

Analyse von Behandlungsfehlervorfällen aus den
Fachgebieten Anästhesie und Intensivmedizin sowie
Pflegerfehlervorfällen

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

Peggy Hädrich
aus Hohenmölsen
2010

Angefertigt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

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

Tag der Mündlichen Prüfung: 16. 04. 2010

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

Der Arzt muss das Vergangene erklären, das Gegenwärtige erkennen und das Künftige voraussagen. Hierüber muss man nachforschen und zwei Dinge in den Krankheiten sorgfältig üben: helfen oder doch nicht schaden.

(Hippokrates)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1. Einleitung.....	8
2. Vorgehen und Erhebungsmethode.....	20
3. Ergebnisse in den Fällen Anästhesie und Intensivmedizin.....	24
3.1. Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften.....	24
3.2. Anlass der Ermittlungen.....	26
3.3. Straftatbestände gemäß Strafgesetzbuch (StGB).....	27
3.4. Medizinischer Vorwurf.....	28
3.5. Alter der Patienten.....	29
3.6. Betroffene Fachrichtungen.....	30
3.7. Beruflicher Status der beschuldigten Ärzte.....	31
3.8. Art des Gutachtens.....	33
3.9. Obduktionsergebnis.....	34
3.10. Ergebnis des rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachtens.....	35
3.11. Gutachtendauer.....	36
3.12. Verfahrensdauer.....	37
3.13. Verfahrenserledigung.....	38
3.14. Einstellungsbegründung.....	39
4. Ergebnisse in den Fällen mit Verdacht eines Pflegefehlers.....	40
4.1. Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften.....	40
4.2. Anlass der Ermittlungen.....	43
4.3. Straftatbestände gemäß Strafgesetzbuch (StGB).....	44
4.4. Betroffene Fachrichtungen.....	45
4.5. Betroffene Einrichtung.....	46
4.6. Beruflicher Status der Beschuldigten.....	47
4.7. Art des Gutachtens.....	48
4.8. Obduktionsergebnis.....	49
4.9. Ergebnis des rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachtens.....	50
4.10. Gutachtendauer.....	51

4.11. Verfahrensdauer.....	52
4.12. Einstellungsbegründung.....	53
5. Diskussion.....	55
6. Zusammenfassung.....	74
Anhang.....	76
Literaturverzeichnis.....	83
Danksagung.....	91
Lebenslauf.....	92

Abkürzungsverzeichnis

%.....	Prozent
‰.....	Promille
§.....	Paragraph
Abs.	Absatz
ASA.....	American Society of Anesthesiologists
BÄK.....	Bundesärztekammer
BGH.....	Bundesgerichtshof
BMGS.....	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
CRP.....	C-Reaktives Protein
et al.	et alii/und andere
ff.	fortfolgende
k. A.	keine Angabe
MDK.....	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
n. Chr.	nach Christus
OLG.....	Oberlandesgericht
p. V. V.	positive Vertragsverletzung
StGB.....	Strafgesetzbuch
StPO.....	Strafprozessordnung
v. Chr.	vor Christus

1. Einleitung

Bereits in den frühen Epochen der Medizingeschichte fanden sich neben festgelegten Berufsordnungen Regelungen und Ahndungen ärztlicher Fehlleistungen.

Der babylonische König Hammurabi (1728-1686 v. Chr.) ließ in dem bis zum heutigen Tage ältesten bekannten Gesetzestext der Welt mehrere Paragraphen mit den Rechten, aber insbesondere auch den Pflichten der Angehörigen der Heilberufe in eine Steinsäule einmeißeln.

Diese Artikel beinhalten u. a. Vorschriften für Ahndungen von Misserfolgen während einer Operation, wonach dem Arzt die Hände abgeschlagen werden sollen, durch dessen Operationsmesser jemand zu Tode kommt (Diepgen, 1949).

Der römische Gelehrte Cajus Plinius (23-79 n. Chr.) kritisierte in seiner „Naturalis Historia“ die römische Rechtsprechung bei der Behandlung ärztlicher Fehlleistungen folgendermaßen:

„nulla praeterea lex, quae puniat inscitiam capitale, nullum exemplum vindictae. discut periculis nostris et experimenta per mortes agunt, medicoque tantum hominem occidisse impunitas summa est“.

„Es gibt außerdem kein Gesetz, welches die todbringende Unfähigkeit (Unwissenheit) bestraft, und auch kein Beispiel einer verhängten Strafe. Sie lernen aus unserer bedrohlichen Lage und stellen mit dem Sterben Experimente an. Nur der Arzt kommt in den Genuß völliger Straflosigkeit, wenn er einen Menschen getötet hat“ (Below, 1953).

Allerdings sind die Vorwürfe von Plinius nur teilweise nachvollziehbar, da es im römischen Reich sehr wohl Gesetze zur Haftung und Bestrafung des Arztes hinsichtlich eines „Kunstfehlers“ gab. So war es durchaus üblich, wenn dem Arzt bei der Behandlung eines Sklaven ein Fehler unterlief, dass dieser den entstandenen Schaden ersetzen musste.

Mehr als 1500 Jahre später, im Jahr 1532, erließ Kaiser Karl der V. die „Peinliche Gerichtsordnung“ (Constitutio Criminalis Carolina), in der es in Artikel 134 heißt:

„Item so eyn artzt auß vnfleiß oder vnkunst, vnnd doch vnfürsetzlich jemandt mit seiner arzeney tödtet, erfündt sich dann durch die gelerten vnd verstendigen der artzenei, daß er die artzenei leichtfertiglich oder verwegentlich missbraucht, oder sich vngegruendter vnzulessiger artzenei,

die jm nit gezimbt hat vnverstanden, vnd damit eynem zum todt vrsach geben, der soll nach gestalt vnd gelegenheyt der sachen vnd nach rath der verstendigen, gestrafft werden, vnnd inn disem fall allermeyst achtung gehabt werden, auff leichtuertige leut, die sich artzeney vnderstehen, vnd der mit keynem grundt gelernet haben. Hett aber eyn artzt solch tödtung williglich gethan, so wer er als eyn fürsetzlicher mörder zu straffen“ (Radbruch, 1967).

In der *Constitutio Criminalis Carolina* wurde also erstmals die Anhörung von medizinischen Sachverständigen festgelegt, da man davon ausging, dass die Frage „verwegentlich oder leichtfertiglich“ nicht nur von einem Richter beantwortet werden konnte.

1621-1650 erschien in Rom die „*Quaestiones medico-legales*“ des päpstlichen Leibarztes Paolo Zacchia, in der zum ersten Mal gerichtsmedizinische Probleme zusammenhängend dargestellt wurden (Wagner, 1981).

Eine große Diskussion um den Begriff des Kunstfehlers wurde im 19. Jahrhundert ausgelöst. So setzten sich neben Juristen auch gleichermaßen viele Mediziner mit der Bedeutung und Strafbarkeit eines Kunst- bzw. Behandlungsfehlers auseinander.

Der wohl spektakulärste Prozess seinerzeit war der um einen an der Berliner Charité tätigen Arzt namens Dr. Horn. Dieser stand im Verdacht, den Tod eines Patienten verschuldet zu haben. Das Verfahren wurde aufgrund der Anzeige eines mitpraktizierenden Kollegen eingeleitet, der dem besagten Arzt „grausame“ und „unmenschliche Behandlung“ vorwarf. Im Rahmen dieses Verfahrens wurde ein Gutachten zu der Frage eingeholt, ob der Tod des Patienten fehlerhaft verursacht worden war und in einem kausalen Zusammenhang zur Behandlung stand. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass der Arzt nach den in der Schulmedizin gängigen Methoden gearbeitet und somit nicht schuldhaft gehandelt hatte. Der Beschuldigte wurde daher freigesprochen (Krähe, 1984).

An diesem Beispiel eines Behandlungsfehlerprozesses werden bereits einerseits der Stellenwert des medizinischen Sachverständigen im Rahmen eines Ermittlungs- bzw. Gerichtsverfahrens und andererseits die Verzahnung von Jurisprudenz und Medizin deutlich.

Der Tübinger Gerichtsmediziner Otto von Oesterlen definierte den Kunstfehlerbegriff als einen „Verstoss gegen allgemein anerkannte Regeln der betreffenden Kunst“. Er bemängelte allerdings, dass es in der Medizin nur wenige anerkannte Regeln gäbe. Von Oesterlen war durchaus der

Meinung, dass ein Arzt der „wissentlich die Gesundheit eines Menschen beschädigt, nicht anders zu behandeln ist als ein jeder Andere auch, welcher eine Körperverletzung oder Tödtung verübt hat“. Ein Arzt, der jedoch ohne Vorsatz einen Fehler begehe, könne nicht ohne weiteres strafrechtlich verfolgt werden.

Der Nachweis der Kausalität zwischen Fehler und Schaden stellte für ihn somit eine unabdingbare Voraussetzung für die Strafbarkeit eines Kunstfehlers dar. Er forderte weiterhin, eine vor der Eröffnung eines Gerichtsverfahrens durchzuführende „Voruntersuchung“ durch ein „Medicinalcollegium“, um den Arzt vor ungerechtfertigten Anschuldigungen zu schützen (Oesterlen, 1881/82).

Damit verstand von Oesterlen den Begriff des ärztlichen Kunstfehlers ähnlich wie der heute als Vater des modernen Kunstfehlerbegriffs geltende Rudolf Virchow.

Dieser forderte in einem von ihm erstellten Gutachten über die „Kunstfehler der Ärzte“ eine Änderung des Strafgesetzbuches hinsichtlich der strafrechtlichen Verfolgung von Ärzten. Virchow schlug deshalb vor, den Kunstfehler als einen Verstoß gegen „allgemein anerkannte Regeln der Heilkunst“ zu definieren. Strafbar sollte er demnach sein, wenn der Kunstfehler „aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht“ begangen wurde (Virchow, 1870). Auch wenn Virchows Vorschlag keine Berücksichtigung im 1870 in Kraft getretenen Strafgesetzbuch des Norddeutschen Bundes fand, behielt die durch ihn erstellte Definition des Kunstfehlerbegriffs die bis heute größte Bedeutung und wird nach wie vor so verstanden.

In der neueren Literatur ist man dazu übergegangen, den Begriff des „Kunstfehlers“ durch die Bezeichnung als Behandlungsfehler zu ersetzen. Allerdings gibt es auch heute noch keine klare Definition des Behandlungsfehlerbegriffes.

Schreiber (1976) hat vorgeschlagen, den Kunstfehlerbegriff grundsätzlich zu vermeiden, da der Begriff des Kunstfehlers im allgemeinen Sprachgebrauch häufig bereits mit einer Schuldzuweisung gleichgesetzt wird.

Vom Bundesgerichtshof wird daher seit Jahren der Begriff des Behandlungsfehlers verwendet.

Unter einem Behandlungsfehler aus heutiger Sicht ist „jede ärztliche Maßnahme, die nach dem Standard der medizinischen Wissenschaft und der Erfahrung die gebotene Sorgfalt vermissen lässt und darum unsachgemäß erscheint“, zu verstehen (Fehn, 2001).

Anders formuliert ist ein „Behandlungsfehler ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, der medizinisch nicht indiziert war, oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wis-

senschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen wurde, sowie das Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs“ (Laum und Sementkowski, 2006).

Die Qualität der medizinischen Behandlung in Deutschland ist im Allgemeinen sehr hoch. Völlig auszuschließen sind Fehler bei Diagnose oder Behandlung jedoch nicht. Entsprechendes gilt für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Fehler, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen, nehmen heute in der öffentlichen Diskussion einen breiten Raum ein. Es steht außer Frage, dass ärztliche oder pflegerische Fehlleistungen zu beträchtlichen Schäden, im schlimmsten Falle sogar zum Tod des Patienten führen können. Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, wie die höchstrichterliche Rechtsprechung richtig anerkennt, dass „gerade wegen der Eigengesetzlichkeit und weitgehenden Undurchschaubarkeit des lebenden Organismus...ein Fehlschlag oder Zwischenfall nicht allgemein ein Fehlverhalten oder Verschulden des Arztes indizieren“ muss (Urteil BGH, 1977).

Neben den operativen Fächern zählt auch die Anästhesiologie zu den besonders haftungsträchtigen Fachgebieten (Högermeier, 1991; Langhoff, 1989; Neugebauer, 1991; Ulsenheimer, 1987; Ulsenheimer, 2008).

Mit der Anästhesie assoziierte Todesfälle beziehen sich insbesondere auf perioperative, aber auch postoperative Komplikationen und Zwischenfälle im Rahmen der Narkoseeinleitung. Weiter sind Bedienungsfehler der Beatmungsgeräte möglich. Dagegen sind nur 4 bis 5 % der schwerwiegenden Anästhesiezwischenfälle auf technisches Versagen zurückzuführen (Lunn und Mushin, 1982).

Gleichwohl ist die Zahl der durch Anästhesiezwischenfälle hervorgerufenen Todesfälle gering, wie mehrere Untersuchungen ergeben haben. So wird die anästhesiebedingte Letalität nach Link (1985) auf 0,06 ‰ geschätzt. Langrehr et al. (1978) gehen hingegen von 0,02 ‰ aus. Lutz (1972) berichtet über eine intraoperative Letalitätsquote von lediglich 0,04 %.

Das Risiko fehlerhafter medizinischer Maßnahmen erhöht sich naturgemäß erheblich, je mehr Personen am Behandlungsprozess beteiligt sind. Gerade im Bereich der Intensivmedizin, als so genannter Schnittstellenbereich, aber auch im Fachgebiet der Anästhesie, welche unmittelbar auf das interdisziplinäre Zusammenarbeiten angewiesen sind, kann es unter Umständen zu haftungs-

relevanten Risiken kommen. Unter intensivmedizinischer Versorgung versteht man die Betreuung schwerstkranker Patienten, deren Behandlung das sonstige Maß an medizinischem und pflegerischen Aufwandes weit übersteigen. Zusammengefasst werden unter dem Begriff der Intensivmedizin die Intensivüberwachung und –behandlung einschließlich der Intensivpflege verstanden. Neben anästhesiologisch-operativen Intensivstationen, wo vor allem postoperative Patienten verschiedener Disziplinen betreut werden, unterscheidet man weiterhin in interdisziplinäre oder internistische Intensiveinheiten. Die Intensivmedizin ist daher mehr als jede andere Disziplin auf das fachgerechte Zusammenwirken aller Beteiligten angewiesen, wobei gerade hier das Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit im Sinne der horizontalen, aber auch vertikalen Arbeitsteilung gilt. Bei der horizontalen Arbeitsteilung handelt es sich um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, zum Beispiel dem Anästhesisten und dem Operateur. Hierbei greift insbesondere der Vertrauensgrundsatz, dass heißt der Arzt der einen Fachabteilung kann auf das sorgfältige und dem Facharztstandard entsprechende Arbeiten des Kollegen der anderen Fachrichtung vertrauen (Deutsch, 2000; Weltrich, 1997; Zwiehoff, 2004; Urteil OLG Naumburg, 2004). Im Gegensatz dazu umfasst die vertikale Arbeitsteilung das Verhältnis zwischen dem vorgesetzten Arzt (Chefarzt) und dem nachgeordneten Arzt bzw. dem Arzt und dem nichtärztlichen Personal. Diese führen die ihnen übertragenen Aufgaben nach dem so genannten Delegationsprinzip durch.

Unter medizinischen Gesichtspunkten betrachtet, wurden 72 % der Fälle Anästhesie/Intensivmedizin unter dem Begriff der Fehlbehandlung erfasst. Hierzu zählen Fehler bei der Intubation bzw. der Narkose mit unzureichender Beatmung, Medikationsfehler, Transfusionsfehler, versehentliche intravenöse Injektion eines Lokalanästhetikums und iatrogene Verletzungen nicht nur in den Gebieten der Anästhesie und Intensivmedizin, sondern auch im Bereich der Pflege auftreten.

Nicht zu unterschätzen ist aber auch der Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses, bei dem Patienten häufig dem Irrglauben unterliegen, dass durch den wachsenden medizinischen Fortschritt eine medizinische Behandlung immer erfolgreich verlaufen muss. Ist dies nicht der Fall, wird häufig eine Fehlleistung des Arztes vermutet (Ratajczak, 1988). Folglich hat in den letzten 20 Jahren die Zahl der Verfahren gegen medizinisches Personal deutlich zugenommen (Ulsenheimer, 1998).

Von daher ist es nicht unverständlich, dass die Medizin stark von der Rechtsprechung beeinflusst erscheint, Laufs (1986) spricht sogar von einer zunehmenden „Verrechtlichung“ der Medizin, die dazu führe, dass die Medizin „eine defensive Medizin“ werde, „die aus Scheu vor der Klage zuviel untersucht oder zu wenig an Eingriffen wagt“.

Während andere Autoren von einer erheblichen Zunahme von Behandlungsfehlern (bzw. Behandlungsfehlervorwürfen) berichten, spricht Pribilla (1988) von einem eher seltenen Ereignis. In Deutschland gibt es keine umfassenden Daten zu medizinischen Behandlungsfehlern (Hansis und Hansis, 2001; Hansis und Hart, 2001), da es keine zentrale Erfassung dieser Art von Fehlern gibt. Derzeit geht man nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts von jährlich etwa 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen und davon 12.000 erwiesenen Behandlungsfehlern aus (Hansis und Hart, 2001). Ulsenheimer (1998) hingegen spricht von mehr als 3.000 staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren und etwa 10.000 Schadensersatz- und Schmerzensgeldklagen gegen Ärzte, wobei der Anteil rechtskräftiger Strafurteile gegen medizinisches Personal bei nur ungefähr 5 % liege.

Neben den Gerichten, die sich um zivil- und strafrechtliche Belange im Rahmen von Ärzteverfahren kümmern, können medizinische Schadensfälle außergerichtlich durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die ärztlichen Haftpflichtversicherungen reguliert werden. Der MDK erstellt gegebenenfalls die erforderlichen Gutachten, während die Regulierung des Schadensfalles allerdings dann über die in Auftrag gebende Krankenkasse erfolgt.

Besonders Strafverfahren stellen für den Arzt in der Regel eine erhebliche Belastung dar, da diese – sollte es zur Hauptverhandlung kommen, aufgrund des prozessualen Öffentlichkeitsgrundsatzes und dem damit verbundenen erhöhten medialen Interesse nicht selten zu einer Stigmatisierung des angeklagten Arztes führen können. Genaue Erhebungen über die Verfahrenswirklichkeit und den Verfahrensausgang solcher strafrechtlich relevanter Verfahren liegen bisher nur vereinzelt vor, hierunter beispielsweise eine unter juristischen Aspekten durchgeführte Studie von Orben (2004) und eine weitere Studie von Madea et al. (2006).

Fachrichtung Erfassungs- zeitraum	Anästhesiologie/Intensivmedizin	Pflegefehler	absolut
Althoff/Solbach 1979-1981	4 / k. A.	k. A.	318
Langhoff 1980-1981	7 / k. A.	5	80
Högermeyer 1982	11 / k. A.	k. A.	87
Ulsenheimer 1980-1986	98 / k. A.	k. A.	333
Pluisch 1980-1986	k. A. / k. A.	3	60
Goeke 1986-1996	8 / k. A.	k. A.	150
Orben 1995-1996	29 / k. A.	k. A.	601
Preuß et al. 1990-2000	157 / k. A.	172	4450
Venedey 1989-2003	6 / k. A.	17	220

Tabelle 1: Übersicht über zitierte Analysen von behaupteten Behandlungsfehlern

Anhand der Analyse der vorhandenen Daten soll versucht werden, insbesondere sich häufig wiederholende Fehlerabläufe herauszukristallisieren und der Ausgang der Ermittlungsverfahren dieser speziellen Fachbereiche untersucht werden.

Gerichtliche Streitschlichtung

Zivilrechtlicher Abriss

Im Rahmen eines Zivilprozesses geht es um Schadensersatzansprüche und/oder Schmerzensgeld. Die Anspruchsgrundlagen des Zivilrechts sind überwiegend im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) normiert und somit ein Teil des Privatrechts.

Hierbei werden einerseits die vertragliche und andererseits die deliktische Haftung unterschieden. Die vertragliche Haftung setzt einen wirksam geschlossenen Behandlungsvertrag voraus, der entweder zwischen Patient und behandelndem Arzt oder zwischen Patient und Krankenhaus geschlossen wird. Dabei bedarf es nicht der Schriftform, selbst ein mündlich geschlossener Vertrag ist wirksam.

Der Behandlungsvertrag gilt im Sinne des BGB als Dienstvertrag, bei dem im Gegensatz zum Werkvertrag kein Erfolg, sondern die bloße Leistung von Diensten geschuldet wird, vorausgesetzt die Behandlung erfolgt fehlerfrei. Der Behandlungsvertrag gibt somit keine Gewähr für den Erfolg einer Behandlung.

Der Vertragspartner, sei es ein einzelner Arzt oder der Krankenhausträger, verpflichtet sich allerdings, eine sachgerechte medizinische Behandlung mit der erforderlichen objektiv gebotenen Sorgfalt durchzuführen, die in § 276 BGB geregelt ist.

Bis zur großen Schuldrechtsreform war die zentrale Anspruchsgrundlage der vertraglichen Haftung die positive Vertragsverletzung (p. V. V.). Seitdem ist die p. V. V. in § 280 BGB gesetzlich geregelt, ohne dass sich etwas an den Tatbestandsvoraussetzungen dieser Anspruchsgrundlage geändert hat.

Hat der Arzt seine Vertragspflichten schlecht erfüllt (positive Vertragsverletzung), so muss er den entstandenen Schaden ersetzen. Der Arzt bzw. der Krankenhausträger als Behandlungsvertragspartner haftet gemäß § 278 BGB auch für schuldhafte Fehler seiner ~~Erfüllungs- und~~ ^{Diagnostik- und} Dokumentationspflichten zählen neben den Sorgfaltspflichten einer kunstgerechten Behandlung ebenfalls zu den Vertragspflichten, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergeben.

Wie bereits erwähnt, ist im BGB außer der Vertragshaftung auch die deliktische Haftung geregelt.

Gemäß § 823 BGB ist derjenige zu Schadensersatz verpflichtet, der vorsätzlich oder fahrlässig das Leben oder die Gesundheit anderer widerrechtlich verletzt.

Im Falle der deliktischen Haftung kann der geschädigte Patient neben Schadensersatz außerdem Schmerzensgeld fordern. Missachtet also der Arzt die ihm obliegende Sorgfaltspflicht oder das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, so verletzt er sie sowohl in vertraglicher als auch in deliktischer Hinsicht.

Ansprüche können somit sowohl nach den Regeln des Vertragsrechts als auch des Deliktsrechts gleichermaßen geltend gemacht werden. Allerdings kann der Geschädigte nur einmal Schadensersatz begehren. Insoweit besteht eine so genannte zivilrechtliche Anspruchsgrundlagenkonkurrenz.

Für die vertragliche und die deliktische Haftung gilt das Verschuldensprinzip (Laufs und Uhlenbruck, 1999).

Bei typischen Geschehensabläufen im Sinne des Verschuldensprinzips muss primär der Patient als Anspruchsteller nachweisen, dass ein Schaden durch einen rechtswidrig begangenen Behandlungs- bzw. Pflegefehler entstanden ist. Der Anspruchsteller (Patient) trägt daher im Zivilprozess, anders als im Strafprozess, wo Beweise von Amts wegen erhoben werden, die Beweislast. Dies scheint für den Patienten oftmals schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Aus diesen Gründen räumt die deutsche Rechtsprechung dem Patienten in Ausnahmefällen als Beweiserleichterung die so genannte Beweislastumkehr ein. In diesen Fällen muss nicht der betroffene Patient schuldhaftes Verhalten, sondern der Beklagte nachweisen, regelrecht gearbeitet ~~Die Beweislast~~ mildert sich durch den Beweis des ersten Anscheins (Prima facie Beweis), wo ein gewisser Tatbestand feststeht, bei dem die Erfahrungen des Lebens auf eine bestimmte Ursache hinweisen. In diesem Fall muss der Kläger lediglich einen Umstand darlegen, der aufgrund bestimmter Lebenserfahrung auf schadensursächliches Verhalten des Arztes hindeutet.

Eine Beweislastumkehr räumt die Rechtsprechung in Arzthaftungsprozessen unter anderem bei mangelnder Aufklärung und Dokumentation sowie Organisationsfehlern ein. Für das Erreichen einer Beweislastumkehr bei Behandlungsfehlern reicht ein einfaches Fehlverhalten meist nicht aus, in diesen Fällen muss ein grober Behandlungsfehler vorliegen. Für den Patienten ist allerdings die Unterscheidung eines einfachen von einem groben Behandlungsfehlers oftmals unmöglich, so dass sich der überwiegende Anteil von Arzthaftungsprozessen auf Aufklärungs- bzw. Dokumentationsmängel bezieht.

Wie bereits ausgeführt, wird der Zivilprozess in der Regel von einer Privatperson initiiert und diese ist durch die so genannte Beibringungsmaxime dazu verpflichtet, den eigenen Anspruch zu beweisen. In den oben beschriebenen Ausnahmefällen (mangelnde Dokumentation) wird der zivilrechtliche Anspruchsteller indes durch die Beweislastumkehr begünstigt. Hier obliegt es dem verklagten Arzt, den Vorwurf der Fehlbehandlung zu widerlegen. Gelingt ihm dies nicht, so wird er zur Zahlung verurteilt. Anders verhält es sich im Strafprozess.

Strafrechtlicher Abriss

Unabhängig von einem zivilrechtlichen Prozess kann es auch zu einem Strafverfahren kommen, wenn der Geschädigte oder ein Dritter Strafanzeige erstattet oder die Staatsanwaltschaft in sonstiger Weise Kenntnis von einem Behandlungsfehler erlangt. Während es im Zivilprozess um Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeld geht, werden im Strafprozess unmittelbar Schuldvorwürfe an den Arzt persönlich gerichtet.

Da die deutsche Gesetzgebung den Schritt zu strafrechtlichen Sondertatbeständen für Heilberufe noch nicht getan hat (Laufs, 2000), wird strafrechtlich relevantes Fehlverhalten von Ärzten und medizinischem Personal unter die Straftatbestände des Strafgesetzbuches subsumiert. Zu denken ist hier insbesondere an die Tatbestände der Körperverletzung (§ 223 StGB), der gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB), der fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 StGB), des Totschlags durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB), der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) und der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB).

Eine Strafbarkeit nach diesen Vorschriften kommt dabei nur dann in Betracht, wenn der behandelnde Arzt tatbestandsmäßig, rechtswidrig und schuldhaft gehandelt hat.

Zur Prüfung der Tatbestandsmäßigkeit gehört die Untersuchung, ob die entsprechende ärztliche Behandlung kausal für den eingetretenen Erfolg im Sinne des Tatbestandes ist. Nach der *Conditio-sine-qua-non-Formel* (Äquivalenztheorie) ist Ursache im Sinne des Strafrechts jede Bedingung eines Erfolges, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg in seiner konkreten Gestalt entfiere (Wessels, 1994). Anders formuliert bedeutet dies, dass jede vorangegangene Handlung als für den Eintritt des Erfolges ursächlich und gleichwertig zu betrachten ist. Ursa-

che kann jedes menschliche Verhalten, also sowohl ein positives Tun als auch ein Unterlassen sein.

Im Zivilrecht hingegen wird nach der Adäquanztheorie entschieden, bei der Ursache und Schaden in einem adäquaten Zusammenhang stehen müssen.

Rechtswidrig handelt der Arzt oder die Pflegekraft, wenn die Behandlungsmaßnahmen ohne Einwilligung des Patienten erfolgen, nicht indiziert sind oder die Maßnahmen die erforderlichen Sorgfaltsvoraussetzungen vermissen lassen. Die sich aus dem BGB ergebende Verletzung der „objektiven Sorgfalt“ ist somit Haftungsvoraussetzung sowohl für zivil- als auch für strafrechtliche Belange.

Grundsätzlich erfüllt jeder medizinische Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB und ist somit strafbar. Der durch den Arzt vorgenommene körperliche Eingriff bleibt jedoch straffrei, wenn dieser indiziert und dessen Durchführung lege artis ist. Zudem muss der Patient entsprechend aufgeklärt worden sein und in die jeweilige Maßnahme eingewilligt haben.

Die Staatsanwaltschaft, die aufgrund des Legalitätsprinzips verpflichtet ist, von Amts wegen Straftaten aufzuklären, muss dem beschuldigten Arzt den vorgeworfenen Behandlungsfehler nachweisen. Die zivilrechtlichen Beweisregeln gelten hier nicht. Der Arzt kann als Beschuldigter jeder Zeit die Aussage verweigern, da nach dem Rechtsstaatsprinzip niemand dazu verpflichtet ist, an seiner eigenen Überführung mitzuwirken.

Gelingt es der Staatsanwaltschaft nicht, den Behandlungsfehler mit der für eine Anklageerhebung erforderlichen Sicherheit nachzuweisen, so muss sie das Verfahren mangels hinreichenden Tatverdachts einstellen. Im anderen Fall ist die Staatsanwaltschaft nach § 170 Abs. 1 StPO grundsätzlich zur Erhebung der Anklage verpflichtet, es sei denn, sie kann von den Einstellungsmöglichkeiten nach §§ 153 ff. StPO Gebrauch machen.

Als Ergebnis lässt sich daher festhalten, dass ein zivilrechtlicher Arzthaftungsprozess und ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren durchaus mit unterschiedlichen Resultaten enden können. So kann der Arzt beispielsweise aufgrund der zivilrechtlichen Beweislastumkehr zur Zahlung

eines Schmerzensgeldes verurteilt werden, während dass parallel anhängige strafrechtliche Ermittlungsverfahren mangels hinreichenden Tatverdachts eingestellt wird.

Anlass/Zielsetzung/Fragestellung

Die strafrechtliche Verfolgung wegen eines Behandlungsfehlers führt bei der betroffenen Person neben Existenzangst möglicherweise auch zu forensischen Konsequenzen.

Zu strafrechtlich relevanten Ermittlungshandlungen in den Fachbereichen der Pflege, Anästhesiologie und Intensivmedizin existieren bisher kaum Studienergebnisse.

Gegenstand dieser Arbeit sind insgesamt 55 Fälle der Jahre 1989 bis 2005 aus den Fachbereichen der Anästhesiologie und der Intensivmedizin sowie dem Bereich der allgemeinen Pflege, die zur Beurteilung eines vermuteten Behandlungsfehlers durch die ermittelnden Staatsanwaltschaften an das Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn herangetragen wurden.

Die gewonnenen Daten wurden hinsichtlich verschiedener Fragestellungen anhand eines Erhebungsbogens statistisch ausgewertet und die ermittelten Ergebnisse mit anderen Studien verglichen sowie Bezug zu entsprechender Literatur genommen.

Einleitend wurde zur Erhellung der juristischen Unterschiede der gerichtlichen Streitschlichtung in Deutschland ein strafrechtlicher und zivilrechtlicher Abriss über die entsprechenden Verfahrensabläufe dargestellt.

2. Vorgehen und Erhebungsmethode

Die vorliegende retrospektive Untersuchung beruht auf den im Bonner Institut für Rechtsmedizin archivierten Gutachten und Obduktionsprotokollen aus den Jahren 1989-2005. Das Gesamtabduktionsgut und die bis zu diesem Zeitraum erstellten Gutachten wurden hinsichtlich eines Behandlungsfehlervorwurfes in den Fachgebieten Anästhesie und Intensivmedizin gesichtet. Neben diesen beiden Fachbereichen wurden zusätzlich Fälle im Bereich der Pflege, in welchen ein so genannter Pflegefehler im Vordergrund stand, erfasst. Außer den Fällen, bei denen wegen eines Behandlungsfehlerverdachts eine rechtsmedizinische Untersuchung veranlasst wurde, kamen auch Fälle, in denen aufgrund des Geschehensablaufes ein Fehlverhalten auf ärztlicher oder pflegerischer Seite nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, in die Erhebung.

Insbesondere im Fachbereich Anästhesie/Intensivmedizin handelte es sich um Fehler während der Intubation bzw. der Narkose mit unzureichender Beatmung, Medikationsfehler, Fehler im Zusammenhang mit Bluttransfusionen, versehentliche Fehlinjektionen oder iatrogene Verletzungen, aber auch Vorwürfe fehlerhafter Behandlung.

Bei den Fehlervorwürfen im Bereich der Pflege dominierten der Vorwurf unzureichender Dekubitusprophylaxe bzw. -behandlung, mangelnde Thromboseprophylaxe, Sturzgeschehen, Verbrühungen aufgrund unterbliebener Beaufsichtigung sowie Vorwürfe bezüglich schlechter allgemeiner Pflegeversorgung.

Aus dem Gesamtabduktionsgut und den erstellten Gutachten ergaben sich 26 Fälle mit dem Verdacht eines Behandlungsfehlers im Fachbereich der Anästhesie/Intensivmedizin und 29 Fälle, in welchen der Verdacht eines Pflegefehlers bestand.

Gutachten und Obduktionsprotokolle sind neben einer fortlaufenden hausinternen Nummer ebenfalls mit einem Aktenzeichen der in Auftrag gebenden Staatsanwaltschaft versehen. Anhand dieses Aktenzeichens wurde zunächst bei den entsprechenden Staatsanwaltschaften die Einsichtnahme in die entsprechenden Ermittlungsakten beantragt und anschließend die Akten unter standardisierten Gesichtspunkten ausgewertet. Von den Ermittlungsakten waren aufgrund der üblichen Aufbewahrungsfrist von zirka zehn Jahren bereits acht Akten vernichtet worden. Diese stammten hauptsächlich aus den Jahren 1989, 1990, 1991 und 1997. Bei zwei weiteren Akten war von Seiten der Staatsanwaltschaft kein Aktenzeichen angegeben, so dass diese ebenfalls nicht in

die Auswertung einfließen konnten, eine weitere war wegen des seinerzeit laufenden Verfahrens nicht entbehrlich.

Insgesamt wurden somit 55 staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten ausgewertet, die in Koinzidenz mit einer ärztlichen bzw. pflegerischen Maßnahme aus diesen bereits erwähnten Bereichen standen.

Gearbeitet wurde mit einer standardisierten Datenbank mit dem Programm Microsoft Access 2003.

Folgende Variablen wurden ausgewertet:

- Verfahren der Fälle pro Jahr und Verteilung auf die im Erfassungsgebiet zuständigen Staatsanwaltschaften

- Anlass des Ermittlungsbeginns

- Juristische Straftatbestände

- Einteilung nach dem medizinischen Vorwurf

Hiernach wurden folgende Untergruppen gebildet:

1. Fehlbehandlung
2. Fehldiagnose
3. Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen
4. nicht näher konkretisiert

- Altersverteilung der Patienten

(nur bei Fällen Anästhesie und Intensivmedizin erfasst)

- Betroffene Fachrichtungen

- Beruflicher Status des Beschuldigten

- Gutachtentypen

Unterschieden wurde hier in:

1. Obduktion
2. Rechtsmedizinisches Gutachten (so genanntes Kausalitätsgutachten)
3. Fachgutachten
4. Privatgutachten
5. Ergänzungsgutachten

- Obduktionsergebnis

Es ergab sich folgende Differenzierung:

1. weitere Untersuchungen nötig, Todesursache nicht eindeutig geklärt
2. Todesursache geklärt
3. Behandlungsfehler verneint, Todesursache nicht geklärt
4. Behandlungsfehler bejaht, Todesursache geklärt
5. Behandlungsfehler verneint, Todesursache geklärt
6. Behandlungsfehler möglich, Todesursache nicht geklärt
7. Behandlungsfehler möglich, Todesursache geklärt

- Ergebnis des rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachtens

Die Unterteilung ergab sich folgendermaßen:

1. Behandlungsfehler verneint
2. Behandlungsfehler möglich, Fachgutachten empfohlen
3. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität bejaht
4. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität fraglich
5. Behandlungsfehler möglich, Kausalität fraglich

- Gutachtendauer

- Verfahrensdauer bis zur Erledigung

- Verfahrenserledigung

- Einstellungsbegründung

- Betroffene Einrichtung

(wurde nur bei Pflegefehlerfällen erfasst)

3. Ergebnisse in den Fällen Anästhesie und Intensivmedizin

3.1. Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften

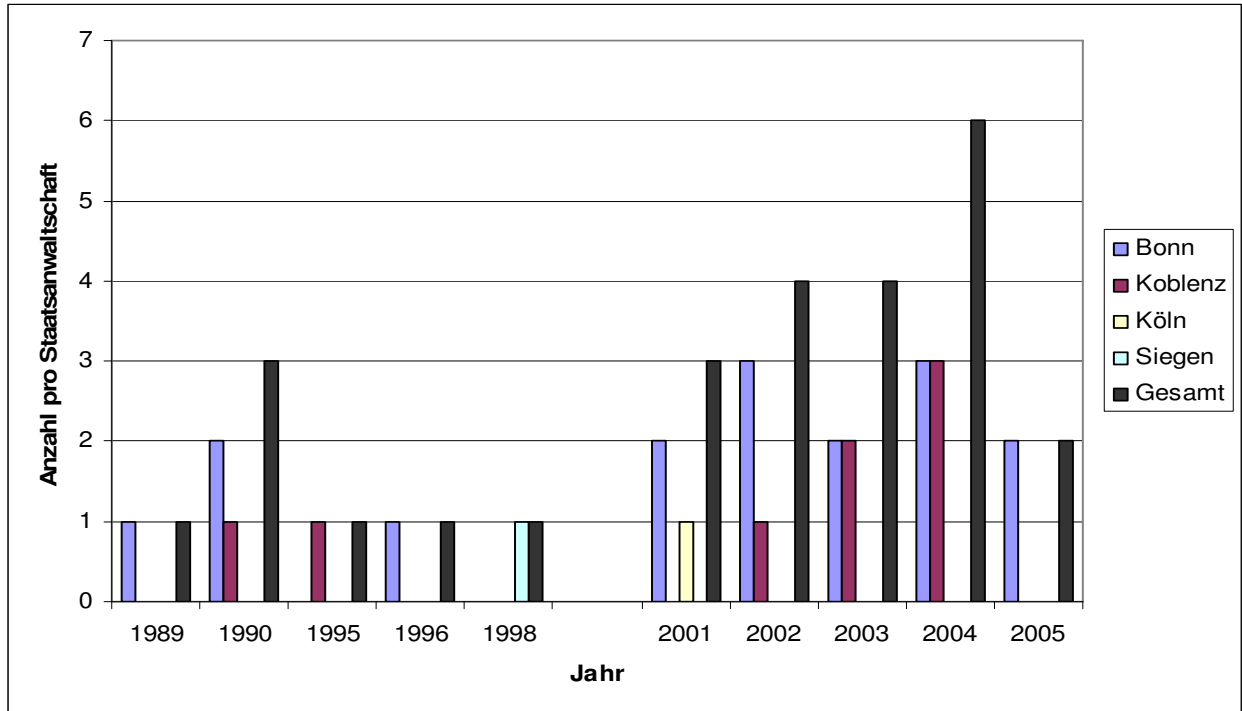


Abbildung 1: Verteilung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren auf die Jahre 1989 bis 2005 bei Behandlungsfehlervorwürfen aus dem Fachgebiet Anästhesie und Intensivmedizin

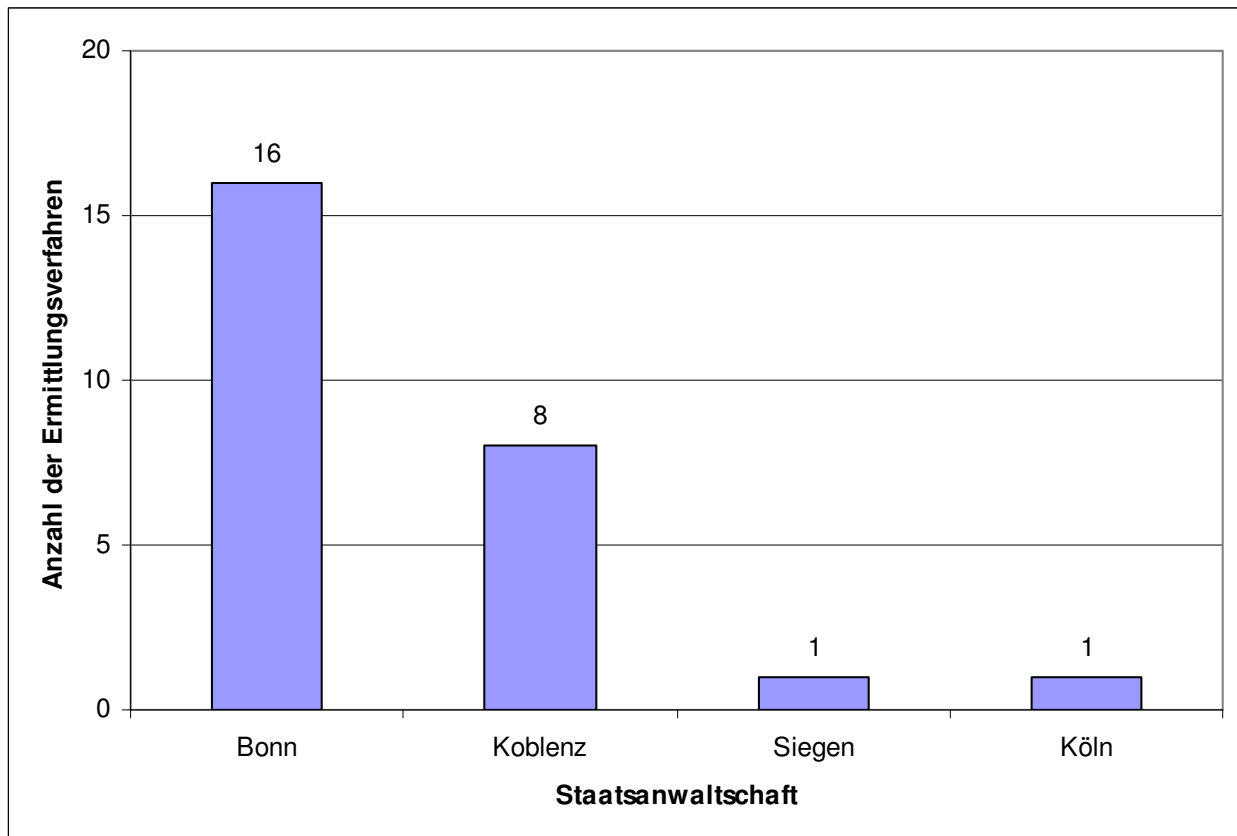


Abbildung 2: Gesamtzahl der Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaften mit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin (n=26)

Insgesamt wurden im Erfassungszeitraum von 1989 bis 2005 26 Verfahren in den Bereichen Anästhesie und Intensivmedizin staatsanwaltschaftlich eingeleitet.

In den Jahren 1989, 1990, 1995, 1998, 2001 und 2002 gab es je ein Verfahren bei den Staatsanwaltschaften Bonn, Koblenz, Köln und Siegen.

Jeweils zwei Verfahren pro Jahr wurden 1990, 2001, 2003 und 2004 aus diesen beiden Fachbereichen bearbeitet, die sich auf die Ermittlungsbehörden in Bonn und Koblenz verteilten.

In den Jahren 2002 und 2004 ergaben sich drei Verfahren bei der Bonner Staatsanwaltschaft, 2004 verteilten sich ebenfalls drei Verfahren auf die Koblenzer Behörde.

Allein 16 der 26 Verfahren betrafen die Bonner Staatsanwaltschaft, acht die Koblenzer Ermittlungsbehörde und jeweils ein Verfahren die Staatsanwaltschaften Köln und Siegen.

Acht weitere Ermittlungsakten waren zum Zeitpunkt der Auswertung bereits aufgrund der üblichen Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren ausgesondert. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Verfahren aus den Jahren 1989, 1990, 1991 und 1997, die somit nicht in die Analyse einfließen konnten und nachfolgend unberücksichtigt bleiben mussten.

Zusammenfassend kann allerdings von einer annähernd konstanten Anzahl der Verfahren ausgegangen werden.

3.2. Anlass der Ermittlungen

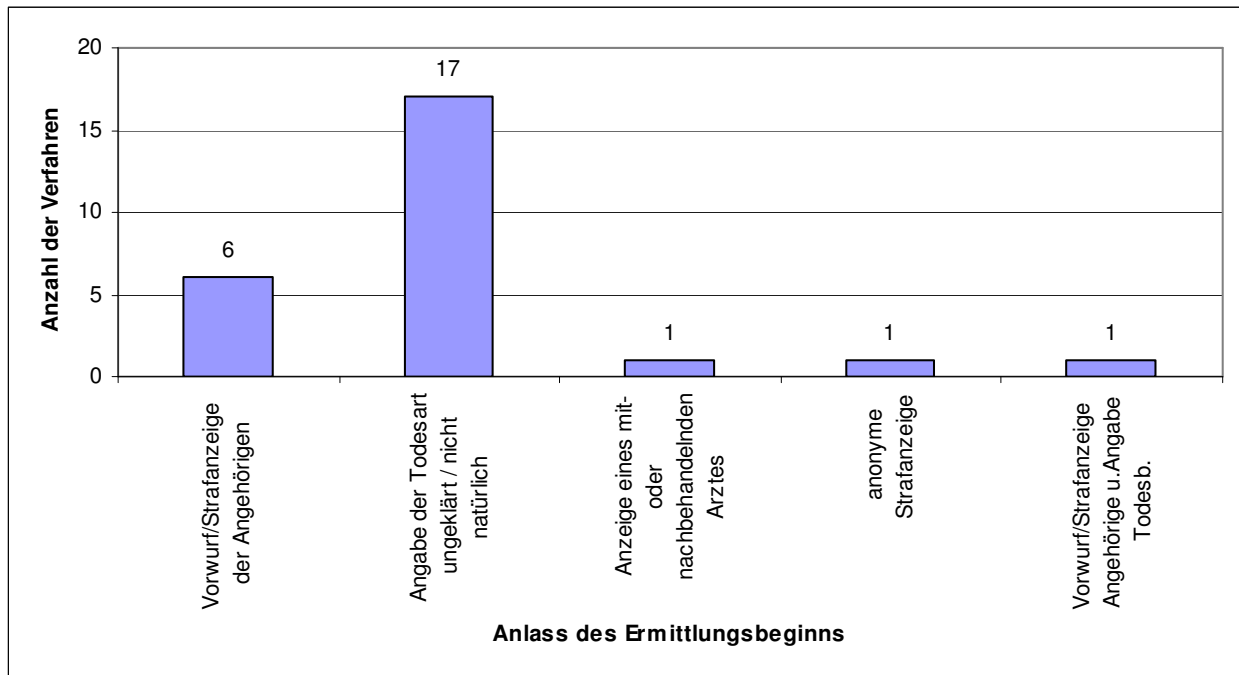


Abbildung 3: Anlass für die Aufnahme des Ermittlungsverfahrens aufgrund des Vorwurfes eines Behandlungsfehlers aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Anlass der Ermittlungen war in der Mehrzahl der Fälle die Angabe ungeklärte bzw. nicht natürliche Todesursache in der Todesbescheinigung. Dies war bei 65 % der Ermittlungsverfahren der Fall.

In sechs Fällen wurde aufgrund eines Vorwurfs bzw. einer Strafanzeige durch Angehörige ein Ermittlungsverfahren eingeleitet.

Lediglich in einem Fall kam es gleichzeitig zu einem Vorwurf durch Angehörige und der Angabe in der Todesbescheinigung als nicht natürlich bzw. ungeklärt.

In einem der 26 Fälle wurde das Verfahren durch eine Strafanzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes in Gang gesetzt.

Eine anonyme Anzeige, vermutlich aus dem näheren Umfeld der/des Geschädigten oder des unmittelbaren Klinikumfeldes, lag einem weiteren Ermittlungsverfahren zugrunde.

3.3. Straftatbestände gemäß Strafgesetzbuch (StGB)

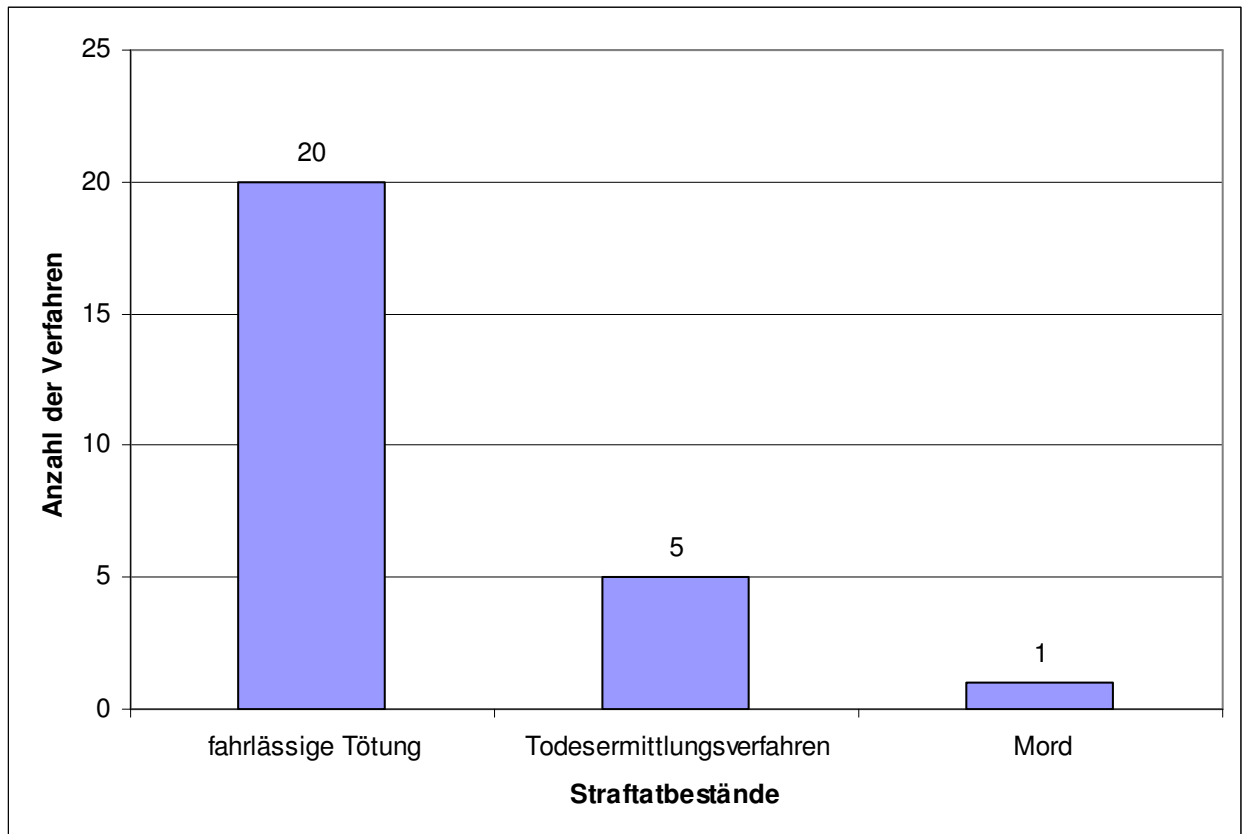


Abbildung 4: Juristische Straftatbestände bezogen auf die Anzahl der Verfahren wegen des Vorwurfes eines Behandlungsfehlers aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Von den 26 analysierten Fällen handelte es sich bei fünf Verfahren um Todesermittlungsverfahren. Hier wurde aufgrund ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart zur Klärung der Todesursache und möglichen Ausschlusses eines Fremdverschuldens eine Obduktion veranlasst. In 20 Fällen wurde ein Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung eingeleitet. Erstaunlicherweise wurde in einem Fall ein Ermittlungsverfahren wegen Mordes nach einer Strafanzeige eines mitbehandelnden Arztes geführt.

3.4. Medizinischer Vorwurf

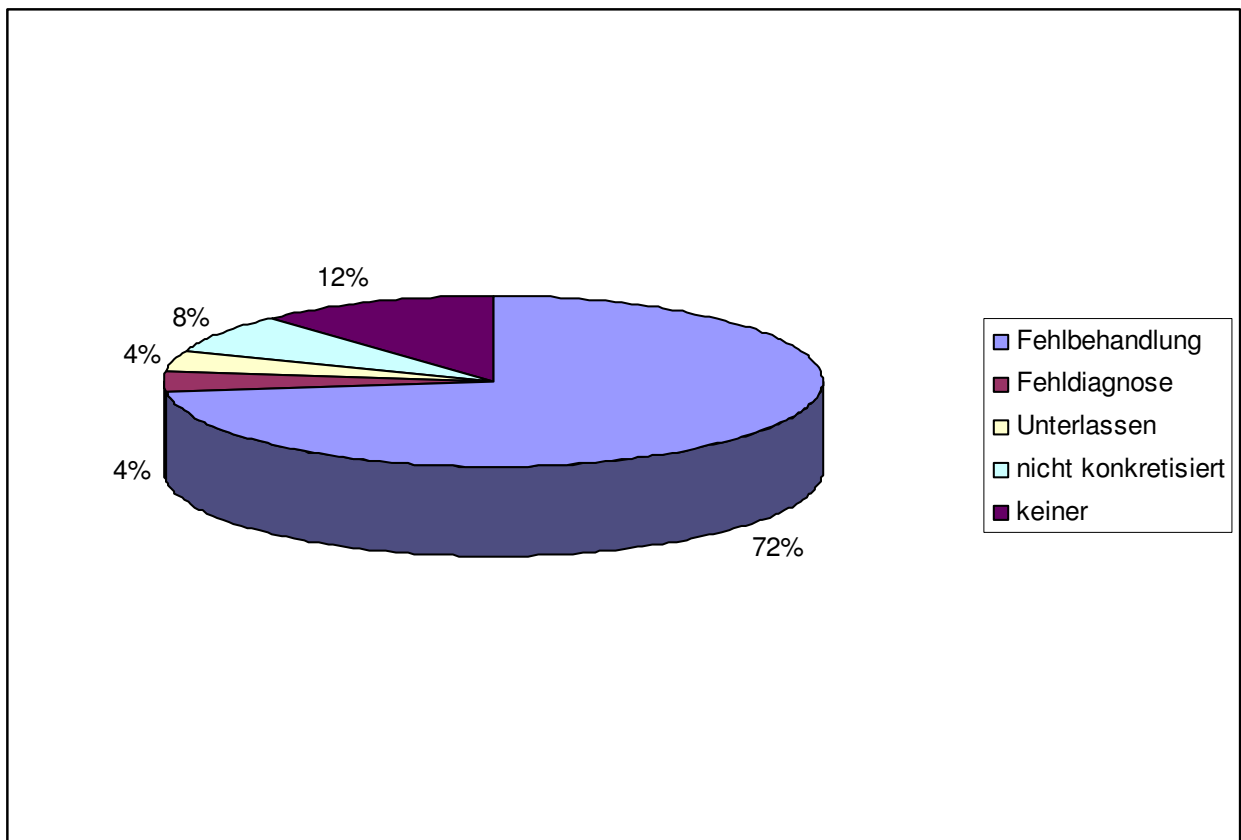


Abbildung 5: Einteilung nach dem medizinischen Vorwurf bei dem Verdacht eines Behandlungsfehlers aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Die medizinischen Vorwürfe wurden in die Kategorien Fehlbehandlung, Fehldiagnose und Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen unterteilt. Des Weiteren wurden fünf Fälle erfasst, bei denen entweder keine medizinischen Vorwürfe (12 %) geäußert oder vermutete bzw. behauptete Behandlungsfehler nicht konkretisiert wurden (8 %).

In 72 % der Fälle wurde eine Fehlbehandlung vorgeworfen. Hierunter sind unter anderem falsche Medikamentengaben, Fehler bei ärztlichen Eingriffen und das Nichterkennen von Komplikationen nach einer ärztlichen Maßnahme zusammengefasst.

Der Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen und der Vorwurf der Diagnosefehler waren mit 4 % gleich häufig vertreten.

3.5. Alter der Patienten

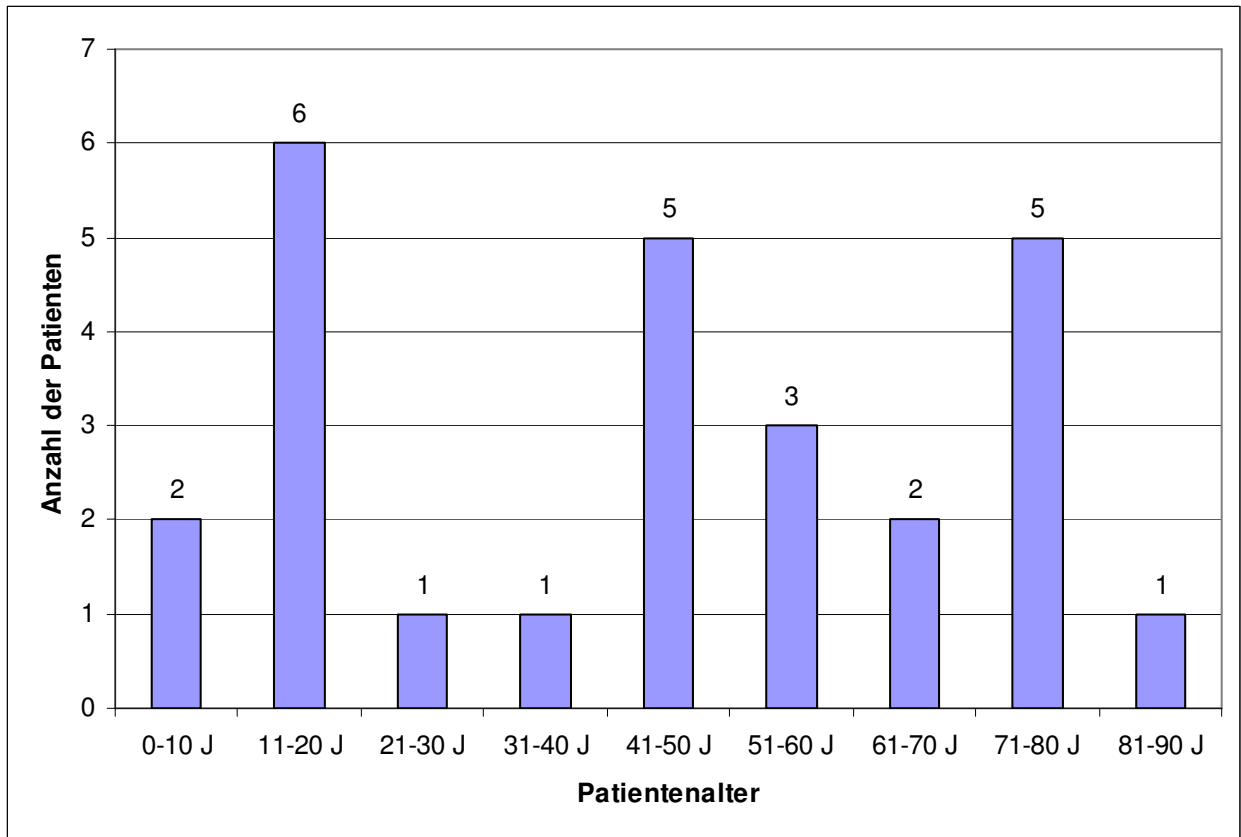


Abbildung 6: Altersverteilung der Patienten in den Fällen des Behandlungsfehlerverdachts aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Zu Auswertungszwecken wurde das Lebensalter der verstorbenen Patienten in Lebensdekaden von jeweils zehn Jahren unterteilt.

Die Darstellung (Abbildung 6) ergibt erstaunlicherweise drei Peaks, nämlich im Bereich von elf bis 20 Jahren, bei den 41 bis 50-Jährigen und im Alter zwischen 71 und 80 Jahren.

Ein deutlicher Einbruch liegt bei der Altersgruppe der 21 bis 30-Jährigen vor. Bei dem unter Zehnjährigen handelte es sich in einem Fall um einen Medikationsfehler und im anderen Fall um einen Behandlungsabbruch.

Der deutliche Anstieg in der Altersgruppe der elf bis 20-Jährigen erscheint jedoch sehr ungewöhnlich. In vier der sechs Fälle dieser Altersgruppe lagen schwere Krankheitsbilder vor. Bei den anderen beiden Fällen war der Primärauslöser für die Krankenhauseinweisung ein vorangegangener Unfall.

Die Altersgruppen mit erhöhten Behandlungszahlen spiegeln durchaus das übliche Patientengut sowohl im anästhesiologischen als auch im intensivmedizinischen Bereich wieder.

3.6. Betroffene Fachrichtungen

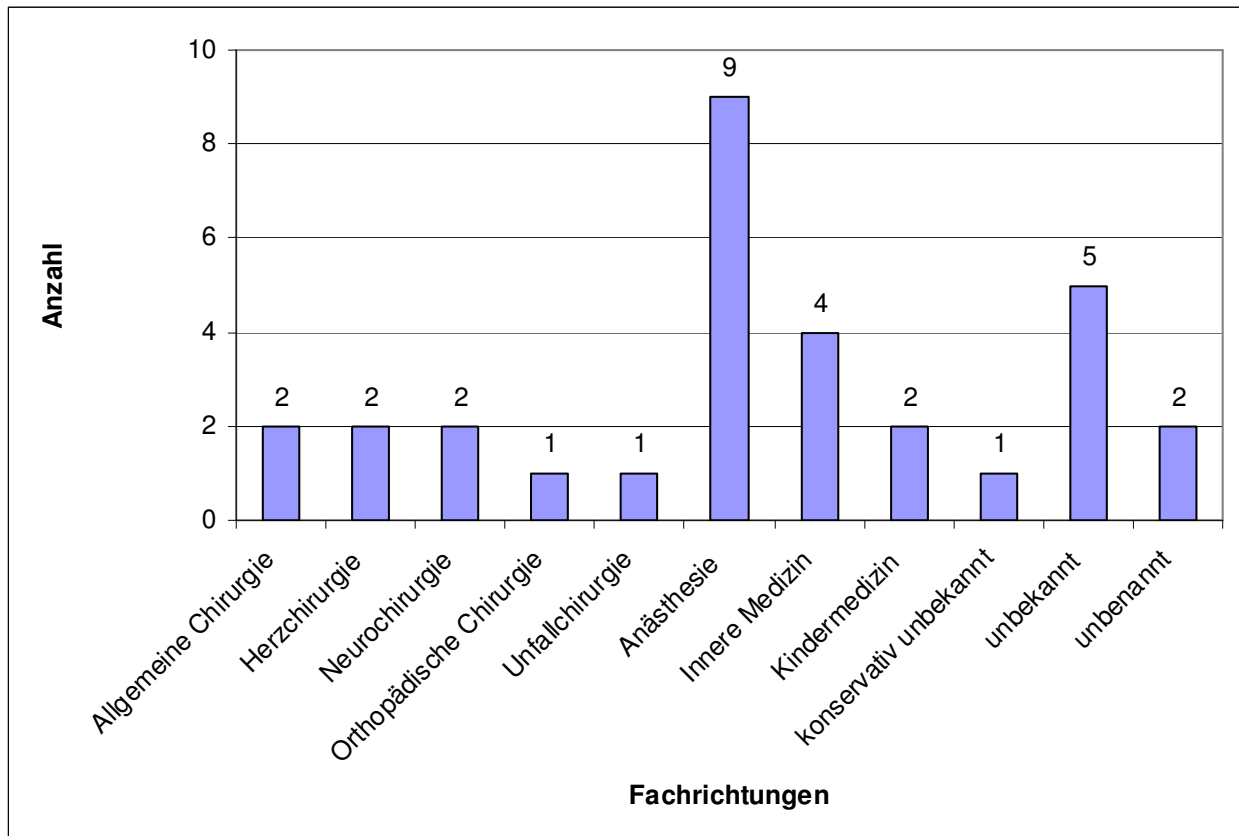


Abbildung 7: Anzahl der betroffenen Fachrichtungen (n=31) mit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Bei den acht näher klassifizierten Fachgebieten handelt es sich um die Fachrichtungen Allgemeine Chirurgie, Herzchirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Anästhesie, Innere Medizin und Kindermedizin.

Die allgemeine Chirurgie, die Herzchirurgie, die Unfallchirurgie, die Neurochirurgie und die Orthopädische Chirurgie, als operative Fächer zusammengefasst, waren in insgesamt acht Fällen betroffen.

Die Anästhesie stellt mit neun Fällen den führenden Fachbereich dar, wobei hier auch der niedergelassene Bereich erfasst wurde. Die etwas höhere Zahl der Fälle liegt daran, dass auch ambulant anästhesiologische Vorwürfe berücksichtigt wurden.

Die Innere Medizin nimmt, betrachtet man die operativen Fachrichtungen als eine Gruppe, die dritthäufigste Position ein. In zwei Fällen war die Kinderheilkunde betroffen.

3.7. Beruflicher Status der beschuldigten Ärzte

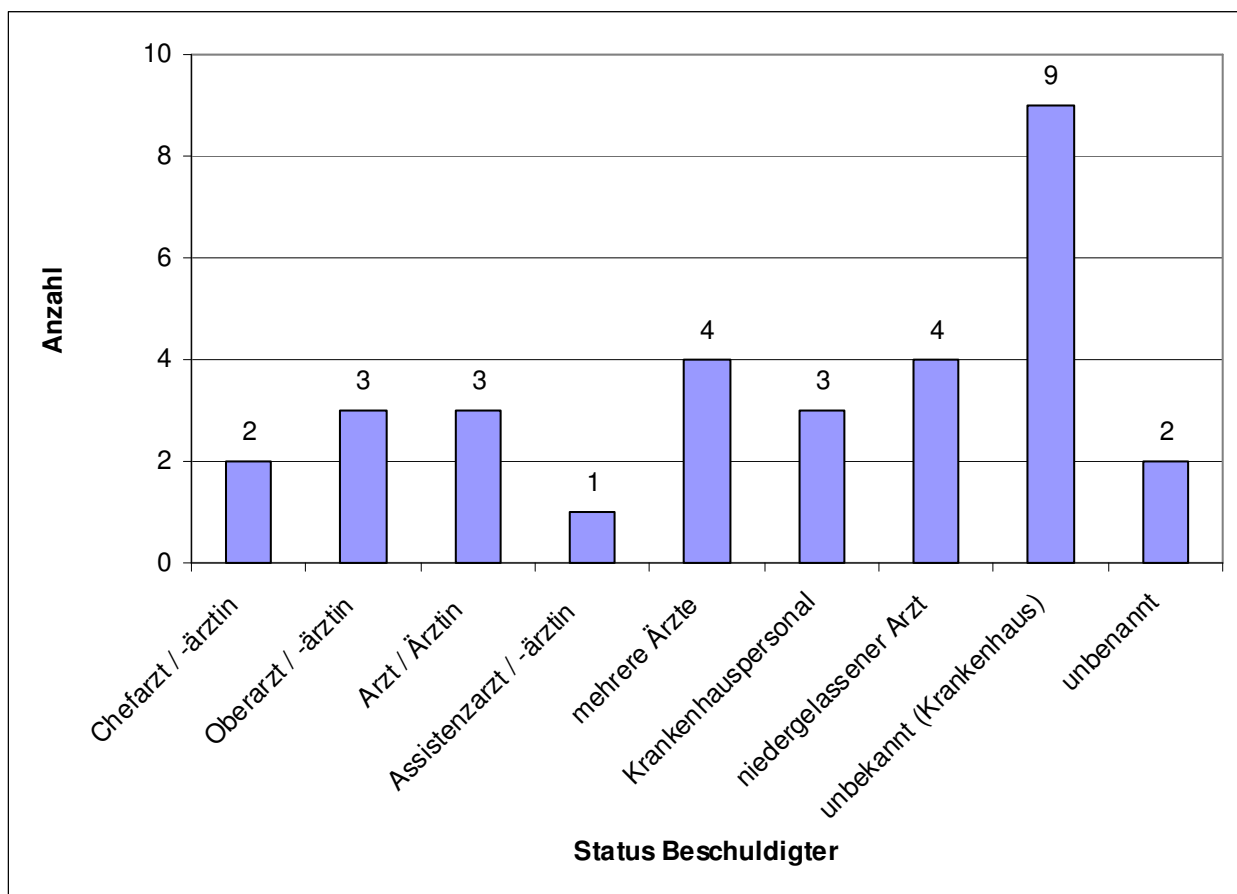


Abbildung 8: Beruflicher Status der beschuldigten Ärzte in den Fällen des Vorwurfes eines Behandlungsfehlers aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Insgesamt wurden 31 Beschuldigte ermittelt, wobei sich die Ermittlungsverfahren nicht selten gegen mehrere Beschuldigte richteten.

Soweit dies aus den Ermittlungsakten hervorging, waren in zwei Fällen Chefärzte beschuldigt.

Unter der Statusbezeichnung „unbekannt“ wurden neun Fälle klassifiziert, wobei zwar in sechs Fällen eine Fachrichtung angegeben war, jedoch der berufliche Status des Beschuldigten nicht aus den Ermittlungsakten hervorging. Fünf der unter „unbekannt“ und „unbenannt“ zugeordneten Fälle waren Todesermittlungsverfahren, da hier kein Beschuldiger näher vermerkt wurde. Oberärzte und Ärzte waren in je drei Verfahren beschuldigt. Der Status des Assistenzarztes war einmal angegeben.

In vier Verfahren wurden mehrere Ärzte beschuldigt, in drei Verfahren wurden die Beschuldigten unter dem Begriff „Krankenhauspersonal“ zusammengefasst.

Bei drei der vier beschuldigten niedergelassenen Ärzte handelte es sich um Anästhesisten. Bei dem anderen niedergelassenen Arzt handelte es sich um einen Chirurgen, der gemeinschaftlich mit dem Anästhesiologen in einem Verfahren Beschuldiger war.

3.8. Art des Gutachtens

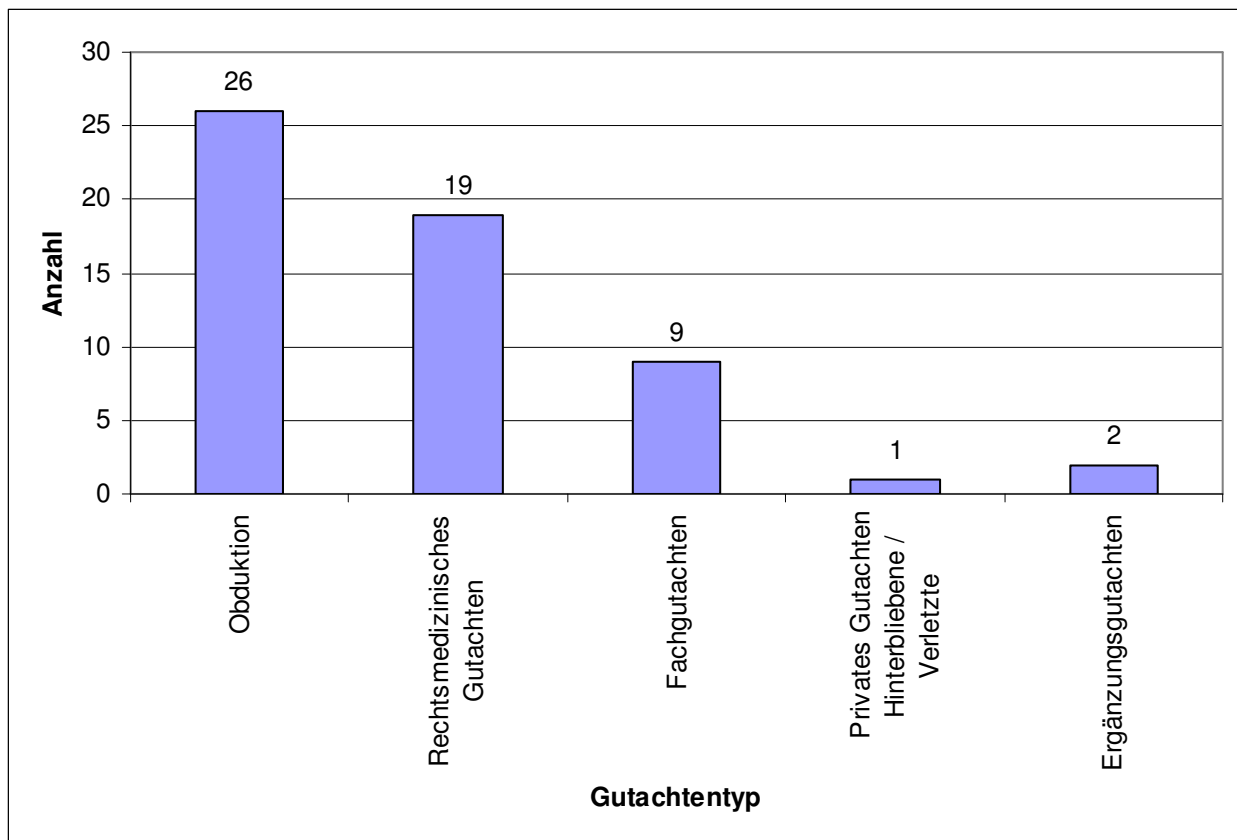


Abbildung 9: Art des Gutachtens in den Fällen des Behandlungsfehlervorwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

In allen 26 Fällen wurde eine Leichenöffnung veranlasst. Nach der Obduktion wurde in 19 Fällen ein rechtsmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben. Dieses sollte klären, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorlag und dieser ursächlich für den eingetretenen Todeserfolg war. Hier erfolgte dann überwiegend eine ausführliche Auswertung der durch die Ermittlungsbehörde zur Verfügung gestellten Krankenunterlagen sowie der Ermittlungsakte.

Konnten fachspezifische Fragen durch das rechtsmedizinische Gutachten nicht mit der im Strafverfahren erforderlichen Sicherheit geklärt werden oder wurden diese Fragen nur unzureichend beantwortet, beauftragte die Staatsanwaltschaft einen Gutachter des entsprechenden Fachgebietes. Dies geschah in neun Fällen jeweils auf Anregung des rechtsmedizinischen Instituts.

3.9. Obduktionsergebnis

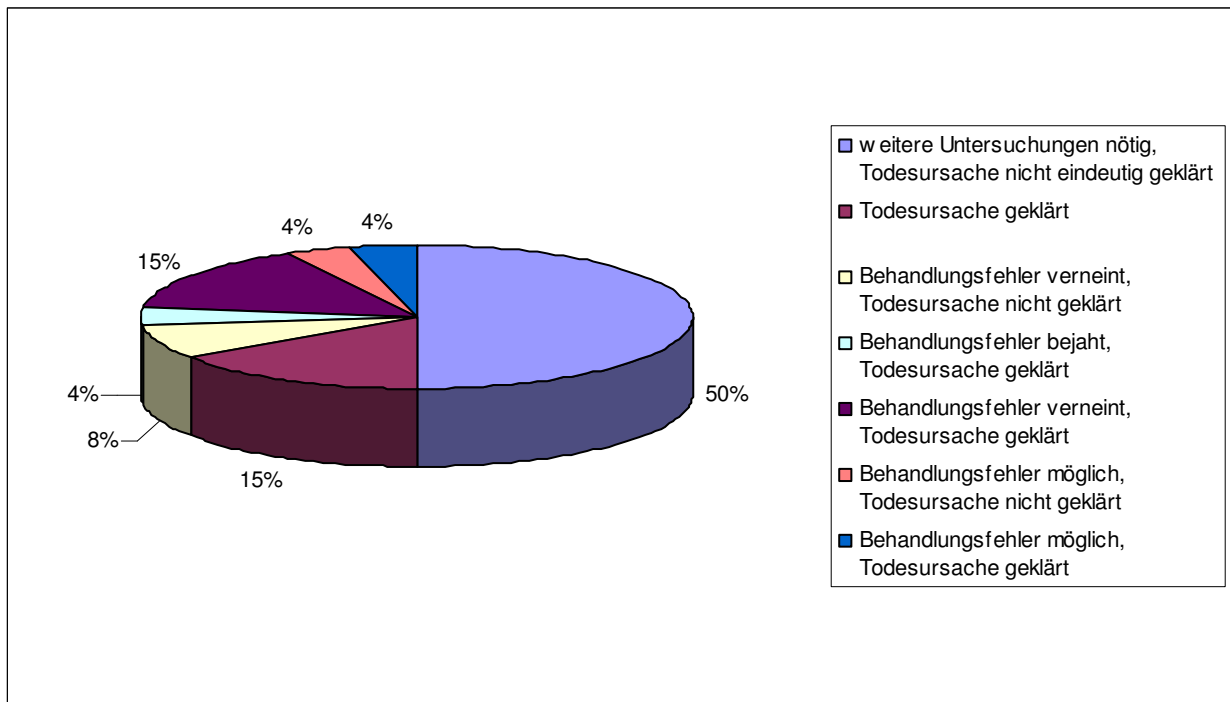


Abbildung 10: Obduktionsergebnis bezüglich eines Behandlungsfehlervorwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Bei den 26 durchgeführten Obduktionen waren in 13 Fällen weitere Untersuchungen nötig. Hierbei handelte es sich meist um feingewebliche oder toxikologische Zusatzuntersuchungen, Einsichtnahme in die Krankenunterlagen oder zusätzliche Gutachten, um das vorläufige Ergebnis hinsichtlich der Todesursache zu bestätigen.

In vier Fällen konnte bereits durch die Leichenöffnung die Todesursache makroskopisch geklärt werden,

In den Fällen, in welchen die Todesursache im Rahmen der Obduktion nicht geklärt werden konnte, wurde zweimal ein Behandlungsfehler verneint und in dem anderen Fall ein Behandlungsfehler für möglich gehalten.

Bei vier Obduktionen wurde ein Behandlungsfehler bei geklärteter Todesursache verneint.

Lediglich in einem Fall wurde bereits während der Obduktion ein Behandlungsfehler bejaht, der nach Aussage der Rechtsmediziner auch todesursächlich war.

3.10. Ergebnis des rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachtens

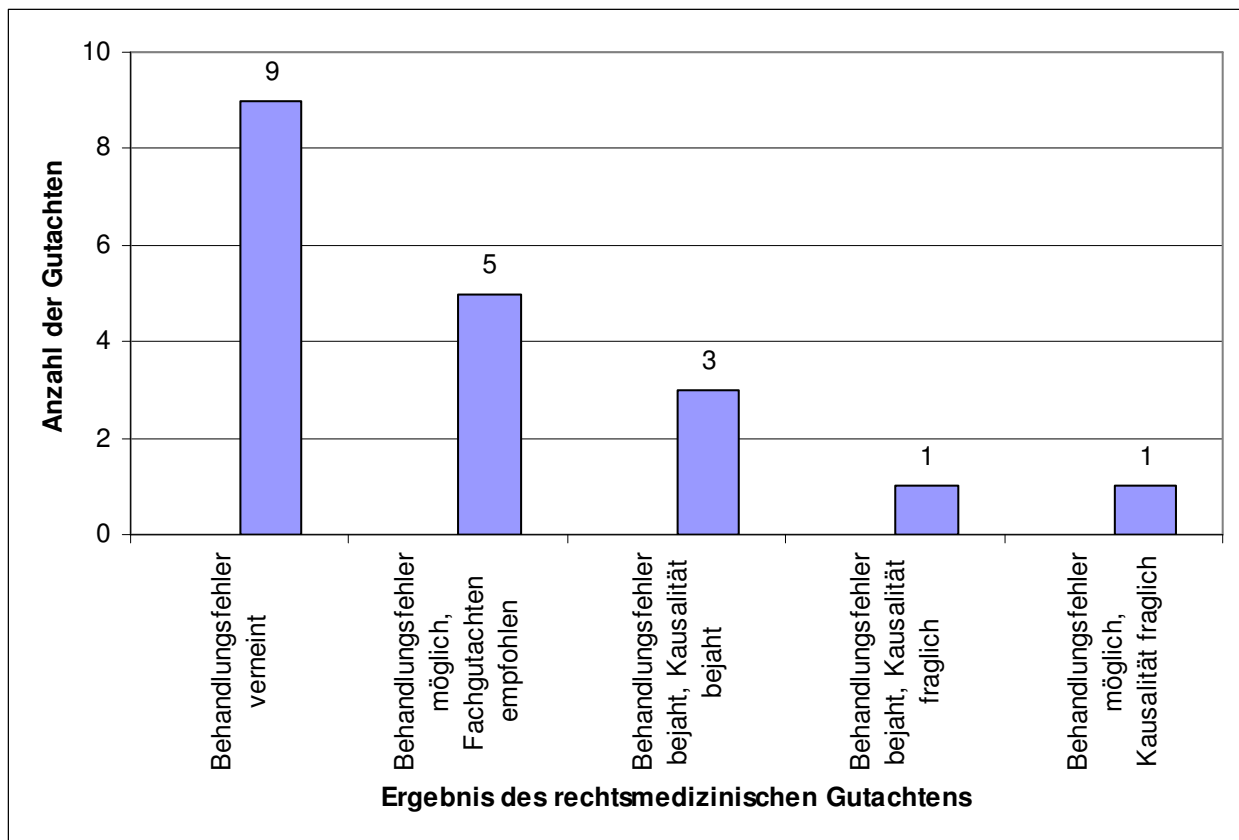


Abbildung 11: Ergebnis der rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachten bezüglich eines Behandlungsfehlervorwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

In den 19 erstellten rechtsmedizinischen Gutachten wurde in neun Fällen ein Behandlungsfehler verneint.

In fünf Gutachten kam man aufgrund der Geschehensabläufe zu dem Ergebnis, dass durchaus ein Behandlungsfehler in Betracht kommen könnte. Zur vollständigen Klärung aus rechtsmedizinischer Sicht wurde allerdings ein Fachgutachten empfohlen.

Bei drei Gutachten wurde sowohl ein fehlerhaftes Verhalten, als auch die Kausalität für den Tod bejaht.

3.11. Gutachtendauer

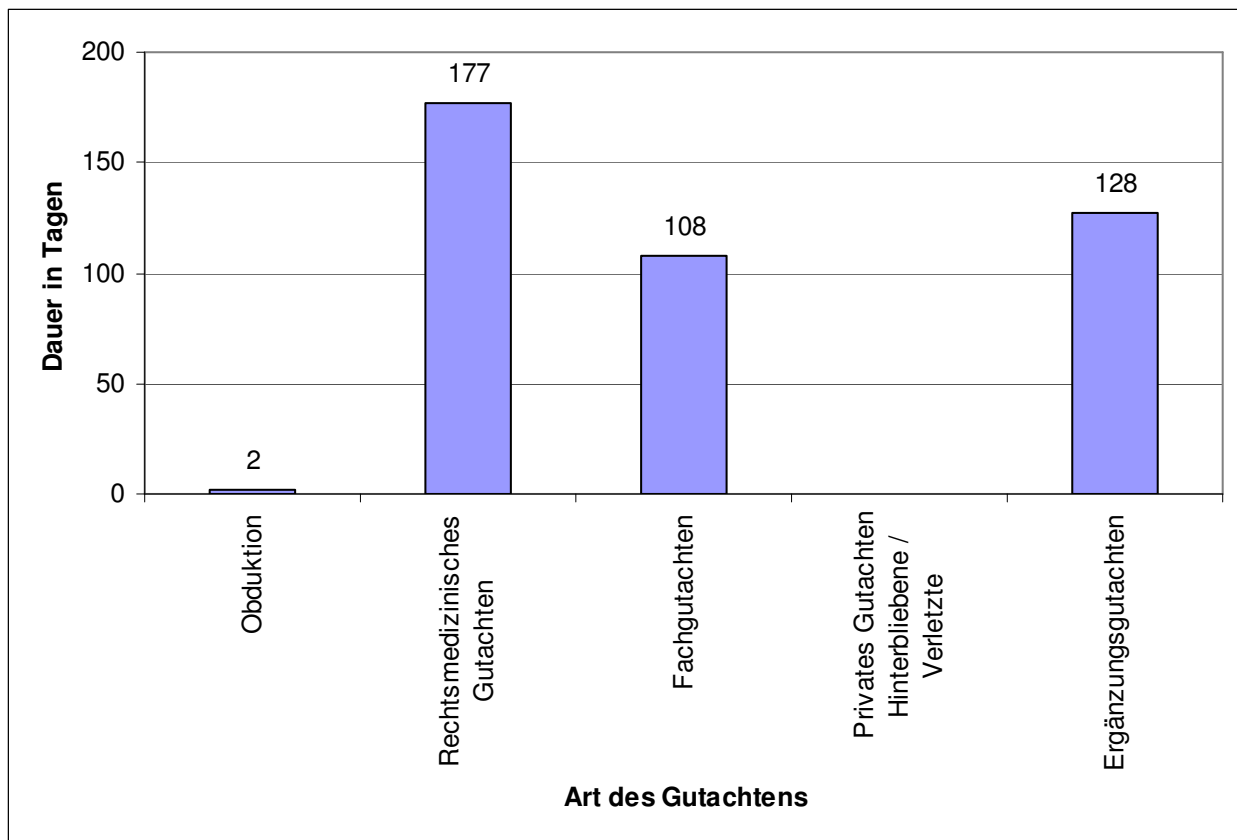


Abbildung 12: Dauer der Gutachten in Tagen bezogen auf die Art des Gutachtens in den Fällen eines Behandlungsfehlervorwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Erhält die Staatsanwaltschaft Kenntnis von einem nicht natürlichen bzw. ungeklärten Tod oder geht sie aus anderen Gründen von einem Anfangsverdacht für ein nicht natürliches Todesereignis aus, so wird in der Regel zur Klärung der genaueren Umstände eine Obduktion angeordnet. In diesen Fällen beantragt die Staatsanwaltschaft gemäß § 87 StPO beim Ermittlungsrichter des zuständigen Amtsgerichts einen Beschluss zur Leichenöffnung. Vom Antrag der Staatsanwaltschaft bis zur Durchführung der Obduktion vergingen in den untersuchten Fällen im Durchschnitt 2 Tage.

Wurde ein rechtsmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben, lag dieses nach durchschnittlich 177 Tagen vor. Die Erstellung eines Fachgutachtens dauerte 108 Tage. In zwei Fällen wurden Ergänzungsgutachten veranlasst, welche im Schnitt nach 128 Tagen vorlagen.

Über die Dauer des einzigen privaten Gutachtens waren Angaben in den Unterlagen nicht enthalten.

3.12. Verfahrensdauer

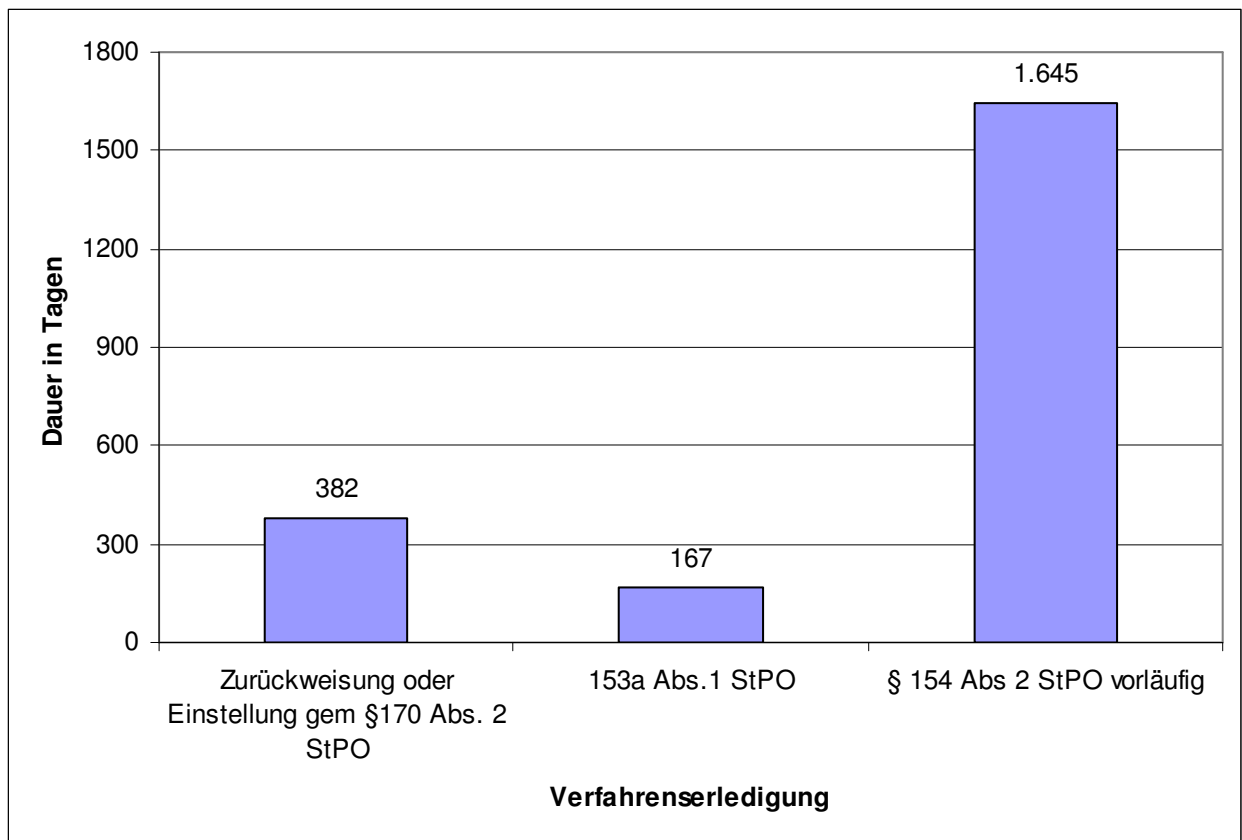


Abbildung 13: Verfahrensdauer in Tagen hinsichtlich der Verfahrenserledigung in den Fällen eines Behandlungsfehlervorwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Die Verfahren, welche sich entweder gegen konkrete Tatverdächtige richteten oder als so genannte Todesermittlungsverfahren geführt wurden und gemäß § 170 Abs. 2 StPO mangels hinreichenden Tatverdachts bzw. mangels feststellbaren ärztlichen Fehlverhaltens eingestellt wurden, dauerten durchschnittlich 382 Tage.

Das nach § 153a Abs. 1 StPO eingestellte Verfahren wurde nach Erfüllung der Auflagen nach 167 Tagen abgeschlossen.

In dem nach § 154 Abs. 2 StPO vorläufig eingestellten Verfahren lag die Dauer bei 1645 Tagen (ca. 4,5 Jahre!).

3.13. Verfahrenserledigung

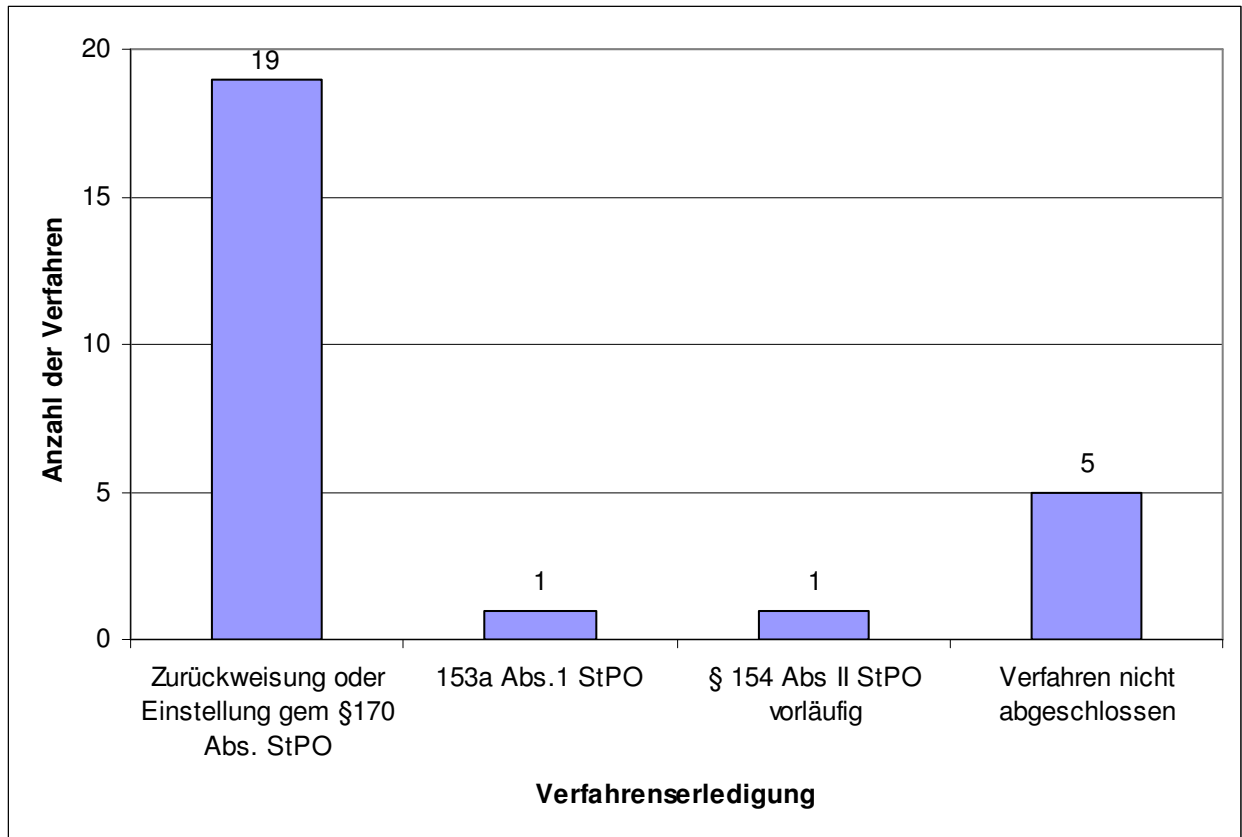


Abbildung 14: Verfahrenserledigung (n=26) hinsichtlich eines Behandlungsfehlervorwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

In 19 Fällen (73 %) wurde das Verfahren gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt. Fünf der 26 Fälle (19 %) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen, so dass zum weiteren Verfahrensverlauf keine Aussage möglich war.

In einem Fall kam es zur Verfahrenserledigung gemäß § 153a StPO und in einem weiteren zur vorläufigen Einstellung nach § 154 StPO.

3.14. Einstellungsbegründung

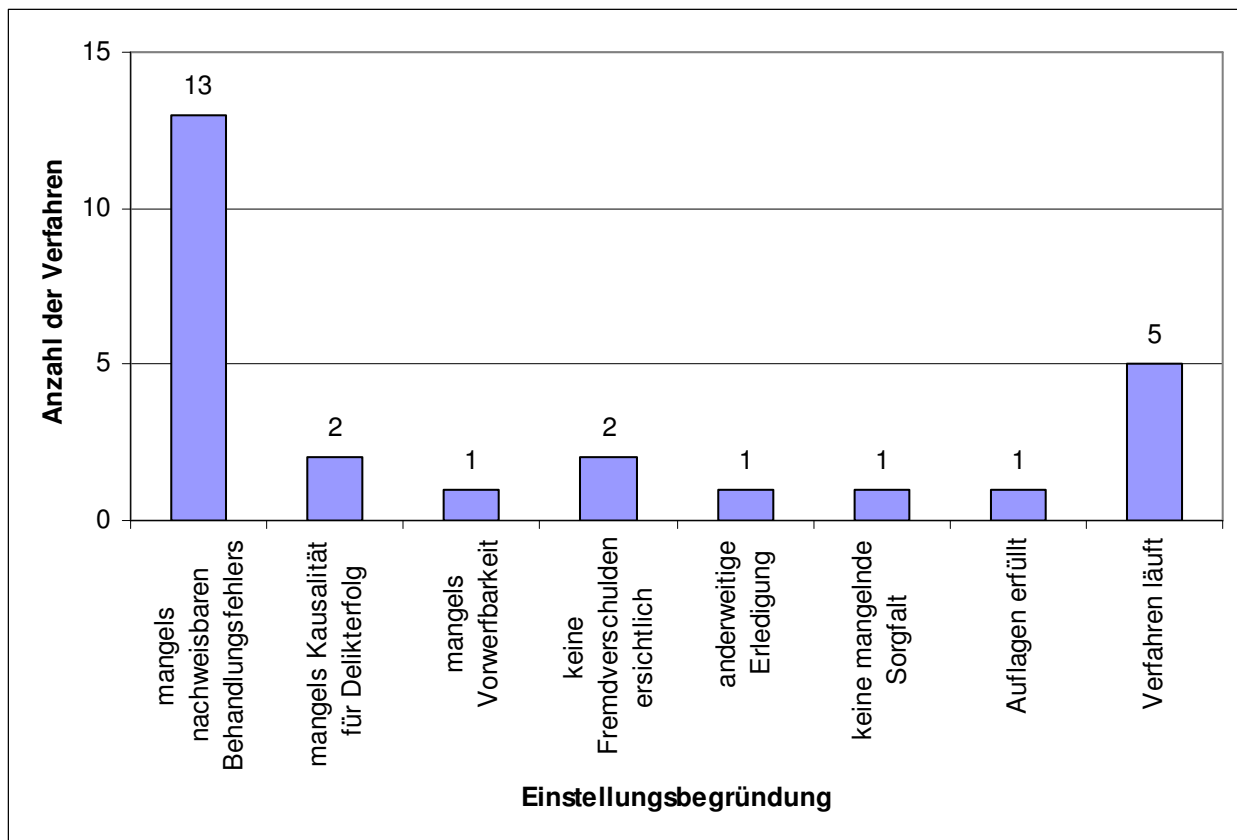


Abbildung 15: Einstellungsbegründung der Ermittlungsverfahren bezüglich eines Behandlungsfehlerwurfes aus dem Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin

Bei 13 der untersuchten Akten wurde das Verfahren mangels nachweisbaren Behandlungsfehlers eingestellt. In zwei Fällen lag keine Kausalität für den Deliktserfolg vor, ein weiteres Ermittlungsverfahren wurde mangels Vorwerfbarkeit eingestellt. Bei zwei der 26 Ermittlungsverfahren war kein Fremdverschulden ersichtlich. Ein Verfahren wurde anderweitig erledigt, während bei einem weiteren Verfahren durch Zahlung einer Geldbuße an eine gemeinnützliche Einrichtung die Auflagen erfüllt wurden und das Verfahren somit zum Abschluss kam.

In einem anderen Verfahren kam man zu der Erkenntnis, dass keine mangelnde Sorgfalt vorgelegen habe.

Fünf weitere Verfahren waren noch nicht abgeschlossen.

4. Ergebnisse in den Fällen mit Verdacht eines Pflegefehlers

4.1. Verteilung der Verfahren auf die Staatsanwaltschaften

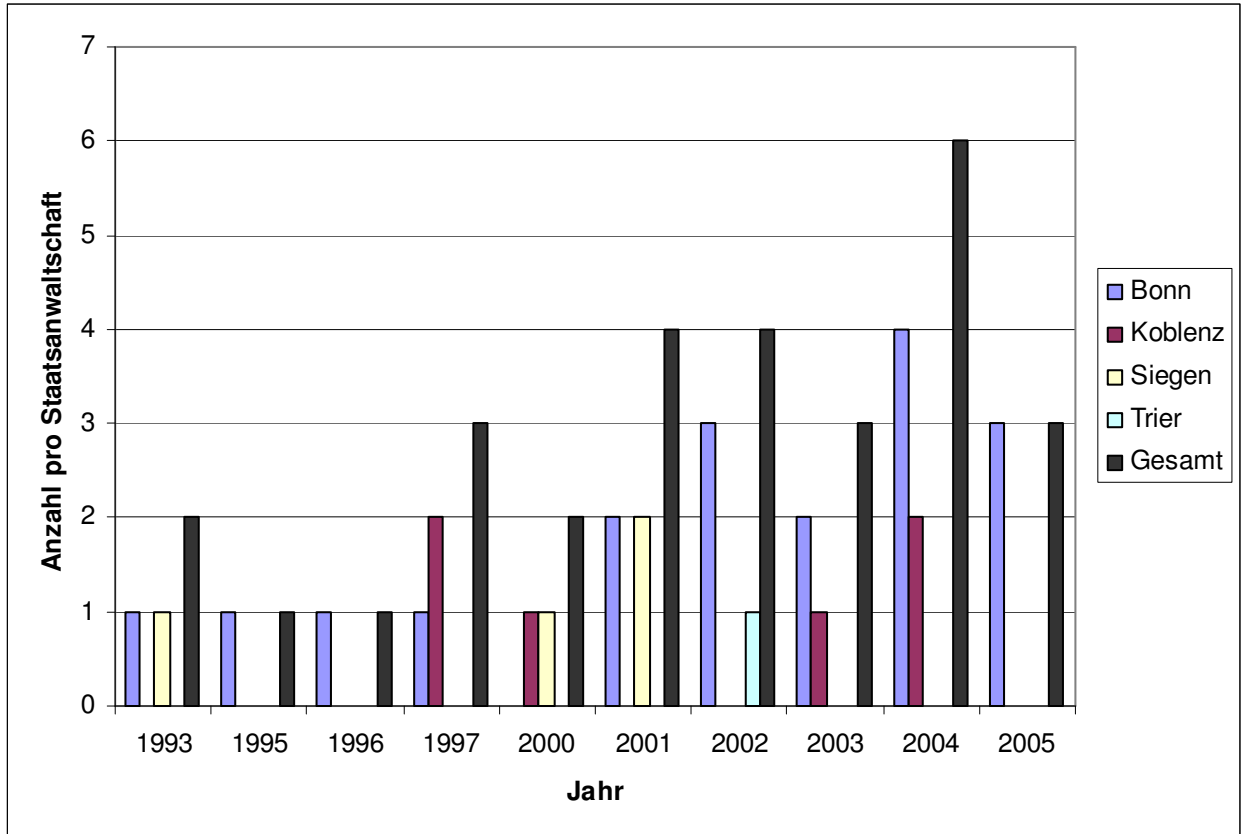


Abbildung 16: Verteilung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren auf die Jahre 1993 bis 2005 mit dem Verdacht eines Pflegefehlers (n=29)

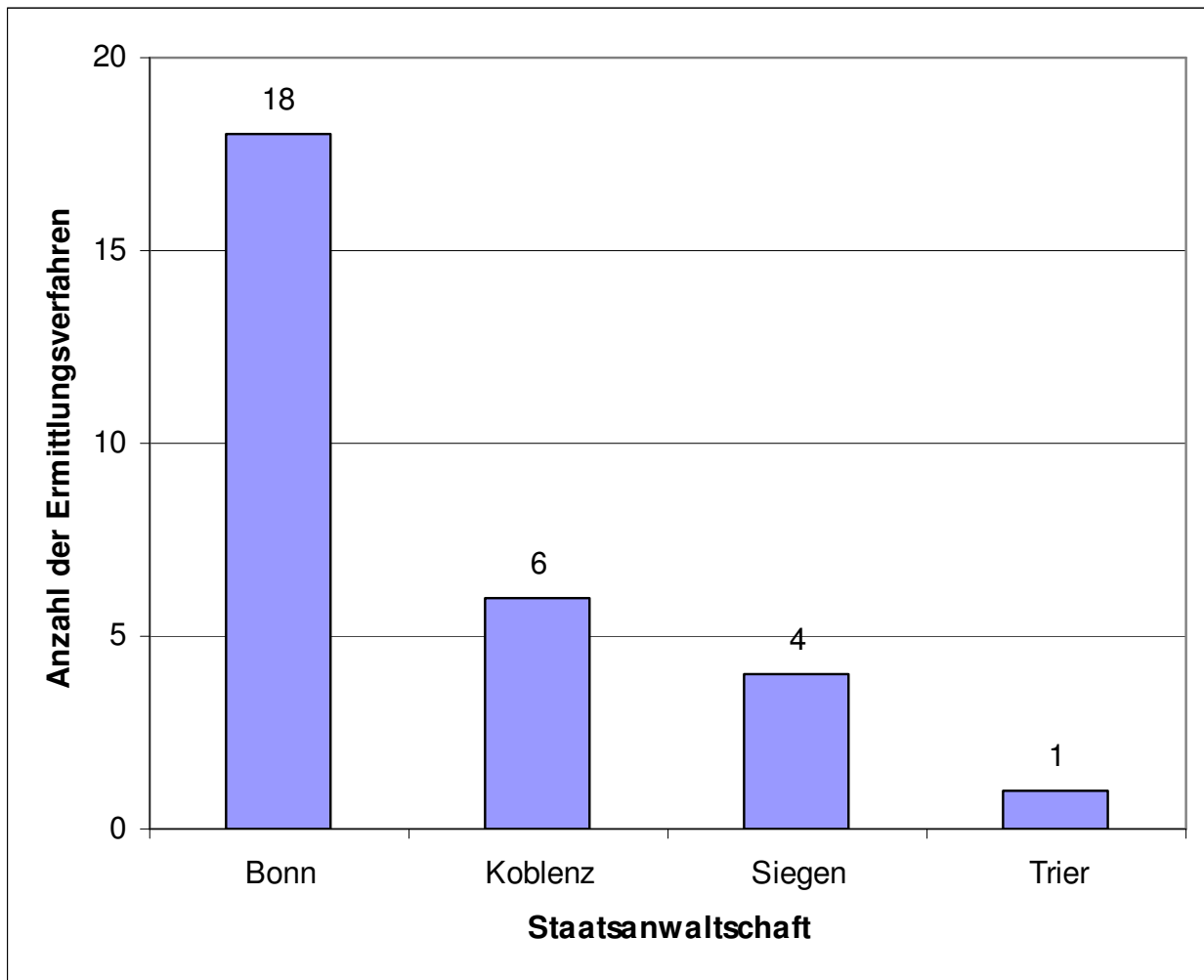


Abbildung 17: Gesamtzahl der Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaften mit dem Vorwurf eines Pflegefehlers

In Abbildung 16 sind sämtliche Ermittlungsverfahren aufgeführt, die bei den jeweiligen Staatsanwaltschaften im Erhebungszeitraum wegen des Verdachts eines strafrechtlich relevanten Pflegefehlers anhängig waren. Es fällt auf, dass in den Jahren 1989 bis 1992 kein einziges Verfahren wegen eines Pflegefehlerverdachts in den betreffenden Staatsanwaltschaften geführt wurde. Erst im Jahr 1993 wurde jeweils ein Verfahren bei den Staatsanwaltschaften Bonn und Siegen geführt. In den Jahren 1995, 1996 und 1997 wurde in der Bonner Ermittlungsbehörde pro Jahr jeweils ein Verfahren wegen des Verdachts eines Pflegefehlers eingeleitet.

In Koblenz gab es im Jahr 1997 zwei Verfahren wegen eines Anfangsverdachts bezüglich eines Pflegefehlers. Im Jahr 2000 wurde in Bonn kein Verfahren im Zusammenhang mit einem Pflegefehler geführt, dagegen jedoch jeweils ein Verfahren bei den Staatsanwaltschaften Koblenz und Siegen.

Im Jahr 2001 wurden jeweils zwei Verfahren in Bonn und Siegen eingeleitet. Drei Ermittlungsverfahren waren im Jahr 2002 bei der Bonner Staatsanwaltschaft anhängig, bei denen Anhaltspunkte für einen Pflegefehler vorlagen. Bei der Staatsanwaltschaft Trier war es dagegen nur ein Verfahren.

Im Jahr 2003 waren zwei, im Jahr 2004 vier und im Jahr 2005 drei Verfahren bei der Bonner Ermittlungsbehörde anhängig.

Von der Koblenzer Staatsanwaltschaft wurden im Jahr 2003 ein Verfahren und im Jahr 2004 zwei Verfahren geführt.

Insgesamt verteilten sich die im Untersuchungszeitraum erfassten Ermittlungsverfahren wie folgt: 18 Verfahren in Bonn, sechs Verfahren in Koblenz, vier Verfahren in Siegen und ein Verfahren in Trier (Abbildung 17). Die unterschiedliche Verfahrenshäufigkeit ist dadurch zu erklären, dass die Staatsanwaltschaften in Siegen, Trier und Koblenz nicht in allen rechtsmedizinischen Fragestellungen das Bonner Institut beauftragen, während die Bonner Staatsanwaltschaft in aller Regel mit dem rechtsmedizinischen Institut in Bonn zusammenarbeitet, so dass entsprechend mehr Aufträge bearbeitet werden.

4.2. Anlass der Ermittlungen

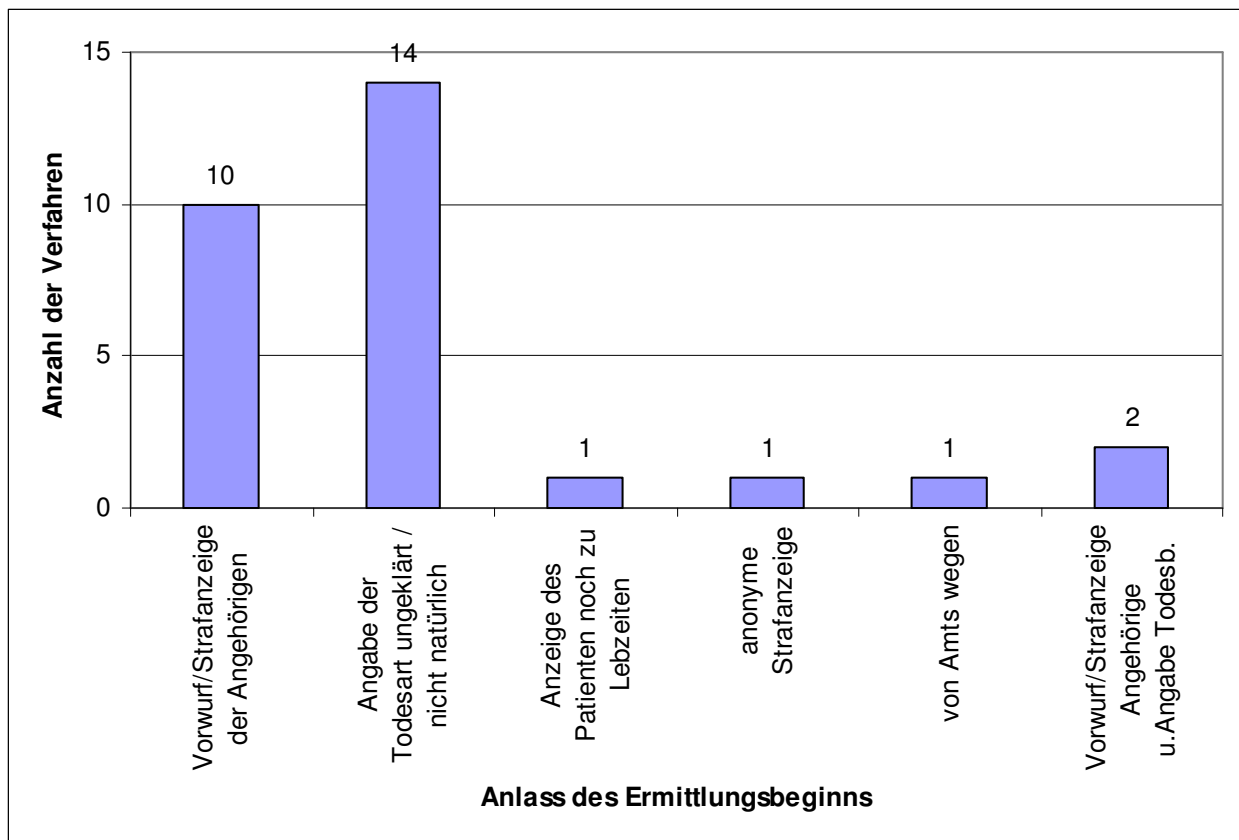


Abbildung 18: Anlass für die Aufnahme des Ermittlungsverfahrens aufgrund eines Pflegefehlervorwurfes

In 14 Fällen (49 %), bei denen die zuständigen Staatsanwaltschaften die Ermittlungen einleiteten, war in den Todesbescheinigungen die Todesart als nicht natürlich bzw. ungeklärt angegeben.

Strafanzeigen oder Vorwürfe von Angehörigen waren in zehn Fällen (35 %) Anlass für Ermittlungshandlungen.

In einem Fall (3 %) erstattete ein Patient zu Lebzeiten Strafanzeige, woraufhin wegen eines Lageungsfehlers während einer an ihm durchgeführte Operation ein Verfahren eingeleitet wurde.

Von Amts wegen wurde in einem Fall ein Ermittlungsverfahren eingeleitet, da bei einer Krematoriumsleichenschau Unregelmäßigkeiten bezüglich der angegebenen Todesart auftraten (der verstorbene Patient hatte einen Dekubitus Grad 4).

In einem anderen Verfahren gab eine anonyme Strafanzeige Anlass zu weiteren Ermittlungen.

Zwei Mal wurde innerhalb des Erfassungszeitraums ein Verfahren eingeleitet, bei dem sowohl in der Todesbescheinigung eine ungeklärte Todesart klassifiziert, als auch gleichzeitig durch Angehörige Strafanzeige erstattet wurde.

4.3. Straftatbestände gemäß Strafgesetzbuch (StGB)

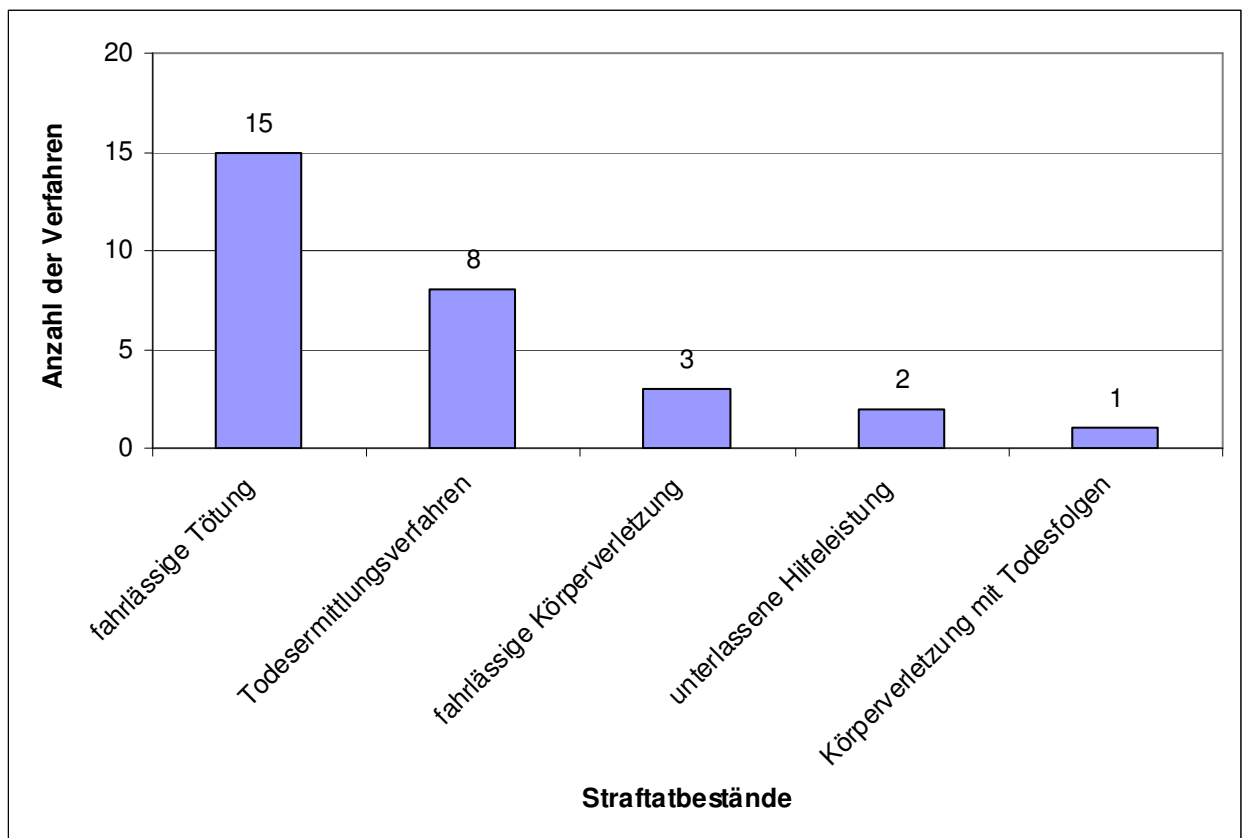


Abbildung 19: Juristische Straftatbestände bezogen auf die Ermittlungsverfahren wegen des Vorwurfes eines Pflegefehlers

Wie in Abbildung 19 ersichtlich, wurde den Beschuldigten in der Mehrzahl (n=15) der Verfahren eine fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB vorgeworfen.

Acht der Verfahren waren reine Todesermittlungsverfahren, die dann eingeleitet wurden, wenn der Aussteller der Todesbescheinigung eine ungeklärte Todesursache oder einen nicht natürlichen Tod dokumentierte und somit ein Fremdverschulden nicht auszuschließen vermochte.

Wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung gemäß § 229 StGB wurden drei der insgesamt 29 erfassten Verfahren geführt.

Der Verdacht der unterlassenen Hilfeleistung gemäß § 323c StGB war in zwei Verfahren Anlass der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen.

Ein Ermittlungsverfahren wurde wegen des Verdachts der Körperverletzung mit Todesfolge geführt.

4.4. Betroffene Fachrichtungen

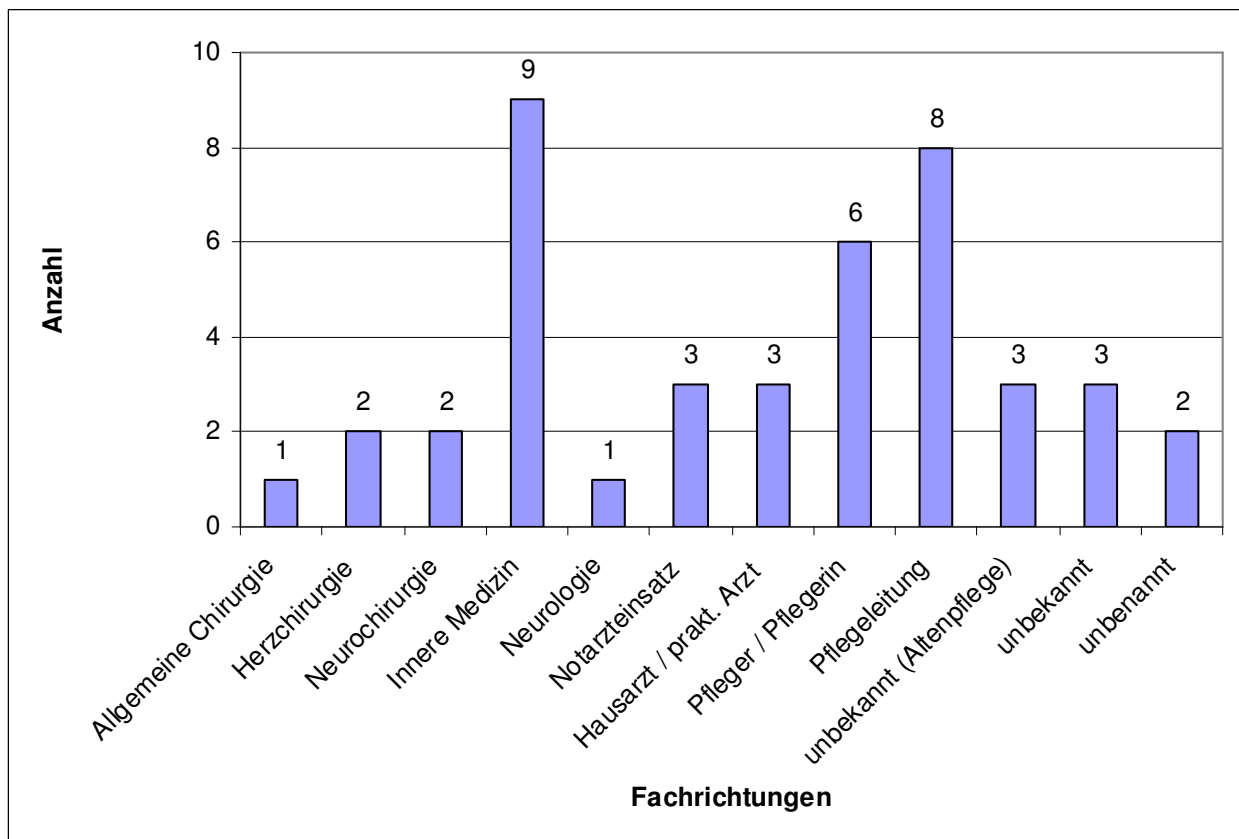


Abbildung 20: Anzahl der betroffenen Fachrichtungen mit dem Vorwurf eines Pflegefehlers

In Abbildung 20 sind die Fachrichtungen aufgeführt, die im Zusammenhang eines vermuteten Pflegefehlers betroffen waren. Dabei sind acht Fachrichtungen mit insgesamt 35 beschuldigten Personen näher erfasst, in acht Fällen konnte aufgrund der unzureichenden Aktenlage keine Fachrichtung bestimmt werden.

Hier ist die Innere Medizin mit neun Fällen am häufigsten betroffen, gefolgt von der Pflegeleitung entsprechender Einrichtungen in acht Fällen. Der Fachbereich der Pflege war in sechs Fällen in den Akten aufgeführt.

Jeweils drei Mal kamen die Beschuldigten aus dem rettungsmedizinischen Einsatzbereich. Ebenfalls drei Mal war der allgemeinmedizinische Tätigkeitsbereich von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen betroffen.

Die Chirurgie war insgesamt fünf Mal betroffen, davon je zwei Mal die Fachdisziplinen der Herz- bzw. Neurochirurgie und ein Mal die allgemeine Chirurgie.

4.5. Betroffene Einrichtung

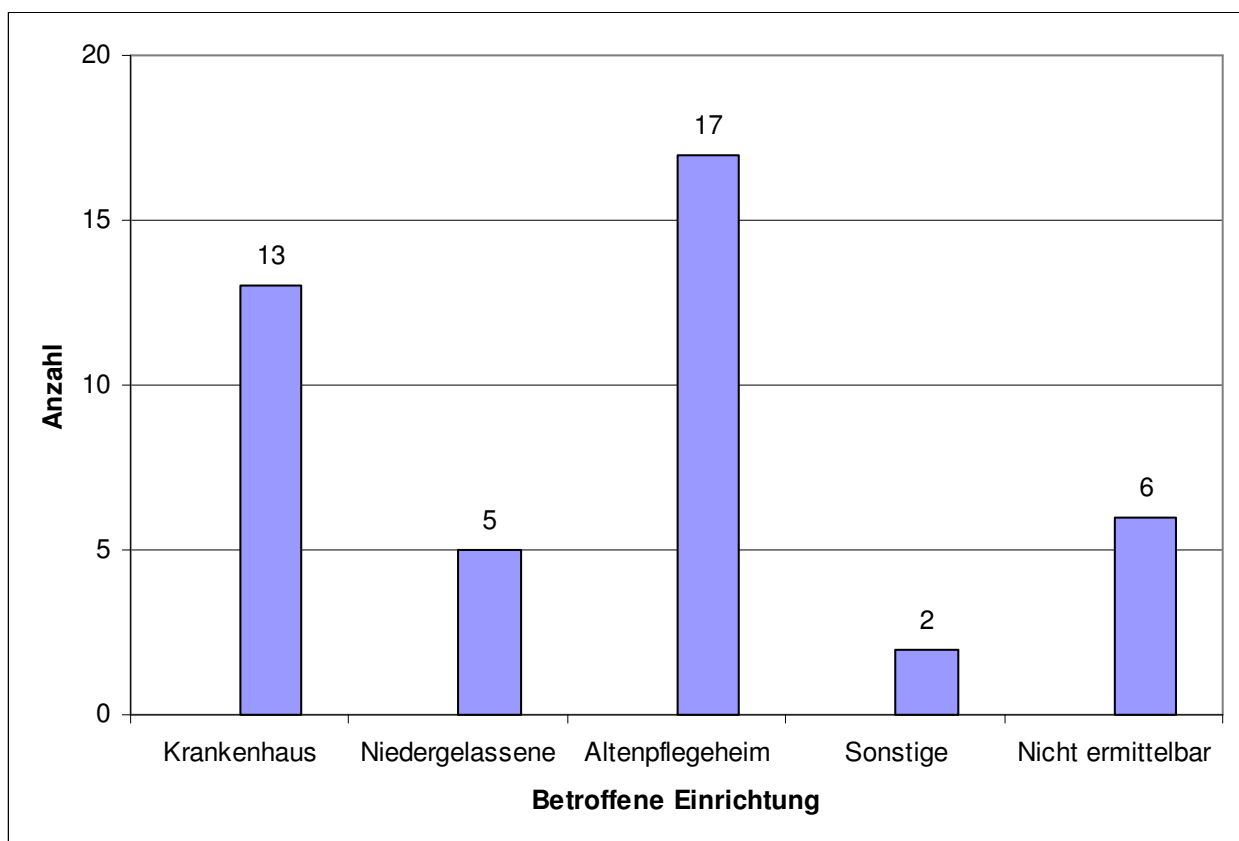


Abbildung 21: Anzahl der betroffenen Einrichtungen mit dem Vorwurf eines Pflegefehlers

In der Mehrzahl der Fälle (n=17) waren Altenpflegeheimen von Pflegefehlervorwürfen betroffen.

Bei 13 Mal richteten sich die Ermittlungshandlungen gegen im Krankenhaus tätige Personen. Niedergelassene Ärzte wurden in fünf Mal der 29 Ermittlungsverfahren mit einem Pflegefehler-vorwurf konfrontiert.

In sechs Mal konnte der Vorwurf keiner konkreten Einrichtung zugeordnet werden.

4.6. Beruflicher Status der Beschuldigten

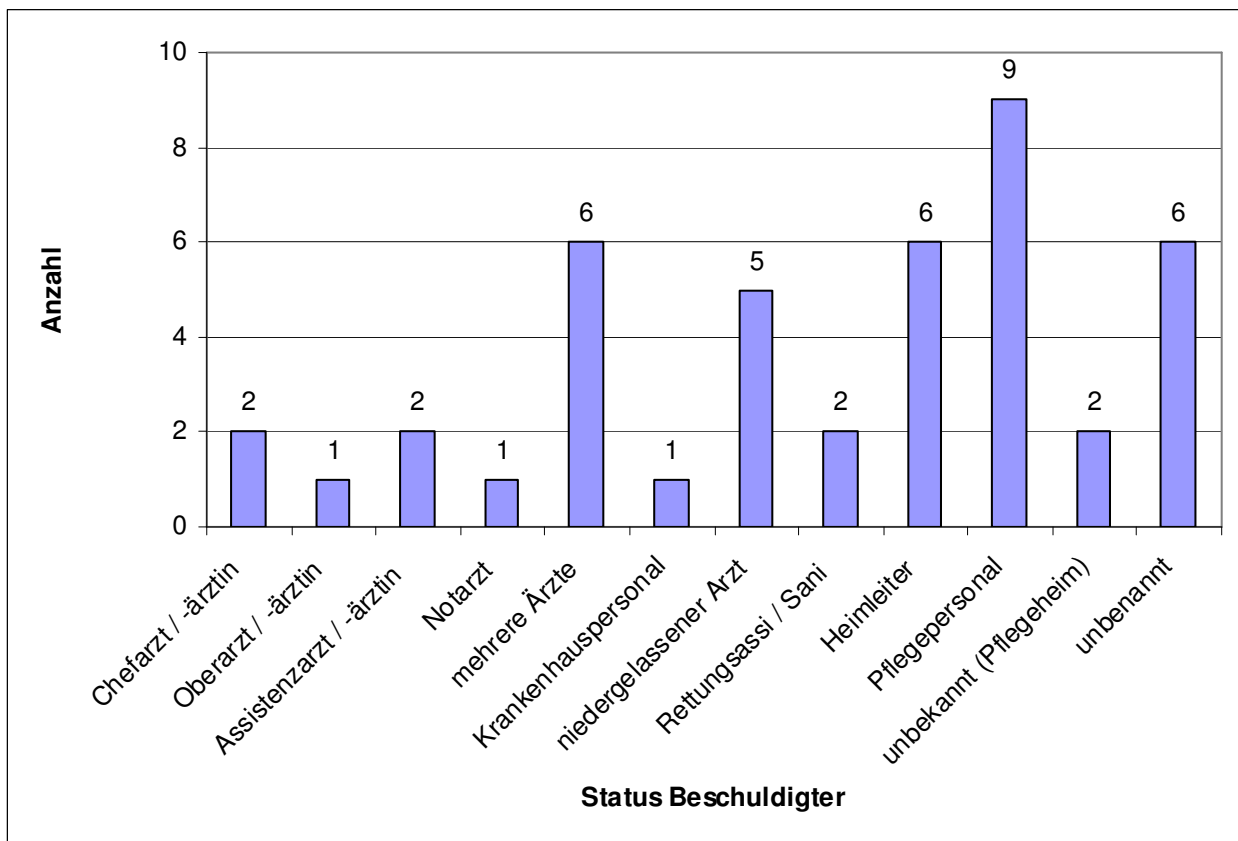


Abbildung 22: Beruflicher Status der Beschuldigten in den Fällen mit dem Vorwurf eines Pflegefehlers

In den erfassten Verfahren wurden insgesamt 43 Personen als Beschuldigte geführt.

Neun Mal war das Pflegepersonal von einem Ermittlungsverfahren betroffen. Jeweils sechs Mal waren mehrere Ärzte und die Leitung einer Pflegeheim Einrichtung beschuldigt.

Sowohl Chefärzte als auch Assistenzärzte waren zwei Mal Beschuldigte in Verfahren, bei denen Behandlungsfehler im Rahmen der Pflege im Vordergrund standen. In einem Verfahren waren

zwei Rettungssanitäter Beschuldigte, denen ein Patient von der Trage stürzte. Zudem zählte in diesem Verfahren auch der Notarzt zum Kreis der Beschuldigten.

In einem Fall war ein Oberarzt Beschuldigter eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens wegen des Verdachts eines Pflegefehlers.

Unter der Rubrik Krankenhauspersonal wurden Personen erfasst, die als Beschuldigte in den Akten geführt wurden, deren nähere berufliche Bezeichnung jedoch nicht weiter klassifiziert werden konnte.

Acht Mal ließ sich der berufliche Status des Beschuldigten nicht klären.

4.7. Art des Gutachtens

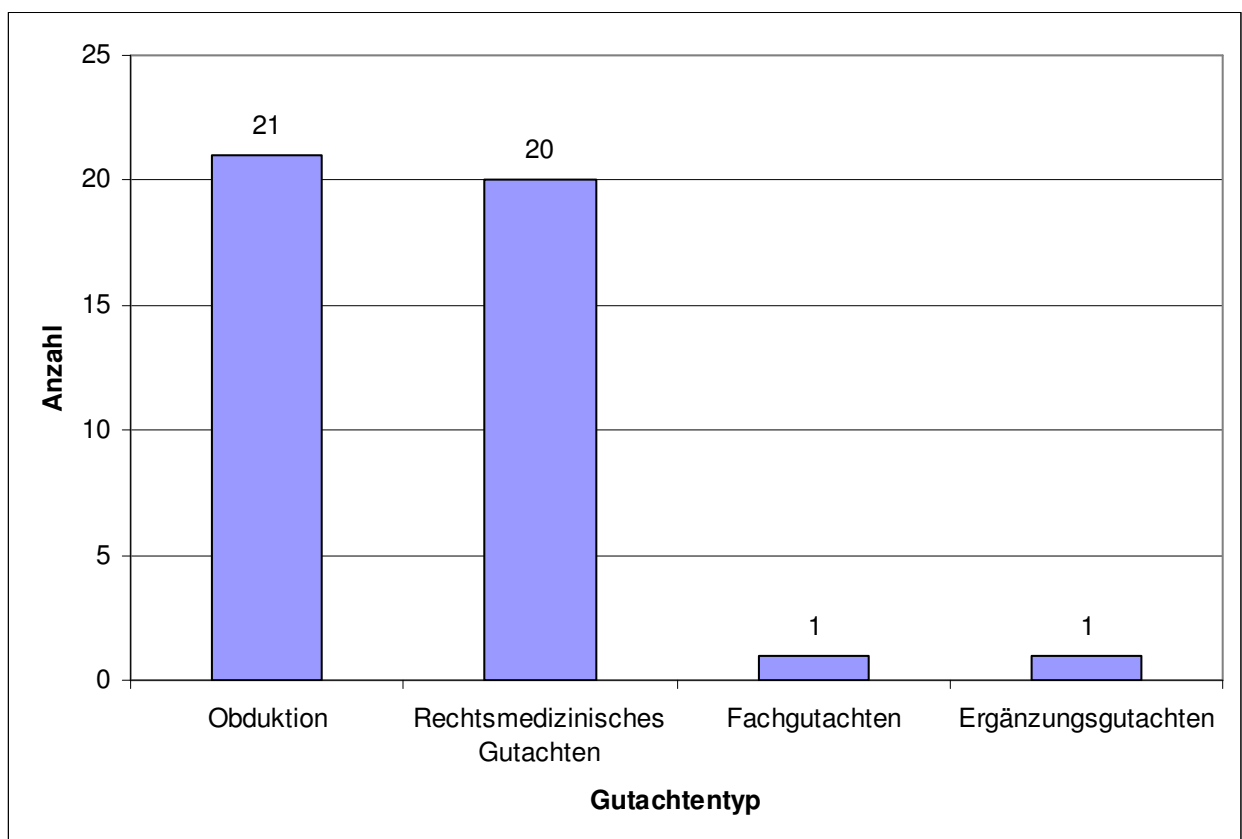


Abbildung 23: Art des Gutachtens in den Fällen eines Pflegefehlerverwurfes

Bei 21 der 29 eingeleiteten Ermittlungsverfahren wurde auf Antrag der Staatsanwaltschaft eine Obduktion durchgeführt.

In 20 Fällen wurde ein rechtsmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben, wobei lediglich bei zwölf der Gutachten eine vorherige Leichenöffnung Anlass zu einer weiteren Begutachtung gab. Acht Mal wurde nur ein rechtsmedizinisches Gutachten benötigt, da entweder der geschädigte Patient noch lebte oder aber eine Obduktion, beispielsweise wegen des fortgeschrittenen Verwesungsgrades der Leiche, keine Aussicht auf Erfolg hatte.

In einem Verfahren wurde ein Fachgutachten in Auftrag gegeben, in einem anderen Verfahren wurde von Seiten der Ermittlungsbehörde ein Ergänzungsgutachten als notwendig erachtet.

4.8. Obduktionsergebnis

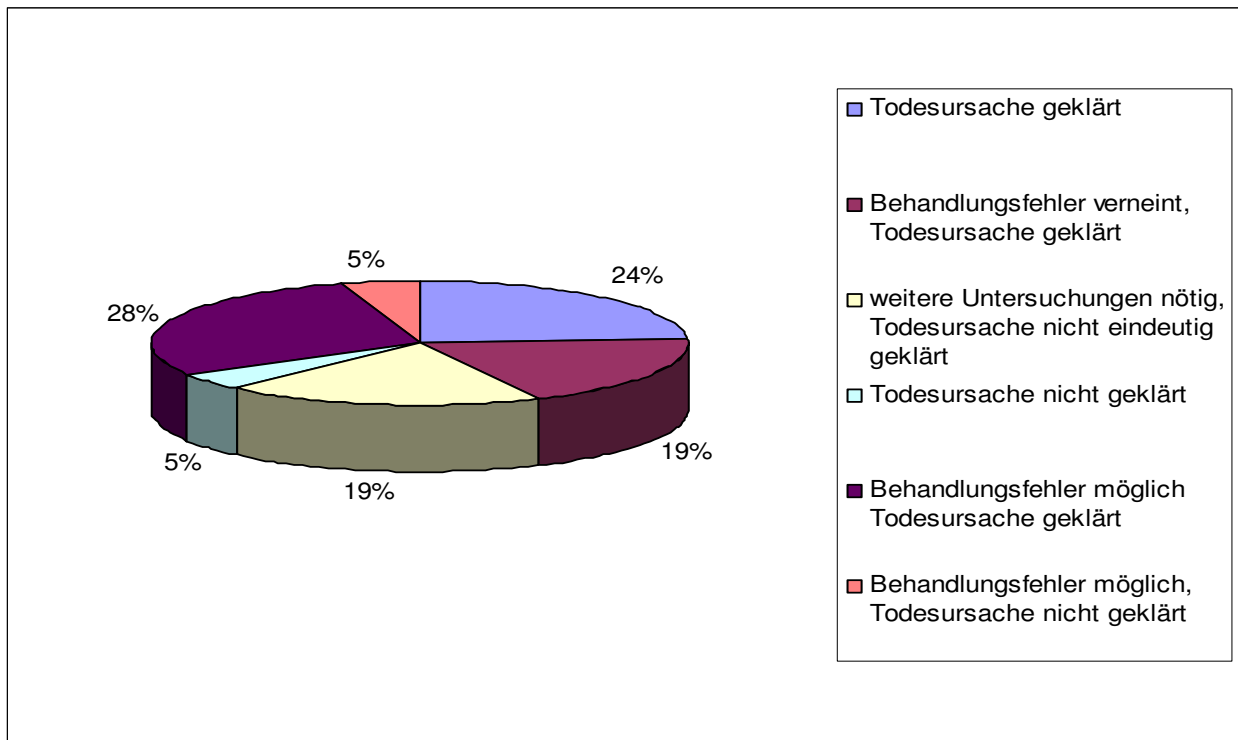


Abbildung 24: Obduktionsergebnis bezüglich eines Pflegefehlervorwurfes

Bei den 21 durchgeführten Obduktionen konnte in 24 % der Fälle die Todesursache geklärt werden. In weiteren 28 % der Fälle konnte die Todesursache durch die Obduktion geklärt werden, wobei hier ein Behandlungsfehler im Pflegebereich durchaus für möglich gehalten wurde.

Bei 19 % der angeordneten Obduktionen konnte die Todesursache geklärt und ein Behandlungsfehler ausgeschlossen werden, in weiteren 19 % der Fälle schlugen die Obduzenten weitere Un-

tersuchungen, wie beispielsweise toxikologische oder feingewebliche Analysen, zur endgültigen Klärung der Todesursache vor.

Lediglich bei 5 % der Obduktionen konnte die Todesursache nicht geklärt werden.

Bei den verbleibenden 5 % der Leichenöffnungen mit nicht geklärter Todesursache konnte ein Behandlungsfehler nicht ausgeschlossen werden.

4.9. Ergebnis des rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachtens

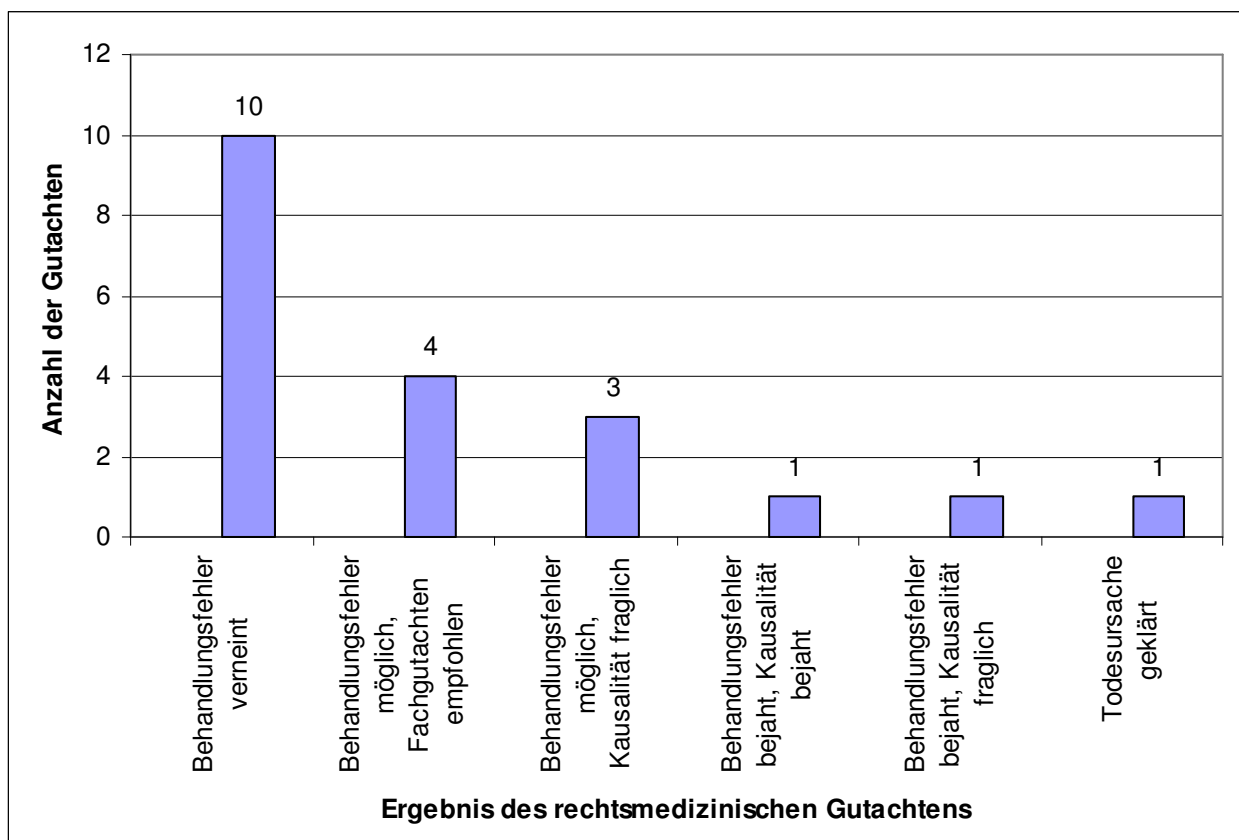


Abbildung 25: Ergebnis der rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachten bezüglich eines Pflegefehlervorwurfes

Insgesamt wurden 20 rechtsmedizinische Gutachten in Auftrag gegeben, welche im Ergebnis in zehn Fällen einen Behandlungsfehler nach Einsichtnahme in die sichergestellten Krankenunterlagen verneinten.

In vier der erstellten Gutachten kam man zu dem Resultat, dass ein Fehler vorliegen könnte, eine eindeutige Stellungnahme jedoch am besten ein Fachgutachter erbringen könne.

Bei drei Gutachten wurde ein Pflegefehler für möglich gehalten, die Kausalität zwischen Pflegefehler und tatbestandmäßigem Erfolg konnte indes nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit bejaht werden.

Lediglich in einem Fall bejahte der Gutachter sowohl das Vorliegen eines Pflegefehlers als auch dessen Kausalität für den Erfolgseintritt in seiner rechtsmedizinischen Stellungnahme. Ein weiteres Mal wurde durch das Gutachten ein Behandlungsfehler bejaht, die Kausalität aber eher in Frage gestellt.

In einem anderen erstellten Gutachten konnte aufgrund der Geschehensabläufe die Todesursache als geklärt eingestuft werden.

4.10. Gutachtendauer

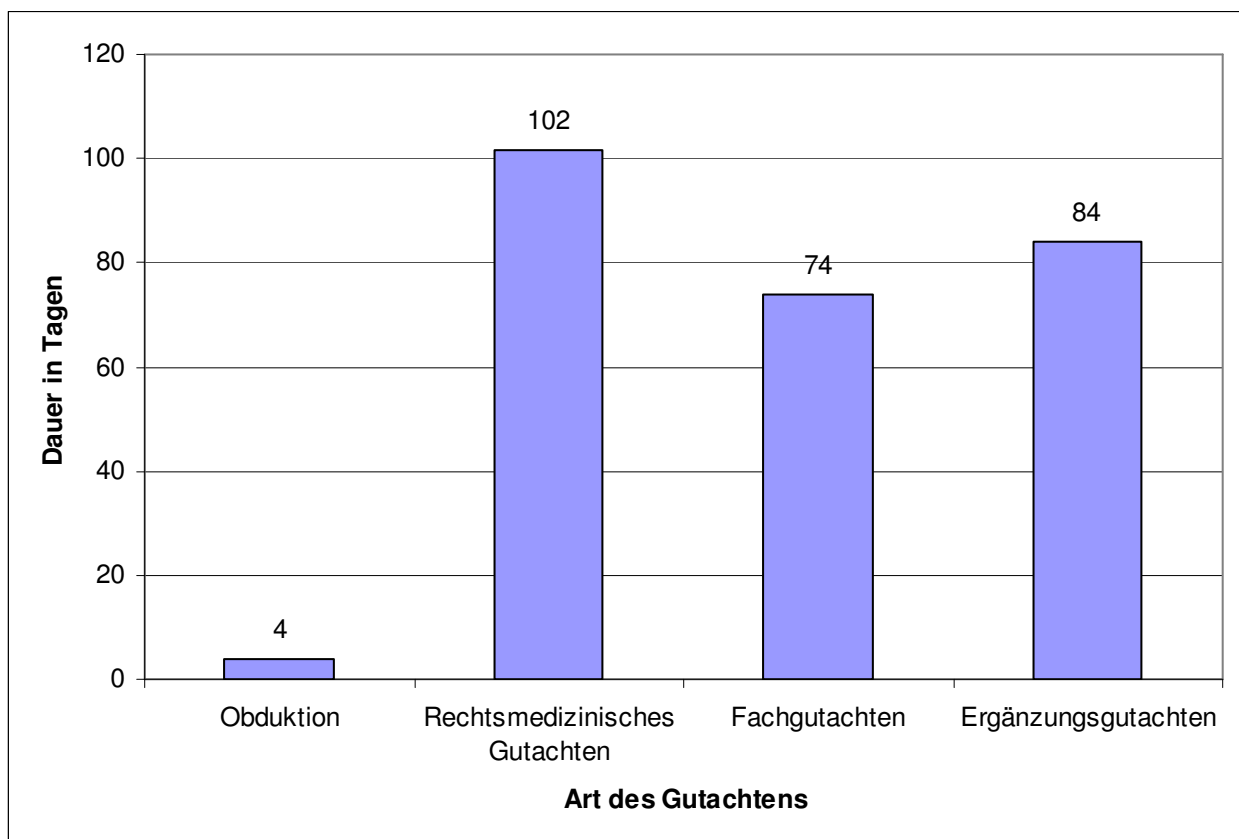


Abbildung 26: Dauer der Gutachten in Tagen bezogen auf die Art des Gutachtens bezüglich eines Pflegefehlerwurfes

Die im Auftrag der Staatsanwaltschaft durchgeführten Obduktionen dauerten im Mittel vier Tage, wobei hier der Zeitraum von der Anordnung zur Leichenöffnung bis zur Erstellung des Obduktionsprotokolls erfasst wurde.

Die vom rechtsmedizinischen Institut erstellten Gutachten waren nach 102 Tage fertig gestellt.

Das Fachgutachten eines Geriaters ging 74 Tage nach der Auftragserteilung bei den in Auftrag gebenden Ermittlungsbehörden ein.

Das einzige Ergänzungsgutachten wurde nach 84 Tagen bei der Staatsanwaltschaft eingereicht.

4.11. Verfahrensdauer

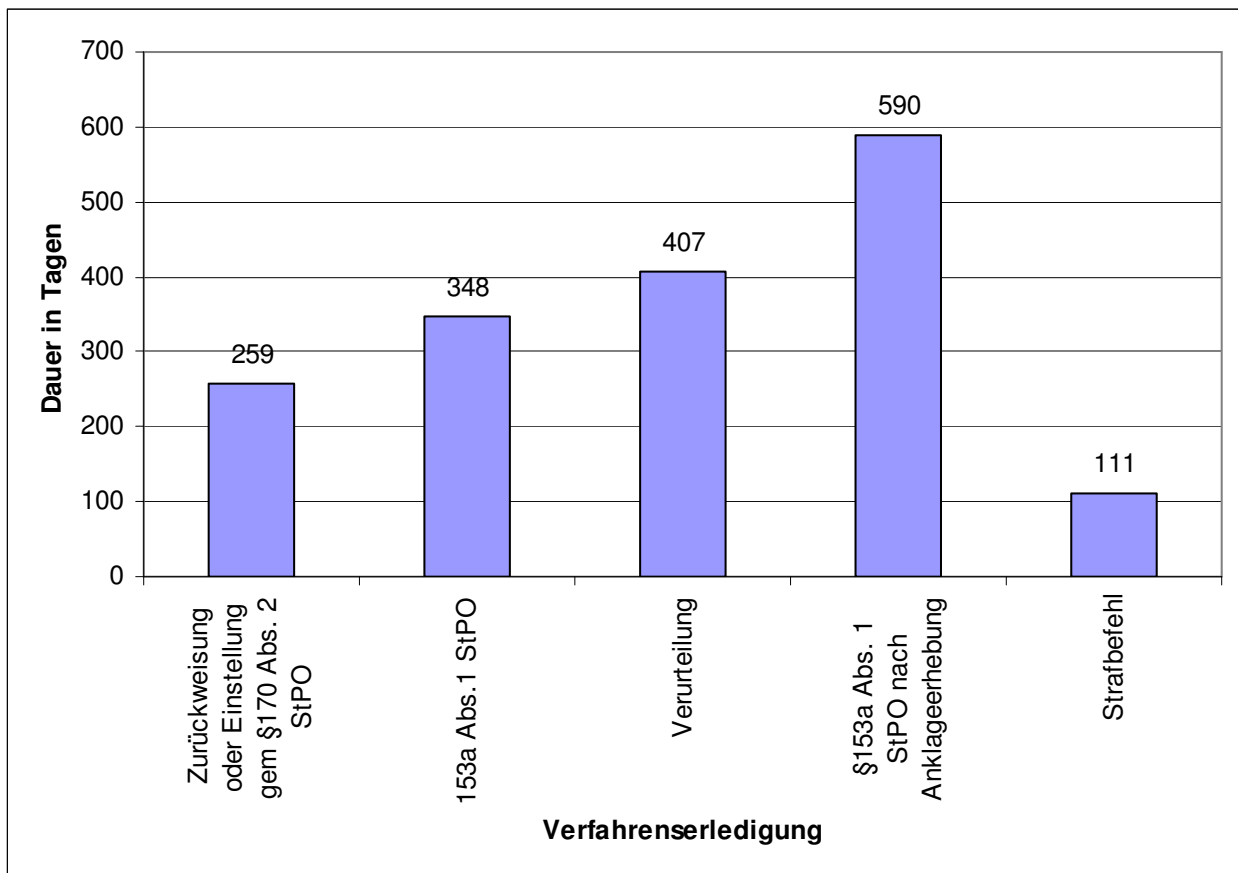


Abbildung 27: Dauer in Tagen bis zur Erledigung der Verfahren in den Fällen eines Pflegefehlerverwurfes

Verfahren, die später gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt wurden, dauerten durchschnittlich 259 Tage.

Das nach § 153a Abs. 1 StPO erledigte Verfahren dauerte mit 348 Tagen fast ein ganzes Jahr.

Das Strafverfahren, welches zur Anklageerhebung führte, war nach immerhin 407 Tagen mit einem Urteil erster Instanz abgeschlossen.

Nach einer Dauer von 590 Tagen wurde ein Verfahren nach Anklageerhebung gemäß § 153a Abs. 2 StPO abgeschlossen. Zu einem Strafbefehl kam es in einem Verfahren wegen eines Pflegefehlers, wobei der Fall nach 111 Tagen abschließend erledigt werden konnte.

4.12. Einstellungsbeurteilung

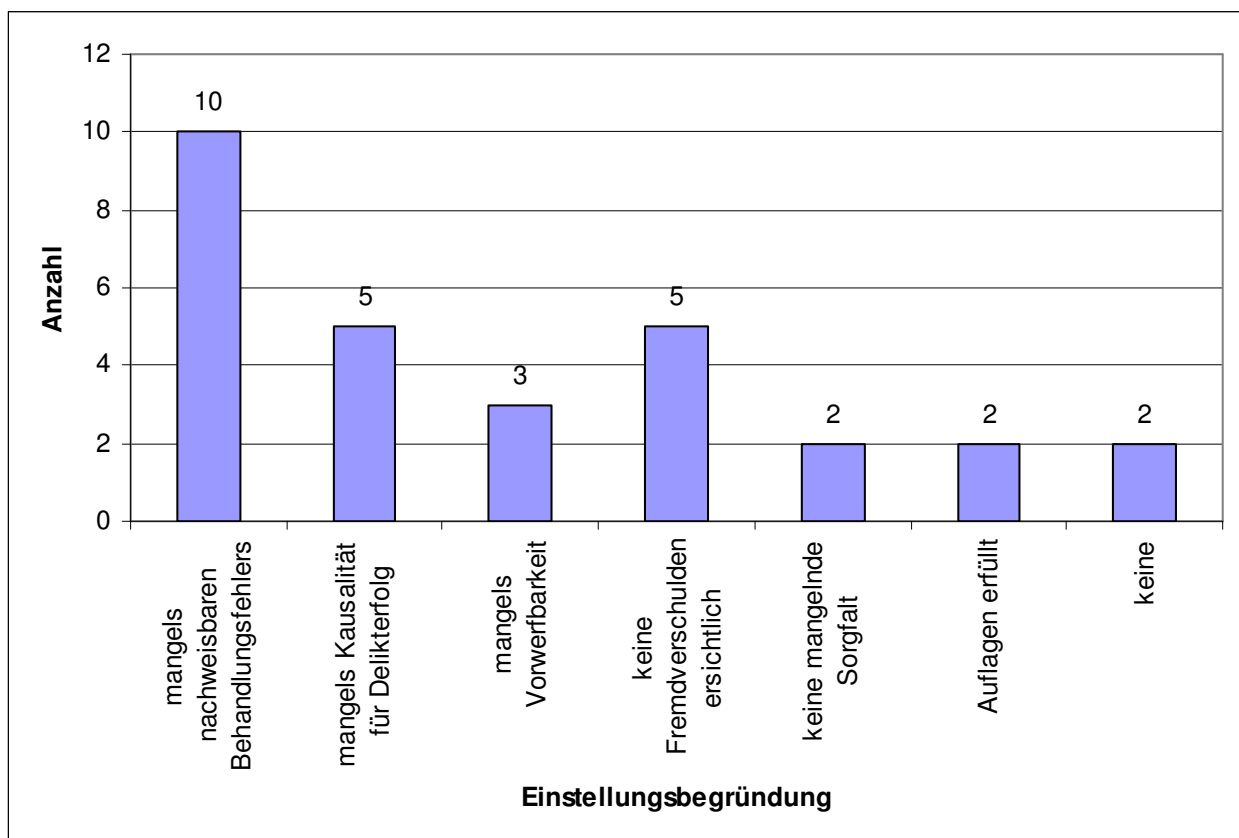


Abbildung 28: Einstellungsbeurteilung der Ermittlungsverfahren bezüglich eines Pflegefehlerwurfes

Soweit in der Einstellungsbeurteilung angegeben, war in zehn Fällen nach sorgfältiger Prüfung der Umstände kein Behandlungsfehler nachweisbar.

Fünf Mal konnte keine Kausalität für den jeweiligen Delikterfolg festgestellt werden.

In drei Fällen wurde das Verfahren mangels Vorwerfbarkeit eines Pflegefehlers eingestellt.

In fünf der insgesamt 29 eingeleiteten Verfahren war nach entsprechender Prüfung durch die Ermittlungsbehörden kein Fremdverschulden ersichtlich.

In zwei Fällen kam der bearbeitende Staatsanwalt zu der Erkenntnis, dass eine mangelnde Sorgfalt im Bereich der Pflege nicht vorgelegen habe.

In zwei anderen Verfahren waren die entsprechenden Auflagen erfüllt und die Verfahren konnten somit endgültig zum Abschluss gebracht werden.

5. Diskussion

Zunächst werden im Rahmen der Dissertation die wesentlichen Ergebnisse der eigenen Auswertung erläutert und mit dem Datenmaterial anderer Studien und Aussagen in der Literatur verglichen und erörtert.

Anschließend werden im Anhang die im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern am häufigsten vorkommenden Straftatbestände vorgestellt.

Der Untersuchungszeitraum umfasste die Jahre 1989 bis 2005.

Im eigenen Datenmaterial waren keine staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit anästhesiologischen oder intensivmedizinischen Behandlungsfehlerverdachtsfällen in den Jahren 1991 bis 1994, 1997 und 1999 bekannt, ebenso wenig bei den Pflegefehlervorwürfen in den Jahren 1989 bis 1992, 1994, 1998 und 1999.

Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung der beiden Fallkollektive miteinander, so kann von einem minimalen Anstieg der Verfahren ab den Jahren 2001 bis 2005 im Gegensatz zu den Jahren 1989 bis 2000 ausgegangen werden. In den darauf folgenden Jahren wurden jedoch jährlich ein bis vier Verfahren eingeleitet. Unberücksichtigt blieben Verfahren, die andere Fachrichtungen und Gruppierungen betrafen, und Verfahren, deren Akten bereits vernichtet waren.

Die Gesamtzahl der Verfahren betrug im Gebiet Anästhesie und Intensivmedizin 26 Fälle, im Bereich der Pflegefehler waren im Erfassungszeitraum 29 Fälle bekannt.

In einer Gesamtanalyse des Rechtsmedizinischen Instituts Bonn ergaben sich in den Jahren zwischen 1989 und 2003 210 staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren (Madea et al., 2006). Vergleicht man die 210 von Madea et al.(2006) untersuchten Ermittlungsverfahren mit dem eigenen Datenmaterial (n=38) aus den Jahren 1989 bis 2003, wobei für den direkten Vergleich die Jahre 2004 und 2005 unberücksichtigt bleiben, ergibt sich ein prozentualer Anteil dieser Fachgruppierungen von immerhin 18,1 %. Dies verwundert zunächst, da im Bereich der Pflege und insbesondere im Bereich der Intensivmedizin in aller Regel ein medizinisch komplexes Patientenklientel vorhanden ist. Gerade in der intensivmedizinischen Versorgung schwerstkranker Patienten scheint eine oftmals nicht immer Erfolg versprechende Behandlung vorprogrammiert, zumal dort häufig unvorhersehbare Ereignisse im Verlauf der Behandlung auftreten und nicht gleichsam ein gescheiterter Behandlungserfolg mit einem Fehler gleichzusetzen ist.

Die Verfahrenszahl des eigenen Datenmaterials variiert deutlich von Staatsanwaltschaft zu Staatsanwaltschaft. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass insbesondere die Bon-

ner Strafverfolgungsbehörde eng mit dem hiesigen Institut für Rechtsmedizin zusammenarbeitet, die übrigen Staatsanwaltschaften dagegen im Rahmen ihrer Verfahren nicht immer das Bonner Institut in Anspruch nehmen.

Sowohl im Fallkollektiv der intensivmedizinischen und anästhesiologischen Verdachtsfälle (n=17), als auch bei vermuteten Pflegefehlern (n=14) ergab sich als häufigste Ursache für den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsbeginn die in der Todesbescheinigung auszufüllende Angabe zur Art des Todes als „nichtnatürlich“ bzw. „ungeklärt“. Kann der die Todesbescheinigung ausstellende Arzt keine gesicherte Angabe zur Art des Todes machen, so hat er entweder, sollten sich Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden ergeben „nichtnatürlicher Tod“ oder bei unklarer Sachlage „ungeklärt“ als Todesart anzukreuzen. Dies ist immer dann der Fall, wenn für den Leichenbeschauper keine eindeutigen Merkmale für einen „natürlichen“ Tod vorliegen und aufgrund der Sachlage ein Fremdverschulden nicht sicher auszuschließen ist. Gleiches gilt für Suizide und Unfälle, bei denen ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden muss.

Für die beiden Begriffe „natürlicher“ und „nichtnatürlicher“ Tod existieren keine Legaldefinitionen (Dettmeyer und Reber, 2003). Allerdings ist von einem „nichtnatürlichen Tod“ auszugehen, wenn sich der Todesfall auf ein von außen verursachtes Ereignis, unabhängig von Fremd- oder Selbstverschulden, zurückführen lässt. Darunter fallen Suizide, Vergiftungen, Gewalteinwirkungen, Tötungsdelikte, Unfälle, Behandlungsfehler und tödlich verlaufende Folgezustände (Madea und Dettmeyer, 2003), so auch der § 159 StPO. Der Tod im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme fällt nach Maiwald (1978) nur dann unter § 159 StPO, wenn sich „wenigstens ein entfernter Anhaltspunkt“ für ein fehlerhaftes Verhalten eines Arztes oder des behandelnden Personals ergibt. Ist dies der Fall, so hat umgehend eine Meldung bei den Polizei- und Gemeindebehörden zu erfolgen, die dann entsprechend eine jeweilige Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht zu leisten haben (Dettmeyer und Reber, 2003; Janssen, 1979; Maiwald, 1978). Schwierig stellt sich die Situation dann dar, wenn der den Tod feststellende Arzt auch der den Patienten zuletzt behandelnde war und Verdachtsmomente für einen ärztlichen Fehler möglich erscheinen. Einerseits ist der Arzt verpflichtet, die Todesbescheinigung ordnungsgemäß, das heißt auch wahrheitsgemäß auszufüllen, andererseits muss sich niemand, auch kein Arzt selbst, strafrechtlichen Ermittlungen aussetzen und sich dadurch belasten. Sollten sich Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Behandlungsmaßnahme ergeben, so besteht daher keine Offenbarungspflicht für den betroffenen Arzt (Dettmeyer, 2006, Taupitz, 1992). Grundsätzlich sollte in den Fällen, in denen der Tod des Patienten in eine zeitliche Koinzidenz mit einer ärztlichen Maßnahme zu brin-

gen ist, die Todesbescheinigung nicht von dem behandelnden Arzt ausgefüllt werden. Bei solchen besonderen Konstellationen ist demzufolge besser als Todesartkategorie „ungeklärt“ anzukreuzen oder – wie es ein Entwurf der Bundesärztekammer (BÄK) vorsieht – eine vierte Möglichkeit zur Klassifikation einzuführen, und zwar den „unerwarteten Tod im Rahmen einer medizinischen Maßnahme“ (Dettmeyer et al., 2007). Hier ergibt sich sicherlich noch in den nächsten Jahren Handlungsbedarf. In anderen Ländern bestehen nämlich deutlich bessere Regelungen bezüglich der Leichenschau und der Todesermittlung (Madea et al., 2006).

Auffällig häufig, nämlich in sechs Fällen des Patientenkollektivs, in dem sich Patienten in anästhesiologischer oder intensivmedizinischer Behandlung befanden, erstatteten Angehörige Strafanzeige bei den Ermittlungsbehörden. Bei den Fällen mit Verdacht eines Pflegefehlers gingen sogar zehn Strafanzeigen bei den Behörden ein. Die Motivation einer Anzeige durch Angehörige scheint hier ganz unterschiedlicher Natur zu sein, sei es einerseits das nicht wahrhaben wollen des Todes eines geliebten Angehörigen oder die Frustration über mangelhafte Kommunikation während des Behandlungsverlaufs, oder andererseits natürlich auch tatsächlich vorliegende Anhaltspunkte für eine unsachgemäße Behandlung, wobei letzteres eher schwierig ist, da es sich hier meist um medizinische Laien handelt.

In einer im Institut für Rechtsmedizin Bonn durchgeführten Untersuchung anhand von 188 arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren aus den Jahren 1989 bis 1998 ergab sich, dass die Mehrzahl der Ermittlungen nicht durch die Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nicht natürlich“ eingeleitet wurden, sondern durch eine Strafanzeige der Angehörigen (Dettmeyer und Madea, 1999).

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) in Auftrag gegebenen und ebenfalls im Bonner Institut für Rechtsmedizin durchgeführten Multicenterstudie war dagegen der häufigste Anlass für den Beginn von Ermittlungshandlungen mit 38,5 % die Angabe in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nicht natürlich“. An zweiter Stelle mit 29,3 % war der Anlass der Ermittlungen nicht zu klären und erst an dritter Stelle rangierten Vorwürfe/Strafanzeigen durch Angehörige (18,7 %), so Preuß et al., (2006).

Unüblich und von nur untergeordneter Bedeutung scheint die Anzeige durch einen mitbehandelnden Arzt zu sein.

Jeweils einmal in beiden Fallgruppen ging eine anonyme Anzeige bei der Strafverfolgungsbehörde ein, die Anlass zu weiteren Ermittlungshandlungen gab. Vermutlich handelte es sich bei den

Anzeigerstattem in diesen Fällen um Personen aus dem näheren Umfeld des Patienten, da diese zum Teil über detaillierte Kenntnisse des Behandlungsverlaufs verfügten.

Im Rahmen von Feuerbestattungen besteht die gesetzliche Verpflichtung, neben der bei der Feststellung des Todes durchgeführten eine weitere Leichenschau durchzuführen. Dabei kam es in einem Fall bei der Durchführung der zweiten Leichenschau zu erheblichen Diskrepanzen zwischen den Angaben in der Todesbescheinigung und den Auffälligkeiten am Leichnam, so dass von Amts wegen Meldung an die Behörden erfolgen musste. Ähnlich ist die Sachlage auch bei der Durchführung klinischer Obduktionen, wo bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod eine Meldepflicht durch den Obduzenten besteht (Dettmeyer, 2006). Jahrelang galt diese Meldepflicht, gerade im Zusammenhang mit Anhaltspunkten für ein fehlerhaftes Verhalten eines ärztlichen Kollegen im Rahmen einer medizinischen Maßnahme als umstritten (Dettmeyer et al., 2007).

Die Möglichkeiten, über die die Strafverfolgungsbehörden Kenntnis von einem vermuteten Behandlungsfehler erlangen, sind somit ganz unterschiedlich. Polizei und Staatsanwaltschaft sind gemäß §§ 160 Abs. 1, 163 Abs.1 StPO verpflichtet, sollten sie den Verdacht einer Straftat erlangen, diesem nachzugehen und den zugrunde liegenden Sachverhalt zu erforschen.

Hinsichtlich der juristischen Straftatbestände ist den beiden Fallgruppierungen des eigenen Datenmaterials gemein, dass es sich in der Mehrzahl der Verfahren um den Vorwurf der fahrlässigen Tötung handelte. In fünf Fällen der Fallgruppe Anästhesie/Intensivmedizin und in acht Fällen der Kategorie Pflegefehler handelte es sich um bloße Todesermittlungsverfahren. Ein Todesermittlungsverfahren wird immer dann eingeleitet, wenn nicht sicher von einem natürlichen Sterbeereignis ausgegangen werden kann, allerdings auch kein konkreter Tatvorwurf zu ermitteln ist.

Bei einem der behaupteten Behandlungsfehler kam es zu einem Ermittlungsverfahren wegen des Vorwurfs des Mordes gegen einen behandelnden Arzt. Dieses hatte in der Anzeige eines mitbehandelnden Kollegen seinen Ursprung. In dem besonderen Fall handelte es sich um den Tod eines eine Woche alten Säuglings. Dieser war mit schweren Herz- und Gefäßmissbildungen zur Welt gekommen. So bestanden von Geburt an ein großer Ventrikelseptumdefekt, eine totale Lungenvenenfehlmündung, ein Vorhofseptumdefekt mit Rechts-Links-Shunt und eine Aortenhypoplasie. Während mehrfacher Operationen versuchte man, den Zustand des Säuglings zu stabilisieren. Jedoch entschied man sich aufgrund der instabilen Kreislaufverhältnisse, das Kind an der

Herz-Lungen-Maschine zu belassen. Eine Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine, auch unter Einsatz maximaler Therapieoptionen, gelang dennoch nicht. Daraufhin entschloss man sich, den weiteren Einsatz der Herz-Lungen-Maschine zu unterlassen. Allerdings kam es daraufhin zu erheblichen Vorwürfen seitens des Anästhesisten gegenüber dem behandelnden Kardiochirurgen hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens. Der Anästhesist bemängelte die späte Beendigung des Einsatzes der Herz-Lungen-Maschine und den Abbruch der Behandlung aus scheinbar wirtschaftlichen Aspekten. Gutachterlich waren die Vorwürfe nicht haltbar und es ergaben sich keine Hinweise für ein nicht lege artis durchgeführtes Therapiemanagement. Vielmehr lässt der gesamte Ablauf der Vorwürfe und Geschehnisse auf deutliche Kommunikationsdefizite schließen. Das Verfahren wurde eingestellt.

Diesem Tatvorwurf des Mordes fällt sicherlich eine Sonderstellung der gegen Ärzte geführten Verfahren zu. Erstaunlich ist weiterhin, dass bei den Fällen Anästhesie/Intensivmedizin außer dem Tatvorwurf der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) keine weiteren Straftatbestände eine Rolle spielten. Im Gegensatz dazu wurde bei Verfahren, die sich hauptsächlich auf Pflegefehler bezogen, wegen verschiedenster Delikte ermittelt, wie dem Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 StGB), der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) und der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB). Dies deckt sich auch mit anderen Untersuchungen (Madea et al., 2006; Pluisch, 1990; Preuß et al., 2006; Ulsenheimer, 1987).

Erlangt die Staatsanwaltschaft Kenntnis über eine mögliche Straftat, so ist der zuständige Staatsanwalt gemäß § 152 Abs. 2 StPO verpflichtet zu überprüfen, ob „zureichende tatsächliche Anhaltspunkte“ für weitere Ermittlungshandlungen vorliegen. Es ist hierbei irrelevant, ob die Anhaltspunkte konkret sind oder auf bloßen Vermutungen beruhen, die eine Straftat möglich erscheinen lassen. Liegen entsprechende Anhaltspunkte vor, so ist der ermittelnde Staatsanwalt gesetzlich verpflichtet, ein entsprechendes Verfahren einzuleiten.

Oftmals wird zur Beweissicherung eine gerichtliche Obduktion gemäß § 87 StPO beim zuständigen Gericht beantragt. Eine Obduktion dient einerseits der Beweissicherung beim tatsächlichen Vorliegen eines Behandlungsfehlers, andererseits aber auch zur Entlastung eines im strafrechtlichen Sinne Beschuldigten. So kann bereits das Obduktionsergebnis zur Einstellung des Verfahrens führen, sollten sich keine weiteren Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Straftat ergeben. Sollten Verdachtsmomente für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers in Betracht kommen, so ist dem Betroffenen zu empfehlen, auf eine Obduktion zu drängen (Dettmeyer, 2006). Sinnvoll-

erweise sollte dem Gutachten eine Obduktion vorangehen, da im Regelfall nur auf dieser Basis die Frage nach einem Behandlungsfehler und der Kausalität beantwortet werden kann (Madea und Dettmeyer, 2006).

Die Obduktion ist ein „Beweismittel von hohem Wert“, so Othmer (2000). Gerade rechtsmedizinische Untersuchungen haben gezeigt, dass sich Obduktionsergebnisse und Gutachten als durchaus entlastend für die Beschuldigten herausgestellt haben (Dettmeyer, 2006). In allen 26 Verfahren mit dem Verdacht eines Behandlungsfehlers im Fach Anästhesie und Intensivmedizin wurde eine Obduktion zur Beweissicherung und Klärung der Todesursache angeordnet. Dagegen wurde lediglich bei 21 der 29 Verdachtsfälle auf einen vorliegenden Pflegefehler seitens der Staatsanwaltschaft eine Obduktion in Auftrag gegeben.

Bereits während der Obduktion konnte in 15 % der Fälle Anästhesie/Intensivmedizin die Todesursache geklärt werden, Jedoch wurde in diesem Zusammenhang keine Aussage hinsichtlich eines vorliegenden Behandlungsfehlers getroffen. Meist bezieht sich der Obduzent bei der Sektion zunächst auf die Ermittlung der Todesursache. Erst im Anschluss, nach einem Gutachtenauftrag der Staatsanwaltschaft, wird dann Stellung zu Behandlungsfehlern genommen. In immerhin 23 % der Obduktionen konnte ein Behandlungsfehler aufgrund der durchgeführten Sektion ausgeschlossen werden. Bei 50 % der Obduktionen waren weitere Untersuchungen nötig, um konkrete Aussagen zur Todesursache oder dem Vorliegen eines Behandlungsfehlerverdachts machen zu können. Das Vorliegen eines Behandlungsfehlers wurde in 8 % der Fälle nicht gänzlich ausgeschlossen, wobei in jeweils einem der beiden Fälle die Todesursache geklärt werden konnte. Lediglich in einem Fall wurde direkt während der Leichenöffnung ein Behandlungsfehlerverdacht seitens der Obduzenten geäußert.

Bei den Fällen bezüglich eines vermuteten Pflegefehlers wurde im Rahmen der Obduktion in immerhin 33 % der Fälle ein Behandlungsfehler für möglich erachtet, in 24 % konnte die Todesursache durch die Obduktion geklärt werden und bei weiteren 19 % von vornherein ein fehlerhaftes Verhalten ausgeschlossen werden. In den meisten Fällen behielten sich die Obduzenten ein abschließendes Gutachten vor.

Sind die der Staatsanwaltschaft vorgelegten Obduktionsprotokolle für die Einstellung des Verfahrens nicht sicher ausreichend oder ergeben sich Hinweise für einen Behandlungsfehler, so wird zumeist ein rechtsmedizinisches Kausalitätsgutachten angefordert. In der Mehrzahl beider Fallgruppen folgten der Obduktion zusätzliche rechtsmedizinische Gutachten, um zu bestimmten

Fragen hinsichtlich der Plausibilität der erfolgten Behandlung und der Kausalität zwischen behaupteten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes Stellung zu nehmen. Häufiger wurden im Datenmaterial der Fälle Anästhesie/Intensivmedizin neben dem rechtsmedizinischen Gutachten zusätzliche Fachgutachten oder Ergänzungsgutachten zur Klärung insbesondere fachspezifischer Fragestellungen herangezogen. Die erhöhte Anzahl der zusätzlichen Fach- bzw. Ergänzungsgutachten lässt sich vermutlich anhand der Komplexität der intensivmedizinischen Versorgung und der anästhesiologischen Besonderheiten während einer Narkose erklären. Intensivpflichtige Patienten erleiden nämlich häufiger Komplikationen als Patienten in der Grundversorgung.

Das medizinische Gutachten stellt oftmals eine „prozessentscheidende Schlüsselposition“ für den Juristen dar und ist als „Domäne der Rechtsmedizin bei der Beurteilung der Kausalität von tödlich ausgegangenen Fällen, in den er sich auf Obduktionsergebnisse mit Folgeuntersuchungen stützen kann“, anzusehen (Janssen und Püschel, 1998).

Ulsenheimer (1987) sieht jedoch ein Problem darin, dass die Staatsanwaltschaften „fast durchweg zur Begutachtung von Behandlungsfehlern und deren Kausalität Rechtsmediziner beauftragen“, sollte doch „wegen der inzwischen erreichten Spezialisierung in der medizinischen Wissenschaft... und wegen der berufs- und personenbezogenen Komponente der Sorgfaltspflicht der Sachverständige derselben Disziplin wie der betroffene Arzt angehören“. Dem ist insofern zu widersprechen, als gerade Rechtsmediziner häufig zu gerichtlichen Sachverständigen ernannt werden und daher mit dem juristischen Sprachgebrauch vertraut sind. Es ist allerdings durchaus üblich, dem bearbeitenden Staatsanwalt bei fachübergreifenden Fragestellungen Gutachter der jeweiligen Disziplin zu empfehlen, so zumindest im eigenen Datenkollektiv.

Bei den Begutachtungen der Pflegefehlerverdachtsfälle konnte in immerhin 50 % der Gutachten ein Behandlungsfehler verneint werden. Auffällig war hierbei, dass die meist von Angehörigen getroffenen Anschuldigungen hinsichtlich miserabler oder unzureichender pflegerischer Versorgung nicht bestätigt werden konnten, sondern eher von teilweise „querulatorischer“ Natur bzw. nicht hinreichend substantiell begründet waren.

Recht unterschiedlich und sicher vom jeweiligen Staatsanwalt abhängig, erschien im eigenen Datenmaterial der Untersuchungsauftrag der Staatsanwaltschaft. Während teilweise konkrete Fragen hinsichtlich eines Behandlungsfehlers gestellt wurden, begnügte sich mancher Dezernent der Staatsanwaltschaft hingegen mit der bloßen Fragestellung, ob Anhaltspunkte für ein ärztliches oder pflegerisches Fehlverhalten vorlägen.

Unterschiedlich lang war die Dauer von der Antragstellung der Staatsanwaltschaft beim zuständigen Gericht bis zur eigentlichen Obduktion mit abschließender schriftlicher Erstellung des Sektionsprotokolls. Dauerte dies bei den Fällen mit Behandlungsfehlerverdacht im Fachgebiet Anästhesie/Intensivmedizin lediglich zwei Tage, vergingen bei vermuteten Pflegefehlern im Mittel immerhin fast vier Tage. Der Grund für die unterschiedliche Dauer konnte anhand des Aktenmaterials nicht eruiert werden. Die deutlich längere Erstellung des abschließenden rechtsmedizinischen Gutachtens kann hingegen mit dem weitaus umfangreicheren Begutachtungsmaterial, wie ausführlichen Krankenunterlagen, welche bei Intensivpatienten durchaus üblich sind, erklärt werden. Zur Begutachtung werden neben den Krankenakten regelmäßig die Ermittlungsakten und Obduktionsprotokolle herangezogen (Dettmeyer et al., 2006; Hansis, 2006). Grundsätzlich hat die Begutachtung aus der Sicht ex ante zu erfolgen.

Die Einteilung nach medizinischen Behandlungsfehlertypen gestaltete sich äußerst schwierig, da bestimmte Fehlergruppen in unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden konnten. Ebenso finden sich in der Literatur unterschiedliche und häufig individuelle Zuordnungskriterien. Deutsch (2003) klassifiziert beispielsweise in „die Nichtbehandlung“, „die abweichende Behandlung“, „die Übermaßbehandlung“ sowie „den Begleit- und den Informationsfehler“.

Im eigenen Datenmaterial wurde in Fehlbehandlung, Fehldiagnose und Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen unterteilt. Konnte ein Vorwurf keiner dieser drei Gruppen zugeordnet werden, erfolgte die Einteilung in die Kategorie „nicht näher konkretisiert“.

So hätte beispielsweise ein Transfusionszwischenfall in die Gruppe der Falschbehandlung oder aber in die Kategorie Medikationsfehler eingeordnet werden können. Hier erfolgte dann eine individuelle, für den Einzelfall am idealsten erscheinende, Zuordnung. Betrachtet man die Vorwürfe unter medizinischen Gesichtspunkten, so wurden 72 % der Fälle Anästhesie/Intensivmedizin unter dem Begriff der Fehlbehandlung erfasst. Hierzu zählen Fehler bei der Intubation bzw. der Narkose mit unzureichender Beatmung, Medikationsfehler, Transfusionszwischenfälle, versehentliche intravenöse Injektion eines Lokalanästhetikums und iatrogene Verletzungen. Neun der insgesamt 26 Fälle betrafen den Fachbereich der Anästhesie. Die Mehrzahl der neun Fälle bezog sich auf Fehler im direkten Zusammenhang mit einer Narkose.

Larsen (1990) versteht unter einem Narkosezwischenfall sämtliche „Komplikationen, die während oder im Anschluss an eine Narkose auftreten, in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Anästhetikum oder anästhesiologischen Techniken stehen und zum Tod des Patienten oder zu

bleibenden cerebralen Schäden führen“. Im eigenen Datenmaterial handelte es sich sieben Mal um vermutete Fehler direkt im Zusammenhang mit der Narkose, wobei die behaupteten Behandlungsfehler sich in immerhin drei der sieben Fälle auf den Bereich der ambulanten Anästhesie verteilten. Dies ist zunächst verwunderlich, da es bei Patienten, die sich einer ambulanten Operation unterziehen, um meist gesunde Patienten ohne schwerwiegende Vorerkrankungen handelt. Beispielfhaft sei an dieser Stelle ein Fall erwähnt, bei dem es im Rahmen eines ambulant durchgeführten gynäkologischen Eingriffs unter Allgemeinanästhesie zu einem tödlichen Ereignis kam. Bei der 44jährigen Patientin ohne wesentliche Vorerkrankungen wurde eine Abrasio in Intubationsnarkose durchgeführt. Als Einleitungsmedikamente benutzte der Anästhesist in diesem Fall Brevimytal und Atropin. Allerdings kam es während der Dilatation des Muttermundes durch den operierenden Gynäkologen zu einem ausgeprägten Streckkrampf mit Herzkreislaufstillstand, gleichzeitig wurde daraufhin die kardiopulmonale Reanimation begonnen. Unter fortlaufender Reanimation wurde der Notarzt herbeigerufen, der die Maßnahmen entsprechend fortsetzte. Die Patientin verstarb nach frustrierten Reanimationsversuchen noch in der Praxis. Im Rahmen der Ermittlungen konnten keine Unzulänglichkeiten in der Behandlung festgestellt werden, ebenfalls ergaben die chemisch-toxikologischen Untersuchungen keinen Anhalt für eine medikamentöse Fehldosierung von Seiten des Anästhesisten. Ebenso war der Anamnese- und Aufklärungsbogen vorschriftsmäßig ausgefüllt. Als Todesursache kam am ehesten ein Sauerstoffmangel in Betracht, dessen Ursache allerdings nicht hinreichend geklärt werden konnte. Das Verfahren wurde eingestellt.

Allerdings sind in den letzten Jahren die ambulanten Operationsverfahren erheblich erweitert worden, so dass es nunmehr auch häufiger zu Narkoseverfahren bei Patienten mit einer erhöhten ASA Klassifikation kommt (Krizantis-Weine und Eichhorn, 1995/96).

Nicht selten liegt daher beim „Exitus letalis“ der Verdacht eines Behandlungsfehlers nahe und führt häufiger zu einem „juristischen Nachspiel“ (Dettmeyer und Reber, 2003). In einem der drei Fälle wurde das Verfahren zusätzlich gegen den Operateur geführt, obwohl dieser laut eigener Aussage noch nicht mit seiner Operation begonnen hatte. An dieser Stelle sei erwähnt, dass im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung auf die „fachliche Richtigkeit der zuarbeitenden Kollegen vertraut werden“ kann, ohne dass dieser entsprechend durch seinen Kollegen überwacht wird (Deutsch, 2003). Sollten sich vonseiten eines Kollegen Zweifel an der vom anderen Kollegen durchgeführten Tätigkeit ergeben, so „versagt das Vertrauensprinzip“ (Deutsch, 2003). Laufs und Uhlenbruck (1999) sehen im Prozess der Arbeitsteilung allerdings auch Gefahren für den Patien-

ten. Gerade in arbeitsteiligen Prozessen sollten daher klare „Abgrenzungen der Zuständigkeiten“ für bestimmte Aufgaben getroffen sein, um Koordinations- und Organisationsdefizite zu vermeiden (Laufs und Uhlenbruck, 1999). Die Regelung über die Zusammenarbeit und Abgrenzung der Verantwortlichkeit zwischen dem Anästhesisten und dem Operateur ist demzufolge in einer Vereinbarung beider Berufsverbände verankert.

Ulsenheimer (1987) stellte in einer Untersuchung von 333 Strafverfahren der Jahre 1980 bis 1986 fest, dass sich immerhin 98 Ermittlungshandlungen gegen das Fachgebiet der Anästhesie richteten, wobei es fast zu einer Vervierfachung der Verfahren kam. Die Anästhesie war neben der Chirurgie am zweithäufigsten bezüglich eines Behandlungsfehlervorwurfs betroffen und gilt daher als besonders haftungsträchtiger Fachbereich. In anderen Untersuchungen kam man zu ähnlichen Ergebnissen (Högermeier, 1991; Langhoff, 1989; Neugebauer, 1991). Allerdings stellte Petri (2001) fest, dass die Zahl der bestätigten Verdachtsfälle für ein schuldhaftes Fehlverhalten von Anästhesisten mit fast 40 % als sehr hoch eingestuft wurde, obwohl der Gesamtanteil der Verdachtsfälle bei nur 4 % lag. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Preuß et al. (2005), hier wurde in immerhin 6,4 % der 157 begutachteten Fälle des Fachgebiets der Anästhesie sowohl der Fehler als auch die Kausalität bejaht. Dies konnte in der eigenen Untersuchung bestätigt werden, da in immerhin zwei von drei das Fachgebiet der Anästhesie betreffenden Fällen, in denen gutachterlicherseits ein Behandlungsfehler festgestellt wurde, auch die Kausalität für den Todesertritt bejaht wurde. In einem weiteren Fall wurde durch ein Fachgutachten ein Kausalzusammenhang zwischen der anästhesiologischen Behandlung und dem Eintritt des Todes bejaht. In einem anderen Fall wurde von Seiten der rechtsmedizinischen Gutachter ein Behandlungsfehler verneint. Der Fachgutachter bejahte jedoch sowohl die Kausalität als auch den Behandlungsfehler. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Goeke (2002), wobei in fünf der insgesamt acht anästhesiologischen Fälle, dass heißt bei 63 % der Vorwürfe, ein Fehler bestätigt wurde.

In zwei der die Anästhesie betreffenden Fälle, kam es bereits im Rahmen der Einleitung zu einer letalen Komplikation. Intubationsschwierigkeiten können fatale Folgen, wie Sauerstoffunterversorgung mit entsprechender Hirnschädigung und kardiopulmonal tödlich verlaufenden Störungen, herbeiführen. Breitmeier et. al. (2005) empfehlen bei der Begutachtung eines vermuteten Behandlungsfehlers bei einer missglückten Intubation die Hinzuziehung eines anästhesiologischen Fachgutachters. Perioperative Komplikationen traten in zwei weiteren Fällen auf. In zwei anderen Fällen wurde ein Zusammenhang mit der durchgeführten Narkose vermutet. In einem weiteren

Fall wurde ein Lokalanästhetikum versehentlich intravenös im Rahmen einer Regionalanästhesie injiziert.

In einer türkischen Studie zu Behandlungsfehlern im Fachbereich der Anästhesie bezogen sich von den insgesamt 21 die Anästhesie betreffenden Fällen zehn auf postoperative Komplikationen, neun auf perioperative und einer auf in der Einleitungsphase aufgetretene Komplikationen (Özdemir et al., 2005).

Fehler im Zusammenhang mit Medikamenten können hauptsächlich in der Applikation eines falschen Medikamentes, einer fehlerhaften Dosierung, einer Verwechslung, einer Nichtbeachtung von Kontraindikationen, Wechselwirkungen oder verspäteter Erkennung von Nebenwirkungen, aber auch in einer fehlerhaften Applikationsart liegen (Madea et al., 1994). Im eigenen Untersuchungsmaterial bezogen sich die Medikationsfehler auf die Verwechslung von Kaliumchlorid, eine falsche antibiotische Therapie und die versehentliche Injektion eines Lokalanästhetikums in ein Gefäß. Andere Fälle bezogen sich auf Transfusionskomplikationen.

An dieser Stelle soll der Fall eines sechs Monate alten Kindes, das aufgrund einer Medikamentenverwechslung verstarb, erwähnt werden. Das Kind war wegen seit der Geburt bestehender Missbildungen in ständiger intensivmedizinischer Behandlung. Im Rahmen der üblichen Intensivbehandlung kam es dann allerdings zu Herzrhythmusstörungen, an denen das Kind schließlich im weiteren Verlauf verstarb. Bei dem durch den Arzt verordneten Medikament handelte es sich um Natriumchlorid, jedoch wurde durch die beauftragte Krankenschwester versehentlich Kaliumchlorid aufgezo-gen, welches in unmittelbarer Nähe zum Natriumchlorid im Schrank aufbewahrt wurde. In diesem Fall wurden sowohl die Kausalität als auch der Fehler durch das rechtsmedizinische Gutachten bejaht. Ein Fachgutachten wurde nicht angefordert. Das Verfahren wurde gemäß § 153a Abs. 1 StPO erledigt.

Bei der im Auftrag des BMG durchgeführten Multicenterstudie ergab sich in 557 von insgesamt 4.450 Fällen ein Medikamentenzwischenfall (Preuß et al., 2007), wobei in 107 Fällen das Medikament falsch bzw. kontraindiziert war.

Beim nächsten Fall handelte es sich um eine Fehltransfusion durch Verwechslung der Blutgruppe. Dabei wurde dem Patienten anstatt der Blutgruppe 0 eine Blutkonserve mit der Blutgruppe A verabreicht. Der Patient verstarb innerhalb weniger Minuten an den Folgen des Transfusionszwi-

schenfalls. Im rechtsmedizinischen Gutachten wurde der Behandlungsfehler bejaht, im Fachgutachten jedoch als eher fraglich angesehen.

In einem anderen Fall wurde der Patient unmittelbar nach der Injektion bewusstlos und reanimationspflichtig, nachdem ihm im Rahmen einer Regionalanästhesie das Lokalanästhetikum Narpin versehentlich intravenös injiziert wurde. Der Patient verstarb im weiteren Verlauf der intensivmedizinischen Versorgung an den Folgen eines schweren Hirnschadens. Im angeforderten Fachgutachten wurde ein Behandlungsfehler verneint.

In allen Fällen lag somit ein Individualverschulden vor, welches unter Umständen vermeidbar gewesen wäre. Grundsätzlich ist es allerdings äußerst schwierig, den Nachweis für einen kausalen Zusammenhang zwischen Tod und der Medikamentengabe bei vorgeworfenen Medikationsfehlern zu erbringen (Preuß et al., 2007).

Diagnosefehler sind eine weitere Untergruppe der medizinischen Vorwürfe. Uhlenbruck (1999) versteht unter „Diagnose“ die „Erkennung einer Krankheit“, welche einen langen Prozess aufwendiger „Untersuchungen und Befunderhebungen“ kennzeichnet und unter Umständen einer dauernden „Korrektur und Anpassung“ der gestellten Diagnose bedarf. Er spricht nur dann von einem Diagnosefehler, wenn der Arzt trotz anderer Erkenntnisse eine Überprüfung seiner ursprünglich gestellten Diagnose unterlässt. Des Weiteren ist er der Auffassung, dass eine zügige Diagnosestellung die Heilungschancen deutlich erhöhe. Im Einzelfall kann, so Uhlenbruck (1999), eine „fehlerhafte Diagnose“ als Behandlungsfehler in Betracht kommen.

Im eigenen Untersuchungsmaterial der Gruppe Anästhesie/Intensivmedizin betrug der Anteil an Diagnosefehlern gerade einmal 4 %. In diesem Fall handelte es sich um eine Patientin mit der Symptomatik eines akuten Abdomens. Aufgrund der deutlich entzündungsbedingten Erhöhung der Laborparameter, wie dem CRP-Wert und den Leukozyten, hätte hier bereits der Verdacht einer ausgeprägten Peritonitis als weitere Krankheitskomplikation in Erwägung gezogen werden müssen. Jedoch war die Patientin ihrerseits nicht in der Lage, Angaben zu etwaigen Schmerzen zu machen, so dass die zusätzliche Entscheidungshilfe der Schmerzäußerung für die behandelnden Ärzte in diesem Fall entfiel. Gutachterlich wurde der Frage nachgegangen, warum der „Darmriss“ nicht rechtzeitig diagnostiziert und ob hierdurch der Tod beschleunigt wurde.

Im rechtsmedizinischen Gutachten kam man zu dem Ergebnis, dass auch ohne die geäußerte Schmerzsymptomatik eine Bauchfellentzündung zumindest als Verdachts- oder Differentialdiagnose hätte in Erwägung gezogen werden müssen, wobei die Kausalität zum vorzeitigen Tod je-

doch eher fraglich erschien. Grundsätzlich muss der Arzt nicht unbedingt die richtige Diagnose stellen, zumal Symptome nicht immer eindeutig einem Krankheitsbild zuzuordnen sind. Allerdings sollte eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt werden (Fehn, 2001). Fehlerhaft und fahrlässig ist es hingegen, wenn eine einmal gestellte Diagnose nicht überdacht und entsprechende Kontrollbefunde erhoben werden, die die erstmals gestellte Verdachtsdiagnose verwerfen oder bestätigen können. Sicherlich können gerade die anfänglich zumeist unspezifischen Symptome der Peritonitis auch bei entsprechender sachgerechter Diagnostik im klinischen Alltag problematisch sein. Zumal zwar Entzündungsparameter und eine gegebenenfalls vorliegende Abwehrspannung des Abdomens mit Schmerzen oftmals lenkend, aber nicht sicher beweisend für eine sofortige operative Intervention sind. Allerdings ist zu bemerken, dass gerade bei einer ausgeprägten Bauchfellentzündung schnelles Handeln nach entsprechender Diagnosestellung erforderlich ist. Das Risiko des Todes erhöht sich erheblich, je länger sich der entzündliche Vorgang im Rahmen einer Peritonitis ausbreiten kann (Preuß et al., 2006).

Im Folgenden soll ein weiterer Fall vorgestellt werden, welcher die Behandlungsfehlerproblematik in den Fachbereichen Anästhesie und Intensivmedizin besonders verdeutlicht.

Der Patient wurde nach einem Verkehrsunfall im Anschluss an die ärztliche Erstversorgung per Rettungshubschrauber in ein Krankenhaus verbracht und dort intensivmedizinisch behandelt. Initial wurden eine 3-Etagenfraktur des Femurs, eine Atlasfraktur und eine Fibulafraktur diagnostiziert. Die Atlasfraktur und die Fibulafraktur wurden konservativ behandelt. Der Patient war während des gesamten Krankenhausaufenthaltes beatmungspflichtig. Im weiteren Verlauf kam es zu einem Nierenversagen mit darauf folgender Dialysepflicht. Später traten weitere Komplikationen auf, so mussten rezidivierende Magenblutungen behandelt werden. Im Behandlungszeitraum entwickelten sich wiederholt Pleuraergüsse, die mit wechselnden Bülaudrainagen versorgt wurden. Der Patient verstarb schließlich an den Folgen eines fulminanten Herzinfarktes.

Aufgrund des vorangegangenen Unfallgeschehens wurde seitens des die Todesbescheinigung ausfüllenden Arztes ein nicht natürlicher Tod bescheinigt. Daraufhin wurde durch die ermittelnde Staatsanwaltschaft, die ein Ermittlungsverfahren gegen den Unfallverursacher führte, eine Obduktion veranlasst.

Die Todesursache konnte makroskopisch nicht sicher geklärt werden. Es wurde die Durchführung weiterer Untersuchungen und Einblick in die Krankenakten vorgeschlagen, da sich als weiteres Ergebnis der Sektion ein erheblicher Blutverlust in die Brusthöhle und in den Bauchraum nach

Milzparenchymverletzung nach mehrmaliger Anlage einer Bülau Drainage zeigte, was an einen Behandlungsfehler denken ließ.

Das rechtsmedizinische Gutachten bezog sich zunächst auf die Fragestellung, ob zwischen dem Todeseintritt und dem Verkehrsunfall ein Kausalzusammenhang bestand. Zur Beurteilung des Sachverhalts wurden neben dem bereits erstellten Obduktionsprotokoll die Ergebnisse der histologischen Untersuchung und die sichergestellten Krankenunterlagen herangezogen. Im Gutachten konnte „kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Verkehrsunfall mit den dabei erlittenen Verletzungen und dem eingetretenen Tod“ gesehen werden. Allerdings sei der Tod durch die iatrogene Verletzung mit massivem Blutverlust während der Anlage der Bülau Drainage eingetreten.

Die Staatsanwaltschaft leitete daher im Weiteren ein Ermittlungsverfahren gegen den behandelnden Arzt wegen fahrlässiger Tötung ein und gab ein Fachgutachten in Auftrag. Im diesem sollte zunächst dazu Stellung genommen werden, ob dem Arzt ein Behandlungsfehler vorzuwerfen war und ein kausaler Zusammenhang zum Eintritt des Todes vorlag. Für den klinischen Gutachter lag aufgrund der bestehenden Vorerkrankungen eine eindeutige Indikation zur Anlage der Bülau Drainagen vor. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Platzierung der Drainage durchaus als korrekt angesehen werden konnte. Allerdings sei die Durchführung, sollte sie unter veralteten Methoden erfolgt sein, als Behandlungsfehler anzusehen. Den Unterlagen war die entsprechende Vorgehensweise nicht zu entnehmen. Weiterhin hielt es der chirurgische Fachgutachter für unwahrscheinlich, dass der Patient bei rechtzeitiger operativer Intervention überlebt hätte.

Das Verfahren wurde gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen stellte eine weitere Fallgruppe der Behandlungsfehlertypen dar.

So wurde in einem Fall eine Patientin mit einer ausgeprägten Lungenerkrankung intensivmedizinisch behandelt. Im Verlauf der Behandlung kam es zu einem Nierenversagen, welches trotz entsprechender Therapie nicht zu beheben war. Der Gesamtzustand der Patientin erforderte den intermittierenden Einsatz einer nicht invasiven Beatmung, während aufgrund des seit längerem bestehenden Leidens auf eine Intubation verzichtet wurde. Von Seiten der Angehörigen wurde der Vorwurf der unterlassenen Verlegung in ein Dialysezentrum laut. Die Patientin verstarb an den Folgen ihrer seit Jahren bestehenden Lungenerkrankung, ein Behandlungsfehler konnte nicht nachgewiesen werden.

Hauptsächlich waren neben der Anästhesie die operativen Fächer, aber auch vermehrt die innere Medizin, mit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers konfrontiert. Bei den internistischen Fällen handelte es sich erstaunlicherweise um zwei vermutete Fehlintonationen und einen fraglichen Diskonnektionsfehler an einem Beatmungsgerät, der nicht bemerkt wurde. Die Verfahren richteten sich hier unter anderem gegen den Oberarzt und den Chefarzt.

Bezüglich der vermuteten Pflegefehlerfälle richteten sich die Vorwürfe hauptsächlich gegen im Pflegeheim und im Krankenhaus tätige Personen. In 35 % der Fälle handelte es sich um Vorwürfe von Seiten der Angehörigen, die mit der pflegerischen Versorgung unzufrieden waren. Betrachtet man hierbei das Ergebnis der Begutachtungen, so lässt sich am ehesten vermuten, dass die vorgebrachten Beschuldigungen gegen das dort beschäftigte Personal unbegründet waren. Lediglich in einem Fall wurde im Gutachten ein Kausalzusammenhang zwischen Behandlung und Tod gesehen. Dabei handelte es sich um einen Patienten mit ausgeprägter Demenz, der beim Baden nicht beaufsichtigt wurde und sich dabei schwerste Verbrühungen zuzog. Die Wassertemperatur betrug 45° Celsius. Die schweren Verbrühungen waren allerdings erst im Verlauf des Tages bemerkt worden, da der Patient über Schmerzen im Bein klagte. Im Krankenhaus wurden dann Verbrennungen 2. bis 3. Grades festgestellt, deren Ausmaß 50 % der Körperoberfläche einnahm. Der Patient verstarb im weiteren Verlauf an deren Folgen unter dem Bild des Herzversagens. Im Gutachten wurde ein eindeutiger Zusammenhang zwischen den Verbrühungen und dem Todeseintritt gesehen. Das Verfahren richtete sich sowohl gegen die betreuende Pflegekraft als auch gegen die Heimleitung, insoweit wegen vermuteter Organisationsdefizite. Die Erledigung des Verfahrens erfolgte gemäß § 153a Abs. 1 StPO gegen Zahlung einer Geldbuße in Höhe von 2.556,46 Euro. In diesem Fall wurde die gegenüber dem Patienten bestehende Aufsichtspflicht in erheblichem Maße verletzt.

Organisationsmängel gelten in aller Regel als vermeidbar (Hansis, 2001), da es sich hierbei in den meisten Fällen um Defizite im Bereich der Arbeitsstruktur handelt. Durch bessere Kommunikation oder auch durch gezielte Arbeitsanweisungen, wie in bestimmten Situationen zu verfahren ist, können Fehler in der Organisation bzw. Struktur minimiert werden.

Die anderen Fälle umfassten die Vorwürfe der unzureichenden Dekubitus- und Thromboseprophylaxe, Dehydratation und Mangelernährung, sowie Sturzgeschehen und Lagerungsfehler.

Im eigenen Datenmaterial ergaben sich mehrere Fälle mit Pflegefehlervorwürfen, insbesondere des Vorwurfes unzureichender Dekubitusprophylaxe bzw -behandlung. So wurde in einem Fall durch einen Betreuer Anzeige wegen Körperverletzung erstattet, da der Patient sich in einem an-

geblich desolaten Pflegezustand befunden habe. Der Patient war aufgrund eines selbstverschuldeten Sturzgeschehens seit geraumer Zeit in stationärer Behandlung. Dabei wurde mehrfach auf bereits bestehende Hautdefekte hingewiesen. Die Verteilung der Dekubitalgeschwüre beschränkte sich auf die Fersenregion und die Rückseite der Unterschenkel, als eher untypische Lokalisationsstelle. Jedoch fand sich kein Dekubitus im Bereich des Steißbeins. Gleichmaßen bestanden bei dem Patienten eine länger andauernde Bettlägerigkeit, eine ausgeprägte Leberzirrhose mit verminderter Syntheseleistung und eine vorbeschriebene Arteriosklerose. Im rechtsmedizinischen Gutachten sollte der Frage eines ärztlichen oder pflegerischen Fehlverhaltens nachgegangen werden. Aufgrund der untypischen Verteilung und der fehlenden Lokalisation gerade im Bereich des Steißbeins, dessen Schädigung am ehesten bei dauerhafter Bettlägerigkeit und vermuteter unzureichender Pflege zu erwarten gewesen wäre, hielten die Gutachter einen Pflegefehler für unwahrscheinlich, zumal der gesundheitliche Gesamtzustand des Patienten die Entstehung von Dekubiti begünstigt hatte. Gerade bei der Abheilung diverser Hautdefekte spielen neben einer intensiven pflegerischen Versorgung der allgemeine Immunstatus und die für die Wundheilung erforderliche Proteinleistung der Leber eine erhebliche Rolle. Die Gutachter hielten den Dekubitus bei diesem Patienten für nicht vermeidbar. Es ergaben sich somit keine Anhaltspunkte dafür, dass der Dekubitus zum Tod des Patienten beigetragen hatte.

Die Begutachtung von Pflegefehlern erweist sich insofern als komplexes Kausalitätsproblem, da es sich in den meisten Fällen um multimorbide Patienten handelt, bei denen mehrere zum Tode führende Grunderkrankungen vorliegen.

Dekubitalgeschwüre stellen sicherlich das häufigste Problem in der Pflege dar.

Grundsätzlich können viele multifaktorielle Ursachen zu einem Dekubitus führen, wie Immobilität, Ernährungsmangelzustände und Erkrankungen wie Diabetes mellitus, um nur einige Beispiele zu nennen.

Tatsächliche Zahlen zur Dekubitushäufigkeit liegen nicht vor, Angaben in der Literatur unterliegen einer Schwankungsbreite von 0,4 bis 85 % (Leffmann et al., 2002).

Grundsätzlich lässt sich ein Dekubitus nicht immer verhindern, auch ist nicht immer bei Auftreten eines Druckgeschwürs auf mangelnde Pflege zu schließen. Anders formuliert lässt eine Zustandsverschlechterung eines bestehenden Druckgeschwürs nicht gleichzeitig auf eine fehlerhafte Versorgung schließen (Lutterbeck, 2004). Ob ein Dekubitus im strafrechtlichen Sinne todesurächlich ist, lässt sich nur durch ein Sachverständigengutachten klären (Pfeiderer und Schubert,

2005) und in den meisten Fällen ist es schwierig, einen entsprechenden Kausalzusammenhang zwischen Schädigung und Todeseintritt nachzuweisen (Buchter et al., 2002).

Bisherige Untersuchungen ergaben, dass sich vorwiegend in Pflegeheimen Dekubitalgeschwüre entwickeln konnten (Heinemann et al., 2001). Zur Problematik der Entwicklung von Dekubiti bei häuslicher Pflege bzw. alleiniger Pflege durch Angehörige liegen keine zuverlässigen Daten vor.

Lignitz und Mattig (1989) fanden bei einer Begutachtung von 186 Fällen mit Dekubitus 27 Fälle, bei denen das vorgefundene Druckgeschwür als (Mit-)Todesursache angesehen worden war. Davon war ein Dekubitus 18x allein oder in Kombination mit anderen Erkrankungen todesursächlich, weitere 8x sogar Ursache einer sich entwickelnden Sepsis. In fünf anderen Fällen stellte der Dekubitus ein Begleitphänomen einer anderen Erkrankung dar. In vier weiteren Fällen kam es im Verlauf zu einem Druckgeschwür, nachdem die zur eingeschränkten Beweglichkeit führenden Erkrankungen beseitigt waren.

Im eigenen Datenmaterial wurde in 50 % der Fälle ein Pflege – bzw. Behandlungsfehler gutachterlich verneint. In 20 % der durchgeführten rechtsmedizinischen Begutachtungen wurde ein Fehler für möglich gehalten, jedoch wurde zugleich empfohlen, ein zusätzliches Fachgutachten einzuholen. In weiteren 15 % wurde der kausale Zusammenhang zum Todeseintritt als eher fraglich angesehen. In lediglich einem Fall (5 %) wurde ein direkter Kausalzusammenhang von pflegerischer Versorgung und dem Eintritt des Todes bejaht. In einem der insgesamt 20 begutachteten Fälle wurde ein fehlerhaftes Verhalten, allerdings bei eher fraglichem Kausalzusammenhang, bejaht.

Petri (2001) stellte in eigenen Untersuchungen fest, dass der Anteil schuldhaft verursachter Todesfälle im Rahmen der pflegerischen Versorgung mit 25 % als hoch einzustufen sei, so auch Preuß et al. (2005).

Auffällig erscheint insbesondere bei den Fällen vermuteter Pflegefehler, dass neben der betroffenen Pflegekraft häufig der behandelnde Arzt oder ein andere Dienstaufsicht führende Person, wie beispielsweise in Pflegeeinrichtungen die Heimleitung, mit zum Kreis der Beschuldigten gehören. Im eigenen Datenmaterial ist alleine acht Mal die Leitung einer Pflegeheimenrichtung mit- oder alleine beschuldigt. So kommt es bei entsprechenden strafrechtlich relevanten Organisationsdefiziten nicht, wie in zivilrechtlichen Haftungsfragen, zu einer „Haftungsbeschränkung“, sondern zu einer „Haftungsvervielfachung“ (Zwiehoff, 2004). Organisationsmängel als solche

umfassen Kommunikations- und Koordinationsdefizite, aber auch mangelhafte Kompetenz und Qualifikationsdefizite. Grundsätzlich verantwortlich für die Organisationsabläufe im Krankenhaus oder entsprechenden Pflegeheimen ist der Träger der Einrichtung, aber auch die Leitung der dort tätigen Abteilungen (Deutsch, 2000; Hart, 1999).

Betrachtet man den Ausgang der Verfahren beider Fallgruppen, so stellt man fest, dass in den Verfahren der Anästhesie- und Intensivmedizinfälle 73 % (n=19) bereits im Ermittlungsverfahren eingestellt wurden. 19 % der Verfahren waren zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen, so dass zum endgültigen Ausgang der Verfahren keine Aussage getroffen werden konnte. Hingegen kamen im Bereich der Pflegefehlerfälle sämtliche bearbeiteten Fälle zum Abschluss. In einem Fall erfolgte gemäß § 154 Abs. 2 StPO eine vorläufige Einstellung des Verfahrens.

Auch im Bereich der Pflegefehler ist der Anteil der eingestellten Verfahren ähnlich hoch. Hier wurden 86 % (n=25) der laufenden Verfahren eingestellt.

In jeweils einem Fall der beiden untersuchten Bereiche wurde das Verfahren gemäß § 153a Abs. 1 StPO nach Zahlung einer Geldbuße eingestellt.

Bei den Fällen aus dem Pflegebereich wurde in einem Fall ein Strafbefehl erlassen und in einem weiteren Fall kam es sogar zu einer Verurteilung.

In anderen Untersuchungen kam man zu ähnlichen Ergebnissen, mit einer Einstellungsquote der Verfahren zwischen 66,15 % und 94,4 % (Althoff und Solbach, 1984; Mallach et al., 1993; Orben, 2004; Peters, 2000; Ulsenheimer, 1987), wobei sich diese Untersuchungen auf sämtliche medizinische Fachbereiche bezogen, während das eigene Untersuchungskollektiv stark selektiert ist.

Sowohl in den Fällen der Anästhesie und Intensivmedizin als auch in den Fällen aus dem Bereich der Pflege wurden die Verfahren hauptsächlich aufgrund nicht ausreichender Beweise für einen tatsächlich aufgetretenen Behandlungs- bzw. Pflegefehler eingestellt.

Grundsätzlich gilt sowohl im Straf- als auch im Zivilrecht, dass dem Beschuldigten die Tat einwandfrei nachgewiesen werden muss bzw. dass die Anspruchsvoraussetzungen für die Erlangung von Schadensersatz und Schmerzensgeld belegt werden müssen (Graf, 2001; Haack, 2002; Velten, 2001; Weizel, 2004).

Reicht in zivilrechtlichen Haftungsprozessen in der Regel der so genannte prima facie Beweis aus, das heißt der Beweis des ersten Anscheins, unterliegt die Beweisführung im Strafrecht strengen Maßstäben. Im Strafrecht darf für eine Verurteilung kein vernünftiger Zweifel an der Schuld bestehen (Bernat, 1995; Ulsenheimer, 1987). Kann ein solcher Nachweis nicht erbracht werden, so entscheidet das Gericht nach dem Grundsatz „in dubio pro reo“.

Schlussbetrachtung

In Todesfällen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen, sollte möglichst zeitnah eine Obduktion angestrebt werden, einerseits zur Erkennung der tatsächlichen Todesursache, andererseits aber vor allem auch, um entsprechende mögliche Anschuldigungen zu entkräften. Im eigenen Interesse sollte daher zur Ursachenklärung bei unklaren Todesfällen die Todesart als nicht geklärt qualifiziert werden, um somit die Grundlage für eine gerichtliche Obduktion zu schaffen.

Die weitere Auswertung und Zusammenführung entsprechenden Datenmaterials sollte so erfolgen, dass Fehlerquellen aufgedeckt werden können und Maßnahmen zur Vermeidung typischer Fehler in bestimmten Fachbereichen entwickelt werden. Dazu gehört ebenfalls eine Analyse von letal verlaufenen Fehlern im Rahmen medizinischer Qualitätssicherung.

Die Mehrzahl der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wird eingestellt. Hierbei sollten allerdings Möglichkeiten zu einer zügigeren Verfahrenserledigung entwickelt werden, um Kosten zu senken, aber gerade auch, um den Beschuldigten der in nicht unerheblichem Maße belastenden Dauer solcher Ermittlungshandlungen nicht länger als notwendig auszusetzen.

6. Zusammenfassung

In Deutschland werden grundsätzlich hohe Anforderungen an die Qualität medizinischer Maßnahmen gestellt. Allerdings sind Fehler im Rahmen medizinischer Behandlungen und Diagnosestellungen auch bei größter Sorgfalt nicht völlig auszuschließen.

Da Untersuchungen zu einzelnen medizinischen Teilbereichen bislang in der Literatur nur ansatzweise erwähnt sind, erfolgte eine retrospektive Auswertung der im Bonner Institut für Rechtsmedizin archivierten Obduktionsprotokolle und schriftlichen Gutachten. Des Weiteren wurden, mit freundlicher Genehmigung der jeweiligen Staatsanwaltschaft, zur Analyse die dazugehörigen Ermittlungsakten beigezogen, um die Verfahrenswirklichkeit auf regionaler Ebene herauszuarbeiten.

Der Erfassungszeitraum bezog sich auf die Jahre 1989 bis 2005. Es ergaben sich im Bereich der Fachgebiete Anästhesie und Intensivmedizin insgesamt 26 Fälle, bei denen ein Behandlungsfehler vermutet wurde. 29 Fälle bezogen sich auf behauptete Fehler im Bereich der Pflege.

Hauptauslöser für staatsanwaltschaftliche Ermittlungshandlungen ist in beiden Fallkollektiven die Angabe einer „ungeklärten“ oder „nicht natürlichen“ Todesart in der Todesbescheinigung, gefolgt von Strafanzeigen durch Angehörige.

In den meisten Fällen, nämlich in 35 von insgesamt 55 Fällen, wurden die Ermittlungsverfahren wegen des Vorwurfes der fahrlässigen Tötung geführt.

In jedem der 26 Fälle aus dem Bereich der Anästhesie und Intensivmedizin wurde zur Klärung des Sachverhaltes eine Obduktion gemäß § 87 StPO angeordnet. In 21 (72 %) der 29 behaupteten Pflegefehlerfälle erfolgte ebenfalls eine Obduktion.

Rechtsmedizinische Gutachten erfolgten in 19 Fällen bei der Fallgruppe Anästhesie und Intensivmedizin und bei vermuteten Pflegeunzulänglichkeiten in 20 Fällen.

Insgesamt wurden in lediglich drei der Anästhesie/Intensivmedizinfälle bzw. einem Fall aus dem Pflegebereich sowohl das Vorliegen eines Behandlungsfehlers als auch die Kausalität gutachterlich bejaht.

Typische Fehlerkonstellationen ergaben sich in der Pflege und deckten sich mit den bereits in der Literatur beschriebenen, wie beispielsweise Dekubiti, unzureichende Thromboseprophylaxe, Sturzgeschehen und sonstige unzureichende pflegerische Versorgung bis hin zu Aufsichtspflichtverletzungen.

In der Anästhesiologie bezogen sich die vermuteten Behandlungsfehler häufig auf Probleme im Rahmen der Narkoseführung.

Im Bereich der Intensivmedizin ist neben den operativen Fächern häufig die Innere Medizin als primär beschuldigter Fachbereich hervorzuheben. Insgesamt wurde aus den Bereichen der Anästhesie und der Intensivmedizin in 72 % der Fälle der Vorwurf einer Fehlbehandlung erhoben, wobei gerade in arbeitsteiligen Bereichen Organisationsmängel zum Tragen kommen und von nicht untergeordneter Bedeutung sind, wobei dies allerdings aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen nur vermutet werden konnte.

In 73 % (n=19) der im Fachgebiet der Anästhesie und Intensivmedizin behaupteten Behandlungsfehlervorwürfe wurde das Ermittlungsverfahren mangels hinreichenden Tatverdachts gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt, bei den Pflegefehlern sogar in 86 % (n= 25) der Fälle.

Abschließend lässt sich feststellen, dass sich in den Bereichen der Anästhesie und Intensivmedizin und auch im Bereich der Pflege keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Art der vorgeworfenen Fehler und der Verfahrensausgänge ergeben haben.

Anhang

Gesetzestexte

Strafgesetzbuch

§ 222

Fahrlässige Tötung

Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 223

Körperverletzung

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 224

Gefährliche Körperverletzung

(1) Wer die Körperverletzung

1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung

begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 226

Schwere Körperverletzung

(1) Hat die Körperverletzung zur Folge, dass die verletzte Person

1. das Sehvermögen auf einem Auge oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert,
2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt,
- 3.

so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

(2) Verursacht der Täter eine der in Absatz 1 bezeichneten Folgen absichtlich oder wissentlich, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(3) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 227

Körperverletzung mit Todesfolge

(1) Verursacht der Täter durch die Körperverletzung (§§ 223 bis 226) den Tod der verletzten Person, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

(2) In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 229

Fahrlässige Körperverletzung

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 323c

Unterlassene Hilfeleistung

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 228

Einwilligung

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

Strafprozessordnung

§ 87

(1) Die Leichenschau wird von der Staatsanwaltschaft, auf Antrag der Staatsanwaltschaft auch vom Richter, unter Zuziehung eines Arztes vorgenommen. Ein Arzt wird nicht zugezogen, wenn dies zur Aufklärung des Sachverhalts offensichtlich entbehrlich ist.

(2) Die Leichenöffnung wird von zwei Ärzten vorgenommen. Einer der Ärzte muss Gerichtsarzt oder Leiter eines öffentlichen gerichtsmedizinischen oder pathologischen Instituts oder ein von diesem beauftragter Arzt des Instituts mit gerichtsmedizinischen Fachkenntnissen sein. Dem Arzt, welcher den Verstorbenen in der dem Tod unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Er kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben. Die Staatsanwaltschaft kann an der Leichenöffnung teilnehmen. Auf ihren Antrag findet die Leichenöffnung im Beisein des Richters statt.

(3) Zur Besichtigung oder Öffnung einer schon beerdigten Leiche ist ihre Ausgrabung statthaft.

(4) Die Leichenöffnung und die Ausgrabung einer beerdigten Leiche werden vom Richter angeordnet; die Staatsanwaltschaft ist zu der Anordnung befugt, wenn der Untersuchungserfolg durch Verzögerung gefährdet würde. Wird die Ausgrabung angeordnet, so ist zugleich die Benachrichtigung eines Angehörigen des Toten anzuordnen, wenn der Angehörige ohne besondere Schwierigkeiten ermittelt werden kann und der Untersuchungszweck durch die Benachrichtigung nicht gefährdet wird.

§ 153a

(1) Mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts und des Beschuldigten kann die Staatsanwaltschaft bei einem Vergehen vorläufig von der Erhebung der öffentlichen Klage absehen und zugleich dem Beschuldigten Auflagen und Weisungen erteilen, wenn diese geeignet sind, das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung zu beseitigen, und die Schwere der Schuld nicht entgegensteht. Als Auflagen oder Weisungen kommen insbesondere in Betracht,

1. zur Wiedergutmachung des durch die Tat verursachten Schadens eine bestimmte Leistung zu erbringen,
2. einen Geldbetrag zugunsten einer gemeinnützigen Einrichtung oder der Staatskasse zu zahlen,
3. sonst gemeinnützige Leistungen zu erbringen,
4. Unterhaltungspflichten in einer bestimmten Höhe nachzukommen,
sich ernsthaft zu bemühen, einen Ausgleich mit dem Verletzten zu erreichen (Täter-Opfer-
5. Ausgleich) und dabei seine Tat ganz oder zum überwiegenden Teil wieder gut zu machen oder deren Wiedergutmachung zu erstreben, oder
6. an einem Aufbauseminar nach § 2b Abs. 2 Satz 2 oder § 4 Abs. 8 Satz 4 des Straßenverkehrsgesetzes teilzunehmen.

Zur Erfüllung der Auflagen und Weisungen setzt die Staatsanwaltschaft dem Beschuldigten eine Frist, die in den Fällen des Satzes 2 Nr. 1 bis 3, 5 und 6 höchstens sechs Monate, in den Fällen des Satzes 2 Nr. 4 höchstens ein Jahr beträgt. Die Staatsanwaltschaft kann Auflagen und Weisungen nachträglich aufheben und die Frist einmal für die Dauer von drei Monaten verlängern; mit Zustimmung des Beschuldigten kann sie auch Auflagen und Weisungen nachträglich auferlegen und ändern. Erfüllt der Beschuldigte die Auflagen und Weisungen, so kann die Tat nicht mehr als Vergehen verfolgt werden. Erfüllt der Beschuldigte die Auflagen und Weisungen nicht, so werden Leistungen, die er zu ihrer Erfüllung erbracht hat, nicht erstattet. § 153 Abs. 1 Satz 2 gilt in den Fällen des Satzes 2 Nr. 1 bis 5 entsprechend.

(2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft und des Angeschuldigten das Verfahren bis zum Ende der Hauptverhandlung, in der die tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden können, vorläufig einstellen und zugleich dem Angeschuldigten die in Absatz 1 Satz 1 und 2 bezeichneten Auflagen und Weisungen erteilen. Absatz 1 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Die Entscheidung nach Satz 1 ergeht durch Beschluss. Der Beschluss ist nicht anfechtbar. Satz 4 gilt auch für eine Feststellung, dass gemäß Satz 1 erteilte Auflagen und Weisungen erfüllt worden sind.

(3) Während des Laufes der für die Erfüllung der Auflagen und Weisungen gesetzten Frist ruht die Verjährung.

§ 154

(1) Die Staatsanwaltschaft kann von der Verfolgung einer Tat absehen,

1. wenn die Strafe oder die Maßregel der Besserung und Sicherung, zu der die Verfolgung führen kann, neben einer Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung, die gegen den Beschuldigten wegen einer anderen Tat rechtskräftig verhängt worden ist oder die er wegen einer anderen Tat zu erwarten hat, nicht beträchtlich ins Gewicht fällt oder darüber hinaus, wenn ein Urteil wegen dieser Tat in angemessener Frist nicht zu erwarten ist und wenn eine Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung, die gegen den Beschul-
2. digten rechtskräftig verhängt worden ist oder die er wegen einer anderen Tat zu erwarten hat, zur Einwirkung auf den Täter und zur Verteidigung der Rechtsordnung ausreichend erscheint.

(2) Ist die öffentliche Klage bereits erhoben, so kann das Gericht auf Antrag der Staatsanwaltschaft das Verfahren in jeder Lage vorläufig einstellen.

(3) Ist das Verfahren mit Rücksicht auf eine wegen einer anderen Tat bereits rechtskräftig erkannte Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung vorläufig eingestellt worden, so kann es, falls nicht inzwischen Verjährung eingetreten ist, wieder aufgenommen werden, wenn die rechtskräftig erkannte Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung nachträglich wegfällt.

(4) Ist das Verfahren mit Rücksicht auf eine wegen einer anderen Tat zu erwartende Strafe oder Maßregel der Besserung und Sicherung vorläufig eingestellt worden, so kann es, falls nicht inzwischen Verjährung eingetreten ist, binnen drei Monaten nach Rechtskraft des wegen der anderen Tat ergehenden Urteils wieder aufgenommen werden.

(5) Hat das Gericht das Verfahren vorläufig eingestellt, so bedarf es zur Wiederaufnahme eines Gerichtsbeschlusses.

§ 159

(1) Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet.

(2) Zur Bestattung ist die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft erforderlich.

§ 170

(1) Bieten die Ermittlungen genügenden Anlass zur Erhebung der öffentlichen Klage, so erhebt die Staatsanwaltschaft sie durch Einreichung einer Anklageschrift bei dem zuständigen Gericht.

(2) Andernfalls stellt die Staatsanwaltschaft das Verfahren ein. Hiervon setzt sie den Beschuldigten in Kenntnis, wenn er als solcher vernommen worden ist oder ein Haftbefehl gegen ihn erlassen war; dasselbe gilt, wenn er um einen Bescheid gebeten hat oder wenn ein besonderes Interesse an der Bekanntgabe ersichtlich ist.

Literaturverzeichnis

Althoff H, Solbach T. Analyse arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen zwischen 1978 und 1981. ZRechtsmed 1984, 93: 273-282

Below KH. Der Arzt im Römischen Recht. In Münchener Beiträge zur Papyrusforschung und antiken Rechtsgeschichte. München: Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1953

Bernat E. Liability Risks in Gynaecology and Obstetrics under German and Austrian Law. Med Law 1995; 14: 413-423

Breitmeier D, Debertin A. S, Buurmann H, Albrecht K, Wilke N, Schoor C, Günther D, Panning B, Tröger HD. Rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen zu Todesfällen nach schwieriger Intubation. Rechtsmedizin 2005; 15: 363-370

Buchter A, Heinemann A, Püschel K. Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus. Explorative Studie anhand von 15 der Hamburger Staatsanwaltschaft in den Jahren von 1998-2000 bekannt gewordenen Fällen. MedR 2002; 4:185-189

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

Dettmeyer R, Reber A. Exitus letalis- Anästhesiologische und medizinrechtliche Aspekte. Der Anästhesist 2003; 12: 1179-1190

Dettmeyer R. Medizin & Recht für Ärzte. Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer, 2006

Dettmeyer R, Preuß J, Madea B. Rechtsmedizinische Behandlungsfehlerbegutachtung- Konsequenzen aus der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales durchgeführten multizentrischen Studie. Rechtsmedizin 2006; 16: 389-396

Dettmeyer R, Preuß J, Madea B. Zur Häufigkeit begutachteter letaler Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin. In Madea B, Dettmeyer R. (Hrsg.) *Medizinschadensfälle und Patientensicherheit*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007: 65-85

Deutsch E. Das Organisationsverschulden des Krankenhausträgers. *NJW* 2000, 24: 1745-1816

Deutsch E. *Medizinrecht*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 2003

Diepgen P. *Geschichte der Medizin Bd. I*. Berlin: de Gruyter Verlag, 1949

Fehn K. Der ärztliche Fehler im Abriß. *Z ärztl Fortbild Qual Sich* 2001 a; 95: 469-474

Goeke M. Vergleichende Untersuchung von Sektionsgutachten am Kölner Institut für Rechtsmedizin und Todesfallbegutachtungen der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein zur Frage eines ärztlichen Behandlungsfehlers. *Berichtszeitraum: 1986-1996*. Med. Diss. Köln 2002

Graf U. *Die Beweislast bei Behandlungsfehlern im Arzthaftungsprozess*. München: Herbert Utz Verlag, 2001

Haack H. Behandlungsfehler: Keine Ausdehnung der Arzthaftung absehbar. *Dt. Ärztebl* 2002; 48: A-3279

Hansis ML. Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. *Dt. Ärztebl* 2001; 98: B 1758-1762

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

Hansis ML, Hart D. *Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes- Themenheft 04. Berlin: Verlag Robert Koch- Institut, 2001

Hansis ML. Begutachtung vorgeworfener ärztlicher Behandlungsfehler- „ das gute Gutachten“. Med Sach 2006; 1: 10-15

Hart D. „ Organisationsaufklärung“ Zum Verhältnis von Standardbehandlung, Organisationspflichten und ärztlicher Aufklärung. MedR 1999; 2: 47-50

Heinemann A, Leutenegger M, Cordes O, Matschke J, Hartung C, Püschel K, Meier-Baumgartner H P. Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in der letzten Lebensphase. Z Gerontol Geriat 2001; 34: 509-516

Högermeyer HP. Ärztliche Kunstfehler. Ein Beitrag aus der Gutachterpraxis des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen. Berichtszeitraum 1982. Med. Diss. Tübingen 1991

Janssen W. Definition und Meldung des nichtnatürlichen Todes im ärztlichen Bereich. Beitr ger Med 1979; 37: 105-108

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

Krähe J. Die Diskussion um den ärztlichen Kunstfehler in der Medizin des Neunzehnten Jahrhunderts, Marburger Schriften zur Medizingeschichte Bd.13, 1984: 32-39

Krizantis-Weine F, Eichhorn B. Inzidenz und Folgen anästhesiologischer Zwischenfälle. Jahrbuch der Anästhesiologie und Intensivmedizin 1995/96, Biermann Verlag FRG: 113-120

Langhoff JHR. Ärztliche Kunstfehler. Ein Beitrag aus der Gutachterpraxis des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen. Berichtszeitraum 1980-1981. Med. Diss. Tübingen 1989

Langrehr D, Singbartl G, Arnold R, Neuhaus R, Kluge I. Das Risiko der Allgemeinanästhesie. Prakt. Anästh. 1978; 13: 345-351

Larsen R. Anästhesie. München- Wien- Baltimore: Urban und Schwarzenberg; 1990

Laufs A. Arzt und Recht im Wandel der Zeit. MedR 1986; 4: 163-170

Laufs A, Uhlenbruck W. Handbuch des Arztrechts. München: C H Beck, 1999

Laufs A. Nicht der Arzt allein muss bereit sein, das Notwendige zu tun. NJW 2000; 24: 1757-1769

Laum HD, Sementkowski U. Ärztliche Behandlungsfehler-Statut der Gutachterkommission. Deutscher Ärzteverlag.2006: 50

Leffmann C, Anders J, Heinemann A, Leutenegger M, Pröfener F. Dekubitus. In Robert Koch-Institut Hrsg. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 12. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut, 2002

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

Link J. Das Anästhesierisiko. Komplikationen, Herzstillstände und Todesfälle. Edition Medizin. Weinheim: VCH, 1985

Lunn JN, Mushin WW. Mortality associated with anaesthesia. Anaesthesia 1982; 37: 856

Lutterbeck C. Der unvermeidbare Dekubitus- Landgericht Bielefeld, Urteil vom 25.06.2003-AZ.: 4 O 462/02-. Pflege-&Krankenhausrecht 2004; 3: 72-74

Lutz H, Klose R, Peter K. Untersuchungen zum Risiko der Allgemeinanästhesie unter operativen Bedingungen. Dtsch Med Wochenschr 1972; 47: 1816-1820

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

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

Madea B, Dettmeyer R. Behandlungsfehler und Medizinschadensfälle. Nicht nur ein Thema der Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 2006; 16: 353-354

Madea B, Püschel K, Lignitz E, Dettmeyer R. Verwaltungssektionen. Inhalt, Zweck, Notwendigkeit, gesetzliche Regelungen. Rechtsmedizin 2006, 16: 13-22

Madea B, Venedey C, Dettmeyer R, Preuß J. Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 2073-2078

Maiwald M. Zur Ermittlungspflicht des Staatsanwalts in Todesfällen. NJW 1978; 12: 561-608

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

Neugebauer R. Der ärztliche Behandlungsfehler dargestellt an 140 Ermittlungsfällen aus den Jahren 1971-1984. Med.Diss. Lübeck 1991

Oesterlen O. v. Kunstfehler der Ärzte und Wundärzte. In Maschka J. (Hrsg) Handbuch der gerichtlichen Medizin Bd.3, Tübingen 1881/82:589-639

Orben S. Rechtliche Verantwortung für Behandlungsfehler. In Hallesche Schriften zum Recht. Köln-Berlin-München. Carl Heymanns Verlag KG, 2004, Bd 19

Othmer H. Bedeutung pathologisch – anatomischer Untersuchungen in der Begutachtung - aus der Sicht des Juristen. MedSach 2000; 96: 51

Özdemir Hakan M, Cekin Necmi, Can Özgür I, Hilal Ahmet. Malpractice and system of expertise in anaesthetic procedures in Turkey. Forensic Science International 2005; 153: 161-167

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

Petri S. Todesfälle nach ärztlichen Behandlungsmaßnahmen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2001

Pfeiderer T, Schubert BG. Pflegemängel als Kausalitätsproblem Rechtspraktische Überlegungen am Beispiel von Dekubitus und Exsikkose. MedR 2005; 10: 591-595

Pluisch F. Die rechtsmedizinische Begutachtung von „Behandlungsfehler“-Vorwürfen. Eine Untersuchung auf der Grundlage der vom Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn in der Zeit von 1980-1986 erstatteten Gutachten. Diss. Bonn. 1990

Preuß J, Dettmeyer R, Madea B. Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (Multicenterstudie) – Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadensforschung. 2005

Preuß J, Dettmeyer J, Madea B. Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 2006; 16: 367-382

Preuß J, Dettmeyer R, Madea B. Tödlich verlaufende, postoperative Peritonitiden. Rechtsmedizinische Begutachtung. Rechtsmedizin 2006; 16: 383-388

Preuß J, Dettmeyer R, Madea B. Spezielle Fallgruppen aus der BMGS- Studie: Vorwurf der fehlerhaften Arzneimitteltherapie/ Medikationszwischenfälle: In Madea B, Dettmeyer R. (Hrsg.) Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Häufigkeit- Begutachtung- Prophylaxe. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag, 2007: 139-151

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

Radbruch G. Die Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karl V. von 1532 (Carolina). Stuttgart: Reclam-Universal-Bibliothek, 1967

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

Schreiber H. L. Abschied vom Begriff des ärztlichen Kunstfehlers? medSach 1976; 72: 71-73

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

Uhlenbruck W. Die Pflicht zur Diagnosestellung In: Laufs A, Uhlenbruck W (Hrsg) Handbuch des Arztrechts. München: C H Beck Verlag, 1999: 408-415

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

Ulsenheimer K. Die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Internisten unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik. Internist 1994; 35: 777-781

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

Ulsenheimer K. „ Wenn der Staatsanwalt kommt...“- Rechte und Pflichten des Arztes bei einer Durchsuchungsaktion. Anaesthesist 2003; 52: 254-258

Ulsenheimer K. Arztstrafrecht in der Praxis. Heidelberg: C. F. Müller, 2008

Urteil des Bundesgerichtshof vom 15.03.1977 – VI ZR 201/75. Vergleich zwischen Tätigkeit eines Tierarztes und eines Humanmediziners. NJW 1977; 24: 1102

Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 14.9.2004 – 1 U 97/03. Vertrauensgrundsatz bei der Zusammenarbeit zwischen Chirurg und Anästhesist in der postoperativen Phase. ArztRecht 2006; 1: 23-24

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

Virchow R. Aktenstücke des Reichstags des Norddeutschen Bundes, Anlage 3 zu Nr. 5, Berlin 1870. Kunstfehler der Ärzte. Eser A. (Hrsg) Recht und Medizin. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1990: 43-54

Wagner HJ. Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler“. Z Rechtsmed 1981; 86: 303-306

Weizel I. Immer mehr Patienten klagen Behandlungsfehler ein- Das Risiko der Beweislast im Arzthaftungsprozess. Klinikarzt 2004; 10: 16-17

Weltrich H. Arzthaftpflichtschaden aus juristischer Sicht. Gynäkologe 1997; 30: 595-599

Wessels J. Strafrecht Allgemeiner Teil. Heidelberg: C. F. Müller, 1994

Zwiehoff G. Strafrechtliche Aspekte des Organisationsverschuldens. MedR 2004, 7: 364-373

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Madea für die Überlassung des Themas und die wissenschaftliche Unterstützung meiner Arbeit.

Besonders Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Dettmeyer und Frau Dr. Preuß, die mich in äußerst motivierter Weise bei der Anfertigung dieser Arbeit betreut haben.

Auch zu danken habe ich den engagierten Mitarbeitern der Staatsanwaltschaften Bonn, Koblenz, Siegen, Köln und Trier für die freundliche Überlassung der Ermittlungsakten.

Zuletzt bedanke ich mich bei meiner Familie und Jörg, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.