

Rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehler-
vorwürfen bei Exitus in tabula – eine multizentrische Analyse

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

Susanne Antonia Bielefeld geb. Heßing
aus Vreden

2008

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. B. Madea
2. Gutachter: PD Dr. med. U. Stamer

Tag der Mündlichen Prüfung: 06.06.2008

Aus dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. B. Madea

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

Meinem lieben Mann,
der mich sowohl in guten als auch schlechten Tagen unter-
stützt und einfach für mich da ist

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
1.1	Historische Einordnung.....	9
1.2	Fragestellung.....	13
2	Methodik.....	15
3	Ergebnisse.....	19
3.1	Einordnung der Fälle von Exitus in tabula in das Gesamtabduktionsgut aller teilnehmenden Institute.....	19
3.2	Daten zur Verteilung von Behandlungsfehlervorwürfen nach Exitus in tabula in Deutschland	20
3.3	Analyse der Fälle von Exitus in tabula	22
3.3.1	Geographische Verteilung der Fälle von Exitus in tabula.....	22
3.3.2	Zeitliche Einordnung der Fälle von Exitus in tabula.....	24
3.3.3	Demographische Daten der Fälle von Exitus in tabula	25
3.3.4	Ermittlungsverfahrenbezogene Datenauswertung der Fälle von Exitus in tabula.....	29
3.3.5	Daten zu den potenziell Beschuldigten	31
3.3.6	Beurteilung im Rahmen der Begutachtung	36
3.3.7	Daten zum Procedere bei der Begutachtung	40
3.3.8	Subgruppen.....	49
3.4	Vertiefte Auswertung von Fällen aus den unterschiedlichen Fachgebieten.....	55
3.4.1	Allgemeinchirurgie.....	55
3.4.1.1	Laparotomie	55
3.4.1.2	Thorakotomie	59
3.4.1.3	Laparoskopische Cholezystektomie.....	60
3.4.1.4	Punktion / Drainage	60
3.4.1.5	Leistenhernie	61
3.4.1.6	Niere.....	61
3.4.1.7	Struma.....	61
3.4.1.8	Tracheotomie	62
3.4.1.9	Trauma (Schnittverletzung)	62
3.4.1.10	Tiefe Beinvenenthrombose	62
3.4.2	Unfallchirurgie	62
3.4.2.1	Behandlung von Oberschenkelhalsfrakturen mittels Totalendoprothesen (TEP)	62
3.4.2.2	Behandlung sonstiger Frakturen	63
3.4.2.3	Polytrauma	64

3.4.2.4	Andere Erkrankungen in der Unfallchirurgie	64
3.4.3	Gefäßchirurgie.....	65
3.4.3.1	Aortenaneurysma	65
3.4.3.2	Aneurysmata der Arteria iliaca/femoralis	65
3.4.3.3	Durchblutungsstörungen bei Gefäßstenosen/-verschlüssen	65
3.4.3.4	Varizen.....	66
3.4.4	Herzchirurgie.....	66
3.4.4.1	Bypassoperationen	66
3.4.4.2	Angeborene Herzfehler im jungen Erwachsenenalter.....	67
3.4.4.3	Angeborene Herzfehler in den ersten Lebenstagen	67
3.4.4.4	Myokardinfarkt mit Aortendissektion.....	67
3.4.4.5	Plötzliche Asystolie während einer Bandscheibenoperation	68
3.4.5	Kosmetische Chirurgie – Fettabsaugung.....	68
3.4.6	Innere Medizin	68
3.4.6.1	Herzkatheteruntersuchungen.....	68
3.4.6.2	Herzschrittmacherimplantation	69
3.4.6.3	Perikardpunktion.....	70
3.4.6.4	Bronchoskopie	70
3.4.6.5	Coloskopie	70
3.4.6.6	Gastroskopie	71
3.4.6.7	Anlage einer percutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde)	71
3.4.7	Anästhesiologie	71
3.4.7.1	Herzversagen, Myokardinfarkt	71
3.4.7.2	Hypoxie.....	71
3.4.7.3	Invasive Maßnahmen (Zentraler Venenkatheter (ZVK), Bronchoskopie).....	74
3.4.7.4	Anaphylaktischer Schock.....	74
3.4.7.5	Transfusion	75
3.4.7.6	Maligne Hyperthermie	75
3.4.7.7	Asystolie	75
3.4.7.8	Lungenödem	75
3.4.7.9	Bronchospasmus	76
3.4.7.10	Spannungspneumothorax	76
3.4.8	Orthopädie.....	76
3.4.8.1	Totalendoprothetische Versorgung des Hüftgelenks	76
3.4.8.2	Operationen an der Wirbelsäule.....	77

3.4.8.3	Arthroskopie	78
3.4.8.4	Operation nach Beckenfraktur	78
3.4.9	Gynäkologie	78
3.4.9.1	Laparoskopie.....	78
3.4.9.2	Hysteroskopie	79
3.4.9.3	Laparotomie	79
3.4.10	Geburtshilfe.....	79
3.4.10.1	Sectio caesarea.....	79
3.4.10.2	Spontangeburt	80
3.4.11	Neurochirurgie	80
3.4.11.1	Operationen am Kopf.....	80
3.4.11.2	Operationen an der Wirbelsäule.....	80
3.4.12	Kinderchirurgie	81
3.4.12.1	Anlage eines suprapubischen Katheters (SPK).....	81
3.4.12.2	Colektomie.....	81
3.4.13	Pädiatrie.....	81
3.4.13.1	Herzkatheteruntersuchung	81
3.4.13.2	Korrektur einer Choanalatresie	81
3.4.14	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) – Tracheotomie.....	82
3.4.15	Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie (MKG-Chirurgie) – Kieferoperationen.....	82
3.4.16	Urologie.....	82
3.4.16.1	Anlage eines suprapubischen Blasenkateters (SPK).....	82
3.4.16.2	Nierenoperation.....	83
3.4.17	Radiologie	83
3.4.17.1	Kontrastmitteldarstellung.....	83
3.4.17.2	Lungenpunktion	83
3.4.18	Notarztwesen – Polytrauma.....	83
3.4.19	Zahnmedizin – Zahnsanierung in Vollnarkose.....	84
3.4.20	Unbekanntes Fachgebiet.....	84
3.4.20.1	Anlage einer Drainage	84
3.4.20.2	Leberpunktion	85
3.4.20.3	Tracheotomie	85
3.4.20.4	Laparotomie	85
4	Diskussion.....	86
4.1	Diskussion eigener Daten und Vergleich mit anderen Studien.....	86

4.2	Verhalten des Arztes bei einem Exitus in tabula - Umgang mit Angehörigen	93
4.3	Möglichkeiten der Streitschlichtung in Deutschland	96
4.3.1	Gerichtliche Streitschlichtung	96
4.3.1.1	Zivilrecht.....	96
4.3.1.2	Strafrecht.....	99
4.3.1.3	Beweiserleichterungen für den Patienten.....	100
4.3.2	Außergerichtliche Streitschlichtung	101
4.3.2.1	Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern	101
4.3.2.2	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MDK)	103
4.3.2.3	Ärztliche Haftpflichtversicherungen.....	106
4.4	Perspektiven	108
5	Zusammenfassung	110
Anhang A	112
Literaturverzeichnis	117
Danksagung	125

1 Einleitung

1.1 Historische Einordnung

Der Terminus „Exitus letalis“ beinhaltet ursprünglich das Verlassen der Seele des menschlichen Körpers (Exitus), was für den betroffenen Körper, den vegetativen Teil des Menschen, todbringend (letalis) war (Beck, 1997). Der Begriff „Exitus in tabula“ stammt als Kurzform des Terminus „Exitus letalis in tabula“ von dieser ursprünglichen Bezeichnung. Er wird definiert als der tödliche Ausgang einer Operation, einer invasiven Untersuchung oder sonstigen invasiven Maßnahme wie z. B. der Anlage eines zentralen Venenkatheters (ZVK) oder der Punktion eines Ergusses. Da sich durch die medizinischen Möglichkeiten der heutigen Zeit der Tod zeitlich soweit hinauszögern lässt, dass dieser evtl. erst außerhalb des Operationsraums eintritt, ist auch im Hinblick auf statistische Häufigkeiten eine genaue Definition des Begriffs notwendig. Pribilla beispielsweise verwendete den Begriff „Exitus in tabula“ als Bezeichnung für jene Fälle, bei denen der Tod des Patienten in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem operativen Eingriff steht und nicht auf die Grundkrankheit oder eine ihrer Komplikationen zurückgeführt werden kann (Pribilla, 1971). Andere Autoren subsumieren unter dem Begriff „Exitus in tabula“ die unmittelbare operationsbezogene Mortalität zwischen Hautschnitt und einem Zeitintervall von 3 Stunden nach Verlegung des Patienten aus dem Operationssaal (Hagl et al., 1997). In einer australischen Studie wird der „Exitus in tabula“ als ein Tod innerhalb von bis zu 24 Stunden nach einer Narkose klassifiziert (Faunce und Rudge, 1998). In Anlehnung hieran wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff des „Exitus in tabula“ für Todesfälle gewählt, die sich innerhalb des Zeitintervalls von der Narkoseeinleitung bis zu 3 Stunden nach Operationen oder sonstigen invasiven Maßnahmen ereigneten. Somit gelten nach dieser Definition alle Todesgeschehen als „Exitus in tabula“, bei denen es während des invasiven Eingriffs zu schwerwiegenden Komplikationen kam (z. B. plötzlicher Herzstillstand mit Reanimation), auch wenn der Patient erst innerhalb der nächsten 3 Stunden auf der Intensivstation oder im Aufwachraum verstarb, ohne dass es zu einer deutlichen Besserung des Zustandes (z. B. Aufwachen) gekommen war.

Auch wenn der letale Verlauf einer Operation oder sonstigen invasiven Maßnahme nicht zwingend auf einen ärztlichen Behandlungsfehler zurückzuführen ist, lässt er doch schnell an ein vorwerfbares Fehlverhalten des behandelnden Arztes denken. Insbesondere Angehörige des verstorbenen Patienten sehen als medizinische Laien häufig einen auch kausalen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Maßnahme und dem Todesfall. Dies belegen Studien zu Art und Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen, die zeigen, dass plötzliche Todesfälle in zeitlicher Nähe zu einem Arztbesuch bzw. in unmittelbarem Anschluss an eine ärztliche Maßnahme ein weitaus höheres Risiko für ein juristisches Nachspiel in sich bergen als sonstige Todesfälle (Dettmeyer und Madea, 1999; Preuß et al., 2003; Preuß et al., 2006).

Dennoch ist nicht prinzipiell von einem fehlerhaften Handeln des Arztes auszugehen, wenn sich der Zu-

stand des Patienten verschlechtert bzw. dieser verstirbt (Kaatsch, 1993). Der Arzt hat die Verpflichtung, die Risiken der Behandlung mit denen der Erkrankung abzuwägen und den Patienten entsprechend zu beraten, aber er kann und darf keine Gewähr für den Erfolg der Therapie geben. So hängt der Verlauf einer invasiven Behandlung nicht nur vom Können des Arztes ab, sondern auch von den eingriffsimmanenten Risiken. Auch ohne ärztliche Maßnahme ist ein Versterben des Patienten aufgrund seines vorbestehenden Leidens möglich.

Die möglichst vollständige Aufklärung der Geschehnisse bei einem Exitus in tabula soll nach Eintritt eines solchen Ereignisses das Vertrauen in die Medizin aufrecht erhalten, das Lernen aus evtl. Fehlern ermöglichen und ggf. Behandlungsfehlervorwürfe klären.

Die in den bisherigen Ausführungen deutlich gewordene Kopplung des Exitus in tabula an das Thema „Behandlungsfehler“ ist nicht erst heute gegeben, sondern fand schon sehr früh statt und zieht sich durch die gesamte Literatur.

Bereits in den Jahren 1792 bis 1750 v. Chr. fanden sowohl die Möglichkeit eines Exitus in tabula als auch die eines Behandlungsfehlers ihre erste Erwähnung in den Gesetzestafeln des Königs Hammurabi von Mesopotamien. Im alten Babylon wurde erstmals die medizinische Behandlung geregelt, indem eine feste Honorarordnung und erste Haftungsgrundsätze für Ärzte festgelegt wurden. Dabei untergliederte man die Ärzteschaft in Priesterärzte und Barbieri. Während sich die Priesterärzte mit pharmakologischen Themen und magischen Ritualen beschäftigten und über jedes menschliche Urteil erhaben waren, erledigten die Barbieri die chirurgischen Aufgaben (Klengel, 1991; Zaragosa, 1986). Die Güte dieser Arbeit wurde durch den Artikel 218 des Codex Hammurabi kontrolliert, denn in ihm werden Sanktionen bei einem Nichtgelingen der ärztlichen Maßnahmen angedroht. So heißt es dort: *„Wenn ein Arzt einen freien Mann wegen einer schweren Wunde mit einer Bronzelanzette behandelt und dieser Mann dabei stirbt, oder ferner, wenn er die Wolke eines Mannes mit der Bronzelanzette öffnet und das Auge dabei verloren geht, so wird man ihm die Hände abhacken“* (Zaragosa, 1986). Es ist jedoch nicht bekannt, ob diese drastischen Strafen auch Anwendung fanden.

In China war ab dem 16. Jahrhundert v. Chr. ebenfalls die Möglichkeit eines Versterbens des Patienten während der ärztlichen Behandlung bekannt. Bei der Ahndung dieser Fälle stand aber nicht die Bestrafung des Arztes im Vordergrund, sondern eher die Aufklärung der Gesellschaft über das Geschehen. Laut Szecsenyi und Kochen (1992) war es üblich, dass für jeden verstorbenen Patienten eine rote Laterne vor dem Haus des Arztes entzündet wurde. So konnte die Bevölkerung anhand der Zahl dieser Lichter die Qualität des Arztes erkennen (Szecsenyi und Kochen, 1992).

Um 400 v. Chr. begann in Griechenland ein neues Zeitalter der Medizin. Ihre Ausübung wurde nicht mehr als Handwerk, sondern als eine Kunst betrachtet, die keine Erfolgsgarantie mit sich brachte. Infolgedessen gab es auch keine Sanktionen für Nichterfolge. In dieser Zeit (um 460 v. Chr. bis 370 v. Chr.) lebte Hippokrates, der von vielen als der Begründer der abendländischen Medizin gesehen wird, und nach dem der in

Abwandlungen auch heute noch für Ärzte teilweise maßgebliche hippokratische Eid benannt wurde (Schubert, 2004). Darin gelobt der Mediziner die Erfüllung seiner ärztlichen Pflichten gegenüber seinen Patienten und Kollegen. Es heißt dort: „... *Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht... Heilig und rein werde ich meine Kunst bewahren... Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung...*“ (Baisette, 1986). Der Tod des Patienten im Sinne eines Exitus in tabula wurde aufgrund der Betrachtung der ärztlichen Tätigkeit als eine Kunst nicht weiter in Erwägung gezogen.

Etwa 2000 Jahre später, im Jahre 1532 n. Chr., fanden der Exitus in tabula und der Behandlungsfehler im damaligen Sinne eines Kunstfehlers erneut Erwähnung in der Literatur. Zu dieser Zeit entstand die Constitutio Criminalis zur Zeit Kaiser Karls V, die unter dem Namen „Die peinliche Halsgerichtsordnung“ bekannt ist und nach dem Prinzip „Aug´ um Aug´ und Zahn um Zahn“ drastische Strafen wie Folter, Gefängnis und Tod androhte. In ihr wurde der ärztliche Kunstfehler erstmalig als „Unkunst“ gesetzlich definiert. Zudem forderte man die Heranziehung von Ärzten als Sachverständige zur Beurteilung von Vorfällen bei der ärztlichen Behandlung (Wagner, 1981).

Um 1630 erkannte der römische Arzt Paolo Zacchia in seiner Schrift „Questiones medico-legales“ das ärztliche Fehlverhalten als auf Täuschung, Boshaftigkeit, Nichtwissen oder Nachlässigkeit beruhend und befand es somit als schuldhaft und strafbar (Wagner, 1981).

Das im Jahre 1794 entstandene Allgemeine preußische Landrecht (PrALR) gilt als Vorläufer unserer heutigen Gesetzgebung im Zivil- und im Strafrecht. Es ging in seinen Ausführungen nicht explizit auf die Möglichkeit eines Exitus in tabula ein, regelte jedoch die ärztliche Behandlung insofern, dass vom Staat festgelegt wurde, wer medizinische Maßnahmen („bey innern und äußerlichen Curen“) durchführen durfte (§§ 701 bis 709 des 11. Abschnitts des PrALR; Hattenhauer, 1970). Bei Nichtbeachtung dieser Regelungen waren Geldbußen und Freiheitsstrafen vorgesehen.

In der folgenden Zeit wurde das Thema eines ärztlichen Fehlers aus verschiedenen Sichtweisen immer häufiger zur Diskussion gestellt, ohne jedoch näher auf den eigentlichen Exitus in tabula einzugehen. Dabei stand die Definition des ärztlichen Kunstfehlers im Vordergrund der Betrachtungen. So beschrieb 1879 Rudolf Virchow den ärztlichen Kunstfehler als einen „*Verstoß gegen die allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst infolge eines Mangels an gehöriger Aufmerksamkeit und Vorsicht*“ (Forster, 1997). 1944 definierte Müller den Kunstfehler als „*Fahrlässigkeit im ärztlichen Beruf*“ (Kleiber, 1988). Schließlich stellte Janssen (1979) für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers heraus, dass neben einer bestehenden Fahrlässigkeit als Ursache für den Fehler dieser auch einen irreversiblen Schaden kausal bedingt haben müsse.

Ebenfalls kam seit dem 19. Jahrhundert die Forderung auf, Ärzte sollten verstärkt aus eigenen Fehlern lernen. So forderte Carl August Wunderlich (1851), dass jeder Arzt Buch über seine Erfolge und Nichter-

folge führen solle, während Codman (1914) 1910 anregte, die Patienten für eine längere Zeit nach der Behandlung zu beobachten, um sich ein abschließendes Urteil über die Wahl der Therapie und das Prozedere der Diagnosefindung bilden zu können und aus den gemachten Fehlern zu lernen. 1913 verlangte er schließlich nach standardisierten klinischen Berichten über die Behandlung von Erkrankungen und deren Erfolg, um einen Vergleich zwischen mehreren Kliniken in Bezug auf eine Therapie zu haben (Codman, 1914; Selbmann und Pietsch-Breitfeld, 1990).

Beide Ansatzpunkte zum Umgang mit auch nur vermeintlichen Behandlungsfehlern mit und ohne Todesfolge sind nach wie vor aktuell.

Für die in dieser Studie ausgewerteten strafrechtlichen Behandlungsfehlervorwürfe nach einem Fall von Exitus in tabula gilt die aktuell favorisierte allgemeingültige Definition eines Behandlungsfehlers. Dieser wird beschrieben als ein Fehler, den der Arzt begeht, wenn er *„bei Diagnose, Therapie oder einer sonstigen medizinischen Maßnahme die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft unter den jeweiligen Umständen objektiv erforderliche Sorgfalt außer acht lässt, das heißt diejenige Sorgfalt, die der Verkehr von einem ordentlichen, pflichtgetreuen Durchschnittsarzt des Faches in der konkreten Situation erwartet. Die übliche Sorgfalt hingegen reicht nicht aus, wenn sie den geforderten Standard nicht erreicht. Verfügt der Arzt über den zu verlangenden Standard hinaus über Spezialkenntnisse, so hat er diese einzusetzen. Soweit allgemein anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft gelten, hat der Arzt grundsätzlich danach zu handeln. Die Methodenfreiheit besteht nur innerhalb enger Grenzen. Die Anwendung neuer Behandlungsmethoden verpflichtet zu gesteigerter Sorgfalt. Eine Sorgfaltspflichtverletzung begeht der Arzt, der eine Behandlung übernimmt, die sein Können überfordert (so genanntes Übernahmeverschulden). Der Arzt schuldet höchste Sorgfalt nicht nur während des therapeutischen Eingriffs, sondern auch bei der Diagnose, ferner stets beim Einsatz medizin-technischer Geräte und beim arbeitsteiligen Dienst. Soweit es sich um die Zusammenarbeit gleichrangiger Ärzte handelt (horizontale Arbeitsteilung, z. B. zwischen Anästhesist und Chirurg), gilt der Vertrauensgrundsatz. Danach darf jeder Beteiligte darauf vertrauen, dass der Partner seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt, solange nicht konkrete Umstände Anlass zu Zweifeln geben. Bei der vertikalen Arbeitsteilung, die das hierarchische Prinzip der fachlichen Über- und Unterordnung prägt, gilt der Vertrauensgrundsatz nur eingeschränkt: Der leitende Arzt hat Überwachungs- und Weisungspflichten gegenüber seinen nachgeordneten ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern wahrzunehmen. Zu den Sorgfaltspflichten des Arztes gehört auch die berufliche Fortbildung.“* (Hildebrandt, 1994).

Neben einer der Sorgfaltspflicht entsprechenden Diagnostik und Therapie gehören ebenso die Organisations-, Beratungs-, Dokumentations- und Überweisungsverpflichtungen zu einer adäquaten Behandlung, so dass auch hier bei einer Nichterfüllung von einem vorwerfbaren Fehler zu sprechen ist (Fehn, 2002; Hart, 1999; Reding, 1998).

Über diese Ausführungen hinaus wird unterschieden in einen einfachen und einen groben bzw. schweren

Behandlungsfehler. Ein grober Behandlungsfehler besteht, wenn gegen elementare Erkenntnisse und Erfahrungen der Medizin verstoßen wird, was aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil dieses einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (Fehn, 2001 b; Weizel, 2004).

Zum Wesen eines vorwerfbaren Behandlungsfehlers zählen seine Vorhersehbarkeit oder seine Vermeidbarkeit. Zudem muss der vorzuwerfende Fehler auch kausal einen Schaden beim Patienten hervorgerufen haben (Schlund, 1999).

Während die Definition eines Behandlungsfehlers zunächst einheitlich für Zivil- und Strafrecht gilt, unterscheidet sich die Bewertung der geforderten Sorgfaltspflicht. Die Trennung zwischen einem strafrechtlichen und einem zivilrechtlichen Behandlungsfehlervorwurf ist wichtig. Für die in dieser Dissertation untersuchten strafrechtlichen Behandlungsfehlervorwürfe gilt ein subjektiver Maßstab zur Sorgfalt. Dies bedeutet, dass der Tatverdächtige im Rahmen seiner medizinischen Behandlung die geforderte Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach seinen persönlichen Kenntnissen und den Umständen verpflichtet gewesen wäre (vergl. hierzu 4.3.1.1 und 4.3.1.2).

Während die Diskussionen um Definition und rechtliche Bedingungen rund um den Behandlungsfehler ausgiebig stattfinden, liegen dem gegenüber kaum Zahlen zu tatsächlich stattgefundenen letalen oder nicht letalen Behandlungsfehlern vor. Insbesondere wird der Fall eines Exitus in tabula mit den evtl. nachfolgenden Behandlungsfehlervorwürfen nur gelegentlich in der Literatur behandelt.

1.2 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist die Analyse der multizentrisch gewonnenen Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen, die nach Fällen eines Exitus in tabula erhoben und rechtsmedizinisch, z. T. auch klinisch bearbeitet wurden. Dazu werden die Daten einer Auswertung hinsichtlich verschiedener Fragestellungen unterzogen:

- Darstellung der Häufigkeit eines Exitus in tabula
- Einordnung der geographischen Verteilung von Exitus in tabula
- Erstellung der chronologischen Aspekte von Exitus in tabula
- Darstellung demographischer Daten der Verstorbenen wie deren Alter und Geschlecht
- Verlauf der Ermittlungsverfahren nach einem Exitus in tabula
- Anlass der Verfahrenseröffnung nach einem Exitus in tabula
- Erhebung der Daten zum Anzeigenersteller/Kläger
- Häufungen des Exitus in tabula in einzelnen Fachbereichen
- Analyse der dem Exitus in tabula zugrunde liegenden Eingriffs- bzw. OP-Arten
- Erläuterung der festgestellten Todesursachen der untersuchten Fälle von Exitus in tabula
- Darstellung der Daten zum Procedere der Begutachtung
- Vertiefte Auswertung des Datenmaterials mit Fallbeschreibungen

- Vergleich der erarbeiteten Fakten mit anderen Studien aus dem In- und Ausland
- Konsequenzen eines Exitus in tabula nicht nur im Hinblick auf den Umgang mit den Angehörigen nach einem solchen Todesfall
- Darstellung spezieller medizinrechtlicher Fragestellungen, insbesondere der verschiedenen Möglichkeiten einer Streitschlichtung nach dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers
- Darstellung von Perspektiven

2 Methodik

Für die vorliegende Arbeit zum Thema „Rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehlervorfällen bei Exitus in tabula – eine multizentrische Analyse“ wurden in einer standardisierten retrospektiven Datenerhebung insgesamt 101358 Obduktionsakten aus den Jahren 1990 bis einschließlich 2000 aus den Archiven von 17 der 31 rechtsmedizinischen Institute in Deutschland hinsichtlich eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula ausgewertet (DGRM, 2005). Hierzu zählen alle Todesfälle, die während der anästhesiologischen Vor- und Nachbereitungen (Ein- und Ausleitung der Narkose) oder der Operation selbst erfolgten. Ebenso werden Todesfälle während invasiver Untersuchungen (z. B. Bronchoskopie, Herzkatheteruntersuchung) oder sonstiger invasiver Maßnahmen wie beispielsweise der Anlage eines ZVK oder der Punktion eines Ergusses in die Auswertung mit einbezogen. Entsprechend der in der Einleitung beschriebenen Definition des Exitus in tabula gehen auch solche Todesfälle in die Datenerhebung mit ein, die innerhalb eines Zeitintervalls von bis zu 3 Stunden nach dem invasiven Eingriff erfolgten.

Die beteiligten Institute sind Tab. 1 zu entnehmen.

Tab. 1 Teilnehmende Institute für Rechtsmedizin

Bundesland	Institut für Rechtsmedizin
Bayern	Erlangen-Nürnberg München Würzburg
Berlin	Berlin-Charité
Hamburg	Hamburg
Hessen	Frankfurt/M. Gießen
Mecklenburg-Vorpommern	Greifswald Rostock / Schwerin
Niedersachsen	Göttingen Hannover
Nordrhein-Westfalen	Aachen Bonn Düsseldorf Köln
Sachsen	Leipzig
Schleswig-Holstein	Lübeck

Die dabei erfaßten Daten wurden in doppelter Weise gesichert. Zum einen bestanden die Datensätze in handschriftlicher Form in den für eine übergeordnete Studie des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bonn entworfenen standardisierten Fragebögen, die in den Instituten anhand der dort vorliegenden Akten ausgefüllt wurden (siehe Anhang A). Des Weiteren wurden diese Daten in eine dem Fragebogen äquivalente und ebenfalls eigens konzipierte Datenbank übertragen. Diese Art der Datenverarbeitung ermöglicht die spätere statistische Auswertung und graphische Darstellung des gewonnenen Datenmaterials mittels der Datenverarbeitungsprogramme Microsoft Access und Microsoft Excel.

Belange des Datenschutzes wurden berücksichtigt durch die Vergabe einer Identitätsnummer (ID-Nummer) und einer Kennziffer pro aufgenommenen Einzelfall. Die ID-Nummer ist eine fortlaufende Nummerierung innerhalb der insgesamt aufgenommenen Datensätze. Die Kennziffer hingegen ist eine fortlaufende Nummerierung der Datensätze aus einem einzelnen rechtsmedizinischen Institut. Sie besteht aus dem Kfz-Kennzeichen der Stadt des jeweiligen Instituts und anschließend einer fortlaufenden Nummerierung. Diese beginnt jeweils mit dem ältesten für die Studie relevanten Sektionsfall im Obduktionsgut des jeweiligen Instituts. Aufgrund dieser Anonymisierung ist eine Rückverfolgung der erhobenen Daten nur mit einem erheblichen Aufwand in den einzelnen Archiven der an der Studie beteiligten Institute möglich.

In die Datenerhebung eingeschlossen wurden alle Fälle eines Exitus in tabula, in denen entweder staatsanwaltschaftlich oder richterlich eine Obduktion gemäß §§ 87 ff StPO angeordnet wurde, nachdem zuvor der Vorwurf eines Behandlungsfehlers aufgekommen war.

Dies konnte z. B. durch eine Strafanzeige von Angehörigen des Verstorbenen verursacht sein oder durch die Angabe einer nicht-natürlichen oder ungeklärten Todesart in der Todesbescheinigung, wie sie laut Dettmeyer und Reber (2003) insbesondere nach einem Exitus in tabula erfolgen sollte. Obwohl für beide Begriffe keine Legaldefinitionen bestehen (Dettmeyer, 2001), werden sie in dieser Arbeit wie folgt verwendet: Unter einem „nicht-natürlichen“ Tod wird ein Todesfall verstanden, der auf ein von außen verursachtes, ausgelöstes oder beeinflusstes Geschehen zurückzuführen ist (Janssen, 1979; Wegener und Rummel, 2001). Eine „ungeklärte“ Todesart hingegen ist immer dann gegeben, wenn dem Leichenschauarzt die Entscheidung zwischen der „natürlichen“ und „nicht-natürlichen“ Todesart nicht möglich ist (Dettmeyer und Reber, 2003). Eine andere Möglichkeit für einen Obduktionsbeschluß seitens des Gerichts oder der Staatsanwaltschaft besteht aufgrund einer Anzeige durch einen mit- oder nachbehandelnden Arzt wie den Krematoriumsleichenschauer oder den Pathologen, der während der klinischen Sektion Verdacht auf einen Behandlungsfehler geschöpft hat (vergl. Antwortmöglichkeiten auf dem Fragebogen im Anhang).

Die Durchführung der Obduktion durch die Rechtsmedizin erfolgte zumeist primär. In einigen Fällen gelangte der Verstorbene erst sekundär in die Rechtsmedizin, nachdem zunächst eine klinische Sektion aufgrund der Annahme einer natürlichen Todesart durch den Pathologen erfolgte und dieser dann Verdacht

auf einen Behandlungsfehler schöpfte (rechtsmedizinische Nachsektion). Selten wurde die rechtsmedizinische Obduktion auch erst nach einer Exhumierung durchgeführt. Hierbei wurde erst verzögert der Verdacht auf einen letalen Behandlungsfehler geäußert.

Zur Auswertung herangezogen wurden alle vorliegenden einzelfallbezogenen Unterlagen. Hierzu gehörten regelmäßig eine schriftlich niedergelegte Anamnese und das ausführliche Obduktionsprotokoll, dem das vorläufige rechtsmedizinische Gutachten angeschlossen ist. Bei der Erstellung dieses vorläufigen Obduktionsgutachtens beziehen sich die Obduzenten ausschließlich auf die während der Sektion erhobenen makroskopischen Befunde und die bis dahin in Erfahrung gebrachte Vorgeschichte. Weitergehende Untersuchungen wie histologische oder chemisch-toxikologische Analysen liegen hierbei noch nicht vor. Auch die Krankenunterlagen und die Akte der Staatsanwaltschaft stehen zu diesem Zeitpunkt sehr häufig noch nicht zur Verfügung. Aus diesem Grund wird häufig nur unter Vorbehalt zunächst eine Interpretation der Obduktionsbefunde vorgenommen. Aber dennoch ist oft schon direkt nach Abschluss der Obduktion mit der nötigen Sicherheit die Todesursache festzulegen und ein eventueller Behandlungsfehler auszuschließen. Dieses muss in der Rechtsmedizin insbesondere mit Blick auf die strengen Beweisanforderungen im Strafrecht erfolgen. Der Ausschluss eines Behandlungsfehlers betrifft in einem hohen Prozentsatz Fälle, bei denen nach dem Ergebnis der rechtsmedizinischen Obduktion eine denkbare Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung absehbar nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit in foro zu beweisen wäre (Preuß et al., 2003; Preuß et al., 2006).

Über dieses Sektionsprotokoll mit Anamnese und vorläufigem Obduktionsgutachten hinaus lagen vielfach noch weiterführende Untersuchungen vor, die in Abhängigkeit vom Ergebnis des Obduktionsberichts später veranlasst wurden. Hierzu zählten insbesondere histologische Untersuchungen der wichtigsten inneren Organe, von denen während der Obduktion Proben entnommen wurden. Seltener existierten auch chemisch-toxikologische Analysen, die sehr wichtig bei der Beurteilung eines vorgeworfenen letalen Medikationsfehlers bzw. eines Narkosezwischenfalls sind.

Ein abschließendes rechtsmedizinisches Gutachten, das sog. Zusammenhangsgutachten bzw. Kausalitätsgutachten, lag in den Archiven zur Auswertung vor, wenn aufgrund der in dem rechtsmedizinischen Institut erhobenen Befunde bzw. Analysen durch die zuständige Staatsanwaltschaft noch eine endgültige Stellungnahme zum Vorwurf eines Behandlungsfehlers in Auftrag gegeben wurde. Hierzu werden laut Franzki (2001 a und b) vom Gutachter neben den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten mit den Krankenunterlagen des Verstorbenen auch die makroskopischen Obduktionsergebnisse und die Befunde aus verschiedenen weiterführenden Untersuchungen wie die oben angesprochenen histologischen, chemisch-toxikologischen und bakteriologischen Analysen herangezogen.

Eine besondere Form des Kausalitätsgutachtens ist das Gemeinschaftsgutachten, welches ebenfalls teilweise in den Akten zur Verfügung stand. Hierbei handelt es sich um ein Zusammenhangsgutachten, das

Rechtsmediziner gemeinsam mit klinischen Spezialisten erstellt haben. Dieses kann auf zweierlei Art entstehen. Eine Möglichkeit ist, dass der rechtsmedizinische Gutachter in seinem eigenen ausführlichen Gutachten zu bestimmten Problemkonstellationen die Erstellung eines klinischen Fachgutachtens empfiehlt, da er selbst aufgrund eigener klinischer Kompetenz diese Fragestellungen nicht beantworten kann. Die andere Möglichkeit zur Erstellung eines Gemeinschaftsgutachtens ist gegeben, indem der rechtsmedizinische Gutachter ein bereits bestehendes klinisches Fachgutachten in sein eigenes abschließendes ausführliches Gutachten integriert. Dieses Vorgehen gilt vor allem für neuropathologische, pathologisch-anatomische und radiologische Gutachten. Leider standen diese externen Fachgutachten teilweise nicht in den Archiven der teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute zur Verfügung.

Die je nach Fall in unterschiedlichem Umfang vorliegenden Archivunterlagen sind im Folgenden zusammengefasst dargestellt:

- Einzelfallbezogene schriftlich fixierte Anamnese
- Ausführliches Obduktionsprotokoll mit vorläufigem Obduktionsgutachten nach rechtsmedizinischer Obduktion
- Ausführliches Obduktionsprotokoll, vorläufiges Obduktionsgutachten und nachfolgendes rechtsmedizinisches Kausalitätsgutachten zur Frage des Behandlungsfehlervorwurfes und zur Kausalität des Todeseintritts
- Ausführliches Obduktionsprotokoll, vorläufiges Obduktionsgutachten, rechtsmedizinisches Gutachten zur Frage des Behandlungsfehlervorwurfes und zur Kausalität des Todeseintritts unter Einbeziehung herangezogener Fachgutachten anderer medizinischer Disziplinen
- Rechtsmedizinische Obduktion („Nachsektion“) nach vorangegangener klinischer Sektion in einem Institut für Pathologie mit ausführlichem Obduktionsprotokoll, vorläufigem Obduktionsgutachten und gegebenenfalls nachfolgenden Gutachten zur Frage des Behandlungsfehlervorwurfes und zur Kausalität für den Eintritt des Todes
- Exhumierung, ausführliches Obduktionsprotokoll, vorläufiges Obduktionsgutachten und nachfolgende rechtsmedizinische wie gegebenenfalls externe (Fach-)Gutachten zur Frage eines Behandlungsfehlers und zur Kausalität für den Eintritt des Todes

Der Datenerhebungsbogen, der zur standardisierten Auswertung der Fälle eines Exitus in tabula mit anschließendem Behandlungsfehlervorwurf zur Verfügung stand, ist im Anhang A wiedergegeben.

3 Ergebnisse

3.1 Einordnung der Fälle von Exitus in tabula in das Gesamtabduktionsgut aller teilnehmenden Institute

Tab. 2 Aufteilung aller Obduktionen auf die teilnehmenden Institute

Institut	Gesamtzahl der Sektionen (1990 – 2000)	Erfasste Obduktionen mit Behandlungsfehlervorwurf nach Exitus in tabula	
		Gesamtzahl	Prozentualer Anteil an der jeweiligen Gesamtzahl
Aachen	3212	14	0,44%
Berlin	6862	12	0,17%
Bonn	2908	11	0,38%
Düsseldorf	5399	8	0,15%
Erlangen	7144	18	0,25%
Frankfurt/M.	11386	9	0,08%
Gießen	1973	9	0,46%
Göttingen	3590	5	0,14%
Greifswald	3267	5	0,15%
Hamburg	11557	25	0,22%
Hannover	4802	22	0,46%
Köln	1274	7	0,55%
Leipzig	7233	12	0,17%
Lübeck	2255	9	0,40%
München	21233	70	0,33%
Rostock	4204	8	0,19%
Würzburg	3059	3	0,10%
Gesamt	101358	247	0,24%

Insgesamt wurden in den 17 rechtsmedizinischen Instituten Deutschlands 101358 Sektionen in den Jahren 1990 bis 2000 durchgeführt (Tab. 2). 247 dieser Obduktionen betreffen einen Behandlungsfehlervorwurf nach Exitus in tabula, woraufhin staatsanwaltschaftlich bzw. richterlich gemäß den §§ 87 ff StPO eine Sektion angeordnet wurde. Diese zur Auswertung kommenden Obduktionen entsprechen einem Anteil von 0,24% am Gesamtabduktionsgut der 17 teilnehmenden Institute.

3.2 Daten zur Verteilung von Behandlungsfehlervorwürfen nach Exitus in tabula in Deutschland

Wie die Tab. 2 verdeutlicht, erscheint die Verteilung der Gesamtzahl an Sektionsfällen auf die einzelnen 17 teilnehmenden Institute sehr unterschiedlich. Sie liegt im entsprechenden Zeitraum von 1990 bis 2000 je nach Größe des Instituts und dessen jeweiligem Einzugsgebiet zwischen 1274 obduzierten Fällen in Köln und 21233 Fällen in München. Ebenfalls stark vertreten sind die Hansestadt Hamburg mit 11557 Sektionen und Frankfurt a. M. mit 11386 Obduktionen im angegebenen Zeitraum. Damit stellen diese 3 Institute der zuletzt genannten Städte etwa 43% der Gesamtabduktionszahl, während die übrigen 14 hier nicht näher genannten Institute (s. auch Tab. 2) die übrigen 57% mit jeweils geringeren Fallzahlen bilden. Die Dominanz der Institute in München, der Hansestadt Hamburg und Frankfurt a. M. spiegelt sich auch in der Gesamtzahl an Obduktionen nach einem Exitus in tabula wieder. Zusammengefasst untersuchten sie 104 Fälle und damit 42% aller Obduktionen nach entsprechenden Vorwürfen.

Ebenso wie bei der Verteilung der Gesamtzahl an Sektionen fällt auch bei den erfassten Obduktionen mit einem Behandlungsfehlervorwurf nach einem Exitus in tabula die weite Spanne der Einzelwerte auf. Denn wenn auch die einzelnen Zahlenwerte zunächst gering erscheinen, so sind sie relativ zueinander gesehen doch erheblich zu nennen, da sie sich bis um den Faktor 7 unterscheiden. Die Differenzen liegen sowohl innerhalb der direkten Anzahl an Obduktionen als auch bei deren prozentualen Anteilen am Gesamtsektionsgut der einzelnen Institute vor. Bei der nur geringen Gesamtsektionszahl in Köln wurden 7 Fälle nach einem Exitus in tabula untersucht, was mit 0,55% der insgesamt dort durchgeführten Obduktionen den höchsten relativen Anteil darstellt. In Frankfurt a. M. hingegen wurden 9 Leichen aufgrund eines Exitus in tabula obduziert. Dieses entspricht einem Anteil von 0,08% und zeigt damit den geringsten Anteil an der Gesamtsektionszahl dort. München mit 70 Obduktionsfällen nach einem Exitus in tabula liegt prozentual mit 0,33% am eigenen Gesamtsektionsgut im Mittelfeld.

Tab. 3 Aufteilung aller Obduktionen auf die teilnehmenden Bundesländer

Bundesland (Summe jeweiliger Institute)	Gesamtzahl der Sektionen (1990 – 2000)	Erfasste Obduktionen mit Behandlungsfehlervorwurf nach Exitus in tabula	
		Gesamtzahl	Prozentualer Anteil an der jeweiligen Gesamtzahl
Bayern	31436	91	0,29%
Berlin	6862	12	0,17%
Hamburg	11557	25	0,22%
Hessen	13359	18	0,13%
Meck.-Vorp.	7471	13	0,17%
Niedersachsen	8392	27	0,32%
NRW	12793	40	0,31%
Sachsen	7233	12	0,17%
Schlesw.-H.	2255	9	0,40%
Gesamt	101358	247	0,24%

Bei Betrachtung der Tab. 3, welche die Verteilung der insgesamt untersuchten Sektionsfälle und der entsprechenden Fälle eines Exitus in tabula auf die Bundesländer bezogen zeigt, relativieren sich die oben beschriebenen größeren Schwankungen etwas. Die Schwankungsbreite der prozentualen Anteile liegt hier zwischen 0,13% am Gesamtsektionsgut der beiden Institute in Hessen und 0,4% in Schleswig-Holstein beim dort teilnehmenden Institut.

Die bei der Gesamtzahl der Obduktionen nach einem Exitus in tabula stärker vertretenen Bundesländer bewegen sich eher im Mittelfeld der prozentualen Werte. So untersuchten die 3 teilnehmenden Institute des Freistaats Bayern 91 Fälle (bei insgesamt 31436 Fällen) eines Exitus in tabula, was einem Anteil von 0,29% am Gesamtsektionsgut dieser Institute entspricht. In Nordrhein-Westfalen (NRW) hingegen sind es 40 von 12793 Fällen (0,31%), die durch 4 verschiedene Institute obduziert wurden. Eine Ausnahme bildet das mit 2 Instituten sektionsstarke Bundesland Hessen, in dem, wie oben erwähnt, nur 18 von 13359 Sektionen insgesamt nach einem Exitus in tabula durchgeführt wurden (0,13%).

3.3 Analyse der Fälle von Exitus in tabula

3.3.1 Geographische Verteilung der Fälle von Exitus in tabula

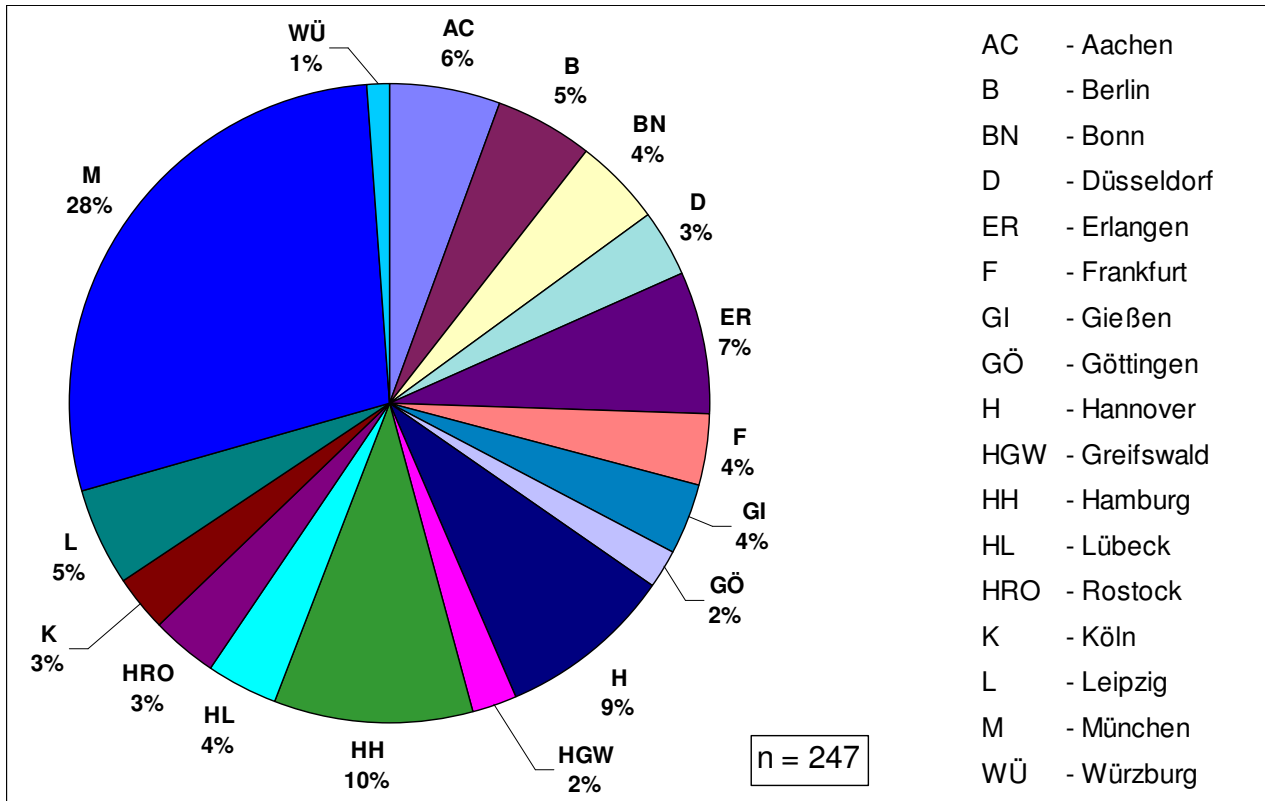


Abb. 1 Verteilung der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula auf die teilnehmenden Institute

Im Kreisdiagramm der Abb. 1 werden die 247 Obduktionen nach einem Exitus in tabula und einem im Anschluss daran aufgekommenen Verdacht auf einen Behandlungsfehler untereinander betrachtet. Der Kreis zeigt die Verteilung der entsprechenden Sektionen auf die einzelnen in die Untersuchung eingeschlossenen Institute.

München stellt bei den 247 Fällen einen herausragenden Anteil von 28% der Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula. Es folgen mit großem Abstand die Hansestadt Hamburg mit 10%, Hannover mit 9% und Erlangen mit 7% der Sektionen nach dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers bei Exitus in tabula. Somit stellen 4 der insgesamt 17 untersuchten Institute mehr als 50% der entsprechenden Fälle.

Die übrigen jetzt nicht genannten Institute verfügen jeweils über Anteile zwischen 1% und 6% der ausgewerteten Sektionsfälle nach einem Exitus in tabula und sind der Darstellung zu entnehmen.

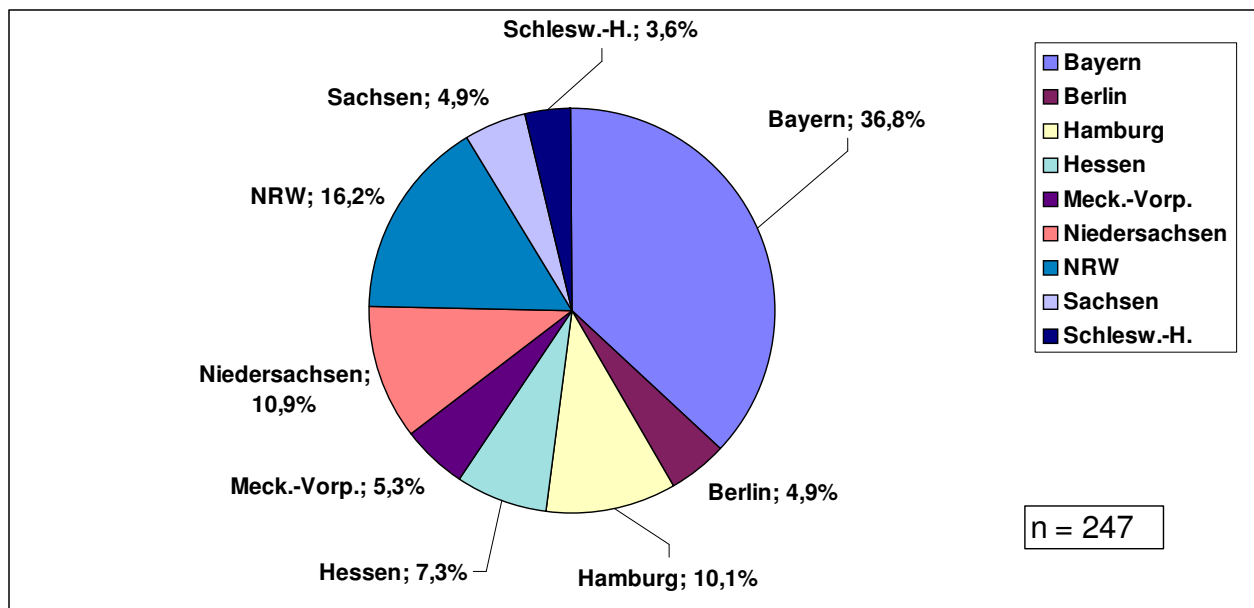


Abb. 2 Verteilung der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula auf die teilnehmenden Bundesländer

Das Kreisdiagramm in Abb. 2 zeigt die Verteilung der 247 Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula auf Bundeslandebene. Hierbei stellt analog der Verteilung der Gesamtsektionszahl wiederum der Freistaat Bayern mit knapp 37% den größten Anteil an Fallzahlen dar, wie dieses anhand der institutsbezogenen Fallzahlen auch zu erwarten war.

Es folgen in einigem Abstand NRW mit gut 16%, Niedersachsen mit knapp 11% und Hamburg mit etwa 10%.

Die übrigen Bundesländer, die hier nicht explizit genannt sind, verteilen sich auf kleinere Anteile der Sektionsfälle nach einem Exitus in tabula und liegen zwischen 3,6% bis 7,3%.

3.3.2 Zeitliche Einordnung der Fälle von Exitus in tabula

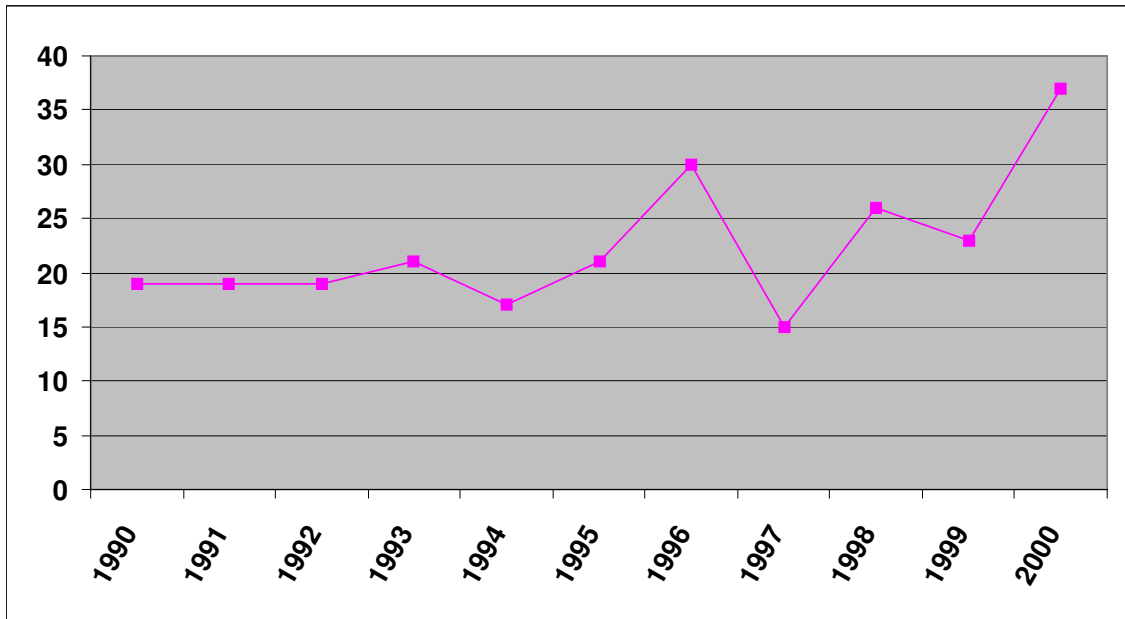


Abb. 3 Entwicklung der jährlichen Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula

Bei der Betrachtung des Verlaufs der Zahl der Sektionsfälle aufgrund eines Exitus in tabula mit anschließendem Behandlungsfehlervorwurf über den Zeitraum von 1990 bis einschließlich 2000 ist zu erkennen, dass hier eine Zunahme entsprechender Fälle zu vermerken ist (s. das Kurvendiagramm in Abb. 3). Über die gesamte Dauer steigt die Anzahl der Obduktionen nach einem Exitus in tabula um 100% an. Im Jahr 1990 wurden lediglich 19 Sektionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs in diesem Zusammenhang durchgeführt, im Jahr 2000 bereits 37 Obduktionen.

Bemerkenswert ist, dass nach fast gleichbleibenden Zahlen bis 1995 anschließend stärkere Schwankungen mit tendenzieller Zunahme der Fallzahlen festzustellen sind.

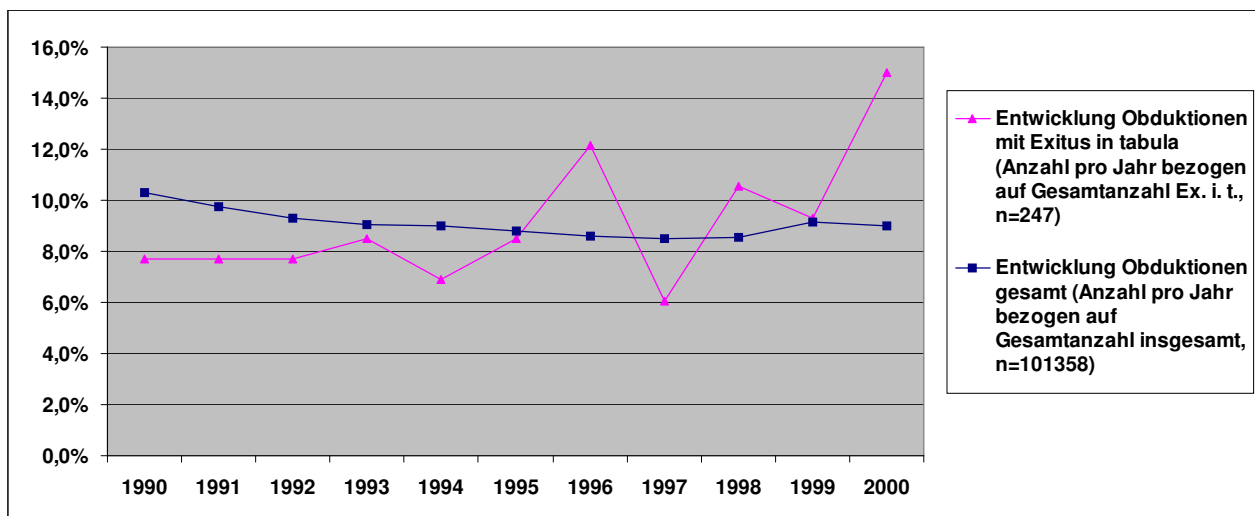


Abb. 4 Verteilung der Obduktionen insgesamt und aufgrund von Exitus in tabula auf den Erhebungszeitraum

In Abb. 4 wird aufgezeigt, wie sich die Obduktionen auf die einzelnen Jahre verteilen. Um die Obduktionen nach einem Behandlungsfehlervorwurf aufgrund eines Exitus in tabula (247 Fälle) mit der Gesamtheit aller Obduktionen, die unabhängig von einem Behandlungsfehlervorwurf durchgeführt wurden (101358 Fälle), vergleichbar zu machen, werden prozentuale Anteile in der Grafik dargestellt. Sofern die Obduktionen aller 11 Jahre gleichverteilt auftreten würden, wäre in jedem Jahr ein Anteil von 9,09% zu erwarten. Wie aus der Grafik zu entnehmen ist, ist die Anzahl der Gesamtabduktionen pro Jahr nur sehr geringen Schwankungen unterworfen. Dagegen weisen die Obduktionen nach Exitus in tabula insbesondere in den Jahren 1996, 1997 und 2000 recht beachtliche Abweichungen auf. Während also die Gesamtsektionszahl eher stetig verläuft, steigt der prozentuale Anteil an Obduktionen nach einem Exitus in tabula weiter an. Die Absolutwerte der Obduktionen nach Exitus in tabula bezogen auf jedes Jahr sind bereits in Abb. 3 näher erläutert worden.

3.3.3 Demographische Daten der Fälle von Exitus in tabula

Bei der Erhebung des Sterbealters der wegen eines Exitus in tabula mit einem anschließenden Behandlungsfehlervorwurf obduzierten Verstorbenen (s. Abb. 5) ist erkennbar, dass Patienten im Alter zwischen 50 und 79 Jahren dominieren. Hierbei überwiegen vor allem die 70- bis 79-Jährigen in 63 Fällen, gefolgt von 60- bis 69-Jährigen in 51 Fällen und schließlich den 50- bis 59-Jährigen in 43 Fällen eines Exitus in tabula.

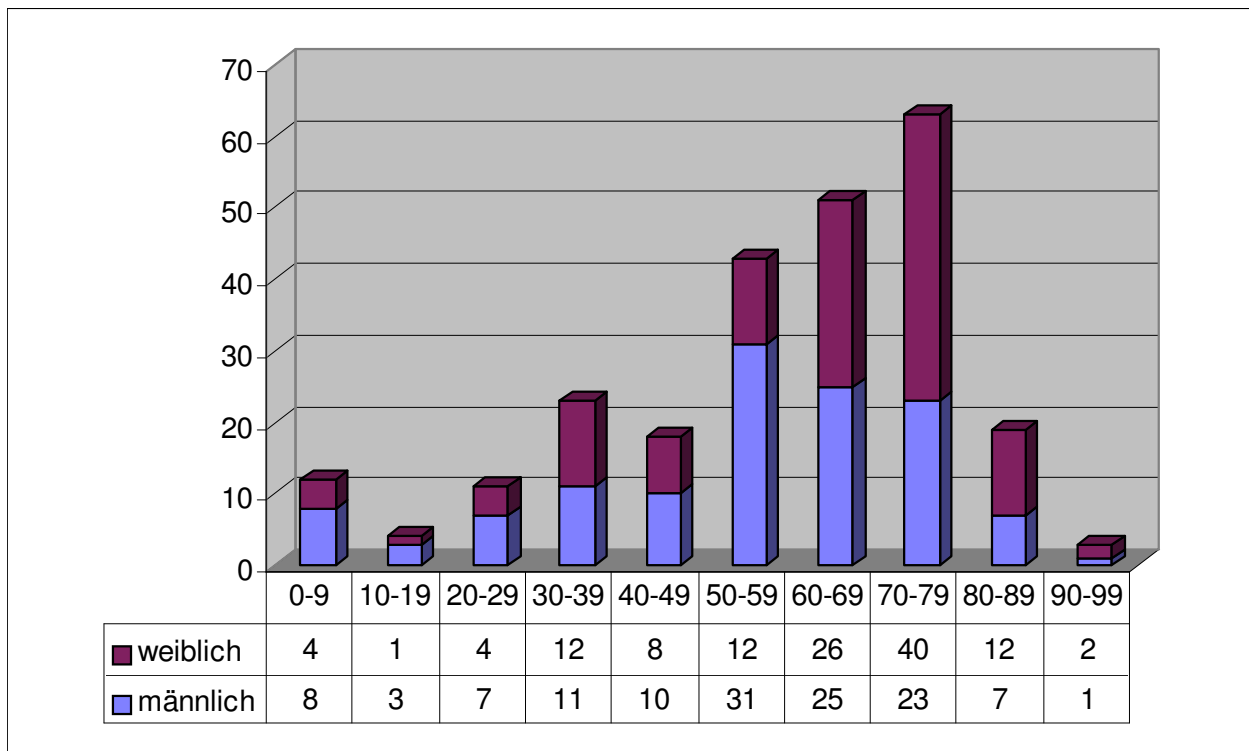


Abb. 5 Anzahl der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula in den Altersklassen

Sowohl die jüngeren Patienten als auch die Altersgruppe ab 80 Jahren stellen relativ weniger untersuchte Fälle der Studie dar. Bei 27 verstorbenen Patienten handelt es sich um Patienten zwischen 0 und 29 Jahren, bei 41 Fällen um solche im Alter zwischen 30 und 49 Jahren. Die Patienten im hohen Alter von 80 bis 99 Jahren stellen 22 Fälle.

Bei dem Patientengut im jungen Alter von 0 bis 19 Jahren handelt es sich überwiegend um geburtshilfliche Vorfälle oder aber vermeintlich leichtere Operationen wie Tonsillektomien oder Appendektomien. Ein kleiner Anteil wird auch durch Herzoperationen bei angeborenen Fehlbildungen gestellt. Mit zunehmendem Alter verändern sich die Fallkonstellationen hin zu Fällen von Polytraumata, Tumorerkrankungen und z. B. Galleoperationen. In der überwiegenden Altersgruppe zwischen 50 und 79 Jahren dominieren Gefäß- und Bypassoperationen, verschiedene invasive Massnahmen wie z. B. Punktionen von Organen oder Körperhöhlen und die Behandlung von Sturzfolgen, insbesondere durch die Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenkes.

Dem Diagramm in Abb. 5 ist auch zu entnehmen, dass Obduktionen aufgrund von Behandlungsfehlervorfällen im Anschluss an einen Exitus in tabula im jüngeren Alter zwischen 0 und 59 Jahren überwiegend bei männlichen Patienten vorkommen. Es stehen 70 Fälle bei männlichen Patienten 41 weiblichen Patienten gegenüber. Im Alter von mehr als 60 Jahren dreht sich dieses Verhältnis um. Dort werden v. a. weibliche Patienten nach einem Exitus in tabula und folgendem Behandlungsfehlervorwurf obduziert, hier 80 Sektionen bei Patientinnen gegenüber 56 Sektionen bei männlichen Verstorbenen.

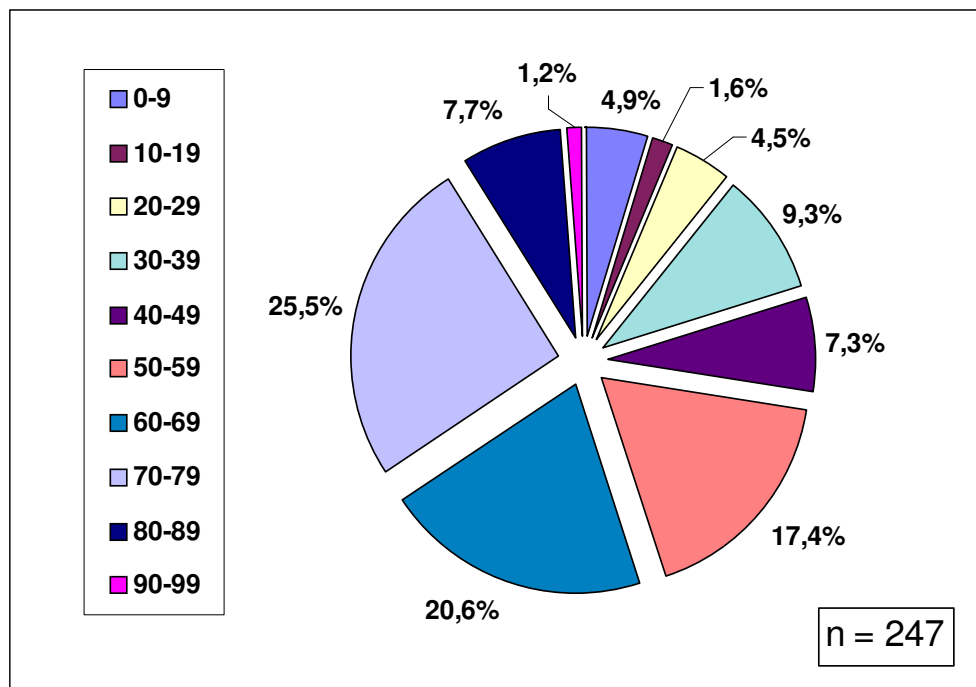


Abb. 6 Verteilung der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula auf die Altersklassen

Die im Diagramm der Abb. 5 beschriebene Verteilung der Anzahl an Obduktionen aufgrund eines Behand-

lungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula auf die einzelnen Altersklassen spiegelt sich deutlich in der Aufgliederung ihrer prozentualen Anteile wieder. Das Sektorendiagramm in Abb. 6 zeigt anschaulich, dass knapp 2/3 (63,5%) der durchgeführten Sektionen bei den 50- bis 79-Jährigen stattfinden. Dabei entfallen 25,5% auf die 70- bis 79-Jährigen, 20,6% auf 60- bis 69-Jährige und schließlich 17,4% auf 50- bis 59-Jährige.

Das übrige gute 1/3 der Obduktionen verteilt sich v. a. auf jüngere Patienten zwischen 0 und 49 Jahren (26,6%), wobei 30- bis 39-jährige mit 9,3% und 40- bis 49-jährige mit 7,3% überwiegen. Ältere Patienten von mehr als 80 Jahren wurden in 9,9% der Fälle obduziert.

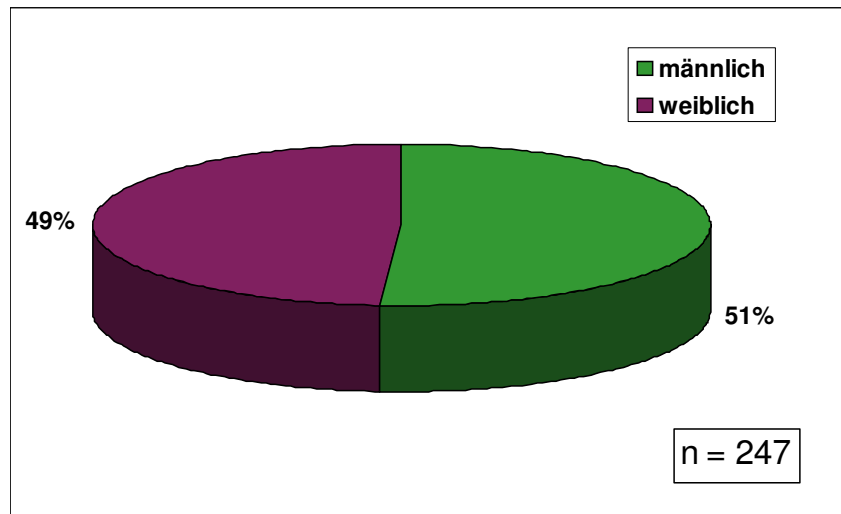


Abb. 7 Geschlechtsverteilung bei Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula

Wie in der Beschreibung des Diagramms in Abb. 5 bereits angedeutet, zeigt das Kreisdiagramm in Abb. 7 eine relativ ausgewogene Verteilung der Geschlechter auf das untersuchte Sektionsgut nach einem Behandlungsfehlervorwurf im Anschluss an einen Exitus in tabula. Männer sind hier mit 51% betroffen, Frauen mit 49%.

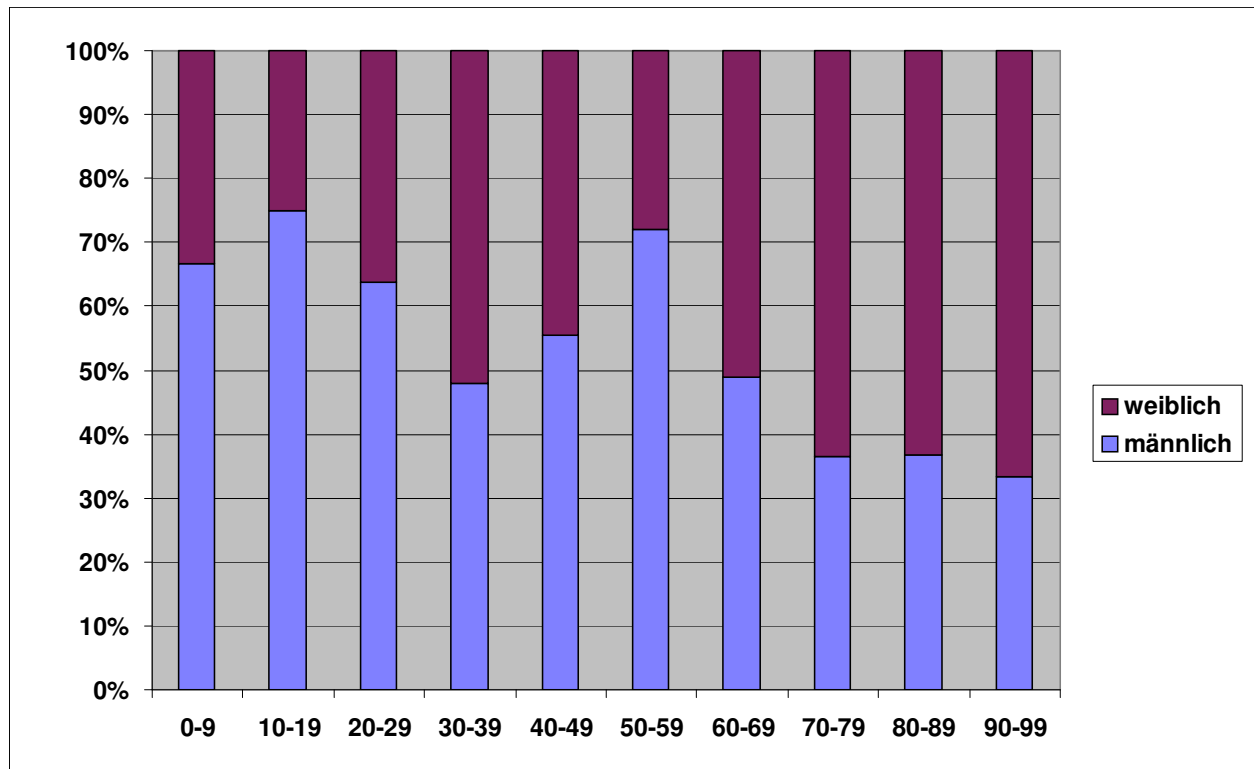


Abb. 8 Geschlechtsverteilung pro Altersklasse bei Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula

Das Säulendiagramm in Abb. 8 stellt die prozentualen Anteile männlicher und weiblicher Patienten pro Altersklasse dar. Es zeigt den überwiegenden Anteil der männlichen Patienten in den Altersklassen zwischen 0 und 59 Jahren. Hierbei schwankt der Anteil zwischen 55% und 74%. In der Altersklasse 30 bis 39 Jahre liegt der Anteil bei 49%.

Anders ist das bei den älteren Verstorbenen, die nach einem Exitus in tabula untersucht wurden. Während bei den 60- bis 69-Jährigen eine nahezu ausgewogene Verteilung zwischen den Geschlechtern mit einem nur leichten Überhang der Frauen besteht, nimmt der Anteil betroffener Patientinnen mit zunehmendem Alter zu und stellt zwischen 63% und 68% der Fälle bei den über 70-Jährigen dar.

3.3.4 Ermittlungsverfahrenbezogene Datenauswertung der Fälle von Exitus in tabula

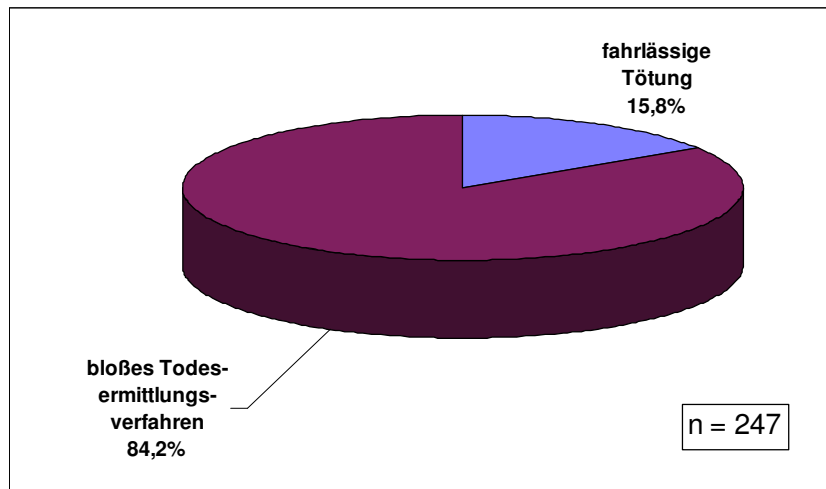


Abb. 9 Art des Ermittlungsverfahrens bei Obduktionen nach Exitus in tabula

Nach einem Exitus in tabula mit anschließendem Behandlungsfehlerverdacht wird in 84,2% der Fälle ein bloßes Todesermittlungsverfahren eröffnet (vergl. das Kreisdiagramm in Abb. 9). Die daraufhin eingeleitete Obduktion soll den Vorwurf des Behandlungsfehlers entweder entkräften oder erhärten, wobei im zweiten Fall ein formelles Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung eröffnet würde. Bei diesen Fällen handelt es sich überwiegend um die Fälle, bei denen in der Todesbescheinigung als Todesursache „unklar“ oder „nicht-natürlich“ angegeben wurde.

Bei 15,8% der Behandlungsfehlervorwürfe nach Exitus in tabula wurde direkt ein formelles Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung eingeleitet.

Weitere im Rahmen des Fragebogens (siehe Anhang A) gegebene Möglichkeiten wie beispielsweise die unterlassene Hilfeleistung sind in diesem Zusammenhang ohne Relevanz und treten daher in keinem der betrachteten Fälle auf.

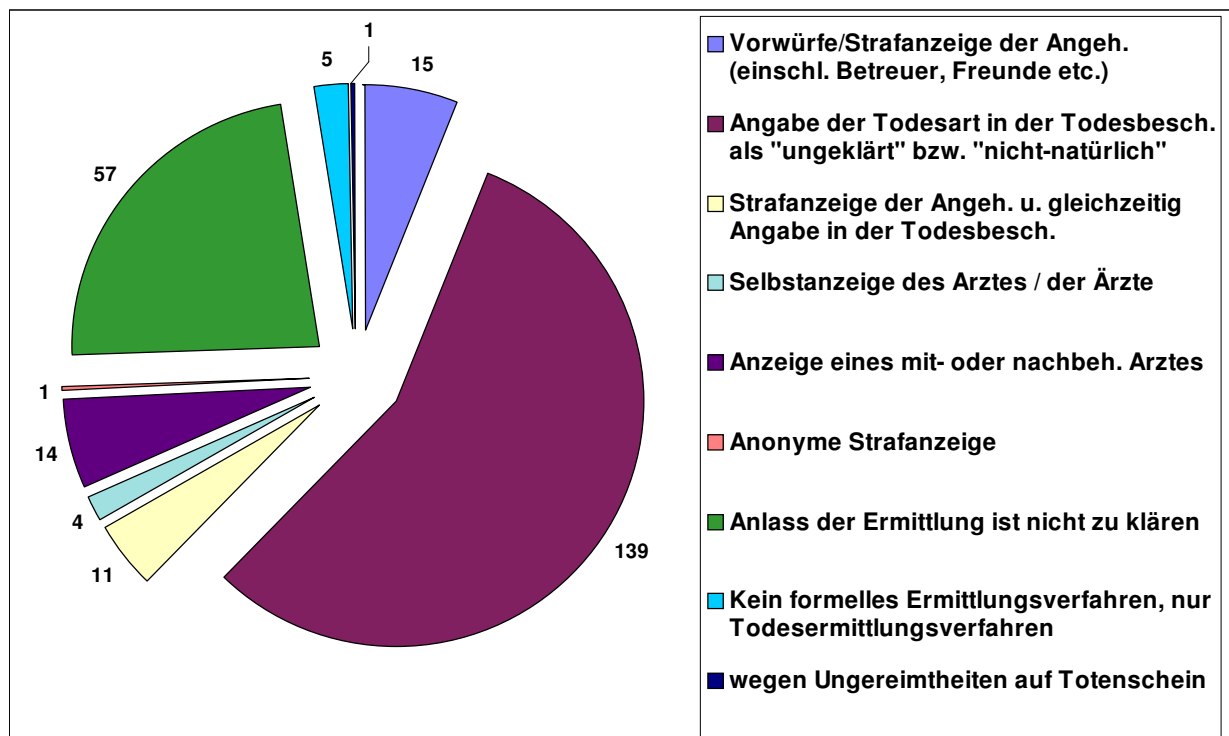


Abb. 10 Anlass für die Aufnahme des Ermittlungsverfahrens bei Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula

Das Sektorendiagramm in Abb. 10 stellt die Anlässe für die Aufnahme eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens im Anschluss an einen Exitus in tabula dar. Hier wird in 139 Fällen, also in 56%, die Todesartangabe in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. als „nicht-natürlich“ als Anlass für das Verfahren genannt.

In 57 weiteren Fällen, und damit einem knappen Viertel, war der Anlass für die eingeleiteten Maßnahmen nicht zu klären.

Das übrige Viertel der Anlässe für die Aufnahme von Ermittlungen verteilt sich mit kleineren Zahlenwerten auf verschiedene weitere Möglichkeiten. Besonders zu erwähnen sind hier 15 Fälle, die aufgrund von Vorwürfen oder einer Strafanzeige durch die Angehörigen bzw. Hinterbliebenen des Verstorbenen wie der Familie, des Betreuers oder von Freunden aufgenommen wurden. Weitere 14 Fälle wurden untersucht, nachdem ein mit- oder nachbehandelnder Arzt eine Strafanzeige stellte bzw. schlicht Mitteilung machte. Hierbei handelte es sich v. a. um Anzeigen nach der Krematoriumsleichenschau bzw. nach einer klinischen Sektion. Bei 11 Fällen lag sowohl eine Strafanzeige durch Hinterbliebene vor als auch die entsprechende Angabe in der Todesbescheinigung als „ungeklärte“ oder „nicht-natürliche“ Todesart.

3.3.5 Daten zu den potenziell Beschuldigten

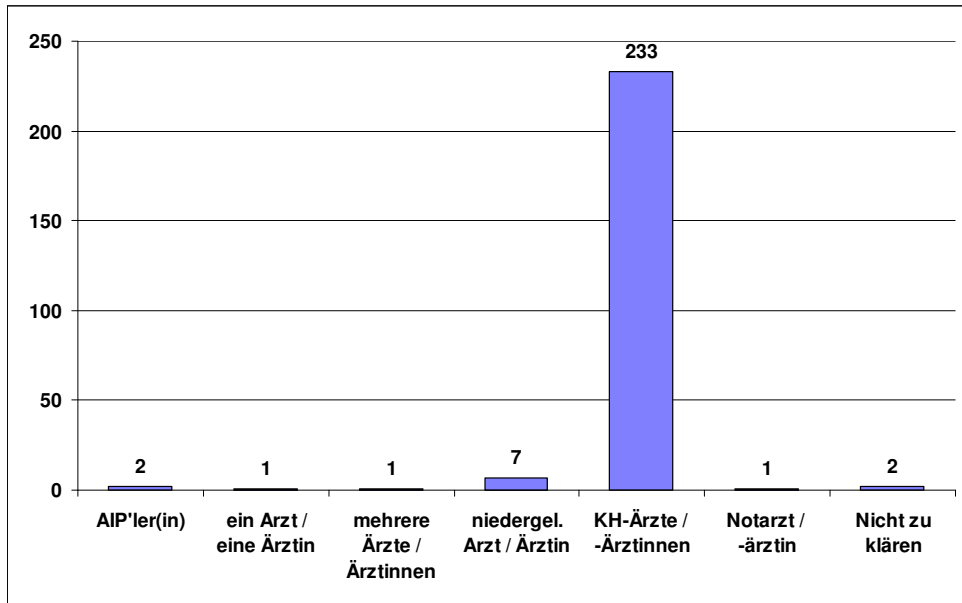


Abb. 11 Anzahl der Beschuldigten im Ermittlungsverfahren bei Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula

Bei den Beschuldigten in einem Ermittlungsverfahren nach einem Fall von Exitus in tabula und anschließend aufgekommenem Behandlungsfehlervorwurf handelt es sich ganz überwiegend um Krankenhausärzte und -ärztinnen, wie aus dem Säulendiagramm in Abb. 11 hervorgeht. 233 der untersuchten Obduktionsfälle und damit 94,3% fallen in diese Gruppe. Dabei sind häufig nicht konkret einzelne Personen genannt, sondern pauschal eine Gruppe von mehreren Ärzten gemeint. Insbesondere bei Verdächtigungen durch Angehörige gilt diese Aussage.

In den übrigen 5,7% der Fälle werden 7x ein/e niedergelassene/r Arzt/Ärztin beschuldigt, 2x ein/e Arzt/Ärztin im Praktikum und jeweils 1x ein/e Arzt/Ärztin, mehrere Ärzte und ein/e Notarzt/-ärztin. In 2 Fällen war nicht zu eruieren, gegen wen das Verfahren zur Frage eines Behandlungsfehlers bei einem Exitus in tabula aufgenommen wurde.

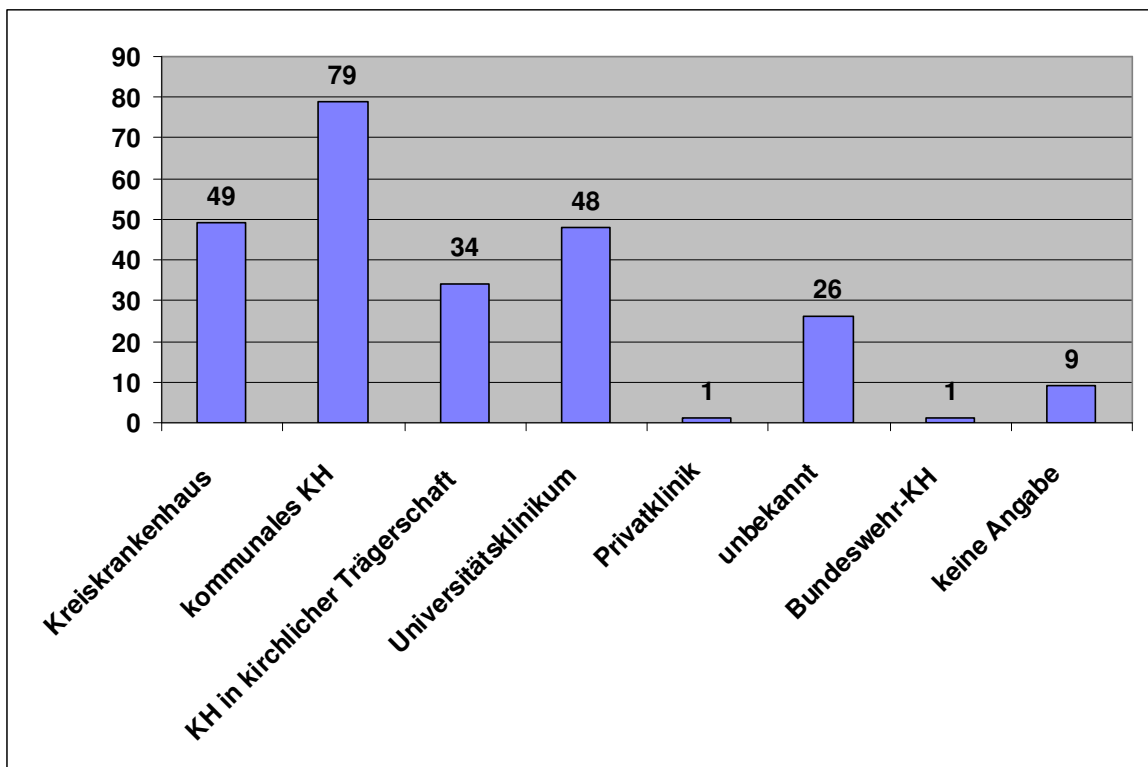


Abb. 12 Anzahl der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula bei betroffenen Krankenhausarten

Da, wie im Säulendiagramm der Abb. 11 deutlich wurde, in erheblichem Maße den Krankenhausärzten und -ärztinnen in einem Ermittlungsverfahren ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Exitus in tabula vorgeworfen wurde, ist von Interesse, um welche Art von Krankenhäusern es sich handelt. Diese Aufgliederung veranschaulicht das Säulendiagramm in Abb. 12.

Allein 79 der untersuchten Fälle (32%) beziehen sich auf ein kommunales Krankenhaus. Weitere 49 Fälle (20%) kommen aus einem Kreiskrankenhaus und 48 Fälle (19%) aus einem Universitätsklinikum. Auch Ärzte und Ärztinnen aus Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft werden in 34 Fällen (14%) beschuldigt. In 26 Fällen (11%) ist die Art des Krankenhauses, in dem es zum Exitus in tabula kam, nicht eruierbar. Jeweils ein Fall bezieht sich auf eine Privatklinik und ein Bundeswehr-Krankenhaus und in 9 Fällen wird keine Angabe zur Art des Hauses gemacht. Hierbei handelt es sich um die entsprechenden Fälle, in denen niedergelassene Ärzte beschuldigt wurden.

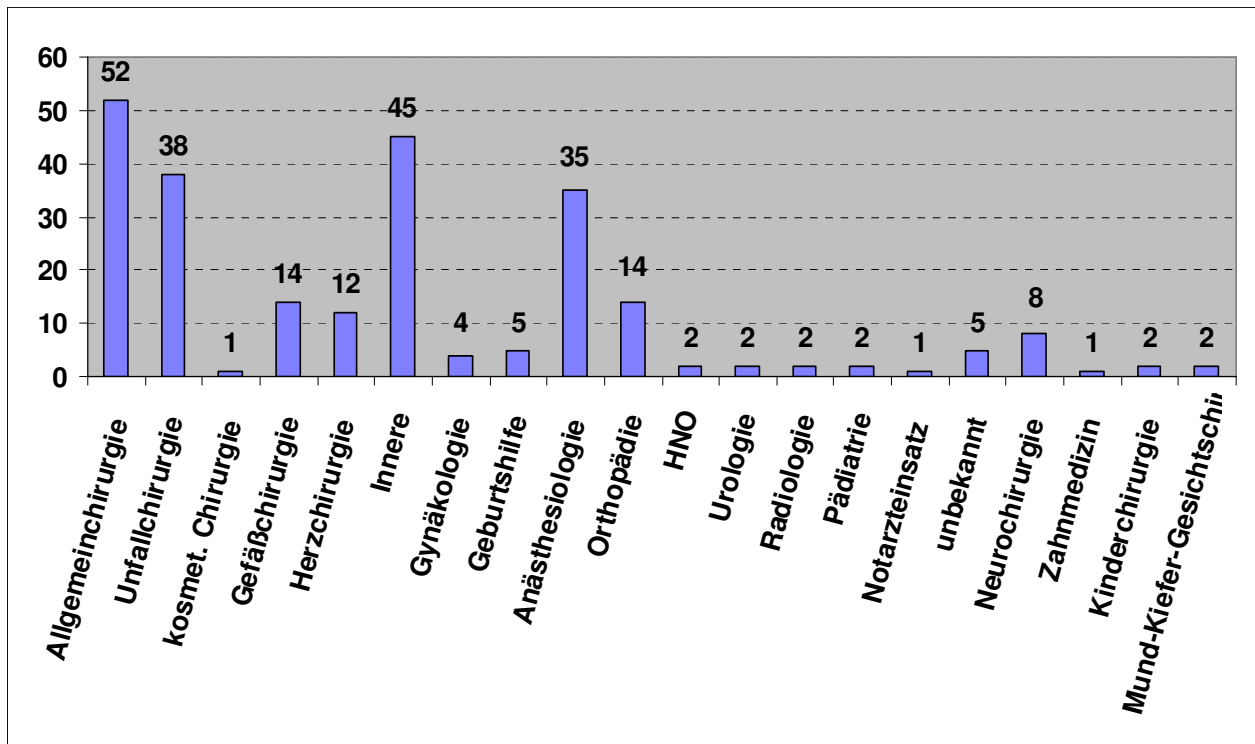


Abb. 13 Anzahl der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula bei betroffenen Fachgebieten

Das Säulendiagramm in Abb. 13 stellt die Verteilung der Fälle von Exitus in tabula auf die einzelnen Fachgebiete dar. Mehrheitlich sind hier die chirurgischen Disziplinen zu nennen. Die Chirurgie mit zusammengekommenen 117 Fällen ist in knapp 50% der Obduktionen nach einem Exitus in tabula betroffen. Den größten Anteil hierbei haben die Allgemein Chirurgie mit 52 Fällen und die Unfallchirurgie mit 38 Fällen. Es folgen die Gefäßchirurgie (14x), die Herzchirurgie (12x) und schließlich die kosmetische Chirurgie mit nur einem Fall.

Als eine weitere große betroffene Fachdisziplin ist die Innere Medizin mit 45 Fällen zu nennen, was etwa einem Anteil von 20% der Obduktionen nach einem Exitus in tabula entspricht. Hierunter fallen vor allem invasive Maßnahmen wie Bronchoskopien, Coloskopien und Drainageanlagen, bei denen es zum Tod des Patienten kam.

In der Anästhesiologie, die mit 35 Fällen circa 15% der untersuchten Fälle stellt, überwiegen Vorwürfe zu Narkosezwischenfällen oder Intubationsproblemen.

Auch die Orthopädie ist mit 14 Fällen (etwa 6%) noch relativ häufig betroffen. Hierbei handelt es sich überwiegend um einen Exitus in tabula im Rahmen einer Totalendoprothese des Hüftgelenkes.

Zusammen fallen auf die Fächer Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie und Orthopädie ca. 85% der Ermittlungsverfahren. Die übrigen etwa 15% der Obduktionsfälle nach einem Exitus in tabula verteilen sich auf kleinere Fachgebiete mit jeweils nur geringeren Anteilen (s. Abb. 13).

Die nicht in diesem Diagramm aufgeführten Fachrichtungen waren auch nicht von einem Exitus in tabula mit einem sich anschließenden Behandlungsfehlervorwurf betroffen.

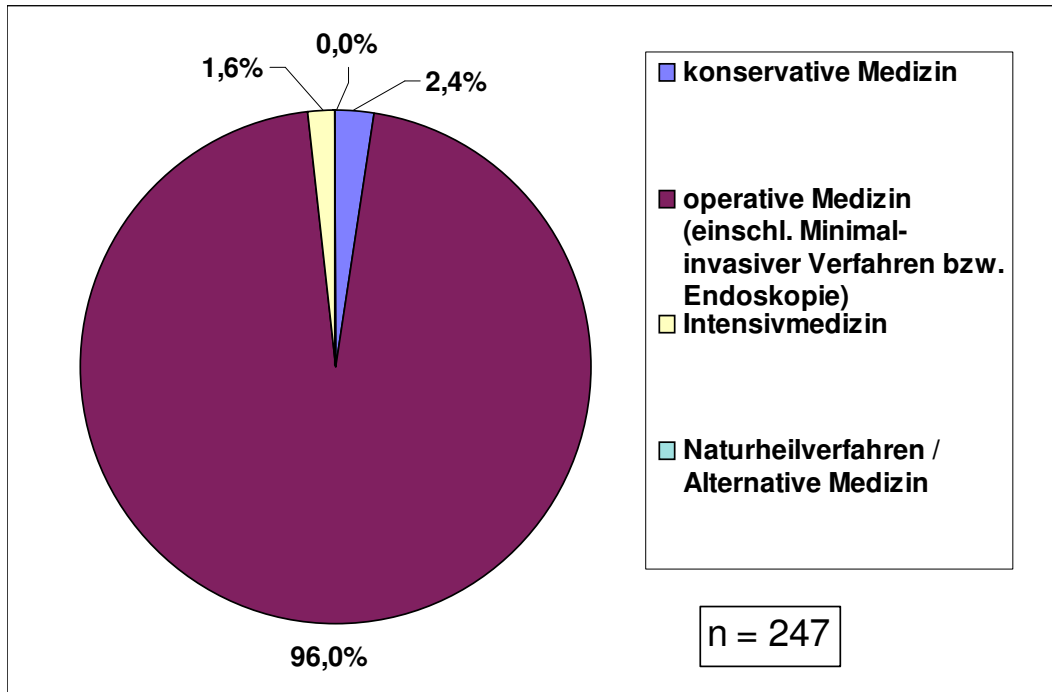


Abb. 14 Verteilung der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula auf die betroffenen Bereiche

Aufgrund der zuvor geschilderten Betroffenheit der einzelnen Fachgebiete verwundert die Aufgliederung in die Art des Vorfalls nicht (s. Abb. 14). In 96% der Fälle ist die operative Medizin betroffen, wobei die minimalinvasiven Verfahren bzw. die Endoskopie mit einbezogen sind.

Lediglich 2,4% der untersuchten Todesfälle stammen aus der konservativen Medizin, während 1,6% der Intensivmedizin zuzuordnen sind. Naturheilverfahren und die sog. alternative Medizin sind in diesem Zusammenhang nicht betroffen.

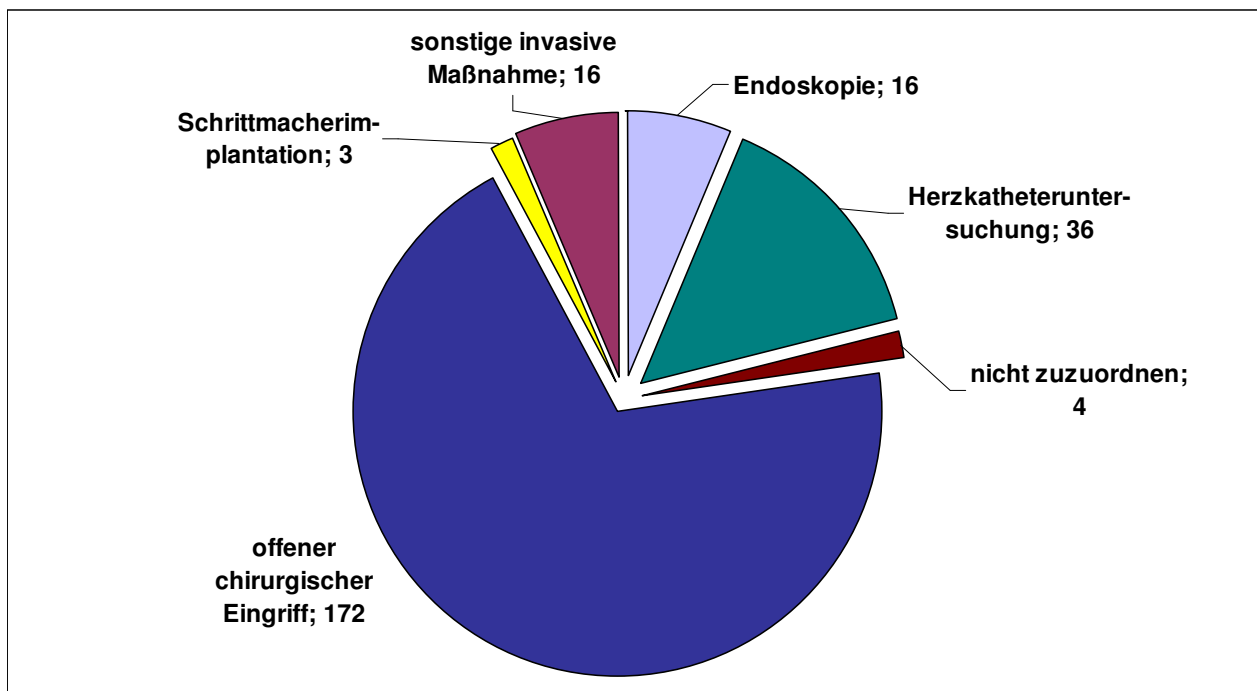


Abb. 15 Anzahl der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula bei betroffenen Eingriffsarten

Eine tiefergehende Analyse der in Abb. 14 gezeigten Daten veranschaulicht das Kreisdiagramm in Abb. 15. Es verdeutlicht, dass aus dem operativen Bereich insbesondere die offenen chirurgischen Eingriffe von einem Exitus in tabula betroffen sind. Mit 172 Fällen eines Behandlungsfehlervorwurfs nach dem Patiententod stellen diese Eingriffe etwa $\frac{3}{4}$ des Obduktionsguts nach einem Exitus in tabula. Insbesondere zählen zu diesen Eingriffen Laparotomien (29), Thorakotomien (16), Hüftimplantationen (24), Gefäß- (16) und Herzeingriffe (12) und die Narkoseführung selbst (29).

Ebenfalls relativ häufig sind Todesfälle im Zusammenhang mit einer Herzkatheteruntersuchung, die hier mit 36 Fällen vertreten sind. In weiteren jeweils 16 Fällen sind endoskopische Eingriffe und sonstige invasive Maßnahmen dem Todeseintritt vorangegangen. Hierunter fallen z. B. Punktionsversuche oder Drainageanlagen. In 3 Fällen verstarb ein Patient während der Implantation eines Herzschrittmachers.

Bei den verbleibenden 4 Fällen eines Exitus in tabula wurde aus den Unterlagen nicht ersichtlich, bei welcher Eingriffsart es zum Tode des Patienten kam.

3.3.6 Beurteilung im Rahmen der Begutachtung

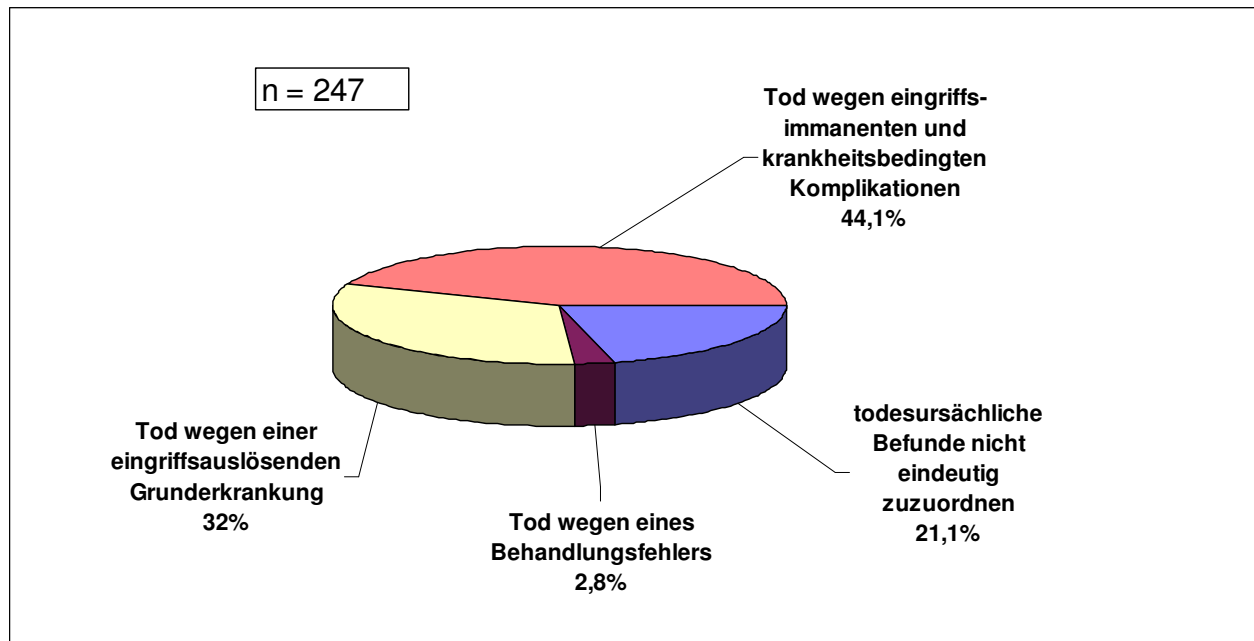


Abb. 16 Verteilung der gutachterlichen Beurteilung hinsichtlich todesursächlich relevanter Gebiete bei Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula

Das Kreisdiagramm der Abb. 16 zeigt die gutachterliche Beurteilung des bei einem Exitus in tabula verstorbenen Patienten. Dabei schließen die beiden todesursächlich relevanten Gebiete der Komplikationen oder der Grunderkrankungen einen eventuellen vorherigen Behandlungsfehler nicht aus, dessen Kausalität mit dem Todeseintritt ist jedoch gesondert zu prüfen.

In 44,1% der Fälle ist der Tod laut Obduktionsbefund oder dem sich anschließenden ausführlichen Gutachten auf das Auftreten einer Komplikation zurückzuführen. In lediglich einem dieser Fälle war nachträglich zu eruieren, dass über das Risiko einer in diesem Fall tödlichen Blutung nicht zuvor aufgeklärt wurde. In allen anderen Fällen einer tödlichen Komplikation ist entweder eindeutig eine einwandfreie Aufklärung vermerkt oder es liegt im vorliegenden Material keine Aussage diesbezüglich vor.

Bei weiteren 32% der Todesfälle ist die beim Patienten vorliegende Grunderkrankung als Todesursache gegeben. Die zusätzliche Belastung durch den invasiven Eingriff oder das natürliche Fortschreiten der Erkrankung waren nicht mehr mit dem Leben des Patienten vereinbar.

21,1% der Fälle eines Exitus in tabula wurden als kausal nicht eindeutig geklärt angesehen. Anhand der ausgewerteten Unterlagen war hier zumeist die Unterscheidung zwischen Komplikation und Grunderkrankung nicht möglich. Es ist z. B. nicht immer eindeutig festlegbar, ob ein während einer Herzkatheteruntersuchung auftretender erneuter Myokardinfarkt auf die Grunderkrankung einer koronaren Herzerkrankung zurückzuführen ist oder aber ob dieser als Komplikation des invasiven Eingriffs zu gelten hat.

In lediglich 2,8% der untersuchten Fälle wird der Tod anhand des untersuchten Materials mit einem Behandlungsfehler in Zusammenhang gebracht.

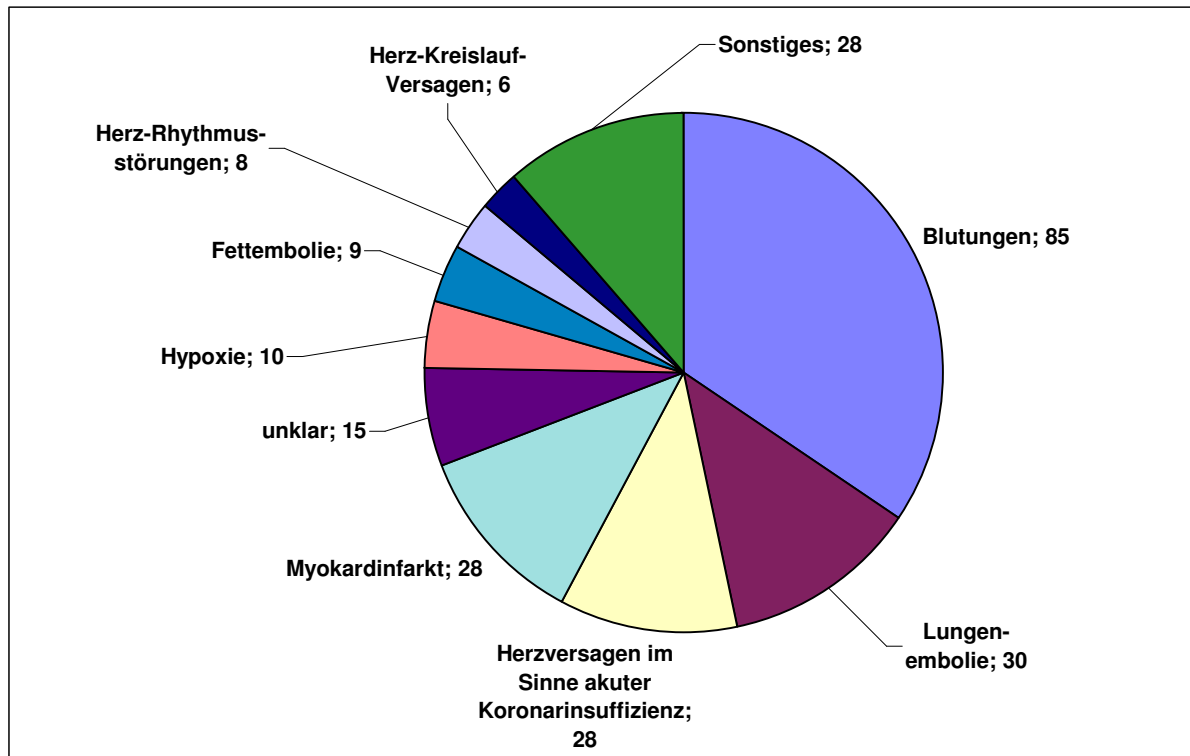


Abb. 17 Anzahl der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula aufgegliedert nach autoptisch gegebenen Todesursachen (Angabe z. T. gemäß Obduktionsprotokoll)

Tab. 4 Anzahl der Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Komplikationen und Todesursache (Angabe z. T. gemäß Obduktionsprotokoll) (n=247)

Todesursache		Komplikation	
Blutung	85	hämorrhagischer Schock bei Aortenaneurysma	7
		Ruptur sonstiger Gefäße/Organe durch Verkehrsunfall	9
		bei bestehender Arteriosklerose keine Gefäßunterbindung möglich	3
		Nahtinsuffizienz	2
		unstillbare Blutung	7
		Gefäß-/Organverletzung	42
		zundriges Gewebe	3
		Verbrauchskoagulopathie	1
		Blutungsneigung bei Leberzirrhose	1
		atonische Blutung bei Sectio caesarea	1

		stille Uterus-Ruptur bei Spontangeburt bei Zustand nach Sectio caesarea	1
		Hirnblutung nach Verkehrsunfall	1
		Herzbeutelamponade bei Punktion oder Herzkatheter	7
Lungenembolie	30	Thrombose der unteren Extremitäten	26
		paradoxe Heparinreaktion	1
		Palacosreaktion	3
Herzversagen im Sinne akuter Koronarinsuffizienz	28	starke Blutung	4
		Vorschädigung des Herzens	23
		Blutung verschließt Koronararterie	1
Myokardinfarkt	28	frischer Myokardinfarkt bei Vorschäden am Herzen	24
		älterer Myokardinfarkt (im Vor-EKG bereits erkennbar)	1
		älterer Myokardinfarkt (im Vor-EKG nicht erkennbar)	3
unklar	15	unklar	15
Hypoxie	10	unzureichende Beatmung/Intubationsprobleme	4
		Fehllage Tubus	2
		Beatmungsgerät defekt	1
		unklar	2
		Bronchospasmus	1
Fettembolie	9	bei Spongiosaentnahme	1
		bei TEP-Einbau	7
		Materialentfernung untere Extremitäten	1
Herzrythmusstörung	8	unklar	2
		Reflex (Vagusreizung)	3
		Kammerflimmern	2
		abnormer Gefäßabgang der linken Koronararterie	1
Herz-Kreislaufversagen	6	Dekompensation Cor pulmonale	1
		obere Einflusstauung durch Tumormassen	1
		Mitralklappenendokarditis	1
		Abklemmung der Lungenarterie bei Blutung → akutes Rechts Herzversagen	1
		mangelnde Anpassung an postoperative Gefäßsituation	1
Sonstiges	28	Luftembolie	4
		zentrale Atemlähmung bei Tumorummauerung des Hirnstamms	1
		Sepsis	5

	Peritonitis	5
	Pneumothorax bei Lungenemphysem	1
	intravitaler Hirntod	1
	Myokarditis	1
	iatrogene Trachial-/Bronchialperforation	2
	allergische Reaktion/anaphylaktischer Schock	3
	Fehltransfusion	1
	maligne Hyperthermie	1
	Blutaspiration bei Perforation von Bronchien und Lungenarterie bei Herzkatheter	3

Das Kreisdiagramm in Abb. 17 geht auf die in der Obduktion oder im späteren Gutachten zu einem Fall eines Exitus in tabula gemachten Aussagen zur medizinischen Todesursache ein, wobei jedoch immer nur die im Vordergrund stehende Ursache für das intraoperative Versterben in der Auswertung Berücksichtigung findet. In Tab. 4 hingegen werden die zum Tode führenden Komplikationen aufgeschlüsselt, so wie sie in den Obduktionsprotokollen oder späteren Gutachten erläutert wurden (vergl. auch Kapitel 3.4).

In diesem Zusammenhang führten Blutungen als Komplikation einer Operation oder sonstigen invasiven Maßnahme mit 85 Fällen eines Exitus in tabula am häufigsten zum Tode. Hierzu zählten neben intraoperativen unstillbaren diffusen Blutungen, Gefäßabrissen oder Durchtrennungen auch Perforationsverletzungen bei Punktionsversuchen. Die eigentliche Todesursache war ein Verbluten im hämorrhagisch-hypovolämischen Schock.

Es folgt mit 30 Fällen die Lungenembolie als Todesursache, die eine trotz entsprechend präventiver Maßnahmen häufige Komplikation bei Operationen darstellt. Dieses traf vor allem zu bei zunächst durch Ruhigstellung konservativ behandelten Frakturen der unteren Extremitäten. Ebenfalls trat sie auf als eine Palacos-Reaktion im Rahmen des Einsetzens einer Totalendoprothese in der Orthopädie bzw. der Unfallchirurgie. Interessant war eine paradoxe Heparinreaktion, die zur pulmonalen Thrombenbildung führte.

Weitere 56 Fälle eines Exitus in tabula waren durch eine kardiale Problematik bestimmt. In je 28 Todesfällen führte ein frischer Myokardinfarkt oder aber ein Herzversagen im Sinne einer akuten Koronarinsuffizienz zum Tod. Überwiegend waren hier erhebliche Vorschädigungen am Herz-Kreislauf-System gegeben, so dass durch die operative Zusatzbelastung oder die Herzkatheteruntersuchung die Kompensationsmöglichkeiten des Organismus überschritten wurden.

Eine Todesursache in der Anästhesiologie ist mit 10 Fällen eine auftretende Hypoxie, bedingt v. a. durch Intubationsprobleme, Fehlintonationen oder Schwierigkeiten bei der Beatmung.

Eine Fettembolie als Komplikation bei Frakturbehandlungen großer Röhrenknochen stellt in 9 Todesfällen

die Todesursache dar. Herzrhythmusstörungen führten insgesamt 8x und Herz-Kreislauf-Versagen 6x zum Tode (lt. Angaben in den Protokollen bzw. Gutachten).

Unter den 28 sonstigen Todesursachen, die im Kreisdiagramm der Abb. 17 nicht weiter aufgeschlüsselt sind, verbergen sich seltenere Fälle wie die maligne Hyperthermie als Komplikation in der Anästhesiologie oder das Auftreten einer Luftembolie während einer Laparoskopie (vergl. Tab. 4). Auch Todesfälle, die durch die eigentliche Erkrankung bedingt sind, wie beispielsweise eine Sepsis, Peritonitis oder eine zentrale Atemlähmung durch intrakranielle Tumormetastasen, zählen zu dieser Kategorie sonstiger Todesursachen. Schließlich fallen auch Todesfälle aufgrund von Medikamentennebenwirkungen im Sinne einer allergischen Reaktion bzw. einem anaphylaktischen Schock, wie sie in 3 Fällen nachgewiesen wurden, unter diesen Punkt.

Nähere Einzelheiten zu diesen Fallkonstellationen sind dem Unterkapitel 3.4 zu entnehmen, in dem detailliert auf die nach Fachbereichen sortierten Todesfälle eingegangen wurde.

3.3.7 Daten zum Procedere bei der Begutachtung

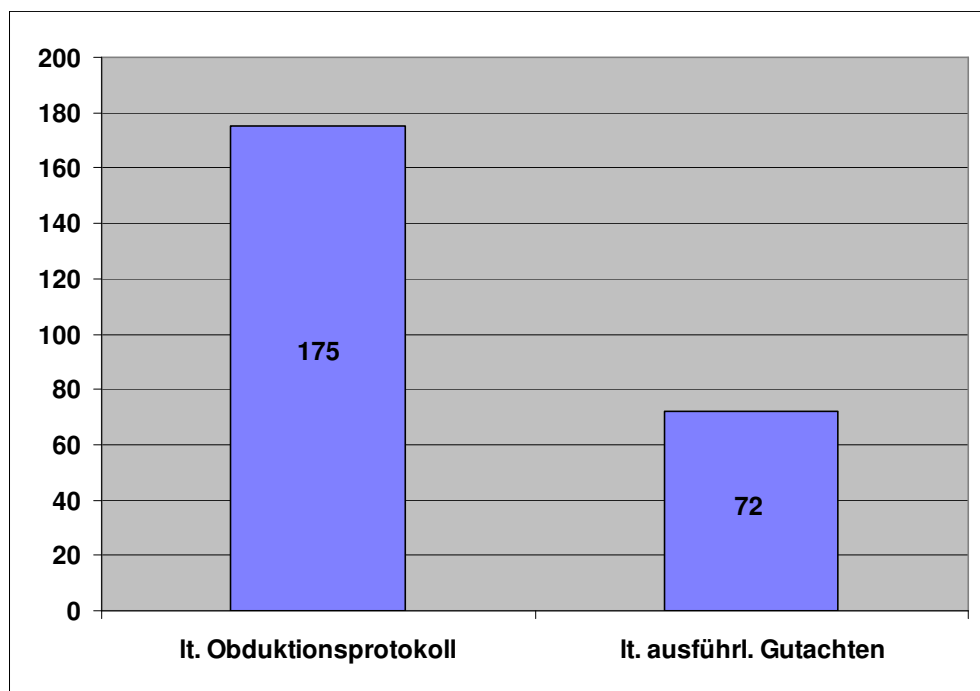


Abb. 18 Ermittlung des Sachverhalts nach Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula – ausgewertete Unterlagen

Bei der Ermittlung des Sachverhalts, wie es zum Exitus in tabula kommen konnte und ob dabei ein schuldhaftes Handeln oder Nichthandeln vorwerfbar ist, konnte entweder das Obduktionsprotokoll oder aber ein ausführliches Gutachten herangezogen werden. In den ausgewerteten Fällen von Exitus in tabula mit einem sich anschließendem Behandlungsfehlervorwurf sind in 175 Fällen (etwa 70%) v. a. die Obduktionsprotokolle als ausreichend bewertet worden (vergl. Abb. 18).

In den verbleibenden 72 Fällen (etwa 30%) mussten zur weiteren Klärung ausführliche Gutachten im Sinne von Fachgutachten oder Zusammenhangsgutachten erstellt werden.

Die Ergebnisse der Obduktionen im Anschluss an einen Exitus in tabula werden im Obduktionsprotokoll wiedergegeben. Dabei kann es sich zum einen um eine konkrete Aussage bzgl. des Vorliegens eines Behandlungsfehlers handeln, zum anderen aber kann auch eine Empfehlung zur Erstellung eines Fachgutachtens oder zu weiteren Ermittlungen und Zusatzinformationen an die Staatsanwaltschaft gegeben werden.

Teilweise waren die hier in den Akten vorliegenden Fachgutachten auch schon mit in die Bewertung eingeflossen (Zusammenhangsgutachten), so dass sich die Entscheidung hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers auf dieses Dokument stützte.

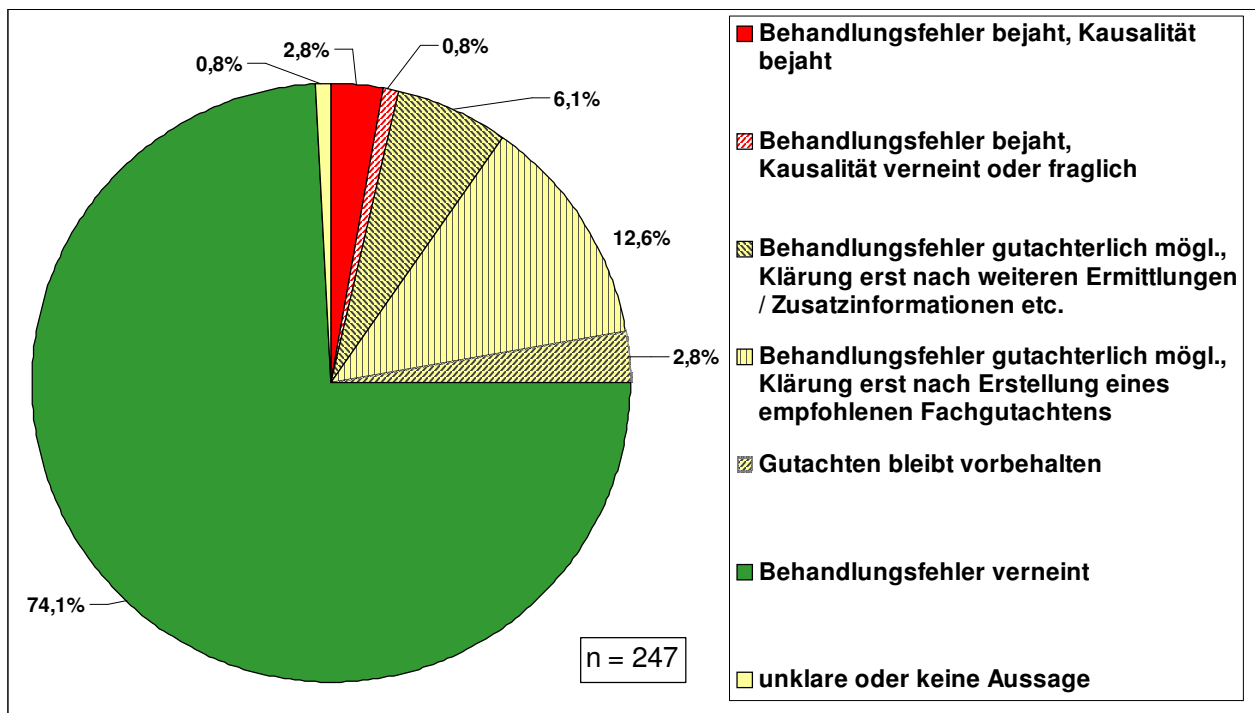


Abb. 19 Ergebnisverteilung bzgl. eines Behandlungsfehlers nach Obduktionen aufgrund eines Exitus in tabula (Aufteilung lt. verwendetem Fragebogen, s. Anhang A)

Dem Kreisdiagramm in Abb. 19 ist zu entnehmen, dass in der Mehrzahl der Fälle die Frage nach dem Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers nach einem Exitus in tabula mit einem „nein“ zu beantworten war (74,1%).

Weitere 12,6% der Fälle ließen einen entsprechenden Fehler als gutachterlich möglich erscheinen. Hier sollte eine endgültige Klärung erst nach der Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens erfolgen. Ebenfalls wurde in 6,1% der Fälle ein Behandlungsfehler gutachterlich für möglich gehalten, wobei hier jedoch eine Klärung erst von weiteren Ermittlungen und Zusatzinformationen wie beispielsweise der Einsicht in die Krankenunterlagen erwartet wurde. Beide Optionen stellten zusammen einen Anteil von 18,7%.

Die verbleibenden 7,2% verteilten sich auf die übrigen 4 im Fragebogen gegebenen Aussagemöglichkei-

ten. In 2,8% der Fälle wurde der nach einem Exitus in tabula in Diskussion stehende Behandlungsfehler bejaht, wobei auch die Kausalität dieses Fehlers für den Tod des Patienten bejaht wurde. Bei 0,8% der Fälle wurde ebenfalls ein Behandlungsfehler gesehen, allerdings stand dieser nicht oder nur fraglich in einer belegbaren Kausalität zum Tod des Patienten.

Während in 2,8% der Obduktionen sich die Untersucher hinsichtlich einer Aussage zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers ein abschließendes Gutachten vorbehielten, verfügten in 0,8% die Obduktionsprotokolle bzw. Gutachten über eine unklare oder gar keine Aussage bzgl. dieser Frage.

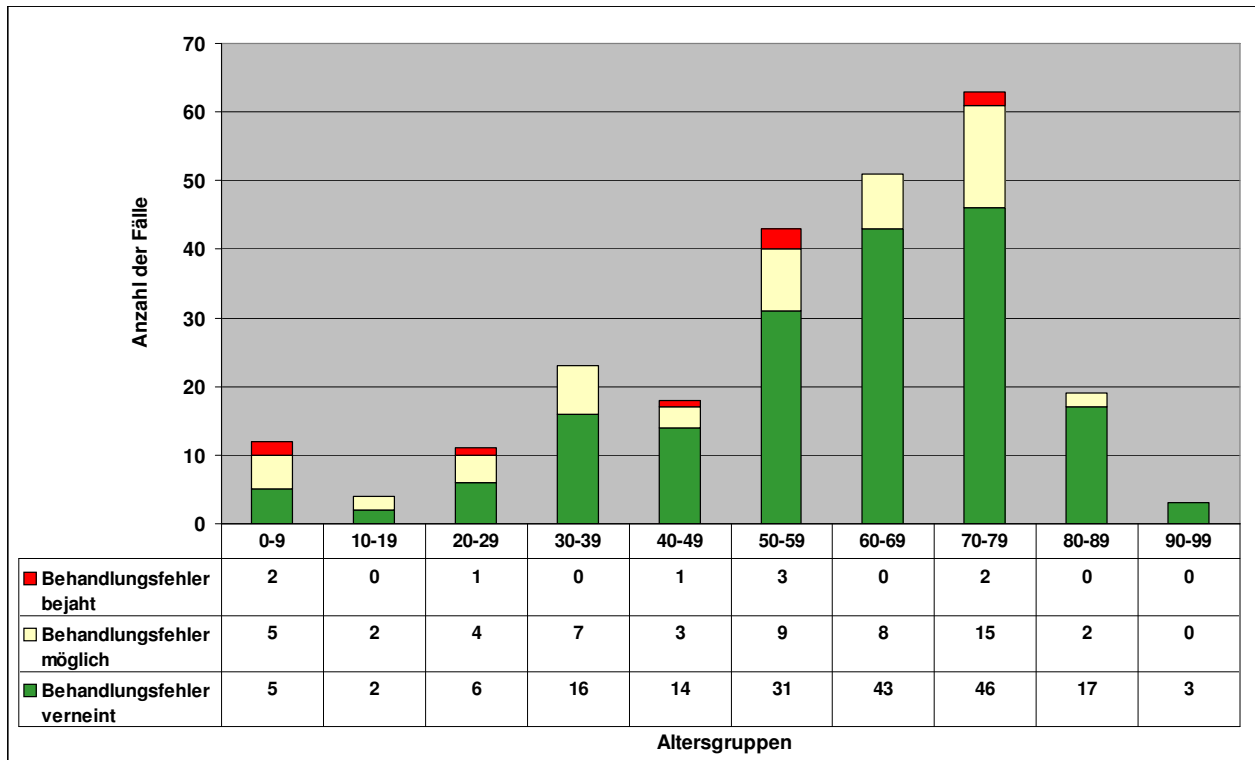


Abb. 20 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Altersklassen

Das Säulendiagramm in Abb. 20 stellt die bereits im Kreisdiagramm der Abb. 19 dargestellten Obduktionsergebnisse bzgl. des Vorliegens eines Behandlungsfehlers nach einem Exitus in tabula nun bezogen auf die verschiedenen betroffenen Altersklassen dar. Der besseren Übersicht halber wurden dazu die Bewertungsmöglichkeiten zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers in 3 Kategorien zusammengefasst. Die Kategorie „Behandlungsfehler möglich“ (gelb) umfasst insgesamt 4 Aussageoptionen des im Anhang A wiedergegebenen Fragebogens (Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc. oder nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens; Gutachten bleibt vorbehalten; unklare oder keine Aussage). Die Kategorie „Behandlungsfehler verneint“ (grün) beinhaltet solche Obduktionsfälle, bei denen der Vorwurf eines iatrogenen Fehlers im Obduktionsprotokoll oder ausführlichen Gutachten ausgeschlossen wurde. Zur Gruppe „Behandlungsfehler bejaht“ (rot) zählen

schließlich die beiden Aussagemöglichkeiten „Behandlungsfehler und Kausalität für den Tod bejaht“ und „Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich“.

Absolut gesehen ist auffällig, dass keine der Altersklassen besonders häufig von zu bejahenden Behandlungsfehlervorwürfen nach einem Exitus in tabula betroffen war. Die Zahl lag jeweils zwischen 0 und 3 Fällen in den verschiedenen Altersklassen. Prozentual an den pro Altersklasse untersuchten Fällen variierten diese Anteile jedoch enorm. So wurden bei den 70- bis 79-jährigen Verstorbenen lediglich 3,2% der vorgeworfenen Behandlungsfehler nach einem Exitus in tabula bestätigt, während dieses in der Altersklasse der 0- bis 9-jährigen 16,7% waren. Bei Verstorbenen zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr waren 9,1% der vorgeworfenen tödlichen Behandlungsfehler zu bejahen, bei 40- bis 49-jährigen waren dieses 5,6%, bei 50- bis 59-jährigen 7%.

Ähnlich wie mit der Bejahung der vorgeworfenen Behandlungsfehler nach einem Exitus in tabula verhält es sich mit der Beurteilung der Gutachter bzgl. der Möglichkeit des Vorliegens eines solchen letalen Fehlers. In den jüngeren Altersklassen bis zum 29. Lebensjahr wird der Vorwurf in 36,4% bis 50% für möglich gehalten. Bei den älteren Verstorbenen ab dem 40. Lebensjahr liegen diese Anteile zwischen 10,5% und 23,8%.

Entsprechend werden die vorgeworfenen Behandlungsfehler im jüngeren Alter prozentual gesehen seltener verneint als im höheren Alter.

Festzuhalten bleibt, dass anhand des untersuchten Obduktionsgutes die Gefahr eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula mit zunehmendem Alter des Patienten steigt, jedoch die Quote der Bejahung des Vorwurfs sinkt. Umgekehrt gibt es kaum Behandlungsfehlervorwürfe nach einem Exitus in tabula bei jüngeren Patienten, diese werden prozentual jedoch ggf. häufiger bestätigt.

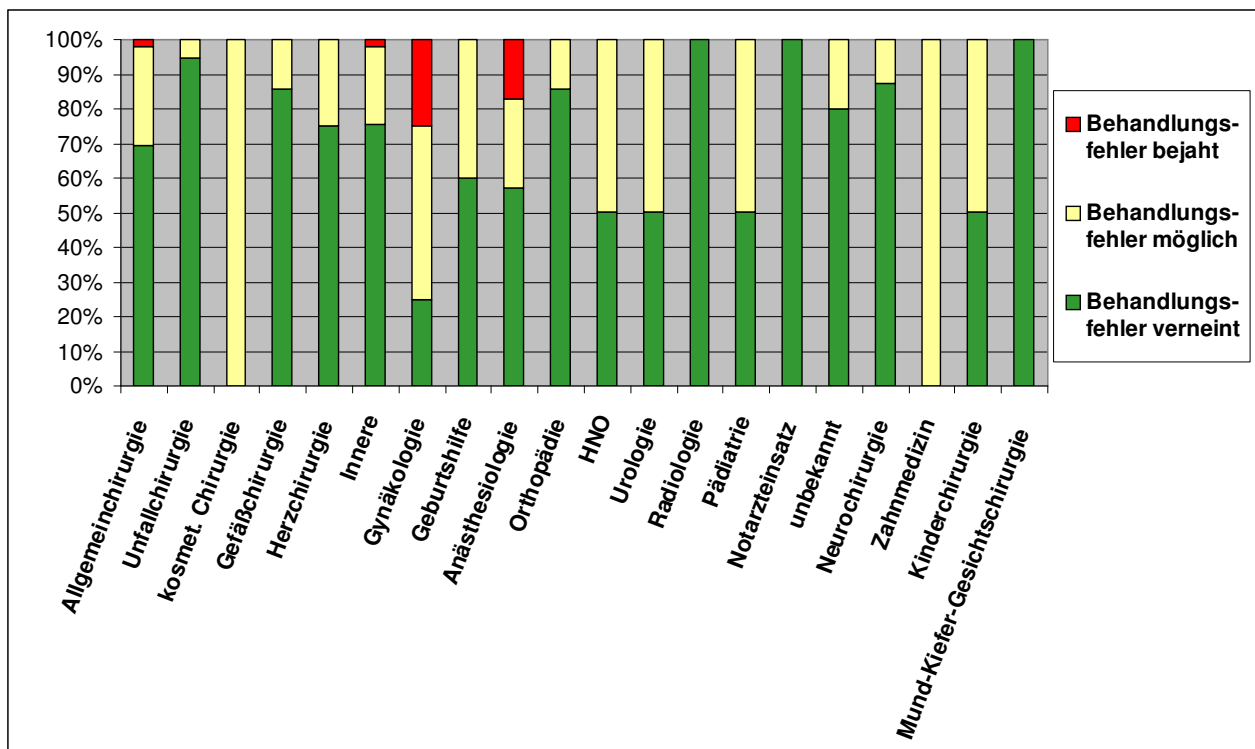


Abb. 21 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Fachgebieten

Das Säulendiagramm in Abb. 21 schließlich zeigt die in Abb. 19 dargestellten Obduktionsergebnisse bzgl. des Vorliegens eines Behandlungsfehlers, nun jedoch aufgeschlüsselt nach den von einem Exitus in tabula betroffenen Fachgebieten. Die Legende ist analog der Abb. 20 zu sehen.

Es ist wiederum klar zu erkennen, dass ganz überwiegend der vorgeworfene Behandlungsfehler, der den Exitus in tabula bedingt haben sollte, verneint wird. Deutlich weniger häufig hielten die Obduzenten oder Gutachter einen Behandlungsfehler für möglich.

Allerdings ist auch ersichtlich, dass sich die 3,6% bejahter Behandlungsfehler aus dem Kreisdiagramm in Abb. 19 auf nur wenige Fachgebiete verteilen. Hierzu zählt insbesondere die Gynäkologie, in der 25% der in diesem Fach untersuchten Fälle eines Exitus in tabula mit einem Behandlungsfehler in Verbindung gebracht wurden. In der Anästhesiologie sind dieses noch 18% der hier untersuchten Fälle, während in der Inneren Medizin und der Allgemeinchirurgie immerhin jeweils 2% der Todesfälle im Obduktionsprotokoll oder ausführlichen Gutachten im direkten Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler gesehen wurden. In den übrigen Fachgebieten, die im Säulendiagramm der Abb. 21 aufgeführt sind, lagen keine bestätigten Behandlungsfehler vor.

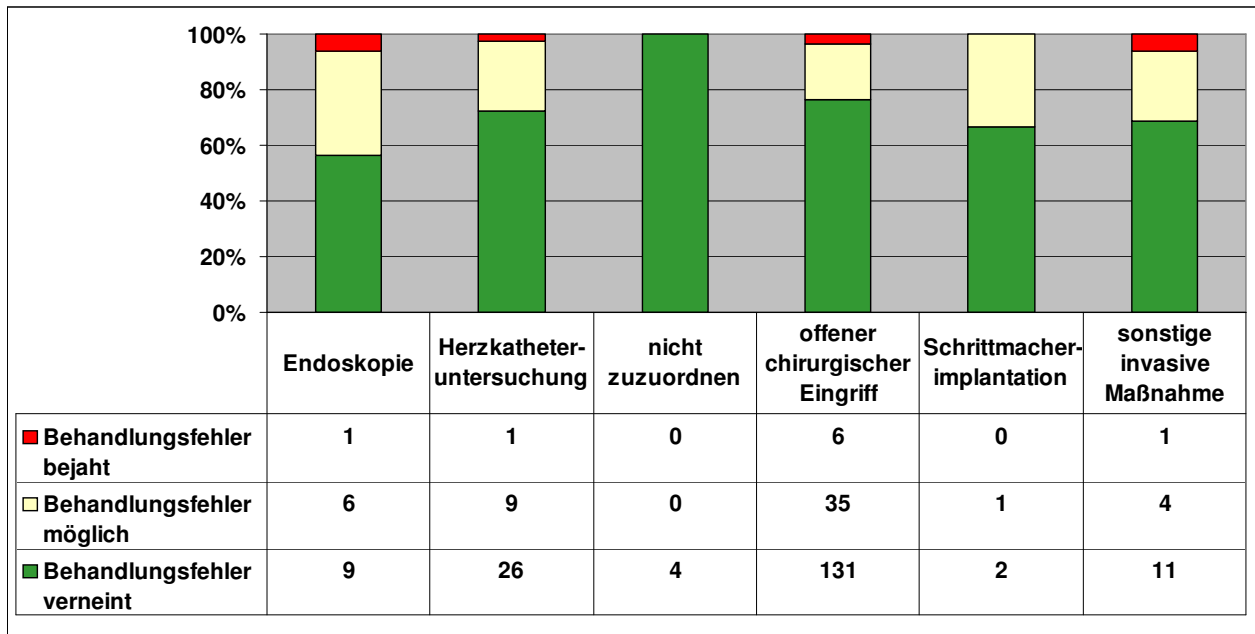


Abb. 22 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Eingriffsarten

Die Aufteilung der unterschiedlichen Eingriffsarten bezogen auf die Obduktionsergebnisse aus Abb. 19 hinsichtlich eines Behandlungsfehlers als Ursache für einen Exitus in tabula ist im Säulendiagramm der Abb. 22 zu sehen. Es handelt sich sowohl relativ als auch absolut betrachtet um eine ausgeglichene Verteilung der bejahten Behandlungsfehlervorwürfe.

Bei den endoskopischen Eingriffen und den sonstigen invasiven Maßnahmen wurde jeweils ein Fall pro Eingriffsart von insgesamt 16 untersuchten Fällen (6,3%) als Behandlungsfehler bejaht. Betroffen waren hier für die erste Gruppe die Gynäkologie bzw. für die zweite Gruppe die Anästhesiologie und Innere Medizin.

Ebenfalls aus der Inneren Medizin stammte der Todesfall während einer der 36 Herzkatheteruntersuchungen (2,8%), der im direkten Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler gesehen wurde.

Im Rahmen der 172 offenen chirurgischen Eingriffe verstarben 6 Patienten (3,5%) durch einen Behandlungsfehler. Hier waren die Allgemeinchirurgie, die Gynäkologie und die Anästhesiologie betroffen.

Weder bei den 3 Schrittmacherimplantationen noch bei den 4 nicht näher zuzuordnenden Fällen wurde ein Behandlungsfehler bejaht.

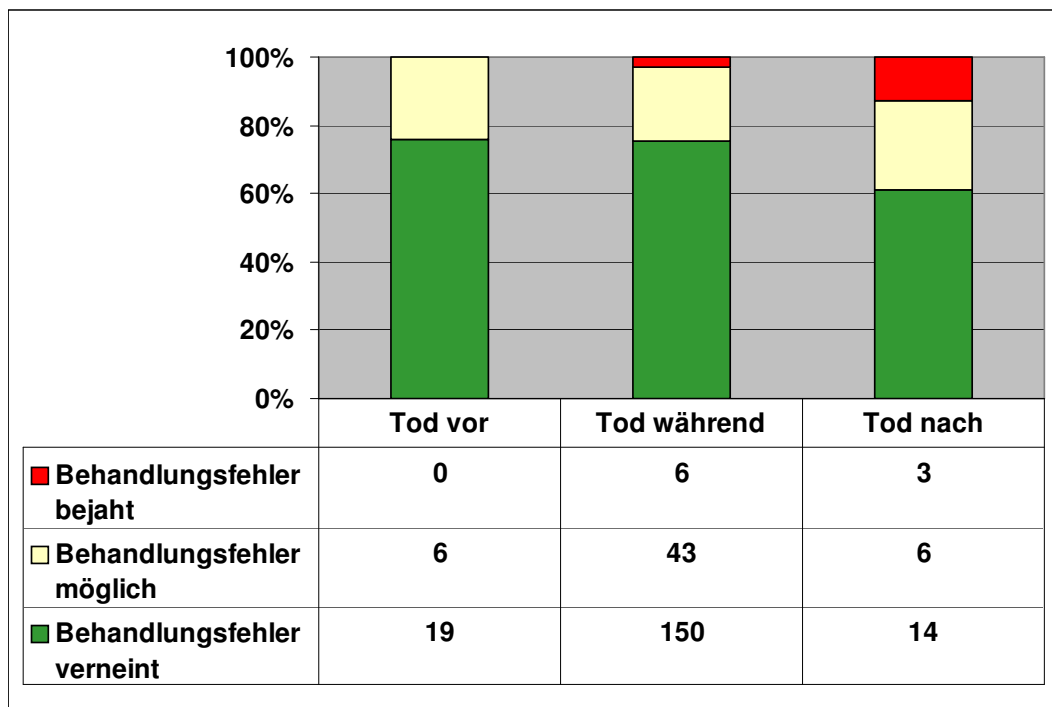


Abb. 23 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach dem Todeszeitpunkt – vor, während oder zeitnah nach dem Eingriff

Das Säulendiagramm der Abb. 23 veranschaulicht den Zeitpunkt eines Exitus in tabula mit einem anschließenden Behandlungsfehlervorwurf, wiederum mit Bezug zum Obduktionsergebnis dargestellt. Die überwiegende Zahl der Todesfälle fand demnach erwartungsgemäß während eines invasiven Eingriffs statt. In knapp 80% dieser 199 Fälle wurde später der zuvor geäußerte Vorwurf eines Behandlungsfehlers als Ursache für den Exitus in tabula als unzutreffend erkannt. In weiteren etwa 20% wurde ein Behandlungsfehler für möglich gehalten. Lediglich 3% der Todesfälle beruhten letztlich auf einen Behandlungsfehler.

Weitaus kleinere Gruppen mit einem jeweiligen Anteil von 10% am Gesamtgut der untersuchten Fälle wurden durch kurz vor und kurz nach einem invasiven Eingriff verstorbene Patienten gestellt. So fanden 25 Todesfälle vor dem eigentlichen operativen Eingriff statt. Hierbei handelte es sich zumeist um eine Limitierung des Lebens durch die Grunderkrankung oder aber um Zwischenfälle während der Narkoseeinleitung. Entsprechend wurde in knapp 80% der zunächst angenommene Behandlungsfehler verneint. In lediglich 6 Fällen wurde er noch für möglich gehalten.

In der Gruppe der erst nach dem eigentlichen Eingriff verstorbenen Patienten lagen überwiegend Probleme bei der Narkoseausleitung vor oder es traten verzögert Komplikationen des vorherigen Eingriffs auf. Etwa 60% dieser Fälle wurden hier nicht im Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler gesehen. Bei etwa 20% schien das Vorliegen eines Behandlungsfehlers als möglich, während bei 13% dieser Fälle der vorgeworfene Behandlungsfehler als todesursächlich gutachterlich bejaht wurde.

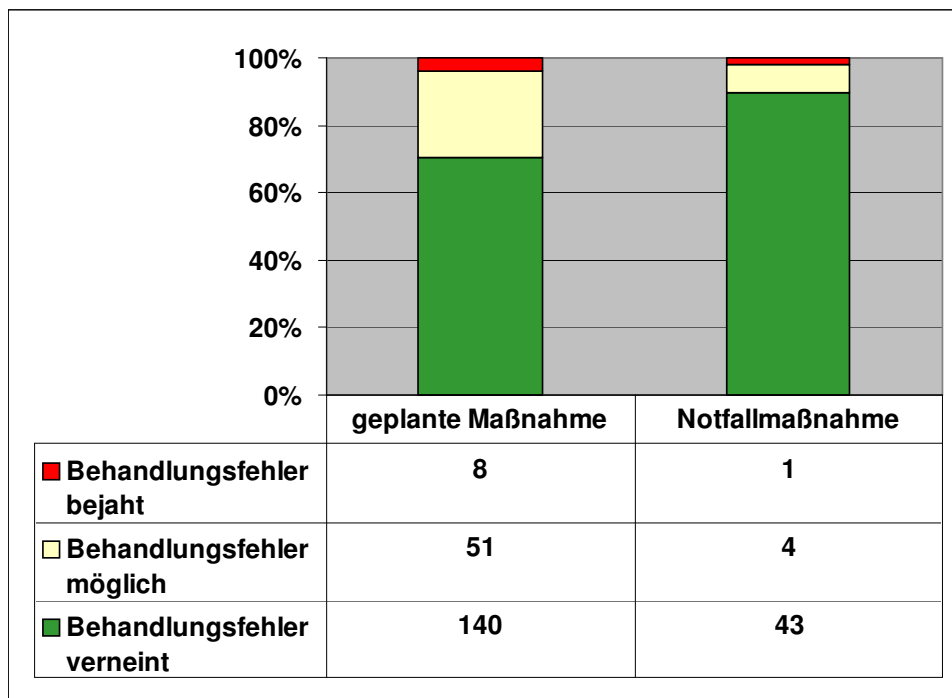


Abb. 24 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula unterteilt in geplante Maßnahmen und Notfallmaßnahmen

In Abb. 24 zeigt das Säulendiagramm die Verteilung der untersuchten Fälle eines Exitus in tabula mit einem nachfolgenden Behandlungsfehlervorwurf auf geplante ärztliche Maßnahmen und Notfalleingriffe. In die Gruppe der geplanten Maßnahmen fallen hierbei neben den Elektiveingriffen auch dringliche Operationen und solche im symptomfreien Intervall, da die Unterscheidung dieser Formen anhand der ausgewerteten Unterlagen nicht zuverlässig möglich war. Zur Gruppe der Notfalleingriffe gehören alle Notfalloperationen mit vitaler Indikation.

Mit 199 Fällen (80%) überwogen die geplanten Maßnahmen bei dieser Unterteilung. Etwa 70% der Todesereignisse ließen sich nicht auf den zunächst angenommenen Behandlungsfehler zurückführen. Während bei einem weiteren Viertel der Tod durch einen Fehler bedingt sein konnte, wurde in 4% der Fälle ein Behandlungsfehler als Todesursache bejaht.

Anders verhält es sich bei der Gruppe der Notfallmaßnahmen. Hier waren lediglich 2% der Fälle von Exitus in tabula auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. In 8% der Fälle wurde ein solcher für möglich gehalten, während jedoch bei 90% ein Behandlungsfehler als ausgeschlossen galt. Limitierend war dann zumeist die Grunderkrankung, die ein Überleben des Patienten nicht erlaubte.

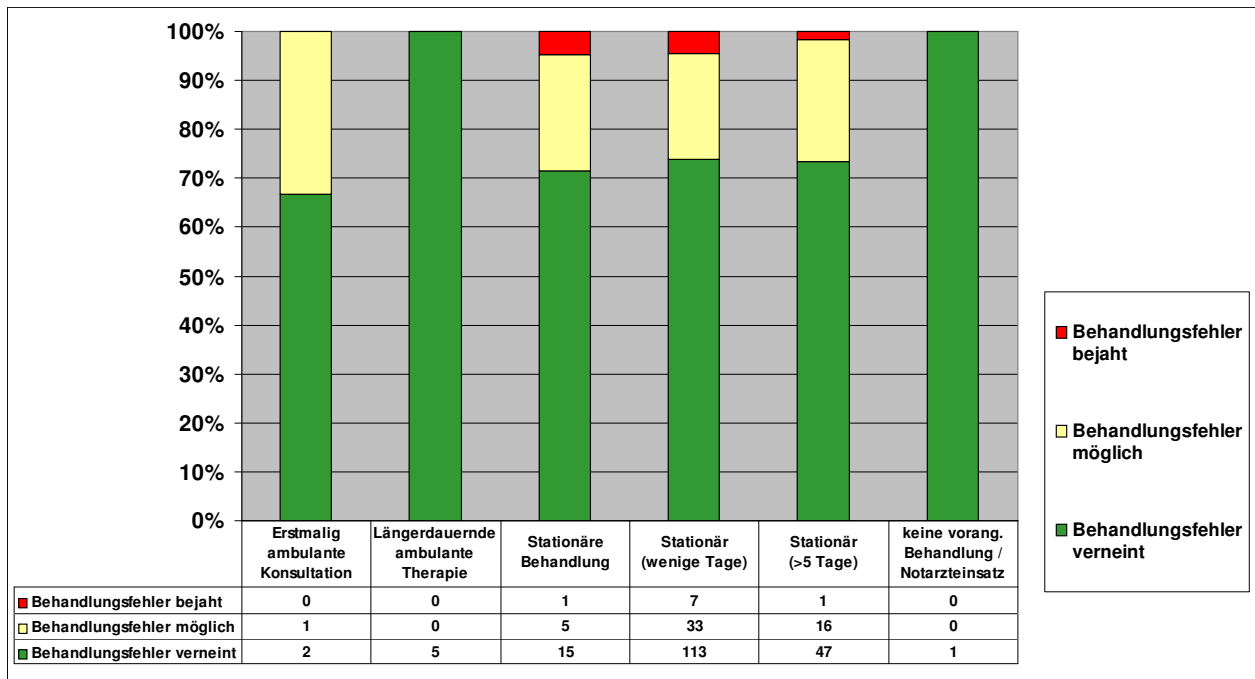


Abb. 25 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Behandlungsort und -dauer

Eine Auswertung der Obduktionsergebnisse bzgl. der Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers bei einem Exitus in tabula zeigt das Diagramm in Abb. 25. Sie ist aufgeschlüsselt in ambulante und stationäre Behandlung und unterteilt nach der Verweildauer der verstorbenen Patienten im Krankenhaus. Dabei bezieht sich die Verweildauer auf die Zeit, die der Patient bereits vor dem zum Tode führenden Eingriff im Krankenhaus verbrachte. Zunächst ist zu erkennen, dass der überwiegende Anteil an Behandlungsfehlervorwürfen im Rahmen eines Exitus in tabula mit 238 Fällen (96,4%) den stationären Bereich betraf. Die meisten dieser Patienten (etwa 62%) verstarben innerhalb der ersten 5 Tage ihres Krankenhausaufenthalts während bzw. nach einer invasiven ärztlichen Maßnahme. Weitere 26% erlitten erst nach einem längeren Krankenhausaufenthalt einen Exitus in tabula. Bei den übrigen 21 Patienten war die genaue Verweildauer im Krankenhaus aus den vorliegenden Unterlagen nicht zu eruieren. Entscheidend ist, dass im stationären Bereich 5% der vorgeworfenen Behandlungsfehler bei Fällen eines Exitus in tabula innerhalb der ersten 5 Tage oder einer nicht zu eruierenden Aufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus durch den Obduzenten oder den späteren Gutachter bestätigt wurden, bei einer Verweildauer der betroffenen Patienten von mehr als 5 Tagen waren es lediglich 2% zu bejahender Behandlungsfehler. Das Risiko einer Bestätigung des Behandlungsfehlers nach einem Exitus in tabula durch die späteren Gutachter sinkt also parallel mit der längeren Behandlungsdauer des Verstorbenen. Jeweils gut 70% der Vorwürfe bei Todesfällen im stationären Bereich wurden vom Gutachter als nicht belegbar angesehen, während 25% bis 28% der Behandlungsfehlervorwürfe nicht eindeutig zu klären waren.

Im Gegensatz dazu wurden lediglich 9 Fälle eines Exitus in tabula (3,6%) im ambulanten Bereich (8 Fälle)

bzw. ohne eine vorangegangene Behandlung oder im Notarzteinsatz (ein Fall) mit einem letalen Behandlungsfehler in Zusammenhang gebracht. Bei dieser geringen Zahl von Vorwürfen wurden die behaupteten bzw. angenommenen iatrogenen Fehler im Obduktionsprotokoll oder späteren ausführlichen Gutachten in 8 Fällen ausgeschlossen. Nur 1x war der Vorwurf nicht eindeutig zu klären, so dass die Gutachter hier einen Fehler für möglich hielten, ihn aber nicht bejahten.

3.3.8 Subgruppen

Während im bisherigen Teil der Ergebnisdarstellung immer das Gesamtgut der 247 Obduktionen nach einem Exitus in tabula mit einem nachfolgenden Behandlungsfehlervorwurf betrachtet wurden, werden im folgenden Subgruppen zur weiteren vertieften Auswertung im Detail herausgenommen.

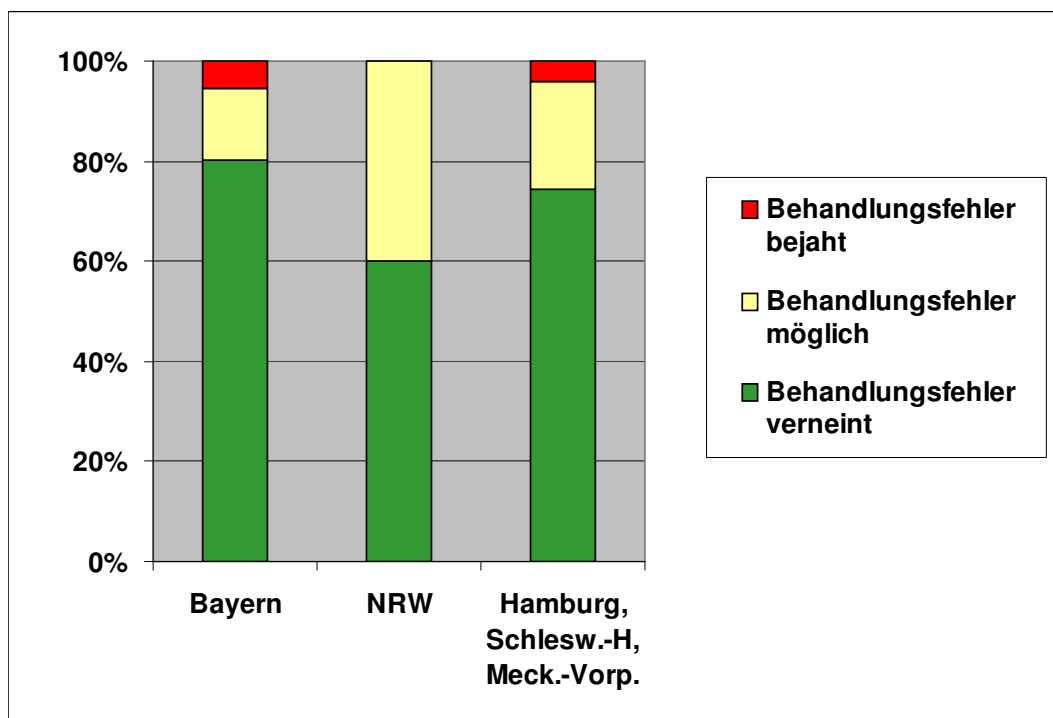


Abb. 26 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach ausgesuchten geographischen Gebieten

Analog der vorherigen Abbildungen zeigt das Säulendiagramm der Abb. 26 die Aufschlüsselung ausgesuchter geographischer Gebiete bzgl. der in Abb. 19 dargestellten Obduktionsergebnisse. Die Einteilung in die 3 oben beschriebenen farblich markierten Kategorien ist in gleicher Weise zu übernehmen. Für den Vergleich der unterschiedlichen Regionen miteinander wurden zunächst die am häufigsten von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffenen Bundesländer Bayern und NRW (vergl. Abb. 2) aufgeführt. Demnach wurden im Freistaat Bayern etwa 5% der dort aufgekommenen Behandlungsfehlervorwürfe im Rahmen eines Exitus in tabula im Obduktionsprotokoll oder späteren ausführlichen Gutachten bejaht. Gut 80% der Fälle hingegen konnten von den Untersuchern verneint werden. In den übrigen etwa 15% wurde ein

Behandlungsfehler für möglich gehalten. Im Gegensatz dazu wurde in NRW keiner der Behandlungsfehlervorwürfe nach einem Exitus in tabula bestätigt. Allerdings schlossen die Untersucher auch nur in 60% der Fälle einen iatrogenen Fehler aus. Bei 40% der Todesfälle waren sich die Gutachter unsicher und hielten einen Behandlungsfehler für möglich.

Aus diesen Ergebnissen ist jedoch nicht zu schließen, dass ein Süd-Nord-Gefälle bzgl. der Bejahung von Behandlungsfehlervorwürfen besteht. Dieses zeigen die Daten übriger nördlicher Bundesländer, die aufgrund jeweils nur kleinerer Fallzahlen zusammengefasst wurden. Im Stadtstaat Hamburg und in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern wurden vorgeworfene Behandlungsfehler nach einem Exitus in tabula ganz ähnlich wie im Freistaat Bayern bestätigt. Etwa 3% der Behandlungsfehlervorwürfe in diesen Regionen wurden von den Obduzenten bzw. Gutachtern als gerechtfertigt angesehen und der angenommene Behandlungsfehler wurde bejaht. In weiteren ca. 75% der Fälle konnten Behandlungsfehler vom Gutachter ausgeschlossen werden, während lediglich die übrigen gut 20% nicht eindeutig entschieden werden konnten.

Bei 247 Fällen lagen 2 Fälle eines Transfusionsfehlers während eines invasiven Eingriffs mit einem nachfolgenden Behandlungsfehlervorwurf vor. In einem Fall wurde vom Gutachter der vorgeworfene Behandlungsfehler bejaht, ebenso dessen Kausalität für den Tod. Es wurde einem Patienten AB0-unverträgliches Blut transfundiert, nachdem sowohl im Labor als auch im Bed-Side-Test eine Fehlbestimmung der Blutgruppe des Patienten erfolgt war. Im anderen Fall wurde ein Transfusionsfehler lediglich für gutachterlich möglich gehalten, die Todesursache des Patienten konnte jedoch nicht eindeutig festgestellt werden, so dass die Obduzenten weitere Ermittlungen und Zusatzinformationen empfahlen.

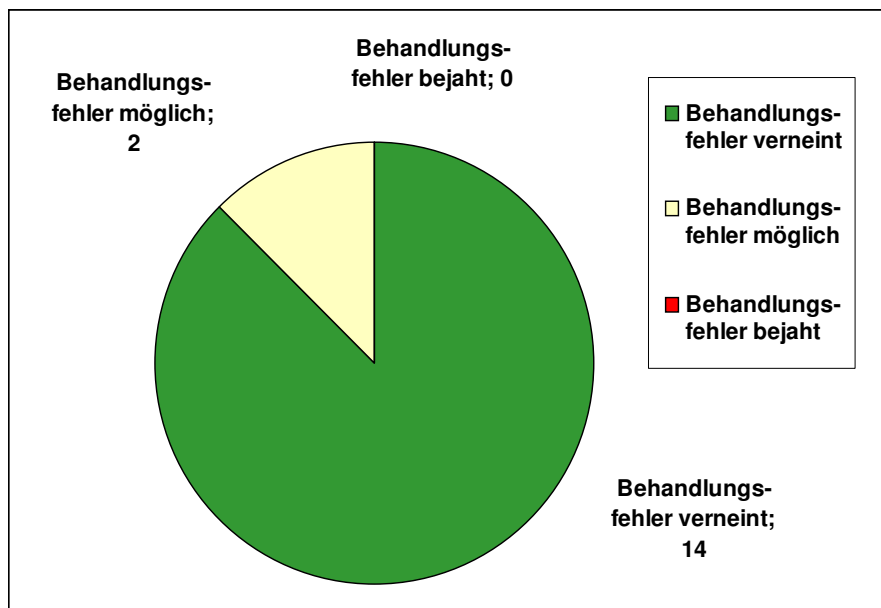


Abb. 27 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula bei Medikationszwischenfällen

In der Abb. 27 veranschaulicht das Kreisdiagramm die untersuchten Medikationszwischenfälle, die einem Exitus in tabula mit einem anschließenden Behandlungsfehlervorwurf zugrunde lagen. In diese Gruppe fallen unter anderem Kontrastmittelreaktionen, Medikamentenunverträglichkeiten mit nachfolgendem anaphylaktischen Schock, vermeintliche Überdosierungen und die maligne Hyperthermie als Narkosezwischenfall. Allerdings waren die einzelnen Medikamentennamen aus den zur Auswertung zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht zu eruieren.

Untersucht wurden in diesem Zusammenhang 16 Todesfälle. Bei 14 der verstorbenen Patienten wurde der zunächst vermutete Behandlungsfehler durch die Obduktion bzw. ein späteres Gutachten ausgeschlossen. In den übrigen 2 Fällen war ein Behandlungsfehler als Ursache für den Medikationszwischenfall zwar möglich, konnte aber nicht eindeutig geklärt werden.

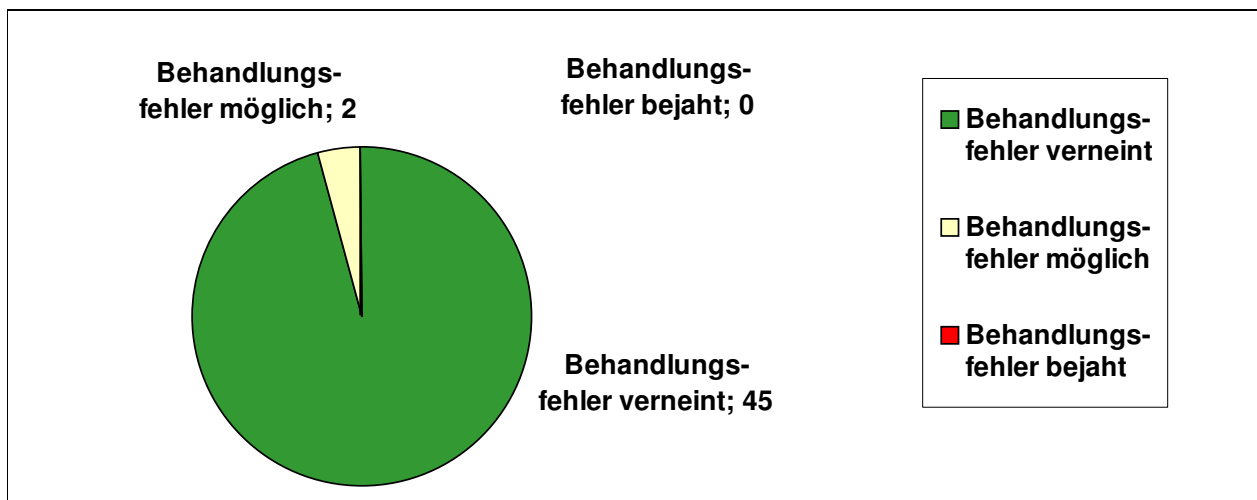


Abb. 28 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula im Anschluss an ein Trauma

Eine Auswertung der Obduktionsergebnisse aus der Abb. 19 bzgl. der Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers bei einem Exitus in tabula, diesmal aufgeschlüsselt für die Todesfälle nach einem Trauma, zeigt das Kreisdiagramm der Abb. 28. Zur Gruppe der Traumata zählen Patienten, die sich aufgrund eines Sturzes, eines Verkehrsunfalls oder sonstiger Gewaltverletzungen wie Schnitt- und Stichwunden oder Einklemmungen in ärztliche Behandlung begeben mussten. Bei den Stürzen handelte es sich überwiegend um ältere Patienten, die sich beim Fallen v. a. eine Oberschenkelhalsfraktur zuzogen. Todesursächlich waren in der Folge Lungen- oder Fettembolien, selten auch eine Palacosreaktion beim Einbringen der Hüftendoprothese. Bei den Verkehrsunfällen kam es neben verschiedenen Frakturen zu Bauch- und/oder Thoraxtraumata, so dass hier die Blutungen während der notfallmäßigen Operationen limitierend waren. Ebenfalls bedingte in einem Fall ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) den Tod.

Bei 45 der insgesamt 47 Patienten aus dieser Gruppe wurde ein behaupteter Behandlungsfehler als Todesursache durch die späteren Untersuchungen ausgeschlossen. Zumeist erlagen die Patienten den direkten Folgen der Verletzungen oder aber der Komplikation einer Lungenembolie nach längerer Immobilisation trotz adäquater Thromboseprophylaxe. Lediglich in 2 Fällen erschien ein Behandlungsfehler als Todesursache möglich, war aber nicht zweifelsfrei zu belegen.

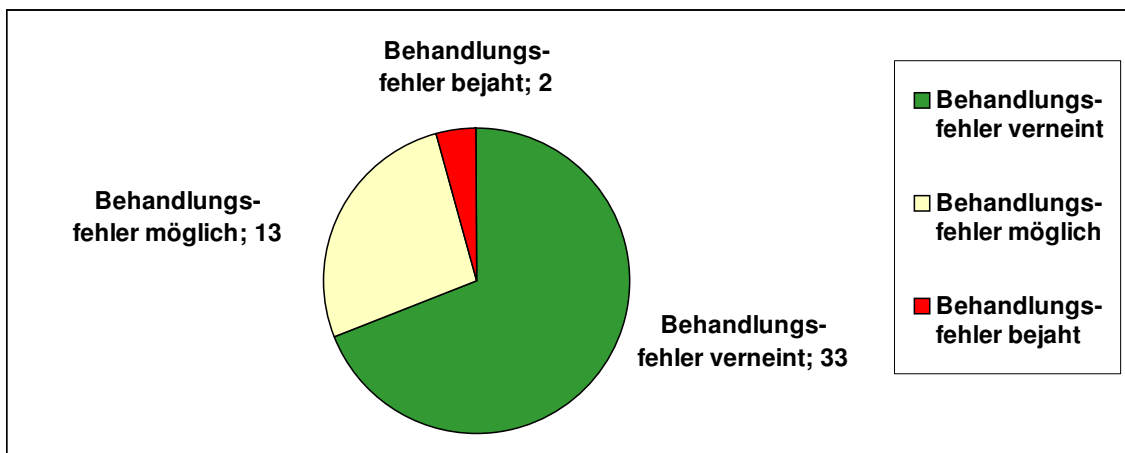


Abb. 29 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Fällen mit Tumorerkrankung

Das Kreisdiagramm der Abb. 29 veranschaulicht analog der vorherigen Abbildungen die untersuchten Fälle eines Exitus in tabula nach einem geäußerten Vorwurf eines Behandlungsfehlers bei Patienten mit einer Tumorerkrankung. Dabei handelte es sich um Patienten sowohl mit benignen als auch mit malignen Tumoren, die z. T. bereits metastasiert waren.

Insgesamt mußten sich 48 Patienten aufgrund eines Tumorleidens einer invasiven ärztlichen Behandlung unterziehen. Während in 33 Fällen die Todesursache in der Grunderkrankung oder einer nicht zu verhindernden Komplikation zu sehen war, wurde in 2 Fällen ein Behandlungsfehler als kausal für den Tod verantwortlich erkannt. In den übrigen 13 Fällen erachteten die Gutachter den Behandlungsfehler als möglich, aber nicht zweifelsfrei nachweisbar.

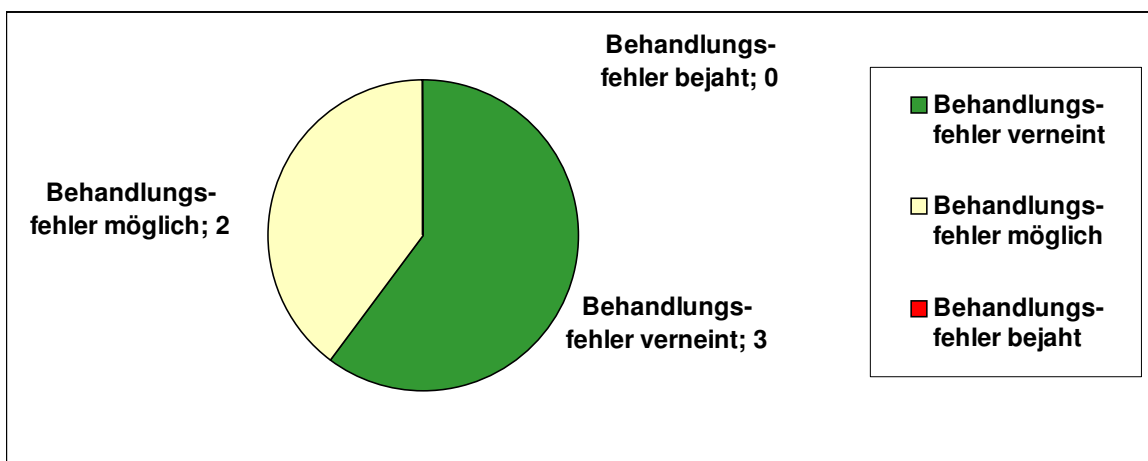


Abb. 30 Obduktionsergebnisse bzgl. eines Behandlungsfehlervorwurfs nach einem Exitus in tabula aufgeschlüsselt nach Fällen im Rahmen eines Geburtsvorgangs

In der Abb. 30 zeigt das Kreisdiagramm die ausgewerteten Fälle eines tödlichen Geburtsverlaufs mit anschließendem Behandlungsfehlervorwurf. Es gab insgesamt 5 Todesfälle, wobei 4 Patientinnen während bzw. nach einer Sectio caesarea und eine Patientin kurze Zeit nach einer Spontanentbindung mit Hilfe

einer Vakuum-Extraktion verstarben. Ursachen waren eine atonische Blutung des Uterus, eine Uterusrup- tur und eine fragliche Eklampsie oder Fruchtwasserembolie. Diese 3 Fälle waren nicht im Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler zu sehen. Die übrigen 2 Fälle eines Exitus in tabula blieben unklar mit der Vermutung einer Hypoxie und eines Herz-Kreislauf-Versagens. Ein Behandlungsfehler als Todesursache war hier zwar möglich, aber nicht nachweisbar.

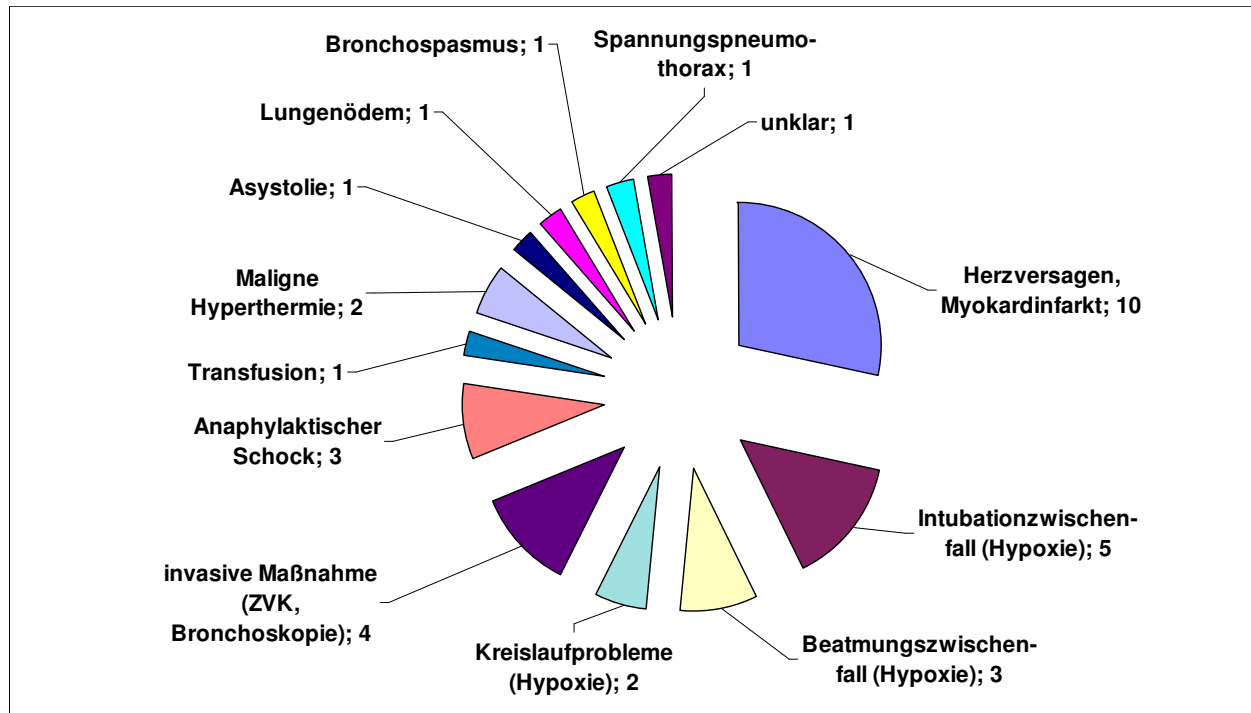


Abb. 31 Medizinische Todesursachen bei Obduktionen aufgrund von Exitus in tabula im Gebiet der Anästhesiologie

Das Sektorendiagramm in der Abb. 31 stellt das Gebiet der Anästhesiologie mit den dort vorliegenden medizinischen Todesursachen dar. Insgesamt wurden in der Anästhesie 35 Fälle eines Exitus in tabula durch eine spätere Obduktion geklärt. Todesursächlich waren in 10 Fällen ein Herzversagen oder ein Myokardinfarkt. Dabei lagen bei den Patienten mehr oder weniger schwerwiegende Vorschädigungen am Herz-Kreislauf-System wie arteriosklerotische Veränderungen, Herzdilatation, Koronare Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz vor, so dass die Grunderkrankung mit der zusätzlichen Belastung durch die Narkose als limitierend zu sehen ist.

In weiteren 10 Fällen bedingte das Auftreten einer Hypoxie den Tod. In 5 dieser Fälle führte ein Intubationszwischenfall dazu. 3x lagen Beatmungsprobleme vor, die eine unzureichende Sauerstoffversorgung bedingten. In den übrigen 2 Fällen führten Kreislaufprobleme zu einer O₂-Minderversorgung der Organe. Die übrigen fast 50% der in diesem Fachbereich untersuchten Fälle werden durch anderweitige medizinische Todesursachen gestellt. 4 Patienten verstarben während der Anlage eines zentralvenösen Katheters an auftretenden Blutungskomplikationen (3x) oder bei der Durchführung einer Bronchoskopie, bei der es zu einer iatrogenen Tracheaperforation kam (1x). 3 Patienten erlitten einen anaphylaktischen Schock, der

auf nicht näher genannte Medikamentengaben zurückzuführen war. In 2 Fällen wurde der Exitus in tabula durch eine maligne Hyperthermie als gefürchteten Narkosezwischenfall bedingt. Jeweils 1x waren eine Fehltransfusion, eine reflektorische Asystolie, ein Lungenödem, ein Bronchospasmus und ein Spannungspneumothorax die medizinische Todesursache laut der Obduktion bzw. späteren Fachgutachten. In einem Fall war die medizinische Todesursache nicht eindeutig zu klären, aber es wurde ein Zusammenhang mit einer Bluttransfusion angenommen.

Gemäß Abb. 21 sahen die Obduzenten bzw. Gutachter in knapp 60% der Fälle den vorgeworfenen Behandlungsfehler als ausgeschlossen. Bei weiteren ca. 25% dieser Fälle halten sie einen Behandlungsfehler im Zusammenhang mit dem Todesgeschehen für möglich. In allerdings 18% der beschriebenen Fälle wurde der Vorwurf eines Behandlungsfehlers als Ursache für den Tod des Patienten angesehen. Als Behandlungsfehler wurde in 5 Fällen eine aufgetretene Hypoxie gewertet, die 1x eine Fehlintubation als Ursache hatte und jeweils 2x auf Beatmungsprobleme und Kreislaufprobleme zurückzuführen war. In einem weiteren Fall lag eine Fehltransfusion vor. Bei einem Fall eines bestätigten Behandlungsfehlers wurde ein auftretendes Lungenödem in der Folge nicht richtig behandelt.

3.4 Vertiefte Auswertung von Fällen aus den unterschiedlichen Fachgebieten

Im Folgenden werden die 247 Fälle eines Exitus in tabula einer vertieften Betrachtung unterzogen. Dabei soll insbesondere darauf eingegangen werden, in welchen Fachgebieten welche Operationen oder sonstigen invasiven Maßnahmen zu Todesfällen führten und wie der genaue Kontext der Situation war. Zudem wird im Detail herausgestellt, wie die Obduzenten bzw. Gutachter die Obduktionsergebnisse bewerteten und ob für die Klärung des Sachverhalts bereits die Obduktion ausreichte oder ein ausführliches Gutachten hierfür nötig war. Schließlich wird auf den Ausgang der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren bzw. Todesermittlungsverfahren eingegangen, soweit dazu den eingesehenen Unterlagen in den rechtsmedizinischen Instituten Informationen zu entnehmen waren. Bleibt der Verfahrensausgang unbekannt, wird er nicht weiter erwähnt.

3.4.1 Allgemein Chirurgie

Im Fachgebiet der Allgemein Chirurgie handelte es sich bei den insgesamt 52 Fällen eines Exitus in tabula vor allem um 2 große operative Bereiche. Zum einen sind hier Operationen mit Laparotomie 26x zu nennen. Zum anderen kam es auch bei Thorakotomien zu einem intraoperativen Tod. Hier sind 16 Fälle aufzuzeigen. Die übrigen 10 Fälle stammen aus kleineren Bereichen der Allgemein Chirurgie.

3.4.1.1 Laparotomie

Gallenblase

5 der insgesamt 26 Laparotomien wurden aufgrund eines Gallensteinleidens oder einer Entzündung der

Gallenblase durchgeführt. In einem Fall wurde zunächst mit einer laparoskopischen Operation begonnen, die aber aufgrund der schwierigen anatomischen Verhältnisse in eine Laparotomie überging. In diesem Fall führte intraoperativ ein Myokardinfarkt zum Tod des Patienten. Dieser Infarkt hatte sich zuvor nicht abgezeichnet und war nicht zu erwarten. In 3 weiteren Fällen kam es durch die Operation im stark entzündlich veränderten Gallenbett zu arteriellen und/oder venösen Blutungen, 1x auch zu einer diffusen Parenchymblutung der Leber.

In allen diesen 4 Fällen wurde der behauptete bzw. vermutete Behandlungsfehler verneint. Dieses geschah bereits 3x durch die Obduzenten in ihren Obduktionsprotokollen, 1x erst im späteren ausführlichen Gutachten.

In nur einem Fall ist über den Ausgang des Ermittlungsverfahrens bekannt, dass durch die Staatsanwaltschaft das Verfahren eingestellt wurde.

In einem 5. Fall blieb die Todesursache auch nach der gerichtlichen Obduktion unklar, wobei laut Obduktionsprotokoll jedoch ein operatives Korrelat für die Operation am Rippenbogenrand fehlte. Somit hielten die Obduzenten in ihrem Protokoll einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und sahen eine mögliche Klärung des Sachverhalts erst nach Abschluss weiterer Ermittlungen zur Erlangung von Zusatzinformationen.

Leber

In 3 weiteren Fällen wurde aufgrund von Leberveränderungen eine Laparotomie vorgenommen. In einem Fall sollten 2 kindskopfgroße Echinococcuszysten aus Milz und Leber entfernt werden, wobei es jedoch zu Gefäßeröffnungen in der Leber kam, die sehr stark bluteten. Trotz Ligatur und Bluttransfusionen verstarb der Patient im hämorrhagischen Schock.

Ein Behandlungsfehler wurde hier für gutachterlich möglich gehalten, wobei ein ausführliches Gutachten zur Klärung beitragen sollte.

In einem weiteren Fall indizierte ein Leberkarzinom bei einer bestehenden Hepatitis eine Transplantation, während derer der Patient eine Lungenembolie erlitt und verstarb.

Im letzten Fall dieser Gruppe handelte es sich um eine Leberruptur nach häuslichen Reanimationsmaßnahmen bei einem gleichzeitig fortgeschrittenen Karzinomleiden, weshalb hier eine Laparotomie indiziert war. Als Todesursache wurde jedoch eine Lungenembolie aus einer tiefen Beinvenenthrombose diagnostiziert.

In beiden Fällen schließen die Obduzenten den zunächst angenommenen Behandlungsfehler aus.

Pankreas

In 2 Fällen war die Laparotomie aufgrund einer Tumorerkrankung des Pankreas notwendig. Dabei kam es in einem Fall direkt zur intraoperativen Blutung, an der der Patient auch verstarb.

Ein ausführliches Gutachten verneint hier jedoch einen Behandlungsfehler.

In dem anderen Fall kam es erst nach mehreren Tagen zu verschiedenen Nahtinsuffizienzen, die wiederum später bei einer erneuten Operation zum Verbluten des Patienten führten.

In diesem Fall empfahlen die Obduzenten in ihrem Protokoll die Erstellung eines Fachgutachtens, da sie einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich hielten.

Milz

Die Milz war in einem der Fälle eines Exitus in tabula der Anlass für die Durchführung einer Laparotomie. Nach einer Milzpunktion aufgrund eines Tumors unklarer Genese war es zu einer unstillbaren Blutung in die Bauchhöhle gekommen, so dass eine operative Intervention erforderlich wurde. Trotzdem verstarb der Patient.

Allerdings stellten die Obduzenten im Rahmen ihrer Untersuchungen ein akutes Herzversagen bedingt durch eine Mitralklappenendokarditis bei sonst regelrechten Operationsverhältnissen fest. Damit wurde der angenommene Behandlungsfehler widerlegt.

Darm

Im allgemeinchirurgischen Anteil an Fällen eines Exitus in tabula indizierten Darmerkrankungen in 5 Fällen die Durchführung einer Laparotomie. 2x veranlasste ein Tumor diese Maßnahme, 2x ein Mesenterialinfarkt und 1x ein Ileusgeschehen nach diversen Voroperationen am Darm. Bei beiden Tumorpatienten bedingten stärkere intraoperative Blutungen das Todesgeschehen, wobei der Blutverlust in einem Fall zu einem Herz-Kreislauf-Versagen führte, im anderen Fall in Kombination mit einer Luftembolie den Tod verursachte.

Im ersten Fall wurde der im Raum stehende Behandlungsfehler verneint, im zweiten Fall hielten die Obduzenten ihn für gutachterlich möglich und empfahlen die Erstellung eines Fachgutachtens.

In den beiden Fällen mit den Mesenterialinfarkten verstarben die Patienten laut Obduktionsprotokoll operationsunabhängig an einer ausgedehnten Peritonitis. Der Patient mit einer Ileussympomatik hingegen erlitt intraoperativ bei erheblichen Vorschädigungen am Herzen ein akutes Herzversagen, wie ein später erstelltes ausführliches Gutachten befand. Somit waren in allen 3 Fällen die vorgeworfenen Behandlungsfehler zu verneinen.

Appendix

Eine Appendizitis machte in 2 Fällen die Eröffnung der Bauchhöhle erforderlich. In einem Fall kam es nach der ersten Operation zu Nachblutungen, weshalb das Operationsfeld revidiert werden musste. Am gleichen Tag war auch noch ein dritter Eingriff wegen wiederum erneuter Nachblutungen indiziert. Hierbei verstarb der Patient.

In diesem Fall empfahlen die Obduzenten die Erstellung eines Fachgutachtens, da sie einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich erachteten.

In dem anderen Fall musste der ersten Operation eine Revision aufgrund einer Abzeßbildung folgen. Hierbei verstarb der Patient intraoperativ an einer fulminanten Lungenembolie, was einer gefürchteten Komplikation bei Operationen entspricht.

Im Obduktionsprotokoll verneinten die Obduzenten den zunächst in Frage stehenden Behandlungsfehler.

Traumata mit multiplen inneren Verletzungen

In 4 Fällen im Fachgebiet der Allgemein Chirurgie führten Traumata wie Stichverletzungen oder Verletzungen bei Verkehrsunfällen zu einem Exitus in tabula. In 3 dieser Fälle verbluteten die Patienten während des operativen Eingriffs an ihren weit reichenden inneren Verletzungen, die nicht mehr zu therapieren waren. In einem weiteren Fall war der Erfolg der Operation durch die kardialen Vorschäden des Patienten limitiert. Dieser Patient verstarb intraoperativ an einem Myokardinfarkt.

In allen 4 Fällen schlossen die Obduzenten die zunächst vorgeworfenen Behandlungsfehler in ihren Obduktionsprotokollen aus.

3x ist der Ausgang des Ermittlungsverfahrens hier nicht bekannt. Im letzten Fall wurde das Verfahren nach §170 II StPO eingestellt.

Bauchaorta

Ein rupturiertes Bauchaortenaneurysma war in 2 weiteren Fällen die Ursache für den Exitus in tabula in der Allgemein Chirurgie.

Beide Patienten verbluteten nach Innen, wobei 1x bereits im Obduktionsprotokoll ein etwaiger Behandlungsfehler ausgeschlossen wurde. Im anderen Fall wurde ein ausführliches Gutachten erstellt, ohne den Behandlungsfehlervorwurf zu klären.

Infektion

In einem Fall verstarb ein Patient intraoperativ aufgrund einer heftigen und eitrigen Peritonitis, wobei die Vorgeschichte hierzu in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert ist.

Im Obduktionsprotokoll wurde das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint.

Abzeß

In einem letzten Fall eines Exitus in tabula im Rahmen einer Laparotomie handelte es sich um einen Patienten, der nach einer äußerlich durchgeführten Abzeßspaltung eine zunehmende abdominelle Symptomatik entwickelte und somit seine Bauchhöhle eröffnet werden musste. Während dieser Operation verstarb der Patient.

Im Obduktionsprotokoll wurde ein Herz-Kreislauf-Versagen bei diversen vorbestehenden kardialen Schädigungen und eine beginnende Peritonitis als todesursächlich beschrieben. Ein Behandlungsfehler wurde ausgeschlossen.

Dieses Verfahren wurde später gemäß §170 II StPO durch die Staatsanwaltschaft eingestellt.

3.4.1.2 Thorakotomie

Lunge

Bei 8 der insgesamt 16 Fälle eines Exitus in tabula während einer Thorakotomie war eine Lungenerkrankung ausschlaggebend für die Durchführung der Operation. In 7 Fällen bedingte eine Tumorerkrankung der Bronchien bzw. des Lungengewebes die Maßnahme einer Lobektomie, Bilobektomie oder Hemipulmektomie. Bei 6 dieser Fälle kam es intraoperativ bei der Auslösung des Tumors zu Einrissen an arteriellen oder venösen Gefäßen, die nicht zu beherrschen waren und infolgedessen zum Verbluten der Patienten führten.

In dem weiteren Fall kam es erst nach der Extubation des Patienten durch einen Hustenanfall zu immensen Nachblutungen, so dass das Operationsfeld revidiert werden musste. Hierbei verstarb auch dieser Patient an einem Blutungsschock.

Ein letzter Fall in diesem Rahmen wurde aufgrund eines hämorrhagischen Infarkts der Lunge operiert. Dieser Patient erlag intraoperativ an seiner bestehenden Lungenembolie.

6 der beschriebenen Fälle waren bereits durch die Obduktionen aufgeklärt worden. In den anschließenden Protokollen wurden die Behandlungsfehler 5x verneint. 1x wurde dieser für gutachterlich möglich gehalten und eine Klärung des entsprechenden Sachverhalts erst nach weiteren Ermittlungen und Zusatzinformationen erwartet. In 2 Fällen (Blutung und Nachblutung) wurde ein ausführliches Gutachten erstellt, in denen die Gutachter die vorgeworfenen Behandlungsfehler widerlegten.

Mediastinum

Die übrigen 8 Fälle, in denen es im Rahmen einer Thorakotomie zu einem Exitus in tabula kam, bezogen sich auf Prozesse im Bereich des Mediastinums. 5 Mediastinotomien wurden aufgrund von dortigen Tumoren durchgeführt, bei denen es in 4 Fällen zu starken Blutungen kam, als der Operateur Verwachsungen zwischen dem Tumor und einem Gefäß lösen wollte. Diese Blutungen waren nicht zu beherrschen und die Patienten verstarben.

In 2 dieser Fälle wurde der Behandlungsfehlervorwurf verneint, 1x im Obduktionsprotokoll und 1x im ausführlichen Gutachten. In den 2 weiteren Obduktionsprotokollen hielten die untersuchenden Rechtsmediziner die vorgeworfenen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und empfahlen zur Klärung des Sachverhalts die Erstellung eines Fachgutachtens.

In dem fünften Fall kam es zu einer reflektorischen Asystolie mit einer anschließenden Hypoxie aller Organe, was zum Tod führte.

Auch hier empfahlen die Obduzenten in ihrem Protokoll die Erstellung eines Fachgutachtens, da sie einen Behandlungsfehler nicht ausschließen wollten.

Dieses Fachgutachten wurde laut Aktenlage später auch durch die Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben, lag jedoch zur Auswertung nicht vor.

Die beiden weiteren Fälle in diesem Rahmen bedingten sich durch ein Karzinomleiden des Ösophagus. In einem dieser Fälle kam es beim Ablösen von Verwachsungen zwischen der Aorta und dem Tumor zur Ruptur des Gefäßes. Der Patient verblutete.

Hier hielten die Untersucher laut Obduktionsprotokoll einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und erhofften eine Klärung des Sachverhalts durch weitere Ermittlungen und Zusatzinformationen.

In dem anderen Fall kam es durch einen abnormen Gefäßabgang am Herzen zu intraoperativen letalen Herzrhythmusstörungen.

Die Obduzenten schlossen einen Behandlungsfehler aus.

Der letzte Fall eines Exitus in tabula während einer Thorakotomie beschrieb eine Blutung, die sich während des Lösen von Verwachsungen zwischen Lunge und Aorta bildete. Es kam zu einem Einriss einer Prothesennaht, die Jahre zuvor in die Aorta eingesetzt worden war. Der Patient verstarb an der nicht zu stillenden Blutung.

Da die Untersucher nach der Obduktion einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich erachteten, empfahlen sie in ihrem Protokoll die Erstellung eines Fachgutachtens.

3.4.1.3 Laparoskopische Cholezystektomie

2 der 10 übrigen Fälle eines Exitus in tabula im Fachgebiet der Allgemein Chirurgie stammten aus dem Bereich der endoskopischen Cholezystektomie. Bei einem Patienten kam es im Rahmen der Operation zu Gefäßverletzungen an der Aorta und einer Darmarterie mit einer anschließenden Luftembolie und Blutung, die zusammengenommen den Tod bedingten. Bei dem anderen Patienten entstand aufgrund einer Infektion der Gallenwege eine Sepsis mit einer daraus folgenden Blutungsproblematik, die gemeinsam in einer wiederholten Operation ebenfalls zum Tod führte.

In beiden Fällen hielten die Obduzenten einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich, weshalb sie die Erstellung von Fachgutachten empfahlen.

Diese wurden auch auf Antrag der Staatsanwaltschaft verfasst, lagen aber nicht den zur Verfügung stehenden Unterlagen zur Auswertung bei.

3.4.1.4 Punktion / Drainage

In 2 Fällen eines Exitus in tabula in der Allgemein Chirurgie handelte es sich um Behandlungsfehlervorwür-

fe nach Punktionen bzw. der Anlage einer Drainage. Bei einem der Patienten wurde nach einer Nierentransplantation wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustands eine Nierenpunktion durchgeführt. Hierbei verstarb der Patient.

Die Todesursache konnte mit der Obduktion nicht eindeutig geklärt werden. Die untersuchenden Rechtsmediziner gingen aber am ehesten von einem Herzversagen aus innerer Ursache aus, weshalb sie einen Behandlungsfehler ausschlossen.

Bei dem anderen Patienten wurde aufgrund eines vermeintlichen Pleuraergusses eine Bülaudrainage gelegt. Hierbei kam es durch eine zweifache Punktionsverletzung des rechten Ventrikels zu einer Perikardtamponade mit Todesfolge.

In einem ausführlichen Gutachten wurde später erläutert, dass für die Drainagenanlage keine Indikation bestand, da auf den vor dem Eingriff angefertigten Röntgenaufnahmen kein Erguss, sondern eine Atelektase der Lunge zu erkennen war. Außerdem war die Drainage an der punktierten Stelle wegen des dortigen hohen Risikos einer Verletzung des Herzens kontraindiziert. Der Gutachter bejahte in seinen Ausführungen den Vorwurf eines Behandlungsfehlers und sprach von einem Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst. Auch bejahte er ohne Zweifel die Kausalität zwischen dem ärztlichen Eingriff und dem Tod.

3.4.1.5 Leistenhernie

Bei dem einen Fall eines Exitus in tabula während einer Leistenhernienoperation verstarb der Patient plötzlich und laut Obduktionsprotokoll aus unklarer Ursache.

Die Untersucher hielten daher einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und erwarteten erst eine Klärung des Sachverhalts nach Abschluss weiterer Ermittlungen und Sammlung von Zusatzinformationen beispielsweise anhand der Einsicht in die Krankenunterlagen.

3.4.1.6 Niere

Bei einer Nephrektomie aufgrund eines Karzinomleidens kam es während der Tumorablösung von der Aorta zur Ruptur dieses Gefäßes. Der Patient verstarb im hämorrhagisch-hypovolämischen Schock.

In einem ausführlichen Gutachten wurde ein Behandlungsfehler jedoch ausgeschlossen.

3.4.1.7 Struma

Nach einer komplikationslosen Strumektomie musste noch am selben Tag eine Revision aufgrund einer Nachblutung durchgeführt werden. Später kam es erneut zu Blutungen, die noch eine dritte Operation bedingten, während der der Patient dann verstarb.

Im Obduktionsprotokoll wurde als Todesursache eine Verbrauchskoagulopathie nach Blutung gesehen. Blutungen sind eine häufige Komplikation bei einem Eingriff an der Schilddrüse. Sie wurden in diesem Fall erkannt und sachgerecht versorgt, so dass ein Behandlungsfehler nicht zu erkennen war.

3.4.1.8 Tracheotomie

Bei einem Asthmatiker mit Lungenemphysem musste aufgrund von Herzrhythmusstörungen, Beatmungs- und Kreislaufproblemen eine Tracheotomie durchgeführt werden. Im Anschluss erhielt der Patient bedingt durch die somit wieder mögliche Beatmung einen Lungenriss, der in der Folge zu einem Pneumothorax führte. Der Patient verstarb an dieser Komplikation in der Kombination mit einer Rechtsherzdilatation.

Die Untersucher beschrieben diese Umstände in ihrem Protokoll als eine Komplikation, die bei einer solchen vorbestehenden Erkrankung nach allgemeinen medizinischen Erfahrungen auftreten könne und nicht sicher zu vermeiden sei. Einen vorwerfbaren Behandlungsfehler schlossen sie aus.

3.4.1.9 Trauma (Schnittverletzung)

Nach einer Schnittverletzung am Hals, die sich ein Patient bei einem Sturz in eine Glasscheibe zuzog, verstarb dieser intraoperativ an einer irreversiblen Asystolie, die laut Obduktionsprotokoll wahrscheinlich reflektorisch durch eine Vagusreizung bei entsprechender Nervenverletzung am Hals bedingt war.

Der zunächst vermutete Behandlungsfehler konnte von den Untersuchern ausgeschlossen werden, weshalb das Ermittlungsverfahren auch nach §170 II StPO von der Staatsanwaltschaft eingestellt wurde.

3.4.1.10 Tiefe Beinvenenthrombose

Trotz ordnungsgemäßer Marcumareinstellung entwickelte ein Patient eine tiefe Beinvenenthrombose und musste operiert werden. Während des Eingriffs verstarb er an einer nicht mehr ganz frischen bilateralen Lungenthrombembolie in Kombination mit der durch die Operation bedingten zusätzlichen Kreislaufbelastung.

Somit wurde im Obduktionsprotokoll ein etwaiger Behandlungsfehler verneint.

3.4.2 Unfallchirurgie

3.4.2.1 Behandlung von Oberschenkelhalsfrakturen mittels Totalendoprothesen (TEP)

Bei 16 Fällen eines Exitus in tabula von insgesamt 38 Fällen aus der Unfallchirurgie handelte es sich um Todesfälle im Rahmen von Operationen, während derer nach einer Oberschenkelhalsfraktur eine TEP im Hüftgelenk eingesetzt werden musste. Hiervon waren überwiegend ältere Patienten betroffen.

Ein großer Komplikationsbereich dieser operativen Maßnahme ist die Entstehung einer Lungenthrombembolie, bedingt durch die Entwicklung einer Venenthrombose bei längerer Inaktivität. Diese Komplikation gilt als sehr typisch und nicht zuverlässig zu vermeiden. In insgesamt 6 Fällen (2x während der ersten Operation, 4x während einer zweiten Operation aufgrund einer Refraktur oder Prothesenlockerung) kam es im Verlauf der invasiven Behandlung zu einer fulminanten Lungenembolie, wobei die Thromben jeweils

aus einer trotz Durchführung einer adäquaten Thromboseprophylaxe entstandenen tiefen Beinvenenthrombose des erkrankten Beines stammten.

In allen 6 Fällen wurde der Sachverhalt bereits durch die Obduktion geklärt. 4x wurde der vorgeworfene Behandlungsfehler ausgeschlossen. 1x behielten sich die Obduzenten ein abschließendes Gutachten vor und ein weiteres Mal erkannten sie den vorgeworfenen Behandlungsfehler als gutachterlich möglich, wobei sie eine Klärung erst nach weiteren Ermittlungen oder Zusatzinformationen erwarteten.

Der Ausgang der jeweiligen Verfahren ist in 4 Fällen unbekannt. Ein Verfahren wurde gemäß §170 II StPO eingestellt und auf das vorbehaltene abschließende Gutachten war seitens der Staatsanwaltschaft verzichtet worden.

Eine weitere wichtige und sehr typische Komplikation im Verlauf einer TEP-Operation ist die Entstehung einer Lungenfettembolie, die sich während des Aufbohrens des Markraums bzw. der Palacos-Phase entwickelt und zu einer Asystolie führt. Diese Komplikation war in 9 Fällen die Ursache für einen Exitus in tabula.

Während der Sachverhalt des Todes in 5 Fällen durch eine Obduktion klargestellt wurde, wurden die übrigen 4 Fälle mittels eines ausführlichen Gutachtens geklärt. Das Ergebnis der Untersuchungen war jeweils identisch, denn der angenommene Behandlungsfehler wurde jeweils ausgeschlossen.

Bei dem letzten Fall eines Exitus in tabula bei einer TEP-Operation kam es laut Obduktionsprotokoll zu einem Herzversagen bei schwersten Vorschädigungen und einem akut bestehenden Atemwegsinfekt.

Auch hier konnte der vorgeworfene Behandlungsfehler durch die Obduzenten verneint werden.

3.4.2.2 Behandlung sonstiger Frakturen

Bei 11 Fällen kam es aufgrund operativer Maßnahmen an anderen Frakturen als am Oberschenkelhals zum Exitus in tabula. 8 Todesfälle begründeten sich wiederum durch fulminante Lungenthrombembolien, die infolge längerer vorheriger Inaktivität und trotz einer adäquaten Thromboseprophylaxe aufgetreten waren. In 7 der Fälle lag eine Fraktur im Bereich der unteren Extremitäten vor, aufgrund dessen sich eine tiefe Beinvenenthrombose entwickelte. Hiervon löste sich während der intraoperativen Mobilisierung der verletzten Extremität ein Thrombus und führte zu der Embolie. In einem Fall kam es zu einer paradoxen Heparinreaktion, durch die eine Lungenembolie ohne nachweisbare Venenthrombose verursacht wurde.

In allen 8 Fällen wurde der angenommene Behandlungsfehler widerlegt. Während in 7 Fällen dazu die Obduktion ausreichte, musste in einem Fall ein ausführliches Gutachten den Sachverhalt klären. Dieses bestätigte dann nicht nur die letale Lungenthrombembolie, sondern wies auch eine Lungenfettembolie nach.

In 2 weiteren Fällen im Rahmen der unfallchirurgischen Behandlung kam es aufgrund erheblicher Vorschäden am Herzen zu einem Exitus in tabula. Diese Schäden bedingten intraoperativ und ohne ein schuldhaftes ärztliches Handeln ein Herzversagen.

Die im Raum stehenden Behandlungsfehler wurden in den Obduktionsprotokollen ausgeschlossen.

Eines der Verfahren zur Todesermittlung wurde nach §170 II StPO eingestellt. Bei dem anderen Verfahren ist der Ausgang nicht den vorliegenden Akten zu entnehmen.

Schließlich ist ein letzter Fall eines Exitus in tabula nach einer Fraktur außerhalb des Hüftgebietes zu beschreiben. Hierbei handelte es sich um einen intraoperativen Gefäßabriss während der Behandlung einer Femurschaftfraktur, der aufgrund arteriosklerotischer Veränderungen des Gefäßes nicht behoben werden konnte.

Der Patient verblutete, wobei laut Obduktionsprotokoll ein Behandlungsfehler verneint wurde.

3.4.2.3 Polytrauma

Bei den insgesamt 7 Fällen eines Exitus in tabula nach einem Polytrauma war in 5 der Fälle eine massive Blutung die Ursache für den Tod. Bei 3 dieser Fälle kam es aufgrund von Gefäßabrissen hierzu, 2x waren Risse oder Zerreißen innerer Organe bestimmend für den Verlauf. In einem weiteren Fall eines Polytraumas konnte ein protrahiertes Schockgeschehen bei kombinierten schweren Verletzungen trotz intensivmedizinischer Maßnahmen nicht behoben werden. Ein letzter Patient aus dieser Gruppe wies so erhebliche Kopfverletzungen auf, dass diese den Tod bedingten. Im Rahmen dieser Polytraumata kam zusätzlich zum Vorwurf des Exitus in tabula in 3 Fällen der Vorwurf auf, es sei im Krankenhaus vor der operativen Behandlung eine nur unzureichende Diagnostik durchgeführt worden.

Allerdings sind die Behandlungsfehler in allen 7 Fällen gutachterlich ausgeschlossen worden. Dazu wurde in 4 Fällen das Obduktionsprotokoll zur Ermittlung des Sachverhalts herangezogen, während die übrigen 3 Fälle mit dem zusätzlichen Vorwurf der mangelnden Diagnostik jeweils durch ein ausführliches Gutachten geklärt werden konnten.

3.4.2.4 Andere Erkrankungen in der Unfallchirurgie

Es wurden ebenfalls 2 Patienten im Rahmen ihrer Tumorerkrankung in der Unfallchirurgie behandelt, wobei diese hier mit einer Prothese des Femurs versorgt werden sollten. Hierbei kam es bei einem der Fälle intraoperativ zu einer fulminanten Lungenfettembolie, während in dem anderen Fall der Tumor selbst eine zentrale Lähmung bedingte durch eine Gewebsummauerung des Hirnstamms im Sinne einer intrakraniellen Metastasierung.

In beiden Fällen schlossen die Obduzenten einen Behandlungsfehler in ihren Protokollen aus.

In einem anderen Fall eines Exitus in tabula aus der Unfallchirurgie bedingte eine bakterielle Infektion mit einer folgenden Sepsis den letalen Verlauf. Zusätzlich wurde hier im Vorfeld eine mangelnde Diagnostik vorgeworfen.

In einem ausführlichen Gutachten wurde dieser Vorwurf allerdings später widerlegt.

Schließlich liegt noch ein tödlicher Vorfall während einer operativen Fremdkörperentfernung vor.

Hierbei stellten die Obduzenten einen nicht erkannten Myokardinfarkt als Todesursache fest. Da dieser jedoch im präoperativ geschriebenen EKG nicht erkennbar war, verneinte das rechtsmedizinische Gutachten einen Behandlungsfehler.

3.4.3 Gefäßchirurgie

3.4.3.1 Aortenaneurysma

In 6 gefäßchirurgischen Fällen von Exitus in tabula bei insgesamt 14 Fällen aus der Gefäßchirurgie lag der Grund zur Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus bzw. die Operationsindikation im Vorliegen eines Aortenaneurysmas, wobei hier nicht näher in thorakale und abdominale Aneurysmen unterteilt wird. Dabei waren 4 der Aneurysmen bereits präoperativ gedeckt rupturiert, so dass eine Notfalloperation indiziert war. Die übrigen beiden Operationen wurden präventiv durchgeführt, um ein späteres Zerreißen zu verhindern. In allen 6 Fällen kam es intraoperativ zu Blutungskomplikationen. In 4 Fällen führte dies zum Verbluten nach Innen bzw. zu einem hämorrhagischen Schock. Bei 2 weiteren Patienten führte die Blutung zu einer akuten Koronarinsuffizienz bei vorbestehender Koronarsklerose.

Das Ergebnis der Untersuchungen wurde in 5 dieser Fälle bereits im Obduktionsprotokoll geklärt. In einem Fall musste dazu ein ausführliches Gutachten herangezogen werden. In allen 6 Fällen wurde das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde das Verfahren in 3 Fällen eingestellt, 1x gemäß §170 II StPO. Bei den übrigen 3 Fällen ist der Ausgang unbekannt.

3.4.3.2 Aneurysmata der Arteria iliaca/femoralis

In weiteren 2 Fällen von Exitus in tabula aus der Gefäßchirurgie war ein Aneurysma der Arteria iliaca/femoralis Anlass der Behandlung. Bei einem Patienten lag dieses bereits vor, bei einem weiteren entwickelte sich dieses bei entsprechend hochgradiger Arteriosklerose als Komplikation nach einer Punktion der Arteria femoralis. Todesursache war im ersten Fall ein Herzversagen bei vorbestehender Herzschildigung, im zweiten Fall ein Schock bei massiver Blutung in die Umgebung des gedeckt rupturierten Aneurysmas.

In beiden Fällen kamen die Obduzenten bereits im Obduktionsprotokoll zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler auszuschließen wäre.

3.4.3.3 Durchblutungsstörungen bei Gefäßstenosen/-verschlüssen

5 der Patienten, die später einen Exitus in tabula im Rahmen ihrer gefäßchirurgischen Versorgung erlitten, begaben sich aufgrund einer Durchblutungsstörung bei einer Gefäßstenose bzw. einem Gefäßverschluss in ärztliche Behandlung. Hierbei war 4x die Arteria iliaca oder Arteria femoralis betroffen, was in 3 Fällen

durch eine Gefäßprothese und bei dem weiteren Fall mittels eines Bypasses korrigiert werden sollte. Im fünften Fall lag eine Verengung der Aorta vor, die mittels einer Ballondilatation behoben werden sollte. Sowohl bei 2 der Gefäßprothesen als auch bei der Ballondilatation kam es als Komplikation der Behandlung zu starken Blutungen, die nicht gestillt werden konnten und im Verlauf zum Tod durch Verbluten führten. Bei den übrigen beiden Fällen, der Bypassoperation und dem weiteren Einsatz einer Gefäßprothese, kam es intraoperativ im Rahmen einer bekannten Koronaren Herzkrankheit bzw. Koronarsklerose zum frischen Myokardinfarkt mit Todesfolge.

Alle 5 Fälle wurden anhand des Obduktionsprotokolls untersucht. Hierbei war das Ergebnis in 3 Fällen eine Verneinung des in Frage stehenden Behandlungsfehlers. Während sich die Obduzenten für den Vorfall im Rahmen der Ballondilatation ein abschließendes Gutachten vorbehielten, nahmen sie in einem der Gefäßprothesenfälle einen Behandlungsfehler als möglich an, wobei eine endgültige Klärung erst nach der Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens erwartet wurde.

Die Ausgänge der Verfahren sind bei 4 der 5 Fälle unbekannt. Eingestellt wurde das Verfahren gemäß dem §170 II StPO im Fall der Gefäßprothesenoperation mit einem intraoperativen Myokardinfarkt als Todesursache.

3.4.3.4 Varizen

In einem Fall von Exitus in tabula erfolgte eine gefäßchirurgische Behandlung wegen Varizen an den Beinen (sog. Stripping-Operation). Während der Narkose kam es zu einer Zyanose des Patienten, die bei Verdacht auf eine Lungenembolie mit einer Lysetherapie behandelt wurde. Trotz 2,5-stündiger Reanimation kam es dennoch zum Exitus in tabula.

Die Todesursache blieb sowohl im Obduktionsprotokoll als auch im Fachgutachten unklar. Jedoch kam der Gutachter eines später angefertigten ausführlichen Gutachtens zu dem Ergebnis, ein Behandlungsfehler sei auszuschließen.

3.4.4 Herzchirurgie

3.4.4.1 Bypassoperationen

Bei 6 von insgesamt 12 Fallbeschreibungen eines Exitus in tabula aus der Herzchirurgie handelte es sich um Todesfälle im Zusammenhang mit aortocoronaren Bypassoperationen (ACBP). Dabei führte in 4 Fällen eine akute Blutung zum Tod. 2 dieser Blutungen entstanden durch eine intraoperative Verletzung der Aorta, die aufgrund der enormen arteriosklerotischen Veränderungen der Gefäßwand nicht rechtzeitig zu beheben war. Ebenfalls 2x wurden auftretende Blutungen während einer erst aufgrund einer Osteomyelitis des Sternums notwendig gewordenen Nachoperation zur Todesursache. Die Entzündung des Sternums

setzte sich per continuitatem auf das Herz und die Gefäße fort und hatte diese inflammatorisch vulnerabel gemacht, so dass eine intraoperativ entstandene Massenblutung nicht zu unterbinden war.

Bei den beiden Blutungsfällen während der primären Operationen schlossen die Gutachter in ihren ausführlichen Gutachten einen etwaigen Behandlungsfehler aus. Während ein anderer Gutachter in einem der beiden Osteomyelitisfälle in wiederum einem ausführlichen Gutachten einen Behandlungsfehler für möglich hielt und ein weiteres Fachgutachten zur endgültigen Klärung empfahl, sprachen im zweiten Osteomyelitisfall bereits die Obduzenten von der Möglichkeit eines Behandlungsfehlers und erwarteten eine Klärung des näheren Sachverhalts durch weitere Ermittlungen und Zusatzinformationen.

In den beiden anderen Fällen eines Exitus in tabula aus der Herzchirurgie kam es intraoperativ bei einem Patienten zu einem Myokardinfarkt, bei dem anderen Patienten zum Kammerflimmern, wobei beide Herzen durch die bestehende stenosierende Koronarsklerose schwer vorgeschädigt waren.

Beide Fälle wurden von den Obduzenten in ihren Protokollen als Tod aus natürlicher Ursache eingestuft. Die zunächst angenommenen Behandlungsfehler wurden ausgeschlossen.

3.4.4.2 Angeborene Herzfehler im jungen Erwachsenenalter

Jeweils eine Klappen- und eine Gefäßoperation aufgrund angeborener Herzfehler waren in 2 Fällen Ursache für eine ärztliche Behandlung im jungen Erwachsenenalter. Hierbei kam es in beiden Fällen zu einem Herz- bzw. Kreislaufversagen, da sich der Körper intraoperativ nicht an die neu entstandene Gefäßsituation adaptieren konnte.

Die zunächst angenommenen Behandlungsfehler konnten 1x im Obduktionsprotokoll und 1x in einem ausführlichen Gutachten ausgeschlossen werden.

3.4.4.3 Angeborene Herzfehler in den ersten Lebenstagen

Auch in 2 weiteren Fällen waren die angeborenen Herzfehler (ein multipler nicht näher beschriebener Herzfehler und eine Transposition der großen Gefäße (TGA)) Ursache für operative Korrekturen während der ersten Lebensstage. Dabei verstarb ein Patient intraoperativ an einem Herzversagen als Folge der belastenden Operation. Bei dem zweiten Patienten kam es zu massiven Blutungen aus einer Verletzung des Lungenoberlappens, die schließlich letal endeten.

Während die Obduzenten im ersten Fall einen Behandlungsfehler ausschlossen, wurde dieser im zweiten Fall für gutachterlich möglich gehalten und zur weiteren Abklärung des Sachverhalts die Erstellung eines Fachgutachtens empfohlen.

3.4.4.4 Myokardinfarkt mit Aortendissektion

In einem Fall musste ein Patient notfallmäßig aufgrund eines Myokardinfarkts mit einer nachfolgenden

Aortendissektion behandelt werden. Intraoperativ riss die Aneurysmawand, so dass es zu einer akuten Blutung kam. Der Patient erlitt einen intravitalen Hirntod.

Ein Behandlungsfehler, der durch die Angehörigen vermutet wurde, konnte von den Obduzenten ausgeschlossen werden.

3.4.4.5 Plötzliche Asystolie während einer Bandscheibenoperation

Im letzten Fall eines Exitus in tabula aus der Herzchirurgie handelte es sich um einen Patienten, der bei einer Bandscheibenoperation eine plötzliche Asystolie erlitt und unter Reanimation in die Herzchirurgie zur Thorakotomie verlegt wurde. Trotz aller Maßnahmen verstarb er dort an einer frischen Lungenthromboembolie bei stark vorgeschädigtem Herzen.

Die Obduzenten schlossen einen Behandlungsfehler aus.

3.4.5 Kosmetische Chirurgie – Fettabsaugung

In einem Fall eines Exitus in tabula war die kosmetische Chirurgie betroffen. Ein Patient unterzog sich im Ausland einer Liposuktion (Fettabsaugung), bei der er nach Angabe des Operateurs unter den Zeichen einer Lungenembolie verstarb.

Die Obduzenten konnten diese Annahme nicht bestätigen. Sie hielten hingegen einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und erwarteten eine endgültige Klärung des Sachverhalts nach weiteren Ermittlungen und Zusatzinformationen durch z. B. Einsicht in die Krankenunterlagen.

3.4.6 Innere Medizin

3.4.6.1 Herzkatheteruntersuchungen

In 33 der insgesamt 45 Fälle eines Exitus in tabula aus der Inneren Medizin handelte es sich um Vorkommnisse bei einer Herzkatheteruntersuchung. Dabei war die Todesursache 18x ein Myokardinfarkt, der entweder bereits der Anlass zur Katheteruntersuchung war oder aber durch die ärztliche Maßnahme ausgelöst wurde (iatrogener Myokardinfarkt).

Hierbei handelt es sich um eine bekannte, wenn auch seltene, Komplikation bei einem solchen Eingriff, die nicht zwingend einen Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht bedeutet. Somit waren die angenommenen Behandlungsfehler in 13 Fällen bereits im Obduktionsprotokoll auszuschließen. In 2 weiteren Fällen ist dieser Ausschluss erst im späteren ausführlichen Gutachten erfolgt.

In 2 weiteren Todesfällen hielten die Obduzenten einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich. Dabei erwarteten sie in einem Fall eine abschließende Klärung nach weiteren Ermittlungen zur Erlangung von Zusatzinformationen, während im anderen Fall die Erstellung eines Fachgutachtens zu einem etwaigen Behandlungsfehler Aufschluss geben sollte. Hier wurde ein möglicher Fehler nicht in der Entwicklung des

Myokardinfarkts gesehen, sondern darin, dass die Untersuchung trotz mehrfacher lebensbedrohlicher Komplikationen nicht abgebrochen wurde.

Bei dem letzten Fall eines tödlichen Myokardinfarkts während einer Herzkatheteruntersuchung wurde nicht die Entstehung des Infarkts als Behandlungsfehler angesehen. Zur Diskussion standen mehrfache Perforationsverletzungen im rechten Herzventrikel, in der Leber und am Zwerchfell, die als Folge einer erforderlich gewordenen Perikardpunktion nachgewiesen wurden.

Hier sahen die Obduzenten einen Behandlungsfehler, dessen Kausalität für den Tod jedoch verneint werden musste oder zumindest fraglich war, da aufgrund der schweren krankhaften Befunde am Herzen auch ohne die zahlreichen Punktionsversuche am Herzen keine zweifelsfreie Möglichkeit zur Rettung des Patienten gegeben war.

In 5 Fällen eines Exitus in tabula während einer Herzkatheteruntersuchung kam es zum tödlichen Herzversagen bei erheblichen arteriosklerotischen Vorschädigungen am Herz-Kreislauf-System der betroffenen Patienten und der zusätzlichen Belastung durch die invasive Untersuchungsmethode.

Bei gegebener Indikation und entsprechender Aufklärung über auch diese mögliche Komplikation kamen die Sachverständigen 4x in ihrem ausführlichen Gutachten zu dem Schluss, dass ein Behandlungsfehler ausgeschlossen sei. 1x behielten sich die Obduzenten in ihrem Protokoll ein abschließendes Gutachten vor. Auch Blutungen zählen zu den möglichen Komplikationen einer Herzkatheteruntersuchung. Sie führten insgesamt 6x im ausgewerteten Material zum Tod. Bei dieser Komplikation kommt es zur Perforation oder Ruptur eines der sondierten Gefäße oder auch der Herzwand selbst, die insbesondere bei schweren arteriosklerotischen Veränderungen nicht immer sicher zu vermeiden ist.

Bei 3 dieser Fälle wurde ein zuvor angenommener Behandlungsfehler verneint, 2x bereits im Obduktionsprotokoll und 1x im ausführlichen Gutachten. In den 3 übrigen Fällen hielten die Sachverständigen einen Behandlungsfehler 2x im Obduktionsprotokoll und 1x im ausführlichen Gutachten für möglich und empfahlen zur weiteren Klärung die Erstellung eines Fachgutachtens. Bei diesen Fällen war es 1x in einem Gefäßabschnitt, 1x im Lungenunterlappen und 1x an einer nicht näher definierten untypischen Stelle zur Perforation gekommen, was nicht nachvollziehbar erschien.

Schließlich gab es noch 4 Todesfälle im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung, die mit ihrer Todesursache auch nach der Obduktion noch als ungeklärt galten.

3x wurde jedoch im Protokoll ein Behandlungsfehler ausgeschlossen, während sich 1x die Obduzenten ein abschließendes Gutachten vorbehielten.

3.4.6.2 Herzschrittmacherimplantation

In 3 der Fälle eines Exitus in tabula aus der Inneren Medizin wurde eine Implantation eines Herzschrittmachers vorgenommen. Es kam jeweils beim Platzieren der Schrittmachersonden zur Perforation des Myokardgewebes mit anschließender Blutung und Perikardtamponade.

Hierbei handelt es sich um eine zwar seltene, aber mögliche Komplikation. Somit schlossen die Obduzenten in 2 dieser Fälle die vorgeworfenen Behandlungsfehler in ihren Protokollen aus. 1x hielten die Sachverständigen ihn jedoch für gutachterlich möglich und versprachen sich eine Klärung des Sachverhalts durch weitere Ermittlungen zur Erlangung von Zusatzinformationen.

3.4.6.3 Perikardpunktion

In einem Fall eines letalen Verlaufs einer invasiven Maßnahme war eine Perikardpunktion erfolgt. Hierbei entstand eine Verletzung in der Herzmuskelwand, aus der es bis zur letalen Perikardtamponade blutete.

Da die Punktion aufgrund eines bestehenden Ergusses indiziert war und die Verletzung der Herzwand eine mögliche Komplikation darstellt, die auch bei sorgfältigem Vorgehen nicht immer mit letzter Sicherheit zu vermeiden ist, und über die der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt wurde, gab es keine, insbesondere keine strafrechtlich haltbaren Hinweise für einen Sorgfaltspflichtverstoß. Der Gutachter verneinte folglich in seinem ausführlichen Gutachten das Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

3.4.6.4 Bronchoskopie

In 4 Fällen kam es während einer Bronchoskopie zu einer letalen Blutung in der Lunge. 1x wurde im Obduktionsprotokoll ein bestehender Morbus Wegener als Ursache erkannt. Also lag kein Behandlungsfehler vor. In einem anderen Fall kam es durch die Entnahme einer Biopsie zur Perforation, in 2 weiteren Fällen durch das Verschieben des Bronchoskops.

Dabei handelte es sich laut ausführlichem Gutachten um eine Komplikation, die im Einzelfall nicht sicher zu vermeiden und nicht zwingend einem ärztlichen Versäumnis zuzuordnen war. Somit wurden auch in diesen 3 Fällen keine Behandlungsfehler gesehen.

3.4.6.5 Coloskopie

Die Durchführung einer Coloskopie war in 2 Fällen möglicherweise Anlass für einen Exitus in tabula. Dabei ist 1x die eigentliche Todesursache auch nach der Obduktion völlig unklar geblieben. Lediglich ein zunächst vermuteter Behandlungsfehler wurde von den Obduzenten ausgeschlossen.

In dem anderen Fall kam es während der invasiven Untersuchung zu einer Darmperforation mit gleichzeitiger Verletzung einiger Darmgefäße. Der Patient verstarb trotz sofortiger Laparotomie an der intraabdominellen Blutung.

Hier behielten sich die Obduzenten ein abschließendes Gutachten vor, da sie einen kausalen Zusammenhang zwischen Tod und ärztlicher Maßnahme sahen.

3.4.6.6 Gastroskopie

Bei einem Patienten mit akuter Leukämie wurde bei einem Verdacht auf eine obere Gastrointestinalblutung eine Gastroskopie durchgeführt. Während dieser Massnahme erlitt er eine plötzliche Asystolie.

Todesursächlich wurde hier ein akutes Herzversagen bei diversen Vorschädigungen und der bestehenden Leukämie gesehen. Ein etwaiger Behandlungsfehler wurde im Obduktionsprotokoll ausgeschlossen.

3.4.6.7 Anlage einer percutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde)

Bei der Anlage einer PEG-Sonde waren bei einem Patienten 3 Punktionsversuche bis zur korrekten Lage der Sonde notwendig. Wenig später verstarb der Patient unter den Zeichen des Verblutens, welches auf einer Anstichverletzung der Bauchorta beruhte.

Der Sachverständige des später erstellten ausführlichen Gutachtens hielt in diesem Fall einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und empfahl die Erstellung einer Fachgutachtens.

Durch die Staatsanwaltschaft wurde ein gastroenterologisches Gutachten in Auftrag gegeben, welches aber nicht in den zur Verfügung stehenden Unterlagen war.

3.4.7 Anästhesiologie

3.4.7.1 Herzversagen, Myokardinfarkt

Aus der Anästhesiologie gab es insgesamt 35 Fälle eines Exitus in tabula. Hiervon begründeten sich 10 Todesfälle durch ein intraoperatives Herzversagen, welches wiederum durch mehr oder weniger schwerwiegende Vorschädigungen am Herz-Kreislauf-System wie arteriosklerotische Veränderungen, Herzdilatationen, Koronare Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz bedingt war.

In lediglich einem Fall empfahl der Sachverständige in einem ausführlichen Gutachten die Erstellung eines weiteren Fachgutachtens zur Klärung des Behandlungsfehlervorwurfs, da er selbst diesen für möglich hielt.

In den übrigen 9 Fällen wurden die angenommenen Behandlungsfehler ausgeschlossen, 7x durch die Obduzenten und 2x durch einen späteren Gutachter.

Einer dieser Fälle wurde später nach § 170 II StPO eingestellt. In einem weiteren Fall, bei dem zusätzlich zu den Vorschäden am Herz- und Gefäßsystem noch ein fortgeschrittenes Tumorleiden gefunden worden war, ist auf ein abschließendes Gutachten seitens der Staatsanwaltschaft verzichtet worden.

3.4.7.2 Hypoxie

Wiederum in 10 Fällen aus der Anästhesiologie handelte es sich um Todesfälle aufgrund einer Hypoxie. In 5 Fällen waren hierfür Intubationsprobleme bzw. Tubusfehlagen verantwortlich. Bei 2 der verstorbenen Patienten führte eine ungünstige Anatomie im Kehlkopfbereich zu diesen Schwierigkeiten.

Dabei war in einem ausführlichen Gutachten der zuvor angenommene Behandlungsfehler ausgeschlossen

worden, während im zweiten Fall der Gutachter einen Fehler für möglich hielt und zur weiteren Klärung die Erstellung eines anästhesiologischen Fachgutachtens empfahl.

In einem anderen Fall eines Exitus in tabula kam es durch eine Fehlintonation in den Ösophagus zu einer dortigen Perforation, wodurch Luft in den Pleura- und Mediastinalraum gelangte und eine Totalatektase der Lungen verursachte. Zusätzlich entwickelte sich bei weiteren Intubationsversuchen und dem Versuch der Anlage eines Tracheostomas ein ausgedehntes Haut- und Muskelemphysem im Bereich von Hals, Gesicht und vorderem Thorax.

Der Sachverständige eines ausführlichen Gutachtens hielt in dieser Situation einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich und empfahl die Erstellung eines anästhesiologischen Fachgutachtens zur endgültigen Klärung der näheren Umstände.

Die beiden übrigen Fallkonstellationen der 5 Fälle mit Intubationsproblemen wurden durch eine offensichtliche, jedoch zunächst unbemerkte Tubusfehlage im Ösophagus bedingt. In einem Fall war für diese Fehlintonation ein/e Arzt/Ärztin im Praktikum verantwortlich, wobei auch die Tubuskorrektur nach Realisation der Situation durch den Oberarzt den Patienten nicht mehr retten konnte.

Hier wurde in einem ausführlichen Gutachten ein Behandlungsfehler für möglich gehalten, wobei zur endgültigen Klärung die Erstellung eines Fachgutachtens empfohlen wurde.

Dieses Verfahren ist im weiteren Verlauf rechtskräftig abgeschlossen worden. Jedoch wurde das Urteil nicht in den vorliegenden Unterlagen dokumentiert.

In dem zweiten Fall dieser Gruppe wurde ebenfalls eine Ösophaguslage des Tubus nicht bemerkt, obwohl der verantwortliche Arzt durch Abhorchen der Lunge des Patienten die Lage des Tubus kontrollierte. Aufgrund eines falsch erhobenen Befundes wurde die Fehllage nicht erkannt und folglich auch nicht rechtzeitig korrigiert.

Der rechtsmedizinische Sachverständige ging in seinem ausführlichen Gutachten von einem Behandlungsfehler aus, wobei er dessen Kausalität zum Tod verneinte oder zumindest für fraglich hielt. Denn selbst wenn nach dem Eintritt der Reanimationspflicht des Patienten es zu einer Korrektur des Tubus gekommen wäre, sei nicht mit Sicherheit davon auszugehen, dass der Tod in diesem Moment noch hätte verhindert werden können. Reanimationen seien nicht immer erfolgreich.

Hier ist der Ausgang des Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung nicht dokumentiert.

Bei 3 der 10 Todesfälle mit Hypoxie lag eine insuffiziente Beatmung des jeweils betroffenen Patienten vor. Ein Patient sollte wegen instabiler Kreislaufverhältnisse und dabei teilweise notwendiger maschineller Beatmung bei liegendem Tubus tracheotomiert werden. Bei schwierigen anatomischen Verhältnissen kontrollierte ein Arzt über ein im hochgezogenen und entblockten Tubus liegendes Bronchoskop das Vorgehen. Während des Eingriffs sackte die Sauerstoffsättigung auf 0% ab, der Atemwegwiderstand erhöhte sich und es entwickelte sich ein Hautemphysem. Ein hierbei ebenfalls entstandener Pneumothorax wurde noch drainiert, aber die Zyanose bestand unverändert weiter bis zum Tod des Patienten.

Der rechtsmedizinische Sachverständige sah einen Behandlungsfehler, denn das Bronchoskop war fast dauerhaft im Tubus, was durch Einengung des Tubuslumens eine Deckung des Sauerstoffbedarfs unmöglich machte. Die bronchoskopische Kontrolle hätte erst nach der Tracheostomaanlage erfolgen dürfen. Zudem hätte der Tubus nicht entblockt werden dürfen, da hierdurch die Beatmungsluft an den Seiten dem geringeren Widerstand folgend entweichen konnte. Der Gutachter ging davon aus, dass dieser Fehler den Tod des Patienten verursacht hatte. Ohne diese sorgfaltswidrige Maßnahme würde der Patient noch leben. Somit wurde nicht nur der Behandlungsfehler bejaht, sondern auch dessen Kausalität für den Eintritt des Todes.

Der Ausgang des Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung ist in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. In dem zweiten Fall sollte ein Patient nach einer Bypassoperation in beatmetem Zustand in den Aufwachraum verlegt werden, wobei das Beatmungsgerät, welches für diesen Transport benötigt wurde, nicht funktionstüchtig war. Der Patient konnte somit nicht ordnungsgemäß beatmet werden und verstarb in der Folge an einer cerebralen Hypoxie.

Da der die Verlegung begleitende Arzt für die Funktionalität des Beatmungsgeräts verantwortlich ist und diese vor dem Einsatz auch zu überprüfen hatte, sah der Gutachter in diesem Fall einen Behandlungsfehler, der auch kausal für den Tod des Patienten gewesen sei.

In einem späteren Verfahren wegen fahrlässiger Tötung wurde der angeklagte Arzt zu einer sechsmonatigen Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt. Er ist anschließend in Berufung gegangen, aber das Urteil wurde vom Landgericht bestätigt. Der Verteidiger kündigte hierauf erneut eine Revision an, wobei der weitere Verlauf nicht mehr in den Akten dokumentiert wurde.

Bei dem dritten Fall von Beatmungsproblemen mit Zyanose, Hypoxie und anschließendem Tod ist der Sachverhalt auch nach der Obduktion und einem ausführlichen Gutachten noch unklar geblieben.

Ein Behandlungsfehler wurde vom Rechtsmediziner als möglich gesehen, wobei zur weiteren Klärung die Erstellung eines Fachgutachtens empfohlen wurde.

2 Fälle mit der Todesursache einer „Hypoxie“ wurden durch einen intraoperativen „Kreislaufabfall“ bedingt. In einem Fall erwachte ein Kind nicht sofort nach der Narkose und musste nachbeatmet werden. Bei einem Flaschenwechsel kam es zum plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand. Die sofort begonnene Reanimation blieb erfolglos.

Das anästhesiologische Fachgutachten befand, dass in der Praxis, in der der Vorfall stattfand, nicht die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für Kindernarkosen gegeben waren und außerdem das Narkosegerät nicht funktionstüchtig war. Das Kind hätte mit großer Wahrscheinlichkeit überlebt, wäre die Überwachung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Diese Aussage bestätigte auch ein im Anschluss verfasstes Zusammenhangsgutachten, so dass hier sowohl der Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität für den Tod des Kindes bejaht wurden.

Der endgültige Ausgang des Verfahrens ist anhand der Akten nicht nachvollziehbar.

Bei dem anderen der beiden Fälle führte ein vermehrter intraoperativer Blutverlust des Kindes in der Narkoseausleitung zu einem Kreislaufkollaps und O₂-Sättigungsabfall. Über den ZVK ließ sich ein schaumiges Sekret absaugen. Reanimationsbemühungen schienen zunächst anzuschlagen, aber im Verlauf verstarb das Kind.

Auch hier sah der spätere Gutachter einen Todesfall, der auf eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung zurückzuführen sei. Die Rechtsmediziner bestätigten in ihrem Obduktionsprotokoll sowohl den vorgeworfenen Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität für den Tod.

Über den weiteren Verlauf der Ermittlungen wegen fahrlässiger Tötung ist nur bekannt, dass ein von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenes ausführliches Gutachten zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch ausstand.

3.4.7.3 Invasive Maßnahmen (Zentraler Venenkatheter (ZVK), Bronchoskopie)

Bei 4 der insgesamt 35 Fälle eines Exitus in tabula aus der Anästhesiologie handelte es sich um Fälle mit invasiven Maßnahmen. In 3 Fällen kam es im Rahmen der Anlage eines ZVKs zu Blutungskomplikationen, die aber auch bei Beachtung aller ärztlichen Sorgfalt nicht immer zu vermeiden sind.

Somit verneinten die Obduzenten in ihren Protokollen in 2 dieser Fälle die zunächst vorgeworfenen Behandlungsfehler, während dieser im dritten Fall für gutachterlich möglich gehalten wurde, da es zu mehreren Gefäßverletzungen in verschiedenen Körperbereichen mit einer gleichzeitigen Ausbildung eines Pneumohämatothorax auf beiden Körperseiten gekommen war. Hier erwarteten die Obduzenten eine Klärung nach weiteren Ermittlungen und Zusatzinformationen.

Im vierten Fall verstarb der Patient während einer Bronchoskopie u. a. an einer iatrogenen Tracheaperforation, die jedoch durch die bestehende nekrotisierende eitrig Tracheobronchitis stark begünstigt war, somit sei nicht zwingend von einem pflichtwidrigen Verhalten auszugehen.

Deshalb verneinten die Obduzenten auch im Obduktionsprotokoll den zunächst angenommenen Behandlungsfehler.

3.4.7.4 Anaphylaktischer Schock

Die folgenden 3 Fälle eines Exitus in tabula beschreiben Todesfälle aufgrund eines anaphylaktischen Schocks. Die Patienten reagierten allergisch auf die während der Narkose verabreichten Medikamente und verstarben. Es ist in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert, welche Pharmaka hier eingesetzt wurden.

Bei dieser Komplikation handelt es sich um eine sehr seltene Nebenwirkung von Medikamenten, die nicht vorhersehbar ist. Da die Narkosen auch ansonsten keinen Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst erkennen ließen, wurde ein Behandlungsfehler in allen 3 Fällen ausgeschlossen, was 1x bereits im Obduktionsprotokoll vermerkt und 2x durch ein ausführliches Gutachten erkannt wurde.

3.4.7.5 Transfusion

2 Todesfälle ereigneten sich im Anschluss an eine notwendig gewordene Bluttransfusion. Dabei ist bei einem Patienten die Todesursache nicht eindeutig festgestellt worden. Bei diesem Tumorpatienten hielten die Obduzenten einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich, weshalb weitere Ermittlungen und Zusatzinformationen empfohlen wurden.

In dem anderen Fall handelte es sich um einen Transfusionsfehler. Hier wurde einem Patienten ABO-unverträgliches Blut transfundiert, nachdem sowohl im Labor als auch im Bed-Side-Test eine Fehlbestimmung der Blutgruppe des Patienten erfolgt war. Über die Menge des so in die Blutbahn des Patienten gelangten Blutes wurde keine Aussage getroffen.

Bei korrekter Durchführung des Bed-Side-Tests hätte der Irrtum des Labors aufgedeckt werden müssen. Der Tod war somit vermeidbar. In einem ausführlichen Gutachten wird dieser Behandlungsfehler bejaht und auch seine Kausalität für den Tod.

Die Ausgänge beider Ermittlungsverfahren sind unbekannt, wobei zum zweiten beschriebenen Fall evtl. noch ein transfusionsmedizinisches Fachgutachten erstellt wurde. Darin sollte hinsichtlich der Blutmenge Stellung genommen werden, die für eine Todesursächlichkeit transfundiert werden müsste.

3.4.7.6 Maligne Hyperthermie

In 2 Fällen von anästhesiologisch bedingten Exitus in tabula war die Entwicklung einer malignen Hyperthermie Ursache für das Versterben der betroffenen Patienten.

Solche Fälle sind für Ärzte nicht vorhersehbar, zumal dann nicht, wenn das bestehende Risiko für diese Komplikation, nämlich eine angeborene Muskelerkrankung, anamnestisch nicht bekannt ist. Somit wurden hier auch die in Frage stehenden Behandlungsfehler bereits in den Obduktionsprotokollen verneint.

3.4.7.7 Asystolie

Bei einem Patienten kam es nach einer Narkoseeinleitung im Sitzen, wie sie aufgrund eines großen retrosternal gelegenen Tumors erforderlich war, beim anschließenden Hinlegen zu einer plötzlichen Asystolie. Diese wurde durch eine obere Einflusstauung verursacht, denn die enormen Tumormassen komprimierten die Lungen und das Herz. Die erfolgten Reanimationsmaßnahmen waren ohne Erfolg.

In einem später verfassten ausführlichen Gutachten wird keine Stellung zum Behandlungsfehlervorwurf genommen.

Auch der Ausgang des Ermittlungsverfahrens ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen.

3.4.7.8 Lungenödem

In einem Fall entwickelte ein Kind in einem ambulanten Operationszentrum während einer nicht näher definierten Operation ein Lungenödem, welches im Verlauf zu einer Asystolie führte. Trotz dieser Kom-

plikation und frustrierten Reanimationsbemühungen wurde der Patient nicht in ein Krankenhaus verbracht und starb.

In dem hierzu verfassten ausführlichen Gutachten hielt der rechtsmedizinische Sachverständige einen Behandlungsfehler für möglich und empfahl die Erstellung eines anästhesiologischen Zusatzgutachtens. Dieses wurde dann auf Anordnung der Staatsanwaltschaft verfasst. Der anästhesiologische Gutachter erkannte klare Behandlungsfehler. Er sah als eigentliche Todesursache des Kindes die vorbestehende Endokardfibrose zusammen mit dem entstandenen Lungenödem, wobei die verabreichten Narkosemedikamente das bereits vorab geschwächte Herz noch weiter einschränkten und somit zur Ödembildung beitrugen. Zudem bemerkte er in diesem Zusammenhang auch eine zu hohe Dosierung der Narkosemedikamente Brevimytal und Mivacurium und die nicht optimale Behandlung des Lungenödems. Er war der Meinung, das Kind hätte sofort einer intensivmedizinischen Abteilung zugeführt werden müssen. Zur Kausalität dieser Behandlungsfehler zum Todeseintritt wurden keine Aussagen gemacht. Auch ist der weitere Verlauf des Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung nicht bekannt.

3.4.7.9 Bronchospasmus

Ein Fall eines Exitus in tabula ist durch einen nicht zu überwindenden Bronchospasmus während der Narkoseeinleitung mit einer folgenden Asystolie hervorgerufen worden. Da die Narkose indiziert war und entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst mit den üblichen Medikamenten begonnen wurde, ist nicht zu klären, wodurch der Bronchospasmus ausgelöst wurde.

Die Obduzenten schlossen in ihrem Protokoll einen Behandlungsfehler aus, und das Verfahren wurde durch die Staatsanwaltschaft eingestellt.

3.4.7.10 Spannungspneumothorax

Bei einem Fall eines Exitus in tabula aus der Anästhesiologie kam es durch einen beidseitigen Spannungspneumothorax zum Tod. Ursächlich hierfür war am ehesten eine präoperativ nicht diagnostizierte Lungenfehlbildung. Auch wurden eine Fehlfunktion oder technische Mängel am Beatmungsgerät angenommen, die sich jedoch in einer späteren Untersuchung nicht nachweisen ließen.

Der Sachverständige des hierzu angefertigten ausführlichen Gutachtens ging von einem schicksalhaften Verlauf aus, bei dem es zu keinen Verstößen gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gekommen ist. Er verneinte den zunächst angenommenen Behandlungsfehler.

3.4.8 Orthopädie

3.4.8.1 Totalendoprothetische Versorgung des Hüftgelenks

In 8 der insgesamt 14 Fälle eines Exitus in tabula in der Orthopädie handelte es sich um Todesfälle im

Rahmen der Versorgung des Hüftgelenks mit einer Totalendoprothese (TEP). 4x führte hierbei eine intraoperative Lungenthrombembolie zum Tod, wobei diese in einem Fall durch eine Reaktion auf das Einbringen des Pallacos unterstützt wurde.

Da eine durch eine tiefe Beinvenenthrombose bedingte Lungenembolie insbesondere nach einer länger bestehenden Inaktivität des Patienten auch bei Durchführung einer adäquaten Thromboseprophylaxe nicht immer sicher zu vermeiden ist, schlossen die Rechtsmediziner einen zunächst angenommenen Behandlungsfehler aus.

In einem weiteren Fall kam es durch vermehrten Blutverlust und einer Fettembolie in den Lungen zum Tod, was wiederum zu den möglichen Komplikationen dieser Operation zählt und trotz aller Sorgfalt nicht immer zu vermeiden ist.

Auch hier wurde der Behandlungsfehlervorwurf in dem später verfassten ausführlichen Gutachten nicht bestätigt.

Schließlich kam es in den 3 übrigen Fällen einer totalendoprothetischen Versorgung zum Herzversagen bei jeweils schwer arteriosklerotisch vorgeschädigten Herzen und der zusätzlichen Belastung durch die Operation.

Wiederum waren die Behandlungsfehlervorwürfe auszuschließen, 2x im Obduktionsprotokoll und 1x in einem ausführlichen Gutachten.

3.4.8.2 Operationen an der Wirbelsäule

Eine Operation an der Wirbelsäule war für 4 weitere Patienten aus der Orthopädie Anlass für ein intraoperatives Versterben. Dabei kam es 1x zu diffusen Einblutungen in die Weichteile im Bereich eines gefäßreichen Tumors an der Wirbelsäule. Der Patient verblutete.

Hierbei handelt es sich um ein äußerst seltenes, aber als spezifische Komplikation geltendes Vorkommnis solcher Eingriffe, das trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermeidbar ist. In einem ausführlichen Gutachten wurde ein Behandlungsfehler ausgeschlossen und das Verfahren daraufhin von der Staatsanwaltschaft eingestellt.

In einem anderen Fall kam es während einer Bandscheibenoperation zu ausgedehnten retroperitonealen Blutungen nach Verletzung der Arteria iliaca communis sinistra und der Vena cava inferior.

Die Rechtsmediziner fanden während der Obduktion suffiziente Nahtverhältnisse der Gefäßübernähtungen, behielten sich aber bzgl. der Frage nach einem Behandlungsfehler ein abschließendes Gutachten vor.

Aus den zur Verfügung stehenden Akten war nicht zu ersehen, ob dieses Gutachten von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben wurde.

Ein weiterer Fall war durch ein Herzversagen bei erheblichen Vorschäden am Herzen und der zusätzlichen Belastung durch die Operation einer Spinalkanalstenose bedingt.

Hier wurde im Obduktionsprotokoll die Frage nach einem eventuellen Behandlungsfehler verneint.

Im letzten Fall eines Exitus in tabula während einer Wirbelsäulenoperation, ein Eingriff aufgrund eines Bandscheibenvorfalles, war die eigentliche Todesursache auch nach der Obduktion noch unklar.

Die Obduzenten hielten zwar ein Herzversagen aufgrund umschriebener Stenosen der Koronarien und der zusätzlichen Operationsbelastung für denkbar, empfahlen dennoch ein anästhesiologisches Fachgutachten. Aus ihrer Sicht erschien auch ein Narkosezwischenfall als Ursache für das Versterben möglich.

3.4.8.3 Arthroskopie

Im Rahmen einer Arthroskopie des Kniegelenks kam es intraoperativ bei einem Patienten zu einer letalen Koronarthrombose.

Da hier kein Zusammenhang zwischen dem Tod und der ärztlichen Maßnahme gesehen wurde, konnte im Obduktionsprotokoll ein Behandlungsfehler ausgeschlossen werden.

3.4.8.4 Operation nach Beckenfraktur

In einem letzten Todesfall aus der Orthopädie handelte es sich um ein Versterben während der operativen Versorgung einer Beckenfraktur nach einer zweiwöchigen Extensionsbehandlung. Der Patient wurde in dieser Zeit der Inaktivität prophylaktisch gegen eine Thromboseentstehung behandelt. Trotzdem kam es intraoperativ zu einer fulminanten Lungenthrombembolie.

Wegen der nicht sicheren Vermeidbarkeit einer solchen als typisch geltenden Komplikation wurde im Obduktionsprotokoll der zunächst in Frage stehende Behandlungsfehler verneint.

Daraufhin stellte die Staatsanwaltschaft das Verfahren gemäß § 170 II StPO ein.

3.4.9 Gynäkologie

3.4.9.1 Laparoskopie

Aus der Gynäkologie gab es insgesamt 4 Fälle eines Exitus in tabula. Davon waren 2 im Rahmen einer Laparoskopie geschehen. In einem Fall kam es nach endoskopischer Entfernung eines Ovarialtumors zu einer Luftembolie.

Ein ausführliches Gutachten hielt einen Behandlungsfehler für möglich und empfahl die Erstellung eines Fachgutachtens.

In dem anderen Fall kam es während einer laparoskopischen Sterilisation zur Verletzung der Aorta, die Patientin verblutete.

Hier hielten die Obduzenten ebenfalls einen Behandlungsfehler für möglich, erwarteten jedoch eine Aufklärung des Falles durch zusätzliche Ermittlungen und Informationen.

3.4.9.2 Hysteroskopie

In einem Fall eines Exitus in tabula kam es während einer endoskopischen Hysteroskopie zu einer fulminanten Luftembolie.

Hierfür war laut Gutachten ein Defekt bzw. ein Bedienungsfehler am Gerät verantwortlich, da das Auftreten der Luftembolie in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit einem Wechsel der Spülflüssigkeit stand. Zudem wurde „Aqua purator“ anstelle der sonst üblichen Ringerlösung als Spülflüssigkeit verwendet, was nicht sachgemäß war. Das Eintreten der Luft wurde durch eine Neoplasie im Uterus begünstigt. Der Gutachter bejahte in diesem Fall sowohl einen Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität für den Tod des Patienten.

3.4.9.3 Laparotomie

Eine Patientin verstarb während einer Laparotomie zur Entfernung eines großen Ovarialtumors an mehreren ausgedehnten älteren Lungenthrombembolien und der zusätzlichen Belastung durch die Operation. Die Embolien stammten aus einer tiefen Beinvenenthrombose, die im Rahmen der Tumorerkrankung entstanden war.

Da der Tod somit als eine indirekte Folge des Tumorleidens zu sehen ist, wurde ein Behandlungsfehler von den Obduzenten ausgeschlossen.

3.4.10 Geburtshilfe

3.4.10.1 Sectio caesarea

In 4 von insgesamt 5 Fällen eines Exitus in tabula aus der Geburtshilfe handelte es sich um Todesfälle im Rahmen einer Sectio caesarea. 1x lag die Ursache des Versterbens in einer atonischen Uterusblutung, die trotz Tamponade, Transfusionen und intensivmedizinischer Maßnahmen nicht beherrscht werden konnte.

Hier sahen die Obduzenten keinen Anhalt für einen Behandlungsfehler.

In den übrigen 3 Fällen war die Todesursache auch nach der Obduktion noch unklar. Die Rechtsmediziner vermuteten bei einer Patientin evtl. eine Eklampsie oder Fruchtwasserembolie bei sonst regelrechten Operationsverhältnissen und schlossen einen Behandlungsfehler aus. In einem anderen Fall hielten sie einen Behandlungsfehler für möglich und empfahlen die Erstellung eines anästhesiologischen Fachgutachtens, da als eventuelle Todesursache eine Hypoxie des Gehirns in Betracht kam. Im dritten Fall konnten die Obduzenten keine eindeutige Aussage treffen und hielten wegen eines möglichen Fremdverschuldens einen Behandlungsfehler für gutachterlich denkbar. Sie schlugen zur Klärung des Sachverhalts noch weitere Ermittlungen zur Erlangung von Zusatzinformationen vor.

3.4.10.2 Spontangeburt

In einem letzten Fall aus der Geburtshilfe war ein hämorrhagischer Schock infolge einer Uterusruptur im Bereich der Narbe einer früheren Sectio caesarea Ursache für den intraoperativen Todesfall. Hierbei handelte es sich um eine sog. stille Ruptur nach einer schwierigen Spontangeburt mittels einer Vakuumsaugglocke, die bei der Austastung des Uterus nach Entbindung des Kindes noch nicht vorlag. Die Patientin war trotz einer sofortigen Laparotomie nicht mehr zu retten.

In einem ausführlichen Gutachten wurde der Behandlungsfehlervorwurf zurückgewiesen.

3.4.11 Neurochirurgie

3.4.11.1 Operationen am Kopf

Die insgesamt 8 Fälle eines Exitus in tabula aus der Neurochirurgie verteilen sich auf 4 Eingriffe am Kopf des Patienten und 4 Operationen an der Wirbelsäule.

Die 4 Kopfoperationen wurden aufgrund von Tumoren (2 Meningeome, 1 Hämangiom, 1 Glioblastom) durchgeführt und waren medizinisch indiziert. Bei 2 operativen Maßnahmen kam es laut Obduktionsprotokoll zu einer fulminanten Lungenembolie bei einer Wadenvenenthrombose. In einem weiteren Fall erlitt der Patient intraoperativ einen frischen Myokardinfarkt bei Koronarsklerose und einem Z. n. Bypassoperation. Während der Operation zur Entfernung eines Hämangioms kam es zu einer Blutung, die trotz der übersichtlichen Operationsverhältnisse nicht zu stoppen war.

In allen 4 Fällen wurde der Befund anhand der Obduktion geklärt, wobei ein Behandlungsfehler jeweils ausgeschlossen wurde.

Das Untersuchungsverfahren wurde daraufhin in 2 Fällen nach § 170 II StPO eingestellt.

3.4.11.2 Operationen an der Wirbelsäule

In den anderen 4 Fällen aus der Neurochirurgie wurden Operationen an der Wirbelsäule durchgeführt. 2x lagen bei den betroffenen Patienten Prolapserkrankungen der Bandscheiben vor, wobei es in beiden Fällen intraoperativ zu letalen Blutungen durch eine Verletzung der Beckengefäße kam.

Beide Begebenheiten wurden durch ausführliche Gutachten aufgeklärt. In einem Fall kam der Gutachter zu einem Ausschluss des vorgeworfenen Behandlungsfehlers. In dem anderen Fall hielt er diesen für möglich, wobei seines Erachtens eine eindeutige Klärung erst nach der Erstellung eines von ihm empfohlenen Fachgutachtens zu erwarten sei.

Eine weitere Wirbelsäulenoperation wurde aufgrund einer Wirbelsäulenmetastase bei bestehendem Bronchialkarzinom durchgeführt. Hier kam es zu einer fulminanten Lungenthrombembolie.

Ein Behandlungsfehler wurde im Obduktionsprotokoll ausgeschlossen.

Eine weitere ärztliche Maßnahme an der Wirbelsäule war bei einer Fraktur eines Lendenwirbelkörpers

indiziert. Während der Entnahme von Spongiosa aus dem Beckenkamm, die zur Stabilisierung der Fraktur dienen sollte, kam es zu einer Fettembolie in die Lungen.

Hierbei handelte es sich um einen schicksalhaften Verlauf, weshalb in einem ausführlichen Gutachten der zunächst angenommene Behandlungsfehler auch verneint wurde.

3.4.12 Kinderchirurgie

3.4.12.1 Anlage eines suprapubischen Katheters (SPK)

Aus der Kinderchirurgie stammten insgesamt 2 Fälle eines Exitus in tabula. Bei einem Kind wurden im Rahmen der Anlage eines SPK's mehrere Iliakalgefäße verletzt, es kam trotz sorgfältiger ärztlicher Intervention zum letalen hämorrhagischen Schock.

Die Obduzenten behielten sich in ihrem Protokoll bzgl. eines möglichen Behandlungsfehlers ein abschließendes Gutachten vor, wobei der weitere Verlauf der Ermittlungen laut Aktenlage nicht bekannt wurde.

3.4.12.2 Colektomie

In dem anderen kinderchirurgischen Fall litt ein kleines Frühgeborenes an einer nekrotisierenden Colitis, weshalb in den ersten Lebenstagen des Kindes eine Colektomie indiziert war. Hierbei verstarb der Säugling in einem septisch-toxischen Schock.

In einem ausführlichen Gutachten wurde der Verdacht auf eine fahrlässige Tötung durch einen Behandlungsfehler ausgeschlossen.

3.4.13 Pädiatrie

3.4.13.1 Herzkatheteruntersuchung

Aus der Pädiatrie lagen insgesamt 2 Fälle eines Exitus in tabula vor, wobei sich einer davon während einer Herzkatheteruntersuchung ereignete. Hierbei kam es bei dem Säugling mit einer Transposition der großen Gefäße (TGA) zu einer Perforation des linken Atriums, die eine letale Perikardtamponade bedingte.

Die Obduzenten hielten in diesem Fall einen Behandlungsfehler für möglich und empfahlen die Erstellung eines Fachgutachtens. Dieses solle klären, ob die Perforation eine seltene, jedoch nicht ungewöhnliche Komplikation darstelle, oder ob ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst vorliege.

3.4.13.2 Korrektur einer Choanalatresie

Im zweiten Fall litt ein Säugling an einer Choanalatresie, die mit Hilfe einer Lasertherapie korrigiert

werden sollte. Während dieses Eingriffs verstarb das Kind laut Obduktionsprotokoll am ehesten an einem Reflextod.

Ein Behandlungsfehler wurde bei keinerlei Hinweisen auf eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht im Obduktionsprotokoll ausgeschlossen.

3.4.14 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) – Tracheotomie

Bei beiden Fällen eines Exitus in tabula in der HNO handelte es sich um Todesfälle während einer Tracheotomie.

Im ersten Fall war die eigentliche Todesursache auch nach der Obduktion noch unklar. Der Ersteller des späteren ausführlichen Gutachtens vermutete, dass die Schnittführung zur Tracheotomie evtl. zu einem Kehlkopfspasmus geführt haben könne, was eine nicht zu vermeidende Komplikation bei diesem Eingriff darstelle. Somit wies er den vorgeworfenen Behandlungsfehler zurück.

Im zweiten Fall kam es bei der Operation zu einer Verletzung eines im Rahmen eines Mißbildungssyndroms verlagerten arteriellen Gefäßes. Der Patient verblutete trotz sofortiger Interventionsversuche wie der Ligatur oder der Übernähung des Gefäßes.

Hier wurde ein Behandlungsfehler von den Obduzenten für möglich gehalten und eine Klärung nach Abschluss weiterer Ermittlungen mit Zusatzinformationen wie beispielsweise durch die Einsicht in die Krankenunterlagen empfohlen.

3.4.15 Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie (MKG-Chirurgie) – Kieferoperationen

Bei den beiden Fällen eines Exitus in tabula aus der MKG-Chirurgie handelte es sich jeweils um einen Todesfall bei einer Kieferoperation. Dabei kam es in dem einen Fall nach der Manipulation am Unterkiefer zu einem akuten Herzversagen, einem sog. reflektorischen Herztod. Im anderen Fall trat der Tod laut Obduktionsprotokoll durch plötzliche letale Herzrhythmusstörungen auf.

Da in beiden Fällen keine Hinweise auf ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorlagen, wurden Behandlungsfehler jeweils verneint.

3.4.16 Urologie

3.4.16.1 Anlage eines suprapubischen Blasenkatheters (SPK)

Aus der Urologie gab es insgesamt 2 Fälle eines Exitus in tabula. Einer der Todesfälle ereignete sich während einer Notoperation nach Anlage eines SPK's. Diese war indiziert wegen des Verdachts auf eine Perforationsverletzung nach Punktion der Blase.

Dieser Verdacht wurde durch die Obduktion bestätigt. Es wurde eine kleine Verletzung der Darmwand mit eng umschriebener Peritonitis gefunden. Todesursächlich waren jedoch schwere Vorschäden am Herz-

Kreislauf-System, die gemeinsam mit der zusätzlichen Operationsbelastung ein Herzversagen begünstigten. Ein Behandlungsfehler wurde nicht erkannt.

3.4.16.2 Nierenoperation

In dem anderen Fall wurde einem Patienten ein Nierentumor entfernt. Hierbei kam es bei einer nicht vorhersehbaren Gerinnungsstörung zu einer diffusen Massenblutung, an der der Patient verstarb.

In seinem ausführlichen Gutachten hielt der Verfasser einen Behandlungsfehler für möglich und empfahl die Erstellung eines klinischen Fachgutachtens, da er selbst nicht nachvollziehen könne, weshalb die Leberzirrhose als Ursache für die Gerinnungsstörung weder in der sonographischen noch der computertomographischen Untersuchung erkannt wurde.

3.4.17 Radiologie

3.4.17.1 Kontrastmitteldarstellung

In einem Fall der insgesamt 2 Fälle eines Exitus in tabula aus der Radiologie handelte es sich um einen Todesfall während einer Kontrastmittelgabe zur Darstellung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Hierbei kam es bei dem Patienten zu einem plötzlichen Herzversagen, das laut Obduktionsprotokoll auf hochgradigen Vorschädigungen des Herzens und dessen Koronarien beruhte.

Der Tod hätte zu jedem Zeitpunkt eintreten können und sei nicht im Zusammenhang mit der invasiven Untersuchung zu sehen. Folglich sei ein Behandlungsfehler zu verneinen.

3.4.17.2 Lungenpunktion

Der Patient des zweiten Falles aus der Radiologie musste sich aufgrund eines Tumorverdachts einer Lungenpunktion unterziehen, bei der es zu Blutungskomplikationen kam. Dabei handelt es sich um eine typische Komplikation dieses Eingriffs, die durch den besonderen Gefäßreichtum des anpunktierten Tumors noch begünstigt wurde.

Im Obduktionsprotokoll wurde ein Behandlungsfehler ausgeschlossen.

3.4.18 Notarztwesen – Polytrauma

Das Notarztwesen war nur in einem Fall eines Exitus in tabula betroffen. Hier wurden einem polytraumatisierten Patienten trotz ungenauer Angaben über eine Medikamentenallergie gegen Schmerzmittel durch einen Angehörigen bestimmte nicht näher bekannte Medikamente durch den Notarzt verabreicht.

Später verstarb der Patient durch Verbluten an seinen multiplen Verletzungen, wie bei der anschließenden Obduktion festgestellt wurde. Im Protokoll wurde darüber hinaus der Vorwurf einer falschen Medikamentengabe ausgeschlossen, der durch die Angehörigen geäußert wurde. In Notfallsituationen sei

die Gabe von üblichen und notwendigen Medikamenten auch ohne eine genaue Allergieabklärung unvermeidbar.

Das Verfahren gegen den Notarzt wird daraufhin von der Staatsanwaltschaft eingestellt.

3.4.19 Zahnmedizin – Zahnsanierung in Vollnarkose

Bei dem einzigen intraoperativen Todesfall aus der Zahnmedizin handelte es sich um eine ambulant durchgeführte Zahnsanierung, die aufgrund einer Dentophobie in Vollnarkose erfolgen musste. Hierbei entwickelte der Patient während der Narkoseausleitung eine medikamentös nicht zu beherrschende Bradykardie und verstarb trotz Reanimationsversuchen.

Die Obduzenten hielten in diesem Fall einen Behandlungsfehler für gutachterlich möglich, da der Patient erst vor kurzer Zeit einen akuten Myokardinfarkt hatte und dieser in einem 4 Tage zuvor abgeleiteten Elektrokardiogramm (EKG) erkennbar war. Der behandelnde Arzt hätte diesem Befund des EKGs auch ohne eine Äußerung von Beschwerden durch den Patienten vor der Narkose nachgehen müssen, denn ein Infarkt kann auch mit wenigen oder keinen Symptomen einhergehen. Die Obduzenten empfahlen weitere Ermittlungen zur Erlangung von Zusatzinformationen.

3.4.20 Unbekanntes Fachgebiet

3.4.20.1 Anlage einer Drainage

Bei insgesamt 5 Fällen eines Exitus in tabula war das betroffene Fachgebiet nicht zu eruieren, weshalb diese Fälle dem Bereich „Unbekannt“ zugeordnet wurden. 2 dieser Fälle geschahen während einer Drainagenanlage. Bei einem Patienten mit einem metastasierten Pankreaskopfkarcinom wurde eine percutane Gallengangsdrainage angelegt. Während des Eingriffs starb er an einem Herz-Kreislauf-Versagen bedingt durch sein weit fortgeschrittenes Tumorleiden.

Die Obduzenten schlossen einen Behandlungsfehler aus.

In dem anderen Fall kam es während der Punktion für eine Pleuradrainagenanlage zu starken nicht stillbaren Blutungen, an denen der Patient verstarb. Der Eingriff war indiziert aufgrund eines Pleuraergusses bei schwerer Pneumonie.

In einem ausführlichen Gutachten hielt der Sachverständige einen Behandlungsfehler für möglich und empfahl die Erstellung eines Fachgutachtens. Bei der Punktion der Pleura war ein Ast der Arteria pulmonalis perforiert worden. Zudem sei die Gabe der wegen der vorliegenden Pneumonie indizierten Antibiose nach Aktenlage evtl. zu spät erfolgt.

3.4.20.2 Leberpunktion

Ein Patient verstarb während einer Leberpunktion durch Verbluten in die Bauchhöhle. Dieses wurde durch die vorbestehende tumorbedingte Blutarmut noch begünstigt.

Eine Blutung nach Leberpunktion ist laut Obduktionsprotokoll eine typische Komplikation, weshalb bei bestehender Indikation und korrekter Durchführung des Eingriffs ein zunächst vermuteter Behandlungsfehler ausgeschlossen wurde.

3.4.20.3 Tracheotomie

Ein anderer Patient verstarb im Rahmen einer Tracheotomie an einem frischen Myokardinfarkt bei bekannten Herzvorerkrankungen.

Der Eingriff entsprach den Regeln der ärztlichen Kunst und hatte keinen Einfluss auf den Tod, weshalb von den Obduzenten ein Behandlungsfehler verneint wurde.

3.4.20.4 Laparotomie

In einem letzten zu beschreibenden Fall eines Exitus in tabula verstarb ein Patient während einer Notlaparotomie aufgrund einer erheblichen Peritonitis nach Perforation eines Ulcus ventriculi.

Die Peritonitis war intraoperativ bereits weit fortgeschritten, so dass eine Asystolie zu jedem Zeitpunkt hätte auftreten können. Da der Patient zuvor bei freiem Willen eine stationäre Behandlung abgelehnt hatte, war den behandelnden Ärzten weder aufgrund des späten Eingriffs noch bzgl. der operativen Versorgung ein Vorwurf zu machen. Die Obduzenten schlossen einen Behandlungsfehler aus.

4 Diskussion

4.1 Diskussion eigener Daten und Vergleich mit anderen Studien

Im folgenden Teil dieser Dissertation „Rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen bei Exitus in tabula – eine multizentrische Analyse“ werden zunächst die Daten dieser Arbeit diskutiert und mit denen anderer Studien in Bezug gebracht. In einem weiteren Unterkapitel wird darauf eingegangen, wie sich der Arzt nach dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers im Anschluß an einen Exitus in tabula insbesondere auch gegenüber den Hinterbliebenen verhalten sollte. Abschließend werden die verschiedenen Möglichkeiten der Streitschlichtung in Deutschland vorgestellt und Perspektiven zum Umgang mit medizinischen Zwischenfällen erarbeitet.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden 0,24% der insgesamt 101358 Obduktionen an den 17 teilnehmenden rechtsmedizinischen Instituten aus Deutschland aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs im Anschluss an einen Exitus in tabula durchgeführt und untersucht. Da es sich bei der hier betrachteten Anzahl von 247 Obduktionen lediglich um die bekannt gewordenen Fälle handelt, bleibt offen, inwiefern diese Zahl als repräsentativ für alle in Deutschland stattgefundenen Fälle eines Exitus in tabula gelten kann, zumal nur Daten von 17 der 31 rechtsmedizinischen Institute in Deutschland erfasst wurden. Dennoch geben diese Fälle einen Eindruck über das Auftreten von Fällen eines Exitus in tabula in Bezug auf alle erfassten Obduktionen wieder.

Beim Vergleich dieser Ergebnisse mit früheren Arbeiten ergeben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Exitus in tabula. Holczabek (1953) fand bei seiner Untersuchung des Sektionsgutes eines rechtsmedizinischen Instituts bei 4% der Obduktionen einen Exitus in tabula. Andere Studien zu späteren Zeitpunkten weisen Häufigkeiten eines Exitus in tabula zwischen 0,5% bis 1,3% des Obduktionsgutes auf (Pribilla, 1971; Althoff und Solbach, 1984). Diese Abnahme der Anteile an Exitus in tabula-Fällen am Gesamtoptionsgut ist sicherlich durch die im Laufe der Zeit geringer werdende anästhesiologische und chirurgische Mortalität zu begründen. So führt eine Verbesserung der Voruntersuchung und Vorbereitung, die Einführung neuer Anästhesieverfahren, eine Intensivierung der intra- und postanästhesiologischen Überwachung und die fortschreitende Qualifikation der Anästhesisten zu einem besseren perioperativen Überleben der Patienten (Fichtner und Dick, 1997). Während laut Link (1985) Anfang der 50er Jahre die Mortalität noch bei 37 pro 100.000 Anästhesien lag, war das Risiko eines anästhesiologisch bedingten Exitus in tabula 1987 lediglich bei 0,54 pro 100.000 Anästhesien gegeben (Buck et al., 1987). Heute wird die anästhesiebedingte Letalität mit 0,07‰ angegeben (Mattig und Fischer, 1992). Durch die verfeinerten Operationsmethoden hat die chirurgische Mortalität deutlich abgenommen. Fichtner und Dick (1997) fanden in ihrer klinischen Studie bei 200 Todesfällen aus dem operativen stationären Bereich nur 3 Fälle eines Exitus in tabula (1,5%).

Von regionalen Verteilungen ist nur zurückhaltend zu sprechen, da nicht alle rechtsmedizinischen Institute in Deutschland teilgenommen haben, und im Rahmen dieser Arbeit nicht zu eruieren ist, inwieweit evtl. regional unterschiedliche gesetzliche Meldepflichtbestimmungen bestehen. Sowohl die Sektionen insgesamt als auch diejenigen aufgrund eines Exitus in tabula wurden überwiegend in NRW (insgesamt 12793 Sektionen, davon 40 (0,31%) nach Exitus in tabula) und Bayern (insgesamt 31436 Sektionen, davon 91 (0,29%) nach Exitus in tabula) durchgeführt. Diese Unterschiede zwischen den Bundesländern decken sich mit Beobachtungen in weiteren Studien (Eisenmenger et al., 1978; Holzer, 1965; Mallach, 1984; Mattern und Kohnle, 1984; Mattig und Fischer, 1992). Die Beobachtung deutet darauf hin, dass die Ermessenspraxis bei der Bejahung eines hinreichenden Anfangsverdachts im Sinne des § 152 StPO zur Veranlassung einer Obduktion bei den lokalen Staatsanwaltschaften sehr unterschiedlich ist (Günter, 1978). Diese unterschiedliche Vorgehensweise läßt sich auch in einer österreichischen Studie erkennen, bei der 53,7% der Obduktionen wegen eines plötzlichen Todesfalles im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung Fälle eines Exitus in tabula waren (Katzgraber et al., 1995).

Im Verlauf der 11 Beobachtungsjahre von 1990 bis einschl. 2000 ist v. a. ab 1995 tendenziell eine Zunahme der Fälle eines Exitus in tabula von etwa 100% zu vermerken, während im gleichen Zeitraum die Gesamtzahl der Obduktionen der erfassten Institute eher stetig verläuft. Der Anteil von Fällen eines Exitus in tabula mit Ursache in einem vermeintlichen iatrogenen Fehler nimmt also im Gegensatz zu den Obduktionen generell zu. Diese Zunahme ist teilweise dadurch zu begründen, dass die Medizin fortschrittlicher und die Patienten älter und dadurch anfälliger für Risiken geworden sind. Zudem haben aber auch der Kostendruck und die Bürokratisierung zu Einsparungen und dadurch zu einer Gefährdung der Patientenversorgung geführt (Merten, 2005 a). Ebenso ist die fordernde Haltung des Patienten auf Genesung möglichst ohne sein eigenes Dazutun gegenüber dem Arzt als Mitursache für steigende Zahlen von Behandlungsfehlervorwürfen zu sehen (Heck und Krug, 2005). Diese Entwicklung deckt sich mit weiteren Beobachtungen in Studien zu Art und Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen, die zeigen, dass plötzliche Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit einem Arztbesuch oder einer ärztlichen Maßnahme ein weitaus höheres Risiko für juristische Konsequenzen in sich bergen als sonstige Todesfälle (Dettmeyer und Madea, 1999; Dettmeyer und Madea, 2003).

Die überwiegend durch einen Exitus in tabula betroffenen Patienten liegen im Alter zwischen 50 und 79 Jahren. Sie stellen einen Anteil von 63,5%. Dem gegenüber stehen 8,9% ältere und 27,6% jüngere Todesfälle während einer ärztlichen invasiven Maßnahme. Insgesamt betrachtet liegt eine ausgeglichene Verteilung der Geschlechter vor. 51% der betroffenen Patienten sind männlich, 49% weiblich. Dabei überwiegen die männlichen Verstorbenen im Alter zwischen 0 bis 60 Jahren leicht, während danach die weiblichen Todesfälle einen etwas größeren Anteil stellen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Petri (2001) bei ihrer Untersuchung von 12130 gerichtlichen Obduktionen aus dem Zuständigkeitsbereich des

Hamburger Instituts für Rechtsmedizin und des Gerichtsärztlichen Dienstes der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Die Ursache für die Aufnahme eines Ermittlungsverfahrens bei der Staatsanwaltschaft liegt in gut 85% der Fälle eines Exitus in tabula in einem reinen Verfahren zur Ermittlung des Todes. Knapp 16% der Verfahren wurden wegen Verdachts auf eine fahrlässige Tötung eröffnet. Der Anlass für diese Ermittlungen staatlicherseits ist mit 139 Fällen ganz überwiegend die Angabe einer „ungeklärten“ oder „nicht-natürlichen“ Todesart. Beide Angaben führen zu einer automatischen Meldung bei den Polizei- und Gemeindebehörden, die wiederum zu einer sofortigen Anzeige des Vorgangs bei der Staatsanwaltschaft oder dem Amtsgericht verpflichtet sind (Dettmeyer und Reber, 2003; Janssen, 1979; Maiwald, 1978). Ebenfalls häufig ist der Anlass für die Ermittlungen in 57 Fällen nicht zu eruieren. Seltener sind Vorwürfe bzw. Strafanzeigen durch Angehörige, mit- oder nachbehandelnde Ärzte oder die Anzeige bei gleichzeitiger Angabe in der Todesbescheinigung.

In etwa 95% der Fälle eines Exitus in tabula wird den Krankenhausärzten ein Behandlungsfehler vorgeworfen. Diese arbeiten v. a. in kommunalen Krankenhäusern (79 Fälle), Kreiskrankenhäusern (49 Fälle), Universitätskliniken (48 Fälle) und Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft (34 Fälle). Bezogen auf die Fachbereiche zeigt sich, dass mit gut 50% der Vorfälle überwiegend chirurgische Fächer und hier v. a. die Allgemeinchirurgie (52 Fälle) und Unfallchirurgie (38 Fälle) von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffen sind. Auch die Innere Medizin mit einem Anteil von etwa 20% (45 Fälle) und die Anästhesiologie mit etwa 15% (35 Fälle) stellen häufig beschuldigte Fachgebiete dar. Somit kommen 96% der Fälle eines Exitus in tabula aus dem operativen Bereich, wobei die minimalinvasiven Verfahren bzw. auch endoskopischen Maßnahmen hier eingeschlossen sind. Bei der Aufschlüsselung nach der Art des Eingriffs ergibt sich, dass knapp $\frac{3}{4}$ der Fälle (172 Fälle) während offener chirurgischer Maßnahmen stattfinden, $\frac{1}{8}$ der Fälle (36) im Rahmen von Herzkatheteruntersuchungen geschieht und das letzte $\frac{1}{8}$ sich überwiegend auf endoskopische Eingriffe (16 Fälle) und sonstige invasive Maßnahmen (16 Fälle) begründet.

Hervorzuheben ist der große Anteil an Behandlungsfehlervorwürfen nach einem Exitus in tabula in der Inneren Medizin. Diese Situation wird durch die zunehmende Anzahl an invasiver Diagnostik und Therapie bedingt und wurde als Tendenz bereits 1996 durch Madea und Schmidt (1996) prognostiziert.

Besonders zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Koronarangiographien. Während in der Untersuchung von Mattig und Fischer (1992) lediglich 3,5% der ausgewerteten Fälle durch eine Herzkatheteruntersuchung verursacht waren, sind es in diesem Material 14,6%. Ein Grund hierfür wird die steigende Anzahl dieser invasiven Diagnostik sein, bedingt durch die Zunahme der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten dieses Eingriffs, welche dadurch auch mit einer Erweiterung der Indikationsstellung einhergehen (Preuß et al., 2007). Derartige Todesfälle stellen sich überwiegend als letale Komplikationen auf dem Boden einer Koronarsklerose bzw. allgemeinen Arteriosklerose dar (Preuß et al., 2007). Wichtig ist eine gutachterliche Klärung, ob die Primärerkrankung für sich allein genommen auch ohne die Herzka-

theteruntersuchung zum plötzlichen Tod hätte führen können, wofür eine Obduktion zwingend erforderlich ist (Dettmeyer et al., 2006).

Bestätigte ärztliche Behandlungsfehler verteilen sich über alle Altersklassen hinweg auf nur 4 der betroffenen Fachgebiete, wobei die Eingriffsart von geringerer Bedeutung ist. Besonders häufig wird in der Gynäkologie (1/4 der dort aufgetretenen Fälle eines Exitus in tabula) und in der Anästhesiologie (ca. 1/5 der dort aufgetretenen Fälle eines Exitus in tabula) ein tatsächlicher Behandlungsfehler gesehen. Daneben werden in der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin jeweils nur 2% der dort vorgekommenen Fälle eines Exitus in tabula mit einem Behandlungsfehler in Zusammenhang gebracht.

Die hier beobachteten Häufungen der Vorwürfe in den beschriebenen Gebieten werden durch zahlreiche Studien bestätigt und decken sich mit den Einschätzungen der Haftpflichtversicherungen bzgl. ihrer Prämienstrukturen (Althoff und Solbach, 1984; Brennan et al., 1991; Kochs, 1995; Petri, 2001; Preuß et al., 2003; Preuß et al., 2006; Ulsenheimer, 1987). Abweichend von den Beobachtungen dieser Dissertation erkennt Preuß et al. (2003) eine zusätzliche Häufung von Vorwürfen gegen den Hausarzt und das Notdienstwesen. Bejahte Fehler liegen insbesondere beim Hausarzt, in der Anästhesiologie, der Allgemein- und Unfallchirurgie, der Inneren Medizin und dem Notdienstwesen vor. Petri (2001) findet zusätzlich wie auch Althoff und Solbach (1984) Häufungen in den Fachbereichen Pflege, HNO, Neurologie und Orthopädie. Dabei werden die Behandlungsfehler ähnlich der Ergebnisse dieser Dissertation insbesondere in der Anästhesiologie bestätigt. Aber auch in Fächern wie der HNO, der Neurologie und der Orthopädie, bei denen in den Daten dieser Dissertation keine Behandlungsfehler nachzuweisen waren, werden häufig iatrogen bedingte Schäden bestätigt. Der Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe ist bei Petri (2001) im Gegensatz zu den Ergebnissen dieser Dissertation und denen von Brennan et al. (1991) und Ulsenheimer (1987) eher gering von zu bestätigenden Behandlungsfehlern betroffen. Über diese Beobachtungen hinaus berichtet Reding (1998) von einer überragenden Stellung der Fachbereiche Chirurgie und Gynäkologie, für die bei der Norddeutschen Ärztekammer und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) Niedersachsen im Jahr 1996 viele Anträge auf die Bewertung von Behandlungsfehlervorwürfen eingingen. Hansis und Hart (2001) bestätigen diese Ergebnisse in ihrem Bericht, indem auch sie einen hohen Anteil der Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe in den betroffenen Fachbereichen erkennen. Zusätzlich sehen sie in diesem Zusammenhang auch die Orthopädie stark betroffen, was sich wiederum mit Beobachtungen von Althoff und Solbach (1984), Petri (2001) und Ulsenheimer (1987) deckt.

Die gutachterlichen Beurteilungen der Obduktionen nach Exitus in tabula kommen zu dem Ergebnis, dass der Tod in ganz überwiegender Weise durch das Auftreten von eingriffsimmanenten und krankheitsbedingten Komplikationen (44,1%) und das Fortschreiten der eingriffsauslösenden Grunderkrankung des Patienten (32%) verursacht wurde. In 21,1% der Fälle sind die todesursächlichen Befunde nicht eindeutig zuzuordnen, während bei 2,8% ein Behandlungsfehler ursächlich für den Tod war. Somit hat die Obduktion hier eine deutlich exculpierende Wirkung, welche die behandelnden Ärzte vor ungerechtfertigten An-

schuldigungen und Vorwürfen schützt, wie auch Holczabek (1953) bereits anmerkte. Ohne eine Obduktion hingegen fehlt sowohl für eine Bestätigung als auch für eine Wiederlegung eines Behandlungsfehlers die Tatsachengrundlage (Bove und Iery, 2004; Dettmeyer und Madea, 1999).

Als führende medizinische Todesursache sind die Blutungskomplikationen mit 85 Fällen zu nennen. Ebenfalls häufig führen Probleme des Herz-Kreislauf-Systems aufgrund einer Lungenembolie (30), eines Herzversagens im Sinne akuter Koronarinsuffizienz (28), eines Myokardinfarkts (28), von Herzrhythmusstörungen (8) oder aufgrund eines Herz-Kreislauf-Versagens (6) zum tödlichen Ausgang einer Operation oder sonstigen invasiven Maßnahme. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Hypoxie, die in der Anästhesiologie in 10 Fällen einen Exitus in tabula bedingte. Inwieweit über die aufgetretenen Komplikationen im Vorhinein aufgeklärt wurde, ist den zugrundeliegenden Datensätzen leider nicht zu entnehmen.

Der Sachverhalt bzgl. der Todesursache und dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers wurde in etwa 70% der Fälle bereits durch das Obduktionsprotokoll geklärt. Lediglich in 30% der Fälle war die Anfertigung eines ausführlichen Gutachtens hierfür erforderlich. In der Frage nach der Berechtigung des vorgeworfenen Behandlungsfehlers ist die Aussage in 74,1% der Fälle eine Verneinung. Bejaht wird der iatrogene Fehler insgesamt in 3,6% der Fälle eines Exitus in tabula. Dabei wird in 2,8% der Exitus in tabula Fälle auch die Kausalität zwischen dem bestätigten Fehler und dem Tod bejaht. In den übrigen 0,8% bestätigten Behandlungsfehlern besteht die Kausalität zum Eintritt des Todes nur fraglich oder wird verneint. Die restlichen 22,3% der Fälle eines Exitus in tabula werden nicht eindeutig bzgl. des Vorliegens eines Behandlungsfehlers eingeordnet. Entweder es wird keine Aussage gemacht, oder aber ein Fehler wird für möglich gehalten, wobei jedoch noch weitere Informationen für eine endgültige Aussage benötigt werden.

Bei der Betrachtung des Todeszeitpunktes ist zu erkennen, dass etwa 80% der Fälle eines Exitus in tabula während eines invasiven Eingriffs eintreten, wohingegen jeweils circa 10% kurz zuvor oder danach stattfinden. Ein Behandlungsfehler in Zusammenhang mit dem Exitus in tabula wird v. a. bei den Todesfällen (13%) gesehen, die zeitlich nach der eigentlichen invasiven Maßnahme auftreten. Im Gegensatz dazu gibt es in nur 3% der Fälle einen konkreten Behandlungsfehlernachweis bei einem Tod während eines Eingriffs und gar keinen Fall, der zeitlich vor der Maßnahme liegt.

Erstaunlich ist, dass 80% der Fälle eines Exitus in tabula während einer geplanten invasiven Maßnahme auftreten, wobei hiervon 4% der Todesfälle im direkten Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler gesehen werden. Bei den übrigen 20% Notfalleingriffen können lediglich bei 2% dieser Todesfälle Behandlungsfehler nachgewiesen werden. Zudem ist erwähnenswert, dass sich alle bestätigten Behandlungsfehler ausschließlich auf den stationären Bereich und hier v. a. auf eine bis zu 5-tägige Verweildauer des betroffenen Patienten vor dem jeweiligen letalen Eingriff beziehen.

Schließlich ist noch eine regionale Differenz in der Bejahung von Behandlungsfehlervorwürfen zu erkennen. Während in Bayern die Obduzenten oder Gutachter bei etwa 5% der in dem Gebiet untersuchten Fälle einen iatrogenen Fehler bestätigen, sehen sie in NRW keinen Behandlungsfehler für gegeben.

Nach der Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Arbeit werden im Folgenden einige Gegenüberstellungen einzelner Teilaspekte mit Ergebnissen anderer Studien vorgenommen. Zum einen wird hierzu auf die Bewertung der vorgeworfenen Behandlungsfehler eingegangen und verglichen, inwieweit Unterschiede in der Anzahl bestätigter und verneinter Fehler zwischen Fällen eines Exitus in tabula und übrigen Behandlungsfehlern bestehen.

Bei der Analyse der zur Verfügung stehenden Daten bzgl. des Vorkommens eines Exitus in tabula stellt sich dar, dass lediglich in 3,6% der vorgeworfenen Behandlungsfehler dieser auch tatsächlich nachzuweisen ist. In 74,1% der Fälle kann ein ärztlicher Fehler ausgeschlossen werden. Preuß et al. (2003) finden bei ansonsten gleichem Datenmaterial, aber einer Auswertung aller Obduktionen nach dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers (4450 Fälle), einen Anteil von 10% der zu bestätigenden Fehler. In besagter Studie sind 64,6% der Vorwürfe verneint worden. Auch Petri (2001) schildert ähnliche Ergebnisse. Sie kommt bei ihren Hamburger Sektionsfällen (558 Fälle), die aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfes im Zeitraum von 1985 bis 1996 durchgeführt wurden, auf 7,1% zu bestätigende Vorfälle. Darunter zählen keine Fälle von Exitus in tabula, die sie zu 3,9% in ihrem Sektionsgut erkannte und die in ihrer Gesamtheit nicht auf einen ärztlichen Fehler zurückzuführen waren. Die US-amerikanische Harvard Medical Practice Study I von Brennan et al. (1991) wertet als Material Krankenhausbehandlungen aus dem Jahre 1984 aus. In diesem Untersuchungsgut finden sie bei 3,7% der Behandlungsverläufe Komplikationen, wobei in 27,6% dieser Fälle ein Behandlungsfehler zu diesen Komplikationen führte. Unter den beschriebenen Komplikationen führten 13,6 +/- 1,7% zum Tod des Patienten. Hiervon waren 51,3 +/- 6,9% durch einen Behandlungsfehler verursacht. Reding (1998) beschreibt die Anzahl an Gutachtenerstellungen durch die Norddeutsche Ärztekammer, zuständig für Niedersachsen und Schleswig-Holstein, und dem MDK Niedersachsen. Erstere Institution befürwortet in ihren 1996 angefertigten Stellungnahmen zu Behandlungsfehlervorwürfen 33%, während 57% der Anträge abgelehnt werden. Im gleichen Jahr befindet der MDK Niedersachsen, dass 30% der dort gestellten Anträge zu bejahen sind, hingegen 56% verneint werden müssen. Weltrich (2000) berichtet über die Zahlen zu Behandlungsfehlervorwürfen aus den Jahren 1990 und 1995, die durch die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Nordrhein bearbeitet wurden. Dabei spricht er von 33,5% bejahten Behandlungsfehlern für 1990 und 37,5% für 1995. Auch Neu (2001) beschäftigt sich mit den eingegangenen Anträgen bei der Ärztekammer Nordrhein und stellt für 1997 33%, für 1998 30,6% befürwortete Behandlungsfehler fest. Diese Zahlen decken sich mit Ausführungen von Hansis und Hart (2001), die sie im Auftrag des Bundes als Gesundheitsberichterstattung über medizinische Behandlungsfehler in Deutschland verfasst haben. Darin berichten sie von einem langjährigen Durchschnittswert der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Landesärztekammern von etwa 30% bejahten Behandlungsfehlern. Dabei vermerken sie allerdings regionale Differenzen. So befindet die Ärztekammer Nordrhein durchschnittlich 35% der Vorwürfe auf einen Behandlungsfehler für berechtigt, während die Ärztekammer Bayern lediglich 18% der Anträge im Durchschnitt befürwortet. Diese regionalen Unter-

schiede decken sich nicht mit den Beobachtungen dieser Dissertation bzgl. eines im Rahmen eines Exitus in tabula geäußerten Behandlungsfehlervorwurfs. In dieser Auswertung werden in teilnehmenden bayerischen Instituten mit 5% mehr Behandlungsfehlervorwürfe nach einem Exitus in tabula bestätigt als in den Instituten in NRW (0%). Insgesamt erkennen Hansis und Hart (2001) einen leichten Anstieg der Rate an bejahten Behandlungsfehlern bei den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der verschiedenen Landesärztekammern. Über die bundesweite Arbeit des MDK wissen Hansis und Hart (2001), dass diese von ihren im Jahr 1999 bearbeiteten Anträgen bzgl. einer ärztlichen Fehlleistung 24% für bestätigt hielten. Diese Differenz von bestätigten Behandlungsfehlern zwischen den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen einerseits und dem MDK andererseits sind nicht zu erklären. Evtl. werden bei der einen Institution andere Fallkonstellationen behandelt als bei der anderen Institution, so dass sich diese Unterschiede ergeben. Eine andere Art der Begutachtung durch den MDK ist jedoch nach Hansis und Hart (2001) nicht zu erwarten. Sowohl Kochs (1995) als auch Hansis und Hart (2001) berichten über gemeldete Schadensfälle bei den ärztlichen Haftpflichtversicherungen am Beispiel der DBV Winterthur. Dort werden 90% der gemeldeten Schadensfälle außergerichtlich geregelt, davon 30% durch Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen. Lediglich 10% werden gerichtlich ausgefochten, wobei allerdings nur in 4% der Prozesse die vorgeworfenen Behandlungsfehler durch ein Urteil bestätigt werden. Hansis und Hart (2001) stellen anhand ihrer Beobachtungen eine Prognose über in Deutschland stattfindende Behandlungsfehler auf, die besagt, dass von etwa 40000 Behandlungsfehlervorwürfen pro Jahr circa 12000 Behandlungsfehler bestätigt werden können. Das entspricht einem Wert von 30% zu bejahenden Behandlungsfehlern.

Die große Differenz von befürworteten Behandlungsfehlern zwischen Begutachtungsfällen von Ärztekammern und MDK auf der einen Seite und dem Sektionsgut aus Hamburg und verschiedenen Instituten bundesweit auf der anderen Seite begründet sich darauf, dass hier 2 ganz unterschiedliche Gruppen von Vorwürfen behandelt werden. Die zuerst genannten Institutionen beschäftigen sich überwiegend mit Fällen von Behandlungsfehlervorwürfen, die durch die Patienten selber vorgebracht werden. Der Patient muss sich im Vorhinein sehr gut überlegen, ob und in welcher Weise er eine Behandlung zu beklagen hat, denn für den Antrag auf Bearbeitung bei einer der Schlichtungsstellen muss er seinen Vorwurf einer Fehlleistung präzise formulieren. Eine vage Äußerung reicht für die Antragstellung nicht aus (vergl. hierzu Kapitel 4.3.2.1 und 4.3.2.2). Somit sind die schließlich vorgebrachten Vorwürfe schon bei Einreichung des Antrags auf Bearbeitung wesentlich wahrscheinlicher zu bejahen, da bereits vor Antragstellung eine Selektion stattgefunden hat. Bei den Obduktionsfällen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfes hingegen findet diese Selektion erst während der Obduktion statt. Häufig werden diese bereits aufgrund einer „unklaren“ oder „nicht-natürlichen“ Todesart in der Todesbescheinigung oder aber aufgrund von nur sehr vage durch die Angehörigen formulierten Äußerungen auf einen Behandlungsfehlerverdacht von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben. Denn ein plötzlicher Todesfall in zeitlicher Nähe zu einem Arztbesuch bzw. in unmittelbarem Anschluss an eine ärztliche Maßnahme lässt Angehörige und Staatsanwaltschaft schnell an

einen Behandlungsfehler denken und birgt somit ein sehr hohes Risiko auf ein juristisches Nachspiel (Dettmeyer und Madea, 1999). Da also schon kleinste Indizien dazu führen, dass verhältnismäßig viele dieser Fälle in den Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers kommen, müssen anschließend durch die Obduktion die tatsächlich aufgrund dieses Fehlers erfolgten Todesfälle ausselektiert werden. Somit werden auch wieder verhältnismäßig viele dieser Vorwürfe fallen gelassen. Hierauf begründen sich die eher geringen Raten an bejahten Behandlungsfehlern im Sektionsgut im Vergleich zu den Begutachtungsfällen. Dieses Vorgehen bedingt letztlich auch die noch etwas geringere Rate an zu befürwortenden Behandlungsfehlern im Falle eines Exitus in tabula, denn nach einem solchen Zwischenfall ist die Annahme eines todesursächlichen Fehlers noch näher gelegen als im sonstigen Sektionsgut, so dass auch die Selektion im Anschluss durch die Obduktion noch größer ausfallen muss.

4.2 Verhalten des Arztes bei einem Exitus in tabula - Umgang mit Angehörigen

Ist es im Rahmen einer invasiven Behandlung eines Patienten zu einem Todesgeschehen gekommen, so ist es ganz wichtig, sich als Arzt von vornherein richtig zu verhalten. Dabei ist vor allem auch der korrekte Umgang mit den Angehörigen anzustreben, denn wie schon an anderer Stelle bemerkt, neigen diese als medizinische Laien insbesondere bei Todesfällen im engen zeitlichen Zusammenhang mit einer ärztlichen Maßnahme zu der Annahme, dass hier evtl. ein Behandlungsfehler ursächlich gewesen ist, wie Studien zu Art und Häufigkeit von Behandlungsfehlerwürfen zeigen (Dettmeyer und Madea, 1999). Hierbei sollen die folgenden Ausführungen eine Hilfestellung sein.

Zunächst ist nach Fehn (2002) und Dettmeyer und Reber (2003) die Aufklärung des Patienten vor dem invasiven Eingriff die Pflicht eines jeden Arztes. Dabei klärt jeder Arzt über die eingriffstypischen Risiken aus seinem Arbeitsgebiet auf. Hierzu zählen auch seltene und seltenste Komplikationsmöglichkeiten (Opderbecke, 1982). Ist während des Eingriffs aufgrund der gegebenen Umstände (evtl. Vorerkrankungen des Patienten, ein besonders komplikationsreiches Verfahren) mit der Möglichkeit eines Versterbens des Patienten zu rechnen, so ist auch hierüber aufzuklären (Bundesgerichtshof, 1996; Schlund, 1999; Weltrich, 2000). Entscheidend bei der Auswahl der aufklärungspflichtigen Inhalte ist immer die Situation ex ante. Die erfolgte Aufklärung des Patienten sollte im Anschluss ausführlich einschließlich der dem Patienten mitgeteilten Informationen dokumentiert und vom Patienten zur Einwilligung unterschrieben werden (Kochs, 1995; Schlund, 1999). Im Falle eines Exitus in tabula ist es dem Arzt so möglich, sich auf diese Dokumentation zu beziehen und den Todesfall als aufgeklärtes eingriffsimanentes Risiko darzustellen.

Nach dem Eintritt des Exitus in tabula muss die Todesbescheinigung des Patienten ausgefüllt werden. Empfehlenswert ist es, hierzu einen unbeteiligten Arzt heranzuziehen, der auch nicht in einem unmittelbar weisungsgebundenen Verhältnis zu den behandelnden Ärzten steht, um dadurch möglichst eine Objektivität zu erreichen (Dettmeyer und Reber, 2003; Miltner, 1986). Dieser wird zumeist eine „nicht-natürliche“ Todesart in der Bescheinigung bestätigen, da ein Zusammenhang zwischen der invasiven Maßnahme und

dem Todesgeschehen zunächst einmal nicht auszuschließen ist oder aber „wenigstens entfernte konkrete Anhaltspunkte für einen Kunstfehler oder für sonstiges Verschulden des behandelnden Personals vorliegen“ (Dettmeyer und Madea, 1999). Die Feststellung des „nicht-natürlichen“ Todes soll dabei lediglich eine Kausalitätsverknüpfung und kein Werturteil darstellen (Janssen, 1979). Nur in wenigen Fällen wird sofort ein „natürlicher“ Tod zu bescheinigen sein. Dies ist möglich bei einer Todesursache aus der vorliegenden Erkrankung heraus, ohne direkten Einfluß durch die invasiven Maßnahmen. Eine „unklare“ Todesart liegt vor, wenn sich aufgrund der Sachlage der bescheinigende Arzt weder zu einer „natürlichen“ noch zu einer „nicht-natürlichen“ Todesart entscheiden kann. Eine Abhilfe in dieser schwierigen Situation zur Entscheidung der Todesart könnte eine weitere Rubrik in der Todesbescheinigung sein, die beispielsweise einen Tod im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen vorsieht (Madea, 2006; Madea und Dettmeyer, 2003; Madea und Dettmeyer, 2004).

Die Folge sowohl einer „unklaren“ als auch einer „nicht-natürlichen“ Todesart in der Todesbescheinigung führt zur Meldung des Todesvorgangs an die zuständigen Behörden, der Polizei und der Staatsanwaltschaft (Ulsenheimer, 1987; Wegener und Rummel, 2001). Diese nehmen in der Folge weitere Ermittlungen bzgl. der Todesursache auf. Das Instrument hierzu ist zumeist eine gerichtliche Obduktion.

Aber auch im Falle einer „natürlichen“ Todesart in der Todesbescheinigung ist es immer ratsam, eine Obduktion anzustreben. So ist es möglich, evtl. später aufkeimenden Beschuldigungen durch Angehörige auf einen Versuch der Vertuschung eines Behandlungsfehlers entgegentreten zu können, zumal die Obduktionsergebnisse in einem hohen Prozentsatz entlastend für den beschuldigten Arzt sind (Madea et al., 2007). Eine Möglichkeit hierzu bietet die Obduktion durch den krankenhauseigenen Pathologen, der seinerseits wiederum eine Meldepflicht bzgl. Verdachtsmomenten auf Unstimmigkeiten während der medizinischen Behandlung gegenüber den Behörden hat. Geregelt ist das Obduktionsrecht im Krankenhausvertrag des Patienten (Dettmeyer und Madea, 2002). Entweder hat er bei der Krankenhausaufnahme bereits einer etwaigen Obduktion zugestimmt oder im Rahmen einer erweiterten Zustimmungslösung müssen die Angehörigen um ihre Zustimmung gebeten werden. Auch denkbar ist hier eine Widerspruchslösung, bei der die Obduktion möglich ist, die Angehörigen jedoch ein Recht auf Widerspruch gegen sie haben. Zumeist ist eine Zustimmung der Angehörigen zur Sektion zu erreichen, denn auch sie sind interessiert an den dabei herauskommenden Ergebnissen, die ihnen im Anschluss auch möglichst für einen Laien verständlich mitgeteilt werden sollten (Plattner et al., 2002). Ist mit den Angehörigen über diese gegebenen Möglichkeiten keine Obduktion des Verstorbenen zu bewirken, so besteht letztlich die Option, durch eine Selbstanzeige zur Klärung möglicher Vorwürfe eine gerichtliche Obduktion zu erwirken (Spann, 1981). Diese Sektion ist in der Regel nicht durch die Angehörigen zu verhindern.

Neben den genannten Verhaltensregeln nach einem Exitus in tabula sollte auf eine sorgfältige Dokumentation des Geschehenen geachtet werden. Die Krankenblätter des Patienten müssen alle wesentlichen Daten enthalten, Nachtragungen dürfen allerdings nur mit entsprechendem Vermerk getätigt werden. Als eine Art

Gedächtnisprotokoll kann chronologisch aufgeführt werden, warum welche Entscheidungen zu welchem Zeitpunkt getroffen wurden und was beim Auftreten der Komplikationen unternommen wurde. Diese Ausführungen machen es den Angehörigen und evtl. später ermittelnden Personen hinterher einfacher, bestimmte Dinge nachvollziehen zu können und senken somit das Risiko auf einen Behandlungsfehler-vorwurf.

Wichtig ist auch die Anfertigung von Kopien und Sicherung aller patientenbezogenen Materialien. Diese ermöglichen später eine bessere Rechtsverteidigung des beschuldigten Arztes, denn die Originale werden gegebenenfalls durch die ermittelnde Staatsanwaltschaft beschlagnahmt werden (Heberer, 2004).

Weiterhin ist es erforderlich, mit den Angehörigen ein offenes Gespräch über den Vorfall zu suchen, um eine Vertrauensbasis zu bereiten. Dieses sollte möglichst durch den leitenden Arzt selbst und eine weitere unparteiische Person geführt werden, so dass im Anschluss ein Gesprächsprotokoll angefertigt werden kann (Heberer, 2004). Es kann beispielsweise über die Vorgehensweise der Behandlung und die näheren Umstände des Todesgeschehens bei dem Verstorbenen gesprochen werden, wobei sich der Arzt auf sachliche und medizinische Äußerungen beschränken sollte. Auf Wunsch sollte auch die Krankenakte zur Einsicht offengelegt werden (Laum, 2007). Der Hinterbliebene muss dabei mit Verständnis und Ehrlichkeit behandelt werden und darf bei Fragen nicht getäuscht werden. Ein Eingeständnis eines Behandlungsfehlers ist möglich. Es besteht allerdings keine Pflicht des Arztes, im Gespräch einen eigenen oder einen fremden Behandlungsfehler zu offenbaren (Dettmeyer, 2001; Taupitz, 1992). Jedoch aus versicherungsrechtlichen Gründen ist es dem Arzt untersagt, ohne vorherige Zustimmung seines Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder teilweise anzuerkennen oder zu befriedigen (Laum, 2007).

Kommt es trotz aller Bemühungen zu einem Behandlungsfehler-vorwurf, so gilt bzgl. der ärztlichen Schweigepflicht die Annahme, dass der Patient ein eigenes Interesse an der Aufklärung der näheren Umstände seines Todes gehabt hätte. Der Arzt ist von der Schweigepflicht in dem Rahmen entbunden, wie dieses zur Klärung des Sachverhalts und zur eigenen legitimen Verteidigung erforderlich ist (Ulsenheimer, 2003; Dettmeyer und Reber, 2003). Zu beachten ist allerdings, dass Informationen lediglich an autorisierte Institutionen wie den Gutachterkommissionen, der Versicherung oder ähnlichem weitergegeben werden dürfen. Zur Verteidigung der eigenen Person in der öffentlichen Presse sind diese Daten nicht einzusetzen. Hier empfiehlt sich eher Zurückhaltung und die schriftliche Aussage, „die Geschehnisse/Vorwürfe würden sowohl intern als auch im Rahmen eines geordneten Verfahrens geprüft. Erst nach dieser Überprüfung könnten weitere Aussagen getroffen werden.“ (Dettmeyer und Reber, 2003).

Desweiteren sollte der beschuldigte Arzt baldmöglichst einen im Arztrecht erfahrenen Rechtsanwalt be-
trauen, so dass dieser die weitere Kommunikation mit der streitenden Partei und den ermittelnden Behörden übernehmen kann (Heberer, 2004). Er selbst sollte keine mündliche Stellungnahme abgeben, sondern sich nur im Einvernehmen mit seiner rechtlichen Vertretung schriftlich auf Fragen äußern.

4.3 Möglichkeiten der Streitschlichtung in Deutschland

Ist es im Rahmen einer medizinischen Versorgung zu einem Vorwurf eines Behandlungsfehlers gekommen, so gibt es in Deutschland 2 verschiedene Möglichkeiten hinsichtlich einer Streitschlichtung. Zum einen ist dieses eine Auseinandersetzung vor dem Gericht, wobei neben den strafrechtlichen Gesichtspunkten auch eine Reihe zivilrechtlicher Fragen aufkommen (Dettmeyer, 2006). Zum anderen besteht auch die Option auf eine außergerichtliche Einigung. Beide Möglichkeiten werden in den folgenden Ausführungen vorgestellt.

4.3.1 Gerichtliche Streitschlichtung

Die für die gerichtliche Streitschlichtung relevanten Gesetzgebungen unterteilen sich in das Zivilrecht mit dem Vertrags- und Deliktrecht, das im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert ist, und in das Strafrecht, welches auf das Strafgesetzbuch (StGB) beruht. Beide Formen der Gerichtsbarkeit sind in der Folge näher erläutert.

4.3.1.1 Zivilrecht

Die im Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler wesentlichen Bestandteile des Zivilrechts sind das Vertragsrecht und das Deliktrecht (Frahm und Nixdorf, 2001). Beide begründen jeweils für sich genommen eine Haftung.

Die Grundlage für eine vertragliche Haftung ist der Arzt- bzw. Behandlungsvertrag (Hart, 2003; Uhlenbruck und Laufs, 2002). Hierbei handelt es sich um einen Dienstvertrag gemäß §§611 ff BGB, wonach der Patient Ansprüche an den Arzt auf Schadensersatz und/oder Schmerzensgeld hat, wenn der Arzt seine Vertragsleistung nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht hat (Fehn, 2001 b; Geiß und Greiner, 2001). Wichtig ist jedoch, dass der Arzt keine Heilung erreichen muss (Haack, 2002; Struff et al., 1993), sondern nur zu einer adäquaten Behandlungsleistung verpflichtet ist, die seinen Erkenntnissen und seinem Fachwissen entspricht (Hart, 2003; Kochs, 1995; Struff et al., 1998). Diese soll nach den Regeln der ärztlichen Kunst optimal geeignet sein, den Heilungserfolg herbeizuführen (Fehn, 2001 a). Dazu zählen u. a. die Durchführung einer sorgfältigen Anamnese, eine adäquate Untersuchung des Patienten, die ordnungsgemäße Erhebung von Befunden und die letztendliche Stellung der Diagnose und der Indikation für weitere Maßnahmen, wobei diese nach Hart (2003) den zum Ausführungszeitpunkt geltenden Standards im Sinne von Leitlinien entsprechen müssen.

Nach §613 Satz 1 BGB muss der Arzt die ärztliche Behandlung in der Regel persönlich erbringen. Wie Fehn (2001 b) ausführt, dürfen lediglich sorgfältig ausgewählte Hilfspersonen vom Arzt zur Mithilfe eingeschaltet werden, jedoch nur für vorbereitende, unterstützende, ergänzende oder mitwirkende Maßnahmen.

Für den Abschluss dieses Dienstvertrages bedarf es nach Luig (1974) und Uhlenbruck und Laufs (2002)

keiner schriftlichen Form. Es genügt gemäß Schlund (1999) je nach Fallkonstellation das Betreten eines Patienten der von ihm gewählten Arztpraxis mit einer anschließenden Erhebung seiner Personalien durch das Personal. Bei Minderjährigen bedarf es zusätzlich der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Für den stationären Patienten gilt als Behandlungsvertrag der Krankenhausaufnahmevertrag, der die Ärzte zur sorgfältigen Behandlung verpflichtet. Im Notfall und bei der Behandlung eines verunfallten Kindes muss der Arzt als „Geschäftsführer ohne Auftrag“ die Behandlung beginnen.

Kommt der behandelnde Arzt seinen vertraglichen Verpflichtungen nicht nach, so bestehen für den Patienten Schadensersatzansprüche. Diese Anspruchsgrundlagen sind im Vertragsrecht des BGB in den §§241 ff BGB und §§320 ff BGB verankert. Zudem sind sie dem hierzu von der Rechtsprechung entwickelten und gewohnheitsrechtlich anerkannten, anspruchsbegründeten Rechtsinstitut der positiven Forderungsverletzung (schuldhafte Schlechterfüllung) zu entnehmen (Fehn, 2001 b). Hiernach ist z. B. eine fehlerhafte ärztliche Beratung oder der nicht lege artis durchgeführte Heileingriff schadensersatzpflichtig. Jedoch gelten diese Regelungen nur in dem Fall, dass der behandelnde Arzt dem Patienten gegenüber schuldhaft, also fahrlässig oder vorsätzlich, seine Vertragspflichten verletzt hat (Geiß und Greiner, 2001). Dabei verlangt das Zivilrecht nach §276 BGB bei der Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen die Wahrung der objektiv gebotenen „erforderlichen“ Sorgfalt, und zwar nach dem Standard des Fachgebietes, in dem die Behandlung erfolgt (Hart, 2003; Velten, 2001; Weltrich, 2000).

Im Gegensatz zur vertraglichen Haftung bezieht sich die deliktische Haftung als Recht der unerlaubten Handlungen auf die §§823 ff BGB.

Der §823 Absatz 1 BGB fordert, dass derjenige, der vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, dem anderen den daraus entstandenen Schaden ersetzen. Der §823 Abs. 2 Satz 1 BGB weitet diese Aussage noch aus, denn hiernach trifft die gleiche Verpflichtung denjenigen, der gegen ein Gesetz verstößt, das den Schutz eines anderen bezweckt. Hier wäre z. B. der §223 StGB zur Körperverletzung zu nennen.

Über die beschriebene Haftung der Einzelperson hinaus gilt die Organhaftung gemäß den §§823, 31, 89 BGB. Hier wird bestimmt, dass Krankenhausträger, die als juristische Personen des Privatrechts (z. B. AG, GmbH) oder öffentlich-rechtlich organisiert sind, für ihre Vertreter haften. Zu diesen Vertretern zählen neben den leitenden Krankenhausärzten (Geiß und Greiner, 2001) auch der leitende Arzt einer Fachabteilung und der Oberarzt als planmäßiger Vertreter des leitenden Klinikarztes (Fehn, 2001 b).

Der §847 Abs. 1 BGB schließlich regelt, dass der Geschädigte im Falle der Verletzung seines Körpers, seiner Gesundheit oder der Entziehung seiner Freiheit eine billige Entschädigung in Geld, das so genannte Schmerzensgeld, für den erlittenen Schaden verlangen kann, obgleich es sich hierbei nicht um einen Vermögensschaden handelt (Fehn, 2001 b).

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass sowohl die vertragliche als auch die deliktische Haftung in

einer Anspruchskonkurrenz zueinander stehen. Der Patient kann seinen Anspruch beim Vorliegen der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen, also dem tatsächlichen und nachgewiesenen schuldhaften Behandlungsfehler, auf beide Rechtsgrundsätze stützen und kann für beide Haftungsbestände sowohl einen Schadensersatz als auch ein Schmerzensgeld durch den Geschädigten fordern (Deutsch, 2002; Haack, 2002).

Es bestehen jedoch Unterschiede in den Grundbedingungen der beiden Haftungsansprüche. Während bei der vertraglichen Haftung eine Verjährungsfrist erst nach dreißig Jahren abläuft (§195 BGB), endet diese bei der deliktischen Haftung bereits nach nur 3 Jahren (§852 BGB) (Halbe, 2002). Sie beginnt dabei in beiden Fällen mit dem Zeitpunkt, an dem der Geschädigte Kenntnis von dem entstandenen Schaden und von der Person des Schädigers erlangt (Weltrich, 2000). Durch die Einschaltung einer Gutachterkommission oder einer ärztlichen Schlichtungsstelle, die später noch näher erläutert wird, kann der Ablauf dieser Verjährungsfrist gehemmt werden.

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Haftungsarten liegt in der Verantwortlichkeit für Dritte. Gemäß §278 BGB hat der Arzt bzw. der Krankenhausträger im Rahmen der vertraglichen Haftung für das schuldhafte Verhalten seiner Erfüllungsgehilfen einzustehen. Bei der deliktischen Haftung hingegen regelt der §831 Abs. 1 Satz 2 BGB diesen Sachverhalt. Dabei muss der für die Behandlung verantwortliche Arzt zwar auch für das rechtswidrige Verhalten seines Erfüllungsgehilfen einstehen, allerdings in diesem Fall wegen des eigenen vermuteten, aber widerlegbaren Auswahl- oder Weisungsverschuldens bzgl. seiner Hilfsperson. Er kann sich jedoch entlasten, indem er argumentiert, er habe den Erfüllungsgehilfen sorgfältig ausgewählt und überwacht bzw. der Schaden wäre selbst bei sorgfältiger Auswahl und Überwachung des Erfüllungsgehilfen entstanden (Fehn, 2001 b; Haack, 2002; Weltrich, 2000).

Über die beschriebenen gesetzlichen Bestimmungen hinaus besteht im Rahmen der deliktischen Haftung eine Sonderregelung für diejenigen, die im Namen des Staates handeln. Gemäß §839 BGB in Verbindung mit Artikel 34 GG heißt es, dass der Staat für den Schaden eintritt, den ein für ihn tätiger Beamter bei der Ausübung seiner Amtspflicht vorsätzlich oder fahrlässig verursacht hat (Fehn und Lechleuthner, 2000; Fehn, 2001 b).

Diese Regelung betrifft jeden Arzt, der im Zusammenhang mit einer hoheitlichen, öffentlichen Verwaltung tätig wird. Hierzu gehören neben verbeamteten Ärzten wie Polizeiärzten, Amtsärzten und Bundeswehrärzten auch Notärzte und vertraglich von Gesundheitsämtern beauftragte Ärzte. Ebenso werden hier Vertrauensärzte der LVA oder der Knappschaft und Ärzte mit eingefasst, die zwangsweise stationär untergebrachte Patienten (z. B. nach dem PsychKG) behandeln (Fehn, 2001 b). Für die Haftung des Staates müssen neben einer Zugehörigkeit zu einem der genannten Bereiche noch 2 weitere Bedingungen erfüllt sein. Erstens muss die verletzte Amtspflicht des Arztes zumindest auch dem Schutz des Verletzten gedient haben. Zweitens muss der Arzt im Rahmen der ihm übertragenen staatlichen Aufgabe tätig geworden sein (Fehn und Lechleuthner, 2000).

Ist dem unter diese Sonderregelung fallenden Arzt eine grobe Fahrlässigkeit oder ein Vorsatz nachzuwei-

sen, so kann der beschuldigte Arzt von der Anstellungskörperschaft Staat in Regress genommen werden (Fehn und Lechleuthner, 2000).

Festzuhalten ist für beide Haftungsarten im Rahmen des Zivilrechts, dass zum einen der Behandlungsfehler schuldhaft durch den Arzt begangen worden sein muss. Zum anderen muss dieser beim Patienten kausal einen Schaden hervorgerufen haben (Schlund, 1999).

Beim Ablauf einer Klage im Zivilrecht werden 2 Vorgänge unterschieden. Von einer Anhängigkeit der Klage wird gesprochen, wenn der geschädigte Patient bzw. sein Rechtsanwalt die Klage beim örtlich und sachlich zuständigen Zivilgericht einreicht. Das Gericht stellt diese Klage im Anschluss dem Beschuldigten zu, was der Rechtshängigkeit der Klage entspricht. In dem damit angelaufenen Verfahren kann der Arzt nur zum Ersatz des tatsächlich entstandenen Schadens in Form eines Schadensersatzes und/oder eines Schmerzensgeldes verurteilt werden. Er kann jedoch nicht für seinen Fehler bestraft werden. Dieses ist erst im Rahmen eines Strafverfahrens möglich.

4.3.1.2 Strafrecht

Unabhängig vom Zivilrecht existieren die Regelungen durch das Strafrecht, bei dem zum Teil ganz andere Bewertungsmaßstäbe und Prozeßgrundsätze gelten als im Zivilgericht.

Es bestehen im Gegensatz zum Verfahren im Zivilrecht 3 Möglichkeiten für den Beginn eines Strafverfahrens (Fehn, 2001 b). Zunächst kann die geschädigte Person einen Strafantrag bei der Staatsanwaltschaft, einer Polizeidienststelle oder dem Amtsgericht stellen. Zudem ist dieser Weg einer Strafanzeige jedem Dritten (z. B. Angehörigen, anderen Ärzten, Pflegepersonal) offen gestellt. Schließlich besteht die Möglichkeit, dass die Staatsanwaltschaft als „Herrin des Ermittlungsverfahrens“ auf andere Weise (z. B. aus der Zeitung) Verdacht auf das Vorliegen einer Straftat erlangt. Hierauf hat sie nach dem Legalitätsprinzip gemäß §152 Abs. 2 StPO die Pflicht, wegen aller verfolgbaren Straftaten bei hinreichenden tatsächlichen Anhaltspunkten für eine Straftat (so genannter Anfangsverdacht) einzuschreiten. Dabei muss die Staatsanwaltschaft laut Fehn (2002) im Verlauf des Ermittlungsverfahrens alle für und gegen den Beschuldigten sprechenden Umstände ermitteln (§160 Abs. 2 StPO) und später im Hauptverfahren alle Beweise erbringen, die den Täter überführen sollen (§160 Abs. 2, §214 Abs. 4, §221 StPO).

Im Rahmen des Strafrechts sind nach Frahm und Nixdorf (2001) verschiedene Straftatbestände möglich, unterteilt je nach entstandenem Schaden, Verschulden des Arztes, Art seines Verhaltens sowie seiner Stellung gegenüber dem Patienten. Zu diesen Straftatbeständen zählen z. B. die Körperverletzung (§223 StGB), die gefährliche Körperverletzung (§224 StGB) oder die fahrlässige Körperverletzung (§229 StGB). Ebenso ist der Totschlag (§212 StGB), der Totschlag durch Unterlassen (§212, 13 StGB), die fahrlässige Tötung (§222 StGB) und die unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB) zu benennen. Für eine Bejahung einer Kausalität zwischen Tat bzw. Unterlassung des Arztes und dem Tod des Patienten ist es dabei

unerheblich, ob der Patient an einer bestimmten Erkrankung ohnehin gestorben wäre. Es genügt, dass der Tod früher eintritt, als er ohne das pflichtwidrige Handeln des Arztes eingetreten wäre.

Wichtig im Rahmen des Strafrechts ist, dass bereits eine kunstgerecht durchgeführte invasive Behandlung den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllt (Fehn, 2001 b; Frahm und Nixdorf, 2001; Schlund, 1999). Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich eine ausführliche Aufklärung des Patienten im Vorhinein und eine im Anschluss daran erklärte wirksame Einwilligung in die Maßnahme gemäß §228 StGB (Weltrich, 2000). Eine endgültige Verurteilung des Beschuldigten nach dem Strafrecht ist von verschiedenen Dingen abhängig. Zum einen muss dem Arzt ein vorwerfbarer Behandlungsfehler nachgewiesen werden, der zuvor von ihm oder einer Hilfsperson schuldhaft vollbracht worden ist. Hierbei gilt ein subjektiver Sorgfaltsmaßstab, was bedeutet, dass der Beschuldigte jene Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach seinen persönlichen Kenntnissen und den Umständen nach verpflichtet gewesen wäre. Es reicht jedoch nicht der Nachweis einer bloßen Sorgfaltspflichtverletzung, sondern der Patient muss durch diesen Fehler auch tatsächlich kausal geschädigt worden sein, entweder im Sinne einer Körperverletzung oder aber tödlich (Ulsenheimer, 2001 a). Dadurch ist die zum anderen ebenfalls geforderte Rechtswidrigkeit gegeben, die schließlich eine Verurteilung nach dem Strafrecht nach sich zieht.

Für die Staatsanwaltschaft und das Gericht bestehen 2 Möglichkeiten, eine Verurteilung zu umgehen. Eine Option ist die Einstellung des Verfahrens gemäß §153, 153a StPO. Dazu bedarf es nach der Sachlage der Ermittlungen eines nur geringen bzw. potentiell geringen Verschuldens des Angeklagten (Fehn, 2001 b), der anstelle eines Strafbefehls lediglich eine Geldbuße auferlegt bekommt. Die andere Möglichkeit zur Einstellung des Verfahrens besteht gemäß §170 StPO. Hierbei fehlt nach entsprechenden Ermittlungen ein hinreichender Tatverdacht für die Anklage des zunächst Beschuldigten (Ulsenheimer, 1987).

4.3.1.3 Beweiserleichterungen für den Patienten

Sowohl im Zivil- als auch im Strafrecht gilt i. d. R., dass der Kläger dem Beschuldigten den Tatbestand einwandfrei nachweist (Graf, 2001; Haack, 2002; Velten, 2001; Weizel, 2004). Hierfür ist im Zivilrecht lediglich eine große Wahrscheinlichkeit des Verschuldens notwendig, während in einem Strafverfahren eine mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit zum Tathergang vorliegen muss (Bernat, 1995; Ulsenheimer, 1987). Kann der Kläger dem Angeklagten die Schuld nicht ordnungsgemäß nachweisen, so wird durch die Gerichte im Zweifel für den Angeklagten entschieden, „in dubio pro res“.

Allerdings kann es in bestimmten Situationen im Rahmen des Zivilrechts zu einer Beweiserleichterung für den Geschädigten kommen bis hin zu einer Beweislastumkehr zulasten des beschuldigten Arztes, wenn es sich bei dem Vorwurf um einen groben oder schweren Behandlungsfehler handelt (Fehn und Lechleuthner, 2000; Graf, 2001; Velten, 2001; Weizel, 2004). Dabei muss gegen elementare Erkenntnisse und Erfahrungen der Medizin verstoßen worden sein, was der Patient aber grundsätzlich selbst beweisen muss (Fehn, 2002).

Ebenfalls kommt es zu einer Erleichterung der Beweisführung durch den Patienten, wenn in den Krankenakten Dokumentationsmängel vorliegen (Graf, 2001; Velten, 2001; Weltrich, 2000). Der Arzt ist in diesem Fall seiner Pflicht zur Dokumentation nicht nachgekommen, was in der Folge erschwerend für ihn wirkt, da davon ausgegangen wird, dass nicht dokumentierte Untersuchungen oder Maßnahmen auch nicht durchgeführt wurden (Fehn, 2002).

Schließlich verbessert der Anscheins- oder Prima facie-Beweis die Position des Klägers (Graf, 2001). Darunter wird verstanden, dass typische Geschehensverläufe vorausgesetzt werden können, bei denen nach Erfahrungssätzen der medizinischen Wissenschaft entweder vom feststehenden Behandlungsfehler auf den Zusammenhang mit dem Schaden oder umgekehrt vom eingetretenen Schaden auf einen vorwerfbaren Behandlungsfehler als Ursache geschlossen werden kann. Dieser Prima facie-Beweis ist durch den Arzt zu entkräften, indem er darlegt und beweist, dass nach Konstitution und Krankheitsbild dieses Patienten die Möglichkeit eines atypischen Geschehensablaufs ernsthaft in Betracht gekommen ist (Weizel, 2004; Weltrich, 2000).

Ausnahmen zur Regelung der Beweiserleichterung oder Beweislastumkehr zugunsten des Klägers bestehen, wenn jeglicher haftungsbegründende Zusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist oder sich das Risiko nicht verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den angeklagten Fehler als grob erscheinen lässt (Weizel, 2004). Ebenso tritt diese Vereinfachung zugunsten des Patienten nicht ein, wenn er selbst durch sein Verhalten eine selbständige Komponente für den Heilungserfolg vereitelt und dadurch in gleicher Weise wie der grobe Behandlungsfehler des Arztes dazu beigetragen hat, dass der Verlauf des Behandlungsgeschehens nicht mehr aufgeklärt werden kann. Allerdings muss der Arzt das Vorliegen einer solchen Ausnahmekonstellation beweisen.

4.3.2 Außergerichtliche Streitschlichtung

Neben der zivil- und strafrechtlichen Streitschlichtung ist die außergerichtliche Einigung der kontrahierenden Parteien eine weitere Möglichkeit zur Beilegung der Auseinandersetzung bzgl. des Behandlungsfehlervorwurfs. Auch in diesem Rahmen gibt es mehrere Optionen zur Einigung der Streitenden. Allen gemeinsam sind das kostenlose Angebot durch die verschiedenen Institutionen und der wesentlich schnellere Weg hin zu einer befriedigenden Lösung für alle Seiten.

4.3.2.1 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern

Die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen wurden seit 1975 als unabhängige Gutachtergremien durch die einzelnen Landesärztekammern gegründet. Beide Konstruktionen bestehen gleichwertig nebeneinander, wobei die Gutachterkommissionen jedoch überwiegen (Carstensen, 1995). Während die Gründungen zunächst auf freiwilliger Basis erfolgten, ist die Einrichtung dieser Institutionen seit dem 27. April 1994 mit der Novellierung des Heilberufsgesetzes vom Landesgesetzgeber verpflichtend geworden (§6 Abs.

1 Nr. 8 des Heilberufsgesetzes). Idee war es dabei, das ärztliche Handeln auch außerhalb eines Gerichts überprüfen lassen zu können. Eine objektive, kompetente Begutachtung des Falles durch die Zusammenfassungen erleichtert dem durch einen Behandlungsfehler geschädigten Patienten die Durchsetzung seiner begründeten Haftpflichtansprüche und vereinfacht dem ungerechtfertigt beschuldigten Arzt die Zurückweisung von unbegründeten Vorwürfen (Struff und Fröncke, 2004).

Das Ziel der Schlichtungsstellen ist die außergerichtliche Einigung in einem Streitfall zwischen einem Patienten und seinem behandelnden Arzt und damit eine Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Im Falle einer Einschaltung der Kommission wird den Beteiligten nach einer fachsachverständigen Prüfung des Vorfalls ein haftungsrechtlich überzeugender gutachterlicher Bescheid zur Verfügung gestellt (Weltrich, 2000). Dieser kann anschließend im Falle eines tatsächlichen Behandlungsfehlers von der Haftpflichtversicherung des beschuldigten Arztes als stichhaltig anerkannt werden, so dass eine einfache Schadensregulierung ermöglicht wird (Weltrich, 1996). Ebenso hat dieses Gutachten in einem evtl. später stattfindenden zivilrechtlichen Verfahren Bestand (Neu, 2001).

Die Arbeit der Gutachter soll unparteiisch und kostenfrei für die Beteiligten sein. Sie richtet sich nach der jeweiligen Verfahrensordnung der Kommission, welche als Statut von den Kammerversammlungen der einzelnen Landesärztekammern beschlossen und vom zuständigen Landesminister genehmigt wurde (Weltrich, 1996). Diese rechtliche Grundlage beinhaltet im Wesentlichen gleiche Verfahrensgrundsätze in den verschiedenen Ländern und ist somit vergleichbar.

In der Gutachterkommission sitzen ausschließlich ärztliche Fachsachverständige unter dem Vorsitz von Juristen mit einer langjährigen richterlichen Erfahrung (Weltrich, 1996; Weltrich, 2000). Für die Einschaltung dieses Sachverständigengremiums ist laut Reding (1998) neben dem Antrag des geschädigten Patienten, in dem er möglichst erkennen lassen soll, worin er vermeintliche Mängel in der Aufklärung und Behandlung sowie schädliche Folgen sieht, auch die Zustimmung durch den beschuldigten Arzt bzw. die beschuldigte Klinik erforderlich (Berner, 2007). Ebenso darf noch kein gerichtliches Verfahren zum Zeitpunkt der Antragstellung anhängig sein (Struff und Fröncke, 2004). Die Anrufung der Schlichtungsstelle durch den beschuldigten Arzt selbst ist ebenfalls möglich, ohne dass er jedoch gerichtliche Konsequenzen zu befürchten hat (Carstensen, 1995; Struff und Fröncke, 2004).

Nach Weltrich (1996) erfolgt der Verfahrensgang der Bearbeitung eines Falles nach dem Amtsermittlungsgrundsatz. Dieser beinhaltet ein transparentes Vorgehen, welches der Rechtsstaatlichkeit entspricht und unparteilich abläuft. Die Gutachter müssen sich um eine vollständige Aufklärung des Sachverhalts bemühen, indem sie die Frage aus der Ex-ante-Sicht beantworten, ob das vorgeworfene Handeln oder Unterlassen des Arztes von dem medizinischen Standard abweicht und ob diese Abweichung zu einem Schaden führte (Reding, 1998). Die Ergebnisse dieser Erörterung sind medizinischen Laien verständlich zu machen (Struff und Fröncke, 2004). Während Behandlungsfehler ohne Todesfolge durch

einen einzelnen Gutachter bewertet werden können, werden letale iatrogene Fehler im Plenum diskutiert (Weltrich, 2000).

Ein Vorzug der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist die Dokumentation der Verfahrensergebnisse und ihre anschließende Auswertung, um sie für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung weiterverwenden zu können (Berner, 2007; Weltrich, 1996). Hier kommen sie u. a. als EDV-gestützte Datenbank im Sinne einer Leitsatzkartei zum Einsatz. Ebenso liefern sie das Material für wissenschaftliche Vorträge, Publikationen oder Dissertationen. Im Rheinischen Ärzteblatt werden regelmäßig Hinweise zu verschiedenen Häufungen vermeidbarer Behandlungsfehler bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gegeben (Laum, 2007). Schließlich werden die ausgewerteten Daten zu den Behandlungsfehlervorwürfen noch zur Qualitätssicherung benötigt (Weltrich, 1996; Carstensen, 1995; Rath, 1998).

Eindeutige Vorteile dieser Art der außergerichtlichen Streitschlichtung liegen darin, dass ihre Verfahrensdauer gegenüber den Arzthaftungsprozessen deutlich geringer ist (Weltrich, 1996). Die Arbeit der Sachverständigen ist für alle Beteiligten kostenlos und liefert qualitativ hochwertige Gutachten, die auch bei einem evtl. späteren Gerichtsverfahren zu 99% Bestand haben (Neu, 2001). Zwischen den Verfahrensbeteiligten herrscht nach Neu (2001) anstelle einer aggressiven Streitkultur eine kooperative und vertrauensvolle Zusammenarbeit, die nicht zuletzt auch durch die Gegenwart der Juristen bedingt ist, die zum Ansehen dieser Einrichtungen erheblich beitragen (Carstensen, 1995). Immerhin erwecken diese den Anschein, dass die Begutachtung mit rechten Dingen zugeht, und tatsächliche Behandlungsfehler auch wirklich aufgedeckt werden und nicht unter dem Schutzmantel „eine Krähe werde der anderen schon kein Auge aushacken“ (Weltrich, 1996) vertuscht werden. Ein weiterer positiver Nebeneffekt der Schlichtungsstellen ist nach Carstensen (1995), Weltrich (1996) und Struff und Fröncke (2004) die Entlastung der Gerichte.

4.3.2.2 Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MDK)

Eine andere Option der außergerichtlichen Streitschlichtung im Falle eines Behandlungsfehlers ist die Heranziehung des MDK. Diese Institution ist länderweise durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) organisiert, so dass mehrere Einrichtungen nebeneinander bestehen.

Die Aufgaben der GKV sind zum einen die Verfolgung der auf sie nach §116 SGB X übergegangenen Schadensersatzansprüche ihrer Versicherten (Reding, 1998) und zum anderen die Unterstützung ihrer Versicherten bei entstandenen Gesundheitsschäden auf der Grundlage von §66 SGB V (Bauer, 2002; Reding, 1998). Zudem sollen sie nach Paquet (2001) und Andreas (2002) zu Unrecht beschuldigte Ärzte schützen und sie von den unberechtigt geäußerten Vorwürfen entlasten. Zur Erfüllung dieser Aufgaben übertragen die GKV die Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Einrichtung des MDK gemäß dem §275 Abs. 4 SGB V (Sikorski, 2001).

Der MDK besteht aus klinisch erfahrenen Ärzten wichtiger Fachgebiete der Medizin, die als Sachverständige im Sinne von §21 SGB V gelten (Reding, 1998). Ihre Aufgabe ist nun die Vermittlung der medizi-

nischen Sachkunde und die Erstellung von Gutachten, womit sie einen Beitrag zu der anstehenden Verwaltungsentscheidung leisten. Der MDK arbeitet kostenlos und kann entweder alternativ oder zusätzlich zu einer Gutachterkommission angerufen werden.

Die Tätigkeit des MDK erfolgt nur im Auftrag der zuständigen Krankenkasse eines von einem vermeintlichen Behandlungsfehler betroffenen Patienten und aus den gesetzlich vorgesehenen Begutachtungs- und Beratungsanlässen (Quirnbach, 2007). Die Stellungnahme beinhaltet alle im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung relevanten, medizinischen Fragen. Zumeist wird sie erst nach der Beendigung einer Behandlung mit einem vorgeworfenen Behandlungsfehler abgegeben, sie kann jedoch auch bereits vor Abschluss der Behandlung erstellt werden (Sikorski, 1999; Sikorski, 2001).

Nach §66 SGB V unterstützt die Krankenkasse den Versicherten bei einem Behandlungsfehler, wenn dieser im Zusammenhang mit einer von der Versicherung bezahlten ärztlichen Maßnahme entstanden ist und damit direkt mit den Leistungen zur Behandlung einer Krankheit nach §11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Zusammenhang steht (Sikorski, 2001). Es liegt allerdings im Ermessen der Krankenkasse, ob und in welchem Umfang der Versicherte durch sie unterstützt wird, denn die eigentliche Rechtsverfolgung oder die Erstattung und Übernahme von Kosten gehören nicht zu ihren gesetzlichen Aufgaben. Dennoch bestehen Bestrebungen einzelner GKV, die Patienten bei der Einholung von erster Rechtsberatung und der Erstellung externer Gutachten zu unterstützen (Kieckbusch, 2002). Jedoch auch ohne finanzielle Unterstützung des Patienten liefert der MDK dem geschädigten Patienten wertvolle Auskünfte und Informationen, die er für die Rechtsverfolgung benötigt, und die er ohne diese Hilfe nur schwer erlangen kann (Bauer, 2002; Paquet, 2001; Sikorski, 2001). Hierzu zählen laut Sikorski (2001) neben dem Namen und der Anschrift des beschuldigten Arztes auch Informationen, die dem Patienten zur Beweisführung dienen. Ebenso wird durch den MDK ein medizinisches Gutachten eingeholt und dem Patienten zur Verfügung gestellt (Reding, 1998), damit dieser seine Interessen insbesondere vor dem Zivilgericht wahrnehmen kann.

Gemäß dem §276 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V sind die Leistungserbringer der Krankenkassen, also die behandelnden Ärzte, verpflichtet, die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen unmittelbar an den MDK zu übermitteln (Andreas, 2002; Reding, 1998). Eine Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten, die dem Antrag auf Einsendung der Krankenakte beiliegen muss (Bauer, 2002).

Nach Eingang der entsprechenden Unterlagen wie Krankenblatt, Anordnungen, Röntgenbilder etc. begutachten die Sachverständigen des MDK den Fall. Hierzu ermitteln sie nach Reding (1998) zunächst den im konkreten Einzelfall maßgeblichen ärztlichen Standard, um im Abgleich mit der tatsächlichen Behandlung einen Behandlungsfehler ein- oder ausschließen zu können. Anschließend gleichen die Gutachter ihre Ergebnisse mit den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen der Arzthaftung ab (Sikorski, 2001). Diese richten sich nach den Regeln des Vertrags- und Deliktrechts, sind aber im Wesentlichen von medizinischen Wertungen bestimmt. Danach gehören zu den vertraglichen Hauptpflichten neben der

Diagnose und Therapie auch die Aufklärung über die Diagnose und die Therapiemaßnahmen und damit verbundene Risiken. Auch die sachgerechte Organisation des Behandlungsablaufs zählt hierzu. Unter die Nebenleistungspflichten werden z. B. das Akteneinsichtsrecht und die ärztliche Dokumentationspflicht gefasst (Geiß und Greiner, 2001). Entsprechendes gilt auch für das Deliktrecht gemäß den §§823 ff BGB.

Für das Vorliegen beider haftungsbegründeten Anspruchsgrundlagen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Es muss ein objektiver Tatbestand eines Behandlungsfehlers vorliegen, der obendrein vorwerfbar schuldhaftes Verhalten darstellen muss. Zudem muss dem Patienten hierdurch adäquat kausal oder zurechenbar ein Schaden entstanden sein (Sikorski, 2001). Der Patient als Kläger muss alle Tatsachen und Voraussetzungen der Haftungstatbestände vortragen und beweisen, wobei unter bestimmten Bedingungen Beweiserleichterungen möglich sind (vergl. 4.3.1.3).

Die Begutachtung durch den MDK erstreckt sich gemäß seiner Aufgabe lediglich auf die medizinischen Gesichtspunkte der genannten Haftungsvoraussetzungen, nicht jedoch auf die Beantwortung von Rechtsfragen und die Aufklärung des Behandlungsgeschehens (Bürger, 1999; Sikorski, 2001; Stegers, 2000). Somit verfasst der MDK keine gutachterliche Stellungnahme zur Frage eines Behandlungsfehlers.

Zur besseren Zusammenarbeit bei der Begutachtung zwischen Krankenkasse und MDK haben Fachleute der Krankenkassen und des MDK einen Leitfaden entwickelt (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2003). Dieser soll laut Bauer (2002) eine intensivierete Unterstützung bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern, ermöglichen. Inhaltlich umfasst der Leitfaden neben allgemeinen Grundsätzen der Haftung, des Zivilprozesses und haftungsauslösender Tatbestände auch verschiedenste Möglichkeiten eines Behandlungsfehlers beispielhaft aufgeführt. Besonderer Wert wird hierbei auf die Verletzung der Aufklärungs- und Dokumentationspflicht und die Organisationsmängel gelegt.

Im Falle einer fehlerhaften Begutachtung durch den MDK wird nach den Grundsätzen der Amtshaftung gemäß Artikel 34 GG in Verbindung mit §839 BGB verfahren. Hiernach haftet laut Sikorski (2001) bei einer fahrlässigen Falschbegutachtung nicht der MDK-Gutachter, sondern der MDK als Anstellungskörperschaft selbst.

Ein Vorteil der Begutachtung durch den MDK liegt darin, dass sie einen geschädigten Patienten von nicht erfolgsversprechenden bzw. voreiligen Klagen abhält und ihn zudem vor unnötigen finanziellen und psychischen Belastungen einer gerichtlichen Auseinandersetzung schützt (Sikorski, 2001). Die Gerichte werden dadurch enorm entlastet, indem langjährige Gerichtsverfahren abgewehrt werden, deren Hauptgrund nicht medizinische Fragestellungen sind, sondern in denen durch Sachverständigengutachten erst die tatsächlichen Anspruchsvoraussetzungen ermittelt werden müssen (Meyer, 2002). Schließlich bestehen auch hier die Möglichkeiten zum Einsatz der Begutachtungsergebnisse in der Qualitätssicherung.

Die in den jeweiligen Einzelfällen festgestellten Mängel können Anlass für verschiedene Verbesserungsmaßnahmen geben (Bauer, 2002; Rath, 1998; Lauterberg und Mertens, 2007; Ulsenheimer, 2001 b).

4.3.2.3 Ärztliche Haftpflichtversicherungen

Eine letzte Möglichkeit der außergerichtlichen Streitschlichtung nach einem vermeintlichen oder tatsächlichen ärztlichen Behandlungsfehler ist die unmittelbare Einigung des Patienten bzw. seines Anwalts mit der Haftpflichtversicherung des beschuldigten Arztes und/oder Krankenhauses. Diese kann bereits vor einer gerichtlichen Auseinandersetzung erfolgen.

Die Chancen einer solchen Beilegung der Streitigkeiten sind jedoch gegenüber der Einschaltung der Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle der örtlich zuständigen Landesärztekammer oder des MDK als gering einzustufen, da häufig Aussage gegen Aussage steht und es noch keine objektive Darstellung des Vorfalls in Form eines unabhängigen Gutachtens zu diesem frühen Zeitpunkt gibt. Während der Patient natürlich seine Rechte als Geschädigter durchsetzen möchte, wünscht der beschuldigte Arzt möglichst keine Schadenstilgung durch seine Versicherung, denn seine jährliche Prämie für die ärztliche Berufshaftpflichtversicherung orientiert sich nicht nur an den Risiken seines ausgeübten Fachgebietes, sondern steigt ebenfalls im Falle eines anerkannten Schadens an (Reding, 1998). Somit verhält sich der beschuldigte Arzt eher restriktiv bei der Aufklärung von Schadensfällen.

Die Einigung zwischen den Parteien nach der Erstellung eines Gutachtens durch eine der zuvor genannten Institutionen ist im Vergleich hierzu sicher aussichtsreicher und deshalb im Schadensfall zu empfehlen.

Die Ärzthaftpflichtversicherung ist eine vom Arzt persönlich und über das Krankenhaus abzuschließende Versicherung, die von verschiedenen Versicherungsgesellschaften zu nur leicht unterschiedlichen Bedingungen und Prämien angeboten werden. Eine Überprüfung der durch den Vertrag abgedeckten Risiken und eine evtl. Anpassung an den jeweiligen Bedarf sind zwingend erforderlich.

Die Prämie richtet sich nach den Risiken des zu versichernden Fachgebietes und den anerkannten Schadensfällen. Fächer mit besonders hohen Risikoeinstufungen sind die operativen Gebiete wie Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und die Anästhesiologie (Kochs, 1995).

Zu den Aufgaben der Ärzthaftpflichtversicherungen zählen laut Kochs (1995), dass sie außergerichtlich unberechtigte Forderungen von vermeintlich geschädigten Patienten an ihren behandelnden Arzt abwehren, aber auch die von einem tatsächlich geschädigten Patienten berechtigt geforderten Schadensersatzansprüche regulieren, was zu einer enormen Entlastung des beschuldigten Arztes führt, da dieser dadurch nicht den physischen und psychischen Belastungen eines gerichtlichen Verfahrens ausgesetzt ist (Ulsenheimer, 1987).

Des Weiteren nutzen die Gesellschaften ihr Wissen um Behandlungsfehler zur Unterstützung der Ärzteschaft bei möglichen Maßnahmen zur Schadensverhütung, indem sie die gemeldeten Vorwürfe bzgl. eines Behandlungsfehlers auswerten und daraus Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten erarbeiten.

Ziel der Haftpflichtversicherungen ist eine möglichst schnelle außergerichtliche Klärung der Vorwürfe. Der Tatbestand des gemeldeten vermeintlichen Behandlungsfehlers muss durch die Gesellschaften überprüft werden. Sie versuchen dazu eine Klärung unter Einbeziehung von sowohl medizinischen, juristischen als auch gesellschaftlichen Meinungen herbeizuführen. Dabei ist auch eine Betrachtung des Sachverhalts zu zivilrechtlichen und strafrechtlichen Fragestellungen bzgl. der Haftung unabdingbar.

Im Rahmen des Zivilrechts wird die Haftungsfrage mit evtl. Forderungen des vermeintlich geschädigten Patienten nach Schmerzensgeld und Schadensersatz durch hierauf spezialisierte Fachkräfte der Versicherungsunternehmen bewertet, wozu neben den Gesellschaftsärzten auch externe Kapazitäten herangezogen werden können. Zeigt sich während der Bearbeitung des Schadensfalls ein berechtigter Anspruch durch den Patienten auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld, so kommt die Haftpflichtversicherung des schuldigen Arztes hierfür auf. Allerdings zahlen die Versicherungsgesellschaften höchstens die als maximal im Versicherungsvertrag angegebene Schadensdeckungssumme. Den evtl. darüber hinaus entstandenen Betrag muss der schuldige Arzt selbst übernehmen. Zur Vermeidung einer Unterversicherung ist die Vereinbarung einer ausreichenden Schadensdeckungssumme in der Haftpflichtversicherung unabdingbar.

Im Rahmen des Strafrechts hingegen übernehmen die Versicherungsgesellschaften lediglich im Sinne einer Rechtsschutzversicherung die Kosten für die notwendige Verteidigung des beschuldigten Arztes im Ermittlungsverfahren bzw. im späteren Strafprozess. Der hierfür erforderliche Strafverteidiger mit der entsprechenden Erfahrung im Medizinrecht kann bei Bedarf von den Gesellschaften empfohlen werden. Bei einer Verurteilung des angeklagten Arztes muss dieser selbst für die verhängte Geldbuße oder Strafe einstehen.

Das Ziel der Bemühungen auch in diesem Bereich ist wiederum die rasche Beendigung des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens. Dabei soll es neben dem Schutz des beschuldigten Arztes in sowohl physischer als auch psychischer Hinsicht auch dem geschädigten Patienten helfen, möglichst schnell seine rechtmäßigen Haftungsansprüche erfüllt zu bekommen (Kochs, 1995). Hierzu geht die den Arzt vertretende Versicherung anstelle eines sonst ebenso möglichen oder denkbaren Freispruchs im aufgenommenen Strafprozess auch auf einen evtl. Kostennachteil zugunsten einer Einstellung des Verfahrens ein. Diese Handhabung beschleunigt enorm die Abwicklung der Haftungsfragen, die sonst häufig durch ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren blockiert wird, da die für die Einigung erforderlichen Patientenakten von den zuständigen Behörden beschlagnahmt werden und somit für die Parteien nicht mehr zugänglich sind. Zudem kommt im Falle eines zu erwartenden Strafprozesses das erste Interesse des beschuldigten Arztes seiner Verteidigung anstelle der Klärung der zivilrechtlichen Fragen zu. Letztlich hilft dem klagenden Patienten jedoch auch ein rechtskräftiges Urteil in einem Strafverfahren nicht bei der Durchsetzung seiner zivilrechtlichen Ansprüche an den Arzt, denn beide Verfahrensausgänge werden aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen an die Kausalität vollkommen unabhängig voneinander entschieden (vergl. 4.3.1.1 und 4.3.1.2).

Für den Anspruch auf die soeben geschilderten Vertragsleistungen durch seine Berufshaftpflichtversiche-

nung muss der Arzt nicht nur regelmäßig die für seinen Fachbereich übliche Prämie bezahlen, sondern sich auch an die im Versicherungsvertrag vereinbarten versicherungsrechtlichen Obliegenheitspflichten gegenüber dem Versicherungsunternehmen halten. Hierzu zählt nach Dettmeyer und Reber (2003) u. a., dass der für einen Behandlungsfehler beschuldigte Arzt diese Schuld nicht vorschnell anerkennen darf. Die Versicherung kann ansonsten die Leistung verweigern (Schmidt, 2002). Ebenfalls ist es eine Pflicht des Arztes, die Versicherung vollständig über den Behandlungsfehlervorwurf zu informieren, wie das OLG Bremen (1992) in einem Urteil entschieden hat, und zwar laut Heberer (2004) innerhalb einer Woche. Bei Krankenhausärzten hat diese Auskunft über die Krankenhausverwaltung zu erfolgen. Schließlich ist zu gewährleisten, dass die Korrespondenz des versicherten Arztes oder der Krankenhausverwaltung mit der zuständigen Versicherungsgesellschaft getrennt von den Patientenunterlagen aufgehoben wird, damit diese nicht in die Hände der ermittelnden Behörden gerät, wenn die Staatsanwaltschaft die Akten evtl. später zwecks eines Ermittlungsverfahrens beschlagnahmt (Dettmeyer und Reber, 2003).

4.4 Perspektiven

Die möglichst vollständige Aufklärung der Geschehnisse nach einem Exitus in tabula soll das Vertrauen in die Medizin sowohl der Patienten als auch der Ärzteschaft aufrechterhalten. Daneben soll sie jedoch auch das Lernen aus evtl. Fehlern ermöglichen, so dass auf Dauer Behandlungsfehler vermieden werden können. Eine Fehlererfassung und eine anschließende Auswertung zur Ursachenforschung ist erforderlich, um evtl. bestehende Mängel durch systematische Analysen zu erkennen und sie schließlich ausräumen zu können (Leape, 2002; Paschen, 2004; Thomaczek et al., 2007). Dabei ist es wichtig, dass möglichst viele Meldungen getätigt werden, denn die Fehleranalysen sind umso ergiebiger, je mehr gleichartige Probleme aufeinandergelegt und gemeinsam betrachtet werden können (Hansis, 2007). Im Sinne einer Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung muss eine neue Diskussionskultur geschaffen werden, in der Fehler oder Beinahe-Fehler einer Zentralstelle sanktionsfrei gemeldet und innerhalb klinikinterner Konferenzen oder zentral organisiert besprochen werden können.

In der Schweiz besteht bereits ein solches Forum. Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist eine Internetplattform, über die Ärzte anonym einen Fehler melden können, indem sie das Ereignis und ihre Einschätzung des Zwischenfalls ebenso wie die Begleitumstände wie Arbeitsbelastung oder Zeitfaktoren detailliert schildern. Über sich selbst müssen lediglich die Fachgruppe und der Ausbildungsgrad genannt werden. Die Daten werden anschließend auf Plausibilität überprüft, ausgewertet und zur Diskussion ins Internet gestellt (Koch, 2003; Merten, 2005 b).

Die Idee eines Internetforums möchte das im April 2005 gegründete „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ e.V. aufgreifen (Merten, 2005 a). Diesem Zusammenschluss gehören neben verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen an. Ziel des gemeinnützigen Vereins

ist es, die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit zu fördern. Dabei sollen bestehende Initiativen koordiniert und neue gemeinsame Projekte geschaffen werden (Lessing und Jonitz, 2007). Das Bündnis möchte vorhandene Daten aus den Gutachter- und Schlichtungsstellen auswerten und aus ihnen Empfehlungen zum Handeln ableiten. Zudem sollen Fehlermeldesysteme ähnlich dem CIRS in den deutschen Krankenhäusern eingeführt werden.

Vergleichbare Systeme sollen auch im Bereich der Arzneimitteltherapien entwickelt werden (Korzilius, 2005). Es wird überlegt, neben dem bereits bestehenden Spontanmeldesystem über unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein Netz nationaler Pharmakovigilanz-Zentren zu etablieren.

Bestand hat bereits das computergestützte Fehlermeldesystem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das unter der Internetadresse www.cirsmmedical.ch/kbv erreichbar ist. Ebenfalls wurde schon ein fachgruppenspezifisches System des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin für (haus)ärztliche Behandlungsfehler eingeführt, das unter der Internetadresse www.jeder-fehler-zaehlt.de abrufbar ist (Merten, 2005 b).

Ein weiteres bereits bestehendes System ist das Critical Incident Reporting-Projekt (CIRS) der norddeutschen Kinderkliniken (Hart, 2007). Charakteristisch hierbei ist die systematische Kommunikation zwischen den beteiligten Kliniken, vertreten durch Koordinatoren aus Ärzteschaft und Pflege, und dem Institut für Gesundheits- und Medizinrecht in Bremen. Dieses stellt den Berichtsbogen zur Verfügung, sammelt alle Eingänge, analysiert und wertet sie aus und gibt entsprechende Rückmeldung an die Kliniken mit Vorschlägen zur Fehlervermeidung. Zudem gibt es "einen Fall des Monats", der mit medizinischen und rechtlichen Kommentaren versehen wird, so dass hierdurch eine stetige fortbildende Kommunikation aufrecht erhalten wird. Die Koordinatoren stellen als Vertrauenspersonen der Kliniken das Bindeglied zwischen Institut und Klinikpersonal dar.

Mit Hilfe des CIRS ist es möglich, verschiedene Risikomanagementmaßnahmen zu entwickeln. So sind anhand der Fehlermeldungen beispielsweise Standards für das ärztliche und pflegerische Handeln abzuleiten und die Organisation von Behandlungsprozessen oder die Kommunikation in den Kliniken zu verbessern (Hart, 2007; Leape, 2002).

Eine andere Möglichkeit der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung ist die Schaffung von Behandlungsleitlinien, an die sich gerade junge Ärzte gut halten könnten, und die den Patienten vor Beliebigkeiten schützen. Insbesondere in den USA sind diese schon vor Jahren eingeführt worden und auch in Deutschland werden nach und nach solche Behandlungsstrategien erstellt. Dennoch besteht immer wieder die Diskussion um eine Forderung nach Leitlinien (Davidson, 1990; Dierks, 2002; Garnick et al., 1991; Gerlach et al., 1998; Goebel und Goebel, 1999; Grams, 2005; Hart, 2000; Hart, 2002; Hirshfeld, 1991; Karcz et al., 1990; King, 1997; Kliemt, 2002).

5 Zusammenfassung

Bei einem zunehmenden öffentlichen und fachlichen Interesse an Behandlungsfehlern und Arztrechtsfragen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit Fällen eines Exitus in tabula, in deren Rahmen es zu Behandlungsfehlervorwürfen gekommen ist, und mit der Darstellung spezieller medizinrechtlicher Fragestellungen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Klärung einer solchen Situation.

Grundlage dieser Auswertung sind 101358 Sektionsfälle von insgesamt 17 rechtsmedizinischen Instituten Deutschlands aus den Jahren 1990 bis einschließlich 2000, von denen 247 (0,24%) aufgrund eines Exitus in tabula mit einem nachfolgenden Behandlungsfehlervorwurf gemäß den §§ 87 ff StPO obduziert wurden. Für die genauere Analyse standen in den Archiven der teilnehmenden Institute die Obduktionsprotokolle mit ihren vorläufigen Gutachten zur Verfügung. Darüber hinaus existierten teilweise histologische, toxikologische, neuropathologische und klinische Fachgutachten sowie abschließende rechtsmedizinische Gutachten als Zusammenhangsgutachten.

Der Anteil der Obduktionen nach einem Exitus in tabula an den Obduktionen insgesamt verdoppelte sich über die 11 Untersuchungsjahre hinweg nahezu. Bei einer ausgewogenen Betroffenheit der beiden Geschlechter wurde überwiegend bei den Patienten im Alter zwischen 50 und 79 Jahren ein ärztlicher Behandlungsfehler als Ursache für einen Exitus in tabula angenommen. Auslöser der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen nach einem Exitus in tabula war vor allem die Angabe einer „nicht-natürlichen“ oder „ungeklärten“ Todesart in der Todesbescheinigung. Die Ermittlungen wurden überwiegend im Sinne eines Todesermittlungsverfahrens aufgenommen, seltener aufgrund der Annahme einer fahrlässigen Tötung.

Von einem Vorwurf eines Behandlungsfehlers nach einem Exitus in tabula waren fast nur Krankenhausärzte/innen aus v. a. kommunalen Krankenhäusern, Kreis- und Universitätskliniken betroffen, die die Fachgebiete Chirurgie, hier v. a. die Allgemein- und Unfallchirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie betreuen. Diese Beobachtungen decken sich weitgehend mit Ergebnissen aus anderen Studien. Die Todesursachen bei einem Exitus in tabula waren überwiegend Blutungskomplikationen, Probleme am Herz-Kreislauf-System oder ein hypoxisches Geschehen.

Die Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers wurde zumeist bereits durch das Obduktionsprotokoll beantwortet, so dass keine weiteren Untersuchungen veranlasst werden mussten. Dabei konnte in 74,1% der Fälle eines Exitus in tabula ein iatrogen Fehler ausgeschlossen werden. Lediglich 3,6% der Behandlungsfehlervorwürfe wurden durch die Obduzenten oder Gutachter bejaht. Dabei mussten in nur 2,8% sowohl der Fehler als auch dessen Kausalität für den Tod bestätigt werden, während in den übrigen 0,8% zwar ein Fehler nachzuweisen war, dessen Zusammenhang mit dem Todesgeschehen jedoch nur fraglich oder zu verneinen war. Diese Ergebnisse liegen etwas unterhalb von denen anderer Studien mit

einem Sektionsgut als Datenmaterial und weit unterhalb von denen, die nicht letale Behandlungsfehler vorwürfe untersuchten.

Die bestätigten Behandlungsfehler vorwürfe verfielen insbesondere auf die Fachbereiche Anästhesiologie und Gynäkologie, aber auch die Allgemeinchirurgie und Innere Medizin waren durch eine Bestätigung des Behandlungsfehler vorwurfs betroffen. Diese Daten werden ebenfalls weitgehend durch andere Studien bestätigt.

Die bei der Auswertung gewonnenen Daten als Absolutzahlen oder in prozentualen Angaben zeigen lediglich aus einer retrospektiven Sicht, inwieweit sich der geäußerte Verdacht auf einen Behandlungsfehler nach einem Exitus in tabula durch die Obduktion und evtl. folgende Untersuchungen als richtig erwies. Sie haben jedoch keine prognostische Bedeutung hinsichtlich der tatsächlich stattgefundenen Fälle eines Exitus in tabula, da das Meldewesen zur Erfassung solcher Vorkommnisse noch unzureichend ist und somit nicht alle Fälle bekannt werden.

Bei der Aufklärung eines Exitus in tabula ist zunächst das korrekte Verhalten des Arztes den Angehörigen gegenüber wichtig. Sofern es zu einer Auseinandersetzung kommt, bestehen in Deutschland die Möglichkeiten einer gerichtlichen oder außergerichtlichen Klärung der Situation: Im Rahmen einer gerichtlichen Auseinandersetzung sind Haftungsansprüche aus dem Vertrags- und Delikt recht als Bestandteile des Zivilrechts vom geschädigten Patienten durchzusetzen. Die Bestrafung des für schuldig befundenen Arztes erfolgt nach dem Strafrecht. Nach den jeweiligen Prozessordnungen besteht die Beweislast auf Seiten des Patienten und der Staatsanwaltschaft. Bei groben Behandlungsfehlern hingegen kann es zu einer Beweiserleichterung oder Beweislastumkehr zu Ungunsten des Arztes kommen. Zur außergerichtlichen Streit-schlichtung stehen verschiedene Institutionen sowohl für den geschädigten Patienten als auch den beschuldigten Arzt zur Verfügung. Auf Antrag erstellen entweder die Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) der einzelnen Länder ein Gutachten bzgl. des Vorliegens des vorgeworfenen Behandlungsfehlers. Dieses können die Patienten anschließend bei der Ärzthaftpflichtversicherung des beschuldigten Arztes oder bei der Einreichung einer Zivilklage zur Durchsetzung ihrer Interessen einsetzen.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Aufklärung von medizinischen Zwischenfällen ist neben der Durchsetzung der Rechte des Patienten aber auch die Qualitätssicherung in der Medizin. Fehler müssen erfasst und ihre Ursachen ermittelt werden, so dass bei einer anschließenden systematischen Auswertung evtl. bestehende Mängel erkannt und diese in Zukunft vermieden werden können. Eine andere Form der Qualitätssicherung ist die Schaffung von Leitlinien.

Anhang A

II	
Instituts-Nr. (S-Nr. bzw. G-Nr.)	Kennziffer: (BMG-Studie)
Staatsanwaltschaft:	Aktenzeichen:
<u>Ermittlungsverfahren wegen (z.B. fahrlässige Tötung etc.):</u>	
<input type="checkbox"/> fahrläss. Tötung <input type="checkbox"/> unterlassene Hilfeleistung <input type="checkbox"/> fahrlässige Körperverletzung <input type="checkbox"/> bloßes Todesermittlungsverfahren <input type="checkbox"/> Körperverletzung mit Todesfolge <input type="checkbox"/>	
<u>Anlass des Ermittlungsverfahrens:</u>	
<input type="checkbox"/> Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen (einschl. Betreuer, Freunde etc.) <input type="checkbox"/> Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nicht-natürlich“ <input type="checkbox"/> Strafanzeige der Angehörigen und gleichzeitig Angabe in der Todesbescheinigung <input type="checkbox"/> Anzeige des Patienten selbst noch zu Lebzeiten <input type="checkbox"/> Selbstanzeige des Arztes / der Ärzte <input type="checkbox"/> Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes <input type="checkbox"/> Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter (insbes. Pflegepersonal) <input type="checkbox"/> Anonyme Strafanzeige <input type="checkbox"/> Anlaß der Ermittlungen ist nicht zu klären <input type="checkbox"/> Kein formelles Ermittlungsverfahren, nur Todesermittlungsverfahren <input type="checkbox"/> wegen Ungereimtheiten auf dem Totenschein <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<u>Ermittlungsverfahren gegen:</u>	
<input type="checkbox"/> PJ-Studentin / PJ-Student <input type="checkbox"/> einen Arzt / eine Ärztin <input type="checkbox"/> niedergelassenen Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Belegarzt <input type="checkbox"/> Notdienstarzt <input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige: med. Assistenzberufe, etc. _____	
<input type="checkbox"/> AIP'ler(in) <input type="checkbox"/> mehrere Ärzte / Ärztinnen <input type="checkbox"/> Krankenhausärzte /-ärztinnen <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Rettungsassistenten/sanitäter <input type="checkbox"/> Nicht zu klären	
<u>Art des Krankenhauses</u>	
<input type="checkbox"/> Kreiskrankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft <input type="checkbox"/> Privatklinik <input type="checkbox"/> Tropenkl.	
<input type="checkbox"/> Krankenhaus der Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Kommunales Krankenhaus <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim <input type="checkbox"/> Haftanstaltsklinik <input type="checkbox"/> Bundeswehrkrankenhaus <input type="checkbox"/> Universitätsklinikum <input type="checkbox"/> unbekannt	
<input type="checkbox"/> Bettenzahl:	

**Instituts-Nr.
(S-Nr. bzw. G-Nr.)**

III

**Kennziffer:
(BMG-Studie)**

Betroffenes Fachgebiet

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie <input type="checkbox"/> Kosmetische Chirurgie <input type="checkbox"/> Herzchirurgie <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Gynäkologie und <input type="checkbox"/> Anästhesiologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Radiologie <input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Andere Fachrichtungen: <input type="checkbox"/> Notdienstärzteinsatz <input type="checkbox"/> Manuelle Medizin/Chirotherapie <input type="checkbox"/> Augenheilkunde <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> unbekannt | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Dermatologie <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Notarzteinsatz <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Zahnmedizin <input type="checkbox"/> Tropenmedizin <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> Hausarzt/prakt. Arzt |
|--|--|

Vorangegangene Behandlung:

- Erstmalige ambulante Konsultation
- Längerdauernde ambulante Therapie

- Stationäre Behandlung
 - wenige Tage (1-5 Tage)
 - mehr als 5 Tage

- keine vorangegangene Behandlung / Notarzteinsatz

Sachverhalt: lt. Obduktionsprotokoll
 lt. ausführl. Gutachten

Art des Vorfalls / Vorwurfs betrifft:

- konservative Medizin**
- operative Medizin einschließlich minimal-invasiver Verfahren bzw. Endoskopie**
- Intensivmedizin**
- Naturheilverfahren/Alternative Medizin**

Instituts-Nr.
(S-Nr. bzw. G-Nr.)

IV

Kennziffer:
(BMG-Studie)

Behandlungsfehler bzw. Behandlungsfehlervorwurf (wenn hinreichend konkretisiert)

O Art des Behandlungsfehlers bzw. Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen

- Vorwurf mangelnder Diagnostik (z.B. unterlassenes Röntgen nach SHT, kein EKG trotz kardialer Symptomatik etc.)
- verspätete Reaktion auf post-operative Komplikationen (z.B. verspätetes Erkennen einer Peritonitis, zu späte Entfernung des Gipses trotz Beschwerden etc.)
- Vorwurf unzureichender Überwachung von Berufsanfängern
- Sonstiges:

Medikationszwischenfall (z.B. falsches Medikament, falsche Dosierung, falsche Applikationsart etc.)

Komplikation bei operativem Eingriff

- intraoperative Komplikation mit späterem Versterben
- Exitus in tabula
- Komplikation bei endoskopischen Eingriffen (Gastroskopie, Laparoskopie etc.)
- postoperative Komplikationen

Falschbehandlung

- Transfusionszwischenfall
- Telefondiagnostik
- Sonstiges Falschbehandlung (z.B. Vorwurf falscher Behandlung trotz zutreffender Diagnose o.ä.)

V

Instituts-Nr.
(S-Nr. bzw. G-Nr.)

Kennziffer:
(BMG-Studie)

Seitenverwechslung von Organen oder Extremitäten

Pflegefehler

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

Obduktion am (Datum):

Geschlecht: männlich weiblich

Alter:

Stichwortartige Darlegung des Sachverhaltes (bitte leserlich schreiben):

VI

Instituts-Nr.
(S-Nr. bzw. G-Nr.)

Kennziffer:
(BMG-Studie)

Ergebnis der Obduktions- bzw. des abschließenden Gutachtens (stichwortartig):

Besonderheiten:

Ergebnis:

- Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht
- Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich
- Behandlungsfehler verneint
- Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach
 - weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.
 - Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens
- Gutachten bleibt vorbehalten
- unklare oder keine Aussage

Ausgang des Ermittlungsverfahrens (soweit bekannt):

Literaturverzeichnis

1. Althoff H, Solbach T. Analyse arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen zwischen 1978 und 1981. *Z Rechtsmed* 1984; 4: 273-282
2. Andreas M. Richtiger Umgang mit dem MDK. *ArztR* 2002; 37: 60- 62
3. Baisette G. Die Medizin bei den Griechen. In: Toellner R, Hrsg. *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Band 1. Salzburg: Andreas & Andreas, 1986: 293-294
4. Bauer H. Behandlungsfehler-Management: Unterstützungshandlungen von Krankenkassen bei vermuteten Behandlungsfehlern. *Viszeralchirurgie* 2002; 37: 271-278
5. Beck OJ. Was nun? Gedanken zu Aspekten des neuen Transplantationsgesetzes vom 1.11.1997. *Anästhesist* 1997; 46: 988-991
6. Bernat E. Liability Risks in Gynaecology and Obstetrics under German and Austrian Law. *Med Law* 1995; 14: 413-423
7. Berner B. Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 33-38
8. Bove KE, Iery C. The role of autopsy in medical malpractice cases, I. *Archives of Pathology and Laboratory medicine* 2004; 126: 1023-1031
9. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients - Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376
10. Buck N, Devlin HB, Lunn JN. *Confidential enquiry into perioperative deaths*. Nuffield Provincial Hospitals Trust. London: King's Fund, 1987
11. Bürger R. Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsprozeß. *MedR* 1999; 3: 100-111
12. *Bürgerliches Gesetzbuch*. München: dtv-Beck, 2005 (56. Auflage)
13. Bundesgerichtshof. *Versicherungsrecht* 1996: 195
14. Carstensen G. Ärztliche Haftung aus ärztlicher Sicht. *Z ärztl Fortbild* 1995; 89: 570-575
15. Codman EA. The product of a hospital. *Surg Gynecol Obstet* 1914; 18: 491
16. Davidson SJ. Practice, malpractice and practice guidelines. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 943
17. Dettmeyer R. *Medizin und Recht für Ärzte*. Berlin – Heidelberg – New York –Tokyo: Springer, 2001: 351
18. Dettmeyer R. *Medizin und Recht*. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 2006
19. Dettmeyer R, Madea B. Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren. *MedR* 1999; 12: 533-539

20. Dettmeyer R, Madea B. Obduktionen: Unsichere und uneinheitliche Rechtslage. Dt Ärztebl 2002; 36: A 2311-2314
21. Dettmeyer R, Madea B. Iatrogene Schäden, Behandlungsfehler und Behandlungsfehlerbegutachtung. In: Madea B, Brinkmann B, Hrsg. Handbuch der gerichtlichen Medizin, Bd. 2. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 2003: 1457-1492
22. Dettmeyer R, Madea B, Preuß J. Behandlungsfehlervorwürfe bei Koronarangiographien. In: Kauert G, Mebs D, Schmidt P, Hrsg. Kausalität. Berlin: Wissenschaftsverlag, 2006: 67-76
23. Dettmeyer R, Reber A. Exitus letalis – Anästhesiologische und medizinrechtliche Aspekte. Anästhesist 2003; 12: 1179-1190
24. Deutsch E. Die Medizinhaftung nach dem neuen Schuldrecht und dem neuen Schadensrecht. JZ 2002; 12: 588-593
25. DGRM - Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, 2005: Links | Rechtsmedizin im Internet – Deutschland. <http://www.dgrm.de> (Zugriffsdatum: 21.01.2007)
26. Dierks C, 2002: Der Arzt und das Recht – Leitlinien können nicht so einfach instrumentiert werden. <http://aerztezeitung.de> (Zugriffsdatum: 27.11.2002)
27. Eisenmenger W, Liebhardt E, Neumaier R. Ergebnisse von “Kunstfehlergutachten”. Beitr gerichtl Med 1978; 36: 215-221
28. Faunce TA, Rudge B. Deaths on the table: Proposal for an international convention on the investigation and prevention of anaesthetic mortality. Med Law 1998; 17: 31-54
29. Fehn K, Lechleuthner A. Amtshaftung bei notärztlichem Behandlungsfehler. MedR 2000; 3: 114-122
30. Fehn K. Der ärztliche Behandlungsfehler im Abriß. Z ärztl Fortbild Qual Sich 2001 a; 95: 469-474
31. Fehn K. Die rechtliche Bedeutung des ärztlichen Behandlungsfehlers – Teil 1. Medizin im Dialog 2001 b; 4: 1-4
32. Fehn K. Die rechtliche Bedeutung des ärztlichen Behandlungsfehlers – Teil 2. Medizin im Dialog 2002; 1: 2-6
33. Fichtner K, Dick W. Erhebungen zur kausalen perioperativen Mortalität. Versuch einer deutschen “CEPOD-Studie”. Anästhesist 1997; 46: 419-427
34. Forster B. Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Stuttgart: Thieme, 1997
35. Frahm W, Nixdorf W. Arzthaftungsrecht – Leitfaden für die Praxis. VersR-Schriftenreihe Heft 1. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft, 2001
36. Franzki H. Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten in Arzthaftungsprozessen. Chefarzt aktuell 2001 a; 1: 19-25
37. Franzki H. Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten in Arzthaftungsprozessen. Chefarzt aktuell 2001 b; 2: 42-46

38. Garnick DW, Hendricks AM, Brennan TA. Can practice guidelines reduce the number and costs of malpractice claims? JAMA 1991; 266: 2856-2860
39. Geiß K, Greiner HP. Arzthaftpflichtrecht. München: Beck Verlag, 2001 (4. Auflage)
40. Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer GC. Leitlinien in Klinik und Praxis. Dt Ärztebl 1998; 17: A-1014-1021
41. Goebel RH, Goebel MR. Clinical practice guidelines for pressure ulcer prevention can prevent malpractice lawsuits in older patients. JWOCN 1999; 4: 175-184
42. Graf U. Die Beweislast bei Behandlungsfehlern im Arzthaftungsprozeß. München: Herbert Utz Verlag, 2001
43. Grams HA. Arzthaftungsrecht – Die Relevanz medizinischer Leitlinien nimmt zu. Dt Ärztebl 2005; 12: A814-A816
44. Grundgesetzbuch. München: dtv-Beck, 2003 (38. Auflage)
45. Günter HH. Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen Ärzte bei Verdacht eines “Kunstfehlers”. DRiZ 1978: 326-334
46. Haack H. Behandlungsfehler: Keine Ausdehnung der Arzthaftung absehbar. Dt Ärztebl 2002; 48: A 3279
47. Hagl S, Jakob H, Meinzer P, Thomas G, Vahl CF. Differenzierte Qualitätssicherung in der Herzchirurgie. Dt Ärztebl 1997; 94: A369
48. Halbe B. Arzt-Haftung nach der BGB-Reform. Verjährungsfrist für Ansprüche des Patienten an den Arzt auf drei Jahre verkürzt. ÄP 2002; 3: 14
49. Hansis ML. Risikomanagement als Schadensprophylaxe aus der Sicht des Krankenhausträgers. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 205-208
50. Hansis ML, Hart D. Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. In: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Hrsg. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Themenheft 04. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut, 2001: 3-13
51. Hart D. „Organisationsaufklärung“ – Zum Verhältnis von Standardbehandlung, Organisationspflichten und ärztlicher Aufklärung. MedR 1999; 2: 47-50
52. Hart D. Arzneimittelinformation zwischen Sicherheits- und Arzthaftungsrecht – Fach- und Gebrauchsinformation, ärztliche Aufklärung und Pflichtverletzung. MedR 2003; 11: 603-609
53. Hart D. Ärztliche Leitlinien. Zeitschrift für ärztliche Qualitätssicherung und Fortbildung 2000; 94: 65-69
54. Hart D. Zur Bedeutung der Leitlinien von Fachgesellschaften als ärztliche Handlungsanleitung; Pflichtwidrigkeit einer Indikation. MedR 2002; 9: 471-472

55. Hart D. Das Critical Incident Reporting-Projekt der norddeutschen Kinderkliniken - Anmerkungen zum Risikomanagement und seinem Recht. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 275-286
56. Hattenhauer H. Allgemeines Landrecht für die Preußischen Staaten von 1794. Frankfurt/M. – Berlin: Alfred Metzner Verlag, 1970
57. Heberer J. Wie verhalte ich mich beim Vorwurf eines Behandlungsfehlers? Der Chirurg BDC 2004; 6: 162-164
58. Heck C, Krug A. Leserbriefe - Alles Kultur, oder was? Zeit 2005; 15: 22
59. Heilberufsgesetz NRW, 2005: <http://www.aekno.de/htmljava/a/heilberg.htm> (Zugriffsdatum: 25.01.2007)
60. Hildebrandt H. Behandlungsfehler. In: Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch. Berlin – New York: Walter de Gruyter, 1994: 170
61. Hirshfeld EB. Should practice parameters be the standard of care in malpractice litigation? JAMA 1991; 266: 2886-2891
62. Holczabek W. Mors in tabula. Dt Zschr f gerichtl Med 1953; 42: 385-389
63. Holzer FJ. Mors in tabula. Klin Med 1965; 20: 175-189
64. Janssen W. Definition und Meldung des nichtnatürlichen Todes im ärztlichen Bereich. Beitr ger Med 1979; 37: 105-108
65. Kaatsch HJ. Behandlungsfehler oder „Behandlungsunfall“ – Reform der zivilrechtlichen Arzthaftung? Rechtsmedizin 1993; 4: 6-10
66. Karcz A, Holbrook J, Auerbach BS, Blau ML, Bulat PI, Davidson A, Docimo AB, Doyle MJ, Erdos MS, Friedman M, Green ED, Hobbs ET, Iseke RJ, Josephson GW, Kline J, Moyer P, Shea DJ, Soslow AR, Testarmata AM, Woodward AC. Preventability of malpractice claims in emergency medicine: A closed claims study. Ann Emerg Med 1990; 19: 865-873
67. Katzgraber F, Rabl W, Ambach E. Unerwartete Todesfälle bei Patienten in medizinischer Behandlung. MMW 1995; 145: 140-143
68. Kieckbusch D. Behandlungsfehler – Mehr Rechte für Patienten gefordert. Dt Ärztebl 2002; 37: A 2383
69. King J. Practice guidelines & medical malpractice litigation. Med Law 1997; 16: 29-39
70. Kleiber M. Der „iatrogene Todesfall“ – Medizinische und rechtliche Bedeutung – Probleme und Lösungen. Habilitationsschrift FB Medizin der Universität Hamburg, 1988
71. Klengel H. König Hammurabi und der Alltag Babylons. Düsseldorf: Artemis/Patmos, 1991
72. Kliemt H. Behandlungsleitlinien als Rationierungs- und Qualitätssicherungsinstrumente. ZME 2002; 2: 159-171

73. Koch K. Irren ist ärztlich – Auch Medizinerinnen passieren Fehler, in der Schweiz dürfen sie nach Vorbild von Piloten nun öffentlich darüber reden. Süddeutsche Zeitung 2003; 1. Juli: V2/11
74. Kochs B. Ärztliche Haftung aus der Sicht des Versicherers. Z ärztl Fortbild 1995; 89: 575-580
75. Korzilius H. Patientensicherheit: Arzneitherapie – ein Hochrisikoprozess. Dt Ärztebl 2005; 17: A 1174
76. Laum HD. Die Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 89-94
77. Lauterberg J, Mertens A. Behandlungsfehler-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 57-64
78. Leape LL. Health Policy Report – Patient safety – Reporting of Adverse Events. N Engl J Med 2002; 20: 1633-1637
79. Lessing C, Jonitz G. Masterplan des Aktionsbündnisses Patientensicherheit: Die Agenda 2006. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 251-256
80. Link J. Das Anästhesierisiko. Komplikationen, Herzstillstände und Todesfälle. Weinheim: VCG, 1985
81. Luig K. Der Arztvertrag. In: Gitter W, Hrsg. Vertragsschuldverhältnisse. München: Verlag Vahlen, 1974: 223-257
82. Madea B. Die ärztliche Leichenschau, 2. Aufl. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 2006
83. Madea B, Dettmeyer R. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Dt Ärztebl 2003; 48: A 3161-3179
84. Madea B, Dettmeyer R. Rechtliche Grundlagen der Leichenschau. Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Bd. 38. Köln: Dt. Ärzteverlag, 2004: 79-89
85. Madea B, Schmidt R. Ärztliche Ursachen des Behandlungsfehlers in der Inneren Medizin aus der Sicht des Rechtsmediziners. In: Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Rademacher D, Hrsg. Innere Medizin und Recht. Berlin: Blackwell Wissenschaftsverlag, 1996: 72-81
86. Madea B, Preuß J, Venedey C, Dettmeyer R. Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Strafverfahren. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 105-118
87. Maiwald M. Zur Ermittlungspflicht des Staatsanwalts in Todesfällen. N J W 1978; 12: 561-608
88. Mallach HJ. Ärztliche Kunstfehler. Beitr gerichtl Med 1984; 49: 425-433
89. Mattern R, Kohnle S. Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler am Institut für Rechtsmedizin Heidelberg 1978 bis 1980. Beitr gerichtl Med 1984; 49: 17-22

90. Mattig W, Fischer R. Tod infolge Grunderkrankung ohne Zusammenhang mit Medikamentengabe, Zwischenfälle bei ärztlichen Maßnahmen. In: Berg S, Hrsg. Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 1992: 219-236
91. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen Essen. Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen/Pflegekassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern und Pflegefehlern. Broschüre des MDS e.V. Essen 2003
92. Merten M. Ärztliche Behandlungsfehler – Ungewollte Verunsicherung. Dt Ärztebl 2005 a; 15: A 1021
93. Merten M. Ärztliche Behandlungsfehler – KBV bietet anonymes Berichtssystem an. Dt Ärztebl 2005 b; 16: A 1092
94. Meyer F. Bericht über die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen. Hess Ärztebl 2002; 4: 221-222
95. Miltner E. Ärztliche Konflikte bei der Leichenschau im Krankenhaus. DMW 1986; 5: 191-195
96. Neu J. Ärztliche Behandlungsfehler: Jahresbilanz `98 der Schlichtungsstelle registriert leichten Zuwachs der Antragszahlen / Erfolgreiche Arbeit der Selbstverwaltung macht Patientenschutzgesetz entbehrlich. Arzt und Krankenhaus 2001; 9: 275
97. OLG Bremen. NJW 1992; 2366
98. Opderbecke HW. Forensische Probleme in der Anästhesiologie - Schwerwiegende Folgen einer „Verrechtlichung“ der Medizin. Der Arzt im Krankenhaus 1982; 4: 229-231
99. Paschen U. Fehler unerwünscht. Dt Ärztebl 2004; 6: A 328
100. Paquet KJ. Die Auseinandersetzung mit vermeintlichen Behandlungsfehlern aus der Sicht des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenversicherungen. Mitteilungen Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2001; 30: 23-27
101. Petri S. Todesfälle nach ärztlichen Behandlungsmaßnahmen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2001
102. Plattner T, Scheurer E, Zollinger U. The Response of Relatives to Medicolegal Investigations and Forensic Autopsy. Am J Med 2002; 23 (4): 345-348
103. Preuß J, Dettmeyer R, Madea B, 2003: Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (Multicenterstudie) – Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadensforschung. <http://www.bmg.bund.de> (Zugriffsdatum:10.03.2004)
104. Preuß J, Dettmeyer R, Madea B. Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 2006; 16: 367-382
105. Preuß J, Dettmeyer R, Madea B. Spezielle Fallgruppen aus der BMGS-Studie – Exitus in tabula. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 127-138

106. Pribilla O. Exitus in tabula. In: Mergen A, Hrsg. Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. 1. München: Goldmann, 1971: 148-169
107. Quirnbach T. Behandlungsfehlervorwürfe – Begutachtung durch den MDK am Beispiel des MDK Nordrhein. In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 53-56
108. Rath T. Qualität in der medizinischen Versorgung – Auswertung von Behandlungsfehlern und Maßnahmen des Risk-Managements. DOK 1998; 1-2: 31-35
109. Reding R. Vermeintliche ärztliche Behandlungsfehler – Ergebnisse der Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen von 1994- 1997. Die BKK 1998; 12: 612-619
110. Szecsenyi J, Kochen MM. Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM, Hrsg. Allgemeinmedizin. Stuttgart: Hippokrates, 1992: 530
111. Schlund GH. Arzt-Patienten-Vertrag, Behandlungsfehler, Aufklärung und Dokumentation. Münch med Wschr 141 1999; 10: 118-120
112. Schmidt K. Behandlungsfehler? Schweigen hilft nicht weiter. Aus Angst, den Haftpflichtanspruch zu verlieren, scheuen Ärzte das offene Gespräch. ÄP 2002; 35: 16
113. Schubert C. Der Eid des Hippokrates. Stuttgart: Kröner, 2004
114. Selbmann HK, Pietsch-Breitfeld B. Hospital information systems and quality assurance. Quality Assurance Health Care 1990; 2: 335-344
115. Sikorski R. Die Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK. MedR 2001; 4: 188- 190
116. Sikorski R. Die Rechtsgrundlagen für das Anfordern medizinischer Unterlagen durch den MDK. MedR 1999; 10: 449-453
117. Sozialgesetzbuch I-XII. München: dtv-Beck, 2005 (32. Auflage)
118. Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung. München: dtv-Beck, 2004 (12. Auflage)
119. Spann W. Arztrechtliche Probleme des Pathologen. Pathologe 1981; 3: 1-6
120. Stegers CM. Der medizinische Sachverständige im Arzthaftungsprozeß. VersR 2000; 10: 419-422
121. Strafgesetzbuch. München: dtv-Beck, 2004 (39. Auflage)
122. Struff WG, Frönicke R, Heimann R. Zivil- und strafrechtliche Verantwortung des Arztes. Ärztliche Praxis 1993; 10: 28-29
123. Struff WG, Frönicke R, Schrödter A. Der Arzt/Patient-Vertrag. MMW Fortschr Med 1998; 9
124. Struff WG, Frönicke R. Verdachtsdiagnose: Ärztlicher Behandlungsfehler – Die Rolle der Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen bei Streitfällen zwischen Arzt und Patient. Hess Ärztebl 2004; 7: 408-409
125. Taupitz J. Aufklärung über Behandlungsfehler: Rechtspflicht gegenüber dem Patienten oder ärztliche Ehrenpflicht? NJW 1992; 12: 713-719

126. Thomaczek C, Rohe J, Ollenschläger G. Incident Reporting Systeme – in jedem Zwischenfall ein Fehler? In: Madea B, Dettmeyer R, Hrsg. Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 169-176
127. Uhlenbruck W, Laufs A. Das Zustandekommen des Arztvertrages. In: Laufs A, Uhlenbruck W, Hrsg. Handbuch des Arztrechts (3. Auflage). München: Beck Verlag, 2002: 404-430
128. Ulsenheimer K. Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte – Erfahrungen, Schwerpunkte, Tendenzen. MedR 1987; 5: 207-216
129. Ulsenheimer K. Der Behandlungsfehler aus juristischer Sicht: Zivilrechtlicher Schadenersatz – Gerichtliche Strafverfahren. In: Wolff H, Hrsg. Der chirurgische „Kunstfehler“. Heidelberg: Kaden, 2001 a: 1-8
130. Ulsenheimer K. Risk-Management als juristische Qualitätssicherung – Ein integraler Bestandteil eines umfassenden Qualitätsmanagements. Arzt und Krankenhaus 2001 b; 74: 269-274
131. Ulsenheimer K. „Wenn der Staatsanwalt kommt...“ – Rechte und Pflichten des Arztes bei einer Durchsuchungsaktion. Anaesthesist 2003; 52: 254-258
132. Velten W. Der medizinische Standard im Arzthaftungsprozeß – Ein Beitrag zu Umfang und Grenzen der Darlegungslast von Arzthaftungsklägern bezüglich der Standards medizinischer Heilbehandlung. Baden-Baden: Nomos, 2001
133. Wagner HJ. Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler“. Z Rechtsmed 1981; 86: 303-306
134. Wegener R, Rummel J. Nichtnatürliche Todesfälle – Was der Pathologe wissen muß. Verh. Dtsch. Ges. Path. 2001; 85: 109-117
135. Weizel I. Immer mehr Patienten klagen Behandlungsfehler ein – Das Risiko der Beweislast im Arzthaftungsprozess. Klinikarzt 2004; 10: 16-17
136. Weltrich H. 20 Jahre außergerichtliche Streitschlichtung in Arzthaftungssachen - Entwicklung und Perspektiven der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Rhein Ärztebl 1996; 1: 21-24
137. Weltrich H. Ärztliche Behandlungsfehler aus medizinischer und rechtlicher Sicht - Erfahrungen aus der Praxis der Gutachterkommission Nordrhein. Gynäkologe 2000; 33: 486-471
138. Wunderlich CA. Ein Plan zur festeren Begründung der therapeutischen Erfahrungen. In: Schmidt CC, Hrsg. Jahrbücher der in- und ausländischen gesamten Medizin. Leipzig: Otto Wigand, 1851: 106-111
139. Zaragosa JR. Die Medizin in Mesopotanien. In: Toellner R, Hrsg. Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 1. Salzburg: Andreas & Andreas, 1986: 44-47

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. B. Madea für die Überlassung des Themas und die wissenschaftliche Betreuung meiner Arbeit.

Ein weiterer Dank geht an Frau Dr. med. J. Preuß und Herrn PD Dr. med. Dr. jur. R. Dettmeyer, die mich bei der Erarbeitung und Zusammenstellung meiner Dissertation unterstützten.