimaler Therapie bei einem Myokardinfarkt der tödliche Ausgang nicht ausgeschlossen werden kann“ (Püschel et al., 2007). Ein Ermittlungsverfahren wurde, wie in der retrospektiven Beobachtungsstudie der Institute München und Hamburg gezeigt wird, in 95 % der Fälle sofort eingestellt, in drei Fällen folgte eine Einstellung nach einer Bußgeldzahlung (§ 153a StPO). In einem Fall kam es zu einem Strafbefehl (Püschel et al., 2007).

4.8.2 Operativer Behandlungsfehler

In 33,4 % der hier untersuchten Fälle bestand der Verdacht eines fraglichen Behandlungsfehlers im Zusammenhang mit einer operativen Intervention. Hierbei wurde eine Unterteilung in präoperative, intraoperative und postoperative Fehlervorkommnisse, sowie Vorkommnisse bei minimal-invasiven Eingriffen vorgenommen. Der Hauptanteil an chirurgischen Fehlern (53 – 70 %) tritt vor und nach der Operation auf (de Vries et al., 2009; de Vries et al., 2010; Griffen et al., 2007). Im Rahmen der Multicenterstudie wurde in 33,1% der Fälle Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen ermittelt (Dettmeyer et al., 2007; Preuß et al., 2005). In der vorliegenden retrospektiven Studie kam es in insgesamt 165 der 448 Fälle bei einem chirurgischen bzw. minimal-invasiven Eingriff zu einem Fehler, hiervon in 53 Fällen intraoperativ, in 52 Fällen postoperativ und in drei Fällen präoperativ unter Einschluss der minimal-invasiven Eingriffen (n = 57).

Am häufigsten kam es nach den Erhebungen der vorliegenden Arbeit zum Verdacht eines intraoperativen Fehlers, (n = 53). Ermittelt wurde weiter der intraoperative Fehler mit sofortigem Versterben auf dem Operationstisch oder im Operationssaal (Exitus in tabula). Bei der Auswertung der Akten kam es bei 22 von den insgesamt 165 Patienten, die sich in einer operativen oder anderen invasiven Behandlung befanden, zu einem solchen Ereignis. Drei Patienten verstarben während eines invasiven Eingriffs, der Herzkatheteruntersuchung, und 19 Patienten während eines operativen Eingriffs. Bezieht man dieses Ergebnis auf alle durchgeführten Sektionen der Rechtsmedizin, so wurden 0,64 % aufgrund eines Exitus in tabula durchgeführt. In der bundesweiten Multicenterstudie „Begutachtung behaupteter letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin“ wurde ein Wert von

0,34 % ermittelt (Preuß et al., 2007a). Auffällig ist in dieser Studie die in etwa gleiche Anzahl an Fehlervorkommnissen in der chirurgischen und der internistischen Disziplin. In 20,1 % ereignete sich ein Exitus in tabula während einer allgemeinchirurgischen-, in 17,7 % während einer internistischen Intervention, hier lag die kardiologische Fachdisziplin mit der Herzkatheteruntersuchung vorn (49 von 344 Fällen). Die Zahlen verdeutlichen die Zunahme invasiver diagnostischer und therapeutischer Eingriffe in einer konservativen Fachabteilung wie der Inneren Medizin. Aufkommende Komplikationen waren hauptsächlich intraoperative Blutungen oder Gefäßverletzungen (Bielefeld, 2008; Preuß et al., 2007a).

Bezüglich der vermuteten postoperativen Behandlungsfehler kam es am häufigsten zu einem Infektionsgeschehen mit Todesfolge aufgrund einer sich ausbildenden Sepsis mit anschließendem Multiorganversagen. Das Geschehen entwickelte sich meist durch eine Nahtinsuffizienz oder eine Verletzung innerer Organe. In 16 Fällen verstarben die Patienten nach einer operativen Behandlung oder einem invasiven Eingriff an einer Peritonitis. Zu einer Peritonitis kommt es unter anderem nach der Verletzung abdomineller Organe oder der Bauchdecke mit der Folge einer Entzündung derselben und kann nach jedem abdominellen Eingriff als Komplikation auftreten. Es geht sodann um die Frage, ob der komplikationsreiche Verlauf hätte verhindert werden können, wenn bei früherer Diagnose des entzündlichen Geschehens eine frühere Revisionsoperation stattgefunden hätte. Diese Frage lässt sich jedoch in den meisten Fällen nicht sicher klären, da aufgrund der zu Beginn recht unspezifischen klinischen Symptomatik der genaue Zeitpunkt des Entzündungsgeschehens nur schwer zu diagnostizieren ist (Preuß et al., 2006).

4.8.3 Medikationsfehler

Die dritthäufigste Fehlerart war in 49 der insgesamt behaupteten 494 Behandlungsfehler (9,9 %) ein vorgeworfener Medikationsfehler. Am häufigsten lag der Vorwurf in der Medikamentenüberdosierung (n = 13 - 26,5 %), aufkommenden Arzneimittelunverträglichkeiten (n = 10 - 20,4 %) und der Gabe eines falschen Medikamentes (n = 8 - 19,5 %).

Die Untersuchungsergebnisse der Multicenterstudie von Preuß ergaben in 557 von 4450 Fällen (12,5 %) einen Medikationsfehler. Hier bestand in der Mehrzahl der Fälle der Vorwurf einer fehlerhaften Dosierung (23,5 %) (Preuß et al., 2005).

In der Untersuchung von Peters (1992 – 1996) wurde ein Medikationsfehler in 15 %, als dritthäufigster Behandlungsfehlerverdacht, vermutet. In 75 % wurde eine Falschmedikation und in 25 % der Vorwurf einer falschen Medikation bei falscher Diagnose festgestellt (Peters, 2002).

In epidemiologischen Studien wird die Annahme geäußert, dass der Medikationsfehler zu den häufigsten Komplikationen in der medizinischen Behandlung zählt (Madea et al., 2009). Dieses Ergebnis lässt sich wiederum nicht in den Auswertungen von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der gesetzlichen Krankenkasse (AOK) oder der Gutachten rechtsmedizinischer Institute

wiederfinden (Madea, 2015b). Grundsätzlich muss zunächst zwischen einer unerwünschten Arzneimittelwirkung und einem unerwünschten Arzneimittelereignis unterschieden werden. Letzteres stellt den eigentlichen Medikationsfehler dar (Preuß et al., 2007b). Analysen, bezogen auf Medikationsfehler, beschränken sich bisher meist auf stationäre Behandlungen. In 4,8 % erfolgt eine Krankenhausaufnahme bei unerwünschten Arzneimittelereignissen (Schnurrer and Frölich, 2003). Es wird von einer Dunkelziffer im Zusammenhang eines Medikationsfehlers ausgegangen, da der Nachweis infolge des zeitlichen Faktors in der Kausalbestimmung erschwert ist (Preuß et al., 2007b).

Oft stand ein Vorwurf im Raum, ohne näher konkretisiert worden zu sein (n = 27). In den meisten Fällen waren es die Angehörigen des Verstorbenen, die einen Fehler in der Behandlung annahmen und einen Vorwurf äußerten. Sie schlussfolgerten nach dem eintretenden Tod im Anschluss an eine medizinische Intervention, dass nicht alles „mit rechten Dingen“ zugegangen sei und somit ein Behandlungsfehler unterlaufen sein müsste. Die Multicenterstudie von Preuß stellte heraus, dass in keinem der Fälle, in denen ein nicht konkretisierter Behandlungsfehlerwurf unterstellt worden war, ein Behandlungsfehler gutachterlich auch bestätigt wurde (Dettmeyer et al., 2007; Preuß et al., 2005). Das entspricht auch den hiesigen Erkenntnissen, denn in den vorliegenden 27 Fällen konnte ein Behandlungsfehler gutachterlich nicht bestätigt werden.

4.9 Juristischer Ausgang

In den Jahren 2010 und 2011 wurde in 222 Fällen dem Verdacht eines Behandlungsfehlers nachgegangen. „Jeder ärztliche Heileingriff stellt tatbestandlich eine Körperverletzung dar. Das gilt nicht nur für den chirurgischen Eingriff, sondern auch für Therapien mittels Medikamente oder eine einfache Röntgenuntersuchung. Die Rechtswidrigkeit kann allenfalls durch die Einwilligung des Patienten beseitigt werden“ (Sommer, 2006). Die rechtliche Auslegung regelt der Behandlungsvertrag. Dieser bildet die Grundlage der Arzthaftung (Bergmann and Wever, 2014).

Der Behandlungsvertrag setzt einen „allgemein anerkannten fachlichen Standard“ voraus, der zum Zeitpunkt der Behandlung der aktuellen medizinischen Wissenschaft entspricht (§ 630a Abs. 2 BGB) (Deutsch and Spickhoff, 2014). Der Leistungserbringer ist gemäß § 135a Sozialgesetzbuch (SGB) V zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihm erbrachten Leistungen verpflichtet. Der Arzt muss für die Kenntniserlangung des Wissenschaftsstandes Sorge tragen und seine Tätigkeit gewissenhaft danach ausrichten. Hierbei geht es nicht nur um eine Abweichung von den medizinischen Standards im jeweiligen Fach, sondern auch um die Nichtbeachtung allgemein medizinischer Grundkenntnisse (Deutsch and Spickhoff, 2014). Dem Arzt kann allerdings kein Heilerfolg abverlangt werden, es geht stets um sein medizinisches Bemühen (Imhof, 2010; Seehafer, 1991). Zugleich muss er imstande sein, die Grenzen seiner eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erkennen und diese auch seinen Patienten aufzeigen (Schulenburg, 2008). Es geht hier um die Kompetenzabgrenzung, um ein Organisationsverschulden zu vermeiden. (Bergmann and Wever, 2014) Ob ein

Fehlverhalten des Arztes vorliegt, wird von Seiten des Richters aus der ex-ante beurteilt, abgestellt also auf das zeitliche Fenster des ärztlichen Handelns. Dieser Aspekt ist gerade angesichts des steten medizinischen Fortschritts wichtig (Deutsch and Spickhoff, 2014).

Von Seiten der Staatsanwaltschaft wird überprüft, ob „zureichende tatsächliche Anhaltspunkte“ für eine Straftat vorliegen, um ein Ermittlungsverfahren einzuleiten (§ 152 Abs. 2 StPO) (Nentwig, 2009).

Bei Verdacht eines Behandlungsfehlers mit letalem Ausgang kann nach rechtsmedizinischer Obduktion und Analyse der gesamten Behandlungsunterlagen objektiv der Zusammenhang zwischen Grundleiden und Todesursache, d.h. die Frage eines Behandlungsfehlers und der Kausalität für den Todeseintritt beantwortet werden (Madea et al., 2007). Wenn bestätigt werden kann, dass ein Gesundheitsschaden durch eine unterlassene Behandlung oder durch eine Fehlbehandlung in irgendeiner Weise verursacht worden ist, so stellt sich die Frage, ob der behandelnde Arzt seine Tätigkeit mit der nötigen Sorgfalt ausgeübt hat. „Die Sorgfalt ist gefahrbezogen, genauer gesagt, Geringhaltung einer Gefahr und richtiger Umgang mit der Gefahr sind die wesentlichen Ausgangspunkte der Sorgfalt“ (Ulsenheimer, 2015).

Im Gegensatz zum Zivilrecht mit Prüfung des Tatbestandes der Verletzung der objektiven Sorgfaltspflicht, geht es im Strafrecht darüber hinaus auch um die subjektive Schuld. Es geht genauer gesagt um den sogenannten Pflichtwidrigkeitszusammenhang mit Nachweis des Deliktserfolges nach sowohl objektiver als auch subjektiver Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Es wird ein Straftatbestand festgestellt, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein günstigerer Verlauf und/ oder Ausgang bei Einhaltung einer sorgfältigen und standardgerechten Behandlung erfolgt wäre. Ansonsten wird im Strafprozess dem Grundsatz entsprechend „in dubio pro reo“ - im Zweifel für den Angeklagten entschieden (Bergmann and Wever, 2014). Die Beweislast wird von der anzeigenden Seite getragen. Anders als im Zivilverfahren, mit einsetzender Beweislastumkehr bei Nachweis eines groben Behandlungs- oder Organisationsfehlers, muss im Strafverfahren dem Arzt die Kausalität zwischen Handlung und Erfolg anzulasten sein (Bergmann and Wever, 2014; Deutsch and Spickhoff, 2014; Nentwig, 2009).

In arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren werden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle naturgemäß Fahrlässigkeitsdelikte verfolgt. Ein Arzt handelt fahrlässig, wenn die objektiv erforderliche Sorgfalt, zu der er verpflichtet ist und die aufzubringen er auch imstande sein sollte, außer Acht gelassen hat (Ulsenheimer, 2015).

Tatbestände können die fahrlässige Körperverletzung (§ 222 StGB) und die fahrlässige Tötung (§ 229 StGB) sein.

„Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung, bzw. den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe ... oder mit Geldstrafe bestraft.“

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass es in dem zu untersuchenden Zeitraum von 1990 bis 2011 zu mehr als einer Verdreifachung hinsichtlich der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens im Strafrecht kam. Andere Untersuchungen konnten ebenso eine Zunahme an Ermittlungsverfahren aufzeigen (Bratzke, 2007; Preuß et al., 2005; Schmitz, 2012).

Von Seiten der Ärzteschaft wird dies als „Kriminalisierung ihrer ärztlichen Tätigkeit“ angesehen, es ist die Rede von einer „Verrechtlichung der Medizin“ (Ulsenheimer, 2012, 2015).

Von den zu untersuchenden Fällen der Jahre 2010 und 2011 (n = 222) wurden 191 Fälle (86 %) nach § 170 Abs. 2 StPO unmittelbar durch die Staatsanwaltschaft eingestellt. Ermittlungsverfahren werden nach § 170 Abs. 2 StPO aufgrund fehlender Schuld (es fehlt am Nachweis der „individuellen“ Fahrlässigkeit bzw. gar des Vorsatzes) oder aber aufgrund des Mangels an Beweisen (es fehlt am Nachweis der behandlungsbedingten körperlichen Beeinträchtigung oder der Kausalität einer Unterlassung für den negativen „Taterfolg“) eingestellt. Das Verfahren ist somit „erledigt“, die Einstellung des Verfahrens bleibt folgenlos (Nentwig, 2009). Bei Absehbarkeit einer ausbleibenden Verurteilung vor Gericht wird von Seiten der Staatsanwaltschaft eine Anklage nicht erhoben, und es erfolgt somit die Verfahrenseinstellung (Nentwig, 2009). Es besteht des Weiteren die Möglichkeit der Einstellung eines Verfahrens wegen Geringfügigkeit nach § 153 StPO, beziehungsweise nach Erfüllung von Auflagen und Weisungen (§ 153a StPO). In diesen Fällen wird von einem Verschulden ausgegangen, betroffen sind lediglich Vergehen, also solche Straftaten, die nach dem Gesetz nicht mit einer Mindestfreiheitsstrafe von mehr als einem Jahr bedroht sind. Die Unterscheidung zwischen den beiden benannten Paragraphen besteht darin, dass einerseits (§ 153 StPO) ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung seitens der Staatsanwaltschaft nicht bejaht wird, andererseits (§ 153 a StPO) das Interesse einer Strafverfolgung initial zwar vorhanden ist, dieses aber bei Erfüllung von Auflagen (in der Regel eine Gegenleistung zum resultierenden Schaden im Rahmen einer Geldbuße, Erfüllen von Unterhaltspflichten, Vollbringung eines Täter-Opfer-Ausgleiches), entfällt (vgl. Bergmann and Wever, 2014). In der Regel wird eine Frist zur Erfüllung der Auflagen (von höchstens sechs Monaten bis zu einem Jahr) gesetzt. In acht der hier untersuchten Fälle kam es durch Erbringung einer Leistung (§153 a StPO) zur Einstellung des Verfahrens (3,6 %). Eine Dissertation zu dem Thema: „Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Strafverfahren“ der Jahre 1989 bis 2003, zeigte, dass 79,4 % der Ermittlungsverfahren nach § 170 Abs. 2 StPO, 9,1 % der Fälle nach § 153a Abs. 1 StPO und 1,9 % nach § 153 Abs. 1 StPO eingestellt wurden. In drei Fällen kam es zu einem Strafbefehl (Madea et al., 2007).

Die „Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Strafverfahren“ der Jahre 1990 – 2008, stellte fest, dass in 84,8 % die Einstellung des Verfahrens nach § 170 Abs. 2 StPO, in 7,6 % nach § 153 Abs. 1 StPO bzw. § 153a Abs. 1 StPO und in 3,8 % eine Anklage erfolgte (Schmitz, 2012).

Schätzungsweise 80 % der Todesermittlungsverfahren werden nach § 170 Abs. 2 StPO bei unzureichendem Tatverdacht eingestellt (Krumpaszyk et al., 1997). Beispielhaft zu nennen ist der Ausgang der Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen. Hier wurden im Zeitraum von 1978

bis 1981 in ca. 87 % der insgesamt 318 Ermittlungsverfahren gegen Ärzte nach § 170 Abs. 2 StPO und 11,1 % nach §§ 153 ff. StPO im Rahmen der strafrechtlichen Ahndung eingestellt (Krumpaszky et al., 1997). Eine weitere Untersuchung im Landgerichtsbezirk Düsseldorf im Untersuchungszeitraum 1992 bis 1996 ergab bei einer Gesamtzahl von 295 Fällen eine Einstellungsquote von 89 % nach § 170 II StPO, 4 % nach § 153 StPO und 6 % nach § 153a StPO (Peters, 2002). Im Rahmen einer empirischen Studie unter Einschluss von 25 Staatsanwaltschaften für den Untersuchungszeitraum 1995 und 1996 konnten aus insgesamt 1200 Verfahren 601 Verfahren ermittelt werden, die den Verdacht eines Behandlungsfehlers verfolgten. Hiervon wurden ca. 93 % nach § 170 Abs. 2 StPO und 5 % nach § 153a StPO eingestellt. Als Begründungen für die Einstellung fand sich in der Mehrzahl der Fälle der Mangel eines nachweisbaren Behandlungsfehlers (60,1 %). Weitere Gründe waren: fehlende Kausalität (19,6 %), nicht nachweisbarer Aufklärungsfehler (4,1 %), Bagatellvorwurf (6 %), mangelndes öffentliches Interesses bzw. Verjährung (6,5 %) (Lilie, 2008).

4.9.1 Kasuistik

Juristischer Ausgang: Einstellung des Verfahrens nach § 153 a StPO in vier Fällen und Erteilung eines Strafbefehls in einem Fall

Fall Nr.1 (Essen 2010): Tod durch Myokardinfarkt

Eine 41-jährige Frau stellte sich nachts aufgrund von Rückenbeschwerden und Atembeschwerden in einer Notfallambulanz (Fachabteilung Orthopädie/Chirurgie) vor. Die Patientin erhielt eine medikamentöse Therapie, bestehend aus einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (Ibuprofen) und einem Benzodiazepin (Tetrazepam). Eine weitere Diagnostik unterblieb. Auch erfolgte keine stationäre Aufnahme, und die Patientin verließ das Krankenhaus.

Drei Tage später wurde sie tot im PKW vorgefunden. Die Einleitung des Ermittlungsverfahrens erfolgte aufgrund der attestierten ungeklärten Todesart in der Todesbescheinigung. Im Rahmen der rechtsmedizinischen Obduktion konnte ein Myokardinfarkt, mehrzeitig, bei thrombotischem Verschluss des Ramus interventricularis anterior, festgestellt werden, und es wurde von Seiten der Rechtsmediziner ein natürlicher Tod bescheinigt. Weitere Anschlussuntersuchungen und Folgegutachten wurden nicht in Auftrag gegeben. Es wurde geurteilt, dass eine weitere Diagnostik mittels Elektrokardiogramm und Bestimmung der Laborwerte hätten durchgeführt werden müssen. Von Seiten der Staatsanwaltschaft wurde sowohl die Sorgfaltspflichtverletzung als auch die Kausalität bestätigt. Es waren zwei beschuldigte Ärzte betroffen, es erfolgte ein Strafbefehl und die Einstellung nach § 170 II StPO.

Dem Institut Rechtsmedizin sind die für die strafrechtliche Erledigung dieses Falles maßgeblichen Gesichtspunkte nicht bekannt geworden. Mangels einer entsprechenden Rechtsgrundlage sind die

Staatsanwaltschaften nicht gehalten, den Instituten für Rechtsmedizin die für den Verfahrensabschluss entscheidenden Gesichtspunkte mitzuteilen.

Fall Nr. 2 (Essen 2010): Tod durch V.a. Gasembolie- Exitus in tabula

Die Beschwerdesymptomatik einer 38-jährigen Frau äußerte sich durch Übelkeit und Oberbauchschmerzen, die seit einiger Zeit bestanden. Aus der Sektionsakte war zu entnehmen, dass mehrere ambulante Arztbesuche stattgefunden hatten. Schließlich kam der klinische Verdacht eines Bauchdeckenbruchs auf. Es wurde eine explorative Laparoskopie vorgenommen, während der es zu einem Blutdruck- und Sauerstoffsättigungsabfall kam. Trotz sofortiger Reanimationsmaßnahmen verstarb die Frau. Der Ehemann der Verstorbenen warf dem Krankenhaus einen Behandlungsfehler vor; ein Ermittlungsverfahren wurde eingeleitet. Eine Todesbescheinigung war der Sektionsakte nicht zu entnehmen.

Im Rahmen der gerichtsmedizinischen Sektion wurden 700 ml blutige Ergussflüssigkeit in freier Bauch- und Brustkorbhöhle vorgefunden. Als Folgeuntersuchung schloss sich eine histologische Begutachtung an. Die Todesursache wurde nicht sicher geklärt, zum einen wegen der lang andauernden Reanimation mit Herz-Thorax-Druckmassage und zum anderen aufgrund der bereits eingesetzten Fäulnis- und Autolyseveränderungen der inneren Organe infolge der viertägigen Leichenliegezeit. Aus rechtsmedizinischer Sicht war der Tod auf eine Luftembolie nach Anlage eines Pneumoperitoneums durch CO₂-Insufflation zur explorativen Bauchspiegelung zurückzuführen mit bestehender Möglichkeit, dass durch die eröffneten venösen Gefäße das mit Überdruck in die Bauchhöhle geleitete Kohlendioxid eine Gasembolie verursacht hatte. Dafür sprechen der dramatische klinische Verlauf (rasanter Blutdruck- und Sauerstoffsättigungsabfall), ein vorgefundenes Hautemphysem, Cor pulmonale und Leberverletzung. Aus rechtsmedizinischer Sicht bestanden keine Zweifel, dass der Tod ursächlich auf die medizinischen Maßnahmen zurückzuführen war, so dass hier die Kausalität bestätigt werden konnte. Es wurde ein klinisches Gutachten in Auftrag gegeben, welches aber in der Sektionsakte nicht vorzufinden war - und somit gab es keine endgültige Aussage hinsichtlich einer Sorgfaltspflichtverletzung.

Das Verfahren zweier beschuldigter Ärzte wurde nach § 153 a StPO und § 170 Abs.2 StPO eingestellt.

Fall Nr. 3 (Essen 2010): Tod durch hämorrhagischen Schock bei Verbluten nach innen

Bei einer 82-jährigen Frau erfolgte im Rahmen einer ambulanten Behandlung in einer urologischen Praxis die Anlage eines Blasenkatheters mit anschließender Rückkehr in das Seniorenheim. Aufgrund einer Zustandsverschlechterung kam es am selben Tag zu einer stationären Aufnahme mit dortigem Versterben. Im Rahmen der Obduktion kam es zum Nachweis eines Blutvolumens von ca.

1,5 l im Beckenraum, so dass von einer arteriellen Gefäßverletzung bei Anlage des suprapubischen Blasenkatheters ausgegangen wurde und nach zusätzlich durchgeführtem rechtsmedizinischem Gutachten ein Kausalzusammenhang zwischen dem medizinischen Eingriff und dem Tod bestätigt wurde. Von dem leichenschauenden Arzt war zunächst eine „natürliche“ Todesursache attestiert worden, doch nach der gerichtsmedizinischen Obduktion wurde diese in „nicht natürlich“ abgeändert. Das Verfahren wurde nach § 153 a Abs.1 StPO eingestellt. Genauere Angaben über eine zu erfüllende Auflage fehlten.

Fall Nr. 4 (Bochum 2011): Tod durch Multiorganversagen bei V.a. Methotrexat-Überdosierung

Eine 85-jährige Frau erhielt aufgrund einer rheumatischen Erkrankung eine medikamentöse Behandlung mit dem Zytostatikum Methotrexat (10 mg). Dieses Medikament bekam sie infolge einer inkorrekt abgezeichneten Medikamentenauflistung des Hausarztes fälschlicherweise täglich, obwohl die Therapie nur einmal wöchentlich erfolgen darf. Es kam zu einem septischen Krankheitsverlauf, der in einem Multiorganversagen endete. Die zuvor auftretenden Nebenwirkungen waren vom Hausarzt weder erkannt noch suffizient behandelt worden. Der Verdacht auf einen Medikationsfehler durch Überdosierung wurde von den klinisch tätigen Ärzten geäußert, und so erfolgte die Einleitung des Ermittlungsverfahrens aufgrund des geäußerten Vorwurfs und der attestierten nicht natürlichen Todesart in der Todesbescheinigung. Nach abgeschlossener gerichtsmedizinischer Sektion folgte weiter eine toxikologische Untersuchung, deren Ergebnis in der Akte fehlte ebenso wie ein rechtsmedizinisches Gutachten. Der klinische Verdacht der Medikamentenüberdosierung bestätigte sich, so dass sowohl die Frage der Sorgfaltspflichtverletzung und die der Kausalität bejaht werden konnten. Das Ermittlungsverfahren wurde nach § 153 a StPO mit der Zahlung einer Geldbuße von 2,500,00 Euro eingestellt.

Fall Nr. 5 (Essen 2011): Tod durch inneres Verbluten- Exitus in tabula

Bei einer 43-jährigen Frau wurde operativ eine Magenbandentfernung vorgenommen. Dabei kam es zu einer Gefäßverletzung von Hauptschlagader und unterer Hohlvene mit letalem Blutungsschock bei frustriertem Versuch die entstandenen Defekte zu versorgen. Eine Todesbescheinigung lag in der Akte nicht vor. Es wurde seitens der Rechtsmedizin ein „nicht natürlicher“ Tod mit bestehendem Kausalzusammenhang zwischen der operativen Behandlung und dem Versterben der Frau bestätigt. Die Frage der Vermeidbarkeit, insbesondere unter dem Aspekt der Möglichkeit, bei den vorhandenen Darmschlingenverwachsungen einen anderen Eingriff zu wählen, beispielsweise den minimalinvasiven, wurde gestellt und nach der rechtsmedizinischen Obduktion im Rahmen eines klinischen Gutachtens genauer untersucht. Es kam zum Urteil der Sorgfaltspflichtverletzung des behandelnden

Chirurgen. Das Verfahren war aufgrund einer Selbstanzeige des Arztes eingeleitet worden und wurde nach Erbringung einer Geldbuße von 15,000,00 Euro nach § 153 a StPO eingestellt.

Neben dem Verstoß gegen die „ärztliche Kunst“, also bei der Sorgfaltspflichtverletzung des Arztes, geht es im Strafrecht vor allem um Klärung der Kausalität, deren Vorliegen bei einem groben Behandlungsfehler zunächst einmal vermutet werden kann (Schiffer, 2009). Diese Klärung erfolgt im Strafrecht unter Hinzunahme der „conditio-sine-qua-non-Formel. Diese Formel der Äquivalenztheorie erfasst für die Fälle des aktiven Tuns den Zusammenhang zwischen Ursache und Erfolg. „Eine Handlung ist dann ursächlich für den Erfolg, wenn sie nicht hinweggedacht werden kann“, ohne dass auch der Erfolg entfiere (Ulsenheimer, 2015). Für die Fälle des Unterlassens gilt dagegen: „Einem Arzt, der eine gebotene Untersuchung und Behandlung pflichtwidrig nicht veranlasst, ist der Tod des Patienten nur anzulasten, wenn der Patient bei pflichtgemäßem Handeln den Zeitpunkt des tatsächlichen Todeseintritts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt hätte“ (Ständige Rechtsprechung des BGH, z.B. NStZ 1981, 218ff).

Nach den Erhebungen dieser Arbeit wurde in 111 Fällen die Kausalitätsfrage bejaht. In der Mehrzahl der Fälle (n = 227) konnte ein Ursachenzusammenhang nicht bestätigt werden, es konnte also mit der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine Kausalität zwischen einer Fehlbehandlung und dem Versterben des Patienten nicht bejaht werden. Dass der Todeseintritt bei früherer Diagnosestellung und rechtzeitiger Therapieeinleitung hätte abgewendet werden können, lässt sich bei unterlassenen Maßnahmen nicht in allen Fällen mit der nötigen Gewissheit sagen.

Im Rahmen der Multicenterstudie konnte in 189 der insgesamt 4450 Fälle (4,2 %) ein Behandlungsfehler und dessen Kausalität bestätigt werden. In 27 der 189 Fälle stand bereits unmittelbar nach abgeschlossener Obduktion dieses Ergebnis fest (Preuß et al., 2005).

In der Untersuchung „Rechtsmedizinische Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit“ der Jahre 2007 und 2008 kam es in 19 von insgesamt 72 Fällen (26 %) zu einem bestätigten Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität (Schmitz, 2012).

Die Ermittlungsergebnisse im Raum Düsseldorf, im Untersuchungszeitraum 1992 bis 1996, bestätigten in 56 der insgesamt 295 Fälle (19 %) einen Behandlungsfehler (Peters, 2002).

Das Phänomen, dass gegen die Mediziner der Vorwurf einer Behandlungsfehlerbegehung erhoben wird, nimmt von Jahr zu Jahr stärker zu, dem folgt aber nicht die nach strafgerichtlicher Überprüfung entsprechende Behandlungsfehlerbestätigung.

Auch wenn diese Feststellung eine Entlastung für Mediziner darstellt, so darf nicht verkannt werden, welche Belastung eine Strafanzeige bzw. die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens für den Arzt bedeutet. Ein Ermittlungsverfahren umfasst mitunter und abhängig von dem Umfang der erforderlichen Begutachtungen eine Gesamtdauer von einem bis zwei Jahren. Kommt es (in aller Regel aber

nur auf der Basis eines schon herausgehobenen Verschuldens und tödlichen Ausgang) zu einer Anklageerhebung und zur gerichtlichen Hauptverhandlung, wird diese in Einzelfällen bei bestehendem Interesse der Bevölkerung unter größerer Beteiligung der Öffentlichkeit und der Presse abgehalten. Der Arzt kann eine Stigmatisierung erfahren, er erleidet ggf. eine Flut von laut geäußelter Kritik und Schuldzuweisungen seitens der Gesellschaft bezüglich seiner beruflichen Fähigkeit mit unter Umständen nachhaltiger Rufschädigung, so dass die berufliche Existenz gefährdet sein kann (Meissner, 2009). Folglich kann das Strafverfahren zur Resignation des Arztes führen (Ulsenheimer, 2015). Hierbei geht es nicht nur um die politische und rechtliche Infragestellung des ärztlichen Daseins, sondern auch um die ethische (Meissner, 2009). Neben aufkommenden Gefühlen wie Schuld, Scham, Angst und der Infragestellung der eigenen ärztlichen Kompetenz, kann es darüber hinaus zu einer psychischen Belastungsreaktion bis hin zum Burn-out kommen (Leape, 1994; Levartz, 2012). Aufkommende Ängste bezüglich der Sanktionierung beeinflussen die ärztliche Tätigkeit auch noch über den Verfahrensabschluss hinaus. Neben der Absicherung des medizinischen Handelns nach den Richt- und Leitlinien kann darüber hinaus die Ausübung einer „Überdiagnostik“ angesichts möglicher juristischer Konsequenzen erfolgen. Die Ärzteschaft rettet sich in die „Defensivmedizin“, welche negative Auswirkungen nicht nur für den Arzt und das gesamte Gesundheitssystem, sondern auch für den Patienten birgt (Peters, 2002).

Die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema des Behandlungsfehlers besteht schon seit längerer Zeit und nimmt immer mehr zu. Die Zahl an Behandlungsfehlern habe sich seit 1980 verdoppelt. „Die Kriminalisierung ärztlicher Tätigkeit ist in vollem Gange“ (Der Spiegel, 1989).

Es herrscht ein deutlicher Zuwachs an Ermittlungsverfahren, zum einen von Seiten der Mediziner bedingt durch die Zunahme einer in der Todesbescheinigung attestierten ungeklärten oder nicht natürlichen Todesart, zum anderen von Seiten der Hinterbliebenen in ihrem Anzeigeverhalten. In der Medizin besteht unbestritten ein unaufhaltsamer Fortschritt in Wissenschaft, Technik und Technologie (De Ville, 1998). Es erfolgt die zunehmende Entwicklung von Spezialisierungen mit komplexeren und risikoreicheren Arbeitsprozessen, welche den in ihnen Handelnden eine umfangreichere Organisationaufteilung abverlangt (Ulsenheimer, 2015). Dieser Leistungszuwachs kann aufgrund umfassender Personalknappheit nur erschwert gestemmt werden. Es besteht eine Überlastung des Personals bei steigender Arbeitsintensität mit dauerhaftem Leistungsdruck, Zeitmangel und Überstunden (Gerst, 2014). Für medizinische Laien erzeugt der medizinische Fortschritt ein zunehmendes Anspruchsdenken. Sie tragen von ihrer Seite aus oftmals wenig zur Gesundheitsförderung bei, so dass ein schicksalhafter Verlauf allein in der Verantwortung des Mediziners gesehen wird (Bergmann and Wever, 2014). Zusätzlich lässt sich anhand der demographischen Entwicklung feststellen, dass eine immer älter werdende multimorbide Gesellschaft komplikationsreichere Behandlungen erfährt. Die vorgenommene Analyse dieser Arbeit zeigt auf, dass eine hohe Anzahl der Patienten 70 Jahre und älter waren (53,3 %). Eine länger andauernde stationäre Behandlung erhielten 68 % der Patienten. Oftmals bestand bereits vorab ein vulnerabler Zustand des Patienten, der

Behandlungsprozess gestaltete sich somit langwieriger, verbunden mit einem höheren Risiko der Zustandsverschlechterung bei andauerndem Krankheitsprozess. Ein solcher Erkrankungszustand wurde dann von Seiten des Rechtsmediziners nach Durchführung der Obduktion bestätigt und fand im Rahmen des Ermittlungsverfahrens entsprechende Berücksichtigung.

Nicht zu vernachlässigen ist der Wandel in der Arzt-Patienten-Beziehung. Anstelle von Empathie und einer fürsorglichen medizinischen Versorgung tritt eine Entpersonalisierung mit zunehmendem wirtschaftlichem Fokus in den Vordergrund (Imhof, 2010). Hinzu kommen selbstbewusste und informierte Patienten, die mit Unterstützung durch die gesetzlichen Krankenkassen (MDK), Patientenschutzverbände und der Anwaltschaft aufmerksamer auf fragliche Behandlungsfehler reagieren und vermehrt den Rechtsweg anstreben (Bergmann and Wever, 2014; Ulsenheimer, 2012, 2015).

Daten über vermutete Behandlungsfehler sind nur teilweise vorhanden, eine genaue Zahl über die Häufigkeit von Behandlungsfehlervorkommnissen lässt sich deshalb nicht eruieren (Krumpaszky et al., 1997). Das am besten evaluierte Medizinschadensregister ist unter dem Datenmaterial der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu finden (Hansis and Hart, 2001; Madea, 2015b). In etwa 1.500 bis 2.000 Fällen kommt es zu strafrechtlichen Ermittlungen. Es gibt jedoch noch nicht einmal ein zentrales Register der Gerichtsverfahren, die stattgefunden haben (Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Unterrichtung durch die Bundesregierung, n.d.). Dadurch ist begründet, dass nicht nur die Daten der juristisch verfolgten Behandlungsfehlervorwürfe unvollständig erfasst sind, sondern auch die zum Verfahrensausgang (Madea et al., 2007). Behandlungsfehlervorwürfe bei letalem Ausgang spielen zwar angesichts der Gesamtzahl aller fraglicher Behandlungsfehler eine untergeordnete Rolle, so erregt jedoch jeder einzelne Vorfall große Aufmerksamkeit und das Bedürfnis nach Aufklärung (Madea, 2009).

4.10 Fehlermanagement

Ist ein Behandlungsfehler eingetreten, so hat dies verheerende Folgen für alle Beteiligten - nicht nur für den Patienten, der körperliche und seelische Einschränkungen erleiden kann, bis schlimmstenfalls zum Versterben, sondern auch für den behandelnden Arzt (Meissner, 2009). Dem Arzt wird eine Täterschaft zugesprochen, in der Literatur wird er als „Sündenbock“ gebrandmarkt. (Baller et al., 2009) Die subjektive Wahrnehmung des Arztes entspricht eher der des „zweiten Opfers“ („second victim“) (Wu, 2000). Ist jeder Mediziner doch mit den Worten des hippokratischen Eides groß geworden und sollte stets bestrebt sein, als gewissenhafter und anständiger Arzt zu praktizieren. „Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht“ (Schubert, 2005).

Eine unterstützende und klärende Funktion in der Auseinandersetzung der Arzt-Patienten- Beziehung ist durch verschiedene Instanzen gewährleistet. Zu nennen sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, gegründet 1975. Beide Gremien haben zum Ziel, eine objektive Sachaufklärung zu leisten, und das in Bezug auf das medizinische Geschehen und den

vermeintlichen Behandlungsfehler, sowie die Streitschlichtung und Förderung eines friedlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses, um letztendlich eine zeitnahe, kostengünstige und vor allem außegerichtliche Klärung zu erlangen (Bergmann and Wever, 2014; Berner, 2007; Hansis and Hart, 2001; Laum, 2007; Seehafer, 1991). Was die zunehmenden Arzthaftungsverfahren betrifft, (2011: 11.007, 2012: 12.232) so lässt sich positiv feststellen, dass diese Verfahren oftmals endgültig abgeschlossen werden können und sich damit ein Strafverfahren vermeiden lässt (Wulfert, 2013). Evaluationen in Düsseldorf und Hannover haben gezeigt, dass es in ca. 90 % der Fälle zu keiner weiterführenden gerichtlichen Auseinandersetzung kam (Laum, 2007). Die Krankenkassen sind gemäß § 66 SGB V aufgefordert, die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen im Falle eines Behandlungsfehlers zu unterstützen und die Kosten der Gesundheitsschäden, die durch Dritte verursacht wurden, zu regressieren (§ 116 SGB X). Im Jahr 2000 wurde von der AOK-Gemeinschaft ein Behandlungsfehler-Management zur Stärkung der Patientenrechte und Förderung des Patientenschutzes eingeführt. Begutachtungen werden von Seiten des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erstellt. Ein Beitrag im Interesse einer Schadensvermeidung zur Förderung der Patientensicherheit wird seit 2001 geleistet, indem jährliche Symposien zur Behandlungsfehlerproblematik durchgeführt werden (Lauterberg and Mertens, 2007; Quirnbach, 2007; Thomsen, 2006; Thomsen, 2009). Eine weitere Instanz im Fehlermanagement ist die Haftpflichtversicherung. Sie hat die Aufgabe, nach verursachtem Schaden eine rechtliche und medizinische Erstberatung durchzuführen, die auf Deeskalation, Sachverhaltsermittlung, insbesondere auf die Regulierung gerechtfertigter Ansprüche und die Abwehr ungerechtfertigter Forderungen abzielen. Beispielhaft zu nennen sei die DBV Winterthur: Es fallen jährlich 4.500 Meldungen an, die den Verdacht eines Behandlungsfehlers zum Inhalt haben, verteilt auf ca. 108.000 versicherte Ärzte. Eine Klärung erfolgt in ca. 30 %, vorrangig über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Ausbleibende Klärungen werden gerichtlich weiterverfolgt. Das betrifft ca. 10 % der Meldungen (Hansis and Hart, 2001; Weidinger, 2007). Die Schadensermittlung hat mit Blick auf das Arzthaftungsrecht einen hohen Stellenwert. Eine zunehmende Anzahl von Anzeigen führt zu stetig ansteigenden Kosten durch die hohen Forderungen an die Haftpflichtversicherungen (Barach and Small, 2000). Waren es im Jahr 1991 etwa 80 Millionen Euro für Arzthaftpflichtschäden, so stiegen diese im Jahr 2003 auf das Fünffache (400 Mio. Euro) an (Bergmann and Wever, 2014). Immer mehr Haftpflichtversicherungen haben sich in den vergangenen Jahren zurückgezogen; die Versicherungsprämien stiegen an, so dass die Versicherbarkeit als gefährdet angesehen wurde. Die Rede war von einer „Haftungsexplosion“ (Ulsenheimer, 2007).

Das Vermeiden einer Fehlerbegehung ist somit für alle Beteiligten von höchster Priorität. Eine zunehmende öffentliche Auseinandersetzung mit der Fehlerbegehung in der Medizin ereignete sich mit der Veröffentlichung des Berichts „To err is human“ des Institute of Medicine der US-amerikanischen National Academy of Science im Jahr 2000 (Kohn et al., 2000). Forschungsergebnisse von Brennan und Leape aus dem Jahr 1991 hatten schon an die Öffentlichkeit gebracht, dass im

amerikanischen Raum jährlich 44.000 bis 98.000 Menschen, die sich in stationärer Behandlung befanden, aufgrund eines Behandlungsfehlers verstorben waren (Brennan et al., 1991; Kohn et al., 2000; Thomeczek et al., 2007b). Es wurde angenommen, dass unerwünschte Ereignisse (adverse event) jeden zehnten Patienten ereilten (de Vries et al., 2008). Andere wissenschaftliche Arbeiten zeigten ähnliche Ergebnisse (Thomas et al., 2000; Vincent, 2001; Wilson et al., 1995).

Das Auftreten von „Beinahe-Fehlern“ bzw. „Fehlern“ ist unvermeidlich und hinzu kommt die Tatsache, dass bei zunehmender Stressbelastung und in gefahrenbehafteten Situationen die Fehlerrate, Schätzungen zufolge, auf bis zu 25 % ansteigt (Thomeczek, 2009). Wichtig ist nicht nur die im Anschluss eines Fehleraufkommens erfolgende Auseinandersetzung zum Zwecke der Schadensermittlung, sondern auch die Auseinandersetzung aufkommender Ereignisse, die das Potential besitzen, einen manifesten Fehler zu verursachen. Zu diesem Ergebnis kamen auch Barach und Small, die davon ausgehen, dass bis zu 300-mal häufiger nur ein kritisches Ereignis eintritt als ein tatsächlicher Schaden (Thomeczek and Ollenschläger, 2006). In 5 - 10 % aller Behandlungsfälle in Deutschland kommt es zu unerwünschten Ereignissen, bei 2 - 4 % von ihnen (680.000 Patienten) handelt es sich um vermeidbare Ereignisse (Jonitz and Barth, 2007; van der Sloot, 2009). Iatrogene Fehler zählen zu den 10 häufigsten Todesursachen (Kohn et al., 2000). Mehr Patienten in Deutschland versterben pro Jahr an den Folgen medizinischer Interventionen (31.600 - 83.000) als beispielsweise an einem Verkehrsunfall (7.700) (Klinkhammer, 2003b; Madea, 2009). Die Zahlen verdeutlichen, von welcher immenser Bedeutung ein adäquater Umgang mit Fehlern im Gesundheitssystem ist, da das Auftreten von Zwischenfällen in diesem Bereich unvermeidlich ist (Schrappe, 2007; Thomeczek and Ollenschläger, 2006). Wenn Fehler vermieden werden sollen, so muss der Ursprung der Fehlerentstehung bekannt sein. Eine Fehlerentstehung erfolgt oft nicht nur durch eine einzelne Person oder einzelne Arbeitsschritte, sondern gehäuft im Rahmen multifaktorieller Bedingungen. Bei einem manifesten Fehler handelt es sich oft um Koordinationsdefizite, der genaue Zeitpunkt der Manifestation des Fehlers lässt sich im Nachhinein nur schwer festmachen (Hansis, 2001b; Schmitz et al., 2012; Thomeczek and Ollenschläger, 2006).

Einen entscheidenden Ansatz zur Erklärung der Fehlerentstehung lieferte Reason mit seiner bildhaften Darstellung des „Schweizer-Käse-Modells“. Die einzelnen Löcher in der Käsescheibe stellen kritische Ereignisse dar. Erst durch eine Aneinanderreihung der Löcher kommt es zur eigentlichen Entwicklung eines manifesten und nicht mehr reversiblen Fehlers. Es sind somit verschiedene kritische Ereignisse, die zu einem unerwünschten, oder schlimmer noch, zu einem unvermeidlichen Ereignis führen. Um das Durchkommen einzelner kleiner Fehlervorkommnisse zu verhindern, müssen Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden (Thomeczek and Ollenschläger, 2006). „Schäden hätten ähnlich der Spitze eines Eisbergs nur einen geringen Anteil an allen kritischen Situationen“ (Erdogan-Griese, 2012). Gerade in Hochrisikoberufen wie der Medizin muss durch geeignete Vorkehrungen ein sicheres Arbeiten gewährleistet werden. Zeitmangel, Unterbesetzung im Personal, ein hohes Patientenaufkommen, Überstunden und ein unzureichendes Situationsbewusstsein der

Beteiligten können schnell zu einer Überforderung im Arbeitsalltag und somit zu einer Fehlerentstehung führen. Die Auseinandersetzung und Akzeptanz einer Fehlerkultur im Umgang mit unerwünschten Ereignissen muss gelernt werden (Eisenmenger, 2007; Lessing and Jonitz, 2007; Slany et al., 2011; Thomeczek and Ollenschläger, 2006). Erforderlich ist die Ausübung eines das gesamte Gesundheitssystem, sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich, medizinisch und wirtschaftlich gut kontrollierten und geführten Qualitätsmanagements, mit dem Ziel einer Zunahme der Patientensicherheit und Ökonomisierung des Gesundheitssystems (Lauterberg, 2007).

Im Rahmen einer modernen Managementlehre für die Medizin wird Qualität so definiert: „Qualität im Krankenhaus ist die Summe von Eigenschaften und Merkmalen jener Teilleistung in der Behandlungskette, die die Erfüllung der Patientenerwartungen sicherstellt und dem heutigen medizinischen Standard entspricht“ (Bergmann and Wever, 2014). Sie beinhaltet Struktur- und Potenzialqualität im Hinblick auf sachliche und personelle Ressourcen, Prozessqualität bezüglich der Arbeitsabläufe in Diagnostik und Therapie, um schließlich eine Verbesserung der Ergebnisqualität erzielen zu können (Bergmann and Wever, 2014; Ulsenheimer, 2007).

Verschiedenste Bereiche und Instrumente tragen zum Qualitätsmanagement bei.

Hervorgehoben sei nochmals die rechtsmedizinische Obduktion, welche als internes Kontrollsystem verstanden werden kann und durch kein anderes System ersetzbar ist. Eine hohe Obduktionsfrequenz ist deshalb anzustreben, so dass durch eine objektive Todesursachenfeststellung genaue Aussagen über Diagnostik und Therapie gemacht werden können, Medizinschadensfälle anhand der retrospektiven Analyse durch das Aufdecken von Fehlerquellen ermittelt werden und somit ein Beitrag zur Patientensicherheit geleistet werden kann (Bove et al., 2002; Bundesverband deutscher Pathologen e.V. Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V., 2017; Madea, 2009).

1995 wurde das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) gegründet. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung zur Unterstützung bei den Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung, mit den Schwerpunkten „Medizinische Leitlinien“, „Patienteninformation“, „Patientensicherheit und Fehlervermeidung in der Medizin“ und „Qualitätsentwicklung in der Medizin“ (BÄK and KBV, n.d.). Die medizinischen Leitlinien, basierend auf internationalen und nationalen wissenschaftlichen Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Diagnostik und Therapie, müssen an den medizinischen Fortschritt stets angepasst werden (AWMF, n.d.; Bajanowski et al., 2013). Insbesondere bilden die sogenannten Versorgungsleitlinien die Basis der Behandlungsprogramme, zu nennen ist hier das Disease Management Program (DMP) (Bergmann and Wever, 2014; Hansis, 2001a).

Im Jahr 2005 wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, gegründet. Dieser Interessenverband setzt sich für die Entwicklung von Sicherheitskonzepten bezüglich der Eingriffsverwechslung in der Chirurgie, den Medikationsfehler, die Einführung von CIRS und die Fehlerberichtssysteme ein (Aktionsbündnis Patientensicherheit, n.d.;

Lauterberg, 2007; Lessing and Jonitz, 2007; Schrappe, 2007). Als Weiteres sind die World Health Organisation (WHO) und der Europarat zu nennen. 2004 startete die ‚World Alliance for Patient Safety‘ der WHO mit dem Ziel „First do no harm“, um das Gesundheitssystem sicherer zu gestalten und die Patientensicherheit zu gewähren (World health organization Patient safety, n.d.). (WHO, 2005) Leistungserbringer im Gesundheitssystem sind gesetzlich nach § 137 SGB V verpflichtet, ein Qualitätsmanagement vorzuweisen (Bergmann and Wever, 2014; Schneider and Kahla-Witzsch, 2016). Die Verpflichtung, ein solches System einzuführen, wurde 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschlossen (§ 135a SGB V) (Hecken, 2015).

Ein wichtiges Instrument, welches im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt wird, ist das Risikomanagementsystem (Hansis, 2007).

Das Risikomanagement dient zur Identifizierung von Fehlerquellen und Risiken mit dem Ziel Präventionsmaßnahmen für die Schadensvermeidung zu entwickeln. Instrumente dieses Managements umfassen unter anderem Komplikations-, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie Qualitätszirkel und Meldesysteme zur Erfassung unerwünschter Ereignisse (CIR) (Bergmann and Wever, 2014; Haller et al., 2005; Lessing and Jonitz, 2007; Schneider and Kahla-Witzsch, 2016).

Vorbilder für die Erschaffung einer Sicherheitskultur in der Medizin sind Bereiche aus der Industrie, insbesondere der Luftfahrt, die als „Pionierindustrie“ für Sicherheitssysteme angesehen werden kann (Barach and Small, 2000; Haller et al., 2005). Erste Analysen zur Sicherheit in der Luftfahrt wurden 1954 von John C. Flanagan gemacht (AviationKnowledge, n.d.; Leval, 1996). 1975 gründete die Federal Aviation Administration der USA das Aviation Safety Reporting System (ASRS) der US-Weltraumbehörde NASA. Dieses System setzt sich für die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Sicherheit in der Luftfahrt ein (ASRS, n.d.; Luftfahrt Akademie, n.d.). Es wird angenommen, dass jährlich in den Cockpits über 100 Millionen Fehler entstehen (Reason, 2000).

In Anlehnung an das Fehlerberichts- und Lernsystem der Luftfahrt gewann im Rahmen des Risikomanagements ein solches System auch im Gesundheitswesen an Bedeutung. Dieses System, entwickelt im angelsächsischen Raum und weiterentwickelt in der Schweiz, wurde unter dem Terminus Critical Incident Reporting System (CIRS) bekannt und 2005 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) als System in Deutschland etabliert (Rohe et al., 2010, 2011). CIRS dient als Instrument im Bereich des Risikomanagements zur freiwilligen und anonymen Meldung kritischer und unerwünschter Ereignisse (critical incident/ adverse event) sowie Beinahe-Behandlungsschäden (near miss) im medizinischen Alltag mit dem Ziel Schwachstellen in dem komplexen medizinischen System aufzudecken (Hart, 2007; Jonitz and Barth, 2007; Rall and Oberfrank, 2013; Thomeczek et al., 2007b; van der Sloot, 2009).

Bei dem Meldesystem geht es nicht um Sanktionen sondern um die Abwendung einer „Angstkultur“ hin zu einer „gelebten Fehlerkultur“ mit dem Ziel durch einen gegenseitigen Austausch Fehlerwiederholungen zu minimieren um somit einen Beitrag zum Qualitätsmanagement und vor allem eine Förderung der Patientensicherheit im stationären als auch ambulanten Bereich zu leisten (Blauth,

2005; DEGAM, n.d.; Hansis, 2007; Hilfiker, 1984; Institut für Allgemeinmedizin and Frankfurt, 2006; Leape, 1994; Rall and Oberfrank, 2013; Thomeczek et al., 2007b).

Nicht zuletzt kann auch der Patient selbst zur Fehleridentifikation beitragen, indem aufkommende Zweifel bezüglich der Diagnostik und Therapie frühzeitig angesprochen werden. Voraussetzung dafür ist eine vollständige Aufklärung vorab (Nolan, 2000).

4.11 Schwierigkeiten

Die Auswertung in dieser Dissertation bereitete an manchen Stellen Schwierigkeiten, die nicht vorauszusehen waren.

Das Problem in der retrospektiven Arbeit bestand darin, dass nicht alle zu untersuchenden Variablen wirklich zu erfassen waren. Bei der Zusammenstellung der Daten fehlten in mehreren Fällen Informationen, so dass dadurch die Auswertung nicht ihre volle Exaktheit bekam.

Beispielsweise fehlte in den Unterlagen oftmals die Angabe zum Fehlerzeitpunkt, so dass somit auch in der Auswertung keine Angabe dazu gemacht werden und keine Schlussfolgerungen bezüglich einer Fehlerhäufung zu einer bestimmten Tageszeit gezogen werden konnten.

Als ein Problemfeld erwies sich die Unmöglichkeit, die für die fehlerhafte Behandlung verantwortliche Fachdisziplin festzustellen. Aus den Akten war diese nicht immer eindeutig ersichtlich, so dass die Verursacher eines möglichen Behandlungsfehlers für die Untersuchung eben nicht konkret dargestellt werden konnten und als „unbekannt“ kategorisiert werden mussten. Dasselbe gilt auch für Behandlungsfehlervorwürfe gegen mehrere Ärzte gleichzeitig ohne weitere Angaben zu ihrer Tätigkeit.

Eine weitere Schwierigkeit lag in der vorzunehmenden Kategorisierung und Differenzierung der einzelnen Behandlungsfehlerart. Es war zum Beispiel nicht durchgehend möglich, die einzelnen Fehler zu übergeordneten Gruppen zusammenzustellen. Fehlerarten, die sich aus dem Kontext des jeweiligen Falls herauskristallisierten, passten oftmals zu verschiedenen Kategorien. Ein Narkosefehler, beispielsweise, hätte sowohl dem Operationsfehler als auch dem Medikationsfehler zugeordnet werden können.

In solchen Fällen wurde stets versucht, die zutreffendste Kategorisierung zu wählen. Die Auswertung zur Todesart, die vor und nach der Obduktion attestiert wurde, konnte nur für die Jahre 2010/11 durchgeführt werden, da in den Unterlagen in den Jahren zuvor (1990/91 und 2000/01) die Angabe zur Todesart in der Mehrzahl der Fälle fehlte. Somit konnte zu diesen vier Jahren keine Aussage darüber gemacht werden, ob und wie eine Korrektur der Todesart nach der Obduktion vorgenommen wurde.

Ein ähnliches Problem tauchte bei der Sichtung der Daten zur Kategorie „juristischer Ausgang“ auf. Auch zu diesem Punkt konnten nur Ergebnisse aus den Jahren 2010/11 gesammelt und analysiert werden. Informationen zum juristischen Ausgang der Verfahren aus den Jahren 1990/91 und 2000/01

konnten aufgrund der turnusmäßigen Aktenvernichtung bei den Staatsanwaltschaften nicht mehr eingeholt werden. Das hatte auch Auswirkungen auf die Schlussfolgerungen, die gezogen wurden, denn die Bezüge zwischen Verurteilung oder Einstellung von Verfahren konnte nicht exakt herausgearbeitet werden. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass der juristische Ausgang auch aus den Jahren 2010/11 der Rechtsmedizin nicht immer vorlag, da diese Ergebnisse von Seiten der Staatsanwaltschaften nicht automatisch an die Rechtsmedizin übermittelt werden. Bis jetzt gibt es leider keine gesetzliche oder sonstige Regelung, welche sicherstellt, dass die Rechtsmedizin vom jeweiligen Ausgang des Verfahrens und den zugrundeliegenden Erkenntnissen erfährt.

5. Zusammenfassung

Todesfälle in zeitlich engem Zusammenhang mit einer ärztlichen diagnostischen und/ oder therapeutischen Maßnahme oder dem Unterlassen derselben können den Verdacht eines Behandlungsfehlers implizieren. Noch immer herrscht Unsicherheit wann in solchen Fällen ein nicht natürlicher oder ungeklärter Tod auf dem Totenschein attestiert werden muss, damit ein Ermittlungsverfahren durch die Polizei und die Staatsanwaltschaft zur Klärung der Todesart und -ursache eingeleitet werden kann, in dessen Folge eine rechtsmedizinische Obduktion mit ihren Anschlussuntersuchungen vor allem die Kausalität zwischen einem vorangegangenen ärztlichen Tun oder Unterlassen und einem möglicherweise todesursächlichen Gesundheitsschaden klären kann. Die Auswertung des Obduktionsgutes der Essener Rechtsmedizin schloss die Jahre 1990/1991, 2000/2001 und 2010/2011 ein und zeigte, dass es zu einer Verdreifachung an Todesermittlungsverfahren aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs bei annähernd gleichbleibender Sektionsrate von ca. 500 – 600 Obduktionen pro Jahr kam (von 6 % auf 20 %). In der Mehrzahl wurde ein Ermittlungsverfahren aufgrund des ausgestellten Totenscheins eingeleitet (66,7 %). Eine deutliche Zunahme der Anzeigebereitschaft, meist von Seiten der Angehörigen, konnte einen sechsfachen Anstieg von 1990/91 (n = 17) bis 2010/11 (n = 107) aufzeigen. In über 32 % der Obduktionen mit vermutetem Behandlungsfehler war ein chirurgisches Fach beteiligt, gefolgt von der Inneren Medizin (15,7 %) und Allgemeinmedizin (13,5 %). Diese Reihenfolge entspricht auch den Ergebnissen der Multicenterstudie von Preuß mit identischer Anzahl bezüglich der Inneren Medizin. Vordergründig war es das Unterlassen (43 %), welches vorgeworfen wurde. Ein operativer Fehler wurde in 33 % der insgesamt 494 Fehlervorkommnissen vermutet. In 86 % stellte die Staatsanwaltschaft das Verfahren gemäß § 170 II Strafprozessordnung (StPO) ein. In 4,5 % erfolgte die Einstellung nach § 153 a/ bzw. § 153 StPO, in ca. 1 % ein Strafbefehl. In 8,5 % der Fälle konnte kein Ergebnis eingeholt werden. Es kann konstatiert werden, dass die Ermittlungsverfahren mit einer objektiven Todesursachenklärung meistens für den Mediziner exkulpiert sind und damit falsche Beschuldigungen abgewehrt wurden. In 63,2 % der Fälle kam es nach Obduktion und Analyse der Behandlungsunterlagen unter Hinzunahme der Anschlussuntersuchungen zu einer Klärung bei Behandlungsfehlervorwurf. In 71 % der Fälle, bei denen die Todesart vermerkt wurde, änderte sich die Beurteilung der Todesart nach Durchführung der Obduktion. Diese dient als internes Kontrollsystem hinsichtlich einer objektiven Todesursachenfeststellung und Aufdecken von Medizinschadensfällen anhand der retrospektiven Analyse im Rahmen des Qualitätsmanagements. Ein weiteres wichtiges Instrument, welches im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt wird, ist das Critical Incident Reporting System (CIRS) im Bereich des Risikomanagements. Hierbei geht es um die Identifizierung kritischer und unerwünschter Ereignisse sowie Beinahe-Behandlungsschäden, um Schwachstellen in dem komplexen medizinischen System aufzudecken und Präventionsmaßnahmen für die Schadensvermeidung zu entwickeln, mit dem Ziel die Patientensicherheit sowie Ökonomisierung des Gesundheitssystems, auch außerhalb der strafrechtlichen Ebene, zu wahren.

6. Literaturverzeichnis

- 1) AEKNO (2015): Gemeinsame Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein. Retrieved from <https://www.aekno.de/aerzte/gesetzverordnungen/gemeinsame-notdienstordnung>
- 2) Aktionsbündnis Patientensicherheit (n.d.): Aktionsbündnis Patientensicherheit. Retrieved June 5, 2019, from <https://www.aps-ev.de>
- 3) Asbach, H. (2011): Risikomanagement aus Sicht der Patienten In W. Zapp (Ed.), *Risikomanagement in Stationären Gesundheitsunternehmen Grundlagen, Relevanz und Anwendungsbeispiele aus der Praxis*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- 4) ASRS (n.d.): Aviation safety reporting system. Retrieved June 5, 2019, from <https://asrs.arc.nasa.gov>
- 5) AviationKnowledge (n.d.): AviationKnowledge SHELL model human factors in aviation. Retrieved June 5, 2019, from <http://aviationknowledge.wikidot.com/aviation:shell-model>
- 6) AWMF (n.d.): Aktuelle Leitlinien. Retrieved from <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html#FA>
- 7) AWMF (2018): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin Die rechtsmedizinische Leicheneröffnung. Retrieved from https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-0011_S1_Die-rechtsmedizinische_Leichenoeffnung_2018-02.pdf
- 8) Bajanowski, T., Rabl, W., & Fracasso, T. (2013): Medical Responsibility and Liability in German-Speaking Countries: Austria, Germany, and Switzerland In *Malpractice and Medical Liability European State of the Art and Guidelines* (pp. 111–127).
- 9) BÄK (2016): Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960. Retrieved June 5, 2019, from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Tab01.pdf
- 10) BÄK (2018): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf
- 11) BÄK, & KBV (n.d.): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.
- 12) Baller, G., Sandu, N., & Schaller, B. (2009): Sündenböcke haben ausgedient Dt Ärztebl, 106(37), 1809–1810.
- 13) Barach, P., & Small, S. D. (2000): Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 759–763.
- 14) Bergmann, K. O., & Wever, C. (2014): Die Arzthaftung (4.Auflage).
- 15) Berner, B. (2007): Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in

- Deutschland In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 33–38). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 16) Bielefeld, S. A. (2008): Rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bei Exitus in tabula - eine multizentrische Analyse. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
 - 17) Blauth, E. (2005): Fehler berichten, diskutieren und daraus lernen Dt Ärztebl, (2), 20–22.
 - 18) Bove, K. E., Iery, C., & Autopsy Committee, College of American Pathologists (2002): The role of the autopsy in medical malpractice cases, I: a review of 99 appeals court decisions. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 126(9), 1023–1031.
 - 19) Bratzke, H. (2007): Erfassung tödlicher Medizinschadensfälle mit dem Deutschen Forensischen Sektionsregister (“Obduktion”) In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 177–182). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
 - 20) Bratzke, H., Parzeller, M., & Köster, F. (2004): Deutsches Forensisches Sektionsregister startet Dt Ärztebl, 101(18), 1258–1260.
 - 21) Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., ... Hiatt, H. H. (1991): Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. Results of the harvard medical practice study I. New England Journal of Medicine, 324(6), 370–376.
 - 22) Bundesärztekammer (n.d.): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012 Arbeitsgemeinschaft Der Deutschen Ärztekammer, 1–11.
 - 23) Bundesärztekammer (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Patientenrechtegesetz_BGBI.pdf
 - 24) Bundesverband deutscher Pathologen e.V. Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (2017): S1- Leitlinie zur Durchführung von Obduktionen in der Pathologie 3. Auflage, 1–50. Retrieved from <https://www.pathologie.de/?eID=downloadtool&uid=1667>
 - 25) De Ville, K. (1998): Medical malpractice in twentieth century United States. The interaction of technology, law and culture. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 14(2), 197–211. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9611897>
 - 26) de Vries, E N, Hollmann, M. W., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2009): Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist Quality and Safety in Health Care, 18(2), 121–126.
 - 27) de Vries, Eefje N., Prins, H. A., Crolla, R. M. P. H., den Outer, A. J., van Andel, G., van Helden, S. H., ... Boermeester, M. A. (2010): Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes New England Journal of Medicine, 363(20), 1928–1937.
 - 28) DEGAM (n.d.): Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Retrieved

June 5, 2019, from <https://www.degam.de>

- 29) Dettmeyer, R., Preuss, J., & Madea, B. (2006): Rechtsmedizinische Behandlungsfehlerbegutachtung Rechtsmedizin, 16(6), 389–396.
- 30) Dettmeyer, Reinhard, & Madea, B. (2002): Unsichere und uneinheitliche Rechtslage Dt Ärztebl, 99(36), 2311–2314.
- 31) Dettmeyer, Reinhard, Preuß, J., & Madea, B. (2007): Zur Häufigkeit begutachteter letaler Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 65–86). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 32) Deutsch, E. (1993): Fahrlässigkeitstheorie und Behandlungsfehler. Neue Juristische Wochenschrift, (23), 1506–1510.
- 33) Deutsch, E., & Spickhoff, A. (2014): Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht In *Medizinrecht* (7. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- 34) Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Unterrichtung durch die Bundesregierung (n.d.): Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.
- 35) Deutscher Herzbericht 2017: Immer weniger Herzinfarkt-Tote dank Fortschreiten der modernen Herz-Medizin (2018):
- 36) Eisenmenger, W. (1994): Begutachtung des ärztlichen Behandlungsfehlers aus Sicht der Rechtsmedizin In Burkhard Madea & U.-J. Winter (Eds.), *Medizin - Ethik - Recht* (pp. 99–104). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 37) Eisenmenger, W. (2007): Medizinschadensfälle in der ärztlichen Fortbildung In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 209–216). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 38) Eisenmenger, W., Liebhardt, E., & Neumaier, R. (1978): Ergebnisse von “Kunstfehlergutachten” Beiträge Zur Gerichtlichen Medizin.
- 39) Erdogan-Griese, B. (2012): Lernen aus Beinahe-Fehlern: Starschuss für das CIRS-NRW Rheinisches Ärzteblatt, 12, 25.
- 40) Ferrara, S. D., Baccino, E., & Bajanowski, T. (2013): Medico-Legal Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation in Medical Responsibility and Liability In *Malpractice and Medical Liability European State of the Art and Guidelines* (pp. 247–275).
- 41) Gerst, T. (2014): Behandlungsfehler Bemühungen um Transparenz Dt Ärztebl, 111(26), 1192–1193.
- 42) Goldman, L., Sayson, R., Robbins, S., Cohn, L. H., Bettmann, M., & Weisberg, M. (1983): The Value of the Autopsy in Three Medical Eras New England Journal of Medicine, 308(17), 1000–1005.
- 43) Grätzel, P. (2018): Herzbericht 2017: Katheterinterventionen legen zu, Herzoperationen auf stabilem Niveau.

- 44) Grellner, W. (2009): Komplikationen bei kardiologischen Eingriffen In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *“Der ärztliche Behandlungsfehler”* (Volume 37, pp. 61–80). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 45) Griffen, F. D., Stephens, L. S., Alexander, J. B., Bailey, H. R., Maizel, S. E., Sutton, B. H., & Posner, K. L. (2007): The American College of Surgeons’ Closed Claims Study: New Insights for Improving Care *Journal of the American College of Surgeons*, 204(4), 561–569.
- 46) Gronemeyer, S., & Zobel, A. (2019): Jahresstatistik 2019 Behandlungsfehler- Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Retrieved from Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e.V. website: https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/18_Meldungen/20-06-25_PK_BHF_2019/2019_BHF__5__Jahresstatistik.pdf
- 47) Gross, R. (1969): *Medizinische Diagnostik — Grundlagen und Praxis*.
- 48) Gross, R., & Löffler, M. (1997): *Prinzipien der Medizin*.
- 49) Haller, U., Welti, S., Haenggi, D., & Fink, D. (2005): Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(27), 1665–1679.
- 50) Hannelore, L. (2006): *Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt Robert-Koch-Institut Gesundheitsberichterstattung Des Bundes Heft 33*.
- 51) Hansis, M. L. (2001a): Die Bedeutung von Leitlinien im Rahmen der Behandlungsfehler-Begutachtung *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 95, 121–124.
- 52) Hansis, M. L. (2001b): Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler *Dt Ärztebl*, 98(31–32), 2035–2040.
- 53) Hansis, M. L. (2007): Risikomanagement als Schadensprophylaxe aus der Sicht des Krankenhausträgers In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 205–208). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 54) Hansis, M. L., & Hart, D. (2001): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Medizinische Behandlungsfehler Robert Koch Institut Statistisches Bundesamt*, (4).
- 55) Hart, D. (2007): Das Critical Incident Reporting-Projekt der norddeutschen Kinderkliniken - Anmerkungen zum Risikomanagement und seinem Recht In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 275–287). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 56) Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Joseph, S., ... Gawande, A. A. (2009): A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population *N Engl J Med*, 360(5), 491–499.
- 57) Hecken, J. (2015): *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie BAnz AT*.
- 58) Hilfiger, D. (1984): Facing Our Mistakes *N Engl J Med*, 310(2), 118–122.

- 59) Hofer, T. P., & Kerr, E. A. (2000): What is an error? *Effective Clinical Practice*, 3(6), 261–269.
- 60) Hoffmann, B., & Rohe, J. (2010): Patientensicherheit und Fehlermanagement.
- 61) Holzer, F. J. (1973): Gerichtsmedizinische Gutachten zur Klärung ungerechtfertigter Anschuldigungen gegen Ärzte *Zeitschrift Für Rechtsmedizin*, 71(4), 332–336.
- 62) Höpker, W.-W., & Wagner, S. (1998): Die klinische Obduktion *Dt Ärztebl*, 95(25), 1596–1600.
- 63) Imhof, M. (2010): *Behandlungsfehler in der Medizin - Was nun?* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- 64) Institut für Allgemeinmedizin, & Frankfurt (2006): Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen “Jeder Fehler zählt.” Retrieved June 5, 2019, from <https://www.jeder-fehlerzaehlt.de>
- 65) Janssen, W., & Püschel, K. (1998): Zur Frage der Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (sog. Kunstfehler) *MedR Medizinrecht*, 16(3), 119–121.
- 66) Jonitz, G., & Barth, S. (2007): Verbesserung der Datenlage zu Medizinschadensfällen und Behandlungsfehlern bzw. Behandlungsfehlervorwürfen In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 161–168). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 67) KABLE, A. K., GIBBERD, R. W., & SPIGELMAN, A. D. (2002): Adverse events in surgical patients in Australia *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 269–276.
- 68) Kieseewetter, B. (2013): Verfahren gegen Ärzte im Raum Bochum nehmen zu. *Westdeutsche Allgemeine Zeitung*.
- 69) Klinkhammer, G. (2003a): Ärztliche Behandlungsfehler Ein neues Qualitätsbewusstsein *Dt Ärztebl*, 100(18), 1175–1177.
- 70) Klinkhammer, G. (2003b): Offenheit gefordert *Dt Ärztebl*, 100(18), 1174–1175.
- 71) Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000): *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 72) Königlich Bayrisches Intelligenzblatt für Mittelfranken: 1841 (1841): Mittelfranken: Brügel.
- 73) Kößling, K. (1992): Die Görlitzer Studie Eine Herausforderung *Dt Ärztebl*, 89(45), 3749.
- 74) Krüger-Brand, H. E. (2010): Weniger Komplikationen durch IT-Einsatz im OP *Dt Ärztebl*, 107(19), 914–915.
- 75) Krumpaszky, H. G., Sethe, R., & Selbmann, H.-K. (1997): Die Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen in der Medizin *Versicherungsrecht: Juristische Rundschau Für Die Individualversicherung*, 48(10), 420–427.
- 76) Laufs, A. (1994): Rechtsansprüche des Patienten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt In *Möglichkeiten und Grenzen der Medizin* (pp. 62–70).
- 77) Laum, H.-D. (2007): Die Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 89–94). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- 78) Lauterberg, J. (2007): Diversität und Kerndatensatz - Bericht aus der Arbeitsgruppe Behandlungsfehlerregister In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 267–274). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 79) Lauterberg, J., & Mertens, A. (2007): Behandlungsfehler-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 57–64). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 80) Leape, L. L. (1994): Error in medicine JAMA, 272(23), 1851–1857.
- 81) Lessing, C., & Jonitz, G. (2007): Masterplan des Aktionsbündnisses Patientensicherheit: die Agenda 2006 In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 251–256). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 82) Leval, M. R. de (1996): Human factors and outcomes of cardiac surgery Pediatric Anesthesia, 6(5), 349–351.
- 83) Levartz, M. (2012): Behandlungsfehler: Kultur des offenen Umgangs hilft auch Ärzten Rheinisches Ärzteblatt, 2(2), 20–21.
- 84) Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997): Physician-patient communication the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons JAMA, 277(7), 553–559.
- 85) Lilie, H. (2008): Ärztliche Behandlungsfehler im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen, 102(9), 529–534.
- 86) Luftfahrt Akademie (n.d.): Luftfahrt - Akademie The aviation academy. Retrieved June 5, 2019, from I website: <https://luftfahrtakademie.de>
- 87) Madea, B. (2015, June 22): Behandlungsfehler und Medizinschadensfälle: Seit jeher ein Thema der Rechtsmedizin Rechtsmedizin, 25(3), 177–178.
- 88) Madea, Burkhard (2008): Autoptisch bestätigte Behandlungsfehler Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen, 102(9), 535–541.
- 89) Madea, Burkhard (2009): Behandlungsfehler und Medizinschadensfälle aus rechtsmedizinischer Sicht In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *“Der ärztliche Behandlungsfehler”* (Volume 37, pp. 21–40). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 90) Madea, Burkhard, & Dettmeyer, R. (2003): Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung Dt Ärztebl, 100(48), 3161–3179.
- 91) Madea, Burkhard, Musshoff, F., & Preuss, J. (2009): Medical negligence in drug associated deaths Forensic Science International, 190(1–3), 67–73.
- 92) Madea, Burkhard, Preuß, J., Venedey, C., & Dettmeyer, R. (2007): Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Strafverfahren In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 105–118). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 93) Madea, Burkhard, Püschel, K., Lignitz, E., & Dettmeyer, R. (2006): Verwaltungssektionen Dringende Notwendigkeit Dt Ärztebl, 103(14), 914–919.

- 94) Madea, Burkhard, & Rothschild, M. (2010a): Ärztliche Leichenschau Dt Ärztebl, 107(33), 575–586.
- 95) Madea, Burkhard, & Rothschild, M. (2010b): Geplante Neuregelung löst die eigentlichen Probleme nicht Dt Ärztebl, 107(33), 1564–1565.
- 96) “Man fragt sich : Wie kann das passieren?” (1989): Der Spiegel, (17), 86–107.
- 97) Meissner, C. (2009): Der ärztliche Behandlungsfehler - professionelle Lösungsstrategien In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), “*Der ärztliche Behandlungsfehler*” (Volume 37, pp. 11–20). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 98) Moßhammer, D., & Eissler, M. (2013): Welche Fehler machen Hausärzte? Daten der Gutachter-Kommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg Das Gesundheitswesen, 76(05), 297–302.
- 99) Nentwig, I. (2009): Die Rolle der Staatsanwaltschaft bei Verdacht eines Behandlungsfehlers In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), “*Der ärztliche Behandlungsfehler*” (Volume 37, pp. 145–168). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 100) Nolan, T. W. (2000): System changes to improve patient safety. BMJ (Clinical Research Ed.), 320(7237), 771–773.
- 101) Odersky, W. (1986): Natürlicher - nicht natürlicher Tod - ein ungelöstes definitorisches Problem In G. Heberer, H. W. Opperbecke, & W. Spann (Eds.), *Ärztliches Handeln Verrechtlichung eines Berufsstandes* (pp. 104–113). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- 102) Peters, T. A. (2002): Defensivmedizin durch Rechtsunsicherheit im Arztstrafverfahren? MedR Medizinrecht, (Heft 4), 219–221.
- 103) Preuß, J., Dettmeyer, R., & Madea, B. (2005): Begutachtung behaupteter letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (bundesweite Multicenterstudie). Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- 104) Preuß, J., Dettmeyer, R., & Madea, B. (2006): Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin Rechtsmedizin, 16(6), 367–382.
- 105) Preuß, Johanna, Dettmeyer, R., & Madea, B. (2006): Tödlich verlaufende, postoperative Peritonitiden Rechtsmedizin, 16(6), 383–388.
- 106) Preuß, Johanna, Dettmeyer, R., & Madea, B. (2007a): Spezielle Fallgruppen aus der BMGS-Studie: Exitus in tabula In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 127–138). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 107) Preuß, Johanna, Dettmeyer, R., & Madea, B. (2007b): Spezielle Fallgruppen aus der BMGS-Studie: Vorwurf der fehlerhaften Arzneimitteltherapie/Medikationszwischenfälle In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 139–152). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 108) Püschel, K., Püschel, V., Fischer, F., Eisenmenger, W., Schuchert, A., & Meinertz, T. (2007): Wandel der Begutachtungskriterien am Beispiel der übersehenen Myokardinfarkte In Burkhard

- Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 153–160). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 109) Püschel, V. (2007): Nicht diagnostizierter, akuter Myokardinfarkt mit tödlichem Ausgang: eine retrospektive Analyse an 80 Patienten. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- 110) Quirnbach, T. (2007): Behandlungsfehlervorwürfe - Begutachtung durch den MDK am Beispiel des MDK Nordrhein In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 53–56). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 111) Rabbata, S. (2007): Jeder Fehler zählt Dt Ärztebl, 104(51–52), 3513.
- 112) Rall, M., & Oberfrank, S. (2013): „Critical incident reporting systems“ Zeitschrift Für Herz-,Thorax- Und Gefäßchirurgie, 27(3), 206–212.
- 113) Ratajczak, T., & Stegers, C.-M. (2001): Risiko Aufklärung: Schmerzensgeld trotz Behandlungserfolg - Wohin führt die Rechtsprechung?
- 114) Reason, J (2000): Human error: models and management. BMJ (Clinical Research Ed.), 320(7237), 768–770.
- 115) Reason, James (1995): Understanding adverse events: human factors Quality in Health Care, (4), 80–89.
- 116) Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV) (n.d.):
- 117) Rohe, J., Heinrich, A. S., Fishman, L., Renner, D., & Thomeczek, C. (2010): 15 Jahre ÄZQ – 10 Jahre Patientensicherheit am ÄZQ Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen, 104(7), 563–571.
- 118) Rohe, J., Heinrich, A. S., & Thomeczek, C. (2011): Netzwerk für Patientensicherheit Dt Ärztebl, 108(3), 92–94.
- 119) Saracci, R. (1993): Problems with the use of autopsy results as a yardstick in medical audit and epidemiology. Quality Assurance in Health Care : The Official Journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care, 5(4), 339–344. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8018893>
- 120) Scheppokat, K. D., & Held, K. (2002): Ergebnisse von 903 Schlichtungsverfahren in der Inneren Medizin Dtsch Med Wochenschr, 127, 253–259.
- 121) Schiffer, B. (2009): Was leistet der Haftpflichtversicherer für den Behandlungsfehler? In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *„Der ärztliche Behandlungsfehler“* (Volume 37, pp. 135–144). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 122) Schmitz, M., Grass, H., & Madea, B. (2012): Rechtsmedizinische Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit Rechtsmedizin, 22(1), 24–30.
- 123) Schmitz, M. H. (2012): Rechtsmedizinische Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit Analyse bestätigter Behandlungsfehler in den Instituten für Rechtsmedizin Bonn und Düsseldorf 1990 - 2006 (2008). Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- 124) Schneider, K., & Kahla-Witzsch, H. A. (2016): Anforderungen an das klinische

- Risikomanagement - Was muss, was soll, was kann die Organisation umsetzen? Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen, 114, 92–93.
- 125) Schnurrer, J. U., & Frölich, J. C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen Der Internist, 44(7), 889–895.
- 126) Schrappe, M. (2007): Patientensicherheit: Weitere Entwicklungen und Perspektiven In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 243–248). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 127) Schrappe, M., & Lessing, C. (2007): Zur Häufigkeit von Medizinschadensfällen In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 21–32). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 128) Schubert, C. (2005): Der hippokratische Eid.(1. Auflage) Wbg Academic in Wissenschaftliche Buchgesellschaft (wbg)
- 129) Schulenburg, D. (2008): Der Facharztstand Rheinisches Ärzteblatt, (4), 13.
- 130) Seehafer, W. (1991): Der Arzthaftungsprozeß in der Praxis.
- 131) Shojania, K. G., & Burton, E. C. (2008): The vanishing nonforensic autopsy N Engl J Med, 358(9), 873–875.
- 132) Shojania, K. G., Burton, E. C., McDonald, K. M., & Goldman, L. (2003): Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time a systematic review JAMA, 289(21), 2849–2856.
- 133) Slany, E., Reuter, W., Thüsing, C., & Schmidt, C. E. (2011): Von Schuld und Scham zu einem professionellen Umgang mit Fehlern - Risikomanagement in der operativen Medizin Versicherungsmedizin, 63(4), 180–185.
- 134) Sommer, U. (2006): Arztstrafrecht - materielles Recht -.
- 135) Statistisches Bundesamt (2018): Die 10 häufigsten Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sterbefaelle-herz-kreislauf-erkrankungen- insgesamt.html>
- 136) Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., ... Brennan, T. A. (2000): Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Medical Care, 38(3), 261–271. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351>
- 137) Thomeczek, C. (2009): “Unerwünschte Ereignisse” als Teil eines Riskmanagements In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *“Der ärztliche Behandlungsfehler”* (Volume 37, pp. 95–106). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 138) Thomeczek, C., & Ollenschläger, G. (2006): Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Rechtsmedizin, 16(6), 355–360.
- 139) Thomeczek, C., Rohe, J., & Ollenschläger, G. (2007a): Das unerwünschte Ereignis in der Medizin In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und*

- Patientensicherheit* (pp. 13–20). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 140) Thomeczek, C., Rohe, J., & Ollenschläger, G. (2007b): Incident Reporting Systeme - in jedem Zwischenfall ein Fehler? In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 169–176). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 141) Thomsen, H. (2006): Behandlungsfehler und Risikomanagement im AOK-Institut Medizinschaden Rechtsmedizin, *16(6)*, 361–366.
- 142) Thomsen, Holger (2009): Regelung von Medizinschäden in der gesetzlichen Krankenversicherung In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *“Der ärztliche Behandlungsfehler”* (Volume 37, pp. 113–118). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 143) Ulsenheimer, K. (2007): Riskmanagement als Schadensprophylaxe aus der Sicht der Juristen In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 183–194). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 144) Ulsenheimer, K. (2012): Der juristische Notfallkoffer In *Die Anästhesiologie* (pp. 1670–1676).
- 145) Ulsenheimer, K. (2015): Arztstrafrecht in der Praxis. Heidelberg: C.F.Müller Verlag.
- 146) van Buuren, F. (2010): 25. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland *Der Kardiologe*, *4(6)*, 502–508.
- 147) van der Sloot, E. (2009): Critical Incident Reportingsysteme im UK S-H In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *“Der ärztliche Behandlungsfehler”* (Volume 37, pp. 107–112). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 148) Venedey, C. H. (2007): Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- 149) Vincent, C. (2001): Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review *BMJ*, *322(7285)*, 517–519.
- 150) Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998): Framework for analysing risk and safety in clinical medicine *BMJ : British Medical Journal*, *316(7138)*, 1154.
- 151) Vollrath, S. (2009): Behandlungsfehler aus Sicht des Patienten In C. Meissner, W. Grellner, & H.-J. Kaatsch (Eds.), *“Der ärztliche Behandlungsfehler”* (Volume 37, pp. 41–46). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- 152) Vries, E N de, Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008): The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review *Quality & Safety in Health Care*, *17(3)*, 216.
- 153) Weidinger, P. (2007): Behandlungsfehlervorwürfe und Regulierungspraxis der Haftpflichtversicherer In Burkhard Madea & R. Dettmeyer (Eds.), *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit* (pp. 39–52). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 154) Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., ... Gawande, A. A. (2015): Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes *The Lancet*, *385*, S11.

- 155) Weltrich, H., & Fitting, W. (2004): Therapieversäumnisse bei einem Herzinfarkt Verspätete interventionelle Maßnahmen Ärztekammer Nordrhein, 77–79.
- 156) Weltrich, Herbert, & Lent, H. (2001): Diagnostische Versäumnisse bei einem Myokardinfarkt Rheinisches Ärzteblatt, (5), 27–29.
- 157) WHO (2005): WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system. Retrieved June 5, 2019, from https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further/Reporting_Guidelines.pdf
- 158) Wilson, R., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D. (1995): The quality in australian health care study Med J Aust, 163.
- 159) Wittekind, C., & Gradistanac, T. (2018): Obduktionen als Instrument der Qualitätssicherung Dt Ärztebl, 115(39), 653–658.
- 160) World Health Organization (2018): The top 10 causes of death.
- 161) World health organization Patient safety (n.d.):
- 162) Wu, A. W. (2000): Medical error: the second victim the doctor who makes the mistake needs help too BMJ : British Medical Journal, 320, 726–727.
- 163) Wulfert, E. (2013): Schlichtung bei Behandlungsfehlern Deutlich mehr Anträge im Jahr 2012 Dt Ärztebl, 110(26), 1295.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AEKNO – Ärztekammer Nordrhein
ASRS – Aviation Safety Reporting System
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK – Bundesärztekammer
BestG - Bestattungsgesetz
BGH – Bundesgerichtshof
BMGS – Bundesministerium für Gesundheit
CIRS – Critical Incident Reporting System
DMP – Disease Management Program
ERCR - Endoskopisch-Retrograden Cholangio-Pankreaticographie
GA - Gutachten
G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss
HKL – Herz-Kreislauf-Erkrankung
KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung
MDK – Medizinische Dienst der Krankenkasse
Mio. – Million
Mrd. – Milliarde
PUVA - Psoralen plus UV-A (auch Photochemotherapie)
RiStBV – Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren
SGB - Sozialgesetzbuch
SIDS – Sudden Infant Death Syndrome
StA – Staatsanwaltschaft
StPO – Strafprozessordnung
VSD – Ventrikelseptumdefekt
WHO – World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anlass zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens in 2010/11	13
Abb. 2 und 3:	Anzahl an Vorwürfen bezüglich des Verdachts eines Behandlungsfehlers in den letzten 20 Jahren getrennt für die Regionen Essen und Bochum dargestellt (n = 173)	14
Abb. 4:	Prozentualer Anteil an Obduktionen nach Verdacht auf einen Behandlungsfehler, bezogen auf die Gesamtrate aller gerichtsmedizinischen Obduktionen der Rechtsmedizin Essen	16
Abb. 5 und 6:	Prozentualer Anteil an Obduktionen nach Verdacht auf einen Behandlungsfehler, bezogen auf die Gesamtrate aller gerichtsmedizinischen Obduktionen des Landgerichtsbezirks Bochum bzw. Essen	16
Abb. 7:	Altersverteilung in Zehnjahres-Intervallen bei Betrachtung der Gesamtzahl der Patienten	17
Abb. 8:	Geschlechterspezifische Aufteilung der Patienten	17
Abb. 9:	Betrachtung der Behandlungsdauer des Patienten vor Todeseintritt	18
Abb. 10:	Zeitpunkt des Versterbens des Patienten aufgeteilt in Früh-, Spät- und Nachtdienst im Rahmen der stationären Behandlung	18
Abb. 11:	Darstellung der attestierten Todesart vor und nach der gerichtsmedizinischen Sektion. Hier wurde seitens des Leichenschauarztes eine „natürliche“ Todesart attestiert (Kreisdiagramm) mit nachfolgender Aufschlüsselung der Todesart durch die Rechtsmedizin (Blockdiagramm)	19
Abb. 12:	Darstellung der attestierten Todesart vor und nach der gerichtsmedizinischen Sektion. Hier wurde seitens des Leichenschauarztes eine „nicht natürliche“ Todesart attestiert (Kreisdiagramm) mit nachfolgender Aufschlüsselung der Todesart durch die Rechtsmedizin (Blockdiagramm)	20
Abb. 13:	Darstellung der attestierten Todesart vor und nach der gerichtsmedizinischen Sektion. Hier wurde seitens des Leichenschauarztes eine „ungeklärte“ Todesart attestiert (Kreisdiagramm) mit anschließender Aufschlüsselung der Todesart durch die Rechtsmedizin (Blockdiagramm)	20
Abb. 14:	Anzahl der in Auftrag gegebenen Folgeuntersuchungen nach der gerichtsmedizinischen Obduktion	21
Abb. 15:	Anzahl der in Auftrag gegebenen rechtsmedizinischen und klinischen Folgegutachten	22
Abb. 16:	Häufigkeitsverteilung der Todesursache	22
Abb. 17:	Häufigkeitsverteilung der aufgrund eines fraglichen Behandlungsfehlerverdachts ermittelten Berufsgruppen	24
Abb. 18:	Häufigkeitsverteilung an Behandlungsfehlervorwürfen auf die verschiedenen Fachabteilungen	25
Abb. 19:	Häufigkeitsverteilung der am häufigsten unter Behandlungsfehlerverdacht stehenden Berufsgruppen im Vergleich auf den Untersuchungszeitraum	26
Abb. 20:	Häufigkeitsverteilung an Behandlungsfehlervorwürfen auf die Fachdisziplinen der Chirurgie	26
Abb. 21:	Häufigkeitsverteilung des unter Behandlungsfehlerverdacht stehenden medizinischen Personals im Untersuchungszeitraum	27
Abb. 22:	Fehlereinteilung in aktives Tun und Unterlassen bei vermuteten Behandlungsfehlern	27
Abb. 23:	Fehlereinteilung bei vermuteten Behandlungsfehlern, in konservativ und operativ	28
Abb. 24:	Einteilung der vermuteten Behandlungsfehler in sechs Hauptgruppen	29
Abb. 25:	Häufigkeitsverteilung verschiedener vorgeworfener Behandlungsfehler im Rahmen eines fraglichen Unterlassens medizinischer Maßnahmen	30
Abb. 26:	Aufteilung der vermuteten Fehlerarten auf den Hausarzt	31
Abb. 27:	Häufigkeitsverteilung bei den Fachärzten, die einen Myokardinfarkt nicht diagnostizierten	32

Abb. 28:	Unterteilung der unter Verdacht stehenden operativen Behandlungsfehler in präoperative-, intraoperative- und postoperative Fehler	32
Abb. 29:	Häufigkeitsverteilung an fraglichen Fehlervorkommnissen bei minimal-invasiven Maßnahmen	33
Abb. 30:	Häufigkeitsverteilung der durch eine operative Behandlung vorgeworfenen Komplikationen	34
Abb. 31:	Häufigkeitsverteilung vermuteter Behandlungsfehler im Rahmen einer medikamentösen Behandlung	35
Abb. 32:	Aufteilung in „sonstige Fehlbehandlung“	36
Abb. 33:	Anzahl an behaupteten Behandlungsfehlern bezüglich pflegerischer Maßnahmen	37
Abb. 34:	Ermittlung des vermuteten Fehlerzeitpunkts, bezogen auf Früh-, Spät- und Nachtdienst	38
Abb. 35:	Juristischer Ausgang der Ermittlungsverfahren	38
Abb. 36:	Ursachenzusammenhang zwischen einer vorausgegangenen Behandlung und dem Todeseintritt	39
Abb.: 37:	Kausaler Zusammenhang zwischen einer medizinischen Maßnahme und dem Versterben des Patienten	40
Abb. 38:	Grund der Einleitung des Ermittlungsverfahrens bei bestätigter Kausalität (n=111)	42
Abb. 39:	Ergebnis zur Sorgfaltspflichtverletzung der Ärzte	43
Abb. 40:	Klärung der Kausalität zwischen dem Todeseintritt durch alleinige rechtsmedizinische Obduktion, bzw. Obduktion und Folgeuntersuchung	44
Abb. 41:	Klärung des fraglichen Behandlungsfehlers nach alleiniger Sektion, bzw. Sektion und Folgeuntersuchung	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gesamtzahlen an Obduktionen	15
Tabelle 2:	Anzahl an Obduktionen bei Behandlungsfehlerverdacht	15

Danksagung

Vielen Menschen gilt ein herzliches Dankeschön, die mich über den gesamten Zeitraum unterstützt und stets ermutigt haben.

Vielen Dank zunächst an Herrn Dr. med. Kurt Trübner, für das Ermöglichen in seiner rechtsmedizinischen Abteilung diese Arbeit zu erstellen, die Unterstützung über all die Jahre und die stets sehr nette und motivierende Zusammenarbeit.

Zudem ein Dankeschön an Herrn Prof. Dr. med. Thomas Bajanowski, Direktor des rechtsmedizinischen Instituts Essen, für die konstruktiv beratende Beurteilung.

Des Weiteren möchte ich der Staatsanwaltschaft Bochum und hier insbesondere Herrn OStA Wolfgang Dörsch für die Unterstützung und Hilfestellung zur Verfassung der Dissertation, sowie Herrn OStA Andreas Bachmann für die Bereitstellung und Nutzung der Aktenbestände danken.

Ein herzliches Dankeschön an meine ehemalige Lehrerin Frau Brigitte Sövegjato für das Korrekturlesen, sowie meiner Freundin Mirjam Candar.

Ein großer Dank an meine Familie und Familie Bozkurtan, für ihre jeweils uneingeschränkte Unterstützung, Motivation und ihr Vertrauen – dass diese Arbeit Schritt für Schritt entstehen konnte.

Danke an den Zuspruch und die Anteilnahme meiner lieben Freunde.

Ein ganz besonderer Dank gilt Deniz Bozkurtan, für seine liebevolle und stete Unterstützung bei allen kleinen und großen Schritten und Hürden dieser Arbeit, insbesondere seiner Hilfestellung hinsichtlich des statistischen Arbeitens, von Beginn an. Ohne ihn wäre diese Arbeit niemals so entstanden. Herzlichsten Dank für die Energie, Ausdauer und größten Mühen.

Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.