

Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines
Behandlungsfehlers

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

vorgelegt von
Christoph Herbert Venedey
aus Mönchengladbach
2007

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. B. Madea
2. Gutachter: Prof. Dr. J. Vogel

Tag der Mündlichen Prüfung: 09.07.07

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn
Direktor: Professor Dr. B. Madea

Diese Dissertation ist auf dem Hochschulschriftenserver der ULB Bonn
http://hss.ulb.uni-bonn.de/diss_online elektronisch publiziert.

Meinen Eltern
Vera und Herbert Venedey

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
I. Einleitung.....	11
II. Methoden.....	13
1. Untersuchungsgegenstand.....	13
2. Erhebungsbogen.....	13
3. Begriffsbestimmung.....	13
III. Ergebnisse.....	15
1. Ermittlungsverfahren.....	15
1.1. Verteilung der Ermittlungsverfahren auf die Staatsanwaltschaften.....	15
1.2. Dauer der Ermittlungsverfahren.....	15
2. Einleitung von Ermittlungsverfahren.....	16
2.1. Anlass der Einleitung von Ermittlungsverfahren.....	16
2.2. Anlass von Todesermittlungsverfahren.....	18
3. Juristische Tatvorwürfe.....	19
3.1. Verteilung der juristischen Tatvorwürfe.....	19
3.2. Verteilung der juristischen Tatvorwürfe nach dem Anlass.....	20
4. Behandlungsfehler.....	22
4.1. Behandlungsfehlervorwürfe.....	22
4.2. Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe.....	24
4.3. Differenzierung der Behandlungsfehlervorwürfe.....	25
4.3.1. Vorwurf des Unterlassens.....	25
4.3.2. Vorwurf wegen Komplikation bei/nach operativen Eingriff.....	26
4.3.3. Vorwurf der Fehlbehandlung.....	27
4.3.4. Vorwurf des Medikationsfehlers.....	27
4.3.5. Vorwurf des Pflegefehlers.....	28
4.3.6. Vorwurf der Fehldiagnose.....	29
4.3.7. Vorwurf des Aufklärungsfehlers.....	29
4.3.8. Vorwurf des Nichterscheinens beim Patienten.....	30
4.3.9. Vorwurf des Ablehnens einer Behandlung.....	30

4.4.	Begutachtungsergebnisse der Behandlungsfehlervorwürfe	30
5.	Anwaltliche Beteiligung.....	32
5.1.	Anwaltliche Beteiligung bei den Ermittlungsverfahren.....	32
5.2.	Anwaltliche Vertretung von Verletzten und Hinterbliebenen	33
5.3.	Anwaltliche Vertretung der Beschuldigten.....	33
5.4.	Anwaltliche Beteiligung bei den Tatvorwürfen.....	33
5.6.	Anwaltliche Beteiligung bei Todesermittlungsverfahren	34
5.7.	Anwaltliche Vertretung der Beschuldigten nach Anlass der Ermittlungen	34
5.8.	Anwaltliche Vertretung von Verletzten/Hinterbliebenen nach Anlass der Ermittlungen.....	35
6.	Beschuldigte	37
6.1.	Beschuldigte Berufsgruppen	37
6.2.	Medizinische Fachgebiete	38
6.3.	Ergebnis der Gutachten bezogen auf die Beschuldigten.....	40
6.4.	Ergebnis der Gutachten bezogen auf die Fachgebiete	43
7.	Ermittlungshandlungen	46
7.1.	Sicherstellung von Krankenunterlagen	46
7.1.1.	Ermittlungsverfahren ohne Sicherstellung von Krankenunterlagen	46
7.1.2.	Sicherstellung von Krankenunterlagen bezüglich der juristischen Tatvorwürfe.....	47
7.2.	Vernehmungen	47
7.2.1.	Vernehmung der Angehörigen.....	48
7.2.2.	Vernehmung von Verletzten	49
7.2.3.	Vernehmung von Beschuldigten.....	49
7.2.4.	Konsequenzen der Vernehmungen	50
8.	Medizinische Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen.....	51
8.1.	Obduktionsgutachten.....	51
8.1.1.	Obduktionsgutachten bei den juristischen Tatvorwürfen	51
8.1.2.	Obduktionsgutachten bei den Todesermittlungsverfahren.....	52
8.1.3.	Auswertung der vorläufigen Obduktionsgutachten	52
8.2.	Sachverständigengutachten	53
8.2.1.	Dauer der Sachverständigengutachten	54
8.2.2.	Ermittlungsverfahren mit/ohne Sachverständigengutachten.....	55

8.2.3.	Anzahl der Sachverständigengutachten in den Ermittlungsverfahren	55
8.2.4.	Anteil der Sachverständigengutachten in den Verfahren.....	56
8.2.5.	Ergebnisse der Sachverständigengutachten	56
8.3.	Gesamtdarstellung der Sachverständigengutachten und Obduktionen.....	57
9.	Erledigung	59
9.1.	Erledigung der Ermittlungsverfahren.....	59
9.2.	Erledigung bezüglich der Beschuldigten	59
9.3.	Einstellungsbegründung.....	60
9.3.1.	Einstellungsbegründung bei den Todesermittlungsverfahren.....	60
9.3.2.	Einstellungsbegründung bei Verfahren mit juristischem Tatvorwurf.....	61
9.4.	Sanktionen.....	62
9.5.	Einstellungsverhalten bezüglich tödlicher oder überlebter Schadensfälle.....	63
9.6.	Einstellungsverhalten im Vergleich zu den medizinischen Gutachten.....	64
9.6.1.	Medizinische Gutachten und Einstellungsverhalten bei juristischen Tatvorwürfen (n = 171).....	64
9.6.2.	Medizinische Gutachten und Einstellungsverhalten bei Todesermittlungsverfahren (n = 39)	66
IV.	Diskussion.....	67
1.	Anlass und Delikte in den Ermittlungsverfahren	67
1.1.	Vergleich der Anlässe von Ermittlungsverfahren mit anderen Studien.....	68
1.2.	Vergleich der Verteilung der juristischen Tatvorwürfe mit anderen Studien	70
2.	Die Behandlungsfehlervorwürfe	71
2.1.	Der Medikationsfehlervorwurf.....	72
2.2.	Der Vorwurf des Pflegefehlers.....	76
2.3.	Vergleich der Behandlungsfehlervorwürfe mit anderen Studien.....	77
3.	Die Beschuldigten	80
4.	Medizinische Gutachten.....	81
5.	Durchführung der Ermittlungen.....	84
6.	Ausgang der Verfahren	85
7.	Schlußbetrachtung.....	86
V.	Zusammenfassung.....	88
Anhänge	90

Anhang 1: Erhebungsbogen	91
Anhang 2: Statistiken der untersuchten Verfahren	114
Anhang 3: Flußdiagramm zum Verfahrensausgang der 210 staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren.....	115
VI. Literaturverzeichnis	116
Danksagung.....	124

Abkürzungsverzeichnis

abs.	absolut
Abs.	Absatz
AiP.....	Arzt im Praktikum
Az.	Aktenzeichen
Bf.....	Behandlungsfehler
DM	Deutsche Mark
et al.	et alii/und andere
EV	Ermittlungsverfahren
FDA.....	Food & Drug Administration
G.....	Gutachten
G-Nr.	Gutachtennummer
JVA	Justizvollzugsanstalt
K.....	Kausalität
LtdOStA	Leitender Oberstaatsanwalt
max.	maximal
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
min.....	minimal
OStA.....	Oberstaatsanwalt

op.....	operativ
OP.....	Operation
OWIG.....	Ordnungswidrigkeitengesetz
PJ.....	Praktisches Jahr
prakt. Arzt	praktischer Arzt
RA	Rechtsanwalt
Reha.....	Rehabilitation
RiStBV	Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren
rel.....	relativ
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
StA.....	Staatsanwaltschaft
StGB.....	Strafgesetzbuch
S-Nr.....	Sektionsnummer
StPO	Strafprozeßordnung
U.....	Untersuchung
UKG	Ultraschall Kardiographie
Unters.....	Untersuchung
USP	United States Pharmacopeia

I. Einleitung

Das Datenmaterial bezüglich medizinischer Behandlungs- und Pflegefehler, sowie strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Mediziner und Pflegepersonal ist lückenhaft (Hansis und Hansis, 2001; Hansis und Hart, 2001; Krumpaszky et al., 1997). Ebenso lückenhaft ist die Datenlage zur Häufigkeit strafrechtlicher Ermittlungsverfahren bzw. zivilrechtlicher Ansprüche gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers.

Ulsenheimer geht von etwa 10000 Schadenersatz- und Schmerzensgeldklagen und rund 3000 staatsanwaltschaftlichen „Kunstfehler“-Verfahren pro Jahr aus (Ulsenheimer, 1998). Eine andere Hochrechnung rechnet mit 20 bis 30 Ermittlungsverfahren pro 1000 Ärzte und damit bundesweit 5000 bis 8500 Ermittlungsverfahren pro Jahr (Krumpaszky et al., 1997). Nach einer Schätzung des Robert Koch-Institutes ist bei insgesamt steigender Tendenz von jährlich rund 40000 Behandlungsfehlervorwürfen und 12000 nachgewiesenen Behandlungsfehlern auszugehen (Hansis und Hart, 2001). Strafverfahren sollen dabei numerisch kaum ins Gewicht fallen. Entsprechend wenige Daten finden sich zum Verfahrensausgang nach strafrechtlichen Ermittlungsverfahren gegen Ärzte. Nach Schätzung von Ulsenheimer liegt die Zahl rechtskräftiger Strafurteile gegen Ärzte wegen eines berufsspezifischen Fehlverhaltens nur bei etwa 5% der Ermittlungsverfahren (Ulsenheimer, 1987).

Den Ausgang zivilrechtlicher Verfahren von Arzthaftungsprozessen hat bislang vor allem Seehafer empirisch analysiert (Seehafer, 1989). Danach gehen 46% aller rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren (Urteile und Vergleiche) zu Gunsten des Klägers/Patienten aus. Dem gegenüber ist der Verfahrensausgang der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen anhängigen Fälle fortlaufend dokumentiert. In gut einem Drittel der Fälle werden Vorwürfe der Patienten bestätigt (Eissler, 2005; Neu, 2001; Scheppokat und Held, 2002).

Eine systematische Auswertung von Behandlungsfehlervorwürfen bzw. Medizinschadensfällen mit letalem Ausgang wurde im Fach Rechtsmedizin in Ansätzen verfolgt (Althoff und Solbach, 1984; Hartmann und Seeger, 1984; Holzer, 1973; Lignitz und Mattig, 1989; Mallach et al., 1993; Mattern und Kohnle, 1983; Metter und Greilich-Rahbari, 1990; Pluisch, 1990; Pribilla, 1988).

Aktuell fand im Oktober 2006 ein Symposium zum Thema „Medizinschadensfälle und Patientensicherheit“ als gemeinsame Veranstaltung des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Bonn mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit statt, bei dem u.a. erste Ergebnisse dieser Dissertation vorgestellt wurden (Madea et al., 2006).

In dieser Analyse werden auf regionaler Ebene die Verfahrensausgänge arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren vorgestellt, was zu einer realistischeren Einschätzung der „Bedrohung“ durch strafrechtliche Behandlungsfehlervorwürfe beitragen soll. Im Fokus der Untersuchung stehen die Darstellung des Verlaufs der Ermittlungsverfahren, die Ergebnisse der medizinischen Gutachten, sowie die Verfahrensausgänge. Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren für Ärzte und Pflegepersonal, sowie für die Patienten darzulegen, insbesondere auch die Stellung der rechtsmedizinischen Begutachtung.

II. Methoden

1. Untersuchungsgegenstand

Einbezogen in die retrospektive Analyse wurden staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren von 1989 bis 2003, bei denen der Vorwurf eines ärztlichen (oder pflegerischen) Fehlers Anlaß zur Obduktion oder Begutachtung durch das Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn war. Von allen Ermittlungsverfahren lagen Obduktionsprotokolle mit vorläufigen Gutachten bzw. weiterführende Gutachten vor. Für den benannten Zeitraum konnten insgesamt 210 staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten erfaßt und eingesehen werden.

2. Erhebungsbogen

Zur Erfassung des Datenmaterials wurde ein Erhebungsbogen verwendet (siehe Anhang 1). Hierbei handelte es sich um eine Zusammenfassung der Erhebungsbögen von Orben und Preuß et al. (Orben, 2004; Preuß et al., 2005). Mit Hilfe dieses Erhebungsbogens konnten die entsprechenden Informationen über Anlaß der Verfahren, juristischen Tatvorwurf, anwaltliche Beteiligung, Anzeigenerstatter, Stellung und Fachrichtung der Beschuldigten, sowie Angaben zu den Ermittlungshandlungen, wie z.B. Sicherstellung von Krankenunterlagen und Vernehmungen, den Gutachten- und Obduktionsergebnissen und schließlich zur Art der Verfahrenserledigung aufgenommen werden. Des weiteren wurden die medizinischen Behandlungsfehlervorwürfe erfaßt. Um die gesammelten Daten statistisch auszuwerten wurde mit dem Programm „Microsoft® Access“ eine Datenbank eingerichtet.

3. Begriffsbestimmung

Jedes Ermittlungsverfahren erhielt ein Aktenzeichen. Bei den 210 Ermittlungsverfahren handelte es sich um 39 Todesermittlungsverfahren (ohne juristischen Tatvorwurf und ohne Beschuldigte) und 171 formelle Ermittlungsverfahren, in denen juristische Tatvorwürfe erhoben wurden. Bei diesen juristischen Tatvorwürfen handelte es sich um Delikte zum Nachteil der Gesundheit oder des Lebens der Patienten (z.B. fahrlässige Tötung, §222 StGB; fahrlässige Körperverletzung, §229 StGB; unterlassene Hilfeleistung, §323 c StGB). Es kam vor, daß in einem Verfahren, also unter einem Aktenzeichen, ein oder mehrere juristische Tatvorwürfe gegen einen oder mehrere Beschuldigte subsumiert wurden. Daher mußte begrifflich und in der Auswertung hinsichtlich der

Ermittlungsverfahren, der Beschuldigten und der juristischen Tatvorwürfe getrennt werden. Es fanden sich bei 171 Ermittlungsverfahren 183 juristische Tatvorwürfe. Diese 183 juristischen Tatvorwürfe richteten sich gegen 210 Beschuldigte. Von den juristischen Tatvorwürfen zu unterscheiden sind die medizinischen Behandlungsfehlervorwürfe, erhoben von den Angehörigen, den Patienten, anderen Ärzten, Ermittlungsbehörden, etc. Zu den Fehlervorwürfen zählen z. B. die Vorwürfe des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen, der Fehldiagnose, der Fehlbehandlung oder des Aufklärungsfehlers. In allen untersuchten 210 Ermittlungsverfahren fanden sich in der Summe 236 Fehlervorwürfe (siehe Anhang 2).

III. Ergebnisse

1. Ermittlungsverfahren

1.1. Verteilung der Ermittlungsverfahren auf die Staatsanwaltschaften

Von den 210 Ermittlungsverfahren ermittelte in 113 Verfahren (53,8%) die Staatsanwaltschaft Bonn. Bei den weiteren Staatsanwaltschaften handelte es sich um die von Koblenz und Siegen, sowie unter „Sonstige“ zusammengefaßt die Staatsanwaltschaften Köln, Limburg, Arnsberg, Kassel, Trier und Münster.

Staatsanwaltschaft	Anzahl der untersuchten Ermittlungsverfahren absolut	Anzahl der untersuchten Ermittlungsverfahren relativ %
Bonn	113	53,8
Koblenz	51	24,3
Siegen	39	18,6
Sonstige	7	3,3
Gesamt	210	100,0

Tab.1 Verteilung der Ermittlungsverfahren auf die Staatsanwaltschaften (n = 210)

1.2. Dauer der Ermittlungsverfahren

Zum Zeitpunkt der Analyse waren von 210 Ermittlungsverfahren 202 Verfahren abgeschlossen. Anhand dieser 202 Ermittlungsverfahren konnte die Dauer ermittelt werden. 119 Verfahren (58,9%) wurden innerhalb eines Jahres abgeschlossen. 12 bis 18 Monate dauerten 40 Verfahren (19,8%) und über 18 Monate dauerten 43 Verfahren (21,3%).

Dauer in Monaten	Fallzahl absolut	Fallzahl relativ %
< 3 Monate	31	58,9%
3-6 Monate	28	
6-9 Monate	27	
9-12 Monate	33	
12-15 Monate	21	19,8%
15-18 Monate	19	
> 18 Monate	43	21,3%
Gesamt	202	100%

Tab.2 Dauer der Ermittlungsverfahren (n = 202) in Monaten

2. Einleitung von Ermittlungsverfahren

2.1. Anlass der Einleitung von Ermittlungsverfahren

In der Mehrzahl der Todesfälle war die Qualifikation der Todesart als ungeklärt bzw. nicht natürlich in der Todesbescheinigung Anlass des Verfahrens. An zweiter Stelle rangierten Vorwürfe nach Strafanzeigen der Angehörigen oder des Patienten selbst. Mit- oder nachbehandelnde Ärzte waren in 4,3% Auslöser eines Ermittlungsverfahrens. In einem Fall wurden die Ermittlungen durch eine anonyme Strafanzeige eingeleitet.

Anlass der Ermittlungen	Ermittlungsverfahren absolut	Ermittlungsverfahren relativ %
Angabe der Todesart unbekannt / nicht-natürlich	105	50,0
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen	71	33,8
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen und Angabe in der Todesbescheinigung	12	5,7
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	9	4,3
Anzeige des Patienten noch zu Lebzeiten	7	3,3
Sonstiges	3	1,4
von Amts wegen	2	1,0
anonyme Strafanzeige	1	0,5
Gesamt	210	100,0

Tab.3 Anlässe der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (n = 210)

Im Detail wurden nicht natürliche oder ungeklärte Todesfälle durch folgende Personen oder Institutionen gemeldet:

In 52,1 % dieser Fälle wurde die Meldung an die Ermittlungsbehörden durch die behandelnden oder nachbehandelnden Ärzte weitergeleitet. Weitere 29,1 % wurden durch Notärzte gemeldet. Das Standesamt meldete den Ermittlungsbehörden 9,4 % dieser Fälle als ungeklärt oder nicht natürlich, gefolgt von Meldungen nach der Leichenschau mit 6,0 %. Auch das Gesundheitsamt machte in 2,6 % der Fälle durch sich widersprechende Eintragungen in der Todesbescheinigung bei den Ermittlungsbehörden Meldung. Ein Verfahren wurde durch Meldung eines Bestatters aufgrund der Eintragung „nicht natürlicher Tod“ in der Todesbescheinigung bei der Polizei veranlaßt.

Meldung eines ungeklärten bzw. nicht natürlichen Todes durch	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
behandelnder oder nachbehandelnder Arzt	61	52,1
Notarzt	34	29,1
Standesamt	11	9,4
Leichenschau bei Feuerbestattung	7	6,0
Gesundheitsamt	3	2,6
Bestatter	1	0,8
Gesamt	117	100,0

Tab.4 Details über Meldung eines ungeklärten bzw. nicht natürlichen Todes (n = 117)

2.2. Anlass von Todesermittlungsverfahren

39 der 210 Verfahren waren reine Todesermittlungsverfahren, bei denen aufgrund ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler eine Obduktion veranlaßt wurde. In geringer Zahl waren Vorwürfe oder Strafanzeigen der Angehörigen Anlass von Todesermittlungsverfahren.

Anlass der Todesermittlungsverfahren	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
Angabe Todesart ungeklärt / nicht natürlich	34	87,1
Vorwurf / Strafanzeige der Angehörigen	3	7,7
Angabe Todesart + Vorwurf / Strafanzeige der Angehörigen	1	2,6
Anzeige eines mit-, bzw. nachbehandelnden Arztes		
Anzeige des Patienten zu Lebzeiten		
Sonstiges	1	2,6
von Amts wegen		
anonyme Strafanzeige		
Gesamt	39	100,0

Tab.5 Anlässe der Todesermittlungsverfahren (n = 39)

3. Juristische Tatvorwürfe

3.1. Verteilung der juristischen Tatvorwürfe

In 171 Ermittlungsverfahren (ohne 39 Todesermittlungsverfahren) wurden 183 juristische Tatvorwürfe erhoben. Es überwog entsprechend den Aufgaben eines rechtsmedizinischen Institutes der Vorwurf der fahrlässigen Tötung. In 170 Ermittlungsverfahren wurde jeweils nur ein Tatvorwurf erhoben; ein Ermittlungsverfahren beinhaltete 13 unterschiedliche Tatvorwürfe. 39 der 210 Verfahren waren reine Todesermittlungsverfahren, bei denen aufgrund ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler eine Obduktion veranlaßt wurde. In diesen Verfahren wurde weder ein Beschuldigter namentlich benannt noch ein konkreter Tatvorwurf erhoben. Sie flossen daher in die Auswertung, die sich auf Beschuldigte oder juristische Tatvorwürfe bezogen, nicht mit ein. Vorwürfe wegen Verletzung der Schweigepflicht (§ 203 StGB) kamen nicht vor. Andere strafrechtliche Vorwürfe wie Betrug (z.B. Abrechnungsbetrug) oder Vorteilsnahme wurden nicht erfaßt, da sie nur in wenigen Fällen ein Begleitproblem waren und keine rechtsmedizinische Begutachtung erforderlich war.

Juristischer Tatvorwurf	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
fahrlässige Tötung	144	78,7
Körperverletzungsdelikte	29	15,8
unterlassene Hilfeleistung	9	5,0
Mord	1	0,5
Gesamt	183	100,0

Tab.6 Verteilung nach dem juristischen Tatvorwurf (n = 183) bei 171 Ermittlungsverfahren

3.2. Verteilung der juristischen Tatvorwürfe nach dem Anlass

97,2% der wegen ungeklärter bzw. nicht natürlicher Todesursache veranlaßten Ermittlungsverfahren betrafen den juristischen Tatvorwurf der fahrlässigen Tötung. 80,9% der Vorwürfe oder Strafanzeigen der Angehörigen betrafen ebenfalls das Delikt der fahrlässigen Tötung. 85,7% der Körperverletzungsdelikte und 14,3% der juristischen Tatvorwürfe die unterlassene Hilfeleistung betreffend wurden durch Anzeigen von Patienten noch zu Lebzeiten eingeleitet.

juristischer Tatvorwurf	fahrlässige Tötung	1 x fahrl. Tötung + 12 x fahrl. KV	Körper- verletzungs- delikte	unterlassene Hilfe- leistung	Mord	Gesamt
Anlass	abs. / rel%	abs. / rel%	abs. / rel%	abs. / rel%	abs. / rel%	
Angabe Todesart	69 / 97,2		1 / 1,4	1 / 1,4		71
Vorwurf/ Strafanzeige der Angehörigen	55 / 80,9		9 / 13,2	4 / 5,9		68
Angabe Todesart +Vorwurf Angehörigen	10 / 91,0			1 / 9,0		11
Anzeige eines Arztes	7 / 77,8			1 / 11,1	1 / 11,1	9
Anzeige des Patienten			6 / 85,7	1 / 14,3		7
Sonstiges			1 / 50,0	1 / 50,0		2
von Amts wegen	1 / 50,0	1 / 50,0				2
anonyme Strafanzeige	1 / 100,0					1
Gesamt	143 83,6%	1 0,6%	17 9,9%	9 5,3%	1 0,6%	171 100%

Tab.7 Verteilung der Ermittlungsverfahren mit juristischen Tatvorwurf (n = 171) nach dem Anlass

4. Behandlungsfehler

4.1. Behandlungsfehlervorwürfe

Insgesamt wurden in 210 Ermittlungsverfahren 236 Behandlungsfehlervorwürfe erhoben, d.h. in einigen Verfahren wurden auch mehrere Fehlvorwürfe erhoben. Aufgrund des weiten Spektrums an Fehlermöglichkeiten erwies sich eine Kategorisierung von Behandlungsfehlern als schwierig. Es wurde eine Kategorisierung gewählt, nach der eine Zuordnung typischer Behandlungsfehler vorgenommen werden konnte. Die gewählten Begriffe sollten immer noch einen hinreichend beschreibenden Charakter haben. Die Vorwürfe wurden in folgende Gruppen eingeteilt:

1. Fehlbehandlung
2. Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen
3. Fehldiagnose
4. Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen
5. Medikationsfehler
6. Aufklärungsfehler
7. Nichterscheinen beim Patienten
8. Pflegefehler
9. Behandlungsfehler nicht konkretisiert
10. Ablehnen einer Behandlung

Die Gruppen lassen sich wie folgt umschreiben:

Gruppe 1- Fehlbehandlung:

- Vorwurf der falschen Behandlung trotz zutreffender Diagnose.
- Sonstige Falschbehandlung (z.B. fehlerhafte Verletzung von anatomischen Strukturen bei invasiven Eingriffen).
- Transfusionszwischenfall (z.B. Verwechslung der Blutgruppe).

Gruppe 2- Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen:

- Intraoperative Komplikationen (z.B. fehlerhafte Verletzung benachbarter Organe bzw. anatomischer Strukturen).
- Exitus in tabula bzw. mors in tabula (z.B. Versterben auf dem Operationstisch nach einer vermeidbaren Verletzung der Bauchaorta mit akuter Blutung usw.).
- Postoperative Komplikationen (z.B. chirurgische Nachblutung bei Nahtinsuffizienz, nicht erkannte Darmwandverletzung mit nachfolgender letaler eitriger Peritonitis).

Gruppe 3- Fehldiagnose:

- Vorwurf der Fehldiagnose (z.B. Nicht erkennen eines Herzinfarkts und Behandlung auf Intercostalneuralgie oder Gastritis).
- Nicht indizierte Operation aufgrund Fehldiagnose.

Gruppe 4- Unterlassen medizinisch indizierter Maßnahmen:

- Vorwurf mangelnder Diagnostik (z.B. unterlassene radiologische Diagnostik nach SHT, kein EKG trotz kardialer Symptomatik, deshalb unterbliebene Diagnose eines Herzinfarkts).
- Verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen (z.B. verspätetes Erkennen einer postoperativen Peritonitis usw.).
- Vorwurf der unzureichenden Überwachung oder verspäteten Einweisung in ein Krankenhaus.

Gruppe 5- Medikationsfehler:

- Unzulässige Rezeptierung eines Medikamentes oder einer Medikamentenkombination.
- Falsches Medikament (z.B. Medikamentenverwechslung).
- Falsche Dosierung (Über- oder Unterdosierung).
- falsche Applikationsart (z.B. intrathekale statt intravenöse Gabe eines Zytostatikums).

Gruppe 6- Aufklärungsfehler:

- Vorwurf der unterlassenen oder unzureichenden Aufklärung über z.B. Komplikationen und Behandlungsalternativen vor operativen oder invasiven Eingriffen.

Gruppe 7- Nichterscheinen beim Patienten:

- Nichterscheinen des Arztes nach Notruf (z.B. Nichterscheinen des Arztes im kassenärztlichen Notdienst).

Gruppe 8- Pflegefehler:

- unzureichende Dekubitusprophylaxe.
- unzureichende bzw. fehlende Flüssigkeitszufuhr/Nahrungszufuhr.
- Lagerungsfehler (z.B. Lagerungsschäden durch falsche Lagerung bei einer Operation).
- mangelnde Thromboseprophylaxe.
- riskanter Transport (z.B. fehlendes Anschnallen auf Trage und dadurch Sturz möglich).

Gruppe 9- Behandlungsfehler nicht konkretisiert:

- Behandlungsfehlervorwurf wird nicht näher konkretisiert.

Gruppe 10- Ablehnen einer Behandlung:

- Vorwurf gegen den Arzt, dieser habe eine notwendige Behandlung, trotz Forderung des Patienten, verweigert.

4.2. Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe

Allein 28% der vorgeworfenen Behandlungsfehler waren nicht näher konkretisiert. 20,3% der Vorwürfe betrafen den des Unterlassens medizinisch indizierter Maßnahmen, gefolgt von Vorwürfen im Zusammenhang mit Komplikationen während oder nach Operationen (11,4%). Der Anteil der Fehlbehandlungsvorwürfe lag bei 11,4%, gefolgt vom Medikationsfehlervorwurf mit 10,6% und dem Pflegefehler mit 7,2%. Weitere 6,8% der Behandlungsfehlervorwürfe betrafen die Fehldiagnose und mit 2,1% den Aufklärungsfehler.

Fehlervorwurf	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
nicht konkretisiert	66	28,0
Unterlassen	48	20,3
Komplikation bei/nach operativen Eingriff	27	11,4
Fehlbehandlung	27	11,4
Medikationsfehler	25	10,6
Pflegefehler	17	7,2
Fehldiagnose	16	6,8
Aufklärungsfehler	5	2,1
Nichterscheinen beim Patienten	4	1,7
Ablehnen einer Behandlung	1	0,5
Gesamt	236	100,0

Tab.8 Art und Anzahl der medizinischen Vorwürfe (n = 236)

4.3. Differenzierung der Behandlungsfehlervorwürfe

4.3.1. Vorwurf des Unterlassens

Differenziert man die Vorwürfe des Unterlassens indizierter Maßnahmen, so zeigte sich, daß der Vorwurf der ungenügenden Behandlung am häufigsten erhoben wurde. Hierzu zählte das nicht durchgeführte EKG oder UKG zum rechtzeitigen Erkennen eines Herzvitiums bzw. -erkrankung, oder die nicht durchgeführte radiologische Diagnostik nach SHT. Als weitere Beispiele seien die unterlassene Tetanusimpfung und der nicht durchgeführte Blutgerinnungstest genannt. Der Vorwurf der unterlassenen Überweisung wurde in dieser Gruppe am zweithäufigsten erhoben. Hier wurde bemängelt, daß eine Einweisung in ein Krankenhaus oder zu einem Facharzt unterlassen wurde, obwohl diese Maßnahme nach Ansicht des Anzeigerstatters erforderlich und unter Umständen lebensrettend gewesen wäre. Es folgte der Vorwurf der verspäteten Behandlung, gefolgt vom Vorwurf der unzureichenden Überwachung.

Differenzierung der Vorwürfe des Unterlassens	Fallzahl
ungenügende Behandlung	17
Vorwurf der unterlassenen Überweisung	9
verspätete Behandlung	8
unzureichende Überwachung	5
Zu spätes/kein Erkennen einer Sepsis/Peritonitis	5
Verspätete Operation	2
mangelnde Sorgfalt	2
Gesamt	48

Tab.9 Differenzierung der Vorwürfe des Unterlassens (n = 48)

4.3.2. Vorwurf wegen Komplikation bei/nach operativen Eingriff

Am häufigsten wurde in dieser Gruppe der Vorwurf erhoben, die Operation sei mit mangelnder Sorgfalt durchgeführt worden, wodurch der Patient verstorben sei. Konkreter wurden die Vorwürfe in dieser Gruppe, wenn der Tod tatsächlich oder vermutlich durch Verletzung von Organen oder Gefäßen eingetreten war. Es folgten die Vorwürfe, die sich auf die mangelnde oder fehlerhafte Beatmung bezogen und schließlich die Fehlervorwürfe im Zusammenhang mit Komplikationen, die sich aus verbliebenen Fremdkörpern im Operationsgebiet ergaben.

Differenzierung der Vorwürfe bei Komplikationen während oder nach Operationen	Fallzahl
Mangelnde Sorgfalt bei Operation	15
Verletzung von Organen oder Gefäßen	6
Fehler der Anästhesie	4
im Operationsgebiet verbliebene Fremdkörper	2
Gesamt	27

Tab.10 Differenzierung der Vorwürfe bei Komplikationen während oder nach Operationen (n = 27)

4.3.3. Vorwurf der Fehlbehandlung

In dieser Gruppe wurde am häufigsten der Vorwurf gemacht, es sei eine explizit falsche, d.h. gegen medizinische Standards verstoßende Behandlung durchgeführt worden. Am zweithäufigsten wurde der Vorwurf erhoben, es seien Fehler beim Legen oder Entfernen eines Katheders, wie auch beim Durchführen einer Punktion gemacht worden. Vorwürfe im Zusammenhang mit invasiven Eingriffen, wie z.B. Magen-, Darmspiegelungen, bei denen es zu tatsächlichen oder vermuteten Verletzungen von Organen oder Gefäßen gekommen war, folgten an dritter Stelle.

Differenzierung der Vorwürfe der Fehlbehandlung	Fallzahl
mangelnde Sorgfalt	11
Fehler bei Katheder/Punktion	8
Verletzung von Organen/Gefäßen bei invasiven Eingriff	6
Transfusionsfehler	2
Gesamt	27

Tab.11 Differenzierung der Vorwürfe der Fehlbehandlung (n = 27)

4.3.4. Vorwurf des Medikationsfehlers

Die meisten Vorwürfe in dieser Gruppe bezogen sich auf eine fehlerhafte Dosierung. Es folgten die Vorwürfe, daß falsche Medikamente gegeben, oder benötigte Medikamente nicht gegeben worden seien. Fünf Medikationsfehlervorwürfen bezogen sich auf die mögliche falsche Indikationsstellung. Insgesamt vier Vorwürfe betrafen die falsche Technik der Verabreichung oder Verwechslung von Medikamenten.

Differenzierung des Medikationsfehlers	Fallzahl
Fehlerhafte Dosierung	9
nicht konkreter Medikationsfehler	6
nicht indizierte Gabe	5
falsche Technik/Verwechslung bei Gabe	4
Tod durch Medikamentenstudie	1
Gesamt	25

Tab.12 Differenzierung des Medikationsfehlers (n = 25)

4.3.5. Vorwurf des Pflegefehlers

Zu den am häufigsten genannten Pflegefehlervorwürfen zählten der, der mangelnden Flüssigkeitszufuhr und dadurch bedingten Exsikkose, sowie die mangelnde Dekubitusprophylaxe. Es folgten Vorwürfe gegen die Verantwortlichen für den Sturz von einer Transporttrage bei nicht fixierten Patienten, sowie für den Sturz aus dem Bett bei Anheben des Patienten. Drei Vorwürfe betrafen die mögliche todesursächliche mangelnde Pflege, gefolgt vom Vorwurf der mangelnden Aufsicht durch das Pflegepersonal.

Differenzierung des Pflegefehlers	Fallzahl
mangelnde Flüssigkeitszufuhr	4
Mangelnde Dekubitusprophylaxe	3
Sturz von Trage/Bett	3
mangelhafte Pflege	3
mangelnde Aufsicht	2
Lagerungsfehler bei Operation	1
Gesamt	17

Tab.13 Differenzierung des Pflegefehlers (n = 17)

4.3.6. Vorwurf der Fehldiagnose

Insgesamt sechs Vorwürfe betrafen die aufgrund einer Fehldiagnose durchgeführte, aber nicht indizierte Operation. Es folgte der Vorwurf, daß die schwere einer Erkrankung nicht erkannt wurde, gefolgt vom konkreten Vorwurf eines möglichen nicht diagnostizierten Herzinfarktes. Ein Vorwurf betraf eine aufgrund Fehldiagnose eingeleitete onkologische Therapie.

Differenzierung des Fehldiagnosevorwurfs	Fallzahl
Falsche Indikationsstellung für Operation	6
schwere der Erkrankung nicht erkannt	6
Herzinfarkt nicht erkannt	3
Falsche Indikationsstellung für Behandlung	1
Gesamt	16

Tab.14 Differenzierung des Fehldiagnosevorwurfs (n = 16)

4.3.7. Vorwurf des Aufklärungsfehlers

Drei Vorwürfe betrafen die mangelhafte, bzw. fehlerhafte Aufklärung. Ein Vorwurf richtete sich gegen die Ärzte einer Psychiatricpatientin, welche einem Schwangerschaftsabbruch nicht allein, ohne Einbeziehung der Angehörigen, hätte zustimmen dürfen. Ein Vorwurf betraf die fehlende Aufklärung, bei der die Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen fehlte.

Differenzierung der Aufklärungsfehlers	Fallzahl
unzureichende/falsche Aufklärung	3
Psychiatricpatient nicht entscheidungsfähig	1
fehlende Unterschrift	1
Gesamt	5

Tab.15 Differenzierung des Aufklärungsfehlers (n = 5)

4.3.8. Vorwurf des Nichterscheinens beim Patienten

Insgesamt 4 Vorwürfe wurden erfaßt, die sich auf das Nichterscheinen bezogen. Bei zwei dieser Vorwürfe ging es um das Nichterscheinen von Ärzten im kassenärztlichen Notdienst und bei zwei anderen um das Nichterscheinen von Ärzten, die telefonisch aus der laufenden Praxis zu einem Notfall gerufen wurden.

4.3.9. Vorwurf des Ablehnens einer Behandlung

Hier wurde der Vorwurf erhoben, der Arzt habe sich geweigert eine Infusion durchzuführen, wodurch die Leiden der Patientin verlängert wurden.

4.4. Begutachtungsergebnisse der Behandlungsfehlervorwürfe

Eine Kommentierung der Begutachtungsergebnisse bezüglich der Behandlungsfehlervorwürfe ist mit einer gewissen Zurückhaltung vorzunehmen, da es sich um niedrige Fallzahlen handelt. Auffällig ist beim Vorwurf des Medikationsfehlers, daß sich hier mit 28% der höchste Wert bei bejahten Behandlungsfehlern und bejahter Kausalität fand. Den höchsten Wert mit 23,5% beim Gutachtenergebnis „Behandlungsfehler möglich“ zeigte sich beim Vorwurf des Pflegefehlers.

Art des Vorwurfs	Fallzahl	Behandlungsfehler verneint	Behandlungsfehler möglich	Nicht entscheidbar, Gutachten offen	Behandlungsfehler bejaht	davon Kausalität bei bejahtem Behandlungsfehler verneint	davon Kausalität des Behandlungsfehlers bejaht
Vorwurf nicht konkretisiert	66	60 (90,9%)	2 (3,0%)	4 (6,1%)			
Vorwurf des Unterlassens	48	28 (58,3%)	3 (6,3%)	4 (8,3%)	13 (27,1%)	7 (14,6%)	6 (12,5%)
Kompl. bei bzw. nach op. Eingriffen	27	16 (59,3%)		8 (29,6%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
Fehlbehandlung	27	19 (70,4%)	1 (3,7%)	4 (14,8%)	3 (11,1%)	3 (11,1%)	
Medikationsfehler	25	13 (52,0%)		5 (20,0%)	7 (28,0%)		7 (28,0%)
Pflegefehler	17	9 (52,9%)	4 (23,5%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)
Fehldiagnose	16	8 (50,0%)	1 (6,2%)	4 (25,0%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)
Aufklärungsfehler	5	3 (60,0%)		1 (20,0%)	1 (20,0%)		1 (20,0%)
Nichterscheinen beim Patienten	4	1 (25,0%)		3 (75,0%)			
Ablehnen einer Behandlung	1	1 (100,0%)					

Tab.16 Verteilung der Gutachtenergebnisse bezogen auf die medizinischen Vorwürfe (n = 236)

5. Anwaltliche Beteiligung

5.1. Anwaltliche Beteiligung bei den Ermittlungsverfahren

Bei den untersuchten 210 Ermittlungsverfahren verliefen 108 (51,4%) Verfahren mit rechtsanwaltlicher Beteiligung.

Anzahl der Ermittlungsverfahren insgesamt	davon mit rechtsanwaltlicher Beteiligung absolut / relativ %	davon ohne rechtsanwaltliche Beteiligung absolut / relativ %
210	108 / 51,4%	102 / 48,6%

Tab.17 Verteilung der Ermittlungsverfahren mit und ohne rechtsanwaltlicher Beteiligung (n = 210)

Im Detail zeigte sich, daß bei diesen 108 Ermittlungsverfahren Rechtsanwälte in 41,7% dieser Verfahren allein durch Verletzte oder Hinterbliebene in Anspruch genommen wurden. In 22,2% dieser 108 Ermittlungsverfahren wurden Rechtsanwälte nur durch Beschuldigte in Anspruch genommen. 36,1% der 108 Ermittlungsverfahren mit anwaltlichem Beistand wurden sowohl von Beschuldigten als auch Verletzten und Hinterbliebenen geführt.

Anzahl der EV mit anwaltlicher Beteiligung	davon EV nur Verletzte / Hinterbliebene mit rechtsanwaltlicher Beteiligung absolut / rel. %	davon EV nur Beschuldigte mit rechtsanwaltlicher Beteiligung absolut / rel. %	davon EV sowohl Beschuldigte als auch Verletzte / Hinterbliebene mit rechtsanwaltlicher Beteiligung absolut / rel. %
108	45 / 41,7%	24 / 22,2%	39 / 36,1%

Tab.18 Differenzierung der Inanspruchnahme eines Rechtsanwaltes bei Ermittlungsverfahren (n = 108)

EV = Ermittlungsverfahren

5.2. Anwaltliche Vertretung von Verletzten und Hinterbliebenen

Am höchsten lag der Anteil anwaltlichen Beistands durch Angehörige und Verletzte in Verfahren mit ausschließlich Verletzten bei 71,4%. Umgekehrt sah es in Ermittlungsverfahren mit Todesfällen aus. Hier verliefen 62,4% der Verfahren ohne anwaltliche Vertretung.

Ermittlungsverfahren	absolut	Verletzte/Angehörige mit Rechtsanwalt	kein Rechtsanwalt für Verletzte/Angehörige tätig
mit <u>ausschließlich</u> Verletzten	14	10 / 71,4%	4 / 28,6%
mit Todesfällen	196	74 / 37,7%	122 / 62,4%

Tab.19 Anwaltliche Vertretung von Verletzten/Angehörigen differenziert nach tödlichen oder überlebten Ereignis (n = 210)

5.3. Anwaltliche Vertretung der Beschuldigten

Von den Beschuldigten nahmen sich sowohl in den Verfahren mit ausschließlich Verletzten als auch Todesfällen nur etwa 1/3 rechtsanwaltlichen Beistand. Der Anteil war bei Verfahren mit Verletzten etwas höher.

Ermittlungsverfahren	absolut	Beschuldigte mit Rechtsanwalt absolut / rel. %	Beschuldigte ohne Rechtsanwalt absolut / rel. %
mit <u>ausschließlich</u> Verletzten	14	5 / 35,7%	9 / 64,3%
mit Todesfällen	196	58 / 29,6%	138 / 70,4%

Tab.20 Anwaltliche Vertretung von Beschuldigten differenziert nach tödlichen oder überlebten Ereignis (n = 210)

5.4. Anwaltliche Beteiligung bei den Tatvorwürfen

Betrachtet man den Anteil anwaltlicher Beteiligung bei den Tatvorwürfen, so wurde bei 44,8% der Körperverletzungsdelikten rechtsanwaltlicher Beistand gesucht. Beim Tatvorwurf der unterlassenen Hilfeleistung fand sich der höchste Anteil rechtsanwaltlicher Beteiligung mit 66,7%. Bei

56,9% der Tatvorwürfe der fahrlässigen Tötung wurden Rechtsanwälte mit einem Mandat betraut.

Delikt	Anzahl absolut	ohne anwaltliche Vertretung absolut / rel. %	mit anwaltlicher Vertretung absolut / rel. %
fahrlässige Tötung	144	62 / 43,1%	82 / 56,9%
unterlassene Hilfe	9	3 / 33,3%	6 / 66,7%
Körperverletzung	29	16 / 55,2%	13 / 44,8%
Mord	1	1 / 100,0%	0 / 0,0%
Gesamt	183	82 / 44,8% %	101 / 55,2%

Tab.21 Anwaltliche Beteiligung bei den juristischen Tatvorwürfen (n = 183)

5.6. Anwaltliche Beteiligung bei Todesermittlungsverfahren

Bei 18% der Todesermittlungsverfahren suchten Hinterbliebene anwaltlichen Beistand. Mediziner oder Pflegepersonal ließ sich in diesen Verfahren nicht rechtsanwaltlich vertreten.

Todesermittlungsverfahren	Anzahl absolut	ohne anwaltliche Vertretung absolut / rel. %	mit anwaltlicher Vertretung absolut / rel. %
Gesamt	39	32 / 82,0%	7 / 18,0%

Tab.22 Anwaltliche Beteiligung bei den Todesermittlungsverfahren (n = 39)

5.7. Anwaltliche Vertretung der Beschuldigten nach Anlass der Ermittlungen

In den Ermittlungsverfahren die aufgrund Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes veranlaßt wurden, lag der Anteil an Beschuldigten, die sich einen Anwalt nahmen bei 55,6%. Die Nichtinanspruchnahme eines Anwalts durch die Beschuldigten war bei den Verfahren, deren Anlass die Qualifikation der Todesart als ungeklärt oder nicht natürlich war, am höchsten.

Anlass der Ermittlungen	Anzahl absolut	Beschuldigter mit Rechtsanwalt absolut / rel. %	Beschuldigter ohne Rechtsanwalt absolut / rel. %
Angabe der Todesart unbekannt / nicht-natürlich	105	20 / 19,0%	85 / 81,0%
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen	71	31 / 43,7%	40 / 56,3%
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen und Angabe in der Todesbescheinigung	12	3 / 25,0%	9 / 75,0%
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	9	5 / 55,6%	4 / 44,4%
Anzeige des Patienten noch zu Lebzeiten	7	2 / 28,6%	5 / 71,4%
Sonstiges	3	1 / 33,3%	2 / 66,7%
von Amts wegen	2	1 / 50,0%	1 / 50,0%
anonyme Strafanzeige	1	0 / 0,0%	1 / 100%
Gesamt	210	63 / 30,0%	147 / 70,0%

Tab.23 Anwaltliche Vertretung der Beschuldigten nach dem Anlass der Ermittlungen (n = 210)

5.8. Anwaltliche Vertretung von Verletzten/Hinterbliebenen nach Anlass der Ermittlungen

Bei 71,4% lag der Anteil der Verfahren, bei denen Verletzte, die selbst Anzeige erstatteten, sich rechtsanwaltlich vertreten ließen. Der Anteil der Verfahren bei denen sich Angehörigen rechtlichen Beistand suchten, lag bei den Verfahren, die aufgrund Vorwürfen/Strafanzeige veranlaßt wurden bei 64,8%. In den Ermittlungsverfahren, wo die Qualifikation der Todesart als ungeklärt oder nicht natürlich Anlass des Verfahrens war, zeigte sich mit 23,8% die geringste anwaltliche Inanspruchnahme.

Anlass der Ermittlungen	Anzahl absolut	Verletzte/Hinterbliebene mit Rechtsanwalt absolut / rel. %
Angabe der Todesart unbekannt / nicht-natürlich	105	25 / 23,8%
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen	71	46 / 64,8%
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen und Angabe in der Todesbescheinigung	12	5 / 41,7%
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	9	3 / 33,3%
Anzeige des Patienten noch zu Lebzeiten	7	5 / 71,4%
Sonstiges	3	0
von Amts wegen	2	0
anonyme Strafanzeige	1	0
Gesamt	210	84

Tab.24 Anwaltliche Vertretung der Verletzten/Hinterbliebenen nach dem Anlass (n = 210)

6. Beschuldigte

6.1. Beschuldigte Berufsgruppen

Unter den 210 Ermittlungsverfahren befanden sich 39 Todesermittlungsverfahren in denen es keine Beschuldigten gab. In den 171 Ermittlungsverfahren mit Beschuldigten wurde gegen insgesamt 210 Beschuldigte ermittelt. In 145 Ermittlungsverfahren wurde jeweils nur ein Beschuldigter benannt, in 17 zwei, in sechs drei, in zwei vier und in einem fünf Beschuldigte.

Beschuldigte	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
Krankenhausarzt	89	42,4
Arzt, Niedergelassen	49	23,3
Chefarzt/-ärztin	19	9,0
Oberarzt/-ärztin	14	6,7
Notdienstarzt	8	3,7
Krankenhauspersonal	7	3,3
Pflegepersonal	7	3,3
Heimleiter	6	2,9
Belegarzt	5	2,4
Notarzt	2	1,0
Sanitäter	2	1,0
Arzt im Praktikum	2	1,0
Gesamt	210	100,0

Tab.25 Verteilung der Beschuldigten (n = 210) in 171 Ermittlungsverfahren

Soweit sich aus den Unterlagen der Status der Beschuldigten identifizieren ließ, waren Krankenhausärzte mit 64,3% (n = 135) häufiger von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen als niedergelassene Ärzte mit 29,5% (n = 62). Notärzte wurden den Krankenhausärzten zugerechnet, Notdienstärzte den niedergelassenen Ärzten. Weitere Vorwürfe betrafen die ärztliche/ pflegerische Behandlung in Alten- und Pflegeheimen mit 6,2% (n = 13).

Wirkungsort	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
Krankenhaus	135	64,3
Niedergelassen	62	29,5
Alten-/Pfleheim	13	6,2
Gesamt	210	100,0

Tab.26 Verteilung der Beschuldigten nach dem Wirkungsort

6.2. Medizinische Fachgebiete

Soweit sich das Fachgebiet aus den Akten ermitteln ließ, wurde dieses erfaßt. Die unterschiedliche Zahl der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren bezogen auf die einzelnen medizinischen Disziplinen bzw. Fachgebiete soll im folgenden dargestellt werden. In den 210 Ermittlungsverfahren wurde je Verfahren entweder gegen einen oder mehrere Beschuldigte ermittelt. Gab es in einem Verfahren mehrere Beschuldigte verschiedener Fachgebiete, bezog sich das Verfahren auch auf diese verschiedenen Fachgebiete. Gab es in einem Ermittlungsverfahren mehrere Beschuldigte eines Fachgebietes, bezog sich das Verfahren nur auf ein Fachgebiet. War das Fachgebiet nicht aus den Akten ersichtlich, wurde die Rubrik „unbekannt“ gewählt.

Fachrichtung	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
Chirurgie	63	28,6
Innere Medizin	27	12,3
Hausarzt / prakt. Arzt	21	9,5
Krankenhaus (unbekannt)	10	4,5
Psychiatrie/Neurologie	14	6,4
unbekannt	13	5,9
Allgemeinmedizin	9	4,1
Pflege	9	4,1
Notdienstärzteinsatz	8	3,6
Gynäkologie	7	3,2
Urologie	7	3,2
Anästhesiologie	6	2,7
HNO	6	2,7
Orthopädie	5	2,3
Pädiatrie	5	2,3
Radiologie	4	1,8
Notärzteinsatz	2	0,8
Onkologie	1	0,5
Schmerzambulanz	1	0,5
Kardiologie	1	0,5
Zahnmedizin	1	0,5
Gesamt	220	100,0

Tab.27 Verteilung der medizinischen Fachrichtungen (n = 220)

Bei den betroffenen Fachgebieten stehen in dieser Untersuchung die operativen Disziplinen vor den konservativen.

6.3. Ergebnis der Gutachten bezogen auf die Beschuldigten

Obwohl es sich bei Obduktionsgutachten um so genannte „Vorläufige Gutachten“ handelt, konnte am Ende der Obduktion allein aufgrund der Sektionsbefunde und im Hinblick auf die zur Kenntnis gebrachten Vorgeschichte bereits eine definitive bzw. abschließende Aussage zur Plausibilität eines Behandlungsfehlervorwurfs getroffen werden. Neben diesen Obduktionsgutachten wurden ausführliche rechtsmedizinische Zusammenhangsgutachten, bzw. Kausalitätsgutachten, als auch Gutachten spezieller klinischer Gutachter erstellt. Die Aussagen der Ergebnisse wurden wie folgt übernommen:

- „Behandlungsfehler verneint“
- „Behandlungsfehler möglich, Kausalität verneint“
- „Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Todeseintritt (Schaden) verneint/fraglich“
- „Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Todeseintritt (Schaden) bejaht“

Einige Ermittlungsverfahren wurden unabhängig vom Gutachter eingestellt, obwohl der Gutachter z.B. weitere Untersuchungen empfahl. Bei diesen Verfahren wurde in der Ergebnisdarstellung folgende Aussage gewählt: „Gutachten offen, Ermittlungsverfahren eingestellt“. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren nicht alle Ermittlungsverfahren abgeschlossen. Da es hierbei keine abschließenden Gutachten gab, wurde in der Ergebnisdarstellung die Aussage „Gutachten offen, Ermittlungsverfahren offen“ gewählt. Es zeigte sich, daß der Anteil der bejahten Behandlungsfehler, deren Kausalität für den Todeseintritt, bzw. Schaden ebenfalls bejaht wurde bei niedergelassenen Ärzten mehr als doppelt so hoch war wie bei den Krankenhausärzten.

Wirkungsort	absolut	BF nein	BF möglich K nein	BF ja K nein	BF ja K ja	G offen EV eingst.	G offen EV offen	BF nicht zu klären EV eingestellt
Krankenhaus	135	90 66,7%	9 6,7%	12 8,9%	11 8,1%	4 3,0%	8 5,9%	1 0,7%
Niedergelassen	62	32 51,6%	5 8,1%	6 9,7%	11 17,7%	5 8,1%	1 1,6%	2 3,2%
Alten-/Pfleheim	13	6 46,2%	3 23,1%	1 7,6%	2 15,5%	-	-	1 7,6%
Gesamt	210	128 61,0%	17 8,1%	19 9,0%	24 11,4%	9 4,3%	9 4,3%	4 1,9%

Tab.28 Gutachtenergebnisse bezogen auf den Wirkungsort der Beschuldigten (n = 210)

BF = Behandlungsfehler; K = Kausalität; G = Gutachten; EV = Ermittlungsverfahren; eingst. = eingestellt

Die folgende Tabelle gibt einen detaillierten Überblick der Gutachtenergebnisse bezogen auf die einzelnen Beschuldigten.

Beschuldigte	Anzahl	BF nein	BF möglich K nein	BF ja K nein	BF ja K ja	G offen EV eingst.	G offen EV offen	BF nicht zu klären EV eingest.
	absolut	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %
Krankenhausarzt	89	63 70,8%	5 5,6%	8 9,0%	5 5,6%	2 2,2%	5 5,6%	1 1,2%
Arzt, Niedergelassen	49	26 53,1%	4 8,2%	5 10,2%	8 16,3%	4 8,2%	-	2 4,0%
Chefarzt/-ärztin	19	11 57,8%	1 5,3%	3 15,8%	3 15,8%	-	1 5,3%	-
Oberarzt/-ärztin	14	8 57,0%	-	1 7,2%	1 7,2%	2 14,3%	2 14,3%	-
Notdienstarzt	8	5 62,5%	1 12,5%	1 12,5%	-	1 12,5%	-	-
Krankenhaus- personal	7	6 85,7%	-	-	1 14,3%	-	-	-
Pflegepersonal	7	3 42,8%	1 14,3%	1 14,3%	1 14,3%	-	-	1 14,3%
Heimleiter	6	3 50,0%	2 33,3%	-	1 16,7%	-	-	-
Belegarzt	5	1 20,0%	-	-	3 60,0%	-	1 20,0%	-
Notarzt	2	1 50,0%	1 50,0%	-	-	-	-	-
Sanitäter	2	-	2 100,0%	-	-	-	-	-
Arzt im Praktikum	2	1 50,0%	-	-	1 50,0%	-	-	-
Gesamt	210	128 61,0%	17 8,1%	19 9,0%	24 11,4%	9 4,3%	9 4,3%	4 1,9%

Tab.29 Verteilung der Gutachtenergebnisse bezogen auf die Beschuldigten (n = 210)

BF = Behandlungsfehler; K = Kausalität; G = Gutachten; EV = Ermittlungsverfahren; eingest. = eingestellt

6.4. Ergebnis der Gutachten bezogen auf die Fachgebiete

Im folgenden wird das Ergebnis der Gutachten bezüglich der Fachgebiete dargestellt. Bei den chirurgischen Disziplinen zeigte sich, daß der Anteil der bejahten Behandlungsfehler, deren Kausalität für den Todeseintritt, bzw. Schaden ebenfalls bejaht wurde mit 1,6% gering war. Ganz verneint wurde ein Behandlungsfehler bei 84,1% der chirurgischen Fachgebiete. Beim Fachgebiet der Psychiatrie/Neurologie fiel mit 28,6% der hohe Anteil an eingestellten Verfahren auf, obwohl weitere medizinische Gutachten empfohlen wurden. Bei einem Drittel der pflegerischen Fachgebiete konnte ein Behandlungsfehler nicht ausgeschlossen werden, jedoch wurde die Kausalität für den Todeseintritt (Schaden) verneint oder als fraglich angesehen.

Fachgebiet	Anzahl absolut	BF nein	BF möglich K nein	BF ja K nein	BF ja K ja	G offen EV eingst.	G offen EV offen	BF nicht zu klären EV eingest.
		abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %
Chirurgie	63	53 84,1%	1 1,6%	4 6,3%	1 1,6%	3 4,8%	1 1,6%	
Innere Medizin	27	17 63,0%	3 11,1%	3 11,1%	2 7,4%		1 3,7%	1 3,7%
Hausarzt / prakt. Arzt	21	13 62,0%	1 4,7%	1 4,7%	3 14,3%	3 14,3%		
Krankenhaus (unbekannt)	10	6 60,0%	2 20,0%			1 10,0%	1 10,0%	
Psychiatrie / Neurologie	14	9 64,3%				4 28,6%	1 7,1%	
unbekannt	13	12 92,3%				1 7,7%		
Allgemein- medizin	9	5 55,6%	2 22,2%		2 22,2%			
Pflege	9	4 44,4%	3 33,2%		1 11,2%			1 11,2%
Notdienstarzt- einsatz	8	5 62,5%	1 12,5%	1 12,5%		1 12,5%		
Gynäkologie	7	2 28,6%		1 14,3%	2 28,6%		1 14,3%	1 14,3%
Urologie	7	6 85,7%		1 14,3%				
Anästhesiologie	6	3 50,0%		1 16,6%	1 16,6%		1 16,6%	
HNO	6	3 50,0%			3 50,0%			
Orthopädie	5	3 60,0%				1 20,0%	1 20,0%	

Fachgebiet (Fortsetzung)	Anzahl	BF nein	BF möglich K nein	BF ja K nein	BF ja K ja	G offen EV eingst.	G offen EV offen	BF nicht zu klären EV eingest.
	absolut	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %	abs. rel. %
Pädiatrie	5	3 60,0%			2 40,0%			
Radiologie	4	1 25,0%		2 50,0%	1 25,0%			
Notarzteinsatz	2	1 50,0%	1 50,0%					
Onkologie	1				1 100%			
Schmerz- ambulanz	1	1 100%						
Kardiologie	1	1 100%						
Zahnmedizin	1	1 100%						
Gesamt	220	149 67,7%	14 6,4%	14 6,4%	19 8,6%	14 6,4%	7 3,2%	3 1,3%

Tab.30 Verteilung der Gutachtenergebnisse bezogen auf die medizinischen Fachgebiete (n= 220)

BF = Behandlungsfehler; K = Kausalität; G = Gutachten; EV = Ermittlungsverfahren

7. Ermittlungshandlungen

7.1. Sicherstellung von Krankenunterlagen

Insgesamt wurden in 172 von 210 Ermittlungsverfahren Sicherstellungen von Krankenunterlagen durchgeführt. Dies ergibt eine Quote von 81,9%.

Anzahl der Ermittlungsverfahren	davon mit Sicherstellung	davon ohne Sicherstellung
210	172 / 81,9%	38 / 18,1%

Tab.31 Verteilung der Ermittlungsverfahren mit und ohne Sicherstellung von Krankenunterlagen (n = 210)

Bei 89,6% der Beschuldigten aus Krankenhäusern wurden Krankenunterlagen sichergestellt. Bei Ermittlungsverfahren gegen niedergelassene Ärzte lag die Quote bei 66,1 %, und bei Beschuldigten von Pflegeheimen bei 76,9%.

Ort der Sicherstellung	absolut	davon Sicherstellung Krankenunterlagen	
		absolut	rel. %
nachbehandelnder Arzt	variabel	19	0,0
vorbehandelnder Arzt	variabel	18	0,0
beschuldigter Arzt Krankenhaus	135	121	89,6
beschuldigter Arzt niedergelassen	62	41	66,1
Beschuldigte Pflegeheim	13	10	76,9
Gesamtzahl Beschuldigte	210	172	81,9

Tab.32 Verteilung der Orte von Sicherstellungen bei Beschuldigten (n = 210), bzw. anderen Ärzten

7.1.1. Ermittlungsverfahren ohne Sicherstellung von Krankenunterlagen

Bei insgesamt 38 Ermittlungsverfahren wurden keine Krankenunterlagen sichergestellt oder beschlagnahmt. Hierbei konnte aufgrund des „Vorläufigen Gutachtens“ nach Obduktion in der Rechtsmedizin, oder nach rechtsmedizinischen Zusammenhangsgutachten, bzw. Kausalitätsgutachten eine so schwerwiegende Erkrankung festgestellt werden, daß ein Überleben selbst bei

sofortiger und adäquater Therapie nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit möglich gewesen wäre. Die Obduktion erbrachte hierbei Befunde wie z.B. eine Herzruptur mit Ausbildung einer Herzbeutelamponade, fulminante Lungenembolie, ein die Herzgefäße verschließendes Atherom oder die Ruptur eines Aneurysmas der Bauchschlagader. In anderen Ermittlungsverfahren konnte durch die Obduktion oder das rechtsmedizinische Gutachten kein Zusammenhang zwischen einer möglichen ärztlichen Behandlung und dem Tod, bzw. Schaden festgestellt werden. Hierbei wurden z.B. nach Operationen, bei denen der Patient starb, regelrechte Operationsverhältnisse festgestellt und ein Zusammenhang zwischen Operation und Tod ausgeschlossen. Nach Kathederuntersuchungen oder Sondenlegung bei denen die Patienten starben, konnte autoptisch keine Perforationen von Organen oder Gefäßen diagnostiziert werden. In weiteren Fällen wurde durch chemisch toxikologische Analyse der Tod infolge Intoxikation in suizidaler Absicht festgestellt. Schließlich wurden Ermittlungsverfahren nach Zeugenvernehmungen eingestellt, ohne daß Krankenunterlagen sichergestellt wurden.

7.1.2. Sicherstellung von Krankenunterlagen bezüglich der juristischen Tatvorwürfe

Bei der Betrachtung der Sicherstellung von Krankenunterlagen bezüglich der juristischen Tatvorwürfe zeigte sich die hohe Sicherstellungsrate bei Körperverletzungsdelikten mit 96,6%.

Delikte	absolut	davon mit Sicherstellung von Unterlagen absolut / relativ %
fahrlässige Tötung	144	123 / 85,4%
Körperverletzungsdelikte	29	28 / 96,6%
unterlassene Hilfeleistung	9	7 / 77,8%
Mord	1	1 / 100%
Gesamt	183	159 / 86,9%

Tab.33 Sicherstellung von Krankenunterlagen bezüglich der juristischen Tatvorwürfe (n = 183)

7.2. Vernehmungen

Auf die 210 Ermittlungsverfahren bezogen lag der Anteil an Verfahren mit Vernehmungen bei 46,2%. Die Vernehmungen dienten der Klärung von Sachverhalten. Hierbei wurden Verneh-

mungen auch zur Klärung von Gutachterfragen durchgeführt. Es wurde den Ermittlungsbehörden mitgeteilt, welche speziellen medizinischen Fragen im Hinblick auf einen Behandlungsfehlerwurf und dessen potentielle Kausalität für den Todeseintritt beantwortet werden sollten.

Anzahl der Ermittlungsverfahren	davon mit Vernehmungen absolut / relativ %	davon ohne Vernehmungen absolut / relativ %
210	97 / 46,2%	113 / 53,8%

Tab.34 Verteilung der Ermittlungsverfahren mit und ohne Vernehmungen (n = 210)

7.2.1. Vernehmung der Angehörigen

In 149 Verfahren ließen sich Angehörige von Verstorbenen oder Verletzten ermitteln. Hierbei ergab sich die Information durch Erwähnung von Angehörigen als Anzeigenerstatter oder durch Anzeigen einer anwaltlichen Vertretung bei der Staatsanwaltschaft durch Angehörige. Des weiteren ergab sich der Hinweis auf Angehörige bei Vernehmung von Angehörigen durch die ermittelnden Behörden und die sonstige Erwähnung von Angehörigen in den Ermittlungsakten. Im Detail handelte es sich um 142 Ermittlungsverfahren mit Angehörigen von Verstorbenen und 7 Ermittlungsverfahren mit Angehörigen von Verletzten. Von 149 Verfahren mit Angehörigen wurden diese in 44 Verfahren vernommen. Das entspricht 29,5% dieser Verfahren. Es zeigte sich bei den Vernehmungen von Angehörigen kein großer Unterschied, ob die Angehörigen anwaltlich vertreten waren oder nicht. Bei anwaltlich vertretenen Angehörigen wurden 26,6% vernommen, während von den nicht anwaltlich vertretenen Angehörigen 32,9% vernommen wurden.

Angehörige anwaltlich vertreten	hiervon vernommen absolut / relativ %
79	21 / 26,6%

Tab.35 Anteil der vernommenen Angehörigen mit anwaltlicher Vertretung

Angehörige nicht anwaltlich vertreten	hiervon vernommen absolut / relativ %
70	23 / 32,9%

Tab. 36 Anteil der vernommenen Angehörigen ohne anwaltliche Vertretung

7.2.2. Vernehmung von Verletzten

Bei den 26 Verletzten handelte es sich um 7 Verletzte die selbst Anzeige erstatteten und 12 Verletzte eines Ermittlungsverfahrens, welches von Amts wegen eingeleitet wurde. 7 weitere Verletzte wurden durch ihre Angehörigen vertreten. Insgesamt wurden 3 Verletzte (11,5%) vernommen.

7.2.3. Vernehmung von Beschuldigten

Aus den Ermittlungsakten ergab sich, daß von den 210 Beschuldigten 52 zur Vernehmung geladen wurden. 31 Beschuldigte (59,6% der zu vernehmenden 52 Beschuldigten) beriefen sich auf ihr Aussageverweigerungsrecht. Tatsächlich wurden von den 210 Beschuldigten 21 vernommen, was 10% der Beschuldigten entsprach.

Zeugen/Beschuldigte	Anzahl insgesamt	davon vernommen absolut	davon vernommen relativ %
Angehörige	149	44	29,5
Sonstige	variabel	22	-
Beschuldigte	210	21	10,0
andere Ärzte	variabel	20	-
Praxis-/Klinikpersonal	variabel	13	-
Pflegepersonal	variabel	8	-
vorbehandelnder Arzt	variabel	5	-
nachbehandelnder Arzt	variabel	4	-
Hausarzt	variabel	4	-
Verletzte	26	3	11,5

Tab.37 Verteilung der vernommenen Zeugen bzw. Beschuldigten

7.2.4. Konsequenzen der Vernehmungen

Insgesamt 16 Ermittlungsverfahren (7,6%) von 210 Verfahren wurden nach Durchführung von Vernehmungen eingestellt. Sowohl Aussagen von Beschuldigten konnten zur Entlastung beitragen, wie auch Aussagen von Zeugen. Selbst bei belastendem Gutachten konnte die Aussage der Beschuldigten zur Einstellung des Verfahrens nach § 170 Abs. 2 StPO beitragen. So stellte ein medizinisches Gutachten ein verspätetes und unzureichendes Eingreifen der Ärzte im Fall einer tödlich verlaufenden Peritonitis fest. Die Beschuldigten gaben in einer Vernehmung an, die Symptome seien so spät erkannt worden, weil beim Patient kein Fieber bestanden hätte und die Bauchdecke nicht gespannt gewesen sei. Außerdem habe der Patient geäußert, diese Beschwerden nach allen bei ihm vorgenommenen Bauchoperationen entwickelt zu haben. Das Verfahren wurde darauf nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt, da nicht hinreichend vorzuwerfen sei, daß die Operation zu spät vorgenommen worden sei. In anderen Verfahren führte die Aussage von Zeugen zur entscheidenden Belastung der Beschuldigten.

8. Medizinische Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen

Von den 210 Ermittlungsverfahren waren 202 Verfahren zum Zeitpunkt der Untersuchung abgeschlossen. Hiervon lagen bei 200 Verfahren gerichtliche Obduktionen oder abschließende Sachverständigengutachten vor.

8.1. Obduktionsgutachten

Nach Meldung eines ungeklärten oder nicht natürlichen Todes, sowie nach Kenntnisnahme der Vorwürfe bzw. Strafanzeigen wurde in der Regel eine gerichtliche Obduktion gemäß §§ 87 ff. StPO durch die Ermittlungsbehörden veranlaßt. In sechs Todesfällen hatte eine Sektion durch klinische Pathologen stattgefunden, deren Befunde in vier Fällen zur Grundlage weiterer rechtsmedizinischer Gutachten übernommen wurde. In zwei Fällen wurde eine Nachsektion durch die Rechtsmedizin in Bonn durchgeführt. Hier war jeweils aufgrund der Vorsektion eine Beurteilung nach rechtsmedizinischen Kriterien erschwert. In sechs Todesfällen wurde keine Obduktion veranlaßt.

8.1.1. Obduktionsgutachten bei den juristischen Tatvorwürfen

Da es mehrheitlich um Verletzte ging, ist verständlich, daß der Anteil der Obduktionen bei den Körperverletzungsdelikten nicht so groß war, wie bei den Tötungsdelikten.

Tatvorwurf	Anzahl absolut	davon mit Obduktionen	Anteil der Obduktionen relativ %
fahrlässige Tötung	144	140	97,2
Körperverletzungsdelikte	29	4	13,8
unterlassene Hilfeleistung	9	6	66,7
Mord	1	1	100,0
Gesamt	183	151	82,5

Tab.38 Anteil der Obduktionen bei den juristischen Tatvorwürfen (n = 183)

8.1.2. Obduktionsgutachten bei den Todesermittlungsverfahren

Bei 38 der 39 Todesermittlungsverfahren wurde eine Obduktion durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 97,4%.

8.1.3. Auswertung der vorläufigen Obduktionsgutachten

Bei 189 Todesfällen wurden Obduktionen durchgeführt. Die Todesursache konnte hiervon bei insgesamt 95 Todesfällen durch die Obduktion ermittelt werden (50,2%). Einen Behandlungsfehler verneinen konnte die Obduktion in 29 Fällen (15,4%).

Anzahl der Todesfälle bei Delikt / Todesermittlung mit Obduktion	Obduktionsergebnisse					
	Tod geklärt Bf. verneint	Tod ungeklärt Bf. verneint	Tod geklärt Bf. möglich Kausalität verneint	Tod ungeklärt Bf. möglich Kausalität verneint	Tod geklärt/ weitere Unter- suchung	Tod ungeklärt weitere Unter- suchung
	absolut rel. %	absolut rel. %	absolut rel. %	absolut rel. %	absolut rel. %	absolut rel. %
fahrlässige Tötung n=140	11 7,9%	3 2,1%	2 1,4%	1 0,8%	51 36,4%	72 51,4%
Todesermittlung n=38	10 26,3%	3 8%	0	0	14 36,8%	11 28,9%
Körperverletzungs- delikte n=4	0	0	0	0	1 25%	3 75%
unterlassene Hilfeleistung n=6	2 33,3%	0	1 16,7%	0	2 33,3%	1 16,7%
Mord n=1	0	0	0	0	1 100%	0
Gesamt n=189	23 12,2%	6 3,2%	3 1,5%	1 0,6%	69 36,5%	87 46%

Tab.39 Ergebnisse der vorläufigen Obduktionsgutachten bei Todesermittlungsverfahren (n = 38) und Delikten (n = 151)

Bf = Behandlungsfehler

40 Ermittlungsverfahren wurden aufgrund des vorläufigen Gutachtens eingestellt. Hierbei wurde in 28 Verfahren ein Behandlungsfehler verneint und in vier Verfahren zwar ein Behandlungsfehler nicht ausgeschlossen, aber aufgrund des Obduktionsbefundes eine Kausalität für den Tod verneint. Acht Ermittlungsverfahren wurden eingestellt, obwohl durch das rechtsmedizinische Institut weitere Untersuchungen angeregt wurden. Die Ergebnisse dieser eingestellten 40 Ermittlungsverfahren sind in folgender Tabelle zusammengefaßt:

eingestellte EV mit Obduktion	Ergebnis der gerichtlichen Obduktion							
	Behandlungsfehler			Kausalität			weitere Unters.	Fach- gutachten empfohlen
	ja/ möglich	nein	offen	ja	nein	offen		
EV (n=40)		28	4		4		8	

Tab.40 Ergebnisse der nach Obduktion eingestellten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (n = 40)

Unters. = Untersuchung

8.2. Sachverständigengutachten

Absolut waren in den 210 Ermittlungsverfahren zum Zeitpunkt der Untersuchung 245 Sachverständigengutachten erstellt worden. Hierbei handelte es sich um 177 rechtsmedizinische Zusammenhangsgutachten, bzw. Kausalitätsgutachten, inklusive Ergänzungs- und Zusatzgutachten. Insgesamt 48 klinische Gutachten lagen vor. Zudem wurden von Klägern oder Beklagten veranlaßte Privatgutachten erfaßt. Zwei Obergutachten wurden durch die Staatsanwaltschaften in Auftrag gegeben, weil zuvor sich widersprechende Gutachtenergebnisse vorlagen.

Art des Gutachtens	Anzahl absolut	Anzahl rel. %
Gutachten des Rechtsmedizinischen Instituts	171	69,8
Klinische Fachgutachten	45	18,4
Privatgutachten der Verletzten/Hinterbliebenen	8	3,3
Privatgutachten der Beschuldigten	7	2,9
Zusatzgutachten der Rechtsmedizin	5	2,0
Ergänzungsgutachten Klinikgutachten	3	1,2
Ergänzungsgutachten Rechtsmedizin	1	0,4
sonstige Gutachten	3	1,2
Obergutachten	2	0,8
Gesamt	245	100,0

Tab.41 Anzahl der Sachverständigengutachten (n = 245)

8.2.1. Dauer der Sachverständigengutachten

Die Gutachten getrennt von den Zusatz- und Ergänzungsgutachten dauerten im Durchschnitt 162,3 Tage bei klinischen Gutachtern und 135,2 Tage bei Gutachten der Rechtsmedizin Bonn.

Art des Gutachtens	Dauer in Tagen
Klinikgutachter	162,3
Rechtsmedizin	135,2

Tab.42 Dauer der Sachverständigengutachten in Tagen

Bei insgesamt 221 klinischen und rechtsmedizinischen Gutachten konnte aus den Akten der Zeitraum vom Eingang zum Gutachtenauftrag bis zur Erstellung des Gutachtens erfaßt werden. Es zeigte sich, daß von diesen Gutachten 37,1% in weniger als 3 Monaten erstellt wurden. Innerhalb von 3 bis 6 Monaten wurden 33,9% der Gutachten erstellt. 23,1% der Gutachten dauerten zwischen 6 und 12 Monaten. Etwa 4% dauerten 12 bis 18 Monate und 1,8% der Gutachten dauerten mehr als 18 Monate.

Dauer in Monaten	Anzahl der Gutachten absolut / relativ %
< 3 Monate	82 / 37,1%
3 – 6 Monate	75 / 33,9%
6 – 9 Monate	33 / 15,1%
9 – 12 Monate	18 / 8,1%
12 – 15 Monate	7 / 3,2%
15 – 18 Monate	2 / 0,9%
> 18 Monate	4 / 1,8%

Tab.43 Verteilung der Sachverständigengutachten nach Dauer in Monaten (ohne vorläufige Obduktionsgutachten)

8.2.2. Ermittlungsverfahren mit/ohne Sachverständigengutachten

In den 210 Ermittlungsverfahren kam es bei 168 Verfahren zur Gutachtenbeauftragung durch die Staatsanwaltschaft. Zu bedenken ist, daß 40 Ermittlungsverfahren aufgrund des vorläufigen Gutachtens nach Obduktion und 2 Verfahren ohne Erstellung von Gutachten als auch Obduktion eingestellt wurden.

Ermittlungsverfahren	Anzahl absolut	mit Gutachtauftrag absolut / rel. %	ohne Gutachtauftrag absolut / rel. %
Todesermittlungs- verfahren	39	20 / 51,3%	19 / 48,7%
sonstige Ermittlungs- verfahren	171	148 / 86,5%	23 / 13,5%
Gesamt	210	168 / 80,0%	42 / 20,0%

Tab.44 Anteil der Gutachten bei den Todesermittlungsverfahren (n = 39) und sonstigen Ermittlungsverfahren (n = 171)

8.2.3. Anzahl der Sachverständigengutachten in den Ermittlungsverfahren

Von den 210 Ermittlungsverfahren wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung in 168 Verfahren Gutachten veranlaßt. Von den 168 Verfahren wurde in 117 Verfahren (69,6%) nur ein Gutachten, in 38 Verfahren (22,6%) zwei, in sechs Verfahren (3,6%) drei und in sieben Verfahren (4,2%) vier und mehr Gutachten erstellt. In den 117 Verfahren mit nur einem Gutachten handelte es sich

in 112 Verfahren um rechtsmedizinische Gutachten und in fünf Verfahren um Klinikgutachten. In den Verfahren mit zwei und mehr Gutachten empfahl in der Regel das rechtsmedizinische Gutachten die Heranziehung eines speziellen klinischen Gutachters.

Ermittlungsverfahren mit Gutachten	Anzahl der Gutachten im Verfahren				
	1 Gutachten	2 Gutachten	3 Gutachten	4 Gutachten	> 4 Gutachten
Todesermittlungsverfahren n=20	17 85%	3 15%	0	0	0
sonstige Ermittlungsverfahren n=148	100 67,6%	35 23,6%	6 4,1%	5 3,4%	2 1,3%
Gesamt 168	117/69,6%	38/22,6%	6/3,6%	5/3,0%	2/1,2%

Tab.45 Anzahl der Gutachten in den Todesermittlungsverfahren (n = 20) und sonstigen Ermittlungsverfahren (n = 168)

8.2.4. Anteil der Sachverständigengutachten in den Verfahren

In den 168 Ermittlungsverfahren mit Gutachten waren zum Zeitpunkt der Auswertung in 123 Verfahren (73,2%) ausschließlich Gutachten des rechtsmedizinischen Instituts Bonn erstellt worden. Bei 39 Ermittlungsverfahren (23,2%) wurden sowohl Gutachten der Rechtsmedizin als auch Klinikgutachten erstellt. Hierbei empfahl in 28 Verfahren das rechtsmedizinische Gutachten zur Klärung des Sachverhaltes einen speziellen klinischen Gutachter heranzuziehen. In sechs Ermittlungsverfahren (3,6%) wurden ausschließlich Klinikgutachten durch die Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben.

8.2.5. Ergebnisse der Sachverständigengutachten

In 168 Ermittlungsverfahren wurden Sachverständigengutachten erstellt. Von diesen 168 Verfahren waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 160 Verfahren abgeschlossen. Von diesen abgeschlossenen 160 Verfahren konnten die Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung analysiert werden. Dabei wurde in 112 Ermittlungsverfahren ein Behandlungsfehler gutachterlich verneint. In 18 Verfahren wurde ein Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität für den Tod oder Schaden bejaht. In 13 Verfahren wurde ein Behandlungsfehler bejaht, die Kausalität für den Tod oder Schaden jedoch verneint. Offen blieb die Frage eines möglichen Behandlungsfehlers in acht

Verfahren, wobei eine mögliche Kausalität für den Tod oder Schaden verneint wurde. In sechs Verfahren konnte gutachterlich keine Aussage zu einem möglichen Behandlungsfehler gemacht werden. Drei Verfahren wurden eingestellt, obwohl das rechtsmedizinische Institut Klinikgutachten empfohlen hatte.

EV mit Gutachten	Ergebnis der Gutachten							
	Behandlungsfehler			Kausalität			weitere Unters.	Fach- gutachten empfohlen
	ja/ möglich	nein	offen	ja	nein	offen		
EV (n=160)	31	112	14	18	21	6		3

Tab.46 Ergebnisse der nach Gutachten eingestellten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (n = 160)

8.3. Gesamtdarstellung der Sachverständigengutachten und Obduktionen

In den 200 abgeschlossenen Verfahren, in denen gerichtliche Obduktionen oder Sachverständigengutachten erstellt wurden zeigte sich, daß in 140 Verfahren (70%) ein Behandlungsfehler verneint wurde. In 18 Verfahren (9%) wurde ein Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität für den Tod oder Schaden bejaht. Insgesamt bei 13 Ermittlungsverfahren (6,5%) wurde ein Behandlungsfehler bejaht, aber dessen Kausalität für den Tod oder Schaden verneint. Trotz empfohlener weiterer Untersuchungen durch die Rechtsmedizin in 17 Verfahren (8,5%), wurden keine weiteren Gutachten bis zur Einstellung des Verfahrens angeregt.

Ergebnis der nach Obduktion/Gutachten abgeschlossenen Verfahren absolut, relativ %	nach Obduktion eingestellte EV	nach Gutachten eingestellte EV
Behandlungsfehler nein n=140, 70%	28	112
Behandlungsfehler ja Kausalität nein n=13, 6,5%		13
Behandlungsfehler offen Kausalität nein n=12, 6%	4	8
Behandlungsfehler ja Kausalität ja n=18, 9%		18
Klinikgutachten angeregt n=3, 1,5%		3
weitere Untersuchungen n=8, 4%	8	
Behandlungsfehler offen Kausalität offen n=6, 3%		6
Gesamt n=200, 100%	40	160

Tab.47 Ergebnisse der nach Obduktion und Gutachten eingestellten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (n = 200)

9. Erledigung

9.1. Erledigung der Ermittlungsverfahren

84,8% der 210 Ermittlungsverfahren wurden nach §170 Abs. 2 StPO eingestellt, elf Verfahren nach §153a Abs. 1 StPO (vorläufige Einstellung gegen Zahlung einer Geldbuße), vier Verfahren nach §153 Abs. 1 StPO (vorläufige Einstellung ohne Auflage) und bei acht Ermittlungsverfahren kam es zu Anklagen.

Erledigung	Anzahl absolut	Anzahl relativ %
Zurückweisung oder Einstellung gem. § 170 Abs. 2 StPO	178	84,8
Einstellung mit/ohne Auflage	16	7,6
Anklage	8	3,8
nicht abgeschlossen	8	3,8
Gesamt	210	100

Tab.48 Erledigung der Ermittlungsverfahren (n = 210) durch die Staatsanwaltschaft

9.2. Erledigung bezüglich der Beschuldigten

Für 167 Beschuldigte (79,4%) endete das Verfahren nach §170 Abs. 2 StPO, gegen 6,7% der Beschuldigten wurde das Verfahren nach §153a Abs. 1 StPO gegen Zahlung einer Geldbuße vorläufig eingestellt. Zwölf Beschuldigte wurden angeklagt, von denen fünf Angeklagte freigesprochen und gegen weitere fünf Angeklagte das Verfahren gegen Zahlung einer Geldbuße (§153a I StPO nach Anklage) eingestellt wurde. Je ein Angeklagter wurde verurteilt, sowie das Verfahren vorläufig nach §154 Abs. 2 StPO eingestellt. Gegen drei Beschuldigte wurde das Verfahren durch Strafbefehl erledigt.

Erledigung	Beschuldigte absolut	Beschuldigte rel. %
Zurückweisung oder Einstellung gem. § 170 Abs. 2 StPO	167	79,4
§ 153a Abs. 1 StPO	14	6,7
nicht abgeschlossen	9	4,3
Freispruch	5	2,4
§ 153 Abs. 1 StPO ohne Auflage	4	1,9
§ 153a Abs. 1 StPO nach Anklageerhebung	5	2,4
Strafbefehl	3	1,4
§ 154 Abs. 2 StPO vorläufig	1	0,5
Teileinstellung	1	0,5
Verurteilung	1	0,5
Gesamt	210	100,0

Tab.49 Erledigung durch die Staatsanwaltschaft absolut bezogen auf die Beschuldigten (n = 210) Todesermittlungsverfahren (n = 39) sind nicht enthalten, da keine Beschuldigten

9.3. Einstellungsbegründung

Von den 210 Ermittlungsverfahren waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 202 Verfahren eingestellt worden. Hierbei handelte es sich um 39 Todesermittlungsverfahren und 163 Verfahren mit juristischen Tatvorwürfen.

9.3.1. Einstellungsbegründung bei den Todesermittlungsverfahren

Die Todesermittlungsverfahren wurden alle nach §170 Abs. 2 StPO eingestellt. In 26 Verfahren wegen fehlender Hinweise auf Fremdverschulden, in 11 Verfahren mangels Nachweis eines Behandlungsfehlers und je ein Verfahren wegen anderweitiger Erledigung, sowie fehlenden Nachweises einer mangelnden Sorgfalt.

Einstellungsbegründung	absolut	relativ %
kein Fremdverschulden ersichtlich	26	66,7%
mangels Nachweis eines Behandlungsfehlers	11	28,3%
keine mangelnde Sorgfalt	1	2,5%
anderweitige Erledigung	1	2,5%
Gesamt	39	100%

Tab.50 Einstellungsbegründungen bei den Todesermittlungsverfahren (n = 39)

9.3.2. Einstellungsbegründung bei Verfahren mit juristischem Tatvorwurf

Die Mehrzahl der Ermittlungsverfahren wurde mangels nachweisbaren Behandlungsfehlers eingestellt, bzw. weil die Kausalität eines Fehlers für den Schadenseintritt nicht nachweisbar war, bzw. nach Erfüllung der Auflagen. Andere Einstellungsbegründungen traten demgegenüber in den Hintergrund.

Einstellungsbegründung	absolut	relativ %
mangels Nachweis eines Behandlungsfehlers	91	55,8%
mangels Kausalität für den Delikterfolg	21	12,9%
Auflagen erfüllt	16	9,8%
keine mangelnde Sorgfalt	13	8,0%
kein Fremdverschulden ersichtlich	13	8,0%
keine Begründung	3	1,9%
mangelnde Aufklärung nicht beweisbar	2	1,2%
mangelnde Vorwerfbarkeit	2	1,2%
wegen Geringfügigkeit	1	0,6%
anderweitige Erledigung	1	0,6%
Gesamt	163	100%

Tab.51 Einstellungsbegründungen bei den Verfahren mit juristischen Tatvorwürfen (n = 163)

9.4. Sanktionen

Die Gesamthöhe aller gegen 22 Beschuldigte ausgesprochenen Auflagen betrug 128.067,94 €. Hierbei wurden gegen 19 Beschuldigte Auflagen nach § 153a Abs. 1 StPO ausgesprochen. Hier betrug die Gesamthöhe 115.822,01 €, wobei die Höhe der einzelnen Auflagen von 255 € bis maximal 25.564 € reichte. Es ergab sich ein durchschnittlicher Betrag von 6.069 € Gegen drei Beschuldigte wurde ein Strafbefehl ausgesprochen. Hier betrug die Gesamtsumme 12.245,93 €. Daraus ergab sich eine durchschnittliche Höhe von 4.081,98 € bei den Strafbefehlen.

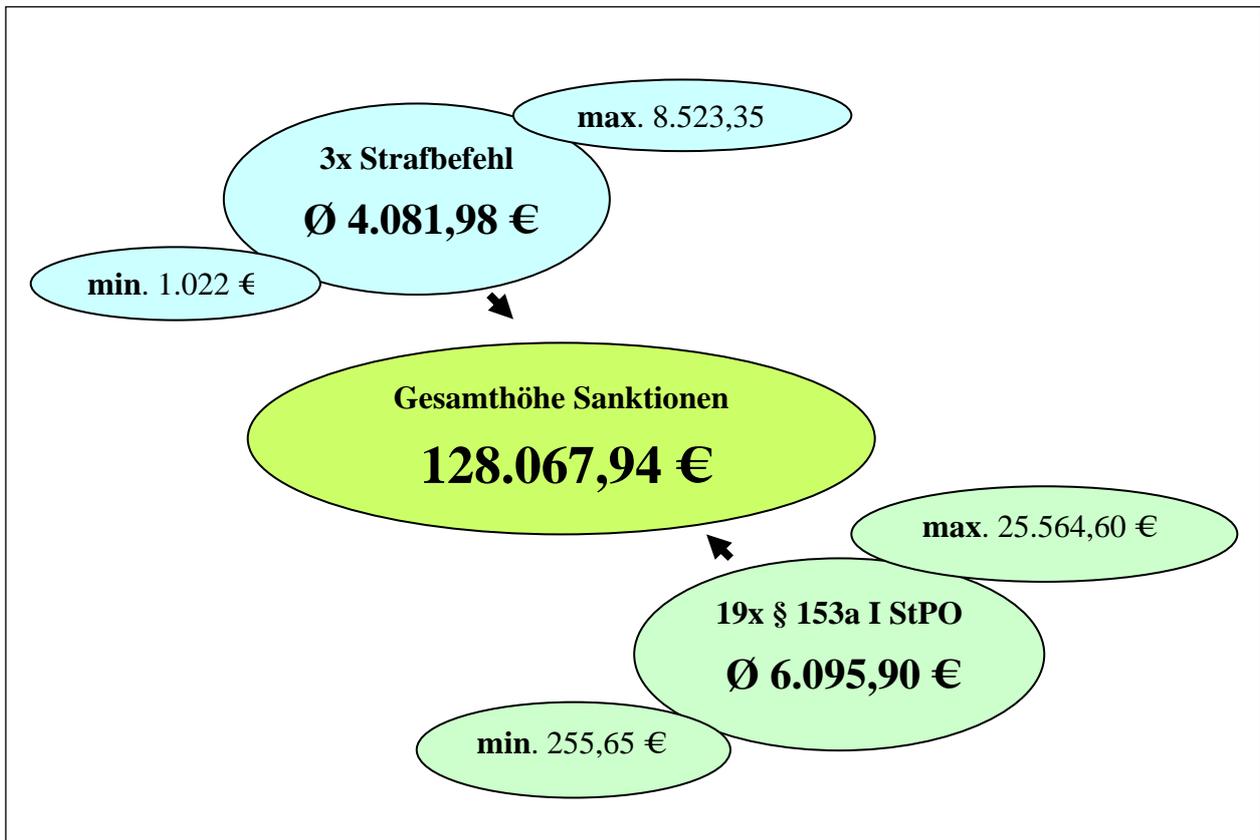


Abb.1 Gesamthöhe und durchschnittliche Sanktionshöhe mit minimalen und maximalen Betrag in Euro

Ein Beschuldigter wurde zu zwei Jahren auf Bewährung verurteilt. Bei einem anderen Beschuldigten war der Strafbefehl mit einer dreijährigen Bewährungsstrafe verbunden.

9.5. Einstellungsverhalten bezüglich tödlicher oder überlebter Schadensfälle

Bei der Betrachtung des Einstellungsverhaltens bezüglich der Beschuldigten getrennt nach überlebten oder tödlichen Schadensfällen zeigte sich kein deutlicher Unterschied.

Beschuldigte	Einstellung des Verfahrens oder Freispruch	Verurteilung oder Einstellung des Verfahrens nach § 153a StPO	Ermittlungen offen
bei <u>ausschließlich</u> Verletzten n = 21	19, 90,5%	2, 9,5%	
bei Todesfällen n = 189	159, 84,1%	21, 11,1%	9, 4,8%
Gesamt n = 210	178, 84,8%	23, 11%	9, 4,2%

Tab.52 Erledigung durch die Staatsanwaltschaft bei tödlichen und überlebten Schadensfällen absolut bezogen auf Beschuldigte (n = 210) Todesermittlungsverfahren (n = 39) nicht enthalten, da keine Beschuldigten

9.6. Einstellungsverhalten im Vergleich zu den medizinischen Gutachten

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der medizinischen Gutachten dem Verfahrensausgang gegenübergestellt. Hierbei werden die vorläufigen Gutachten nach Obduktion, die zum Verfahrensausgang beitragen getrennt von den Sachverständigengutachten betrachtet. Neben den Ergebnissen der medizinischen Gutachten werden auch die Vernehmungen aufgeführt, die zur Einstellung der Verfahren nach §170 Abs. 2 StPO führten. Einbezogen sind auch die nicht abgeschlossenen Ermittlungsverfahren. In zwei der 210 Ermittlungsverfahren lagen keine Gutachten-ergebnisse bei Einstellung des Verfahrens vor.

9.6.1. Medizinische Gutachten und Einstellungsverhalten bei juristischen Tatvorwürfen (n = 171)

Beim Vergleich der Ergebnisse medizinischer Gutachten mit den Maßnahmen der Staatsanwaltschaft, zeigte sich, daß zwei Verfahren mit Vernehmung von Beschuldigten nach §170 Abs. 2 StPO eingestellt wurden, obwohl ein Behandlungsfehler, wie auch die Kausalität für den Tod, gutachterlich bejaht wurde. Ein Verfahren wurde nach §153a Abs. 1 StPO eingestellt, bei dem gutachterlich ein Behandlungsfehler bejaht, die Kausalität jedoch verneint wurde. In 12 weiteren Verfahren mit gleichem gutachterlichem Ergebnis wurde das Verfahren nach §170 Abs. 2 StPO eingestellt. Auch bei verneintem Behandlungsfehler kam es in einem Fall zur Anklage des Beschuldigten, wobei der Prozess mit einem Freispruch endete.

Gutachten- ergebnis	Maßnahmen der Staatsanwaltschaft			
	Einstellung des Verfahrens § 170 II	Anklage, § 153a I Strafbefehl, ohne Auflage, etc.	Einstellung nach § 170 II Zeugen/ Beschuldigtenaussage	EV noch offen
Bf nein (n=96)	90	2	4	
Bf ja K nein (n=13)	12	1		
Bf offen K nein (n=8)	6	1	1	
Bf ja K ja (n=18)		16	2	
FG angeregt (n=3)	2	1		
Bf offen K offen (n=3)	1	1	1	
Ergebnis offen (n=7)				7
Obduktions- ergebnis	Maßnahmen der Staatsanwaltschaft			
Tod geklärt Bf nein (n=9)	9			
Tod ungeklärt Bf nein (n=2)	2			
Tod geklärt Bf offen K nein (n=3)	2		1	
Tod ungeklärt Bf offen K nein (n=1)	1			
Tod geklärt weitere U (n=4)	2	1	1	
Tod ungeklärt weitere U (n=3)	1		1	1
Gesamt n=170*	128	23	11	8

Tab.53 Gutachten- und Obduktionsergebnisse im Vergleich mit den Maßnahmen der Staatsanwaltschaft bei den Ermittlungsverfahren mit juristischen Tatvorwürfen (n = 171)

* Ein Verfahren wurde ohne Erstellung eines Gutachtens oder Obduktion nach Aktenlage und Hinzuziehung der Krankenunterlagen nach § 153a I StPO eingestellt.

Bf = Behandlungsfehler; K = Kausalität; U = Untersuchung; EV = Ermittlungsverfahren

9.6.2. Medizinische Gutachten und Einstellungsverhalten bei Todesermittlungsverfahren (n = 39)

Alle Todesermittlungsverfahren endeten mit der Einstellung nach §170 Abs. II StPO.

In zwei Verfahren kam es zuvor zu Vernehmungen von Zeugen.

Gutachtenergebnis	Maßnahmen der Staatsanwaltschaft	
	Einstellung des Verfahrens § 170 II	Einstellung nach § 170 II Zeugenaussage
Bf nein (n=16)	15	1
Bf offen K offen (n=3)	3	
Ergebnis offen (n=1)*	1	
Obduktions- ergebnis	Maßnahmen der Staatsanwaltschaft	
Tod geklärt Bf nein (n=14)	14	
Tod ungeklärt Bf nein (n=3)	3	
Tod geklärt w. U. (n=1)		1
Tod ungeklärt w. U. (n=1)	1	
Gesamt (n=39)	37	2

Tab. 54 Gutachten- und Obduktionsergebnisse im Vergleich mit den Maßnahmen der Staatsanwaltschaft bei den Todesermittlungsverfahren (n = 39).

* In einem Verfahren wurde ein Gutachten veranlaßt, dessen verbleib unklar ist.

Bf = Behandlungsfehler; K = Kausalität; w.U. = weitere Untersuchung

IV. Diskussion

1. Anlass und Delikte in den Ermittlungsverfahren

Am häufigsten war mit 50% der 210 Ermittlungsverfahren die Qualifikation der Todesart als ungeklärt bzw. nicht natürlich in der Todesbescheinigung der Anlass eines Verfahrens. Erst an zweiter Stelle folgten Vorwürfe nach Strafanzeigen der Angehörigen oder des Patienten selbst (33,8%). Man hätte im Zusammenhang mit Strafverfahren gegen Mediziner und Pflegepersonal einen höheren Anteil an Strafanzeigen durch Angehörige oder Patienten erwartet. Der auf Taupitz zurückgehende Satz „Ärzten unterlaufen häufig Fehler in ihrer Diagnose oder Behandlung..., wenn der Arzt sie entdeckt, bemüht er sich normalerweise nach Kräften, die Fehlbehandlung zu verstecken...“ (Taupitz, 1992) trifft in dieser Stringenz auf die hier analysierten Fälle nicht zu.

Andererseits kann keine Aussage über die Höhe der Dunkelziffer nicht korrekt bescheinigter ungeklärter oder nicht natürlicher Todesfälle gemacht werden. Es gibt sicherlich Fälle, in denen durch Bescheinigung eines natürlichen Todes versucht wird eine Fehlbehandlung zu vertuschen oder die Meldepflicht zu umgehen (Berg, 1992). Bekanntlich entstehen auch Fehler bei der Bestimmung der Todesart aufgrund Unaufmerksamkeit und Oberflächlichkeit des Untersuchers.

Bei der genaueren Betrachtung, wer die Meldung eines ungeklärten oder nicht natürlichen Todes machte, zeigte sich, daß dies nicht in allen Fällen durch Ärzte geschah. In 18,8% dieser Fälle erfolgte dies durch Leichenbeschauer, Gesundheits- oder Standesämter. Diesen Instanzen fielen entweder Angaben in der Todesbescheinigung auf, die sich mit einem natürlichen Tod nicht vereinbaren ließen, oder diese Instanzen waren es erst, die aufgrund der Eintragung ungeklärter oder nicht natürlicher Tod Meldung bei den Ermittlungsbehörden machten. Die Fehlklassifikationen der Todesart werden auf 1-20% geschätzt. Es fehlen jedoch valide epidemiologische Untersuchungen zur Dunkelziffer des nicht natürlichen Todes (Madea und Dettmeyer, 1999). In den Ermittlungsverfahren, die sowohl aufgrund der Qualifikation der Todesart als ungeklärt bzw. nicht natürlich, als auch durch Strafanzeige der Angehörigen eingeleitet wurden, war es zum Teil offensichtlich, daß die Mediziner durch diese Vorgehensweise eine offizielle Klärung der Umstände wünschten. Natürliche Todesfälle wurden als ungeklärt qualifiziert, um zu verhindern, daß der Verdacht aufkommt einen Behandlungsfehler vertuschen zu wollen.

Die Motive für Strafanzeigen und Vorwürfe durch Angehörige und Verletzte ließen sich in dieser Studie nicht statistisch erfassen. Patienten erwähnten z.B. bei Anzeigenerstattung, daß Äußerungen von anderen Ärzten über einen möglichen Behandlungsfehler sie zu diesem Schritt veranlaßt hätten. Pribilla geht davon aus, daß ein Großteil der unberechtigten Anzeigen durch abgelehnte, unzureichende, unsachgemäße, teilweise auch ungeschickte Auskünfte von Ärzten oder ihren Mitarbeitern veranlaßt wurden (Pribilla, 1988). Weitere Motive ergeben sich aus dem Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht (Ratajczak, 1988).

1.1. Vergleich der Anlässe von Ermittlungsverfahren mit anderen Studien

Als Informationsquelle über staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers stehen zur Verfügung:

- Das Datenmaterial von Staatsanwaltschaften auf regionaler oder überregionaler Ebene (z.B. Günter, 1982; Orben, 2004; Peters, 2000; Peters, 2002; Peters, 2003).
- Das Gutachtenmaterial rechtsmedizinischer Institute unter Einbeziehung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsakten (z.B. Althoff und Solbach, 1984; Dettmeyer und Madea, 1999; Dettmeyer et al., 2005; Eisenmenger et al., 1978; Lignitz und Mattig, 1989; Mallach, 1984; Mallach, 1993; Pribilla, 1988).
- Das Datenmaterial abgeschlossener Verfahren spezialisierter Rechtsanwälte (z.B. Ulsenheimer, 1984; Ulsenheimer, 1987; Ulsenheimer, 1998).

Dabei gibt es zwischen den Datenquellen natürlich Überschneidungen (insbesondere zwischen dem Datenmaterial der Staatsanwaltschaften und dem Gutachtenbestand rechtsmedizinischer Institute, da der Rechtsmediziner häufig der erste Ansprechpartner für den Staatsanwalt ist). Alle Informationsquellen haben ihre Mängel, die beim Vergleich der Daten untereinander zu berücksichtigen sind.

Betrachtet man unsere Analyse mit anderen retrospektiven Studien, so ergeben sich bezüglich des Anlasses von Ermittlungen zwischen den Studien gewisse Unterschiede. Es zeigt sich, daß in den

Studien Althoff und Solbach, Peters, sowie Orben zum weitaus größten Teil der Fehlervorwurf oder die Strafanzeige Anlaß der Ermittlungen war. Dieser Wert war bei Peters (Peters, 2000) mit 78% am höchsten, wobei allein 30% der Strafanzeigen aufgrund psychotischer Störung des Anzeigenden erstattet wurden. Dies erklärt sich aus dem hohen Anteil an Spezialkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie im Einzugsgebiet der Staatsanwaltschaft Düsseldorf. Bei der Studie Althoff und Solbach (Althoff und Solbach, 1984), deren Untersuchungsgut aus dem Einzugsgebiet der Staatsanwaltschaft Aachen stammte, zeigte sich, daß ebenfalls allein 192 Strafanzeigen aus der Psychiatrie stammten, die nicht in die Auswertung einfließen. Bei den verbleibenden 90 Ermittlungsverfahren handelte es sich zu 46,7% um Verfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung und zu 53,3% um Verfahren wegen fahrlässiger Tötung. Aufgrund dieses hohen Anteils an Verfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung, die, wie sich auch in unserer Studie zeigte, zum größten Teil aufgrund Strafanzeigen veranlaßt wurden, läßt sich die höhere Bedeutung der Strafanzeigen als Auslöser für Ermittlungsverfahren erklären. Das gleiche gilt für die Untersuchung von Orben (Orben, 2004), bei der der Anteil an Körperverletzungsdelikten bei 44% und der Anteil der fahrlässigen Tötungen bei 56% lagen. In unserer Untersuchung ergab sich ein Anteil von 15,8% bei Körperverletzungsdelikten und 78,7% beim Delikt der fahrlässigen Tötung.

Wie sich beim Vergleich der Anlässe von Ermittlungsverfahren zwischen den Studien zeigt, ist das Datenmaterial rechtsmedizinischer Institute vielleicht das „realitätsnähere“, da rein querulatorische oder psychotisch motivierte Anzeigen hier kaum auftauchen und sich eher die „reine“ Behandlungsfehlerproblematik widerspiegelt. Hiervon weicht die Studie Althoff und Solbach ab, da diese ihr Gutachtenmaterial nicht primär über den Weg der Erfassung von Gutachtenaufträgen an die Rechtsmedizin bei Behandlungsfehlervorwurf, sondern über die Erfassung aller arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren bei der Staatsanwaltschaft erlangte.

Anlaß	Bonn	Orben (2004)	Althoff/Solbach (1984)	Peters (2000)
Angabe der Todesart unbekannt / nicht-natürlich	105 / 50,0%	162 / 27%	28 / 31,1%	21 / 11,0%
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen	71 / 33,8%	419 / 69,5%	62 / 68,9%	152 / 78,0%
Vorwurf/Strafanzeige der Angehörigen und Angabe in der Todesbescheinigung	12 / 5,7%	4 / 0,5%	-	-
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	9 / 4,3%	-	-	3 / 2,0%
Anzeige des Patienten noch zu Lebzeiten	7 / 3,3%	-	-	-
Sonstiges	3 / 1,4%	-	-	-
von Amts wegen	2 / 1,0%	16 / 3,0%	-	-
anonyme Strafanzeige	1 / 0,5%	-	-	16 / 8,0%
Einleitung durch Behörde (Polizei, Ärztekammer, Zivilsache, etc.)	-	--	-	29 / 15%
Gesamt	210 / 100,0%	601 / 100,0%	90 / 100,0%	194 / 100% Doppel- nennungen

Tab.55 Vergleich der Anlässe von Ermittlungsverfahren mit anderen Studien

1.2. Vergleich der Verteilung der juristischen Tatvorwürfe mit anderen Studien

Unsere Daten sowie die Daten Mallachs (Mallach, 1993) weisen in der Verteilung der juristischen Tatvorwürfe ein ähnliches Bild auf. Etwa ein Fünftel aller Vorwürfe entsprechen Körperverletzungsdelikten und vier Fünftel fahrlässigen Tötungen. Die Studien Althoff und Sohlbach, sowie Orben zeigen beim Vorwurf der fahrlässigen Tötung und den Körperverletzungsdelikten beinahe ein Verhältnis von 1:1. Bei Peters macht die fahrlässige Tötung nur ein

Fünftel der Tatvorwürfe aus. Hieraus erkennt man, daß das Gutachtenmaterial rechtsmedizinischer Institute auf die fahrlässige Tötung fokussiert ist.

juristischer Tatvorwurf	Bonn	Orben (2004)	Althoff/Solbach (1984)	Mallach (1993)	Peters (2000)
fahrlässige Tötung	144, 78,7%	418, 56%	48, 53,3%	331, 80,7%	21%
Körperverletzungsdelikte	29, 15,8%	333, 44%	42, 46,7%	79, 19,3%	56% Doppelnennungen
unterlassene Hilfe	9, 5,0%				11%
Mord	1, 0,5%				
Sonstige					11%
Gesamt	183	751	90	410	99%

Tab.56 Vergleich der Verteilung der juristischen Tatvorwürfe mit anderen Studien

2. Die Behandlungsfehlervorwürfe

Insgesamt wurden in 210 Ermittlungsverfahren 236 Behandlungsfehlervorwürfe erhoben, d.h. in einigen Verfahren wurden auch mehrere Fehler vorgeworfen. Allein 28% der vorgeworfenen Behandlungsfehler wurden nicht näher konkretisiert. 20,3% der Vorwürfe betrafen den des Unterlassens medizinisch indizierter Maßnahmen, gefolgt von Vorwürfen im Zusammenhang mit Komplikationen während oder nach Operationen (11,4%). Der Anteil der Fehlbehandlungsvorwürfe lag bei 11,4%, gefolgt vom Medikationsfehlervorwurf mit 10,6% und dem Pflegefehler mit 7,2%. Weitere 6,8% der Behandlungsfehlervorwürfe betrafen die Fehldiagnose und mit 2,1% den Aufklärungsfehler. In der folgenden Diskussion wird sowohl auf den Vorwurf des Medikations-, wie auch den des Pflegefehlers näher eingegangen. Anhand dieser Behandlungsfehlervorwürfe wird sodann auf die Schwierigkeiten einerseits der Kategorisierung von Behandlungsfehlern, andererseits der Problematik des Nachweises von Behandlungsfehlern und schließlich der Fehlerprophylaxe eingegangen.

2.1. Der Medikationsfehlervorwurf

Insgesamt 25 Medikationsfehlervorwürfe wurden bei dieser Untersuchung erfaßt. Hiervon betrafen neun Vorwürfe Fehler bei der Dosierung und Auswahl des Medikaments (36%), sechs Vorwürfe waren nicht konkretisiert („falsches Medikament“, 24%), fünf Vorwürfe betrafen die nicht indizierte Verschreibung von Medikamenten (20%), vier Vorwürfe die falsche Technik oder Verwechslung bei der Gabe des Medikaments (16%) und ein Vorwurf betraf den Tod eines Patienten, der an einer Medikamentenstudie teilnahm (4%).

In dieser Untersuchung wies die Gruppe der Medikationsfehlervorwürfe den höchsten Anteil an gutachterlich bejahten Behandlungsfehlern auf, die auch kausal für den Tod waren (28%). Man würde vermuten, dies liege daran, daß sich der Beweis leichter als bei anderen Behandlungsfehlern, allein durch Nachweis des Medikamentes über chemisch toxikologische Analyse erbringen ließe. Betrachtet man jedoch die Fälle, in denen der kausale Zusammenhang zwischen Medikationsfehler und Tod gutachterlich bestätigt wurde, so zeigt sich, daß sich das Medikament selbst nur in einem Fall chemisch toxikologisch nachweisen ließ. In allen übrigen Fällen ergab sich die Kausalität aus der Verknüpfung von eingetretener Todesursache und den Informationen, die sich aus den Vorwürfen und Ermittlungen ergaben. Hier bestätigt sich die Aussage, daß der Nachweis eines Behandlungsfehlers bei medikamentöser Therapie schwierig ist und sich der Beweis eines kausalen Zusammenhangs nicht allein aus gemessenen Konzentrationen und Dosen ergibt (Madea et al., 1994).

Die Medikationsfehlervorwürfe, deren kausaler Zusammenhang für den Tod nachgewiesen wurde, seien zusammen mit dem Gutachtenergebnis kurz dargestellt:

- Überdosierung von Cibalen-Zäpfchen® bei einem Säugling.
Gutachtenergebnis: zentrales Herz-Kreislaufversagen infolge Intoxikation mit Propyphenanzon. Medikament selbst nicht nachweisbar, Zusammenhang mit Überdosierung aufgrund Angaben der Mutter.
- Intrathekale statt intravenöser Infusion eines Chemotherapeutikums.
Gutachtenergebnis: Schädigung Gehirn und Rückenmark auf Vincristin zurückzuführen.

- Altenheimpatientin erhält nicht indiziert Benzodiazepin, wodurch es zu mehreren Stürzen und Verstärkung des Delir kommt.
Gutachtenergebnis: Psychiater wertet Benzodiazepin-Gabe als Medikationsfehler.
- Zu hohe Infusionsmenge mit Ausbildung einer tödlichen Hirnschwellung.
Gutachtenergebnis: wäßrige Hirnschwellung auf zwei Liter Infusion zurückzuführen.
- Verwechslung der Infusionslösung KCl mit NaCl.
Gutachtenergebnis: Sicherstellung der falschen Ampulle erklärt Tod durch Herzrhythmusstörung.
- nicht indizierte Gabe eines Betäubungsmittels an einen Drogensüchtigen.
Gutachtenergebnis: Nach Sichtung der Krankenunterlagen belastendes Ergebnis.
- Zu große Mengen Methadon (500ml) an Drogensüchtigen verabreicht.
Gutachtenergebnis: Methadon-Intoxikation bei verbotener Take-home-Dosis.

Die Psychiatrie, bzw. Neurologie wurde am häufigsten vom Vorwurf des Medikationsfehlers betroffen. Hierbei waren die Vorwürfe nicht konkret und bezogen sich auf eine mögliche falsche oder unterlassene Medikation.

Fachgebiet	Anzahl
Psychiatrie/Neurologie	5x
Hausarzt/praktischer Arzt	4x
Innere Medizin	3x
Allgemeinmedizin	2x
Pädiatrie	2x
Gynäkologie	2x
Chirurgie	2x
Anästhesiologie	1x
HNO	1x
Onkologie	1x
Schmerzambulanz	1x
Krankenhaus unbekannt	1x
unbekannt	1x
Gesamt	26x (mehrere Fachrichtungen konnten von einem Medikationsfehlervorwurf betroffen sein)

Tab.57 Verteilung der medizinischen Fachgebiete beim Vorwurf des Medikationsfehlers

Alle hier genannten Medikationsfehlervorwürfe stehen in Zusammenhang mit dem Tod von Patienten. Sichtet man die Literatur, so zeigt sich in verschiedenen Studien, daß tödliche Fälle von Medikationsfehlern selten sind. Tödlich verlaufen hiernach nur 0,01-4% aller Medikationsfehler (Hicks et al., 2004; van den Bemt et al., 2002; Ridley et al., 2004; Winterstein et al., 2004). Diese Studien fanden auf lokaler Ebene mit der Erfassung von weniger als hundert Medikationsfehlern bis hin zu einer von der USP (United States Pharmacopeia) 2002 durchgeführten Datenerhebung von 192.477 Medikationsfehlern statt (Hicks et al, 2004).

Medikationsfehler ergeben sich zumeist aus einer Verkettung mehrerer Umstände. Dies soll an einem Fallbeispiel aus der Literatur verdeutlicht werden: Die intrathekale statt intravenöse Gabe von Vincristin. Bei der Rekonstruktion des tödlichen Hergangs zeigte sich, daß die onkologische Station die Behandlung nicht durchführen konnte und eine andere Station hierfür ausgewählt wurde. Das intrathekal und das intravenös zu verabreichende Chemotherapeutikum wurden weder getrennt gelagert noch wurden beide separat zur Behandlung gebracht. Gleichzeitig wur-

den die Spritzen von einem anderen als den behandelnden Arzt, und zudem nicht getrennt voneinander, auf einer Schale vorbereitet. Dies geschah wiederum so, daß der behandelnde Arzt die Spritzen im Sitzen nicht sehen konnte. Ohne die Beschriftungen nochmals zu lesen, injizierte dieser (Fernandez et al., 1998). Anhand der in diesem Fall auftretenden Fehler zeigt sich, wie schwer es ist Medikationsfehler, wie auch allgemein Behandlungsfehler, beschreibend zu kategorisieren. Die Definition für Fehlerkategorien variiert von Studie zu Studie und das gewonnene Datenmaterial ist nicht unbedingt repräsentativ (Allard et al., 2002).

Eine Analyse von Medikationsfehlern zum Beitrag der Patientensicherheit bringt mehr Einblicke, wenn man die Fehler zurückverfolgt und die Umstände versteht, wie diese Fehler entstanden. Bei den Ermittlungen im Zusammenhang mit der Verwechslung einer Infusionslösung von Natriumchlorid mit Kaliumchlorid durch eine Krankenschwester stellte sich heraus, daß die Verpackungen nicht nur farblich ähnlich aussahen sondern auch nebeneinander gelagert wurden. Vorschläge diesbezüglich, die Medikamentenpackungen nur in Schwarz und Weiß zu gestalten, zielen darauf, vor Verwendung der Medikamente den Namen lesen zu müssen. (Kenagy und Stein, 2001) Es ist unbekannt, wie viele Medikationsfehler aufgrund ähnlich aussehender Verpackung, Behältnis und auch ähnlich klingender Namen entstehen. Leicht kommt es zur Verwechslung bei benachbarter Lagerung dieser Medikamente. Schwestern und Pfleger sind hier einem hohen Risiko einer fehlerhaften Medikamentengabe ausgesetzt und spielen eine Hauptrolle bei der Verhütung von Medikationsfehlern. Ebenfalls Fehler produzieren eine unleserliche Handschrift, das Verwenden von Abkürzungen, Akronymen oder Spitznamen von Medikamenten. Zu den drei häufigsten Ursachen für Medikationsfehler, die Schwestern unterlaufen, ergab eine Untersuchung an erster Stelle, daß die Handschrift des Arztes nicht oder nur schwer zu lesen sei, an zweiter Stelle Ablenkung durch andere Patienten, Mitarbeiter oder Geschehnisse auf der Abteilung und drittens Erschöpfung (Mayo und Duncan, 2004).

Daneben befaßten sich Untersuchungen auch mit dem Fehlerpotential mündlicher Anweisungen (Schulmeister, 2006; Rados, 2005). Hier kann es neben Mißverständnissen auch vorkommen, daß Informationen nur verkürzt wahrgenommen werden. Einfluß haben hier z.B. neben der Qualität der Funk- oder Telefonverbindung auch Hintergrundgeräusche und Tageszeit (Allinson et al., 2005). Daß mangelhafte Kommunikation auch ein Grund für Verschreibungsfehler darstellt, ermittelte eine britische Studie (Bryony et al., 2002). Dieser Mangel an Kommunikation bezieht

sich sowohl auf das medizinische Team als auch auf Kommunikationsprobleme mit den Patienten. (z.B. Sprachprobleme)

Folgende Arbeitsbedingungen haben Einfluß auf Verschreibungsfehler: hohes Arbeitspensum, neue oder als Vertretung tätige, oder auch fachlich unzulängliche Mitarbeiter. Mangelndes Wissen über die Bedeutung von Dosenangaben erklärt sich dadurch, daß es in diesem Fall im Studium nicht ausreichend vermittelt wurde. Das Fehlen internationaler Standards bei der Etikettierung von Medikamenten begünstigt ebenfalls Fehldosierungen (Wheeler, 2004). In einer 12-wöchigen Studie an einem Krankenhaus ereigneten sich 240 Medikationsfehler bezogen auf 6000 Patienten (4%) (Winterstein et al., 2004). Zu den häufigsten Medikationsfehlern hier kam es im Zusammenhang mit Antibiotika. Hieraus erklärten sich auch die häufigsten Komplikationen, nämlich die der unkontrollierten Infektionen. Ursache war meist eine Unterdosierung oder Nichtverschreibung des Antibiotikums. Ein weiterer häufiger Medikationsfehler war die Unterdosierung von Opioiden oder die Wahl eines ungeeigneten Präparates, was zu unzureichender Schmerzausschaltung beim Patienten führte.

2.2. Der Vorwurf des Pflegefehlers

Der Anteil der erfaßten Vorwürfe, die sich auf Pflegefehler bezogen lag in dieser Untersuchung bei 7,2%. Hierbei überwogen der Vorwurf der mangelnden Flüssigkeitsversorgung mit nachfolgender Exsikkose, sowie die mangelnde Dekubitusprophylaxe. Beschuldigte bei diesen beiden Behandlungsfehlervorwürfen waren mehrheitlich das Personal von Alten- bzw. Pflegeheimen, sowie die Heimleitung. Hier zeigte sich ein Unterschied zu Ermittlungen gegen Beschuldigte im Krankenhaus. Richteten sich die Vorwürfe bei Alten- und Pflegeheimen auch gegen die Heimleitung, so konzentrierten sich die Ermittlungen im Krankenhaus ausschließlich auf die Ärzte und das Personal, nicht jedoch auf die Krankenhausleitung. Bruns (Bruns, 2003) stellt fest, daß durch das Strafrecht faktisch nur der Arzt als letztes Glied der Kette erfaßt wird. Die Geschäftsführung werde weder zivil- noch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen, obwohl auch sie durch Einführung schadensgeneigter Organisationsformen Risiken zu verantworten habe.

In 23,5% aller Pflegefehlervorwürfe konnte die medizinische Begutachtung die Frage nach Vorliegen eines Behandlungsfehlers nicht beantworten. Bei den meist älteren Patienten ließ sich nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit ausschließen, daß nicht ein weiteres bestehendes

Grundleiden allein todesursächlich war. Auch einen Nachweis über die Krankenunterlagen und Pflegeunterlagen zu erlangen erwies sich als schwierig.

Bezüglich der Flüssigkeitsversorgung wäre es juristisch wünschenswert, in praktischer Hinsicht jedoch unerfüllbar, jedes verabreichte Glas Wasser zu dokumentieren, wodurch das Pflegepersonal zeitlich stärker belastet würde. Außerdem ließe sich von einer guten Dokumentation allein nicht auf eine sorgfältige Pflege schließen (Pfleiderer und Schubert, 2005).

Bezüglich der schuldhaften Verursachung von Dekubiti geht Buchter et. al. davon aus, daß dies aufgrund vielfacher Beweisproblematiken mit strafrechtlichen Mitteln ein äußerst schwer erfaßbares Delikt darstellt (Buchter et al., 2002). Bei dieser Untersuchung zeigte sich, daß die Bedeutung von Vernehmungen bezüglich vorgeworfener Pflegefehler nicht unbedeutend war. So wurden bei 6 der 17 Pflegefehlervorwürfe Vernehmungen durchgeführt. Nur Vernehmungen erbrachten die entscheidenden Hinweise bei den einzigen mit Sanktionen endenden Ermittlungsverfahren.

2.3. Vergleich der Behandlungsfehlervorwürfe mit anderen Studien

Es ist schwierig, die Behandlungsfehlervorwürfe mit denen anderer Studien zu vergleichen. Dies liegt an den unterschiedlich festgelegten Kategorien von Behandlungsfehlertypen einerseits und der Art der Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen andererseits. Althoff und Solbach erfaßten bei 90 Ermittlungsverfahren genau 90 Behandlungsfehlervorwürfe. In unserer Studie wurden sämtliche zum Anfang der Ermittlungen erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe erfaßt, so daß sich bei einem Ermittlungsverfahren auch mehrere Behandlungsvorwürfe finden konnten. Wurde in unserer Studie z.B. das zu späte oder unterlassene Überweisen als Unterlassen gewertet, so wertete Althoff und Sohlbach dieses als Diagnosefehler. 75% der Medikationsfehler bei Peters betrafen Patienten mit Tabletten und Rauschgiftsucht. Hier zeigt sich erneut die lokale Besonderheit dieser Studie: diese Art des Medikationsfehlervorwurfs ist durch das Vorhandensein von vier Spezialkliniken der Psychiatrie und Neurologie im Landgerichtsbezirk Düsseldorf zu erklären.

Der Vorwurf des Aufklärungsfehlers war in allen Studien mit 2- 4% von geringer Bedeutung. Im Gegensatz dazu stellt Ulsenheimer die gewichtige Bedeutung des Aufklärungsfehlers heraus, auf den gerade bei gutachterlich verneintem Behandlungsfehler zurückgegriffen würde (Ulsenheimer,

1987). Auch wenn Althoff und Sohlbach keinen Aufklärungsfehler erfaßten, erwähnten sie doch, daß in drei Ermittlungsverfahren neben dem eigentlichen Vorwurf der Körperverletzung auch ein Aufklärungsfehler erhoben wurde. Auch würde nach gutachterlich verneinten Behandlungsfehlern in einigen Fällen auf den Vorwurf des Aufklärungsfehlers ausgewichen. Dies war in unserer Studie nicht der Fall. Neue Vorwürfe bezogen sich auf neue Erkenntnisse, die sich aus den Ermittlungen ergaben. So stellte die Obduktion bei einem Fall von *mors in tabula* u.a. eine beidseitige Pneumonie fest. Hatten die Angehörigen zunächst mangelnde Sorgfalt den Operateuren vorgeworfen, so sahen sie nun den Fehler darin, daß die Notoperation bei bestehender Pneumonie nicht hätte durchgeführt werden dürfen.

Fehlervorwurf	Bonn	Orben (2004)	Althoff/Solbach (1984)	Peters (2000)
nicht konkretisiert	66, 28%		2, 2,2%	16, 6%
Unterlassen	48, 20,3%			49, 18%
Komplikation bei/nach op. Eingriff	27, 11,4%			
Fehlbehandlung	27, 11,4%	510, 68%		
Medikationsfehler	25, 10,6%			41, 15%
Pflegefehler	17, 7,2%			
Fehldiagnose	16, 6,8%	197, 26%	36, 40% inklusive verspätet Einweisung und zu frühe Entlassung	114, 41% inklusive Behandlung nicht lege artis
Aufklärungsfehler	5, 2,1%	31, 4%		11, 4%
Nichterscheinen beim Patienten	4, 1,7%			
Nichtbehandlung	1, 0,5%			
konservative Therapie			11, 12,2%	
psych. Therapie			10, 11,1%	
Fehler prä-, intra-, postoperativ			15, 16,6%	
Operation			11, 12,2%	
Konservativ chirurgische Therapie			3, 3,5%	
sonstiger Vorwurf			2, 2,2%	
personeller Organisationsfehler		13, 2%		
mangelnde Überwachung				37, 13%
Verlegung/Entlassung				2, 1%
Gesamt	236, 100%	751, 100%	90, 100%	270, 100%

Tab.58 Vergleich der Behandlungsfehlervorwürfe mit anderen Studien

3. Die Beschuldigten

Soweit sich aus den Unterlagen der Status der Beschuldigten identifizieren ließ, waren Krankenhausärzte mit 64,3% häufiger von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen als niedergelassene Ärzte mit 29,5%. Weitere Vorwürfe betrafen die ärztliche/pflegerische Behandlung in Alten- und Pflegeheimen mit 6,2%.

Betrachtet man die Verteilung der beschuldigten Fachgebiete, so ist der Anteil der Chirurgie mit 28,6% am größten, gefolgt von der Inneren Medizin mit 12,3% und dem Hausarzt, bzw. praktischen Arzt mit 9,5%. Dies stimmt mit anderen Ergebnissen aus der Literatur überein (Eisenmenger, 1978; Giordano, 1993; Hiersche, 1994; Tanida, 2002; Wells, 1999). Bei Peters steht aufgrund der lokalen Besonderheit die Psychiatrie unter besonderem Fokus der Ermittlungsbehörden. Bei einem relativ großen Untersuchungsgut wie bei Orben und Mallach ergeben sich ähnliche Verteilungen von betroffenen Fachrichtungen.

Fachrichtung	Bonn abs., rel%	Althoff und Sohlbach (1984) abs., rel%	Mallach (1993) abs., rel%	Orben (2004) abs., rel%	Peters (2000) abs., rel%
Chirurgie	63, 28,6%	22, 22,9%	214, 32,6%	129, 24%	21, 12%
Innere Medizin	27, 12,3%	9, 9,4%	93, 14,2%	82, 15%	23, 13%
Hausarzt / prakt. Arzt	21, 9,5%				
Psychiatrie/ Neurologie	14, 6,4%	14, 14,6%	23, 3,5%	41, 7%	36, 20%
Allgemeinmedizin	9, 4,1%	10, 10,4% inklusive prakt. Arzt	124, 18,9%	98, 18%	26, 15% inklusive prakt. Arzt
Gynäkologie	7, 3,2%	8, 8,6%	58, 8,8%	69, 13%	7, 5%
Urologie	7, 3,2%	1, 1,0%		13, 2%	7, 4%
Anästhesiologie	6, 2,7%	4, 4,2%	66, 10,1%	29, 5%	6, 3%
HNO	6, 2,7%	4, 4,2%	15, 2,3%	9, 2%	
Orthopädie	5, 2,3%	4, 4,2%		27, 5%	10, 5%
Pädiatrie	5, 2,3%	4, 4,2%	15, 2,3%	28, 5%	6, 3%
Sonstige	50, 22,7%	16, 16,5%	48, 7,3%	24, 4%	119, 20%
Gesamt	220	96	656	549	261

Tab.59 Vergleich der Verteilung medizinischer Fachgebiete bei Behandlungsfehlervorwurf mit anderen Studien

4. Medizinische Gutachten

Bei strafrechtlichen Ermittlungsverfahren beauftragt die Staatsanwaltschaft medizinische Sachverständige zur Beurteilung maßgebender Beweisfragen. (Holzer, 1973; Schlund, 1999) Gerade bei Vorwürfen der fahrlässigen Tötung bzw. reinen Todesermittlungsverfahren wird das weitere Verfahren wesentlich durch das Obduktionsergebnis und ggf. weiterführende Gutachten geprägt (Eisenmenger et al., 1978; Hansis und Hart, 2001; Krumpaszky et al., 1997; Madea et al., 1994). In unserer Rechtsordnung hat im Zusammenhang mit der Qualifikation der Todesart bei der Leichenschau und den strafprozessualen Anforderungen an die Anordnung einer Sektion nur die Rechtsmedizin die Kompetenz und Legitimation, derartige Fälle zu bearbeiten (Madea und Dettmeyer, 2003). Rechtsmedizinische Gutachten haben im Strafrecht zu prüfen, ob ein Schaden

vorliegt, dieser auf eine Pflichtverletzung zurückzuführen ist und die Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit zu belegen ist. Bei Todesfällen müssen zunächst durch eine gerichtliche Obduktion Grundleiden und Todesursache abgeklärt werden. Erst auf dieser Grundlage kann zur Frage eines Pflichtverstoßes, eines dadurch bedingten Schadens und der Kausalität Stellung genommen werden. Die Obduktion in der Pathologie des Krankenhauses durchzuführen, in dem sich der Todesfall ereignete, erweist sich als nicht sinnvoll, da hier der Verdacht entstehen könnte, ein Behandlungsfehler solle vertuscht werden. Außerdem ist davon auszugehen, daß die Klinikpathologie nicht ausreichend ausgebildet ist bezüglich forensischer Aspekte, wie der Kausalitätsfrage von Behandlungsfehlern und der Dokumentation von relevanten Befunden (Boll und Bär, 2000). In unserer Untersuchung wurden sechs Obduktionen nicht durch die Rechtsmedizin durchgeführt. Bei der Nachsektion in der Rechtsmedizin war eine Beurteilung nach rechtsmedizinischen Kriterien erschwert (z.B. waren wichtige anatomische Strukturen nach der Vorsektion nicht mehr unversehrt und hatten damit aus forensischer Sicht geringere Aussagekraft). Bei 50,2% der Todesfälle konnte durch die Obduktion die Todesursache ermittelt und in 15,4% ein Behandlungsfehler verneint werden. Das Sektionsergebnis ist von großer Bedeutung, da sich über die Feststellung der Todesursache auf einen möglichen Behandlungsfehler schließen läßt. Umgekehrt kann durch eine Obduktion festgestellt werden, daß der Schaden nicht durch einen Behandlungsfehler verursacht wurde, sondern sich als Folge einer zugrundeliegenden Erkrankung ergab (Dettmeyer, 2004). Ohne Obduktion ergäbe sich sowohl für die Seite der Kläger als auch die der Beklagten ein weites Feld an möglichen und unmöglichen Spekulationen je nach Interessenlage (Bove und Iery, 2002). Perforationen und Blutungen stellen eine seltene Komplikation bei endoskopischen Untersuchungen dar (Frühmorgen und Pfähler, 1990) und eine Obduktion kann feststellen, ob anatomische Strukturen verletzt wurden und somit zum Tode führten. Umgekehrt erwies sich der Nachweis allergischer Reaktionen bei Narkosezwischenfällen als unmöglich. Hier ist man letztlich auf die Beobachtungen des Operationsteams und speziell auf die Dokumentation des Anästhesisten angewiesen (Eisenmenger und Tröger, 1979).

Wurde durch die Staatsanwaltschaft ein weiterführendes Gutachten in Auftrag gegeben, enthielt dieser Auftrag eher selten einen den Akteninhalt ausschöpfenden Fragekatalog wie von Günter (Günter, 1982) empfohlen. Die eher pauschalen Fragen beschränkten sich darauf, ob ein Behandlungsfehler oder mangelnde Sorgfalt vorliege. In 28 von 210 Verfahren (13,3%) empfahl das

rechtsmedizinische Gutachten die Heranziehung eines speziellen klinischen Gutachters. Hier ging es um klinische Fragestellungen und nicht um offensichtliche Behandlungsfehler und klare Kausalzusammenhänge (Janssen und Püschel, 1998). Es wurde den Ermittlungsbehörden beratend mitgeteilt, welche speziellen medizinischen Fragen seitens des klinischen Gutachters im Hinblick auf einen Behandlungsfehlervorwurf und dessen potentielle Kausalität für den Todes- eintritt beantwortet werden sollten.

Bei wenigen klinischen Gutachten in dieser Untersuchung zeigte sich, wie von Bürger (Bürger, 1999) bemerkt, eine Zurückhaltung bei der Feststellung eines Behandlungsfehlers. Die unterschiedliche Betrachtungsweise eines Sachverhaltes kann sich aus einer unterschiedlichen Lehrmeinung ergeben (Schwenzer und Beck, 1994).

In der vorliegenden Untersuchung konnte die Kritik Ulsenheimers, wonach häufig entlastende Gutachten von der Staatsanwaltschaft in Zweifel gezogen und dagegen belastende Gutachten als richtig angesehen werden, nicht bestätigt werden (Ulsenheimer, 1987). Kein Sachverständigen- gutachten, abgesehen von den Privatgutachten, zeigte, wie von Ulsenheimer gegenüber vielen Sachverständigen kritisiert, Voreingenommenheit, Überheblichkeit oder gar Feindseligkeit der Sachverständigen. Auch konnte der Feststellung Ulsenheimers nicht gefolgt werden, wonach gerade Privatgutachten nicht parteiisch seien. Parteilichkeit zeigten alle Privatgutachten. Daß der Auftraggeber des Privatgutachtens dessen Aussage beeinflußt, ist z.B. aus den USA bekannt (Battuello, 1997).

Angesichts des Gesagten wird deutlich, daß die Rechtsmedizin die erforderliche Überparteilichkeit besitzt. Gleichzeitig geht die Rechtsmedizin gutachterlich eher auf entscheidende Fragen ein, auch wenn dies die pauschale und wenig präzise Fragestellung der Staatsanwaltschaft zunächst nicht nahelegt (Dettmeyer, 1999).

Entscheidend für das Einstellungsverhalten der Staatsanwaltschaft waren in der Mehrzahl die medizinischen Gutachten. Von geringer Bedeutung waren Vernehmungen oder Einlassungen von Beschuldigten oder Zeugen. Dennoch konnten diese, trotz belastend ausfallenden Gutachten, auch zur Entlastung beitragen.

5. Durchführung der Ermittlungen

In der Regel bestimmten die Ergebnisse der Gutachten den Verfahrensausgang. Zusätzlich zur Klärung des Sachverhaltes oder Beantwortung von Fragen des Gutachters wurden Vernehmungen durchgeführt, die sich als entscheidend für den Verfahrensausgang darstellen konnten.

In 81,9% der Ermittlungen wurden Krankenunterlagen sichergestellt. Betrachtet man die Sicherstellungen bei den einzelnen Beschuldigten nach dem Wirkungsort, so fällt auf, daß bei etwa 90% der beschuldigten Krankenhausärzte und bei 66% der niedergelassenen Ärzte Krankenunterlagen sichergestellt wurden. Die Erlangung von Krankenunterlagen konzentriert sich wohl zuerst auf die Krankenhäuser, da die meisten Patienten vor ihrem Tod dorthin eingeliefert werden. Die Krankenunterlagen und die Angaben in der Todesbescheinigung sind bekanntermaßen ungeeignet als alleinige Entscheidungsgrundlage, da deren Inhalte oft im Widerspruch zu den autoptischen Befunden stehen (Breitfellner et al., 1980; Bove und Iery, 2002; Perkins et al., 2003; Bauer et al., 1991; Vock, 1984; Battle et al., 1987; Brinkmann, 1997; Brinkmann et al., 1997; Madea, 1995; Modelmog et al., 1989). Daß die Beurteilung eines Behandlungsfehlervorwurfs allein durch die Krankenunterlagen schwierig ist, zeigt sich auch an folgendem Beispiel aus dieser Studie. Hier meldete sich in einem Ermittlungsverfahren ein klinischer Gutachter bei der Staatsanwaltschaft, um mitzuteilen, daß er den Beschuldigten aus anderen Verfahren kenne und der Beschuldigte wiederholt Operationsberichte verspätet einreiche, um die Vorwürfe abzuwarten und hiernach den Operationsbericht anzupassen. Anhand dieser ungewöhnlich genauen Operationsberichte ließe sich kein Behandlungsfehler nachweisen, so werde es in diesem Fall auch sein.

Eine Obduktion kann klare Ergebnisse liefern, durch die sich weitere Ermittlungshandlungen erübrigen. Dies ist auch der Fall, wenn die Obduktion eine so schwere Erkrankung feststellt, daß selbst bei korrekter und sofortiger Therapie mit hoher Wahrscheinlichkeit trotzdem der Tod eingetreten wäre.

Andere Gründe für ein Verzichten auf die Sicherstellung von Krankenunterlagen liegen vor, wenn das Verfahren durch die Staatsanwaltschaft mangels Anhalt oder mangels Aussicht auf Nachweis eines Fremdverschuldens eingestellt wird. Dies erklärt u.a. auch das Einstellen von Verfahren, obwohl der medizinische Gutachter weitere Untersuchungen anregte.

In 46,2% der Ermittlungsverfahren wurden Vernehmungen durchgeführt. Es zeigte sich kein Unterschied, ob Angehörige anwaltlich vertreten waren oder nicht. Der Anteil vernommener Angehöriger lag bei etwa 30%. Etwa ein Viertel der Beschuldigten sollte vernommen werden, von denen sich 60% auf ihr Aussageverweigerungsrecht beriefen. 10% der Beschuldigten wurden vernommen. Insgesamt ist die Bedeutung von Vernehmungen in Bezug auf eine spätere Einstellung von Verfahren eher gering. Insgesamt 16 Verfahren (7,6%) wurden infolge Vernehmungen eingestellt.

6. Ausgang der Verfahren

Die Mehrzahl der Ermittlungsverfahren wurde mangels nachweisbaren Behandlungsfehlers, Fremdverschulden oder nicht ersichtlicher Kausalität nach §170 Abs. 2 StPO eingestellt. Vergleicht man den Ausgang der Verfahren dieser Studie mit anderen, so zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Orben (Orben, 2004) vermutet, daß Verfahren, in denen Gutachten von Sachverständigen in Auftrag gegeben würden, einen ernsteren und schwereren Hintergrund und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines belastenden Verfahrensausgangs zeigen würden. Unser Datenmaterial weist aufgrund des hohen Anteils an Todesfällen einen schweren Hintergrund mit ebenfalls hohem Anteil an Sachverständigengutachten auf. Es ergibt sich aber kein höherer Anteil an belastenden Verfahrensausgängen. Bei Ulsenheimer (Ulsenheimer, 1987) findet sich eine größere Anzahl von Verurteilungen. Dies läßt sich damit erklären, daß sein Gutachtenmaterial aus abgeschlossenen Verfahren stammte, bei dem rechtsanwaltlicher Beistand gesucht wurde. Hier ist zu vermuten, daß es sich um schwerwiegendere Vorwürfe handelte. Ulsenheimer sieht den Grund bei vielen Freisprüchen darin, daß der Nachweis der Kausalität nicht erbracht werden kann (Ulsenheimer, 1984). Auch Orben begründet das geringe Sanktionsrisiko vor allem in der beim Strafrecht geltenden Kausalitätsanforderung (Orben, 2004). Für Orben ist das Arztstrafrecht zur Wiederherstellung des Rechtsfriedens ungeeignet, da insbesondere bei bejahtem Behandlungsfehler, aber verneinter oder fraglicher Kausalität dies für Patienten und Angehörige nur schwer nachvollziehbar sei (Orben, 2004). Der Sachverhalt werde aus Sicht der Patienten und Hinterbliebenen nicht zutreffend gewürdigt. Deswegen wird auch von Patientenorganisationen eine Aufgabe der Kausalitätsformel gefordert. Ein Mißerfolg einer Behandlung müsse für sich schon ein Indiz für einen Behandlungsfehler sein (Luxenburger, 2001). In unserer Studie wurde bei der Mehrzahl der eingestellten Verfahren, bei denen ein Gutachten erstellt wurde (n = 200), ein Behandlungsfehler verneint (70%). Nur in 6,5% der eingestellten Verfahren wurde einerseits

ein Behandlungsfehler bejaht, andererseits aber die Kausalität verneint oder als fraglich angesehen. Schon mit Durchführung einer gerichtlichen Obduktion konnten Zweifel am Vorliegen eines Behandlungsfehlers beseitigt werden, wodurch Rechtsfrieden für Hinterbliebene hergestellt werden konnte.

Ausgang von Behandlungsfehlerverfahren**						
	Ulsenheimer	Althoff/ Solbach 1984	Mallach et al. 1993	Peters 2000	Orben 2004	Bonn* 2005
Anzahl Ermittlungs- verfahren [Beschuldigte]	245	90	410	194 [297 Beschuldigte]	601 [751 Beschuldigte]	171 [210 Beschuldigte]
Einstellung des Verfah- rens oder Freispruch	162 (66,1%)	80 (88,9%)	358 (87,3%)	89%	709 (94,4%)	178 (84,8%)
Verurteilung oder Einstel- lung des Verfahrens nach § 153 a StPO	66 (26,9%)	10 (11,1%)	52 (12,7%)	6%	42 (5,6%)	23 (11%)

Tab.60 Vergleich des Ausgangs von Behandlungsfehlerverfahren mit anderen Studien

* Teilweise waren die Verfahren zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen

**Die Tabelle basiert je nach vorhandener Datenlage auf der Anzahl der Ermittlungsverfahren oder der Beschuldigten.

7. **Schlußbetrachtung**

Aufgrund der überwiegenden Verfahrenseinstellungen wurde bereits vor 20 Jahren die Frage nach der Effizienz von Strafverfahren gegen Ärzte unter Kosten- Nutzen-Gesichtspunkten erörtert (Ulsenheimer, 1984; Ulsenheimer, 1987; Ulsenheimer, 1998). Seit längerem plädieren verschiedene Autoren dafür, daß sich die strafrechtliche Fahrlässigkeitshaftung auf grob fehlerhaftes Verhalten beschränken sollte (Ulsenheimer, 1987; Deutsch, 1998; Müller, 1998; Ratajczak, 1988). Orben (Orben, 2004) greift aufgrund seiner Analyse und Hochrechnungen diese Bedenken auf und bezeichnet eine Entkriminalisierung des Arztstrafrechtes vor dem rechtstatsächlichen Hintergrund als wünschenswert und möglich, zumal Patienten durch andere Rechtsbereiche

effektiverer Schutz gewährt wird. Jürgens (Jürgens, 2005) sieht bezüglich leicht fahrlässiger ärztlicher Behandlungsfehler aus rechtsdogmatischer Sicht keine Strafbedürftigkeit. Dem ist aus gutachterlicher Sicht entgegenzuhalten, daß hierdurch kaum eine Entkriminalisierung des Arztstrafrechts zu erzielen ist, da im Einzelfall geprüft werden muß, ob die Schwelle der „Leichtfertigkeit“ überschritten ist. So kann z.B. eine Verletzung der Sorgfaltspflicht als Leichtfertigkeit eingestuft werden, obwohl es zum Unterlassen eines wichtigen Behandlungsschrittes kam (Merry, 2001). Da die Ermittlungsbehörden zur Beurteilung selbst nicht in der Lage sind, setzt dies bereits die Beauftragung eines Sachverständigen voraus. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß viele Einstellungen nach §153a StPO dem Gebot der „Prozeßökonomie“ folgen und sich auch hinter Einstellungen nach §170 Abs. 2 StPO mögliche Behandlungsfehler, allerdings ohne belegbare Kausalität für den Schadenseintritt, verbergen. Auch aus gutachterlicher Sicht ist ein eingestelltes Verfahren nicht ineffizient oder nutzlos, da es der Identifizierung von Fehlerquellen, der Fehleranalyse, dem Riskmanagement und letztlich der Patientensicherheit dient (Dettmeyer et al., 2001; Jansen et al., 1986; Kern, 1994; Rothmund, 2005; Thomeczek, 2001). Die in der praktischen Begutachtung gesammelten Erfahrungen aus der Rechtsmedizin könnten künftig in Kliniken und Praxen zu einer Diskussion über Fehlervermeidung und damit zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen.

V. Zusammenfassung

In dieser retrospektiven Analyse wurden 210 Ermittlungsverfahren gegen Mediziner und Pflegepersonal aus den Jahren 1989-2003 ausgewertet, bei denen der Vorwurf eines ärztlichen (oder pflegerischen) Fehlers Anlass der Obduktion war oder zu einem Gutachten durch das Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn führte.

Neben der Erfassung der Anlässe von Ermittlungsverfahren, Behandlungsfehlervorwürfen, Tatvorwürfen, betroffenen Fachrichtungen und Status der Beschuldigten wurden die Ergebnisse der medizinischen Gutachten dem juristischen Ausgang der Verfahren gegenübergestellt.

Bei 50% der Ermittlungsverfahren war die Qualifikation der Todesart als ungeklärt bzw. nicht natürlich Anlaß der Ermittlungen. In 33,8% der Verfahren waren die Vorwürfe oder Strafanzeigen von Angehörigen der Anlaß, gefolgt von Anzeigen der mit- oder nachbehandelnden Ärzte.

Der juristische Tatvorwurf der fahrlässigen Tötung überwog in den Ermittlungsverfahren, gefolgt von Körperverletzungsdelikten und dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung.

Die Mehrzahl der Ermittlungsverfahren wurde ohne anwaltliche Vertretung der Verletzten/Hinterbliebenen eingeleitet. In Verfahren mit Verletzten wurde durch diese oder durch deren Angehörige häufiger anwaltlicher Beistand gesucht (71,4%) als bei Todesfällen (37,7%). Nur in einem Drittel der Verfahren mit Verletzten, bzw. Todesfällen waren die beschuldigten Ärzte anwaltlich vertreten.

Bei konkreten Vorwürfen und Strafanzeigen von Angehörigen überwog der Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen.

Der höchste Anteil an bejahten Behandlungsfehlern, sowie deren Kausalität für den Tod fand sich bei den Medikationsfehlervorwürfen, wobei nicht chemisch toxikologische Analysen zu diesem Ergebnis führten, sondern die Verknüpfung von Todesursache und Vorwurf. Krankenhausärzte und hier die chirurgischen Disziplinen waren weit häufiger von strafrechtlichen Ermittlungsverfahren betroffen als niedergelassene Ärzte.

Es zeigte sich, daß der Anteil bejahter Behandlungsfehler, deren Kausalität für den Todeseintritt, bzw. Schaden ebenfalls bejaht wurde, mit 17,7% bei niedergelassenen Ärzten mehr als doppelt so hoch war wie bei den Krankenhausärzten (8,1%). Den geringsten Anteil sowohl bejahter Behandlungsfehler, als auch bejahter Kausalität fand sich bei den chirurgischen Disziplinen mit 1,6%.

84,8% der Ermittlungsverfahren wurden nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt. Bei 7,6% der Ermittlungsverfahren kam es zur Einstellung nach § 153a Abs. I StPO (vorläufige Einstellung gegen Zahlung einer Geldbuße) oder vorläufige Einstellung ohne Auflage (§153 Abs. I StPO). Bei 3,8% der Verfahren kam es zur Anklage.

Entscheidend zur Klärung der Behandlungsfehlerwürfe waren die gerichtlichen Obduktionen und die Gutachten der Rechtsmedizin sowie die Klinikgutachten. In 29 (15,4%) von 189 Todesfällen konnte allein die Obduktion einen Behandlungsfehler verneinen und damit die beschuldigten Ärzte entlasten. Insgesamt wurde in 70% der 200 abgeschlossenen Ermittlungsverfahren, in denen ein Gutachten erstellt wurde, ein Behandlungsfehler verneint, bei 9% sowohl ein Behandlungsfehler als auch die Kausalität für den Tod bzw. Schaden bejaht und in 6,5% dieser Verfahren zwar ein Behandlungsfehler bejaht, nicht aber dessen Kausalität.

Von geringer Bedeutung, außer beim Vorwurf des Pflegefehlers, waren Vernehmungen von Zeugen und Beschuldigten. Alle mit Sanktionen eingestellten Verfahren beim Vorwurf des Pflegefehlers stützten sich auf die Aussagen der Vernehmungen.

Anhänge

8. Status des/der Beschuldigten: Chefarzt/ärztin () Niedergelassener ()
 Oberarzt/ärztin () Urlaubsvertretung ()
 Arzt/Ärztin () Amtsarzt ()
 mehrere Ärzte () Anstaltsarzt ()
 Krankenhausärzte () PJ-Student ()
 Assistenzarzt/ärztin() Heilpraktiker ()
 Arzt/Ärztin im Praktikum () Apotheker ()
 Belegarzt/ärztin () Pflegepersonal ()
 Notarzt/ärztin () Rettungssassi/sani ()
 Notdienstarzt/ärztin () sonstiger Assiberuf ()
 nicht zu klären ()

9. falls ambulante Behandlung: Kassenzulassung vorhanden ()

10. falls ambulante Behandlung: Beschuldigter behandelt nur Privatpatienten ()

11. Akademischer Grad des/der Beschuldigten: keiner ()
 Doktor med./ Doktor med. dent. ()
 Privatdozent ()
 Professor ()
 Diplommediziner ()

12. Betroffene Fachrichtung des/der Beschuldigten

Chirurgische:

Allgemeine Chirurgie ()
 Herzchirurgie ()
 Gefäßchirurgie ()
 Gynäkol. Chirurgie ()
 HNO-Chirurgie ()
 MKG-Chirurgie ()
 Pädiatrie Chirurgie ()
 Neurochirurgie ()
 Notfallchirurgie ()
 Orthopädische Chirurgie ()
 Plastische Chirurgie ()
 Schönheitschirurgie ()
 Unfallchirurgie ()
 Urologische Chirurgie ()
 Dermatologie ()
 Ophthalmologie ()

Konservative:

Allgemeinmedizin ()
 Anästhesie ()
 Dermatologie ()
 Gynäkologie ()
 Geburtshilfe ()
 HNO-Medizin ()
 Innere Medizin ()
 Pädiatrie ()
 Naturheilverfahren ()
 Neurologie ()
 Notdienstärzteinsatz ()
 Notärzteinsatz ()
 Notaufnahme ()
 Ophthalmologie ()
 Orthopädie ()
 Psychiatrie ()
 Chirotherapie ()
 Strahlentherapie ()
 Hausarzt/prakt. Arzt ()
 Zahnmedizin ()
 Urologie ()
 Tropenmedizin ()
 Unbekannt ()

Ausschließlich diagnostische Labormedizin () Pathologie () Radiologie ()

Alternative Heilmethode ()

Angaben zum/zur Anzeigenerstatter/in/ Verletzten

13. Geschlecht des/der Verletzten männlich () weiblich ()

14. Nationalität des/der Verletzten deutsch () andere () unbekannt ()

15. Geburtstag des/der Verletzten ()

16. Todestag () Tag () Monat () Jahr Alter ()

17. Berufsbezeichnung des/der Verletzten Angestellte/r () nicht berufstätig ()
 Arbeiter/in () unbekannt ()
 Beamter/in () Hausfrau/mann ()
 Rentner/in () Selbstständige/r ()
 Schüler/in/Azubi ()

18. Versicherungssituation des/der Verletzten gesetzlich ()
 privat ()
 nicht versichert ()

19. Seit () Tag () Monat () Jahr bestand das Behandlungsverhältnis

20 Ermittlungsbeginn aufgrund:

- Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen (Betreuer, Freunde) ()
- Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als ungeklärt/nicht natürlich ()
- Strafanzeige der Angehörigen und gleichzeitige Angabe in der Todesbescheinigung ()
- Anzeige des Patienten selbst noch zu Lebzeiten ()
- Selbstanzeige des Arztes/der Ärzte ()
- Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes ()
- Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter ()
- anonyme Strafanzeige ()
- Anlaß der Ermittlungen nicht zu ermitteln ()
- Von Amtswegen aufgrund () ()
- Sonstiges ()

21. Datum des Ermittlungsbeginns (z.B. Eingang der Anzeige bei der StA)

() Tag () Monat () Jahr

22. Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung ()
- unterlassener Hilfeleistung ()
- fahrlässiger Körperverletzung ()
- Todesermittlungsverfahren ()

23. Anzeigenerstatter/in falls nicht identisch mit Verletztem/r Umfeld des Beschuldigten ()

- Eltern ()
- Ehe- bzw. Lebenspartner ()
- Andere Angehörige ()
- Bekannte/r ()
- Nichtpolizeiliche Behörde ()
- Selbstanzeige ()
- Sonstige Dritte ()
- Anonym ()

24. Anwaltliche Vertretung des Verletzten ab und einschließlich der Anzeigenerstattung ()
erst im Anschluß an Anzeigenerstattung ()
ohne anwaltliche Vertretung ()

25. Anwaltliche Vertretung der Hinterbliebenen ab und einschließlich der Anzeigenerstattung ()
erst im Anschluß an Anzeigenerstattung ()
ohne anwaltliche Vertretung ()

26. Angezeigt bei Polizei () StA () Sonstige ()

Angaben zur Tat

27. Vorangegangene Behandlung: keine vorangegangene Behandlung/Notarzteinsatz ()
Erstmalige ambulante Konsultation ()
Stationäre Behandlung wenige Tage (1-5 Tage) ()
Stationäre Behandlung mehr als 5 Tage ()

28. Falls realkonkurrierende Taten ermittelt werden, wie viele ()

29. Bei KV-Delikten: Vorwurf bezieht sich auf die mangelnde Einwilligung des Patienten()
eine Fehldiagnose ()
eine Fehlbehandlung ()
einen personellen Organisationsfehler ()
die mangelnde Aufklärung des Patienten ()
ein Unterlassen ()

30. Bei §323c: Vorwurf bezieht sich auf Nichterscheinen (Notdienst) ()
Nichtbehandlung trotz Anwesenheit des Arztes ()

31. Tatort

Klinik: Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft	<input type="checkbox"/>	Hausbesuch	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus der Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/>	Praxis	<input type="checkbox"/>
Landeskrankenhaus	<input type="checkbox"/>	Pflegeheim	<input type="checkbox"/>
Uniklinik	<input type="checkbox"/>	Altenheim	<input type="checkbox"/>
Kreiskrankenhaus	<input type="checkbox"/>	Notfallort	<input type="checkbox"/>
Städtisch	<input type="checkbox"/>	Haftanstalt	<input type="checkbox"/>
Reha-Klinik	<input type="checkbox"/>	unbekannt	<input type="checkbox"/>
Privatklinik	<input type="checkbox"/>	Sonstiger	<input type="checkbox"/>
Sanatorium	<input type="checkbox"/>		
Bundeswehrkrankenhaus	<input type="checkbox"/>		
Tropenlinik	<input type="checkbox"/>		

32. Falls Klinik: Intensivstation Notfallaufnahme Sonstiges 33. Behandlung stationär ambulant

34. Falls Uniklinik, Kreiskrankenhaus, Reha-Klinik oder Privatklinik:

die Klinik gilt als Schwerpunkt-klinik im Bereich der vorgeworfenen Behandlung

35. Datum der vorgeworfenen Tat () Tag () Monat () Jahr

36. Falls Vorwurf eines Behandlungsfehlers, Art der vorgeworfenen Behandlung

- operativ ()
- Intensivmedizin ()
- Invasiv (Endoskopie, Katheder ()
- Konservativ ()
- Naturheilverfahren/Alternative Med. ()

37. Sachverhalt lt. Obduktionsprotokoll () lt. ausführl. Gutachten ()

38. Behandlungsstadium Diagnose () Therapie () nach Therapie (Überwachung) ()

39. Behandlungsfehler bzw. Behandlungsfehlervorwurf (wenn hinreichend konkretisiert)

Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen:

- verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen (trotz Beschwerden, verspätetes Erkennen einer Peritonitis etc.) ()
- Vorwurf mangelnder Diagnostik (Unterlassenes Röntgen nach SHT, kein EKG trotz kardialer Symptome etc.) ()
- Vorwurf unzureichender Überwachung (auch von Berufsanfängern) ()
- Sonstiges: ()

Medikationsfehler:

- Medikationszwischenfall (falsches Medikament, falsche Dosis, falsche Applikationsart, etc.)----- ()

Komplikation bei operativem Eingriff:

- intraoperative Komplikation mit späteren Versterben ()
- Exitus in tabula ()
- Komplikation bei endoskopischem Eingriff (Gastroskopie, Laproskopie, etc.) ()
- postoperative Komplikation ()

Falschbehandlung:

- Transfusionszwischenfall ()
- Telefondiagnostik ()
- Falschbehandlung trotz richtiger Diagnose ()
- Seitenverwechslung von Organen oder Extremitäten ()

Pflegefehler:

- Lagerungsfehler (z.B. mangelnde Dekubitusprophylaxe, OP-Lagerungsfehler) ()
- mangelnde Thromboseprophylaxe ()
- unzureichende Kontrakturprophylaxe ()
- sonstiger Pflegefehlervorwurf ()

Art des Behandlungsfehlervorwurfs nicht konkretisiert----- ()

**Vorwurf betrifft unmittelbar einen Fehler in der Anwendung eines
medizinischen Apparates----- ()**

40. Obduktionsdatum () Tag () Monat () Jahr

41. Stichwortartige Darlegung des Sachverhalts:

42. Ergebnis des Obduktions- bzw. des abschließenden Gutachtens:

43. Besonderheiten:

44. Ergebnis: Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht ()
 Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint oder fraglich ()
 Behandlungsfehler bejaht ()
 Behandlungsfehler verneint ()
 Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach
 - weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc. ()
 - Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens ()
 Gutachten vorbehalten ()
45. Falls es mehrere Verletzte gab Anzahl () Aufgrund Technikeinsatz (Apparatemedizin) ()
46. Datum der Aufklärung () Tag () Monat () Jahr
47. Uhrzeit der Aufklärung () Stunde () Minute
48. Haftsache (JVA-Patient) ()
49. Patient in psychiatrischer Anstalt ()

Definitionen

50. Polizeiliche Ausgangsdefinition § ()
51. Definitionen Polizeiliche § ()
 Staatsanwaltschaftliche wie polizeiliche ()
 Umdefinition in § ()

52. Polizeiliche Ermittlungshandlungen

Zeugenvernehmung: Verletzte/r	()
Anzeigenerstatter (falls nicht identisch mit Verletzter/m)	()
Vorbehandelnde Ärzte	()
andere an der konkreten Behandlung beteiligten Ärzte	()
nachbehandelnde Ärzte	()
Hausarzt	()
Praxis- bzw. Klinikpersonal	()
Pflegepersonal	()
Angehörige	()
Sonstige	()
Beschuldigtenvernehmung	()

Sicherstellung der Krankenunterlagen:

der vorbehandelnden Ärzte	()
der nachbehandelnden Ärzte	()
des Beschuldigten	()
des Beschuldigten über die ihn beschäftigende Klinik	()

Beschlagnahme der Krankenunterlagen:

der vorbehandelnden Ärzte	()
der nachbehandelnden Ärzte	()
des Beschuldigten	()
Durchsuchung wurde durch freiwillige Herausgabe nicht abgewendet	()
Einholung einer Stellungnahme der Einrichtung (JVA, Psychiatrische Abteilung)	()

Krankenunterlagen komplett	()
lückenhaft	()
manipuliert	()

- Sonstige Ermittlungshandlungen: sonstige Beschlagnahmen ()
- Erkennungsdienstliche Maßnahmen ()
 - Vorläufige Festnahme ()
 - Spurensicherung ()
 - Fahndung ()
 - Behördeneinschaltung ()
 - Gegenüberstellung ()
 - sonstige Ermittlungshandlungen am Tatort ()
 - Tatverdächtigenuntersuchung ()
 - Observation ()

53. Zeugenvernehmung wurde durch schriftliche Äußerungen ersetzt ()

54. Die Beschuldigtenvernehmung wurde durch eine Aufforderung zur schriftlichen Äußerung ersetzt ()

55. Zeugenvernehmung wurde durchgeführt durch Staatsanwaltschaft ()
- Polizei ()
 - Ermittlungsrichter ()

56: Beschuldigtenvernehmung wurde durchgeführt durch Staatsanwaltschaft ()

- Polizei ()
- Ermittlungsrichter ()

57. Falls Anzeige bei der Polizei, Eingang bei der StA () Tag () Monat () Jahr

58. Ermittlung erfolgt durch StA ()
- OStA ()
 - LtdOStA ()

59. Persönliche Ermittlungen der StA: Geschädigtenvernehmung ()
Beschuldigtenvernehmung ()
Zeugenvernehmung ()

60. Anträge der StA an das Gericht: richterliche Vernehmung beantragt ()
Haftbefehl beantragt ()
sonstige Maßnahmen nach StPO beantragt ()

Staatsanwaltschaftliche Ermittlungshandlungen: insbesondere Gutachten

61. Obduktion wurde angeordnet am () Tag () Monat () Jahr
62. Obduktion wurde durchgeführt am () Tag () Monat () Jahr
63. Vorläufiger Obduktionsbericht lag vor am () Tag () Monat () Jahr
64. Endgültiges Gutachten lag vor am () Tag () Monat () Jahr
65. Das Institut für Rechtsmedizin hat die Obduktion nicht durchgeführt, sondern:
66. Neben der Feststellung der Todesursache sollte der Obduzent weitere Fragen prüfen ()

Gutachten

67. Falls mehrere Gutachten (außer Obduktion) in Auftrag gegeben wurden, wie viele ()

68. Weiteres rechtsmedizinisches Gutachten wurde in Auftrag gegeben als

Zusatzgutachten ()

Zweitgutachten ()

(zur ergänzenden Prüfung)

(zur Einholung einer weiteren Meinung bei

chem. toxikologische Untersuchung ()

identischer Fragestellung)

histologische Untersuchung ()

mikrobiologische Untersuchung ()

neuropathologische Untersuchung ()

sonstige Untersuchung ()

69. Rechtsmedizinisches Gutachten (nicht Obduktionsgutachten)verfügt am

() Tag () Monat () Jahr

erstellt am () Tag () Monat () Jahr

70. Der rechtsmedizinische Gutachtenauftrag umfaßt () Fragen

71. Falls das rechtsmedizinische Gutachten eine Aussage zur Sorgfaltswidrigkeit trifft, ist diese

belastend ()

entlastend ()

teilentlastend ()

Aussage nicht möglich ()

72. Falls das rechtsmedizinische Gutachten eine Aussage zur Kausalität trifft, ist diese

belastend ()

entlastend ()

teilentlastend ()

Aussage nicht möglich ()

73. Falls das rechtsmedizinische Gutachten eine Aussage zum Organisationsverschulden trifft, ist

- dieses belastend ()
 entlastend ()
 teilentlastend ()
 Aussage nicht möglich ()

74. Weiteres externes Gutachten wurde in Auftrag gegeben als

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Zusatzgutachten () | Zweitgutachten () |
| (zur ergänzenden Prüfung) | (zur Einholung einer weiteren Meinung bei |
| chem. toxikologische Untersuchung () | identischer Fragestellung) |
| histologische Untersuchung () | |
| mikrobiologische Untersuchung () | |
| neuropathologische Untersuchung () | |
| sonstige Untersuchung () | |

75. externes Gutachten (nicht Obduktionsgutachten)verfügt am

() Tag () Monat () Jahr

erstellt am () Tag () Monat () Jahr

76. Der externe Gutachtenauftrag umfaßt () Fragen

77. Falls das externe Gutachten eine Aussage zur Sorgfaltswidrigkeit trifft, ist diese

- belastend ()
 entlastend ()
 teilentlastend ()
 Aussage nicht möglich ()

78. Falls das externe Gutachten eine Aussage zur Kausalität trifft, ist diese

- belastend ()
 entlastend ()
 teilentlastend ()
 Aussage nicht möglich ()

79. Falls das externe Gutachten eine Aussage zum Organisationsverschulden trifft, ist

- dieses belastend ()
 entlastend ()
 teilentlastend ()
 Aussage nicht möglich ()

80. externer Gutachter Hausarzt () Institut für Medizinschadensbegutachtung ()
 Facharzt () sonstiger Arzt ()
 Klinikarzt () sonstiges Institut ()

81. Der Gutachter der externen Gutachtens gehört der Fachrichtung des Beschuldigten an ()

82. Falls ausschließlich rechtsmedizinischer Gutachter: Hat dieser zu beurteilen, ob
 ein Behandlungsfehler unterlief ()
 die Sorgfaltspflicht in einem klinischen Fachgebiet nicht eingehalten wurde ()

83. Falls rechtsmedizinischer Gutachter: wurde ein Kollegiumsgutachten erstellt ()

84. Gutachter wurde benannt durch zunächst angesprochenen Gutachter () Ärztekammer ()

85. Ergebnis des rechtsmedizinischen Gutachtens insgesamt ist belastend ()
 entlastend ()
 teilentlastend ()
 Aussage nicht möglich ()

92. Privatgutachten Nr. () Hausarzt ()
 Facharzt ()
 Klinikarzt ()
 Institut f. Rechtsmedizin ()
 Institut f. Medizinschadensbegutachtung ()
 sonstiger Arzt ()
 sonstiges Institut ()
 sonst benannt durch Ärztekammer ()

93. Falls das Privatgutachten Nr. () eine Aussage zur

(Frage):

ist diese belastend ()

entlastend ()

teilentlastend ()

Aussage nicht möglich()

94. Falls das Privatgutachten Nr. () eine Aussage zur Kausalität trifft, ist diese

belastend ()

entlastend ()

teilentlastend ()

Aussage nicht möglich ()

95. Falls das Privatgutachten Nr. () eine Aussage zu Organisationsverschulden trifft, ist diese

belastend ()

entlastend ()

teilentlastend ()

Aussage nicht möglich ()

96. Ergebnis des Privatgutachtens Nr. () ist insgesamt

belastend ()

entlastend ()

teilentlastend ()

Aussage nicht möglich ()

97. Ein Zivilverfahren wurde geführt () wird geführt () soll geführt werden ()

98. Ein Verfahren vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammer wurde geführt () wird geführt () soll geführt werden ()

99. Ärztekammer wurde von dem Vorfall in Kenntnis gesetzt

durch Staatsanwaltschaft ()

durch Anzeigenerstatter/Verletzten ()

Sonstige ()

100. Ist der Verletzte rechtsschutzversichert ja () nein ()

Ist der Beschuldigte rechtsschutzversichert ja () nein ()

Erledigung der Staatsanwaltschaft durch

101. Anklage vor dem Amtsgericht	vor dem Landgericht
Schöffengericht ()	Schwurgericht ()
Erweitertes Schöffengericht ()	Große Strafkammer ()
Strafrichter ()	

102. Falls Schöffengericht oder Strafrichter
Antrag auf Entscheidung im beschleunigten Verfahren ()

103. Antrag auf Erlass eines Strafbefehls

Strafbefehl ohne Freiheitsstrafe ()

Strafbefehl mit Freiheitsstrafe (Bewährung) ()

* schicksalhafter Verlauf, Möglichkeit, daß med. Intervention nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Erfolg geführt hätte.

** verschiedene Behandlungsmöglichkeiten waren gegeben

*** völlige Überlastung, z.B. im Nachtdienst

117. Sonstige Art der Erledigung Abgabe an Verwaltungsbehörde als Ordnungswidrigkeit

(§§ 41 Abs. 2, 43 OWIG)

Verweisung auf den Weg der Privatklage ()

Abgabe an andere Staatsanwaltschaft ()

Vorläufige Einstellung gem. §205 StPO ()

Anderweitige Erledigung ()

118. Einstellung erfolgte in Konsequenz d.

Rücknahme des Strafantrags ()

Obduktionsberichts ()

Krankenunterlagen ()

Zeugenaussagen ()

Beschuldigtenvernehmung ()

Rechtsmedizinischen Gutachtens ()

externen Gutachtens ()

Privatgutachtens ()

Schutzschrift ()

Stellungnahme der den Beschuldigten beschäftigten Einrichtung (JVA, Psych.) ()

Anderer Grund (aufgrund Aktenlage) ()

119. Im Einstellungsbescheid wird zur Begründung auf das Sachverständigengutachten verwiesen

(§1171 StPO, Nr. 89 RiStBV) ()

120. Datum der Einstellungsverfügung () Tag () Monat () Jahr

121. Der Aktenumfang des Ermittlungsverfahrens beträgt () Seiten

Klageerzwingung

122. Beschwerde gegen die Einstellung begründet ()
unzulässig ()
unbegründet ()

Im Falle der Erfolglosigkeit der Beschwerde:

- Antrag auf gerichtliche Entscheidung begründet ()
unzulässig ()
unbegründet ()

Anhang 2: Statistiken der untersuchten Verfahren

210 Ermittlungsverfahren bestehend aus:	
39 Todesermittlungsverfahren mit	171 anderen Verfahren mit
0 Beschuldigte 4 x Fehlervorwürfe** Angehörige und 35 nicht konkretisierten Fehlervorwürfen	183 Tatvorwürfen* mit 210 Beschuldigten 197 x Fehlervorwürfe** durch Angehörige/Verletzte/etc. (mehrere Vorwürfe in einem Verfahren möglich)
Gesamt: 210 Beschuldigte 236 x Fehlervorwürfe** der Angehörigen/Verletzten/Ärzte/etc.	

Anzahl der Beschuldigten in den 171 Ermittlungsverfahren ohne Todesermittlungsverfahren, da dort keine Beschuldigten	
Anzahl der Verfahren mit 1 Beschuldigten	145
Anzahl der Verfahren mit 2 Beschuldigten	17
Anzahl der Verfahren mit 3 Beschuldigten	6
Anzahl der Verfahren mit 4 Beschuldigten	2
Anzahl der Verfahren mit 5 Beschuldigten	1

Anzahl der Tatvorwürfe n = 183	
Anzahl der Verfahren mit 1 Tatvorwurf	170
Anzahl der Verfahren mit 13 Tatvorwürfen	1

Tab.61 * Tatvorwürfe: fahrlässige Tötung, Körperverletzungsdelikte, unterlassene Hilfeleistung, Mord
 ** Fehlervorwürfe: Unterlassen, Fehlbehandlung, Fehldiagnose, Nichterscheinen, mangelnde Aufklärung etc

Anhang 3: Flußdiagramm zum Verfahrensausgang der 210 staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren

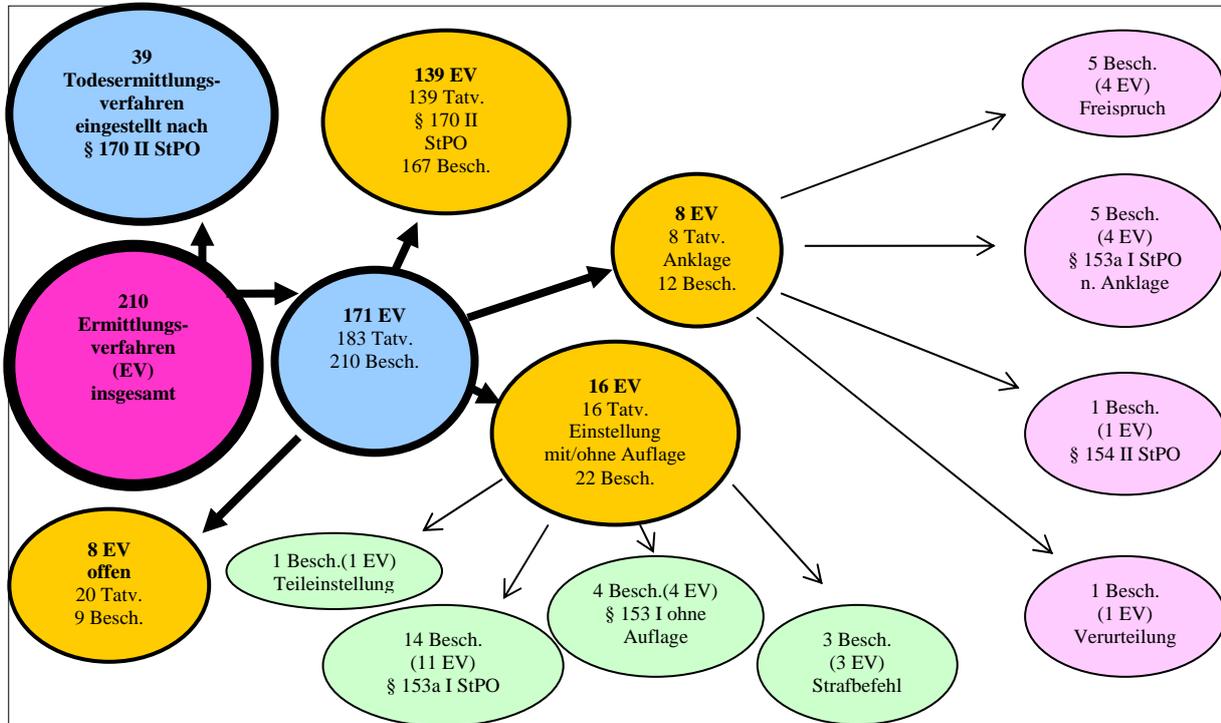


Abb.2 Flußdiagramm zum Verfahrensausgang der 210 staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren

EV = Ermittlungsverfahren; Tatv. = juristische Tatvorwürfe; Besch. = Beschuldigte

Alle 39 Todesermittlungsverfahren wurden nach §170 Abs. 2 StPO eingestellt. Von den übrigen 171 Ermittlungsverfahren wurden 156 eingestellt, davon 139 Mal nach §170 Abs. 2 StPO und 16 Mal mit oder ohne Auflage (§153, §153a StPO, Strafbefehl). In 8 Verfahren mit 12 Beschuldigten wurde Anklage erhoben. Von diesen 12 Angeklagten wurden 5 freigesprochen. Bei 5 weiteren Angeklagten kam es zu einer Verfahrenseinstellung nach §153a Abs. 1 StPO, nur einer der 12 Beschuldigten wurde verurteilt. 8 Ermittlungsverfahren mit 20 Tatvorwürfen und 9 Beschuldigten (teilweise mehrere Tatvorwürfe gegen einen Arzt) waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht abgeschlossen.

VI. Literaturverzeichnis

Allard J, Carthey J, Cope J, Pitt M, Woodward S. Medication errors causes, prevention and reduction. *Br J Haematol* 2002; 116: 255-265

Allinson TT, Szeinbach SL, Schneider PJ. Perceived accuracy of drug orders transmitted orally by telephone. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 78-83

Althoff H, Solbach T. Analyse arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen zwischen 1978-1981. *Z. Rechtsmed.* 1984; 93: 273-282

Battle RM, Pathak D, Humble CG, Key CR, Vanatta PR, Hilt RB, Anderson RR. Factors influencing discrepancies between premortem and post-mortem diagnosis. *JAMA* 1987; 258: 339 ff.

Batuello KM. Warum Chirurgen verklagt werden –Die amerikanische Perspektive. *Arztrecht* 1997; 10: 265-269

Bauer TM, Potratz D, Göllner T, Wagner A, Schäfer R. Qualitätskontrolle durch Autopsie. *Dtsch Med Wochenschr* 1991; 116: 801-807

van den Bemt PMLA, Postma MJ, van Roon EN, Chow MCC, Fijn R, Brouwers JRBJ. Cost-benefit analysis of the detection of prescribing errors by hospital pharmacy staff. *Drug Saf* 2002; 25: 135-143

Berg S. Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1992

Boll J, Bär W. Ärztliche Kunstfehler und ihre Ermittlung. *Kriminalistik* 2000; 4: 271-277

Bove KE, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, A review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med 2002; 126: 1023-1031

Breitfellner G, Haid A, Bayer P. Der Stellenwert der Autopsie in der heutigen Medizin. Pathologie 1980; 1: 1 ff.; 1982; 3: 61 ff.

Brinkmann B, Banaschak S, Bratzke H, Cremer U, Drese G, Erfurt C, Giebe W, Lang C, Lange E, Peschel O, Philipp KP, Püschel K, Risse M, Tutsch-Bauer E, Vock R, Du Chesne A. Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I). Arch Kriminol 1997; 199: 1-12

Brinkmann B. Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (II). Arch Kriminol 1997; 199: 65-74

Bruns W. Persönliche Haftung des Krankenhaus-Geschäftsführers für Organisationsfehler?. Arztrecht 2003; 3: 60-66

Bryony D, Schachter M, Vincent Ch, Barber N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. Lancet 2002; 359: 1373-1378

Buchter A, Heinemann A, Püschel K. Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus. Medizinrecht 2002; 4: 185-189

Bürger R. Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsprozeß. Medizinrecht 1999; 3: 100-111

Dettmeyer R, Madea B. Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren. Medizinrecht 1999; 12: 533-539

Dettmeyer R, Driever F, Becker A, Wiestler OD, Madea B. Fatal myeloencephalopathy due to accidental intrathecal vincristin administration- a report of two cases.

Forensic Sci. Int. 2001; 122: 60-64

Dettmeyer R, Preuß J, Madea B. Malpractice- role of the forensic pathologist in Germany. *Forensic Sci. Int.* 2004; 144: 265-267

Dettmeyer R, Egl M, Madea B. Medical malpractice charges in Germany- role of the forensic pathologist in the preliminary criminal proceeding. *J. Forensic Sci.* 2005; 50: 423-427

Deutsch E. Novellierung des Arztstrafrechts? Arztstrafrecht im internationalen Vergleich. *Z Äztl. Fortbild. Qualitätssich.* 1998; 92: 547-578

Eisenmenger W, Liebhardt E, Neumaier R. Ergebnisse von „Kunstfehlergutachten“. *Beitr. Gerichtl. Med.* 1978; 36: 215-221

Eisenmenger W, Tröger HD. Narkosezwischenfälle aus rechtsmedizinischer Sicht. *Beitr. Gerichtl. Med.* 1979; 37: 109-112

Eissler M. Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland- ein bundesweiter Vergleich. *Medizinrecht* 2005; 5: 280-282

Fernandez CV, Donald H, Sheila P. Intrathecal Vincristine: An analysis of reasons for recurrent fatal chemotherapeutic error with recommendations for prevention. *J Pediatr Hematol Oncol* 1998; 20: 587-590

Frühmorgen P, Pfähler A. Komplikationen bei 39397 endoskopischen Untersuchungen- eine 7jährige prospektive Dokumentation über Art und Häufigkeit. *Leber Magen Darm* 1990; 1: 20-32

Giordano JM. Malpractice and the vascular surgeon. *J Vasc Surg* 1993; 18: 901-904

Günter HH. Staatsanwaltliche Ermittlungen gegen Ärzte bei Verdacht eines „Kunstfehlers.“ *DRiZ* 1982; 9: 326-334

Hansis ML, Hart D. Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut 2001

Hansis ML, Hansis DE. Der ärztliche Behandlungsfehler. Landsberg: ecomed-Verlagsgesellschaft, 2001

Hartmann H, Seeger R. Tödliche Zwischenfälle bei ärztlicher Tätigkeit und ihre rechtliche Beurteilung. Beitr. Gerichtl. Med. 1984; 42: 31-35

Hicks RW, Cousins DD, Williams RI. Selected medication error data from USP's MEDMARX program for 2002. Am J Health Syst Pharm. 2004; 61: 993-1000

Hiersche HD. Ambulantes Operieren aus medizinischer Sicht. Geburtshilfe und Frauenheilkd. 1994; 54: M35-M38

Holzer FJ. Gerichtsmedizinische Gutachten zur Klärung ungerechtfertigter Anschuldigungen gegen Ärzte. Z. Rechtsmed. 1973; 71: 332-336

Janssen W, Uetzmann G, Uetzmann HC. Iatrogene Todesfälle und ärztliche Offenbarungspflicht? Beitr. Gerichtl. Med. 1986; 44: 325-331

Janssen W, Püschel K. Zur Frage der Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (sog. Kunstfehler). Medizinrecht 1998; 3: 119-121

Jürgens O. Die Beschränkung der strafrechtlichen Haftung für ärztliche Behandlungsfehler. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften, 2005

Kenagy JW, Stein GL. Naming, labeling, and packaging of pharmaceuticals. Am J Health Syst Pharm 2001; 58: 2033-2041

Kern KA. Medicolegal analysis of bile duct injury during open cholecystectomy and abdominal surgery. Am. J. Surg. 1994; 168: 217-222

Krumpaszky HG, Sehte R, Selbmann HK. Die Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen in der Medizin. VersR 1997; 4: 420-427

Lignitz E, Mattig W. Der iatrogene Schaden. Berlin: Akademie-Verlag, 1989

Luxenburger B. Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland: Fortentwicklungsbedarf und Fortentwicklungsmöglichkeiten“. *Medizinrecht* 2001; 11: 594-597

Madea B, Henssge C, Lignitz E. Fahrlässige Tötung durch medikamentöse Therapie. *Rechtsmedizin* 1994; 4: 123-131

Madea B. Leichenschau. Durchführung der Leichenschau in der Praxis, FdM-Tabelle, Leichenschau-Feststellung des Todes, der Todesart und Ursache, Meldepflichten und Verhalten gegenüber den Ermittlungsbehörden; *Fortschr. Med.* 1995; 113: 189-192, 227-229, 265-266, 193-195, 231-234

Madea B, Dettmeyer R. Rechtsgrundlagen der Leichenschau. In Madea B, Hrsg. Die Ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, Praktische Durchführung, Problemlösung. Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag, 1999: 19-52

Madea B, Dettmeyer R. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. *Dtsch Ärztebl* 2003; 48: A 3161-3179

Madea B, Venedey C, Dettmeyer R, Preuß J. Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 38: 2073-2078

Mallach HJ. Ärztliche Kunstfehler. *Beitr. Gerichtl. Med.* 1984; 42: 425-433

Mallach HJ, Schlenker G, Weiser A. Ärztliche Kunstfehler. Stuttgart: G. Fischer-Verlag, 1993

Mattern R, Kohnle S. Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler am Institut für Rechtsmedizin Heidelberg 1978 bis 1980. *Beitr. Gerichtl. Med* 1983; 42: 17-22

Mayo AM, Duncan D. Nurse perception of medical errors. *J Nurs Care Qual* 2004; 19: 209-217

Merry A, Smith MC. Errors, Medicine and the Law. Cambridge: University Press, 2001

Metter D, Greilich-Rahbari H. Sektionsergebnis und Kunstfehler-Gutachten.

Versicherungsmedizin 1990; 42: 117-121

Modelmog B, Goertchen R, Kunze K, Münchow T, Grunow N, Terpe HJ, Rocholl A, Lehmann

K. Der gegenwärtige Stellenwert einer annähernd einhundertprozentigen Obduktionsquote

(Görlitzer Studie). Z. Klin. Med. 1989; 24: 2167-2171

Müller E. Von der Körperverletzung zur eigenmächtigen Heilbehandlung. Ein Beitrag zur strafrechtlichen Arzthaftung. DRiZ 1998; 4: 155-160

Neu J. Ärztliche Behandlungsfehler. Arztrecht 2001; 9: 275

Orben S. Rechtliche Verantwortung für Behandlungsfehler. Köln: Carl Heymanns Verlag KG, 2004

Perkins GD, McAuley DF, Davies S, Gao F. Discrepancies between clinical and post-mortem diagnosis in critical ill patients: an observational study. Crit Care 2003; 7: 129-132

Peters TA. Der strafrechtliche Arzthaftungsprozeß. Eine empirisch-dogmatische Untersuchung in kriminalpolitischer Hinsicht. Pforzheim: Pro Universitate Verlag, 2000

Peters TA. Defensivmedizin durch Boom der Arztstrafverfahren?. Medizinrecht 2002; 5: 227-231

Peters TA. Defensivmedizin durch Rechtsunsicherheit im Arztstrafverfahren?.

Medizinrecht 2003; 21: 219-221

Pfleiderer T, Schubert BG. Pflegemängel als Kausalitätsproblem.

Medizinrecht 2005; 10: 591-595

Pluisch F. Die rechtsmedizinische Begutachtung von „Behandlungsfehler“-Vorwürfen.

Diss. Med. Fak., Universität Bonn 1990

Preuß J, Dettmeyer R, Madea B. Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (bundesweite Multicenterstudie). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, 2006

Pribilla O. Arzt und Behandlungsfehlervorwurf. Beitr. Gerichtl. Med. 1988; 46: 27-36

Rados C. Drug name confusion: Preventing medication errors. FDA Consum 2005; 39: 35-37

Ratajczak T. Nochmals: Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte.
Medizinrecht 1988; 2: 80-82

Ridley SA, Booth A, Thompson CM. Prescription errors in UK critical care units.
Anaesthesia 2004; 59: 1193-1200

Rothmund M. Patientensicherheit. Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 501-502

Schepokat KD, Held K. Ergebnisse von 903 Schlichtungsverfahren in der Inneren Medizin.
Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 253-259

Schlund GH. Verhältnis des Sachverständigen zum Gericht. In Laufs A, Uhlenbruck W, Hrsg.
Handbuch des Arztrechts. München: C.H.Beck, 1999: 948-949

Schulmeister L. Look-alike, sound-alike. oncology medication.
Clin J of Oncol Nurs 2006; 10: 35-41

Schwenzer Th, Beck L. Behandlungsfehler bei gynäkologischen Operationen.
Gynäkologe 1994; 27: 239-248

Seehafer W. Der Arzthaftungsprozess in der Praxis. Medizinrecht 1989; 7: 123-127

Tanida N. Death during surgery in Japan. Lancet 2002; 306: 1984-1985

Taupitz J. Aufklärung über Behandlungsfehler: Rechtspflicht gegenüber dem Patienten oder ärztliche Ehrenpflicht?. *Neue Jurist. Wochenschr.* 1992; 12: 713-719

Thomeczek C. Fehlerquelle „Mensch“. *Berliner Ärzte* 2001; 11: 11-16

Ulsenheimer K. Aus der Praxis des Arztstrafrechts. *Medizinrecht* 1984; 5: 161-167

Ulsenheimer K. Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte, Erfahrungen, Schwerpunkte, Tendenzen. *Medizinrecht* 1987; 5: 207-216

Ulsenheimer K. *Arztstrafrecht in der Praxis*. Heidelberg: C.F. Müller-Verlag, 1998

Vock R. Überprüfung von ca. 7000 Todesbescheinigungen. Konsequenzen für die ärztliche Aus- und Fortbildung. *Beitr. Gerichtl. Med.* 1984; 42: 355 ff.

Wells WJ. And justice for whom? *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1999; 117: 211-219

Wheeler SJ. Dose calculation and medication error, Why are we still weakened by strengths?. *Eur J Anaesthesiol* 2004; 21: 929-931

Winterstein A, Johns TE, Rosenberg EI, Hatton R, Gonzalez RR, Kanjanarat P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61: 1908-1916

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Menschen herzlich bedanken, die mich bei dieser Dissertation begleitet und zum Gelingen beigetragen haben.

Herrn Professor Madea danke ich besonders für die Überlassung dieses interessanten Themas und seiner zuverlässigen und unkomplizierten Betreuung.

Ebenso danke ich Herrn PD Dr. Dettmeyer und Frau Dr. Preuß, die mir mit wichtigen Rat und Tat zur Seite standen.

Herrn Kay Michael Masslow für die Hilfe bei der Erstellung der Datenbank, - ohne ihn wäre die Auswertung nicht so schnell vorangekommen.

Den Staatsanwaltschaften, die durch die zügige Bereitstellung der Akten zum Gelingen dieser Arbeit beitrugen. Hier sind besonders zu nennen: Herr Staatsanwalt Wilhelm, Herr Staatsanwalt Möller und Herr Göbel.

Meinem Bruder Martin und seiner Frau Caroline für das Korrekturlesen.

Herrn Axel Jansen, der mir bei der Formatierung dieser Arbeit half.

Den Kollegen Dres. Sauer und Engels für die Unterstützung, sowohl während meiner Abwesenheit in der Praxis, als auch mit Rat bei der Umsetzung der Doktorarbeit.

Schließlich danke ich meiner Frau Kumari, die mich bei dem Schritt unterstützte, neben meiner Arbeit eine Doktorarbeit zu beginnen.