

**Begutachtung behaupteter letaler und nicht-  
letaler Behandlungsfehler im Fach  
Rechtsmedizin  
(bundesweite Multicenterstudie)**

**Konsequenzen für eine koordinierte  
Medizinschadensforschung**

**Aus dem Institut für Rechtsmedizin der  
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
Direktor: Prof. Dr. med. B. Madea**

**Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung  
(BMGS)**

**Bearbeiter: Dr. med. J. Preuß  
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. jur. R. Dettmeyer  
Prof. Dr. med. B. Madea**

**Mai 2005**

## Inhaltsverzeichnis

### Einleitung

	Seite
<b><u>A. Datenerhebung, Analyse, Auswertung</u></b>	<b>15</b>
1. Auftrag, Methode und Verlauf der Bearbeitung	15
1.1 Auftrag	15
1.2 Methode – Ausgewertete Unterlagen	15
1.3 Verlauf der Bearbeitung	22
<b><u>B. Ergebnisse</u></b>	<b>23</b>
1. Institute für Rechtsmedizin - Regionale Verteilung der rechtsmedizinisch bearbeiteten Behandlungsfehlervorwürfe	23
2. Quantitative Entwicklung der Behandlungsfehlervorwürfe in den rechtsmedizinischen Instituten im Auswertungszeitraum 1990-2000	27
3. Anlässe der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes	33
4. Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes – getrennt nach Tätigkeitsfeldern	35
5. Eckdaten des Patientenkollektivs	38
6. Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die einzelnen medizinischen Fachdisziplinen bzw. Gebiete	41
6.1 Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf ausgewählte medizinische Fachgebiete	44
6.1.1 Chirurgie	44
6.1.1.1 Allgemeinchirurgie	45
6.1.1.2 Unfallchirurgie	45
6.1.1.3 Herzchirurgie	46
6.1.1.4 Neurochirurgie	46
6.1.1.5 Gefäßchirurgie	47
6.1.2 Innere Medizin	47
6.1.3 Andere Fächer	48
6.1.3.1 Gynäkologie und Geburtshilfe	48
6.1.3.2 Pädiatrie	49
6.1.3.3 Anästhesiologie und anästhesiologische Intensivmedizin	50
6.1.3.4 Psychiatrie	50
6.1.3.5 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	51
6.1.3.6 Orthopädie	51
6.1.3.7 Urologie	52
7. Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren	53
7.1. Standardisiert ausgewertete Unterlagen der teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute	53
7.1.1 Auswertung der vorläufigen Obduktionsgutachten	53

7.1.2 Ausführliche Zusammenhangsgutachten (Kausalitätsgutachten)	54
7.1.3 Interdisziplinäre Begutachtung (Gemeinschaftsgutachten mit klinischen Gutachtern)	54
7.2 Bejahte Behandlungsfehler	55
7.2.1 Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Tod bejaht	60
7.2.2 Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Tod nicht bejaht	63
7.3 Verneinte Behandlungsfehler	66
7.4 Behandlungsfehler gutachterlich möglich	66
7.4.1 Klärung der Vorwürfe durch weitere Ermittlungen und/oder Zusatzuntersuchungen empfohlen	66
7.4.2 Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung durch empfohlenes Fachgutachten	67
7.5 Gutachten bleibt vorbehalten/Keine Stellungnahme zu Vorwürfen	68
7.6 Begutachtungsergebnisse und Anlass des Verfahrens	68
8. Differenzierung von Behandlungsfehlerarten	70
8.1 Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen	73
8.1.1 Vorwurf des Unterlassens erforderlicher diagnostischer Maßnahmen	74
8.1.2 Vorwurf der verspäteten Reaktion auf postoperative Komplikationen	76
8.1.3 Sonstiges Unterlassen	77
8.1.4 Unterlassene Überwachung von Berufsanfängern	78
8.1.5 Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen	79
8.2 Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	79
8.2.1 Postoperative Komplikationen	81
8.2.2 Intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben	84
8.2.3 Letale Zwischenfälle bei endoskopischen Eingriffen	88
8.2.4 Exitus in tabula	90
8.3 Falschbehandlung	94
8.3.1 Verkannter Myokardinfarkt	95
8.3.2 Falschbehandlung in Form von Verwechslungen bzw. Fehleinstellungen technischer Geräte	96
8.4. Medikationsfehler	97
8.5. Pflegefehler mit behaupteten letalem Ausgang	100
8.6 Vorwurf nicht näher konkretisiert	103
8.7 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die Behandlungsfehlerarten	103
9. Ergebnis der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte	107
10. Behandlungsfehlervorwürfe mit nicht-letalem Ausgang	110
10.1 Einleitung	110
10.2 Datenerhebung, Analyse, Auswertung	111
10.3 Ergebnisse	112
10.4 Anlässe der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren	113
10.4.1 Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes – getrennt nach Tätigkeitsfeldern	114
10.5 Betroffene Patienten	115
10.6 Verteilung der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe auf die	

einzelnen medizinischen Fachdisziplinen bzw. Gebiete	117
10.6.1 Anzahl der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe von 1990 bis 2000 – Verteilung auf das Fachgebiet Chirurgie	118
10.6.2 Andere Fachgebiete	119
10.7 Differenzierung der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe	119
10.7.1 Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen	120
10.7.2 Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten (Medikationszwischenfälle)	121
10.7.3 Verspätetes Erkennen postoperativer Komplikationen	123
10.7.4 Vorwurf Falschbehandlung	125
10.7.5 Pflegefehler	127
10.7.6 Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert	127
10.8 Ergebnisse der rechtsmedizinischen Behandlungsfehlerbegutachtung im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren bei behaupteten nicht-letalen Behandlungsfehlern	128
11. Zusammenfassung der Ergebnisse beider Studien	135
11.1 Vorwurf letaler Behandlungsfehler	135
11.2 Vorwurf nicht-letaler Behandlungsfehler	138
<b><u>C. Erläuterungen</u></b>	138
<b><u>D. Empfehlungen, die aus den Studienergebnissen resultieren</u></b>	157
<b><u>E. Weiterführende Empfehlungen</u></b>	160
<b><u>F. Literatur</u></b>	162

## **Tabellen (Nr. 1 bis 100) - Legenden**

Tabelle 1: Art der ausgewerteten Archivunterlagen

Tabelle 2: Abschließende Ergebnisse der rechtsmedizinischen Behandlungsfehlerbegutachtung

Tabelle 3: Einbezogene Institute für Rechtsmedizin (n=17)

Tabelle 4: Zahl der analysierten Obduktionen nach Behandlungsfehlervorwurf sowie prozentualer Anteil dieser Obduktionen am gesamten Obduktionsaufkommen von 1999 bis 2000 pro Institut für Rechtsmedizin

Tabelle 5: Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe und deren prozentualer Anteil am gesamten Obduktionsaufkommen je Institut und Jahr (1990 bis 2000)

Tabelle 6: Nach Auswertung der Unterlagen festgestellte Anlässe für ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren bzw. Todesermittlungsverfahren wegen eines begründeten Anfangsverdachts auf das Vorliegen eines potentiell letalen Behandlungsfehlers (n= 4450)

Tabelle 7: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe (n=4450) auf verschiedene Arztgruppen bzw. Berufsgruppen sowie der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfehlervorwürfe

Tabelle 8: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte, ohne Notärzte (n= 2809; 63,1%)

Tabelle 9: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen niedergelassene Ärzte, ohne Notdienstärzte (n=877; 19,7 %)

Tabelle 10: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notdienstärzte (n= 253; 5,8 %)

Tabelle 11: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notärzte (n= 108; 2,4 %)

Tabelle 12: Alter und Geschlecht der Patienten bei verschiedenen Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes

Tabelle 13: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe bzw. staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (n=4450) auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete – absolute Zahlen und prozentualer Anteil des jeweiligen Fachgebietes bei Zusammenfassung der Zahlen aller teilnehmenden Institute für Rechtsmedizin

Tabelle 14: Fallzahlen pro Fachgebiet insgesamt und separat nach Fachgebieten und Instituten

Tabelle 15: Innerhalb des Gebietes Chirurgie betroffene chirurgische Spezialdisziplinen

Tabelle 16: Betroffene Berufsgruppen und die Zahl der bejahten Behandlungsfehler in diesen Gruppen ohne Berücksichtigung der Kausalität des bejahten Behandlungsfehlers für den Tod

Tabelle 17: Klärung des Behandlungsfehlervorwurfes in Abhängigkeit vom Stadium der Behandlungsfehlerbegutachtung – alleiniges Obduktionsgutachten, Zusammenhangsgutachten nach Zusatzuntersuchungen, klinisches Gutachten

Tabelle 18: Adressaten der Vorwürfe und Ergebnis der Begutachtung; in Klammern prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in dieser Berufsgruppe

Tabelle 19: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die medizinischen Fachgebiete einschließlich der Klärung der Frage der Kausalität zwischen einem festgestellten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle des jeweiligen Fachgebietes)

Tabelle 20: Zahl der gutachterlich bejahten Behandlungsfehler (n=189; 4,3 %) mit bejahter Kausalität für den Eintritt des Todes als Folge des festgestellten Behandlungsfehlers je Fachgebiet (in Klammern %-Anteil an der Zahl aller Fälle im jeweiligen Fachgebiet)

Tabelle 21: Berufsgruppen und die Anzahl der bejahten Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität für den Tod (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Berufsgruppe)

Tabelle 22: Zahl der gutachterlich bejahten Behandlungsfehler (n=189; 4,3 %) mit bejahter Kausalität für den Eintritt des Todes als Folge des festgestellten Behandlungsfehlers je Fachgebiet (in Klammern %-Anteil an der Zahl aller Fälle im jeweiligen Fachgebiet)

Tabelle 23: Berufsgruppen und die Anzahl der bejahten Behandlungsfehler mit verneinter Kausalität für den Tod in den einzelnen Gruppen (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Berufsgruppe)

Tabelle 24: Anlass des Verfahrens und Ergebnis der Begutachtung, in Klammern der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Rubrik

Tabelle 25: Häufigkeit unterschiedlicher Arten von Behandlungsfehlervorwürfen bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle aller teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute – mit Mehrfachnennungen, da auch kombinierte Vorwürfe erhoben wurden.

Tabelle 26: Klassifizierung der Vorwürfe des Unterlassens in vier Hauptgruppen mit Mehrfachnennungen.

Tabelle 27: Anzahl der Vorwürfe, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen sorgfaltswidrig unterlassen worden – Verteilung auf die einzelnen Berufsgruppen (n=2158)

Tabelle 28: Ergebnisse der Begutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen - mit Mehrfachnennungen

Tabelle 29: Adressaten des Vorwurfs der mangelhaften Diagnostik (n=1300)

Tabelle 30: Ergebnis der Begutachtung bei Behandlungsfehlervorwürfen, die medizinische Diagnostik sei mangelhaft gewesen

Tabelle 31: Adressaten des Vorwurfs, es sei verspätet auf postoperative Komplikationen reagiert worden (n=233)

Tabelle 32: Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe, es sei auf postoperative Komplikationen verspätet reagiert worden

Tabelle 33: Differenzierung der Vorwürfe, es seien sonstige gebotene medizinische Maßnahmen unter Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Sorgfalt unterlassen worden

Tabelle 34: Adressaten des Vorwurfs, es seien sonstige medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden (n=1070)

Tabelle 35: Ergebnis der Begutachtung bei Vorwürfen, es seien sonstige medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden

Tabelle 36: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Vorwürfen, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden

Tabelle 37: Klassifikation der Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit Operationen – Untergliederung in vier Hauptgruppen mit Mehrfachnennungen (n=1472)

Tabelle 38: Von Vorwürfen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen betroffene Berufsgruppen (n=1472)

Tabelle 39: Ergebnis der Begutachtung bei den Vorwürfen bei bzw. nach operativen Eingriffen

Tabelle 40: Betroffene Fachgebiete zum Vorwurf, postoperative Komplikationen seien unzureichend beherrscht worden

Tabelle 41: Adressaten des Vorwurfs der unzureichenden Beherrschung postoperativer Komplikationen (n=638)

Tabelle 42: Ergebnis der Begutachtung beim Vorwurf der unzureichenden Beherrschung postoperativer Komplikationen

Tabelle 43: Behandlungsfehlervorwurf betreffend intraoperative Komplikationen mit postoperativem Versterben (n=496)

Tabelle 44: Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes, es seien intraoperative Komplikationen zu spät erkannt bzw. nicht entsprechend ärztlicher Sorgfaltspflichten therapiert worden (n=496)

Tabelle 45: Art der ärztlichen Eingriffe mit intraoperativen Komplikationen und postoperativ letalem Verlauf (n=496)

Tabelle 46: Intraoperative Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen mit postoperativ letalem Verlauf (z.T. Mehrfachnennungen)

Tabelle 47: Ausgang der Begutachtung bei den Vorwürfen, intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben seien vorwerfbar nicht erkannt bzw. beherrscht worden (n=496)

Tabelle 48: Verteilung der Vorwürfe eines letalen Behandlungsfehlers bei endoskopischen Maßnahmen (Fachgebiete ohne Endoskopiezwischenfälle sind nicht erwähnt).

Tabelle 49: Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen

Tabelle 50: Ausgang der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen (n=232)

Tabelle 51: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe beim Exitus in tabula auf die verschiedenen Fachdisziplinen (n=230)

Tabelle 52: Exitus in tabula - Art des Eingriffes beim plötzlichen Versterben während ärztlicher Maßnahmen

Tabelle 53: Exitus in tabula – Spektrum an letalen Komplikationen während des Eingriffs

Tabelle 54: Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe beim Exitus in tabula (n=230)

Tabelle 55: Ausgang der Behandlungsfehlerbegutachtung beim Exitus in tabula (n=230)

Tabelle 56: Ergebnisse der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen - Mehrfachnennungen, da auch kombinierte Vorwürfe (in Klammern der %-Anteil an der Gesamtanzahl der Vorwürfe in der jeweiligen Rubrik)

Tabelle 57: Klassifikation der Behandlungsfehlervorwürfe der Falschbehandlung – Untergliederung in drei Hauptgruppen mit Mehrfachnennungen (n=766)

Tabelle 58: Von Vorwürfen der Falschbehandlung betroffene Berufsgruppen (n=766)

Tabelle 59: Ergebnis der Begutachtung bei den Vorwürfen der Falschbehandlung

Tabelle 60: Verteilung behaupteter fehlerhafter Medikation mit letalem Verlauf auf die verschiedenen medizinischen Fachgebiete (n=557)

Tabelle 61: Verteilung der Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten auf die einzelnen Berufsgruppen (n= 557)

Tabelle 62: Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe einer fehlerhaften Medikation (n=557)

Tabelle 63: Klassifikation der Pflegefehlervorwürfe (n=320) in Lagerungsfehler, unzureichende Thromboseprophylaxe und sonstige Pflegefehler (Mehrfachnennungen)

Tabelle 64: Verteilung der Pflegefehlervorwürfe auf die einzelnen Berufsgruppen (n= 320)

Tabelle 65: Verteilung der Behandlungs- bzw. Pflegefehlervorwürfe auf verschiedene stationäre Einrichtungen (n=89) beim Vorwurf mangelhafter Dekubitusprophylaxe

Tabelle 66: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bei Pflegefehlervorwürfen (n=320)

Tabelle 67: Behandlungsfehlerarten bezogen auf die Berufsgruppen

Tabelle 68: Art der Behandlungsfehlervorwürfe bzw. Behandlungsfehlertypen und das Ergebnis der Begutachtung in Klammern %-Anteil an der Gesamtanzahl der jeweiligen Vorwürfe (mit Mehrfachnennungen)

Tabelle 69: Zahl der gutachterlichen Entscheidungen in Abhängigkeit von der Begutachtungsgrundlage: auf der Basis der Obduktionsergebnisse oder erst nach weiteren Untersuchungen – Verteilung auf die Behandlungsfehlerarten - mit Mehrfachnennungen (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in der jeweiligen Behandlungsfehlerrubrik)

Tabelle 70: Ergebnis der Begutachtung nach rechtsmedizinischer Obduktion anhand des vorläufigen Obduktionsgutachtens – bezogen auf die Behandlungsfehlerarten (in Klammer %-Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in der jeweiligen Rubrik)

Tabelle 71: Ergebnis der Begutachtung bezogen auf die Behandlungsfehlerarten nach Durchführung weiterer Untersuchungen im Rahmen eines ausführlichen Zusammenhangsgutachtens (abschließende Gutachten)

Tabelle 72: Strafrechtliche Ermittlungsverfahren in Abhängigkeit vom Anlass des Verfahrens gegen Krankenhausärzte – absolute Zahlen und prozentualer Anteil aller Fälle mit Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte

Tabelle 73: Verteilung der von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffenen Krankenhausärzte auf die einzelnen medizinischen Fachdisziplinen

Tabelle 74: Art des Behandlungsfehlervorwurfes nur gegen Krankenhausärzte (mit Mehrfachnennungen, da mehrfache Vorwürfe)

Tabelle 75: Klassifizierung der bejahten Behandlungsfehlervorwürfe mit bejahter Kausalität für den Tod bei Krankenhausärzten nach der Art der Vorwürfe (n=98)

Tabelle 76: Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe gegen Krankenhausärzte (absolute Fallzahlen)

Tabelle 77: Einbezogene Institute für Rechtsmedizin (n=8) für die Erhebung von Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen mit nicht-letalem Verlauf

Tabelle 78: Anzahl der analysierten Behandlungsfehlervorwürfe mit nicht-letalem Verlauf je Institut für Rechtsmedizin (n=8)

Tabelle 79: Nach Auswertung der Unterlagen festgestellte Anlässe für ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen eines vom Patienten geäußerten Behandlungsfehlervorwurfes ohne letalen Verlauf

Tabelle 80: Verteilung der Patientenvorwürfe (n=434) auf verschiedene Arztgruppen bzw. Berufsgruppen

Tabelle 81: Verteilung der Patientenvorwürfe bzw. staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete (absolute Zahlen und prozentualer Anteil bei allen teilnehmenden Instituten für Rechtsmedizin, n=434)

Tabelle 82: Innerhalb der Chirurgie betroffene chirurgische Spezialdisziplinen

Tabelle 83: Verteilung der unterschiedlichen Arten von Patientenvorwürfen (Gesamtzahl der Fälle aller teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute) – mit Mehrfachnennungen, prozentualer Anteil an der Gesamtfallzahl (n=434) in Klammern

Tabelle 84: Anzahl der Vorwürfe des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen in den einzelnen Berufsgruppen (n=211)

Tabelle 85: Differenzierung der Art des Behandlungsfehlervorwurfes in Fällen mit dem Vorwurfschwerpunkt, es seien gebotene Maßnahmen unterlassen worden

Tabelle 86: Ergebnisse der Begutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen

Tabelle 87: Verteilung der Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten auf die einzelnen Berufsgruppen (n= 78)



Tabelle 88: Verteilung der Vorwürfe behaupteter fehlerhafter Medikation mit letalem Verlauf auf die verschiedenen medizinischen Fachgebiete

Tabelle 89: Ergebnis der Begutachtung zum Vorwurf einer fehlerhaften Medikation (n=78)

Tabelle 90: Anzahl der Vorwürfe im Zusammenhang mit operativen Maßnahmen in den einzelnen Berufsgruppen (n=90)

Tabelle 91: Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit intra- und postoperativen Komplikationen bzw. endoskopischen Eingriffen

Tabelle 92: Verteilung der Vorwürfe eines nicht-letalen Behandlungsfehlers bei endoskopischen Maßnahmen (Fachgebiete ohne Endoskopiezwischenfälle sind nicht erwähnt)

Tabelle 93: Ergebnis der Begutachtung bei Vorwürfen im Zusammenhang mit operativen Maßnahmen

Tabelle 94: Verteilung der Behandlungsfehlerwürfe wegen einer behaupteten falschen ärztlichen Behandlung auf die einzelnen medizinischen Berufsgruppen (n=124)

Tabelle 95: Anteil der Telefondiagnostik und Transfusionszwischenfälle an den Vorwürfen, es seien falsche ärztliche Maßnahmen ergriffen worden (n=124)

Tabelle 96: Ergebnisse der Begutachtung der Vorwürfe, es sei eine falsche ärztliche Behandlung erfolgt (n=124)

Tabelle 97: Art des behaupteten Pflegefehlers (n=31; zum Teil Mehrfachnennungen)

Tabelle 98: Ergebnis der Begutachtung bei Pflegefehlervorwürfen (n=31)

Tabelle 99: Zahl bejahter Behandlungsfehler im jeweiligen medizinischen Fachgebiet (n=123) bei 434 nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen

Tabelle 100: Berufsgruppen und die Anzahl der bejahten Behandlungsfehler in den einzelnen Gruppen, absolute Zahlen (n=123) bei 434 nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen

Tabelle 101: Anlass des Verfahrens und Ergebnis der Begutachtung, in Klammern der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Rubrik

Tabelle 102: Adressaten der Vorwürfe und Ergebnis der Begutachtung; in Klammern prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in dieser Berufsgruppe

Tabelle 103: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die medizinischen Fachgebiete einschließlich der Klärung der Frage der Kausalität zwischen einem festgestellten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle des jeweiligen Fachgebietes)

Tabelle 104: Gesundheitliche Schäden der Patienten mit gutachterlich bejahtem Behandlungsfehler und bejahter Kausalität für den Eintritt des Schadens (einschl. Mehrfachnennungen)

Tabelle 105: Rechtsmedizinische Untersuchungen zur Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf ausgewählte Fachgebiete

Tabelle 106: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die medizinischen Fachgebiete – Daten der Versicherungswirtschaft

## **Abbildungen (Nr. 1 bis 34) - Legenden**

Abb. 1: Deutliche Zunahme des Prozentsatzes an Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes am Obduktionsaufkommen insgesamt in den Jahren 1990 bis 2000

Abb. 2: Zahl analysierter Fälle eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers (Institut für Rechtsmedizin an der Humboldt-Universität Berlin - Charité, Berlin, absolute Zahlen).

Abb. 3: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler (Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig, Sachsen, absolute Zahlen).

Abb. 4: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Mecklenburg/Vorpommern (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Greifswald und Rostock, absolute Zahlen).

Abb. 5: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler (Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, absolute Zahlen).

Abb. 6: Zahl der analysierten Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Bayern (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten München (LMU), Erlangen und Würzburg, absolute Zahlen).

Abb. 7: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Nordrhein-Westfalen (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Bonn, Köln, Düsseldorf und Aachen, absolute Zahlen).

Abb. 8: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Hessen (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Frankfurt a.M. und Gießen, absolute Zahlen).

Abb. 9: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Niedersachsen (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Hannover und Göttingen, absolute Zahlen).

Abb. 10: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Schleswig-Holstein (Institut für Rechtsmedizin der Universität Lübeck, absolute Zahlen).

Abb. 11: Zahl aller analysierten Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler (bundesweit, beteiligte Institute für Rechtsmedizin: siehe Tabelle 3; absolute Zahlen).

Abb. 12: Lebensalter der betroffenen Patienten (n= 4450)

Abb. 13: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte (n= 2809)

Abb. 14: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen niedergelassene Ärzte (n=877)

Abb. 15: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notdienstärzte (n= 253)

Abb. 16: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notärzte (n= 108)

Abb. 17: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Allgemeinchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 18: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Unfallchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 19: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Herzchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 20: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Neurochirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 21: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Gefäßchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 22: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Inneren Medizin von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 23: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Gynäkologie und Geburtshilfe von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 24: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Kinderheilkunde von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 25: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Anästhesiologie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 26: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Psychiatrie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 27: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 28: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Orthopädie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 29: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Urologie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

Abb. 30: Alter und Geschlecht der Patienten bei bejahten Behandlungsfehlern mit bejahter Kausalität für den Tod bei Krankenhausärzten

Abb. 31: Entwicklung der Fallzahlen bei den von Patienten erhobenen Vorwürfen eines Behandlungsfehlers; Gesamtzahl aller analysierten Fälle

Abb. 32: Geschlecht der einen Behandlungsfehlervorwurf erhebenden Patientinnen und Patienten (n= 434)

Abb. 33: Lebensalter der einen Behandlungsfehlervorwurf erhebenden Patientinnen und Patienten (n= 434)

Abb. 34: Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen mit nicht-letalem Verlauf (n=434)

## Einleitung

Ohne dass dies Gegenstand intensiverer öffentlicher Diskussion wäre, ist eine medizinische Behandlung, zumal bei der Versorgung Millionen Versicherter, grundsätzlich immer mit dem Risiko von Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen verbunden. Medizinschadensfälle können einerseits für den individuell betroffenen Patienten nicht nur eine erhebliche Belastung, sondern im Einzelfall eine schicksalhaft-existentielle Dimension erlangen und andererseits bedingen Schäden und Folgeschäden erhebliche Budgetbelastungen (WIELAND 2001). Ansatzpunkte für Fehler- und damit Schadensvermeidungsstrategien sind nur durch eine sorgfältige Analyse des Ursachenspektrums von Behandlungsfehlern möglich. Dabei haben sich Fehlervermeidungsstrategien, sollen sie effizient wirken, je nach Art des Behandlungsfehlers an differenten Ansatzpunkten zu orientieren. Nach dem aktuellen Stand in der Literatur finden sich ansatzweise Kategorisierungen und Klassifikationen von unterschiedlichen Fehlertypen in der Medizin, zugleich wird auf klassifikatorische Probleme hingewiesen. So wird der Begriff des „Behandlungsschadens“ als Oberbegriff für alle Gesundheitsschäden verwendet, die einerseits durch (vermeidbare) Behandlungsfehler entstehen oder andererseits Folge nicht vermeidbarer behandlungsimmanenter Wirkungen sind (GUTACHTEN 2003 DES SACHVERSTÄNDIGENRATES FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, BRDRS. 143/03, PKT. 366). Die Abgrenzung nicht vermeidbarer und sich im klinischen Alltag häufig realisierender Behandlungsschäden (iatrogener Schäden), beispielsweise im Rahmen einer Chemotherapie maligner Erkrankungen, von gerade jenen Behandlungsfehlern, die zu einem bei Einhaltung des gebotenen medizinischen Standards vermeidbaren Behandlungsschaden geführt haben, kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Die Subsumption (und kausale Zuordnung) krankheitsimmanenter Komplikationen und/oder nicht vermeidbarer Behandlungsschäden unter den enger zu fassenden Begriff des „Behandlungsfehlers“ ist keinesfalls akzeptabel.

Im Fach Rechtsmedizin gehört die Bearbeitung von Medizinschadensfällen bzw. Behandlungsfehlervorwürfen im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen gegen Ärzte traditionell zum beruflichen Alltag und hat in den letzten Jahrzehnten aufgrund gestiegener Vorwürfe gegen Ärzte einen immer größeren Raum eingenommen (zuletzt DETTMAYER & MADEA 1999). Ist es im Rahmen einer Behandlung zum Tode des Patienten gekommen und werden die behandelnden Ärzte mit einem Behandlungsfehlervorwurf konfrontiert, so ist der Behandlungsfehler als solcher sowie die Todesursache und die Kausalität zwischen einem behaupteten bzw. tatsächlichen Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes festzustellen, um zu einer straf- wie zivilrechtlichen Haftung zu gelangen (ORBEN 2004, ULSENHEIMER 1998, DEUTSCH 1999, LAUFS/UHLENBRUCK 1999). In der rechtsmedizinischen Praxis erfolgt durch eine Obduktion eine objektive Abklärung von Grundleiden und Todesursache, da regelmäßig erst auf der Basis der Obduktionsbefunde zur Frage eines möglichen Behandlungsfehlers und seiner Kausalität für den Todeseintritt Stellung genommen werden kann. Klinische Daten, Krankenunterlagen und Angaben etwa in der Todesbescheinigung stellen angesichts der seit Jahrzehnten bekannten und fortdauernden Diskrepanz zu den autopsisch objektivierbaren Befunden keine geeignete Entscheidungsgrundlage dar (BOVE & IERY 2004, PERKINS ET AL. 2003, BAUER ET AL. 1991, VOCK 1984, BATTLE ET AL. 1987, BRINKMANN ET AL. 1997). Werden frühzeitig Strafanzeigen gegen Ärzte gestellt, wird nach staatsanwaltschaftlichem Ermessen (§ 152 Abs. 2 StPO) regelmäßig eine gerichtliche Obduktion gem. §§ 87 ff. StPO in den regional zuständigen Instituten für Rechtsmedizin durchgeführt. Wurde primär eine klinische Obduktion durchgeführt, da die Todesart in der Todesbescheinigung als natürlich qualifiziert wurde, kann entweder eine gerichtliche Nachsektion erfolgen oder die klinischen Sektionsbefunde werden zur Grundlage einer weiterführenden Begutachtung gemacht werden müssen. Eine unterbliebene Autopsie führt allerdings regelmäßig zu einer unsicheren Beurteilungsgrundlage, so dass mit Blick auf die strengen Beweisanforderungen im Strafrecht ein letaler Behandlungsfehler dann häufig nicht verifizierbar ist.

Der Vorwurf, durch einen Behandlungsfehler den Tod des Patienten verursacht zu haben, stellt sicherlich die Maximalvariante eines Behandlungsfehlervorwurfs dar. Derartige Fälle werden – wenn frühzeitig ein behördliches Todesermittlungsverfahren in Gang kommt – in der Bundesrepublik Deutschland nahezu ausschließlich in den Instituten für Rechtsmedizin bearbeitet. Eine regelmäßige systematische Auswertung der bearbeiteten Behandlungsfehlervorwürfe bzw. auch der Medizinschadensfälle mit letalem Ausgang ohne Behandlungsfehler wurde im Fach Rechtsmedizin bislang nur lokal und in Ansätzen verfolgt (HOLZER 1973, MATTERN & KOHNLE 1983, ALTHOFF & SOLBACH 1984, HARTMANN SEEGER 1984, PRIBILLA 1988, LIGNITZ & MATTIG 1989, METTER & GREILICH-RAHBARI 1990, PLUSCH 1990, MALLACH, SCHLENKER, WEISER 1993). In einer eigenen Studie (DETTMEYER & MADEA 1999) wurden im Bonner Institut für Rechtsmedizin gutachterlich beurteilte Behandlungsfehlervorwürfe strukturiert aufgearbeitet und in der rechtsmedizinischen Literatur bereits vorhandene Publikationen zu diesem Bereich herangezogen. Bei der Auswertung zeigten sich „Schwachpunkte“ schon im Leichenschau- und Obduktionsrecht, die bereits die Feststellung eines Behandlungsfehlers mit letalem Ausgang erheblich erschweren können, da der behandelnde Arzt mit der Qualifikation der Todesart selbst darüber entscheidet, ob ein Todesfall überhaupt zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangt und damit eine objektive Todesursachenklärung erfolgen kann oder nicht. Da andere mit der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen befasste Institutionen wie

- Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern
- Haftpflichtversicherer
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- Arzthaftungssenate bei den Oberlandesgerichten

nicht über ein vergleichbar differenziertes Untersuchungsgut mit objektiv geklärteter Todesursache verfügen wie die Rechtsmedizinischen Institute, sollte, in Analogie zu der erwähnten Bonner Studie, das in den Instituten für Rechtsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland vorliegende Datenmaterial erfasst und ausgewertet werden. Zum einen kann sich damit zunächst ein Überblick über die Zahl der bekannt gewordenen vermeintlich tödlich verlaufenen Behandlungsfehler (letale Behandlungsfehlervorwürfe) in der Bundesrepublik Deutschland über einen definierten Zeitraum (11 Jahre – 1990 bis 2000) ergeben, zum anderen kann geprüft werden, wie sich die gewonnenen Erfahrungen sinnvoll zur Behandlungsfehlerprophylaxe nutzen lassen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass zwar von einer erheblichen Dunkelziffer nicht bekannt gewordener Behandlungsfehler ausgegangen wird, eine zuverlässige Kalkulation mangels hinreichender Datenbasis jedoch nicht erfolgt. Genannt wird – bei insgesamt steigender Tendenz – eine Zahl von rund 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen und von nicht mehr als 12.000 nachgewiesenen Behandlungsfehlern pro Jahr. Eine Differenzierung in letale und nicht-letale Behandlungsfehlervorwürfe wird bei diesen Zahlen nicht vorgenommen. Strafverfahren sollen insgesamt eine numerisch verschwindend geringe Rolle spielen (RKI, GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES, HEFT 04/01, S. 6/7).

Die vorliegende retrospektive multizentrische Analyse erfasst nach den §§ 87 ff. StPO wegen eines Behandlungsfehlerverdachts mit tödlichem Verlauf durchgeführte, gerichtlich angeordnete Obduktionen bzw. Obduktionsergebnisse mit anschließender gutachterlicher Stellungnahme zu einem Behandlungsfehlervorwurf. Nachfolgend wird das Studiendesign (Methodik der Datenerhebung, Datenerfassung, Datenanalyse, Datenauswertung) vorgestellt (A), im Anschluss daran die Ergebnisse. Deren differenzierte Darstellung konnte sich bei den Besonderheiten der zu erfassenden multiplen Faktoren im Rahmen der administrativen Bearbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen im Fach Rechtsmedizin nur partiell an vorgegebenen Klassifikationen bzw. Kategorisierungen orientieren. Während die Darstellung

nach Fachgebieten entsprechend der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nahe lag – dem folgen weitgehend auch bislang publizierte kleinere Studien – bedurfte es für die Betrachtung der Art der Behandlungsfehler(-vorwürfe) einer eigenständigen Kategorienbildung, orientiert einerseits am Schwerpunkt des Vorwurfs hinsichtlich seiner Begehungsweise (regelmäßig fahrlässiges Handeln bzw. Unterlassen), andererseits erlaubt die große Fallzahl der vorliegenden Studie eine aus dem Datenmaterial resultierende Kategorisierung nach Fallgruppen unter medizinischen Aspekten (B). Die gutachterliche Bearbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen auf der Grundlage von Obduktionsergebnissen für spezifisch strafrechtliche Fragestellungen muss sich orientieren an den im Strafrecht geltenden strengen Beweisanforderungen. Dies gilt insbesondere für die unter Umständen diffizile Problematik der Kausalität eines festgestellten Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes. Derartige Aspekte, aber auch normative Vorgaben im Leichenschau- und Obduktionsrecht und die staatsanwaltschaftliche Praxis, sollen bei der Erläuterung der gewonnenen Daten bzw. Ergebnisse ebenso berücksichtigt werden wie der Stand der Literatur (C). Nach Analyse der Daten zu behaupteten letalen Behandlungsfehlern soll im Rahmen der vorliegenden Studie geprüft werden, wie rechtsmedizinische Erkenntnisse über vermeidbar behandlungsfehlerbedingte iatrogene Schäden in eine koordinierte Medizinschadensforschung einfließen können. Dies soll geschehen unter Berücksichtigung thematisch vergleichbarer, bisher publizierter nationaler wie internationaler Studien. Vor dem Hintergrund der momentanen Strukturen der Kenntniserlangung von einem Behandlungsfehlervorwurf in der Bundesrepublik Deutschland, der unterschiedlichen verfahrensmäßigen Abläufe zur Klärung der Vorwürfe und der divergierenden Interessenlage der beteiligten Patienten und Ärzte sollen Empfehlungen erarbeitet bzw. Anregungen gegeben werden. Diese sollen eine analytisch-qualitativ adäquate Aufarbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen ermöglichen bei größtmöglicher Verfahrenstransparenz und unter Beachtung der im Patienteninteresse hohen präventiven Bedeutung einer Behandlungsfehleraufarbeitung für die Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten im Sinne von Fehlervermeidungsstrategien.

## **A. Datenerhebung, Analyse, Auswertung**

### **1. Auftrag, Methode und Verlauf der Bearbeitung**

#### **1.1 Auftrag**

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wurden die nachfolgenden Daten zu behaupteten letalen Behandlungsfehlern erhoben (BMGS-Studie). Die standardisierte retrospektive Datenerhebung konnte vorhandene Informationen aus den einzelfallbezogenen Archivunterlagen der teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute soweit erfassen, als in der Vergangenheit die relevanten Mitteilungen an die Rechtsmedizin erfolgten bzw. aussagekräftige Obduktionsprotokolle und Ergebnisse weiterführender Untersuchungen einschließlich komplexer Zusammenhangsgutachten vorlagen.

#### **1.2 Methode – Ausgewertete Unterlagen**

Die vorliegende Studie erfasst die Jahre 1990 bis 2000. Für diesen 11-Jahres-Zeitraum standen in allen 17 teilnehmenden rechtsmedizinischen Instituten die Archive für Auswertungen zur Verfügung.

Aus den Archiven der teilnehmenden Institute für Rechtsmedizin wurden sämtliche einzelfallbezogenen Unterlagen herangezogen, bei denen ein zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangter Behandlungsfehlervorwurf Anlass der rechtsmedizinischen Obduktion war. Einbezogen sind auch eine geringe Zahl an Fällen, bei denen primär eine rechtsmedizinische Obduktion nicht erfolgt war, sondern eine rechtsmedizinische Nachobduktion nach vorangegangener klinischer Sektion in einem Institut für Pathologie. Derartige klinische Sektionen erfolgen regelmäßig auf der Grundlage von Krankenhausaufnahmeverträgen zur Klärung zahlreicher medizinischer Fragestellungen (PERKINS ET AL. 2003, DETTMAYER 1999, GEORGII ET AL. 1992, MODELMOG ET AL. 1989, BECKER 1986). Hinzu kommen einzelne Fälle, bei denen auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft anlässlich eines Behandlungsfehlervorwurfs eine rechtsmedizinische Obduktion nach Exhumierung notwendig geworden war.

Die zur Verfügung stehenden Unterlagen differierten in Abhängigkeit vom Umfang der im Rahmen der rechtsmedizinischen Bearbeitung erforderlich gewordenen zusätzlichen und / oder erst im Nachgang zur Obduktion durchgeführten Untersuchungen. Zur Auswertung lag regelmäßig eine schriftlich fixierte Anamnese vor, ebenso selbstverständlich das ausführliche Obduktionsprotokoll. Daran anschließend finden sich die vorläufigen rechtsmedizinischen Gutachten als Interpretation der makroskopisch diagnostizierbaren Obduktionsbefunde vor dem Hintergrund der Art des erhobenen Vorwurfes.

Die Ergebnisse von in Abhängigkeit vom „Vorläufigen Obduktionsergebnis“ veranlassten weiterführenden Untersuchungen konnten darüber hinaus in einer Vielzahl von Fällen ausgewertet werden. Dabei handelt es sich um die histologischen (feingeweblich-mikroskopischen) Untersuchungen von bei der Obduktion entnommenen Organproben der wichtigsten inneren Organe. Derartige Untersuchungen werden durchgeführt zur Klärung der Todesursache, zur Kontrolle der Plausibilität von zu Lebzeiten gestellten klinischen Diagnosen und, was im Hinblick auf ein strafrechtliches Verfahren von besonderer Bedeutung ist, zum Ausschluss einer konkurrierenden, bis dato unter Umständen unbekanntem Todesursache. Ferner waren im Einzelfall chemisch-toxikologische Analysen erfolgt, denen insbesondere bei gegebenem Vorwurf eines (letalen) Medikationsfehlers entscheidende Bedeutung zukommt. Die

Ergebnisse derartiger Zusatzuntersuchungen fanden sich regelmäßig integriert in die rechtsmedizinischen Gutachten.

Konnte auf der Grundlage der in den Instituten für Rechtsmedizin erhobenen Befunde eine abschließende Aussage zu dem erhobenen Behandlungsfehlervorwurf erfolgen, so wurde ein in die Auswertung für diese Studie einbezogenes „Abschließendes rechtsmedizinisches Gutachten“ erstellt.

Teilweise erfolgte die Erstellung eines abschließenden Gutachtens unter Heranziehung eines externen zusätzlichen klinischen Gutachters der jeweils betroffenen medizinischen Fachdisziplin, teilweise wurde zur Beantwortung der ermittlungsseitig aufgeworfenen Fragen ein eigenständiges externes klinisches Gutachten in Auftrag gegeben. In beiden Fällen erfolgte auf der Grundlage der Obduktionsergebnisse eine rechtsmedizinische Beratung der Ermittlungsbehörden zum erforderlichen Procedere mit dem Ziel der weiteren Aufklärung des Sachverhaltes, dies auch vor dem Hintergrund der limitierten Kompetenz rechtsmedizinischer Sachverständiger bei facharztspezifischen Fragestellungen der einzelnen medizinischen Disziplinen (JANSSEN & PÜSCHEL 1998).

Insbesondere die externen Fachgutachten waren in den Archiven der rechtsmedizinischen Institute nicht vollständig vorhanden bzw. einsehbar. Die in unterschiedlichem Umfang zur Auswertung gelangten Archivunterlagen sind **Tabelle 1** zu entnehmen.



### **Tabelle 1: Art der ausgewerteten Archivunterlagen**

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

Die in **Tabelle 1** genannten Unterlagen wurden ausgewertet an Hand eines eigens konzipierten und standardisierten „Daten-Erhebungsbogens“ (siehe folgende Seiten). Am Ende der Auswertung sollte die Beantwortung der in **Tabelle 2** genannten Punkte stehen, um auf diese Weise die strafrechtlichen Ermittlungsverfahren von der Veranlassung bis zur gutachterlichen Entscheidung über einen Behandlungsfehlervorwurf verfolgen zu können.

### **Tabelle 2 Abschließende Ergebnisse der rechtsmedizinischen Behandlungsfehlerbegutachtung**

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

# **Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren**

## **Daten – Erhebungsbogen**

1. Der Erhebungsbogen soll zumindest die häufigsten Behandlungsfehlersachverhalte erfassen. Geschehnisse, die sich in die vorgegebenen Rubriken nicht einordnen lassen, sollen handschriftlich (lesbar) eingetragen werden, damit eine spätere Zuordnung bei der Auswertung erfolgen kann.
2. Einbezogen in die Erhebung werden alle Obduktionen, die aufgrund oder im Zusammenhang mit einem Behandlungsfehlervorwurf durchgeführt wurden.
3. Dazu sollen auch jene Obduktionen gehören, bei denen der Behandlungsfehlervorwurf im Anschluss an die Obduktion von den Ermittlungsbehörden nicht weiter verfolgt wurde, sei es aufgrund des vorläufigen Obduktionsergebnisses oder aus anderen Gründen. Grundlage der Datenerhebung ist dann das Obduktionsprotokoll mit vorläufigem Gutachten und der festgehaltenen Vorgeschichte.
4. Wurde der Behandlungsfehlervorwurf weiter verfolgt und ein (abschließendes) rechtsmedizinisches Gutachten erstellt, so soll dieses Grundlage zur Erhebung der Daten sein.
5. Wurde ein Fachgutachten empfohlen und erstellt, so sollte dieses – wenn möglich – ebenfalls herangezogen werden. Wo dies nicht möglich ist, wird die Empfehlung eines Fachgutachtens als solches vermerkt.
6. Die Erhebungsbögen sollen vom Bearbeiter jeweils bezogen auf das rechtsmedizinische Institut als Kennziffer die Institutsbezeichnung und dann die fortlaufende Nummer erhalten (also z.B. BN 1, BN 2 etc. für die Bonner Gutachten).
7. Um Überprüfungen zu ermöglichen, wird eine gesonderte Liste geführt, in der die S-Nr. bzw. die Gutachten-Nr. des jeweiligen Instituts vermerkt ist und die dazugehörige Kennziffer der Studie. Es werden keine Patientennamen aufgenommen.
8. Relevant erscheinende, aber vom Erhebungsbogen nicht berücksichtigte Informationen werden zunächst in die Rubrik „Besonderheiten“ eingetragen.
9. Fehlende Informationen sollen zumindest als „nicht bekannt“ vermerkt werden.

## **Staatsanwaltschaft:**

## **Aktenzeichen:**

## **Ermittlungsverfahren wegen (z.B. fahrlässige Tötung etc.):**

- fahrlässige Tötung
- unterlassene Hilfeleistung
- fahrlässige Körperverletzung
- bloßes Todesermittlungsverfahren
- Sonstige

## **Anlass des Ermittlungsverfahrens:**

- Vorwürfe/Strafanzeige der Angehörigen (einschl. Betreuer, Freunde etc.)
- Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nicht-natürlich“
- Strafanzeige der Angehörigen und gleichzeitig Angabe in der Todesbescheinigung
- Anzeige des Patienten selbst noch zu Lebzeiten
- Selbstanzeige des Arztes / der Ärzte
- Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes
- Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter (insbes. Pflegepersonal)

- Anonyme Strafanzeige
- Anlass der Ermittlungen ist nicht zu klären
- Kein formelles Ermittlungsverfahren, nur Todesermittlungsverfahren
- Sonstiges:

### **Ermittlungsverfahren gegen:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PJ-Studentin / PJ-Student                 | <input type="checkbox"/> AIP`ler/in                          |
| <input type="checkbox"/> einen Arzt / eine Ärztin                  | <input type="checkbox"/> mehrere Ärzte / Ärztinnen           |
| <input type="checkbox"/> niedergelassenen Arzt / Ärztin            | <input type="checkbox"/> Krankenhausärzte /-ärztinnen        |
| <input type="checkbox"/> Belegarzt/-ärztin                         | <input type="checkbox"/> Notarzt/-ärztin                     |
| <input type="checkbox"/> Notdienstarzt/-ärztin                     | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in                    |
| <input type="checkbox"/> Pflegepersonal                            | <input type="checkbox"/> Rettungsassistenten/sanitäter/innen |
| <input type="checkbox"/> Apotheker/in                              | <input type="checkbox"/> Nicht zu klären                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: med. Assistenzberufe etc. _____ |  |

### **Art des Krankenhauses**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kreiskrankenhaus                        | <input type="checkbox"/> Kommunales Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft | <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim        |
| <input type="checkbox"/> Privatklinik                            | <input type="checkbox"/> Haftanstaltsklinik     |
| <input type="checkbox"/> Tropenklinik                            | <input type="checkbox"/> Bundeswehrkrankenhaus  |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus der Berufsgenossenschaft    | <input type="checkbox"/> Universitätsklinikum   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                              | <input type="checkbox"/> unbekannt              |

### **Betroffenes Fachgebiet**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie                      |  |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie             | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie             |
| <input type="checkbox"/> Kosmetische Chirurgie          | <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie              |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie                  | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie              |
| <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie                |  |
| <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  |  |
| <br>  |  |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin                 | <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin            |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie und                | <input type="checkbox"/> Geburtshilfe                |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie                | <input type="checkbox"/> Orthopädie                  |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie                    | <input type="checkbox"/> HNO                         |
| <input type="checkbox"/> Urologie                       | <input type="checkbox"/> Dermatologie                |
| <input type="checkbox"/> Radiologie                     | <input type="checkbox"/> Pädiatrie                   |
| <input type="checkbox"/> Pathologie                     | <input type="checkbox"/> Neurologie                  |
| <input type="checkbox"/> Andere Fachrichtungen:         | <input type="checkbox"/> Notarzteinsatz              |
| <input type="checkbox"/> Notdienststarzteinsatz         | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie            |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Medizin/Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin                 |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                 | <input type="checkbox"/> Tropenmedizin               |
| <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren             | <input type="checkbox"/> Notaufnahme                 |
| <input type="checkbox"/> unbekannt                      | <input type="checkbox"/> Hausarzt/prakt. Arzt/Ärztin |

**Vorangegangene Behandlung:**

- Erstmalige ambulante Konsultation
- Längerdauernde ambulante Therapie
- Stationäre Behandlung
  - wenige Tage (1-5 Tage)
  - mehr als 5 Tage
- keine vorangegangene Behandlung / Notarzteinsatz

- Sachverhalt**  lt. Obduktionsprotokoll  
 lt. ausführlichem Gutachten

**Art des Vorfalls / Vorwurfs betrifft:**

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

**Behandlungsfehler bzw. Behandlungsfehlervorwurf (wenn hinreichend konkretisiert)**

- Art des Behandlungsfehlers bzw. Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

 **Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen**

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

 **Medikationszwischenfall (z.B. falsches Medikament, falsche Dosierung, falsche Applikationsart etc.)** **Komplikation bei operativem Eingriff**

- intraoperative Komplikation mit späterem Versterben
- Exitus in tabula
- Komplikation bei endoskopischen Eingriffen (Gastroskopie,

- Laparoskopie etc.)  
 postoperative Komplikationen

**Falschbehandlung**

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

**Seitenverwechslung von Organen oder Extremitäten**

**Pflegefehler**

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

**Obduktion am (Datum):**

**Geschlecht:** männlich  weiblich

**Alter:**

**Stichwortartige Darlegung des Sachverhaltes:**

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

**Besonderheiten:**

**Ergebnis:**

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

**Ausgang des Ermittlungsverfahrens (soweit bekannt):**

### 1.3 Verlauf der Bearbeitung

Speziell für die Studien zu letalen bzw. nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen im Fach Rechtsmedizin wurde im Programm Microsoft Access eine Datenbank konzipiert und programmiert. Die Struktur dieser Datenbank orientiert sich am Daten-Erhebungsbogen.

Jeder Obduktionsfall eines rechtsmedizinischen Institutes erhielt zur Anonymisierung - beginnend mit dem jeweils ältesten Sektionsprotokoll - eine Identitätsnummer (ID), bestehend aus dem Kfz-Kennzeichen der Stadt des rechtsmedizinischen Institutes und anschließender fortlaufender Nummerierung. Eine Re-Anonymisierung zur Erlangung personenbezogener individueller Daten wäre mit erheblichem Aufwand verbunden, ist im Einzelfall aber bei ungewöhnlicher Daten-Konstellation nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen.

Der Einsatz einer elektronischen Datenbank erlaubt die computergestützte differenziertere Auswertung der erfassten Daten unter verschiedenen Fragestellungen sowie die graphische Darstellung der Ergebnisse. Im folgenden wurde für die Darstellung der erhobenen Daten teils eine Graphik erstellt, teils die tabellarische Angabe von Absolutzahlen gewählt, ergänzt durch Prozentangaben.

Insgesamt konnten aus 101358 Obduktionsakten der teilnehmenden 17 rechtsmedizinischen Institute 4450 Todesfälle (= 4,53%) selektiert werden, bei denen der Vorwurf eines ärztlichen Behandlungsfehlers Anlass der Obduktion war (siehe B. Pkt. 1 bis 10).

Zusätzlich konnten in einer zweiten Studie 434 rechtsmedizinische Gutachten zum Vorwurf eines nicht-letalen ärztlichen Behandlungsfehlers aus 8 rechtsmedizinischen Instituten ausgewertet werden (siehe B, Pkt. 11).

## **B. Ergebnisse**

## 1. Institute für Rechtsmedizin - Regionale Verteilung der rechtsmedizinisch bearbeiteten Behandlungsfehlervorwürfe

Im Studienzeitraum 1990 bis 2000 konnten in insgesamt 17 (**Tabelle 3**) von 33 Instituten für Rechtsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland die archivierten Unterlagen zu rechtsmedizinisch bearbeiteten Behandlungsfehlervorwürfen ausgewertet werden.

**Tabelle 3: Einbezogene Institute für Rechtsmedizin (n=17)**

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

Der prozentuale Anteil von Obduktionen anlässlich eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers am gesamten Obduktionsaufkommen schwankt zwischen 1,4% (Rechtsmedizin Leipzig) und 20 % (Rechtsmedizin Köln) (Mittelwert 5,5 %). Die absoluten

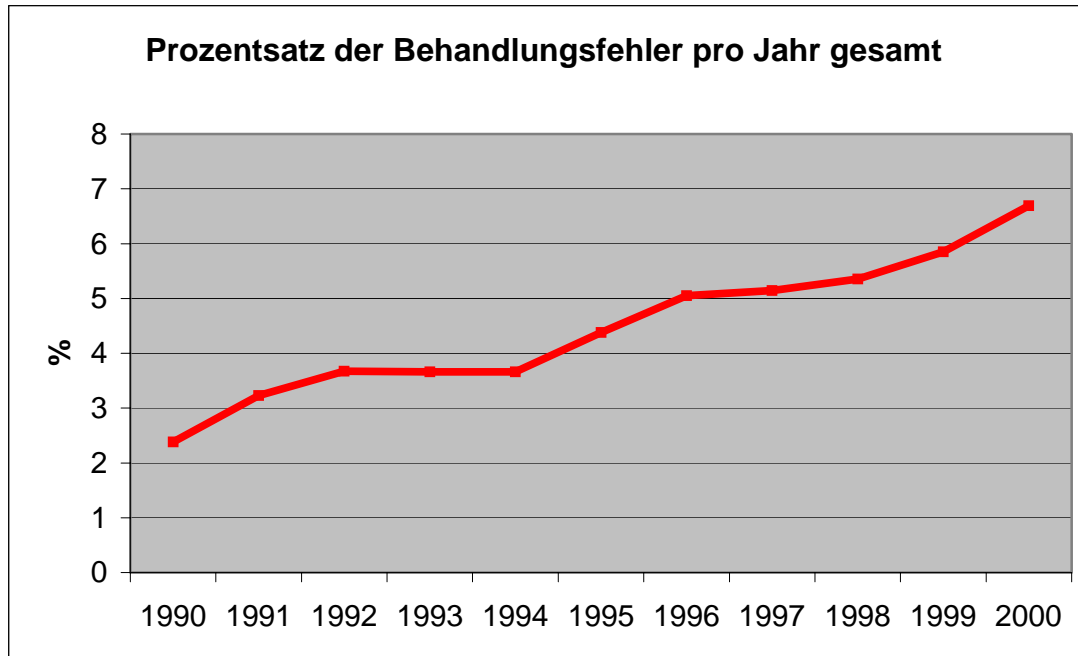
und prozentualen Fallzahlen sind für jedes teilnehmende Institut für Rechtsmedizin in **Tabelle 4** gesondert aufgeführt. Die erheblichen Differenzen des Anteils an Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes deuten darauf hin, dass die Ermessenspraxis bei der Bejahung eines hinreichenden Anfangsverdachts i.S. des § 152 StPO zur Veranlassung einer Obduktion bei den lokalen Staatsanwaltschaften sehr unterschiedlich ist (dazu GÜNTER 1978).

**Tabelle 4: Zahl der analysierten Obduktionen nach Behandlungsfehlervorwurf sowie prozentualer Anteil dieser Obduktionen am gesamten Obduktionsaufkommen von 1990 bis 2000 pro Institut für Rechtsmedizin**

<b>Institut</b>	<b>Gesamtzahl der erfassten Obduktionen nach Behandlungsfehlervorwurf</b>	<b>Gesamtzahl der Sektionen 1990 bis 2000</b>	<b>Prozent der Gesamtsektionen (%)</b>
München	669	21233	3,2
Hannover	619	4802	12,9
Hamburg	505	11557	4,4
Erlangen	485	7144	6,8
Düsseldorf	385	5399	7,2
Aachen	318	3212	9,9
Frankfurt/M.	258	11386	2,3
Köln	255	1274	20
Berlin-Charité	166	6862	2,4
Bonn	144	2908	4,9
Lübeck	122	2255	5,4
Rostock	112	4204	2,1
Gießen	104	1973	5,3
Leipzig	101	7233	1,4
Göttingen	86	3590	2,4
Würzburg	61	3059	2
Greifswald	60	3267	1,9
Summe bzw. % Durchschnitt	4450	101358	5,5



Die Entwicklung des prozentualen Anteils der Behandlungsfehlervorwürfe am Gesamtabduktionsgut aller teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute ist **Tabelle 4** zu entnehmen. Dabei wird nahezu eine Verdreifachung des Anteils an Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes deutlich, stellt man die Zahlen von 1990 und 2000 gegenüber (1990: 2,38%; 2000: 6,68%).



**Abb. 1: Deutliche Zunahme des Prozentsatzes an Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes am Obduktionsaufkommen insgesamt in den Jahren 1990 bis 2000**

Eine differenzierte Darstellung der Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe sowie des prozentualen Anteils derartiger Vorwürfe am Gesamtabduktionsaufkommen pro Jahr je Institut für Rechtsmedizin findet sich in **Tabelle 5**.

**Tabelle 5: Zahl der Behandlungsfehler vorwürfe und deren prozentualer Anteil am gesamten Obduktionsaufkommen je Institut und Jahr (1990 bis 2000)**

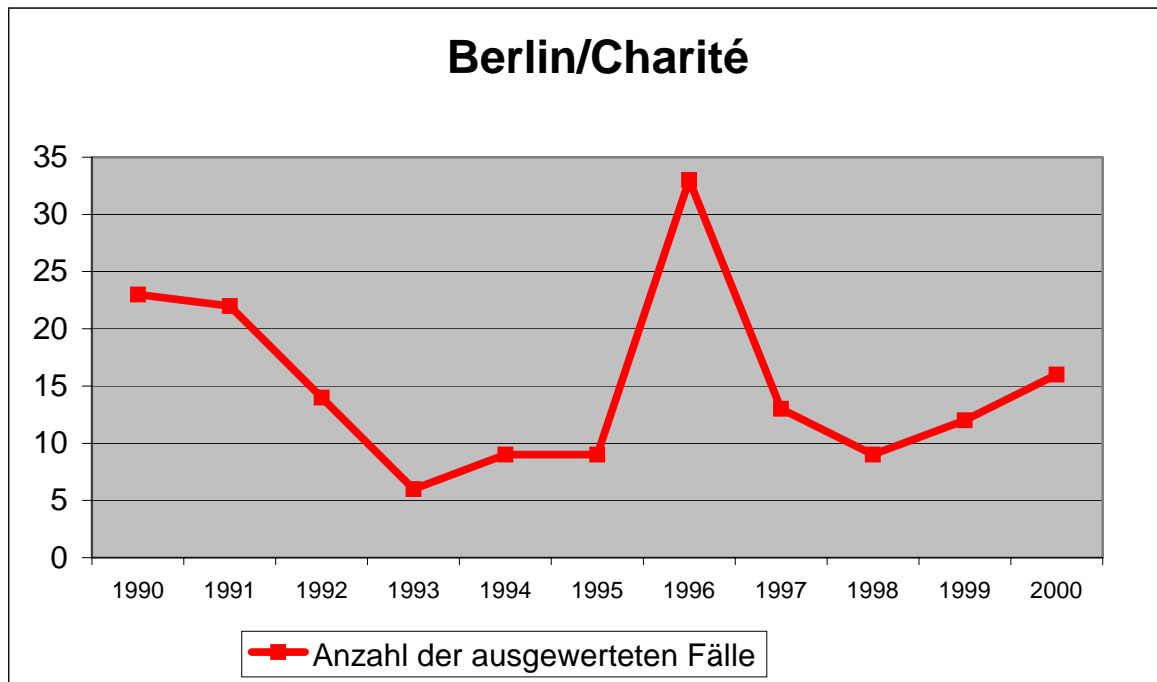
<b>Institute</b>	<b>Jahre</b>											<b>Ges.</b>
	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	
München	39 (2,2)	33 (1,6)	30 (1,5)	45 (2,3)	39 (1,9)	82 (4,0)	64 (3,1)	65 (3,6)	111 (6,1)	70 (3,9)	91 (5,0)	669
Hannover	40 (11,2)	49 (13,5)	47 (11,5)	50 (12,6)	33 (8,1)	52 (12,2)	48 (11,0)	60 (13,9)	58 (11,4)	100 (19,7)	82 (14,8)	619
Hamburg	31 (3,2)	40 (3,5)	28 (2,9)	37 (3,9)	22 (2,5)	44 (4,4)	68 (7,0)	54 (5,2)	57 (4,7)	60 (4,7)	64 (5,6)	505
Erlangen	47 (7,4)	54 (8,4)	47 (7,8)	44 (8,0)	56 (9,0)	33 (5,5)	38 (6,0)	33 (5,2)	31 (4,9)	50 (6,7)	52 (6,1)	485
Düsseld.	11 (2,1)	14 (2,9)	23 (4,6)	13 (2,7)	24 (5,3)	50 (9,2)	40 (7,7)	56 (10,5)	49 (11,1)	46 (9,6)	59 (13,4)	385
Aachen	25 (7,8)	26 (8,5)	42 (14,0)	30 (9,6)	37 (12,8)	25 (8,5)	35 (11,2)	20 (7,2)	36 (12,0)	23 (7,4)	19 (9,2)	318
Frankfurt a. M.	4 (0,4)	13 (1,1)	17 (1,3)	24 (1,9)	27 (2,6)	14 (1,5)	18 (2,1)	13 (1,5)	26 (2,8)	59 (5,7)	43 (5,1)	258
Köln	6 (4,9)	9 (9,3)	7 (7,0)	12 (10,7)	16 (13,7)	15 (14,4)	35 (27,3)	24 (22,9)	16 (15,4)	41 (33,6)	74 (45,7)	255
Berlin	23 (2,3)	22 (3,3)	14 (2,0)	6 (0,9)	9 (1,2)	9 (1,8)	33 (5,9)	13 (2,7)	9 (2,0)	12 (2,2)	16 (3,0)	166
Bonn	18 (7,7)	1 (0,4)	13 (5,0)	10 (3,7)	9 (3,5)	10 (3,3)	8 (3,0)	28 (9,8)	13 (5,1)	13 (4,9)	21 (7,3)	144
Lübeck	8 (4,2)	11 (5,4)	11 (4,8)	9 (4,2)	10 (5,1)	14 (6,6)	10 (5,0)	11 (5,4)	15 (7,7)	9 (4,6)	14 (6,4)	122
Rostock	0 (0,0)	8 (1,7)	16 (4,6)	18 (5,6)	13 (4,7)	7 (2,9)	8 (3,4)	11 (4,5)	14 (6,5)	8 (3,3)	9 (3,4)	112
Gießen	5 (4,1)	7 (3,7)	12 (6,6)	13 (8,4)	7 (3,7)	8 (4,5)	9 (5,1)	9 (6,1)	3 (2,2)	11 (4,7)	20 (7,4)	104
Leipzig	6 (0,3)	10 (1,1)	14 (2,4)	5 (1,0)	4 (0,8)	3 (0,6)	8 (1,9)	22 (3,6)	9 (1,9)	7 (1,7)	13 (3,0)	101
Göttingen	5 (1,7)	8 (2,6)	7 (2,6)	3 (1,3)	9 (3,0)	6 (2,1)	5 (1,7)	7 (2,1)	6 (1,5)	14 (3,4)	16 (3,6)	86
Würzburg	4 (1,3)	4 (1,5)	10 (3,8)	5 (1,6)	8 (2,9)	8 (2,8)	3 (1,2)	6 (2,2)	4 (1,6)	4 (1,4)	5 (1,8)	61
Greifsw.	4 (0,9)	3 (1,3)	5 (1,7)	7 (2,0)	6 (1,6)	7 (2,2)	7 (2,5)	6 (2,4)	3 (1,2)	8 (3,0)	4 (1,7)	60

## 2. Quantitative Entwicklung der Behandlungsfehlervorwürfe in den rechtsmedizinischen Instituten im Auswertungszeitraum 1990-2000

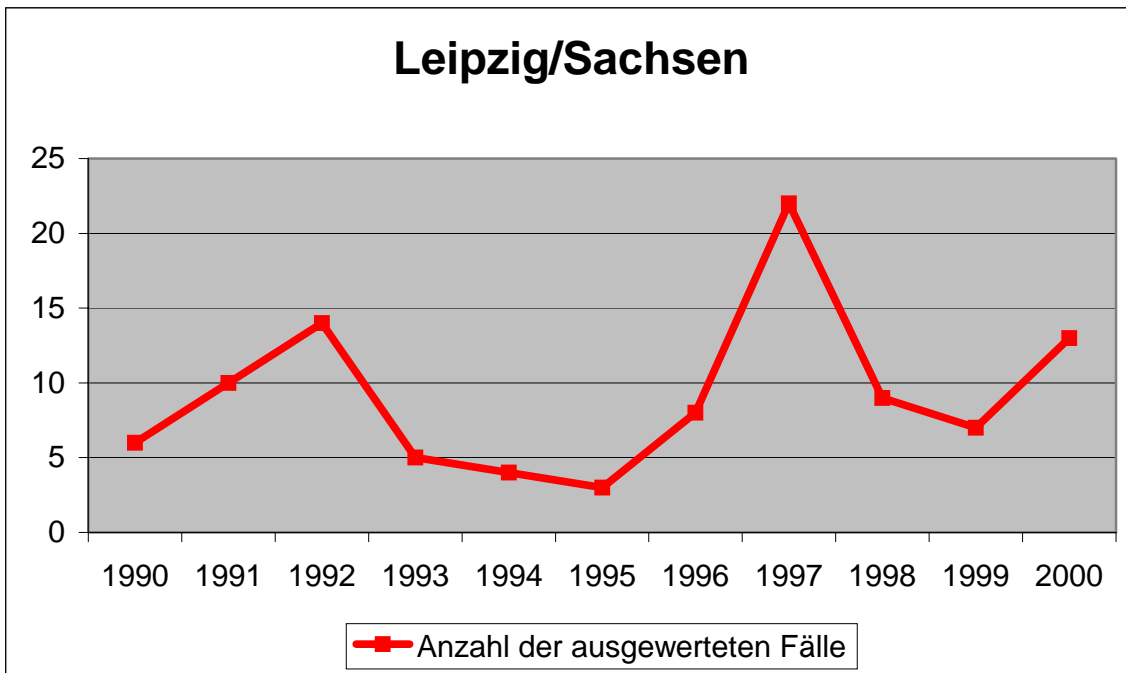
Parallel zu den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern (CARSTENSEN 1990, NEUMANN 1998, LAUM 2000, GOEKE 2002, EISSLER 2004) war auch bei den rechtsmedizinischen Obduktionen auf Grund eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers über den Untersuchungszeitraum eine bundesweit jährlich zunehmende Zahl derartiger Vorwürfe zu registrieren – mit einzelnen regionalen Abweichungen vom bundesweiten Trend.

In den folgenden **Abbildungen 2 bis 10** ist die Entwicklung der Fallzahlen getrennt nach Bundesländern und unter Angabe der jeweiligen Institute für Rechtsmedizin dargestellt. Während in einigen rechtsmedizinischen Instituten bzw. Bundesländern ein deutlicher, nahezu linearer Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen ist ( z.B. in Hamburg und Bayern), stagnieren in anderen Regionen die Fallzahlen oder sind sogar leicht rückläufig (z.B. in Berlin, Aachen, Mecklenburg/Vorpommern). Bundesweit zeigt sich jedoch bezogen auf den mit der vorliegenden Studie erfassten Zeitraum eine deutliche Zunahme der Zahl der rechtsmedizinisch untersuchten behaupteten letalen Behandlungsfehler (**Abb. 11**).

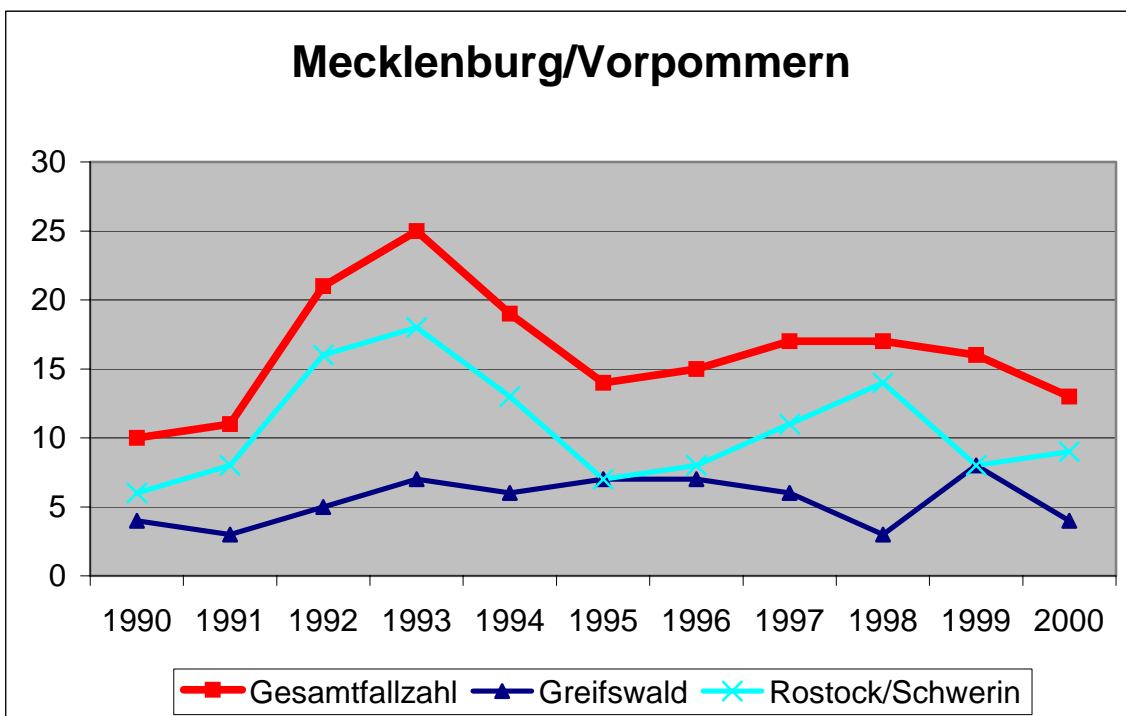
Wenn in einem Bundesland nur die Archivunterlagen eines rechtsmedizinischen Institutes ausgewertet werden konnten, ist die Ortsangabe dieses Institutes dem Namen des Bundeslandes vorangestellt. Bei jenen Bundesländern, in denen die Archivunterlagen mehrerer oder aller Institute ausgewertet wurden, finden sich die Graphiken für die einzelnen rechtsmedizinischen Institute sowie eine Gesamtdarstellung für das jeweilige Bundesland im Diagramm.



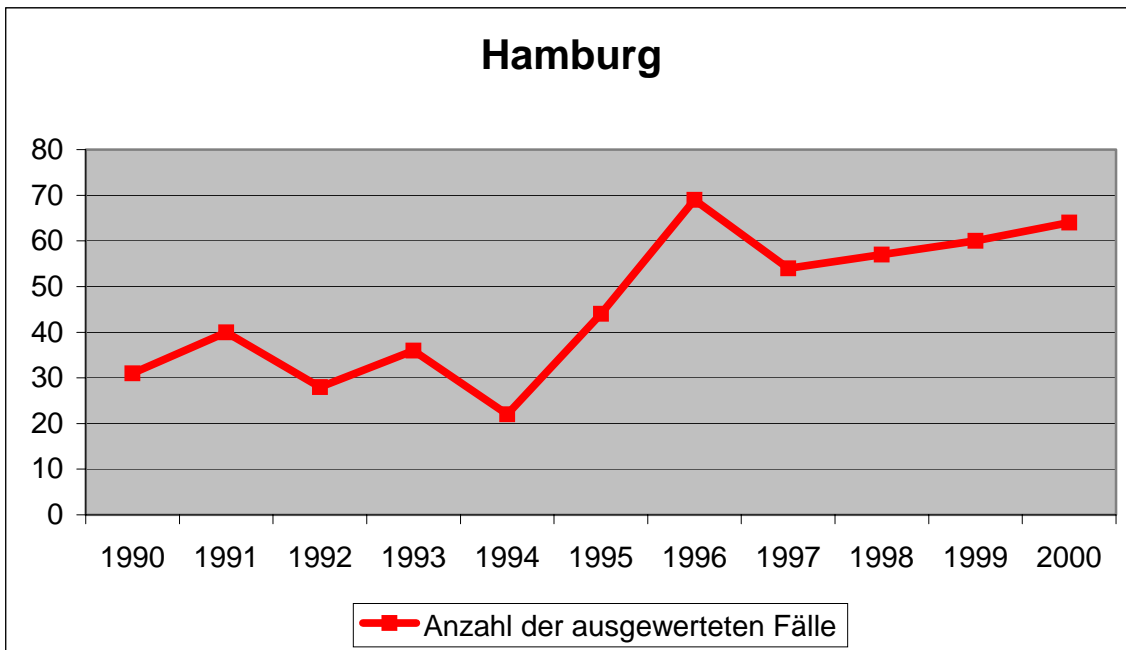
**Abb. 2: Zahl analysierter Fälle eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers (Institut für Rechtsmedizin an der Humboldt-Universität Berlin -Charité, Berlin, absolute Zahlen).**



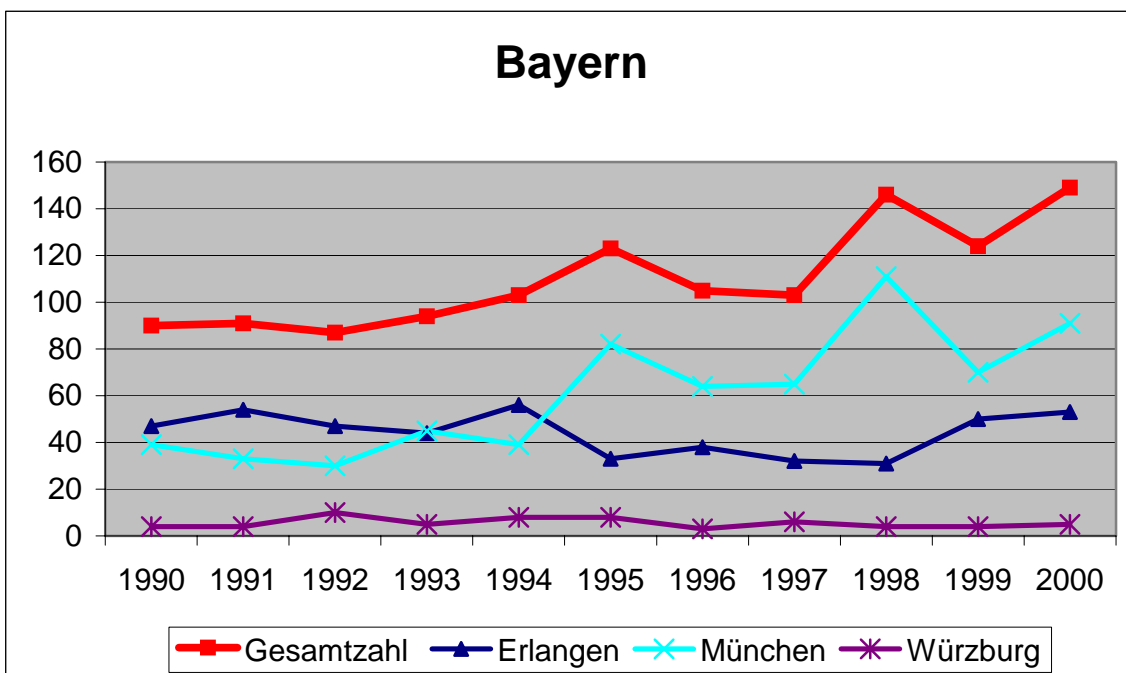
**Abb. 3: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler (Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig, Sachsen, absolute Zahlen).**



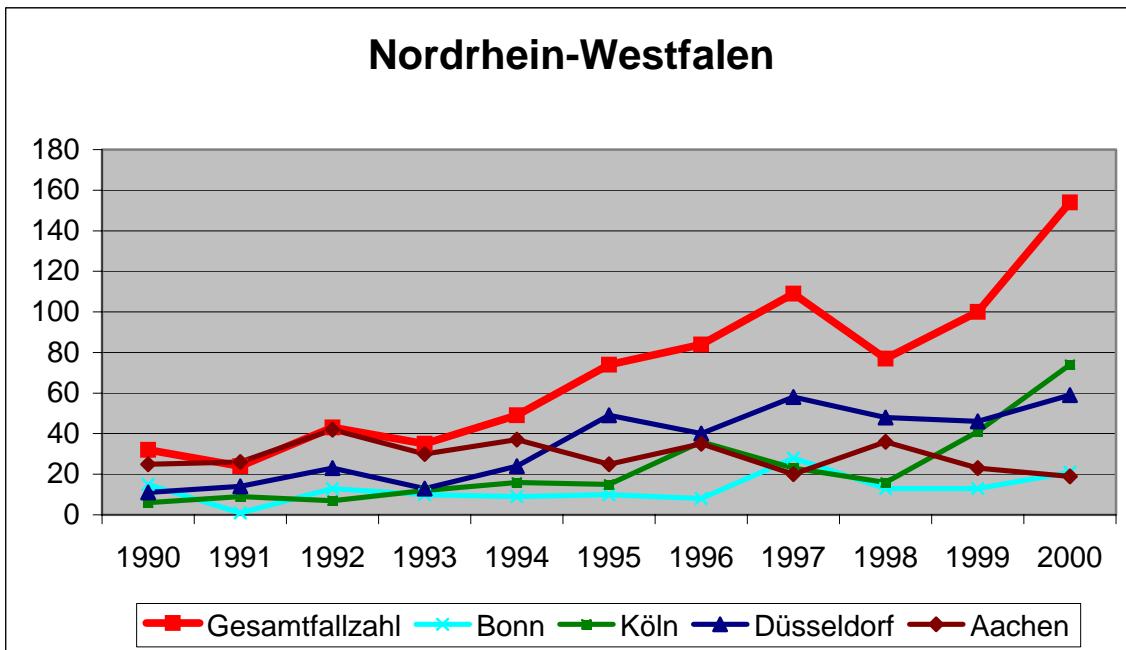
**Abb. 4: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Mecklenburg/Vorpommern (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Greifswald und Rostock, absolute Zahlen).**



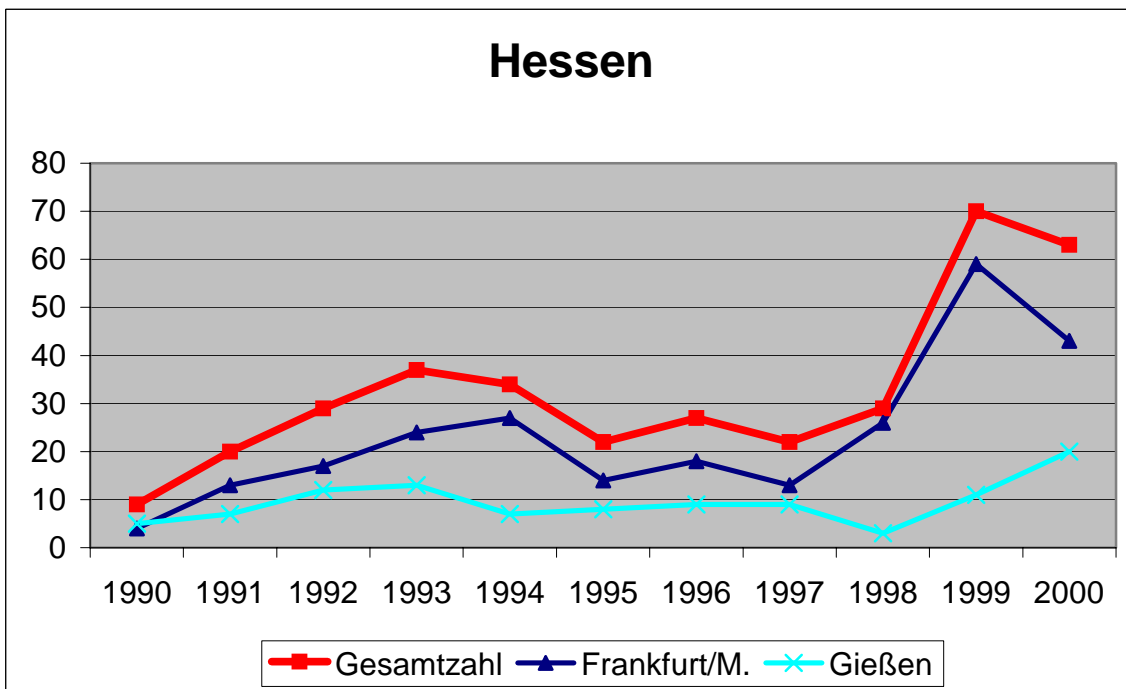
**Abb. 5: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler (Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, absolute Zahlen).**



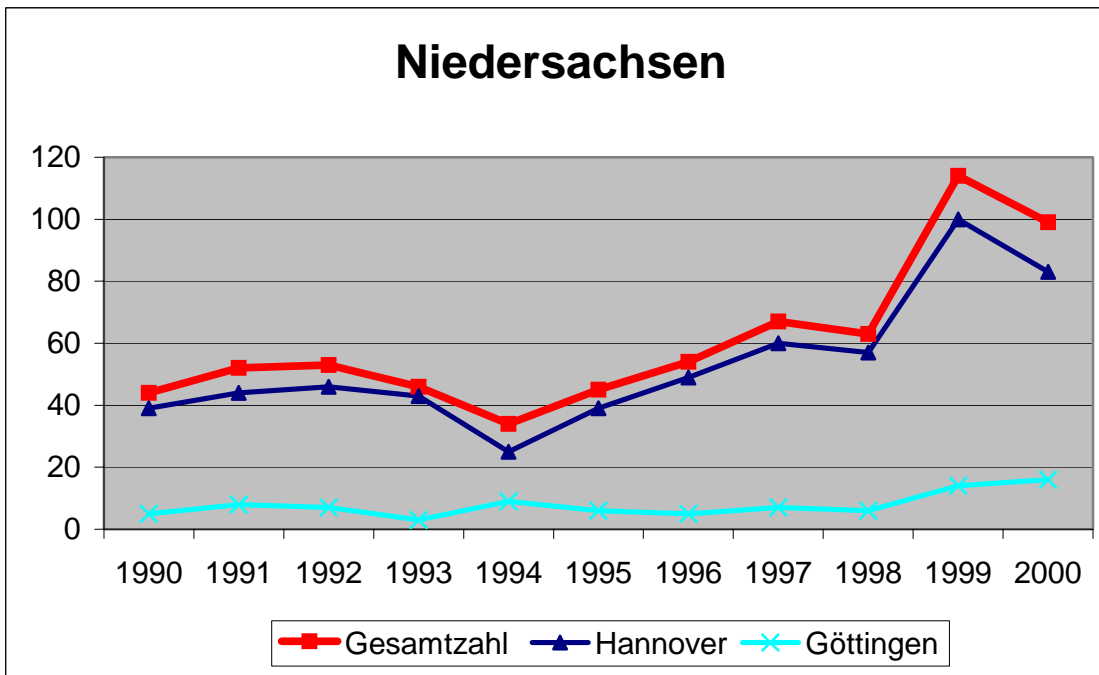
**Abb. 6: Zahl der analysierten Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Bayern (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten München (LMU), Erlangen und Würzburg, absolute Zahlen).**



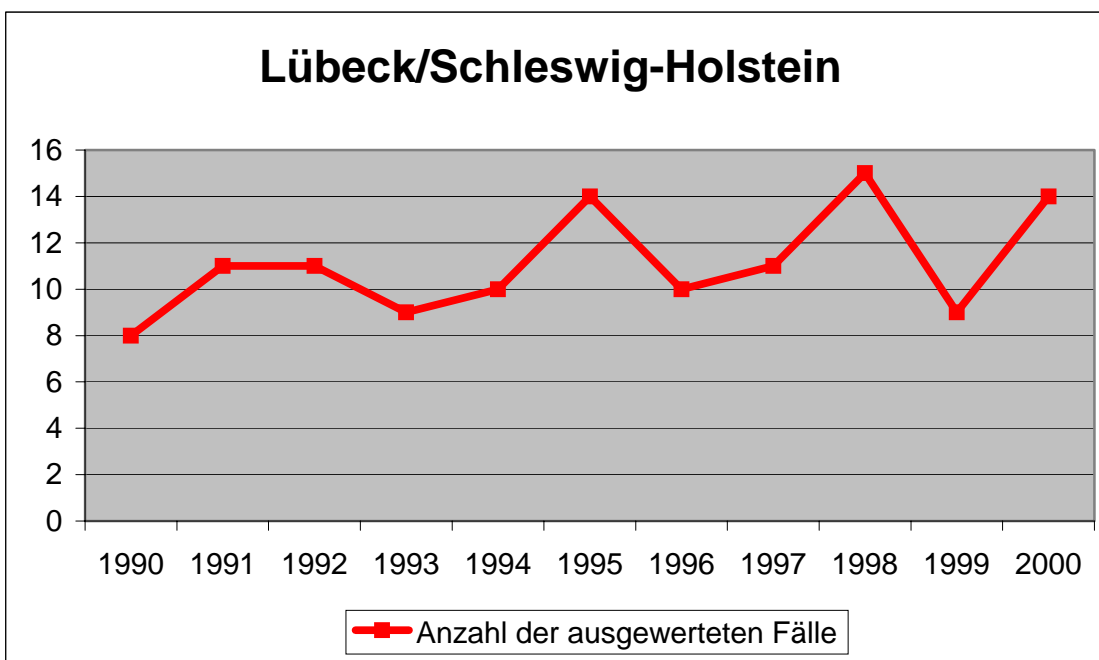
**Abb. 7: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Nordrhein-Westfalen (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Bonn, Köln, Düsseldorf und Aachen, absolute Zahlen).**



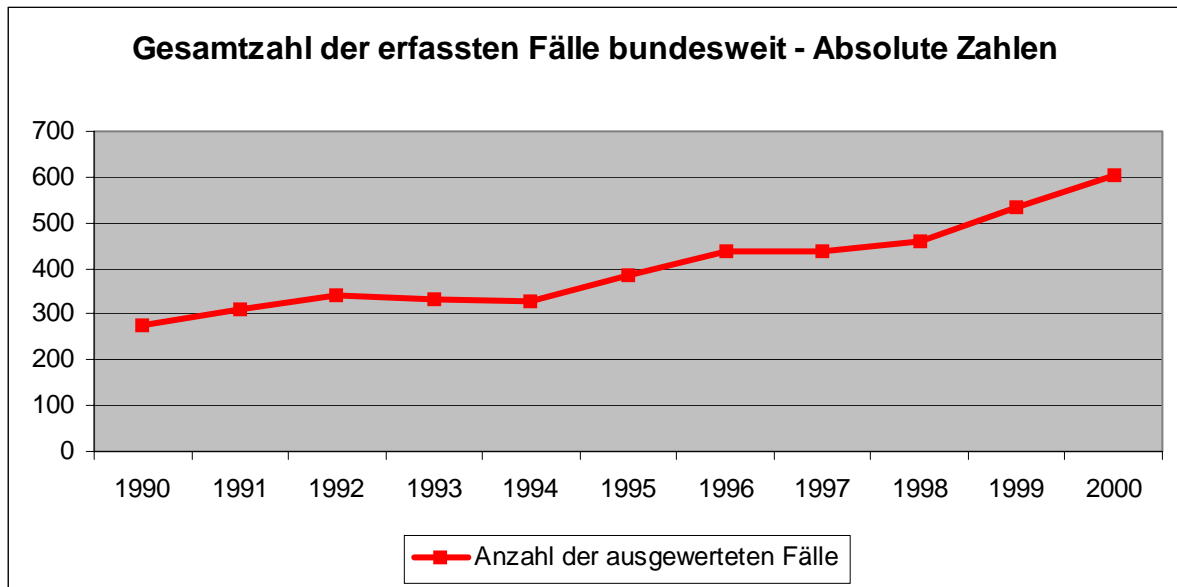
**Abb. 8: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Hessen (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Frankfurt a.M. und Gießen, absolute Zahlen).**



**Abb. 9: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Niedersachsen (Institute für Rechtsmedizin der Universitäten Hannover und Göttingen, absolute Zahlen).**



**Abb. 10: Zahl analysierter Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler in Schleswig-Holstein (Institut für Rechtsmedizin der Universität Lübeck, absolute Zahlen).**



**Abb. 11: Zahl aller analysierten Fälle behaupteter letaler Behandlungsfehler (bundesweit, beteiligte Institute für Rechtsmedizin: siehe Tabelle 3; absolute Zahlen).**



### 3. Anlässe der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes

Nach dem in der Bundesrepublik Deutschland vorwiegend landesrechtlich festgeschriebenem Procedere bei einem Todesfall können Behandlungsfehlervorwürfe auf unterschiedlichen Wegen zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangen und dann Anlass für ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren sein (§§ 159 ff. StPO; **Tabelle 6**).

Häufigster Anlass (n=1715; 38,5%) für ein Ermittlungsverfahren wegen eines (begründeten) Verdachts auf einen letalen ärztlichen Behandlungsfehler war die Angabe einer „nicht-natürlichen“ oder „ungeklärten“ Todesart durch die/den die Todesbescheinigung ausstellende/n Ärztin/Arzt. Neben der Angabe der Todesart als „nicht-natürlich“ bzw. „ungeklärt“, geben die Angaben im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung Hinweise auf einen denkbaren Eintritt des Todes im Zusammenhang mit der Vornahme und/oder dem Unterlassen ärztlicher Maßnahmen. Diese Daten gehen zudem ein in die Todesursachenstatistik. Nach Information bzw. Eingang der Meldung und/oder Strafanzeige bei den Ermittlungsbehörden sind rechtsmedizinische Obduktionen teilweise zunächst auch erfolgt, um gerade abzuklären, ob „zureichende tatsächliche Anhaltspunkte“ für eine Straftat im Sinne des § 152 StPO vorliegen. In anderen Fällen wurden zur Klärung weitere Ermittlungen bereits teilweise veranlasst, bevor über die Durchführung einer Obduktion entschieden wurde. Der Zeitkorridor für eine Entscheidungsfindung zu der Frage, ob eine Obduktion stattfinden soll, ist jedoch sehr klein, da schon kurze Zeit nach dem Todeseintritt unter Umständen wichtige Befunde nicht mehr erhoben werden können. In einer Vielzahl der Fälle (n=1303; 29,3%) war der unmittelbare Anlass des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen.

Bei 831 Behandlungsfehlervorwürfen (18,7 %) waren Beschwerden oder Strafanzeigen durch Angehörige, Freunde und/oder Betreuer Anlass eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens. Soweit der Leichenschauarzt in den je nach Bundesland variierenden amtlichen Vordrucken der Todesbescheinigungen einen nicht-natürlichen Tod oder eine ungeklärte Todesart angibt, kann dies im Zusammenhang mit den weiteren Angaben zur Anamnese des Patienten einen Anfangsverdacht im Sinne des § 152 StPO indizieren. Entscheidend ist hier die Bejahung eines Anfangsverdachts auf das Vorliegen eines potentiell letalen Behandlungsfehlers durch die zuständigen Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft). Die Behörde hat hier einen Ermessensspielraum hinsichtlich der Anforderungen an die Begründetheit des Anfangsverdachts (MAIWALD 1978; GÜNTER 1978). Einerseits mag die bloße Behauptung genügen, es sei zu einem letalen Behandlungsfehler gekommen. Andererseits ist denkbar, dass ein so genanntes Todesermittlungsverfahren bzw. förmliches strafrechtliches Ermittlungsverfahren nur eingeleitet wird, wenn der Behandlungsfehlervorwurf hinreichend substantiiert ist.

Bei weiteren 190 Fällen (4,3%), in denen die Angehörigen eine Strafanzeige erstattet und / oder Strafantrag gestellt hatten, war parallel in der Todesbescheinigung eine „nicht-natürliche“ oder „ungeklärte“ Todesart angekreuzt worden, die Ermittlungsbehörden hätten somit ohnehin Kenntnis erlangt. Naturgemäß differieren die Angaben zum Sachverhalt seitens der anzeigerstattenden Hinterbliebenen einerseits und dem die Todesbescheinigung ausstellenden Arzt andererseits.

Hatten nachbehandelnde Ärztinnen/Ärzte den Verdacht eines möglicherweise letalen Behandlungsfehlers geäußert, so wurden diese Fälle unter der Rubrik „Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes“ erfasst (n=271; 6,1%). Da bei der in einigen Bundesländern obligatorischen zweiten Leichenschau vor einer geplanten Feuer- oder Seebestattung

gegebenenfalls ein Behandlungsfehlerverdacht mit potentiell letalem Verlauf ebenfalls durch eine Ärztin/einen Arzt geäußert wurde, konnten diese Fälle gleichfalls der Rubrik „Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes“ zugeordnet werden (n=93). Dies gilt auch für jene Fälle, bei denen der Behandlungsfehlerverdacht anlässlich einer klinischen Sektion durch den obduzierenden Pathologen geäußert wurde (n=98), ohne dass in allen Bundesländern derzeit eine landesrechtlich verankerte Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod gegeben ist ( MUELLER 1974, NARR 1979, WEGENER & RUMMEL 2001).

**Tabelle 6: Nach Auswertung der Unterlagen festgestellte Anlässe für ein staatsanwalt-schaftliches Ermittlungsverfahren bzw. Todesermittlungsverfahren wegen eines begründeten Anfangsverdachts auf das Vorliegen eines potentiell letalen Behandlungsfehlers (n= 4450)**

Anlass des Ermittlungsverfahrens	Anzahl der Fälle (%)
Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als "ungeklärt" bzw. "nicht-natürlich"	1715 (38,5)
Anlass der Ermittlung ist nicht zu klären	1303 (29,3)
Vorwürfe/Strafanzeige durch die Angehörigen (einschl. Freunde, Betreuer)	831 (18,7)
Anzeige eines mit - oder nachbehandelnden Arztes	271 (6,1)
Strafanzeige der Angehörigen und gleichzeitig Angabe in der Todesbescheinigung	190 (4,3)
Kein formelles Ermittlungsverfahren, nur Todesermittlungsverfahren	73 (1,6)
Selbstanzeige des Arztes/ der Ärzte	21 (0,5)
Anzeige der Patienten selbst noch zu Lebzeiten	18 (0,4)
Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter (insbes. Pflegepersonal)	10 (0,2)
Anonyme Strafanzeige	9 (0,2)
Sonstiges	9 (0,2)

#### 4. Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes – getrennt nach Tätigkeitsfeldern

Die Analyse der erhobenen Daten ergibt die in **Tabelle 7** gelistete Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf verschiedene Ärzte und weitere Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Pflegepersonal, Heilpraktiker, Rettungssanitäter, Rettungsassistenten). Dabei handelt es sich um jene Personen, die nach Aktenlage als Beschuldigte im Sinne der Strafprozessordnung betrachtet wurden.

**Tabelle 7: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe (n=4450) auf verschiedene Arztgruppen bzw. Berufsgruppen sowie der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfehlervorwürfe**

Ermittlungsverfahren gegen	Fallzahl	Prozentualer Anteil an der Gesamtfallzahl
<b>Krankenhausärzte</b>	<b>2809</b>	<b>63,1 %</b>
<b>Niedergelassene Ärzte</b>	<b>877</b>	<b>19,7 %</b>
<b>Notdienstärzte</b>	<b>253</b>	<b>5,8 %</b>
<b>Pflegepersonal</b>	<b>172</b>	<b>3,9 %</b>
<b>Notärzte</b>	<b>108</b>	<b>2,4 %</b>
<b>Nicht zu klären</b>	<b>58</b>	<b>1,3 %</b>
<b>Einen Arzt*</b>	<b>57</b>	<b>1,3 %</b>
<b>Mehrere Ärzte*</b>	<b>50</b>	<b>1,1 %</b>
<b>Rettungssanitäter/-assistenten</b>	<b>23</b>	<b>0,5 %</b>
<b>Belegarzt</b>	<b>14</b>	<b>0,3 %</b>
<b>Heilpraktiker</b>	<b>12</b>	<b>0,3 %</b>
<b>Sonstige</b>	<b>8</b>	<b>0,2 %</b>
<b>AiP'ler/in</b>	<b>6</b>	<b>0,1 %</b>
<b>Apotheker</b>	<b>2</b>	<b>0,04 %</b>
<b>PJ-Studentin /PJ-Student</b>	<b>1</b>	<b>0,02 %</b>
<b>Summe</b>	<b>4450</b>	<b>100 %</b>

\* Nähere Klärung der Berufsgruppe nicht möglich

In der Mehrzahl betreffen die Behandlungsfehlervorwürfe an Kliniken bzw. an Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte. Niedergelassene Haus- und Fachärzte liegen an zweiter Stelle und waren in 19,7 % aller analysierten Fälle betroffen (n=877). Notdienstärzten, also niedergelassenen Ärzten im Bereitschaftsdienst, wurde in 253 Fällen (5,8%) ein Behandlungsfehler mit letalem Verlauf vorgeworfen. Eine besondere Gruppe von Behandlungsfehlervorwürfen beinhaltete einen Pflegefehlervorwurf mit letalem Verlauf gegenüber ambulant oder stationär tätigem Pflegepersonal und/oder den behandelnden Hausärzten insbesondere in Altenpflegeheimen (n=172; 3,9%). Seltener wurde der Vorwurf eines Behandlungsfehlers mit letalem Verlauf gegenüber anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen erhoben: Rettungssanitäter bzw. Rettungsassistenten (n=23), Heilpraktiker (n=12) und Apotheker (n=2). Schließlich war nach den analysierten Unterlagen die Person, gegen die sich ein Behandlungsfehlervorwurf richten sollte, teilweise (noch) nicht konkretisiert worden. Statt dessen wurde allgemein ermittelt z.B. „gegen die Verantwortlichen des Krankenhauses X“. In diesen Fällen war der Adressat des Behandlungsfehlervorwurfes nicht näher zu klären (n=58). In

anderen Fällen richtete sich der Vorwurf zwar gegen einen Arzt oder auch gegen mehrere Ärzte, es ließ sich jedoch keine nähere Zuordnung treffen.

Neben den betroffenen Berufsgruppen wurden auch die Daten der Patienten erhoben, soweit in den Unterlagen protokolliert. Den nachfolgenden Tabellen können Alter und Geschlecht der verstorbenen Patienten entnommen werden, diese Daten finden sich in Bezug gesetzt zur Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf vier Arztgruppen: Krankenhausärzte (**Tabelle 8**), niedergelassene Ärzte (**Tabelle 9**), Notdienstärzte (**Tabelle 10**) und Notärzte (**Tabelle 11**) einschließlich einer zusammenfassenden Darstellung (**Tabelle 12**).

**Tabelle 8: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte, ohne Notärzte (n= 2809; 63,1%)**

Gesamtzahl	Unter 1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Über 100
1466 männl.	43	31	31	82	134	146	301	321	255	112	10	0
1343 weibl.	27	30	31	57	86	121	176	255	315	204	40	1

**Tabelle 9: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen niedergelassene Ärzte, ohne Notdienstärzte (n=877; 19,7 %)**

Gesamtzahl	Unter 1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Über 100
412 männl.	11	20	3	30	52	69	87	79	39	19	3	0
465 weibl.	14	7	6	26	42	59	56	69	91	79	15	1

**Tabelle 10: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notdienstärzte (n= 253; 5,8 %)**

Gesamtzahl	Unter 1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Über 100
127 männl.	3	4	2	9	16	21	23	24	20	4	1	0
126 weibl.	0	4	2	6	14	16	24	22	21	13	4	0

**Tabelle 11: Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notärzte (n= 108; 2,4 %)**

Gesamtzahl	Unter 1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Über 100
64 männl.	0	2	2	2	11	13	16	10	6	2	0	0
44 weibl.	0	2	2	4	4	7	5	9	6	5	0	0

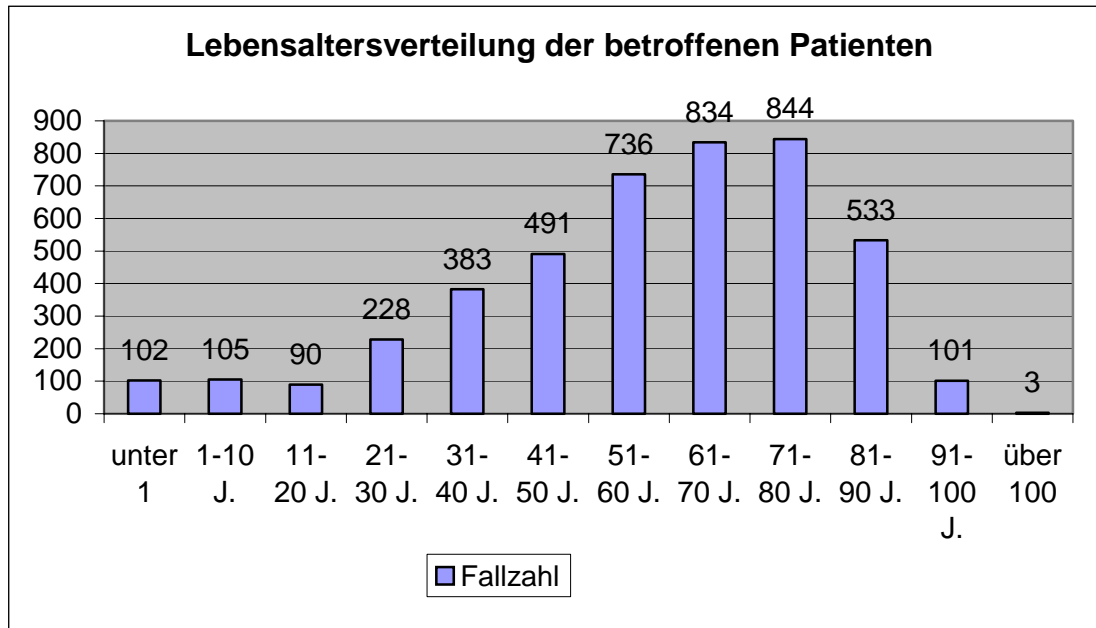
**Tabelle 12: Alter und Geschlecht der Patienten bei verschiedenen Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes**

	<b>Ges.</b>	<b>m</b>	<b>w</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1-10</b>	<b>11-20</b>	<b>21-30</b>	<b>31-40</b>	<b>41-50</b>	<b>51-60</b>	<b>61-70</b>	<b>71-80</b>	<b>81-90</b>	<b>91-100</b>	<b>&gt; 100</b>
<b>Krankenhausärzte</b>	2809	1466	1343	70	61	62	139	220	267	477	576	570	316	50	1
<b>Niedergelassene Ärzte</b>	877	412	465	25	27	9	56	94	128	143	148	130	98	18	1
<b>Notdienstärzte</b>	253	127	126	3	8	4	15	30	37	47	46	41	17	5	0
<b>Notärzte</b>	108	64	44	0	4	4	6	15	20	21	19	12	7	0	0

m=männlich; w=weiblich

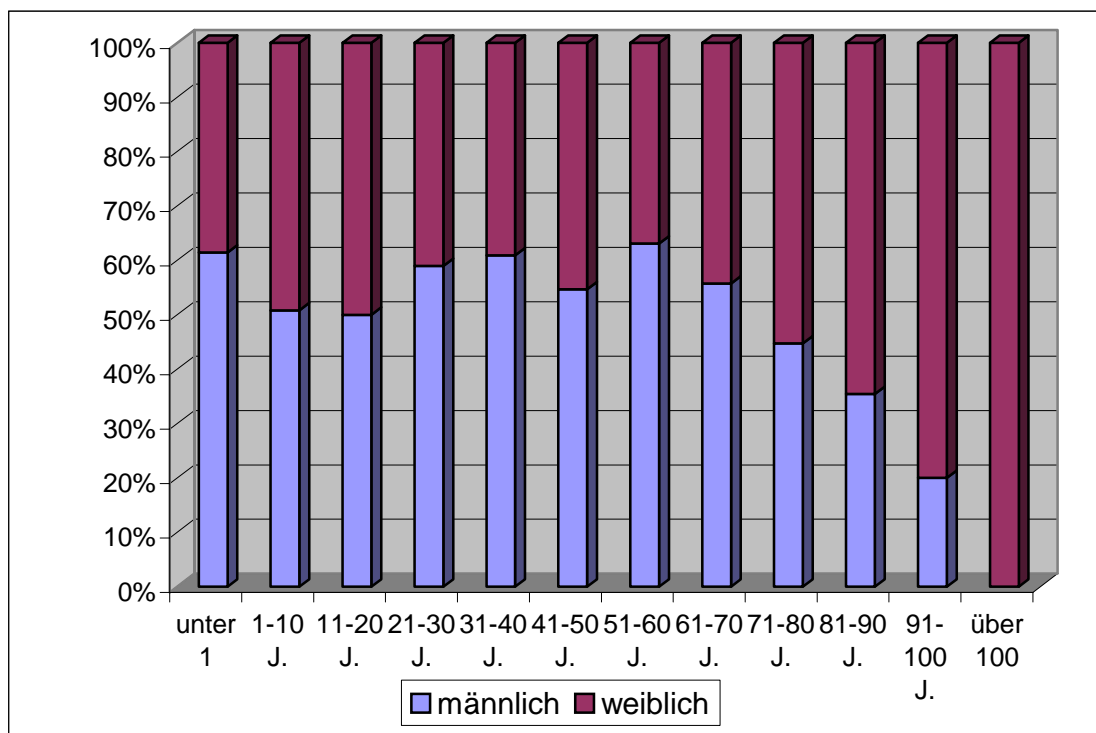
## 5. Eckdaten des Patientenkollektivs

Die betroffenen Patienten waren bei einer Gesamtzahl von 4450 Fällen in 2261 Fällen Männer und in 2189 Fällen Frauen. Die Altersstruktur des Patientenkollektivs ist **Abb. 12** zu entnehmen.

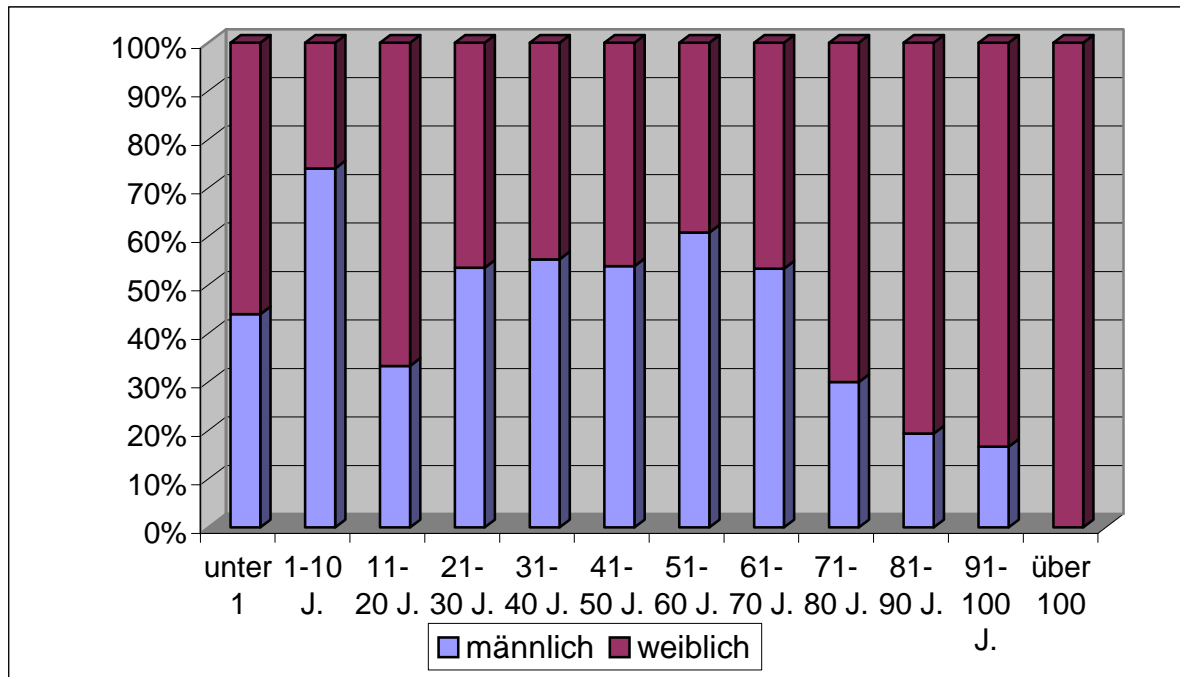


**Abb. 12: Lebensalter der betroffenen Patienten (n= 4450)**

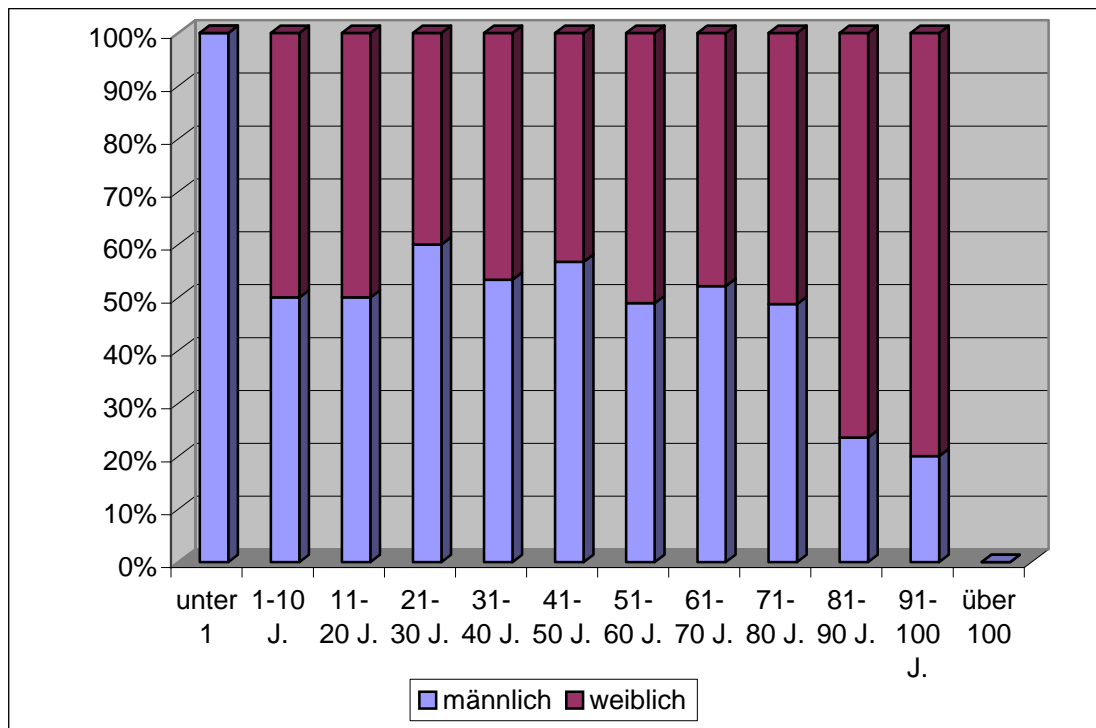
Dabei wird deutlich, dass die Altersstruktur der mit einem Behandlungsfehlervorwurf in Verbindung gebrachten Patienten auch prozentual in etwa der Altersstruktur der Patienten insgesamt entsprechen dürfte. Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die von Krankenhausärzten, niedergelassenen Ärzten, Notdienstärzten und Notärzten behandelt wurden, kann den folgenden **Abb. 13 bis 16** entnommen werden.



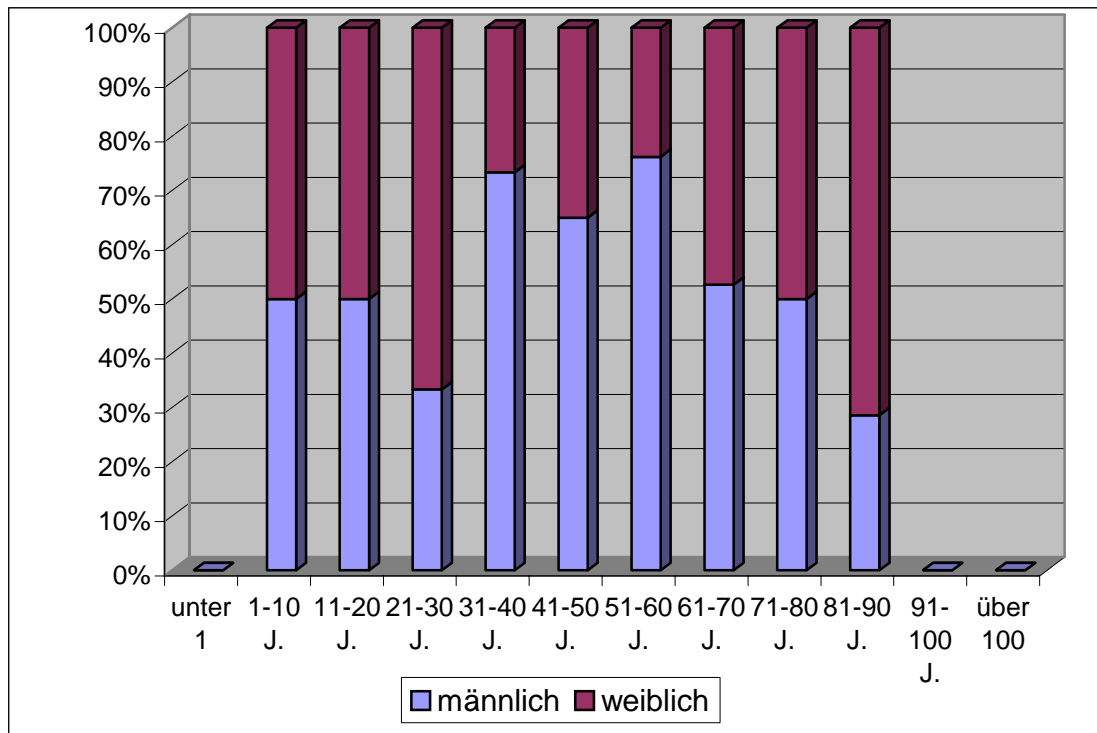
**Abb. 13: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte (n= 2809)**



**Abb. 14: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen niedergelassene Ärzte (n=877)**



**Abb. 15: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notdienstärzte (n= 253)**



**Abb. 16: Alters- und Geschlechtverteilung der betroffenen Patienten bei Behandlungsfehlervorwürfen gegen Notärzte (n= 108)**



## 6. Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die einzelnen medizinischen Fachdisziplinen bzw. Gebiete

Soweit das Fachgebiet des/der beschuldigten Arztes/Ärzte bzw. des Pflegepersonals und der medizinischen Berufe den Akten zu entnehmen war, wurde dieses erfasst. Die Auswahl der zu erfassenden Fachgebiete richtete sich nach der vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte (M-WBO-Ä).

Bei der Datenerfassung konnte unabhängig vom betroffenem Fachgebiet eine Differenzierung hinsichtlich des Vorwurfes zwischen operativer Medizin einschließlich minimal-invasiver Verfahren bzw. Endoskopie, konservativer Medizin, Intensivmedizin und Naturheilverfahren bzw. alternativer Medizin vorgenommen werden. Diese Einteilung wurde allein aufgrund der beanstandeten Maßnahme getroffen, so dass sich auch in Fächern mit überwiegend medikamentös-konservativer Therapie Vorwürfe finden, die operative Maßnahmen betreffen, und in klassischen operativen Fächern Beschuldigungen betreffend eine konservative Behandlung. Das heißt, wenn in der Inneren Medizin, die per definitionem zu den konservativen Fächern gehört, Vorwürfe nach invasiven Maßnahmen, wie z.B. endoskopischen Untersuchungen (Magen- oder Darmspiegelungen, Punktionen, Herzkatheteruntersuchungen oder Anlage eines Herzschrittmachers) geäußert wurden, entspricht dies in der vorliegenden Auswertung der Rubrik: „Vorwurf betrifft: operative Medizin bzw. invasive Maßnahmen“. In gleicher Weise erfolgte die Datenerfassung, wenn sich die Vorwürfe auf konservative Therapiestrategien der Chirurgen bezogen, also zum Beispiel Medikationsfehler. Die unterschiedliche Zahl der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren bezogen auf die einzelnen medizinischen Disziplinen bzw. Fachgebiete ist in **Tabelle 13** dargestellt.

**Tabelle 13: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe bzw. staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (n=4450) auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete - absolute Zahlen und prozentualer Anteil des jeweiligen Fachgebietes bei Zusammenfassung der Zahlen aller teilnehmenden Institute für Rechtsmedizin**

Fachgebiet	Fallzahl	Prozentualer Anteil an allen Vorwürfen (%)
Chirurgie (Gesamtzahl)	1266	28,5
Innere Medizin	698	15,7
Unbekannt	534	12,0
Hausarzt/praktischer Arzt	434	9,7
Notdienststarzteinsatz	254*	5,7
Andere Fachrichtungen	195	4,4
Anästhesiologie	157	3,5
Orthopädie	127	2,8
Notarzteinsatz	108	2,4

Gynäkologie	88	2,0
Pädiatrie	87	2,0
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	74	1,7
Psychiatrie	68	1,5
Urologie	67	1,5
Geburtshilfe	62	1,4
Radiologie	50	1,1
Neurologie	49	1,1
Notaufnahme	45	1,0
Allgemeinmedizin	22	0,5
Zahnmedizin	18	0,4
Naturheilverfahren	16	0,4
Augenheilkunde	10	0,2
Strahlentherapie	9	0,2
Dermatologie	7	0,2
Manuelle Medizin/Chirotherapie	3	0,06
Hygiene	1	0,02
Tropenmedizin	1	0,02
Summe	4450	

\* Zuzüglich eines im Notdiensteinsatz tätigen Belegarztes

In der Rubrik „Andere Fachrichtungen“ sind alle Beschuldigten erfasst, die im medizinischen Bereich tätig sind, ohne Ärzte zu sein. Darunter fallen insbesondere

- das Pflegepersonal
- nicht-ärztliches Rettungspersonal (Rettungssanitäter, Rettungsassistenten)
- Hebammen.

War das Fachgebiet der jeweils betroffenen Person nicht aus den Akten ersichtlich, wurde die Rubrik „unbekannt“ gewählt (n=534). Eine weitergehende differenzierte Darstellung der Fallzahlen erlaubt die Bestimmung der Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf einzelne Fachgebiete bezogen auf das jeweilige rechtsmedizinische Institut (**Tabelle 14**).

**Tabelle 14: Fallzahlen pro Fachgebiet insgesamt und separat nach Fachgebieten und Instituten**

Fach	Ges.	A C	B	BN	D	ER	F	GI	GÖ	H G W	HH	H	K	L	HL	M	H R O	W Ü
Chir. Ges.	1266	91	41	40	78	193	52	37	27	21	169	134	46	39	29	203	42	24
Inn. Med.	698	56	22	19	77	68	40	14	17	8	83	64	50	25	22	117	11	5
Unbe- kannt	534	12	31	14	41	47	31	14	1	4	45	95	43	9	9	119	16	3
Haus- arzt	434	38	10	12	42	43	41	4	0	0	35	116	33	1	15	34	5	5
Not- dienst- arzt	254*	30	9	6	29	12	25	9	2	2	27	64	16	0	9	8	3	3
An- dere	195	13	10	2	21	15	18	5	2	3	26	34	8	1	6	26	5	0
Anäs.	157	7	3	7	9	10	6	2	5	8	15	21	11	3	5	32	9	4
Orth.	127	4	6	7	14	12	10	4	1	1	22	7	5	6	8	17	3	0
Not- arzt	108	6	4	2	16	17	4	1	4	2	12	19	2	2	1	10	3	3
Gyn.	88	11	0	3	6	11	2	3	3	1	9	6	7	1	2	19	3	1
Päd.	87	19	6	2	5	6	5	2	8	2	10	6	5	1	2	7	1	0
HNO	74	3	2	5	7	7	5	2	2	0	3	6	4	1	2	18	3	4
Psych	68	8	2	8	9	6	3	3	1	2	8	8	1	0	3	6	0	0
Urol.	67	3	0	5	8	4	5	1	2	0	7	7	7	2	0	12	2	2
Geb.- hilfe	62	4	2	3	6	9	0	0	1	0	6	2	4	3	2	15	1	4
Rad.	50	3	4	1	1	6	4	1	2	0	11	4	5	2	0	5	0	1
Neur.	49	3	3	4	3	9	2	1	0	0	5	7	3	1	1	4	3	0
Not- amb.	45	1	10	0	0	2	2	0	1	0	0	13	1	3	4	6	1	1
Allg.- med.	22	0	1	2	1	0	1	1	6	6	0	2	1	0	0	1	0	0
Zahn- med.	18	2	0	0	4	1	1	0	0	0	1	3	0	1	1	4	0	0
Natur- heilkde	16	2	0	0	3	1	1	0	0	0	1	1	2	0	1	3	1	0
Aug.- heil- kde.	10	0	0	1	2	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0
Strahl- enther.	9	0	0	0	1	2	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
Derm.	7	2	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Chiro- ther.	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hyg.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Trop.- Med.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Institute für Rechtsmedizin: AC, Aachen; B, Berlin; BN, Bonn; D, Düsseldorf; ER, Erlangen; F, Frankfurt; GI, Gießen; GÖ, Göttingen; HGW, Hansestadt Greifswald; HH, Hamburg; H, Hannover; K, Köln; L, Leipzig; HL, Heidelberg; M, München; HRO, Hansestadt Rostock; WÜ, Würzburg.

\* Zuzüglich eines im Notdienststarzteinsatz tätigen Belegarztes

## 6.1 Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf ausgewählte medizinische Fachgebiete

### 6.1.1 Chirurgie

Die analysierten Fälle betreffend das Gebiet Chirurgie sind in **Tabelle 15** genannt, dort bereits differenziert nach chirurgischen Spezialdisziplinen sowie mit dem prozentualen Anteil an allen Behandlungsfehlervorwürfen und an den Behandlungsfehlervorwürfen im Fach Chirurgie

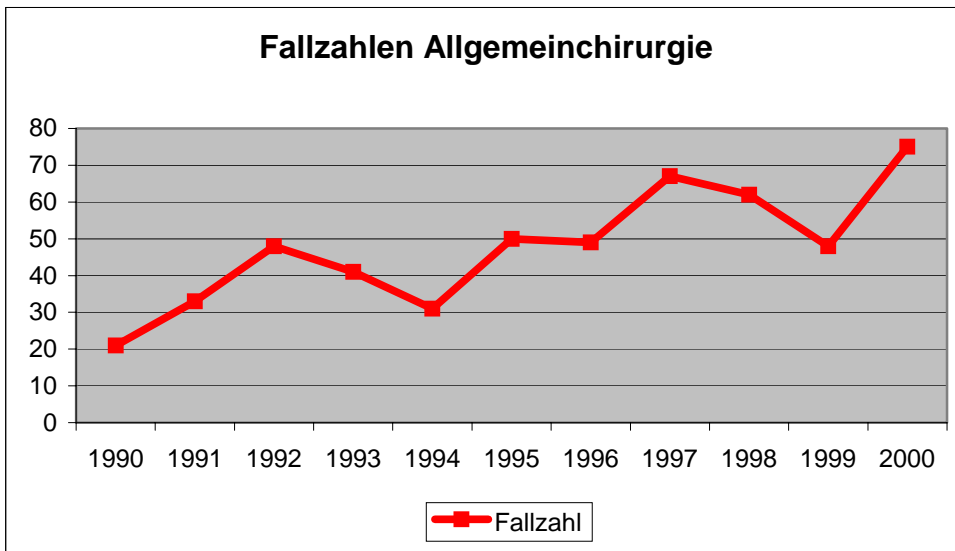
**Tabelle 15: Innerhalb des Gebietes Chirurgie betroffene chirurgische Spezialdisziplinen**

Fachgebiet	Anzahl der Fälle n=1266	%-Anteil aller 4450 Fälle	%-Anteil aller 1266 Fälle aus der Chirurgie
Allgemeinchirurgie	522	11,7	41,2
Unfallchirurgie	456	10,2	36,0
Neurochirurgie	106	2,4	8,4
Gefäßchirurgie	88	2,0	7,0
Herzchirurgie	69	1,6	5,5
Kinderchirurgie	11	0,3	0,8
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	9	0,2	0,7
Kosmetische Chirurgie	5	0,1	0,4

Insgesamt gelangten aus dem Fachgebiet Chirurgie 1266 Fälle (28,5% aller 4450 Behandlungsfehlervorwürfe) zur Obduktion mit dem Ziel der Abklärung eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers.

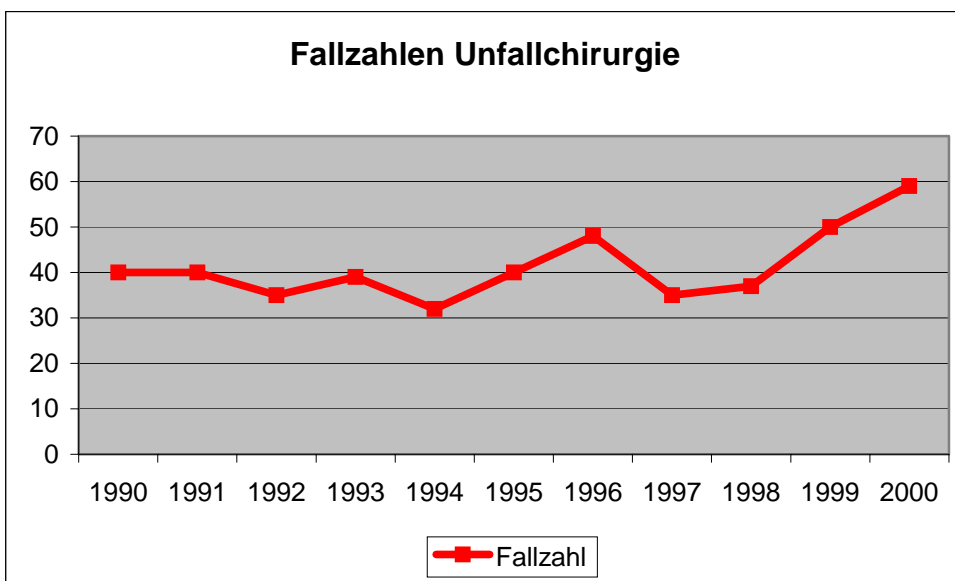
Wenn sich die chirurgische Spezialdisziplin den Akten nicht entnehmen ließ, wurde die allgemeine Fachrichtung Chirurgie (Allgemeinchirurgie; **Abb. 17**) gewählt. Auch sind Überschneidungen hinsichtlich der Fächer Unfallchirurgie (**Abb. 18**) und Orthopädie nicht sicher zu vermeiden gewesen, da bestimmte Krankheitsbilder bzw. operative Verfahren (z.B. Hüftendoprothesen) in beiden Fächern behandelt bzw. angewandt werden. Gesondert dargestellt sind die Entwicklung der Fallzahlen in der Herzchirurgie (**Abb. 19**), der Neurochirurgie (**Abb. 20**) und der Gefäßchirurgie (**Abb. 21**).

### 6.1.1.1 Allgemein Chirurgie



**Abb. 17:** Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Allgemein Chirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.1.2 Unfallchirurgie



**Abb. 18:** Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Unfallchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.1.3 Herzchirurgie

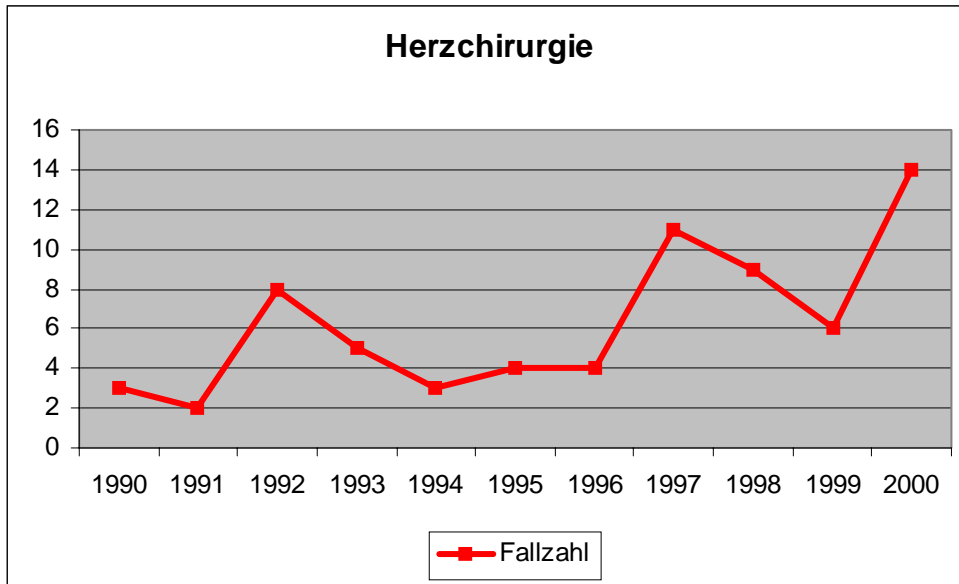


Abb. 19: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Herzchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.1.4 Neurochirurgie

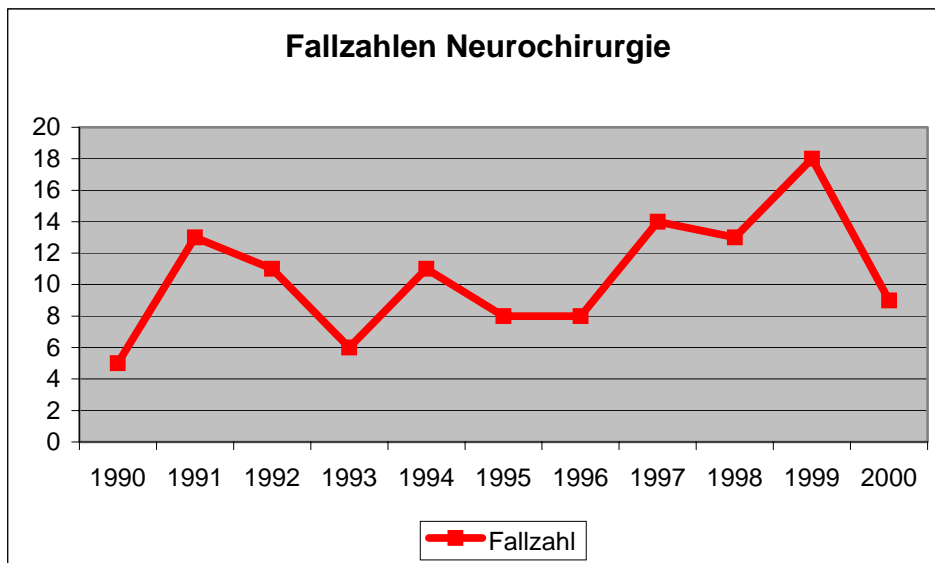
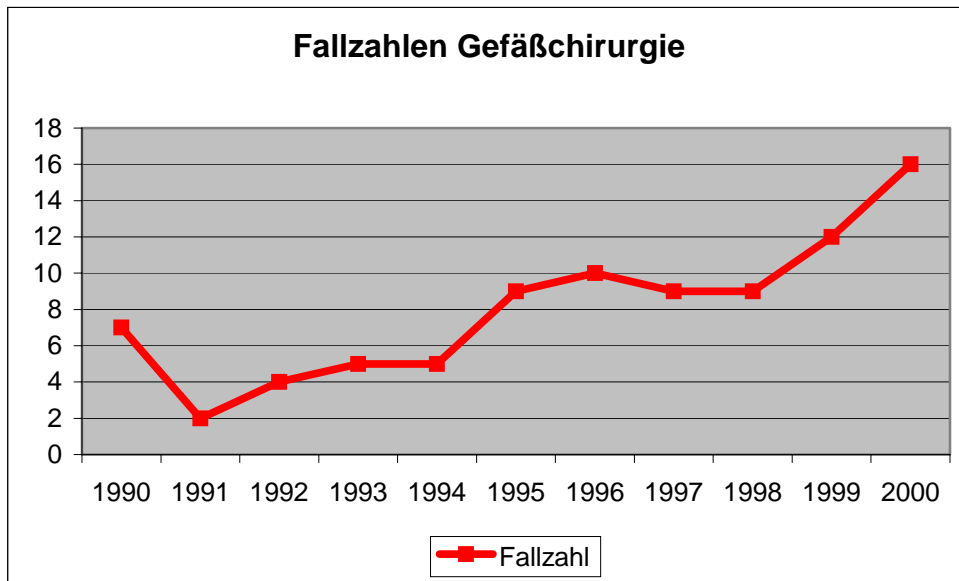


Abb. 20: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Neurochirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.1.5 Gefäßchirurgie

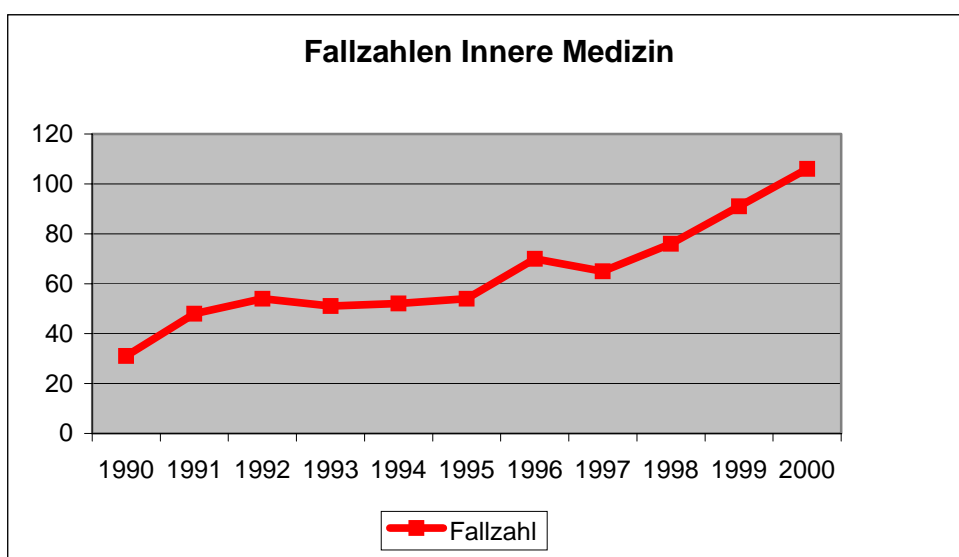


**Abb. 21: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Gefäßchirurgie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)**

In den Teilgebieten „Kosmetische Chirurgie“ und „Kinderchirurgie“ sowie „Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie“ gelangte eine geringere Fallzahl zur Auswertung (siehe **Tabelle 17**).

### 6.1.2 Innere Medizin

Vorwürfe gegen Internisten wurden in 698 Fällen erhoben. Niedergelassene Internisten waren in 73 der 698 Fälle betroffen und internistisch tätige Krankenhausärzte in 597 von 698 Fällen, in 28 Fällen andere internistisch tätige ärztliches Personal (z.B. AiP, Belegarzt etc.).



**Abb. 22: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Inneren Medizin von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)**

Bei Vorwürfen im Zusammenhang mit invasiven Eingriffen in der Inneren Medizin handelte es sich vorwiegend um endoskopische Untersuchungen (z.B. Magen-Darm-Spiegelungen) und Punktionen.

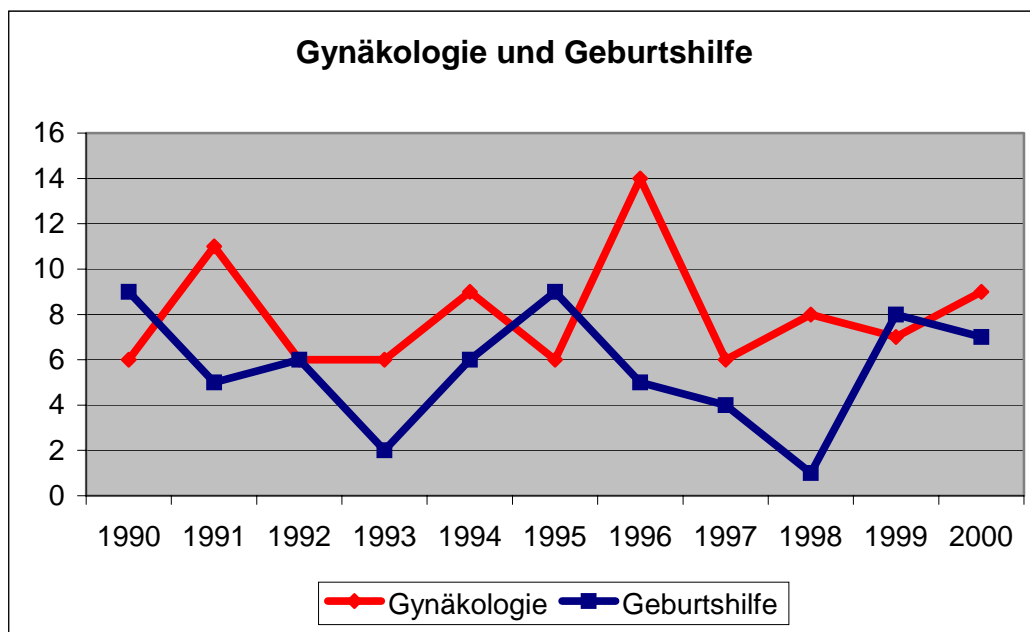
### 6.1.3 Andere Fächer

Neben den oben genannten primär betroffenen Fachgebieten finden sich relativ niedrigere Fallzahlen in den folgenden medizinischen Disziplinen:

- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Pädiatrie (Kinderheilkunde)
- Anästhesiologie und anästhesiologische Intensivmedizin
- Psychiatrie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO)
- Orthopädie
- Urologie

Die Fallzahlen in diesen Fächern werden im folgenden gesondert betrachtet.

#### 6.1.3.1 Gynäkologie und Geburtshilfe



**Abb. 23: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Gynäkologie und Geburtshilfe von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)**

Quantitativ etwas weniger repräsentierte medizinische Fachdisziplinen wie zum Beispiel das Gebiet der Gynäkologie (n=88) und Geburtshilfe (n=62) weisen deutliche Schwankungen der jährlichen Fallzahlen auf, ohne dass hier eine eindeutig steigende oder fallende Tendenz der Zahl der letalen Behandlungsfehlervorwürfe im Auswertungszeitraum zu erkennen ist.

Gerade auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe muss jedoch bedacht werden, dass möglicherweise frühzeitiger und intensiver als in anderen medizinischen Disziplinen eine fachinterne Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlervorwürfen stattgefunden hat (LEITHOFF

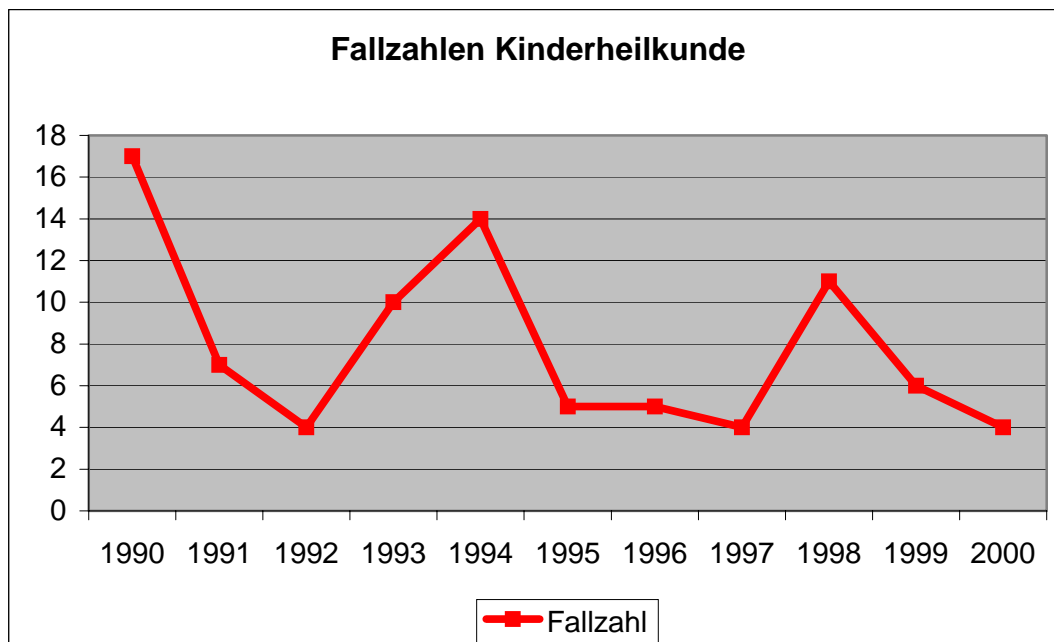


1978, RATZEL 1989, SCHWENZER & BECK 1994, ULSSENHEIMER 1990 ET AL., SCHWENZER & BECK 1994, BERNAT 1995, DEUTSCH 1989, GRIFFIN ET AL. 1999). Steht in einem Spezialgebiet ein dichteres Netz erfahrener Fachgutachter zur Verfügung, dann darf angenommen werden, dass Behandlungsfehlervorwürfe, auch solche mit letalem Ausgang, schon allein aus diesem Grunde von den Ermittlungsbehörden primär einem gynäkologischen bzw. geburtshilflichen klinischen Gutachter zugeleitet werden, diesbezügliche Untersuchungen liegen jedoch nicht vor.

Bei Fächern mit geringeren Fallzahlen und nur wenigen erfahrenen Gutachtern wird bei Behandlungsfehlervorwürfen unter Umständen eher an eine Heranziehung von Rechtsmedizinern zur Behandlungsfehlerbegutachtung gedacht. Die etablierte Gutachterdichte eines Faches kann also möglicherweise Einfluss genommen haben auf die Zahl der in der Rechtsmedizin bearbeiteten Behandlungsfehlervorwürfe. In der Geburtshilfe beispielsweise ist bei Totgeburten der Ausschluss von vorbestehenden todesursächlich relevanten Erkrankungen auch durch eine klinische Obduktion in einem Institut für Pathologie möglich. Unter Verweis auf den Obduktionsbericht kann sich dann die Behandlungsfehlerbegutachtung bei einem geburtshilflichen klinischen Gutachter konzentrieren, ohne dass Rechtsmediziner involviert sind. Dies dürfte insbesondere gelten, wenn eine Information der Staatsanwaltschaft bzw. eine Strafanzeige nicht erfolgt ist und eine juristische Auseinandersetzung sich von vornherein auf Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen in einem Zivilverfahren beschränken soll.

### 6.1.3.2 Pädiatrie (Kinderheilkunde)

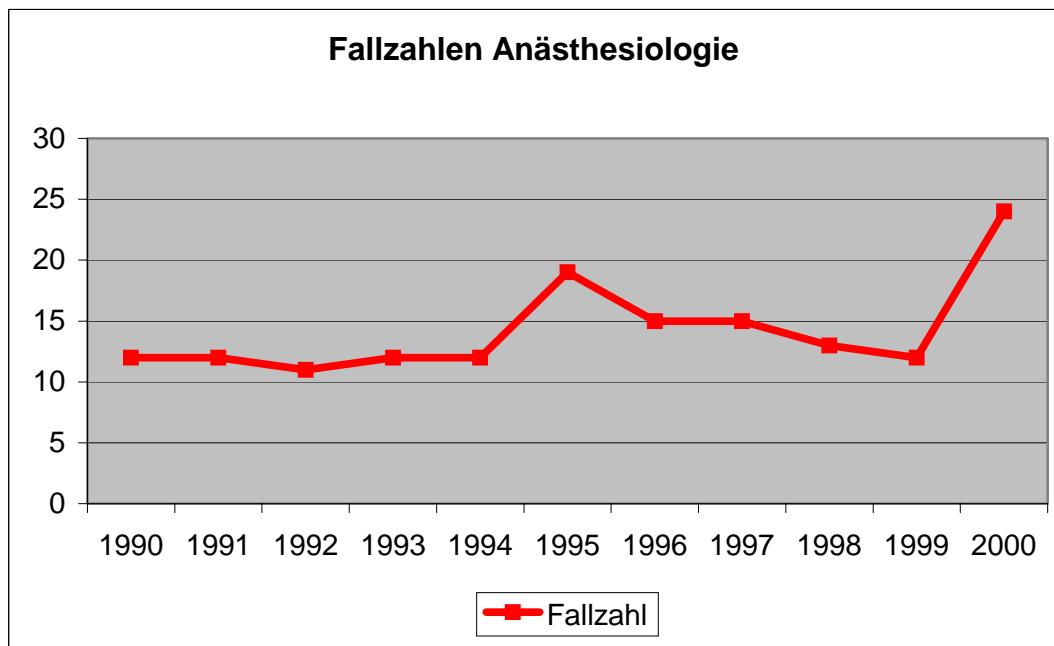
In der Kinderheilkunde (n=87) ist eine Abnahme der Obduktionszahlen im Zusammenhang mit Behandlungsfehlervorwürfen im Zeitraum von 1990 bis 2000 zu beobachten (**Abb. 24**). Eine Korrelation mit einem Rückgang der jährlichen Geburtenziffern ist grundsätzlich denkbar, zuverlässige Aussagen zu diesem Punkt sind bei den niedrigen Fallzahlen nicht möglich.



**Abb. 24:** Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Kinderheilkunde von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.3.2 Anästhesiologie und anästhesiologische Intensivmedizin

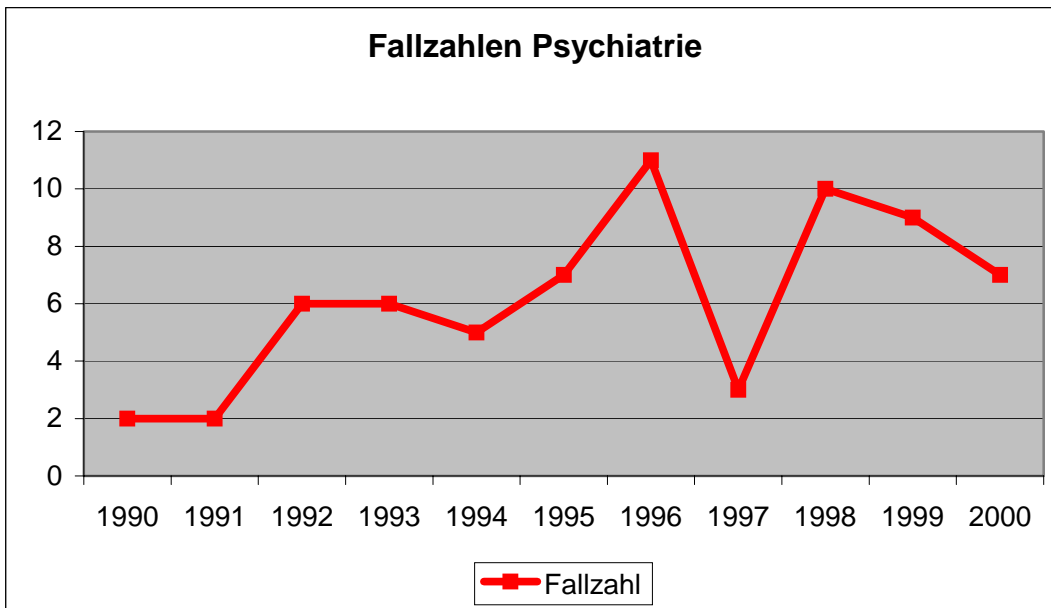
**Abb. 25** zeigt die Fallzahlentwicklung in den Fächern Anästhesiologie und anästhesiologische Intensivmedizin. In der Anästhesiologie umfassen die rechtsmedizinisch untersuchten Todesfälle neben Zwischenfällen bei der eigentlichen Narkose auch solche mit plötzlichem und unerwartetem Versterben während eines medizinischen Eingriffs, so genannter „Exitus in tabula“ (syn. „Mors in tabula“, engl. „Death on the table“). Derartige Todesfälle in Anwesenheit der Ärzte und während zumeist risikobehafteter invasiver Maßnahmen bereiten regelmäßig auch Probleme bei der Klassifikation der Todesart (LINK 1985, BERG 1992, TANIDA 2002, DETTMAYER & REBER 2003). Hinzu kommen Fälle von „Verwechslungen“ im Rahmen der Gabe von Blutprodukten (sog. Transfusionszwischenfälle; PEDAL ET AL. 1986, LINDEN ET AL. 2000).



**Abb. 25: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Anästhesiologie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)**

### 6.1.3.4 Psychiatrie

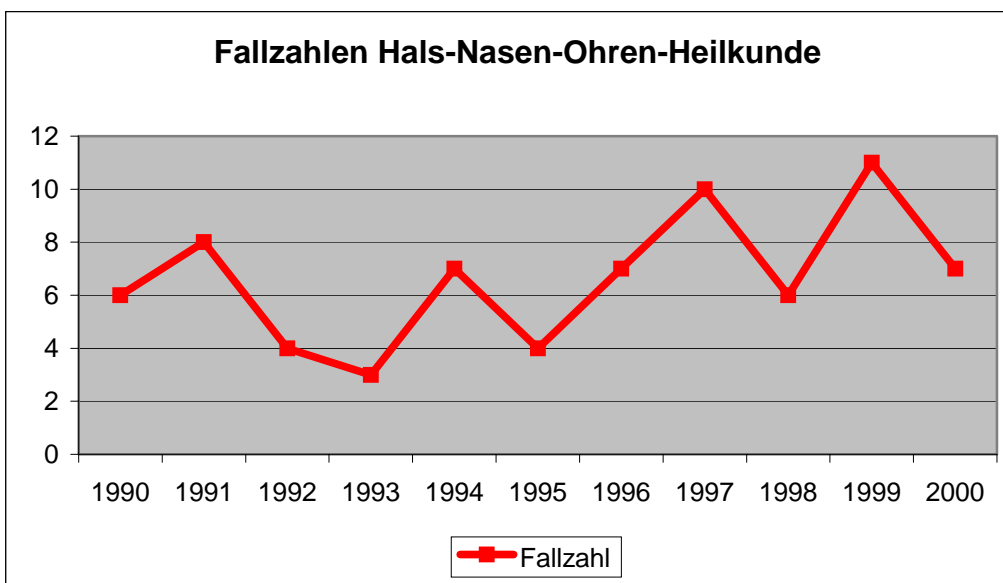
Bei Todesfällen in der Psychiatrie (Fallzahlentwicklung siehe **Abb. 26**) sind unter anderem Fragen der Überwachung des (z.B. suizidgefährdeten) Patienten und die Dosierung von Medikamenten von besonderer Bedeutung. Hinzu kommen etwa Vorwürfe wie der einer unzulässigen bzw. medizinisch nicht indizierten Zwangs-Fixierung des Patienten mit letalem Verlauf. In diesen Fällen war neben der nach Landesgesetz (Unterbringungsgesetz; soweit die Patienten auf dieser Rechtsgrundlage und nicht nach Betreuungsrecht untergebracht waren) zu überprüfenden rechtlichen Zulässigkeit von Fixierungsmaßnahmen (z.B. Gurte an Armen, Händen, Bauchgurt) aus medizinischer Sicht mit Hilfe der Obduktion die tatsächliche Todesursache zu klären. Beim Vorwurf einer fehlerhaften Medikation können häufig erst chemisch-toxikologische Untersuchungen zur Klärung beitragen.



**Abb. 26:** Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Psychiatrie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.3.5 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

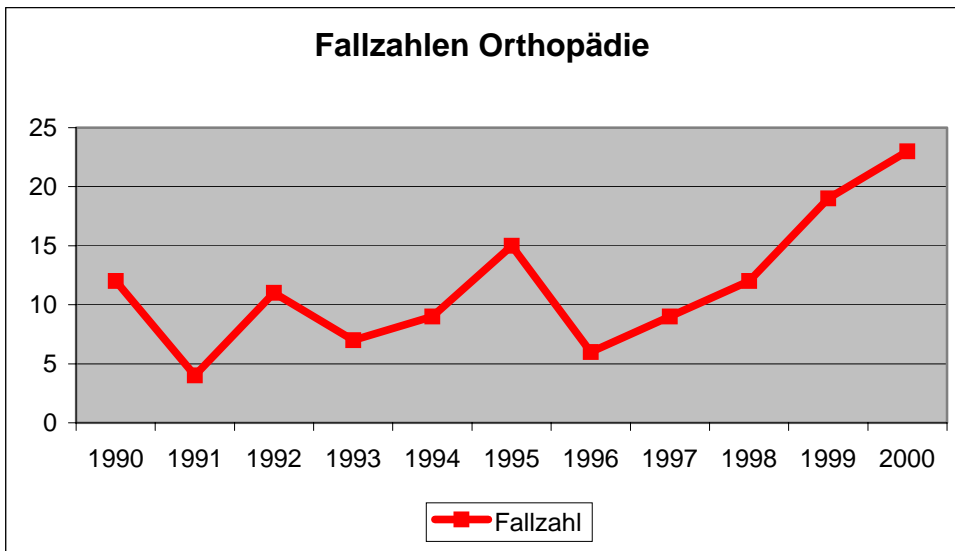
In **Abb. 27** ist die Entwicklung der Zahl der behaupteten Behandlungsfehler mit letalem Verlauf für das Gebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde dargestellt.



**Abb. 27:** Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)

### 6.1.3.6 Orthopädie

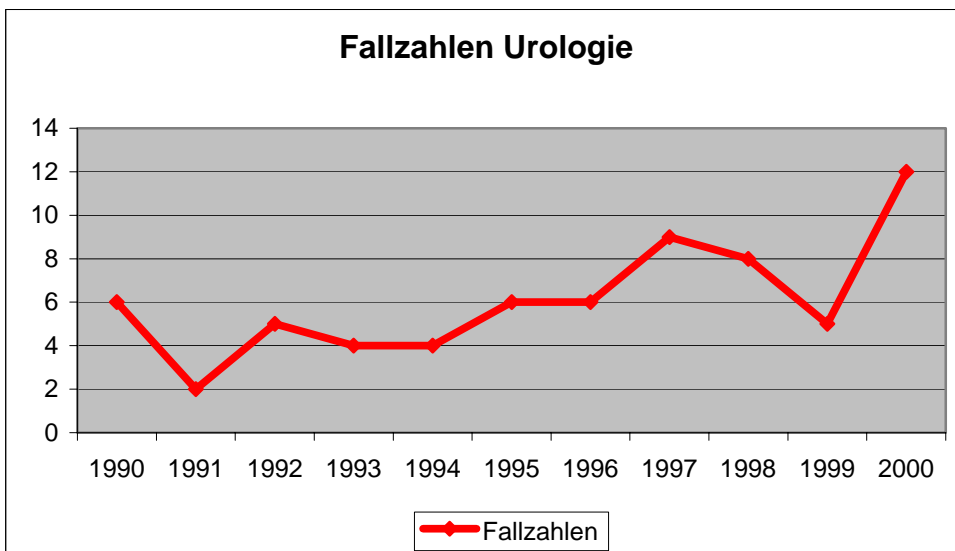
In der Orthopädie ist die Zahl der behaupteten Behandlungsfehler mit letalem Verlauf in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (siehe **Abb. 28**). Die Behandlungsfehlervorwürfe beziehen sich sowohl auf konservative wie auf operative ärztliche Maßnahmen.



**Abb. 28: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Orthopädie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)**

### 6.1.3.7 Urologie

Wie **Abb. 29** verdeutlicht, haben parallel zur Fallzahlentwicklung im Untersuchungszeitraum insgesamt auch in der Urologie die Behandlungsfehlervorwürfe zugenommen, in der Literatur finden Behandlungsfehlervorwürfe in der Urologie bei relativ kleiner Fallzahl gelegentlich Beachtung (KAHAN ET AL. 2001, PETRI 2001).



**Abb. 29: Entwicklung der Zahl der Vorwürfe wegen eines letalen Behandlungsfehlers in der Urologie von 1990 bis 2000 (alle 17 Institute für Rechtsmedizin; absolute Zahlen)**

Dabei finden sich Überschneidungen mit dem Gebiet der Urogynäkologie, so dass insofern im Einzelfall eine willkürliche Zuordnung zu einem Fachgebiet vorgenommen werden musste.

## 7. Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren

### 7.1 Standardisiert ausgewertete Unterlagen der teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute

#### 7.1.1 Auswertung der vorläufigen Obduktionsgutachten

Als Obduktionsgutachten werden entsprechend der einheitlichen Praxis in allen Instituten für Rechtsmedizin die so genannten „Vorläufigen Gutachten“ bezeichnet, welche unmittelbar nach jeder Obduktion im Anschluss an das ausführliche Sektionsprotokoll verfasst werden. Diese vorläufigen Obduktionsgutachten wurden ebenso wie das Sektionsprotokoll entsprechend der bundesweit einheitlichen rechtsmedizinischen Praxis und gemäß den Vorgaben der §§ 87 ff. StPO ausnahmslos von beiden Obduzentinnen bzw. Obduzenten verfasst und unterzeichnet.

Dabei stützen sich diese vorläufigen Obduktionsgutachten ausschließlich auf die bei der Sektion makroskopisch erhobenen Befunde und die bis dahin bekannt gemachte Vorgeschichte. Weiterführende histologisch-feingewebliche, postmortal-biochemische, mikrobiologische bzw. chemisch-toxikologische Untersuchungen sind zu diesem Zeitpunkt noch nicht durchgeführt. Eine Interpretation der Obduktionsbefunde erfolgt zu diesem Zeitpunkt häufig sehr zurückhaltend und unter dem Vorbehalt einer abschließenden rechtsmedizinischen Stellungnahme nach Kenntnis der genauen Vorgeschichte unter Heranziehung insbesondere der Krankenunterlagen des Verstorbenen und der Ergebnisse von Zusatzuntersuchungen.

In 2863 (64,4%) der registrierten 4450 Behandlungsfehlervorwürfe stützte sich die Erfassung des Sachverhaltes im Rahmen dieser Studie ausschließlich auf die mitgeteilte Vorgeschichte, die ausführlichen Sektionsprotokolle und die anschließenden vorläufigen Obduktionsgutachten der Obduzentinnen bzw. Obduzenten.

In 2056 dieser 2863 Fälle konnte am Ende der Obduktion allein aufgrund der Sektionsbefunde und im Hinblick auf die zur Kenntnis gebrachte Vorgeschichte bereits eine definitive bzw. abschließende Aussage zur Plausibilität eines Behandlungsfehlervorwurfes getroffen werden. Diese unmittelbar im Anschluss an die Obduktion als Obduktionsergebnis fixierten Aussagen wurden in die erstellten Rubriken des standardisierten Daten-Erhebungsbogens wie folgt übernommen:

- „Behandlungsfehler verneint“
- „Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Todeseintritt verneint oder fraglich“  
und
- „Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Todeintritt bejaht“

46,2 % aller erfassten 4450 Fälle von Behandlungsfehlervorwürfen konnten auf diesem Wege unmittelbar nach Abschluss der Sektion rechtsmedizinisch geklärt werden. Die abschließende Beurteilung der Sachverständigen dürfte bei Verneinung eines Behandlungsfehlers als verfahrensentscheidende Stellungnahme regelmäßig zur Einstellung des Verfahrens durch die ermittelnde Staatsanwaltschaft geführt haben.

Von den 2863 Fällen, in denen zur Auswertung allein die vorläufigen Obduktionsgutachten zur Verfügung standen, wurden in weiteren 637 Fällen – soweit aus rechtsmedizinischer Sicht im Einzelfall sinnvoll und erforderlich - weiterführende Untersuchungen (z.B. histologisch-mikroskopische Untersuchungen, chemisch-toxikologische Analysen etc.) angeraten, ebenso

wurde im Einzelfall teils unmittelbar nach der Obduktion, teils nach weiteren Untersuchungen, die Heranziehung eines klinischen Gutachters empfohlen. In 170 Fällen konnte den vorläufigen Obduktionsgutachten keine abschließende Stellungnahme und/oder Empfehlung entnommen werden. In welchem Umfang die Ermittlungsbehörden, soweit eine Empfehlung seitens der rechtsmedizinischen Sachverständigen ausgesprochen wurde, dieser Empfehlung auch gefolgt sind, konnte den ausgewerteten Unterlagen nicht entnommen werden. Die Ermittlungsbehörden (Staatsanwaltschaft) treffen Entscheidungen zur Notwendigkeit eines ausführlichen (rechtsmedizinischen oder klinischen) Behandlungsfehlergutachtens nicht nur unter dem Aspekt der Klärung der Todesursache, sondern auch im Rahmen eines gegebenen recht weiten juristischen Ermessens zu der Frage, wie die Beweisführung im Einzelfall erfolgen soll, um zu einer Entscheidung über das zukünftige Procedere zu kommen: Einstellung des Verfahren, Strafbefehlsverfahren, Fortführung bis zur Hauptverhandlung (GÜNTER 1978, MAIWALD 1978, BOLL & BÄR 2000). Entscheidend für die Aufnahme der Ermittlungen ist, ob „zureichende tatsächliche Anhaltspunkte“ für eine Straftat vorliegen (§ 152 Abs. 2 StPO).

### **7.1.2 Ausführliche Zusammenhangsgutachten (Kausalitätsgutachten)**

Neben den 2863 Fällen, in denen lediglich die vorläufigen Obduktionsgutachten zur Auswertung zur Verfügung standen, wurden ausführliche rechtsmedizinische Zusammenhangsgutachten bzw. Kausalitätsgutachten erstellt. Dabei handelt es sich um Gutachten, die unter Heranziehung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakte, der makroskopischen Obduktionsergebnisse und Befunden aus verschiedensten weiterführenden Untersuchungen erstellt wurden. Zu den weiterführenden Untersuchungen gehören z. B. histologische (feingeweblich-mikroskopische), chemisch-toxikologische, postmortal-biochemische und mikrobiologische Untersuchungen. Mit den Ermittlungsakten wurden regelmäßig die für die Begutachtung eines Behandlungsfehlerwurfes unverzichtbaren Krankenunterlagen zur Verfügung gestellt.

In 1587 (35,6%) von 4450 Fällen eines Behandlungsfehlerwurfes mit letalem Verlauf wurden „Ausführliche rechtsmedizinische Kausalitätsgutachten“ zur Beurteilung des Sachverhaltes bzw. des Behandlungsfehlerwurfes und der Kausalität des Todeseintritts verfasst. Auch nach diesen ausführlichen rechtsmedizinischen Gutachten konnte jedoch der Sachverhalt in Einzelfällen noch nicht als hinreichend geklärt angesehen werden. In 60 dieser 1587 Fälle wurden daher nach einem ausführlichen rechtsmedizinischen Gutachten noch weitere Ermittlungen oder Untersuchungen zur Klärung des Sachverhaltes empfohlen.

In 233 dieser 1587 Fälle empfahl das rechtsmedizinische Gutachten die Heranziehung eines speziellen klinischen Gutachters. Ganz überwiegend wurden von rechtsmedizinischer Seite die erforderlichen Untersuchungen im Vorfeld durchgeführt, die Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert sowie den Ermittlungsbehörden beratend mitgeteilt, welche speziellen medizinischen Fragen seitens des klinischen Gutachters mit Hilfe besonderer fachlicher Kompetenz im Hinblick auf den Behandlungsfehlerwurf und dessen potentielle Kausalität für den Todeseintritt beantwortet werden sollten. Teilweise wurde seitens des rechtsmedizinischen Gutachters ein namentlich benannter klinischer Fachgutachter für eine spezielle Fragestellung empfohlen. Im Übrigen erfolgte die Gutachterausswahl durch die Staatsanwaltschaft (vgl. Nr. 70 der „Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV)“).

### **7.1.3 Interdisziplinäre Begutachtung (Gemeinschaftsgutachten mit klinischen Gutachtern)**

Neben der alleinigen Erstellung eines „Abschließenden rechtsmedizinischen Gutachtens“ und eines alleinigen „Abschließenden klinischen Gutachtens“ zur Klärung des Behandlungsfehlerwurfes erschien es den zuständigen Rechtsmedizinern in 117 der erfassten

Fälle sinnvoll, bereits das im Nachgang zur Obduktion in Auftrag gegebene Kausalitätsgutachten als gemeinsames Gutachten mit einem klinischen Spezialisten zu erstellen (Gemeinschaftsgutachten).

In 436 Fällen wurde erst nach weiteren Untersuchungen und Erstellung eines ausführlichen rechtsmedizinischen Gutachtens ein klinischer Gutachter zur Klärung spezieller Fragen empfohlen.

Soweit in Einzelfällen bereits vor der rechtsmedizinischen Begutachtung klinische Gutachten erstellt wurden, erfolgte deren Integration in die abschließenden ausführlichen rechtsmedizinischen Kausalitätsgutachten. Dies betraf primär neuropathologische, pathologisch-anatomische und radiologische Gutachten.

## 7.2 Bejahte Behandlungsfehler

Rechtsmedizinische Behandlungsfehlergutachten werden im Kontext von Todesfällen nach objektiver Abklärung von Grundleiden und Todesursache nahezu ausschließlich im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungsverfahren erstellt. Das heißt, es muss mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit rechtsmedizinisch-gutachterlich belegt werden können, dass

1. ein Behandlungsfehler vorliegt und
2. dieser Behandlungsfehler ursächlich für den Tod gewesen ist.

Aufgrund dieser juristischen Vorgaben wurde bei der Analyse der Daten in den rechtsmedizinischen und / oder klinischen Behandlungsfehlergutachten eine auch für die Gutachtenerstattung erforderliche Differenzierung vorgenommen:

1. Behandlungsfehler verneint,
2. Behandlungsfehler bejaht, aber ohne Kausalität für den Tod und
3. Behandlungsfehler bejaht, mit kausaler Bedeutung für Tod
4. Behandlungsfehlerproblematik nicht zu klären

Diese Differenzierung ist bedeutsam, da bei einem bejahten Behandlungsfehler, der aber ohne (beweisbare) ursächliche Bedeutung für den Todeseintritt geblieben ist, der Straftatbestand der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) bereits aus diesem Grunde nicht mehr belegt werden kann und ermittlungseitig unter Umständen die Tatbestände der Körperverletzungsdelikte (§§ 223 ff. StGB) zu prüfen bleiben.

Insgesamt wurde in 446 Fällen (siehe **Tabelle 16**) ein ärztlicher und/oder pflegerischer Behandlungsfehler in den rechtsmedizinischen Gutachten bzw. nach Heranziehung auch klinischer Fachgutachten bejaht. Das sind 10 % der erfassten Fälle.

**Tabelle 16: Betroffene Berufsgruppen und die Zahl der bejahten Behandlungsfehler in diesen Gruppen ohne Berücksichtigung der Kausalität des bejahten Behandlungsfehlers für den Tod**

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Behandlungsfehlervorwürfe je Berufsgruppe</b>	<b>Behandlungsfehler ohne Berücksichtigung der Kausalität</b>	<b>%-Anteil bejahter Fehler an den Behandlungsfehlervorwürfen je Berufsgruppe (%)</b>
Krankenhausärzte	2809	220	7,8
Niedergelassene Ärzte	877	129	14,7
Pflegepersonal	172	35	20,3
Notdienstarzt	253	30	11,9
Notarzt	108	10	9,3
Mehrere Ärzte	50	6	12,0
Rettungssanitäter/-assistenten	23	5	21,7
Belegärzte	14	3	21,4
Heilpraktiker	12	3	25,0
Arzt im Praktikum	6	2	33,3
Nicht zu klären	58	1	1,7
Einen Arzt	57	1	1,8
Sonstige	8	1	12,5
PJ-Studenten	1	0	0
Apotheker	2	0	0
Gesamt	4450	446	

Bei Betrachtung der absoluten Zahlen zeigt sich, dass bei den bejahten Behandlungsfehlervorwürfen die Krankenhausärzte am häufigsten betroffen sind, dicht gefolgt von den niedergelassenen Ärzten. Erst mit der Bejahung eines Behandlungsfehlers entsteht die Notwendigkeit der Prüfung eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem konkretisierten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes.



Die Entscheidung über das Vorliegen eines (letalen) Behandlungsfehlers kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Begutachtungsverfahrens getroffen werden. Dabei sind die medizinischen bzw. autopsyischen Befunde entscheidend dafür, ob schon im unmittelbaren Anschluss an eine Obduktion, erst nach erforderlichen Zusatzuntersuchungen und im Rahmen eines ausführlicheren Zusammenhangsgutachtens oder später nach Einholung eines klinischen Zusatzgutachtens eine abschließende Aussage zur Frage eines letalen Behandlungsfehlers getroffen werden kann. Wie **Tabelle 17** zeigt, ließen sich die entsprechenden Daten den eingesehenen Unterlagen nicht vollständig entnehmen. Insbesondere, wenn die weitere Begutachtung an klinische Gutachter übergegangen war, konnte die abschließende Klärung des Behandlungsfehlervorwurfes im Regelfall nicht mehr herangezogen werden. **Tabelle 17** stellt dar, das ein erheblicher Teil der Behandlungsfehlervorwürfe bereits unmittelbar im Anschluss an die Obduktion geklärt werden konnte, in einem ebenfalls erheblichen Teil der Fälle konnte durch ein ausführliches rechtsmedizinisches Zusammenhangsgutachten eine Klärung herbeigeführt werden. In 436 von 4450 Fällen (9,79%) wurde ein klinisches Gutachten empfohlen.

**Tabelle 17: Klärung des Behandlungsfehlervorwurfes in Abhängigkeit vom Stadium der Behandlungsfehlerbegutachtung – alleiniges Obduktionsgutachten, Zusammenhangsgutachten nach Zusatzuntersuchungen, klinisches Gutachten**

	<b>Obduk- tion</b>	<b>Beh.-Fehler verneint</b>	<b>Beh. Fehler möglich</b>	<b>Nicht entschieden</b>	<b>Beh.-Fehler bejaht</b>
<b>Gesamt</b>	<b>4450</b>	<b>2873</b>	<b>930</b>	<b>201</b>	<b>446</b>
<b>Davon primär rechtsmedizinische Sektion</b>	<b>4316</b>	<b>2808</b>	<b>887</b>	<b>192</b>	<b>429</b>
<b>Davon primär Sektion in Pathologie</b>	<b>102</b>	<b>50</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
<b>Davon Sektion nach Exhumierung</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>Davon abschließende Stellungnahme</b>					
<b>- unmittelbar nach Obduktion</b>	<b>2863</b>	<b>1971</b>	<b>637</b>	<b>170</b>	<b>85</b>
<b>- nach ausführlichem rechtsmedizinischem Zusammenhangs- gutachten</b>	<b>1587</b>	<b>902</b>	<b>293</b>	<b>31</b>	<b>361</b>
<b>Rechtsmedizinisch empfohlenes klinisches Gutachten</b>	<b>436</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>
<b>Davon unmittelbar nach Obduktion empfohlen</b>	<b>203</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>



Belegarzt	14	5 (35,7 %)	5 (35,7 %)	1 (7,2 %)	3 (21,4 %)	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)
Heil- praktiker	12	7 (58,3 %)	2 (16,7 %)	0	3 (25,0 %)	2 (16,6 %)	1 (8,3 %)
Sonstige	8	3 (37,5 %)	4 (50,0 %)	0	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)	0
AiP	6	1 (16,6 %)	3 (50,0 %)	0	2 (33,4 %)	0	2 (33,3 %)
Apotheker	2	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0	0	0	0
PJ-Student	1	0	0	1 (100,0 %)	0	0	0

Soweit nach Abschluss aller erforderlichen Zusatzuntersuchungen im Nachgang zur Obduktion und gegebenenfalls nach Heranziehung eines klinischen Gutachters eine abschließende Entscheidung über die Frage eines Behandlungsfehlers und dessen Kausalität für den Eintritt des Todes nach den eingesehenen Unterlagen getroffen wurde, soll das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung auch bezogen auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete dargestellt werden (Tabelle 19).

**Tabelle 19: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die medizinischen Fachgebiete einschließlich der Klärung der Frage der Kausalität zwischen einem festgestellten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle des jeweiligen Fachgebietes)**

Fach	Anzahl (Gesamt)	Behandlungs- fehler verneint	Behandlungs- fehler möglich	Nicht entscheid- bar	Behandlungs- fehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.- Fehlers bejaht
Chirurgie (insgesamt)	1266	885 (69,9 %)	257 (20,3 %)	38 (3,0 %)	86 (6,8 %)	47 (3,7 %)	39 (3,1 %)
Innere Medizin	698	446 (63,9 %)	144 (20,6 %)	36 (5,2 %)	72 (10,3 %)	37 (5,3 %)	35 (5,0 %)
Unbekannt	534	360 (67,4 %)	102 (19,1 %)	30 (5,6 %)	42 (7,9 %)	29 (5,4 %)	13 (2,4 %)
Hausarzt/ Prakt. Arzt	434	270 (62,2 %)	86 (19,8 %)	14 (3,2 %)	64 (14,8 %)	43 (9,9 %)	21 (4,8 %)
Notdienst- arzt + Belegarzt*	254	179 (70,5 %)	35 (13,8 %)	9 (3,5 %)	31 (12,2 %)	20 (7,9 %)	11 (4,3 %)
Andere Fach- richtungen	195	110 (56,4 %)	32 (16,4 %)	13 (6,7 %)	40 (20,5 %)	21 (10,8 %)	19 (9,7 %)
Anästhesio- logie	157	79 (50,3 %)	55 (35,0 %)	4 (2,6 %)	19 (12,1 %)	9 (5,7 %)	10 (6,4 %)
Orthopädie	127	84 (66,1 %)	28 (22,0 %)	11 (8,7 %)	4 (3,2 %)	1 (0,8 %)	3 (2,4 %)
Notarzt	108	74 (68,5 %)	20 (18,5 %)	4 (3,7 %)	10 (9,3 %)	5 (4,6 %)	5 (4,6 %)
Gynäko- logie	88	52 (59,1 %)	24 (27,3 %)	4 (4,5 %)	8 (9,1 %)	4 (4,5 %)	4 (4,5 %)
Pädiatrie	87	42 (48,3 %)	26 (29,9 %)	6 (6,9 %)	13 (14,9 %)	10 (11,5 %)	3 (3,4 %)

HNO	74	42 (56,8 %)	24 (32,4 %)	3 (4,1 %)	5 (6,7 %)	1 (1,4 %)	4 (5,4 %)
Psychiatrie	68	48 (70,6 %)	9 (13,2 %)	5 (7,4 %)	6 (8,8 %)	0	6 (8,8 %)
Urologie	67	45 (67,1 %)	16 (23,9 %)	4 (6,0 %)	2 (3,0 %)	0	2 (3,0 %)
Geb.-Hilfe	62	25 (40,3 %)	26 (41,9 %)	5 (8,1 %)	6 (9,7 %)	2 (3,2 %)	4 (6,5 %)
Radiologie	50	27 (54,0 %)	15 (30,0 %)	2 (4,0 %)	6 (12,0 %)	4 (8,0 %)	2 (4,0 %)
Neurologie	49	28 (57,1 %)	8 (16,3 %)	5 (10,2 %)	8 (16,4 %)	8 (16,4 %)	0
Notambul.	45	29 (64,5 %)	6 (13,3 %)	2 (4,4 %)	8 (17,8 %)	7 (15,5 %)	1 (2,2 %)
Allgemein- medizin	22	13 (59,1 %)	3 (13,6 %)	1 (4,6 %)	5 (22,7 %)	3 (13,6 %)	2 (9,1 %)
Zahn- medizin	18	11 (61,1 %)	5 (27,8 %)	0	2 (11,1 %)	2 (11,1 %)	0
Naturheil- Verfahren	16	9 (56,3 %)	1 (6,2 %)	0	6 (37,5 %)	4 (25,0 %)	2 (12,5 %)
Augenheil- kunde	10	8 (80,0 %)	1 (10,0 %)	1 (10,0 %)	0	0	0
Strahlen- therapie	9	2 (22,2 %)	3 (33,3 %)	4 (44,5 %)	0	0	0
Derma- tologie	7	4 (57,1 %)	2 (28,6 %)	0	1 (14,3 %)	0	1 (14,3 %)
Chiro- therapie	3	1 (33,3 %)	0	0	2 (66,7 %)	0	2 (66,7 %)
Hygiene	1	0	1 (100,0 %)	0	0	0	0
Tropen- medizin	1	0	1 (100,0 %)	0	0	0	0
Gesamt- zahl	4450	2873 (64,6 %)	930 (20,9 %)	201 (4,5 %)	446 (10,0 %)	257 (5,8 %)	189 (4,2 %)

\* Belegarzt als Bereitschaftsarzt

### 7.2.1 Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Tod bejaht

In 189 Fällen wurde ein Behandlungsfehler und dessen Kausalität für den Tod allein durch das rechtsmedizinische Gutachten ohne externen klinischen Gutachter bejaht (4,2% aller Fälle). In 27 von 189 Fällen konnte diese Aussage bereits im Anschluss an die Sektion allein anhand der makroskopischen Befunde im Obduktionsgutachten getroffen werden. In 162 weiteren Fällen kamen die jeweiligen Gutachter erst nach Durchführung weiterer Untersuchungen und Einsicht in die staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakte sowie in die Krankenunterlagen in einem ausführlichen rechtsmedizinischen Zusammenhangsgutachten zur Bejahung der Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes.

Die Verteilung der Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität für den Tod auf die einzelnen Fachgebiete ist der nachfolgenden **Tabelle 20** zu entnehmen.

**Tabelle 20: Zahl der gutachterlich bejahten Behandlungsfehler (n=189; 4,2 %) mit bejahter Kausalität für den Eintritt des Todes als Folge des festgestellten Behandlungsfehlers je Fachgebiet (in Klammern %-Anteil an der Zahl aller Fälle im jeweiligen Fachgebiet)**

Fachgebiet	Zahl bejahter letaler Behandlungsfehler (absolut; %)	Alle Fälle
Innere Medizin	35 (5,0 %)	698
Hausarzt/praktischer Arzt	21 (4,8 %)	434
Andere Fachrichtungen	19 (9,7 %)	195
Unfallchirurgie	15 (3,3 %)	456
Allgemeinchirurgie	19 (3,6 %)	522
Unbekannt	13 (2,4 %)	534
Notdienststarzteinsatz	11 (4,3 %)	254
Anästhesiologie	10 (6,4 %)	157
Psychiatrie	6 (8,8 %)	68
Notarzteinsatz	5 (4,6 %)	108
Geburtshilfe	4 (6,5 %)	62
Gynäkologie	4 (4,6 %)	88
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4 (5,4 %)	74
Orthopädie	3 (2,4 %)	127
Pädiatrie	3 (3,5 %)	87
Allgemeinmedizin	2 (9,1 %)	22
Gefäßchirurgie	2 (2,3 %)	88
Herzchirurgie	2 (2,9 %)	69
Manuelle Medizin/Chirotherapie	2 (66,7 %)	3
Naturheilverfahren	2 (12,5 %)	16
Radiologie	2 (4,0 %)	50

Urologie	2 (3,0 %)	67
Dermatologie	1 (14,3 %)	7
Neurochirurgie	1 (0,9 %)	106
Notaufnahme	1 (2,2 %)	45
Kosmetische Chirurgie	0	5
Neurologie	0	49
Tropenmedizin	0	1
Augenheilkunde	0	10
Zahnmedizin	0	18
Kinderchirurgie	0	11
Strahlentherapie	0	9
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	0	9
Hygiene	0	1
Summe	189 (4,2%)	4450 (100%)

Bei der Aufschlüsselung der bejahten Behandlungsfehler mit kausaler Bedeutung für den Tod ist das Fach „Innere Medizin“ deutlich führend. Im Vordergrund standen dabei invasive Maßnahmen innerhalb des Faches „Innere Medizin“. In der Mehrzahl der Fälle (123x) von bejahtem Behandlungsfehler mit gegebener Kausalität für den Tod waren jedoch konservative Behandlungsmaßnahmen von Bedeutung. **Tabelle 21** kann die Zahl bejahter letaler Behandlungsfehler bei ausgewählten Berufsgruppen entnommen werden.

**Tabelle 21: Berufsgruppen und die Anzahl der bejahten Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität für den Tod (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Berufsgruppe)**

Berufsbezeichnung	Zahl bejahter letaler Behandlungsfehler (absolut; %)	Gesamtfallzahl der jeweiligen Berufsgruppe
Krankenhausärzte	98 (3,5 )	2809
Niedergelassene Ärzte	46 (5,2 %)	877
Notdienstärzte	12 (4,7 %)	253
Pflegepersonal	16 (9,3 %)	172

Notarzt	5 (4,6 %)	108
Rettungssanitäter/-assistenten	4 (17,4 %)	23
Arzt im Praktikum	2 (33,3 %)	6
Mehrere Ärzte	2 (4,0 %)	50
Belegärzte	1 (7,1 %)	14
Einen Arzt	1 (1,8 %)	57
Heilpraktiker	1 (8,3 %)	12
Nicht zu klären	1 (1,7 %)	58
Sonstige	0	8
Apotheker	0	2
PJ-Studenten	0	1
Summe	189 (4,2%)	4450

Betrachtet man die bejahten Behandlungsfehler mit letalem Verlauf differenzierter, so ergibt sich folgendes Bild: 57x wurde ein Behandlungsfehler mit Kausalität für den Tod des Patienten im Rahmen von operativen Therapiemaßnahmen festgestellt. In 6 Fällen betraf der Vorwurf die Anästhesiologie und Intensivmedizin, in 3 Fällen Naturheilverfahren/Alternative Medizin. In 39 von 189 Fällen eines bejahten Behandlungsfehler mit kausaler Bedeutung für den Tod handelte es sich um Komplikationen bei Operationen (intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben, Exitus in tabula, Zwischenfälle bei endoskopischen Eingriffen, postoperative Komplikationen). 104 Fälle von bejahten Behandlungsfehler mit kausaler Bedeutung für Tod betrafen das Unterlassen von nach medizinischem Standard gebotenen Maßnahmen.

## 7.2.2 Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Tod nicht bejaht

In 257 Fällen war das Ergebnis der Begutachtung, dass ein Behandlungsfehler zwar vorliegt, dass dieser aber keine mit der für ein Strafverfahren erforderlichen Sicherheit nachweisbare kausale Bedeutung für den Todeseintritt hatte. Die Verteilung dieser Fälle auf die einzelnen medizinischen Fachdisziplinen ist der nachfolgenden **Tabelle 22** zu entnehmen.

**Tabelle 22: Zahl der gutachterlich bejahten Behandlungsfehler mit verneinter Kausalität für den Eintritt des Todes als Folge des festgestellten Behandlungsfehlers je Fachgebiet (in Klammer %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle des Fachgebietes)**

Fachgebiet	Bejahte Behandlungsfehler ohne nachweisbare Kausalität für den Tod (absolut; %)	Gesamtzahl der Fälle im jeweiligen Fachgebiet
Hausarzt/praktischer Arzt	43 (9,9 %)	434

Innere Medizin	35 (5,0 %)	698
Unbekannt	29 (5,4 %)	534
Allgemeinchirurgie	22 (4,2 %)	522
Andere Fachrichtungen	21 (10,7 %)	195
Notdienstarztzeinsatz	20 (7,9 %)	254
Unfallchirurgie	18 (3,9 %)	456
Pädiatrie	10 (11,5 %)	87
Anästhesiologie	9 (5,7 %)	157
Neurologie	8 (16,3 %)	49
Notaufnahme	7 (15,6 %)	45
Notarztzeinsatz	5 (4,6 %)	108
Gynäkologie	4 (4,5 %)	88
Naturheilverfahren	4 (25,0 %)	16
Radiologie	4 (8,0 %)	50
Allgemeinmedizin	3 (13,6 %)	22
Gefäßchirurgie	3 (3,4 %)	88
Herzchirurgie	3 (4,3 %)	69
Geburtshilfe	2 (3,2 %)	62
Zahnmedizin	2 (11,1 %)	18
Chirotherapie	2 (66,6 %)	3
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1 (1,4 %)	74
Kinderchirurgie	1 (9,1 %)	11
Orthopädie	1 (0,8 %)	127
Kosmetische Chirurgie	0	5
Psychiatrie	0	68



Urologie	0	67
Dermatologie	0	7
Neurochirurgie	0	106
Tropenmedizin	0	1
Augenheilkunde	0	10
Strahlentherapie	0	9
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	0	9
Hygiene	0	1
Summe	257	4450

Bei den medizinischen Fachgebieten waren, wie **Tabelle 22** zeigt, am häufigsten die Hausärzte/praktischen Ärzte betroffen. Hausärztlich tätige Internisten finden sich dem Gebiet Innere Medizin zugeordnet. **Tabelle 23** kann die Verteilung der bejahten Behandlungsfehler ohne zweifelsfrei nachweisbare bzw. verneinte Kausalität für den Todeseintritt bezogen auf die medizinischen Berufsgruppen entnommen werden.

**Tabelle 23: Berufsgruppen und die Anzahl der bejahten Behandlungsfehler mit verneinter Kausalität für den Tod in den einzelnen Gruppen (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Berufsgruppe)**

Berufsgruppen	Bejahte Behandlungsfehler ohne nachweisbare Kausalität für den Tod (absolut; %)	Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Berufsgruppe
Krankenhausärzte	124 (4,4 %)	2809
Niedergelassene Ärzte	84 (9,6 %)	877
Notdienstärzte	19 (7,5 %)	253
Pflegepersonal	19 (11,0 %)	172
Notarzt	5 (4,6 %)	108
Belegärzte	2 (14,3 %)	14
Heilpraktiker	2 (16,7 %)	12

Sonstige	2 (25,0 %)	8
Nicht zu klären	0	58
Einen Arzt	0	57
Mehrere Ärzte	0	50
Rettungssanitäter/ -assistenten	0	23
AiP	0	6
PJ-Studenten	0	1
Apotheker	0	2
Summe	257 (5,8 %)	4450

Bei näherer Betrachtung ergab sich, dass auch bei den bejahten Behandlungsfehlern ohne kausale Bedeutung für den Tod konservative Therapiemaßnahmen im Vordergrund standen (201 von 257 Fällen). Unter anderem betraf in 46 Fällen ein festgestellter Behandlungsfehler ohne nachweisbare ursächliche Bedeutung für den Tod die operative Medizin, 5 mal die Intensivmedizin und 4 mal Naturheilverfahren/Alternative Medizin.

### 7.3 Verneinte Behandlungsfehler

In 2873 der erfassten 4450 Fälle (64,6 %) wurde ein Behandlungsfehler verneint. 1971 dieser Behandlungsfehlervorwürfe waren aus rechtsmedizinischer Sicht bereits durch die makroskopischen Obduktionsbefunde zu klären, d.h. im Obduktionsgutachten konnte bereits endgültig Stellung zu den Behandlungsfehlervorwürfen genommen werden.

Bei 902 Fällen war die Verneinung eines Behandlungsfehlers erst nach einem ausführlichen Zusammenhangsgutachten mit Einsicht in die Krankenunterlagen und nach Durchführung weiterer Untersuchungen (konventionell-histologische und immunhistochemische Untersuchungen, chemisch-toxikologische Untersuchungen, postmortal-biochemische Untersuchungen etc.) möglich.

### 7.4 Behandlungsfehler gutachterlich möglich

In einem weiteren Teil der Fälle konnte allein nach der rechtsmedizinischen Obduktion keine eindeutige Stellungnahme zum gegebenen Behandlungsfehlervorwurf getroffen werden. Erforderlich waren dann entweder weitere polizeiliche Ermittlungen, medizinische Zusatzuntersuchungen, die Heranziehung der Krankenunterlagen oder ein klinisches Zusatzgutachten.

#### 7.4.1 Klärung der Vorwürfe durch weitere Ermittlungen und/oder Zusatzuntersuchungen empfohlen

Weitere Ermittlungen bzw. Zusatzuntersuchungen wurden empfohlen, wenn ohne genauere Kenntnis des Sachverhaltes (z.B. genaue Dauer eines stationären Aufenthaltes, vorangegangene

diagnostische Untersuchungen, Art der ärztlichen Anordnungen bzw. Eingriffe etc.) eine Aussage zu der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, nicht möglich war. Auch Fälle in denen nach der Obduktion für eine weitergehende gutachterliche Stellungnahme die Einsicht in die Krankenunterlagen erforderlich war, wurden in dieser Rubrik erfasst. Insgesamt war die Empfehlung zu weiteren Ermittlungen und/oder Zusatzuntersuchungen in 494 Fällen nach Abschluss der Obduktion erfolgt, wobei in Einzelfällen die für erforderlich gehaltenen Zusatzuntersuchungen bzw. die einzusehenden Krankenunterlagen konkret benannt werden konnten, um weitere zielgerichtete Maßnahmen und eine zügige abschließende Begutachtung zu ermöglichen.

Häufig konnte der weitere Verlauf des Verfahrens anhand der vorliegenden und eingesehenen Akten nicht bis zum endgültigen Abschluss des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens verfolgt werden. Quantitativ repräsentative Aussagen zum Ausgang der Ermittlungsverfahren wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes sind daher nicht möglich, dazu wäre in jedem Einzelfall die Heranziehung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakte, unter Umständen auch einer Gerichtsakte erforderlich gewesen. Entsprechende Untersuchungen liegen kaum vor, einzelne Studien ergaben für arztstrafrechtliche Ermittlungsverfahren insgesamt eine Verfahrenserledigung im Wege der Einstellung des Verfahrens gemäß § 170 Abs.2 StPO in mehr als 90% der Fälle (ORBEN 2003).

Es ist daher auch hier davon auszugehen, dass ein großer Teil der Verfahren von den Ermittlungsbehörden nicht weiter verfolgt wurde, ohne dass die Einstellung des Verfahrens dem jeweiligen rechtsmedizinischen Institut bzw. Gutachter zur Kenntnis gelangte. In einer Reihe von Fällen wurde aber von den zuständigen Staatsanwaltschaften – auch auf ausdrückliches Anraten im Obduktionsgutachten bzw. vorläufigen rechtsmedizinischen Gutachten – im Nachgang zur Obduktion ein entsprechender klinischer Gutachter beauftragt. Dabei konnten im vorläufigen rechtsmedizinischen Gutachten bereits die aus medizinischer Sicht relevanten Fragen aufgezeigt und der klinische Gutachter auf diesem Wege gezielt mit der Beantwortung der strafrechtlich relevanten medizinischen Fragen beauftragt werden. Auch auf noch bestehende Lücken in den erforderlichen Unterlagen, etwa auf noch fehlende Röntgenbilder, EKG- oder CTG-Befunde konnte bereits durch den rechtsmedizinischen Gutachter im Vorfeld hingewiesen werden, so dass die Heranziehung dieser Krankenunterlagen für die klinische Begutachtung ohne Zeitverzögerung erfolgen konnte. Für die strafrechtliche Behandlungsfehlerbegutachtung bei letalen Behandlungsfehlervorwürfen kommt insofern der rechtsmedizinischen Tätigkeit (Obduktion, vorläufiges rechtsmedizinisches Gutachten, abschließendes rechtsmedizinisches Gutachten mit Empfehlung eines klinischen Gutachters) eine entscheidende Filterfunktion zu, weil eindeutige Fälle bereits allein durch den rechtsmedizinischen Gutachter abschließend bearbeitet werden konnten, während Behandlungsfehlervorwürfe, für deren Klärung klinische Spezialkenntnisse erforderlich sind, selektiert und weitergeleitet wurden.

#### **7.4.2 Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung durch empfohlenes klinisches Gutachten**

In 436 Fällen wurde nach der Obduktion oder auch nach einem ausführlichen rechtsmedizinischen Gutachten inklusive konventionell-histologischer, immunhistochemischer, postmortal-biochemischer und/oder chemisch-toxikologischer Untersuchungen die Beauftragung eines klinischen Gutachters empfohlen. Dabei unterliegt es im Wesentlichen der Selbsteinschätzung des rechtsmedizinischen Gutachters, ob dieser bei limitierter eigener Kompetenz für klinische Spezialfragen die Heranziehung eines klinischen Gutachters empfiehlt oder die staatsanwaltschaftlich bzw. gerichtlich gestellten Fragen kraft eigener fachlicher Kompetenz beantwortet (vgl. JANSSEN & PÜSCHEL 1998).

## 7.5 Gutachten bleibt vorbehalten/Keine Stellungnahme zu Vorwürfen

In 105 Fällen wurde nach Abschluss der Obduktion keine Stellung genommen zu dem vorgetragenen Behandlungsfehlervorwurf. In derartigen Fällen standen zur Auswertung im Rahmen dieser Studie lediglich das Sektionsprotokoll und das vorläufige Obduktionsgutachten zur Verfügung.

Dass im Obduktionsgutachten keine Stellung zu den Behandlungsfehlervorwürfen genommen wurde, kann einerseits daran liegen, dass die erhobenen Vorwürfe inhaltlich aus medizinischer Sicht keineswegs nachvollziehbar waren und schon allein durch die bei der Sektion erhobenen todesursächlichen Befunde äußerst fragwürdig wurden. Andererseits findet sich in einem anderen großen Teil der besagten Fälle im Obduktionsgutachten keine Stellungnahme zu den Vorwürfen, aber der Verweis, dass ein abschließendes Gutachten vorbehalten bleibt. In derartigen Fällen oblag es der Staatsanwaltschaft als Auftraggeberin der Obduktion, weitere Entscheidungen zu treffen. Ganz überwiegend dürften nach rechtsmedizinischer Erfahrung weiterführende Untersuchungen bzw. ein abschließendes Behandlungsfehlergutachten in diesen Fällen nicht in Auftrag gegeben worden sein.

## 7.6 Begutachtungsergebnisse und Anlass des Verfahrens

Betrachtet man das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf den Anlass des Ermittlungsverfahrens, so fällt bei einer durchschnittlichen Bejahung eines Behandlungsfehlers von 10% ein überdurchschnittlich hoher Anteil bejahter Behandlungsfehler in den Fällen auf, in denen ein mit- oder nachbehandelnder Arzt die Information der Ermittlungsbehörden herbeigeführt hat (14,0%). Überdurchschnittlich häufig wurde ein Behandlungsfehler mit 15,8% auch dann bejaht, wenn sowohl der Leichenschauarzt über die Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als auch die Hinterbliebenen das Ermittlungsverfahren veranlasst hatten. Die übrigen Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung, bezogen auf den Anlass des Ermittlungsverfahrens, sind in **Tabelle 24** angegeben.

**Tabelle 24: Anlass des Verfahrens und Ergebnis der Begutachtung, in Klammern der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Rubrik**

Anlass des Verfahrens	Gesamtanzahl	Beh.-fehler verneint	Beh.-fehler möglich	Nicht entscheidbar	Beh.-fehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers bejaht
Arzt - Todesart in Todesbescheinigung "ungeklärt" bzw. "nicht-natürlich"	1715	1153 (67,2 %)	331 (19,3 %)	80 (4,7 %)	151 (8,8 %)	71 (4,1 %)	80 (4,7 %)
Anlass aus den Akten nicht ersichtlich	1303	884 (67,8 %)	251 (19,3 %)	44 (3,4 %)	124 (9,5 %)	82 (6,3 %)	42 (3,2 %)
Angehörige - Vorwürfe/ Strafanzeige	831	496 (59,7 %)	204 (24,6 %)	41 (4,9 %)	90 (10,8 %)	55 (6,6 %)	35 (4,2 %)
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	271	149 (55,0 %)	71 (26,2 %)	13 (4,8 %)	38 (14,0 %)	23 (8,5 %)	15 (5,3 %)
Strafanzeige durch Angehörigen und Angabe in	190	108	41	11	30	19	11

<b>Todesbescheinigung „nicht-natürlich“ bzw. „ungeklärt“</b>		<b>(56,8 %)</b>	<b>(21,6 %)</b>	<b>(5,8 %)</b>	<b>(15,8 %)</b>	<b>(10,0 %)</b>	<b>(5,8 %)</b>
<b>Kein formelles Ermittlungs- verfahren – nur Todesermittlungs- verfahren</b>	<b>73</b>	<b>51 (69,9 %)</b>	<b>11 (15,0 %)</b>	<b>8 (11,0 %)</b>	<b>3 (4,1 %)</b>	<b>1 (1,4 %)</b>	<b>2 (2,7 %)</b>
<b>Arzt - Selbstanzeige</b>	<b>21</b>	<b>9 (42,9 %)</b>	<b>4 (19,0 %)</b>	<b>2 (9,5 %)</b>	<b>6 (28,6 %)</b>	<b>3 (14,3 %)</b>	<b>3 (14,3 %)</b>
<b>Patient - Anzeige</b>	<b>18</b>	<b>5 (27,8 %)</b>	<b>8 (44,4 %)</b>	<b>2 (11,1 %)</b>	<b>3 (16,7 %)</b>	<b>3 (16,6 %)</b>	<b>0</b>
<b>Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter</b>	<b>10</b>	<b>6 (60,0 %)</b>	<b>4 (40,0 %)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Anonyme Strafanzeige</b>	<b>9</b>	<b>6 (66,7 %)</b>	<b>2 (22,2 %)</b>	<b>0</b>	<b>1 (11,1 %)</b>	<b>0</b>	<b>1 (11,1 %)</b>
<b>Sonstiges</b>	<b>9</b>	<b>6 (66,7 %)</b>	<b>3 (33,3 %)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Neben der Analyse der verschiedenen Veranlasser eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes und der Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen und die zahlreichen medizinischen Fachgebiete, soll – soweit vertretbar – auch eine Differenzierung verschiedener Behandlungsfehlervorwürfe bzw. Behandlungsfehlerarten nach dem inhaltlichen Schwerpunkt des geäußerten Vorwurfes vorgenommen werden.

## 8. Differenzierung von Behandlungsfehlerarten

Versuche der Kategorisierung von Behandlungsfehlertypen sehen sich mit der Tatsache konfrontiert, dass sich ein immens weites Spektrum von Fehlermöglichkeiten nicht zwanglos klassifizieren lässt. Die sich aus juristischer Sicht anbietende Differenzierung nach aktivem Tun und Unterlassen reicht nicht aus, um die medizinisch vielfältigen Verstöße gegen ärztliche Sorgfaltspflichten zu erfassen. Es sei betont, dass eine Klassifizierung von substantiell begründeten Behandlungsfehlervorwürfen beispielsweise schlicht falsche Diagnosen nicht erfassen muss. Denn das Arbeiten mit einer Verdachtsdiagnose, die sich dann als nicht zutreffend erweist, ist ärztlicher Alltag und eine (vorübergehend) falsche Diagnose ist keinesfalls ein als Behandlungsfehler zu klassifizierender Diagnosefehler, auch wenn im Einzelfall der Patient bzw. seine Angehörigen diese Ansicht vertreten. Einerseits verdeutlicht dieses Beispiel die Schwierigkeiten bei der Differenzierung von Behandlungsfehlertypen, andererseits ist eine einheitliche Klassifikation auch in der Literatur nicht erkennbar. Hinsichtlich der Klassifikation der ärztlichen Maßnahmen konnte bei der Datenerhebung zunächst differenziert werden nach Behandlungsfehlervorwürfen betreffend konservative Fachgebiete (wie z.B. die Innere Medizin) und betreffend die operativen Fachgebiete. Dennoch gab es Vorwürfe, die eine invasiv-operative Maßnahme in z. B. der Inneren Medizin und konservative Maßnahmen in der Chirurgie betrafen. Die Behandlungsvorwürfe selbst wurden daher, wenn sie z.B. sich auf invasive Maßnahmen in der Inneren Medizin bezogen, der Rubrik „Vorwurf betrifft: operative Medizin bzw. invasiven Maßnahmen“ zugeordnet.

Auf der Grundlage der erhobenen Daten wurde für die vorliegende Studie eine als hinreichend umfassend und adäquat eingestufte Unterteilung gewählt. Neben der Analyse der Fallzahlentwicklung in den einzelnen insbesondere großen medizinischen Fachdisziplinen wurde bei der Art des Behandlungsfehlervorwurfes auch vom inhaltlichen Schwerpunkt des Vorwurfes ausgegangen. Danach konnten folgende Gruppen klassifiziert werden:

1. Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen
2. Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen
3. Falschbehandlung
4. Medikationszwischenfall
5. Pflegefehler
6. Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert.

Der Vorteil dieser Klassifikation ist, dass eine Zuordnung typischer Behandlungsfehler(vorwürfe) zu den 6 Gruppen auch deshalb zwanglos vorgenommen werden kann, weil die gewählten Begriffe immer noch hinreichend beschreibenden Charakter haben. Da sich zum Beispiel die schlichte Verwechslung von Spritzen mit der Folge einer letalen Injektion sowohl als Medikationszwischenfall als auch als Falschbehandlung klassifizieren ließe, konnte im Einzelfall nur eine partiell willkürliche Zuordnung nach Einschätzung des Schwerpunktes der Vorwerfbarkeit eines Fehlers erfolgen. Jeder Einzelfall kann nicht beschrieben werden, jedoch soll auf eine beispielhafte Nennung von Behandlungsfehlern mit letalem Verlauf nicht verzichtet werden. Darüber hinaus ist die Klassifikation jedoch durchaus geeignet, „klassische“ Behandlungsfehlerkonstellationen aufzudecken.

Ausgehend von der oben genannten Klassifikation in 6 Rubriken lassen sich die behaupteten letalen Behandlungsfehler wie folgt umschreiben:

### **Gruppe 1 - Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen:**

- Vorwurf mangelnder Diagnostik (z.B. unterlassenes Röntgen nach Schädel-Hirn-Trauma mit nachfolgendem Tod an einem nicht erkannten subduralen Hämatom bzw. einer Hirnblutung, kein EKG trotz kardialer Symptomatik, deshalb unterblieb die Diagnose eines Herzinfarktes usw. )
- Verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen (z.B. verspätetes Erkennen einer postoperativen Peritonitis – Bauchfellentzündung – nach einer Hysterektomie – Gebärmutterentfernung – mit Verletzung der Darmwand, zu späte Entfernung des Gipses – z.B. bei Kompartment-Syndrom - trotz Beschwerden des Patienten usw.)
- Vorwurf unzureichender Überwachung von Berufsanfängern (z.B. unzureichende Behandlung von Patienten auf Grund eigener Unkenntnis und weil kein Facharzt zur Seite stand; mangelnde Kontrolle von Berufsanfängern bei – vermeintlich – einfachen operativen Eingriffen usw.)
- Sonstiges (verspätete Einweisung in ein Krankenhaus, Überwachung nur auf einer Normalstation statt auf der Intensivstation usw.)

### **Gruppe 2 - Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen**

- Intraoperative Komplikationen (z.B. fehlerhafte Verletzung benachbarter Organe bzw. anatomischer Strukturen) mit späterem Versterben (z.B. Darmperforation bei endoskopischen Eingriffen wie Adhäsiolyse oder Endoskopisch-Retrograder Cholangio-Pankreatikographie - ERCP)
- Exitus in tabula bzw. Mors in tabula (z.B. Versterben auf dem Operationstisch nach einer vermeidbaren Verletzung der Bauchaorta mit akuter Blutung usw.)
- Komplikationen bei endoskopischen Eingriffen (Gastroskopie - Magenspiegelung, Laparoskopie - Bauchspiegelung, z.B. diagnostische Gewebepunktion mit anschließender nicht mehr beherrschbarer Blutung; Koronarangiographie mit Gefäßwandruptur und Blutung oder lokaler Thrombose usw.)
- Postoperative Komplikationen (z.B. chirurgische Nachblutung bei Nahtinsuffizienz, nicht-erkannte Darmwandverletzung mit nachfolgender letaler eitriger Peritonitis - Bauchfellentzündung, letale Osteomyelitis – Knochenmarkentzündung - nach Frakturbehandlung)

### **Gruppe 3 – Falschbehandlung**

- Transfusionszwischenfall (z.B. fehlerhafte Kontrolle der Blutkonserve auf Inkompatibilität und Gabe einer Bluttransfusion mit der falschen Blutgruppe)
- Telefondiagnostik: Diagnostik und Therapieempfehlung allein nach der telefonischen Schilderung von Symptomen (z.B. telefonische Beratung trotz geschilderter schwerster kardialer Beschwerden bei einem Patienten mit bekanntem Herzinfarkttrisiko usw.)
- Sonstige Falschbehandlung (z.B. im Operationsgebiet verbliebene Fremdkörper – Schere, Bauchtuch-, Vorwurf falscher Behandlung trotz zutreffender Diagnose, z.B. konservative Therapie statt operatives Vorgehen)

### **Gruppe 4 - Pflegefehler**

Der Pflegefehlervorwurf wurde teils gegen den zuständigen Arzt bzw. die zuständige Ärztin erhoben, häufig aber auch allein oder zusätzlich gegen die verantwortlichen Pflegepersonen. Häufiger wurden folgende Behandlungsfehler behauptet:

- Lagerungsfehler (z.B. Lagerungsschäden durch falsche Lagerung bei einer Operation)
- mangelnde Thromboseprophylaxe (z.B. unzureichende Heparinisierung)

- unzureichende Dekubitusprophylaxe – mangelnde Pflege mit der Folge der Entstehung von Druckgeschwüren, insbesondere über der Steißregion
- unzureichende Kontrakturprophylaxe – zunehmende Steifigkeit von Gelenken infolge unzureichender krankengymnastischer Versorgung
- sonstiger Pflegefehlervorwurf (z.B. unzureichende bzw. fehlende Flüssigkeitsbilanz, das heißt unzureichende Kontrolle von Einfuhr und Ausfuhr; unterlassene Zerkleinerung der Nahrung bei bekannten Schluckstörungen mit Bolustod bei der Mahlzeit usw.)

### Gruppe 5 - Vorwürfe fehlerhafter Medikation

- Die Vorwürfe der fehlerhaften Medikation umfassten ein unterschiedliches Spektrum: unzulässige Rezeptierung einer Medikamentenkombination (z.B. Flunitrazepam bei gleichzeitiger Methadon-Substitution), falsches Medikament (z.B. Medikamentenverwechslung), falsche Dosierung (Fehler in der Berechnung der Wirkstoffkonzentration, Über- oder Unterdosierung), falsche Applikationsart (z.B. intrathekale statt intravenöse Gabe eines Zytostatikums)

### Gruppe 6 – Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

In zahlreichen Fällen waren die Behandlungsfehlervorwürfe nicht näher konkretisiert und eine sachverständige „Vorprüfung“ des erhobenen Vorwurfes war nicht möglich. Die später an die Anzeigerstatter gerichtete Aufforderung, sie möchten doch bitte den erhobenen Vorwurf inhaltlich wenigstens annähernd konkretisieren, führte jedoch entsprechend rechtsmedizinischer Erfahrung regelmäßig nicht zu Ergebnissen, die eine Klassifikation des Behandlungsfehlervorwurfes im Rahmen dieser Studie zuließen. Im Einzelfall beschränkte sich der Vorwurf der Hinterbliebenen auf die Aussage, ihr Angehöriger sei verstorben, also müsse „etwas schief gelaufen sein“. Im Vordergrund der auch rechtsmedizinischen Aufarbeitung der Obduktionsbefunde steht in solchen Fällen die Beweisführung hinsichtlich Grundleiden und Todesursache, um auf diese Weise durch transparente Aufarbeitung und adäquate Vermittlung der medizinisch relevanten Befunde und Abläufe zur „Beschwichtigung der Gemüter“, mithin zum Rechtsfrieden beitragen zu können.

Die Analyse der untersuchten Behandlungsfehlervorwürfe im Hinblick auf die Art des erhobenen Vorwurfes und deren Klassifikation ergibt die in **Tabelle 25** genannten Zahlen. So wurde allein 2158x der Vorwurf erhoben, es seien nach medizinischen Standard zu fordernde Maßnahmen nicht ergriffen bzw. unterlassen worden (= 48,5%).

**Tabelle 25: Häufigkeit unterschiedlicher Arten von Behandlungsfehlervorwürfen bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle aller teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute – mit Mehrfachnennungen, da auch kombinierte Vorwürfe erhoben wurden.**

Art des Vorwurfes	Häufigkeit (absolut)	%-Anteil an der Gesamtfallzahl (n=4450)
Vorwurf des Unterlassens	2158	48,5 %
Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	1472	33,1 %
Falschbehandlung	766	17,2 %
Medikamentenzwischenfall	557	12,5 %



Pflegefehler	320	7,2 %
Vorwurf nicht näher konkretisiert	153	3,4 %

Die auf die genannten Behandlungsfehlerarten verteilten Behandlungsfehlervorwürfe können differenzierter analysiert werden (Pkt. 9.1 bis 9.6).

## 8.1 Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen

Erfasst wurden 2158 Fälle mit 2605 Vorwürfen, in denen primär behauptet wurde, erforderliche ärztliche Maßnahmen seien entgegen ärztlichem Standard gerade nicht ergriffen bzw. unterlassen worden. Häufig betrafen die Vorwürfe verschiedene Behandlungsweisen und unterschiedliche Phasen der ambulanten wie stationären Krankenbehandlung. In der Auswertung nach dem standardisierten Daten-Erhebungsbogen führte dies dazu, dass Mehrfachnennungen berücksichtigt werden mussten, was **Tabelle 26** verdeutlicht.

**Tabelle 26: Klassifizierung der Vorwürfe des Unterlassens in vier Hauptgruppen mit Mehrfachnennungen.**

Vorwurf mangelnder Diagnostik	Sonstiges	Verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen	Unzureichende Überwachung von Berufsanfängern	Fallzahl
+	-	-	-	868
-	+	-	-	654
+	+	-	-	401
-	-	+	-	193
+	-	+	-	26
-	+	+	-	11
+	+	+	-	3
+	+	-	+	1
+	-	-	+	1
Gesamt 1300	Gesamt 1070	Gesamt 233	Gesamt 2	Gesamt 2158

Die Mehrzahl der Vorwürfe, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden, richtete sich gegen Krankenhausärzte, gefolgt von den niedergelassenen Ärzten, den Notdienstärzten und den Notärzten (**Tabelle 27**).

**Tabelle 27: Anzahl der Vorwürfe es seien medizinisch gebotene Maßnahmen sorgfaltswidrig unterlassen worden – Verteilung auf die einzelnen Berufsgruppen (n=2158)**

Vorwurf des Unterlassens gegen	Fallzahl
Krankenhausärzte	1133
Niedergelassene Ärzte	575
Notdienstarzt	225
Notarzt	80
Mehrere Ärzte	47
Einen Arzt	37

Nicht zu klären	16
Rettungssanitäter/-assistenten	18
Pflegepersonal	9
Sonstige	6
AiP/ÄiP	5
Heilpraktiker	4
Belegarzt	3
PJ-Studenten	0
Apotheker	0
Summe	2158

Die **Tabelle 28** zeigt das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung in den Fällen eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers, in denen der Schwerpunkt des Vorwurfes das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen betraf.

**Tabelle 28: Ergebnisse der Begutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen - mit Mehrfachnennungen**

<b>Ergebnis der Begutachtung der Unterlassens-Vorwürfe (n= 2158)</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	1334
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung durch weitere Ermittlungen/Zusatzuntersuchungen	245
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung durch empfohlenes Fachgutachten	200
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint	187
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	104
Gutachten vorbehalten	48
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	40
Summe	2158

Innerhalb der Behandlungsfehlervorwürfe, deren inhaltlicher Schwerpunkt auf den Vorwurf abzielte, es seien medizinisch notwendige Maßnahmen unterlassen worden, obwohl derartige Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Sorgfalt hätten ergriffen werden müssen, lassen sich einzelne Untergruppen differenzieren: neben dem Vorwurf, gebotene diagnostische Maßnahmen (z.B. Röntgen, Laborwertbestimmungen, Entnahme von Gewebeprobe zur Diagnostik) seien sorgfaltswidrig unterlassen worden (Pkt. 9.1.1), finden sich Vorwürfe, notwendige Maßnahmen im Hinblick auf bekannte Komplikationen nach einem ärztlichen Eingriff seien nicht ergriffen worden (Pkt. 9.1.2). Das umfangreiche Spektrum weiterer Vorwürfe des Unterlassens medizinisch erforderlicher Maßnahmen umfasst beispielsweise den unterlassenen Hausbesuch oder die unterlassene Krankenhauseinweisung (sonstiges Unterlassen; Pkt. 9.1.3). Hinzu kommen Vorwürfe, es sei unterlassen worden, ärztliche Berufsanfänger sorgfältig einzuarbeiten und zu überwachen, diesen sei dann aufgrund eigener fachlicher Inkompetenz ein Behandlungsfehler unterlaufen (Pkt. 9.1.4).

### **8.1.1 Vorwurf des Unterlassens erforderlicher diagnostischer Maßnahmen**

Der Vorwurf mangelhafter ärztlicher Diagnostik wurde 1300x als alleiniger Vorwurf oder kombiniert mit anderen Vorwürfen erhoben. Hier sind alle Behandlungsfehlervorwürfe erfasst, bei denen bemängelt wurde, dass zum Beispiel Röntgenuntersuchungen nach einem Sturz

unterlassen wurden oder mangelhafte Untersuchungen durch im Bereitschaftsdienst zum Hausbesuch gerufene Ärzte vorgenommen wurden. Der Vorwurf der mangelhaften Diagnostik wurde auch dann erhoben, wenn Erkrankungen (z.B. Pneumonie, Herzinfarkt, maligne Erkrankungen) durch die beschuldigten Ärzte infolge angeblich oder tatsächlich unzureichender Diagnostik zu spät erkannt wurden. Auch hier waren, wie **Tabelle 29** zeigt, die Krankenhausärzte vor den niedergelassenen Ärzten und den Notdienstärzten wie den Notärzten betroffen.

**Tabelle 29: Adressaten des Vorwurfs der mangelhaften Diagnostik (n=1300)**

<b>Vorwurf mangelnder Diagnostik gegen</b>	<b>Fallzahl</b>
Krankenhausärzte	621
Niedergelassene Ärzte	417
Notdienstarzt	151
Mehrere Ärzte	38
Notarzt	35
Einen Arzt	21
Nicht zu klären	8
AiP/ÄiP	4
Belegarzt	1
Sonstige	1
Pflegepersonal	1
Heilpraktiker	1
Rettungssanitäter/-assistenten	1
Summe	1300

Das Ergebnis der Begutachtung jener Behandlungsfehlervorwürfe, die eine mangelhafte ärztliche Diagnostik behauptet hatten, ist **Tabelle 30** zu entnehmen. Die gutachterliche Problematik bei der mangelhaften ärztlichen Diagnostik liegt insbesondere in der Beantwortung der Frage, ob denn der Patient mit Sicherheit überlebt hätte, wenn die gebotene Diagnostik zeitgerecht erfolgt wäre. Gerade bei derartigen Fallkonstellationen zeigt sich beispielhaft, dass im Einzelfall nicht zu vermeidende statistische Aussagen dazu führen können, dass eine Einstellung des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens erfolgt, weil sich nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit nachweisen ließ, dass der Patient bei rechtzeitiger und adäquater Diagnostik überlebt hätte. Gleichzeitig kann in einer Reihe derartiger Fälle aber davon ausgegangen werden, dass eine auch statistisch hinreichend sichere Aussage im Behandlungsfehlergutachten von einem Zivilgericht akzeptiert worden wäre, mit der Folge, dass dem Patienten Schadensersatz und ggf. auch Schmerzensgeld zuzusprechen gewesen wäre, auch bei einer Einstellung des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens. Häufig musste gutachterlich beispielsweise konstatiert werden, dass ärztliches Verhalten auch im Einzelfall zwar das Risiko eines letalen Verlaufes erhöht hatte, der strenge Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem ärztlichen Handeln bzw. Unterlassen und dem Eintritt des Todes war jedoch nicht zu führen. Einerseits konnte häufig nicht ausgeschlossen werden, dass autoptisch nachgewiesene konkurrierende Erkrankungen im Einzelfall nicht doch allein todesursächlich waren, andererseits blieb zweifelhaft, ob die bekannte letale Komplikation eines ebenfalls bekannten Grundleidens sich bei rechtzeitiger Diagnostik und Therapie hätte vermeiden bzw. beherrschen lassen.

**Tabelle 30: Ergebnis der Begutachtung bei Behandlungsfehlervorwürfen, die medizinische Diagnostik sei mangelhaft gewesen**

<b>Ergebnis der Begutachtung</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	787
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	148
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	128
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	122
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	64
Gutachten bleibt vorbehalten	31
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	20
Summe	1300

### 8.1.2 Vorwurf der verspäteten Reaktion auf postoperative Komplikationen

Von besonderer gutachterlicher Brisanz sind Behandlungsfehlervorwürfe, die sich beziehen auf das verspätete Erkennen meist bekannter postoperativer Komplikationen. **Tabelle 31** gibt insgesamt 233 Fälle an und deren Verteilung auf verschiedene Arztgruppen. In dieser Gruppe von Behandlungsfehlervorwürfen mit zunächst postoperativem Überleben des Patienten muss insbesondere die klinische Symptomatik und Diagnostik betrachtet werden und ob danach eine frühzeitigere ärztliche Intervention nach medizinischem Standard geboten gewesen war. Auch hier kann die strafrechtlich relevante Frage, ob der Patient bei rechtzeitiger ärztlicher Reaktion mit Sicherheit überlebt hätte, regelmäßig nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit beantwortet worden.

**Tabelle 31: Adressaten des Vorwurfs, es sei verspätet auf postoperative Komplikationen reagiert worden (n=233)**

<b>Vorwurf der verspäteten Reaktion auf postoperative Komplikationen</b>	<b>Fallzahl</b>
Krankenhausärzte	214
Niedergelassene Ärzte	12
Einen Arzt	2
Belegarzt	2
Pflegepersonal	1
Mehrere Ärzte	1
Nicht zu klären	1
Summe	233

In Einzelfällen war jedoch auch mit der strafprozessual erforderlichen Sicherheit die Kausalität zwischen der verspäteten ärztlichen Reaktion und dem Eintritt des Todes zu bejahen (**Tabelle 32**).

**Tabelle 32: Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe, es sei auf postoperative Komplikationen verspätet reagiert worden**

<b>Ergebnis der Begutachtung</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	130
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	40
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	28
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	16
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	15
Gutachten bleibt vorbehalten	3
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	1
Summe	233

### 8.1.3 Sonstiges Unterlassen

In dieser Gruppe finden sich insgesamt 1070 alleinige oder kombinierte Vorwürfe des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen. In diese Rubrik fallen auch alle Fälle, in denen zum Beispiel bemängelt wurde, dass ein Bereitschafts- oder Hausarzt nicht zum Hausbesuch erschienen ist oder eine Einweisung in ein Krankenhaus unterlassen wurde, obwohl eine solche Krankenhauseinweisung nach Ansicht des Anzeigerstatters erforderlich und unter Umständen lebensrettend gewesen wäre. Bei detaillierterer Betrachtung der Vorwürfe des sonstigen Unterlassens kann die in **Tabelle 33** angegebene Differenzierung vorgenommen werden.

**Tabelle 33: Differenzierung der Vorwürfe, es seien sonstige gebotene medizinische Maßnahmen unter Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Sorgfalt unterlassen worden**

<b>Differenzierung der Vorwürfe des sonstigen Unterlassens</b>	<b>Fallzahl</b>
Vorwurf der unterlassenen Krankenhauseinweisung	208
Unzureichende Überwachung des Patienten	115
Zu frühe Entlassung	67
Ungenügende Behandlung	67
Unterlassene Krankenhausaufnahme	61
Nichterscheinen nach Ruf	52
Unterlassene Behandlung	51
Verspätete Krankenhauseinweisung	40
Mangelhafte Pflege	39
Verspätetes Erscheinen nach Ruf	38
Verspätete Operation	26
Unterlassene Operation	23
Mangelhafte Thromboseprophylaxe	22
Verspätete Verlegung	18
Mangelhafte Ernährung	16
Mangelnde Sorgfalt	14
Mangelhafte Aufklärung	12
Unterlassene Verlegung	11
Zu frühe Verlegung	9
Sonstige Einzelfälle	181
Summe	1070

Auch in dieser Rubrik sind als Adressaten die Krankenhausärzte vor den niedergelassenen Ärzten, den Notdienstärzten und den Notärzten zu nennen (**Tabelle 34**).

**Tabelle 34: Adressaten des Vorwurfs, es seien sonstige medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden (n=1070)**

<b>Vorwurf des sonstigen Unterlassens</b>	<b>Fallzahl</b>
Krankenhausärzte	512
Niedergelassene Ärzte	277
Notdienstarzt	131
Notarzt	63
Mehrere Ärzte	25
Einen Arzt	19
Rettungssanitäter/-assistenten	18
Nicht zu klären	9
Pflegepersonal	7
Sonstige	5
Heilpraktiker	3
AiP/ÄiP	1
Summe	1070

Wie in den anderen Gruppen ist das Ergebnis der Begutachtung bei den Vorwürfen sonstigen Unterlassens dargestellt (**Tabelle 35**).

**Tabelle 35: Ergebnis der Begutachtung bei Vorwürfen, es seien sonstige medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden**

<b>Ergebnis der Begutachtung</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	657
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	118
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	112
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	77
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	57
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	28
Gutachten bleibt vorbehalten	21
Summe	1070

#### **8.1.4 Unterlassene Überwachung von Berufsanfängern**

Lediglich bei zwei Behandlungsfehlervorwürfen wurde eine unzureichende Überwachung von Berufsanfängern behauptet. In einem Fall misslang einem Arzt im Praktikum (AIP) während der Narkoseeinleitung die Intubation, die anschließend aber auch einem erfahrenen Anästhesiepfleger und dem anästhesiologischen Chefarzt nicht gelingen wollte. Dennoch wurde der Vorwurf erhoben, der Einsatz des unerfahrenen AIP habe entscheidende Zeit gekostet und zum Tode des Patienten geführt. Auch im zweiten Fall wurde angegeben, der AIP habe aus

Unerfahrenheit eine Infusionsflasche nicht fachgerecht angeschlossen. Nachdem sich der Verschluss gelöst hatte, war der bewusstlose Patient, da ohne Aufsicht, verblutet. In beiden Fällen waren die Ärzte im Praktikum als Krankenhausärzte betroffen, in beiden Fällen wurde im Ergebnis ein Behandlungsfehler verneint.

### 8.1.5 Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen

Die nachfolgende **Tabelle 36** gibt einen Überblick über das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung in jenen 2158 Fällen, in denen der Vorwurf erhoben wurde, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen unter Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Sorgfalt unterlassen worden. Dabei wird deutlich, dass die Quote bejahter Behandlungsfehler hier mit 13,5% etwas überdurchschnittlich ist (Durchschnitt 10%). Der Anteil jener Fälle, in denen ein kausaler Zusammenhang zwischen der unterlassenen, aber medizinisch gebotenen Maßnahme und dem Eintritt des Todes bejaht wurde, ist jedoch mit 4,8% nicht deutlich abweichend erhöht gegenüber der Gesamtquote von 4,2%.

**Tabelle 36: Übersicht der Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen**

Art des Vorwurfs	Gesamtanzahl der Fälle	Beh.-fehler verneint	Beh.-fehler möglich	Nicht entscheidbar	Beh.-fehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers bejaht
<b>Vorwurf des Unterlassens (Gesamt)</b>	<b>2158</b>	<b>1334</b> (61,8 %)	<b>445</b> (20,6 %)	<b>88</b> (4,1 %)	<b>291</b> (13,5 %)	<b>187</b> (8,7 %)	<b>104</b> (4,8%)
<b>Davon (mit Mehrfachnennungen):</b>							
<b>Vorwurf mangelhafter Diagnostik</b>	<b>1300</b>	<b>787</b> (60,5 %)	<b>276</b> (21,2 %)	<b>51</b> (3,9 %)	<b>186</b> (14,3 %)	<b>122</b> (9,4 %)	<b>64</b> (4,9 %)
<b>Vorwurf sonstigen Unterlassens</b>	<b>1070</b>	<b>657</b> (61,4 %)	<b>195</b> (18,2 %)	<b>49</b> (4,6 %)	<b>169</b> (15,8 %)	<b>112</b> (10,5 %)	<b>57</b> (5,3 %)
<b>Vorwurf der verspäteten Reaktion auf postoperative Komplikationen</b>	<b>233</b>	<b>130</b> (55,8 %)	<b>68</b> (29,2 %)	<b>4</b> (1,7 %)	<b>31</b> (13,3 %)	<b>16</b> (6,9 %)	<b>15</b> (6,4 %)
<b>Vorwurf der unzureichende Überwachung von Berufsanfängern</b>	<b>2</b>	<b>2</b> (100,0 %)	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 8.2 Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen

Der Vorwurf, es sei während einer Operation zu einem Behandlungsfehler gekommen bzw. nach Auftreten einer postoperativen Komplikation sei zwar nicht verspätet, jedoch nicht adäquat reagiert worden, wurde 1472 mal erhoben (**Tabelle 37**). Dabei handelt es sich um Vorwürfe, intraoperative Komplikationen seien nicht adäquat angegangen worden, deshalb sei der Patient später verstorben (Pkt. 9.2.1). Davon abzugrenzen sind Vorwürfe, nach erfolgtem ärztlichen Eingriff seien postoperative Komplikationen nicht adäquat behandelt worden (Pkt. 9.2.2) Eingeschlossen sind weiterhin Komplikationen im Rahmen endoskopischer Eingriffe (Magen-

Darm-Spiegelungen, Bronchoskopien, Arthroskopien, endoskopische Bauchoperationen wie Appendektomien, Cholezystektomien und endoskopische Adhäsio lysen; Pkt. 9.2.3). Ebenfalls eingeschlossen sind Fälle von Exitus in tabula (Versterben auf dem Operationstisch; Pkt. 9.2.4).

**Tabelle 37: Klassifikation der Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit Operationen – Untergliederung in vier Hauptgruppen mit Mehrfachnennungen (n=1472)**

Postoperative Komplikationen	Intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben	Komplikationen bei endoskopischen Eingriffen	Exitus in tabula	Fallzahl
+	-	-	-	571
-	+	-	-	420
-	-	-	+	192
-	-	+	-	166
+	+	-	-	35
-	+	+	-	27
+	-	+	-	23
-	-	+	+	15
-	+	-	+	13
+	-	-	+	9
-	+	+	+	1
Summe 638	Summe 496	Summe 232	Summe 230	Summe 1472

In **Tabelle 38** ist die Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit operativen Eingriffen auf die betroffenen Berufsgruppen dargestellt. Da gerade risikoreiche operativ Eingriffe nahezu ausschließlich stationär durchgeführt werden, verwundert der hohe Anteil betroffener Krankenhausärzte nicht.

**Tabelle 38 : Von Vorwürfen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen betroffene Berufsgruppen (n=1472),**

Vorwurf im Zusammenhang mit operativen Eingriffen	Fallzahl
Krankenhausärzte	1336
Niedergelassene Ärzte	95
Nicht zu klären	18
Belegarzt	10
Pflegepersonal	4
Mehrere Ärzte	3
Notarzt	2
Einen Arzt	2
Heilpraktiker	1
AiP/ÄiP	1
Summe	1472

Die differenzierte Betrachtung der Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bei Vorwürfen im Zusammenhang mit operativen Maßnahmen ergibt die in **Tabelle 39** angegebenen Zahlen mit 39 Fällen, in denen die Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes rechtsmedizinisch-gutachterlich bejaht wurde.



**Tabelle 39: Ergebnis der Begutachtung zu den Vorwürfen bei bzw. nach operativen Eingriffen**

Ergebnis der Begutachtung	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	984
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	193
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	156
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	39
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	34
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	33
Gutachten bleibt vorbehalten	33
Summe	1472

### 8.2.1 Postoperative Komplikationen

Unter den 1472 Fällen fanden sich 638 Fälle mit behaupteter nicht adäquater Reaktion auf postoperative Komplikationen. Eingeschlossen sind auch Fälle, in denen sich eine bekannte Komplikation realisiert hatte, auf die im ärztlichen Aufklärungsgespräch bzw. zusätzlich auch im schriftlichen Aufklärungsbogen ausdrücklich hingewiesen worden war. **Tabelle 40** listet die betroffenen Fachgebiete auf. Beispielhaft sei hier etwa die protrahierte Ruptur der Gefäßwand oder eine Thrombose (Blutgerinnselbildung) in der Gefäßlichtung nach einer Koronarangiographie (radiologische Darstellung der Herzkranzgefäße) genannt. Diese bekannten Komplikationen können im Einzelfall einen letalen Verlauf nehmen und dies auch bei optimalem medizinischem Standard. Dieses Beispiel verdeutlicht zugleich, dass die Realisierung bekannter und (sehr) seltener Komplikationen Anlass für die Erhebung eines Behandlungsfehlervorwurfes sein kann.

**Tabelle 40: Betroffene Fachgebiete zum Vorwurf, postoperative Komplikationen seien unzureichend beherrscht worden**

Fachgebiet	Fallzahl
Allgemeinchirurgie	186
Unfallchirurgie	109
Innere Medizin	61
Gefäßchirurgie	43
Gynäkologie	40
Herzchirurgie	35
Orthopädie	31
Neurochirurgie	29
unbekannt	23
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	21
Urologie	13
Anästhesiologie	11

Geburtshilfe	6
Zahnmedizin	6
Kinderchirurgie	4
Augenheilkunde	4
Dermatologie	3
Pädiatrie	3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3
Andere Fachrichtungen	2
Radiologie	2
Notaufnahme	1
Hausarzt/prakt. Arzt	1
Kosmetische Chirurgie	1
Summe	638

Wie bereits bei den anderen Behandlungsfehlergruppen gezeigt, waren Adressaten des Vorwurfes auch hier in erster Linie die Krankenhausärzte vor den niedergelassenen Ärzten (**Tabelle 41**). Nachvollziehbar dominieren auch hier die Krankenhausärzte in besonderem Maße, da gerade risikobehaftete operative Eingriffe nahezu ausnahmslos stationär durchgeführt werden.

**Tabelle 41: Adressaten des Vorwurfs der unzureichenden Beherrschung postoperativer Komplikationen (n=638)**

<b>Vorwurf des Auftretens postoperativer Komplikationen</b>	<b>Fallzahl</b>
Krankenhausärzte	588
Niedergelassene Ärzte	34
Nicht zu klären	11
Belegarzt	3
Pflegepersonal	1
Mehrere Ärzte	1
Summe	638

**Tabelle 42** gibt das Ergebnis der Begutachtung wieder für die Fallgruppe des Vorwurfes der unzureichenden Beherrschung postoperativer Komplikationen.

**Tabelle 42: Ergebnis der Begutachtung beim Vorwurf der unzureichenden Beherrschung postoperativer Komplikationen**

<b>Ergebnis der Begutachtung</b>	<b>Fallzahl</b>
----------------------------------	-----------------

Behandlungsfehler verneint	477
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	62
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	47
Gutachten bleibt vorbehalten	16
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	16
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	12
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	8
Summe	638

Gegenstand der Behandlungsfehlervorwürfe bei postoperativen Komplikationen war einerseits das vermeintlich oder tatsächlich verspätete Erkennen der Komplikation mangels ausreichender Überwachung des Patienten, andererseits gab es Fälle von postoperativer Nahtinsuffizienz mit Blutungskomplikationen, bei denen der Vorwurf aufkam, es sei ebenfalls unzureichend überwacht und zu spät reagiert worden, dies angesichts einer bekannten und aufklärungspflichtigen Komplikation. Schließlich waren postoperativ aufgetretene Infektionen Anlass für Behandlungsfehlervorwürfe. Die gutachterliche Problematik und Beispiele derartiger Fallkonstellationen sollen zum besseren Verständnis kurz skizziert werden.

**Vorwurf des verspäteten Erkennens einer postoperativen Komplikation.** Im Datenmaterial dieser Studie finden sich 233 Fälle, bei denen isoliert oder kombiniert mit anderen Vorwürfen der Vorwurf des verspäteten Erkennens einer postoperativen Komplikation erhoben wurde. Bei 75 dieser 233 Fälle handelte es sich um den Vorwurf des verspäteten Erkennens einer Peritonitis (eitrige Bauchfellentzündung) nach offenen abdominalchirurgischen oder laparoskopischen (endoskopischen) Eingriffen.

Jede Operation ist mit einer Reihe Risiken und möglichen Komplikationen sowohl während als auch nach der Operation behaftet. Die häufigsten Risiken und möglichen Komplikationen werden daher vor der Operation im Rahmen eines rechtlich zwingend erforderlichen ärztlichen Aufklärungsgesprächs dem Patienten erläutert und mit ihm besprochen. Die Operation darf nur erfolgen, wenn der Patient nach erfolgter Aufklärung in Kenntnis der Risiken seine Einwilligung in den ärztlichen Eingriff erklärt, meist dokumentiert durch seine Unterschrift in einem entsprechenden Aufklärungsformular.

Das Auftreten einer bekannten aufklärungspflichtigen Komplikation ist in einem gewissen Prozentsatz ein auch vom Patienten akzeptiertes Risiko und nicht per se ein ärztlicher Behandlungsfehler. So beziehen sich die Behandlungsfehlervorwürfe im Regelfall auch nicht auf das Auftreten von Komplikationen als solches, vielmehr wird behauptet, durch unterlassene oder ungenügende Diagnostik bzw. postoperative Überwachung seien bekannte postoperative Komplikationen zu spät erkannt worden, bei der gebotenen frühzeitigeren Diagnostik wäre der Eintritt des Todes zu verhindern gewesen. Ist die Todesursache als solches durch die rechtsmedizinische Obduktion geklärt und kommt danach ein Behandlungsfehler grundsätzlich in Betracht, dann ist im Einzelfall zu prüfen, ob die postoperativen Überwachungsmaßnahmen medizinischem Standard entsprachen und ob eine frühzeitigere Diagnostik zu lebensrettenden Maßnahmen geführt hätte. Auch in derartigen Fällen sind Aussagen dahingehend, dass der Tod zum gegebenen Zeitpunkt bei Einhaltung des zu fordernden diagnostischen Standards vermieden worden wäre, nur in Einzelfällen mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit möglich.

**Behandlungsfehlervorwurf bei postoperativer Nahtinsuffizienz.** Es fanden sich im vorliegenden Datenmaterial insgesamt 108 Fälle von postoperativer Nahtinsuffizienz mit nachfolgenden Komplikationen (Blutungen, Infektionen). Hierbei handelt es sich um Behandlungsfehlervorwürfe im Anschluss an das Auftreten einer Nahtinsuffizienz als einer bekannten postoperativen Komplikation. Nahtinsuffizienz bedeutet das „Aufgehen“ oder „Nachgeben“ einer während der Operation gesetzten Naht. Hierbei kann es sich um Gefäßnähte, Nähte zwischen Darmenden nach Darmteilentfernung oder auch um so genannte Übernähtungen von Parenchymeinrissen an inneren Organen wie z.B. der Milz handeln. Eine postoperative Nahtinsuffizienz muss sich nicht zwingend zeitnah zum operativen Eingriff realisieren, vielmehr kommen auch später auftretende Nahtinsuffizienzen in Betracht. Die Wahrscheinlichkeit für eine Nahtinsuffizienz verringert sich jedoch mit dem zeitlichen Abstand zur Operation.

**Infektionen nach ärztlichen Eingriffen.** In diese Rubrik wurden alle Fälle aufgenommen, bei denen es nach medizinischen Behandlungen zu Infektionen kam, die ohne die Behandlung nicht aufgetreten wären. Eingeschlossen sind Behandlungsfehlervorwürfe dahingehend, die hygienischen Standards seien nicht eingehalten worden und dies habe zu einer letalen Infektion geführt. Postoperative Infektionen zählen jedoch einerseits ebenfalls zu den bekannten Risiken des Eingriffs und andererseits wird das Infektionsrisiko nicht nur determiniert durch das Einhalten ärztlicher Sorgfaltspflichten, bedeutsam ist auch etwa der Allgemeinzustand des Patienten und die Art des operativen Eingriffs. Schwerpunkt der Behandlungsfehlervorwürfe ist auch hier regelmäßig nicht das Auftreten der Infektion als solches (z.B. eine postoperative Lungenentzündung), sondern die Behauptung, die (letale) Infektion sei mangels ausreichender Überwachung, Diagnostik und/oder Therapie zu spät registriert worden oder es seien Verstöße gegen Hygienevorschriften aufgetreten.

## 8.2.2 Intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben

Insgesamt 496 Behandlungsfehlervorwürfe beinhalteten den Vorwurf, es sei aufgrund eines Verstoßes gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Sorgfalt zu einer intraoperativen Komplikation gekommen. Diese Komplikation habe jedoch nicht unmittelbar zum Tode geführt (siehe *Exitus in tabula*), sondern der Tod sei erst postoperativ mit unterschiedlichem Zeitabstand als Folge des intraoperativen Fehlers aufgetreten. Betrachtet man die Verteilung derartiger Vorwürfe auf die einzelnen Fachgebiete, so dominiert die Allgemeinchirurgie vor der Inneren Medizin, der Anästhesiologie und der Unfallchirurgie (**Tabelle 43**).

**Tabelle 43: Behandlungsfehlervorwurf betreffend intraoperative Komplikationen mit postoperativem Versterben (n=496)**

Fachgebiet	Fallzahl
Allgemeinchirurgie	114
Innere Medizin	61
Anästhesiologie	53
Unfallchirurgie	40
Urologie	30
Orthopädie	28
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	28
Neurochirurgie	26
Gefäßchirurgie	23
Gynäkologie	21
Unbekannt	20

Herzchirurgie	18
Geburtshilfe	10
Radiologie	4
Pädiatrie	3
Kinderchirurgie	3
Anderen Fachrichtungen	2
Augenheilkunde	2
Kosmetische Chirurgie	2
Zahnmedizin	2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2
Dermatologie	1
Neurologie	1
Notarzteinsatz	1
Naturheilverfahren	1
Summe	496

Die Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe betreffend intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben sind in **Tabelle 44** gelistet.

**Tabelle 44: Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes, es seien intraoperative Komplikationen zu spät erkannt bzw. nicht entsprechend ärztlicher Sorgfaltspflichten therapiert worden (n=496)**

<b>Adressaten der Vorwürfe der intraoperativen Komplikation mit späterem Versterben</b>	<b><u>Fallzahl</u></b>
Krankenhausärzte	448
Niedergelassene Ärzte	33
Belegärzte	8
Pflegepersonal	3
Heilpraktiker	1
Einen Arzt	1
Nicht zu klären	1
Notarzt	1
Summe	496

Intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben, die Anlass zu einem Behandlungsfehlervorwurf gaben, fanden sich bei einer Vielzahl ärztlicher Eingriffe, diese Eingriffe sind in **Tabelle 45** aufgeführt.

**Tabelle 45: Art der ärztlichen Eingriffe mit intraoperativen Komplikationen und postoperativ letalem Verlauf (n=496)**

<b>Art des Eingriffs</b>	<b>Fallzahl</b>
Laparotomie/Laparoskopie	112
Sonstige	52

Totalendoprothese	48
Herzkatheter/Angiographie	45
Thorakotomie	21
ZVK-Anlage	18
Anlage suprapubischer Blasenkatheter	17
Craniotomie	15
Wirbelsäulen/Bandscheiben-Op	15
Nasennebenhöhlen-Op	14
Gefäß-Op	13
Intubation	13
Sectio caesarea	13
Tonsillektomie	9
Abrasio	9
Bülau-Drain/Pleurapunktion	8
Gastroskopie	8
Tracheotomie	7
Koloskopie	7
Transurethrale Prostataresektion	6
Leberpunktion	6
Strumektomie	5
Augen-Op	5
Perikardpunktion	4
Arthroskopie	3
Lungenbiopsie	3
Sterilisation	3
Nierenpunktion	3
Spinalanästhesie/Rückenmarkspunktion	3
ERCP	3
Lithotrypsie	2
Knochenmarkpunktion	2
Milzpunktion	2
Gelenkinjektion	2
Summe	496

Bei den in **Tabelle 45** genannten ärztlichen Eingriffen traten unterschiedliche Komplikationen auf (**Tabelle 46**). Dabei dominierten Blutungskomplikationen, gefolgt von intraoperativen Organperforationen und postoperativen Infektionen. Während die Blutungskomplikationen und die intraoperative Perforation von Organen die Frage nach der präparatorischen Sorgfalt des Operateurs aufwirft, führten postoperative Infektionen im Rahmen der

Behandlungsfehlerbegutachtung zur Frage des sorgfaltsgemäßen Einhaltens hygienischer Standards.

**Tabelle 46: Intraoperative Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen mit postoperativ letalem Verlauf (z.T. Mehrfachnennungen)**

Art der Komplikation	Fallzahl
Blutung/Gefäßverletzung	143
Perforation eines Organs	90
Entzündung/Sepsis	82
Herzversagen	52
Frischer Herzinfarkt	34
Hypoxie nach Intubations-/Beatmungsschwierigkeiten/Apallisches Syndrom	24
Sonstiges	19
Aspiration	15
Lungenthrombembolie	14
Anaphylaktische Schockreaktion	14
Cerebraler Insult/Apoplex	13
Nahtinsuffizienz	11
Hirnblutung	9
Fettembolie	8
Ileus	7
Fehltransfusion	2
Summe	537

In **Tabelle 47** sind die Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung, bezogen auf den Vorwurf, intraoperative Komplikationen seien nicht zeitgerecht erkannt und adäquat behandelt worden, mit Fallzahlen genannt: insgesamt 19x wurde sowohl ein Behandlungsfehler als auch dessen todesursächliche Kausalität gutachterlich festgestellt.

**Tabelle 47: Ausgang der Begutachtung bei den Vorwürfen, intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben seien vorwerfbar nicht erkannt bzw. beherrscht worden (n=496)**

Ausgang der Begutachtung	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	276

Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	104
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	65
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	19
Behandlungsfehler bejaht; Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	16
Gutachten bleibt vorbehalten	8
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	8

### 8.2.3 Letale Zwischenfälle bei endoskopischen Eingriffen

Insgesamt konnten 232 Fälle analysiert werden, bei denen behauptet wurde, dass bei einer endoskopischen Maßnahme ein letaler Behandlungsfehler aufgetreten sei. Zu derartigen endoskopischen Eingriffen gehören zum Beispiel Lungenspiegelungen, Gelenkspiegelungen und Magen-Darm-Spiegelungen, häufig verbunden mit der Entnahme einer Gewebeprobe. Die Verteilung dieser Vorwürfe auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete ist **Tabelle 48** zu entnehmen.

**Tabelle 48: Verteilung der Vorwürfe eines letalen Behandlungsfehlers bei endoskopischen Maßnahmen (Fachgebiete ohne Endoskopiez Zwischenfälle sind nicht erwähnt).**

Fachgebiet	Fallzahl
Innere Medizin	122
Allgemeinchirurgie	61
Unbekannt	20
Gynäkologie	11
Urologie	4
Anästhesiologie	3
Unfallchirurgie	2
Andere Fachrichtungen	1
Chirurgie	1
Allgemeinmedizin	1



HNO	1
Neurochirurgie	1
Neurologie	1
Pädiatrie	1
Radiologie	1
Tropenmedizin	1
Summe	232

Wie **Tabelle 49** zu entnehmen ist, betrafen die Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen erwartungsgemäß ganz überwiegend Krankenhausärzte (194x), deutlich weniger betroffen waren niedergelassene Ärzte (n=31).

**Tabelle 49: Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen**

Adressaten der Vorwürfe im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen	Fallzahl
Krankenhausärzte	194
Niedergelassene Ärzte	31
Nicht zu klären	4
Mehrere Ärzte	1
Pflegepersonal	1
Einen Arzt	1
Summe	232

Das Ergebnis der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen kann **Tabelle 50** entnommen werden. In 8 Fällen wurde ein letaler Behandlungsfehler bei einem endoskopischen Eingriff gutachterlich bejaht.

**Tabelle 50: Ausgang der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen (n=232)**

Ausgang der Begutachtung bei Vorwürfen im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen	Fallzahl
--	----------

Behandlungsfehler verneint	127
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	41
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	28
Behandlungsfehler bejaht; Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	12
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	10
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	8
Gutachten bleibt vorbehalten	6
Summe	232

#### 8.2.4 Exitus in tabula

Das plötzliche und unerwartete Versterben eines Patienten gerade während eines ärztlichen Eingriffs auf dem Operationstisch (Mors in tabula) führte in 230 Fällen, zu dem Vorwurf, es seien im Rahmen des Eingriffs ärztlicherseits Fehler gemacht worden (**Tabelle 51**). Als Adressat des Behandlungsfehlervorwurfs sind einerseits die Narkoseärzte (Anästhesisten) zu nennen, andererseits und deutlich vorrangig die Operateure des jeweiligen Fachgebietes.

**Tabelle 51: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe beim Exitus in tabula auf die verschiedenen Fachdisziplinen (n=230)**

Fachgebiet	Fallzahl
Chirurgie insgesamt	138
- davon	
- Allgemeinchirurgie	62
- Unfallchirurgie	38
- Gefäßchirurgie	13
- Herzchirurgie	12
- Kosmetische Chirurgie	1
- Neurochirurgie	8
- Kinderchirurgie	2
- MKG-Chirurgie	2

Innere Medizin	45
Anästhesiologie	18
Orthopädie	14
Unbekannt	5
HNO	2
Urologie	2
Radiologie	2
Pädiatrie	2
Notarzteinsatz	1
Zahnmedizin	1
Summe	230

Beim Exitus in tabula war Anlass der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen allein in 131(56,9%) Fällen die Angabe eines nicht-natürlichen Todes bzw. einer ungeklärten Todesart in der Todesbescheinigung, ausgestellt vom Leichenschauarzt. Zu unerwarteten letalen Zwischenfällen während kam es bei unterschiedlichen ärztlichen Eingriffen (**Tabelle 52**).

**Tabelle 52: Exitus in tabula - Art des Eingriffes beim plötzlichen Versterben während ärztlicher Maßnahmen**

Art des Eingriffes	Fallzahl
Laparotomie	54
Herzkatheter	40
Sonstige	33
TEP	30
Thorakotomie	27
Gefäß-Op	9
WS-/Bandscheiben-OP	9
Bronchoskopie	5
Koloskopie/Gastroskopie	5
Tracheotomie	4
Sectio caesarea	4
ZVK-Anlage	3
Bülau-Drain-Anlage	2
Leber-/Milzpunktion	2
Blasenpunktion	1
Strumektomie	1
Tonsillektomie	1
Summe	230

Das Spektrum an Komplikationen während der Operation bzw. der medizinischen Eingriffe ist in **Tabelle 53** genannt, es dominieren erwartungsgemäß Blutungskomplikationen, gefolgt von meist kardial bedingtem Herz-Kreislaufversagen bzw. einem akuten Herzinfarkt.

**Tabelle 53: Exitus in tabula – Spektrum an letalen Komplikationen während des Eingriffs**

Aufgetretene Komplikationen	Fallzahl
Blutung/Gefäßverletzung	90
Herz-Kreislaufversagen	32
Frischer Herzinfarkt	31
Lungenthrombembolie	25
Sonstige	19
Fettembolie	8
Perforation eines Organs	8
Pneumothorax	5
Luftembolie	5
Hirnblutung	4
Aspiration	3
Summe	230

Die Adressaten eines Behandlungsfehlervorwurfes nach plötzlichem Versterben auf dem Operationstisch sind in **Tabelle 54** genannt.

**Tabelle 54: Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe beim Exitus in tabula (n=230)**

Adressaten der Vorwürfe bei Exitus in tabula	Fallzahl
Krankenhausärzte	220
Niedergelassene Ärzte	5
Nicht zu klären	2
Mehrere Ärzte	1
AiP	1
Notarzt	1
Summe	230

In der Mehrzahl der Fälle wurde das Vorliegen eines Behandlungsfehlers gutachterlich verneint (n=174), deutlich weniger häufig zumindest für möglich gehalten (n=32) und nur in 4 Fällen war sowohl ein Behandlungsfehler als auch dessen Kausalität für den Eintritt des Todes bejaht worden (**Tabelle 55**).

**Tabelle 55: Ausgang der Behandlungsfehlerbegutachtung beim Exitus in tabula (n=230)**

Ausgang der Begutachtung bei Exitus in tabula	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	174

Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	28
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	14
Gutachten bleibt vorbehalten	7
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für Tod bejaht	4
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	2
Behandlungsfehler bejaht; Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	1
Summe	230

Bei der zusammenfassenden Betrachtung der Begutachtungsergebnisse in Fällen von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen ergibt sich das in **Tabelle 56** skizzierte Bild.

**Tabelle 56: Ergebnisse der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen - Mehrfachnennungen, da auch kombinierte Vorwürfe (in Klammern der %-Anteil an der Gesamtanzahl der Vorwürfe in der jeweiligen Rubrik)**

Art des Vorwurfs	Gesamtanzahl der Fälle	Beh.-fehler verneint	Beh.-fehler möglich	Nicht entscheidbar	Beh.-fehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers bejaht
<b>Vorwurf im Zusammenhang mit operativen Eingriffen (Gesamt)</b>	<b>1472</b>	<b>984</b> (66,8 %)	<b>349</b> (23,7 %)	<b>66</b> (4,5 %)	<b>73</b> (5,0 %)	<b>34</b> (2,3 %)	<b>39</b> (2,6 %)
<b>Davon (mit Mehrfachnennungen):</b>							
Postoperative Komplikationen	638	477 (74,7 %)	109 (17,1 %)	32 (5,1 %)	20 (3,1 %)	8 (1,3 %)	12 (1,9 %)
Intraoperative Komplikationen mit späterem Versterben	496	276 (55,6 %)	169 (34,1 %)	16 (3,2 %)	35 (7,1 %)	16 (3,2 %)	19 (3,8 %)
Komplikationen bei endoskopischen Eingriffen	232	127 (54,7 %)	69 (29,7 %)	16 (6,9 %)	20 (8,7 %)	12 (5,2 %)	8 (3,4 %)
Exitus in tabula	230	174 (75,7 %)	42 (18,3 %)	9 (3,9 %)	5 (2,1 %)	1 (0,4 %)	4 (1,7 %)

### 8.3 Falschbehandlung

Aus dem Spektrum der Vorwürfe, es sei eine explizit falsche, d.h. gegen medizinische Standards verstoßende Behandlung durchgeführt worden, konnten Fälle von sogenannter Telefondiagnostik und die Transfusionszwischenfälle abgegrenzt werden (**Tabelle 57**).

**Tabelle 57: Klassifikation der Behandlungsfehlervorwürfe der Falschbehandlung – Untergliederung in drei Hauptgruppen mit Mehrfachnennungen (n=766)**

Sonstige Falschbehandlung	Telefondiagnostik	Transfusionszwischenfall	Fallzahl
+	-	-	701
-	+	-	38
-	-	+	23
+	+	-	3
+	-	+	1
Summe 705	Summe 41	Summe 24	Summe 766

Insgesamt fand sich die in **Tabelle 58** dargestellte Verteilung der Vorwürfe einer falschen ärztlichen Behandlung auf die verschiedenen Berufsgruppen.

**Tabelle 58 : Von Vorwürfen der Falschbehandlung betroffene Berufsgruppen (n=766)**

Vorwurf im Zusammenhang mit operativen Eingriffen	Fallzahl
Krankenhausärzte	474
Niedergelassene Ärzte	173
Notdienstarzt	40
Notarzt	27
Mehrere Ärzte	13
Nicht zu klären	10
Einen Arzt	7
Heilpraktiker	7
Pflegepersonal	5
AiP/ÄiP	3
Rettungssanitäter/-assistenten	3
Belegarzt	2
Sonstige	2
Summe	766

Bei der Analyse der Begutachtungsergebnisse zeigte sich, dass in 50 Fällen eine behauptete falsche Behandlung des Patienten gutachterlich als Behandlungsfehler bejaht wurde, einschließlich der todesursächlichen Kausalität der falschen Behandlung (**Tabelle 59**).

**Tabelle 59: Ergebnis der Begutachtung bei den Vorwürfen der Falschbehandlung**

Ergebnis der Begutachtung	Fallzahl
---------------------------	----------

Behandlungsfehler verneint	445
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	90
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	89
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	53
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	50
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	22
Gutachten bleibt vorbehalten	17
Summe	766

In Abgrenzung zu dem Vorwurf, es sei unterlassen worden, medizinisch gebotene Maßnahmen zu ergreifen, finden sich Behandlungsfehlervorwürfe, die ein explizit konkretisiertes falsches ärztliches Verhalten beinhalten: es sei eine Schere oder ein Bauchtuch im Operationsgebiet vergessen worden, es sei das falsche Blut transfundiert worden, es sei trotz offensichtlicher Herzinfarktsymptomatik die Überweisung zum Orthopäden erfolgt. Der Vorwurf, es sei aufgrund nicht sorgfaltsgemäßer ärztlicher Diagnostik ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt) nicht diagnostiziert worden, findet sich in 318 Fällen (Pkt. 9.3.1). Als weitere Fälle expliziter Falschbehandlung sind so genannte „Verwechslungsfälle“ zu nennen (Pkt. 9.3.2). Die beiden zuletzt genannten Fälle lassen sich als „klassische“ Konstellation eines Behandlungsfehlervorwurfes charakterisieren und sollen näher betrachtet werden.

### 8.3.1 Verkannter Myokardinfarkt

Ein Myokardinfarkt (Herzinfarkt) entsteht, wenn sich ein oder mehrere Herzkranzgefäße, die den Herzmuskel mit Sauerstoff versorgen, verschließen, etwa durch ein Blutgerinnsel bzw. wenn ein Missverhältnis vorliegt zwischen dem Sauerstoffbedarf des Herzmuskels und der Sauerstoffversorgung über die zumeist arteriosklerotisch geschädigten Herzkranzgefäße. Der Verschluss kann entweder auf dem Boden einer Arteriosklerose der Herzkranzgefäße entstehen, oder aber durch ein eingeschwemmtes oder am Ort des Verschlusses abgelagertes Blutgerinnsel (sog. Koronarthrombose). Diese Blut- und Sauerstoffunterversorgung eines Abschnittes des Herzmuskels führt zum Absterben des Gewebes.

Man unterscheidet unter anderem die so genannte Angina pectoris, das Prä-Infarkt-Syndrom und den Herzinfarkt. Ein Herzinfarkt kann charakteristische Beschwerden verursachen. Diese Beschwerden liegen nicht immer zwingend vor. Es gibt jedoch Beschwerden bzw. Fallkonstellationen, bei denen sich dem behandelnden Arzt entsprechend medizinischem Standard die Differentialdiagnose Herzinfarkt oder drohender Infarkt aufdrängen sollte.

Im Datenmaterial dieser Studie fanden sich 318 Fälle (7,1%), bei denen der Vorwurf des Verkennens eines Herzinfarktes oder drohenden Herzinfarktes erhoben wurde. Regelmäßig hatte der Patient wegen bestehender Beschwerden einen Arzt aufgesucht, das Beschwerdebild wurde jedoch ärztlicherseits als Ausdruck einer anderen Erkrankung interpretiert (Ulkuerschmerzen, rheumatische Beschwerden, orthopädische Krankheitsbilder etc.). Der Patient wurde mit der – retrospektiv betrachtet – falschen Diagnose entlassen und verstarb kurz nach dem Arztbesuch an den Folgen des dann auch autoptisch nachgewiesenen Herzinfarktes. In einem Teil der Fälle wurde autoptisch eine andere Todesursache nachgewiesen, beispielsweise eine Lungenembolie,

ein rupturiertes Aortenaneurysma (rupturierte Wandaussackung der Körperhauptschlagader) oder ein (gedeckt) perforiertes Magengeschwür (Ulcus ventrikuli).

In derartigen Fällen eines plötzlichen Todes in zeitlicher Nähe zu einem Arztbesuch liegt für medizinische Laien die Annahme eines Behandlungsfehlers vermeintlich besonders nahe, sei der Patient doch verstorben, obwohl er extra zum Arzt gegangen sei und der Arzt habe doch – nachgewiesen durch die rechtsmedizinische Obduktion – eine falsche Diagnose gestellt. In diesem Zusammenhang lautete der Vorwurf häufig, erforderliche diagnostische Maßnahmen seien vorwerfbar nicht ergriffen worden oder die erforderliche Krankenhauseinweisung sei nicht und/oder verspätet veranlasst worden.

Gutachterlich gilt es gerade in Fällen einer falschen Diagnose infolge Verkennens eines Herzinfarktes zu erläutern, dass Beschwerdebilder des Patienten (Symptome) äußerst vielseitig sein können und zunächst häufig mehrere Diagnosen als möglich zulassen. Das Stellen einer (zunächst) falschen Diagnose ist für sich kein Behandlungsfehler, wenn die gestellte Diagnose auch unter das Beschwerdebild des Patienten subsumiert werden kann. Wurde trotz eindeutiger Anamnese und Beschwerdesymptomatik eine falsche Diagnose gestellt, dann kann ein Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst festgestellt werden. Da die richtige Diagnose verspätet gestellt wurde oder erst im Rahmen der Obduktion aufgedeckt werden konnte, war für den Patienten wertvolle Zeit verstrichen, in der ein sofortiges Eingreifen sein Leben mit höherer Wahrscheinlichkeit (u.U. sogar mit Sicherheit) hätte retten können als es nach der falschen Diagnose der Fall war. In den rechtsmedizinischen Gutachten im Rahmen der arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren war im Falle eines akuten Myokardinfarktes im Ergebnis jedoch im Regelfall jedenfalls nicht auszuschließen, dass der Patient auch bei rechtzeitiger korrekter Diagnose zum gegebenen Zeitpunkt verstorben wäre.

### **8.3.2 Falschbehandlung in Form von Verwechslungen bzw. Fehleinstellungen technischer Geräte**

Der Vorwurf einer Verwechslung mit behaupteter Todesfolge (n= 31) umfasst z.B. Fälle wie

- die Amputation des falschen Beines
- Entnahme des falschen Organs bei paarigen Organen
- Verwechslung von Blutkonserven
- Verwechslung von Spritzen
- Verwechslungen beim Anhängen von Infusionen
- Verwechslung von Medikamenten

Bei den Verwechslungsfällen fehlte es an der erforderlichen Sorgfalt einerseits im Rahmen organisatorischer Abläufe (z.B. fehlende Röntgenbilder im Operationssaal), andererseits hatten behandelnde Ärzte schlicht „links“ und „rechts“ verwechselt und in den Krankenunterlagen versehentlich die falsche Seite zur Operation vorgesehen. Bei der Verwechslung von Blutkonserven bzw. Spritzen waren diese nicht etwa unzureichend getestet oder unzureichend beschriftet, vielmehr lagen verschiedene Blutkonserven bzw. Spritzen räumlich dicht nebeneinander und trotz vorangegangener Kontrolle wurde zur unmittelbaren Verabreichung die falsche bereitliegende Blutkonserve bzw. Spritze ergriffen (z.B. das kontrollierte und in die Spritze aufgezogene Chemotherapeutikum Vincristin lag gemäß Chemotherapie-Protokoll bereit neben Spritzen mit weiteren Medikamenten, wurde aber versehentlich ergriffen zur intrathekalen Injektion, d.h. zur Gabe in den Rückenmarkskanal, statt zur intravenösen Injektion; vgl. DETTMAYER ET AL 2001). Hinzu kommen Verwechslungen mit kaliumhaltigen Infusionslösungen mit nachfolgendem akutem Tod des Patienten infolge Kalium-Überdosierung. In drei Fällen wurden Infusionsautomaten aufgrund Unaufmerksamkeit falsch eingestellt, so dass



die Infusionsmenge zu hoch gewählt wurde, in Einzelfällen wurde infolge einer Verwechslung Blut mit der falschen Blutgruppe transfundiert.

#### 8.4 Vorwurf Medikationsfehler

Insgesamt wurden 557 Fälle erfasst, bei denen sich der Behandlungsfehlerwurf auf die Gabe von Medikamenten bezog (**Tabelle 60**). Neben der Behauptung, Medikamente seien verwechselt worden, fand sich der Vorwurf der unzureichenden Dosierung ebenso wie der Vorwurf der Überdosierung oder der falsch gewählten Applikationsart (zum Beispiel Gabe als Tablette anstatt intravenös). Naturgemäß betraf der Vorwurf eines Medikationsfehlers insbesondere die Innere Medizin.

**Tabelle 60: Verteilung behaupteter fehlerhafter Medikation mit letalem Verlauf auf die verschiedenen medizinischen Fachgebiete (n=557)**

Fachgebiet	Fallzahl
Innere Medizin	107
Unbekannt	86
Hausarzt/praktischer Arzt	76
Anästhesiologie	37
Psychiatrie	26
Notdienstärzteinsatz	25
Andere Fachrichtungen	24
Radiologie	22
Orthopädie	21
Pädiatrie	19
Unfallchirurgie	18
Allgemeinchirurgie	15
Notärzteinsatz	9
Neurologie	8
HNO	8
Gynäkologie	7

Zahnmedizin	6
Naturheilverfahren	6
Gefäßchirurgie	6
Urologie	5
Geburtshilfe	3
Allgemeinmedizin	3
Notaufnahme	2
Herzchirurgie	2
Augenheilkunde	2
Kinderchirurgie	2
Manuelle Medizin/Chirotherapie	2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2
Neurochirurgie	2
Dermatologie	1
Hygiene	1
Kosmetische Chirurgie	1
Strahlentherapie	1
Summe	557

Auch auf diesem Gebiet wurde der behauptete Medikationsfehler nach Durchsicht der Unterlagen differenzierend klassifiziert. Die Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten (Medikationsfehler) lassen sich orientierend in 7 Gruppen einteilen (orientiert an MADEA & DETTMAYER 1998):

1. Vorwurf der Gabe eines falschen oder kontraindizierten Medikamentes (außer Kontrastmittel) - z. B. bei bekannter Allergie
2. Vorwurf der fehlerhaften Dosierung von Medikamenten
3. Vorwurf mangelnder Aufklärung über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)
4. Allergische Reaktionen auf die Gabe von Kontrastmitteln bzw. Kontrastmittelzwischenfälle bei der radiologischen Diagnostik
5. Fehlerhafte Injektionen oder Infusionen (Verwechslung von Infusionsampullen bzw. Infusionsflaschen; Spritzenverwechslung, unzulässige Applikationsart etc.)
6. Fehlerhafte Rezeptierung von Medikamenten

## 7. Sonstiges (nicht näher klassifizierbare Medikationsfehler)

Der Vorwurf, dass ein „falsches“ oder kontraindiziertes Medikament verabreicht worden sei, wurde in 107 (19,2%) von 557 Fällen erhoben. Der Vorwurf einer fehlerhaften Dosierung fand sich in 131 Fällen (23,5%). In dieser Rubrik finden sich auch die Fälle, bei denen zum Beispiel die Angehörigen den Vorwurf erhoben hatten, es sei ein Medikament entgegen ärztlichem Standard abgesetzt worden (Vorwurf unterlassener Gabe notwendiger Medikamente). Die Gutachter sollten hier in 72 Fällen Stellung nehmen zur Frage der Kausalität zwischen der Gabe bzw. dem Absetzen eines Medikamentes und dem Eintritt des Todes. **Tabelle 61** zeigt die Verteilung der Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten auf die einzelnen Berufsgruppen.

**Tabelle 61: Verteilung der Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten auf die einzelnen Berufsgruppen (n= 557)**

Berufsgruppe	Fallzahl
Krankenhausärzte	273
Niedergelassene Ärzte	198
Notdienstarzt	26
Pflegepersonal	23
Nicht zu klären	10
Notarzt	9
Einen Arzt	8
Heilpraktiker	4
Mehrere Ärzte	3
Apotheker	2
AiP/ÄiP	1
Summe	557

Im Ergebnis konnte in immerhin 46 Fällen ein letaler Behandlungsfehler mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit bejaht werden (**Tabelle 62**).

**Tabelle 62: Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe einer fehlerhaften Medikation (n=557)**

Ergebnis der Begutachtung	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	355
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.	61
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	46
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	37
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	34
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	14
Gutachten bleibt vorbehalten	10
Summe	557

## 8.5 Pflegefehler mit behauptetem letalem Ausgang

Die Pflegeberufe einschließlich der betreuenden Ärzte werden mit unterschiedlichen Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert:

- Mangelnde Dekubitusprophylaxe
- Mangelnde Thromboseprophylaxe
- Unzureichende Pneumonieprophylaxe
- Mangelnde oder fehlende Kontrakturprophylaxe
- Unzureichende Flüssigkeitsversorgung Pflegebedürftiger mit nachfolgender Exsikkose

Ein Dekubitus ist ein so genanntes Druckgeschwür oder Aufliegegeschwür, welches durch längeres Liegen bei schwer kranken und immobilisierten Patienten entstehen kann. Besonders gefährdet sind alte Menschen. Aber auch junge Patienten mit Querschnittslähmungen sind betroffen. Bei längerer Immobilisation muss deshalb auf eine regelmäßige Umlagerung und andere prophylaktische Maßnahmen geachtet werden, um Dekubiti zu vermeiden (vgl. LEFFMANN ET AL., RKI, GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES, DEKUBITUS, HEFT 12, 2002).

Ein bestehendes Druckgeschwür kann äußerst schwer therapierbar sein. Nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen muss in einzelnen Fällen auch chirurgisch interveniert werden mit Abtragung nekrotischen Gewebes (Nekrektomie) einschließlich betroffener Hautareale. Bei Infektion eines solchen Geschwürs ist grundsätzlich ein letaler Verlauf nach Streuung bakterieller Erreger mit Ausbildung einer Sepsis möglich.

Aus rechtsmedizinischer Sicht ist bei Dekubitusfällen die Kausalität für den Todeseintritt unter strafrechtlichen Beweisanforderungen selten zu belegen. So gibt es einerseits zahlreiche Patienten mit einem relativ lange bestehenden Dekubitus und im Einzelfall muss der naturwissenschaftlich-kausale Nachweis erbracht werden, dass ein konkreter Patient zum Zeitpunkt des Todeseintritts an einem Druckgeschwür verstorben ist, mit dem er zuvor über einen längeren Zeitraum hat leben können. Andererseits lässt sich bei den meist älteren Dekubituspatienten nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit ausschließen, dass nicht ein weiteres bestehendes Grundleiden, etwa eine ausgeprägte stenosierende Koronarsklerose (Herzkranzgefäßverkalkung), allein todesursächlich war. Hier muss ohnehin zunächst mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit ein Kausalzusammenhang zwischen mangelhafter Pflege und der Entstehung eines Aufliege- oder Druckgeschwürs hergestellt werden können. Dies kann bereits Schwierigkeiten bereiten, da die Entstehung eines solchen Geschwürs auch bei optimaler Pflege nicht immer absolut sicher zu verhindern ist. Danach muss gutachterlich in einem zweiten Schritt der Kausalzusammenhang zwischen Dekubitus und Tod hergestellt werden, was aus den oben genannten Gründen selten zweifelsfrei möglich ist. Im Datenmaterial dieser Studie finden sich 109 Fälle mit dem Vorwurf der unzureichenden Lagerung bzw. unzureichenden Dekubitusprophylaxe (2,5 %). Bei 89 dieser Fälle bezieht sich der Vorwurf auf stationäre Einrichtungen. Weitere Pflegefehlervorwürfe betrafen eine unzureichende Thromboseprophylaxe sowie sonstige Pflegefehler (z.B. unzureichende Körperpflege, Vernachlässigung der Flüssigkeitszufuhr etc.), dazu **Tabelle 63**.

**Tabelle 63: Klassifikation der Pflegefehlervorwürfe (n=320) in Lagerungsfehler, unzureichende Thromboseprophylaxe und sonstige Pflegefehler (Mehrfachnennungen)**

Sonstige Pflegefehler	Lagerungsfehler	Unzureichende Thromboseprophylaxe	Fallzahl
+	-	-	168
-	+	-	76
-	-	+	50
+	+	-	25
-	+	+	1
Summe 193	Summe 102	Summe 51	Summe 320

Wie **Tabelle 64** verdeutlicht, wurde der Vorwurf eines letalen Pflegefehlers sehr häufig nicht nur gegen die behandelnden Ärzte sondern auch gegen das pflegerisch verantwortliche Personal erhoben.

**Tabelle 64: Verteilung der Pflegefehlervorwürfe auf die einzelnen Berufsgruppen (n= 320)**

Berufsgruppe	Fallzahl
Pflegepersonal	149
Krankenhausärzte	108
Niedergelassene Ärzte	48
Mehrere Ärzte	5
Nicht zu klären	3
Einen Arzt	2
Rettungssanitäter/-assistenten	2
PJ-Studenten	1
Notarzt	1
Sonstige	1
Summe	320

Betrachtet man isoliert die Vorwürfe, es sei infolge unzureichender prophylaktischer Maßnahmen zur Entstehung von Druckgeschwüren (Dekubiti) gekommen, so finden sich 109 Fälle. Von einem solchen Vorwurf mangelhafter Dekubitusprophylaxe waren in 89 Fällen stationäre Einrichtungen betroffen (**Tabelle 65**).

**Tabelle 65: Verteilung der Behandlungs- bzw. Pflegefehlervorwürfe auf verschiedene stationäre Einrichtungen (n=89) beim Vorwurf mangelhafter Dekubitusprophylaxe**

Stationäre Einrichtung	Fallzahl
Pflegeheim/Altenheim	70
Kreiskrankenhaus	7
Kommunales Krankenhaus	5
Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft	4
Universitätsklinik	2
Privatklinik	1
Summe	89

Die grundsätzliche Position, dass ein Dekubitus (Druckgeschwür) immer als Folge mangelnder Pflege anzusehen ist, es sei denn, im Einzelfall kann – dokumentiert in den Kranken- bzw. Pflegeunterlagen – der Nachweis erbracht werden, dass unter Einhaltung der geforderten Pflegestandards gerade dieser konkrete Dekubitus trotzdem nicht vermeidbar war, hilft in der Begutachtung bei der Exkulpation, ersetzt aber nicht den im Strafrecht geforderten positiven Nachweis eines todesursächlichen Pflegefehlers. Auch weitere sich bei Pflegefehlervorwürfen ergebende Kausalitätsfragen sind aus medizinischer Sicht häufig nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit zu klären. So etwa der kausale Zusammenhang zwischen einem Dekubitus und einer letalen Pneumonie, zwischen einer fehlerhaften Thromboseprophylaxe und der letalen Thrombembolie, zwischen einer Exsikkose und einer Thrombose mit letaler Thrombembolie. Aus dem Spektrum weiterer Pflegefehlervorwürfe seien genannt:

- Unterlassenes Zerkleinern des Essens – deshalb Einatmen größerer Nahrungsstücke und so genannte Aspirationspneumonie bzw. so genannter Bolustod
- Unzureichende Aufsicht sturzgefährdeter Patienten
- Zunächst übersehene Frakturen nach einem Sturz
- Verspätete Fixierung des verwirrten Patienten zum eigenen Schutz
- Voreilige Fixierung des Patienten
- Fehler bei konkreten Maßnahmen, wie z.B. Verletzung der Harnröhrenschleimhaut beim Legen eines Blasenkatheters mit nachfolgendem Verbluten

**Tabelle 66** kann das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Pflegefehlervorwürfen entnommen werden. In 20 von 320 Pflegefehlervorwürfen wurde sowohl der Behandlungs- bzw. Pflegefehler bejaht als auch dessen Kausalität für den Eintritt des Todes.

**Tabelle 66: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bei Pflegefehlervorwürfen (n=320)**

Ausgang der Begutachtung bei Pflegefehlervorwürfen	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	190
Behandlungsfehler bejaht; Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	39
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	39
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für Tod bejaht	20
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	19
Gutachten bleibt vorbehalten	7
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	6
Summe	320

## 8.6 Vorwurf nicht näher konkretisiert

Von den Personen, die einen unter Umständen auch nur denkbaren ärztlichen Behandlungsfehler den Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) zur Kenntnis bringen, wird – zumal wenn es sich um medizinische Laien handelt – nach rechtsmedizinischer Erfahrung häufig keine detaillierte Begründung des Behandlungsfehlerverdachts verlangt (die staatsanwaltschaftliche Praxis ist hier aber sicher sehr uneinheitlich, siehe oben). Die zuständigen Sachbearbeiter bei der Polizei und der Staatsanwaltschaft sind ihrerseits ebenfalls medizinische Laien, können daher im Regelfall nicht kraft eigener Kompetenz begründete von nicht begründeten Behandlungsfehlervorwürfen trennen. Diese Situation kann im Einzelfall dazu führen, dass die bloße Behauptung, es liege ein Behandlungsfehler vor bzw. es müsse doch ein Behandlungsfehler vorliegen, da ein Mensch verstorben sei, zur Bejahung eines Anfangsverdachts im Sinne des § 152 StPO ausreicht. Nach Anordnung einer gerichtlichen Obduktion und Klärung der Todesursache ergeben sich ohne konkretisierten Behandlungsfehlervorwurf auch keine hinreichend exakten Fragestellungen für den rechtsmedizinischen Gutachter, dessen Aufgabe es nicht es, aufgrund eines keineswegs begründeten Behandlungsfehlervorwurfes die gesamte Vorgeschichte des Verstorbenen und die zugehörigen Krankenunterlagen zu sichten, um mit der größtmöglichen Sicherheit einen Behandlungsfehler auszuschließen.

## 8.7 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die Behandlungsfehlerarten

Legt man die hier vorgenommene Kategorisierung der Behandlungsfehlerarten zugrunde – Pkt. 9.1 bis 9.6 - , so kann deren Häufigkeit mit Bezug auf die unterschiedenen medizinischen Berufsgruppen angegeben werden (**Tabelle 67**).

**Tabelle 67: Behandlungsfehlerarten bezogen auf die Berufsgruppen**

Berufsgruppe	Gesamtzahl der Fälle	Vorwurf Unterlassen	Vorwurf bei und nach Op	Vorwurf Falschbehandlung	Medikamentenzwischenfall	Pflegefehler	Vorwurf nicht konkretisiert
Krankenhausärzte	2809	1133	1336	474	273	108	120
Niedergelassene Ärzte	877	575	95	173	198	48	13
Notdienstärzte	253	225	0	40	26	0	1
Pflegepersonal	172	9	4	5	23	149	0
Notarzt	108	80	2	27	9	1	2
Nicht zu klären	58	16	18	10	10	3	10
Einen Arzt	57	37	2	7	8	2	7
Mehrere Ärzte	50	47	3	13	3	5	0
Rettungs-Sanitäter/-assistent	23	18	0	3	0	2	0
Belegarzt	14	3	10	2	0	0	0

Heil- praktiker	12	4	1	7	4	0	0
Sonstige	8	6	0	2	0	1	0
AiP	6	5	1	3	1	0	0
Apotheker	2	0	0	0	2	0	0
PJ- Studenten	1	0	0	0	0	1	0
Summe	4450	2158	1472	766	557	320	153

Die vorgenommene Kategorisierung der Behandlungsfehlervorwürfe in 6 Gruppen erlaubt bezogen auf die jeweilige Vorwurfgruppe die Darstellung des Ergebnisses der Behandlungsfehlerbegutachtung. **Tabelle 68** gibt differenziert an, wie viele Behandlungsfehler je Behandlungsfehlerart verneint bzw. bejaht wurden, wie häufig ein Behandlungsfehler möglich erschien, wie viele Fälle nicht entscheidbar waren. Darüber hinaus ist angegeben, wie häufig bei einem bejahten Behandlungsfehler je Behandlungsfehlerart die Kausalität für den Eintritt des Todes bejaht bzw. verneint wurde. Die Verteilung der Behandlungsfehlerarten auf die medizinischen Berufsgruppen führt insbesondere bei dem Vorwurf, es sei bei und/oder nach operativen Eingriffen auf eingetretene Komplikationen behandlungsfehlerhaft unzureichend bzw. zu spät reagiert worden, zu einem hohen Anteil von diesem Vorwurf betroffener Krankenhausärzte. Allerdings werden gerade komplizierte und komplikationsbehaftete medizinische Eingriffe nicht mehr ambulant sondern stationär in den Kliniken und Krankenhäusern vorgenommen. Insofern darf die hohe Anteil beschuldigter Krankenhausärzte bei diesem Behandlungsfehlervorwurf nicht verwundern.

**Tabelle 68: Art der Behandlungsfehlervorwürfe bzw. Behandlungsfehlertypen und das Ergebnis der Begutachtung- in Klammern %-Anteil an der Gesamtanzahl der jeweiligen Vorwürfe (mit Mehrfachnennungen)**

Art des Vorwurfs	Gesamt- anzahl der Fälle	Beh.- fehler verneint	Beh.- fehler möglich	Nicht entscheid- bar	Beh.- fehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.- Fehlers bejaht
Vorwurf des Unterlassens	2158	1334 (61,8 %)	445 (20,6 %)	88 (4,1 %)	291 (13,5 %)	187 (8,7 %)	104 (4,8%)
Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	1472	984 (66,8 %)	349 (23,7 %)	66 (4,5 %)	73 (5,0 %)	34 (2,3 %)	39 (2,6 %)
Falschbehandlung	766	445 (58,1 %)	179 (23,4 %)	39 (5,1 %)	103 (13,4 %)	53 (6,9 %)	50 (6,5 %)
Medikamenten- zwischenfall	557	355 (63,7 %)	98 (17,6 %)	24 (4,3 %)	80 (14,4 %)	34 (6,1 %)	46 (8,3 %)
Pflegefehler	320	190 (59,4 %)	58 (18,1 %)	13 (4,1 %)	59 (18,4 %)	39 (12,2 %)	20 (6,3%)
Vorwurf nicht näher konkretisiert	153	136 (88,9 %)	9 (5,9 %)	8 (5,2 %)	0	0	0

Zur besseren Übersichtlichkeit sind die zu den als zutreffend bejahten Behandlungsfehlervorwürfen in Spalte 5 der **Tabelle 68** dargestellt und unmittelbar nachfolgend der sich auf die Zahlen der Spalte 5 beziehende Anteil an bejahten Behandlungsfehlern mit bejahter (Spalte 6) bzw. verneinter (Spalte 7) Kausalität für den Eintritt des Todes. Darüber hinaus ließ sich in Abhängigkeit von der Klassifikation des Behandlungsfehlervorwurfes auch



ermitteln, wie häufig die gutachterliche Entscheidung über den erhobenen Behandlungsfehlervorwurf bereits unmittelbar auf der Basis der makroskopischen Obduktionsbefunde erfolgen konnte und wie häufig eine Begutachtung erst nach weiterführenden Untersuchungen im Rahmen eines ausführlichen Gutachtens möglich war (**Tabelle 69**). Dabei ist zu Bedenken, dass auch bei einer gutachterlichen Stellungnahme unmittelbar nach Abschluss der Obduktion von den Obduzenten die strengen Beweisanforderungen des Strafrechts zu Grunde gelegt werden müssen. Bereits der Nachweis einer plausiblen konkurrierenden Todesursache führte dazu, dass trotz Bejahung eines Verstoßes gegen anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft jedenfalls die Kausalität für den Todeseintritt nicht mehr bejaht werden konnte.

**Tabelle 69: Zahl der gutachterlichen Entscheidungen in Abhängigkeit von der Begutachtungsgrundlage: auf der Basis der Obduktionsergebnisse oder erst nach weiteren Untersuchungen – Verteilung auf die Behandlungsfehlerarten - mit Mehrfachnennungen (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in der jeweiligen Behandlungsfehlerrubrik)**

Art des Vorwurfs	Gesamtzahl der Vorwürfe	Begutachtung nach Obduktion	Begutachtung nach weiteren Untersuchungen
Vorwurf des Unterlassens	2158	1257 (58,3 %)	901 (41,7 %)
Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	1472	997 (67,7 %)	475 (32,3 %)
Falschbehandlung	766	416 (54,3 %)	350 (45,7 %)
Medikamentenzwischenfall	557	302 (54,2 %)	255 (45,8 %)
Pflegefehler	320	196 (61,3 %)	124 (38,7 %)
Vorwurf nicht konkretisiert	153	143 (93,5 %)	10 (6,5 %)

Wird die Gruppe jener Fälle, in denen eine Begutachtung auf der Basis der makroskopisch festgestellten Obduktionsbefunde erfolgte, differenzierter betrachtet mit Bezug auf die Behandlungsfehlerarten, dann ergibt sich hinsichtlich der gutachterlichen Entscheidungen die in **Tabelle 70** genannte Verteilung.

**Tabelle 70: Ergebnis der Begutachtung nach rechtsmedizinischer Obduktion anhand des vorläufigen Obduktionsgutachtens – bezogen auf die Behandlungsfehlerarten (in Klammer %-Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in der jeweiligen Rubrik)**

Art des Vorwurfs	Gesamtanzahl der Fälle	Beh.-fehler verneint	Beh.-fehler möglich	Nicht entscheidbar	Beh.-fehler bejaht	Davon Kausalität für den Tod bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers für den Tod bejaht
Vorwurf des Unterlassens	1257	837 (66,6 %)	295 (23,5 %)	71 (5,6 %)	54 (4,3 %)	38 (3,0 %)	16 (1,3 %)
Komplikationen bei bzw. nach operativen	997	699 (70,1 %)	234 (23,5 %)	55 (5,5 %)	9 (0,9 %)	6 (0,6 %)	3 (0,3 %)

<b>Eingriffen</b>							
<b>Falschbehandlung</b>	<b>416</b>	<b>260</b> (62,5 %)	<b>113</b> (27,2 %)	<b>32</b> (7,7 %)	<b>11</b> (2,6 %)	<b>7</b> (1,7 %)	<b>4</b> (0,9 %)
<b>Medikamenten- zwischenfall</b>	<b>302</b>	<b>208</b> (68,9 %)	<b>66</b> (21,9 %)	<b>19</b> (6,3 %)	<b>9</b> (2,9 %)	<b>4</b> (1,3 %)	<b>5</b> (1,6 %)
<b>Pflegefehler</b>	<b>196</b>	<b>122</b> (62,2 %)	<b>44</b> (22,5%)	<b>11</b> (5,6 %)	<b>19</b> (9,7 %)	<b>16</b> (8,1 %)	<b>3</b> (1,5 %)
<b>Vorwurf nicht konkretisiert</b>	<b>143</b>	<b>126</b> (88,1 %)	<b>9</b> (6,3 %)	<b>8</b> (5,6 %)	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

In gleicher Weise kann differenziert betrachtet werden, wie das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die 6 Gruppen von Behandlungsfehlerarten lautet, wenn von den Begutachtungsergebnissen nach Durchführung für erforderlich gehaltener weiterer Untersuchungen ausgegangen wird (**Tabelle 71**). Auch in Tabelle 71 beziehen sich die Zahlen der beiden letzten Spalten rechts auf die Tabellenspalte mit den Zahlen zu bejahten Behandlungsfehlern.

**Tabelle 71: Ergebnis der Begutachtung bezogen auf die Behandlungsfehlerarten nach Durchführung weiterer Untersuchungen im Rahmen eines ausführlichen Zusammenhangsgutachtens (abschließende Gutachten)**

<b>Art des Vorwurfs</b>	<b>Gesamt- anzahl der Fälle</b>	<b>Beh- fehler verneint</b>	<b>Beh- fehler möglich</b>	<b>Nicht entscheid- bar</b>	<b>Beh- fehler bejaht</b>	<b>Davon Kausalität für den Tod bei bejahtem Beh.-Fehler verneint</b>	<b>Davon Kausalität des Beh- Fehlers für den Tod bejaht</b>
<b>Vorwurf des Unterlassens</b>	<b>901</b>	<b>497</b> (55,2 %)	<b>150</b> (16,6 %)	<b>17</b> (1,9 %)	<b>237</b> (26,3 %)	<b>149</b> (16,5 %)	<b>88</b> (9,8 %)
<b>Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen</b>	<b>475</b>	<b>285</b> (60,0 %)	<b>115</b> (24,2 %)	<b>11</b> (2,3 %)	<b>64</b> (13,5 %)	<b>28</b> (5,9 %)	<b>36</b> (7,6 %)
<b>Falschbehandlung</b>	<b>350</b>	<b>185</b> (52,9 %)	<b>66</b> (18,9 %)	<b>7</b> (2,0 %)	<b>92</b> (26,2 %)	<b>46</b> (13,1 %)	<b>46</b> (13,1 %)
<b>Medikamenten- zwischenfall</b>	<b>255</b>	<b>147</b> (57,6 %)	<b>32</b> (12,6 %)	<b>5</b> (2,0 %)	<b>71</b> (27,8 %)	<b>30</b> (11,8 %)	<b>41</b> (16,1 %)
<b>Pflegefehler</b>	<b>124</b>	<b>68</b> (54,8 %)	<b>14</b> (11,3 %)	<b>2</b> (1,6 %)	<b>40</b> (32,3 %)	<b>23</b> (18,5 %)	<b>17</b> (13,7 %)
<b>Vorwurf nicht konkretisiert</b>	<b>10</b>	<b>10</b> (100 %)	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Entsprechend der Dominanz des Faches Chirurgie bei der Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe insgesamt zeigt sich an zweiter Stelle hinter dem Vorwurf, es seien gebotene Maßnahmen sorgfaltswidrig unterlassen worden, der Vorwurf nicht bzw. zu spät erkannter Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen. Vorwurfschwerpunkte lassen sich aus den Absolut- bzw. Prozentzahlen nur mit Zurückhaltung ablesen, dies auch weil bereits die Kategorisierung der Behandlungsfehlerarten nicht ganz frei von willkürlichen Zuordnungen gewesen ist. Die niedrige Zahl bejahter Behandlungsfehler bei den Vorwürfen hinsichtlich nicht oder zu spät erkannter operativer Komplikationen reflektiert aber insoweit die Problematik der Behandlungsfehlerbegutachtung, als gerade die Differenzierung zwischen Komplikationen der Grunderkrankung, Komplikationen des zweifelsfrei indizierten operativen Eingriffs und Komplikationen als Folge eines festgestellten Behandlungsfehlers häufig unmöglich sein kann. Selbst wenn ein unstrittig gegebener Behandlungsfehler zum Todeseintritt geführt haben kann oder als Mitursache denkbar ist, so muss gutachterlich bei einer plausiblen alternativen Ursache

(Grunderkrankung, bekannte Komplikation, die auch ohne den Behandlungsfehler eingetreten sein kann) deren führende todesursächliche Bedeutung angenommen werden.

## 9. Ergebnis der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte

Die größte Gruppe der mit Behandlungsfehlervorwürfen konfrontierten Ärzte sind die Krankenhausärzte. Diese waren mit 2809 Fällen am häufigsten mit einem Behandlungsfehlervorwurf konfrontiert. Die Anlässe strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Krankenhausärzte können **Tabelle 72** entnommen werden. Dabei zeigt sich, dass in immerhin 38,7% aller Ermittlungsverfahren gegen Krankenhausärzte der Anlass der Verfahren auf Angaben des Leichenschauarztes in der Todesbescheinigung zurückzuführen ist.

**Tabelle 72: Strafrechtliche Ermittlungsverfahren in Abhängigkeit vom Anlass des Verfahrens gegen Krankenhausärzte - absolute Zahlen und prozentualer Anteil aller Fälle mit Behandlungsfehlervorwürfen gegen Krankenhausärzte**

Anlass des Verfahrens	Fallzahl	%-Anteil
Angabe der Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nicht-natürlich“	1087	38,7 %
Anlass des Ermittlungsverfahrens nicht zu klären	807	28,7 %
Vorwurf durch Angehörige (einschl. Freunde, Betreuer etc.)	557	19,8 %
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	161	5,7 %
Strafanzeige der Angehörigen und gleichzeitig Angabe einer nicht geklärten oder nicht-natürlichen Todesart in der Todesbescheinigung	116	4,1 %
Kein formelles Ermittlungsverfahren, nur Todesermittlungsverfahren	40	1,4 %
Selbstanzeige des Arztes/der Ärzte	19	0,7 %
Anzeige des Patienten selbst noch zu Lebzeiten	11	0,4 %
Anonyme Strafanzeige	5	0,2 %
Sonstiges	5	0,2 %
Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter (insbes. Pflegepersonal)	1	0,04 %

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen und Einschätzungen in der Literatur (EISENMENGER 1978, GIORDANO 1993, HIRSCH 1994, KNIGHT 1997, TANIDA 2002, WELLS 1999) ist auch bei den strafrechtlichen Ermittlungsverfahren gegen Krankenhausärzte das Fachgebiet Chirurgie am häufigsten betroffen, gefolgt von der Inneren Medizin. Die Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe gegen Krankenhausärzte auf die einzelnen medizinischen Disziplinen ist in **Tabelle 73** angegeben.

**Tabelle 73: Verteilung der von einem Behandlungsfehlervorwurf betroffenen Krankenhausärzte auf die einzelnen medizinischen Fachdisziplinen**

<b>Betroffene Fachdisziplin</b>	<b>Fallzahl – in Klammern der prozentuale Anteil an der Gesamtfallzahl in dem jeweiligen Fachgebiet</b>	<b>Gesamtzahl der Fälle in dem jeweiligen Fachgebiet</b>
Innere Medizin	597 (85,5 %)	698
Allgemeinchirurgie	490 (93,9 %)	522
Unfallchirurgie	455 (99,8 %)	456
Unbekannt	261 (48,9 %)	534
Anästhesiologie	142 (90,4 %)	157
Neurochirurgie	103 (97,2 %)	106
Orthopädie	96 (75,6 %)	127
Gefäßchirurgie	86 (97,7 %)	88
Herzchirurgie	69 (100,0 %)	69
Gynäkologie	68 (77,3 %)	88
Psychiatrie	60 (88,2 %)	68
Geburtshilfe	58 (93,5 %)	62
Urologie	56 (83,6 %)	67
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	54 (73,0 %)	74
Pädiatrie	47 (54,0 %)	87
Notaufnahme	45 (100,0 %)	45
Neurologie	40 (81,6 %)	49
Radiologie	32 (64,0 %)	50
Kinderchirurgie	11 (100,0 %)	11
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	8 (88,9 %)	9
Strahlentherapie	8 (88,9 %)	9
Dermatologie	5 (71,4 %)	7
Andere Fachrichtungen	5 (2,6 %)	195
Kosmetische Chirurgie	4 (80,0 %)	5
Augenheilkunde	4 (40,0 %)	10
Zahnmedizin	3 (16,7 %)	18
Tropenmedizin	1 (100,0 %)	1
Hygiene	1 (100,0 %)	1
Summe	2809 (63,1 %)	4450

Die Vorwürfe sind, wie in **Tabelle 74** dargestellt, näher klassifiziert worden entsprechend der Einteilung in 6 Gruppen (siehe oben).

**Tabelle 74: Art des Behandlungsfehlervorwurfes nur gegen Krankenhausärzte (mit Mehrfachnennungen, da mehrfache Vorwürfe)**

<b>Art des Vorwurfs</b>	<b>Fallzahl</b>
Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	1336
Vorwurf des Unterlassens	1136
Falschbehandlung	474
Medikamentenzwischenfall	273
Vorwurf nicht näher konkretisiert	153
Pflegefehler	108
Gesamtzahl der Vorwürfe gegen Krankenhausärzte	3480

Nach der dargelegten Klassifizierung der Art des Behandlungsfehlervorwurfes lassen sich auch die Behandlungsfehlervorwürfe gegen Krankenhausärzte näher betrachten, wie **Tabelle 75** verdeutlicht.

**Tabelle 75: Klassifizierung der bejahten Behandlungsfehlervorwürfe mit bejahter Kausalität für den Tod bei Krankenhausärzten nach der Art der Vorwürfe (n=98)**

Art des bejahten Behandlungsfehlers bei Krankenhausärzten	Fallzahl
Vorwurf des Unterlassens	45
Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	21
Medikamentenzwischenfall	17
Falschbehandlung	13
Pflegefehler	2
Vorwurf nicht konkretisiert	0
Summe	98

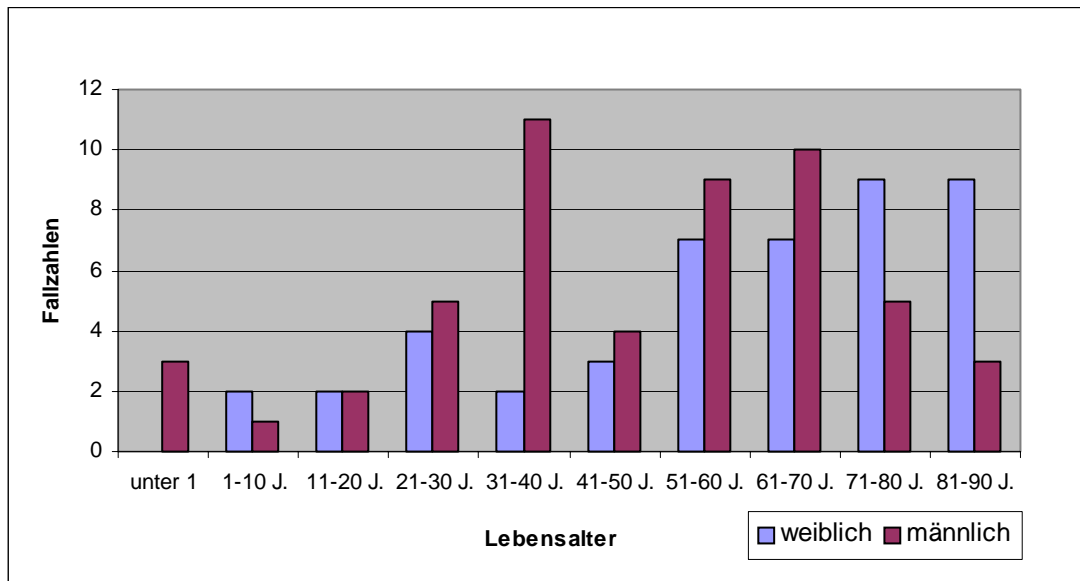
Die Ergebnisse der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen mit behauptetem letalen Ausgang betreffend Krankenhausärzte sind nachfolgend im Überblick dargestellt. **Tabelle 76** zeigt das Ergebnis der Begutachtung mit den Gesamtfallzahlen sowie die jeweils erforderlich gewesene Begutachtungsgrundlage (Klärung schon nach Obduktion oder erst im Rahmen nachfolgender Gutachten).

**Tabelle 76: Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe gegen Krankenhausärzte (absolute Fallzahlen)**

Ergebnis der Begutachtung	Gesamtfallzahl	Klärung nach Obduktion	Klärung nach Gutachten
Behandlungsfehler verneint	1846	1256	590
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung durch ein empfohlenes Fachgutachten	316	147	169
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung durch weitere Ermittlungen/Zusatzinformationen	314	288	26
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod verneint oder fraglich	122	18	104
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für den Tod bejaht	98	15	83
Behandlungsfehlervorwurf nicht zu klären bzw. keine Stellung genommen	59	46	13
Gutachten bleibt vorbehalten	57	53	4

Betrachtet man das Alter und Geschlecht der betroffenen Patienten, bei denen ein Behandlungsfehlervorwurf gegen Krankenhausärzte erhoben wurde, so fällt auf, das mit

zunehmendem Alter (ab 70 J.) Patientinnen häufiger betroffen sind, während bis zu diesem Alter mehr männliche Patienten betroffen waren (**Abb. 30**).



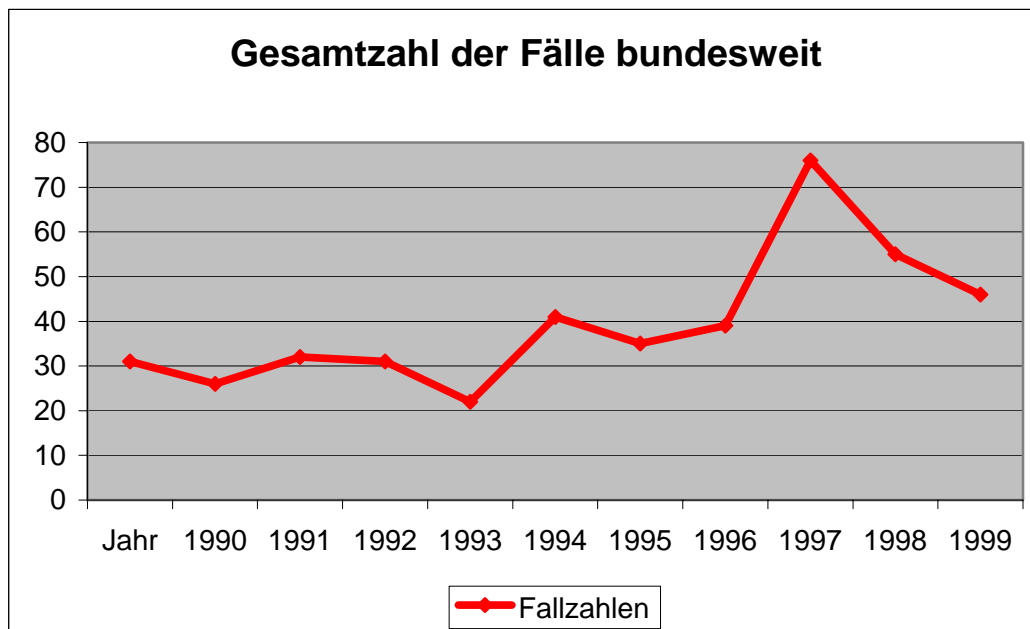
**Abb. 30: Alter und Geschlecht der Patienten bei bejahten Behandlungsfehlern mit bejahter Kausalität für den Tod bei Krankenhausärzten.**

## 10. Behandlungsfehlervorwürfe mit nicht-letalem Ausgang

Neben Behandlungsfehlervorwürfen mit behauptetem letalem Verlauf konnten rechtsmedizinisch begutachtete Behandlungsfehlervorwürfe ohne letalen Verlauf ausgewertet werden (Studie II).

### 10.1 Einleitung

Untersuchungen zum Beschwerdeverhalten von Patienten bei aus Patientensicht gegebenem Verdacht, es sei zu einem Behandlungsfehler gekommen, liegen kaum vor. Der Patient, ohnehin beschäftigt mit seiner Krankheit bzw. seinen Erkrankungen, erlebt sich in seiner Position als medizinischer Laie als abhängig von den Informationen der behandelnden Ärzte. Da er regelmäßig fachlich im Einzelfall keine hinreichenden eigenen Kenntnisse hat, wird sein Verhalten zwangsläufig in erheblichem Umfang vom bloßen Vertrauen zu den Ärzten getragen sein müssen. Wie die Entwicklung der Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in den letzten Jahren sowohl bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern (zuletzt EISSLER 2004) als auch im Fach Rechtsmedizin zeigt (**Abb. 31**), steigt die Zahl der jährlichen Vorwürfe langsam aber kontinuierlich.



**Abb. 31: Entwicklung der Fallzahlen nicht-letaler Behandlungsfehlervorwürfe; Gesamtzahl aller analysierten Fälle**

Zunehmend wächst offenbar die Bereitschaft von Patienten, im Fall eines Behandlungsfehlerverdachts eine Klärung einzufordern. Dabei sind in dem gegebenen Spannungsfeld zahlreiche Einflussfaktoren wirksam:

- Der Patient ist zunächst primär mit seiner Krankheit und deren Prognose beschäftigt.
- Dem Patienten fehlen im Regelfall eigene medizinische Kenntnisse, um den Behandlungsfehlerverdacht entkräften oder auch zu begründen, es bleibt das diffuse Gefühl, es sei „etwas schiefgelaufen“.
- Hierarchieglauben und der Respekt vor der fachlichen Autorität der Ärztinnen und Ärzte lässt Patienten zögern, Fragen nach einem möglichen Behandlungsfehler aufzuwerfen.

- Insofern wird von einer schwer beurteilbaren Dunkelziffer bei der Zahl der Behandlungsfehlerverdachtsfälle ausgegangen werden müssen
- Eine auch aus Patientensicht akzeptable neutrale Instanz, z.B. einen Patientenombudsmann, die zum Zwecke der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts bereits vor Ort (im Krankenhaus bzw. in der Klinik) konsultiert werden könnte, gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nicht.
  - Patientennahe institutionalisierte Gremien als Anlaufstelle für Patienten sind derzeit nicht systematisch aufgebaut, wenngleich mittlerweile Krankenkassen sich als Ansprechpartner anbieten, siehe z.B. die von der BEK eingerichtete „Behandlungsfehler-Hotline“.
  - Vorhandene Anlaufstellen werden teilweise mit Misstrauen betrachtet, weil diese Instanzen als Einrichtungen der Ärzteschaft gesehen werden (Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammer) und zugleich Gremien ohne Beteiligung von Patientenvertretern sind.
  - Die Patienten, die auf einer Klärung ihres Behandlungsfehlerverdachts bestehen, wählen unter Umständen den Weg zu einem Rechtsanwalt. Dieser wird mangels eigener medizinischer Kenntnisse in einem zivil- oder strafrechtlichen Verfahren die Heranziehung von medizinischen Sachverständigen beantragen, womit bereits frühzeitig eine konfrontative Situation entsteht.
  - Selten ist ein Patient bereit, einen Behandlungsfehlerverdacht zunächst ohne formelles Verfahren und auf eigene Kosten gutachterlich klären zu lassen.

In Ergänzung der oben vorgestellten Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen mit behauptetem letalen Verlauf sind Behandlungsfehlervorwürfe von Patientinnen und Patienten, die – im Regelfall mit anwaltlicher Unterstützung – einen Behandlungsfehlervorwurf und neben zivilrechtlichen Ansprüchen (Schadensersatz, Schmerzensgeld) auch strafrechtlich relevante Vorwürfe erhoben haben, erfasst worden. Im Rahmen des dann eingeleiteten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens wurden rechtsmedizinische Gutachten zur Klärung des Behandlungsfehlervorwurfes von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegeben. Im Einzelfall musste im rechtsmedizinischen Gutachten bei festgestelltem Behandlungsfehler zusätzlich Stellung genommen werden zur Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler und einem angegebenen gesundheitlichen Schaden. Gerade der zuletzt genannte Aspekt findet auf Patientenseite häufig wenig Verständnis, wenn nach der Bejahung eines Behandlungsfehlers die Kausalität zum gesundheitlichen Schaden auch mit Blick auf die strengen Beweisanforderungen im Strafrecht verneint werden musste.

## **10.2 Datenerhebung, Analyse, Auswertung**

Die genannten Unterlagen wurden ausgewertet an Hand des oben vorgestellten speziell konzipierten und standardisierten „Daten-Erhebungsbogens“ (siehe Seiten 18 bis 21). Auch hier wurde die benutzte Datenbank eigens für diese ergänzende Datenerhebung im Programm Microsoft Access entworfen und programmiert. Der Aufbau der Datenbank entspricht dem entworfenen Erhebungsbogen mit Modifikationen.

Wiederum erhielt jedes in die Studie aufgenommene Gutachten eines rechtsmedizinischen Institutes zur Anonymisierung - beginnend mit dem jeweils ältesten Gutachten - eine Identitätsnummer, bestehend aus dem Kfz-Kennzeichen der Stadt des rechtsmedizinischen Institutes und anschließender fortlaufender Nummerierung. Eine Rückverfolgbarkeit anhand der erhobenen Daten ist nur mit erheblichem Aufwand in den Archiven des rechtsmedizinischen Institutes möglich. Die Verwendung der elektronischen Datenbank ermöglicht die computergestützte differenziertere Auswertung der erfassten Daten unter verschiedenen Fragestellungen sowie die graphische Darstellung der Ergebnisse. Im folgenden wurde für die



Darstellung der erhobenen Daten teils eine Graphik erstellt, teils die tabellarische Angabe von Absolutzahlen gewählt, ergänzt durch Prozentangaben.

### 10.3 Ergebnisse

Insgesamt wurden 434 rechtsmedizinische Gutachten zum Vorwurf eines ärztlichen Behandlungsfehlers aus 8 deutschen Instituten für Rechtsmedizin für diese zweite Studie ausgewertet.

Die im Rahmen dieser Studie teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute sind in der nachfolgenden **Tabelle 77** genannt.

**Tabelle 77: Einbezogene Institute für Rechtsmedizin (n=8) für die Erhebung von Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen mit nicht-letalem Verlauf**

Institut für Rechtsmedizin	Bundesland
Bonn	Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen
Erlangen-Nürnberg	Bayern
Frankfurt/M.	Hessen
Greifswald	Mecklenburg-Vorpommern
Hamburg	Hamburg
Köln	Nordrhein-Westfalen
Würzburg	Bayern

Die absoluten Fallzahlen sind für jedes teilnehmende Institut für Rechtsmedizin in **Tabelle 78** gesondert aufgeführt.

**Tabelle 78: Anzahl der analysierten Behandlungsfehlervorwürfe mit nicht-letalem Verlauf je Institut für Rechtsmedizin (n=8)**

Institut	Gesamtzahl der erfassten Fälle
Hamburg	129
Erlangen	110
Frankfurt/M.	53

<b>Köln</b>	<b>43</b>
<b>Bonn</b>	<b>35</b>
<b>Greifswald</b>	<b>31</b>
<b>Würzburg</b>	<b>22</b>
<b>Düsseldorf</b>	<b>11</b>
<b>Summe</b>	<b>434</b>

#### 10.4 Anlässe der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren

Regelmäßig wurde die jeweils zuständige Staatsanwaltschaft entweder vom Patienten persönlich (selten), häufiger jedoch von dessen Rechtsanwalt über einen Sachverhalt informiert, der aus Patientensicht den Vorwurf eines Behandlungsfehlers hinreichend begründen sollte. Ein dann eingeleitetes Verfahren wegen des Verdachts auf eine fahrlässige Körperverletzung im Rahmen der ärztlichen Maßnahmen setzte damit zunächst voraus, dass der Sachverhalt der Staatsanwaltschaft hinreichend substantiiert erschien, um einen entsprechenden Anfangsverdacht begründen zu können (§ 152 StPO). Einerseits sind die Anforderungen an eine Begründung des Behandlungsfehlerverdachts nach rechtsmedizinischer Erfahrung eher niedrig angesetzt und andererseits ist auch die Staatsanwältin bzw. der Staatsanwalt als medizinischer Laie nicht in der Lage, zu entscheiden, ob aus medizinischer Sicht ein Behandlungsfehlerverdacht sicher abwegig ist.

Dabei wird nach rechtsmedizinischer Erfahrung im Hinblick auf die besondere Verantwortung des Arztberufes in Zweifelsfällen wohl regelmäßig ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft bejaht. Allerdings ist zuzugestehen, dass zuverlässige Daten zum Umgang der Staatsanwaltschaften mit Behandlungsfehlervorwürfen nicht vorliegen. Jene Fälle, in denen die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens gegen die behandelnden Ärzte mangels hinreichenden Tatverdachts abgelehnt wurde, sind auch in der vorliegenden Studie nicht erfasst. Ebenso nicht erfasst werden konnten Behandlungsfehlervorwürfe, bei denen der staatsanwaltschaftliche Gutachtensauftrag an einen medizinischen Sachverständigen außerhalb des Faches Rechtsmedizin ging. Dies dürfte durchaus häufiger der Fall sein als bei behauptetem letalen Verlauf eines Behandlungsfehlers, da aus der Art des Behandlungsfehlervorwurfes hier schon ersichtlich sein kann, welche medizinische Fachdisziplin primär betroffen ist und es keiner Obduktion zur Todesursachenklärung bedarf. Zur Benennung geeigneter klinischer Gutachter können sich die Staatsanwaltschaften insbesondere an die Ärztekammern wenden (Nr. 70 RiStBV). Die Anlässe für ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen eines vom Patienten geäußerten Behandlungsfehlervorwurfes ohne letalen Verlauf sind in **Tabelle 79** dargestellt.

**Tabelle 79: Nach Auswertung der Unterlagen festgestellte Anlässe für ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren**

<b>Anlass des Verfahrens</b>	<b>Anzahl der Fälle (%)</b>
<b>Anzeige der Patienten selbst</b>	<b>220 (50,7)</b>

<b>Anlass der Ermittlung ist nicht zu klären</b>	<b>132 (30,4)</b>
<b>Vorwürfe/Strafanzeige durch die Angehörigen (einschl. Freunde, Betreuer)</b>	<b>74 (17,1)</b>
<b>Sonstiges</b>	<b>2 (0,5)</b>
<b>Anzeige eines mit - oder nachbehandelnden Arztes</b>	<b>3 (0,7)</b>
<b>Selbstanzeige des Arztes/ der Ärzte</b>	<b>1 (0,2)</b>
<b>Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter (insbes. Pflegepersonal)</b>	<b>1 (0,2)</b>
<b>Anonyme Strafanzeige</b>	<b>1 (0,2)</b>
<b>Summe</b>	<b>434</b>

#### **10.4.1 Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes – getrennt nach Tätigkeitsfeldern**

Die Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes ließen sich wie in **Tabelle 80** angegeben ermitteln. Mit deutlichem Abstand am häufigsten betroffen sind auch bei den nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen Krankenhausärzte mit 245 von 434 erfassten Fällen (entsprechend 56,5 %). Die nächstfolgende Gruppe sind die niedergelassenen Ärzte mit 118 von 434 erfassten Fällen (entsprechend 27,2 %).

**Tabelle 80: Verteilung der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe (n=434) auf verschiedene Arztgruppen bzw. Berufsgruppen**

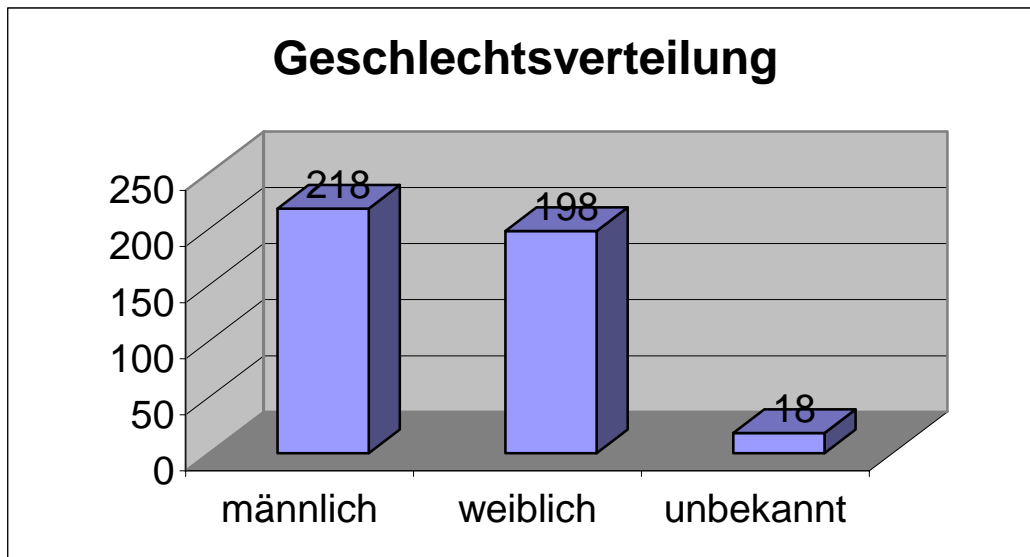
<b>Ermittlungsverfahren gegen</b>	<b>Fallzahl (Prozent der Gesamtfallzahl)</b>
<b>Krankenhausärzte</b>	<b>245 (56,5 %)</b>
<b>Niedergelassenen Arzt</b>	<b>118 (27,2 %)</b>
<b>Notdienstarzt</b>	<b>18 (4,1 %)</b>
<b>Einen Arzt*</b>	<b>17 (3,9 %)</b>
<b>Pflegepersonal</b>	<b>13 (3,0 %)</b>
<b>Heilpraktiker</b>	<b>6 (1,3 %)</b>
<b>Notarzt</b>	<b>5 (1,1 %)</b>
<b>Mehrere Ärzte*</b>	<b>4 (0,9 %)</b>
<b>AiP'ler/in</b>	<b>2 (0,5 %)</b>

<b>Rettungssanitäter/-assistenten</b>	<b>2 (0,5 %)</b>
<b>Belegarzt</b>	<b>2 (0,5 %)</b>
<b>Sonstige</b>	<b>2 (0,5 %)</b>
<b>Summe</b>	<b>434</b>

\* Nähere Angaben nicht erhältlich

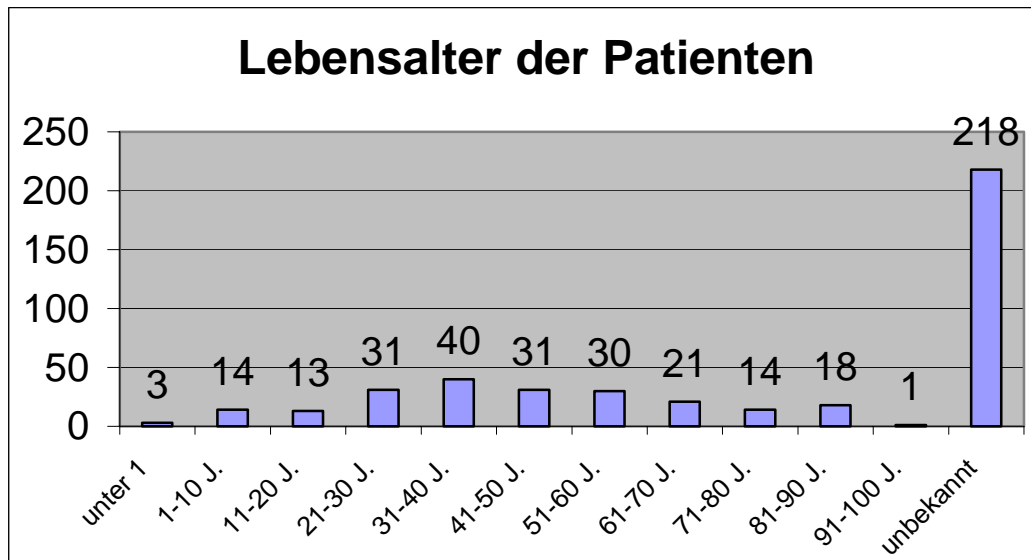
## 10.5 Betroffene Patienten

Männliche wie weibliche Patienten haben zu etwa gleichen Anteilen einen Behandlungsfehlervorwurf erhoben, in einigen Fällen ging das Geschlecht der Patienten aus den ausgewerteten Unterlagen nicht hervor (Abb. 32).



**Abb. 32** Geschlecht der einen Behandlungsfehlervorwurf erhebenden Patientinnen und Patienten (n=434)

Das Lebensalter der betroffenen Patienten war in den meisten Fällen (n=218) nicht eruierbar (Abb. 33). In den anderen Fällen ist eine geringfügige Häufung in der Altersklasse der 31 bis 40jährigen festzustellen. Unterstellt man eine relativ größere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit zunehmendem Lebensalter, dann erheben ältere Patienten relativ seltener Behandlungsfehlervorwürfe. Dies mag einerseits damit zusammenhängen, dass bei älteren und multimorbiden Patienten gegebene gesundheitliche Defizite ohnehin kausal häufig nicht auf einen (behaupteten) Behandlungsfehler zurückzuführen sind, andererseits erfordert auch die Verfolgung eigener Interessen im Rahmen anwaltlicher bzw. gerichtlicher Verfahren eine hinreichende Vitalität. Bei alten Menschen dürfte die Bereitschaft zur Akzeptanz eines gesundheitlichen Schadens, verbunden mit einer erhöhten Bereitschaft zur Resignation, ebenfalls die Verfolgung von Behandlungsfehlervorwürfen beeinflussen. Unter Umständen wird diese Aufgabe von einer/einem Bevollmächtigten, bei eingeschränkter Geschäftsfähigkeit von einer Betreuerin/einem Betreuer übernommen werden müssen.



**Abb. 33: Lebensalter der einen Behandlungsfehlervorwurf erhebenden Patientinnen und Patienten (n=434)**

## 10.6 Verteilung der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe auf die einzelnen medizinischen Fachdisziplinen bzw. Gebiete

Bei der Datenerfassung konnte unabhängig vom betroffenem Fachgebiet eine Differenzierung hinsichtlich des Vorwurfes zwischen operativer Medizin einschließlich minimal-invasiver Verfahren bzw. Endoskopie, konservativer Medizin, Intensivmedizin und Naturheilverfahren bzw. alternativer Medizin vorgenommen werden. Diese Einteilung wurde allein aufgrund der beanstandeten Maßnahme getroffen, so dass sich auch in konservativen Fächern Vorwürfe finden, die operative Maßnahmen betreffen, und in klassischen operativen Fächern Beschuldigungen betreffend eine konservative Behandlung. Die unterschiedliche Zahl der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren bezogen auf die einzelnen medizinischen Disziplinen bzw. Fachgebiete ist in **Tabelle 81** dargestellt. Wenn auch weniger deutlich, so wird auch hier mit 20% am häufigsten das Fachgebiet Chirurgie von den einen Behandlungsfehlervorwurf erhebenden Patientinnen und Patienten genannt.

**Tabelle 81: Verteilung der Patientenvorwürfe bzw. staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete (absolute Zahlen und prozentualer Anteil bei allen teilnehmenden Instituten für Rechtsmedizin (n=434))**

Fachgebiet	Fallzahl (Prozent der Gesamtzahl)
<b>Chirurgie (Summe)</b>	<b>87 (20,0 %)</b>
Allgemeinmedizin	60 (13,8 %)
Unbekannt	55 (12,7 %)
Gynäkologie	48 (11,0 %)
Innere Medizin	38 (8,7 %)

<b>Hausarzt/praktischer Arzt</b>	<b>23 (5,3 %)</b>
<b>Andere Fachrichtungen</b>	<b>16 (3,7 %)</b>
<b>Anästhesiologie</b>	<b>14 (3,2 %)</b>
<b>Notdienststarzteinsatz</b>	<b>13 (3,0 %)</b>
<b>Orthopädie</b>	<b>11 (2,5 %)</b>
<b>Geburtshilfe</b>	<b>7 (1,6 %)</b>
<b>Naturheilverfahren</b>	<b>7 (1,6 %)</b>
<b>Neurologie</b>	<b>7 (1,6 %)</b>
<b>Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde</b>	<b>6 (1,4 %)</b>
<b>Urologie</b>	<b>6 (1,4 %)</b>
<b>Pädiatrie</b>	<b>6 (1,4 %)</b>
<b>Dermatologie</b>	<b>5 (1,2 %)</b>
<b>Notarzteinsatz</b>	<b>5 (1,2 %)</b>
<b>Notaufnahme</b>	<b>5 (1,2 %)</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>5 (1,2 %)</b>
<b>Zahnmedizin</b>	<b>4 (0,9 %)</b>
<b>Radiologie</b>	<b>3 (0,7 %)</b>
<b>Augenheilkunde</b>	<b>2 (0,5 %)</b>
<b>Tropenmedizin</b>	<b>1 (0,2 %)</b>
<b>Summe</b>	<b>434</b>

### **10.6.1 Anzahl der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe von 1990 bis 2000 – Verteilung auf das Fachgebiet Chirurgie**

Die analysierten Fälle von Patientenvorwürfen betreffend das Fachgebiet Chirurgie sind in **Tabelle 82** genannt, dort differenziert nach chirurgischen Spezialdisziplinen.

**Tabelle 82: Innerhalb der Chirurgie betroffene chirurgische Spezialdisziplinen**

	<b>Prozentualer Anteil</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
--	----------------------------	----------------------------

<b>Fachgebiet</b>	<b>Anzahl der Fälle</b>	<b>an der Gesamtzahl (n=434)</b>	<b>an der Gesamtzahl der Chirurgischen Fächer (n=87)</b>
<b>Allgemeinchirurgie</b>	<b>44</b>	<b>10,1 %</b>	<b>50,6 %</b>
<b>Unfallchirurgie</b>	<b>29</b>	<b>6,7 %</b>	<b>33,3 %</b>
<b>Gefäßchirurgie</b>	<b>5</b>	<b>1,1 %</b>	<b>5,7 %</b>
<b>Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie</b>	<b>3</b>	<b>0,7 %</b>	<b>3,4 %</b>
<b>Neurochirurgie</b>	<b>3</b>	<b>0,7 %</b>	<b>3,4 %</b>
<b>Kinderchirurgie</b>	<b>1</b>	<b>0,2 %</b>	<b>1,2 %</b>
<b>Kosmetische Chirurgie</b>	<b>1</b>	<b>0,2 %</b>	<b>1,2 %</b>
<b>Herzchirurgie</b>	<b>1</b>	<b>0,2 %</b>	<b>1,2 %</b>
<b>Summe</b>	<b>87</b>		

### **10.6.2 Andere Fachgebiete**

In den übrigen medizinischen Fachgebieten fanden sich sehr niedrige Fallzahlen, so dass auf eine gesonderte differenzierte Darstellung verzichtet werden kann. Insgesamt demonstriert die relativ niedrige Zahl an Behandlungsfehlervorwürfen ohne letalen Vorlauf, dass sich die Patientinnen und Patienten ganz offenbar in erster Linie nicht an die Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) wenden, sondern offenbar eher an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, an die Krankenkassen, unter Umständen auch unmittelbar an die Gerichte zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen und Schmerzensgeld. Der Weg zur Staatsanwaltschaft mit dem Ziel einer (zusätzlichen) strafrechtlichen Ahndung nach Feststellung eines festgestellten Behandlungsfehlers wird somit vergleichsweise selten beschritten.

### **10.7 Differenzierung der nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe**

Neben der Analyse der Fallzahlentwicklung in den einzelnen insbesondere großen medizinischen Fachdisziplinen wurde für die Art des Behandlungsfehlervorwurfes vom inhaltlichen Schwerpunkt des Vorwurfes ausgegangen. Danach konnte auch hier wie folgt klassifiziert werden:

1. Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen
2. Medikationszwischenfall
3. Komplikationen bei operativen Eingriffen
4. Falschbehandlung
5. Pflegefehler
6. Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

Betrachtet man die einzelnen Arten behaupteter letaler Behandlungsfehler, dann lassen sich diese orientierend in gleicher Weise beschreiben wie bereits bei den Behandlungsfehlervorwürfen mit letalem Verlauf. Die Analyse der untersuchten Behandlungsfehlervorwürfe im Hinblick auf die Art des erhobenen Vorwurfes und deren Klassifikation ergibt die in **Tabelle 83** genannten Zahlen.

**Tabelle 83: Verteilung der unterschiedlichen Arten von Patientenvorwürfen (Gesamtzahl der Fälle aller teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute) – mit Mehrfachnennungen, prozentualer Anteil an der Gesamtfallzahl (n=434) in Klammern**

Art des Vorwurfes	Fallzahl
Vorwurf des Unterlassens	211 (48,6 %)
Falschbehandlung	124 (28,6 %)
Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen	90 (20,7 %)
Medikationszwischenfall	78 (18,0 %)
Pflegefehler	31 (7,1 %)
Vorwurf des Durchführens unnötiger medizinischer Maßnahmen	31 (7,1 %)
Vorwurf nicht näher konkretisiert	9 (2,1 %)

### 10.7.1 Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen

Der Vorwurf, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen sorgfaltswidrig unterlassen worden, wurde insgesamt in 211 Fällen erhoben. Die Verteilung derartiger Vorwürfe auf die einzelnen medizinischen Berufsgruppen findet sich in **Tabelle 84**.

**Tabelle 84: Anzahl der Vorwürfe des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen in den einzelnen Berufsgruppen (n=211)**

Vorwurf des Unterlassens gegen	Fallzahl
Krankenhausärzte	134
Niedergelassene Ärzte	47
Notdienstarzt	15
Einen Arzt	4
Pflegepersonal	3
Notarzt	2
AiP/ÄiP	2
Rettungssanitäter/-Assistenten	2
Belegarzt	1
Mehrere Ärzte	1
Summe	211



Die differenzierte Betrachtung der Behandlungsfehlervorwürfe mit dem Vorwurfschwerpunkt, es seien gebotene diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen unterlassen worden, erlaubt eine Differenzierung in Vorwürfe in mangelhafte medizinische Diagnostik, verspätete Reaktionen auf postoperative Komplikationen und in Einzelfällen wurde der Vorwurf erhoben, infolge unzureichender Überwachung von Berufsanfängern sei es zu einem Behandlungsfehler gekommen (**Tabelle 85**). Ein erheblicher Teil der Behandlungsfehlervorwürfe mit behauptetem Unterlassen erforderlicher Maßnahmen war derart einzelfallbezogen, dass eine weitere Subklassifizierung nicht sinnvoll erscheint.

**Tabelle 85: Differenzierung der Art des Behandlungsfehlervorwurfes in Fällen mit dem Vorwurfschwerpunkt, es seien gebotene Maßnahmen unterlassen worden**

Sonstiges	Vorwurf mangelnder Diagnostik	Verspätete Reaktion auf postoperative Komplikationen	Unzureichende Überwachung von Berufsanfängern	Fallzahl
+	-	-	-	82
-	+	-	-	79
+	+	-	-	29
-	-	+	-	14
-	-	-	+	4
-	+	+	-	2
+	-	+	-	1
Gesamt 112	Gesamt 110	Gesamt 17	Gesamt 4	Gesamt 211

Während hier in 117 von 211 Fällen ein Behandlungsfehler rechtsmedizinisch-gutachterlich verneint und in insgesamt 64 Fällen bejaht wurde, konnte ein kausaler Zusammenhang zwischen einem bejahten Behandlungsfehler und einem körperlichen Schaden des Patienten in 24 Fällen bejaht, in 23 Fällen jedoch verneint werden. Die übrigen 17 Fälle waren solche mit zwar erhobenem Behandlungsfehlervorwurf, jedoch ohne Angabe des Patienten, welche Folgen der behauptete Behandlungsfehler gehabt habe, d.h. es fehlte eine Angabe von Beschwerden (**Tabelle 86**).

**Tabelle 86: Ergebnisse der Begutachtung bei den Vorwürfen des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen**

Ergebnis der Begutachtung der Unterlassens-Vorwürfe (n= 211)	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	117
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht	24

Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint oder fraglich	23
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	19
Behandlungsfehler bejaht – keine Stellungnahme zur Kausalität	17
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	11
Summe	211

### 10.7.2 Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten (Medikationszwischenfälle)

Von Patientenseite behauptete behandlungsfehlerhafte Medikationszwischenfälle verteilten sich auf die medizinischen Berufsgruppen wie in **Tabelle 87** dargestellt.

**Tabelle 87: Verteilung der Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten auf die einzelnen Berufsgruppen (n= 78)**

Berufsgruppe	Fallzahl
Niedergelassene Ärzte	35
Krankenhausärzte	31
Notdienstarzt	3
Heilpraktiker	3
Mehrere Ärzte	2
Notarzt	2
Pflegepersonal	1
Einen Arzt	1
Summe	78

Die jeweils betroffene medizinische Disziplin war in 24 von 78 Fällen nicht exakt bestimmbar, im Übrigen waren nach dem Gebiet der Allgemeinmedizin und den Hausärzten bzw. praktischen Ärzten kleine Fallzahlen in den in **Tabelle 88** gelisteten Disziplinen zu verzeichnen.

**Tabelle 88: Verteilung der Vorwürfe behaupteter fehlerhafter Medikation auf die verschiedenen medizinischen Fachgebiete**

Fachgebiet	Fallzahl
Unbekannt	24
Allgemeinmedizin	12
Hausarzt/praktischer Arzt	9

<b>Innere Medizin</b>	<b>5</b>
<b>Naturheilverfahren</b>	<b>4</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>4</b>
<b>Anästhesiologie</b>	<b>3</b>
<b>Notdienststarzteinsatz</b>	<b>3</b>
<b>Allgemeinchirurgie</b>	<b>2</b>
<b>Dermatologie</b>	<b>2</b>
<b>Neurologie</b>	<b>2</b>
<b>Notarzteinsatz</b>	<b>2</b>
<b>Pädiatrie</b>	<b>2</b>
<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>	<b>1</b>
<b>Notaufnahme</b>	<b>1</b>
<b>Orthopädie</b>	<b>1</b>
<b>Urologie</b>	<b>1</b>
<b>Summe</b>	<b>78</b>

Auch hier wurde der behauptete Medikationsfehler nach Durchsicht der Unterlagen differenzierend klassifiziert. Die Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten (Medikationsfehler) lassen sich orientierend in 7 Gruppen einteilen:

- Vorwurf der Gabe eines falschen oder kontraindizierten Medikamentes (außer Kontrastmittel) - z. B. bei bekannter Allergie.
- Vorwurf der fehlerhaften Dosierung von Medikamenten.
- Vorwurf mangelnder Aufklärung über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW).
- Allergische Reaktionen auf die Gabe von Kontrastmitteln bzw. Kontrastmittelzwischenfälle bei der radiologischen Diagnostik.
- Fehlerhafte Injektionen oder Infusionen (Verwechslung von Infusionsampullen bzw. Infusionsflaschen; Spritzenverwechslung, unzulässige Applikationsart etc.).
- Fehlerhafte Rezeptierung von Medikamenten.
- Sonstiges (nicht näher klassifizierbare Medikationsfehler).

In 46 von 78 behaupteten Fällen einer fehlerhaften Medikation wurde gutachterlich ein Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Sorgfalt verneint, in 26 Fällen bejaht. Jedoch war in nur 10 der 26 Fälle eines bejahten Behandlungsfehlers auch der kausale Zusammenhang zu einem vom Patienten erlittenen Schaden festgestellt worden (**Tabelle 89**).

**Tabelle 89: Ergebnis der Begutachtung zum Vorwurf einer fehlerhaften Medikation (n=78)**

Ergebnis der Begutachtung	Fallzahl
Behandlungsfehler verneint	46
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht	10
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint oder fraglich	9
Behandlungsfehler bejaht – keine Stellungnahme zur Kausalität	7
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	4
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	2
Summe	78

### 10.7.3 Verspätetes Erkennen postoperativer Komplikationen

In 90 Fällen wurde von Patientenseite der Vorwurf erhoben, das behandlungsfehlerhafte verspätete Erkennen einer postoperativen Komplikation habe zu einem Schaden geführt. Derartige Vorwürfe betrafen 73x Krankenhausärzte, 13x niedergelassene Ärzte, 2x lediglich einen einzelnen Arzt, je 1x einen Notdienstarzt bzw. mehrere Ärzte (**Tabelle 90**).

**Tabelle 90: Anzahl der Vorwürfe im Zusammenhang mit operativen Maßnahmen in den einzelnen Berufsgruppen (n=90)**

Vorwurf im Zusammenhang mit Operationen gegen	Fallzahl
Krankenhausärzte	73
Niedergelassene Ärzte	13
Einen Arzt	2
Notdienstarzt	1
Mehrere Ärzte	1
Summe	90

Bei differenzierterer Betrachtung des behaupteten verspäteten Erkennens operativer bzw. postoperativer Komplikationen verteilten sich diese Vorwürfe teils auf intraoperative, teils auf postoperative Komplikationen, in 12 Fällen waren endoskopische Eingriffe genannt worden (**Tabelle 91**).

**Tabelle 91: Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit intra- und postoperativen Komplikationen bzw. endoskopischen Eingriffen**

Intraoperative Komplikationen	Postoperative Komplikationen	Komplikationen bei endoskopischen Eingriffen	Fallzahl
+	-	-	40
-	+	-	28
-	-	+	12
+	+	-	4
-	+	+	3
+	-	+	3

Summe 47	Summe 35	Summe 18	Summe 90
-------------	-------------	-------------	-------------

Betrachtet man die Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit endoskopischen Eingriffen gesondert, so ergibt sich die in **Tabelle 92** dargestellte Verteilung auf die medizinischen Disziplinen.

**Tabelle 92: Verteilung der Vorwürfe eines nicht-letalen Behandlungsfehlers bei endoskopischen Maßnahmen (Fachgebiete ohne Endoskopiezwischenfälle sind nicht erwähnt)**

<b>Fachgebiet</b>	<b>Fallzahl</b>
<b>Innere Medizin</b>	<b>5</b>
<b>Allgemeinchirurgie</b>	<b>4</b>
<b>Gynäkologie</b>	<b>3</b>
<b>Anästhesiologie</b>	<b>2</b>
<b>Neurologie</b>	<b>1</b>
<b>Notaufnahme</b>	<b>1</b>
<b>Unfallchirurgie</b>	<b>1</b>
<b>Urologie</b>	<b>1</b>
<b>Summe</b>	<b>18</b>

Bei der abschließenden Begutachtung behaupteten fehlerhaften ärztlichen Verhaltens im Zusammenhang mit operativen bzw. endoskopischen Eingriffen wurde in 54 Fällen ein Behandlungsfehler verneint, in 16 Fällen bejaht, davon ließ sich in 12 Fällen auch der kausale Zusammenhang zur Schädigung des Patienten gutachterlich nachvollziehen (**Tabelle 93**).

**Tabelle 93: Ergebnis der Begutachtung bei Vorwürfen im Zusammenhang mit operativen Maßnahmen**

<b>Ergebnis der Begutachtung</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	54
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	12
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht	12
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	5

Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint oder fraglich	4
Behandlungsfehler bejaht – keine Stellungnahme zur Kausalität	3
Summe	90

#### 10.7.4 Vorwurf Falschbehandlung

Der Vorwurf, die Behandlung sei nicht entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sondern explizit falsch gewesen, wurde in 124 Fällen erhoben. **Tabelle 94** gibt die Verteilung dieser Vorwürfe auf die ärztlichen Berufsgruppen wieder.

**Tabelle 94: Verteilung der Behandlungsfehlerwürfe wegen einer behaupteten falschen ärztlichen Behandlung auf die einzelnen medizinischen Berufsgruppen (n=124)**

Vorwurf der Falschbehandlung gegen	Fallzahl
Krankenhausärzte	51
Niedergelassene Ärzte	46
Notdienstarzt	11
Einen Arzt	5
Heilpraktiker	5
Notarzt	2
Sonstige	2
Belegarzt	1
Pflegepersonal	1
Summe	124

Auch hier bezieht sich der Vorwurf regelmäßig auf konkrete ergriffene Maßnahmen, von denen behauptet wurde, sie seien unter Verstoß gegen ärztliche Sorgfaltspflichten erfolgt und hätten zu einer Schädigung des Patienten geführt. In 11 Fällen wurden allein aufgrund telefonischer Auskünfte konkrete Behandlungsmaßnahmen angeraten, insbesondere die Einnahme von Medikamenten. In lediglich 1 Fall wurde für eine Bluttransfusion eine inkompatible Blutkonserve genommen. Die übrigen Fälle behaupteter falscher ärztlicher Therapie sind als einzelfallbezogene Behandlungsmaßnahmen nicht klassifiziert (**Tabelle 95**).

**Tabelle 95: Anteil der Telefondiagnostik und Transfusionszwischenfälle an den Vorwürfen, es seien falsche ärztliche Maßnahmen ergriffen worden (n=124)**

Sonstige Falschbehandlung	Telefondiagnostik	Transfusionszwischenfall	Fallzahl
+	-	-	112
-	+	-	11
-	-	+	1

Die Behauptung, es sei durch aktive ärztliche, diagnostische, therapeutische und/oder pflegerische Maßnahmen unter Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Sorgfalt zu einem Behandlungsfehler mit Schädigung des Patienten gekommen (= Behandlungsfehler), wurde in 72 Fällen gutachterlich verneint (**Tabelle 96**). In 11 Fällen wurde der kausale Zusammenhang zwischen einem festgestellten Behandlungsfehler und einem eingetretenen gesundheitlichen Schaden bejaht.

**Tabelle 96: Ergebnisse der Begutachtung der Vorwürfe, es sei eine falsche ärztliche Behandlung erfolgt (n=124)**

<b>Ergebnis der Begutachtung der Vorwürfe der Falschbehandlung (n= 124)</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	72
Behandlungsfehler bejaht – keine Stellungnahme zur Kausalität	12
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	11
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens	11
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht	11
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint	7
Summe	124

### 10.7.5 Pflegefehler

Von den 434 Behandlungsfehlervorwürfen ohne letalen Verlauf beinhalteten 31 Fälle den Vorwurf, es sei gegen pflegerische Standards verstoßen worden. Im Vordergrund stand der Vorwurf unzureichender Lagerungsmaßnahmen mit nachfolgender Ausbildung eines Druckgeschwürs (Dekubitus). 8x wurde eine unzureichende Thromboseprophylaxe behauptet, welche das Entstehen einer Blutgerinnselbildung in einer Vene (Thrombose) zur Folge gehabt habe. Die sonstigen Pflegefehlervorwürfe reichten von einer unzureichenden körperlichen Pflege bis zur unterlassenen Pneumonie- und Kontrakturprophylaxe (**Tabelle 97**).

**Tabelle 97: Art des behaupteten Pflegefehlers (n=31; zum Teil Mehrfachnennungen)**

<b>Unzureichende Lagerungsmaßnahmen</b>	<b>Sonstige Pflegefehler</b>	<b>Unzureichende Thromboseprophylaxe</b>	<b>Fallzahl</b>
+	-	-	13
-	+	-	8
-	-	+	7
+	+	-	2
+	-	+	1
Gesamt 16	Gesamt 10	Gesamt 8	Gesamt 31

In 16 Fällen wurde gutachterlich ein Behandlungsfehler verneint, in 12 Fällen bejaht, in 3 Fällen konnte keine abschließende Klärung erfolgen. Bei den 12 bejahten Behandlungsfehlern wurde in 8 Fällen auch die Kausalität zum erlittenen Schaden festgestellt (**Tabelle 98**).

**Tabelle 98: Ergebnis der Begutachtung bei Pflegefehlervorwürfen (n=31)**

<b>Ergebnis der Begutachtung</b>	<b>Fallzahl</b>
Behandlungsfehler verneint	16
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht	8
Behandlungsfehler gutachterlich möglich, Klärung erst nach weiteren Ermittlungen / Zusatzinformationen etc.	3
Behandlungsfehler bejaht	3
Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint oder fraglich	1
Summe	31

### 10.7.6 Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert

In den übrigen Fällen ließ sich den eingesehenen Unterlagen ein konkretisierter Behandlungsfehlervorwurf nicht entnehmen.

## 10.8 Ergebnisse der rechtsmedizinischen Behandlungsfehlerbegutachtung im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren bei behaupteten nicht-letalen Behandlungsfehlern

Entsprechend der Differenzierung bei der Analyse behaupteter letaler Behandlungsfehler (s. Studie I) wurden als Ergebnis der Begutachtung bei der Erfassung der Daten folgende Rubriken unterschieden (siehe oben):

- Behandlungsfehler bejaht
- Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden bejaht
- Behandlungsfehler bejaht, Kausalität für späteren Gesundheitsschaden verneint oder fraglich
- Behandlungsfehler verneint
- Behandlungsfehler gutachterlich möglich; Klärung erst nach weiteren Ermittlungen/Zusatzinformationen etc.
- Behandlungsfehler gutachterlich möglich; Klärung durch Erstellung eines empfohlenen Fachgutachtens

In **Tabelle 99** ist die Verteilung der im rechtsmedizinischen Gutachten abschließend bejahten Behandlungsfehlervorwürfe auf die medizinischen Fachgebiete angegeben. Die Quote bejahter Behandlungsfehler ist mit 28,3% im Vergleich zu den Ergebnissen bei der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen mit letalem Verlauf (10%) deutlich höher.

**Tabelle 99: Zahl bejahter Behandlungsfehler im jeweiligen medizinischen Fachgebiet (n=123) bei 434 nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen**

<b>Fachgebiet</b>	<b>Fallzahl</b>
-------------------	-----------------



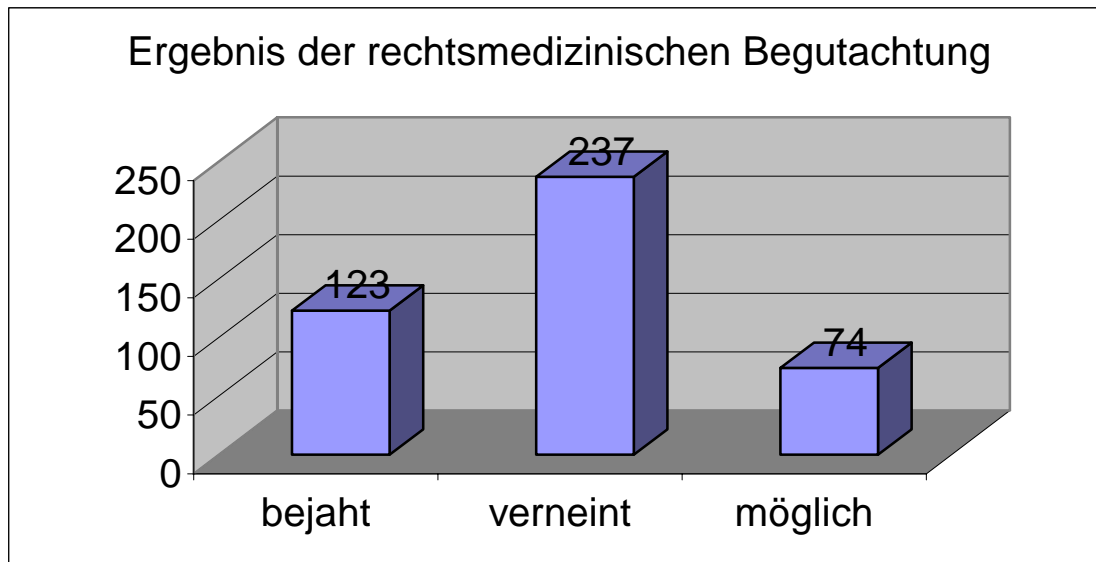
<b>Unbekannt</b>	<b>25</b>
<b>Innere Medizin</b>	<b>13</b>
<b>Gynäkologie</b>	<b>12</b>
<b>Allgemeinchirurgie</b>	<b>12</b>
<b>Hausarzt/praktischer Arzt</b>	<b>12</b>
<b>Andere Fachrichtungen</b>	<b>8</b>
<b>Notdienstärzteinsatz</b>	<b>7</b>
<b>Unfallchirurgie</b>	<b>7</b>
<b>Naturheilverfahren</b>	<b>4</b>
<b>Allgemeinmedizin</b>	<b>4</b>
<b>Anästhesiologie</b>	<b>4</b>
<b>Notarzteinsatz</b>	<b>3</b>
<b>Notaufnahme</b>	<b>3</b>
<b>Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde</b>	<b>2</b>
<b>Zahnmedizin</b>	<b>2</b>
<b>Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie</b>	<b>1</b>
<b>Neurologie</b>	<b>1</b>
<b>Orthopädie</b>	<b>1</b>
<b>Pädiatrie</b>	<b>1</b>
<b>Radiologie</b>	<b>1</b>
<b>Gesamtzahl</b>	<b>123 (= 28,3%)</b>

Die Zahl und die Verteilung der abschließend bejahten Behandlungsfehlervorwürfe auf die unterschiedlichen ärztlichen Berufsgruppen ist in **Tabelle 100** dargestellt. Am häufigsten betroffen waren niedergelassene Ärzte (einschließlich der Bereitschaftsdienst-/Notdienstärzte) mit 59 bejahten Behandlungsfehlern. An zweiter Stelle folgen die Krankenhausärzte (einschließlich der Notärzte) mit 46 Fällen.

**Tabelle 100: Berufsgruppen und die Anzahl der bejahten Behandlungsfehler in den einzelnen Gruppen, absolute Zahlen (n=123) bei 434 nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen**

<b>Berufsbezeichnung</b>	<b>Fallzahl</b>
<b>Niedergelassene Ärzte</b>	<b>50</b>
<b>Krankenhausärzte</b>	<b>46</b>
<b>Notdienstarzt</b>	<b>9</b>
<b>Pflegepersonal</b>	<b>7</b>
<b>Heilpraktiker</b>	<b>3</b>
<b>Notarzt</b>	<b>3</b>
<b>Arzt im Praktikum</b>	<b>2</b>
<b>Belegarzt</b>	<b>2</b>
<b>Einen Arzt</b>	<b>1</b>
<b>Summe</b>	<b>123</b>

Ohne Berücksichtigung der Kausalität für ein geschildertes Beschwerdebild bzw. einen gesundheitlichen Schaden wurde in 123 von 434 Fällen das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bejaht. Das entspricht 28,3 %. In 237 Fällen, entsprechend 55 %, wurde das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint. In 73 Fällen (= 6,8 %) war nach der rechtsmedizinischen Begutachtung ein Behandlungsfehler möglich und bedurfte der weiteren Abklärung. Bei Unterteilung in abschließend bejahte, abschließend verneinte und mögliche, aber erst durch weitere Ermittlungen bzw. Zusatzgutachten zu klärende Behandlungsfehlervorwürfe ergibt sich das in **Abb. 34** dargestellte Bild.



**Abb. 34 Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen mit nicht-letalem Verlauf (n=434)**

In **Tabelle 101** sind der Anlass der Verfahren und die Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung dargestellt, einschließlich der Gesamtzahl der Fälle. Zu beachten ist, dass auch Fälle auftraten, bei denen trotz Bejahung eines Behandlungsfehlers nicht zur Frage der Kausalität Stellung genommen wurde. Dies gilt auch für die nachfolgenden Tabellen 102 und 103.

**Tabelle 101: Anlass des Verfahrens und Ergebnis der Begutachtung, in Klammern der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Rubrik**

Anlass des Verfahrens	Gesamtanzahl	Beh.-fehler verneint	Beh.-fehler möglich	Nicht entscheidbar	Beh.-fehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers bejaht
Patient - Anzeige	220	145 (65,9 %)	25 (11,4 %)	0	50 (22,7 %)	19 (8,6 %)	20 (9,1 %)
Anlass aus den Akten nicht ersichtlich	132	49 (37,1 %)	41 (31,1 %)	0	42 (31,8 %)	3 (2,3 %)	22 (16,7 %)
Angehörige - Vorwürfe/ Strafanzeige	74	38 (51,4 %)	8 (10,8 %)	0	28 (37,8 %)	14 (18,9 %)	10 (13,5 %)
Anzeige eines mit- oder nachbehandelnden Arztes	3	1 (33,3 %)	0	0	2 (66,7 %)	0	1 (33,3 %)
Sonstiges	2	1 (50,0 %)	0	0	1 (50,0 %)	0	1 (50,0 %)
Arzt - Selbstanzeige	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Anzeige durch nicht-ärztliche Mitarbeiter	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Anonyme Strafanzeige	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0

Das Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die jeweilige Berufsgruppe kann **Tabelle 102** entnommen werden.

**Tabelle 102: Adressaten der Vorwürfe und Ergebnis der Begutachtung; in Klammern prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in dieser Berufsgruppe**

Berufsgruppe	Anzahl (Gesamt)	Behandlungsfehler verneint	Behandlungsfehler möglich	Nicht entscheidbar	Behandlungsfehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers bejaht
Krankenhausärzte	245	155 (63,3 %)	44 (17,9 %)	0	46 (18,8 %)	12 (4,9 %)	21 (8,6 %)
Niedergelassene Ärzte	118	54 (45,8 %)	14 (11,8 %)	0	50 (42,4 %)	16 (13,5 %)	25 (21,2 %)
Notdienstärzte	18	6 (33,3 %)	3 (16,7 %)	0	9 (50,0 %)	4 (22,2 %)	2 (11,1 %)
Einen Arzt	17	6 (35,3 %)	10 (58,8 %)	0	1 (5,9 %)	0	1 (5,9 %)
Pflegepersonal	13	5 (38,5 %)	1 (7,7 %)	0	7 (53,8 %)	0	4 (30,8 %)
Heilpraktiker	6	3 (50,0 %)	0	0	3 (50,0 %)	0	0
Notarzt	5	1 (20,0 %)	1 (20,0 %)	0	3 (60,0 %)	1 (20,0 %)	0
Mehrere Ärzte	4	4 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Rettungssanitäter/-assistenten	2	1 (50,0 %)	0	0	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0
Belegarzt	2	1 (50,0 %)	0	0	1 (50,0 %)	0	1 (50,0 %)
Sonstige	2	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0	0	0	0
AiP	2	0	0	0	2 (100,0 %)	2 (100,0 %)	0

Wie auch ersichtlich bei den Ergebnissen der Begutachtung letaler Behandlungsfehler, zeigt sich auch hier, dass – betrachtet man das gesamte Fachgebiet der Chirurgie, einschließlich der speziellen chirurgischen Fächer -, dieses auch bei den nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen dominiert (**Tabelle 103**). Auffällig ist der relativ hohe Anteil des Faches Allgemeinmedizin.

**Tabelle 103: Ergebnis der Behandlungsfehlerbegutachtung bezogen auf die medizinischen Fachgebiete einschließlich der Klärung der Frage der Kausalität zwischen einem festgestellten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes (in Klammern %-Anteil an der Gesamtzahl der Fälle des jeweiligen Fachgebietes)**

Fach	Anzahl (Gesamt)	Behandlungsfehler verneint	Behandlungsfehler möglich	Nicht entscheidbar	Behandlungsfehler bejaht	Davon Kausalität bei bejahtem Beh.-Fehler verneint	Davon Kausalität des Beh.-Fehlers bejaht
Allgemeinmedizin	60	48 (80,0 %)	8 (13,3 %)	0	4 (6,7 %)	1 (1,7 %)	2 (3,3 %)
Unbekannt	55	29 (52,7 %)	8 (14,6 %)	0	18 (32,7 %)	8 (14,6 %)	6 (10,9 %)
Gynäkologie	48	19 (39,6 %)	17 (35,4 %)	0	12 (25,0 %)	1 (2,1 %)	4 (8,3 %)
Allgemeinchirurgie	44	28 (63,6 %)	4 (9,1 %)	0	12 (27,3 %)	1 (2,3 %)	9 (20,4 %)
Innere Medizin	38	17 (44,7 %)	8 (21,1 %)	0	13 (34,2 %)	6 (15,8 %)	6 (15,8 %)
Unfallchirurgie	29	19 (65,5 %)	3 (10,4 %)	0	7 (24,1 %)	2 (6,9 %)	5 (17,2 %)
Hausarzt/ Prakt. Arzt	23	8 (34,8 %)	3 (13,0 %)	0	12 (52,2 %)	3 (13,0 %)	6 (26,0 %)
Andere Fachrichtungen	16	6 (37,5 %)	2 (12,5 %)	0	8 (50,0 %)	1 (6,25 %)	4 (25,0 %)
Anästhesiologie	14	6 (42,8 %)	4 (28,6 %)	0	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)	2 (14,3 %)
Notdienstarzt	13	4 (30,7 %)	2 (15,4 %)	0	7 (53,9 %)	3 (23,1 %)	1 (7,7 %)
Orthopädie	11	6 (54,5 %)	4 (36,4 %)	0	1 (9,1 %)	1 (9,1 %)	0
Geb.-Hilfe	7	3 (42,8 %)	2 (28,6 %)	0	2 (28,6 %)	0	2 (28,6 %)
Neurologie	7	4 (57,1 %)	2 (28,6 %)	0	1 (14,3 %)	0	1 (14,3 %)
Naturheil-Verfahren	7	3 (42,9 %)	0	0	4 (57,1 %)	1 (14,3 %)	0
Pädiatrie	6	4 (66,6 %)	1 (16,7 %)	0	1 (16,7 %)	0	1 (16,7 %)
Urologie	6	5 (83,3 %)	1 (16,7 %)	0	0	0	0
HNO	6	3 (50,0 %)	1 (16,7 %)	0	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)
Gefäßchirurgie	5	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	0	2 (40,0 %)	0	1 (20,0 %)
Psychiatrie	5	5 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Dermatologie	5	5 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Notambul.	5	2 (40,0 %)	0	0	3 (60,0 %)	1 (20,0 %)	1 (20,0 %)
Notarzt	5	1 (20,0 %)	1 (20,0 %)	0	3 (60,0 %)	1 (20,0 %)	0
Zahnmedizin	4	2 (50,0 %)	0	0	2 (50,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)
Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie	3	2 (66,7 %)	0	0	1 (33,3 %)	1 (33,3 %)	0
Neurochirurgie	3	0	2 (66,7 %)	0	1 (33,3 %)	0	0
Radiologie	3	2 (66,7 %)	0	0	1 (33,3 %)	0	1 (33,3 %)

Augenheil- kunde	2	0	0	0	2 (100,0 %)	2 (100,0 %)	0
Kinder- chirurgie	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Tropen- medizin	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Herz- chirurgie	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Kosmet. Chirurgie	1	1 (100,0 %)	0	0	0	0	0
Gesamt- zahl	434	237 (54,6 %)	74 (17,1 %)	0	123 (28,3 %)	36 (8,3 %)	54 (12,4 %)

Bei 54 gutachterlich bejahten Behandlungsfehlern mit ebenfalls bejahter Kausalität für den Eintritt des Schadens bei dem Patienten wurden die geltend gemachten Schäden, soweit aus den gesichteten Unterlagen ableitbar, erfasst (**Tabelle 104**). Die Differenzierung der als Folge eines Behandlungsfehlers erlittenen Schäden erlaubte auch Mehrfachnennungen.

**Tabelle 104** Gesundheitliche Schäden der Patienten mit gutachterlich bejahtem Behandlungsfehler und bejahter Kausalität für den Eintritt des Schadens (einschl. Mehrfachnennungen; absolute Zahlen)

Schaden	Fallzahl
Vermeidbare Schmerzen / verlängertes Leiden	27
Vermeidbare Schäden an Organen	15
Medikamentenabhängigkeit	6
Verlust einer Gliedmaße oder eines Organs	5
Bleibende cerebrale Schädigung (Hirnschaden)	5
Bleibende Paresen (Lähmungen)	2
Ästhetische Beeinträchtigungen	2
<b>Summe</b>	<b>62</b>

Die Zahl bejahter Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität für den angegebenen gesundheitlichen Schaden des Patienten lässt keine Rückschlüsse zu auf die Zahl der tatsächlich gegebenen Behandlungsfehler und die tatsächlich gegebenen gesundheitlichen Schäden. Mit 123 (28,3%) von 434 bejahten Behandlungsfehlern und 54 Fällen bejahter Kausalität des Behandlungsfehlers (12,4%) für gesundheitliche Schäden des Patienten fällt jedoch eine mehr als doppelt so hohe gutachterliche Anerkennungsquote auf im Vergleich zu den Vorwürfen eines letalen Behandlungsfehlers.

## 11. Zusammenfassung der Ergebnisse beider Studien

### 11.1 Vorwurf letaler Behandlungsfehler

Zur Begutachtung iatrogenen Schäden bzw. von Behandlungsfehlervorwürfen mit behaupteten letalen Behandlungsfehlern sind in den letzten Jahren Studien mit regionalem Bezug aus verschiedenen rechtsmedizinischen Instituten publiziert worden (EISENMENGER ET AL. 1978, SPANN 1980, MATTERN & KOHNLE 1983, ALTHOFF & SOLBACH 1984, PRIBILLA 1988, LIGNITZ & MATTIG 1989, METTER & GREILICH-RAHBARI 1990, PLUISCH 1990, DETTMAYER & MADEA 1999). Die vorliegende Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BGMS) erfasst in einer bundesweiten Multicenter-Studie Obduktionsdaten bei behaupteten Behandlungsfehlern aus 17 von insgesamt 33 rechtsmedizinischen Instituten in der Bundesrepublik. Ziel dieser Untersuchung ist es, in Ergänzung der vorhandenen Daten der Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Behandlungsfehlervorwürfe mit letalem Ausgang zu erfassen, die eine Domäne der Rechtsmedizin darstellen. Die vorgestellten Ergebnisse wurden erhoben aus den archivierten Unterlagen der 17 teilnehmenden Institute für Rechtsmedizin. Einbezogen wurden neben den Obduktionsprotokollen mit zum Teil vorläufiger Begutachtung auch abschließende rechtsmedizinische Gutachten und/oder externe Fachgutachten, soweit diese vorhanden waren. Bei Betrachtung der Gesamtzahlen von 1990 bis einschließlich 2000 wird die seit Jahren steigende Zahl der Obduktionen aufgrund von Behandlungsfehlervorwürfen deutlich.

Insgesamt wurden 4550 Obduktionsfälle erfasst, seit 1990 ist eine Verdopplung der Fallzahlen zu verzeichnen von ca. 300 auf zuletzt ca. 600 Fälle pro Jahr. In den neuen Bundesländern war ab Mitte der 90er Jahre der Anstieg der Behandlungsfehlervorwürfe in gleicher Weise zu registrieren wie in den alten Bundesländern. Behandlungsfehlervorwürfe betrafen im Untersuchungszeitraum mit 2809 Fällen (63,1%) am häufigsten Krankenhausärzte, hinzu kommen 108 Fälle (2,4%), in denen sich der Vorwurf gegen Notärzte richtete. Niedergelassene Ärzte waren in 877 Fällen (19,7%) betroffen, hier kommen 253 Notdienstärzte (5,8%) hinzu.

Die Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die verschiedenen Fachdisziplinen bestätigt die aus früheren Studien bekannte Dominanz der operativen Fächer, auf das gesamte Gebiet der Chirurgie entfallen 1266 der erfassten 4450 Fälle (= 28,5%). An zweiter Stelle ist die Innere Medizin zu nennen, gefolgt von einer deutlich geringeren Fallzahl mit betroffenen Hausärzten bzw. praktischen Ärzten.

Zunächst wurde im Rahmen der Studie festgehalten, wie die Ermittlungsbehörden Kenntnis von einem Behandlungsfehlervorwurf erhielten (siehe Tabelle 6).

1. In 831 Fällen (= 18,7%) erstatteten Angehörige Strafanzeige
2. In 1715 Fällen (= 38,5%) führte die Angabe zur Todesart in der Todesbescheinigung zur Benachrichtigung der Polizei. Es ist zu beachten, dass immerhin bei 38,5 % der Fälle die Ärzte durch die (korrekte) Angabe der Todesart die Ermittlungen ausgelöst haben.
3. Eine Meldung über die Todesbescheinigung bei gleichzeitiger Erstattung einer Strafanzeige gab es 190x (= 4,3%)
4. Selten war eine Selbstanzeige des behandelnden Arztes mit 21 Fällen (= 0,5%)
5. 271x (= 6,1%) erfolgte eine Mitteilung durch einen mit- oder nachbehandelnden Arzt und
6. in 1303 Fällen (=29,3%) war der Anlass der Ermittlungen durch Einsicht in die Unterlagen nicht zu klären.

Bei Klassifizierung der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Art des Vorwurfes konnten 6 Fallkonstellationen unterschieden werden:

1. Der Vorwurf, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden, wurde 2158x erhoben (48,5%)
2. die mangelnde Beherrschung von Komplikationen bei operativen Eingriffen musste 1472x begutachtet werden (33,1%)
3. die schlichte Behauptung einer falschen Behandlung kam 766x vor (17,2%)
4. ein vorwerfbarer Medikationsfehler wurde 557x behauptet (12,5%)
5. 320x wurde ein Pflegefehlervorwurf erhoben (7,2%) und
6. in 153 Fällen war der Vorwurf nicht konkretisiert worden (3,4%).

In 2873 Fällen wurde ein Behandlungsfehler teils bereits auf der Basis der makroskopischen Obduktionsbefunde, teils nach ausführlichem Gutachten mit Durchsicht der Krankenunterlagen verneint. Soweit ein Behandlungsfehler in 446 Fällen (10,0%) bereits durch die rechtsmedizinische Begutachtung bejaht wurde, musste nachfolgend die Kausalität des festgestellten Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes gesondert geprüft werden: diese Kausalität wurde in 189 Fällen bejaht (4,2% der Gesamtzahl der Fälle), 257x verneint. Bezieht man die Zahl bejahter Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität für den Eintritt des Todes auf die Zahl der abschließend geklärten Fälle von insgesamt 3319 (siehe Tabelle 17), dann ergibt sich eine Quote von 5,7% bejahter Behandlungsfehler mit bejahter Kausalität für den Eintritt des Todes.

In weiteren 930 Fällen wurden Zusatzuntersuchungen einschließlich kriminalpolizeilicher Ermittlungen oder ein zusätzliches klinisches Gutachten empfohlen, bei 201 Fällen war danach eine abschließende Klärung nicht möglich bzw. eine vorbehaltene Begutachtung wurde nicht verlangt. In welchem Umfang im Nachgang zu den rechtsmedizinischen Gutachten erstellte klinische Gutachten einen Behandlungsfehler bejaht haben, ließ sich in der durchgeführten Studie nicht klären, da diese Gutachten nicht (oder nur selten) in die Unterlagen der rechtsmedizinischen Institute eingefügt werden. Dies gilt selbstverständlich auch für die Bejahung der Kausalität eines vom klinischen Gutachter bejahten Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes. Die tatsächliche Quote bejahter Behandlungsfehler dürfte daher jedenfalls mehr als 10% betragen, ebenso wird die Quote bejahter Behandlungsfehler mit Todesfolge tatsächlich höher liegen als die hier ermittelten 4,2% (= 189 Patienten).

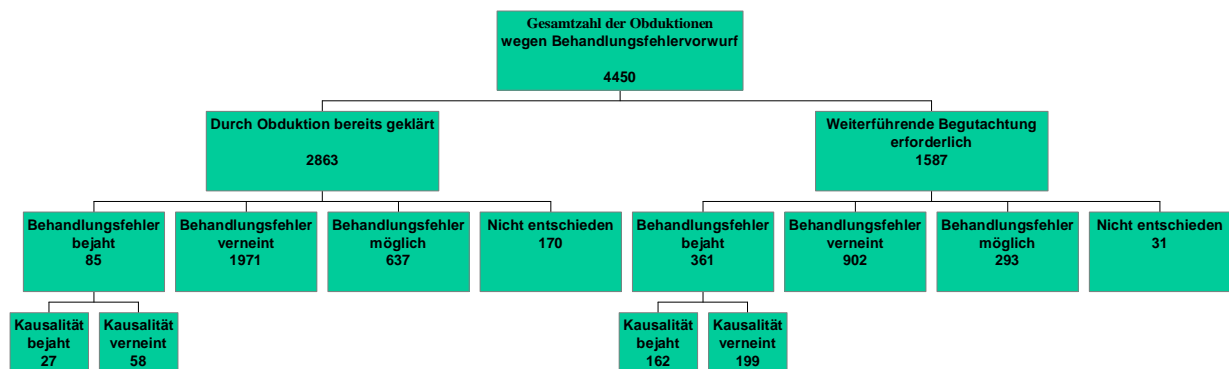
Bei detaillierter Betrachtung war die Quote bejahter Behandlungsfehler als Prozentanteil an der Gesamtzahl der Vorwürfe in den größeren Fachdisziplinen (Fallzahl > 20) mit 14,8% am höchsten bei den Hausärzten bzw. praktischen Ärzten gefolgt von den Notdienstärzten (12,2%), und der Inneren Medizin (10,3%). In den Fächern der Chirurgie fand sich mit 6,8% eine unterdurchschnittliche Quote bejahter Behandlungsfehler. Bezogen auf den Anlass des arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahrens wurde ein Behandlungsfehler am häufigsten bestätigt nach einer Selbstanzeige des Arztes (14,3%) gefolgt von 11,1% bejahter Behandlungsfehler nach vorangegangener anonymer Strafanzeige und 5,3% bei Kenntniserlangung im Rahmen der Angaben in der Todesbescheinigung und gleichzeitiger Strafanzeige seitens der Hinterbliebenen. Bezogen auf die Art des erhobenen Behandlungsfehlervorwurfes, klassifiziert in die oben genannten 6 Gruppen, erwies sich nach gutachterlicher Prüfung der Behandlungsfehlervorwurf bei den Pflegefehlern mit 18,4% am häufigsten als zutreffend gegenüber 14,4% bei den Medikationsfehlern, 13,5% bei dem Vorwurf, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen sorgfaltswidrig unterlassen worden, 13,4% bei behaupteter falscher Behandlung und 5,0% bei angegebener unzureichender Beherrschung operativer Komplikationen. Die Kausalität für den Todeseintritt konnte dagegen bei den genannten Behandlungsfehlerarten (in gleicher Reihenfolge) nur in 6,3%, 8,3%, 4,8%, 6,5% und 2,6% bejaht werden. Insgesamt fand sich bezogen auf die medizinischen Berufsgruppen der höchste Anteil bejahter Behandlungsfehler bei



Ärzten im Praktikum (AiP; aber nur 2 von 6 Fällen) mit 33,4%, gefolgt von Heilpraktikern (25,0%; 3 von 12 Fällen), den Rettungssanitätern bzw. Rettungsassistenten (21,8%; 5 Fälle), dem Pflegepersonal (20,4%; 35 Fälle) und den niedergelassenen Ärzten (14,5%; 127 Fälle). Die Kausalität des Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes wurde bei beiden betroffenen AiP bejaht, im übrigen am häufigsten bei den Rettungssanitätern bzw. Rettungsassistenten (17,4%; 4 Fälle) und dem Pflegepersonal (9,3%; 16 Fälle).

Die Effizienz der Obduktion zur Klärung des Sachverhaltes wie für die sachlich begründete Vermittlung des Geschehenen an die Hinterbliebenen und für die Behandlungsfehlerbegutachtung zeigt sich darin, dass von 2873 (64,6% aller Fälle) gutachterlich verneinten Behandlungsfehlervorwürfen 1971 (68,6% von 2873) Fälle bereits unmittelbar nach Abschluss der Sektion auf der Basis der makroskopischen Obduktionsbefunde als gegenstandslos qualifiziert werden konnten, weil erkennbar eine den Beweisanforderungen des Strafprozessrechts genügende Sicherheit zum Nachweis eines Behandlungsfehlers und dessen Kausalität für den Todeseintritt nicht gegeben war. Die Kausalität eines festgestellten Behandlungsfehlers für den Todeseintritt konnte bei 189 Fällen (4,2%) abschließend bejaht werden, in den übrigen 257 (5,8%) von 446 (10,0%) Fällen eines bejahten Behandlungsfehlers wurde die Kausalität für den Tod verneint (Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl von 4450 Fällen).

Werden die Behandlungsfehler betrachtet, bei denen sich auch die Kausalität des festgestellten Behandlungsfehlers für den Todeseintritt gutachterlich in einem Strafverfahren zweifelsfrei nachweisen lässt (n=189 bei 17 Instituten), dann wäre hochgerechnet bei 33 rechtsmedizinischen Instituten in dem 11-Jahreszeitraum von mindestens 366 unter strafrechtlichen Beweisanforderungen zweifelsfrei nachweisbaren letalen Behandlungsfehlern in Deutschland auszugehen, entsprechend 33 Fälle pro Jahr. Es muss nochmals betont werden, dass sich diese Zahlen nur auf zweifelsfrei festgestellte letale Behandlungsfehler beziehen. Letale Behandlungsfehler, die sich nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit belegen ließen, sind ausgeklammert, auch wenn in einem Teil dieser weiteren Fälle angenommen werden darf, dass in einem Zivilverfahren bzw. einem Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern ein Behandlungsfehler mit letalem Verlauf bejaht würde. Hinzu kommt, dass strafrechtliche Ermittlungsverfahren wegen eines behaupteten letalen Behandlungsfehlers auch ohne Obduktion und Begutachtung stattfinden können. Auch aus diesem Grunde muss von einer höheren Fallzahl tatsächlicher letaler Behandlungsfehler ausgegangen werden. Eine Übersicht über die wichtigsten Daten zu den Behandlungsfehlervorwürfen mit behaupteten letalem Verlauf gibt das nachfolgende Schaubild.



## 11.2 Vorwurf nicht-letaler Behandlungsfehler

Die zusätzliche Auswertung von 434 rechtsmedizinischen Gutachten umfasste Behandlungsfehlervorwürfe von Patienten, ohne dass der behauptete Behandlungsfehler einen letalen Verlauf genommen hätte. Zur Verfügung standen die Archivunterlagen aus 8 rechtsmedizinischen Instituten. Bei ebenfalls im Zeitraum von 1990 bis 2000 mit Schwankungen zunehmenden Zahlen an jährlichen Behandlungsfehlervorwürfen hatten sich gut 50,7% der Patienten persönlich bzw. über ihren Rechtsanwalt mit einer Strafanzeige an die Staatsanwaltschaft gewandt, in 30,4% der Fälle war jedoch nach den Unterlagen der Anlass der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen nicht zu klären; in 17% der Fälle erstatteten Angehörige/Freunde/Betreuer Strafanzeige. Mehr als 56,5% dieser Behandlungsfehlervorwürfe richteten sich gegen Krankenhausärzte, 27,2% gegen niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Abweichend von den Daten bei Behandlungsfehlervorwürfen mit letalem Verlauf war das Fachgebiet Chirurgie relativ weniger betroffen (87 von 434 Fällen), dort primär die Allgemeinchirurgie und die Unfallchirurgie (44 bzw. 29 von 87 Fällen). Es dominierte der Vorwurf, medizinisch gebotene Maßnahmen seien sorgfaltswidrig unterlassen worden (211x), gefolgt von dem expliziten Vorwurf einer medizinisch falschen Behandlung (124x). Häufig war auch der Vorwurf, Komplikationen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen seien zu spät erkannt und/oder mangelhaft beherrscht worden (90x), 78x sollte es zu einem Medikationsfehler gekommen sein. Die orientierende Klassifikation der verschiedenen Arten von Behandlungsfehlervorwürfen erlaubte für die einzelnen Gruppen die Angabe der Zahl bejahter Behandlungsfehler: beim Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen wurde der Behandlungsfehlervorwurf in 211 Fällen 64x bejaht (davon 24x als kausal für einen gesundheitlichen Schaden des Patienten), Medikationsfehler ließen sich 26x gutachterlich bestätigen (10x kausal auch für den Gesundheitsschaden), 19x waren Komplikationen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen tatsächlich zu spät erkannt bzw. mangelhaft beherrscht worden (12x kausal für einen Gesundheitsschaden). In 30 Fällen war eine konkret benennbare falsche Behandlung des Patienten erfolgt, diese hatte 11x zu einem gesundheitlichen Schaden beim Patienten geführt. Von den 434 Behandlungsfehlervorwürfen ließen sich im Ergebnis der rechtsmedizinischen Begutachtung 237 Vorwürfe nicht bestätigen, 123 als zutreffend bejahen und in 74 Fällen war die Klärung des Behandlungsfehlervorwurfes nicht möglich, entweder weil die Unterlagen unvollständig waren oder weil die Heranziehung eines klinischen Gutachters erforderlich war. Bei den Patientenschäden, die gutachterlich als Folge eines Behandlungsfehlers anerkannt wurden, reichte das Spektrum vom längeren Erduldenmüssen von Schmerzen über Organschäden und bleibende Hirnschäden bis zu irreparablen Lähmungen und einer als Folge eines Behandlungsfehlers eingetretenen Medikamentenabhängigkeit.

## **C. Erläuterungen**

Daten zu Risikofaktoren, Intensität und kurz- wie mittel- und langfristigen Folgen von Behandlungsfehlern liegen nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland unzureichend vor. Vorhandene Daten skizzieren epidemiologische Eckpunkte wie Alters- und Geschlechtsverteilung betroffener Patienten und die Verteilung von Behandlungsfehlervorwürfen auf die unterschiedlichen medizinischen Disziplinen, selbstverständlich auch Anerkennungsquoten bei Behandlungsfehlervorwürfen. Naturgemäß können sich diese Daten nur auf der jeweiligen Institution bekannt gemachte Fehler(-vorwürfe) beziehen. Eine systematische Erfassung der zivil- wie strafrechtlich von den Gerichten geprüften Behandlungsfehlervorwürfe findet nicht statt. Gegenüber den Krankenkassen mitgeteilte Behandlungsfehlervorwürfe dürften in ihrer ganz überwiegenden Mehrzahl an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergeleitet werden (dazu auch BAUER 2002), auch von dort sind bislang umfangreichere systematische Erhebungen nicht publiziert (siehe aber SIKORSKY 2001). Daten aus dem Versicherungswesen liegen teilweise vor, jedoch ohne publizierte weitergehende Analyse der Art und des Zustandekommens von Behandlungsfehlern; sie könnten aber ebenso wie Daten der Krankenkassen die ökonomische Dimension von Behandlungsfehlern verdeutlichen (SETHE & KRUMPASZKY 1998). Die Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen für ärztliche Haftpflichtfragen bei den Landesärztekammern sind dazu übergegangen, Eckdaten (CARSTENSEN 1990, NEUMANN 1998, WELTRICH 2000, SCHEPPOKAT 2002, LAUM & BECK 2004, EISSLER 2004) und – ebenso wie andere Institutionen - exemplarische Kasuistiken zu publizieren (siehe nur DRIEVER ET AL. 2003, HEIDE ET AL. 2000, HENSSGE & MADEA 1991, KIENZLE & WELTRICH 2001, MADEA ET AL. 1994, MADEA & HENSSGE 1988, MENKE 2002, SCHMIDT ET AL. 2001, DERS. 2002, DETTMAYER ET AL. 1998, DERS. 1999, DERS. 2001).

In überschaubarem Rahmen wurden bislang Behandlungsfehlervorwürfe von Patienten gegen Ärztinnen und Ärzte vorwiegend im angloamerikanischen Raum sowie Australien, teilweise auch in Europa (ADAMSON ET AL. 1997, BERNAT ET AL. 1995, BEY 2003, BLACKSTON ET AL. 2002, BRENNAN ET AL. 1996, CASEY ET AL. 1999, CHARLES ET AL. 1992, DOVEY ET AL. 2002, FAURE U. KOZIOL 2003, FINK U. CHAUDHURI 1995, GIORDANO 1993, GLASSMAN ET AL. 1996, GULY 2001, JOHNSON 1999, JORDAN ET AL. 2001, KADZOMBE U. COALS 1992, KAHAN ET AL. 2001, KARZ ET AL. 1990, KARP 2000, KERN 1992, KLIMO ET AL. 2000, KNIGHT 1997, KRIDELBAUGH U. PALMISANO 1997, KRIISA 1990, LEVINSON ET AL. 1997, LICHTSEIN ET AL. 1999, LINDEN ET AL. 2000, LOCALIO ET AL. 1991, McDONALD ET AL. 2000, MELDRUM 2001, MONRAD 1991, NEFF U. COOK 1992, PENCHANSKY U. MCNEE 1994, PHILIPPS ET AL. 2001, PRESS ET AL. 1994, ROBIN U. CAULEY 1994, ROTHSCHILD ET AL. 2002, SPURR U. SIMMONS 1996) erfasst bzw. problematisiert. Neben dem Versuch der Erhebung valider Daten zu Behandlungsfehlern wird auch die ökonomische Bedeutung fehlerhaften ärztlichen Handelns angesprochen. Darüber hinaus ergeben sich Fragen des Umgangs mit dem von einem Behandlungsfehler betroffenen Patienten bzw. dessen Hinterbliebenen. Diese Frage wird im deutschsprachigen Schrifttum kaum thematisiert, hingegen gibt es vorwiegend aus juristischer Sicht eine Reihe von Empfehlungen zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten bei einem Behandlungsfehlervorwurf (ANDREAS 2002, FRANZKI 2000, PETERS 1998, RATZEL 1989, SANDVOß 1999, SMENTKOWSKI 2003, DETTMAYER 2001).

Hinsichtlich der Annahme eines Dunkelfeldes unerkannter Behandlungsfehler herrscht in der Literatur extreme Zurückhaltung, dies auch, weil Untersuchungen zum motivationalen Hintergrund bei einem Verzicht des Patienten auf Meldung eines Behandlungsfehlers ebenfalls kaum vorliegen. Bereits im Vorfeld darf, ohne dass dies durch umfangreichere Befragungen belegbar wäre, angenommen werden, dass bei Patienten als medizinischen Laien Hemmungen bestehen, einen persönlich bekannten und in der Arzt-Patienten-Situation erlebten Arzt mit einem Behandlungsfehlervorwurf zu konfrontieren. Besteht grundsätzlich die Bereitschaft, einen Behandlungsfehlerverdacht zur Kenntnis zu bringen, so dürften bei einer Vielzahl von Patienten Unsicherheiten bestehen, welche Anlaufstellen zur Verfügung stehen und welche Konsequenzen sich auch für ihre eigenen denkbaren zivilrechtlichen Ansprüche ergeben können. Den vorhandenen und bereits normativ abgesicherten Anlaufstellen für Patientenbeschwerden – die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), die Krankenkassen selbst als unmittelbarer Ansprechpartner – können von potentiellen Behandlungsfehleropfern persönlich oder unter Inanspruchnahme der Hilfe Dritter (nahe Angehörige, Betreuer/in, Rechtsanwältin/Rechtsanwalt) kontaktiert werden. Hinzu kommt die Möglichkeit der unmittelbaren Auseinandersetzung mit dem Haftpflichtversicherer des Arztes bzw. Krankenhauses sowie die unmittelbare meist zivilrechtliche Auseinandersetzung vor Gericht. Hat ein Fehler in der Patientenbehandlung unmittelbar oder mittelbar zum Tode des Patienten geführt, so bleibt die Initiative zur Geltendmachung straf- wie zivilrechtlicher Konsequenzen zwangsläufig Dritten überlassen. Quantitativ hinreichend repräsentative Daten zu derartigen letalen Behandlungsfehlern sind in der Literatur nicht anzutreffen, letale Fehler in der Medizin finden bislang als Kasuistiken eine relativ geringe Aufmerksamkeit. Die Daten der vorliegenden Studie sollen auch aus diesem Grunde in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Problematik des Umgangs mit letalen wie nicht-letalen Behandlungsfehlern aufzeigen.

Dazu wurden die 4450 Behandlungsfehlervorwürfe mit behauptetem letalen Verlauf (Studie I, Pkt. 1 bis 10) ebenso betrachtet wie die 434 nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfe (Studie II, Pkt. 11). Diese Betrachtung erfolgte im Hinblick auf

- den Anlass staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren (Tabelle 6)
- die Zahl und Verteilung derartiger Verfahren mit in Auftrag gegebener Behandlungsfehlerbegutachtung auf die 17 kooperierenden rechtsmedizinischen Institute über den Untersuchungszeitraum 1990 bis 2000 (Tabellen 3 und 5; Abb. 2 bis 11)
- den prozentualen Anteil von Obduktionen wegen eines Behandlungsfehlervorwurfes am Gesamtabduktionsaufkommen pro Institut für Rechtsmedizin (Tabelle 4)
- die Verteilung der auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen basierenden Obduktionen (primär rechtsmedizinische Sektion, primär klinische Sektion mit rechtsmedizinischer Nachsektion, Sektion nach Exhumierung) als Basis der Behandlungsfehlerbegutachtung (Tabelle 19)
- die Alters- und Geschlechtsverteilung der betroffenen Patienten (Abb. 12 bis 16)
- die Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf den Untersuchungszeitraum und die verschiedenen medizinischen Fachgebiete (Tabelle 15 und 16)
- die Anzahl an bejahten, verneinten und nicht geklärten bzw. nicht klärbaren Behandlungsfehlervorwürfen (Tabelle 21).

In welchem Umfang unterschiedliche Strukturen in der stationären Patientenversorgung von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen waren (kleines Krankenhaus auf dem Lande, Kreiskrankenhaus, Klinikum der obersten Versorgungsstufe, spezialisiertes Zentrum, Universitätsklinikum, Belegarztsystem) konnte den ausgewerteten Archivunterlagen nicht entnommen werden.

Den Besonderheiten des in mehreren Stufen ablaufenden Verfahrens bei einer (rechtsmedizinischen) Behandlungsfehlerbegutachtung musste und wurde Rechnung getragen durch eine Differenzierung des Zeitpunktes der gutachterlichen Beurteilung (Tabelle 19):

- unmittelbar im Anschluss an die Obduktion auf der Grundlage makroskopisch erhobener Obduktionsbefunde
- erst nach Abschluss für erforderlich gehaltener histologischer, mikrobiologischer, chemisch-toxikologischer und/oder postmortal biochemischer Untersuchungen
- nach Durchführung weiterer Ermittlungen zur Beschreibung des Tatbestandes und Heranziehung der (vollständigen!) Krankenunterlagen
- nach empfohlener oder bereits primär im Nachgang zu Obduktion erfolgter Heranziehung eines externen Fachgutachters (insbesondere Chirurgen, Neuropathologen, Neurochirurgen, Internisten, Gynäkologen und Radiologen).

Mit Erhebung dieser Daten konnte das Ergebnis der Begutachtung erfasst werden. Entsprechend den juristisch vorgegebenen Beweisanforderungen im Strafrecht war gutachterlich zunächst die Frage des tatsächlichen Vorliegens eines Behandlungsfehlers zu klären (ja/nein/möglich/nicht entscheidbar), danach gegebenenfalls die Kausalität des Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes zum gegebenen Zeitpunkt (Kausalität ja, Kausalität nein, Kausalität nicht zu klären). Die differenziertere Betrachtung erlaubte Aussagen zum Zeitpunkt der Bejahung bzw. Verneinung eines Behandlungsfehlers (unmittelbar im Anschluss an die Obduktion, erst nach weiterführenden Ermittlungen bzw. Untersuchungen). Schließlich war darüber hinaus die Verteilung der bejahten, verneinten und der nicht abschließend zu klärenden Behandlungsfehler(vorwürfe) auf die verschiedenen medizinischen Disziplinen feststellbar (Tabelle 21). Ergänzend wurde neben den medizinischen Fachgebieten auch die Verteilung der Begutachtungsergebnisse auf unterschiedliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen dargestellt (Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Heilpraktiker, Rettungsassistenten etc.; jeweils ohne (Tabelle 18) bzw. mit bejahter bzw. verneinter Kausalität (Tabellen 23 und 25) für den Todeseintritt. Derartige Daten sind, weltweit, erstmalig in dem beschriebenen Umfang (n=4450; n=446) erhoben worden, skizzieren als Eckdaten den Kreis der betroffenen Patienten und Ärzte, lassen hingegen für sich allein keine zuverlässigen Rückschlüsse zu auf die Art und die Ursachen der festgestellten Behandlungsfehler oder auch auf den motivationalen Kontext, in dem Patienten bzw. deren Hinterbliebene einen Behandlungsfehlervorwurf erheben und sogar eine strafrechtliche Ahndung herbeiführen möchten.

Um insoweit überhaupt Aussagen zu den Ursachen von Behandlungsfehlern treffen zu können, wurde, ohne dass hier eine hinreichende Orientierung an in der Literatur publizierten Studien möglich war, der Versuch einer Klassifikation von Behandlungsfehlerarten unternommen. Die vorgenommene Kategorisierung (s.o. Pkt. 9) wurde abgeleitet aus den rechtsmedizinischen Gutachten, deren Analyse wiederkehrende Fallkonstellationen offenbarte wie z.B. den Behandlungsfehlervorwurf des übersehenen Herzinfarktes. Zugleich musste konstatiert werden, dass das Spektrum an Behandlungsfehlern bzw. Vorwürfen derart vielfältig ist, dass inhaltlich zu eng gefasste Kategorien zu einer hohen Zahl und verwirrenden Vielfalt von Gruppen, Untergruppen und weiteren Subkategorisierungen geführt hätte. Der ganz überwiegende Teil an Behandlungsfehlern ließ sich bei weiter gefassten Kategorien subsumieren mit Blick auf den Schwerpunkt des Vorwurfes (Pkt. 9; Gruppen 1 bis 6):

- Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen
- Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen
- explizit falsche medizinische Behandlung
- Pflegefehler

- fehlerhafte Medikation
- und die Gruppe der nicht konkretisierten bzw. nicht konkretisierbaren Behandlungsfehler(vorwürfe).

Selbst bei Orientierung an diesem Raster mit 6 Kategorien war im Einzelfall eine willkürliche Zuordnung eines Behandlungsfehlers bzw. Behandlungsfehlervorwurfes nicht vermeidbar. Um eine Vorstellung zu vermitteln, welche Fallkonstellationen welcher Gruppe von Behandlungsfehlerarten zugeordnet wurde, sind exemplarische Fehler genannt worden (Pkt. 9; Gruppen 1 bis 6), da eine Listung aller 4450 Fälle (Studie I) plus 446 Behandlungsfehler(vorwürfe) (Studie II) als wenig hilfreich angesehen werden kann.

Auch wenn die Definition von Behandlungsfehlertypen die Implementierung zukünftiger präventiv wirkender Strukturen erleichtern mag, so sollte beachtet werden, dass im Einzelfall die Subsumption fehlerhafter ärztlicher Maßnahmen unter einen „Behandlungsfehlertyp“ nicht eindeutig sein kann. Häufig muss darüber hinaus eine strukturell bedingte Fehlerhäufung in Betracht gezogen werden, ohne dass dies in den gesichteten Archivunterlagen zum Ausdruck gekommen wäre (z.B. Übermüdung von Ärzten / Pflegepersonal als Risikofaktor; SCHUMACHER 2002).

Primäres Studienziel sollte zunächst die Beschreibung des Ist-Zustandes sein, so weit die zur Auswertung zur Verfügung stehenden Unterlagen bei potentiell letalen Behandlungsfehlern dies zulassen. Die Beschreibung unterschiedlichen und schadensverursachenden Fehlverhaltens in der Patientenbehandlung, Fallkonstellationen und ggf. strukturelle Risiken für das Auftreten eines Behandlungsfehlers mit letalem Verlauf wurden daher aus der Analyse der gewonnenen Daten eigenständig entwickelt. Dieses Vorgehen war umso mehr geboten, als die auszuwertenden Unterlagen auch und gerade (schriftliche) Darstellungen medizinischer Behandlungsabläufe enthalten, die motivational wesentlich bestimmt werden von der Position des Betroffenen in einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren. Es darf nicht verwundern, dass ein Angehöriger nach dem Verlust eines Verwandten zu einer selektiven Darstellung des Sachverhalts schon bei der Anzeigeerstattung neigt. Umgekehrt ist die Annahme nahe liegend und entspricht rechtsmedizinischer Erfahrung, dass mit einem Strafverfahren konfrontierte Ärzte in der Position der Beschuldigten von einer wahrheitsgemäßen Darstellung des Arzt-Patientenverhältnisses und der medizinischen Behandlung Abstand nehmen könnten. Der Rückgriff auf die, wenn auch zeitnah, erfolgte Dokumentation in den Krankenunterlagen darf keinesfalls zu der irrigen Annahme führen, retrospektiv seien die entscheidungsrelevanten Abläufe mit der für ein Strafverfahren erforderlichen Sicherheit regelmäßig feststellbar.

Bei der Erarbeitung fehlerbegünstigender Strukturen bzw. Konstellationen auf der Basis erhobener empirischer Daten ist weiterhin zu berücksichtigen, dass im juristischen Denken die Feststellung eines medizinischen Fehlers weder einen Schuldvorwurf impliziert noch die Kausalität für einen gegebenen Schaden. In gleicher Weise sind gutachterlich primär Fakten darzustellen, zu erläutern und Kausalitätsbeziehungen zu klären. Die versicherungsrechtliche Differenzierung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität wird nicht auf die Kausalitätsanforderungen des Strafrechts übertragen. Der (rechts)medizinische Gutachter hat in jedem Einzelfall und für jede gutachterliche Feststellung die strengen Beweisanforderungen des Strafrechts zu berücksichtigen (Feststellung eines Behandlungsfehlers, Feststellung eines Schadens - entfällt bei letalem Verlauf, da der Todeseintritt evident gegeben ist; ansonsten muss ein konkretisierbarer Schaden benannt werden können z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen etc. - Klärung des Kausalzusammenhangs zwischen Fehler und Schaden).

Bei der Analyse der Unterlagen für die vorliegende Studie musste somit die Feststellung eines Behandlungsfehlers, die Feststellung eines aufgetretenen Schadens und die Frage der Kausalität zwischen Fehler und Schaden jeweils separat betrachtet werden. Nicht jede Abweichung vom gewünschten Krankheitsverlauf und jede unerwünschte (Neben-)Wirkung einer ärztlichen Maßnahme konnte und musste daher erfasst werden. Darüber hinaus erfordert nahezu jede sachverständige Begutachtung eines Behandlungsfehlervorwurfes eine Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles. Bei der Auswertung hilfreich war allein die Orientierung an der vom Auftraggeber der Gutachten nahezu einheitlich in der Fragestellung benutzten Formulierung nach einem „Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Sorgfalt“. Keinesfalls als präziser angesehen wird die Umschreibung eines Fehlers in der Medizin als eines „Verstoßes gegen medizinische Standards“. Eine gutachterliche Orientierung an – im Untersuchungszeitraum auch noch in der Entwicklung befindlichen – speziellen, krankheitsbezogenen Leitlinien zur Behandlung von Patienten wird als nicht vertretbar, weil zu pauschalierend und zu wenig einzelfallbezogen, angesehen (ROTHÄMEL & FEGERT 2000).

Suggestiv mag bei Bejahung eines medizinischen Fehlers die Annahme nahe liegen, dieser müsse nun auch zu den im Regelfall unstrittig bestehenden Beschwerden bzw. Schäden geführt haben bzw. als Maximalvariante eines Schadens ursächlich für den Eintritt des Todes sein. Lässt man die Überlegung dahinstehen, dass auch in Folge fehlender weiterer Diagnostik konkurrierende Ursachen für gegebene Beschwerden bzw. Schäden letztlich nicht ausgeschlossen werden können, so kann sich der medizinische Gutachter in weit größerem Umfang auf objektivierbare Obduktionsbefunde bei letalen Behandlungsfehlervorwürfen stützen. Unstrittig ist in der Literatur, dass die Erkenntnis- und Begutachtungsmöglichkeiten erst durch objektivierbare Obduktionsbefunde die erforderliche Breite und Konkretheit für eine qualifizierte Begutachtung erfahren (BREITFELLNER ET AL. 1980, BATTLE ET AL. 1987, MODELMOG ET AL. 1989, BAUER ET AL. 1991, PERKINS ET AL. 2003). Auf die besondere Situation der Aufdeckung potentiell letaler Behandlungsfehler wird hingegen selten und in erster Linie in rechtsmedizinischen Publikationen Bezug genommen (BAUER ET AL. 1991, MODELMOG ET AL. 1989 – GÖRLITZER STUDIE, BRINKMANN ET AL. 1997, MADEA 1995, MADEA & DETTMAYER 2003). Dort wird argumentiert, dass einerseits die Angaben zur Todesursache in den Todesbescheinigungen bekanntermaßen in hohem Maße unzutreffend sind (BRINKMANN ET AL. 1997, MODELMOG ET AL. 1989, VOCK 1984, MADEA 1995), und dass andererseits im Falle eines Behandlungsfehlers drohende straf- wie zivilrechtliche Konsequenzen für den Arzt dazu verleiten können, fälschlicherweise in der Todesbescheinigung einen natürlichen Tod zu attestieren. Vor dem dargelegten Hintergrund lassen die erhobenen Daten beider Studien Interpretationen bzw. Schlussfolgerungen in einem gewissen Rahmen zu, die im folgenden dargelegt werden sollen.

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie ist ein großer Teil der behaupteten Behandlungsfehler mit letalem Verlauf (1715 Fälle =38,5%) nur deshalb zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangt, weil in den Todesbescheinigungen korrekterweise ein nicht-natürlicher Tod bzw. eine ungeklärte Todesart vom Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung angegeben wurde (Tabelle 6). Die Todesbescheinigungen der Bundesländer sind uneinheitlich gestaltet, nicht in allen Bundesländern kann die Todesart als „ungeklärt“ angegeben werden, dort wird vielmehr vom Leichenschauarzt verlangt, dass er entweder einen natürlichen oder einen nicht-natürlichen Tod attestiert. Auf die Tatsache, dass diese Differenzierung der Todesart, die eine Feststellung der medizinischen Todesursache voraussetzt, zuverlässig allein durch die äußere Leichenschau nicht getroffen werden kann, wird keine Rücksicht genommen. Eine obligate Meldepflicht bei Todesfällen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen – wie in der früheren DDR in einem Indikationenkatalog geregelt (vgl. „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“ vom 4. Dezember 1978; GBl. DDR 1979, S. 4) und nunmehr in einem Entwurf der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2002 vorgesehen – zur Ermöglichung einer Obduktion,

gibt es nicht. Eine derartige „Verwaltungsobduktion“ gibt es derzeit – außer in Bremen und Hamburg in Form einer Sonderregelung – ebenfalls nicht (dazu DETTMAYER & MADEA 2004). Die Forderung nach einem Obduktionsgesetz mit einer indikativen Lösung, orientiert an Regelungen in der früheren DDR und in Österreich, wurde auch vom 93. Deutschen Ärztetag erhoben (Dtsch. Ärztebl. 87 (1990) 1136).

In einer Reihe von Bundesländern sehen die Leichenschau- bzw. Bestattungsgesetze zumindest vor, dass für den Fall, dass eine klinische Sektion in einem Institut für Pathologie durchgeführt wird, der Pathologe „Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod“ den Behörden melden muss. Eine solche Anzeigepflicht bei Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod umfasst Todesfälle im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen (NARR 1979, WEGENER 2002, DETTMAYER & REBER 2003). Auch in der hier vorliegenden Studie I meldeten Pathologen im Einzelfall bei der Obduktion vorgefundene Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod bzw. für einen letalen Behandlungsfehler und trugen zur Aufklärung von Behandlungsfehler(-vorwürfen) bei. Als vorerst letzte Bundesländer führten Nordrhein-Westfalen im Jahre 2003 und Thüringen im Jahre 2004 eine Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod einschließlich eines Behandlungsfehlerverdachts ein (vgl. § 10 Abs. 3 – „Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen – Bestattungsgesetz – BestG NRW“ – GV.NRW Nr. 29 v. 30.06.2003, S. 313 ff.; § 12 Abs. 3 Thüringer Bestattungsgesetz v. 19. Mai 2004 – GVBl. S. 505).

**Fazit:** Verbesserungen normativer Regelungen wie die Einführung einer Meldepflicht zumindest bei Anhaltspunkten für einen letalen Behandlungsfehler und die bundesweite Einführung der Möglichkeit, eine „ungeklärte Todesart“ in der Todesbescheinigung ankreuzen zu können, sollten ebenso wie die auf einem Indikationenkatalog beruhende gesetzlich verankerte Verwaltungssektion als Option ernsthaft in Betracht gezogen werden. Dies könnte zu validen Daten zu Behandlungsfehlern führen und gegebenenfalls eine juristische Regulierung von Schadensfällen im Einzelfall im Patienteninteresse ermöglichen.

Gegenstand der vorliegenden Studien sind Behandlungsfehlervorwürfe mit letalem und nicht-letalem Verlauf. Bei gutachterlicher Bejahung eines Behandlungsfehlers mit Blick auf die strengen Beweisanforderungen des Strafrechts (siehe oben) bedarf es bei letalen Behandlungsfehlervorwürfen der expliziten Feststellung des eingetretenen Schadens nicht, ist doch der Todesfall evident. Problematisch ist die Begutachtung jedoch in mehr als einer Hinsicht: Zunächst muss der kausale Zusammenhang zwischen dem festgestellten Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes ebenfalls entsprechend den strengen Beweisanforderungen des Strafrechts bejaht werden können. Dies impliziert zwangsläufig den Ausschluss einer konkurrierenden Todesursache. Die Konsequenz ist, dass mit dem zunehmenden Auftreten einer oder mehrerer potentieller Todesursachen die Begutachtung des Kausalzusammenhanges zwischen dem Behandlungsfehler und dem Eintritt des Todes komplexer wird. Denkbare konkurrierende anderweitige Todesursachen treten naturgemäß mit fortschreitendem Alter auf, zu nennen ist hier insbesondere die zunehmende Arteriosklerose unter Einbeziehung der Koronarsklerose, der Bluthochdruck mit seinen Folgen oder der Diabetes mellitus. Weiterhin können bestehende Vorerkrankungen wie etwa ein Zustand nach einem alten abgelaufenen Herzinfarkt oder eine Herzklappenerkrankung im Einzelfall ausreichen, um begründete Zweifel dahingehend bestehen zu lassen, dass der festgestellte Behandlungsfehler zum Tode geführt habe. Diese skizzierten vielfältigen Aspekte bei der Behandlungsfehlerbegutachtung sind in ihrer Auswirkung auf das Begutachtungsergebnis und damit in ihrer Auswirkung auf die Interpretation der Daten dieser Studie zu berücksichtigen. Wenn von 4450 Behandlungsfehlervorwürfen insgesamt 1971 Vorwürfe (44,3%) bereits allein gestützt auf den makroskopischen Befund unmittelbar am Obduktionstisch verneint werden konnten (Tabelle 19), so war dies auch möglich durch den plausiblen Nachweis einer



konkurrierenden Todesursache aufgrund einer bis dato nicht erkannten oder in ihrer todesursächlichen Relevanz falsch eingeschätzten Erkrankung. Eine entsprechende Bedeutung wird der Autopsie auch international beigemessen (BOVE & IERY 2004). Diese Ausführungen müssen ergänzt werden um den Hinweis, dass der Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren bei Behandlungsfehlervorwürfen in den Archiven der rechtsmedizinischen Institute nicht protokolliert ist (dazu ORBEN 2004). So wünschenswert dies auch im Interesse eines qualitätssichernden Feedbacks sein mag, medizinische Gutachter in straf- wie zivilrechtlichen Arzthaftungsverfahren werden regelmäßig nicht über den Ausgang des Verfahrens informiert. Dies erschwert in erheblichem Maße die Beantwortung der Frage, welchen Einfluss medizinische Gutachten letztlich tatsächlich gehabt haben, auch wenn deren verfahrensentscheidende Bedeutung unstrittig ist.

**Fazit:** Der häufig gegebene autoptische Nachweis einer konkurrierenden Todesursache führt trotz festgestellten Behandlungsfehlers zur Verneinung einer todesursächlichen Kausalität des Fehlers. Um weitere valide Daten zur juristischen Aufarbeitung straf- wie zivilrechtlich entschiedener Behandlungsfehlervorwürfe zu bekommen, wäre eine entsprechende Auswertung seitens der Justizbehörden (Staatsanwaltschaften, Gerichte) zu fordern, zumindest die systematische Erfassung der von den Arzthaftungssenaten an den Oberlandesgerichten bearbeiteten Fälle.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass nach der Erhebung empirischer Daten in 17 (Studie I) bzw. 8 (Studie II) rechtsmedizinischen Instituten der Bundesrepublik Deutschland zur Begutachtung von letalen wie nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen der Kontext zu beachten ist, innerhalb dessen die erhobenen Daten seriöse Schlussfolgerungen zulassen. Im Zuge der Datenerhebung musste die objektiv gegebene Limitierung des Datenmaterials akzeptiert werden, auch wenn damit das Ziel der Beantwortung einzelner Fragen aufgegeben werden musste. So bot sich keine hinreichende Datengrundlage für die Zuordnung von Behandlungsfehlervorwürfen zu Krankenhäusern in Abhängigkeit von der Bettenzahl oder zur Eingriffshäufigkeit spezieller medizinischer Eingriffe. Des weiteren können die Daten die allerdings evidente Erkenntnis nicht bestätigen, dass empirisch ein Zusammenhang zwischen der Eingriffshäufigkeit bzw. Routine spezieller Eingriffe und dem Behandlungsergebnis bzw. Behandlungserfolg besteht (ADAMSON ET AL. 1997) und dass berufsunerfahrene Anfänger ein höheres Fehlerrisiko haben (DEUTSCH 1989). Im Vordergrund muss die Skizzierung datenbasierter, empirisch definierbarer Behandlungsfehler stehen, soweit dies vertretbar möglich ist. Bereits bei der Bestimmung von Fehlerinzidenzen ist vor Schlussfolgerungen zu warnen, die das Datenmaterial nicht zulässt. Faktoren wie Hemmschwellen bei der Erhebung eines Behandlungsfehlervorwurfes gegenüber einer Institution (Krankenkasse, Medizinischer Dienst, Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle, Polizei, Staatsanwaltschaft, Ärztinnen und Ärzte, Gerichte) können für die Art des vermeintlichen Behandlungsfehlers, dessen mögliche Folgen oder auch nur die subjektiv von Patientenseite bestimmbare Schwere der Schuld von Bedeutung sein. Für Patienten als in der Regel medizinische Laien ist bereits die Abgrenzung einer unerwünschten, aber leider in Kauf zu nehmenden behandlungsinduzierten (ggf. letalen) Komplikation einerseits von einem Verstoß gegen anerkannte Regeln ärztlicher Sorgfalt bei der Behandlung andererseits oft nicht möglich. Soweit in der Literatur Studien vorliegen mit Angabe einer (geschätzten) Schadensinzidenz bzw. mit der Angabe behandlungsinduzierter Komplikationen, darf dies nicht in dem Sinne verstanden werden, es liege ein Behandlungsfehler vor. So wurde beispielsweise in einer Publikation (GUTACHTEN 2003 DES SACHVERSTÄNDIGENRATES FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, BAND I, BRDRS 143/03, S.141/142, PKT. 388) bei ca. 16,5 Millionen Krankenhausbehandlungsfällen im Jahre 2001 in Deutschland von möglicherweise 31600 bis 83000 Todesfällen aufgrund unerwünschter Folgen medizinischer Interventionen in Krankenhäusern ausgegangen. Anschließend wurde geschlussfolgert, „damit würden mehr Menschen an den Konsequenzen

medizinischer Diagnostik und Therapie bzw. an *Behandlungsfehlern*“ (Hervorh. durch d. Verf.) versterben, als beispielsweise an Dickdarmkrebs. Unerwünschte, auch tödliche Folgen medizinischer Interventionen in Krankenhäusern kommen aber regelmäßig vor, insbesondere im Sinne einer Vorverlagerung des Todeszeitpunktes, besonders bei multimorbiden bzw. schwerstkranken Patienten. Stirbt beispielsweise ein Patient an den unerwünschten aber leider nicht vermeidbaren Folgen einer Chemotherapie (medizinische Intervention in einem Krankenhaus), dann ist damit keinesfalls ein Tod als Folge eines Behandlungsfehlers gegeben. Dieses Beispiel mag verdeutlichen, dass die im Schrifttum und in der Diskussion verwandten Begrifflichkeiten, selbst wenn das Bemühen um eine möglichst treffende Definition anerkannt werden muss, nicht an der Realität vorbei eingesetzt werden dürfen unter Verzicht auf notwendige Differenzierungen. In der vorliegenden Studie wurde – soweit ein Behandlungsfehlervorwurf nicht bereits aufgrund der makroskopischen Obduktionsbefunde entkräftet werden konnte (siehe oben) – in weiteren 902 Fällen (20,2%) nach weiterführenden Untersuchungen einschließlich der Einsicht in die Patientendokumentation bzw. Krankenunterlagen ein Behandlungsfehler abschließend verneint (Tabelle 19). Bei den umfangreichen abschließenden Behandlungsfehlergutachten ist auf der Basis der Obduktionsbefunde und der Ergebnisse weiterer Untersuchungen die Abgrenzung einer todesursächlichen, bekannten und aufklärungspflichtigen Komplikation der Grunderkrankung des Patienten oder auch der Nebenwirkungen einer Therapie von einem tatsächlichen letalen Behandlungsfehler erforderlich. Die hohe Zahl der als nicht belegbar bewerteten Behandlungsfehlervorwürfe demonstriert die exkulpernde Wirkung der medizinischen Begutachtung und ist gleichzeitig als Beitrag zum Rechtsfrieden anzusehen. Dort wo die Begutachtung zu keinem eindeutigen Ergebnis gelangt, wird die Ursache dafür benannt, gegebenenfalls der Staatsanwaltschaft beratend ein klinischer Gutachter empfohlen.

**Fazit:** Soweit rechtsmedizinische Behandlungsfehlergutachten im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren erstellt werden, ist eine den strengen Beweisanforderungen des Strafrechts entsprechende Begutachtung gewährleistet. Wird im Strafverfahren ein Behandlungsfehler als nicht beweisbar angesehen, so muss dies jedoch nicht zwingend gelten für zivilrechtliche Verfahren.

Die Quote bejahter Behandlungsfehler liegt bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern etwa zwischen 14,0 % (Bayern) und 37,0 % (Hessen), im Durchschnitt bei 31,1 % (NEUMANN 1998, siehe auch EISSLER 2004). Die in der vorliegenden Studie gefundene geringere Quote bejahter Behandlungsfehler (446 Fälle = 10,0 %) darf allerdings nicht überraschen, erfolgt die rechtsmedizinische Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen einschließlich der Betrachtung der Kausalität für den Todeseintritt doch unter Orientierung an die wesentlich strengeren Beweisanforderungen im Strafverfahren (DETTMEYER & MADEA 1999). Da ergänzende klinische Fachgutachten zur abschließenden Auswertung nur selten in den Archiven der rechtsmedizinischen Institute vorhanden waren, ist aber von einer höheren Quote bejahter Behandlungsfehler bei den zuvor aufgearbeiteten und begutachteten Fällen auszugehen. Dies gilt auch für die mit Blick auf die strengen Beweisanforderungen im Strafrecht in den Gutachten festgestellten zweifelsfrei letalen Behandlungsfehler, deren Quote zumindest 4,25% (= 189 Fälle) beträgt. Die erhobenen Daten und Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung lassen nach den vorliegenden Daten eine große Differenz erkennen zwischen der Quote gutachterlich anerkannter letaler Behandlungsfehler einerseits (189 von 4450 Fällen = 4,25%; Tabelle 21) und den anerkannten nicht-letalen Behandlungsfehlern als Ursache eines gesundheitlichen Schadens des Patienten (123; von 434 Fällen = 28,3%; Abb. 34) andererseits. Diese Differenz ist nicht ohne weiteres zu erklären, erfolgte doch in beiden Gruppen eine Begutachtung entsprechend strenger strafrechtlicher Beweisanforderungen.

Unterstellt man, dass die Ursache für die deutlich geringere Quote bejahter letaler Behandlungsfehler allein in den strengen Beweisanforderungen des Strafrechts zu sehen ist und sieht demzufolge eine tatsächliche Behandlungsfehlerquote von 30% als realistisch an, dann wären in den 17 rechtsmedizinischen Instituten von 4450 Behandlungsfehlervorwürfen 1335 Fälle als tatsächliche Behandlungsfehler anzusehen, entsprechend 78 Fälle pro Institut in 11 Jahren bzw. 7 Fälle pro Institut pro Jahr. Bei insgesamt 33 rechtsmedizinischen Instituten in der Bundesrepublik Deutschland wären dann pro Jahr 231 letale Behandlungsfehler anzunehmen, die allein im Fach Rechtsmedizin zur Begutachtung gelangen und deren größter Teil als strafrechtlich nicht zweifelsfrei beweisbar einzustufen ist. Eine parallele Bearbeitung der Behandlungsfehlervorwürfe durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (Doppelbegutachtungen) ist nicht gegeben, da diese satzungsgemäß nicht (mehr) tätig werden, wenn ein zivil- oder strafrechtliches Verfahren initiiert wurde.

**Fazit:** Die Quote tatsächlich letaler Behandlungsfehler ist als deutlich höher einzuschätzen als es die in der vorliegenden Studie ermittelten 4,25% vermuten lassen, da in Verfahren ohne die strengen Beweisanforderungen des Strafrechts eine wesentlich höhere Quote an bejahten Behandlungsfehlern gegeben ist.

Einerseits gibt es in Deutschland bislang keine systematische Erfassung und Analyse iatrogen bedingter Patientenschäden, mit Ausnahme der Erfassung von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen (UAW), welche entsprechend standesrechtlicher Regelung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdDÄ) zu melden sind. Neben dem Fehlen systematischer, umfangreicher Erhebungen ist auch zu beklagen, dass Daten zu iatrogenen Patientenschäden selbst in Einzelsektoren (Klinikebene, ambulante Versorgung, Pflegefehler etc.) kaum vorliegen. In den USA wird die Zahl der Patienten mit bleibenden Schäden durch medizinische Fehler im Krankenhaus auf jährlich 1 Million und die Zahl der Todesfälle auf 44.000 bis 98.000 geschätzt (WEINGART ET AL. 2000). Für Australien wurden 18.000 vermeidbare Todesfälle und mehr als 50.000 bleibende Schäden pro Jahr angegeben. Die Zahl der Todesfälle als Folge von Behandlungsfehlern wird für die USA nach anderen Schätzungen mit bis zu 180.000 pro Jahr angegeben (ANNAS 1995 unter Hinweis auf: LEAPE 1994, BRENNAN ET AL. 1991 – HARVARD MEDICAL PRACTICE STUDY I, GARCIA-MARTIN ET AL. 1997). Es existieren zwei umfangreichere Studien zur Fehlerrate in der Medizin auf Krankensebene. Eine Untersuchung aus dem Jahre 1984 (Harvard-Studie) beschränkte sich auf die Auswertung von Patientenakten (vgl. SCHEPPOKAT 2000)). Eine ähnliche Studie mit zusätzlicher Befragung von in der Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzten aus dem Jahre 1995 wurde im Jahre 2000 publiziert (BRIT MED J 2000). Während jedoch in der australischen Studie bei mehr als 16% der stationär versorgten Patienten bleibende iatrogene Schäden festgestellt wurden, liegt diese Quote in der Harvard-Studie lediglich bei 3,7%. Dies wird nicht nur daran liegen, dass in beiden Studien nur manifeste Schäden registriert wurden, sondern bereits die Abgrenzung von gesundheitlichen Schäden des Patienten als Folge der Grunderkrankung gegenüber Schäden als Folge einer fehlerhaften Behandlung kann schwierig bis unmöglich sein.

Soweit Untersuchungen aus dem Ausland vorliegen, ereigneten sich auch dort – in Übereinstimmung mit den Daten der vorliegenden Studien - die meisten erfassten Behandlungsfehler(-vorwürfe) in der Chirurgie. In den konservativen Fächern kam es zu Medikationsfehlern, Fehlbehandlungen und diagnostischen Irrtümern. Fehler durch Unterlassen gebotener medizinischer Maßnahmen sollen häufiger vorkommen als Fehler durch aktives falsches Handeln. Ein Ergebnis, welches, obwohl durch die Daten der vorliegenden Studien augenscheinlich bestätigt, mit Zurückhaltung zu betrachten ist, denn im Nachhinein lässt sich der Vorwurf einer Unterlassung leichter erheben und begründen. Für die Qualifikation ärztlichen Handelns als fehlerhaft kann jedoch nur auf die Situation „ex ante“ abgestellt werden. Dass die Fehlerrate mit dem Alter der Patienten und der Dauer der Behandlung, aber auch bei komplexen

Erkrankungen, in Notfällen und auf Intensivstationen ansteigt, verwundert nicht, denn in diesen Fällen erhöht sich auch die Zahl ärztlicher Maßnahmen erheblich. Die weitere Erkenntnis, dass unerfahrene Ärztinnen und Ärzte mehr Fehler machen, als erfahrene Ärztinnen und Ärzte, kann ebenso wenig überraschen (vgl. DTSCH MED WSCHR 2000). Die oben genannte Harvard-Studie von 1990 mit einer Behandlungsfehlerquote von 3,7% galt zunächst als repräsentativ für die USA. Eine nachfolgende Untersuchung von 1990/1991 – publiziert erst 1997 – stellte bei 1047 behandelten Patienten in drei Stationen der chirurgischen Abteilung eines großen Lehrkrankenhauses in den USA in 480 Fällen Fehlbehandlungen oder Fehlentscheidungen fest, davon 185 Fälle, die von den Autoren als „schwerwiegend“ charakterisiert wurden (ANDREWS ET AL. 1997). Bei der Diagnose gab es danach 164 Fehler (nicht bezogen auf einzelne Patienten), im Operationssaal 230, bei der Weiterbehandlung 293, bei der Patientenbeobachtung und der Pflege 639, bei der Medikation 204, bei der Ernährung 51, in der Anästhesie 27, im Zusammenhang mit Komplikationen 425 Fehler sowie 150 Fehlentscheidungen anderer Art. Auch nach dieser Studie stieg die Fehlerzahl mit der Liegedauer des Patienten (um ca. 6% pro Tag). Von den immerhin 17,7 % der Patienten mit schwerwiegenden Irrtümern und erheblichen gesundheitlichen Folgen hätten aber nur 1,2% (= 13 Patienten) eine Klage eingereicht. Nach den Untersuchungen von ANDREWS ET AL. 1997 muss daher die Annahme einer Fehlerquote von nur 3,7% als deutlich zu niedrig angesehen werden. Die Studie äußert sich nicht zu der Frage, ob es im Einzelfall Behandlungsfehler mit letalem Verlauf gegeben hat. Die genannten Publikationen verhalten sich insofern zurückhaltend, als eine Korrelation konstatiertes Behandlungsfehler mit der Zahl der ärztlichen Maßnahmen pro Patient pro Tag nicht erfolgt, Überlegungen zur Quote nicht erkannter Behandlungsfehler oder auch nur iatrogenen Schäden wären daher zwangsläufig mit dem Vorwurf unzulässiger Spekulation konfrontiert.

**Fazit:** Die im Ergebnisteil für beide Studien dargelegten Daten erlauben keine zuverlässigen Rückschlüsse auf eine eventuelle Dunkelziffer letaler wie nicht-letaler Behandlungsfehler. Erforderlich wäre dazu ein Abgleich mit der Zahl der Patienten, der Zahl der Eingriffe und der Eingriffsfrequenz über einen definierten Zeitraum mit den erhobenen Daten in einem regional definierten Raum.

Publikationen über Medikationsfehler insgesamt wie auch über letale Medikationsfehler finden sich ebenfalls in der internationalen englischsprachigen wie deutschsprachigen Literatur (CURRIE ET AL. 1993, ANDREWS ET AL. 1997, DEAN ET AL. 1995; DEAN ET AL. 2002, DETTMAYER ET AL. 2001, FERNER U. ARONSON 2000, LESAR ET AL 1997, MADEA U. DETTMAYER 1998, MADEA ET AL. 1994, MADER 1998, RIDGE ET AL. 1995, RISSER ET AL. 1999, SCHNURRER U. FRÖLICH 2003, SCHOENEMANN ET AL. 1998, SOX U. WOLOSHIN 1996, TREASURE 2000). Neben Behandlungsfehlern durch die Wahl eines nicht indizierten Medikamentes wird insbesondere auch berichtet von Medikamentenverwechslungen und Fehlern bei der Rezeptierung. Es wird ebenfalls angenommen, dass bei einer Vielzahl von Medikationsfehlern zwar Kosten und eventuell längere stationäre Aufenthalte für Patienten verursacht wurden, letztlich aber der Patient ohne nachweisbaren gesundheitlichen Schaden entlassen werden konnte. Das in der Literatur genannten Spektrum an Medikationsfehlern (falsches Medikament, falsche Applikationsart, falsche Dosierung, unzulässige Kombination von Medikamenten etc.) verbirgt sich auch hinter der Gruppe der Medikationsfehler in den vorliegenden Studien.

**Fazit:** Bei den Medikationsfehlern bestätigen die Daten der Studien die auch in der Literatur genannten Fehlerarten. Der Anteil an Medikationsfehlern am gesamten Behandlungsfehlerspektrum ist nicht zuverlässig abschätzbar. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass Medikationsfehler häufig vom Patienten unbemerkt und mit fehlenden oder nur geringen gesundheitlichen Einschränkungen vorkommen können.

Die systematische Erfassung iatrogenen Schäden bzw. fehlerhafter ärztlicher Maßnahmen findet auch international derzeit in Form von einzelnen Projekten und Studien statt, selten in institutionalisierter Form wie etwa durch das „Institute of Medicine Report on Medical Errors“ (IOM) oder die „National Practitioner Data Bank (NPDB)“ in den USA (BRENNAN 2000, BIRKHOLZ 1995). Auch in Europa gibt es eine Diskussion über die Notwendigkeit einer Europäischen Datenbank für ärztliches Fehlverhalten (HAAGE 1997). Primär wird dabei an die normative Verankerung von Meldepflichten gedacht oder an die Festschreibung der verbindlichen Teilnahme an „Reporting-Systemen“, wie dies seit längerem im Zusammenhang mit Maßnahmen der Qualitätssicherung diskutiert wird (KAUFMANN ET AL. 2002). Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu letalen Behandlungsfehlervorfällen zeigen, ist die Meldepflicht einer nicht-natürlichen bzw. ungeklärten Todesart auf dem Wege über die landesrechtlichen Vorgaben in der Todesbescheinigung grundsätzlich geeignet, auch letale Behandlungsfehler zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden zu bringen.

**Fazit:** Eine Verstärkung der Meldepflicht auch des Verdachts von (letalen) Behandlungsfehlern sowie eine verstärkte Aus- und Fortbildung der Ärzte ist möglicherweise in der Lage, die Quote bekannt werdender letaler Behandlungsfehler zu erhöhen. Dies insbesondere dann, wenn der behandelnde Arzt nicht auch derjenige Arzt ist, der die Todesart in der Todesbescheinigung anzugeben hat.

Neben diesen Ausführungen können erläuternd nachfolgende Anmerkungen gemacht werden: In der Vergangenheit publizierte Studien stimmen grundsätzlich mit den hier präsentierten Ergebnissen überein, wie ein Blick auf Publikationen aus dem Fach Rechtsmedizin (siehe **Tabelle 105**) und auf die Daten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern zeigt.

**Tabelle 105: Rechtsmedizinische Untersuchungen zur Verteilung der Behandlungsfehlervorfälle auf ausgewählte Fachgebiete (aus: DETTMEYER & MADEA 1999)**

	Chirurgie	Innere Medizin	Allgemeinmedizin	Orthopädie	Gyn. u. Geburtshilfe	HNO	Pädiatrie
v. Brandis u. Pribilla (1973)	48	20	26	3	10	2	-
Eisenmenger et al. (1978)	41	35	44	2	28	17	16
Figgenger (1981)	22	7	16	-	6	3	3
Schmidt (1982)	37	8	16	-	7	2	3
Kohnle (1983)	12	10	13	3	7	2	3
Mattern u. Kohnke (1984)	15	11	7	3	8	3	3
Althoff u.	22	9	10	4	8	4	4

Solbach (1984)							
Mallach (1989)	214	93	124	-	58	15	15
Pluisch (1990)	10	8	7	7	6	3	3
Janssen u. Püschel (1998)	24	10	11	-	6	2	7
Dettmeyer u. Madea (1999)	65	22	17	4	33	4	3
<b><u>Gesamt</u></b>	<b>510</b> <b>(37,7%)</b>	<b>233</b> <b>(17,3%)</b>	<b>291</b> <b>(21,5%)</b>	<b>26</b> <b>(1,9%)</b>	<b>177</b> <b>(13,1%)</b>	<b>59</b> <b>(4,4%)</b>	<b>60</b> <b>(4,4%)</b>

Hinsichtlich der Verteilung von Behandlungsfehlervorwürfen auf die einzelnen medizinischen Disziplinen weisen die Zusammenstellungen der Daten von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern ähnliche Ergebnisse auf. Diesen seit mehr als 20 Jahren mit der Bearbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen befassten Institutionen wird eine durchaus erfolgreiche und über ein nicht-gerichtliches Verfahren zum Rechtsfrieden führende Arbeit attestiert (CARSTENSEN 1990, LAUM & BECK 2003, LAUM ET AL. 2003, NEUMANN 1998, SCHEPPOKAT & HELD 2002, WELTRICH 2000, WELTRICH & FITTING 1996, SCHEPPOKAT & HELD 2002).

Einzelne Studien konnten – über die hier vorgenommene Analyse hinaus - Daten von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten bei Behandlungsfehlervorwürfen dahingehend auswerten, ob eine (erstmalige) eintägige ärztliche Konsultation, eine Behandlung des Patienten über 2-5 Tage oder eine mehr als 5 Tage dauernde Behandlung erfolgt war (DETTMEYER & MADEA 1999). Dabei zeigte sich, dass plötzliche Todesfälle nach (erstmaliger) kurzzeitiger ambulanter ärztlicher Konsultation offenbar ein erhöhtes Risiko bedeuten für nachfolgende Behandlungsfehlervorwürfe. Dies betrifft vorwiegend die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Wie sich aus den Daten zur Verteilung der Behandlungsdauer des Patienten und der Behandlungsfehlervorwürfe gegen Krankenhausärzte ablesen lässt, wurden Vorwürfe dort wesentlich häufiger erst nach einer stationären Behandlung von mehr als 5 Tagen erhoben. Möglicherweise wird Krankenhausärzten in den ersten Tagen durchaus eine Phase der Diagnostik zugestanden, bevor die Erwartungshaltung der Patienten hinsichtlich der Präsentation einer Diagnose und einer adäquaten, Erfolg versprechenden Therapie steigt. Soweit seitens der Versicherungswirtschaft Analysen des dortigen Datenmaterials erfolgt und publiziert sind, findet sich ebenfalls eine vergleichbare Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die medizinischen Fachgebiete (**Tabelle 106**). Allerdings ist die Fallzahl relativ niedrig und wie die Daten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern beziehen sich die Daten nicht ersichtlich auf Behandlungsfehlervorwürfe mit letalem Verlauf.

**Tabelle 106: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe auf die medizinischen Fachgebiete – Daten der Versicherungswirtschaft (nach SETHE & KRUMPASKY 1998)**

Fachgebiet	Fallzahl
------------	----------

Gynäkologie (7) Geburtshilfe (13)	20
Chirurgie (10) Handchirurgie (2)	12
Orthopädie	5
Psychiatrie	4
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	5
Kinderheilkunde	3
Innere Medizin	3
Notfallmedizin	3
Augenheilkunde	2
Hausärztliche Versorgung	2
Durchgangsarzt	1
Andrologie	1
Humangenetik	1
Strahlentherapie	1
Urologie	1
Hebammen-Geburtshilfe	1
Unbekannt	4
<b>Summe</b>	<b>69</b>

Die Daten von Haftpflichtversicherern sind jedoch mit Zurückhaltung zu interpretieren, denn ein Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, einen Behandlungsfehler haftungsrechtlich geltend zu machen und echten medizinischen Behandlungsfehlern muss nicht bestehen, ist möglicherweise aber tendenziell gegeben. Im Grundsatz gilt diese Einschränkung auch für die Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen in allen anderen Bereichen. Darüber hinaus lassen die publizierten Daten keine besondere Betrachtung gerade der Behandlungsfehler mit letalem Verlauf erkennen, sieht man von geburtshilflichen Behandlungsfehlern mit Todesfällen ab.

In jüngerer Zeit ist auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Aufarbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen befasst, ohne dass bislang entsprechende detaillierte Auswertungen publiziert sind (siehe aber: HANSIS 2001, SIKORSKI 2001, BAUER 2002). Die Dimension tatsächlich iatrogen bedingter Patientenschäden ist nicht zuverlässig abschätzbar, da entsprechende Studien fehlen. Alle Schätzungen gehen davon aus, dass nur ein kleiner Teil („die Spitze des Eisbergs“) iatrogenen Schäden überhaupt bekannt wird. Dabei ist erneut darauf hinzuweisen, dass ein iatrogenen Schaden für sich genommen keinen Behandlungsfehler darstellt und auch keinen Behandlungsfehlerverdacht begründet.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Erstellung von Gutachten bei erhobenem Behandlungsfehlervorwurf unter Berücksichtigung der nicht nur medizinisch, sondern auch juristisch relevanten Fragestellungen gutachterliche Ausbildung und Erfahrung verlangt. Insofern verwundert nicht, dass die Forderung nach Vermittlung von Kenntnissen zur Erstellung von medizinischen Sachverständigengutachten im Studium wie in der Weiter- und Fortbildung bereits häufiger erhoben wurde. Einzelne Vorschläge zur Strukturierung von Behandlungsfehlergutachten wurden in der Vergangenheit publiziert (siehe nachfolgendes Schema). Zu nennen sind hier auch die „Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten“, verfasst von der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).

**Schema zum Aufbau eines (rechtsmedizinischen) Behandlungsfehlergutachtens für die Staatsanwaltschaft beim Vorwurf der fahrlässigen Tötung gem. § 222 StGB** (nach DETTMAYER & MADEA 1999)

- 
1. Auftraggeber
  2. Auftrag vom .....Eingegangen am .....
  - 3: Umfang des Gutachtauftrages / Fragestellungen
  4. Begutachtungsgrundlagen
    - 4.1. Zur Verfügung gestellte Begutachtungsgrundlagen
      - 4.1.1. Akten [Ermittlungsakte, formlos mitgeteilte Vorgeschichte, anderweitige Gutachten, z. B. von technischen Sachverständigen oder des kriminalpolizeilichen Erkennungsdienstes]
      - 4.1.2. Krankenunterlagen
        - 4.1.2.1. Krankenunterlagen des Hausarztes
        - 4.1.2.2. Krankenunterlagen des Krankenhauses der Erstversorgung
        - 4.1.2.3. Krankenunterlagen weiterer Krankenhäuser und/oder Ärzte
        - 4.1.2.4. Krankenunterlagen z. B. einer Rehabilitationsklinik
        - 4.1.2.5. Vorgutachten, insbesondere zu eventuellen Langzeitfolgen
    5. Darlegung des relevanten Sachverhaltes im Hinblick auf die Fragestellung (selektiv-wertende Auswahl), bei komplexen Sachverhalten mit Zeittafel (allgemeine Chronologie)
    6. Spezielle Chronologie (z. B. Verlauf der Temperaturkurve, Entwicklung der Leukozytenzahlen oder anderer Laborwerte, Reihenfolge und Zeitabstände von Röntgenbildern etc.)
    7. Eigene Untersuchungen
      - 7.1. Eigene Befunde an Patienten (Anamnese, Diagnostik)
      - 7.2. Obduktionsbefunde lt. Sektionsprotokoll
      - 7.3. Histologische Untersuchungen insbes. innerer Organe
      - 7.4. Chemisch-toxikologische Untersuchungen
      - 7.5. Postmortal-biochem. Untersuchungen (z. B. Augenkammerwasser oder Liquor bei Todesfällen von Diabetikern)
    8. Weitere fachärztliche Zusatzgutachten
    9. Abschließende gutachterliche Stellungnahme
      - 9.1. Grundleiden
      - 9.2. Todesursache
      - 9.3. Behandlungsfehler – Verstoß gegen medizinischen Standard
      - 9.4. Kausalität des Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes
    10. Zusammenfassung
    11. Anhang: Medizinische Vor- und Zusatzgutachten im Original, Literaturliste, ggf, Bildmappe etc.
- 

Fasst man die Daten der hier vorgestellten Studien zusammen und bezieht die zur Verfügung stehende Literatur ein, so ist festzuhalten, dass sich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung keine Einzelmaßnahme als Weg zu einer entscheidenden Reduktion von Behandlungsfehlern aufdrängt. Alle Analysen und Kommentare ergeben synoptisch die Konsequenz, dass nur eine Vielzahl von ineinander greifenden Maßnahmen in der Summe mehr Transparenz in die Behandlungsfehlerproblematik bringen kann. Dies bedeutet auch, dass die nachfolgenden Empfehlungen ein recht weites Spektrum umfassen und zwangsläufig auch teilweise allgemeiner Natur sind. Nachvollziehbar angesichts des erstmalig schwerpunktmäßig untersuchten Spektrums letaler Behandlungsfehler(-vorwürfe) beziehen sich die Empfehlungen gerade auf Fragen der Behandlungsfehleraufklärung bei Todesfällen.

Die systematische, bundesweite Erhebung von Daten zur rechtsmedizinisch-gutachterlichen Bearbeitung von Behandlungsfehlern mit behauptetem letalen Verlauf im Rahmen der vorgelegten Multi-Center-Studie weist auf teils bekannte und seit langem kritisierte Defizite im System der Behandlungsfehlererfassung wie Behandlungsfehlerbearbeitung hin. Als völlig unzureichend stellt sich die Zusammenführung der Ergebnisse von Behandlungsfehlerbegutachtungen dar, ebenso der Rückfluss systematischer Auswertungen in den beruflichen Alltag zur Fehlerprophylaxe. Dies gilt in gleicher Weise für andere mit Behandlungsfehlervorwürfen befasste Institutionen (Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen): Eine systematische Medizinschadensforschung existiert bislang in Deutschland nicht. Dementsprechend liegen weder umfassende Statistiken noch allgemein aussagekräftige epidemiologische Studien zur



Häufigkeit fehlerassoziierter Gesundheitsschäden vor (OLLENSCHLÄGER UND THOMECEK 2002). Die Übertragung von Daten anderer Gesundheitssysteme auf Deutschland ist in mehrfacher Hinsicht problematisch:

Einerseits sind erhobene Daten mangels Aktualität nicht (mehr) aussagekräftig, andererseits sind die Gesundheitssysteme anderer Länder strukturell nicht mit dem bundesdeutschen Gesundheitssystem vergleichbar. Hinzu kommen ebenfalls nicht vergleichbare Rechtssysteme mit unterschiedlichen Wegen der juristischen wie entschädigungsrechtlichen Bewältigung von Behandlungsfehlern. Soweit Daten erhoben wurden, beziehen sich diese häufig nur auf einzelne Aspekte bzw. Sektoren des Gesundheitssystems.

Eine künftige systematische Medizinschadensforschung hat dabei über rechtliche Konsequenzen hinaus genaue Begriffe, die Schadensereignisse zum Nachteil des Patienten umschreiben, zu definieren und ihre Ursachenquellen aufzuzeigen: z. B. unerwartete Behandlungsergebnisse, Behandlungsfehler, Beinahe-Fehler, Behandlungsschaden, Vermeidbarkeit, Komplikation, kritisches Ereignis, Irrtum, Schwachstellen, Fehlermeldesystem, latente Fehler, kritische Ereignisse, Beinahe-Komplikationen, Komplikationen usw. Eine derartige Taxonomie ist an verschiedenen Stellen in Bearbeitung (MERRY & MC CALL SMITH 2001), ein Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen wurde inzwischen unter dem Titel "Patientensicherheit" u.a. von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) herausgegeben (ELKE HOLZER, CHRISTIAN THOMECEK ET AL 2005).

### **Behandlungsfehlererfassung**

Die Ursachen für auftretende Behandlungsfehler sind äußerst vielfältig. Dem Laien erscheint die Annahme nahe liegend, dass bei wahrheitsgemäßen Angaben zur Todesursache und Todesart in der Todesbescheinigung ein letaler Behandlungsfehler in jedem Fall zur Kenntnis der (Ermittlungs-)Behörden gelangt. Das setzt aber bereits das Eingeständnis eines (eigenen) Behandlungsfehlers voraus. Tatsächlich stellt sich die Situation in der alltäglichen Praxis anders dar:

- Die Bereitschaft, einen Behandlungsfehler gegenüber sich selbst wie auch gegenüber Dritten einzugestehen und im Interesse zukünftiger Patienten kritisch aufzuarbeiten ist generell nicht ausgeprägt. Zugleich wird das Eingeständnis und die Mitteilung über einen eigenen Behandlungsfehler rechtlich nur dann verlangt, wenn dies für die zukünftige Behandlung des Patienten von Bedeutung ist (Einwilligung in einen weiteren Eingriff). Diese Situation kann nach rechtsmedizinischer Erfahrung bei - potentiell oder tatsächlich - letalen Behandlungsfehlern dazu führen, dass den Angehörigen die zum Tode führenden Umstände nicht oder nicht in vollem Umfang wahrheitsgemäß mitgeteilt werden und dass die Angaben in den Todesbescheinigungen ersetzt werden durch wenig präzise Ausdrücke bzw. Formulierungen (z.B. Todesursache Herzversagen, Herzkreislaufversagen, respiratorisches Versagen, Altersschwäche, generalisierte Arteriosklerose oder ähnliches).
- Die Bereitschaft, einen Behandlungsfehler einzuräumen wird weiterhin blockiert durch drohende zivil- bzw. haftungsrechtliche und auch strafrechtliche Konsequenzen. Sollten daher künftig in Deutschland „Reporting Systeme“ etabliert werden, ist durch flankierende gesetzliche Maßnahmen sicherzustellen, dass Ermittlungsbehörden hierauf keinen Zugriff haben, da die Einführung von Reporting Systemen ansonsten bereits im Ansatz mangels Akzeptanz und ausreichender Kommunikation wenig Erfolgsaussichten hat. Allenfalls wird die Erfassung bekannter und nicht vermeidbarer Komplikationen

verbessert. Kommt es zur Schadensregulierung durch den Haftpflichtversicherer, so kann eine Erhöhung der Versicherungsprämie folgen. Ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren wird schon als solches als von den betroffenen Ärztinnen / Ärzten als teilweise erhebliche Belastung gesehen. Die gilt umso mehr, wenn die Befürchtung einer unter Umständen wiederholten negativen Berichterstattung in den Medien hinzukommt.

- Schließlich setzt die zivil- wie strafrechtliche Haftung für einen Behandlungsfehler den Nachweis eines vorangegangenen Verschuldens voraus. Eine verschuldensunabhängige Haftung ist derzeit nicht etabliert. Selbst bei gegebenem Eingeständnis eines Behandlungsfehlers stößt die Anerkennung eines eigenen Verschuldens, die Akzeptanz eines Schuldvorwurfs, auf erhebliche (innere) Widerstände.
- Darüber hinaus muss zugestanden werden, dass die Feststellung eines nicht-natürlichen Todes im Einzelfall schwierig bis unmöglich sein kann und unter Umständen erst eine Obduktion die erforderliche Klärung erlaubt. Dies gilt etwa für plötzliche Todesfälle unmittelbar bei einem ärztlichen Eingriff, zum Beispiel auf dem Operationstisch (sog. Exitus in tabula). Hier neigen viele Ärzte dazu, den Todesfall primär auf das Grundleiden, welches auch Anlass etwa der Operation war, zurückzuführen. Die Argumentation aus der Sicht der Juristen, dass der Tod des Patienten ohne den ärztlichen Eingriff jedenfalls nicht zum gegebenen Zeitpunkt eingetreten wäre, insofern mit jedem Fall von Exitus in tabula ein nicht-natürlicher Tod gegeben ist, wird mit Unverständnis zur Kenntnis genommen, weil im Bewusstsein vieler Ärztinnen und Ärzte die Angabe eines nicht-natürlichen Todes bereits einen Schuldvorwurf beinhaltet. Diese mangelnde Trennung zwischen der Angabe der Todesart und einem denkbaren Schuldvorwurf führt ebenfalls dazu, dass Komplikationen und tatsächliche Behandlungsfehler teilweise miteinander vermengt bzw. Komplikationen verschwiegen oder auf die Grunderkrankung des Patienten zurückgeführt werden.

Die Erfassung letaler Behandlungsfehler ist somit eng verbunden mit der Qualifizierung der Todesart (zumindest denkbarer „Nicht-natürlicher Tod“ bzw. eine „Ungeklärte Todesart“) in den Todesbescheinigungen der Bundesländer. Um hier präzisere und tatsächennahe Angaben zu erhalten, die im Nachgang auch das Erkennen von Behandlungsfehlern ermöglichen, sind unterschiedliche Konsequenzen erforderlich:

1. Die Todesbescheinigungen sollten von einem nicht unmittelbar in die Behandlung des verstorbenen Patienten eingebundenen Arzt ausgestellt werden, dem jedoch – wie bereits heute in den meisten Leichenschau- bzw. Bestattungsgesetzen der Bundesländer geregelt – ein umfassendes Auskunftsrecht zusteht. Eine solche Regelung mag für Todesfälle in Kliniken relativ problemlos realisierbar sein, sie dürfte für Todesfälle im Versorgungsbereich niedergelassener Ärzte jedoch auf Probleme stoßen. Dabei sollte bedacht werden, dass sich die meisten Studien bislang mit dem Risiko-Potential für stationär behandelte Patienten befassen, für ambulant betreute Patienten aber natürlich in gleicher Weise Risiken bestehen. Dies wird bestätigt auch durch die hier dokumentierten Daten zu niedergelassenen Ärzten hinsichtlich letaler Behandlungsfehler.
2. In vielen Bundesländern wird dem die Todesbescheinigung ausstellenden Arzt durch die eingeschränkten Vorgaben in den Todesbescheinigungen nur die Möglichkeit gelassen, entweder einen „Nicht-natürlichen Tod“ oder einen „Natürlichen Tod“ zu bescheinigen. Diese Beschränkung wird der Realität nicht gerecht, da – zumal ohne Obduktion – häufig keine oder nur Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich sind zur aus medizinischer Sicht anzunehmenden Todesursache. Kann diese aber nicht eindeutig geklärt werden, ist eine

zuverlässige Klassifikation der Todesart ebenfalls nicht möglich. Die Todesbescheinigungen der Bundesländer sollten daher ausnahmslos auch die Rubrik „Todesart ungeklärt“ enthalten. Die bei einer ungeklärten Todesart erforderlichen Ermittlungen können dann auch zu einer verbesserten Aufdeckung von Behandlungsfehlern führen. Dies gilt insbesondere in jenen Fällen, in denen die Hinterbliebenen oder andere dritte Personen trotz gegebenem Behandlungsfehler(verdacht) auf weitere Schritte verzichtet haben.

3. Komplikationen einschließlich unterlaufener Behandlungsfehler müssen auf lokaler Ebene in der jeweiligen Institution (Arztpraxen, Krankenhäuser, Kliniken) systematisch erfasst werden („Reporting-Systeme“).
4. Dieses Erfassungssystem ist so zu gestalten, dass Komplikationsraten / Fehlerquellen benannt werden können, ohne mit einem personenbezogenen Schuldvorwurf verbunden zu sein. Als Möglichkeit ist etwa eine neutrale Erfassungsstelle zu nennen mit einer Fehlermeldung ohne Angabe von Personalien der behandelnden Ärzte.
5. Dass die Angabe eines „nicht-natürlichen Todes“ vollkommen unabhängig zu sehen ist von einem eventuellen Schuldvorwurf muss sowohl im Rahmen der universitären Ausbildung von Medizinstudenten als auch anlässlich von Weiterbildungsveranstaltungen deutlicher vermittelt werden.
6. Nach den rechtsmedizinischen Erfahrungen mit Behandlungsfehlervorwürfen wird die Bereitschaft zu juristischen Schritten gegen Ärzte erhöht, wenn ärztlicherseits Gesprächswünsche bzw. das Ansinnen auf Einsicht in die Krankenunterlagen verweigert oder auch nur behindert werden. Mangelnde Kommunikation mit den Hinterbliebenen kann diese in der Annahme eines (letalen) Behandlungsfehlers bestärken und zu einer Strafanzeige veranlassen, obwohl sich der Behandlungsfehlerverdacht häufig durch klärende Gespräche hätte ausräumen lassen. Als denkbare Lösung bietet sich die Installation eines medizinisch qualifizierten „Patientenombudsmannes“ an, der im Konfliktfall die Darlegung des Sachverhalts gegenüber den Angehörigen neutral vornehmen kann, um anschließend beiden Seiten eine Bewertung zu ermöglichen. Dabei darf nicht verschwiegen werden, dass Angehörige auch ganz offensichtlich unbegründete Behandlungsfehlervorwürfe erheben, deren weitere Verfolgung - je nach Persönlichkeit des Angehörigen - auch als Teil der von den Angehörigen zu bewältigenden „Trauerarbeit“ zu sehen ist. In dieser Situation dürfte ein medizinisch-psychologisch geschulter Mediator durch Gespräche mit allen Beteiligten u.U. erheblich zur sachlichen Aufklärung wie zur allgemeinen Befriedung beitragen können.
7. Sollte es bei einem Todesfall mit bereits erhobenem Behandlungsfehlervorwurf oder denkbarem Behandlungsfehler mit letalem Verlauf zu einer klinischen Sektion kommen, so befindet sich der obduzierende Pathologe nach der nunmehr in vielen Bundesländern geltenden Rechtslage in einem Interessenkonflikt. Einerseits verlangen zahlreiche Landesgesetze von dem Obduzenten die Meldung von Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod, dazu gehören nach nahezu einhelliger Ansicht in der einschlägigen Literatur auch Behandlungsfehler bzw. der entsprechende Verdacht. Andererseits ist der Pathologe ökonomisch auf die Zusammenarbeit mit den klinisch tätigen Ärzten angewiesen. Die pflichtgemäße Meldung von Anhaltspunkten für einen potentiell letalen Behandlungsfehler unmittelbar an die Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) kann somit dazu führen, dass zur tatsächlichen Klärung eines Todesfalles bewusst auf eine Obduktion verzichtet wird, um nicht in die Situation zu kommen, die Anhaltspunkte für einen letalen Behandlungsfehler eines klinisch tätigen Kollegen melden zu müssen.

Als Konsequenz ist in Anlehnung an vergleichbare Regelungen in Österreich und in der früheren DDR eine Verlagerung behandlungsfehlerverdächtiger Fälle in das Fach Rechtsmedizin vorzunehmen. Dies muss gelten für alle plötzlichen und unerwarteten Todesfälle im (denkbaren) Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Die derzeitige Übertragung derartiger Obduktionen an Pathologen führt aus den genannten Gründen nicht zu der erforderlichen Transparenz.

### **Behandlungsfehlerbearbeitung**

Sowohl bei der zivil- wie auch bei der strafrechtlichen Bearbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen kommt dem medizinischen Gutachter eine zentrale Rolle zu. Rechtsmedizinische Gutachten werden nahezu ausschließlich im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren erstellt, teilweise – wie auch die vorliegende Studie zeigen konnte – gemeinsam mit klinischen Gutachtern der jeweiligen medizinischen Fachdisziplin. In diesem Zusammenhang sind mehrere Problempunkte zu nennen:

1. Bei erhobenem Behandlungsfehlervorwurf entscheidet im Rahmen arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren allein die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft (Ermittlungsbehörden) über das weitere Procedere: sind hinreichende Anhaltspunkte für ein Fremdverschulden gegeben? Ist eine Obduktion erforderlich? Bei den Ermittlungsbehörden gibt es jedoch keinen spezialisierten Staatsanwalt mit den erforderlichen medizinischen Fachkenntnissen und eine Beratung durch neutrale (Rechts-)Mediziner im Vorfeld findet nicht statt. Die mangelnde Fähigkeit bei den Ermittlungsbehörden, einen Behandlungsfehlervorwurf auf seine inhaltliche Stichhaltigkeit zu überprüfen, kann dazu führen, dass entweder ein begründeter Behandlungsfehlervorwurf als solcher nicht erkannt und das Verfahren vorschnell eingestellt wird, oder selbst offensichtlich unbegründete Behandlungsfehlervorwürfe verfolgt einschließlich der Veranlassung einer Obduktion.
2. Rechtsmedizinische Gutachten müssen entsprechend der gesetzlichen Aufgabenzuweisung an die Staatsanwaltschaft sowohl den Nachweis eines Behandlungsfehlers als auch dessen Kausalität für den Eintritt des Todes mit der im Strafrecht erforderlichen Sicherheit belegen können. Dies ist gerade nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie in zahlreichen Fällen eines bejahten Behandlungsfehlers nicht möglich. Die Verneinung der Kausalität eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers für den Eintritt des Todes im Strafrecht muss aber nicht zwangsläufig zu einer Verneinung der Kausalität auch in einem Zivilverfahren führen. In jedem Fall erfolgt die Aufarbeitung von letalen Behandlungsfehlervorwürfen derzeit nicht systematisch mit dem Ziel einer Schadensminderung, sondern nur einzelfallbezogen im jeweiligen juristischen Verfahren.
3. Der Umfang und die Qualität der Aufarbeitung von Behandlungsfehlervorwürfen ist derzeit nicht standardisiert. Die Ergebnisse der vorgelegten Studie dokumentieren ein uneinheitliches Vorgehen auch in der rechtsmedizinischen Praxis: einerseits wird eine weitere Befassung mit einem Behandlungsfehlervorwurf in einer Vielzahl der Fälle bereits nach Abschluss der Obduktion abgelehnt mit Blick auf die absehbar nicht hinreichend belegbare Kausalität eines (weiterhin denkbaren) Behandlungsfehlers für den Todeseintritt. Andererseits werden bei offenbar hinreichend auch mit anwaltlicher Unterstützung insistierenden Angehörigen selbst aus medizinischer Sicht eindeutige Fälle ohne Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler einer umfassenden Begutachtung zugeführt. Eine standardisierte, interne Aufarbeitung und Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen im Fach Rechtsmedizin – wie in anderen medizinischen

Disziplinen - existiert bislang nicht. Auch die Heranziehung eines klinischen Gutachters bleibt faktisch zunächst in das Ermessen des staatsanwaltschaftlich bzw. gerichtlich beauftragten rechtsmedizinischen Primärgutachters gestellt.

4. Neben der fehlenden institutsinternen Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen ist zu bemängeln, dass es derzeit ein nationales oder auch nur regionales, strukturiertes Obduktionsregister nicht gibt. Mit einem solchen Register ließen sich Behandlungsfehlervorwürfe ebenso erfassen wie deren Verteilung auf die medizinischen Fächer und die Art des Vorwurfes. Das Fehlen eines solchen Registers machte für die vorgelegte Studie die arbeitsaufwendige Durchforstung der Archive der teilnehmenden rechtsmedizinischen Institute erforderlich.

### **Zusammenführung von Behandlungsfehlervorwürfen**

Die Aufdeckung systematischer Fehler gelingt zunehmend erst bei Auswertung hoher Fallzahlen, gelegentlich werden systematische Fehler durch ein entsprechendes Echo auf Publikationen deutlich.

- So führte erst die Publikation von zwei Fällen mit versehentlicher, tödlicher, intrathekaler Injektion eines Chemotherapeutikums infolge Verwechslung von nebeneinander liegenden Spritzen zu Mitteilungen an die Autoren über weitere vergleichbare Behandlungsfehler mit der Konsequenz, dass das Chemotherapie-Protokoll revidiert werden sollte, um eine zeitlich versetzte Gabe der Medikamente vorzusehen (DETTMEYER ET AL 2001).
- Behandlungsfehler betreffen nach den Ergebnissen der Studie häufig fachspezifische Detailfragen. Behandlungsfehler in operativen Fächern haben andere Ursachen als zum Beispiel Medikationsfehler. Die Konsequenz für eine koordinierte Medizinschadensforschung muss daher sein, die Rückmeldung über fachspezifische Behandlungsfehler bereits strukturell in das betreffende Fach zu gewährleisten, beispielsweise unter Einbeziehung der jeweiligen Fachgesellschaften, die zusammengeschlossen sind in der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Davon unabhängig müssen Fehler nicht nur an Erfassungsstellen „hochgemeldet“ werden, sondern mit Unterstützung darauf professionalisierter Ärzte dort, wo sie entstanden sind, aufgearbeitet werden.
- Die Daten der weiteren mit der Behandlungsfehlerbearbeitung im weitesten Sinne befassten Institutionen sollten zusammengeführt werden (Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Versicherungswirtschaft, Gerichtsentscheidungen).

### **D. Empfehlungen, die aus den Studienergebnissen resultieren**

Die Ergebnisse der Studien weisen einerseits auf bekannte strukturelle Defizite bei der Behandlungsfehlererfassung und Behandlungsfehlerbegutachtung hin, andererseits lassen sie Rückschlüsse zu auf wünschenswerte Maßnahmen, die grundsätzlichen Charakter haben. Als Konsequenz aus der derzeitigen, unbefriedigenden Situation bei der Erfassung und Aufarbeitung potentiell letaler wie nicht-letaler Behandlungsfehler sind die nachfolgenden Empfehlungen abzuleiten, die insbesondere die zuverlässigere Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen und deren gutachterliche Bearbeitung betreffen. Es lassen sich folgende aus den Studienergebnissen resultierende Empfehlungen formulieren:

1. Die Studienergebnisse haben gezeigt, dass in 1715 (38,5%) der 4450 Behandlungsfehlervorwürfe die ärztlichen Angaben in der Todesbescheinigung Anlass eines arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahrens waren. Dieser hohe Prozentsatz zeigt, dass auch von Seiten der Ärzteschaft offensichtlich die grundlegende Bereitschaft besteht, unklare oder fragliche Behandlungsverläufe durch die Angabe „unklar“ einem aufklärenden Verfahren zu zuzuführen. Die Landesgesetz- bzw. Verordnungsgeber sollten in den Vordrucken der Todesbescheinigungen die Todesart „ungeklärt“ vorsehen, da unter dieser Voraussetzung absehbar ist, dass eine höhere Anzahl von Todesfällen im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangt. Dies vor dem Hintergrund, dass viele Ärzte beim Ausstellen der Todesbescheinigung Hemmungen haben, einen nichtnatürlichen Tod zu bescheinigen, weil dies nach einer weit verbreiteten, wenn auch unzutreffenden Ansicht einen Schuldvorwurf implizieren könnte. Die Bereitschaft, in Zweifelsfällen die Todesart als unklar zu klassifizieren, ist hingegen als wesentlich höher anzusehen.
2. Zusätzlich zu Punkt 1 sollte entsprechend dem Vorschlag der Bundesärztekammer (BÄK) darüber hinaus in einem von den Bundesländern akzeptierten bundeseinheitlichen Leichenschauschein die Rubrik „unerwarteter Todesfall im zeitlichen Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen“ enthalten sein; eine derartige Rubrik präjudiziert keine Selbstbezeichnung des Arztes. Da sich nach Auswertung der 4450 Behandlungsfehlervorwürfe gezeigt hat, dass ein erheblicher Teil der Todesfälle unerwartet im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen aufgetreten ist, kann die Herbeiführung einer Todesursachenklärung auf diesem Wege auch der Klärung von Behandlungsfehlerverdachtsfällen dienen.
3. Alternativ zu Pkt. 2 ist die Einführung einer Verwaltungssektion zur Klärung allein medizinisch unklarer Todesfälle zu diskutieren. Wenn bei 4450 Fällen von Behandlungsfehlervorwürfen bereits 1971 (44,3%) Behandlungsfehlervorwürfe allein nach den makroskopischen Befunden als Ergebnis der Obduktion entkräftet werden konnten, so zeigt dies die Effizienz der Sektion an sich. Die hohe Zahl verdeutlicht auch, dass ein erheblicher Teil der Behandlungsfehlervorwürfe durch eine Verwaltungssektion zu klären wäre. Da Obduktionen auf der Grundlage der §§ 87 ff. StPO grundsätzlich von 2 Obduzenten durchgeführt werden müssen, eine Verwaltungssektion aber von einem erfahrenen Obduzenten vorgenommen werden könnte (Facharzt für Pathologie oder Rechtsmedizin), ergibt sich hier auch unter Kostengesichtspunkten ein erhebliches Einsparpotential. Zur Einführung einer solchen Verwaltungssektion ist nach gegenwärtiger Rechtslage eine gesetzgeberische Initiative der Bundesländer erforderlich.
4. Die erhobenen Daten zeigen, dass bei vermuteten letalen Behandlungsfehlern die Mitteilung des Verdachts auf einen ärztlichen Behandlungsfehler in einem hohen Prozentsatz allein den Angehörigen überlassen bleibt (831 von 4450 Fällen; 18,7 %). Diese sind jedoch im Regelfall medizinische Laien. Insofern kann die institutionelle Verankerung eines Ansprechpartners, z.B. eines sog. „Patientenombudsmannes“, den Angehörigen auch bei einem Behandlungsfehlerverdacht beratende Hilfestellung geben. Diesbezügliche Verbesserungen können „vor Ort“ durch lokale Initiativen ebenso erfolgen wie auf regionaler Ebene in Absprache mit den beteiligten Parteien (z.B. Interessenvertretungen der Patienten, Ärzte, Krankenkassen, Krankenhausträger).
5. In immerhin 271 Fällen gelangte – nach den Ergebnissen der Studie – ein Behandlungsfehlervorwurf zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden, weil ein mit- bzw. nachbehandelnder Arzt oder der Obduzent (Pathologe, n=98) anlässlich einer klinischen

Sektion Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod meldete. Die Meldepflicht des Obduzenten bei Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod sollte daher landesgesetzlich bundesweit normativ verankert werden. Eine solche Meldepflicht des Obduzenten gibt es derzeit noch nicht bundesweit. Im Einzelfall ist hier der Landesgesetzgeber gefordert, entsprechende gesetzliche Vorgaben zu beschließen.

6. Die Auswertung der Unterlagen in den rechtsmedizinischen Instituten ergab, dass teilweise wichtige Daten (wie z.B. der eigentliche Behandlungsfehlervorwurf) nicht erhoben bzw. protokolliert worden waren: der Anlass des arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahrens konnte 1303x (29,3%) nicht geklärt werden, bei 534 Fällen (12%) war das betroffene medizinische Fachgebiet nicht feststellbar; ein konkretisierter Behandlungsfehlervorwurf war 153x (3,4%) nicht protokolliert. Die Datenerhebung bei einem Todesfall mit Behandlungsfehlervorwurf sollte standardisiert werden. Dazu kann auch die Angabe gehören, dass ein Behandlungsfehlervorwurf zwar erhoben, jedoch nicht substantiiert begründet wurde und die Obduktion durchgeführt wird gerade zum Nachweis bzw. Ausschluss eines Behandlungsfehlers. Auf diesem Gebiet eine Anhebung der Standards zu forcieren, obliegt in erster Linie den medizinischen Fachgesellschaften, bei potentiell letalen Behandlungsfehlern mit nachfolgender autoptischer Klärung insbesondere den Fachgesellschaften der Pathologen und Rechtsmediziner (Deutsche Gesellschaft für Pathologie und Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin).
7. Obwohl in einem hohen Prozentsatz Behandlungsfehlerverdachtsfälle erst durch Angaben in der Todesbescheinigung zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden gelangt sind, hat sich gezeigt, dass trotz Behandlungsfehlerverdacht vom behandelnden Arzt häufig die Todesart als „natürlich“ angegeben wird. Als potentiell Beschuldigter ist der behandelnde Arzt zugleich derjenige, der eine Klärung des Behandlungsfehlerverdachts durch die Angabe eines „natürlichen Todes“ in der Todesbescheinigung verhindern kann. Ein nicht in die Behandlung des Patienten eingebundener neutraler Leichenschauarzt befände sich nicht in der beschriebenen Konfliktsituation, so dass insoweit korrekte Angaben zur Todesart eher erwartet werden können. Eine derartige Umstellung des Systems der ärztlichen Leichenschau mit den zu mobilisierenden finanziellen und personellen Ressourcen kann sowohl (landes-)gesetzlich erzwungen, als auch vertraglich von den beteiligten Parteien im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigungen) geregelt werden.
8. In einem hohen Prozentsatz wurden „klassische“ aufklärungspflichtige Komplikationen insbesondere bei operativen Eingriffen als Begründung für einen Behandlungsfehlervorwurf genannt (Blutungskomplikationen; postoperative Infektionen etc.; siehe Tabelle 46). Die Zusammenführung der Ergebnisse von Obduktionen bei Todesfällen anlässlich ärztlicher Maßnahmen in einem zentralen Obduktionsregister kann statistische Daten zur tatsächlichen Häufigkeit letaler Komplikationen liefern, aber auch Daten zu aufgetretenen Behandlungsfehlern. Nur die Zusammenführung von Obduktionsergebnissen nach weitaus höheren Sektionszahlen erlaubt zuverlässigere Aussagen zur realen Inzidenz von Komplikationen und Behandlungsfehlern, wenn an einem größeren Datenmaterial eine Korrelation mit der Zahl der unterschiedlichen ärztlichen Maßnahmen erfolgt. Die somit wünschenswerte Etablierung eines bundesweiten Obduktionsregisters kann auf vielfältige Art und Weise gefördert werden: Errichtung zunächst lokaler Register, Förderung regional übergreifender Register, gesetzliche oder vertragliche Etablierung eines bundesweiten Obduktionsregisters mit Verankerung einer Meldepflicht des Obduzenten.

9. Wenn nach den gewonnenen Daten bei Ärzten im Praktikum 33,4% aller Behandlungsfehlervorwürfe als zutreffend bejaht wurden, dann weist dies – trotz der niedrigen Fallzahl (n=6) - auf Aus- und Weiterbildungsdefizite hin, denen durch entsprechende Maßnahmen begegnet werden muss, soweit nicht bereits im Rahmen der Umsetzung der am 1. Oktober 2003 in Kraft getretenen Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) und des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) von 2003, welche zur lebenslangen Fortbildung verpflichtet, geschehen.
10. Auch die Quote bejahter Behandlungsfehler von 14,5% bei den niedergelassenen Ärzten (bei Krankenhausärzten liegt die Quote bei 7,8%) lässt u.a. an Aus- und Bildungsdefizite dieser Berufsgruppe denken. Diese Zahlen beziehen sich auf die letalen Behandlungsfehlervorwürfe. Aber auch bei den nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen fällt eine vergleichsweise hohe Zahl bejahter Behandlungsfehler bei den niedergelassenen Ärzten auf (21,2% gegenüber 8,6% bei den Krankenhausärzten). Die Fortbildungen sollten daher bei den niedergelassenen Ärzten als präventive Maßnahme neben einer Schärfung des Bewusstseins für die Behandlungsfehlerproblematik insbesondere die Vermittlung „klassischer“ Behandlungsfehlerkonstellationen umfassen.
11. Soweit die niedergelassenen Ärzte als Bereitschaftsdienstärzte (Notdienstärzte) tätig waren, betrug die Quote bejahter Behandlungsfehler 12,6%, was die Frage nach der Qualifikation der Bereitschaftsdienstärzte ebenso aufwirft wie die Überlegung, ob tatsächlich alle Fachgebieten in den ärztlichen Notdienst einbezogen werden müssen. Gefordert sind hier die kassenärztlichen Vereinigungen als Organisatoren des ärztlichen Notdienstes.
12. Insgesamt wurden 20,4% der letalen Behandlungsfehlervorwürfe gegenüber dem Pflegepersonal bejaht (n=172). Wenn aber bei jedem fünften beschuldigten Angehörigen des Pflegepersonals ein Verstoß gegen ärztlich-pflegerische Standards festgestellt werden konnte, dann führt dies zu der Empfehlung, dass die Qualifikation dieser Berufsgruppe verbessert werden muss, u.a. durch entsprechende Ausbildungsmaßnahmen und obligatorische Fortbildungsmaßnahmen in regelmäßigen Abständen. Seitens des Bundes wurden im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Regelung der beruflichen Erstausbildung in der Krankenpflege bzw. für den Altenpflegeberuf inzwischen modernisierte bundeseinheitliche Ausbildungen durch das am 1. August 2003 in Kraft getretene Altenpflegegesetz und das neue Krankenpflegegesetz, welches am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, geschaffen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber auf Bundesebene im Pflege-Versicherungsgesetz bereits Voraussetzungen geschaffen, um die Pflegequalität in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Danach sind Pflegeeinrichtungen zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen, umfassenden Qualitätsmanagements verpflichtet, welches dazu beitragen soll Pflegefehler zu vermeiden. Fort- und Weiterbildungsregelungen fallen im übrigen in die Zuständigkeit der Bundesländer.
13. Die Vorwürfe, es seien medizinisch gebotene Maßnahmen unterlassen worden und der Vorwurf einer falschen Behandlung umfassen nach der vorgenommenen Auswertung insgesamt 48,5% bzw. 17,2% aller Fälle der letalen Behandlungsfehlervorwürfe (zusammen 65,7%). Derartige Vorwürfe beziehen sich auf ärztliche Ermessensentscheidungen, bei denen sich häufig streiten lässt über den geeigneten Zeitpunkt und die Art und Weise ärztlichen Handelns. Insofern ist eine intensivere und transparentere Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu empfehlen, mit dem Ziel, ärztliche Handlungsoptionen und Abwägungsprozesse für den Patienten nachvollziehbar darzustellen. Die Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterliegt



vielfältigen Einflüssen, dennoch sollte die Sensibilität für kommunikative Fragen und die Reflexion über die Gesprächsführung mit dem Patienten gefördert werden.

14. Die Daten der vorgelegten Studien zeigen erhebliche Differenzen bei den Quoten autopsisch zu klärender Behandlungsfehlervorwürfe in den einzelnen rechtsmedizinischen Instituten. Diese Differenzen basieren in erster Linie auf einem uneinheitlichen Umgang der Staatsanwaltschaften mit von Patienten vorgetragenen Behandlungsfehlervorwürfen. Hier kann die Einführung medizinrechtlich erfahrener Staatsanwälte eine Verbesserung bringen, selbst eine Verringerung der personellen Fluktuation der für Behandlungsfehlervorwürfe zuständigen Staatsanwälte ist schon als Verbesserung anzusehen.

## **E. Weiterführende Empfehlungen**

Soweit Empfehlungen für eine koordinierte Medizinschadensforschung nicht unmittelbar gestützt auf das Datenmaterial der Studien gegeben werden können, so sollen doch in den Kontext gehörende weiterführende Empfehlungen ausgesprochen werden, die sich aus jahrelanger rechtsmedizinischer Begutachtungspraxis ergeben:

1. Institutionell sollte eine Erfassung von Komplikationen bzw. Fehlern bei medizinischen Maßnahmen („Reporting-Systeme“) erfolgen.
2. Die Erfassung und Aufarbeitung von Komplikationen und Fehlern sollte einerseits ortsnah erfolgen, um den betroffenen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu geben, aus Fehlern zu lernen. Andererseits kann eine systematische Quantifizierung und Klassifikation von Behandlungsfehlern mittelfristig Vergleichsdaten liefern auf regionaler bzw. nationaler Ebene: Etablierung einer Erfassungsstelle, zum Beispiel nach Art des „Institute of Medicine Report on Medical Errors“ (IOM) in den USA, lokale „Letalitätskonferenzen“ zur Aufarbeitung medizinisch unklarer Todesfälle auf der Basis der Obduktionsbefunde, (anonymisierte) Meldepflicht für unerwartete Todesfälle unter medizinischer Behandlung bzw. in engem Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen.
3. Ökonomische Anreize zur Beteiligung an einem System der Erfassung und Aufarbeitung von Komplikationen bzw. Fehlern sollten als Option ernsthaft erwogen werden.
4. Der Anteil vorangegangener klinischer Sektionen in der Pathologie bei den letalen Behandlungsfehlervorwürfen zeigt, dass bei plötzlichen und unerwarteten Todesfällen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen – um für den Pathologen, der regelmäßig eng mit den klinisch tätigen Ärzten zusammen arbeitet im Falle eines Behandlungsfehler(-vorwurfs) eine Konfliktsituation zu vermeiden - eine Obduktion durch insoweit neutrale Rechtsmediziner vorzusehen ist.
5. Häufige Komplikationen und Fehler des jeweils eigenen Faches sollten sowohl in Lehrbüchern Berücksichtigung finden, als auch in den Gegenstandskatalog für die Ausbildung der Medizinstudenten aufgenommen werden.

6. Die Erstellung medizinischer Gutachten - bei Behandlungsfehlervorwürfen wie auch in anderen Zusammenhängen – sollte ebenfalls Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung werden. Dies umfasst Kenntnisse über die rechtliche Position des medizinischen Sachverständigen in den unterschiedlichen Rechtsgebieten (Sozialrecht, Zivilrecht, Strafrecht) einschließlich der unterschiedlichen Kausalitätsbetrachtungen und Fragen der Haftung (§ 839 a BGB).
7. Eine Zusammenführung von Behandlungsfehlerdaten mit den Daten anderer Einrichtungen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern, Versicherungswirtschaft, Arzthaftungssenate an den Oberlandesgerichten) kann die Qualität der Behandlungsfehleranalyse erheblich fördern und insbesondere den Rückfluss von Informationen in die Ärzteschaft zum Nutzen der Patienten erleichtern. Auf diese Weise könnte der seit Jahren steigenden Zahl an bekannt gewordenen Behandlungsfehlervorwürfen entgegengewirkt werden, wobei Schadensvermeidung mittelfristig auch von erheblicher ökonomischer Bedeutung, nicht nur für die Versicherungswirtschaft, ist.
8. Die sich auch bei der Auswertung der Unterlagen für die vorliegende Studie ergebenden Hinweise auf teilweise erhebliche Kommunikationsdefizite zwischen Angehörigen/Hinterbliebenen und Ärzten können unter Umständen durch Einrichtung eines „Patientenombudsmanns“ (für stationär wie ambulant behandelte Patienten) bzw. einer ortsnah institutionalisierten Ansprechstelle bei gegebenen Behandlungsfehlerverdacht gemindert werden. Zumindest in einer Reihe von Behandlungsfehlerverdachtsfällen dürfte eine adäquate, verständnisvolle und auch geduldige Aufklärung der Angehörigen / Hinterbliebenen (im Sinne einer Mediation) über medizinische Sachverhalte dazu führen, dass ein Behandlungsfehlervorwurf bzw. Behandlungsfehlerverdacht entkräftet werden kann.
9. Die Bereitschaft, an der Aufdeckung von Komplikationen und Fehlern mitzuarbeiten, bedarf erheblicher Förderung durch Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen. Hier spielt das Fach Rechtsmedizin eine große Rolle, da im derzeitigen medizinischen Curriculum praktisch nur im Ausbildungsabschnitt der Rechtsmedizin systematisch über Patientenrechte, Rechte und Pflichten des Arztes, Behandlungsfehler und Verhalten bei Behandlungsfehlervorwürfen gesprochen wird, während in den klinischen Disziplinen Fehler und Misserfolge der Behandlung weitgehend ausgeblendet werden.

## **F. Literatur**

1. Aaltonen S, Hermanson T. Coronary Heart Disease Complaints against Health Care Personnel in Finland. *Medicine and Law* 14 (1995) 207-214.
2. Adamson TE, DeWitt CB, Jr Sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of Surgeons With High and Low Malpractice Claims Rates. *Western Journal of Medicine* 166 (1997) 37-44.
3. Althoff H, Solbach T. Analyse arztstrafrechtlicher Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Aachen zwischen 1978 und 1981. *Z Rechtsmed* 93 (1984) 273-282.
4. Andreas M. Vorwurf: Behandlungsfehler – Was tun? *Arztrecht* 6 (2002) 144-146.
5. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Lawrence G, Krizek C, Vargish T, Siegler M. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 349 (1997) 309-313.
6. Annas GJ. Medicine, Death, and the Criminal Law. *New England Journal of Medicine* 333 (1995) 527-530.
7. Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten. Stand: November 2000.
8. Arnold PC. "Problem Doctors" and medical boards. *Medical Journal of Australia* 171 (1999) 399-400.
9. Barloon Th J, Shumway J. Medical Malpractice Involving Radiologic Colon Examinations: A Review of 38 Recent Cases. *American Journal of Roentgenology* 165 (1995) 343-346.
10. Battle RM, Pathak D, Humble CG, Key CR, Vanatta PR, Hilt RB, Anderson RR. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnosis. *JAMA* 258 (1987) 339 ff.
11. Bauer H. Behandlungsfehler-Management: Unterstützungshandlungen von Krankenkassen bei vermuteten Behandlungsfehlern. *Viszeralchirurgie* 37 (2002) 271-278.
12. Bauer TM, Potratz D, Göller T, Wagner A, Schäfer R. Qualitätskontrolle durch Autopsie.

- Dtsch. Med. Wschr. 116 (1991), 801.
13. Becker V. Die klinische Obduktion. Erlangen 1986.
  14. Bennett RG, O'Sullivan J, DeVito EM, Remsburg R. The Increasing Medical Malpractice Risk Related to Pressure Ulcers in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 48 (2000) 73-81.
  15. Berg S. Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1992.
  16. Bergmann KO. Venöse Thrombose und Thromboembolieprophylaxe aus juristischer Sicht. *VersR* 7 (1999), 282-286.
  17. Bernat E. Liability Risks in Gynaecology and Obstetrics under German and Austrian Law. *Medicine and Law* 14 (1995) 413-423.
  18. Berner B. Rechtsfrieden durch eine gütliche Einigung sichern. *Deutsches Ärzteblatt* 96 (1999), 1727-1730.
  19. Bertram E, Schwaiger M. Zur Bedeutung der Autopsie für die Qualitätssicherung in der Medizin aus der Sicht des Klinikers. *Med. Welt* 31 (1980) 1339-1341.
  20. Bey T. Berufshaftpflicht in den USA: Überzogene Ansprüche. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2003) B1963-1965.
  21. Biermann E. Neue Stolpersteine? – Rechtliche Besonderheiten ambulanten Operierens. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 59 (1999) M8-M12.
  22. Birkholz G. Malpractice Data From The National Practitioner Data Bank. *Nurse Practitioner* 20, 3 (1995) 32-35.
  23. Blackston JW, Bouldin MJ, Brown CA, Duddleston DN, Swink Hicks G, Holman HE. Malpractice Risk Prevention for Primary Care Physicians. *The American Journal of the Medical Sciences* 324, 4 (2002) 212-219.
  24. Boll J, Bär W. Ärztlicher Kunstfehler und ihre Ermittlung. *Kriminalistik* 4 (2000), 271-277.
  25. Bosk CL. Mistaking Identity: Medical Errors, Physicians, and Plaintiff's Attorneys. *Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia* 13, 3 (1991), 249-261.
  26. Bove KE, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I. A review of 99 appeals court decisions. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 126 (2004)1023-1031.
  27. Brandis C, v Pribilla O. *Arzt und Kunstfehlervorwurf*. Goldmann München 1973.
  28. Breitfellner G, Haid A, Bayer P. Der Stellenwert der Autopsie in der heutigen Medizin. *Pathologie* 1 (1980) 1 ff.; 3 (1982) 61 ff.

29. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Localio RA, Hiatt HH. Incidence of Adverse Events and Negligent Care in Hospitalized Patients. *Transactions of the Association of American Physicians* (1990), 137-144.
30. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* 324, 6 (1991), 370-376.
31. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *New England Journal of Medicine* 335, 26 (1996), 1963-1967.
32. Brennan TA. The Institute of Medicine Report on medical Errors - Could It Do Harm? *New England Journal of Medicine* 342, 15 (2000), 1123-1125.
33. Brenner JR, Lucey LL, Smith JJ, Saunders R. Radiology and Medical Malpractice Claims: A Report on the Practice Standards Claims Survey of the Physician Insurers Association of America and the American College of Radiology. *American Journal of Radiology* 171 (1998), 19-22.
34. Brinkmann B et al. Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I) (II). *Arch Kriminol* 1997;1-12, 65.74.
35. Brinkmann B. Harmonisation of medico-legal autopsy rules. *Int J Leg Med* 1999;1-14.
36. Buchwald AB, Buchwald D. Lyse und ZVK beim akuten Myokardinfarkt. *Internist* 39 (1998), 314-316.
37. Buck N, Devlin HB, Lunn JN. Confidential enquiry into peroperative deaths. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1987.
38. Buetow SA. Formal Complaints and Disciplinary Proceedings Involving Medical Practitioners: Recent Developments in New South Wales, Australia. *Medicine and Law* 14 (1995), 559-569.
39. Burstin HR, Lipsitz SR, Brennan TA. Socioeconomic Status and risk for Substandard Medical Care. *Journal of the American Medical Association* 268 (1992), 2383-2387.
40. Caplan RA, Posner KL, Ward RJ, Cheney FW. Adverse Respiratory Events in Anaesthesia: A Closed Claims Analysis. *Anaesthesiology* 72 (1990), 828-833.
41. Carstensen G. Ärztliche Haftung aus ärztlicher Sicht. *Z. ärztl. Fortbildung* 89 (1995), 570-575.
42. Carstensen G. Ärztliche Begutachtung in Zivil- und Strafrecht aus ärztlicher Sicht. *Z. ärztl. Fortbild.* 90 (1996), 581.
43. Carstensen G. Erfahrungen einer ärztlichen Gutachterkommission bei Behandlungsfehlern. *Zschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft* 79 (1990), 43-53.

44. Casey BE, Civello KC, Martin LF, O'Leary PJ. The medical Malpractice Risk Associated with Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 9 (1999), 420-425.
45. Charles SC, Gibbons RD, Frisch P, Pyskoty C, Hedeker D, Singha NK. Predicting Risk for Medical Malpractice Claims Using Quality-of-Care Characteristics. *The Western Journal of Medicine* 157, 4 (1992), 433-439.
46. Cheney FW, Posner KL, Caplan RA. Adverse Respiratory Events Infrequently Leading to Malpractice Suits. *Anaesthesiology* 75 (1991), 932-939.
47. Chopra V, Bovill JG, Spierdijk J. Accidents, near accidents and complications during anaesthesia. *Anaesthesia* 45 (1990), 3-6.
48. Currie M, Mackay P, Morgan C, Runciman WB, Russell WJ, Sellen A, Webb RK, Williamson JA. The "Wrong Drug" Problem in Anaesthesia: An Analysis of 2000 Incident Reports. *Anaesthesia and Intensive Care* 21 (1993), 596-601.
49. Cyran W. Vermeidbare Behandlungsfehler. Fischer-Verlag, Stuttgart Jena 1992.
50. Davidson SJ. Practice, Malpractice, and Practice Guidelines. *Annals of Emergency Medicine* 19 (1990), 943.
51. Dean BS, Allan EL, Barber ND, Barker KN. Comparison of medication errors in an American and a British hospital. *American Journal of Health-System Pharmacy* 52 (1995), 2543-2549.
52. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet* 359 (2002), 1373-1378.
53. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Quality and Safety in Health Care* 11 (2002), 340-344.
54. Dehong B. Untätigkeit des zum Dienst eingeteilten Krankenhausarztes als Behandlungsfehler. *ArztRecht* 4 (2001), 101-102.
55. Dettmeyer R. Die verfassungsrechtlichen Grenzen für die gesetzliche Einführung einer Verwaltungssektion bei medizinisch unklaren Todesfällen. *Jur. Diss. Reihe Bochumer Schriften zum Sozialrecht (BOSS), Bd. 3, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt /M. 1999.*
56. Dettmeyer R, Madea B. Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren. *Medizinrecht* 12 (1999) 533-539.
57. Dettmeyer R, Schmidt P, Madea B. Rechtsgrundlagen und Ermessensspielräume bei der amtsärztlich angeordneten Obduktion (Verwaltungssektion). *Das Gesundheitswesen* 62 (2000) 25-29.
58. Dettmeyer R, Madea B. Ärztliches Schweigerecht bezüglich Daten der Leichenschau – Anmerkung zum Urteil des Landgerichts Berlin, Beschluss vom 28.09.1998 – 534 Qs 103/98 – NStZ 19 (1999) 605-607.

59. Dettmeyer R. Rechtsnatur des Leichnams. In: Brinkmann, B.; Madea, B. (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin, Band 1, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 2003, 18-22.
60. Dettmeyer R, Madea B. Feuerbestattungsleichenschau (Krematoriumsleichenschau) und Versorgung der Leichnams. Rechtsgrundlage. In: B. Madea (Hrsg.): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg-New York 1999, 207-210.
61. Dettmeyer R. Behandlungsfehler. In: Dettmeyer, R.: Medizin & Recht für Ärzte, Springer, Berlin Heidelberg New York 2001, 329-355.
62. Dettmeyer R, Madea B. Obduktionen: Unsichere und uneinheitliche Rechtslage. Dtsch. Ärzteblatt 99 (2002) 2311-2314.
63. Dettmeyer R, Madea B. Iatrogene Schäden, Behandlungsfehler und Behandlungsfehlerbegutachtung. In: Madea B./Brinkmann B. (Hrsg.): Handbuch der Rechtsmedizin. Bd. 2, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 2001.
64. Dettmeyer R, Madea B. Zum Beitrag >> Teenager stirbt durch Injektionsfehler>> in DMW 14-2001. Dtsch Med Wschr 126 (2001) 26.
65. Dettmeyer R, Grellner W, Madea, B. Postoperative urämische Epikarditis und Pneumonitis nach irrtümlicher Nephrektomie wegen eines Angiomyolipoms. Der Urologe 38 (1998), 370-373.
66. Dettmeyer R, Schmidt P, Madea B. Reanimation und Reanimationsverletzungen. In: B. Madea (Hrsg): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 200-202.
67. Dettmeyer R, Madea B. Der Arzt als Zeuge und Sachverständiger. In: Madea, B. (Hrsg.): Praxis Rechtsmedizin, Springer 2003, 591-598.
68. Dettmeyer R, Madea B. Behandlungsfehler mit Todesfolge (iatrogener Tod). In: Madea B, Brinkmann B. Handbuch Gerichtliche Medizin, Band 2, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2003, 1471-1481.
69. Dettmeyer R, Schmidt P, Grellner W, Madea B. „Einschwemmungssyndrom“ (TUR-Syndrom) mit letalem Verlauf – morphologische und arztrechtliche Aspekte. Rechtsmed. 10 (1999), 39-42.
70. Dettmeyer R, Driever F, Becker A, Wiestler OD, Madea B. Fatal myeloencephalopathy due to accidental intrathecal vincristin administration – a report of two cases. For. Sci. Int. 122 (2001) 60-64.
71. Dettmeyer R, Reber A. Exitus letalis – Anästhesiologische und medizinrechtliche Aspekte. Der Anästhesist 2003, 1179-1190.
72. Dettmeyer R, Madea B. Pflichten des medizinischen Sachverständigen bei der Begutachtung. In: Madea B, Brinkmann B. (Hrsg.): Handbuch gerichtliche Medizin, Band 2, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2003, 1283-1284.

73. Dettmeyer R. Leichenschau- und Obduktionsrecht. In: Dettmeyer, R.: Medizin & Recht für Ärzte. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2001, 257-279.
74. Dettmeyer R, Madea B. Regelungsdefizite im Leichenschau- und Obduktionsrecht der Bundesrepublik Deutschland. Kritische Vierteljahresschrift 2004, 359-370.
75. Dettmeyer R, Egl M, Madea B. Medical Malpractice Charges in Germany – Role of the Forensic Pathologist in the Preliminary Criminal Proceeding. Journal of Forensic Sciences 50 (2005) 423-427.
76. Deutsch E. Medizinrecht. 4. Aufl., Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1999.
77. Deutsch E. Das Organisationsverschulden des Krankenhausträgers. NJW 24 (2000), 1745-1816.
78. Deutsch E. Operationen von Ärzten in der Ausbildung. Gynäkologe 22 (1989), 380-383.
79. Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht: Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V.. MedR 1997, 570.
80. Donohue JP. Developing Issues Under the Massachusetts 'Physician Profile' Act. American Journal of Law & Medicine 23, 1 (1997), 115-158.
81. Dormann H, Krebs S, Muth-Selbach U, et al. Adverse drug reactions in patients with gastroenterological diseases: does age increase the risk? Aliment. Pharmacol. Ther. 15 (2001) 171-180.
82. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, Kappus J, Grob P. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Quality and Safety in Health Care 11(2002), 233-238.
83. Driever F, Dettmeyer R, Madea B. Zervikale Dislokation der Halswirbelkörper nach Vakuumextraktion und Schulterdystokie. Rechtsmedizin 13 (2003) 26-31.
84. Eckardt A, Horn S, Rompe J-D, Heine J. Einige vermeidbare Behandlungsfehler bei der Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Z Rechtsmed 7 (1997), 105-112.
85. Eichhorn JH. Risikomanagement in der Anästhesie. ArztRecht 6 (2000), 150-158.
86. Eisenmenger W. Thromboseprophylaxe in der Unfallchirurgie – Stand der Rechtsprechung. Unfallchirurg 100 (1997), 754-758.
87. Eisenmenger W, Liebhardt E, Neumaier R. Ergebnisse von „Kunstfehlergutachten“. Beitr. gerichtl. Med. 36 (1978), 215-221.
88. Eisenmenger W, Liebhardt E, Tröger HD. Zwischenfälle bei endoskopischen Eingriffen und ihre Beurteilung aus rechtsmedizinischer Sicht. Beitr. gerichtl. Med. 38 (1980), 25-28.
89. Eissler M. Auswertung der Ergebnisse der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg für das Jahr 2002. MedR.



- (2004) 429-433.
90. Emslie S, Knox K, Pickstone M. Improving Patient safety: Insights from American, Australian & British healthcare. Emergency Care Research Institute (ECRI), United Kingdom, 2002.
  91. Erdmann E. Mangelnde ärztliche Sorgfalt? Dtsch. Med. Wschr. 127 (2002)1741.
  92. Fanaeian N, Mervin E. Malpractice: Provider Risk or Consumer Protection? American Journal of Medical Quality 16, 2 (2001), 43-57.
  93. Faunce TA, Rudge B. Death on the Table: Proposal for an International Convention on the Investigation and Prevention of Anaesthetic Mortality. Medicine and Law 17 (1998), 31-54.
  94. Faure M, Koziol H. (Hrsg.): Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective. Springer-Verlag, Heidelberg Berlin 2003.
  95. Fehn A, Lechleuthner A. Amtshaftung bei notärztlichem Behandlungsfehler. Medizinrecht 3 (2000), 114-122.
  96. Fehn K. Die rechtliche Bedeutung des Behandlungsfehlers: Medizin im Dialog 4 (2001), 1-4.
  97. Fernandez-Valdivia A, Ocon P, Osuna E, Luna A. Placing Medical Information in the Hands of the Judiciary: Medicolegal Problems. Medicine and Law 13 (1994), 277-283.
  98. Ferner RE, Aronson JK. Medication errors, worse than a crime. The Lancet (2000), 947-948.
  99. Fichtner K, Dick W. Erhebungen zur kausalen perioperativen Mortalität. Versuch eine deutschen „CEPOD-Studie“, the causes of perioperative mortality. Anaesthesist 46 (1997) 419-427.
  100. Fink S, Chaudhuri TK. Medical Characteristics of 61 Unwarranted Malpractice Claims. Southern Medical Journal 88, 10 (1995), 1011-1019.
  101. Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldmann EB. Adverse Events in Primary Care Identified from a Risk-Management Database. The Journal of Family Practice 45, 1 (1997), 40-46.
  102. Forster HP, Schwartz J, DeRenzo E. Reducing Legal Risk by Practicing Patient-Centered Medicine. Archives of Internal Medicine 162 (2002), 1217-1219.
  103. Franzki H. Verhalten des Arztes im Konfliktfall. MedR 10 (2000), 464-467.
  104. Franzki H. Rechtsfragen der Anfängeroperation. MedR 5 (1984), 186-189.
  105. Friedenbergr R. M. The Malpractice Issue Part I. The Problem. Radiology 195, 3 (1995), 45A-49A.
  106. Frisch PR, Charles SC, Gibbons RD, Hedeker D. Role of Previous Claims and Specialty

- on the Effectiveness of Risk-Management Education for Office-Based Physicians. *Western Journal of Medicine* 163, 4 (1995), 146-350.
107. Gaisbauer G. Die versehentliche intraarterielle Injektion in rechtlicher Sicht. *MedR* 3 (1991), 131-132.
  108. Garcia-Martin M, Lardelli-Claret P, Bueno-Cavanillas A, de Dios Luna-del-Castillo J, Espigares-Garcia M, Galvez-Vargas R. Proportion of Hospital Deaths Associated with Adverse Events. *Journal of Clinical Epidemiology* 50 (1997), 1319-1326.
  109. Garnick W, Hendricks AM, Brennan TA. Can Practice Guidelines Reduce the Number and Costs of Malpractice Claims? *Journal of the American Medical Association* 266, 20 (1991), 2856-2860.
  110. Georgii A, Meliss RR. Häufigkeit klinischer Obduktionen unter der Widerspruchsgegenüber der Zustimmungslösung an der Medizinischen Hochschule Hannover. *Pathologie* 13 (1992) 190 ff.
  111. Giordano JM. Malpractice and the Vascular Surgeon. *Journal of Vascular Surgery* 18 (1993), 901-904.
  112. Glassman PA, Rolph JE, Petersen LP, Bradley MA, Kravitz RL. Physicians' Personal Malpractice Experiences Are Not Related to Defensive Clinical Practices. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 21, 2 (1996), 219-239.
  113. Goebel RH, Goebel MR. Clinical Practice Guidelines for Pressure Ulcer Prevention Can Prevent Malpractice Lawsuits in Older Patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 26, 4 (1999), 175-184.
  114. 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), 1-97.*
  115. Goldstein RL. Medical Malpractice in the Absence of a Doctor- Patient Relationship: The Potential Liability of Psychiatric Examiners in New York State. *Journal of Forensic Sciences* 34 (1989), 1246-1249.
  116. Gramberg-Danielsen B. *Rechtsophthalmologie. Bücherei des Augenarztes* 104, Enke 1985.
  117. Grellner W, Madea B. Zum Behandlungsfehlerwurf beim arzneimittelinduzierten Lyell-Syndrom. *Medizinische Welt* 46 (1995), 280-289.
  118. Grellner W, Madea B. Anlässe, Fragestellungen und Umstände von Exhumierungen. In: B. Madea (Hrsg.). *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 242-244.
  119. Griffin LP, Heland KV, Esser L, Jones S. Overview of the 1996 Professional Liability Survey. *Obstetrical and Gynaecological Survey* 541 (1999), 77-80.

120. Groves JE, Lavory PW, Rosenbaum JF. Accidental Injuries of Hospitalized Patients. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 9 (1993), 139-144.
121. Grube C, Schape N, Graf BM. Man at Risk. Aktuelle Strategien zum Risikomanagement in der Anästhesie. *Anaesthesist* 51 (2002) 239-247.
122. Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal* 18 (2001), 263-269.
123. Günter HH. Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen Ärzte bei Verdacht eines „Kunstfehlers“. *DRiZ* (1978), 326-334
124. Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bundesrat-Drucksache 143/03 vom 26.02.2003. Band I, Kapitel 4, S. 131 ff.
125. Gwynne A, Barber P, Tavener F. A Review of 105 negligence claims against accident and emergency departments. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 14 (1997), 243-245.
126. Haage H. Europäische Datenbank für ärztliches Fehlverhalten? *Arztrecht* 4 (1997) 101-106.
127. Habeck M, Orellana C. Klinische Forschung. Patientenschutz unter der Lupe. *Dtsch. Med. Wschr.* 127 (2002) 659-660.
128. Habeck JO, Waller H. Die Anzahl der Obduktionen im Institut für Pathologie Chemnitz vor und nach der Wiedervereinigung (1987-1992). *Pathologie* 14 (1993) 188 ff.
129. Hamolsky MW, Deary NS, Aronson SM. The Physicians of Rhode Island: A Summary of Disciplinary Actions Taken by the Board of Medical Licensure and Discipline (1987-1998). *Medicine and Health Rhode Island* 81 (1998), 326-327.
130. Hansis ML. Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001) B1758-1762.
131. Hansis ML, Hansis DE. *Der ärztliche Behandlungsfehler*. 2. Aufl.; ecomed Landsberg, 2001.
132. Hansis ML, Hart D. Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* 4 (2001), 1-15.
133. Hartmann H, Seeger R. Tödliche Zwischenfälle bei ärztlicher Tätigkeit und ihre rechtliche Beurteilung. *Beitr. gerichtl. Med.* 42 (1984), 31-35
134. Hatanaka K, Takase I, Kobayashi M, Yoshida K. A Case of delayed shock due to dissection of the hyperplastic coronary artery after balloon angioplasty and stenting. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 9 (2002), 78-81.
135. Havighurst CC. Vicarious Liability: Relocating Responsibility For The Quality Of Medical Care. *American Journal of Law & Medicine* 26 (2000), 7-29.

136. Heide S, Romanowski U, Kleiber M. Außergewöhnlicher Fall einer laparoskopischen Sterilisation mit tödlichem Ausgang. *Z. Rechtsmedizin* 10 (2000), 102-104.
137. Henßge C, Madea B. Luftembolie bei iatrogener Lungenstichverletzung. In: H. Schütz, H. J. Kaatsch, H. Thomsen (Hrsg): *Medizinrecht, Psychopathologie, Rechtsmedizin. Festschrift für Professor Schewe*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1991.
138. Hickson GB, Wright Clayton E, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. Obstetricians' Prior Malpractice Experience and Patients' Satisfaction with Care. *Journal of the American Medical Association* 272, 20 (1994), 1583-1587.
139. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient Complaints and Malpractice Risk. *Journal of the American Medical Association* 287, 22 (2002), 2951-2957.
140. Hiersche HD. Ambulantes Operieren aus medizinrechtlicher Sicht. *Geburtsh. und Frauenheilk.* 54 (1994) M35-M38.
141. Hirshfeld EB. Should Practice Parameters Be the Standard of Care in Malpractice Litigation? *Journal of American Medical Association* 266, 20 (1991), 2886-2891.
142. Hofinger G, Waleczek H. Behandlungsfehler: Das Bewusstsein schärfen. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2003) B2368-2369.
143. Holzer E., Thomeczek C., Hauke E., Conen D., Hochreuthener, MA: *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Facultas, Wien 2005
144. Holzer FJ. Gerichtsmedizinische Gutachten zur Klärung ungerechtfertigter Anschuldigungen gegen Ärzte. *Zschr. Rechtsmed.* 71 (1973), 332-336.
145. Höpker WW, Wagner S. Die klinische Obduktion. *Dtsch. Ärztebl.* B-1276-1280.
146. Iffy L, McArdle JJ. The Role of Medico-Legal Reviews in Medical Research. *Medicine and Law* 15 (1996), 399-407.
147. Jahn W, Kümper HJ. Aus der Praxis eines Haftpflichtversicherers: Der Medizinschaden aus rechtlicher und medizinischer Sicht. *MedR* 11 (1993), 413-417.
148. Jansen C. Unterbliebene Sektion und Umkehr der Beweislast im Arzthaftpflichtprozess. *Pathologie* 14 (1993) 68 ff.
149. Janssen W, Püschel K. Zur Frage der Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (sog. Kunstfehler). *Medizinrecht* 3 (1998), 119-121
150. Janssen W, Uetzmann G, Uetzmann HC. Iatrogene Todesfälle und ärztliche Offenbarungspflicht ?
151. Jarboe PJ. Malpractice - A Defendant's Perspective. *Journal of Forensic Sciences* (1987), 7-8.
152. Johnson EB. Selected Topics in Malpractice Reduction in Bariatric and Other Surgery.

- Obesity Surgery 9 (1999), 8-10.
153. Jordan LM, Kremer M, Crawforth K, Shott S. Data driven practice Improvement: The AANA Foundation Closed Malpractice Claims Study. *AANA Journal* 69, 4 (2001), 301-311.
  154. Jost TS, Mulcahy L, Strasser S, Sachs LA. Consumers, Complaints, and Professional discipline: A Look at Medical Licensure Boards. *Health Matrix Cleveland* 3, 309 (1993), 309-338.
  155. Jourdan S, Rossi ML, Goulding J. Italy: medical negligence as a crime. *The Lancet* 356 (2000), 1268-1269.
  156. Kadzombe EA, Coals J. Complaints against doctors in an accident and emergency department: a 10-year analysis. *Archives of Emergency Medicine* 9 (1992), 134-142.
  157. Kahan SE, Goldman HB, Marengo S, Resnick MI. Urological Medical Malpractice. *The Journal of Urology* 165 (2001), 1638-1642.
  158. Kaiser WC, Friedman S, Pfeifer Spurling K, Slowick T, Kaiser HA. The Retained Surgical Sponge. *Annals of Surgery* 224, 1 (1996) 79-84.
  159. Karcz A, Holbrook J, Auerbach B, Blau MI, Bulat PI, Davidson A, Docimo AB, Doyle MJ, Erdos MS, Friedman M, Green ED, Hobbs ET, Iseke RJ, Josephson GW, Kline J Moyer P, Shea DJ, Soslow AR, Testarmata AM, Woodward AC. Preventability of Malpractice Claims in Emergency Medicine: A Closed Claims Study. *Annals of Emergency Medicine* 19, 8 (1990), 865-873.
  160. Karcz A, Korn R, Burke MC, Caggiano R, Doyle MJ, Erdos MJ, Green ED, Williams K. Malpractice Claims Against Emergency Physicians in Massachusetts: 1975'-1993. *American Journal of Emergency Medicine* 14, 4 (1996), 341-345.
  161. Karp D. The Top Ten Reasons Physicians Are Sued for Malpractice. *Alaska Medicine* 42, 2 (2000), 48-49.
  162. Karson AS, Bates DW. Screening for adverse events. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5 (1999) 23-32.
  163. Kaufmann M, Staender S, von Below G, Brunner HH, Portenier L, Scheidegger D. Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 83 (2002) 2554-2558.
  164. Kaulen K. Arzneimittelsicherheit: Wie gut ist das deutsche System der Spontanerfassung? *Dtsch. Med. Wschr.* 126 (2001) 876-877.
  165. Kern KA. Causes of Breast Cancer Malpractice Litigation. A 20- Year Civil Court Review. *Archives of Surgery* 127 (1992), 542-547.
  166. Kern KA. Medicolegal Analysis of Bile Duct Injury During Open Cholecystectomy and Abdominal Surgery. *The American Journal of Surgery* 168 (1994), 217-222.
  167. Kern KA. Medicolegal Analysis of the Delayed Diagnosis of Cancer in 338 Cases in the

- United States. Archives of Surgery 129 (1994), 397-404.
168. King JY. Practice Guidelines & Medical Malpractice Litigation. Medicine and Law 16 (1997), 29-39.
  169. Kienzle H-F, Weltrich H. Lähmung der Stimmbandnerven nach Schilddrüsenresektion. Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), 39-42.
  170. Kirch W. Fehldiagnosen und Diagnosefehler in der Inneren Medizin. In: Madea, B.; Schwonzen, M.; Winter, U.J.; Radermacher, D. (Hrsg.): Innere Medizin und Recht. Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin Wien, 1996.
  171. Kricher T, Nelson J, Burdo H. The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. N. Engl. J. Med. 313 (1985) 1263 ff.
  172. Klimo GF, Daum WJ, Brinker MR, McGuire E, Elliott MN. Orthopaedic Medical Malpractice: an Attorney's Perspective. The American Journal of Orthopaedics (2000), 93-97.
  173. Kluger MT, Bullock MFM. Recovery room incidents: a review of 419 reports from the Anaesthetic Incident Monitoring Study (AIMS). Anaesthesia 57 (2002), 1060-1066.
  174. Knight B. Deaths associated with surgical procedures. Forens. Path., 2. Aufl., Ed. Arnold 1997, 475-481.
  175. Kochs B. Ärztliche Haftung aus der Sicht des Versicherers. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 89 (1995), 575-580.
  176. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (Hrsg.). To err is human. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington D.C. 2000.
  177. Korin J. Cost implications of malpractice and adverse events. Hospital Formulary 28 (1993), 59-61.
  178. Kravitz RL. Omission-Related Malpractice Claims and the Limits of Defensive Medicine. Medical Care Research and Review 54, 4 (1997), 456-471.
  179. Kridelbaugh WW, Palmisano DJ. A 20-year Experience With Malpractice Screening Panels. Delaware Medical Journal 69 (1997), 511-514.
  180. Kriisa M. Swedish Malpractice Reports and Convictions. Quality Assurance in Health Care 2, 3/4 (1990), 329-334.
  181. Laufs A, Uhlenbruck W. Handbuch des Arztrechts. C.H.Beck, 2. Aufl., München 1999.
  182. Laum HD. Beck L: Großes Interesse im Ausland an außergerichtlicher Schlichtung – Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein zieht positive Bilanz des Berichtszeitraums 2001/2002 – Kürzere Dauer der Verfahren. Rheinisches Ärzteblatt 57 (2003) 18-20.
  183. Laum HD. Beck, L., Smentkowski, U. Schlichtung mit großer Akzeptanz. Rheinisches

Ärzteblatt 57 (2003) 10-13.

184. Laum HD. Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Kurzkomentar nach der Praxis der Kommission. Schmidt, Köln 2000.
185. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine* 324, 6 (1991), 377-384.
186. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin* (1993), 144-149.
187. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan PT, Hallisey R, Ives J, Laird N, Laffel G, Nemeskal R, Petersen L, Porter K, Servi D, Shea BF, Small SD, Sweitzer BJ, Thompson BT, Vander Vliet M. Systems Analysis of Adverse Drug Events. *Journal of the American Medical Association* 274 (1995), 35-43.
188. Leape LL. Institute of Medicine Medical Error Figures are not Exaggerated. *Journal of the American Medical Association* 284 (2000), 95-98.
189. Leape LL, Epstein AM, Hamel MB. A series on patient safety. *New England Journal of Medicine* 347, 16 (2002), 1272-1274.
190. Leape LL. Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine* 347, 20 (2002), 1633-1638.
191. Leffmann C, Anders J, Heinemann A, Leutenegger M, Profener F. Dekubitus. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 12. 2002*
192. Leithoff H. Die Problematik der Aufklärung des Patienten über ärztliche Fehlbehandlung. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 38 (1978), 247-254.
193. Lesar et al. Factors related to errors in medications prescribing. *JAMA* 277 (1997) 312-317.
194. Levinson W. Physician-Patient Communication. A Key to Malpractice Prevention. *Journal of the American Medical Association* 272, 20 (1994), 1619-1620.
195. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication The Relationship with Malpractice Claims among Care Physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association* 277, 7 (1997), 553-559.
196. Lichtstein DM, Materson BJ, Spicer DW. Reducing the Risk of Malpractice Claims. *Hospital Practice* (1999), 69-72, 75-76, 79.
197. Lifschultz BD, Kenney JP, Sturgis CD, Donoghue ER. Fatal Intracranial Haemorrhage Following Pediatric Oral Surgical Procedure. *Journal of Forensic Sciences* 40 (1995), 131-133.
198. Lignitz E, Mattig W. *Der iatrogene Schaden.* Akademie-Verlag, Berlin 1989.

199. Linden JV, Wagner K, Voytovich AE, Sheehan J. Transfusion errors in New York State: an analysis of 10 years' experience. *Transfusion* 40 (2000), 1207-1213.
200. Link J. Das Anästhesierisiko. Komplikationen, Herzstillstände und Todesfälle. Edition Medizin. VCH (Weinheim), 1985.
201. Lippert HD, Dettmeyer R, Madea B. Ärztliche Rechts- und Berufskunde – Medizinrecht. In: B. Madea (Hrsg.): *Praxis Rechtsmedizin*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 2003, 530-586.
202. Lippert HD. Die Mitwirkungspflicht von Ärzten bei der Schadensaufklärung nach Fehlbehandlungen im Krankenhaus. *Medizinrecht* 5 (1987) 176-178.
203. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence Results of the Harvard Medical practice Study III. *New England Journal of Medicine* 325, 4 (1991), 245-251.
204. Madea B. Adverse Drug Reaction and Medical Malpractice. Proceedings of the 16th Congress Int. Academy of Legal Medicine and Social Medicine, Springer, Berlin 1994.
205. Madea B. Leichenschau. Durchführung der Leichenschau in der Praxis, FdM-Tabelle, Leichenschau-Feststellung des Todes, der Todesart und Todesursache, Meldepflichten und Verhalten gegenüber den Ermittlungsbehörden; *Fortschr. d. Med.* 113 (1995), 189-192, 227-229, 265-266, 193-195, 231-234.
206. Madea B. Rechtliche Aspekte der Arzneimitteltherapie - Aufklärung über Arzneimittel - Neben- und Wechselwirkungen. In: B. Madea, U. J. Winter, M. Schwonzen, D. Radermacher (Hrsg): *Innere Medizin und Recht*. Blackwell Wissenschaftsverlag, Berlin, Wien 1996, 28-49.
207. Madea B, Dettmeyer R. Patient tot – Hausarzt in Not. Verhalten bei fraglich iatrogenen Todesfällen in der Praxis. *Der Allgemeinarzt* 20 (1998), 624-630.
208. Madea B, Dettmeyer R. Obduktionen. In: B. Madea (Hrsg.): *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 217-227.
209. Madea B, Dettmeyer R. Rechtsgrundlagen der Leichenschau. In: B. Madea (Hrsg.): *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 19-51.
210. Madea B, Dettmeyer R. Zur Person des Leichenschauers. In: B. Madea (Hrsg.): *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 109-112.
211. Madea B, Dettmeyer R. Praktische Durchführung der ärztlichen Leichenschau – Aufgabenkomplexe. In: B. Madea (Hrsg.): *Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 113-184.



212. Madea B, Dettmeyer R. Todesfälle in der Arztpraxis: Notarzt und Leichenschau. In: B. Madea (Hrsg.): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999,187-200.
213. Madea B, Dettmeyer R. Rechtliche Aspekte der Arzneimittelbehandlung. Med. Welt 49 (1998), 84-88.
214. Madea B, Henßge C, Lignitz E. Fahrlässige Tötung durch medikamentöse Therapie. Rechtsmed. 4 (1994), 123-131.
215. Madea B, Dettmeyer R, Schmidt P. Praktische Durchführung der ärztlichen Leichenschau – Aufgabenkomplexe, Feststellung der Todesursache. In: B. Madea (Hrsg.): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999, 153-185.
216. Madea B, Henßge C. Lyell-Syndrom nach Salazosulfapyridin - Rechtsmedizinische Aspekte. In: G. Bauer (ed): Gerichtsmedizin. Festschrift für Wilhelm Holczabek. Deuticke Verlag, Wien 1988, 629-635, 257-278
217. Madea B, Schmidt P. Behandlungsfehler in der Inneren Medizin aus der Sicht der Rechtsmedizin. In: B. Madea, U. J. Winter, M. Schwonzen, D. Radermacher (Hrsg): Innere Medizin und Recht. Blackwell Wissenschaftsverlag, Berlin, Wien 1996, 72-81; interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“ Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse. Bd. 15 Schmidt-Röhmhild, Lübeck 1996, 205-216.
218. Madea B, Staak M. Haftungsprobleme bei Arzneimitteltherapie aus rechtsmedizinischer Sicht. Festschrift für Vors. Ri.a. BGH Dr. E. Steffen, Walter de Gruyter, Berlin New York 1995, 303-318.
219. Madea B, Waide, H. Ärztliche Offenbarungspflicht iatrogenen Schädigungen. Fortschr. d. Med. 113 (1995), 247-149.
220. Madea B, Winter UJ, Schwonzen M, Radermacher D. (Hrsg) Innere Medizin und Recht. Blackwell Wissenschaftsverlag, Berlin, Wien 1996.
221. Madea B, Dettmeyer R. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Dtsch Ärztebl 2003; 100:A 3161-3179 [48]
222. Mader U. USA: Zahl der Todesfälle durch fehlerhafte Medikation angestiegen. Dtsch. med. Wschr. 24 (1998), 10-11.
223. Maguire BJ, Porco FV. An Eight-Year Review of Legal Cases Related to an Urban 9-1-1 Paramedic Service. Prehospital and Disaster Medicine 12 (1997), 154-157.
224. Maiwald M. Zur Ermittlungspflicht des Staatsanwalts in Todesfällen. NJW 1978, 561 ff.
225. Malicier D, Rouzioux J. M. Medical Liability in a Large French Hospital. Acta medicinae legalis et socialis (1984), 217-221.
226. Malkasian GD. Professional liability: Is gender a factor? American College of Surgeons Bulletin 78 (1993), 26-32.

227. Mallach H-J, Schlenker G, Weiser A. *Ärztliche Kunstfehler*. Fischer-Verlag 1993.
228. Marx HH. Worauf Ärzte achten müssen. *Deutsches Ärzteblatt* 96 (1999), 1460-1461.
229. Masood E. Swedish council is dismissed amid claims of malpractice. *Nature* (1995), 7.
230. Mattern R, Kohnle S. Begutachtung ärztlicher Behandlungsfehler am Institut für Rechtsmedizin Heidelberg 1978 bis 1980. *Beitr. gerichtl. Med.* 42 (1983), 17-22.
231. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to Medical Errors are exaggerated in Institute of Medicine Report. *Journal of the American Medical Association* 284 (2000), 93-94.
232. Mehlman M. J. Bad "Bad Baby" Bills. *American Journal of Law and Medicine* 20 (1994), 129-145.
233. Meldrum MA. Loss of Chance in Medical Malpractice Litigation: Expanding Liability of Health Professionals Versus Providing Justice To Those Who Have Lost. *Journal of Law and Medicine* 9 (2001), 200-214.
234. Mendelson D. Aspects of Legal Liability in Pain Management Involving Opioid Medications. *Journal of Law and Medicine* 9 (2001), 145-152.
235. Meningaud JP, Servant JM, Herve C. Ethics and Aims of Cosmetic Surgery: A Contribution From an Analysis of Claims after Minor Damage. *Medicine and Law* 19 (2000), 237-252.
236. Menke W. Todesfälle durch defekte Pflegebetten. *Deutsches Ärzteblatt* 99 (2002) B 116.
237. Merry A, McCall Smith A. *Errors, Medicine and the Law*. Cambridge University Press 2001.
238. Meredith V, Cook CB, Penman A. Use of the Physician Insurers Association of America Database as a Surveillance Tool for Diabetes-Related Malpractice Claims in the U.S. *Diabetes Care* 21, 7 (1998), 1096-1100.
239. Metter D, Greilich-Rahbari H. Sektionsergebnis und Kunstfehler-Gutachten. *Versicherungsmedizin* 42, 4 (1990), 117-121.
240. Meyers D. Reducing Physician Vulnerability to professional Liability Claims: What Practices Make a Difference? *Journal of Medical Practice Management* 1 (2001), 206-208.
241. Mikkonen M. The Nordic Model: Finnish Experience of the Patient Injury Act in Practice. *Medicine and Law* 20 (2001), 347-353.
242. Milgrom P, Fiset L, Whitney C, Conrad D, Cullen T, O'Hara D. Malpractice Claims During 1988-1992: A National Survey of Dentists. *Journal of the American Dental Association* 125 (1994), 462-469.

243. Modelmog B, Goertchen R, Kunze K, Münchow T, Grunow N, Terpe HJ, Rocholl A, Lehmann K. Der gegenwärtige Stellenwert einer annähernd einhundertprozentigen Obduktionsquote (Görlitzer Studie). *Z. Klin. Med.* 1989;2167-2171.
244. Monrad Aas IH. Malpractice. *Quality Assurance in Health Care* 3, 1 (1991), 21-39.
245. Morgan DL, Wainscott MP, Knowles HC. Emergency Medical Services Liability Litigation in the United States: 1987 to 1992. *Prehospital and Disaster Medicine* 9, 4 (1994), 214-221.
246. Morray JP, Geiduschek JM, Caplan RA, Posner KL, Gild WM, Cheney FW. A Comparison of Pediatric and Adult Anaesthesia Closed Malpractice Claims. *Anaesthesiology* 78 (1993), 461-467.
247. Morris GP, Morris RW. Anaesthesia and Fatigue: An analysis of the first 10 years of the Australian Incident Monitoring Study 1987-1997. *Anaesthesia and Intensive Care* 28 (2000), 300-304.
248. Mueller B. Wie verhält sich der Pathologe unter Berücksichtigung des bundesdeutschen Rechts, wenn sich bei der klinischen Sektion Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod ergeben? *Verh. Dtsch. Ges. Path.* 153 (1974) 91-98.
249. Narr H. Die Schweigepflicht des Pathologen. *Verh. Dtsch. Ges. Path.*, 63. Tagung (1979), 645-655.
250. Neff C, Cook R. Res Ipsa Loquitur in Canadian Medical Malpractice Cases 1975-1988. *Medicine and Law* 11 (1992), 575-600.
251. Neu J. Ärztliche Behandlungsfehler. *Arzt und Recht* 9 (2001), 275.
252. Neumann G. Gutachterkommission und Schlichtungsstellen. *Medizinrecht* 7 (1998), 309-315.
253. NN. Medical Malpractice Cases and Awards: 1980-1990. *West Virginia Medical Journal* (1991), 147.
254. NN. PIAA releases results of latest malpractice claims study. *Journal of the Oklahoma State Medical Association* (1994), 283-284.
255. Oehmichen M, Pedal I, Schmidt V. Postoperativer Narkosezwischenfall als Folge des Fentanyl-Reboundphänomens. In: *Medizinrecht-Psychopathologie-Rechtsmedizin*. Hrsg.: H. Thomsen, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1991, 497-504.
256. Ollenschläger G, Thomeczek C. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Fehlerprävention und Umgang mit Fehlern in der Medizin. *Medizinische Klinik* 97 (2002) 564-570.
257. Orben St. *Rechtliche Verantwortung für Behandlungsfehler*. Hallesche Schriften zum Recht. Band 19. Carl Heymanns Verlag KG, Köln 2004.
258. Orentlicher D. *Medical Malpractice Treating the Causes Instead of the Symptoms*.

- Medical Care 38, 3 (2000), 247-249.
259. Oshel RE, Croft T, Rodak J Jr. The National Practitioner Data Bank: the First 4 Years. Public Health Report 110, 4 (1995), 383-394.
  260. Osode PC. Canadian Law and the Liability of the Modern Hospital for Negligence (Part I). Medicine and Law 12 (1993), 593-605.
  261. Palmer RN. United Kingdom 'Crown' Indemnity for Medical Negligence - An Overview of the First 18 Month of the New Scheme. Medicine and Law 11 (1992), 623-627.
  262. Parsell D. Groups Seek to Reduce Errors in Health Care. Science (1996), 637.
  263. Pedal I, Madea B, Oehmichen M. Immunzytochemische Identifizierung ABO-inkompatibler Erythrozyten nach einem tödlichen Transfusionszwischenfall. Z. Rechtsmed. 97 (1986), 269-276.
  264. Penchansky R, MacNee C. Initiation of Medical Malpractice Suits: A Conceptualization and Test. Medical Care 32, 8 (1994), 813-831.
  265. Perkins GD, McAuley DF, Davies S, Gao F. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in critically ill patients: an observational study. Critical Care 7 (2003)129-132.
  266. Peters TA. Verhaltensempfehlungen für Ärzte nach einem Behandlungszwischenfall. Der Arzt und sein Recht. 3 (1998), 7-10.
  267. Peterson KA. First Nursing Homes, Next Managed Care?: Limiting Liability in Quality of Care Cases under the False Claims Act. American Journal of Law & Medicine 26 (2000), 69-88.
  268. Petri E. Forensische Aspekte in der Urogynäkologie. Zentralblatt für Gynäkologie 123 (2001) 710-717.
  269. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn L. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. The Lancet 351 (1998), 643-644.
  270. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee L, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. American Journal of Health-System Pharmacy 58 (2001), 1835-1841.
  271. Plattner T, Scheurer E, Zollinger U. The Response of Relatives to Medicolegal Investigations and Forensic Autopsy. American J. of Forensic Medicine and Pathology 23 (2002), 345-348.
  272. Pluisch F. Die rechtsmedizinische Begutachtung von "Behandlungsfehler"-Vorwürfen. Med. Diss, Bonn 1990.
  273. Press S, Russell SA, Cantor JC, Jerez E. Attending physician coverage in a teaching hospital's emergency department: effect on malpractice. The Journal of Emergency Medicine 12, 1 (1994), 89-93.

274. Pribilla O. Arzt und Behandlungsfehlervorwurf. Beitr. gerichtl. Med. 46 (1988), 27-36.
275. Ratajczak T. Nochmals: Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte. Medizinrecht 2 (1988), 80-82.
276. Rath T. Qualität in der medizinischen Versorgung. Auswertung von Behandlungsfehlern und Maßnahmen des Risk-Managements. DOK Politik, Praxis, Recht 1-2 (1998), 31-35.
277. Ratzel R. Verhalten in Schadensfällen. Gynäkologe 22 (1989), 406-410.
278. Reding R. Vermeintliche ärztliche Behandlungsfehler. Die BKK 12 (1998), 612-619.
279. Richmond PW, Evans RC. Complaints and Litigation - three years experience at a busy accident and emergency department 1983-85. Health Trends 21 (1989), 42-45.
280. Ridge K. W, Jenkins DB, Noyce PR, Barber ND. Medication errors during hospital drug rounds. Quality in Health Care 4 (1995), 240-243.
281. Riis P. Medical negligence. World Health Forum 17 (1996), 215-222.
282. Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay, GD, Berns SD. The Potential for Improved Teamwork to Reduce Medical Errors in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine 34, 3 (1999), 373-383.
283. Robin E, McCauley R. The Malpractice Crisis and the Rate of Actual Malpractice. Administrative Radiology (1994), 20-22.
284. Rothämel S, Fegert JM. Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Leitlinien. Z. Kinder-Jugendpsychiatrie 28 (2000), 4.
285. Rothschild JM, Federico FA, Gandhi TK, Williams D, Bates DW. Analysis of Medication-Related Malpractice Claims. Archives of Internal Medicine 162 (2002), 2414-2420.
286. Rötter J, Trösch F, Deng MC, Roeder N, ScheldHH. Medical Liability Disputes involving Thoracic and Cardiovascular Surgery. Thoracic and Cardiovascular Surgeon 49 (2001), 60-63.
287. Sandvoß G. Prophylaxe und Management von Arzthaftpflichtansprüchen. Arztrecht 6 (1999), 144-155.
288. Sage WM, Hastings KE, Berenson RA. Enterprise Liability for Medical Malpractice and Health Care Quality Improvement. American Journal of Law and Medicine 20 (1994), 1-28.
289. Sarode VR, Datta BN, Banerjee AK, Joshi K, Bhusnurmath B, Radotra BD. Autopsy findings and clinical diagnoses: a review of 1000 cases. Hum. Pathol. 24 (1993) 194 ff.
290. Scheppokat KD. Ärztliche Fehler. Dtsch. med. Wschr. 125 (2000), 363-367.
291. Scheppokat KD, Held K. Ergebnisse von 903 Schlichtungsverfahren in der Inneren Medizin. Dt. med. Wschr. 127 (2002), 253-259.

292. Schlund GH. Arzt-Patienten-Vertrag, Behandlungsfehler, Aufklärung und Dokumentation. Münchener Medizinische Wochenschrift 141, 10 (1999), 118-120.
293. Schmidt P, Madea B, Oehmichen M, Gerling I. Arztrechtliche Aspekte des plötzlichen Todes bei idiopathischer cystischer Medianekrose Erdheim Gesell. Z. Rechtsmed. 6 (1996), 39-44.
294. Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B. Septisch-toxischer Schock nach Liposuktion. Rechtsmedizin 11 (2001) 275-279.
295. Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B. Commentary on Platt MS, Kohler LJ, Ruiz R, Cohle SD, Ravichandran P, Deaths associated with liposuction: case reports and review of the literature. J For Sci 47 (2002) 205-207
296. Schnurrer JU, Frölich JC. Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Der Internist 44 (2003) 889-895.
297. Schoenemann J, Munter K-H, Enayati-Kashani E. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen in der Klinik. Deutsche Medizinische Wochenschrift 123 (1998) 448-452.
298. Schuhmacher H. Fehlerquelle: Übermüdung. Rheinisches Ärzteblatt 9 (2002), 11-12.
299. Schulte-Sasse U. Kommunikationsmängel zwischen Operateur und Anästhesist gefährden Patienten. ArztRecht 12 (1999), 317-325.
300. Schwalm G. Zum Begriff und Beweis des ärztlichen Kunstfehlers. FS Bockelmann, München 1978, 539-556.
301. Schwenzer Th, Beck L. Behandlungsfehler bei gynäkologischen Operationen. Gynäkologe 27 (1994) 239-248.
302. Sethe R, Krumpaszy H.G. Arzthaftung und Qualitätsmanagement in der Medizin. Versicherungsrecht 10 (1998) 420-430.
303. Senst B, Achusim L, Genest R, Cosentino L, Ford C, Little J, Raybon S, Bates D. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. American Journal of Health-System Pharmacy 58 (2001), 1126-1132.
304. Sikorski R. Die Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den MDK. Medizinrecht 4 (2001), 188-190.
305. Smentkowski U. Behandlungsfehlervorwurf – wie offen darf der Arzt sein? Rheinisches Ärzteblatt 1 (2003) 20-21.
306. Smentkowski U. Patientenanzwaltschaft und Patientenentschädigungsfonds. Rheinisches Ärzteblatt 9 (2003) 19-20.
307. Sox HC, Woloshin S. How many Deaths are due to Medical error? Getting the number right. Effective Clinical Practice 6 (2000), 277-283.
308. Spann W. Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen. Dtsch Med. Wschr.

- 105 (1980)1705-1706.
309. Spurr SJ, Simmons WO. Medical Malpractice in Michigan: An Economic Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 21, 2 (1996), 315-346.
  310. Stevanovic G, Tucakovic G, Dotlic R, Kanjuh V. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings: a retrospective study of 2145 consecutive autopsies. *Hum. Pathol.* 17 (1986) 1225 ff.
  311. Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BIW, Orav E. J, Brennan TA. Negligent Care and Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado. *Medical Care* 38, 3 (2000), 250-260.
  312. Tanida N. Death during surgery in Japan. *The Lancet* 306 (2002), 1984-1985.
  313. Taupitz J. Aufklärung über Behandlungsfehler: Rechtspflicht gegenüber dem Patienten oder ärztliche Ehrenpflicht ? *NJW* 12 (1992), 713-784.
  314. Terbille M, Schmitz-Herscheidt S. Zur Offenbarungspflicht bei ärztlichen Behandlungsfehlern. *NJW* 24 (2000), 1749-1756.
  315. Thomeczek C. Fehlerquelle „Mensch“. *Berliner Ärzte* 11 (2001) 11-16.
  316. Thomeczek C. et al. Das Glossar Patientensicherheit – Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik “Patientensicherheit” und “Fehler in der Medizin”. *Das Gesundheitswesen* 66 (2004) 833-840.
  317. Towse A, Danzon P. Medical Negligence and the NHS: An Economic Analysis. *Health Economics* 8 (1999), 93-101.
  318. Treasure T. Medication errors, worse than a crime. *The Lancet* 355 (2000), 947-948.
  319. Trilla A, Bruguera M. Spain: avoiding lawsuits. *The Lancet* 356 (2000), 1266-1267.
  320. Uhlenbruck W. Ärztlicher Kunstfehler und Todesbescheinigung. *Arztrecht* 10 (1975) 182-188.
  321. Uhlenbruck W. Das Recht und die Pflicht des Arztes zur restitutio ad integrum nach einem Behandlungsfehler. In: Heberer, G.; Opperbecke, H.W.; Spann, W. (Hrsg.) *Festschrift für W. Weissauer*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1986, 150 ff.
  322. Ulsenheimer K. “Wenn der Staatsanwalt kommt ...” – Rechte und Pflichten des Arztes bei einer Durchsuchungsaktion. *Anaesthesist* 52 (2003) 254-258.
  323. Ulsenheimer K. Rechtliche Grundlagen und Schranken rechtsmedizinischer Gutachtertätigkeit im Strafprozess. In: *Rechtsmed. Forschungsergebnisse*. Hrsg.: M. Oehmichen, FA Pribilla, Lübeck 1990, 53-69.
  324. Ulsenheimer K. Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte. *Medizinrecht* 5 (1987), 207-216.
  325. Ulsenheimer K. *Arztstrafrecht in der Praxis*. 2. Aufl., C.F. Müller-Verlag 1998.

326. Ulsenheimer K. Aktuelle Strafrechtsprobleme im gynäkologisch-geburtshilflichen Alltag. *Gynäkologe* 23 (1990) 114-120.
327. Ulsenheimer K. Operationsdurchführung und –überwachung eines „Berufsanfängers“. *Gynäkologe* 26 (1993), 349-351.
328. Ulsenheimer K. Die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Internisten unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik. *Internist* 35 (1994), 777-781.
329. Ulsenheimer K. Juristische Aspekte: Unverbindliche Empfehlungen oder Verrechtlichung der Medizin? *Z. Kardiologie* 89 (2000), 245-250.
330. Ulsenheimer K, Schlüter U, Böcker MH, Bayer M. Rechtliche Probleme in Geburtshilfe und Gynäkologie. *Bücherei des Frauenarztes* 34, Enke (1990).
331. Ulsenheimer K, Bock R.W. Verhalten nach einem Zwischenfall / Der juristische Notfallkoffer. *Chirurg* 40 (2001) 217-223.
332. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 322 (2001), 517-519.
333. Vincent CA, Pincus T, Scurr JH. Patient's experience of surgical accidents. *Quality in Health Care* 2 (1993), 77-82.
334. Virchow R. Kunstfehler der Ärzte. Aktenstücke des Reichstags des Norddeutschen Bundes 5 , Berlin (1870), 12-15.
335. Vock R. Überprüfung von ca. 7000 Todesbescheinigungen. Konsequenzen für die ärztliche Aus- und Fortbildung. *Beitr. Gerichtl. Med.* 42 (1984) 355 ff.
336. von Below G. CIRSmedical – Update. *Schweizerische Ärztezeitung* 84 (2003) 1396-1398.
337. Wagner M. Emergency intubation mistake 'rampant'. *Modern Healthcare* (1992), 14.
338. Wegener R, Rummerl J. Nichtnatürliche Todesfälle – Was der Pathologe wissen muss. *Verh Dtsch Ges Path* 85 (2001) 109-117.
339. Weisberg Menon J. Adversarial Medical and Scientific Testimony and Lay Jurors: A Proposal for Medical Malpractice Reform. *American Journal of Law and Medicine* 21 (1995), 281-300.
340. Wells WJ. And Justice for Whom? *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 117 (1999), 211-219.
341. Weltrich H. Allgemeine Offenbarungspflicht bei ärztlichen Behandlungsfehlern? *Rheinisches Ärzteblatt* 2 (2001), 18-19.
342. Weltrich H. Ärztliche Behandlungsfehler aus medizinischer und rechtlicher Sicht. Erfahrungen aus der Praxis der Gutachterkommission Nordrhein. *Der Gynäkologe* 33 (2000), 468-471.



343. Weltrich H. Arzthaftpflichtschaden aus juristischer Sicht. *Gynäkologe* 30 (1997), 595-599.
344. Weltrich H, Fitting W. 20 Jahre außergerichtliche Streitschlichtung in Arzthaftungssachen. *Rheinisches Ärzteblatt* 1 (1996), 21-24.
345. White MJ. The Value of Liability in Medical Malpractice. *Health Affairs* (1994), 75-87.
346. Wieland M. The Economic Analysis of German Medical Malpractice Law – with emphasis on the Allocation of Burden of Proof for Causation. Erasmus Program in Law & Economics. University of Hamburg. Master Thesis. Academic Year 2000/2001.
347. Wilson R, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hammilton JD. The quality in Australien Health Care study. *Medical Journal of Australia* 163 (1995), 458-471.
348. Zollinger H.U. Bedeutung der Autopsie für die medizinische Ausbildung. *Schweiz. Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss.* 33 (1982) 61-65.
349. Zylka-Mehlhorn V. Mit einer besseren Nachsorgestruktur wären Strahlenfolgen schneller erkannt worden. *Deutsches Ärzteblatt* 90 (1993), 1602-1606.