

Behandlungsfehlervorwürfe in der Gynäkologie

Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler

„**B**ehandlungsfehlervorwürfe in der gynäkologischen Praxis und Klinik – Welche Bedeutung haben die Leitlinien?“ hieß das Thema einer Fortbildungsveranstaltung, zu der das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler kürzlich nach Düsseldorf eingeladen hatte. Wissenschaftlicher

Leiter und Moderator der Veranstaltung war Prof. Dr. Lutwin Beck (Düsseldorf), das Geschäftsführende Kommissionsmitglied der Gutachterkommission. Für das Institut begrüßte die Teilnehmer Dr. Klaus Josten (Bonn), Vorsitzender des Ständigen Ausschusses Qualitätssicherung der Ärztekammer Nordrhein. Im Folgenden sind die einzelnen Beiträge zusammengefasst.

wahrt. Das gleiche kann für die Rufbereitschaft des Facharztes gelten, wenn dessen Weg in die Klinik mehr als wenige Minuten beträgt.

Beim Behandlungsfehler unterscheidet man verschiedene Formen, und zwar Diagnosefehler, Therapiefehler, Übernahmeverschulden und Beratungsfehler. Von besonders großer haftrechtlicher Bedeutung ist der sogenannte grobe Behandlungsfehler. Er liegt dann vor, wenn der Arzt eindeutig gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich ist, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH).

Er bedeutet in der Regel die Umkehr der Beweislast, das heißt der Arzt muss zwingend nachweisen, dass der Schaden nicht ursächlich von ihm verschuldet wurde. Grob fehlerhaft kann im Übrigen auch die Summe einzelner, für sich allein genommen nicht schwerer Fehler sein.

Weniger bekannt ist, dass auch die Nichterhebung zwingend gebotener Befunde ein grober Behandlungsfehler sein kann (Pelz): Hat es der Arzt unterlassen, medizinisch zweifelsfrei gebotene Befunde zu erheben, so war es früher Sache des Patienten, zu beweisen, dass eine richtige ärztliche Reaktion auf den Befund ihm den eingetretenen Schaden erspart hätte. Jetzt gilt aber der Grundsatz der „Beweiserleichterung, wenn die versäumte Untersuchung einen so gravierenden Befund ergeben hätte, dass seine Verkenntnis oder Nichtreaktion auf ihn grob fehlerhaft gewesen wäre“ (BGH 1999). Das bedeutet eine Verschärfung der ärztlichen Haftung mit der Folge der Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes.

Behandlungsfehler in Gynäkologie und Geburtshilfe

Vortrag von Prof. Dr. Ernst Hickl (Hamburg)

Der Behandlungsfehler ist trotz der vieldiskutierten Aufklärungsproblematik immer noch das größte Haftungsrisiko für Gynäkologen und Geburtshelfer.

Nicht jede objektiv falsche Diagnose oder Behandlung ist jedoch schon ein Behandlungsfehler, der zu einer Haftung des Arztes führt. Häufig stellt sich erst im Nachhinein heraus, ob eine ärztliche Maßnahme richtig oder falsch war.

Haftungsrelevant im Sinne eines Behandlungsfehlers sind nur solche Fehler, die *schuldhaft* begangen worden sind und die Ursache für einen *Körperschaden* der Patientin sind. Nach der Definition des Bundesgerichtshofs richtet sich die Frage nach einem Behandlungsfehler danach, ob der Arzt *im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese sorgfältig durchgeführt hat*.

Die gebotene Sorgfaltspflicht richtet sich nach dem Behandlungsstandard, den ein gewissenhafter Arzt des jeweiligen Fachgebietes geboten hätte. Auch bei plötzlichen Komplikationen muss der Arzt die

richtigen Maßnahmen durchführen, selbst wenn er die konkrete Situation noch nicht erlebt hat. Angesichts des schnellen medizinischen Fortschrittes wird aber nicht gefordert, dass überall und jederzeit optimale Behandlungsmethoden und modernste apparative Ausstattung geboten werden müssen.

Hier darf und muss die individuelle Situation berücksichtigt werden. *Leitlinien und Standards* können nur generelle Anweisungen und Empfehlungen geben. Schon aus forensischen Gründen ist es angebracht, nicht zu sehr ins Detail zu gehen oder Forderungen aufzustellen, die nicht jederzeit erfüllbar sind. Im Übrigen ist die Qualifikation der Gremien, die sich berufen fühlen, Leitlinien herauszugeben, nicht immer gleichwertig.

Selbst wenn eine Vorgehensweise üblich ist, muss sie nicht immer dem gebotenen Behandlungsstandard entsprechen. Zum Beispiel mag die Besetzung des Kreißsaals nur mit einem AiP im Bereitschaftsdienst in vielen Häusern noch üblich sein, die gebotene personelle Ausstattung ist damit aber nicht ge-

Fehler und Unzulänglichkeiten bei der Behandlung und Versorgung von Patienten werden sich nie ganz vermeiden lassen. Die forensische Erfahrung zeigt jedoch, dass es Bereiche gibt, in denen sie gehäuft auftreten, und dass es Fehler gibt, die besonders schadensträchtig sind. Voraussetzung für deren Vermeidung

ist aber die Kenntnis solcher gefahrenträchtiger Konstellationen. Diesem Ziel dient die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) mit der Erarbeitung von Empfehlungen für Bereiche, in denen vermeidbare Fehler besonders häufig vorkommen.

Behandlungsfehlervorwürfe in der gynäkologischen Praxis und Klinik

Vortrag von Dr. Beate Weber

Die Inanspruchnahme der vor gut einem Vierteljahrhundert eingerichteten Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein hat sich in erstaunlicher Weise entwickelt; heute werden in einem Jahr so viele Verfahren durch gutachtliche Bescheide erledigt wie in den ersten 5 Jahren des Bestehens der Kommission.

Die gute Akzeptanz der gutachtlichen Bescheide zeigt sich zum Beispiel in der für das Erledigungsjahr 1995 durchgeführten Evaluation, nach der nur in etwa 10 Prozent der abgeschlossenen Verfahren eine Klage vor Gericht erhoben wurde. Dabei ist es in weniger als 1 Prozent zu einer Änderung des Ergebnisses gekommen. Mit jedem neuen Verfahren stellt sich dabei wieder die Frage, ob es sich bei dem eingetretenen Misserfolg des ärztlichen Handelns um eine vom Patienten als schicksalhaft zu akzeptierende Komplikation handelt, oder ob der fachliche Standard durch den beschuldigten Arzt nicht eingehalten wurde beziehungsweise ob er seine Sorgfaltspflicht verletzt hat.

Die Gutachterkommission hat es sich zur Aufgabe gemacht, Streitige Patienten-Arzt-Verhältnisse zu befrieden. Darüber hinaus ist sie bemüht, ihre umfangreichen Erkenntnisse zur Behandlungsfehler-Prophylaxe einzusetzen. Ein Beispiel hierfür sind die in Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen, deren Grundlage die konkreten Fälle der Gutachterkommission darstellen.

Um die Schwerpunkte der Behandlungsfehlervorwürfe zu erkennen, wurden 1.281 gutachtliche Bescheide der Jahre 1989 bis 1998 ausgewertet. Mit 14 Prozent steht die Gynäkologie und Geburtshilfe bereits an 2. Stelle der betroffenen Fachgebiete. Gut ein Drittel davon betrafen die Geburtshilfe. Annähernd zwei Drittel der Behandlungsfehlervorwürfe entfielen auf im Krankenhaus tätige Gynäkologen.

Begründet ist dies darin, dass gegen operativ tätige Fachgebiete Vorwürfe allgemein häufiger vorgebracht werden. In den hier ausgewerteten Krankheitsfällen betrafen über 90 Prozent Behandlungen im Rahmen operativer Eingriffe. Die Vorwürfe richteten sich zu etwa gleichen Teilen gegen Maßnahmen in der Mamma-Chirurgie, bei abdominellen und vaginalen Operationen sowie laparoskopischen Eingriffen, wobei nur bei letzteren mit 47 Prozent eine höhere Anerkennungsquote von Behandlungsfehlervorwürfen zu verzeichnen war. Insbesondere die Verknennung von Magen-Darm-Trakt- und Ureter-Läsionen, vor allem nach Adhäsio-lysen, standen im Vordergrund der Kritik. Im letzten Jahrzehnt lag die Aner-

kennungsquote der gegen Gynäkologen gerichteten Vorwürfe mit 36 Prozent auf dem Niveau aller betroffenen Fachgebiete. Zwar wurden häufiger Behandlungsfehlervorwürfe bei niedergelassenen Gynäkologen anerkannt; nach einer Erhebung für den Jahresbericht 1998 lag ihr Anteil mit 43 Prozent jedoch noch günstiger als bei der Gesamtzahl der niedergelassenen Kollegen aller betroffenen Fachgebiete (48 %).

Den niedergelassenen Gynäkologen wurden in mehr als der Hälfte der ausgewerteten gutachtlichen Bescheide diagnostische Versäumnisse – und hier insbesondere die Verknennung eines Mammakarzinoms – vorgeworfen. Im letzten Jahrzehnt betrug der Anteil übersehener Brustkrebse 10 Prozent der Gesamtbehandlungsfehlervorwürfe in der Frauenheilkunde. Knapp 70 Prozent wurden als berechtigt anerkannt, da in der Mehrzahl dieser Fälle ein vorliegender Tastbefund nicht stringent durch entsprechende zeitgerechte Kontrollen bzw. durch operative Maßnahmen differenzialdiagnostisch abgeklärt wurde.

Die Situation in der Geburtshilfe stellt sich insgesamt günstiger dar. Nur in einem Viertel der in den letzten 5 Jahren erhobenen 243 geburtshilflichen Vorwürfe wurden vorwerfbare ärztliche Behandlungsfehler festgestellt. Am häufigsten wurde die Geburtsleitung – und hier insbesondere die verspätet eingeleitete Sectio caesarea sowie unzureichende Maßnahmen zur Vermeidung einer Schulterdystokie – gerügt. Die Verknennung einer Plazentainsuffizienz, der Wachstumsretardierung sowie eine unzureichend veranlasste Fehlbildungsdiagnostik stellten die häufigsten Vorwürfe in der Schwangerschaftsbetreuung dar.

Aus der Rheinischen Perinatalerhebung: Daten zur Plazentainsuffizienz

Vortrag von Dr. Hans-Georg Wolf

Im Rahmen der Rheinischen Perinatalerhebung (RPE) sind nur Hinweise auf Behandlungsfehler erkennbar. Von den 1.068.470 Schwangeren der Jahre 1988 bis 1998 wiesen 21.043 Schwangere (1,9 Prozent) das

Schwangerschaftsrisiko Plazentainsuffizienz auf. Als zusätzliche Risiken nach dem Katalog A/B des Mutterpasses und der Perinatalerhebung sind bei Schwangeren mit dem Merkmal Plazentainsuffizienz zu nennen:

- Zustand nach Frühgeburt (1,8 % gegen 3,1 %)
- Abusus (8,1 % gegen 20,3 %)
- Besondere psychische Belastung (0,4 % gegen 1,2 %)
- Mehrlingsschwangerschaft (0,7 % gegen 1,5 %)
- Isthmozervikale Insuffizienz (3,7 % gegen 6,4 %)
- Hypertonie (2,2 % gegen 8,8 %)
- Eiweißausscheidung (0,7 % gegen 3,4 %)
- Lageanomalien (2,6 % gegen 4,6 %)
- Andere Besonderheiten (5,1 % gegen 7,5 %).

Bei den Geburtsrisiken von Schwangeren mit Plazentainsuffizienz sind folgende häufiger zu finden:

- häufigere Frühgeburten (6,2 % allgemein gegen 21,5 % bei Schwangerschaftsrisiko Plazentainsuffizienz)

- Gestose/Eklampsie (2,4 % gegen 8,7 %)
- vorzeitige Plazentalösung (0,6 % gegen 1,7 %)
- pathologisches CTG oder schlechte kindliche Herztöne (16,1 % gegen 36,7 %)
- Beckenendlage (5,2 % gegen 9,1 %).

Es bestehen bei Schwangeren mit vermuteten oder diagnostizierten Plazentainsuffizienzen zusätzliche Risiken. Rauchen und Plazentainsuffizienz führen zu einer Risikoanhäufung. Frauen mit einer Plazentainsuffizienz werden häufiger in Perinatalzentren entbunden (PZ gesamt: 13,6 %, PZ Schwangere mit Risiko Plazentainsuffizienz: 17,9 %), d. h. es findet eine gezielte Zuweisung durch den betreuenden Gynäkologen statt.

Diskussion zu häufigen Behandlungsfehlervorwürfen

Zusammenfassung von Prof. Dr. Lutwin Beck

1.) Prof. Dr. Friedrich Wolff: *Fetale Wachstumsretardierung*

Eine fetal bedingte Mangelentwicklung kann bereits in der 1. Schwangerschaftshälfte eintreten; ihr liegen häufig chromosomale Aberrationen und Fehlbildungen, aber auch Infektionen zugrunde. Mütterliche Erkrankungen und Störungen der Plazenta (Plazentainsuffizienz) können eine Retardierung des Feten verursachen, ebenso unter anderem Nikotin, Alkohol und Heroin. Die Erkennung einer Wachstumsretardierung erfolgt in erster Linie über Ultraschalluntersuchungen, bei Verdacht sind weitere Untersuchungen, vor allem die Doppler-Sonographie und das CTG, angezeigt.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Ultraschall-Screeninguntersuchungen in der 19. bis 22. Schwangerschaftswoche (SSW) und der 29. bis 32. SSW es schwierig sein kann, eine Wachstumsretardierung festzustellen. Auch haben zur weiteren Kontrolle des Kindes nur wenige Ärzte in der niedergelassenen Praxis die Möglichkeit

der Doppler-Sonographie. Auch bei korrekter Einhaltung der Mutterchaftsrichtlinien wird der Verdacht auf Wachstumsretardierung häufig nicht rechtzeitig festgestellt.

2.) Prof. Dr. Dieter Krebs: *Mammakarzinom in der gynäkologischen Praxis*

Der fehlgedeutete oder nicht abgeklärte Palpationsbefund sowie die Ablehnung von Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen durch die Patientin sind häufig Gegenstand von Behandlungsfehlervorwürfen.

Der auffällige oder suspekte Palpationsbefund muss durch weitere Untersuchungsmethoden abgeklärt werden. Die Mammographie erkennt insbesondere Mikroverkalkungen als indirekten Hinweis auf eine intraduktale Proliferation. Die Sonographie kann eine Zyste eindeutig diagnostizieren, oft jedoch ohne sichere Aussage zur Dignität. Ist der Tastbefund auffällig oder verdächtig und der Mammographie-Befund negativ, so ist eine histologische Diagnose, zum Beispiel durch eine ultraschallgesteuerte

te Stanzbiopsie oder eine Probeexstirpation, notwendig.

Lehnt eine Patientin eine bildgebende Untersuchung ab oder folgt sie dem Rat nicht, wegen eines suspekten Tastbefunds eine Probeexzision vornehmen zu lassen, so ist der genaue Palpationsbefund in der Karteikarte zu beschreiben und die Weigerung zu dokumentieren. Ohne Dokumentation ist es schwierig, den gegebenen ärztlichen Rat später nachzuweisen. Auch die Vereinbarung eines Kontrolltermines sollte in der Karteikarte dokumentiert werden. Bei streitigen Auseinandersetzungen kommt es entscheidend auf die Dokumentation in der Karteikarte an; ist sie dürftig und unvollständig, hat sie nur einen geringen Beweiswert.

3.) Prof. Dr. Thomas Schwenzer: *Schulterdystokie*

Im Einzelfall ist die Schulterdystokie nicht vorhersehbar. Doch gibt es eine Reihe von Risikofaktoren wie die Makrosomie des Kindes; bei einem Geburtsgewicht über 4 kg steigt die Rate der Schulterdystokien um den Faktor 10 an. Insgesamt ist sie mit 0,2 Prozent bis 0,5 Prozent aller Geburten ein seltenes Ereignis.

Maßnahmen zur Überwindung der Schulterdystokie sind in den Fachzeitschriften und Fachtagungen vielfach diskutiert und veröffentlicht worden. Von der „Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht“ sind Empfehlungen zur Behandlung der Schulterdystokie veröffentlicht (*Der Gynäkologe* (1998) 31. 991 – 992).

Bei Rechtsstreitigkeiten ist die Dokumentation des Geburtsablaufes von großer Wichtigkeit. Da wegen der Seltenheit der Schulterdystokie die persönliche Erfahrung im Umgang mit dieser Komplikation nur begrenzt sein kann, ist es ratsam, die heute üblichen Maßnahmen den Ärzten und Hebammen durch entsprechende Weiterbildung immer wieder zu vermitteln.

Eine Plexus brachialis-Schädigung des Kindes kann aber auch durch kongenitale, antenatale Faktoren entstehen und also mit der Geburt nicht in Zusammenhang stehen. Dies ist im Rahmen einer Gutachtenstellung zu berücksichtigen (*Der Frauenarzt* (1999) Bd.10, S. 1308 – 1313).