

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. K. Püschel

Rechtsmedizinische Prüfung der Rechtfertigung von Behandlungsfehlervorwürfen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Sophie Thérèse Klusen
aus Hamburg

Hamburg 2020

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 16.06.2021

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Philipp Osten

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: Prof. Dr. Klaus Püschel

„Errare humanum est, sed in errore perseverare diabolicum”.

(Irren ist menschlich, auf Irrtümern zu beharren ist teuflisch; Seneca, 62. n. Chr.)

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	6
2	FRAGESTELLUNG	10
3	MATERIAL UND METHODEN	11
4	ERGEBNISSE	19
4.1	ZEITLICHER VERLAUF	19
4.2	ALTERS- UND GESCHLECHTSVERTEILUNG	20
4.3	TODESURSACHEN	22
4.3.1	<i>Kardiovaskuläre Todesursachen</i>	22
4.3.2	<i>Infektiöse Todesursachen</i>	23
4.3.3	<i>Pulmonale Todesursachen</i>	24
4.3.4	<i>Iatrogene Todesursachen</i>	25
4.3.5	<i>Abdominelle Todesursachen</i>	26
4.3.6	<i>Tod durch äußere Einflüsse</i>	27
4.3.7	<i>Neurologische Todesursachen</i>	28
4.3.8	<i>Perinatale Todesursachen</i>	29
4.4	VORWURFERHEBER	30
4.5	VORWURFSTATBESTÄNDE	33
4.5.1	<i>Häufigkeiten der Vorwürfe</i>	34
4.5.2	<i>Anzahl und Reihenfolge der Vorwürfe</i>	41
4.5.3	<i>Tatbestand des Vorwurfs je nach Vorwurferheber</i>	43
4.6	BESCHULDIGTER	44
4.7	INSTITUTION	47
4.8	PATIENTENWILLE	48
4.9	ROLLE DER ANGEHÖRIGEN	49
4.10	RECHTSMEDIZINISCHE BEURTEILUNG	49
4.10.1	<i>Zeitlicher Verlauf der Fehler</i>	50
4.10.2	<i>Alters- und Geschlechtsverteilung</i>	52
4.10.3	<i>Todesursachen</i>	52
4.10.4	<i>Vorwurferheber</i>	54
4.10.5	<i>Vorwurfstatbestände</i>	55
4.10.6	<i>Beschuldigte</i>	57
4.10.7	<i>Institution</i>	59
4.10.8	<i>Patientenwille</i>	61
4.10.9	<i>Rolle der Angehörigen</i>	62
4.11	EMPFEHLUNG ZU FACHGUTACHTEN	62
5	KASUISTIK	63
5.1	FALL 1 (2011)	63
5.2	FALL 2 (2015)	63
5.3	FALL 3 (2015)	64
5.4	FALL 4 (2016)	64
5.5	FALL 5 (2017)	65
5.6	FALL 6 (2016)	65
5.7	FALL 7 (2014)	66
5.8	FALL 8 (2008)	66
5.9	FALL 9 (2012)	67
5.10	FALL 10 (2013)	67
6	DISKUSSION	69
6.1	ZUNAHME DER VORWÜRFE	69
6.2	ALTER	73
6.3	GESCHLECHT	74
6.4	TODESURSACHEN	74

6.5	ERHEBER	76
6.6	VORWURFSTATBESTÄNDE	79
6.7	BESCHULDIGTE.....	82
7	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	84
8	ZUSAMMENFASSUNG	86
9	SUMMARY	87
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	88
11	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	94
12	TABELLENVERZEICHNIS	96
13	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	97
14	DANKSAGUNG	99
15	LEBENS LAUF.....	100
16	EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG	101

1 Einleitung

So ubiquitär menschliche Fehler im alltäglichen Leben vorkommen, sind sie auch im medizinischen Kontext regelmäßig auffindbar (Monteverde 2014). Häufig sind sie für die Beteiligten gleichwohl unangenehme wie belastende Ereignisse. Die vielfältigen und möglicherweise schwerwiegenden Auswirkungen derartiger Vorkommnisse machen es jedoch notwendig, sich eingehend damit zu befassen.

Behandlungsfehler können verschiedenste Formen und Ausmaße annehmen. Für jeden Beteiligten können sich dabei Konsequenzen ergeben.

Zunächst geschädigt ist der Patient. Je nach Fehler kann es zu psychischen und physischen Problemen, Langzeitschäden (Vincent, Phillips et al. 1994) und im schlimmsten Fall zum Versterben des Patienten kommen. In vielen Fällen leiden auch die Angehörigen unter den Folgen, insbesondere wenn der Patient einen schwerwiegenden Schaden erlitten hat oder verstorben ist (Schwappach 2015).

Ebenso kann ein Fehler für den behandelnden Arzt bedeutende Auswirkungen haben (Wu 2000). Sollten andere Patienten von einem Ermittlungsverfahren gegen ihren Arzt erfahren, kann dies durch einen möglichen Vertrauensverlust zu nachhaltigen Störungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen, selbst wenn sich das ärztliche Handeln letztendlich als rechtmäßig und sachgemäß herausstellt. Darüber hinaus kann ein schädliches Ereignis bei dem betroffenen Arzt zu schweren psychischen (das Leben mit der Schuld) und sozialen Belastungen (eine Abwendung oder Geringschätzung der Kollegen) führen (Wu 2000). Sogar eine Veränderung oder Einstellung der praktischen Tätigkeit kann ein berechtigter sowie unberechtigter Behandlungsfehlervorwurf nach sich ziehen (Studdert, Spittal et al. 2019).

Sollte sich der Vorwurf bestätigen und eine Verurteilung erfolgen, drohen dem Arzt je nach Rechtsgebiet auch juristische Folgen. So kann es nach dem Strafgesetzbuch (StGB) in einem Strafverfahren beim Tatbestand einer Körperverletzung zu Geld- oder Freiheitsstrafen kommen (§223 StGB), in einem Zivilprozess gemäß Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) zu Schadensersatzleistungen (§611 BGB) (Heising 2008). Weitere schwerwiegende Konsequenzen stellen für den Arzt der Verlust des Arbeitsplatzes, ein Entzug der Kassenzulassung oder sogar der Approbation dar (Leipzig 2000, Bock 2006).

Nicht zuletzt haben Behandlungsfehler auch eine wirtschaftliche Bedeutung. Dies gilt für den betroffenen Arzt, für den geschädigten Patienten und seine Angehörigen, für Kostenträger, Arbeitgeber und die betroffenen medizinischen Einrichtungen (Wieland 2001).

Für die weitere Untersuchung ist es bedeutsam, wie ein Behandlungsfehler definiert ist. Die bloße Erfolglosigkeit einer medizinischen Therapie allein stellt jedenfalls noch keinen Fehler dar (Dettmeyer, Veit et al. 2019).

Der „Behandlungsfehler“ löste vor einiger Zeit den aus dem lateinischen „lege artis“ abgeleiteten Begriff des „Kunstfehlers“ ab, der bereits 1532 in der peinlichen Gerichtsordnung durch Kaiser Karl V. gesetzlich festgelegt wurde (Wagner 1981). Grund hierfür war vor allem die fehlende Eindeutigkeit dieses „terminus technicus“, die weitgehend Verwirrung stiftete (Dotzauer 1976).

In der medizinischen Soziologie gilt als Voraussetzung für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers ein Handeln oder Unterlassen, „bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt“ (Hart, Claßen et al. 2008). Ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis ergibt sich, sobald daraus ein Schaden hervorgeht, anderenfalls handelt es sich um einen Beinahe-Schaden (Reason 1990). Rechtsmedizinisch definiert der Behandlungsfehler jedes unsachgemäße Verhalten des Arztes, das nicht dem gängigen medizinischen Standard entspricht und eine Schädigung des Patienten bewirkt (Katzenmeier 2002).

Juristisch geht man von einem Behandlungsfehler aus, wenn „sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war“ und dieses einen Schaden des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten nach sich gezogen hat (§630h BGB).

Nicht klar definiert ist dagegen der Vorwurf eines Behandlungsfehlers, der prinzipiell bei jeder ärztlichen Konsultation erhoben werden kann. Dabei ist für den bloßen Vorwurf nicht relevant, ob tatsächlich ein Fehler vorgelegen hat (Klusen und Püschel 2019).

Unterschieden werden Vorwürfe nicht-letaler Behandlungsfehler, bei denen Patienten zu Schaden gekommen sind, von Vorwürfen letaler Behandlungsfehler.

In vielen Fällen werden Vorwürfe nicht-letaler Behandlungsfehler direkt von den betroffenen Patienten erhoben, die sich mit etwaigen Schadensersatzforderungen an die

Schlichtungsstellen oder Gutachterkommissionen der Ärztekammern sowie die Krankenversicherungen und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wenden (Bauer 2002). Diese Anlaufstellen dienen einerseits der Rechtsberatung und Information, andererseits der Unterstützung der Patienten bei der Verfolgung von juristischen Ansprüchen (Bauer 2002).

Vorwürfe letaler Behandlungsfehler stammen im Gegensatz dazu häufiger von den Angehörigen des Verstorbenen, Betreuern sowie ärztlichen Kollegen oder aber von der Staatsanwaltschaft und der Kriminalpolizei selbst (Preuß, Dettmeyer et al. 2006).

Vor allem im Sinne der Rechtssicherheit sowie der Erkennung von Tötungsdelikten muss durch den die Leichenschau durchführenden Arzt auf dem Totenschein neben der Todesursache auch die Todesart angegeben werden (Madea und Dettmeyer 2003). Eine natürliche Todesart kann bescheinigt werden, wenn der Tod infolge einer inneren Erkrankung eintrat und im Rahmen dieser sicher zu erklären ist (Madea und Dettmeyer 2003). Sollte der Arzt an dieser Stelle eine nicht-natürliche oder ungeklärte Todesart bescheinigen, da ein Anhalt für ein Tötungsdelikt oder eine andere äußere

Beeinflussung des Todes – zum Beispiel im Sinne eines Behandlungsfehlers – besteht, oder aber eine Feststellung der Todesart nicht möglich ist, so ist in weiterer Folge die Leichenschau zu unterbrechen und unverzüglich die Polizei hinzuzuziehen (Madea und Dettmeyer 2003). Besteht ein Hinweis auf eine meldepflichtige Erkrankung, so ist auch das Gesundheitsamt unmittelbar zu benachrichtigen (Madea und Dettmeyer 2003).

Es obliegt dann den Ermittlungsbehörden festzustellen, ob das Versterben mit einem aufklärungspflichtigen äußeren Einfluss oder sogar einem Fremdverschulden in Verbindung steht. Dazu werden zunächst durch die Kriminalpolizei Untersuchungen der Sterbesituation sowie Befragungen der Angehörigen, Zeugen und behandelnden Ärzte durchgeführt. In Absprache mit der Staatsanwaltschaft kann der Leichnam nach vollständiger Klärung der Todesumstände zur Bestattung freigegeben werden.

Sollten bei der polizeilichen Untersuchung allerdings Hinweise auf Unstimmigkeiten des Todesfalles aufkommen, müssen weitere Ermittlungen eingeleitet werden. Im konkreten Falle eines Behandlungsfehlerverdachts gilt es grundsätzlich zu prüfen, ob tatsächlich ein Fehler vorgelegen hat und darüber hinaus, ob dieser in einem kausalen Zusammenhang mit dem Tod des Patienten steht (Neureiter, Pietrusky et al. 2013).

Im Rahmen dieser Ermittlungen werden in der Regel Fachärzte für Rechtsmedizin damit beauftragt, ein Gutachten zu erstellen (Preuß, Dettmeyer et al. 2006). Hierzu wird bei einem bestehenden Anfangsverdacht durch die Staatsanwaltschaft eine Obduktion in

Auftrag gegeben (Neureiter, Pietrusky et al. 2013). Diese wird durch einen Rechtsmediziner durchgeführt, der anschließend auf Basis seiner Untersuchungsbefunde und unter Berücksichtigung entsprechender Leitlinien (Ramsthaler und Schmidt 2013) ein forensisches Gutachten formuliert. Je nach Ergebnis der abschließenden medizinischen Begutachtung werden die Ermittlungen entweder weiter konkretisiert oder eingestellt.

Mit zunehmenden Zahlen von Behandlungsfällen in Deutschland insgesamt steigen auch die Zahlen von Behandlungsfehlervorwürfen. So kam es zwischen 2006 und 2016 zu einem Anstieg der stationären Behandlungsfälle um mehr als 2,5 Millionen auf etwa 19,5 Millionen (Statistisches Bundesamt 2018). Ambulant stiegen diese im gleichen Zeitraum sogar um mehr als 130 Millionen auf 700 Millionen Behandlungsfälle an (Barmer 2019).

Im Vergleich damit ergeben sich Behandlungsfehlervorwürfe eher selten. Im Jahr 2016 wurden die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern mit 7.639 nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert (Bundesärztekammer 2017a). In 2.245 Fällen (29,4%) lag tatsächlich ein Behandlungsfehler vor, in 1.845 (24,1%) Fällen wurde dieser auch in einen kausalen Zusammenhang mit einem eingetretenen Gesundheitsschaden gebracht (Bundesärztekammer 2017a). 2017 registrierte die Bundesärztekammer sogar einen leichten Rückgang dieser Zahlen (Bundesärztekammer 2017b).

Die Zahl der Vorwürfe letaler Behandlungsfehler ist naturgemäß deutlich geringer. Mit Blick auf frühere Untersuchungen lässt sich allerdings eine stetige Zunahme beobachten.

So gab es 1985 nur in 1,8% der Fälle des Gesamtabduktionsguts den Verdacht einer ärztlichen Fehlbehandlung (Janssen und Püschel 1998). Im Verlauf der Jahre bis 1996 fanden die Autoren einen deutlichen Zuwachs auf bis zu 7,1% mit einem Durchschnitt von etwa 5% über die gesamten 12 Jahre.

Eine Untersuchung letaler Behandlungsfehlervorwürfe der Jahre 2002 bis 2006 am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zeigte einen Anteil von 9,3% der Gesamtabduktionszahl (Büter 2010).

Auch der Vergleich von Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs in den Jahren 1975 und 2015 zeigt einen deutlichen Zuwachs solcher Fälle (Raftis 2019).

2 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, Behandlungsfehlervorwürfe bei letalen Ereignissen nach unterschiedlichen Kriterien zu untersuchen. Dabei wird vor allem auf den Tatbestand des Vorwurfs, die Vorwurferheber, die Beschuldigten und die Rechtfertigung des Vorwurfs Bezug genommen.

Erfasst werden alle Obduktionen, die am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Zeitraum von 2007 bis einschließlich 2017 aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs durchgeführt wurden.

Dabei umfasst die Untersuchung ausschließlich Behandlungsfehlervorwürfe mit tödlichem Ausgang, sodass über Vorwürfe nicht-letaler Behandlungsfehler in dieser Arbeit keine Aussage getroffen werden kann.

Dargestellt wird das Verhältnis von gerechtfertigten und ungerechtfertigten Vorwürfen. Ein wesentlicher Teil der Analyse befasst sich mit den Motiven und Ursachen, die zu den erhobenen Behandlungsfehlervorwürfen führten. Außerdem erfolgt eine Auswertung in Hinblick darauf, wie die Zahl ungerechtfertigter Behandlungsfehlervorwürfe künftig verringert werden könnte.

3 Material und Methoden

Zunächst wurden im Rahmen einer retrospektiven Querschnittsanalyse alle im Institut für Rechtsmedizin Hamburg archivierten Obduktionsberichte der Jahre 2007 bis 2017 ausgewertet. Dabei wurden mithilfe der elektronischen Suchmaschine FileLocator Lite von Mythssoft jene Dokumente herausgefiltert, die mit Behandlungsfehlern assoziiert sind. Als Markierung dienten die Begriffe „Behandlungsfehler“, „Fehlbehandlung“, „ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung“, „Kunstfehler“, „Pflegerfehler“, „Fehlverhalten“ und „Fahrlässigkeit“.

Alle gefundenen Fälle wurden gelesen, einzelne Fälle wurden ausgeschlossen. Hierbei handelte es sich um Fälle, die aufgrund der teilweise allgemein formulierten Suchbegriffe elektronisch miterfasst wurden, in denen sich allerdings kein Vorwurf gegen Ärzte oder medizinisches Fachpersonal richtete.

Alle relevanten Fälle wurden anschließend nach einem vorher festgelegten Schema, bestehend aus 13 verschiedenen Parametern, untersucht.

Hierzu zählten Basisparameter wie das Datum des Sektionsprotokolls, Alter bei Todeseintritt und Geschlecht. Weiterhin wurden individuelle Merkmale erhoben, wie die Todesursache, der Tatbestand des Vorwurfs, der Vorwurferhebende, der Beschuldigte, die Institution des Beschuldigten, der Patientenwille, die Rolle der Angehörigen und die rechtsmedizinische Beurteilung inklusive der Empfehlung zu weiteren Fachgutachten.

Die Datenerhebung erfolgte anhand einer Microsoft-Excel-Tabelle systematisch und anonym.

Unter Einbeziehung aller erhobenen Daten wurde daraufhin für jeden Parameter ein Kodierungsplan erstellt. Die vorhandenen Freitexteingaben wurden in ein für die Auswertung notwendiges Zahlensystem transferiert.

Die Merkmale, bei denen nur zwei Ausprägungen möglich waren, wurden in ein binäres System übertragen (wie Geschlecht: männlich=1, weiblich=0; Empfehlung zu Fachgutachten: 1=ja, 0=nein). Die ausschließlich aus Zahlen bestehenden Parameter wie Alter und Datum wurden unverändert übernommen. Alle Freitext-Parameter wurden in individuelle Kodierungen umgewandelt. Dazu wurden jeweils Oberkategorien erstellt, die anschließend in etwas feinere Untergruppen aufgeschlüsselt wurden.

Die Unterteilung der **Todesursachen** erfolgte in die folgenden Kategorien:

- Infektiös (Tod durch Infektionserkrankungen)
- Kardiovaskulär (Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- Neoplastisch (Tod durch Krebserkrankungen)
- Neurologisch (Tod durch neurologische Erkrankungen)
- Pulmonal (Tod durch atemungsassoziierte Erkrankungen)
- Abdominell (Tod durch Erkrankungen der inneren Bauchorgane)
- Perinatal (geburtsassoziiertes Tod)
- Durch äußere Einflüsse (Tod durch Suizid oder nicht-suizidale Ereignisse)
- Iatrogen (Tod nach ärztlichem Eingriff oder Medikation)
- Nach Obduktion ungeklärt

Hierbei ist hervorzuheben, dass zwischen einem iatrogenen Tod und einem Behandlungsfehler unterschieden werden muss. So bedeutet eine iatrogene Todesursache nicht, dass ein Behandlungsfehler begangen wurde, sondern dass ein Tod als unmittelbare Folge auf eine ärztliche Aktion eintrat. Im Gegensatz zu einem vermeidbaren Behandlungsfehler, bei dem definitionsgemäß entgegen dem medizinischen Standard gehandelt wurde, lässt sich ein iatrogener Tod auch bei sachgemäßem ärztlichem Handeln nicht zwangsläufig vermeiden.

Jede dieser Kategorien wurde in weitere Untergruppen aufgeteilt, sodass die Todesursachen möglichst genau erfasst werden konnten. Zum Beispiel wurden Tode durch Myokardinfarkte, Aortenaneurysmen und Lungenarterienembolien einzeln erhoben, insgesamt jedoch unter kardiovaskulären Todesursachen zusammengefasst.

Die **Vorwurferhebenden** wurden wie folgt eingeteilt:

- Ermittlungsbehörden

Dazu kommt es in der Regel dann, wenn der leichenschauende Arzt auf der Todesbescheinigung eine „nicht-natürliche“ oder „ungeklärte“ Todesart angibt und sich bei der nachfolgenden behördlichen Prüfung des Sachverhalts ein Hinweis auf einen Behandlungsfehlervorwurf ergibt.

Diese Behörden umfassten sowohl die Staatsanwaltschaft als auch die Kriminalpolizei. Aufgrund der engen Zusammenarbeit dieser beiden

Institutionen wird nachfolgend zusammenfassend der Begriff

„Ermittlungsbehörden“ verwendet.

Gesondert gingen hier Ärzte als Ermittler in die Analyse ein, also die die Leichenschau durchführenden Ärzte. Das waren in den meisten Fällen Rechtsmediziner, die im Rahmen der zweiten ärztlichen Leichenschau den letzten Blick auf Verstorbene vor der Kremierung richten.

- Angehörige

Jeder benannte Angehörige, von dem ein Vorwurf ausging, wurde mit seinem jeweiligen Verhältnis zum Verstorbenen angegeben.

Falls der erhebende Angehörige nicht näher benannt wurde oder der Vorwurf von mehreren Angehörigen ausging, erfolgte eine Klassifizierung als „Angehörige“.

- Andere Beteiligte

Als andere Beteiligte galten alle behandelnden Ärzte und Pfleger, nicht-behandelnde ärztliche Kollegen, Ärzte des Gesundheitsamtes, Betreuer, Bestatter und Vorwürfe in Form von anonymen Hinweisen.

Auch der Tatbestand des geäußerten **Vorwurfs** wurde für die Auswertung in ein Wertesystem umgewandelt. Zur Orientierung diente dabei eine vorangegangene Untersuchung (Preuß, Dettmeyer et al. 2006).

Hierfür wurde schließlich die folgende Einteilung genutzt:

- Vorwurf des **Unterlassens**

Dazu zählte jede Form des Unterlassens ärztlich gebotener Reaktionen.

Ausnahmen stellten eine unterlassene Reanimation oder ein unterlassener oder verzögerter Notruf dar, die hier als Pflegefehler zählten sowie eine unterlassene Aufklärung, die gesondert gesammelt wurden.

Weiter unterteilt wurde dieses in Unterlassen (keine Handlung wurde vorgenommen), vorübergehendes Unterlassen (eine Handlung erfolgte zu spät) und partielles Unterlassen (eine Handlung erfolgte unzureichend).

- Vorwurf eines **fehlerhaften ärztlichen Eingriffs**

Unter ärztlichen Eingriffen wurde jede Handlung im Sinne einer ärztlichen Intervention eingeschlossen, also nicht nur Operationen, sondern auch Katheterinterventionen, Injektionen und Blutentnahmen.

Eine Einteilung erfolgte in Komplikationen während und nach dem Eingriff sowie weiterhin, falls angegeben, die Art der Komplikation.

- Vorwurf eines **Diagnose- oder Therapiefehlers**

Diagnosefehler fassten sowohl Befunderhebungs-, als auch Befundinterpretationsfehler zusammen. Auch das Nicht-Erkennen einer Diagnose zählte als Diagnosefehler.

Therapiefehler waren falsche oder inadäquate Therapien

Weiter umfassten diese auch fehlerhafte Indikationsstellungen, Medikationsfehler, zu frühe Entlassungen oder Verlegungen und eine Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes.

- Vorwurf eines **Pflegefehlers**, inklusive Vorwürfe an Beschäftigte im Rettungsdienst

Ein Pflegefehler schloss jede Form einer inadäquaten pflegerischen Handlung ein, wie zum Beispiel Lagerungsfehler, eine unzureichende Wundversorgung oder eine unzureichende Überwachung.

Zusätzlich gingen hier Vorwürfe an nicht-ärztliche Beschäftigte des Rettungsdienstes ein, zum Beispiel bei Transportverweigerung oder unterlassener Reanimation durch Rettungsassistenten.

- Vorwurf einer **unzureichenden Hygiene**

Eine unzureichende Hygiene entsprach einer unzureichenden Desinfektion von Medizinprodukten, einer nosokomialen Infektion eines Patienten oder allgemeinen hygienischen Mängeln.

- Vorwurf einer **mangelhaften Kommunikation**

Hierzu zählten eine mangelhafte Kommunikation und Information der Angehörigen sowie unter ärztlichen Kollegen und Pflegern, die Unerreichbarkeit der Ärzte für die Angehörigen und die Verheimlichung bzw. Vertuschung von Patienteninformationen und Komplikationen.

- Vorwurf der fehlerhaften oder unterlassenen **Aufklärung** oder **Einwilligung**

In dieser Kategorie wurden eine inadäquate Aufklärung des Patienten, eine Behandlung wider Patientenwillen und eine Behandlung ohne Einwilligung der Angehörigen zusammengefasst.

- **Nicht näher konkretisierter** Vorwurf

Als nicht näher konkretisierte Vorwürfe galten solche, die einen „plötzlichen“ oder „unerwarteten“ Tod im Krankenhaus, die Neuentwicklung einer tödlichen

Erkrankung im Krankenhaus oder lediglich den unspezifischen Vorwurf der Falschbehandlung beinhalteten.

Außerdem wurden hierzu auch Fälle gezählt, in denen der Tod im Rahmen einer Unterbringung in einer staatlichen Einrichtung eingetreten war, also zum Beispiel in einer Strafvollzugsanstalt oder einer geschlossenen forensisch-psychiatrischen Station. In diesen Fällen ist eine gerichtliche Obduktion zur Klärung der Vermeidbarkeit des Todes regelhaft vorgesehen (Püschel, Bajanowski et al. 2015).

Mehrfache Vorwürfe wurden entsprechend erhoben und jeweils in genannter Reihenfolge aufgenommen. Dabei entsprach die Position des geäußerten Vorwurfs in der Untersuchung dem Messpunkt, sodass Messpunkt eins den jeweils erstgenannten Vorwurf angibt.

Als **Beschuldigte** galten Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie jegliches beschuldigtes medizinisches Fachpersonal. Ferner wurde auch die **Institution** des jeweiligen Beschuldigten mit erhoben (vor allem stationärer ärztlicher Bereich, ambulanter ärztlicher Bereich, stationäre Pflege, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst). Wurde der Vorwurf nicht an ein bestimmtes ärztliches oder pflegerisches Personal gerichtet, wurden diese als ‚nicht näher bezeichnet‘ dokumentiert. Unter ‚Andere Arztgruppen‘ wurden Ärzte zusammengefasst, die keinem regulären ambulanten oder stationären Fachbereich zuzuordnen sind. Dazu zählten Amtsärzte, Heimärzte, Ärzte der Strafvollzugsanstalten, Truppenärzte der Bundeswehr, Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen und im Ausland tätige Ärzte.

Unter „**Patientenwille**“ wurde erfasst, ob die Verstorbenen vor oder während des Sterbeprozesses selbst Angaben zu ihrer Situation oder dem weiteren Verlauf gemacht haben. Die Äußerungen konnten schriftlich (zum Beispiel in Form einer Patientenverfügung), verbal oder nonverbal sein und wurden folgendermaßen eingeteilt:

- Keine Patientenverfügung vorliegend, kein Patientenwille bekannt
- Keine Patientenverfügung vorliegend, Patientenwille bekannt
 - o Ablehnung von Flüssigkeit, Nahrung oder lebensnotwendigen Medikamenten durch Patienten
 - o Ablehnung der empfohlenen Diagnostik oder Therapie durch Patienten

- Ablehnung eines Krankenhausaufenthalts / Entlassung gegen ärztlichen Rat durch Patienten
- Patientenverfügung mit dem Wunsch eingeschränkter ärztlicher Maßnahmen vorliegend
- Entscheidung der Angehörigen gegen weitere therapeutische Maßnahmen im mutmaßlichen Patientenwillen.

Die **Rolle der Angehörigen** wurde in dieser Einteilung erfasst:

- Keine Angehörigen bekannt / keine Äußerung der Angehörigen bekannt
- Kein Vorwurf
 - Im Gespräch mit Polizeibeamten wurde ein Vorwurf auf Nachfrage durch die Angehörigen ausdrücklich verneint.
- Expliziter Vorwurf
 - Ein deutlich als solcher geäußelter Vorwurf wurde erhoben.
- Indirekter Vorwurf
 - Äußerungen der Angehörigen, die eine Unzufriedenheit über den Verlauf der Behandlung, ein „schlechtes Gefühl“, ein Unverständnis oder einen angeblich durch andere Personen (wie zum Beispiel mitbehandelnde Ärzte oder Pfleger) geäußerten Vorwurf, beinhalteten und somit einen durch die Polizeibeamten erhobenen Vorwurf bewirkten.
- Vorwurf trotz gleichzeitiger Ablehnung empfohlener Therapien
 - Es wurde ein Behandlungsfehlervorwurf durch Angehörige erhoben, während gleichzeitig ärztlich empfohlene Maßnahmen durch die Angehörigen abgelehnt wurden.
- Angehörige uneinig
 - Verschiedene Angehörige waren unterschiedlicher Meinung über das Erheben eines Vorwurfs, beispielsweise Mutter und Vater oder Geschwister untereinander.

Letztlich wurde die abschließende **rechtsmedizinische Beurteilung** erhoben.

Wird von den Ermittlungsbehörden ein rechtsmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben, erfolgt durch den Rechtsmediziner auf Basis der Obduktion sowie unter Berücksichtigung der betreffenden Leitlinien die Erstellung eines Berichts, in dem der Todesfall aus medizinischer Sicht bewertet wird. Diese rechtsmedizinische Beurteilung

dient den Ermittlungsbehörden dann unter anderem als Entscheidungsgrundlage für oder gegen die Weiterführung oder Einstellung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens (Klusen und Püschel 2019). Eine vor allem bei nicht-letalen Behandlungsfehlern, insbesondere in Hinblick auf mögliche Schadensersatzforderungen relevante zivilrechtliche Auseinandersetzung, ist davon gesondert zu behandeln. Sollten sich bei der Obduktion Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler ergeben, hat der Gutachter zunächst einen im Sinne des „conditio sine qua non“-Grundsatzes vorliegenden Kausalzusammenhang nachzuweisen (Neureiter, Pietrusky et al. 2013). Es muss also belegt werden, dass der Tod nicht eingetreten wäre, wenn die Handlung nicht vorgenommen worden wäre (Klusen und Püschel 2019). Darüber hinaus muss bei Weiterführung des Verfahrens geprüft werden, ob dieser Kausalzusammenhang mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit vorliegt (Neureiter, Pietrusky et al. 2013). Dieser für eine Verurteilung anzuwendende, strenge Maßstab ergibt sich – jedenfalls auch – aus einem Umkehrschluss zu dem aus Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) hergeleiteten Grundsatz „in dubio pro reo“, im Zweifel für den Angeklagten (Klusen und Püschel 2019) (Art. 6 Abs. 2 EMRK). Aus diesen Überlegungen ergab sich eine Einteilung der rechtsmedizinischen Beurteilung in die folgenden vier Kategorien:

- Ein Fehler wurde **ausgeschlossen**, wenn kein Anhalt für ein fehlerhaftes Handeln oder Unterlassen vorlag.
- Als **unwahrscheinlich** galt ein Fehler, wenn ein anderes Handeln nicht mit der forensisch gebotenen Sicherheit einen anderen Ausgang im Sinne eines signifikant längeren Überlebens zur Folge gehabt hätte. Das war zum Beispiel dann der Fall, wenn Patienten multimorbide waren oder an Krankheiten litten, die auch bei korrekter Therapie eine sehr schlechte Überlebenschance gehabt hätten (Ramsthaler und Schmidt 2013). Der Tod hätte somit zu jeder Zeit eintreten oder zumindest nicht mehr verhindert werden können.
- **Möglich** war ein Fehler, wenn nach der Obduktion das Vorliegen eines mit dem Tod kausal zusammenhängenden Behandlungsfehlers weder bestätigt noch ausgeschlossen werden konnte, zum Beispiel weil allein durch die Obduktion keine Aussage zum klinischen Verlauf oder chronologischem Ablauf bestimmter Handlungen getroffen werden konnte. Gegebenenfalls war hierfür die Einsicht in die Krankenakte oder andere relevante Befunde notwendig, die dem Gutachter nicht vorlagen.

- Als **wahrscheinlich** wurde ein Fehler beurteilt, wenn nach der Obduktion tatsächlich Hinweise auf einen mit dem Tod in kausalem Zusammenhang stehenden Behandlungsfehler vorlagen.

Stehen nach Abschluss des Gutachtens noch ungeklärte Fragen im Raum, wird ein zusätzliches Fachgutachten in Auftrag gegeben. Die Empfehlung zu einem solchen weiteren Gutachten wird durch die Rechtsmediziner formuliert und wurde in dieser Untersuchung ebenfalls erhoben.

Hierbei gilt es zu bedenken, dass das rechtsmedizinische Gutachten den Endpunkt der hier vorgenommenen Untersuchung darstellt. Da die konkrete weitere Entwicklung der einzelnen Fälle nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, kann weder über zusätzliche Fachgutachten noch über den juristischen Ausgang eine Aussage getroffen werden. Anhand der Ergebnisse vorheriger Untersuchungen lässt sich jedoch feststellen, dass in der überwiegenden Anzahl der Fälle keine strafrechtliche Anklage erhoben wird und nur in Einzelfällen Verurteilungen erfolgen (Püschel 2007, Scherenberg 2007, Büter 2010).

Aus allen erhobenen und kodierten Daten ergab sich ein Datensatz, der mit der Statistik- und Analysesoftware Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) von IBM ausgewertet wurde. Verwendet wurden vor allem deskriptive Statistiken und Grafiken. Für die Auswertung der mehrfachen Vorwürfe wurde eine Änderung des Datensatzes in ein Wide-to-Long-Format vorgenommen. Hiernach ergab sich für jeden geäußerten Vorwurf ein eigener Messpunkt.

4 Ergebnisse

4.1 Zeitlicher Verlauf

Das Gesamtabduktionsgut am Institut für Rechtsmedizin Hamburg umfasste 14.289 Obduktionen in den Jahren 2007 bis 2017. Mit einer maximalen Schwankungsbreite von 338 Obduktionen bewegten sich die Fallzahlen im Mittel um 1.299 pro Jahr. Die in Hinblick auf Behandlungsfehlervorwürfe durchgeführten Obduktionen machten davon mit 1071 Fällen insgesamt 7,49% aus. Im Gesamtverlauf der Jahre zeigte sich von 2007 bis 2016 ein stetiger Anstieg dieser Fälle. Während im Jahr 2007 insgesamt 41 Obduktionen aufgrund von Behandlungsfehlervorwürfen durchgeführt wurden, waren dies 2016 bereits 210 Fälle. Das entspricht einer Steigerung von 3,32% auf 14,16% der Gesamtabduktionen in diesen Jahren. 2017 kam es mit 168 Fällen (11,84%) zu einem leichten Rückgang der Fallzahlen.

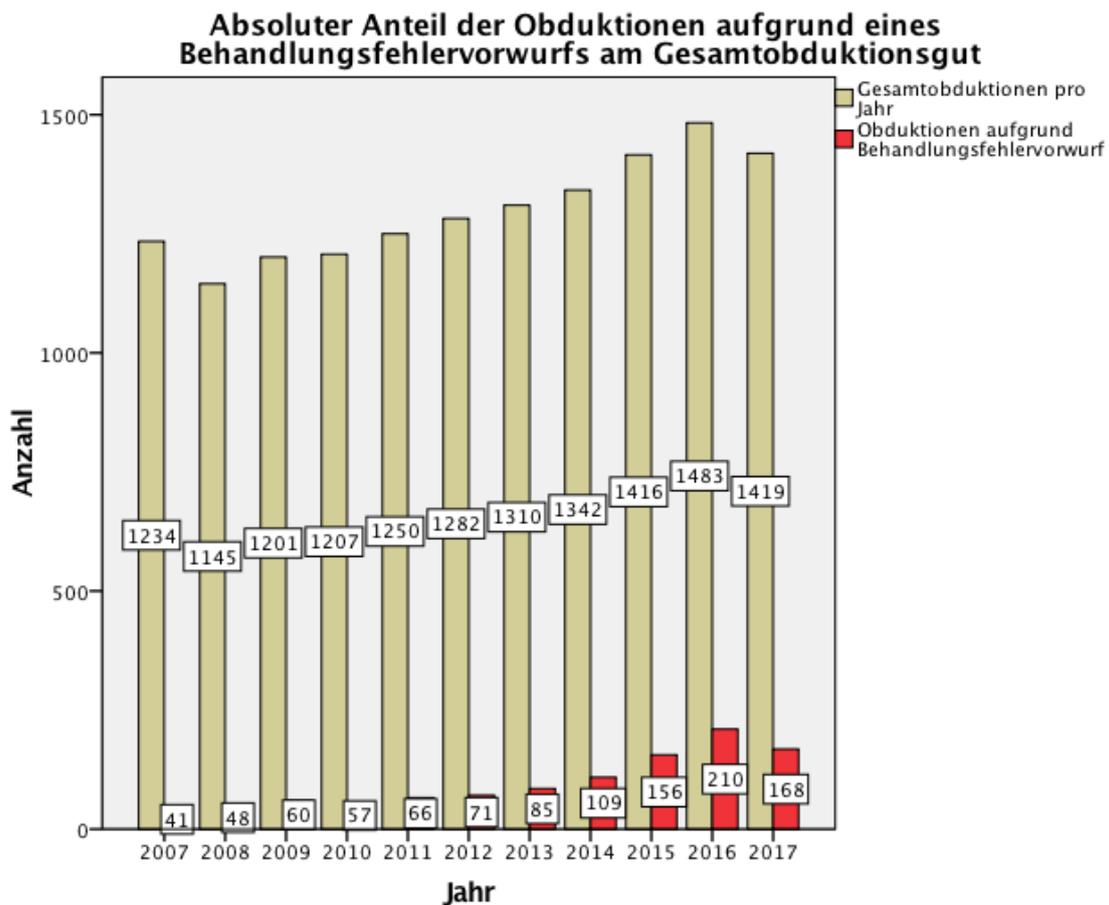


Abbildung 1: Absoluter Anteil der Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs am Gesamtabduktionsgut

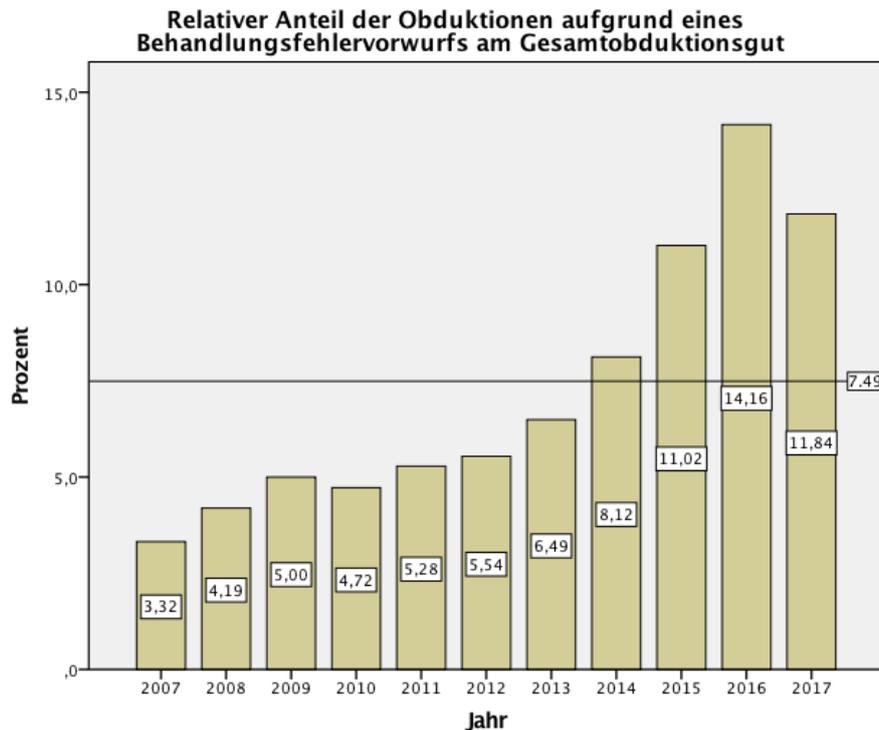


Abbildung 2: Relativer Anteil der Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs am Gesamtoobduktionsgut

Bei der Verteilung der Vorwürfe über die Monate hinweg ließen sich keine relevanten Unterschiede finden.

4.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

Das durchschnittliche Sterbealter der Verstorbenen betrug 69,06 Jahre mit einer Standardabweichung von 18,51 Jahren. Die jüngsten Verstorbenen waren Neugeborene, die älteste Verstorbene 101 Jahre alt. Männliche Verstorbenen kamen mit 553 Fällen (51,6%) häufiger vor als weibliche, diese machten mit 518 Fällen 48,4% aus. Geschlechterspezifisch variierte das durchschnittliche Sterbealter zwischen 66,02 Jahren bei Männern und 72,29 Jahren bei Frauen.

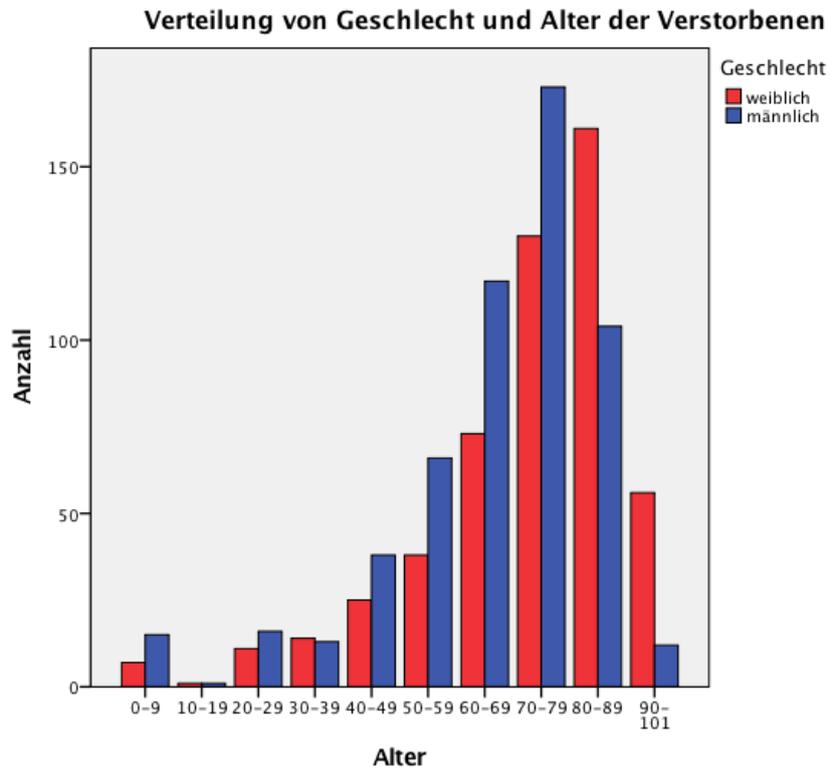


Abbildung 3: Verteilung von Geschlecht und Alter der Verstorbenen

Im Verlauf der Jahre ließ sich keine relevante Änderung des durchschnittlichen Sterbealters beobachten.

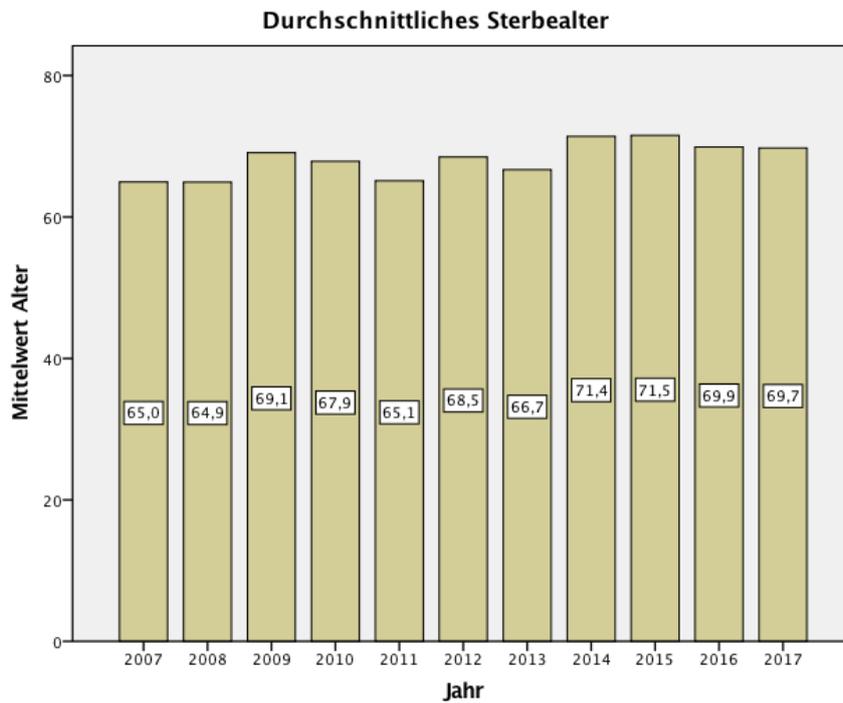


Abbildung 4: Durchschnittliches Sterbealter

4.3 Todesursachen

Mit über 46% bildeten kardiovaskuläre Erkrankungen die häufigste Todesursache (n=496). In 17,5% der Fälle (n=187) starben die Patienten an Infektionen, in 11,5% waren pulmonale Ursachen vorliegend (n=123). Etwa 7% der Todesfälle (n=76) ließen sich auf iatrogene Auslöser zurückführen. Seltener waren abdominelle Ursachen (n=53), neurologische Erkrankungen (n=40) und Tode durch äußere Einflüsse (n=46). 11 Patienten starben an perinatalen, 10 Patienten an neoplastischen Ursachen. In 2,7% der Fälle (n=29) ließ sich die Todesursache auch nach der Obduktion nicht ermitteln.

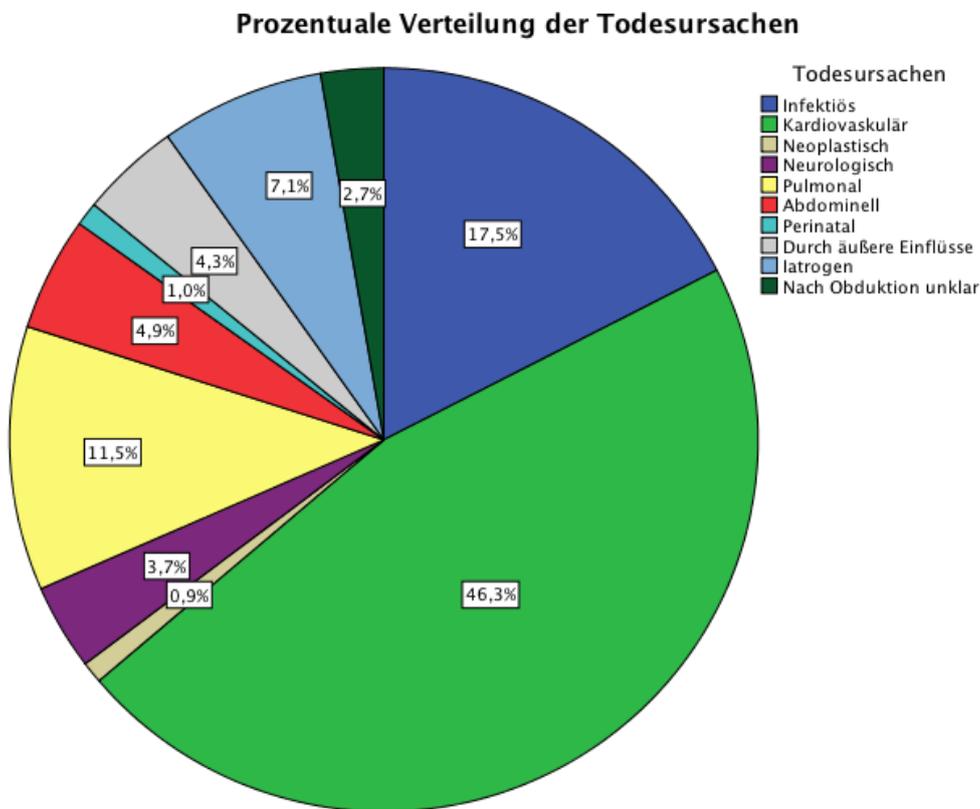


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Todesursachen

4.3.1 Kardiovaskuläre Todesursachen

Mit 32,3% war der Myokardinfarkt die häufigste kardiovaskuläre Todesursache. 22,6% machte die akut dekompensierte Herzinsuffizienz aus. Eine Lungenarterienembolie (LAE) sowie eine akut dekompensierte Herzinsuffizienz im Rahmen einer pulmonalen Erkrankung führten jeweils in etwa 12% der kardiovaskulären Ursachen zum Tode.

Seltener waren Herzrhythmusstörungen, ein Volumenmangelschock aus innerer Ursache, ein rupturiertes Aortenaneurysma oder eine Aortendissektion, infektiöse Herzerkrankungen, eine Herzbeutelamponade, ein Mesenterialinfarkt, eine kardiorespiratorische Insuffizienz, ein Myokardinfarkt bei Sepsis und ein kardiogener Schock.

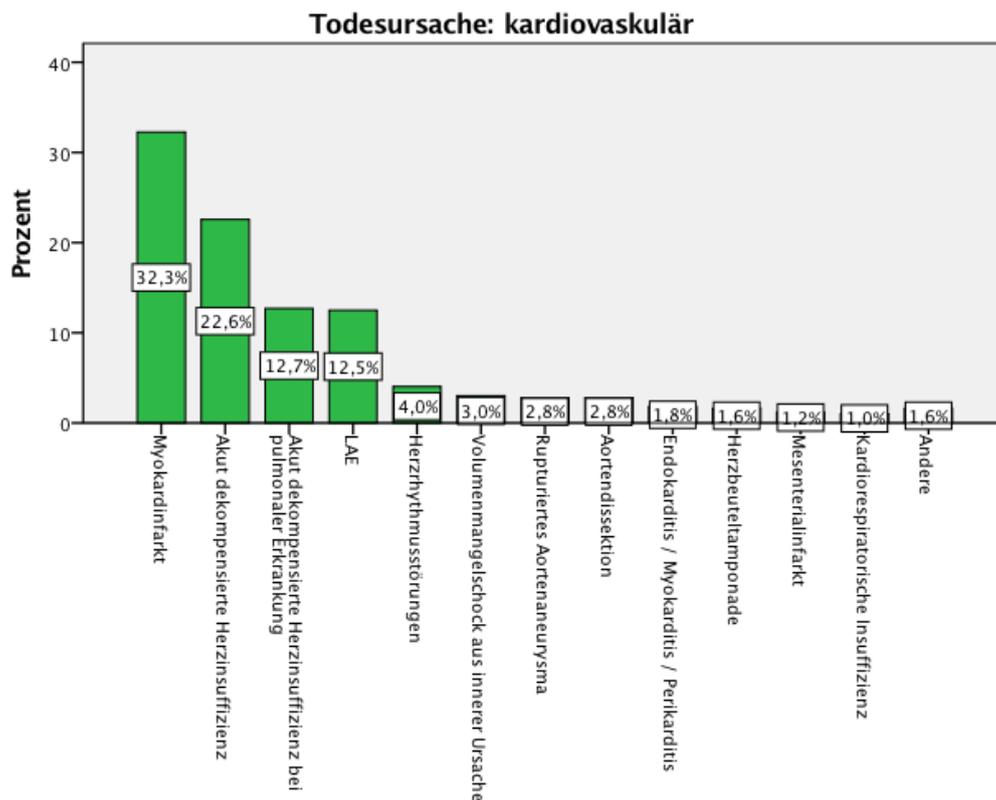


Abbildung 6: Kardiovaskuläre Todesursachen

4.3.2 Infektiöse Todesursachen

Im Rahmen einer infektiösen Todesursache verstarben 32,6% Patienten an einem septischen Multiorganversagen. Darauf folgten die pneumogene und die abdominelle Sepsis (n=26) sowie die Sepsis mit multiplen Foci. In etwa 5% war die Todesursache ein septisch-tumortoxisches Multiorganversagen. In unter 5% der infektiösen Todesfälle verursachten ein septischer Schock, eine Urosepsis oder eine Sepsis bei Weichteilinfektion, Meningitis, Endokarditis oder bei unklarem Fokus den Tod.

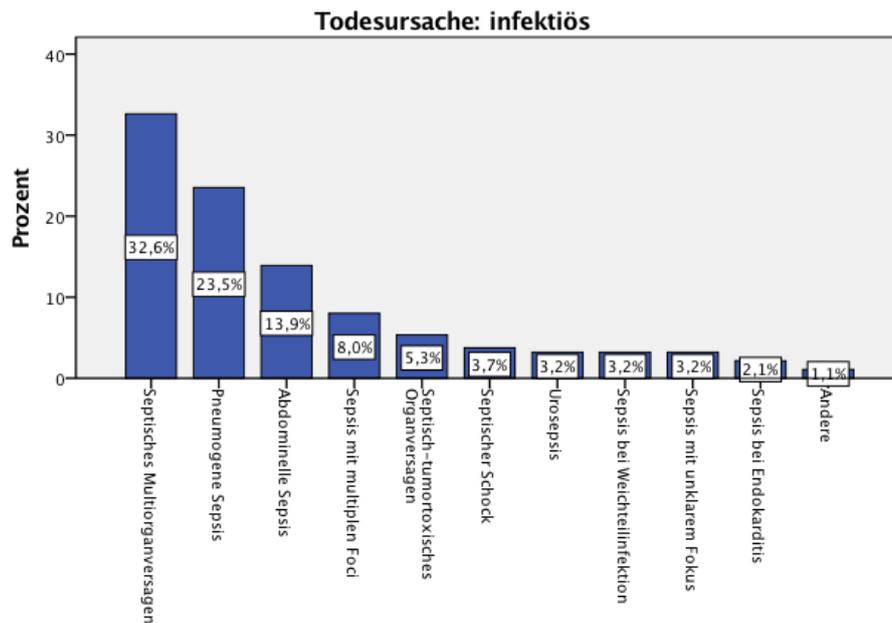


Abbildung 7: Infektiöse Todesursachen

4.3.3 Pulmonale Todesursachen

Etwa 43% der pulmonalen Todesursachen machten Pneumonien aus, weitere 6,5% waren Aspirationspneumonien. In 15,4% der Fälle starben Patienten an einem Atemversagen, zumeist infolge einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder eines Lungenemphysems. Etwa 11% der pulmonalen Tode wurde durch Pneumonien auf dem Boden einer bestehenden kardialen Erkrankung verursacht. Zu je 5% der pulmonalen Sterbefälle führten eine Bronchitis, eine Blutaspilation, eine Pneumonie bei bestehendem Hirnschaden und ein akutes Atemnotssyndrom (ARDS). Außerdem kam es zu Todesfällen durch Pneumonien bei Tumorerkrankung oder in Verbindung mit einer urogenitalen Infektion.

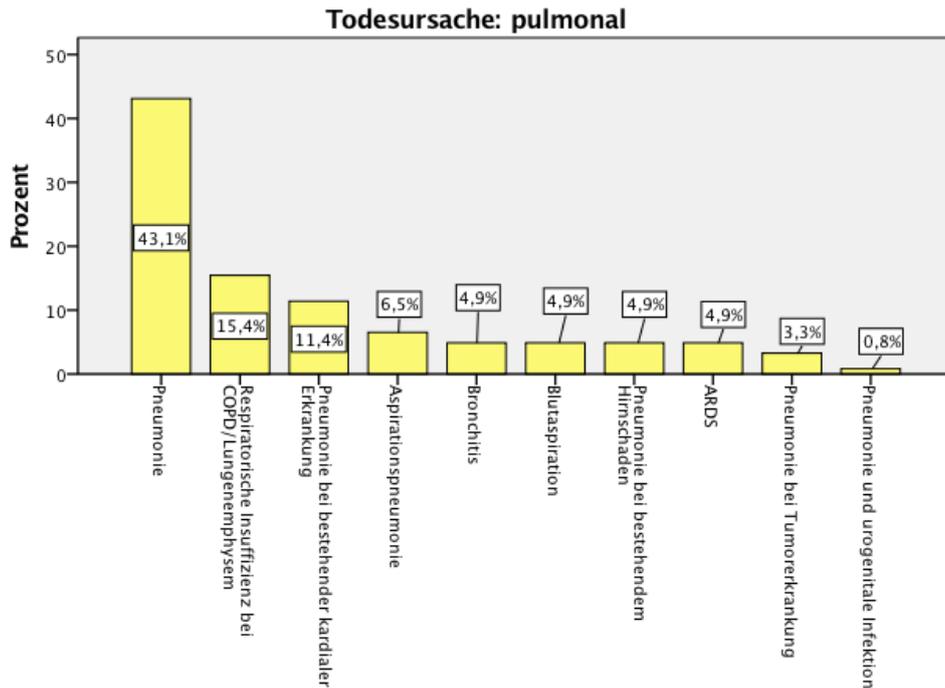


Abbildung 8: Pulmonale Todesursachen

4.3.4 Iatrogene Todesursachen

Im Rahmen iatrogenener Todesursachen verstarben 30,3% Patienten an einem Volumenmangelschock sowie einer Sepsis bzw. einem septischen Schock nach ärztlichem Eingriff. Mit je etwa 9% waren die nächsthäufigsten Ursachen eine Pneumonie bzw. Aspirationspneumonie sowie ein (hypoxischer) Hirnschaden nach ärztlichem Eingriff. Etwas weniger als 8% der iatrogenen Todesursachen entfielen auf eine Lungenarterien- oder Luftembolie sowie eine dekompensierte Herzinsuffizienz nach ärztlichem Eingriff. Blutungen durch Gefäßverletzungen nach ärztlichem Eingriff machten etwa 6% aus. In 2,6% war ein Hirntod nach Reanimation die Todesursache. In 1,3% kam es zu Herzrhythmusstörungen nach Verabreichung von Medikamenten.

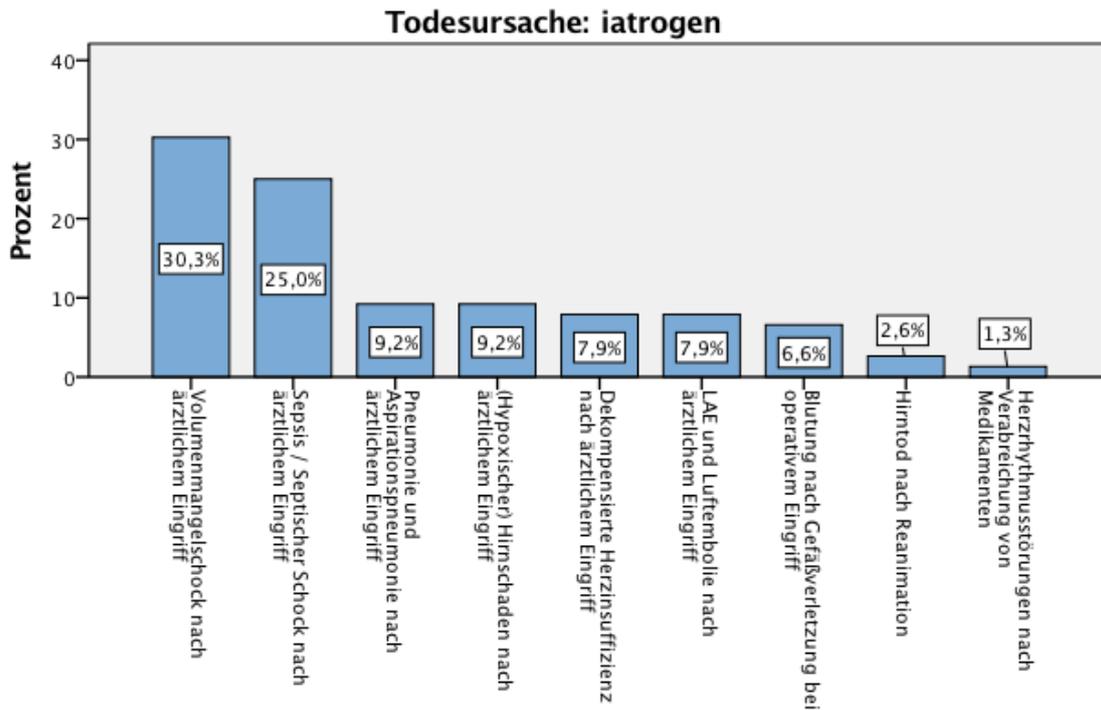


Abbildung 9: Iatrogene Todesursachen

4.3.5 Abdominelle Todesursachen

Mit 26,4% waren die häufigsten abdominalen Todesursachen ein Ileus bzw. eine Inkarzeration des Darms. Mit je einem knappen Fünftel folgten darauf Todesfälle aufgrund einer Hohlorgan- bzw. Ulkusperforation sowie einem hepatischem Multiorganversagen. 15% der abdominalen Todesursachen wurde durch akute oder chronische gastrointestinale Blutungen (GI-Blutung) verursacht. In 9,4% verstarben Patienten an einem alkohol- (C2-) oder drogenbedingten Leberversagen, in 7,5% an einer Enterokolitis bzw. pseudomembranöser Kolitis sowie in 3,8% an einer Peritonitis.

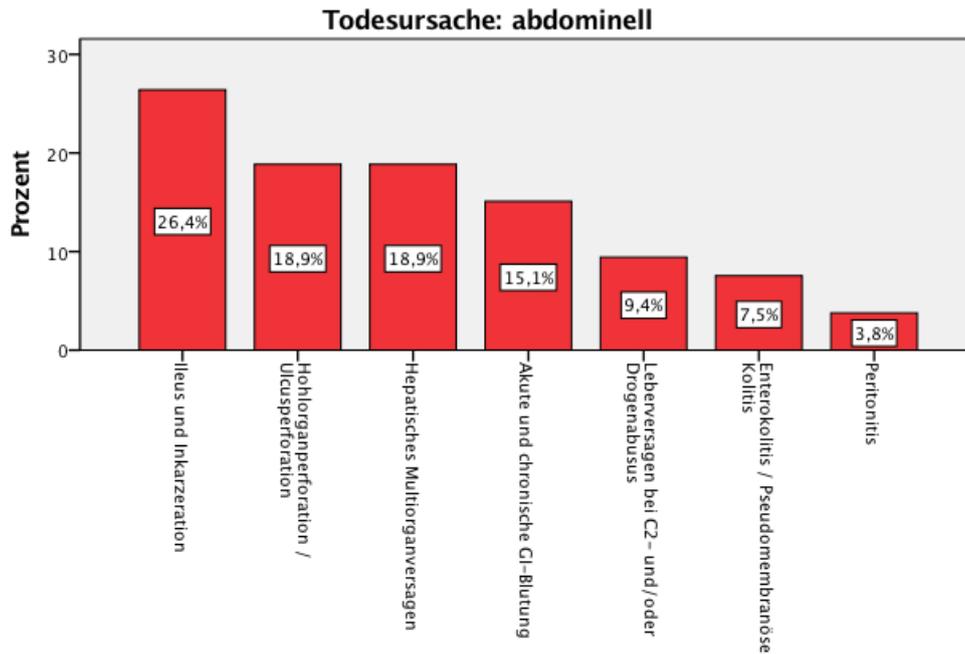


Abbildung 10: Abdominelle Todesursachen

4.3.6 Tod durch äußere Einflüsse

37% der Patienten, die durch äußere Einflüsse starben, erlitten ein nicht-suizidales Ersticken. Gründe hierfür waren beispielsweise eine Tubusfehlage oder eine Aspiration des Mageninhalts. Knapp ein Viertel der Todesfälle durch äußere Einflüsse waren suizidale Ereignisse. Je 13% wurden durch eine Intoxikation und ein Polytrauma ohne suizidale Absicht verursacht. In 10,9% der Fälle kam es zu einem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) bzw. einer intracerebralen Blutung (ICB) nach Sturz, in 2,2% zu einer Fettembolie nach einer Fraktur.

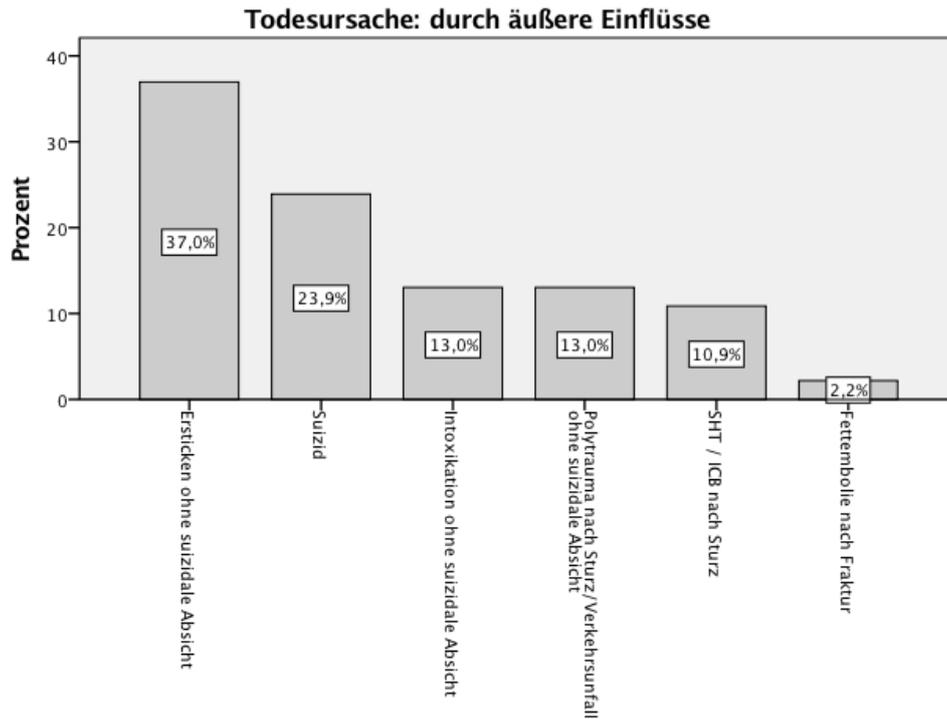


Abbildung 11: Todesfälle durch äußere Einflüsse

4.3.7 Neurologische Todesursachen

Mit 40% waren die häufigsten neurologischen Todesursachen Hirnblutungen (Subarachnoidalblutungen [SAB], Subduralhämatome [SDH], intracerebrale Blutungen [ICB]). Knapp ein Viertel der neurologischen Todesfälle wurden durch ein Hirnödem verursacht, meist infolge einer Hirnblutung, eines Hirntumors oder einer Meningitis. In 15% der Fälle führte ein hypoxischer Hirnschaden zum Tod. Ein Schlaganfall sowie ein Hirnstamminfarkt waren je 7,5% der zum Tode führenden neurologischen Erkrankungen. In 5% verstarben Patienten an einem Krampfanfall, in 2,5% am Hirntod.

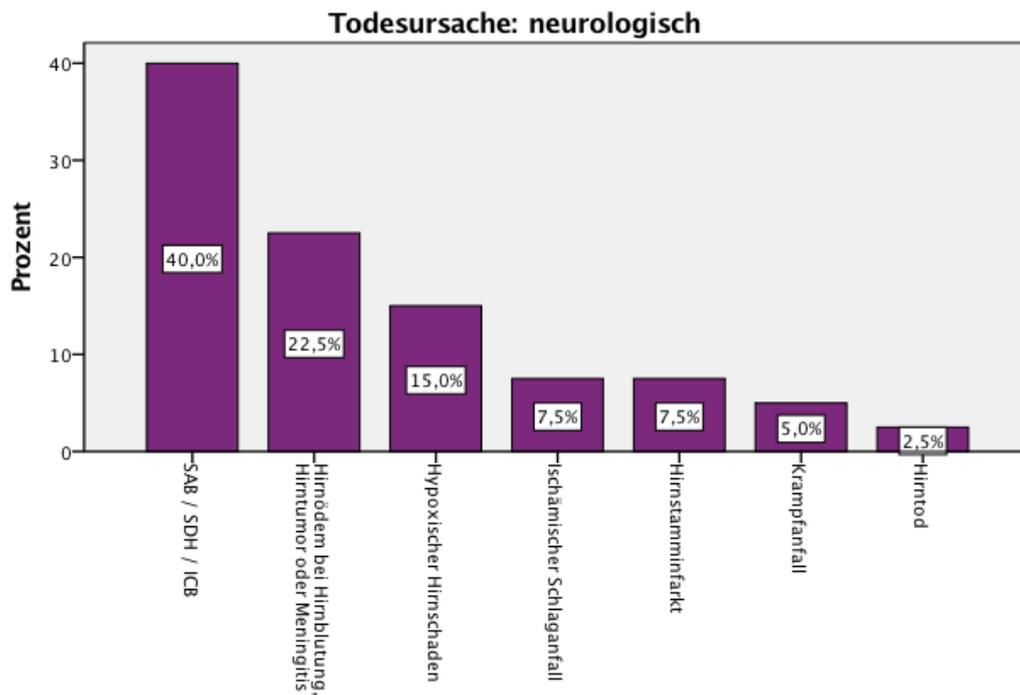


Abbildung 12: Neurologische Todesursachen

4.3.8 Perinatale Todesursachen

Mit 36,4% war die häufigste perinatale Todesursache ein akutes Herzversagen bei einem angeborenem Herzfehler. Mehr als ein Viertel der Patienten starben außerdem an einem frühgeburtlichen Multiorganversagen. In je 9,1% der perinatalen Todesursachen lagen Pneumonien bei frühgeburtlicher Lungenunreife, Asphyxie unter Geburt, intrauterine Fruchttode bei vorzeitiger Plazentalösung sowie nicht näher konkretisierte Tode unter oder nach der Geburt zugrunde.

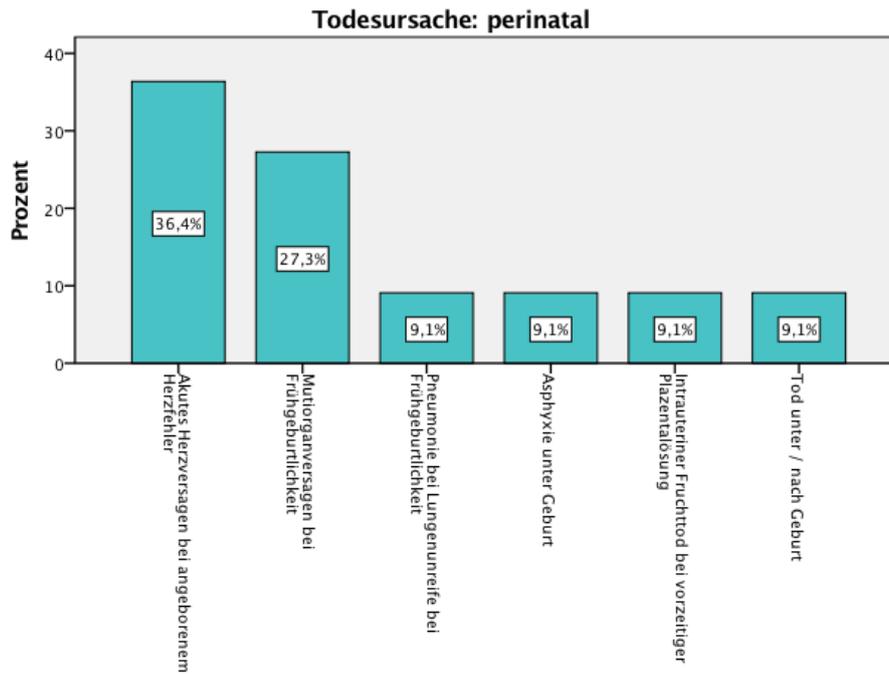


Abbildung 13: Perinatale Todesursachen

4.4 Vorwurferheber

Insgesamt gingen mit 58,7% die Mehrzahl der Vorwürfe von den Ermittlungsbehörden aus (n=631). 37,4% der Vorwürfe (n=398) wurden von Angehörigen erhoben. Alle anderen Vorwurferheber machten insgesamt 3,9% der Fälle aus (n=42). Dabei sind im Verlauf der Jahre sowohl die Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden als auch die durch Angehörige relevant gestiegen (vgl. Abb. 14).

Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden nahmen in den Jahren von 2008 bis 2014 leicht aber stetig zu. Anschließend lässt sich eine deutliche Steigerung dieser Fälle mit einer Verdopplung der Vorwürfe ab 2015 beobachten.

Vorwürfe durch Angehörige unterlagen einer größeren Schwankung. Nach einem kurzen Anstieg von 2007 bis 2009 fielen diese Fälle bis 2011 wieder auf eine dem Ausgangswert ähnliche Zahl ab. Ab 2012 lässt sich allerdings auch hier mit einer Verdopplung der Fälle in 2014 eine relevante Zunahme erkennen.

Die von anderen Beteiligten geäußerten Vorwürfe zeigten bis auf ein Maximum 2017 keine bedeutende Dynamik.

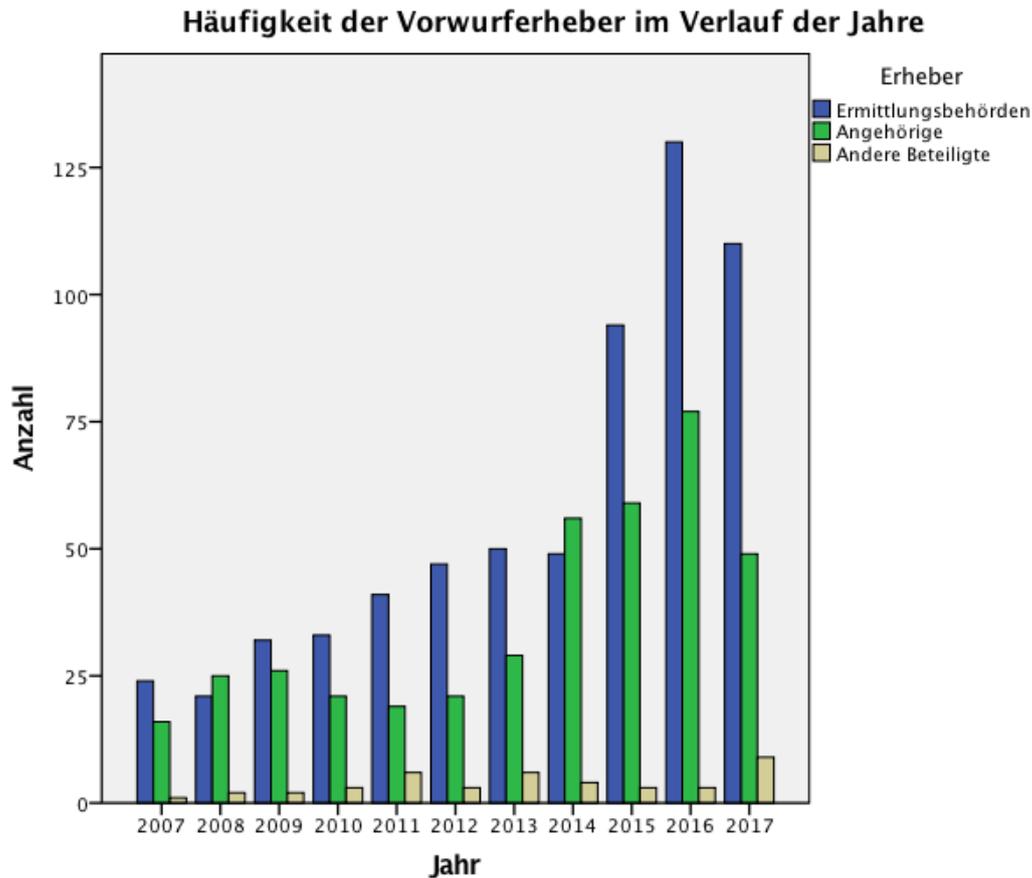


Abbildung 14: Häufigkeit der Vorwurferheber im Verlauf der Jahre

Leichenschauer als „ärztliche Ermittler“ brachten insgesamt 5,8% der Vorwürfe in Gang (n=62). Am Anteil der Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden machte das 9,8% aus.

Bei den Vorwürfen durch Angehörige stammten die meisten Vorwürfe von Söhnen (21,9%, n=87) und Töchtern (17,6%, n=70) der Verstorbenen. Dritthäufigster Ausgangspunkt des Vorwurfs durch Angehörige waren nicht näher bezeichnete Verwandte oder eine Gruppe von Angehörigen, wie zum Beispiel mehrere Kinder von Verstorbenen (n=69). Anschließend folgten Ehepartner, wobei die Ehefrauen der Verstorbenen mit 15,1% (n=60) fast doppelt so häufig Vorwürfe erhoben wie die Ehemänner (8,8%, n=35). Je 2% der Fälle (n=8) gingen von Brüdern, Schwestern, Müttern und Lebensgefährtinnen aus. Seltener kamen Vorwürfe von Vätern, beiden Eltern gemeinsam, Nichten, Neffen, Enkelkindern, Lebensgefährten, Schwiegersöhnen und -töchtern, Stiefkindern, Schwagern und Schwägerinnen sowie von den Patienten selbst.

Dabei erhoben sowohl Söhne als auch Töchter häufiger Vorwürfe bei weiblichen Verstorbenen, während nicht näher konkretisierte Angehörige häufiger Vorwürfe bei männlichen Verstorbenen entwickelten.

Vorwürfe von Ehefrauen und Lebensgefährtinnen kamen ausschließlich bei männlichen Verstorbenen vor, entsprechend die Vorwürfe von Ehemännern und Lebensgefährten nur bei weiblichen Verstorbenen. Von beiden Eltern gemeinsam sowie von Mutter und Vater allein stammten jeweils häufiger Vorwürfe bei männlichen Verstorbenen.

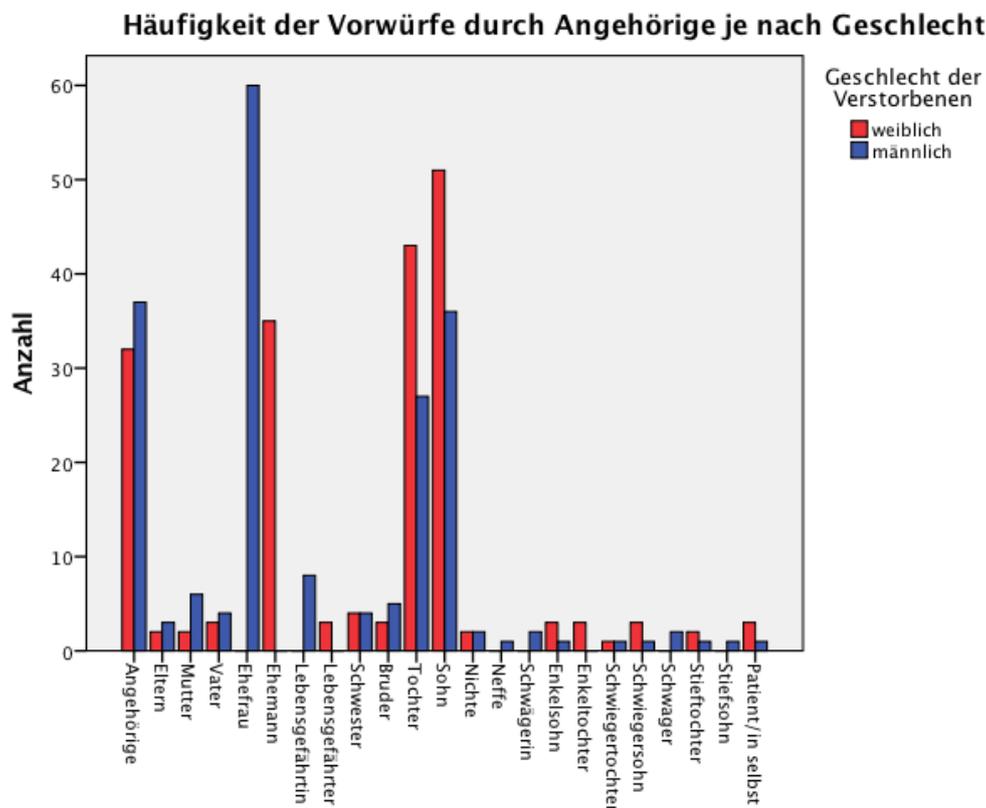


Abbildung 15: Häufigkeit der Vorwürfe durch Angehörige je nach Geschlecht

Bei den Vorwürfen durch andere Beteiligte gingen fast die Hälfte der Vorwürfe von ärztlichen Kollegen aus (n=80). Dazu zählten alle einen Vorwurf erhebenden Ärzte, die nicht an der Behandlung des jeweiligen Patienten beteiligt waren. Je etwa 15% der Vorwürfe (n=24) durch andere Beteiligte gingen von behandelnden Ärzten im Sinne einer Selbstanzeige sowie von den Betreuern der Verstorbenen aus. Seltener wurden Vorwürfe durch ein beteiligtes Gesundheitsamt erhoben. Anderenfalls ergaben sich die Vorwürfe durch anonyme Hinweise, zum Beispiel aus dem Rettungsdienst, der Pflege oder durch Bestatter.

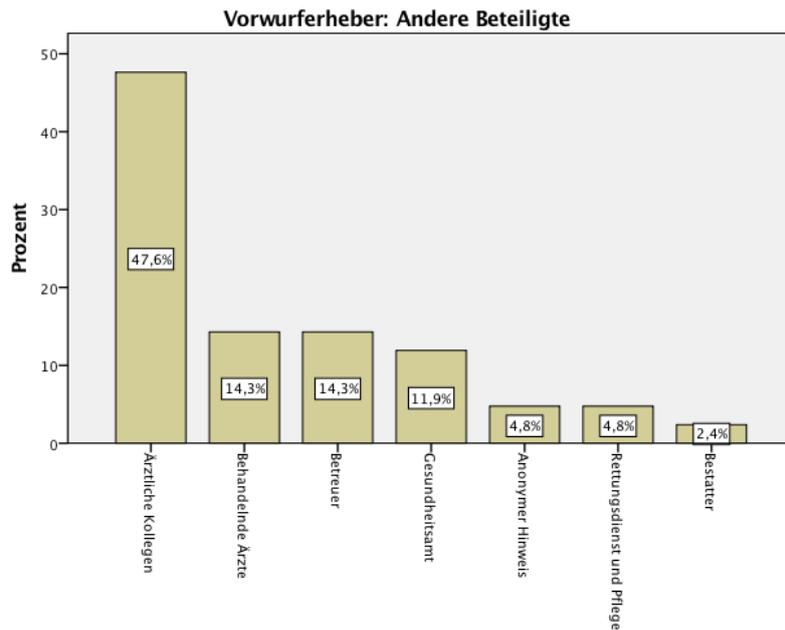


Abbildung 16: Relative Häufigkeit der Vorwürfe durch andere Beteiligte

4.5 Vorwurfstatbestände

Die drei größten Vorwurfsgruppen bildeten zusammen etwa drei Viertel der geäußerten Vorwürfe. Dabei wurden Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe mit 26% (n=344) etwas häufiger erhoben als Vorwürfe des Unterlassens (n=321) sowie einer fehlerhaften Diagnose und Therapie (n=318).

Mit 15% der Vorwürfe machten Pflegefehler die viertgrößte Kategorie aus (n=200). In 2,6% der Fälle tauchten Vorwürfe einer mangelhaften Hygiene, in 2% einer ungenügenden Kommunikation auf. In 0,5% wurden auch fehlerhafte oder unterlassene Aufklärungen bemängelt. Etwas mehr als 5% der Vorwürfe (n=72) wurden nicht näher konkretisiert.

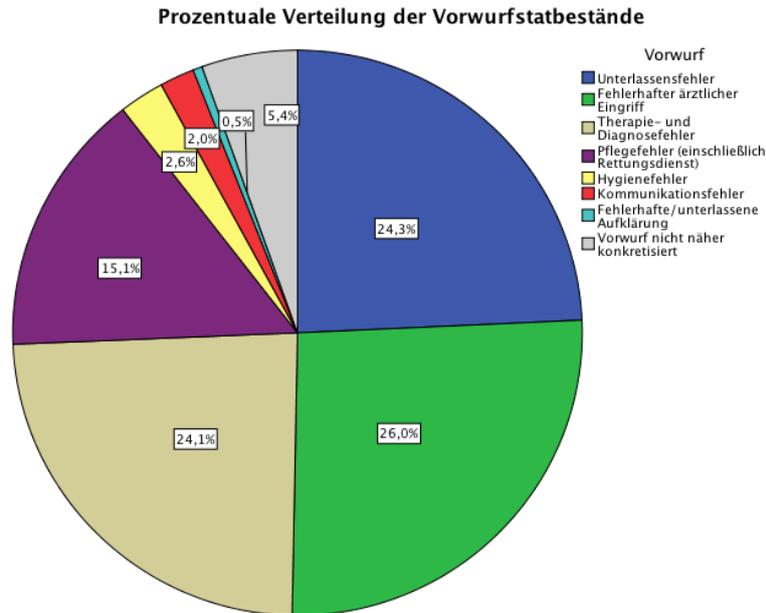


Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der Vorwurfstatbestände

4.5.1 Häufigkeiten der Vorwürfe

4.5.1.1 Fehlerhafter ärztlicher Eingriff

52,9% der Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe bezogen sich auf perioperative Komplikationen, 47,1% auf postoperative Komplikationen.

Spezifischer lässt sich als häufigster Vorwurf das plötzliche Versterben nach abgeschlossenem Eingriff (16,9%) erkennen. In je etwa 15% der Fälle wurden eine fehlerhafte OP-Durchführung sowie eine Organverletzung oder Hohlorganperforation vermutet. Intraoperative Gefäßverletzungen bzw. Blutungen ebenso wie postoperative Abszesse, Infektionen oder septische Verläufe wurden in etwa 12% der Fälle beanstandet. In etwas weniger als 5% beinhalteten die Vorwürfe ein thromboembolisches Ereignis peri- oder postoperativ (Lungenarterienembolie, Myokardinfarkt oder Schlaganfall) oder eine Anastomoseninsuffizienz bzw. Fistelbildung. Nicht näher spezifizierte tödliche Komplikationen nach dem Eingriff machten etwa 3% der Fälle aus. In unter 3% bezogen sich die Vorwürfe auf Hirntod bzw. Hypoxie, Blutungen bzw. Nachblutungen, eine Aspiration bei Narkose, eine Reanimationspflichtigkeit bei kardiovaskulären Notfällen, eine allgemeine postoperative Zustandsverschlechterung bzw. Delir, einen sogenannten Exitus in Tabula (Tod auf dem OP-Tisch) (Dettmeyer und Madea 1999) eine Aortendissektion oder -ruptur, ein Organversagen, eine Nervenschädigung bzw. Querschnittslähmung sowie eine Synkope oder Erbrechen nach einer Narkose.

Prozentuale Verteilung der Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe Erhobener Vorwurf

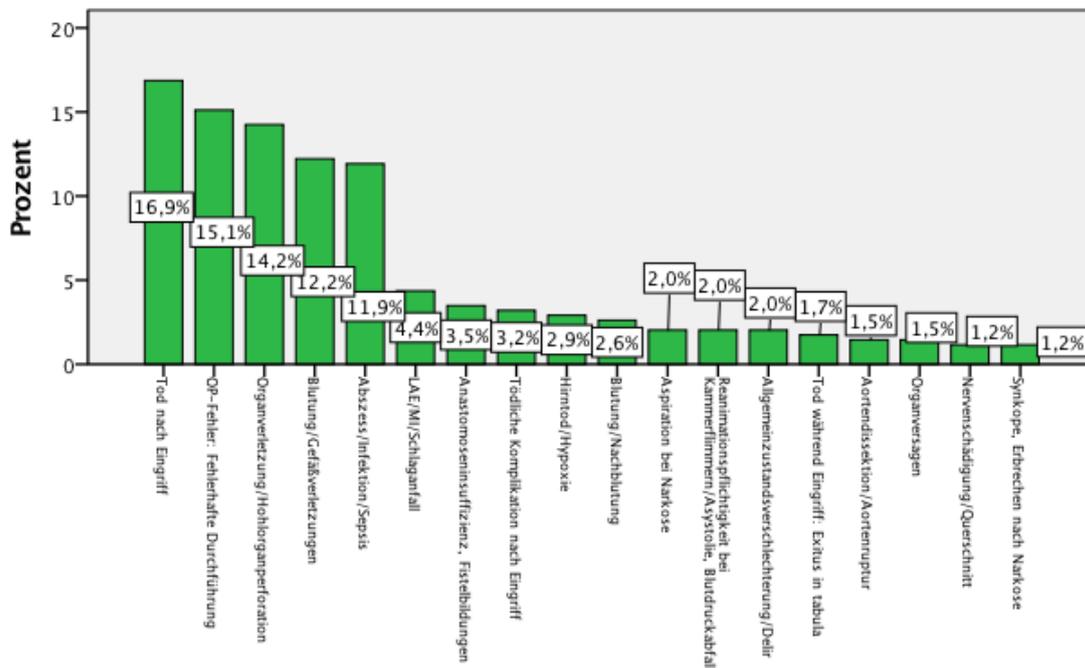


Abbildung 18: Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe

4.5.1.2 Unterlassen

Bei der groben Einteilung ließ sich beobachten, dass über die Hälfte der Unterlassensvorwürfe ein vollständiges Unterlassen beinhaltete, während sich je etwa ein Viertel auf ein vorübergehendes Unterlassen und ein partielles Unterlassen bezog. Spezifischer entfielen mit 21,5% die meisten Unterlassensvorwürfe auf eine unterlassene Krankenhauseinweisung, -aufnahme oder -verlegung. Darauf folgten eine unterlassene, eine unzureichende sowie eine verzögerte Diagnostik und Therapie. Etwa 8% der Vorwürfe bezog sich auf eine unzureichende (postoperative) Überwachung oder ein unzureichendes Monitoring. In 6,2% wurde außerdem ein vollständiges Unterlassen der Überwachung oder des Monitorings bemängelt. In unter 5% der Fälle wurde das Unterlassen von Medikation oder Operation, die verzögerte Einweisung oder Verlegung oder das Unterlassen von Hausbesuchen vorgeworfen.

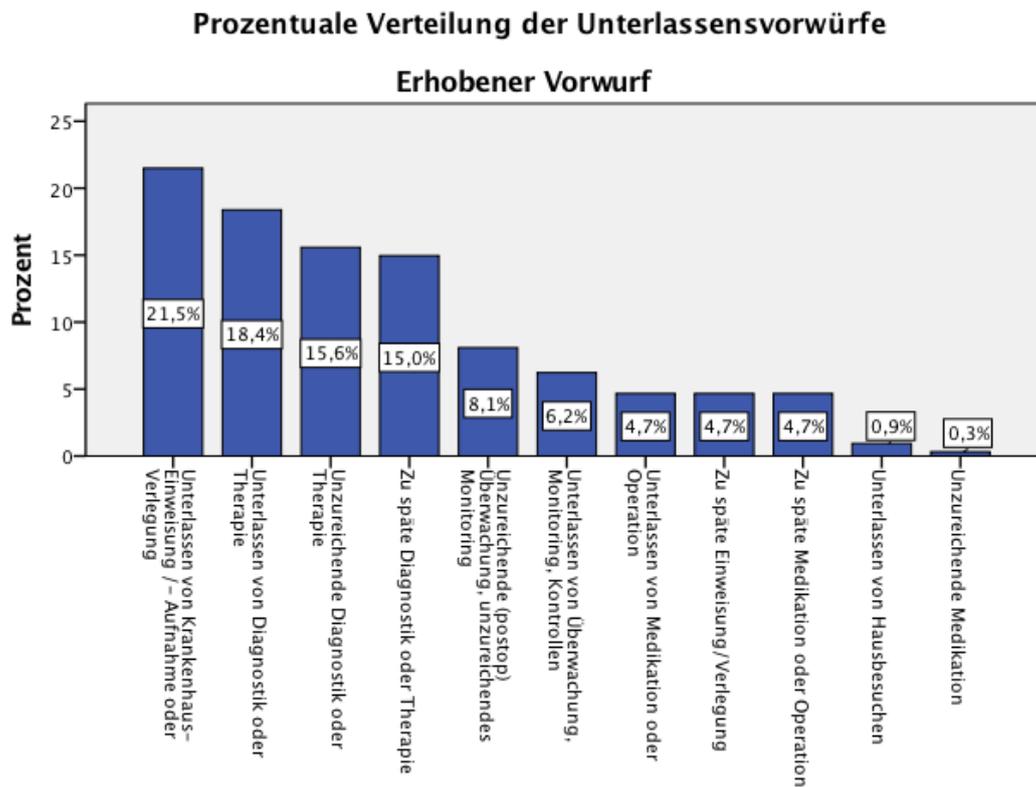


Abbildung 19: Unterlassensvorwürfe

4.5.1.3 Therapie- und Diagnosefehler

In vielen Fällen ließ sich nicht klar abgrenzen, ob sich der Vorwurf konkret auf die Diagnose oder die Therapie bezieht. Da diese beiden Schritte in der Krankengeschichte oftmals eng miteinander zusammenhängen, wurden Vorwürfe bezüglich Therapie- und Diagnosefehlern hier für eine möglichst präzise Umsetzung zusammengefasst. Mit 24,2% kamen die häufigsten Vorwürfe von Therapie- und Diagnosefehlern durch den Vorwurf eines Medikationsfehlers zustande. Etwa jeder fünfte Vorwurf in diesem Bereich bezog sich jeweils auf eine inadäquate Therapie bzw. eine Zustandsverschlechterung trotz Therapie sowie einen Befunderhebungs- oder Befundinterpretationsfehler. Eine zu frühe Verlegung oder Entlassung machte etwa 17% der Vorwürfe aus. In 8,5% wurde eine fehlerhafte Indikation, in 5,3% eine Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes und in 2,5% eine Fehleinschätzung der Suizidalität bemängelt.

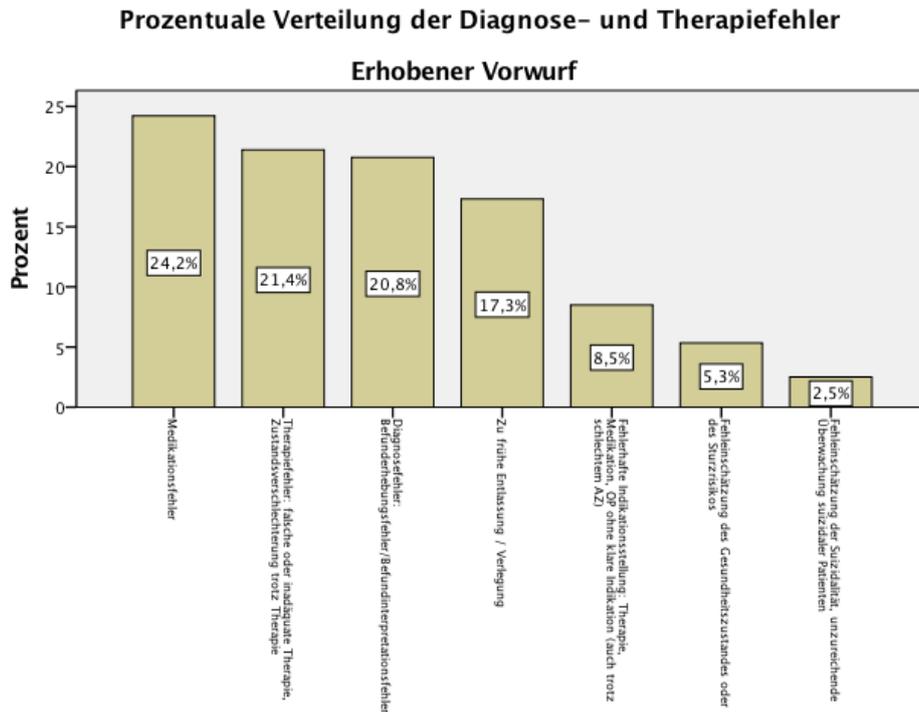


Abbildung 20: Vorwürfe bezüglich Therapie- und Diagnosefehler

4.5.1.4 Pflegefehler

Jeder vierte Pflegefehler-Vorwurf beinhaltete das Vorliegen eines Dekubitus (Durchliegende Geschwür) oder Lagerungsfehler. Etwa in jedem fünften Fall wurde ein Sturz bei unzureichender Überwachung oder falscher Mobilisation bemängelt. Darauf folgten eine unzureichende Überwachung bzw. Reaktion auf ein Notfallsignal sowie eine falsche oder unzureichende Darreichung von Lebensmitteln oder Medikamenten. Je etwa 10% dieser Vorwürfe beinhaltete einen unterlassenen oder verzögerten Notruf und einen nicht näher bezeichneten Pflegefehler. In bis zu 3% der Fälle zeigten sich eine Transportverweigerung durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal, eine unterlassene oder verzögerte Reanimation sowie eine falsche Wundversorgung.

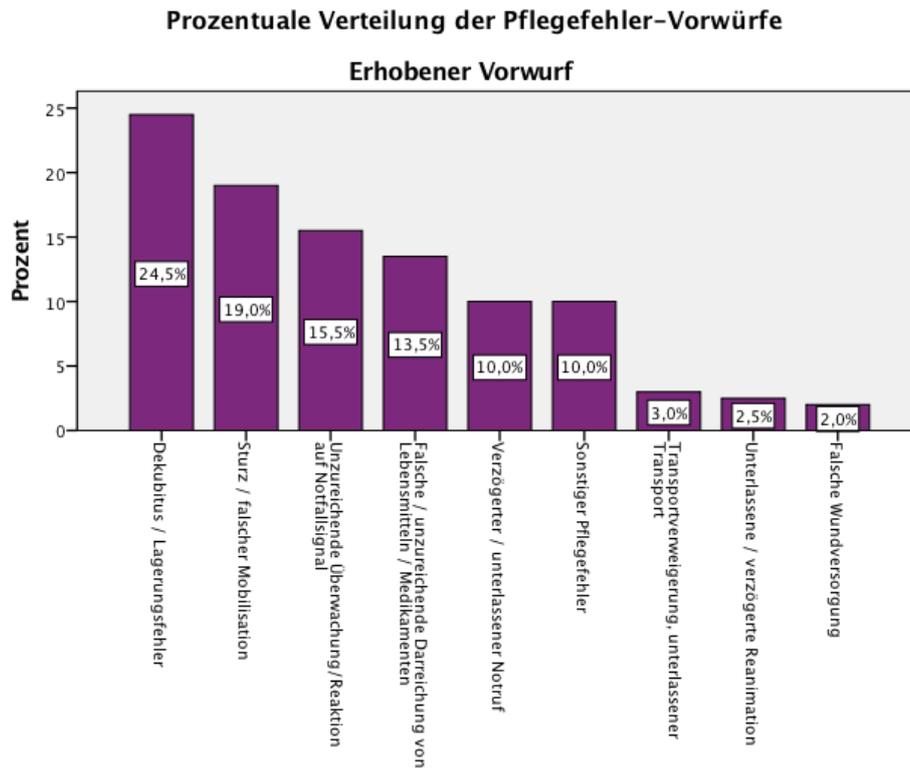


Abbildung 21: Pflegefehler-Vorwürfe

4.5.1.5 Hygienefehler

Die Hälfte der Hygienefehler-Vorwürfe erfolgte aufgrund allgemeiner hygienischer Mängel. 38,2% dieser Vorwürfe bezogen sich auf eine nosokomiale Infektion des Verstorbenen. In 11,8% der Fälle wurde eine unzureichende Desinfektion von Medizinprodukten bemängelt.

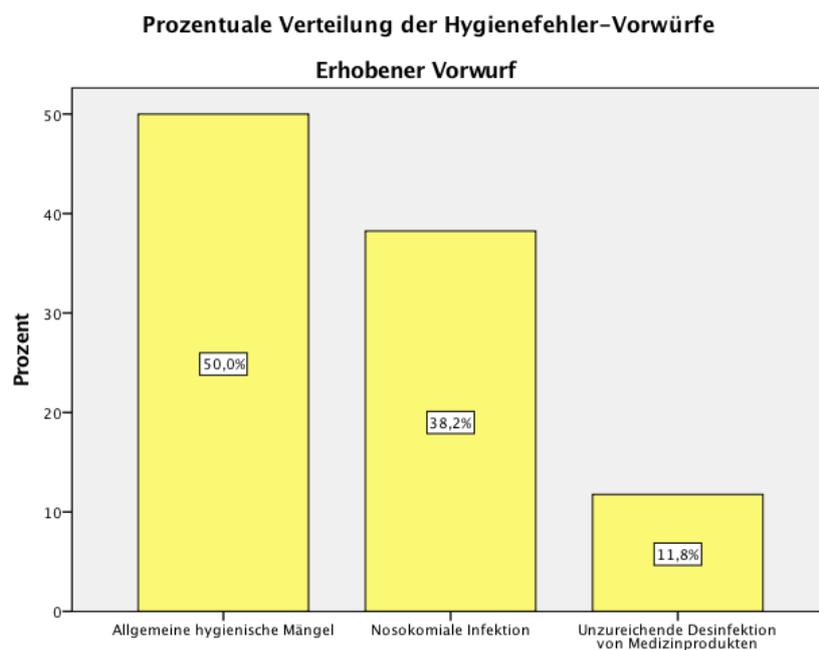


Abbildung 22: Hygienefehler-Vorwürfe

4.5.1.6 Kommunikationsfehler

Die geäußerten Vorwürfe, die einen Kommunikationsfehler beinhalteten, bezogen sich in 46,2% auf eine unzureichende Information und Kommunikation mit den Angehörigen durch die Ärzte. In 23,1% wurden Vorwürfe der unzureichenden Kommunikation der ärztlichen und pflegerischen Kollegen untereinander erhoben. Auch der Verdacht der Verheimlichung oder Vertuschung von Patienteninformationen und Komplikationen wurde in 23,1% dieser Fälle geäußert. In 7,7% wurde zuletzt auch die Unerreichbarkeit der Ärzte für die Angehörigen bemängelt.

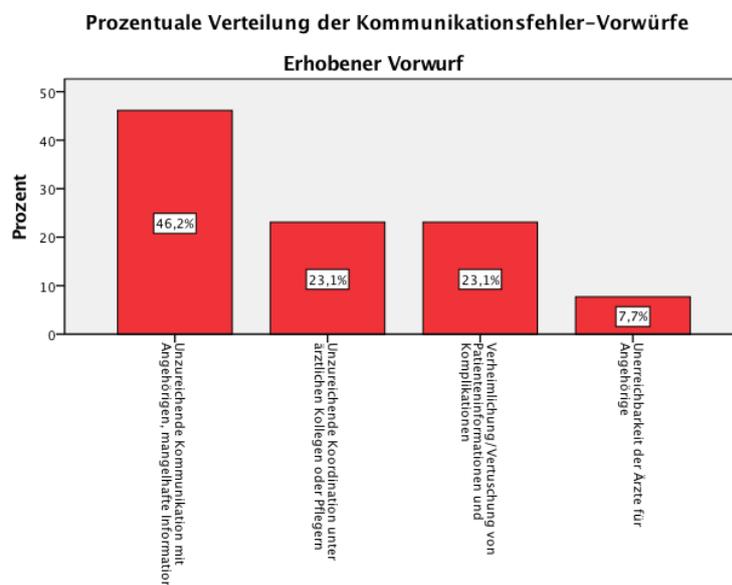


Abbildung 23: Kommunikationsfehler-Vorwürfe

4.5.1.7 Fehlerhafte Aufklärung und Einwilligung

Mit 42,9% beinhalteten die meisten Vorwürfe dieser Kategorie eine Behandlung ohne vorherige Einwilligung der Angehörigen. In je 28,6% wurden auch Vorwürfe einer inadäquaten oder mangelhaften Aufklärung der Patienten sowie einer Behandlung entgegen dem Patientenwillen erhoben.

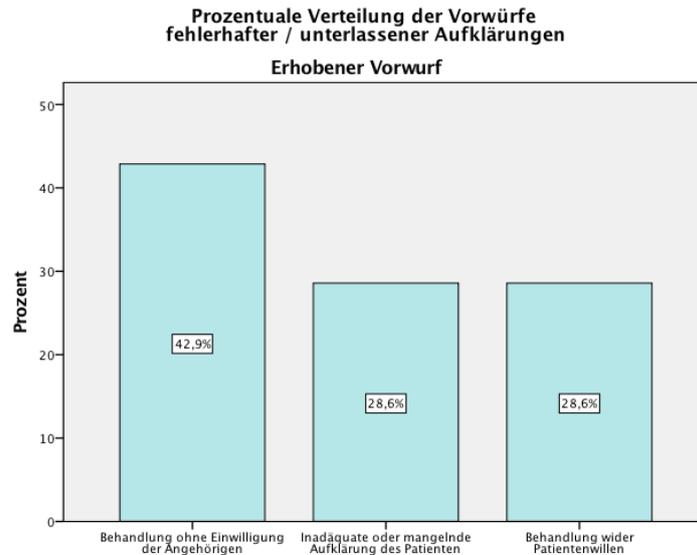


Abbildung 24: Vorwürfe fehlerhafter Aufklärungen

4.5.1.8 Vorwurf nicht näher konkretisiert

In etwa 30% der nicht konkretisierten Vorwürfe wurde als Tatbestand des Vorwurfs lediglich eine Falschbehandlung angegeben. Jede vierte dieser Vorwürfe ergab sich aus einer engen zeitlichen Beziehung zwischen einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten ärztlichen Konsultation (NG) und dem Tod des Patienten. In 22,2% kamen auch unspezifische Vorwürfe bei plötzlichen, unerwarteten Todesfällen im Krankenhaus (KH) oder Pflegeheim (PH) vor. In je 11,1% der Fälle wurden Vorwürfe bei erstmals im Krankenhaus aufgetretenen, letalen Erkrankungen sowie im Rahmen einer Unterbringung in einer staatlichen Einrichtung, wie einer Strafvollzugsanstalt oder einer geschlossenen forensisch-psychiatrischen Station erhoben.

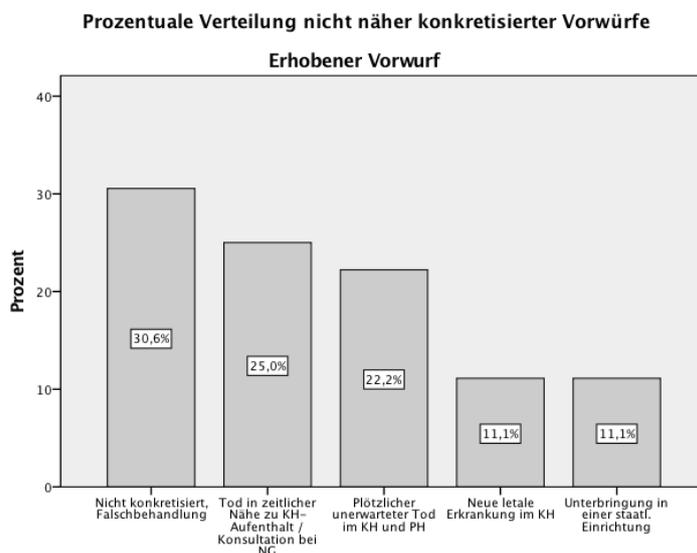


Abbildung 25: nicht näher konkretisierte Vorwürfe

4.5.2 Anzahl und Reihenfolge der Vorwürfe

Insgesamt wurden bei 1071 Verstorbenen 1322 Vorwürfe erhoben. Erstgenannte Vorwürfe kamen in allen 1071 Fällen vor; ein zusätzlicher zweiter Vorwurf wurde in 208 Fällen geäußert. Weitere Vorwürfe wurden in 36 Fällen an dritter Stelle und in 7 Fällen an vierter Stelle erklärt.

In den drei größten Vorwurfsgruppen waren die Erstnennungen jeweils überwiegend. So wurden insgesamt 76,6% der Unterlassensvorwürfe, 91,3% der Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe und 81,1% der Vorwürfe von Therapie- und Diagnosefehlern jeweils als erster Vorwurf geäußert. Der Vorwurf eines Pflegefehlers wurde zu 78% an erster und zu 19% an zweiter Stelle genannt. Hygienefehler-Vorwürfe wurden nur in etwa zwei Drittel der Fälle an erster Stelle und in etwa einem Drittel der Fälle an zweiter bis vierter Stelle genannt.

Der Vorwurf eines Kommunikationsfehlers wurde häufiger begleitend (69,2% an zweiter bis vierter Stelle) als an erster Stelle (30,8%) erhoben. Ebenso wurde auch eine fehlerhafte oder unterlassene Aufklärung eher als zweiter Vorwurf (57%) erhoben.

Nicht näher konkretisierte Vorwürfe kamen überwiegend an erster Stelle vor, wurden jedoch in Einzelfällen auch an zweiter, dritter und vierter Position genannt.

Dabei ließen sich Unterschiede der Verteilungen je nach Vorwurferheber beobachten. So waren Vorwürfe der Ermittlungsbehörden zu 91,6% an erster Stelle genannt. Ein weiterer Vorwurf wurde in 8,7% der Fälle an zweiter und in 0,5% der Fälle an dritter Stelle genannt. Mehr als drei Vorwürfe bei demselben Verstorbenen wurden durch Ermittlungsbehörden nicht erhoben.

Die durch Angehörige erhobenen Vorwürfe waren insgesamt weniger, allerdings wurden häufiger mehrere Vorwürfe gleichzeitig erhoben. So wurden nur 68% der Vorwürfe an erster Stelle genannt. Ein zusätzlicher zweiter Vorwurf wurde in 37,2%, ein dritter in 8% und ein vierter Vorwurf in 1,8% der Fälle erhoben.

Bei den Vorwürfen durch andere Beteiligte waren 87,5% Erstnennungen. In 11,9% wurde gleichzeitig ein zweiter, in 2,4% ein dritter Vorwurf angegeben. Mehr als drei Vorwürfe wurden auch in dieser Gruppe nicht erhoben.

Tabelle 1: Messpunkte der durch Angehörige erhobenen Vorwürfe

Vorwurf durch Angehörige	Messpunkt				Gesamt
	1	2	3	4	
Vorwurf Unterlassen	124	47	8	2	181
Fehlerhafter ärztlicher Eingriff	70	15	4	1	90
Therapie- und Diagnosefehler	119	39	8	1	167
Pflegefehler	46	21	5	0	72
Hygienefehler	17	6	1	1	25
Kommunikationsfehler	8	12	4	1	25
Fehlerhafte/unterlassene Aufklärung	2	4	0	0	6
Vorwurf nicht näher konkretisiert	12	4	2	1	19
Gesamt	398	148	32	7	585

Tabelle 2: Messpunkte der durch Ermittlungsbehörden erhobenen Vorwürfe

Vorwurf durch Ermittlungsbehörden	Messpunkt			Gesamt
	1	2	3	
Vorwurf Unterlassen	115	18	0	133
Fehlerhafter ärztlicher Eingriff	236	8	2	246
Therapie- und Diagnosefehler	128	10	1	139
Pflegefehler	97	14	0	111
Hygienefehler	5	3	0	8
Vorwurf nicht näher konkretisiert	50	2	0	52
Gesamt	631	55	3	689

Tabelle 3: Messpunkte der durch andere Beteiligte erhobenen Vorwürfe

Vorwurf durch andere Beteiligte	Messpunkt			Gesamt
	1	2	3	
Vorwurf Unterlassen	7	0	0	7
Fehlerhafter ärztlicher Eingriff	8	0	0	8
Therapie- und Diagnosefehler	11	1	0	12
Pflegefehler	13	3	1	17
Hygienefehler	1	0	0	1
Kommunikationsfehler	0	1	0	1
Fehlerhafte/unterlassene Aufklärung	1	0	0	1
Vorwurf nicht näher konkretisiert	1	0	0	1
Gesamt	42	5	1	48

4.5.3 Vorwurfstatbestand je nach Vorwurferheber

Auch bei den Inhalten der Vorwürfe ließen sich Unterschiede je nach Vorwurferheber erkennen. So beinhalteten Vorwürfe der Ermittlungsbehörden am häufigsten fehlerhafte ärztliche Eingriffe (35,7%), Therapie- und Diagnosefehler (20,2%) und Unterlassensfehler (19,3%). Der vierthäufigste Vorwurf betraf mit 16,1% Pflegefehler. Nicht näher konkretisiert waren 7,5 % der Vorwürfe; vereinzelt wurde auch mangelnde Hygiene beanstandet (1,2%). Vorwürfe bezüglich Kommunikations- oder Aufklärungsfehlern wurden von Ermittlungsbehörden nicht erhoben. Bei den durch leichenschauende Ärzte erhobenen Vorwürfen waren die Hauptgründe der Verdacht auf einen Pflegefehler (41,4%) oder einen fehlerhaften ärztlichen Eingriff (34,3%). Seltener waren Vorwürfe bezüglich Therapie- und Diagnosefehlern (11,4%) sowie Unterlassensfehlern (10%). In Einzelfällen wurde auch hier mangelhafte Hygiene beanstandet sowie nicht näher konkretisierte Vorwürfe erhoben.

Vorwürfe durch Angehörige beinhalteten in erster Linie Fehler durch Unterlassen (30,9%). 28,5% der Vorwürfe bildeten Therapie- und Diagnosefehler. Erst an dritter Stelle standen bei Angehörigen die Vorwürfe eines fehlerhaften ärztlichen Eingriffs (15,4%). 12,3% der Vorwürfe bezogen sich auf Pflegefehler. In je 4,3% der Fälle wurden gleichermaßen Hygiene- und Kommunikationsfehler genannt. Nicht näher konkretisiert wurden 3,2% der Vorwürfe. Eine fehlerhafte Aufklärung wurde in 1,0% der Fälle bemängelt.

Andere Beteiligte erhoben vor allem Vorwürfe einer fehlerhaften Pflege (35,4%). Jeder vierte Vorwurf dieser Gruppe beinhaltete einen Therapie- und Diagnosefehler. Weiter wurden auch fehlerhafte ärztliche Eingriffe (16,6%) sowie ein Unterlassen (14,6%) bemängelt. Vorwürfe bezüglich Hygiene, Kommunikation, Aufklärung sowie nicht konkretisierte Vorwürfe (jeweils 2,1%) kamen seltener vor.

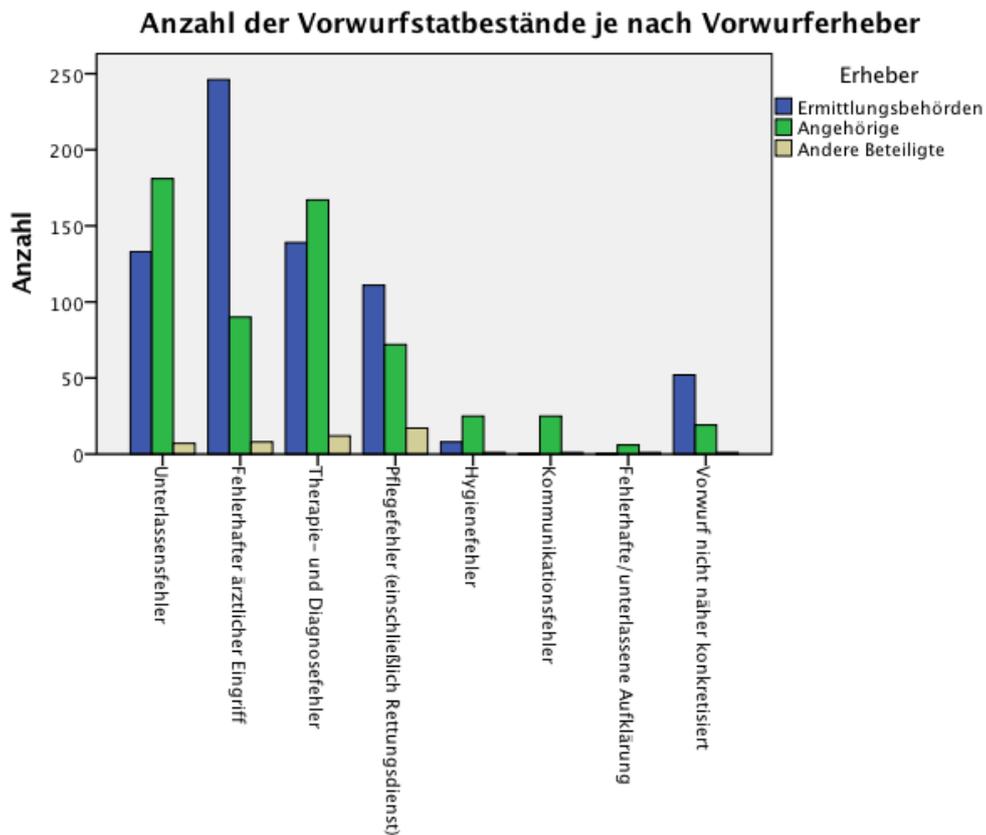


Abbildung 26: Anzahl der Vorwurfstatbestände je nach Vorwurferheber

4.6 Beschuldigter

Insgesamt kamen die am häufigsten beschuldigten Ärzte aus den chirurgischen Fachbereichen (29,5%, n=316). Mit 19% aller Vorwürfe standen Ärzte aus der Inneren Medizin an zweiter Stelle der Beschuldigten (n=204). 15,8% der gesamten Vorwürfe (n=169) bezogen sich auf das Pflege- und Rettungsdienstpersonal.

Allgemeinmedizinern wurde in 7,8% ein Fehler vorgeworfen (n=84). In 5,4% der Fälle wurde ein Fehler genannt, jedoch nicht an eine bestimmte Person oder Fachrichtung gerichtet (n=58). 4,1% der Vorwürfe (n=44) betrafen Ärzte, die in einer Notaufnahme tätig waren, 2,3% (n=25) bezogen sich auf Intensivmediziner. Je unter 2% der Vorwürfe richteten sich an Ärzte der Neurologie, Psychiatrie, Notfallmedizin, Anästhesie und des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Andere Arztgruppen, wie beispielsweise Heim-, Amts- oder Truppenärzte, machten 1,6% der Beschuldigten aus. Pädiater trafen 1,3%, Urologen 1,2% der Vorwürfe. Seltener standen Radiologen, Gynäkologen und Geburtshelfer, Onkologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (HNO), Dermatologen, Ophthalmologen sowie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (MKG) und Zahnärzte unter Verdacht.

Beschuldigte: Gesamte Vorwürfe

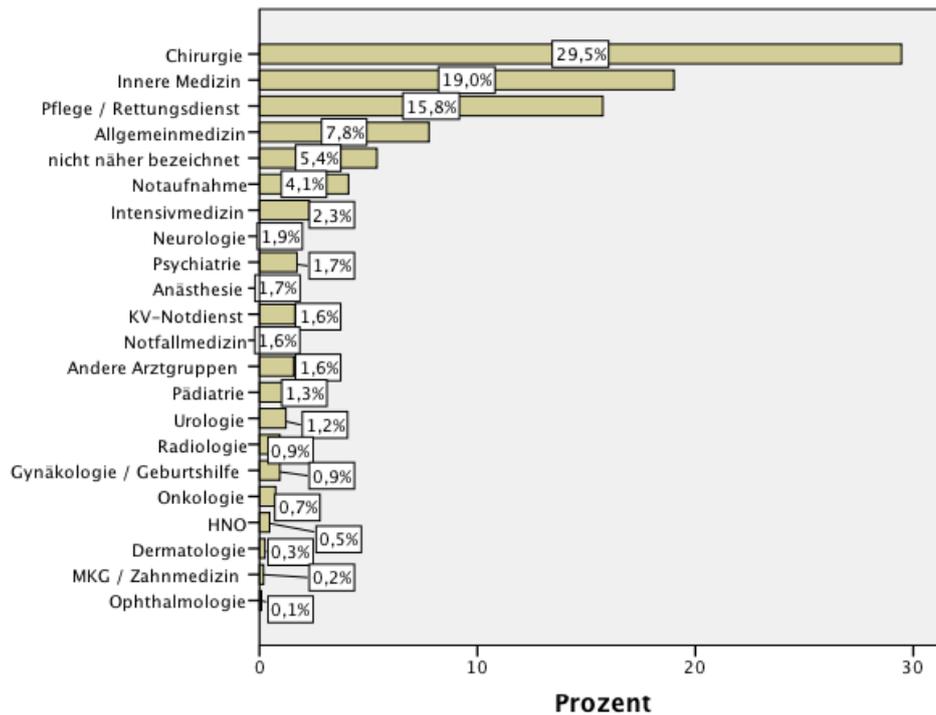


Abbildung 27: Relative Verteilung der Beschuldigten

Bei weiterer Aufschlüsselung der chirurgischen Beschuldigten ergab sich mit 40,3% der Vorwürfe die Allgemein-/Viszeralchirurgie als häufigster beschuldigter chirurgischer Fachbereich. Darauf folgte die Orthopädie/Unfallchirurgie (28%) und die Herzchirurgie (18,2%). Seltener betrafen die chirurgischen Vorwürfe Gefäß- (10,8%) und Neurochirurgen (2,8%).

Unter den Internisten wurde ein Drittel der Vorwürfe (32,7%) keinem bestimmten Bereich zugeordnet. Von den spezifisch internistisch gerichteten Vorwürfen galten mit 29,8% die Mehrzahl der Vorwürfe den Kardiologen. 14,9% der Vorwürfe innerhalb der Inneren Medizin richteten sich an Endoskopiker, 13% an Pulmologen. Darauf folgten Vorwürfe gegen Gastroenterologen (5,1%), sowie Nephrologen, Hämatonkologen und Hepatologen (jeweils 1,4%).

Dabei zeichneten sich hier ebenso Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Vorwurferhebern ab.

Bezogen auf die genannten durchschnittlichen Werte wurden von den Ermittlungsbehörden mehr Vorwürfe an die Allgemeinmedizin (+1,7%), das Pflege- und Rettungsdienstpersonal (+0,7%) und die KV-Notdienstärzte (+1,0%) gerichtet. Vorwürfe gegen Ärzte der Inneren Medizin (-1,7%) sowie nicht näher bezeichnete Vorwürfe (-0,5%) kamen vergleichsweise etwas seltener vor.

Beschuldigte: Vorwurf durch Ermittlungsbehörden

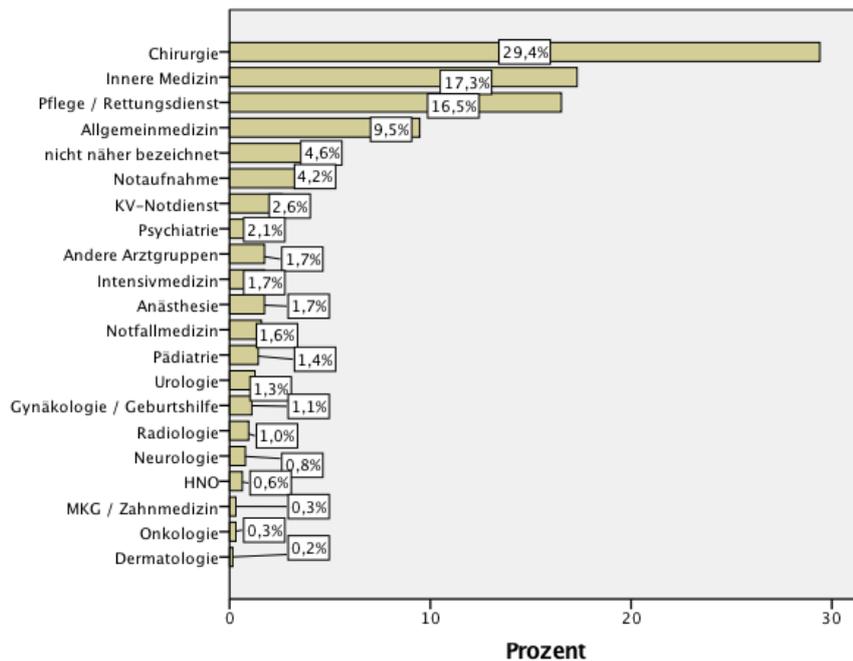


Abbildung 28: Relative Verteilung der Beschuldigten bei Vorwürfen durch Ermittlungsbehörden

Angehörige richteten gemessen an den Gesamtzahlen häufiger Vorwürfe an die Chirurgie (+1,2%), die Innere Medizin (+2,7%), und die Neurologie (+1,9%). Auch nicht spezifisch gerichtete Vorwürfe kamen öfter vor (+1,1%). Seltener beschuldigt wurden Pflege- und Rettungsdienstmitarbeiter (-3,2%) sowie Allgemeinmediziner (-2,3%).

Beschuldigte: Vorwurf durch Angehörige

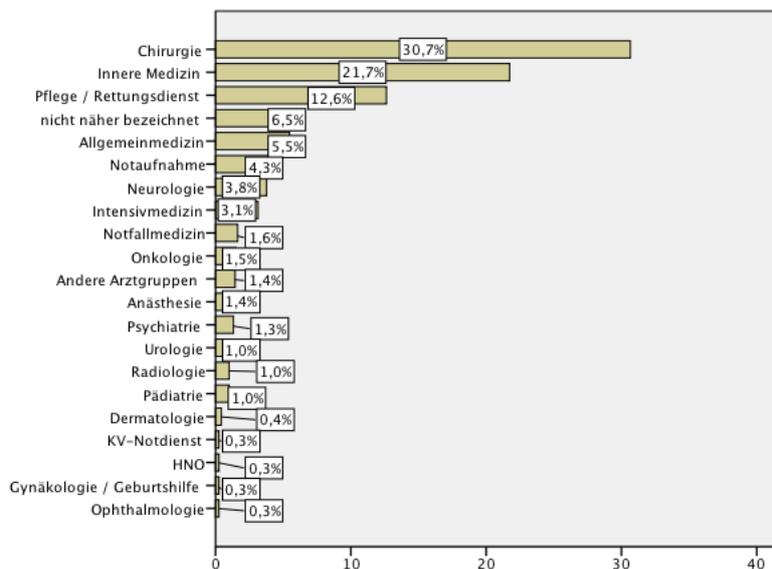


Abbildung 29: Relative Verteilung der Beschuldigten bei Vorwürfen durch Angehörige

Vorwürfe anderer Erheber galten vergleichsweise häufig der Pflege und dem Rettungsdienst (+18,1%). Auch unspezifische Vorwürfe (+1,7%) und solche gegen Gynäkologen und Geburtshelfer (+3,9%) kamen öfter vor. Seltener beschuldigt wurden Chirurgen (-10,5%) und Allgemeinmediziner (-3,6%).

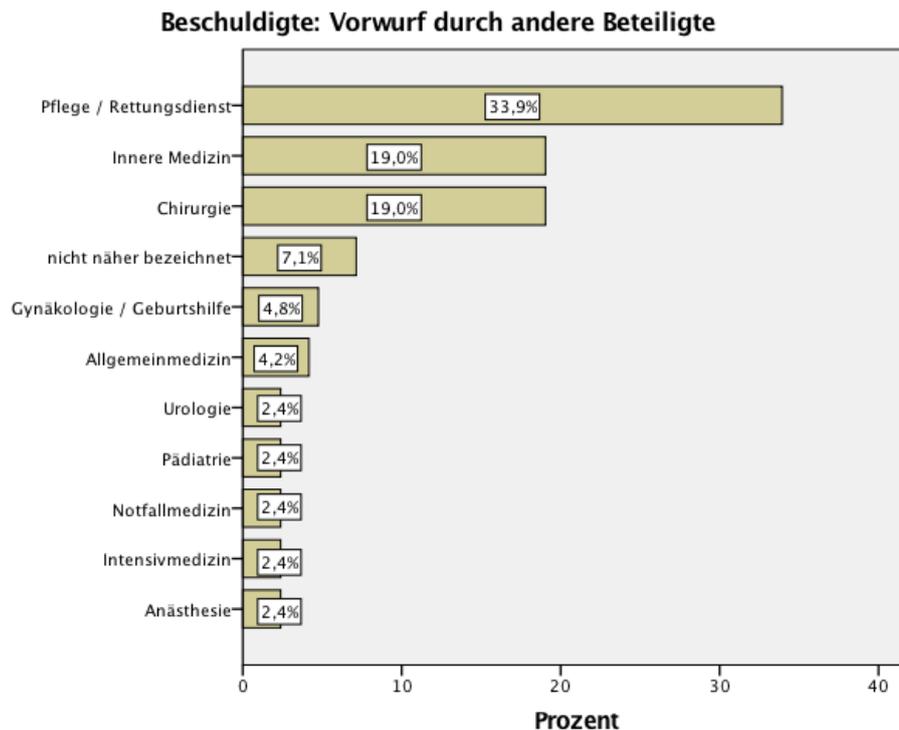


Abbildung 30: Relative Verteilung der Beschuldigten bei Vorwürfen durch andere Beteiligte

4.7 Institution

Die meisten Beschuldigten waren zum Zeitpunkt des Vorwurfs in einem Krankenhaus beschäftigt (68,2%, n=762). Ein Achtel der Vorwürfe (n=140) richtete sich an niedergelassene Ärzte. Darauf folgten Vorwürfe gegen Beschäftigte in Pflegeheimen (8,4%, n=94), stationärer Pflege (5,5%, n=61) und ambulanten Pflegediensten (2,6%, n=29). 2,3% der Vorwürfe betraf Ärzte oder Pfleger, die nicht zu einer der genannten Institutionen zuzuordnen waren (n=26). Vereinzelt Vorwürfe waren nicht spezifisch gerichtet.

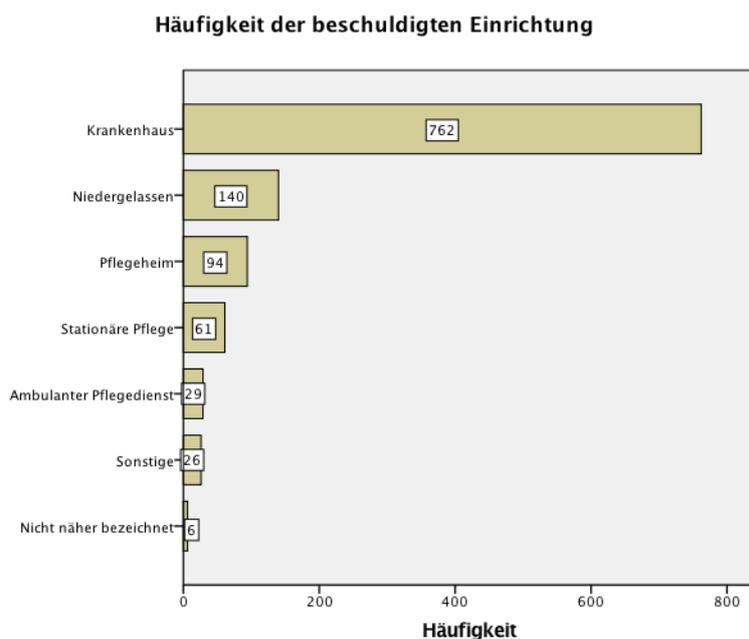


Abbildung 31: Absolute Häufigkeit der beschuldigten Institution

4.8 Patientenwille

Bei 974 Verstorbenen (90,9%) war kein Patientenwille bekannt; auch eine Patientenverfügung lag zum Zeitpunkt des Todes nicht vor. Bei 40 Verstorbenen (4,7%) lag zwar keine Patientenverfügung vor, die Patienten signalisierten ihren Willen jedoch auf eine andere Art. So entzogen sich 28 Patienten (2,6%) der durch die Ärzte empfohlenen Diagnostik oder Therapie, 16 Patienten (1,5%) lehnten einen empfohlenen Krankenhausaufenthalt ab oder entließen sich gegen ärztlichen Rat und 6 Patienten (0,6%) verweigerten jede Aufnahme von Nahrung, Flüssigkeit oder lebensnotwendigen Medikamenten. Bei 23 Verstorbenen (2,1%) lag eine Patientenverfügung vor, die schriftlich den Willen des Patienten im Sinne einer Einschränkung der ansonsten angewandten medizinischen Maximaltherapie dokumentierte. Bei 24 Verstorbenen (2,2%) wurde eine Therapieintensivierung durch Angehörige im mutmaßlichen Patientenwillen abgelehnt.

Auch diese Daten unterscheiden sich je nach Ausgangspunkt des Vorwurfs. Bei den durch die Ermittlungsbehörden erhobenen Vorwürfen war der Anteil der Verstorbenen mit bekanntem (oder mutmaßlichem) Willen im Sinne limitierter Maßnahmen mit 10,3% der höchste. In der Gruppe der Vorwürfe durch Angehörige waren es nur 7,5%, bei anderen Vorwurferhebern sogar nur 4,8% der Verstorbenen.

Auch wenn Patientenverfügungen insgesamt selten vorlagen, zeigte sich jedoch im zeitlichen Verlauf eine steigende Tendenz. So fanden sich in den ersten Jahren dieser

Untersuchung keine Patientenverfügungen, die erste im Jahr 2013. Im folgenden Jahr lagen zwei Patientenverfügungen vor. 2015 gab es insgesamt 6 Verstorbene mit einem solchen Dokument und in den beiden darauffolgenden Jahren jeweils 7.

4.9 Rolle der Angehörigen

Insgesamt waren in 54,9% der Fälle keine Angehörigen oder zumindest keine Aussagen dieser bekannt (n=588). 4,9% der Angehörigen (n=53) gaben auch auf Nachfrage im Rahmen einer polizeilichen Befragung keinen Vorwurf an. Ein expliziter Vorwurf wurde in 36,3% der Fälle (n=389) von Angehörigen erhoben. In 2,8% der Fälle (n=30) äußerten die Angehörigen einen indirekten Vorwurf. Dies konnte der Hinweis auf eine Unzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung, ein Unverständnis, ein „schlechtes Gefühl“ oder einen angeblich durch andere Beteiligte geäußerten Verdacht eines Behandlungsfehlers sein.

In Einzelfällen kam es vor, dass die Angehörigen einen Behandlungsfehlervorwurf äußerten, gleichwohl die ärztlich empfohlenen Therapien ablehnten oder dass sie untereinander über das Erheben eines solchen Vorwurfs uneinig waren.

Von den durch die Ermittlungsbehörden ausgehenden Vorwürfen waren in 87,9% keine Position der Angehörigen bekannt, in 7,5% wurde ein Vorwurf auf Nachfrage verneint. 4,6% der Angehörigen gaben einen indirekten Vorwurf an.

Bei den von Angehörigen erhobenen Vorwürfen waren 97,0% explizite Vorwürfe, 2,2% gingen mit der Verweigerung empfohlener medizinischer Maßnahmen einher und 0,8% der Fälle beinhalteten eine Uneinigkeit der Angehörigen über den Vorwurf.

Bei den Vorwürfen von anderen Erhebern waren in 85,7% der Fälle keine Aussagen der Angehörigen bekannt. In 11,9% der Fälle wurde auf Nachfrage kein Vorwurf erhoben. Ein indirekter Vorwurf wurde in 2,4% deutlich.

4.10 Rechtsmedizinische Beurteilung

Bei allen 1071 untersuchten Verstorbenen war ein Fehler nach rechtsmedizinischer Beurteilung in insgesamt 649 Fällen (60,6%) ausgeschlossen. Ein unwahrscheinlicher Fehler lag in 178 Fällen (16,6%) vor. In 224 Fällen (20,9%) konnten Fehler auch nach gründlicher rechtsmedizinischer Prüfung weder bestätigt noch verneint werden. Ein tatsächlicher Fehler galt nach Obduktion bei 20 Fällen (1,9%) als wahrscheinlich.

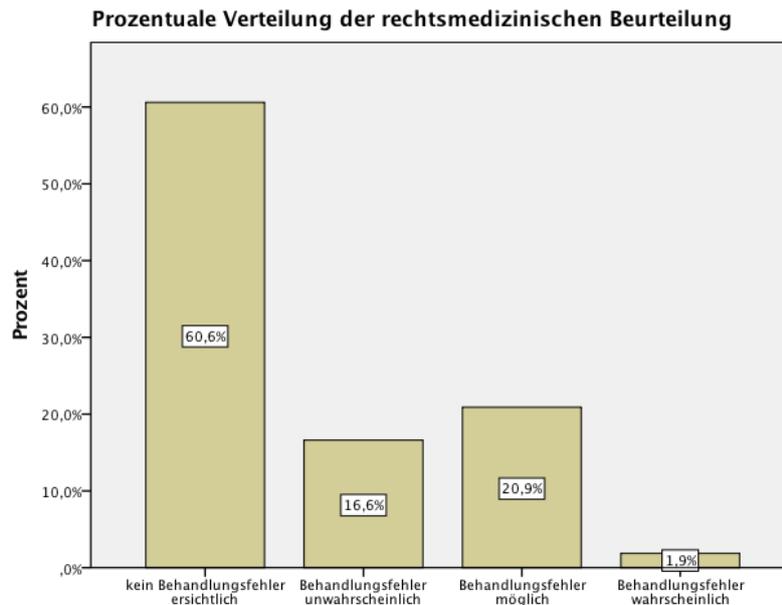


Abbildung 32: Prozentuale Verteilung der rechtsmedizinischen Beurteilung

Im Folgenden werden zur besseren Übersicht zwei Unterteilungen vorgenommen. Eine erste Separierung der Fälle beinhaltet **vermutlich gerechtfertigte Vorwürfe** (wahrscheinliche Fehler; hier weiterhin in Rot dargestellt) verglichen mit allen übrigen Fällen (Fehler möglich, unwahrscheinlich und ausgeschlossen). Weiterhin erfolgt eine zweite Aufteilung in **ungerechtfertigte Vorwürfe** (unwahrscheinliche und ausgeschlossene Fehler) und alle anderen Fälle (Fehler wahrscheinlich und möglich, hier weiterhin in Orange dargestellt). Dieser Einteilung zufolge können insgesamt 1,9% aller Vorwürfe als vermutlich gerechtfertigt und 77,2% als ungerechtfertigt beurteilt werden.

4.10.1 Zeitlicher Verlauf der Fehler

4.10.1.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Im Verlauf der untersuchten Jahre 2007 bis 2017 lässt sich eine Schwankung der Fehlerzahlen erkennen. Während im Jahr 2007 kein Fehler als wahrscheinlich beurteilt wurde, kamen in den beiden darauffolgenden Jahren bei steigenden Vorwurfszahlen jeweils zwei wahrscheinliche Fehler vor (Fehlerquoten 4,2 und 3,3%). In den Jahren 2010 bis 2012 wurde jeweils ein wahrscheinlicher Fehler gefunden (Fehlerquoten 1,8%; 1,5% und 1,4%), 2013 lag kein Fehler vor. In 2014 ergab die Untersuchung drei Fehler (Fehlerquote 2,8%), in den beiden darauffolgenden Jahren jeweils fünf (Fehlerquoten 3,2% und 2,4%). 2017 wurde kein wahrscheinlicher Fehler entdeckt.

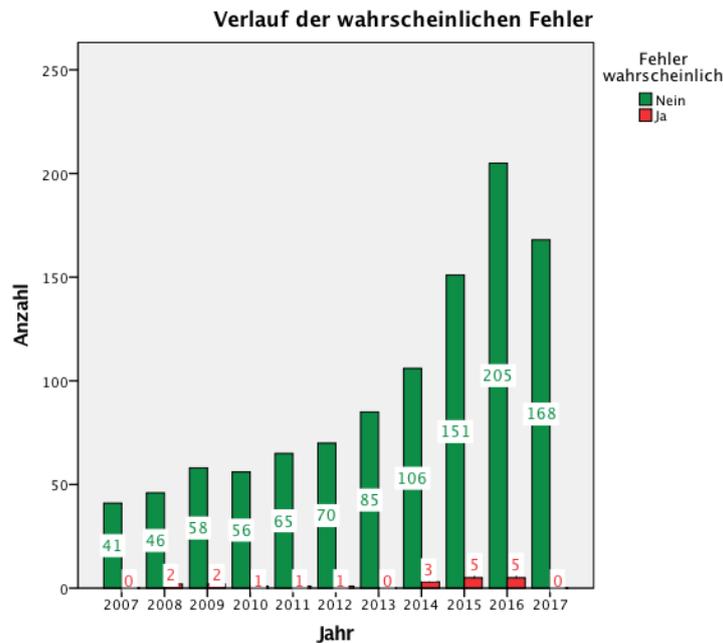


Abbildung 33: Wahrscheinliche Fehler im Verlauf der Jahre

4.10.1.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Die ungerechtfertigten Vorwürfe zeigten einen den Gesamtzahlen entsprechenden Verlauf. So stiegen die Zahlen dieser Fälle mit einer Ausnahme im Jahr 2010 von 2007 bis 2016 stetig an. Die prozentualen Anteile der unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehler lagen in diesen Jahren zwischen 65,1% und 79,5%. 2017 kam es zu einer absoluten Verringerung der als unwahrscheinlich und ausgeschlossen beurteilten Vorwürfe, entsprechend dem Rückgang der Gesamtvorwürfe. Der relative Anteil unberechtigter Vorwürfe betrug 87,5% an allen Vorwürfen im Jahr 2017.

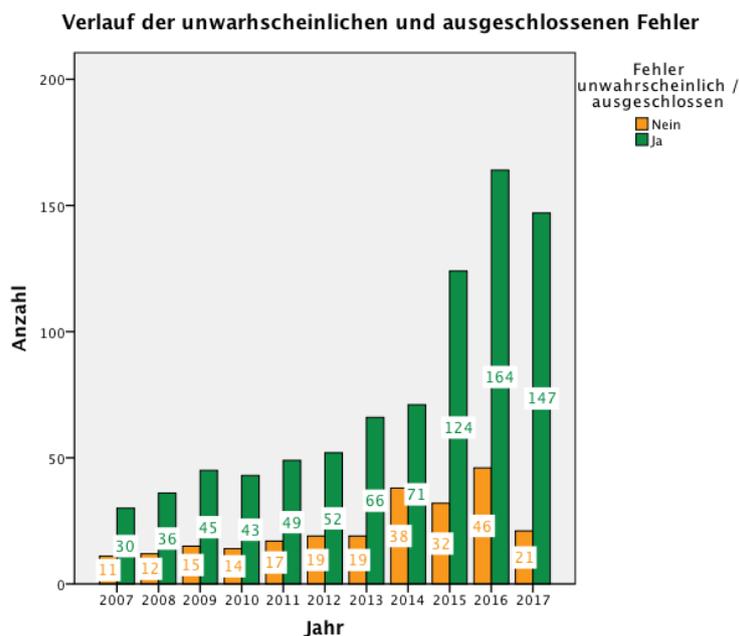


Abbildung 34: Unwahrscheinliche und ausgeschlossene Fehler im Verlauf der Jahre

4.10.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

4.10.2.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Die Altersgruppen der Verstorbenen, bei denen wahrscheinlich ein Fehler begangen wurde, bewegten sich zwischen 6 und 96 Jahren. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei diesen Verstorbenen bei 64,75 Jahren. Die Geschlechter waren gleich verteilt, von den 20 Verstorbenen waren zehn weiblich und zehn männlich.

4.10.2.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Verstorbene, bei denen ein Fehler als unwahrscheinlich oder ausgeschlossen beurteilt wurde, waren durchschnittlich 70,55 Jahre alt und bewegten sich – den Gesamtzahlen entsprechend – zwischen 0 und 101 Jahren. Die Geschlechtsverteilung zeigte hier ebenfalls annähernd eine Gleichverteilung (52,2% männliche Verstorbene, 47,8% weibliche Verstorbene).

4.10.3 Todesursachen

4.10.3.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Fünf der 20 Patienten starben aufgrund infektiöser Todesursachen, darunter Sepsisfälle mit multiplen sowie abdominellen oder pneumogenen Foci. In vier Fällen lagen kardiovaskuläre Erkrankungen wie ein Myokardinfarkt bei Sepsis, eine Aortendissektion und eine Herzbeutelamponade bei Herzwandruptur nach Myokardinfarkt zugrunde. Bei jeweils drei Verstorbenen wurde eine pulmonale Ursache (v.a. Pneumonie bei bestehendem Hirnschaden und Atemversagen bei Lungenemphysem) oder ein Tod durch äußere Einflüsse (v.a. Ersticken bei Tubusfehlage/Mageninhaltsaspiration und nicht-suizidale Intoxikation) diagnostiziert. Je zwei Patienten starben an einer abdominellen (Ileus/Inkarzeration) oder einer iatrogenen Ursache (Volumenmangelschock und hypoxischer Hirnschaden nach ärztlichem Eingriff). Bei einem Verstorbenen beruhte der Tod auf einer neurologischen Erkrankung (Hirnödem bei Hirnblutung).

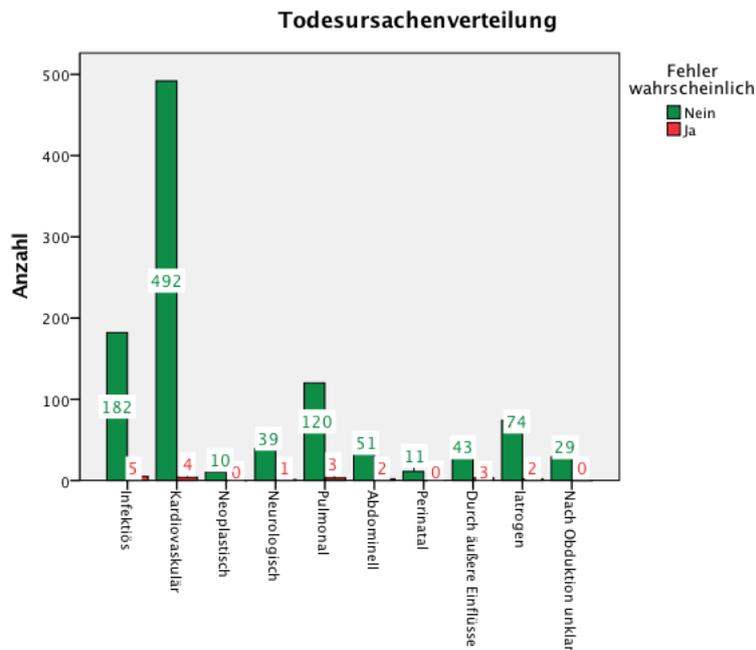


Abbildung 35: Todesursachenverteilung bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern

4.10.3.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Die häufigsten Todesursachen der Patienten mit unberechtigten Vorwürfen waren den Gesamtzahlen entsprechend kardiovaskuläre, infektiöse und pulmonale Erkrankungen. Auch die darauffolgenden Ursachen kamen bei unwahrscheinlichen oder ausgeschlossenen Fehlern in gleicher Reihenfolge vor. Eine Ausnahme bildeten perinatale Ereignisse, bei denen ein Fehler seltener ungerechtfertigt war als bei neoplastischen Todesursachen.

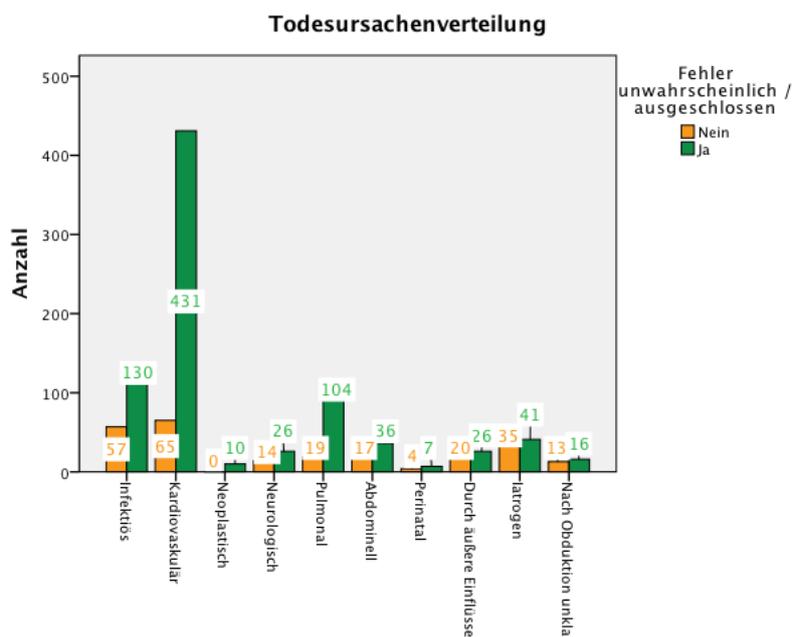


Abbildung 36: Todesursachenverteilung bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern

4.10.4 Vorwurferheber

4.10.4.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Von den 631 durch Ermittlungsbehörden erhobenen Vorwürfen erwiesen sich elf Fehler als wahrscheinlich. Das entspricht 1,7% der von ihnen ausgehenden Vorwürfe.

Angehörige entwickelten in 398 Fällen Behandlungsfehlervorwürfe, die in acht Fällen vermutlich gerechtfertigt waren. Dies macht einen Anteil von 2,0% der Vorwürfe aus.

Vorwürfe durch andere Beteiligte kamen in 42 Fällen vor, von denen ein Fehler (2,3%) nach rechtsmedizinischer Prüfung als wahrscheinlich beurteilt wurde.

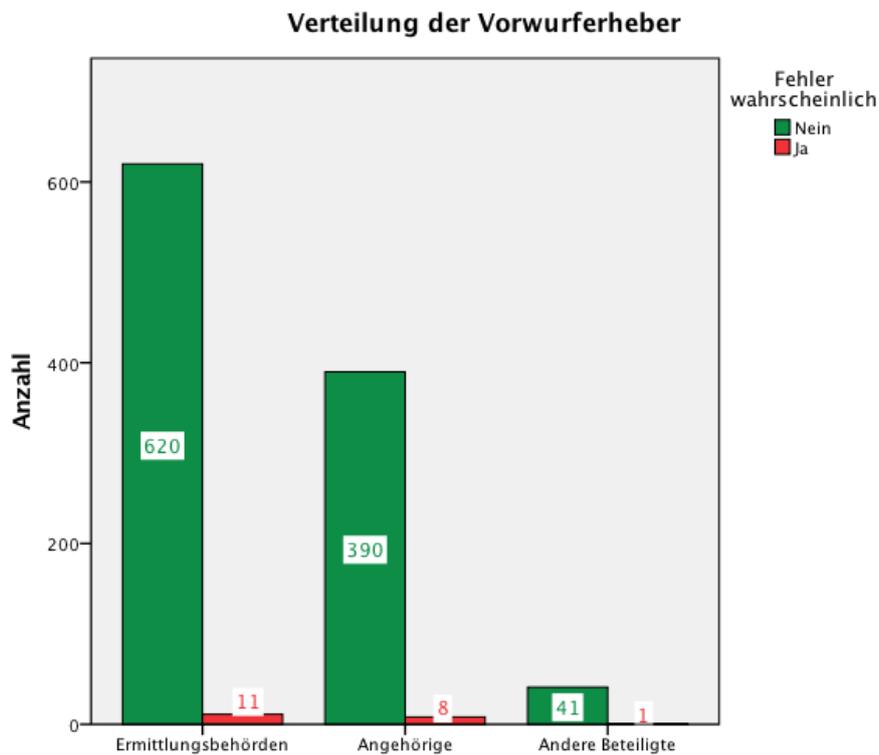


Abbildung 37: Verteilung der Vorwurferheber bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern

Von den elf vermutlich gerechtfertigten Vorwürfen durch Ermittlungsbehörden gingen zwei von leichenschauenden Ärzten, die übrigen neun von der Polizei und der Staatsanwaltschaft aus.

Vorwürfe durch Angehörige erfolgten in zwei Fällen von nicht näher konkretisierten oder mehreren Angehörigen. Je einen zutreffenden Verdacht entwickelte ein Vater, eine Ehefrau, ein Lebensgefährte, ein Bruder, eine Tochter und ein Sohn.

Ein vermutlich berechtigter Vorwurf wurde von einem mitbehandelnden Arzt erhoben.

4.10.4.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Vorwürfe, die durch Ermittlungsbehörden erhoben wurden, waren zu 81% ungerechtfertigt. Bei Vorwürfen durch Angehörige lag dieser Anteil bei 71,1% der gesamten, durch sie erhobenen Vorwürfe. Vorwürfe durch andere Beteiligte wurden in 80,5% als unwahrscheinlich oder ausgeschlossene Fehler beurteilt. Insgesamt gingen 61,8% der ungerechtfertigten Vorwürfe von den Ermittlungsbehörden, 34,2% von den Angehörigen und 4% von anderen Erhebern aus.

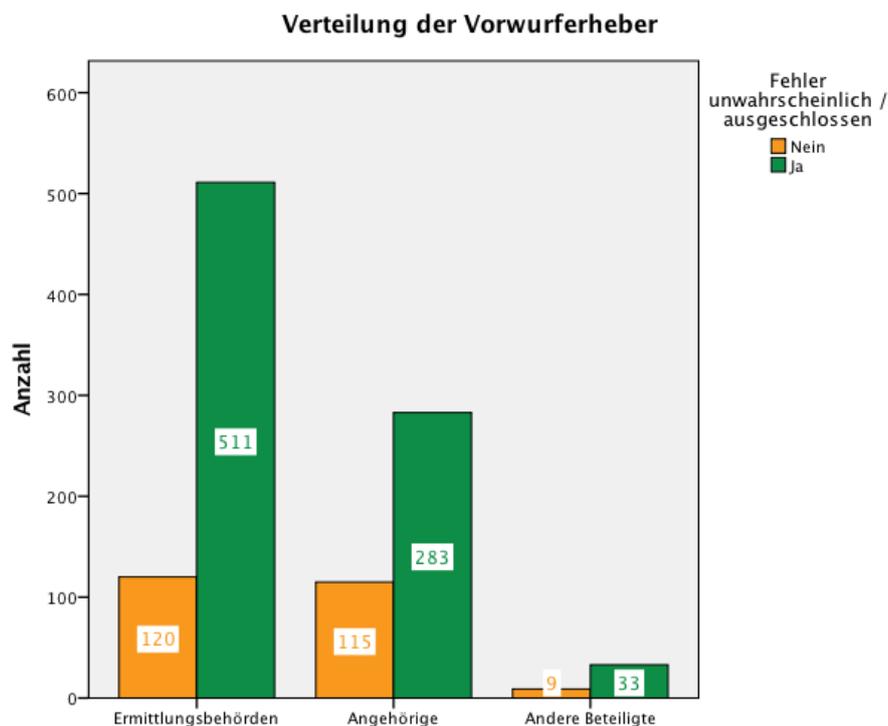


Abbildung 38: Verteilung der Vorwurferheber bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern

4.10.5 Vorwurfstatbestände

4.10.5.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Die meisten vermutlich gerechtfertigten Vorwürfe bezogen sich auf einen fehlerhaften ärztlichen Eingriff. Diese machten mit neun von 20 Fällen 45% der vermutlichen gerechtfertigten Vorwürfe aus. Dabei ging es konkret um zwei Organverletzungen/Hohlorganperforationen, zwei falsche OP-Durchführungen, zwei Abszessbildungen/Infektionen/septische Verläufe, eine Blutung/Gefäßverletzung, eine Anastomosensuffizienz und einen nicht näher konkretisierten Tod nach Eingriff. Ebenso wurden in sechs Fällen Vorwürfe eines Unterlassens als vermutlich gerechtfertigt beurteilt. Hierbei handelte es sich um drei Fälle einer unterlassenen

Diagnostik/Therapie, zwei Fälle einer unterlassenen Medikation oder Operation und einen Fall einer verzögerten Diagnostik/Therapie. Weiter kam es bei fünf Verstorbenen vermutlich zu Therapie- und Diagnosefehlern. Darunter waren zwei Befundinterpretations- bzw. Befunderhebungsfehler, zwei Medikationsfehler sowie eine Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes.

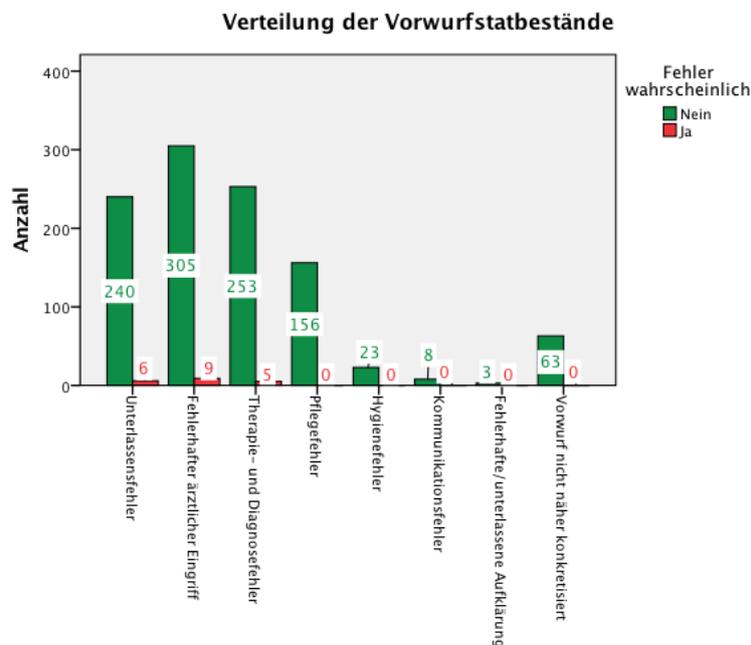


Abbildung 39: Vorwurfstatbestände bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern

4.10.5.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Insgesamt beinhalteten die zu Unrecht erhobenen Vorwürfe am häufigsten einen fehlerhaften ärztlichen Eingriff (28,9%), einen Therapie- und Diagnosefehler (23,3%), ein Unterlassen (20,6%) sowie einen Pflegefehler (16,8% aller ungerechtfertigter Vorwürfe).

Der höchste Anteil ungerechtfertigter Vorwürfe, gemessen an allen Vorwürfen dieser Art, fand sich bei Vorwürfen einer fehlerhaften oder unterlassenen Aufklärung (100%).

Darauf folgten nicht näher bezeichnete Vorwürfe (92,1%) sowie Vorwürfe eines Pflegefehlers (89,1%). Vorwürfe eines Kommunikationsfehlers wurden in 87,5% als ausgeschlossen oder unwahrscheinlich beurteilt, Vorwürfe bezüglich einer fehlerhaften Hygiene in 78,3%. Zu 76,1% unberechtigt waren Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe. Bei Therapie- und Diagnosefehlern wurden 74,8% der Vorwürfe als unwahrscheinlich oder ausgeschlossen beurteilt. Vorwürfe eines Unterlassens hatten mit 69,1% den geringsten Anteil ungerechtfertigter Vorwürfe.

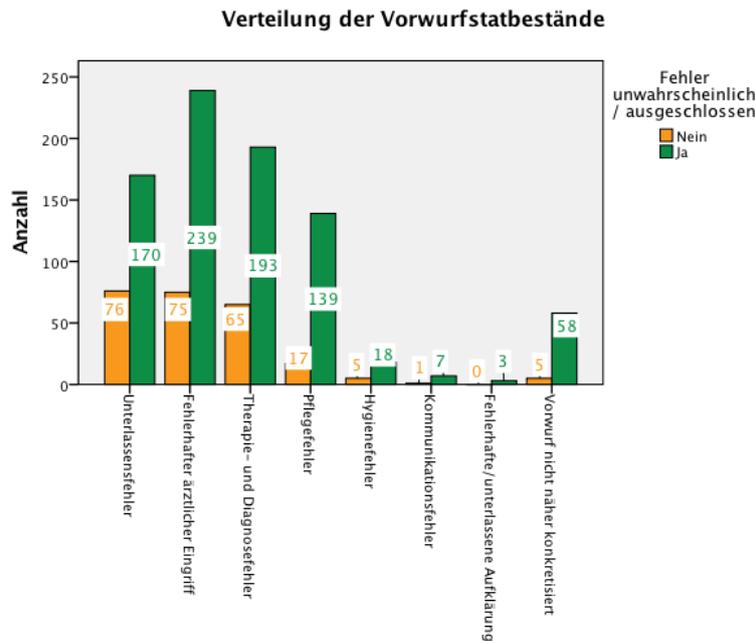


Abbildung 40: Vorwurfstatbestände bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern

4.10.6 Beschuldigte

4.10.6.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Die meisten wahrscheinlichen Fehler ließen sich bei Chirurgen und Allgemeinmedizinern nachweisen. Mit jeweils vier vermutlich gerechtfertigten Vorwürfen lag die Fehlerquote bei den beschuldigten Chirurgen bei 1,3%, bei den Allgemeinmedizinern bei 4,8%. Von den chirurgischen Fehlern waren zwei der Allgemein- und Viszeralchirurgie, einer der Gefäßchirurgie und ein weiterer der Orthopädie und Unfallchirurgie zuzuordnen. Vorwürfe gegen die Innere Medizin waren in drei Fällen vermutlich gerechtfertigt, hierbei kamen ein Fehler in der Nephrologie und zwei weitere in einem nicht-spezifizierten internistischen Bereich vor. Das stellt einen Anteil von 1,5% der Anschuldigungen gegen die Innere Medizin dar. Je zwei wahrscheinliche Fehler wurden bei Notärzten (11,8%) und Ärzten in der Notaufnahme (4,4%) gefunden. Die fünf übrigen vermutlich berechtigten Vorwürfe verteilten sich auf die Anästhesie (5,6%), die HNO (20%), die Intensivmedizin (4%), andere Arztgruppen (5,9%) sowie einen nicht näher bezeichneten ärztlichen Kollegen (1,7%). Bei Vorwürfen gegen Ophthalmologen, Dermatologen, Gynäkologen bzw. Geburtshelfer, Neurologen, Onkologen, Pädiater, Psychiater, Radiologen, Urologen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen (MKG) bzw. Zahnärzte, Ärzte des KV-Notdienstes sowie Pflege- bzw. Rettungsdienstmitarbeiter ließen sich keine wahrscheinlichen Fehler feststellen.

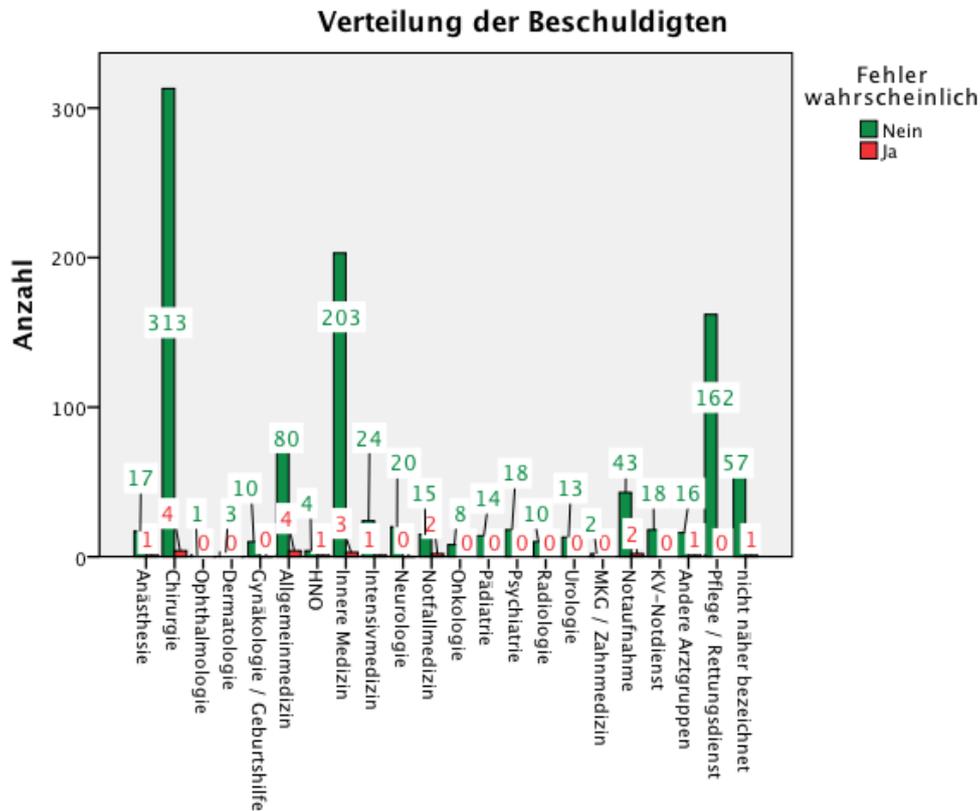


Abbildung 41: Verteilung der Beschuldigten bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern

4.10.6.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Ausschließlich unberechtigte Vorwürfe richteten sich an Ophthalmologen, Dermatologen und Onkologen. Vorwürfe gegen KV-Notdienstärzte (88,9%), andere Arztgruppen (88,2%), Pfleger (87,7%), Urologen (84,6%), Internisten (84%), Neurologen (80%) sowie Radiologen (80%) waren ebenfalls häufig nicht gerechtfertigt. Als unwahrscheinlich oder ausgeschlossen wurden weiter 77,6% der nicht näher bezeichneten, 73,8% der chirurgischen sowie 68% der intensivmedizinischen Vorwürfe beurteilt. Der Anteil unberechtigter Vorwürfe machte in der Allgemeinmedizin 67,9%, in der Notaufnahme 62,2%, in der Psychiatrie 61,1% und in der HNO 60% aller Vorwürfe aus. In der Pädiatrie (57,2%) sowie in der Anästhesie (50%) wurden weniger Vorwürfe als unwahrscheinlich oder ausgeschlossen beurteilt. Von allen zu Unrecht erhobenen Vorwürfen waren am häufigsten Chirurgen (37,8%), Internisten (24,5%) sowie Pflege- und Rettungsdienstmitarbeiter (19,6% von allen unberechtigten Vorwürfen) betroffen.

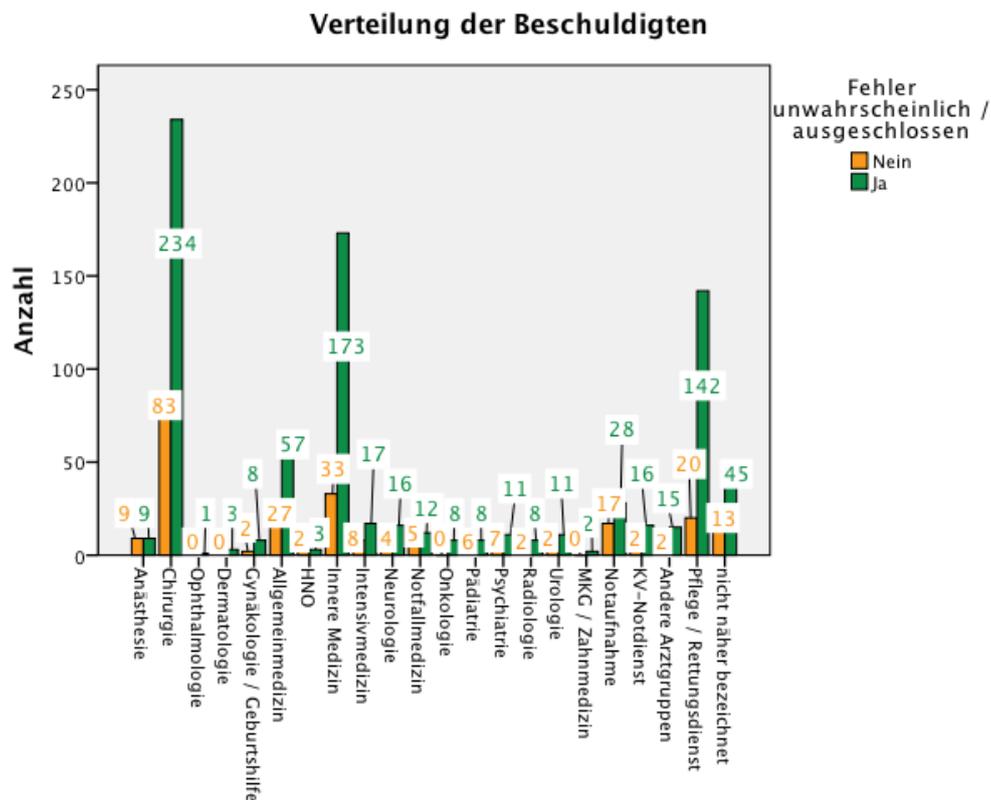


Abbildung 42: Verteilung der Beschuldigten bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern

4.10.7 Institution

4.10.7.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Mit 15 wahrscheinlichen Fehlern richteten sich drei Viertel der vermutlich gerechtfertigten Vorwürfe gegen im Krankenhaus tätige Ärzte. Dies entspricht einem Anteil von 2,0% der Vorwürfe gegen diese Institution. Im niedergelassenen Bereich kamen vier wahrscheinliche Fehler vor, die Fehlerquote ist 3,0%. Schließlich wurde auch ein wahrscheinlicher Fehler begangen, bei dem die Institution nicht den häufig genannten entsprach. Hier betrug die Fehlerquote 4%. Vermutlich berechtigte Vorwürfe gegen stationäre Pflegekräfte, ein Pflegeheim, einen ambulanten Pflegedienst sowie gegen eine nicht näher bezeichnete Institution kamen nicht vor.

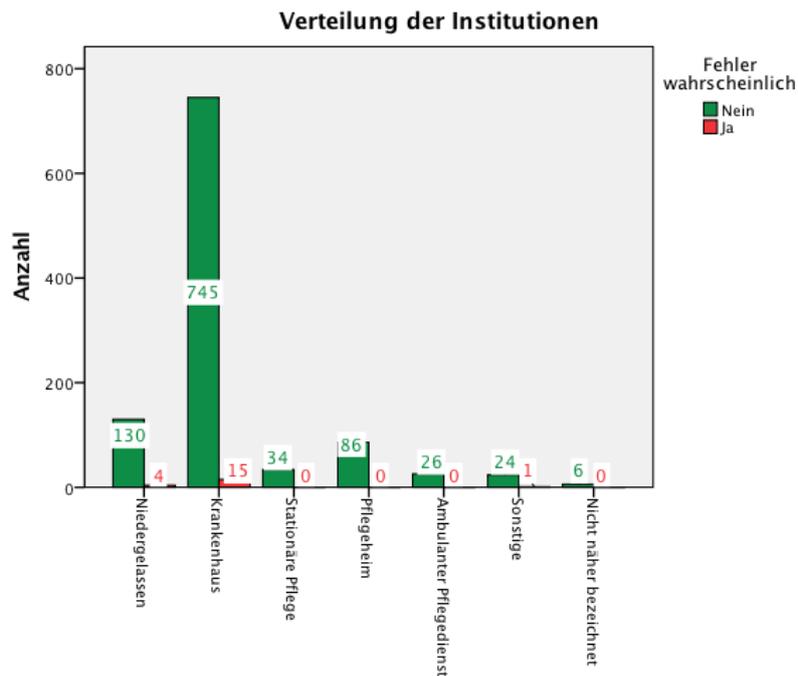


Abbildung 43: Verteilung der Institution bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern

4.10.7.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Die meisten ungerechtfertigten Vorwürfe richteten sich gegen Beschäftigte im Krankenhaus, niedergelassene Ärzte sowie Beschäftigte in Pflegeheimen. Die höchsten Anteile unberechtigter Vorwürfe an den Gesamtvorwürfen gegen diese Institution fanden sich bei ambulanten Pflegediensten (96,2%), in stationärer Pflege (91,2%) und in Pflegeheimen (88,4%). Auch nicht näher bezeichnete Vorwürfe wurden häufig als unwahrscheinlich oder ausgeschlossen beurteilt (83,3%). In Krankenhäusern war der Anteil der ungerechtfertigten Vorwürfe 75,7%, in Niederlassungen 72,4%. Sonstige beschuldigte Institutionen erhielten zu 72% unberechtigte Vorwürfe.

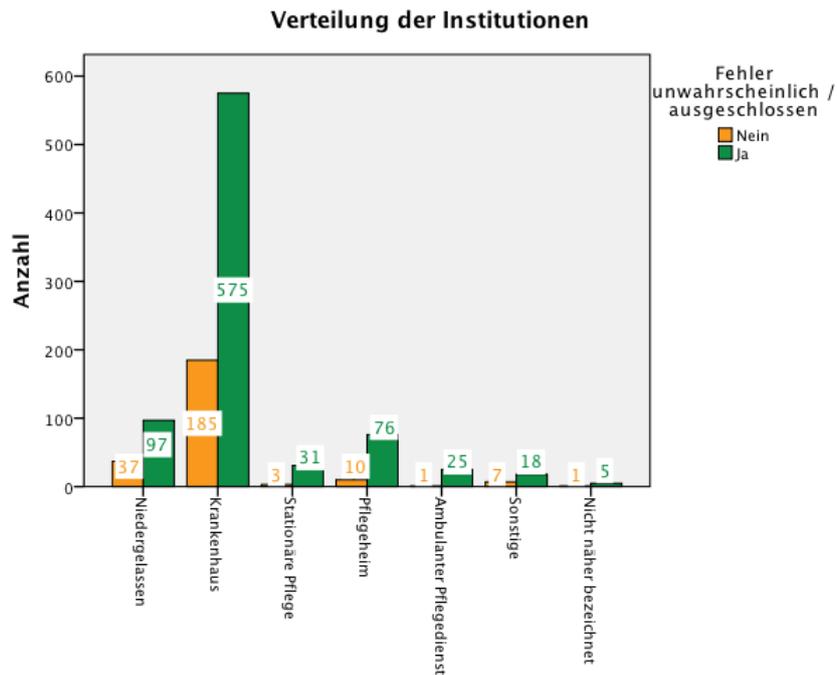


Abbildung 44: Verteilung der Institution bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern

4.10.8 Patientenwille

4.10.8.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

In 85% der wahrscheinlichen Fehler lag weder eine Patientenverfügung vor, noch war eine andersgeartete Äußerung durch den Verstorbenen bekannt. Bei zwei Verstorbenen (10%) lag eine Patientenverfügung vor. In einem Fall entschieden sich die Angehörigen im mutmaßlichen Patientenwillen (5%).

4.10.8.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Von den Verstorbenen, bei denen kein Fehler begangen wurde, war in 90,8% keine Patientenverfügung oder ein Patientenwille bekannt. Bei 2,1% dieser Verstorbenen lag eine Patientenverfügung vor. In 4,5% der Fälle mit einem ungerechtfertigten Vorwurf äußerten die Patienten einen Willen nonverbal oder ablehnend, in 2,3% entschieden die Angehörigen im mutmaßlichen Patientenwillen gegen eine Intensivierung der medizinischen Maßnahmen.

4.10.9 Rolle der Angehörigen

4.10.9.1 Vorwurf vermutlich gerechtfertigt

Bei elf der 20 wahrscheinlichen Fehler waren keine Angehörigen oder deren Aussagen bekannt (55%). In einem Fall wurde auch auf Nachfrage kein Vorwurf erhoben (5%). Acht der 20 Vorwürfe (40%) gingen explizit von Angehörigen aus.

4.10.9.2 Vorwurf ungerechtfertigt

Bei den unberechtigten Vorwürfen waren in 57% keine Angehörigen oder Aussagen dieser bekannt. In 33,5% wurde ein expliziter Vorwurf durch Angehörige erhoben. Kein Vorwurf auf Nachfrage erfolgte in 5,4% der ungerechtfertigten Vorwürfe. Weiter wurden in diesen Fällen indirekte Vorwürfe (3,0%) angegeben. Selten gab unberechtigte Vorwürfe trotz gleichzeitiger Ablehnung empfohlener Therapien (0,7%) sowie bei Angehörigen, die bezüglich eines Behandlungsfehlervorwurfs uneinig waren (0,4%).

4.11 Empfehlung zu Fachgutachten

Die Empfehlung eines zusätzlichen Fachgutachtens betraf insgesamt 28% der Fälle (n=300). Darunter waren vor allem solche Fälle, in denen der Gutachter den Fehler in der abschließenden rechtsmedizinischen Beurteilung für möglich oder wahrscheinlich hielt. In manchen Fällen wurde auch bei einem unwahrscheinlichen Fehler zum sicheren Ausschluss eines solchen ein zusätzliches Gutachten empfohlen.

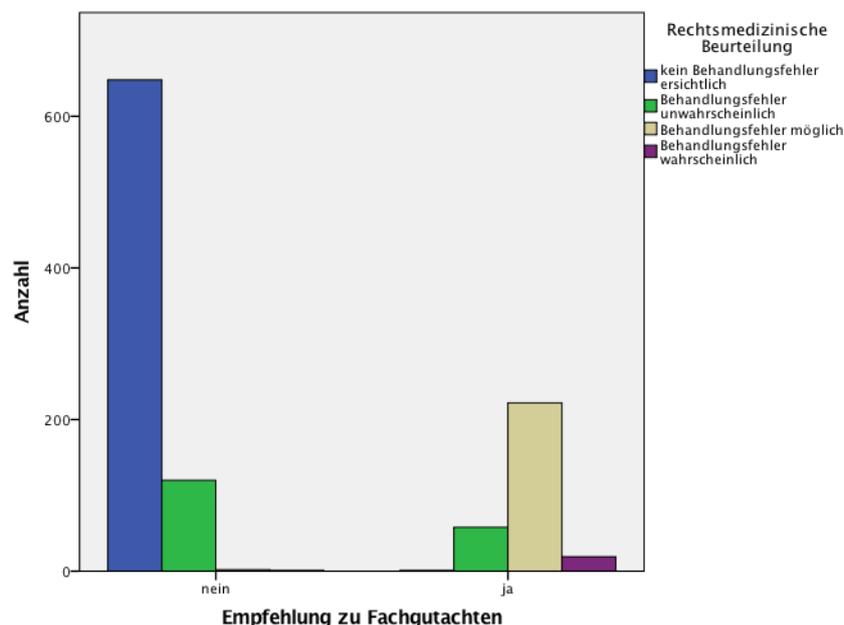


Abbildung 45: Empfehlung zum Fachgutachten je nach rechtsmedizinischer Beurteilung

5 Kasuistik

5.1 Fall 1 (2011)

Während einer Brustvergrößerungsoperation in einer ambulanten Klinik trat bei einer 23-jährigen Patientin ohne bekannte Vorerkrankungen ein Herzstillstand auf. Nach Angaben der Anästhesistin setzte sie, sobald sie dieses festgestellt hatte, unmittelbar einen Notruf ab und begann gemeinsam mit dem Operateur die Reanimation. Bei Eintreffen des Notarztes bestanden bei stabilisiertem Kreislauf bereits lichtstarre Pupillen, fehlende Reaktionen auf Manipulation und keinerlei Hirnstammreflexe, sodass dieser eine deutlich verzögerte Reanimation durch die Anästhesistin vermutete. Im Rahmen der Ermittlungen ergaben sich unter anderem in Rücksprache mit der Feuerwehr Unstimmigkeiten über den Zeitpunkt des Notrufs sowie den Beginn der Reanimation: so ging der Notruf bei der Feuerwehr etwa 45 Minuten später ein, als die Anästhesistin behauptet hatte. Die Patientin verstarb neun Tage später auf der Intensivstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf an einem hypoxischen Hirnschaden. Nach rechtsmedizinischer Untersuchung galt ein Fehler der Beschuldigten als **wahrscheinlich**, sodass weitere Fachgutachten zur Bestätigung empfohlen wurden. Die zuständige Anästhesistin wurde zwei Jahre später vom Landgericht wegen fahrlässiger Tötung zu einer Haftstrafe von 14 Monaten auf Bewährung verurteilt; der Witwer der Verstorbenen erhielt im Jahr 2016 eine Schadensersatzzahlung im Bereich mehrerer Hunderttausend Euro.

5.2 Fall 2 (2015)

Ein chronisch herz- und niereninsuffizienter 80-jähriger Patient wurde aufgrund einer Dyspnoe zunächst peripher stationär und anschließend wegen steigender Infektparameter auch intensivmedizinisch behandelt. Bei Verdacht auf eine abdominelle Ischämie erfolgte eine explorative Laparotomie, in der sich jedoch kein pathologischer Befund zeigte. Postoperativ kam es zunächst zu einer Verbesserung des Allgemeinzustandes. Im weiteren Verlauf entwickelte sich ein Lungenödem, das folglich mit einem Dialyseverfahren therapiert werden musste. Eine ärztlich empfohlene zweite Operation wurde vom Sohn des Patienten abgelehnt. Der Patient verstarb schließlich an einer Pneumonie bei chronischer Stauungslunge und kleinen Lungenembolien bei chronischer Herzinsuffizienz. Der Sohn des Verstorbenen erhob mehrere Vorwürfe gegen die behandelnden Ärzte. Diese beinhalteten konkret eine Fehlbehandlung bezüglich der Operation, eine bewusste Missachtung und Verleugnung

der Schmerzen des Patienten durch die behandelnden Ärzte und Pfleger in Verbindung mit einer unterlassenen Medikation, sowie eine falsche Applikation der verabreichten Medikamente. Das rechtsmedizinische Gutachten beschrieb nach Obduktion einen schwer vorerkrankten Mann mit einem „allzeit versagensbereitem Herzen“, der auch ohne die genannten Umstände jederzeit hätte versterben können. Hinweise auf eine Bestätigung von einem der genannten Behandlungsfehlervorwürfe fanden sich **nicht**.

5.3 Fall 3 (2015)

Im Rahmen einer Pneumektomie bei einem bekannten Bronchialkarzinom entwickelte sich bei einem 71-jährigen Patienten postoperativ eine Lungenarterienembolie. Hierbei kam es zu einem Rechtsherzversagen, an dem der Patient schließlich verstarb. Nebenfundlich bestanden eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung sowie eine chronisch-lymphatische Leukämie (CLL). Ferner wurde durch eine Punktion bestehender Pleuraergüsse eine Milzverletzung verursacht, auf die ärztlicherseits mit einer Splenektomie reagiert wurde. Die Ermittlungsbehörden erhoben den Verdacht eines tödlichen Behandlungsfehlers aufgrund der Milzblutung nach Pleurapunktion, eine diesbezügliche Äußerung von Angehörigen war nicht bekannt. Aus rechtsmedizinischer Sicht handelte es sich bei dem Verstorbenen um einen schwerstkranken Mann, der bereits mit lebensbedrohlichen Erkrankungen aufgenommen wurde. Ob auf die aufgetretene Komplikation der indizierten ärztlichen Maßnahme zeitgerecht reagiert wurde, ließ sich allein aufgrund der Obduktionsbefunde nicht sicher nachvollziehen. Ein signifikant längeres Überleben wäre jedoch auch bei einer vollständig zeitgerechten Reaktion sehr unwahrscheinlich gewesen, sodass ein Behandlungsfehler letztlich als **unwahrscheinlich** beurteilt wurde.

5.4 Fall 4 (2016)

Die Ehefrau eines 82-jährigen Mannes rief eines Abends einen Notarzt in die gemeinsame Wohnung, da sich der schwerwiegend an Parkinson und Asthma erkrankte Patient in einem sehr schlechten Zustand befand. Die Behandlung fand vor Ort statt, eine Krankenhauseinweisung erfolgte entgegen dem Wunsch der Ehefrau nicht. Einen Tag später verständigte die Ehefrau auch den Hausarzt, der ebenfalls keine Krankenhauseinweisung ausstellte. Am darauffolgenden Morgen wurde der Patient vom Pflegedienst tot in seinem Bett aufgefunden. Auf Nachfrage der Polizei gab die Ehefrau keine Vorwürfe an, obwohl sie eine Krankenhauseinweisung durch einen der beiden

Ärzte für sinnvoll erachtet hätte. Die Ermittlungsbehörden sahen den Tod allerdings in einem Zusammenhang mit möglichen Behandlungsfehlern im Sinne unterlassener Krankenhauseinweisungen durch den Notarzt sowie durch den Hausarzt. Nach der Obduktion ließ sich eine Mageninhaltsaspiration als Todesursache feststellen. Behandlungsbedürftige Erkrankungen, die eine Krankenhauseinweisung notwendig gemacht hätten, fanden sich nicht. Somit ergab sich **kein** Anhalt für einen Behandlungsfehler.

5.5 Fall 5 (2017)

Ein 58-jähriger Patient befand sich aufgrund von Depressionen in einer mehrwöchigen stationären psychiatrischen Therapie. Suizidabsichten wurden durch den Patienten in den Therapiesitzungen auf Nachfrage wiederholt verneint, sodass er die Klinik für das Wochenende verlassen und nach Hause fahren durfte. Am Sonntagabend kehrte der Patient jedoch – entgegen der Vereinbarung – nicht auf die Station zurück. Nach der Verständigung der Polizei und Feuerwehr wurde die Wohnung des Mannes aufgesucht. Der Verstorbene fand sich leblos und mit einer Schnittverletzung im Bereich einer Arterie am linken Handgelenk in der Badewanne liegend. Durch die Ermittlungsbehörden wurde ein zum Tode führender Behandlungsfehler im Sinne einer Fehleinschätzung der Suizidalität des Patienten durch die behandelnden Psychiater vermutet. Die rechtsmedizinische Untersuchung allein konnte die Todesursache nicht abschließend klären, neben der Arterienverletzung fanden sich Hinweise auf eine letale Intoxikation. Bei einer fehlenden Äußerung von Suizidabsichten durch den Verstorbenen bestand laut Gutachten **kein** Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Therapie und dem Tod des Mannes im Sinne eines Behandlungsfehlers.

5.6 Fall 6 (2016)

Eine Familie war mit ihren Kindern bei einer befreundeten Familie zum Grillen eingeladen. Der fünfjährige, gesunde Sohn aß gemeinsam mit den anderen, fuhr Fahrrad und spielte im Garten. Wieder zu Hause angekommen, beklagte der Junge seiner Mutter gegenüber eine Atemnot. Unmittelbar darauffolgend kollabierte er. Nachdem die Mutter das Kind auf die Straße getragen hatte, erfolgte durch einen in der Nachbarschaft wohnenden Arzt eine sofortige Reanimation. Diese wurde durch den eintreffenden Rettungsdienst auch während des Transports in das Universitätsklinikum fortgeführt. In der Notaufnahme starb der Junge. Seitens der Ermittlungsbehörden wurde ein nicht

näher bezeichneter Behandlungsfehler vermutet, sodass eine Obduktion in Auftrag gegeben wurde. Hier konnte die Todesursache nicht abschließend geklärt werden. Hinweise auf einen Asthmaanfall im Rahmen der durch die Mutter geäußerten Erdnussallergie waren nicht eindeutig. Bei weiter bestehender Unklarheit über die genauen Todesumstände konnte das rechtsmedizinische Gutachten die Frage eines Behandlungsfehlers **weder** bestätigen **noch** verneinen. Weitere Fachgutachten, wie eine Blutuntersuchung auf Immunglobuline und histologische Untersuchungen der Organe wurden empfohlen.

5.7 Fall 7 (2014)

Eine 79-jährige Frau wurde am letzten Tag ihres Aufenthalts in einer Kurzzeitpflege tot in ihrem Bett aufgefunden. Der Grund für den Aufenthalt der Patientin war eine Unterlidplastik nach Entfernung eines Plattenepithelkarzinoms der Konjunktiva. Sie war stark kachektisch und litt außerdem an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sowie an einer Demenz. In der Todesbescheinigung wurde ein natürlicher Tod angegeben. Von Seiten der Polizei lagen keine Hinweise auf eine mögliche Fremdeinwirkung vor. 3 Wochen später erschien die Tochter der Verstorbenen auf dem Polizeikommissariat, um Vorwürfen gegen das Pflegeheim zu erheben. Konkret beinhalteten diese eine falsche Medikation sowie darüber hinaus ein absichtliches Verschießen der Atemwege durch das Zuhalten der Nase der Patientin. Als Ursache hierfür gab sie an, dass ihre Mutter dem Sozialamt zu teuer geworden wäre. In der Obduktion ließ sich ein rezidivierender Herzinfarkt bei hochgradiger Koronarsklerose als Todesursache feststellen. Es ergaben sich weder Hinweise auf einen Medikationsfehler noch auf einen Pflegefehler, insbesondere waren keine Anzeichen eines Zuhaltens der Nase sichtbar. Ein Behandlungsfehler wurde **ausgeschlossen**.

5.8 Fall 8 (2008)

Aufgrund von Rückenschmerzen wurde eine 68-jährige Frau ins Krankenhaus eingeliefert. In der dort vorgenommenen computertomografischen Untersuchung des Thorax zeigte sich ein Lungenödem sowie eine frische Fraktur im Bereich der Wirbelsäule. Die Patientin wurde zur operativen Versorgung der Wirbelkörperfraktur stationär aufgenommen. Wegen starker Schmerzen erhielt sie bis zur geplanten Operation mittelgradig dosierte Analgetika. Am folgenden Tag wurde die Patientin tot

in ihrem Bett aufgefunden; in der Todesbescheinigung wurde der Verdacht einer Lungenembolie als Todesursache angegeben.

Auf Nachfrage der Polizei erhoben die Angehörigen keinen konkreten Vorwurf. Sie gaben jedoch ein komisches Gefühl an, da die Verstorbene gewirkt habe, als ob sie unter Drogen gestanden habe. Von Seiten der Polizei wurde daraufhin eine Falschbehandlung im Sinne einer Medikamentenüberdosierung durch die behandelnden Unfallchirurgen vermutet. Gemäß dem Sektionsergebnis trat der Tod infolge wiederholter Herzinfarkte ein. Anhaltspunkte für einen Medikationsfehler oder eine andere ärztliche Fehlbehandlung ergaben sich **nicht**.

5.9 Fall 9 (2012)

Ein 81-jähriger, leicht adipöser Mann verschluckte sich an Bord eines Kreuzfahrtschiffes beim Essen an einem Stück Fleisch. Er wurde daraufhin auf dem Schiff von dem verantwortlichen Notarzt intubiert und künstlich beatmet, bis am nächsten Tag nach dem Eintreffen im Hamburger Hafen ein Transport in ein Krankenhaus erfolgen konnte. Neun Tage später verstarb der Patient dort an einem hypoxischen Hirnschaden nach ursprünglicher Bolusaspiration. Der Sohn und die Tochter des Verstorbenen äußerten gegenüber der Polizei den Verdacht eines Behandlungsfehlers, da der auf dem Schiff zuständige Notarzt eine falsche Diagnose gestellt habe. Statt des verschluckten Fleischstücks habe dieser vielmehr einen vermuteten Herzinfarkt behandelt, weshalb ihr Vater schließlich verstorben sei. In der rechtsmedizinischen Untersuchung konnte die klinisch diagnostizierte Todesursache bestätigt werden. Zum Vorliegen eines **möglichen** Behandlungsfehlers konnten die Gutachter hier keine Aussage treffen, da zur Fremdkörpereinatmung sowie zu den unmittelbar und im Verlauf getroffenen Maßnahmen keine ausreichenden Informationen vorlagen. Ein klinisches Fachgutachten zur weiteren Klärung wurde empfohlen.

5.10 Fall 10 (2013)

Wegen eines nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms wurde ein 74-jähriger Mann am rechten Lungenoberlappen und linken Lungenunterlappen biopsiert. Infolge der Punktion entwickelte sich ein Pneumothorax auf der rechten Seite. Eine unmittelbare Sauerstoffgabe führte zur Besserung, sodass eine Drainage nicht notwendig erschien. Neben dem Bronchialkarzinom litt der Patient außerdem an einer

chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer ausgeprägten koronaren Herzkrankheit (KHK), einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), einer Karotisstenose, einem arteriellen Hypertonus sowie einer Hyperlipidämie. Den für das Karzinom und die COPD vermutlich mitausschlaggebenden Nikotinkonsum führte der Patient auch während der Therapie fort. Man entschied sich deshalb trotz der medizinischen Indikation gegen die risikoreiche operative Tumorentfernung; stattdessen wurde eine Bestrahlung der Lunge als weitere ambulante Therapie geplant. Der Patient wurde in einem stabilen Zustand aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen. Am darauffolgenden Tag wurde er dort leblos in einem Sessel sitzend von seinem Sohn aufgefunden. Neben dem Verstorbenen fanden sich mehrere Zettel, auf denen der Patient darum bat, ihn liegen zu lassen und keine ärztliche Hilfe zu holen, da er nicht mehr könne und keine Luft bekäme. Der Sohn erhob Vorwürfe gegen die ärztliche Behandlung im Krankenhaus. Konkret warf er den behandelnden Ärzten vor, den Verstorbenen in einem schlechten gesundheitlichen Zustand entlassen zu haben. Weiter habe der Pneumothorax zu der Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt, infolgedessen sein Vater schließlich verstarb. Die rechtsmedizinische Prüfung fand ein infektiös-toxisches Herz-Kreislauf-Versagen bei Pneumonie in der Umgebung von multiplen Tumorknoten im Lungengewebe als Ursache des Versterbens. Hinweise auf einen Behandlungsfehler ergaben sich **nicht**, der Tod trat infolge einer inneren Ursache ein.

6 Diskussion

6.1 Zunahme der Vorwürfe

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lässt sich in erster Linie ableiten, dass die Vorwürfe letaler Behandlungsfehler in den untersuchten Jahren deutlich zugenommen haben (vgl. Abb. 1). So kam es in der Zeit zwischen 2007 und 2013 zu einer Steigerung der Vorwürfe um etwa 100% (von 41 auf 85 Fälle). In den darauffolgenden Jahren nahmen die Zahlen noch deutlicher zu: 2014 fand sich eine Steigerung der Vorwürfe auf das 2,65-fache (n=109), 2015 auf das 3,8-fache (n=156). 2016 stieg diese Zahl mit 210 Fällen sogar auf das 5,21-fache der Daten aus dem Jahr 2007 an. Der Anteil der Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs ergab somit über 14% der Gesamtabduktionszahl des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorfs im Jahr 2016 (vgl. Abb. 2). Im Jahr 2017 kam es im Vergleich zum Vorjahr zu einem leichten Rückgang der Zahlen (n=168). Bezogen auf das Ausgangsjahr 2007 ließ sich hier eine Zunahme auf das 4,09-fache der Behandlungsfehlervorwürfe aus 2007 beobachten (etwa 12% der Gesamtabduktionen in diesem Jahr). Dies deckt sich mit den Zahlen der Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, die in ihrem Bericht über Behandlungsfehlervorwürfe 2017 ebenfalls einen im Vergleich zu den Vorjahren leichten Rückgang der gestellten Anträge dokumentierte (Bundesärztekammer 2017b).

Damit bestätigen diese Zahlen die Ergebnisse vorheriger Untersuchungen. Auch Preuß et al. fanden in ihrer bundesweiten Multicenterstudie eine Verdopplung der Vorwürfe von 1990 bis 2000 (Preuß, Dettmeyer et al. 2006). Insbesondere auch am Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg zeichnete sich dabei bereits ein nahezu linearer Anstieg ab. Bei Betrachtung der Hamburger Daten dieser Untersuchung fällt außerdem auf, dass es trotz einer insgesamt steigenden Fallzahl im Jahr 1997 zu einem leichten Rückgang der Fälle kam. Analog zu diesen Zahlen könnte auch der Rückgang der Fallzahlen in 2017 betrachtet werden, sodass hier im Gesamtzusammenhang nicht unmittelbar davon auszugehen ist, dass die Vorwurfszahlen in den nächsten Jahren sinken werden. Die Daten der Bundesärztekammer weisen allerdings auf einen tatsächlichen Rückgang der Fälle hin, da nach den 2017 gesunkenen Antragszahlen im Jahr 2018 eine weitere Abnahme der Fälle wahrgenommen wurde (Bundesärztekammer 2018b). Zu bedenken gilt jedoch, dass es sich bei den Daten der Bundesärztekammer

nicht um Behandlungsfehlervorwürfe letaler Ereignisse handelte und hierbei deshalb nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit vorliegt.

Eine steigende Entwicklung von Behandlungsfehlervorwürfen fanden Janssen und Püschel bereits 1998 in ihrer Publikation zur Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (Janssen und Püschel 1998). Zu einer ähnlichen Erkenntnis gelangten ebenfalls Dettmeyer und Madea, die arztstrafrechtliche Gutachten von 1989 bis 1998 untersuchten (Dettmeyer und Madea 1999). Zu diesem Ergebnis kamen auch Büter 2010, der Behandlungsfehlervorwürfe zwischen 2002 und 2006 am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf untersuchte (Büter 2010) sowie Heinig 2015, die dazu eine Analyse am Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald in den Jahren von 1996 bis 2008 durchführte (Heinig 2015).

Insgesamt zeigte sich also, mit kleinen Ausnahmen einzelner Jahrgänge, ein seit 1985 stetig steigender Verlauf von letalen Behandlungsfehlervorwürfen. Die Gründe für diese Zunahme der Vorwürfe können vielfältig sein.

Die naheliegendste Ursache wäre eine entsprechend den Behandlungsfehlervorwürfen steigende Zahl von Behandlungsfehlern. Dagegen spricht allerdings, dass die vermutlichen Behandlungsfehler, die in dieser Untersuchung gefunden wurden, keinen eindeutigen zeitlichen Verlauf aufwiesen (vgl. Abb. 33). Zwar fanden sich in 2015 und 2016 im Vergleich zu den Vorjahren die meisten vermutlich berechtigten Vorwürfe, 2017 traten allerdings bei mehr Vorwürfen als 2015 keine wahrscheinlichen Fehler auf. Ein solcher Zusammenhang kann deshalb zumindest aus den hier vorliegenden Ergebnissen nicht geschlossen werden. Auch der Jahresvergleich der Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer zeigt eher einen variablen Verlauf der Fehlerquoten als eine steigende Tendenz (Fricke 2019). Ebenso kommt die Anschlussstudie der Untersuchung von Preuß et al. zu dem Ergebnis, dass die Zunahme letaler Behandlungsfehlervorwürfe nicht mit einer vermehrten Zahl an Behandlungsfehlern einhergeht (Schmitz, Preuss et al. 2009).

Denkbar wäre vielmehr, dass sich durch eine starke öffentliche Diskussion das Vorhandensein von Behandlungsfehlern in den letzten Jahren stärker in die Gedanken der Patienten und Angehörigen gedrängt hat. In den Vereinigten Staaten von Amerika werben Anwälte regelmäßig öffentlich für Behandlungsfehlerklagen (bspw. Whitehardt 2013). Im Gegensatz dazu findet dieses Thema in Deutschland bisher vergleichsweise wenig statt, was vermutlich auch an den unterschiedlichen Rechtssystemen liegt.

Dennoch sind auch hier in den letzten Jahren gehäuft kritische und zum Teil unsachgemäße, polemische Berichterstattungen veröffentlicht worden (Ollenschläger 2004, Köbberling 2016).

Das Bewusstsein für Fehler in der Medizin in Deutschland gelangte um den Beginn der 2000er Jahre nochmals stärker in den Fokus des öffentlichen Interesses, als eine Studie aus den Vereinigten Staaten von Amerika über unerwünschte vermeidbare Ereignisse berichtete (Kohn, Corrigan et al. 2000). In Folge dessen gerieten zunehmend auch Fehlervermeidungs- und Bearbeitungsstrategien ins Zentrum der Aufmerksamkeit. 2005 erfolgte die Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., das sich aus verschiedenen bereits bestehenden Initiativen zusammenschloss und sich insbesondere die Entwicklung von Sicherheitskonzepten und Präventionsvermittlung zum Ziel setzte (Heinig 2015). Zwei Jahre später folgte die Veröffentlichung einer allgemeinen Handlungsempfehlung zur Einführung des Fehlerberichterstattungssystems Critical Incident Reporting System (CIRS) in Krankenhäusern (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007). Damit sollte ein standardisiertes, anonymes Procedere zum Umgang mit Fehlern entstehen, um eine Fehlerkultur zu etablieren und eine höhere Qualitätsstufe zu erreichen.

Schließlich reagierte auch die Bundesregierung mit der Einführung des Behandlungsvertrages im Patientenrechtegesetz, das am 26. Februar 2013 in Kraft trat und bis heute unverändert gilt (Bundesregierung 2013). In diesem Gesetz wurden mehrere Änderungen festgehalten, die den Patienten mehr auf eine Ebene mit dem Behandler bringen sollten. Der Behandlungsvertrag beinhaltet etwa eine Informationspflicht des Arztes gegenüber seinem Patienten hinsichtlich der Diagnose, Prognose, Therapie, nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen sowie der Kosten und Übernahme der Behandlung. Weiter regelt das Gesetz auch die Aufklärung und Einwilligung der Patienten, die Dokumentation aller für die Behandlung wesentlicher Maßnahmen und deren Ergebnisse in der Patientenakte sowie die Einsichtnahme der Patienten in ebendiese. Bei Versterben der Patienten gilt diese Informationspflicht außerdem gegenüber Erben und Angehörigen. Letztlich wurde zudem die Beweislast bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler neu geregelt (§630a-h BGB). Der zeitliche Zusammenhang zwischen der Einführung des Behandlungsvertrages 2013 und dem starken Anstieg der Behandlungsfehlervorwürfe ab 2014 könnte darauf hindeuten, dass das allgemeine Bewusstsein für das mögliche Vorliegen eines Behandlungsfehlers durch dieses neu eingeführte Gesetz noch einmal deutlich gesteigert

wurde. Zu dieser Schlussfolgerung gelangt auch der Bericht zur Jahresstatistik der Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft 2016, der ebenfalls eine seit Jahren stetige Zunahme der Gutachten bei nur leichten Schwankungen der tatsächlichen Behandlungsfehler beschreibt (Becker, Hofmann et al. 2017).

Zur Zunahme der Vorwürfe wird vermutlich auch die Steigerung der Behandlungsfälle in den letzten Jahren beigetragen haben. So kam es beispielsweise 2016 zu 19,5 Millionen stationären Behandlungsfällen, im Vergleich zu 2006 eine Steigerung um mehr als 2,5 Millionen (Statistisches Bundesamt 2018). Auch die Zahlen ambulanter Behandlungsfälle wachsen seit Jahren stetig an (Barmer 2019).

Betrachtet man die Entwicklung der Vorwürfe aufgeteilt nach den Vorwurferhebern, so wird deutlich, dass Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden in ähnlichem Maße gestiegen sind wie solche durch Angehörige (vgl. Abb. 14). Der starke Anstieg der Vorwürfe von Angehörigen entwickelte sich allerdings bereits ab 2012, während Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden in den Jahren bis 2014 jeweils leicht anstiegen und erst danach massiv zunahmten. Der neu eingeführte Behandlungsvertrag könnte somit insbesondere die Ermittlungsbehörden für dieses Thema sensibilisiert haben. Die stetig steigenden Vorwürfe von Angehörigen könnten dahingegen eher mit der beschriebenen, insgesamt stärkeren öffentlichen Wahrnehmung von Behandlungsfehlern zusammenhängen. Der hessische Ärztekammerpräsident Edgar Pinkowski kommt bei seit einigen Jahren unverändert hohen Behandlungsfehlervorwürfen zu der Schlussfolgerung, dass Patienten sich sehr umfassend mit ihren Rechten auseinandersetzen und gut über die Möglichkeiten der Verfolgung eines möglichen Fehlers informiert sind (Landesärztekammer Hessen 2019). Denkbar wäre, dass ein flächendeckendes Bewusstsein der Möglichkeiten rechtlicher Schritte sowie erleichterte Wege dorthin die Schwelle für die Erhebung eines Vorwurfs gesenkt haben. Dieses könnte bedingt haben, dass sowohl Angehörige als auch Ermittlungsbehörden schon bei einem geringen Verdacht in Abwesenheit medizinischer Fachkenntnis leichter zur Erhebung eines Behandlungsfehlervorwurfs tendieren, wenngleich dieses für das Personal von außen oft wenig nachvollziehbar erscheint. Hinzu kommt, dass medizinische Fachinformationen immer einfacher öffentlich zugänglich werden und Patienten und Angehörige sich somit vor, während und nach einer Behandlung umfassend informieren können (Brünner 2009). Möglicherweise begünstigt dieser Umstand unter anderem auch die Entstehung von Missverständnissen und Interessenkonflikten, da die Informationsvielfalt – gegebenenfalls auch auf falschen Informationen beruhend – von medizinischen Laien

nicht immer richtig eingeordnet werden und so in der Folge zu Verwirrungen führen kann (Ramsthaler und Schmidt 2013). Auch eine italienische Studie kommt zu dem Schluss, dass der hohen Zahl von Behandlungsfehlervorwürfen eine steigende Erwartungshaltung von Patienten an Gesundheitsdienstleistungen zugrunde liegt (Bonetti, Cirillo et al. 2016). Diese entstände den Autoren nach vor allem durch ein steigendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sowie durch einen vereinfachten Zugriff auf Gesundheitsdaten.

Ebenso könnte die steigende Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen zu der Zunahme der Vorwürfe beigetragen haben (Katzenmeier 2002). Obwohl die Wahrnehmung der „Halbgötter in Weiß“ in den letzten Jahren bereits abgenommen hat (Protschka 2012), stellen Patienten, Angehörige und andere Beteiligte noch immer sehr hohe Ansprüche an Mediziner (Wu 2000). Dass Menschen sterben, können jedoch auch Ärzte nicht immer vermeiden. Dabei entsteht im medizinischen Arbeitsalltag häufig eine Diskrepanz zwischen dem, was die Patienten erwarten und dem, was die Medizin leisten kann (Köbberling 2016).

Vorwürfe anderer Beteiligter unterlagen in der untersuchten Zeit einer stärkeren Schwankung, sodass bei der insgesamt geringen Zahl dieser Vorwürfe (42 Fälle über 11 Jahre, vgl. Abb. 14) trotz eines Maximums im Jahr 2017 keine steigende Tendenz abgeleitet werden kann.

6.2 Alter

Das durchschnittliche Alter der Verstorbenen betrug 69,06 Jahre, wobei Männer mit 66,02 Jahren im Durchschnitt etwa 6 Jahre früher starben als Frauen mit 72,29 Jahren. Laut dem statistischen Bundesamt beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung in der vergleichbaren Altersgruppe 66,55 Jahre (Statistisches Bundesamt 2016). Auch diese Angaben variieren für Männer (64,6 Jahre) und Frauen (68,5 Jahre). Damit haben die Patienten dieser Untersuchung ihre Lebenserwartung sogar überlebt. Das ist deshalb überraschend, da man davon ausgehen kann, dass die eingeschlossenen Personen insgesamt eine im Gegensatz zu der Vergleichsgruppe eher geringere Lebenserwartung haben. Ein Behandlungsfehler setzt eine Behandlung voraus, weshalb bei allen Personen eine vermutlich behandlungspflichtige, möglicherweise die Lebenserwartung einschränkende Erkrankung vorgelegen haben muss. Patienten, bei denen der Behandlungsfehlervorwurf vermutlich berechtigt war, waren beim Versterben

durchschnittlich 64,5 Jahre alt und lagen damit unter der durchschnittlichen Lebenserwartung ihrer Altersgruppe. Im Gegensatz dazu betrug das Sterbealter der Patienten, bei denen der Vorwurf nicht gerechtfertigt war, im Durchschnitt 70,55 Jahre. 6,3% der Verstorbenen (n=68) erreichten ein Alter von 90 – 101 Jahren und werden hier somit als hochbetagt betrachtet. Lediglich bei einer Person davon lag ein wahrscheinlicher Fehler vor. 2,1% der Verstorbenen waren Kinder (n=23) im Alter von 0 – 13 Jahren. Ein wahrscheinlicher Fehler trat ebenfalls bei einem verstorbenen Kind auf. Dabei ist zusätzlich anzumerken, dass bei etwa der Hälfte der Kinder eine abschließende Beurteilung der Fälle nicht möglich war. Möglicherweise liegt die Begründung hierfür in der hoch komplexen Obduktion von Säuglingen und Kleinkindern, die nicht nur eine hohe rechtsmedizinische Expertise, sondern auch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit voraussetzt (Klusen und Püschel 2019).

6.3 Geschlecht

Ein Zusammenhang der Geschlechterverteilung lässt sich in dieser Untersuchung nicht feststellen. Die geringfügige Mehrheit männlicher Verstorbener mit 51,6% (n=553, vgl. Abb. 3) wird am ehesten zufällig bedingt sein und könnte bei der Untersuchung anderer Jahrgänge ein leicht abweichendes, weiter zur Gleichverteilung tendierendes Geschlechterverhältnis zeigen. Möglicherweise trägt auch die häufigere Erhebung von Vorwürfen durch Frauen zu einem Übergewicht an männlichen Verstorbenen in dieser Untersuchung bei, worauf noch einzugehen ist. Bei den Fällen eines wahrscheinlichen Fehlers war das Verhältnis mit je 10 Männern und Frauen ausgeglichen.

6.4 Todesursachen

Bei Betrachtung der Todesursachen fällt auf, dass etwas weniger als die Hälfte der Patienten an einer kardiovaskulären Erkrankung verstarb (n=496, vgl. Abb. 5). Dies entspricht etwa der Todesursachenstatistik des statistischen Bundesamtes, in der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ebenfalls seit Jahren an erster Stelle stehen (Statistisches Bundesamt 2019). Darunter finden sich insbesondere Myokardinfarkte, die unter den kardiovaskulären Erkrankungen den größten Anteil ausmachen (Püschel 2007). Diese Tatsache ist in einer alternden Bevölkerung wenig überraschend, da kardiovaskuläre Ereignisse in der Regel degenerativ verursacht sind und daher insbesondere in

fortgeschrittenen Altersgruppen gehäuft auftreten und zum Tode führen können (Finegold, Asaria et al. 2013).

Mehr als in den Vergleichswerten tauchten in dieser Untersuchung sowohl pulmonale als auch infektiöse Todesursachen auf. Das lässt sich vor allem durch einen relativen Effekt begründen, da die zweithäufigste Todesursache in Deutschland in den hier vorliegenden Daten nahezu überhaupt nicht vorkam: Krebserkrankungen machten zwischen 2015 und 2017 mit großem Abstand vor Erkrankungen des Atmungssystems die zweitgrößte Gruppe der Sterbeursachen aus (Statistisches Bundesamt 2019). Von den hier untersuchten Fällen starben mit insgesamt 10 Patienten nicht einmal 1% aufgrund einer neoplastischen Ursache. Dementsprechend wurden auch nur 0,7% der gesamten Vorwürfe an Onkologen gerichtet (vgl. Abb. 27). Die Anteile der anderen Todesursachen entsprachen größtenteils den Daten der Todesursachenstatistik. Eine Ausnahme bilden iatrogene Todesursachen, die in der Todesursachenstatistik des statistischen Bundesamtes nicht als eigene Kategorie erfasst werden. Grundsätzlich gilt hier zu bedenken, dass die Genauigkeit der Todesursachenstatistik bei einer variablen Qualität der ärztlichen Leichenschau und überregional niedrigen Obduktionsraten eingeschränkt sein kann (Ramsthaler und Schmidt 2013).

Es finden sich also deutlich seltener Behandlungsfehlervorwürfe bei Patienten mit Krebserkrankungen als bei solchen mit infektiösen oder Atemwegserkrankungen, obgleich dieses den gängigen Statistiken von Todesursachen widerspricht. Denkbar ist, dass onkologische Prozesse bei medizinischen Laien einen hohen subjektiven Krankheitswert haben. Neoplastische Erkrankungen sind bis auf einige Ausnahmen hochmaligner, aggressiver Formen vor allem langwierige Prozesse, die mit einem starken körperlichen Abbau der Patienten einhergehen (Weissenberger-Leduc 2009). Eine solche Tumorkachexie ist in der Regel auch für medizinische Laien gut erkennbar und kann somit einen starken Krankheitseindruck hinterlassen. Häufig entstehen bei Krebspatienten durch die hohe psychosoziale Belastung der Erkrankung zudem auch psychische Komorbiditäten, darunter insbesondere Anpassungsstörungen, Angststörungen und Depressionen (Weis und Boehncke 2011), die bei Angehörigen zusätzlich die Sicht auf die Schwere der Erkrankung beeinflussen könnten.

Möglicherweise werden Krebserkrankungen in der Bevölkerung im Gegensatz zu anderen Erkrankungen aus diesen Gründen generell als potentiell lebensbedrohlicher wahrgenommen und somit ein Versterben in Folge der Erkrankung eher nachvollzogen. Einen Hinweis darauf gibt auch eine Umfrage des Forsa-Instituts im Auftrag der DAK,

in der Menschen zu ihrer Angst vor Krankheiten befragt wurden (DAK 2017). Mit durchschnittlich 65% hatten die Teilnehmenden im Jahr 2017 am häufigsten Angst vor einer Krebserkrankung. In den Vorjahren ergab die Untersuchung entsprechende Ergebnisse. Im Gegensatz dazu scheinen unter anderem kardiovaskuläre Erkrankungen einen geringeren Krankheitswert auszustrahlen. Angst vor einem Herzinfarkt gaben in der Forsa-Umfrage dementsprechend nur 33% der Befragten an, obgleich dieser seit Jahren die häufigste Todesursache in Deutschland ist. Ein tödlicher Verlauf dieser Erkrankung scheint für die Befragten weniger wahrscheinlich zu sein als bei einer Krebserkrankung.

Ein weiterer Grund für die geringe Zahl an Behandlungsfehlervorwürfen bei Krebstoten könnte die intensive Betreuung von Krebspatienten und ihren Angehörigen auf onkologischen oder palliativen Stationen sein (Aigner, Stephens et al. 2016). Mithilfe spezieller Angebote, wie etwa psychoonkologischer und seelsorgerischer Unterstützung, wird hier versucht, auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen einzugehen (Sepúlveda, Marlin et al. 2002). Untersuchungen haben gezeigt, dass Behandlungsfehlervorwürfe häufig durch Unerreichbarkeit, fehlende Zuwendung und das Nichtaufbringen von Verständnis für die Patienten- und Angehörigensituation entstehen (Beckman, Markakis et al. 1994, Vincent, Phillips et al. 1994). Eine gute und ehrliche Kommunikation scheint somit nicht nur der Schlüssel zu einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Kommunikation zu sein, sondern kann gegebenenfalls nicht nur die Erhebung eines Vorwurfs, sondern auch das Vorkommen von Fehlern verhindern (Lussier und Richard 2005, Hannawa 2009, Köbberling 2016).

6.5 Erheber

Auch die Verteilung der Vorwurferheber ist aufschlussreich. Mit knapp 59% (n=631) gingen die meisten Behandlungsfehlervorwürfe von Ermittlungsbehörden aus, beruhend auf der Angabe einer nicht-natürlichen oder ungeklärten Todesart im Totenschein. Mehr als 37% der Vorwürfe kamen von Angehörigen (n=398) und nur etwa 4% (n=42) wurden von anderen Beteiligten erhoben.

Dies deckt sich teilweise mit den Zahlen vorheriger Untersuchungen. Auch Heinig kommt in ihrer Arbeit von 2014 zu dem Ergebnis, dass mit 61,3% die meisten Ermittlungsverfahren von den Ermittlungsbehörden nach einer auffälligen Todesbescheinigung ausgingen (Heinig 2015). Jedoch standen lediglich 14% der

Ermittlungsverfahren in Zusammenhang mit einem Vorwurf durch Angehörige oder Betreuer der Verstorbenen. Auch in der 2005 veröffentlichten Multicenter-Studie von Preuß et. al. gingen mit 38,5% die meisten Verfahren von den Ermittlungsbehörden im Sinne einer nicht-natürlichen oder ungeklärten Todesart aus (Preuß, Dettmeyer et al. 2006). Angehörige und Betreuer verursachten nur 23% der letalen Behandlungsfehlervorwürfe.

Hierbei fällt auf, dass in diesen beiden Vergleichsuntersuchungen prozentual weniger Vorwürfe von Angehörigen ausgingen, als in der hier vorliegenden Untersuchung. Ein möglicher Grund könnte sein, dass sich die beiden Vergleichsstudien auf frühere Jahrgänge beziehen und insbesondere auch Vorwürfe durch Angehörige seitdem zugenommen haben. Allerdings stellt Venedey in seiner Arbeit von 2007 eine Übersicht dar, die verschiedene Vorgängerstudien im Hinblick auf die Anlässe der Ermittlungsverfahren vergleicht. Hierbei wird erkennbar, dass die Daten je nach Stichprobe erheblich variieren und demnach keine eindeutige Aussage aus diesen Werten gezogen werden kann (Venedey 2007).

Schaut man sich die Verteilung der den Vorwurf erhebenden Angehörigen genauer an, so wird deutlich, dass die meisten Vorwürfe konkret benannter Angehöriger von Söhnen und Töchtern der Verstorbenen ausgingen (vgl. Abb. 15). Das ist deshalb nicht verwunderlich, da die Eltern-Kind-Beziehung häufig eine der engsten Beziehungen der Menschen ist und es in der Natur des Altersunterschiedes liegt, dass Eltern vor ihren Kindern sterben (Berger und Fend 2005). Mit zunehmendem Alter erfolgt eine Umkehrung der Abhängigkeit und Verantwortung, weshalb sich Kinder nachvollziehbarerweise häufig dazu berufen fühlen, die notwendigen Schritte im Falle des Verdachts eines Behandlungsfehlers einzuleiten. Hierbei wurden insgesamt etwas mehr Vorwürfe von Söhnen als Töchtern und bei verstorbenen Müttern als bei verstorbenen Vätern erhoben. Ähnlich häufig erfolgte ein Vorwurf durch Ehepartner der Verstorbenen, wobei Vorwürfe durch Ehefrauen bei ihren verstorbenen Ehemännern fast doppelt so häufig vorkamen wie umgekehrt. Dementsprechend gingen auch häufiger Vorwürfe von Lebensgefährtinnen, Müttern und Nichten aus, als von ihren männlichen Pendants. Im Bericht der Jahresstatistik zu Behandlungsfehler-Begutachtungen von 2016 kommt auch der MDK zu dem Schluss, dass Frauen häufiger Behandlungsfehlervorwürfe erheben als Männer (Becker, Hofmann et al. 2017). Dabei besteht den Autoren zufolge kein Anhalt dafür, dass bei Frauen auch tatsächlich

häufiger Behandlungsfehler vorkommen, sondern vielmehr die Vermutung, dass Frauen häufiger einen solchen Verdacht hegen. Eine Ursache hierfür sei bisher nicht bekannt. Dabei unterschieden sich auch die Vorwurfinhalte je nach Vorwurferheber (vgl. Abb. 26).

Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden betrafen im Vergleich zu den anderen Gruppen am ehesten fehlerhafte ärztliche Eingriffe sowie nicht näher konkretisierte Vorwürfe. Vorwürfe bezüglich eines Unterlassens, einer fehlerhaften Therapie oder Diagnose, einer mangelnden Kommunikation oder Hygiene waren hingegen die häufigsten Vorwürfe von Angehörigen.

Andere Beteiligte bezogen ihre Vorwürfe am ehesten auf die Pflegetätigkeit.

Unterschiede zeigten sich auch in der Häufigkeit der genannten Vorwürfe (vgl. Tab. 1 – Tab. 3). Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden waren zu 91,6% an erster Stelle genannt; nur in 8,7% bzw. 0,5% der Fälle wurde ein zweiter bzw. dritter Vorwurf erhoben.

Andere Beteiligte behaupteten in 10,4% einen zweiten und in 2% einen dritten Vorwurf. Von Angehörigen wurden häufiger mehrere Vorwürfe gleichzeitig erhoben. In 37,2% umfassten die Äußerungen gleichzeitig einen zweiten, in 8,0% einen dritten und in 1,6% einen vierten Vorwurf.

Gerechtfertigt waren davon aufgrund der ersten rechtsmedizinischen Einschätzung insgesamt 20 Fälle. Mit 11 Vorwürfen ging die absolut größte Zahl dieser Vorwürfe von den Ermittlungsbehörden aus; in 8 Fällen kamen diese von Angehörigen und nur ein gerechtfertigter Vorwurf wurde von anderen Beteiligten erhoben (vgl. Abb. 37).

Betrachtet man die relativen Werte, so machten diese Vorwürfe aufgrund der entgegengesetzten Häufigkeit mit 1,74% bei den Ermittlungsbehörden einen ähnlich geringen Anteil aus wie bei den Angehörigen mit 2,01% und den anderen Beteiligten mit 2,38%. Größere Differenzen lassen sich im Bereich der möglichen und ausgeschlossenen Fehler beobachten. Während Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden in 68,6% ausgeschlossenen und in 17,3% möglich waren, wurden solche durch Angehörige in nur 48,0% als ausgeschlossen und in 26,9% als möglich beurteilt. Der abweichende Anteil an nicht abschließend zu klärenden Fällen könnte in der Differenzierung der Vorwürfe begründet sein. Vorwürfe der Ermittlungsbehörden, die am ehesten fehlerhafte ärztliche Eingriffe sowie nicht konkretisierte Ereignisse beinhalteten, waren möglicherweise mithilfe der Obduktion eindeutiger zu klären. Dahingegen könnten insbesondere bei Vorwürfen bezüglich eines Unterlassens wie auch Therapie- und Diagnosefehlern, auf die die Vorwürfe durch Angehörige

vorwiegend gerichtet waren, über die Obduktion hinausgehende Befunde für die abschließende Beurteilung relevant gewesen sein.

6.6 Vorwurfstatbestände

Die Vorwurfstatbestände verteilten sich insbesondere auf vier hauptsächliche Gruppen: Vorwürfe bezüglich fehlerhafter ärztlicher Eingriffe, wegen Unterlassens sowie wegen Therapie- und Diagnosefehlern kamen etwa gleich häufig vor (vgl. Abb. 17). An vierter Stelle folgten mit 15,1% (n= 200) Vorwürfe eines Pflegefehlers. Dabei ist weniger verwunderlich, dass die ersten drei Gruppen zusammen etwa drei Viertel aller Vorwürfe ausmachten, da – trotz einer auf unterschiedlichen Kriterien beruhenden eingeschränkten Vergleichbarkeit – die Autoren vorangegangener Untersuchungen zu ähnlichen Ergebnissen kamen (Preuß, Dettmeyer et al. 2006, Vennedey 2007, Heinig 2015). Überraschend ist vielmehr, dass Pflegefehler in diesen Daten nachfolgend einen so großen Anteil ausmachten. Mit Blick auf vorherige Studien lässt sich primär feststellen, dass Pflegefehler vielfach nicht als eigene Kategorie erhoben wurden (Heinig 2015). Vergleichbare Werte variierten zwischen 3,0% bei Preuß und 7,2% bei Vennedey. In der aktuelleren Untersuchung von Heinig machten Pflegefehler einen Anteil von 10,2% der Vorwürfe aus. Damit setzt sich in den vorliegenden Daten der steigende Trend fort, den auch Heinig feststellte. Ihr Erklärungsansatz bezieht sich auf ein steigendes Bewusstsein für Behandlungsfehler nicht nur im ärztlichen Tätigkeitsfeld, sondern auch im pflegerischen Bereich. Dieser Ansatz wird von einer auch innerhalb dieses Untersuchungszeitraums zunehmenden Anzahl von Pflegefehlern gestützt. Erwähnenswert ist hierzu ferner, dass Pflegefehler in dieser Erhebung insbesondere Gegenstand der von anderen Beteiligten erhobenen Vorwürfe waren, die zu einer Mehrheit aus behandelnden Ärzten oder ärztlichen Kollegen bestanden (vgl. Abb. 16). Möglicherweise besteht jedoch mittlerweile ebenfalls ein Zusammenhang mit den in den letzten Jahren stark in der Öffentlichkeit thematisierten Ermittlungen um den Krankenpfleger Niels H. aus Wilhelmshaven, der vorsätzlich eine sehr hohe, bisher unbekannte Zahl seiner Patienten tötete (Pulz und Reinhardt 2018). Dennoch hielten solche Vorwürfe in dieser Untersuchung der rechtsmedizinischen Prüfung nicht stand; keiner der 200 Fehler wurde als wahrscheinlich beurteilt (vgl. Abb. 39). Der Nachweis, dass der Tod mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit infolge eines Pflegefehlers eingetreten ist, scheint demnach insgesamt schwierig zu

sein, unter anderem auch aufgrund von mehreren zusätzlich beeinflussenden Faktoren im Falle einer Pflegebedürftigkeit (Preuß, Dettmeyer et al. 2006).

5,4% der Vorwürfe (n=72) wurden in ihrer Art nicht näher konkretisiert (vgl. Abb. 25). Häufig traten diese Vorwürfe in Zusammenhang mit vorherigen ambulant-ärztlichen Konsultationen oder einem Krankenhausaufenthalt auf. Unter anderem betraf dies auch Fälle eines „Exitus in tabula“, also direkt auf dem Operationstisch versterbende Patienten, in denen die Ärzte auch ohne einen erkennbaren Fehler häufig mit einem Behandlungsfehlervorwurf konfrontiert werden (Dettmeyer und Reber 2003). Die Beurteilung dieser iatrogenen Todesfälle kann unter Umständen schwierig sein; dennoch ist hierbei wichtig zu erwähnen, dass ein iatrogen bedingter Tod nicht automatisch eine fehlerhafte Behandlung einschließt (Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin 2017). Vorwürfe durch Ermittlungsbehörden machten hierbei mit 72% den größten Anteil aus, während Angehörige nur rund ein Viertel der Vorwürfe nicht spezifizierten. Keiner dieser Vorwürfe wurde als wahrscheinlicher Fehler bewertet (vgl. Abb. 39).

Die übrigen 5,1% (n=67) der Vorwürfe bezogen sich auf mangelhafte Hygiene, Kommunikation oder Aufklärung (vgl. Abb. 22 – Abb. 24). Ermittlungsbehörden kritisierten in 8 Fällen die hygienischen Verhältnisse, andere Beteiligte bemängelten in je einem Fall Hygiene, Kommunikation und Aufklärung. Alle anderen 56 Vorwürfe dieser Art gingen von Angehörigen aus. Dabei wurden insbesondere Vorwürfe einer mangelnden Kommunikation und einer fehlenden oder unterlassenen Aufklärung häufiger als zusätzlicher Fehler erhoben (vgl. Tab. 1 – Tab. 3). Von diesen Vorwürfen wurde in der rechtsmedizinischen Begutachtung keiner als wahrscheinlicher Fehler beurteilt (vgl. Abb. 39). Im Rahmen einer Untersuchung der Rechtfertigung von letalen Behandlungsfehlervorwürfen verwundert dieses Ergebnis nicht, da hier die Frage nach mit dem Tod kausal zusammenhängenden Fehlern gestellt wird. Obwohl gerade die Aufklärung ein großer und wichtiger Bereich des Medizinrechts ist (Köbberling 2016), ist nur schwer vorstellbar, dass ein Mensch aufgrund einer mangelhaften Kommunikation oder Aufklärung verstirbt. Bei Betrachtung der konkreten Vorwürfe dieser Differenzierungen wird einerseits deutlich, wie abstrakt die durch Angehörige erhobenen Vorwürfe zum Teil sind (vgl. Abb. 22 – Abb. 24, Kasuistik 2 und 7 – 10). Andererseits zeigt sich hier möglicherweise auch, dass die mangelnde Berücksichtigung von diesbezüglichen Patienteninteressen zu einer Unzufriedenheit führen kann, die in

der Folge mit einer rechtlichen Auseinandersetzung bewältigt werden soll (Erhard 2012, Köbberling 2016).

In diesem Kontext erklärt sich auch der hohe Anteil der Vorwürfe bezüglich eines Unterlassens (n=181, vgl. Abb. 26, Tab. 1). Oftmals wünschen sich Angehörige ein Maximum an Diagnostik und Therapie, um zum bestmöglichen Ergebnis zu gelangen. Dies steht in einem starken Kontrast zum Konzept der Medical Futility (Bernat 2005), das davon ausgeht, dass die optimale Therapie nicht immer der maximalen entspricht, sondern vielmehr der adäquaten (Becker und Blum 2004). Bei fehlendem medizinischem Fachwissen und enger emotionaler Bindung von Angehörigen kann dieser Umstand verständlicherweise zu Missverständnissen führen (Köbberling 2016). Dies zeigte sich zum Teil auch in den Ergebnissen zur Rolle der Angehörigen. Abzugrenzen sind dabei selbstverständlich alle jene Fälle, in denen tatsächlich ein Unterlassen einer ärztlich gebotenen Reaktion zum Tod eines Patienten geführt hat (n=6, vgl. Abb. 39).

Der nicht unumstrittene Grundgedanke des Medical Futility Konzepts ist sicher auch relevant für das Ergebnis zum Patientenwillen. Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten war keine Äußerung zum gewünschten weiteren medizinischen Verlauf bekannt. Dies ist ein zu erwartendes Phänomen bei einer Untersuchung von Fällen, in denen Menschen aufgrund eines behaupteten Behandlungsfehlers gestorben sind. Umso überraschender ist es, dass knapp 10% der Patienten (n=97) auf die eine oder andere Weise den Wunsch äußerten, ihre medizinische Versorgung zu limitieren. Daraus die Schlussfolgerungen abzuleiten, alle diese Patienten wären lebensmüde oder das Vorkommen von Behandlungsfehlern wäre in diesem Stadium irrelevant, wäre falsch. Dennoch könnte es – insbesondere in Hinblick auf die sehr geringe Zahl an gerechtfertigten Vorwürfen – ein Hinweis auf eine verringerte Akzeptanz des Sterbens im gesellschaftlichen Kontext in Deutschland sein.

Todesangst (Becker und Blum 2004) ist wohl auch eine mögliche Erklärung für die vielen Vorwürfe, vor allem auch von den Ermittlungsbehörden. So sehr man nicht außer Acht lassen darf, dass die Detektion von schuldhaft bedingten Todesfällen eine äußerst wichtige Aufgabe dieser Institutionen ist, so fällt doch die Häufung von eindeutig ungerechtfertigten Vorwürfen auf (vgl. Abb. 38). Einen Hinweis auf dieses möglicherweise gesteigerte Phänomen der Todesangst gibt auch die hohe Anzahl an Vorwürfen bei hochbetagten Personen (vgl. Abb. 3).

6.7 Beschuldigte

Die mit 29,5% insgesamt am häufigsten Beschuldigten waren Chirurgen (n=316, vgl. Abb. 27). An zweiter Stelle folgten Internisten mit 19,0% (n=204). In 15,8% der Fälle (n=169) wurden Krankenpfleger oder Mitarbeiter des Rettungsdienstes beschuldigt. Allgemeinmediziner trafen 7,8% der Vorwürfe (n=84).

Die Unterschiede der Beschuldigten je nach Vorwurferheber waren geringfügig (vgl. Abb. 28 – Abb. 30). Auffällig waren jedoch häufigere Vorwürfe gegen

Allgemeinmediziner von Ermittlungsbehörden als von Angehörigen und anderen Beteiligten. Das entspricht insofern der Erwartung, als Patienten sich bei Hausärzten meistens in langjährigen Behandlungen befinden und dementsprechend ein größeres Vertrauen aufbauen als zu eher wechselnden Krankenhausärzten (Sturm 1986). In einer vertrauensvollen Umgebung mit vergleichsweise viel Zeit für intensive Arzt-Patienten-Gespräche können die häufig durch missverständliche Kommunikation ausgelösten Behandlungsfehlervorwürfe möglicherweise eher vermieden werden (Bechmann 2014). Eine Variabilität zeigten außerdem die Vorwürfe gegen Pflege- und Rettungsdienstpersonal, die von anderen Beteiligten deutlich häufiger ausgingen als von Ermittlungsbehörden und Angehörigen. Ausgehend von der Tatsache, dass diese vor allem von ärztlichen Kollegen sowie behandelnden Ärzten erhoben wurden, wäre denkbar, dass Ärzte aufgrund der Nähe der Arbeitsbereiche häufiger mit potentiellen Pflegefehlern in Berührung kommen. Eine weitere Überlegung wäre ein Rückschluss auf ein an zum Teil schwieriges Verhältnis zwischen ärztlichen und pflegerischen Beschäftigten (Dahlgaard 2010).

Die überwiegende Anzahl der beschuldigten Ärzte war mit 68,2% im Krankenhaus tätig (n=762, vgl. Abb. 31). Nur 12,5% (n=140) der Vorwürfe betrafen niedergelassene Ärzte. Die meisten übrigen Vorwürfe richteten sich an pflegerische Institutionen. Vergleichbare Ergebnisse lassen sich auch in vorherigen Studien beobachten. Heinig beschreibt 62% Beschuldigte in Krankenhäusern und 18,6% im niedergelassenen Bereich (Heinig 2015). Preuß et. al. erwähnen in ihrer Untersuchung 63,1% im Krankenhaus Beschäftigte und 19,7% Beschuldigte im niedergelassenen Bereich (Preuß, Dettmeyer et al. 2006). Venedey gelangt zu einem Ergebnis von 64,3% beschuldigten Krankenhausärzten und 29,5% ambulanten Ärzten (Venedey 2007), wobei der deutlich größere Anteil der ambulant tätigen Ärzte vermutlich durch den bereits oben beschriebenen geringeren Anteil der beschuldigten Krankenpfleger zu

erklären ist. Dies widerspricht dem Verhältnis von ambulanten zu stationären Behandlungsfällen (Bundesärztekammer 2017a). Allerdings könnte auch in diesem Zusammenhang wieder ein im ambulanten Kontext engeres Arzt-Patienten-Verhältnis im Gegensatz zu einer eher inkonstanten Personalsituation im Krankenhaus zum Tragen kommen. Ein weiterer wichtiger Grund könnte sein, dass im ambulanten Bereich häufig die behandelnden Ärzte bei Todesfällen auch für die Ausstellung der Totenbescheinigungen zuständig sind. Man kann deshalb von einer Dunkelziffer an weiteren, nicht bekannten Todesfällen im Bereich der Niedergelassenen ausgehen (Heinig 2015).

Auch die beschuldigten Fachrichtungen entsprechen etwa denen der vergleichbaren Untersuchungen. Sowohl bei Heinig als auch bei Preuß et al. und Venedey machten die chirurgischen Fächer die größten Anteile aus (Preuß, Dettmeyer et al. 2006, Venedey 2007, Heinig 2015). Das könnte darin begründet sein, dass die chirurgischen Fächer mit einer hauptsächlich operativen Tätigkeit bereits ein höheres Grundrisiko für tödliche Komplikationen beinhalten (Heinig 2015). Dies betrifft nicht nur intra-, sondern ebenso auch postoperative Schwierigkeiten (vgl. Abb. 18) (Heinig 2015), insbesondere bei multimorbiden Personen. Weiterhin sind Todesfälle während oder nach Operationen für Außenstehende besser nachvollziehbar und können folglich häufig konkreter beanstandet werden. Die in den Untersuchungen stark variierenden Anteile der Inneren und der Allgemeinmedizin deuten auf regionale Unterschiede hin, sodass aus diesen Ergebnissen kein eindeutiger Schluss gezogen werden kann (Heinig 2015). Insgesamt aber übernehmen diese beiden Fachrichtungen auch einen Großteil der medizinischen Versorgung (Bundesärztekammer 2018a), sodass eine Häufung der Vorwürfe in diesen Bereichen plausibel ist.

7 Schlussfolgerungen

Obwohl viele Untersuchungen zeigen, dass Behandlungsfehlervorwürfe seit Jahren stetig zunehmen, weisen die Zahlen der tatsächlichen Behandlungsfehler keine steigende Tendenz auf. Am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf stellten die Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs im Jahr 2016 insgesamt 14% des Gesamtoptionsgutes dar; 1985 lag dieser Wert noch bei 1,8% (Janssen und Püschel 1998). Die Gründe für diese drastische Zunahme sind vielfältig, insbesondere aber ist sie die Folge eines immer weiter wachsenden Bewusstseins für eine nicht von Fehlern befreite Medizin (Köbberling 2016). Bei gleichzeitig fortschreitenden medizinischen Leistungen und immer weitreichenderen Informationsmöglichkeiten werden andererseits die Erwartungen von Patienten und Angehörigen, wie auch medizinischen Laien, als Zuständige der Ermittlungsbehörden, immer größer (Ollenschläger 2004). Eine stärkere persönliche Einbindung und Aufklärung im Sinne von vertraulichen Arzt-Patienten-Gesprächen könnte die Diskrepanz zwischen dem oftmals von Missverständnissen geprägten Laienverständnis der Angehörigen und dem medizinischen Arbeitsalltag verringern oder sogar aufheben (Beckman, Markakis et al. 1994). Eine bereits 1994 im Lancet veröffentlichte Studie zeigte, dass die Einleitung rechtlicher Schritte bei vielen Patienten sowie ihren Angehörigen hätte verhindert werden können, wenn eine Erklärung und Entschuldigung oder eine Korrektur des (vermeintlichen) Fehlers stattgefunden hätte (Vincent, Phillips et al. 1994). Die in einigen Fällen irrationalen Vorwurfstatbestände – zum Teil auch mehrerer Vorwürfe – oder Vorwürfe trotz vorheriger Ablehnung der ärztlichen Empfehlungen durch Angehörige stützen diese Argumentation.

Auch im Verantwortungsbereich der Ermittlungsbehörden zeigen sich diesbezüglich Missverhältnisse, da insbesondere plötzliche Tode sowie Tode nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanten ärztlichen Konsultationen häufig ihrerseits zu Vorwürfen führten (Dettmeyer und Reber 2003), ohne dass hierfür eine medizinische Rechtfertigung ersichtlich wurde.

Von den hier untersuchten 1071 Behandlungsfehlervorwürfen waren nach rechtsmedizinischer Begutachtung 77,2% ungerechtfertigt, 20,9% durch die Obduktion nicht zu klären und nur in 1,9% der Fälle galt der Verdacht als vermutlich berechtigt.

Um diese hohe Zahl unberechtigter Vorwürfe künftig zu verringern, sollten Ärzte sich dem Wunsch der Patienten entsprechend (Little, Everitt et al. 2001, Klemperer 2003) mehr Zeit für Patienten- und Angehörigengespräche nehmen, damit Krankheitsprozesse und Behandlungen von ihrer Seite aus besser nachvollzogen und Missverständnisse verhindert werden können (Erhard 2012, Köbberling 2016). Als beispielhaftes Vorbild könnte hier die onkologische und palliativmedizinische Versorgung dienen, in der Krebspatienten sowie ihre Angehörigen in der Regel intensiv mit speziellen psychoonkologischen und seelsorgerischen Angeboten betreut werden (Sepúlveda, Marlin et al. 2002). Diese enge Einbindung von Angehörigen könnte konsequent zu einem besseren Verständnis führen und Missverständnissen und fehlgeleiteten Trauerreaktionen vorbeugen. Unterstützt wird diese These von der Tatsache, dass bei an Krebs erkrankten Verstorbenen deutlich seltener Behandlungsfehlervorwürfe erhoben wurden. Abgesehen davon werden Krebserkrankungen insgesamt offenbar als potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen wahrgenommen, in deren Folge ein Tod weniger überraschend vorkommt als bei vielen anderen Erkrankungen (DAK 2017).

Weiter sollten auch zuständige Personen in Ermittlungsbehörden besser geschult werden, um schicksalhafte medizinische Verläufe von möglichen Behandlungsfehlern besser differenzieren zu können.

Bei der hohen Zahl ungerechtfertigter Vorwürfe darf allerdings keineswegs außer Acht gelassen werden, dass sich tatsächlich regelmäßig tragische Fehler in der Medizin ereignen, deren Aufklärung und gegebenenfalls juristische Verfolgung für die Patientensicherheit und Qualitätssicherung unabdingbar ist – unabhängig von gegebenenfalls gravierenden Folgen für alle Beteiligten.

8 Zusammenfassung

Behandlungsfehler sind bereits vor einigen Jahren stärker in den Fokus der Öffentlichkeit geraten. Vielerorts wurden in diesem Zusammenhang Häufungen von Behandlungsfehlervorwürfen registriert.

In der vorliegenden Untersuchung von 1071 Behandlungsfehlervorwürfen bei im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf obduzierten Verstorbenen zeigte sich zwischen 2007 und 2016 eine mehr als fünffache Zunahme der Fälle.

Ursächlich war in 58,7% der Fälle ein Verdacht der Ermittlungsbehörden, basierend auf der Angabe einer nicht-natürlichen oder ungeklärten Todesart in der Todesbescheinigung. Dabei wurden insbesondere Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe sowie nicht näher konkretisierte Vorwürfe erhoben. 37,4% der gesamten Vorwürfe gingen von Angehörigen aus. Diese beinhalteten am ehesten ein Unterlassen sowie Therapie- oder Diagnosefehler. Pflegefehler bildeten etwa 15% der Vorwürfe ab und wurden vor allem von anderen Beteiligten erhoben. Ermittlungsbehörden sowie andere Beteiligte äußerten in der Regel einen einzelnen Vorwurf und nur in Ausnahmefällen bis zu drei Vorwürfe; Angehörige erhoben häufiger bis zu vier Vorwürfe gleichzeitig.

Beschuldigt waren mit 29,5% am häufigsten Chirurgen, gefolgt von Internisten, Pflegern und Allgemeinmedizinerinnen.

Gerechtfertigt waren den rechtsmedizinischen Gutachten nach 20 der 1071 Vorwürfe (1,9%). 60,6% der Fehlvorwürfe wurden als ausgeschlossen und 16,6% als unwahrscheinlich beurteilt. 20,9% der Fälle konnten allein durch die Obduktion nicht endgültig geklärt werden.

Zurückführen lässt sich dieses insbesondere auf ein steigendes öffentliches Bewusstsein für ärztliche Fehler sowie zunehmende Ansprüche von Patienten und Angehörigen an medizinische Leistungen. Eine engere Einbindung der Patienten im Sinne von ausführlichen Arzt-Patienten-Gesprächen könnten das Missverhältnis zwischen den Patientenerwartungen auf der einen und dem medizinisch Machbaren auf der anderen Seite verbessern und so die hohe Zahl ungerechtfertigter Behandlungsfehlervorwürfe verringern.

9 Summary

Medical malpractice received growing public attention in the past few years. In many places, accumulations of medical malpractice claims were registered in this context. In the present study of 1071 malpractice claims of autopsied dead at the Department of Forensic Medicine of the University Hospital Hamburg-Eppendorf showed an increase of cases by a factor of 5.21 between 2007 and 2016.

In 58.7% of all cases the investigation was initiated by the investigating authorities based on the indication of a non-natural or unexplained death in the death certificate. In particular, allegations of incorrect medical interventions and unspecified allegations were raised. 37.4% of the total allegations came from relatives. These most likely included an omission as well as therapy or diagnostic errors. Nursing errors accounted for about 15% of the allegations and were collected mainly from other parties.

Investigative authorities and other interested parties usually submitted a single allegation and only in exceptional cases up to three allegations; Relatives more often made up to four allegations simultaneously.

Most frequent accused were surgeons in 29.5%, followed by internists, nurses and general practitioners.

According to the forensic report only 20 of the 1071 allegations (1.9%) were justified. 60.6% of the errors were excluded and 16.6% considered unlikely. 20.9% of the cases could not be clarified by the autopsy alone.

This may be caused in particular by a growing public awareness of medical errors and increasing demands for medical services by patients and relatives. A closer involvement of patients in the sense of extensive doctor-patient discussions could improve the mismatch between patient expectations on the one hand and what is medically feasible on the other hand and thus reduce the high number of unjustified allegations of treatment errors.

10 Literaturverzeichnis

Aigner KR, Stephens FO, Allen-Mersh T, Hortobagyi G, Khayat D, Picksley SM, Sugarbaker P, Taguchi T, Thompson JF (2016) Beziehung zwischen Patienten, Ärzten und Behandlungsteam. In: Onkologie Basiswissen. Springer, Berlin, Heidelberg, 107-109.

Aktionsbündnis Patientensicherheit (2007) Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS)–Praxistipps für Krankenhäuser. Witten [Online im Internet] URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/07-12-10_CIRS_Brosch__re_mit_Umschlag.pdf [letzter Aufruf am 17.10.2019].

Barmer (2019) Anzahl der ambulant-ärztlichen Behandlungsfälle in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2017 (in Millionen). [Online im Internet] URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/75869/umfrage/gesundheit-anzahl-der-behandlungsfaelle-in-deutschland-seit-2004/> [letzter Aufruf am 17.10.2019].

Bauer H (2002) Behandlungsfehler-Management: Unterstützungshandlungen von Krankenkassen bei vermuteten Behandlungsfehlern. *Viszeralchirurgie* 37(04): 271-278.

Bechmann S (2014) Medizinische Kommunikation: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung. Vol. 4132. UTB.

Becker G, Blum H (2004) „Medical Futility“: Der Arzt im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag und Behandlungsbegrenzung. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 129(31/32): 1694-1697.

Becker S, Hofmann W, Kowalski I, Skorning M (2017) Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2016. [Online im Internet] URL: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Behandlungsfehlerbegutachtung_Jahresstatistik_2016.pdf [letzter Aufruf am 17.10.19].

Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM (1994) The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of internal medicine* 154(12): 1365-1370.

Berger F, Fend H (2005) Kontinuität und Wandel in der affektiven Beziehung zwischen Eltern und Kindern vom Jugend-bis ins Erwachsenenalter. *ZSE: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 25(1): 8-31.

Bernat JL (2005) Medical futility. *Neurocritical Care* 2(2): 198-205.

Bock RW (2006) Zwischenfallmanagement - Bewältigung juristischer Konsequenzen nach Behandlungskomplikationen. Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Springer, Berlin, Heidelberg: 239-252.

Bonetti M, Cirillo P, Tanzi PM, Trincherio E (2016) An analysis of the number of medical malpractice claims and their amounts. PloS one **11**(4): e0153362.

Brünner G (2009) Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation. In: Informiert und selbstbestimmt. N. Klusen, A. Fließgarten, T. Nebling (Hrsg.) Nomos Verlagsgesellschaft, 170-188.

Bundesärztekammer (2017a) Ärzte machen Fehler - und lernen aus ihnen. Behandlungsfehlerstatistik. [Online im Internet] URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerzte-machen-fehler-und-lernen-aus-ihnen/> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Bundesärztekammer (2017b) Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2017. [Online im Internet] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehler-Statistik_2017.pdf [letzter Aufruf am 17.10.19].

Bundesärztekammer (2018a) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. [Online im Internet] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf [letzter Aufruf am 17.10.19].

Bundesärztekammer (2018b) Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018. [Online im Internet] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehler-Statistik_2018.pdf [letzter Aufruf am 17.10.19].

Bundesregierung (2013) Patienten bekommen mehr Rechte. Medizinischer Behandlungsvertrag. [Online im Internet] URL: <https://archiv.bundesregierung.de/archiv-de/patienten-bekommen-mehr-rechte-388234> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Büter F (2010) Sogenannte "Kunstfehler" im Sektionsgut des Institutes für Rechtsmedizin in Hamburg (2002 bis 2006) unter besonderer Berücksichtigung endoskopischer und laparoskopischer Eingriffe. Med. Dissertation. Universität Hamburg.

Dahlgaard K (2010) Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden - neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104(1): 32-38.

DAK (2017) Angst vor Krankheiten. [Online im Internet] URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/641700/umfrage/umfrage-in-deutschland-zur-angst-vor-krankheiten/> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Dettmeyer R, Madea B (1999) Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren. MedR 17(12): 533-539.

Dettmeyer R, Reber A (2003) Exitus letalis. Anästhesist 52(12): 1179-1190.

Dettmeyer R, Veit F, Verhoff M (2019) Medizinrecht. Rechtsmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg: 327-362.

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2017) AWMF-S1-Leitlinie: Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. [Online im Internet] URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf [letzter Aufruf am 17.10.19].

Dotzauer G (1976) Warum ist der Begriff "Kunstfehler" irreführend. Dt Ärztebl 73: 3025.

Erhard D (2012) Behandlungsfehler gemacht? - Das richtige Verhalten „danach“. Lege artis-Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung 2(05): 296-299.

Finegold JA, Asaria P, Francis DP (2013) Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organisation and United Nations. International journal of cardiology 168(2): 934-945.

Fricke A (2019) Zahl der festgestellten Behandlungsfehler sinkt. Ärzte Zeitung. [Online im Internet] URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/984185/bundesaeztekammer-zahl-gemeldeter-behandlungsfehler-sinkt.html [letzter Aufruf am 17.10.19].

Hannawa AF (2009) Negotiating medical virtues: toward the development of a physician mistake disclosure model. Health communication 24(5): 391-399.

Hart D, Claßen M, Wille H, Becker-Schwarze K (2008) Risikomanagement in pädiatrischen Kliniken. Monatsschrift Kinderheilkunde 156(11): 1104-1113.

Heinig BV (2015) Zur Häufigkeit und Charakteristik der Behandlungsfehlervorwürfe aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald 1996–2008. Med. Dissertation. Universität Greifswald.

Heising OU (2008) Der ärztliche Behandlungsfehler in der Unfallchirurgie und Orthopädie: eine Bewertung anhand von empirischen Daten der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Med. Dissertation. Universität Münster.

Janssen W, Püschel K (1998) Zur Frage der Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (sog. Kunstfehler). MedR 16(3): 119-121.

- Katzenmeier C (2002) *Arzthaftung*. Mohr Siebeck, Tübingen. Med. Habilitation. Universität Heidelberg.
- Klemperer D (2003) *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation* (No. SP I 2003-302), WZB Discussion Paper.
- Klusen S, Püschel K (2019) *Forensische Päopathologie: Rechtsmedizinische Untersuchung von Behandlungsfehlervorwürfen bei verstorbenen Kindern*. päd 25: 41-48.
- Köbberling J (2016) *Behandlungsfehler und Arzthaftung: Praktische Hinweise für Ärzte und Patienten*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG, Berlin, Boston.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000) *Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system*, Washington, DC: National Academy Press.
- Landesärztekammer Hessen (2019) *Geringer Anstieg ärztlicher Behandlungsfehler in Hessen*. [Online im Internet] URL:]<https://www.laekh.de/presse/aktuelle-pressemitteilungen/5880-pm-2019-03-27-geringer-anstieg-aerztlicher-behandlungsfehler> [letzter Aufruf am 17.10.19].
- Leipzig V (2000) *Ruhen der Approbation bei ärztlichem Behandlungsfehler*. MedR - Medizinrecht 18(7): 336-341.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S (2001) *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study*. BMJ 322(7284): 468.
- Lussier MT, Richard C (2005) *Complaints and legal actions: role of doctor-patient communication*. Canadian family physician 51(1): 37.
- Madea B, Dettmeyer R (2003) *Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung*. Dt Ärztebl 100: 3161-3179.
- Monteverde S, Schmidt KW, Sold M, Verrel T (2014) *Zum Umgang mit Behandlungsfehlern. (Organisations-) Ethische, rechtliche und psychosoziale Aspekte*. Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012. Ethik in der Medizin 26(1): 83-84.
- Von Neureiter F, Pietrusky F, Schütt E (2013) *Handwörterbuch der Gerichtlichen Medizin und Naturwissenschaftlichen Kriminalistik: In Gemeinschaft mit Zahlreichen Fachgenossen des in-und Auslandes*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Ollenschläger G (2004) *Die Kunst, heutzutage ein guter Arzt zu sein*. Ärzteblatt Baden-Württemberg 59(3): 113-114.
- Preuß J, Dettmeyer R, Madea B (2006) *Begutachtung behaupteter letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin*. Rechtsmedizin 16(6): 367-382.

Protschka J (2012) Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld. Dt Ärztebl International 109: 51-52.

Pulz M, Reinhardt N (2018) Chronologie einer beispiellosen Mordserie. [Online im Internet] URL: <https://www.sueddeutsche.de/panorama/niels-hoegel-mordserie-pfleger-chronologie-1.4190867> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Püschel K, Bajanowski T, Vennemann M, Kernbach-Wighton G, Madea B (2015) Plötzliche und unerwartete Todesfälle aus innerer Ursache. Rechtsmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg: 419-476.

Püschel V (2007) Nicht-diagnostizierter, akuter Myokardinfarkt mit tödlichem Ausgang: eine retrospektive Analyse an 80 Patienten. Med. Dissertation. Universität Hamburg.

Ramsthaler F, Schmidt P (2013) Evidenzbasierte forensische Medizin und „Behandlungsfehlergutachten“. Rechtsmedizin 23(4): 233-235.

Raftis PC (2019) Ergebnisse gerichtsmedizinischer Sektionen von natürlichen, nicht natürlichen, potentiell nicht natürlichen und ungeklärten Todesfällen im Institut für Rechtsmedizin Hamburg im Jahr 1975 im Vergleich zu 2015. Med. Dissertation. Universität Hamburg.

Reason J (1990) Human error. Cambridge university press.

Scherenberg, T. (2007) Iatrogene Todesfälle bei gerichtlichen Sektionen (Hamburg 1997-2001). Med. Dissertation. Universität Hamburg.

Schmitz M, Preuß J, Grass H, Madea B (2009) Behandlungsfehlerwürfe in letal verlaufenen Fällen. Rechtsmedizin 19(2): 90-94.

Schwappach DLB (2015) Nach dem Behandlungsfehler. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58(1): 80-86.

Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002) Palliative care: the World Health Organization's global perspective. Journal of pain and symptom management 24(2): 91-96.

Statistisches Bundesamt (2016) Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren). [Online im Internet] URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt-in-deutschland-nach-geschlecht/> [letzter Aufruf 17.10.19].

Statistisches Bundesamt (2018) Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2017 (in Millionen). [Online im Internet] URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Statistisches Bundesamt (2019) Anzahl der Todesfälle nach den häufigsten Todesursachen in Deutschland in den Jahren 2015 bis 2017. [Online im Internet] URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158441/umfrage/anzahl-der-todesfaelle-nach-todesursachen/> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Studdert DM, Spittal MJ, Zhang Y, Wilkinson DS, Singh H, Mello MM (2019) Changes in Practice among Physicians with Malpractice Claims. *New England Journal of Medicine* 380(13): 1247-1255.

Sturm E (1986) *Der Beitrag der Hausärzte. Der kranke Mensch: Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt.* E. Sturm und H. Schaefer (Hrsg.). Springer, Berlin, Heidelberg: 371-376.

Vennedey C (2007) *Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers.* Med. Dissertation. Universität Bonn.

Vincent C, Phillips A, Young M (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet* 343(8913): 1609-1613.

Wagner HJ (1981) Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler“. *Zeitschrift für Rechtsmedizin* 86(4): 303-306.

Weis J, Boehncke A (2011) Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 54(1): 46-51.

Weissenberger-Leduc M (2009) *Kachexie - Kräfteverfall. Palliativpflege bei Demenz: Ein Handbuch für die Praxis:* 212-214.

Whitehardt (2013) *Wholesome Medical Malpractice Lawyer TV Commercial & Attorney Advertising.* [Online im Internet] URL: <https://www.youtube.com/watch?v=KXod6qAEA0Q> [letzter Aufruf am 17.10.19].

Wieland M (2001) *The economic analysis of German medical malpractice law-with emphasis on the allocation of burden of proof for causation.* Erasmus programme in law & economics.

Wu AW (2000) Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal* 320: 726-727.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Absoluter Anteil der Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs am Gesamtoobduktionsgut	19
Abbildung 2	Relativer Anteil der Obduktionen aufgrund eines Behandlungsfehlervorwurfs am Gesamtoobduktionsgut	20
Abbildung 3	Verteilung von Geschlecht und Alter der Verstorbenen	21
Abbildung 4	Durchschnittliches Sterbealter	21
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Todesursachen	22
Abbildung 6	Kardiovaskuläre Todesursachen	23
Abbildung 7	Infektiöse Todesursachen	24
Abbildung 8	Pulmonale Todesursachen	25
Abbildung 9	Iatrogene Todesursachen	26
Abbildung 10	Abdominelle Todesursachen	27
Abbildung 11	Todesfälle durch äußere Einflüsse	28
Abbildung 12	Neurologische Todesursachen	29
Abbildung 13	Perinatale Todesursachen	30
Abbildung 14	Häufigkeit der Vorwurferheber im Verlauf der Jahre	31
Abbildung 15	Häufigkeit der Vorwürfe durch Angehörige je nach Geschlecht	32
Abbildung 16	Relative Häufigkeit der Vorwürfe durch andere Beteiligte	33
Abbildung 17	Prozentuale Verteilung der Vorwurfstatbestände	34
Abbildung 18	Vorwürfe fehlerhafter ärztlicher Eingriffe	35
Abbildung 19	Unterlassensvorwürfe	36
Abbildung 20	Vorwürfe bezüglich Therapie- und Diagnosefehler	37
Abbildung 21	Pflegefehler-Vorwürfe	38
Abbildung 22	Hygienefehler-Vorwürfe	38

Abbildung 23	Kommunikationsfehler-Vorwürfe	39
Abbildung 24	Vorwürfe fehlerhafter Aufklärungen	40
Abbildung 25	Nicht näher konkretisierte Vorwürfe	40
Abbildung 26	Anzahl der Vorwurfstatbestände je nach Vorwurferheber	44
Abbildung 27	Relative Verteilung der Beschuldigten	45
Abbildung 28	Relative Verteilung der Beschuldigten bei Vorwürfen durch Ermittlungsbehörden	46
Abbildung 29	Relative Verteilung der Beschuldigten bei Vorwürfen durch Angehörige	47
Abbildung 30	Relative Verteilung der Beschuldigten bei Vorwürfen durch andere Beteiligte	47
Abbildung 31	Absolute Häufigkeit der beschuldigten Institution	48
Abbildung 32	Prozentuale Verteilung der rechtsmedizinischen Beurteilung	50
Abbildung 33	Wahrscheinliche Fehler im Verlauf der Jahre	51
Abbildung 34	Unwahrscheinliche und ausgeschlossene Fehler im Verlauf der Jahre	52
Abbildung 35	Todesursachenverteilung bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern	53
Abbildung 36	Todesursachenverteilung bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern	53
Abbildung 37	Verteilung der Vorwurferheber bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern	54
Abbildung 38	Verteilung der Vorwurferheber bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern	55
Abbildung 39	Vorwurfstatbestände bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern	56
Abbildung 40	Vorwurfstatbestände bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern	57
Abbildung 41	Verteilung der Beschuldigten bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern	58
Abbildung 42	Verteilung der Beschuldigten bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern	59

Abbildung 43	Verteilung der Institution bei Fällen mit wahrscheinlichen Fehlern	60
Abbildung 44	Verteilung der Institution bei Fällen mit unwahrscheinlichen und ausgeschlossenen Fehlern	61
Abbildung 45	Empfehlung zum Fachgutachten je nach rechtsmedizinischer Beurteilung	62

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Messpunkte der durch Angehörige erhobenen Vorwürfe	42
Tabelle 2	Messpunkte der durch Ermittlungsbehörden erhobenen Vorwürfe	42
Tabelle 3	Messpunkte der durch andere Beteiligte erhobenen Vorwürfe	42

13 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ARDS	Akutes Atemnotsyndrom
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bspw.	Beispielsweise
bzw.	Beziehungsweise
C2	Alkohol
CIRS	Critical Incident Reporting System
CLL	Chronisch lymphatische Leukämie
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
Dt Ärztebl	Deutsches Ärzteblatt
e.V.	Eingetragener Verein
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
GI-Blutung	gastrointestinale Blutung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
ICB	Intrazerebrale Blutung
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzerkrankung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAE	Lungenarterienembolie
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. Dissertation	Medizinische Dissertation
MedR	Medizinrecht
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
n. Chr.	nach Christus
NG	Arzt in Niederlassung
OP	Operation
pAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit

PH	Pflegeheim
SAB	Subarachnoidalblutung
SDH	Subduralhämatom
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
URL	Uniform Ressource Locator
v.a.	Vor allem
Vgl.	Vergleiche

14 Danksagung

Sehr herzlich möchte ich mich in erster Linie bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel für die Überlassung des Themas, die geduldige Betreuung und hilfreichen Hinweise während der Erstellung der Arbeit bedanken.

Ein Dank gilt auch Frau Fahrenkrug, die stets mit Rat und Tat zur Seite stand und keine organisatorischen Mühen gescheut hat.

Für die stetige Motivation und Unterstützung während der Dissertation wie auch während des Studiums bedanke ich mich außerdem ganz besonders bei meiner Familie. Ihr habt das alles ermöglicht und ich bin sehr dankbar dafür.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei Cyrus, der nicht nur den perfekten Arbeitsplatz gestellt, sondern mich auch mit viel Geduld begleitet hat.

15 Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

16 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: