

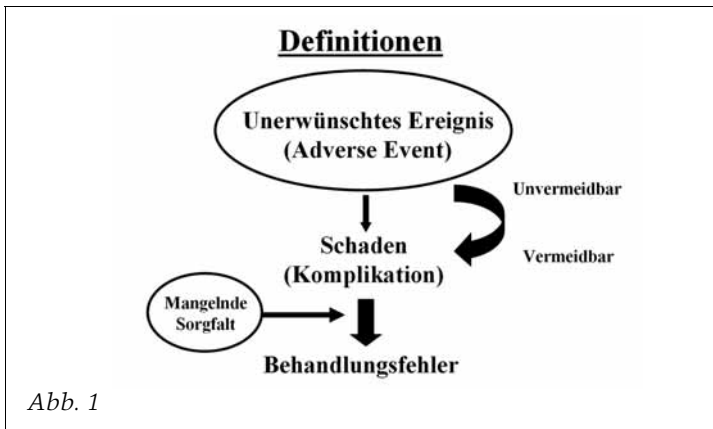
---

# Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Arztes

Hartwig Bauer

## *Komplikation und Behandlungsfehler*

Decken sich Erwartungen an eine Behandlung nicht mit dem Ergebnis, lassen sich ursächlich und definitorisch einzelne oder eine Summation unerwünschter Ereignisse definieren, die in ihrer Abstufung als unvermeidbar oder vermeidbar (Verletzung der Sorgfaltspflicht) in unterschiedlicher Ausprägung für das unerwünschte Resultat bis hin zu einem objektivierbaren Schaden verantwortlich zu machen sind (Abb. 1).



Unerwünschte Behandlungsergebnisse haben vielfältige Ursachen (Tab. 1) und werden je nach ihrer Auswirkung auf

**Teilursachen unerwünschter Behandlungsergebnisse**

- Die Begleiterscheinungen der Krankheit an sich, die auch bei bestem Verlauf nicht zu vermeiden sind
- Unerwünschte Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung, die ebenfalls nicht immer zu umgehen sind (sog. methodenimmanente Probleme)
- Folgen einer unzureichenden Diagnostik oder Therapie und im Zusammenhang damit Folgen medizinischer Behandlungsfehler

Tab. 1

den Patienten unterschiedlich klassifiziert [11]. Der Begriff der *Komplikation* ist unerwünschten Ereignissen vorbehalten, die auftreten können, obwohl mit der gebotenen Sorgfalt gehandelt wurde. So werden Nachblutungen, Verletzungen von Nachbarorganen, Nahtinsuffizienzen, Wundinfektionen, Lungenembolien oder Pneumonien in der operativen Medizin nie gänzlich zu vermeiden sein. Ausweitung von Indikationen zu komplexen Eingriffen und invasiven intensivmedizinischen Maßnahmen zunehmend auch auf Risikogruppen wie hochbetagte oder immungeschwächte Patienten bringt auch eine erhöhte Komplikationsgefahr mit sich.

Komplikationen als methodenimmanente Probleme sind aufklärungspflichtig. Der Patient soll unter Abwägung dieser Risiken gegenüber dem zu erreichenden Behandlungsziel seine Entscheidung fällen, der Chirurg hat ihm dafür sachgerechte und vor allem verständliche Hilfestellung zu geben. Die Aufklärung über Komplikationen und deren sachgerechte Dokumentation dienen aber auch der Vorbeugung von Schuldzuweisungen, wenn Komplikationen in der Wahrnehmung des Patienten und seines Umfeldes primär mit „Kunstfehler“ oder „Ärztepfusch“ gleichge-

setzt werden. Der Patient erwartet in einer Zeit, in der die Chirurgie wesentlich auch als Reparaturbetrieb verstanden wird, ein vorauskalkulierbares Ergebnis.

Die Beweggründe, bei Abweichungen vom erwarteten Behandlungsverlauf den Vorwurf eines Behandlungsfehlers zu erheben, ergeben sich meist aus ganz banalen Reaktionen, die es zu kennen und zu vermeiden gilt. Vor allem die Bagatellisierung eines Eingriffs durch den Arzt als „harmlos“ macht einen Misserfolg geradezu unverständlich. Übersteigerte Erwartungshaltungen können so auch ärztlich induziert werden. Häufig sind es auch unbedachte kritische Äußerungen von Kollegen und nichtärztlichen Mitarbeitern, die einen Primärverdacht auf einen „Kunstfehler“ auslösen. Entscheidend ist ein angemessenes Komplikationsmanagement, d. h. der richtige Umgang mit Komplikationen und die sich daraus ergebenden weiteren therapeutischen Bemühungen. Der Grundsatz, zunächst an eine chirurgische Komplikation zu denken und diese mit allen vernünftigen Mitteln auszuschließen, ehe man sich auf die Interpretation der Störungen als schicksalhaften Verlauf zurückzieht, wird oft genug nicht berücksichtigt. Versucht der Chirurg rechtzeitig, nach offener Besprechung der Probleme mit dem vorher darüber adäquat aufgeklärten Patienten und seinen Angehörigen, eingriffsbedingte Komplikationen zu beherrschen (wozu auch bei Einsicht in die eigenen Kompetenzgrenzen das Angebot einer Verlegung des Patienten zählt), wird das Vertrauensverhältnis eher gestärkt und kaum der Vorwurf eines schuldhaften Handelns entstehen. Fest steht, dass viele Behandlungsfehlervorwürfe sich vermeiden ließen, wenn sich die Patienten durch ihren Arzt genügend beachtet und mit ihren Problemen vor allem auch ernst genommen fühlten [3].

Ein *Behandlungsfehler* bedingt eine Sorgfaltspflichtverletzung. Er liegt dann vor, wenn eine Behandlung vom Stand des Wissens ohne eine begründende Erklärung abweicht und ein objektiv feststellbarer Schaden entstanden ist. Zum

„groben“ Behandlungsfehler wird er bei eindeutigem Verstoß gegen den ärztlichen Standard bei schlechterdings unverständlichem Fehlverhalten, was mit einer Umkehr der Beweislast zugunsten des Patienten verbunden ist [12].

Die Abgrenzung zwischen einem schicksalhaften Verlauf bzw. einer krankheits- oder eingriffstypischen Komplikation und einem Behandlungsfehler ist häufig schwierig und dem Patienten, dem sich der Verdacht auf eine schuldhafte Fehlleistung des behandelnden Arztes aufdrängt, schwer zu vermitteln. Ein weiteres Problem liegt auch in einer falschen Interpretation des gültigen Behandlungsvertrages. Dieser ist ein sog. Dienstvertrag, d. h. der Arzt schuldet dem Patienten grundsätzlich nicht den Heilerfolg, sondern lediglich die kunstgerechte, für den Heilerfolg nach Facharztstandard erforderliche Behandlung [2, 12]. Die Beweggründe, bei Abweichungen vom erwarteten Behandlungsergebnis den Vorwurf eines Behandlungsfehlers zu erheben, ergeben sich meist aus dem Bruch des gegenseitigen Vertrauensverhältnisses. Von Seiten des Arztes tragen dazu Verdrängung der Wahrheit, Angst vor Ansehensverlust, Zeitmangel, fehlendes Einfühlungsvermögen und nicht zuletzt inadäquate Wortwahl bei. Beim Patienten sind es vorwiegend Verständnisschwierigkeiten, ungerechtfertigte Erwartungshaltungen, Verdrängungsmechanismen und ganz wesentlich auch eine Beeinflussung durch Dritte.

### *Fehlerarten und -häufigkeiten in der Chirurgie*

Das Thema Behandlungsfehler und Patientensicherheit wurde nach der ernüchternden Veröffentlichung des Berichts „To Err is Human“ [6] nicht nur in den USA erstmals breit in der Öffentlichkeit diskutiert. Danach würden in amerikanischen Krankenhäusern aufgrund von Behandlungsfehlern und Sorgfaltsmängeln jährlich schätzungsweise 50.000 bis

100.000 Todesfälle auftreten. Medizinische Irrtümer würden damit zur „Top Ten“ der Todesursachen gehören, 11 Prozent der Patienten würden durch die Behandlung potentiell gefährdet und nur 46 Prozent würden nach „best evidence“ behandelt.

„Patientensicherheit – Primum nil nocere“ war auch das Leitthema des 122. Deutschen Chirurgenkongresses 2005. In bisher nicht gekannter Offenheit hat sich der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Dr. Matthias Rothmund, Marburg, mit diesen Analysen auseinander gesetzt. Es wurde darauf hingewiesen, dass Vergleichsdaten für unser Land fehlten, wir aber von vergleichbaren Verhältnissen auszugehen hätten. Die Chirurgen nähmen diese Publikationen sehr ernst und wollten es unter Darstellung möglicher Handlungsansätze eben besser machen. Es ging nicht um eine Diskriminierung der hervorragenden Arbeit, die tagtäglich von zahllosen Chirurgen geleistet wird. Es geht um die Einsicht, dass auch wir Chirurgen Fehler machen können und uns bemühen wollen, ständig besser zu werden [9]. Das Echo in den Medien war, vor allem in der anfänglichen Berichterstattung, desillusionierend: „Krankenhaus als Todesfalle“, „Ärztepfusch zählt zu häufigsten Todesursachen“ oder „Kunstfehler töten mehr Menschen als Autounfälle“ waren die häufigsten Schlagzeilen in den Publikumsmedien. Entsprechend heftig waren auch Reaktionen innerhalb der eigenen Profession, die in derartigen Schockmeldungen unter Bezugnahme aus Daten aus den USA eine erhebliche Verunsicherung der Bevölkerung und als Resultat ein verstärktes Misstrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung sahen.

Wie ist nun die Datenlage bei uns? Es gibt eine Reihe von Studien, die Auskunft geben über Fehlerarten und Fehlerhäufigkeiten und nicht nur zur Situationsbeschreibung, sondern vor allem als Basis für Fehlervermeidungs-Strategien herangezogen werden sollten.

### Fehlerarten in der Chirurgie

Instanzenentscheidungen I/1993 – I/2002

- **254 Instanzenentscheidungen wegen vermuteter Therapiefehler**
- **94 Instanzenentscheidungen wegen vermuteter Diagnosefehler**
- **94 Instanzenentscheidungen wegen vermuteter Aufklärungsmängel**

Hansis 2003

Tab. 2

Instanzenentscheidungen erfolgten mehr als doppelt so häufig wegen vermuteter Behandlungs- als wegen Diagnosefehlern, deren Rate wiederum der Häufigkeit von Aufklärungsmängeln entspricht (Tab. 2). Fehler, die bei der Diagnose- und Therapieplanung auftreten, beruhen dabei in der Regel auf mangelndem Wissen, Fehler bei der Durchführung entstehen durch mangelnde Sorgfalt. Dabei kommen erfahrungsgemäß auf jeden Fehler, der durch mangelndes Wissen verursacht wird, zehn Fehler, die auf mangelnde Sorgfalt zurückzuführen sind [3]. Organisatorische Mängel mit ungenügender Absprache bzw. Koordination, ein zunehmendes Problem bei immer stärkerer arbeitsteiliger Spezialisierung, sowie Dokumentationsmängel sind für fast die Hälfte der Behandlungsfehler verantwortlich (Tab. 3).

2005 wurde eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erstellte bundesweite Multicenterstudie publiziert, aus der sich durch Begutachtung und Auswertung behaupteter letaler und nicht letaler Behandlungsfehler Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadensforschung ableiten lassen sollten [8]. Das Datenmaterial kann bei insgesamt

**Organisatorische Mängel als Ursachen von  
Behandlungsfehlern – Analyse gutachterlicher  
Begründungen für anerkannte Fehlervorwürfe**

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| • Ungenügende Absprache/Koordination | 23%   |
| • Dokumentationsmängel               | 20%   |
| • Übernahmeverschulden               | 13%   |
| • Mängel im Komplikationsmanagement  | 10%   |
| • Aufklärungsmängel                  | 7%    |
| • Hygienemängel                      | 1%    |
| • Notfallsituation                   | 0,07% |

Deutsches Ärzteblatt 2.5.2003

Tab. 3

BMGS- Studie zur forensischen Begutachtung letaler Behandlungsfehler

|  |               |
|--|---------------|
| • Teilnehmende rechtsmedizinische Institute  | 17            |
| • Gesamtzahl der ausgewerteten Obduktionsakten   | 101.358       |
| <hr/>  |               |
| • Vorwurf des Ärztlichen Behandlungsfehlers als<br>Anlass der Obduktion                | 4.450 ( 2,5%) |
| • Davon bejahte letale Behandlungsfehler   | 109 ( 4,2%)*  |
| • Bejahte Behandlungsfehler ohne nachweisbare<br>Kausalität für den Tod                | 257 ( 5,8%)   |
| • Behandlungsfehler verneint   | 2.873 (64,6%) |
| • Weitere Klärung durch klinische Gutachten<br>erforderlich bzw. Klärung nicht möglich | 1.035 (23,3%) |

\* 0,1% bezogen auf Gesamtzahl der Obduktionsakten

Tab. 4

über 100.000 an 17 rechtsmedizinischen Instituten ausgewerteten Obduktionen als repräsentativ angesehen werden (Tab. 4). In den Fällen, in denen ein vermuteter Behandlungsfehler Anlass zur Obduktion war, konnte dies

| Ermittlungsverfahren gegen | Fallzahl | Prozentualer Anteil an der Gesamtfallzahl |
|----------------------------|----------|---|
| Krankenhausärzte           | 2809     | 63,1 %                                    |
| Niedergelassene Ärzte      | 877      | 19,7 %                                    |
| Notdienstärzte             | 253      | 5,8 %                                     |
| Pflegepersonal             | 172      | 3,9 %                                     |
| Notärzte                   | 108      | 2,4 %                                     |

| 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  |

| 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   |

Tab. 5

bei 4,2 Prozent bejaht werden, in weiteren 5,2 Prozent wurde ein Behandlungsfehler festgestellt, allerdings ohne Kausalität für den Tod. Die eingeleiteten Ermittlungsfälle betrafen zu zwei Dritteln Krankenhausärzte, die Chirurgie war das bei weitem am häufigsten betroffene Fachgebiet (in der Chirurgie sind „Tatzeit, Tatort und Täter“ am leichtesten zuzuordnen), und hier lagen wiederum die Allgemein- und Unfallchirurgie mit ihrem auch zahlenmäßig größten Krankengut an der Spitze der operativen Fächer (Tab. 5).

### Umgang mit Fehlern, Fehlervermeidung und Risk-Management

Fehler passieren überall dort, wo Menschen in einer gefahren geneigten Tätigkeit zusammenarbeiten. Die Chirurgie gehört nach den geschilderten Daten in besonderem Maße



dazu. Die Herausforderung besteht darin, durch konsequente Analysierung und Prävention im Sinne eines Risk-Managements die Fehlerrate zu verringern, adäquate Handlungsweisen festzulegen und so auch eine Minimierung des forensischen Risikos herbeizuführen (Tab. 6–8). Die Haftpflichtversicherer machen verstärkt ihre Prämiengestaltung vom Nachweis derartiger klinikinterner Präventionssysteme abhängig.

Ein Risk-Management, das auf die klinikinternen Abläufe fokussiert ist, stellt gewissermaßen das intrinsische System für eine Fehlerminimierung dar. Die Erkenntnis, dass viele Patienten im Rahmen der routinemäßigen medizinischen Betreuung unbeabsichtigt zu Schaden kommen und dass, obwohl die Mehrzahl der sog. Adverse Events ohne bleibende Konsequenzen ist, bei etwa 1 Prozent der Patienten mit bleibenden Schäden bis hin zum Tode zu rechnen ist, hat dazu geführt, dass Patientensicherheit zu einem übergeordneten Anliegen der heutigen Gesundheitssysteme geworden ist [5]. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat höchste Sorge für die Sicherheit von Patienten angemahnt und mit ihrer Forderung nach entsprechenden

### **Risikomanagement im Krankenhaus I**

- Systematisierung, Standardisierung und Überprüfung juristisch relevanter Abläufe (Aufklärung, Dokumentation)
- Teilnahme an externen QS-Programmen (BQS, KTQ)
- Suche nach Ablauffehlern und Fehlerquellen im klinischen Alltag (QM-System, Q- Zirkel)
- Dokumentation der Schulung in der Gerätebedienung und Wartung (Kooperation mit der Haustechnik)
- Ständige interne QS (u.a. Auswertung des eigenen Krankengutes z.B. durch Dissertationen, Publikationen, Teilnahme an Studien)

Tab. 6

### **Risikomanagement im Krankenhaus II**

- **Regelmäßige Klinikkonferenzen und klinikinterne Fortbildungen mit Anwesenheitskontrolle**
- **Interdisziplinär entwickelte Behandlungspfade mit breiter Implementierung (z.B. Intranet) und Überprüfung der Einhaltung der definierten klinikinternen Standards**
- **Kompensation der Personalverknappung durch Kooperation mit anderen operativen Fachgebieten, interprofessionelle Arbeitsteilung, Umsetzung von Arbeitszeitmodellen**

Tab. 7

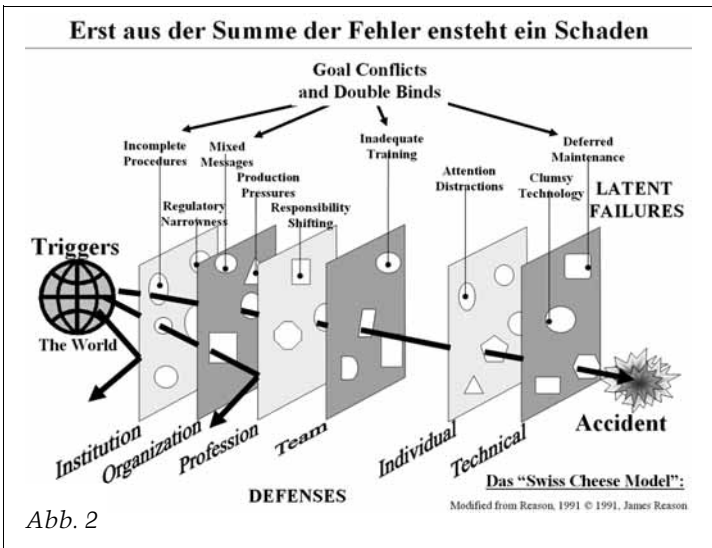
### **Risikomanagement im Krankenhaus III**

- **Ein konstruktiver Umgang mit Prozessen, die der Klinik schaden können - besonders bei Schwierigkeiten mit Patienten und Angehörigen - muss zur Klinikphilosophie erhoben werden (Chefsache)**
- **Bei Beschwerden niemals sorglos sein, vorab die hauseigene Versicherung informieren, Unterlagen sicherstellen, auf Vollständigkeit prüfen (evtl. kopieren) und Seiten nummerieren. Keinesfalls nachträgliche Eintragungen, stattdessen Gedächtnisprotokolle und Ergänzungsnotizen beilegen**

Tab. 8

Aktionsbündnissen mit Aufbau einer sog. „Fehlerkultur“ und von Systemen zur Fehlererfassung und Fehlervermeidung auch ein weltweites Echo gefunden.

Spektakuläre Zwischenfälle wie die Entfernung eines gesunden Lungenlappens, die Amputation des falschen Beines oder die Transplantation eines nicht kompatiblen Organs werden in der Öffentlichkeit vor allem als Fehlhand-



lung oder Versagen von Einzelnen dargestellt („Human Error“). Analysen von kritischen Ereignissen weisen, wie auch Erfahrungen aus der Luftfahrt oder der Nuklearindustrie zeigen [7, 11], in aller Regel eine multifaktorielle Ursache aus. Es ist die Addition kleiner Unachtsamkeiten, die nicht für sich alleine, sondern erst in der Summation zum Schaden führen: Kommunikations- und Überwachungsprobleme, Missverständnisse bei unklaren Anordnungen, Namens-, Daten- und Medikamentenverwechslungen, Arbeitsüberlastung, Mangel an qualifiziertem Personal, Fehleinschätzungen durch Erfahrungsdefizite sowie inadäquate Ausrüstung und Umgebung [3–11]. Das „Schweizer-Käse-Modell“ (Abb. 2) zeigt, dass das einzelne „Loch“ in einer Sicherheitsbarriere meist ohne Auswirkung bleibt, die Durchdringung von zufällig korrespondierenden Löchern aber zur Katastrophe führen kann [5].

Was wir brauchen, ist eine neue „Fehlerkultur“, d. h.

### Critical Incident Reporting System (CIRS)

Ein kritischer Zwischenfall (Critical Incident) ist ein ungewolltes Ereignis, welches den Patienten gefährden kann, ihn aber nicht schädigt.

Kohn et al.: To Err is Human. Building a Safer Health System, IOM Report 2000

#### Charakteristika eines CIRS

- Von Klinikleitung gewünscht und aktiv unterstützt
- Straffreiheit
- Anonymität
- Freiwilligkeit
- Unabhängig von der Leitung
- Analyse durch Experten - Optimierung der Prozessabläufe
- Zeitnahe Auswertung und feed back an Mitarbeiter
- Systemorientiert, nicht auf individuelle Leistung gerichtet
- CIRS ist Risikomanagement (RM), aber RM nicht CIRS

Tab. 9

neue Strategien zur *Fehlervermeidung*, und den Aufbau einer neuen *Sicherheitskultur*. Fehlerkultur bedeutet vor allem, dass offen und primär ohne Angst vor Sanktionen z. B. auch durch Haftpflichtversicherer über Fehler gesprochen werden kann. Die Null-Fehler-Attitüde darf nicht mehr die Regel sein [9]. Aber um aus Fehlern zu lernen, muss man sie nicht selber machen. Für eine Analyse von Fehlern und Strategien zu ihrer Vermeidung bedarf es komplexer, dabei einfach zu handhabender Erfassungssysteme für kritische Ereignisse (Critical Incident Reporting System – CIRS). Anonyme, freiwillige Meldesysteme haben das Potential, auf breiter Basis Systemschwächen und Fehler aufzuzeigen, bevor daraus gravierende Komplikationen entstehen (Tab. 9). Systemveränderungen, die auf Erkenntnissen aus einem CIRS beruhen, können somit vorausschauend zu einer Erhöhung der Patientensicherheit führen. Gegen Kommunikationsprobleme ist allerdings auch das ausgefeilteste Fehlermanagementsystem machtlos. Wenn man über Fehler

nicht sprechen will oder aus Angst vor Pressionen nicht kann, hilft kein System [5]. Die positiven Erfahrungen mit einem in der Schweiz entwickelten computerbasierten CIRS, das bei schlankem Datensatz eine hohe fach- und berufsgruppenspezifische Konfigurierbarkeit aufweist, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits zu einer Übernahme dieses Systems veranlasst. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie erwägt ebenfalls dessen Einführung in einer an die Chirurgie adaptierten Form.

### *Sichere Chirurgie braucht sichere Ressourcen*

Die WHO stellt bei einem aktuellen Appell für mehr Patientensicherheit fest, dass das Wohl der Patienten auch in reichen Industrieländern mit hoch entwickelter Technologie vielfach wegen zusätzlicher Kosten im Gesundheitswesen vernachlässigt werde. Wenn, wie nachgewiesen, die häufigsten Ursachen neben individuellen Fehlern die Verletzung von Vorschriften, falsche und fehlerhafte medizinische Ausrüstung und der Mangel an qualifiziertem Personal sind, wird klar, dass ein wichtiger Ansatz in der Fehlervermeidung auch die Bereitstellung ausreichender Ressourcen sein muss.

Dies gilt besonders auch für die „Ressource Arzt“. Es muss vor allem der sich ständig verstärkende Druck von den Ärzten genommen werden und ihnen durch weniger Bürokratie und weniger arztfremde Tätigkeiten mehr Zeit für den Patienten und, wenn man davon ausgeht, dass die meisten Fehler durch Kommunikationsdefizite entstehen, auch mehr Zeit für Kommunikation gegeben werden. Wir brauchen mehr Freiräume und Unterstützung für die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Forschung und nicht zuletzt angemessene Vergütungen, um engagierten Nachwuchs nicht nur gewinnen, sondern ihn auch bei attrakti-

ven Perspektiven im Beruf, d. h. in der patientenbezogenen Versorgung, halten zu können [3].

Sichere Chirurgie braucht gut ausgebildete Chirurgen. Die Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland lässt, wie aktuelle Umfragen zeigen, erhebliche Defizite und dementsprechend dringenden Handlungsbedarf erkennen [1]. Vieles kann und muss von uns selbst getan werden. Doch alleine mit organisatorischen Mitteln wie besserer Strukturierung der Weiterbildung und intensivierter Betreuung unserer Assistenten ist das Problem nicht zu lösen. Bei den jetzigen restriktiven Stellenplänen und pauschalierten Vergütungsregelungen, welche den erforderlichen Mehraufwand für die Kompetenzerlangung (Weiterbildung) und den Kompetenzerhalt (Fortbildung) unberücksichtigt lassen, kommen auch noch so motivierte Weiterbilder rasch an ihre Grenzen. Und die Einführung effizienter Informationstechnologien nicht nur zur besseren Ablaufsteuerung, sondern auch und gerade unter Sicherheitsaspekten hat ebenso ihren Preis wie die Nutzung moderner Simulatortechniken und von Trainingslabors, die es ermöglichen, die Lernkurve eines Chirurgen so weit als möglich vor den Operationssaal zu verlagern. Studien haben gezeigt, dass signifikant weniger Fehlmanipulationen z. B. bei den ersten laparoskopischen Operationen vorkommen, wenn dieser Eingriff zuvor am Simulator geübt wurde [9]. Nicht ausreichend qualifizierte und für spezielle Aufgaben ungenügend trainierte Chirurgen werden selbst zum Risikofaktor. Zunehmende Spezialisierung sowie Zentrenbildung mit Mindestmengen und Fallzahlkonzentrationen für komplexe Eingriffe müssen auch unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit akzeptiert werden [10].

Qualifizierte Weiter- und kontinuierliche Fortbildung, die Nutzung neuer sicherheitsverbessernder Technologien, Dokumentation, Qualitätssicherung mit Instrumentarien zur Fehlervermeidung und insbesondere eine zuwendungs-

orientierte Medizin mit ausreichendem Personal kosten Geld. Zweifellos lassen sich durch Komplikations- und Fehlervermeidung auch Mittel sparen. Unter starren Budgets und pauschalierten Entgelten ist das Problem alleine mit der Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven, mit Transparenz und Wettbewerb allerdings nicht zu lösen.

### *Fazit*

Bei der Diskussion über ärztliche Behandlungsfehler ist eine klare begriffliche Zuordnung bzw. Trennung zwischen systemimmanenter Komplikation und schuldhaftem Behandlungsfehler erforderlich. Unerwünschte Ereignisse im Laufe einer Behandlung und von den Erwartungen abweichende Resultate werden häufig infolge von Aufklärungsmängeln und nicht gerechtfertigten Erwartungshaltungen primär als Behandlungsfehler eingestuft. Patientensicherheit ist aufgrund alarmierender Berichte zunehmend zu einem öffentlichen Thema geworden. Ziel neuer Strategien muss es sein, die Patientensicherheit über eine Verbesserung der Fehlerkultur mit systematisierter Fehlererfassung und daraus abgeleiteten Erkenntnissen für eine optimierte Fehlerprävention zu erhöhen. Es sind vor allem Änderungen in der Denkweise bei allen Beteiligten nötig, was auch für eine differenzierte Betrachtung von Komplikation und Behandlungsfehler gilt. Patientensicherheit benötigt aber auch Aufwand und ist mit organisatorischen Mitteln alleine auf Dauer nicht zu gewährleisten bzw. weiterzuentwickeln.

## Literatur

1. *Ansorg, J. / Hassan, I. / Fendrich, V. / Polonius, M. J. / Rothmund, M. / Langer, P.*: Qualität in der chirurgischen Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr.* 2005; 130: 508–513.
2. *Bauer, H.*: Behandlungsfehler-Management: Unterstützungsbehandlung von Krankenkassen bei vermuteten Behandlungsfehlern. *Viszeralchirurgie* 2002; 32: 271–278.
3. *Bauer, H.*: Aus der Summe der Fehler entsteht ein Schaden. Patientensicherheit: Fehlervermeidung und der Umgang mit Fehlern in der Chirurgie. *krankenhaus umschau, ku-Sonderheft Risk Management* 8/2005: 10–14.
4. *Clarke, J. R.*: Making Surgery Safer. *J Am Coll Surg* 2005; 200: 229–235.
5. *Kaufmann, M. / Staender, S. / v. Below, G. / Brunner, H. H. / Portenier, L. / Scheidegger, D.*: Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002; 83: 2554–2558.
6. *Kohn, L. T. / Corrigan, J. M. / Donaldson, M. S.*: To Err is Human. Building a Safer Health Care System. National Academy Press, Washington D.C. 1999.
7. *Müller, M.*: Nachdenkliches und Provokantes zum Thema Sicherheit. *Minimal Invasive Chirurgie* 2005; 14: 15–24.
8. *Preuss, I. / Dettmeyer, R. / Madea, B.*: Begutachtung behaupteter letaler und nicht letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (bundesweite Multicenterstudie). Im Auftrag des BMGS 2005.
9. *Rothmund, M.*: Patientensicherheit – Primum nil nocere. Eröffnungsrede zum 122. Deutschen Chirurgenkongress. *Mitteilungen Dtsch. Ges Chir* 2005; 34: 207–210.
10. *Siess, M. / Siewert, J. R.*: Patientensicherheit unter dem Gesichtspunkt von Spezialisierung, Mindestmengen und Zentrenbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 503–507.
11. *Troidl, H.*: Sicherheit, das Ur-Thema der Chirurgie. *Minimal Invasive Chirurgie* 2005; 14: 39–46.
12. *Ulsenheimer, K.*: Der Behandlungsfehler aus juristischer Sicht: Zivilrechtlicher Schadenersatz – gerichtliche Strafverfahren. In: *Der chirurgische „Kunstfehler“*. Hrsg. Wolff H. Kaden-Verlag Heidelberg 2001, S. 1–8.