

# Behandlungsfehler vorwürfe gegen hausärztlich tätige Ärzte

In den Jahren 2010 bis 2014 wurden Hausärzte in den Verfahren vor der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein häufiger als andere Fachärzte wegen vermeintlicher Diagnosefehler in Anspruch genommen. Nur im KV-Notdienst und bei Hausbesuchen waren die Vorwürfe häufiger begründet als im langjährigen Durchschnitt.

von **Werner Jörgenshaus,**  
**Rainer Rosenberger und Beate Weber**

**H**ausärzten wurde vor der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein in den Jahren 2010 bis 2014 mit einem Anteil von 57 Prozent – gegenüber 21 Prozent in allen geführten Verfahren – überproportional häufig eine fehlerhafte Diagnostik vorgeworfen (Diagnosevorwurf), was nicht verwundert, ist doch der Hausarzt als „Lotse“ derjenige, der den Patienten oft an Fachärzte zur weiterführenden Diagnostik/Diagnosesicherung überweist und damit – für den Patienten nicht immer erkennbar – der „Erste“, der die richtige Diagnose stellt. Eine Fehlerhäufung konnte hier nicht festgestellt werden: sowohl die Fehlerquote bei den Diagnosevorwürfen als auch bei den sonstigen Behandlungsfehler vorwürfen, insbesondere den vorgeworfenen Therapiefehlern, lag mit 31 Prozent auf dem Niveau des langjährigen Durchschnitts.

Allerdings waren die Fehlerquoten bei den weniger häufigen Vorwürfen den KV-Notdienst (Anteil 17 Prozent) und den Hausbesuch betreffend (Anteil 7 Prozent) mit Werten zwischen 40 bis 50 Prozent insbesondere bei den Diagnosevorwürfen deutlich erhöht (*Grafik 1, Seite 23*). Anlässlich eines Vortrages hat die Gutachterkommission die gegen Hausärzte erhobenen Behandlungsfehler vorwürfe ausgewertet. Über die Ergebnisse soll mit Beispielen nachfolgend berichtet werden.

Hausärzte werden im klinischen Alltag zu vielfältigen Beschwerden und tagtäglich in häufiger Zahl von ihren Patienten in

Anspruch genommen. Mit 411 gutachtlichen Überprüfungen der Vorwürfe gegen Hausärzte in fünf Abschlussjahren ist die Anzahl gemessen an der Vielzahl von hausärztlichen Arzt-Patient-Kontakten verschwindend gering. Dennoch ist jeder einzelne Fall für den betroffenen Patienten und den in Anspruch genommenen Arzt belastend. Es stellt sich bei den Auswertungen immer wieder die Frage, inwieweit das Begutachtungsverfahren, die Vorwürfe und die festgestellten Fehler vermeidbar gewesen wären. Es gilt dabei herauszufinden, ob es bestimmte Häufigkeiten und Fallstricke gibt, die über die Einzelfallbetrachtung hinausgehen. Bedacht werden muss, dass es sich bei den Begutachtungen der Gutachterkommission um ein bereits stark selektiertes Patientengut handelt, das Verallgemeinerungen nicht zulässt.

## Ergebnisse

Fünf Prozent betrug der Anteil der Hausärzte an den 7.753 abgeschlossenen Verfahren der Jahre 2010 bis 2014. In 398 Verfah-

ren waren 411 Hausärzte von einem Antrag betroffenen. Dies entspricht einem Anteil von 14 Prozent der insgesamt 2.899 in Anspruch genommenen niedergelassenen Ärzte. Hausärztlich tätige Ärzte standen damit nach den Orthopäden (516) an zweiter Stelle der Fachgebietsstatistik der niedergelassenen Ärzte. Bei den in Anspruch genommenen Hausärzten handelte es sich in knapp drei Vierteln um Fachärzte für Allgemeinmedizin (298), 79 Fachärzte für Innere Medizin und 34 Praktische Ärzte.

Die Fehlerquote lag mit insgesamt 31 Prozent leicht über der festgestellten Fehlerquote aller Fachärzte von 27 Prozent; bei den betroffenen Allgemeinmedizinern betrug sie 31 Prozent, bei den hausärztlich tätigen Internisten 30 Prozent und bei den Praktischen Ärzten 29 Prozent.

## Vor allem Praxistätigkeit gerügt

Bei drei Vierteln der betroffenen Hausärzte wurde die hausärztliche Tätigkeit in der Praxis gerügt; 90 von 314 Vorwürfen waren berechtigt, darunter 46 von 172 Diagnosevorwürfen (BF-Quote: 27 Prozent) und 44 von 142 (BF-Quote: 31 Prozent) sonstigen Behandlungsfehler vorwürfen. Die KV-Notdienst-Tätigkeit war bei 24 von 70 Hausärzten fehlerhaft (34 Prozent); mit 40 Prozent (21 von 53 Verfahren) lag die Fehlerquote der Diagnosevorwürfe deutlich über dem langjährigen nordrheinischen allgemeinen Durchschnitt von einem Drittel; dagegen waren nur drei von 17 sonstigen Behandlungsfehler vorwürfen begründet (18 Prozent). Hausbesuche wurden mit einem Anteil von sieben Prozent nur selten vorgeworfen, allerdings waren fünf von elf Diagnosevorwürfen und acht von 16 sonstigen Behandlungsfehler vorwürfen begründet (*Grafik 1, Seite 23*).

## Akutes Koronarsyndrom häufigste Erkrankung ex post

Die häufigsten Erkrankungen – ex post gesehen –, für die Hausärzte in 389 Verfahren in Anspruch genommen worden sind, waren mit einem Anteil von vier Prozent ein akutes Koronarsyndrom/Herzinfarkt

### Diagnosefehler

- Unvertretbare Fehlinterpretation: Verkennen oder unzureichende Bewertung von Krankheitssymptomen oder ungenügende Abklärung von Verdachtsdiagnose oder fehlende Kontrollen und Differenzialdiagnostik bei Nichtansprechen der Therapie → **einfacher Behandlungsfehler**.
- Fulminanter Irrtum: Deutung der Erkrankung in nicht nachvollziehbarer Weise oder elementarer Befunderhebungsfehler → **grober Behandlungsfehler**, d.h. ein aus objektiver medizinischer Sicht unverständliches diagnostisches Vorgehen, das schlechterdings nicht vorkommen darf, mit der Folge der Beweislastumkehr.

**Sonstige Behandlungsfehler/Therapiefehler**  
Fehlerhaft ist ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff oder eine entsprechende Untersuchung, wenn er/sie nicht indiziert war, oder bei dem/der die nach den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen wurde; auch das Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch geboten Eingriffs oder einer Untersuchung.

(9 von 17 Fällen begründet), eine akute Appendizitis (7 von 15 Fällen begründet) und Rückenschmerzen (5 von 14 Fällen begründet) sowie in drei Prozent ein Bronchialkarzinom (2 von 13 Fällen begründet), Herzrhythmusstörungen (3 von 11 Fällen begründet) und ein Kolonkarzinom (2 von 11 Fällen begründet) (Grafik 2, Seite 23).

Die häufigsten Diagnosevorwürfe betreffen die Verknennung einer Tumorerkrankung (19 von 62 Fällen begründet), eines akuten Abdomens (12 von 24 Fällen begründet), eines akuten Koronarsyndroms/Herzinfarktes (9 von 16 Fällen begründet) und einer zerebralen Symptomatik (2 von 14 Fällen begründet). Bei den sonstigen Behandlungsfehlervorwürfen die Medikation (19 von 54 Fällen begründet), Injektionen (13 von 27 Fällen begründet) und die postoperative Nachbehandlung mit 10 unbegründeten Fällen (Grafik 3, Seite 24).

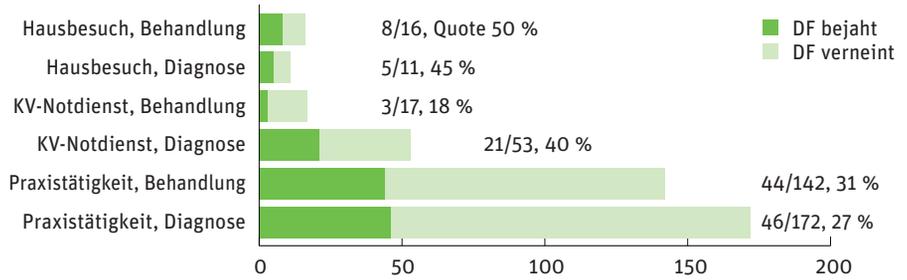
Häufigste festgestellte Einzelfehler der 411 Hausärzte waren mit einem Anteil von je zehn Prozent 43-mal die Anamnese und Untersuchung, 40-mal Labor- und Zusatzuntersuchungen und 31-mal die Medikation (8 Prozent). Fehler bei der Organisation wurden 25-mal und im Notdienst 24-mal (je 6 Prozent), bei der Einweisung 15-mal (4 Prozent) und beim Konsil, der Sicherungsaufklärung und der Dokumentation jeweils 13-mal festgestellt. Risikoaufklärungsfehler fanden sich fünfmal, darunter drei bei ansonsten sachgerechter Behandlung (Grafik 4, Seite 25).

### Diagnosefehler: Tumorerkrankung

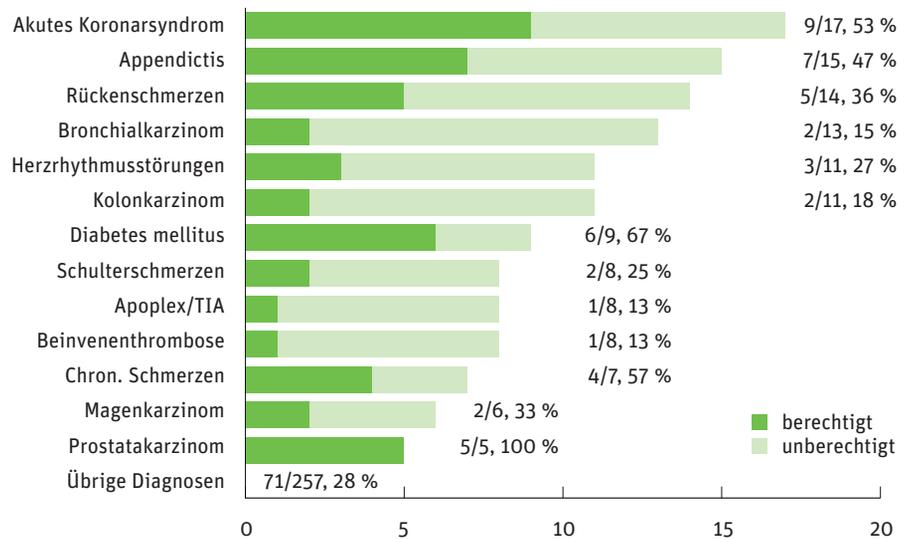
Es fanden sich allein fünf jeweils begründete Fälle mit Befunderhebungsfehlern bei einem Prostatakarzinom. Dabei wurde dreimal der Aufforderung eines Urologen an den Hausarzt, einen PSA-Wert – zweimal bei PSA < 4 ng/ml und einmal nach negativer Stanze bei PSA-Wert von 6,52 ng/ml – zu kontrollieren, nicht nachgekommen und einmal bei erhöhtem PSA von 4,51 ng/ml eine Kontrolle trotz jährlicher Prostata-Sonographien erst nach zehn Jahren (PSA 187,2 ng/ml) wiederholt. Zudem wurde in allen Fällen eine Sicherungsaufklärung über die nötige Kontrolle beziehungsweise einmal das Aufsuchen eines Urologen bei pathologischen PSA von 10,8 ng/ml versäumt. Für die Aufdeckung der Prostatakarzinome erst im fortgeschritten Stadium hatten die fünf Hausärzte jeweils zu haften.

Bei zwei Patienten wurde ein Bronchialkarzinom nicht erkannt, da trotz länger be-

**Grafik 1 Tätigkeit und Vorwürfe mit Fehlerquote der in einem Verfahren vor der Gutachterkommission in Anspruch genommenen hausärztlich tätigen Ärzte (n=411)**



**Grafik 2 Häufige Diagnosen mit Fehlerquote in 389 Verfahren gegen hausärztlich tätige Ärzte (120 Behandlungsfehler)**



stehendem Husten ohne Besserung unter Antibiotikagabe ein Röntgenthorax unterlassen wurde (Befunderhebungsfehler). Die Diagnoseverschleppung um vier Wochen beziehungsweise sieben Monate hätte am Verlauf der jeweils bereits fortgeschrittenen Tumorerkrankung nichts geändert.

### Diagnosefehler: Akutes Abdomen

Bei 24 Verfahren mit akutem Abdomen fanden sich bei sieben von 15 Hausärzten Fehler bei der Erkennung einer Appendizitis. Mehr als die Hälfte der 24 Patienten (13) hatten den Arzt im KV-Notdienst konsultiert; verkannt wurden hier fünf von acht Appendizitiden, zwei Harnleiterkoliken durch Steine, eine inkarzierte Nabelhernie und ein Dünndarmileus.

Zum Beispiel wurde es vom KV-Notdienstarzt in den frühen Morgenstunden fehlerhaft unterlassen, einen 34-jährigen, der telefonisch über seit gestern bestehende starke Magenkrämpfe und nunmehr

Oberbauchschmerzen und Übelkeit klagte, persönlich in Augenschein zu nehmen und zu untersuchen. Stattdessen wurde ihm empfohlen, sich Buscopan und Iberogast zu besorgen. Wenige Stunden später wurde der Patient von seinem Hausarzt mit akuter Appendizitis eingewiesen und sofort operiert, sodass aus der Verzögerung außer Schmerzen und Verunsicherung kein weiterer Gesundheitsschaden entstanden ist.

Auch die Bitte um einen Hausbesuch eines 74-jährigen, der über Oberbauchschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden mit Schwindel seit einer Woche mit Verschlechterungstendenz und Z.n.Treppensturz berichtet, wurde telefonisch durch die Urlaubsvertretung seines Hausarztes abgelehnt. Dank der Angehörigen erfolgte zwei Stunden später eine Notarztuntersuchung mit Einweisung des exsikkierten, niereninsuffizienten Patienten im reduzierten Allgemeinzustand mit akuter Cholecystitis.

### Diagnosefehler: Akutes Koronarsyndrom

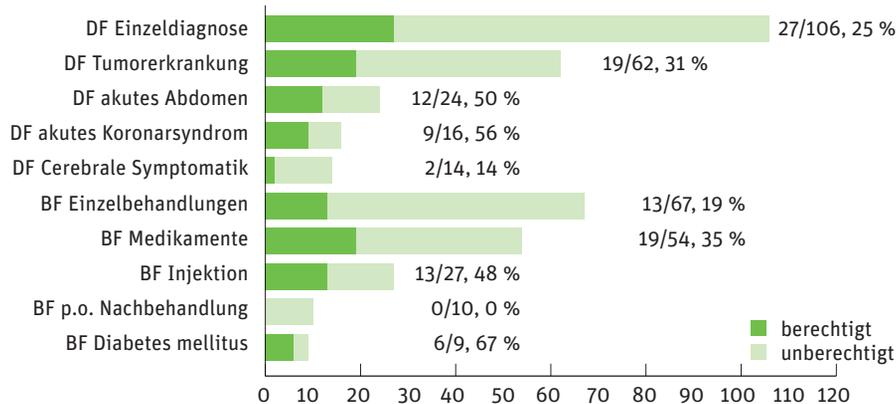
In neun von 16 Verfahren war der Vorwurf, ein akutes Koronarsyndrom/einen Herzinfarkt verkannt zu haben, begründet (Fehler-Quote 56 Prozent). Beispielsweise wurde bei einem 45-jährigen mit seit einer Woche neu aufgetreten „leichten linksthorakalen Stichen“ bei spärlicher Anamneseerhebung bei der ersten und zweiten Vorstellung nach fünf Tagen bei „Beschwerdezunahme“ zwar jeweils ein EKG abgeleitet, aber ein Belastungs-EKG erst für acht Tage später vorgesehen. Dieses wurde vom Patienten abgesagt, da er sich „zu schwach fühlte“; es fand erst nach einer Woche statt: Ohne vorherigen Arztkontakt zeigte das Ruhe-EKG einen abgelaufenen ausgedehnten Vorderwandspitzeninfarkt im Zwischenstadium, der vom Arzt in Ermangelung einer Inaugenscheinahme des EKGs nicht erkannt wurde. Grob fehlerhaft erfolgte im Anschluss ein Belastungs-EKG bis 175 Watt und fehlerhaft ohne Arzt-Anwesenheit. Auch der Rat an den infarktgeschädigten Patienten, im eigenen PKW eine Klinik aufzusuchen statt ihn im RTW mit Arztbegleitung dorthin transportieren zu lassen, war unzureichend (mehrfaches Organisationsverschulden).

### Andere Diagnosefehler

Zwischen Januar 2007 und August 2008 wurde bei einem 80-jährigen mit rezidivierenden Angina-pectoris-Beschwerden, Hypercholesterinämie und arterieller Hypertonie 26-mal ein Ruhe-EKG mit Echokardiographie und 15-mal eine Lungenfunktion sowie regelmäßig eine Abdomensonographie, aber behandlungsfehlerhaft zu keinem Zeitpunkt ein Belastungs-EKG durchgeführt oder eine weiterführende kardiologische Diagnostik veranlasst, sodass die hochgradige Eingefäßerkkrankung erst erkannt und behandelt wurde, als der Patient im Januar 2009 bei unklarem Lebertumor von 8 x 11 cm zur PE eingewiesen wurde. Außer Erdulden der Überdiagnostik kein Gesundheitsschaden.

Bei einem 66-jährigen Patienten mit seit drei Wochen rezidivierendem Fieber mit Abgeschlagenheit und Husten wird nach Labor und Röntgenthorax mit dortiger Empfehlung einer Computertomographie und eines kardiologischen Konsils über vier Wochen eine akute Mitralklappenendokarditis durch Streptokok-

**Grafik 3 Häufige Vorwürfe\* mit Fehlerquoten gegenüber hausärztlich tätige Ärzte (n=389 Verfahren, davon 222 Diagnosefehlervorwürfe (69 begründet) und 167 Behandlungsfehlervorwürfe (51 begründet)**



\* ein Vorwurf pro Verfahren

ken verkannt, obwohl deutlich erhöhte Entzündungswerte (CRP von 46,6 mg/l), eine neu aufgetretene Herzvergrößerung, ein leichter beiderseitiger Pleuraerguss und weiterhin Fieberschübe abends und nachts vorlagen. Die laut Arzt erteilte Aufforderung, einen Kardiologen aufzusuchen, wird vom Patienten bestritten. Nach Überweisung wurden eine Darmspiegelung und eine Bronchoskopie durchgeführt und ein Antibiotikum, ein Kortikoid-Präparat, ein Betablocker und ein Diuretikum verabreicht. Die Auskultation mit dem Ergebnis eines „leisen Systolikums, sonst o.B.“ bei einem nicht angeforderten Hausbesuch am 17. Tag hat laut Patient nicht stattgefunden. Fünf Tage später ist der CRP-Wert unter Antibiotika mit 30 mg/l noch erhöht; ein aus technischen Gründen nicht sachgerecht abgeleitetes, nichtbewertbares EKG wird nicht wiederholt. Bei Zustandsverschlechterung weist sich der Patient am 29. Tag selbst ein. Die Schwere der Klappenzerstörung und die Zeitdauer der Beschwerden werden dem Arzt als Gesundheitsschaden zugerechnet.

### Behandlungsfehler bei Diabetes Typ2

Behandlungsfehlervorwürfe in Bezug auf die Betreuung eines Diabetes mellitus wurden 9-mal erhoben und waren sechsmal begründet, darunter der Fall eines 51-jährigen mit Diabetes mellitus Typ 2, der seit sechs Jahren von seinem Hausarzt vierteljährlich im DMP betreut wurde und ihm die fehlerhafte Behandlung einer geröteten Zehe vorwirft, die innerhalb einer Woche unter Lokaltherapie und Gabe

eines Antibiotikums gangränös wurde und bei festgestellten Osteolysen amputiert werden musste. Die Lokalmaßnahmen waren in diesem kurzen Zeitraum zwar sachgerecht erfolgt, allerdings war die Führung des Patienten trotz des DMP mit einem HbA1c von über zehn Prozent über die Jahre fehlerhaft. Zu keiner Zeit sind Fußkontrollen, Absprachen von Zielen zur Verbesserung der Diabeteseinstellung und eine Überweisung in eine diabetologische Schwerpunktpraxis, wie sie bei Nichterreichen von Zielvorgaben gefordert wird, oder die Compliance des Patienten sowie eine Sicherungsaufklärung an ihn über die schlechten Werte dokumentiert.

Wenn der Hausarzt das Fehlschlagen seiner Bemühungen in der Zusammenarbeit nicht dokumentiert, muss haftungsrechtlich davon ausgegangen werden, dass diese Bemühungen nicht stattgefunden haben und dadurch die diabetische Gangrän entstanden ist.

### Medikation

Durch einen Übertragungsfehler nach einer Krankenhausbehandlung wird das Schleifendiuretikum Torasemid in 10-facher Überdosierung, das heißt mit 100 mg statt 10 mg täglich bei einem multimorbiden 83-jährigen mit u. a. zweit- bis drittgradiger Niereninsuffizienz verabreicht, was am vierten Einnahmetag zu einem Kollaps bei schwerer Exsikkose führte; der Tod am 4. Tag nach dreitägiger Intensivtherapie lässt sich nicht mit gebotener Sicherheit auf die Fehlmedikation zurückführen (Organisationsfehler).

Durch ein nicht zu klärendes Missverständnis bei der Planung der Dosiserhöhung bei einer 77-Jährigen, die seit zehn Jahren mit Marcumar® wegen persistierendem Vorhofflimmern eingestellt ist, nimmt diese über Wochen eine Überdosis ein: Bei einem Quick von 63 Prozent und INR von 1,23 bei gleichbleibender Dosis zuvor von 0,5 Tabletten pro Tag erfolgte eine Erhöhung laut der Dokumentation auf „je 2 Tabletten Montag und Dienstag, dann 1 Tablette Mittwoch und Donnerstag“.

Nach fünf Wochen stellt sich die Patientin mit Schmerzen in beiden Beinen bei ausgedehnten Einblutungen ohne Trauma und Hebeschwäche links wieder vor. Eine Laborkontrolle wird durchgeführt, eine Einweisung nach der Dokumentation von der Patientin abgelehnt. Nach Erhalt der Laborwerte mit einem Quick von acht Prozent und einem INR von 8,34 ist die Patientin nachmittags telefonisch nicht erreichbar und wird mittels Fax informiert. Allerdings geht aus der Einweisung die erforderliche Dringlichkeit zur Krankenhausbehandlung nicht hervor. Erst am Abend lässt sie sich mittels RTW bei ausgeprägten Schmerzen bei drohendem Kompartmentsyndrom ins Krankenhaus bringen. Der Arzt hätte bei erkannter Blutung unter Marcumar® die letzte Einnahmep Praxis nach der Dosiserhöhung erfragen und die Patientin dann mit Nachdruck umgehend einweisen müssen. Eine Ablehnung hätte unterschrieben werden müssen. Die Therapieverzögerung geht zu Lasten des Arztes.

### Injektion

In 13 von 27 Verfahren wurde fehlerhaft eine Injektion durchgeführt, darunter allein zehnmal in Kombination mit einem Kortikosteroid fehlerhaft nicht tief intramuskulär mit der Folge einer Lipoatrophie, ohne Indikation bei möglicher oraler Schmerzmedikation, in einem Fall 24-mal in neun Jahren und in einem anderen Fall trotz bestehender Antikoagulation mit Marcumar® mit einem nicht zugelassenen Arzneigemisch mit Piroxicam.

### Hausbesuch

Im Rahmen des KV-Notdienstes wurde eine 74-Jährige mit Schwäche seit einigen Tagen, bekannter Anämie mit Eiseneinnahme und bei nicht erreichbarem Hausarzt im Pflegeheim aufgesucht und nur eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr anempfohlen. Eine Einweisung erfolgte nicht, obwohl die Patientin mit reduziertem Allgemeinzustand unter einer Anämie von 5,7 g/dl mit Teerstuhl bei Sickerblutung im Dünndarm litt, was sich noch am gleichen Tag durch die Initiative der Angehörigen mit Einweisung ins Krankenhaus herausstellte und dort operativ behandelt wurde.

### Fazit

Hausärzte wurden in den Verfahren vor der Gutachterkommission häufiger als andere Fachärzte wegen vermeintlicher Dia-

gnosefehler in Anspruch genommen. Nur im KV-Notdienst und bei Hausbesuchen waren die Vorwürfe häufiger begründet. Den Ärzten ist dabei zu Gute zu halten, dass unter häuslichen Bedingungen nur eine eingeschränkte Diagnostik zur Verfügung steht.

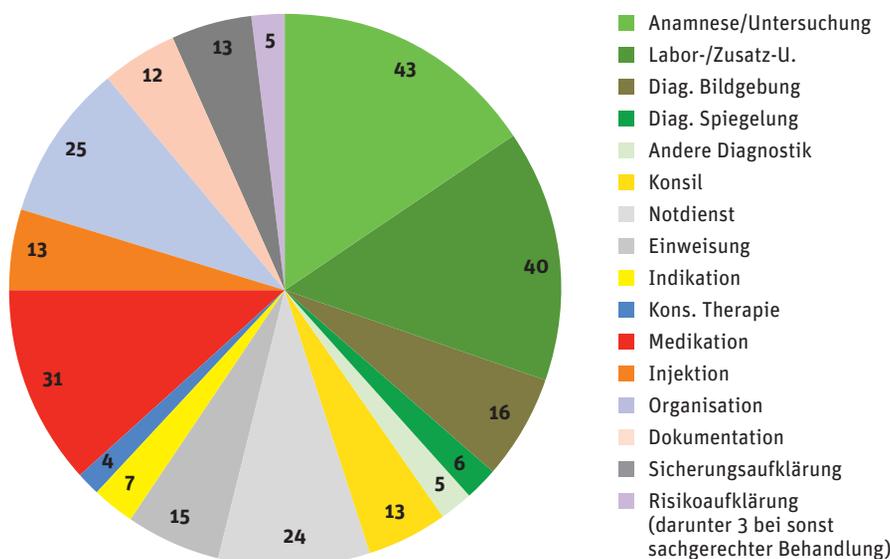
Vielfach wurden die Patienten jedoch gar nicht ausreichend befragt oder be-/untersucht, sodass die Ursache der Beschwerden nicht erkannt werden konnte. Hier beschwerten sich Patienten und deren Angehörige vielfach zu Recht.

Ärzten wird nach der Rechtsprechung die Möglichkeit eines haftungsrechtlich irrelevanten Diagnoseirrtums zugestanden, da die individuelle Ausprägung differenzial-diagnostisch in Frage kommender Erkrankungen sie nicht stets vermeidbar fehlerhaft sein können. Werden jedoch Empfehlungen konsultierter Fachärzte nicht umgesetzt, fehlt es an einer nötigen Überprüfung der ersten Diagnose („Arbeitsdiagnose“) oder fehlt es am „Um-Denken“ bei Nichtanschlagen der Therapie sowie an einer Sicherungsaufklärung des Patienten über nötige Folgeuntersuchungen oder Befunderhebungen, kann aus einem Diagnoseirrtum leicht ein vorwerfbarer Diagnosefehler erwachsen, der im Übrigen auch dann anzunehmen ist, wenn der Irrtum nicht mehr vertretbar erscheint<sup>1</sup>.

Gerade bei einer Erst-Konsultation sind eine genaue Anamneseerhebung und eine komplette Untersuchung des Patienten anzuraten. Für konsultierte Fachärzte ist es manchmal einfacher, genauer hinzuhören, da sie den Patienten nicht schon über Jahre mit seinen häufiger geklagten Beschwerden kennen. Die Nuance „anders als gewohnt“, kann aber schon einer weiteren Diagnostik bedürfen und erfordert eben dieses genaue „Hinhören“, was beim altbekannten Patienten sicher nicht immer einfach ist. Auch wenn es durch die Zeitvorgaben nicht immer möglich erscheint, sollte man sich überlegen, ob man das Vorgehen bei sich selbst, eigenen Angehörigen und Freunden als sachgerecht und ausreichend ansehen würde.

**Dr. med. Werner Jörgenshaus** ist ärztliches Mitglied und Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, **Rainer Rosenberger** ist Erster Stellvertretender Vorsitzender und **Dr. med. Beate Weber** ist Angehörige der Geschäftsstelle der Gutachterkommission Nordrhein.

**Grafik 4 Festgestellte Einzelfehler (max. 2 Fehler pro Arzt = 272 Einzelfehler bei 130 hausärztlich tätigen Ärzten mit Fehlern)**



### Fußnote

<sup>1</sup> vgl. zu allem Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Aufl., Rn 184, 185).