

# Behandlungsfehler in der hausärztlichen Praxis

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

**A**us der Erfahrung anderer zu lernen ist notwendig.“ So formuliert Dr. Klaus Josten, Vorsitzender des Gemeinsamen Ausschusses des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), den Grundgedanken der gemeinsamen Fortbildungsreihe von IQN und Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (GAK). Vier mal im Jahr bieten IQN und GAK eine dreistündige Fortbildungsveranstaltung an, um Ärztinnen und Ärzte auf mögliche Behandlungsfehler in Diagnostik und Therapie aufmerksam zu machen. Die praxisorientierten Fortbildungen auf der Basis von Behandlungsfehler-Daten der GAK sollen helfen, Fehler künftig zu vermeiden.

Bei der 28. Fortbildungsveranstaltung des IQN kürzlich in Düsseldorf ging es um Behandlungsfehler und ihre Folgen in der hausärztlichen Praxis. Keine sensationellen Fälle wurden hier zu Lernzwecken diskutiert, sondern typische Vorkommnisse aus der Hausarztpraxis.

Dr. Johann Schläger, Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der GAK, moderierte die Veranstaltung und stellte 18 Kasuistiken vor. Die juristische Einordnung der Fälle steuerte Dr. Pia Ruml-Detzel bei, Vorsitzende Richterin am Oberlandesgericht a. D. und Stellvertretende Vorsitzende der GAK.

## Fehler bei Injektionsbehandlungen

Fehler bei Injektionsbehandlungen sind in der hausärztlichen Praxis zahlreich, wie Schläger vortrug: „Spritzabszesse werden sehr häufig moniert.“ Allerdings sei die Abs-

zessbildung schicksalhaft und es liege kein Behandlungsfehler vor, wenn der Arzt die zu fordernden hygienischen Maßnahmen eingehalten habe. Dagegen sind Nervenverletzungen durch unsachgemäße Injektionen – etwa das Anstechen eines Nerven oder der Nervenwurzel – vermeidbar und daher als Behandlungsfehler zu werten.

Schläger stellte auch einen Fall vor, in dem einem Patienten, der Markumar einnahm, auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin eine intramuskuläre Injektion verabreicht wurde. Kommt es bei einem solchen Patienten zu einem Hämatom, das durch Raumforderung zu Lähmungserscheinungen des Ischiassnervens führt, so muss sich der Arzt einen Behandlungsfehler vorwerfen lassen – selbst wenn er auf Wunsch des Patienten gehandelt hat.

## Häufige Diagnosefehler

Zu den häufigen Diagnosefehlern gehört laut Schläger die verkannte Appendizitis. Sie ist mit 52 Prozent die häufigste Baucherkrankung. Die symptomarme Appendizitis nimmt bei über 40-jährigen Patienten signifikant zu, weshalb in dieser Altersgruppe höchste Wachsamkeit geboten ist. Die Appendizitis beginne häufig mit Schmerzen im Oberbauch und werde in diesem Stadium oft fälschlicherweise als „Gastritis“ diagnostiziert, sagte Schläger.

Die Gabe von Metamizol, Tramadol und Butylscopolamin bei unklaren abdominellen Beschwerden führe oft zur Verschleierung der Diagnose. Die Unterlassung der gebotenen Basisdiagnostik (Palpation, Auskultation, Messung der Temperaturdifferenz axillar und rektal,

Zählung der Leukozyten) sei oft verantwortlich für einen verzögerten Operationsbeginn.

Auch der Herzinfarkt wird nach den Erfahrungen der Gutachterkommission in der hausärztlichen Praxis nicht selten verkannt. Maximalsymptome wie Angst, Blässe, Kaltschweißigkeit, Rhythmusabweichungen und Vernichtungsschmerz seien keineswegs die Regel, so Schläger. Vielmehr gehe eine beträchtliche Zahl von Herzinfarkten anfänglich mit uncharakteristischen thorakalen Beschwerden einher. Daher müssten solche Beschwerden sicherheitshalber immer in der Klinik oder auch ambulant kardiologisch abgeklärt werden.

Nach Schlägers Vortrag hat sich die GAK auch mit der Verknennung von Schlaganfall, Rectumcarcinom, Hodentorsion und Phlebothrombosen regelmäßig zu beschäftigen. Vorwürfe gegen Hausärzte betreffen vielfach auch die Indikation, Dosierung und Nebenwirkungen von Arzneimittel-Behandlungen.

## Rechtliche Leitsätze

Der Misserfolg einer Behandlung ist nicht gleichzusetzen mit einem Behandlungsfehler, wie bei der Veranstaltung deutlich wurde. Vielmehr liegt ein Behandlungsfehler vor,

- wenn ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff medizinisch nicht indiziert war oder
- wenn ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff nicht lege artis durchgeführt wurde, also die erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen wurde oder ein gebotener diagnostischer oder therapeutischer Eingriff unterlassen wurde.

Darüber hinaus ist der Patient aufzuklären über die typischen Risiken und die Art jedes Eingriffs sowie über Behandlungsalternativen, wenn Verfahren mit unterschiedlichen Risiken in Betracht kommen und der Patient eine echte Wahlmöglichkeit hat (Risikoaufklärung). Das gilt zum Beispiel auch für Injektionsbehandlungen. Der Arzt benötigt nach der Aufklärung die Einwilligung des Patienten, sonst ist der Eingriff rechtswidrig mit der Folge, dass der Arzt für alle Folgen des Eingriffs haftet – auch wenn dieser fachgerecht durchgeführt wurde.

Von der Risikoaufklärung zu unterscheiden ist die Sicherungsaufklärung: Hierbei handelt es sich um die therapeutisch gebotene Aufklärung zur Gefahrenabwehr. Zum Beispiel muss der Arzt den Patienten, dem er ein Benzodiazepin verordnet, auf die Fahruntüchtigkeit nach der Einnahme hinweisen. Anders als bei der Risikoaufklärung liegt bei Verletzung der Pflicht zur Sicherungsaufklärung ein haftungsbegründender Behandlungsfehler vor. Eventuell hierdurch verursachte Schäden sind als Folge des Behandlungsfehlers festzustellen.

Ganz wichtig: Die erfolgte Aufklärung ist zu dokumentieren. An der Fortbildung teilnehmende Ärzte empfanden eine Diskrepanz zwischen den umfangreichen rechtlichen Forderungen und der Umsetzung in der täglichen Praxis. Rumler-Detzel räumte ein, dass nach ihrer Schätzung die formaljuristischen Anforderungen in der Praxis in vielen Fällen nicht erfüllt werden. Das ändert allerdings nichts an der Rechtslage.

So bleibt es letztlich dem Fingerspitzengefühl der Ärztinnen und Ärzte überlassen, wie zeitaufwendig sie die Aufklärung und deren Dokumentation bei der Verordnung eines Arzneimittels gestalten. Rumler-Detzel empfahl, umso sorgfältiger vorzugehen, je eingreifender und längerfristiger die Medikation ist.

Je nach Temperament wird der Arzt besser oder schlechter leben können mit der Aussage: „Ein Aufklärungsfehler wird nur geprüft,

wenn er geltend gemacht wird.“ Nach Rumler-Detzels Erfahrung stellt ein Aufklärungsfehler häufig ohnehin

RATGEBER

## Prophylaxe von Haftpflichtfällen

von Dr. Dirk Schulenburg, Justitiar der ÄkNo

**B**ehandlungsfehlervorwürfe sind überwiegend unbegründet. Das Risiko, Adressat von Behandlungsfehlervorwürfen zu sein, lässt sich reduzieren. Hat eine Behandlung nicht den gewünschten Erfolg, so ist ein Konflikt mit dem Patienten nicht zwingend. In der Regel überwiegt das Bedürfnis des Patienten zu erfahren, wie es zu dem Ergebnis gekommen ist. Der Wunsch nach finanzieller Entschädigung spielt erfahrungsgemäß nur eine nachgeordnete Rolle.

Der Patient hat grundsätzlich einen Anspruch auf Einsicht in seine Krankenunterlagen, ersatzweise auf Fotokopie. Die verzögerte Herausgabe oder gar die Ablehnung der Herausgabe erzeugt Misstrauen und führt zu einer unnötigen Verhärtung der „Fronten“. Die Originalunterlagen stehen im Eigentum des Arztes und sollten keinesfalls an den Patienten ausgehändigt werden.

Äußert sich ein Patient unzufrieden über das Behandlungsergebnis, so sollte der Arzt sachlich reagieren und die Sorgen und Nöte des Patienten ernst nehmen. Viele Ansprüche würden nicht erhoben, hätte der Patient sich in dieser Situation ernst genommen gefühlt. Glaubt der Patient Ihnen nicht, was Sie über seinen Krankheitsverlauf sagen, so bieten Sie an, einen weiteren Arzt seiner Wahl hinzuzuziehen.

Ist ein Behandlungsfehler oder eine Komplikation eingetreten, so erläutern Sie (ohne eine Haftung anzuerkennen) sachlich die eingetretene Situation und zeigen Lösungsmöglichkeiten auf. Ein Ge-

nur ein zusätzliches Argument dar, wenn ein Behandlungsfehler nicht festgestellt wird – „und das führt nur selten zu etwas“. Horst Schumacher

Weitere Informationen im Internet unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de).

sprächsangebot sollte sofort erfolgen, das Gespräch selbst aber nicht unter psychischem Druck stattfinden. Das Gespräch mit dem Patienten oder seinen Angehörigen sollte gut vorbereitet werden, für den Laien verständlich und unter Zeugen geführt werden.

Werden Sie aufgefordert, an einem Verfahren bei der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler teilzunehmen, so tun Sie dies. Ziel der Verfahren bei der Gutachterkommission ist insbesondere auch die Vermeidung einer gerichtlichen Auseinandersetzung.

Werden Ansprüche gegen Sie erhoben (durch einen Patienten, dessen Anwalt oder einen Sozialversicherungsträger) so müssen Sie Ihre Berufshaftpflichtversicherung hiervon unterrichten. Dies gilt auch bei Zustellung einer Klageschrift. Hier laufen ebenfalls Fristen.

Ist ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet, wie dies bei Todesfällen (ungeklärte Todesursache) oder Körperschäden möglich ist, können die Krankenunterlagen bei Ihnen beschlagnahmt werden. Sie sollten sich daher Fotokopien fertigen. Erklärungen zur Sache sollten Sie nur schriftlich und nach vorheriger rechtlicher Prüfung abgeben. Auch hier ist Ihre Berufshaftpflichtversicherung zu informieren.

Schalten sich die Medien (Zeitung, Fernsehen) ein, so sagen Sie so viel wie nötig und so wenig wie möglich („Angelegenheit wird zur Zeit geprüft, Ergebnisse liegen noch nicht vor“).

Grundsätzlich gilt: Ruhe bewahren!