

Fehlervermeidung durch Analyse von Behandlungsabläufen

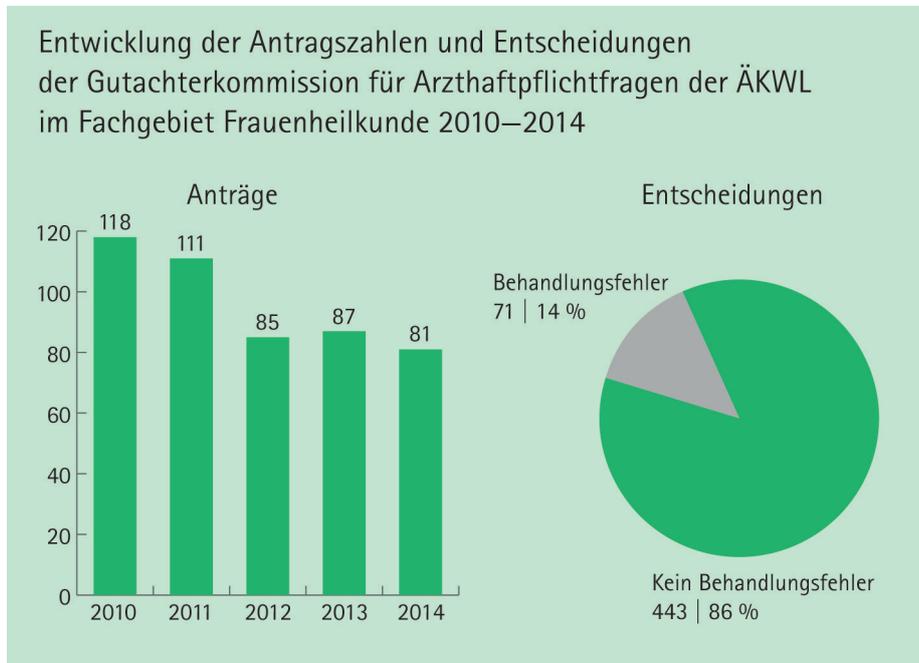
Verfahren der Gutachterkommission im Gebiet Frauenheilkunde

von Dr. Marion Wüller und Dr. Christiane Weining, ÄKWL

Die Behandlung eines Patienten sollte idealerweise jederzeit sicher und ohne „schädliche Vorkommnisse“ sein. Gemeint sind damit jene „unerwünschten Ereignisse“, die ihre Ursache in durchgeführten oder unterlassenen Therapiemaßnahmen haben und nicht in der Erkrankung selbst. Derartige Ereignisse können unvermeidbar oder – weil fehlerbedingt – vermeidbar sein.¹ Unvermeidbare „unerwünschte Ereignisse“ sind, wie Krankheitskomplikationen, der Risikosphäre des Patienten zuzuordnen, da sie trotz sorgfältiger und korrekter Vorgehensweise auftreten. Über diese behandlungstypischen Risiken wird informiert: Eine Patientin wird zum Beispiel auf die Möglichkeit einer Harnleiterläsion im Aufklärungsgespräch vor einer Hysterektomie hingewiesen. Vermeidbar sind „unerwünschte Ereignisse“, die ihre Ursache in Fehlern im Behandlungsverlauf haben: die Gabe eines Arzneimittels trotz bekannter und dokumentierter Allergie oder ein fehlerhaftes Absetzen von Strukturen bei unübersichtlichem Situs.

Ob es sich um eine Krankheitskomplikation handelt oder um ein unvermeidbares oder vermeidbares „unerwünschtes Ereignis“, hängt ganz vom Einzelfall ab und ist oft schwierig zu beurteilen. Wenn es darum geht, Schwachstellen zu identifizieren, ist diese Differenzierung sicher auch nachrangig. Arzthaftungsrechtlich gesehen, kommt es aber auf eben diese Beurteilung an. Anspruch auf Wiedergutmachung und finanziellen Ausgleich hat ein Patient nämlich dann, wenn ein vermeidbarer Fehler zu einem Behandlungsschaden geführt hat. Schadensersatzansprüche sind zu beweisen. Es darf keine vernünftigen Zweifel geben, dass ein Sorgfaltsmangel vorliegt, auf den der Schaden kausal zurückzuführen ist.

Ob die Schadensersatzansprüche eines Antragstellers im Einzelfall berechtigt sein könnten, dazu äußert sich die Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen und versucht, durch ihre Stellungnahme zur außergerichtlichen Streitbeilegung in der Haftungsfrage beizutragen. Die Antragszahlen sind bei allen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern in Deutschland in den letzten Jahren nicht nennenswert gestiegen – und



dies trotz höherer Arbeitsverdichtung durch kürzere Liegezeiten, Behandlung von immer mehr und immer älteren Patienten und weiterer Spezialisierung mit Zunahme der besonders anfälligen Schnittstellen. Dass dies so ist, wird ganz wesentlich auch daran liegen, dass Kliniken, Praxen und medizinische Versorgungszentren heute ein lösungsorientiertes Bewusstsein für Gefahrenpotentiale haben und Risikomanagement ebenso zum Alltag gehört wie professionelles Beschwerdemanagement. Damit nehmen Kliniken, Praxen und medizinische Versorgungszentren ihre Chance wahr, Anlässe für Sorgen und Nöte der Patienten so gering wie möglich zu halten oder Beschwerden zu befrieden, solange dies noch ohne juristische Auseinandersetzung möglich ist. Mitgefühl und offener Umgang mit einem unerwünschten Ereignis hilft in vielen Fällen, die Eskalation zu einem Konflikt, der am Ende für alle Seiten Nachteile mit sich bringt, zu vermeiden.

Im Fach Frauenheilkunde ist in Westfalen-Lippe in den vergangenen fünf Jahren sogar ein leichter, kontinuierlicher Rückgang von Verfahren bei der Gutachterkommission zu beobachten.²

Da keine anderen Erklärungen auf der Hand liegen, könnte die rückläufige Tendenz möglicherweise damit zu tun haben, dass „in der Gynäkologie das Bewusstsein für die Notwendigkeit formaler Regelungen“ zur Fehlervermeidung zum Beispiel durch Zählkontrollen gut entwickelt zu sein scheint.³ Dennoch steigen die Haftpflichtbeiträge für Frauenärzte drastisch, so berichtet der Ärztliche Nachrichtendienst am 10.4.2015.

Unabhängig davon, wie ein Verfahren ausgeht und was als bewiesen angesehen werden kann: Die Ergebnisse der Gutachterkommission können von den betroffenen Kliniken genutzt werden, um patientengefährdende Umstände zu identifizieren, da in diesen Verfahren Behandlungsabläufe sehr gründlich analysiert werden. Grundlage der Prüfung ist die Behandlungsdokumentation mit Operationsberichten, Ergebnissen von laborchemischen und anderen Untersuchungen, Bildgebung und Verlaufsprotokollen. Der Einwand, eine nähere Prüfung sei gar nicht erforderlich, wenn sich ein eingriffstypisches Risiko verwirklicht habe, über das zuvor aufgeklärt und in dessen Kenntnis eingewilligt wurde, greift nicht. Auch ein eingriffstypisches Risiko kann sich bei korrekter oder fehlerhafter Behand-

lung verwirklichen. Deshalb ist eine eingehende Analyse in jedem Fall erforderlich.

Aus den Verfahren der Gutachterkommission:

Organverletzung

Auch eine intraoperative Organverletzung kann, muss aber keine Fehlerfolge sein. Wenn die Organschädigung im besonderen Fall unter den gegebenen Umständen unvermeidbar war, besteht kein Haftungsgrund. Tritt die Organschädigung jedoch infolge eines vermeidbaren Fehlers bei Planung oder Durchführung eines Eingriffes auf oder wird eine Organläsion nicht rechtzeitig erkannt und behoben, kann dies eine Haftung begründen. Aufgabe eines ärztlichen Gutachters ist es, diese Möglichkeiten voneinander abzugrenzen, was höchst anspruchsvoll ist, da die eventuelle Abweichung von dem sogenannten „Behandlungsstandard“ dargelegt werden muss. Der Jurist braucht hier eine belastbare Einschätzung und klare Antwort, sonst kann er zu keiner Bewertung der Haftungsfrage kommen.

Seit vielen Jahren sind insbesondere Harnleiterverletzungen im Fachgebiet Frauenheilkunde Gegenstand der Betrachtung. In welchen Fällen in der operativen Gynäkologie Harnleiter besonders gefährdet sind, wird an verschiedenen Stellen auch unter haftungsrechtlichen Aspekten diskutiert.^{4,5,6,7,8}

Danach ist die Darstellung des Harnleiterverlaufes nicht in jedem Fall gefordert. Es gibt jedoch Fälle, in denen der besonderen Gefährdung der Harnleiter bei der Operation Rechnung zu tragen ist. Aus dem Operationsbericht sollte hervorgehen, dass sich der Operateur einer eventuellen Gefährdung bewusst war und dass er alle Maßnahmen ergriffen hat, um die Organschädigung zu vermeiden, rechtzeitig zu erkennen und primär zu korrigieren.⁹

Karzinom zu spät oder gar nicht diagnostiziert oder fehlerhaft behandelt

Es ist für eine betroffene Patientin schwer zu verstehen: Sie ist bereits seit einiger Zeit bei einem oder mehreren Ärzten in Behandlung, hat selbst womöglich etwas Ungewöhnliches beobachtet, dennoch wurde die Krebserkrankung verspätet erkannt. Die Patientin wünscht deshalb eine gutachterliche Überprüfung der Behandlung.

Verfahren im Fachgebiet Frauenheilkunde aus dem Jahr 2014, in denen die Gutachterkommission die Fehlervermutung bestätigte und Haftungsansprüche für gerechtfertigt ansah*

Organverletzung bei Operationen (z. B. Harnwege, Darm)	5
Karzinom zu spät oder gar nicht diagnostiziert oder fehlerhaft behandelt	4
In der Schwangerschaft oder bei der Entbindung fehlerhafte Diagnose gestellt oder notwendige Befunderhebung unterlassen	6
Sonstige	1

* Statistische Erhebung der Gutachterkommission WL, Behandlungsfehlerregister aus MERS online; die publizierten Daten sind bei der Bearbeitung so anonymisiert und zusammengefasst, dass sie keine einzelfall- oder personenbezogenen Schlüsse zulassen

Dabei ist zu berücksichtigen: Ein Arzt schuldet nicht immer eine richtige Diagnose. Der Weg zur Diagnosefindung ist iterativ. Die Behandelnden müssen jedoch ihre Arbeitsdiagnose immer wieder überprüfen und alle notwendigen Befunde erheben. Werden notwendige Befunde nicht erhoben, kann dies zur Beweislastumkehr führen, wie das Beispiel auf der folgenden Seite verdeutlicht.

In geburtshilflichen Verfahren konnte nach alter Satzung in vielen Verfahren keine ab-

schließende Einschätzung des Zusammenhanges zwischen erkannten Fehlern und darauf beruhenden Gesundheitsschäden des Neugeborenen abgegeben werden, da aufgrund des bis Juli 2014 geltenden Statutes nur in Ausnahmefällen Gutachten aus dem Fachgebiet Neonatologie eingeholt wurden.

Betreuung einer Schwangeren oder Entbindung – Verfahren 2014, in denen die Gutachterkommission eine Fehlervermutung bestätigte

Behandlungsanlass ex post	Vermeidbarer Fehler
Schwangerschaft einer Rhesus-negativen Mutter	Rhesus-Faktor fehlerhaft positiv dokumentiert, keine Anti-D-Prophylaxe
Entbindung, Plazentainsuffizienz	Mangelhafte Geburtsüberwachung, bei pathologisches CTG notwendige MBU unterlassen
Entbindung, Nabelschnurumschlingung	Fehlende und unzureichende CTG-Überwachung, notwendige MBU unterlassen
Schwangerschaft, Plazentainsuffizienz	Nach auffälligem Befund im Rahmen der Vorsorge notwendige Kontrolluntersuchungen unterlassen
Schwangerschaft, Aneuzephalus	Fehlerhafte Ultraschalluntersuchung
Entbindung von einem zweiten Kind, Z. n. Kaiserschnitt bei erster Entbindung	Fehlerhafte operative Durchführung einer Resectio

KASUISTIK

**DYSFUNKTIONELLE BLUTUNG
UNZUREICHEND ABGEKLÄRT**

Behandlungsanlass aus der Sicht ex post: dysfunktionelle vaginale Blutungen, Zervixkarzinom

Vermuteter Fehler: nicht diagnostiziertes Zervixkarzinom

Sachverhalt

Erstkontakt: Eine 36-jährige Patientin stellt sich wegen dysfunktioneller vaginaler Blutungen bei einem niedergelassenen Gynäkologen vor. Letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung 2,5 Jahre zuvor (Pap II). Befund: mittelstarke vaginale Blutung aus dem Gebärmutterhalskanal, Ultraschall unauffällig.

Vier Wochen nach Erstkontakt: Wiedervorstellung mit anhaltenden Blutungen, notfallmäßige Einweisung in ein Krankenhaus zur weiteren Diagnostik, Untersuchungsbefund dort: regelstarke vaginale Blutung, Portio aufgrund der Blutung nicht beurteilbar, palpatorisch kein Portioschiebeschmerz; vaginaler Ultraschall: hoch aufgebautes Endometrium, blutgefülltes Cavum uteri. Aufgrund der Hypermenorrhoe wird eine fraktionierte Abrasio durchgeführt. Histologisch ergibt sich ein benigner Befund.

Folgemonate: Es wird eine Hormondiagnostik veranlasst.

Vier Monate nach Erstkontakt: Blutungszunahme mit Kreislaufinsuffizienz. Zweite

Einweisung in dasselbe Krankenhaus. Bei Aufnahme Hb von 5,6 g/dl, EK-Transfusionen und Gabe von Kontraktionsmitteln, die Portio kann aufgrund der starken Blutung nicht beurteilt werden; bei sonographisch flachem Endometrium, Besserung der Beschwerdesymptomatik und bestehendem Kinderwunsch wird von einer erneuten Abrasio abgesehen.

Folgemonate: Die Patientin wird bei persistierenden Blutungsstörungen mit verschiedenen Hormonpräparaten behandelt. Vorstellung in einer Praxis mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie. Durch einen Facharzt für Innere Medizin wird die Patientin zum MRT des Unterbauches überwiesen. Diagnose: Verlagerung der Cervix uteri nach links. Ansonsten o. B.

Acht Monate nach Erstkontakt: erneut deutliche Blutungszunahme. Die Patientin wird von der Praxis mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie in ein anderes Krankenhaus eingewiesen. Hier zeigt sich bei der Aufnahmeuntersuchung eine massiv ausgeprägte Portioektomie mit spritzender, arterieller Blutung der Portio bei 1 Uhr. Es wird eine notfallmäßige Thermokoagulation der Portio durchgeführt. Die empfohlene Konisation wird zu diesem Zeitpunkt von der Patientin abgelehnt. Eine PE wird nicht durchgeführt.

Neun Monate nach Erstkontakt: Die Patientin stellte sich bei persistierender Blutung in einer selbst recherchierten Dysplasiesprechstunde vor. Der dort entnommene

Abstrich ergibt einen Pap V, die Kolposkopie zeigt eine tumorös veränderte Portio mit v. a. vaginale Infiltration. Die Diagnose eines Zervixkarzinoms wird durch PEs gesichert. Die Patientin stellt sich zur Zweitmeinung in der Charité Berlin vor. Die endgültige Tumorklassifikation wird nach laparoskopischer Lymphonodektomie und Zervix-PE mit FIGO IIb pN1(2/32) G2 L1 V 1 festgelegt. Es erfolgt eine Radiochemotherapie mit vier Zyklen Cisplatin sowie eine Brachytherapie mit 75 Gy.

16 Monate nach Erstkontakt: In der Nachsorge wird im PET-CT eine Filialisierung festgestellt, wobei eine R0-Situation nicht mehr erreicht werden kann. Die Patientin verstirbt wenige Monate später unter häuslicher palliativmedizinischer Versorgung.

Vermeidbare Fehler laut Gutachten:

Der äußere Muttermund wurde bei wiederholten Untersuchungen und stationären Aufenthalten nicht aussagekräftig dargestellt, um die Diagnose eines Zervixkarzinoms sicher auszuschließen oder nachweisen zu können. Zytologische Untersuchung und PEs wurden nicht durchgeführt. Therapieverzögerung um mehrere Monate. Mit großer Wahrscheinlichkeit hätte das Zervixkarzinom sechs Monate früher festgestellt werden können.

Juristische Besonderheiten

Einfacher Befunderhebungsmangel mit Annahme eines „fiktiven groben Fehlers“ und Beweislastumkehr.

Dies ist nach der Satzung seit 2015 neu geregelt. In geburtshilflichen Verfahren werden die Ausführungen eines Sachverständigen aus dem Fachgebiet Frauenheilkunde zukünftig durch die Einschätzung eines Arztes aus dem Fachgebiet Neonatalogie ergänzt.

Zeigt die Aufarbeitung unerwünschter Ereignisse im Fachgebiet Frauenheilkunde, dass belassene Fremdkörper, Seitenverwechslung oder CTG eine Rolle gespielt haben, bietet das Aktionsbündnis Patientensicherheit Handreichungen, diese Risiken zu vermindern.¹⁰

- 1 Nach Glossar Aktionsbündnis Patientensicherheit <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/?suchwort=glossar> Zugriff am 30.3.2015
- 2 Vgl. dazu auch Weber, B., Bender, H. G.: „Trends in der Begutachtung frauenärztlicher Tätigkeit. Daten der Ärztekammer Nordrhein“, Gynäkologie 45 (2012) 409–412
- 3 <https://www.aerzteblatt.de/pdf/109/8/a372.pdf>, Zugriff am 30.3.2015
- 4 Petri, E.: „Forensische Aspekte in der Urogynäkologie“, Zentralblatt für Gynäkologie 123 (2001) 710–717
- 5 Methfessel, H. D., Petri, E., Neu, J.: „Ureterläsionen bei gynäkologischen Eingriffen“, Gynäkologie 47 (2014), 44–48
- 6 Aqua 2013: https://www.sgg.de/downloads/QIDB/2012/AQUA_15n1_Indikatoren_2012.pdf Zugriff 30.3.2015
- 7 Aqua 2014: https://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2013/bu_Gesamt_15N1-GYN-OP_2013.pdf Zugriff 30.3.2015
- 8 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-061.html>, Zugriff 30.3.2015
- 9 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-061.html> S. 2, Zugriff 30.3.2015
- 10 APS <http://www.aps-ev.de/angebote/handlungsempfehlungen/>, Zugriff 30.3.2015