

**Medizinische Behandlungsfehler:
Analyse des Spannungsfeldes
zwischen Arzt-
und Patientenperspektive**

Diplomarbeit

vorgelegt von

Monika Kondrat
Matrikel Nr.: 1766349



Erste Betreuerin: Frau Prof. Dr. Christine Färber
Zweitbetreuung: Dipl. Gesundheitswirtin Wiebke Bendt

Hamburg, August 2013

Inhalt	
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>III</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>IV</i>
<i>Abstract</i>	<i>V</i>
1 Einleitung	1
1.1 Zur Relevanz des Themas	1
1.2 Forschungsfrage/Untersuchungsgegenstand	3
1.3 Methodisches Vorgehen	3
1.4 Aufbau der Arbeit	5
2 Theoretische Grundlegung: Begriff, Fehlerentstehungsmodelle und die Frage nach den Ursachen	6
2.1 Zu den Begriffen „Kunstfehler“ und „Behandlungsfehler“	6
2.2 Schaden	7
2.3 Theoretische Modelle zur Entstehung von Fehlern	8
2.3.1 Das Eisbergmodell	9
2.3.2 Fehlerketten.....	11
2.3.3 „Aktive Fehler“ und „latente Bedingungen“: Käsescheibenmodell (Swiss Cheese Model) nach James Reason	11
2.4 Arten und Ursachen medizinischer Fehler	13
2.4.1 Diagnosefehler	13
2.4.2 Aufklärungs- und Dokumentationsfehler	14
2.4.3 Organisationsfehler/Systemfehler/Fehler im System	15
2.4.4 Übernahmeverschulden	16
2.4.5 Fehler bei der Behandlung (medical errors): Therapiefehler.....	17
3 Medizinische Standards, Leit- und Richtlinien	17
3.1 Medizinische Standards	17
3.2 Medizinische Leitlinien und deren Bedeutung	18
3.3 Medizinische Richtlinien versus Leitlinien	19
4 Haftungsrechtliche Grundlagen	19
4.1 Geschichtlicher Abriss der strafrechtlichen Verfolgung von Behandlungsfehlern	20
4.2 Haftung und Schadenersatzanspruch nach BGB	21
4.2.1 Vertragliche Haftung: Schadenersatzanspruch aus § 280 Abs. 1 BGB	22
4.2.2 Deliktische Haftung aus § 823 Abs. 1 und 2 BGB	22
5 Ermittlung von Behandlungsfehlern und Anspruchsdurchsetzung	24
5.1 Beweislast und Beweislastverteilung	24
5.2 Wege, um die Ansprüche der Geschädigten durchzusetzen	25
5.2.1 Prüfung der Gutachterkommission der Landesärztekammern (Schlichtungsstellen der Ärztekammern).....	25
5.2.2 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)	26

6	<i>Die Basis ärztlichen Handelns in der medizinischen Profession</i>	27
6.1	Ärztliche Berufsethik	27
6.2	Bedeutung der medizinischen Profession/Professionalismus	29
6.3	Qualität der ärztlichen Behandlung: Das Arzt-Patient-Verhältnis	30
7	<i>Patientensicherheit am des Beispiel der Empfehlung der Bundesregierung zu Kommunikation im Gesundheitswesen „Reden ist Gold“</i>	37
7.1	Skizze der Arzt-Perspektive	37
7.2	Skizze der Patientenperspektive.....	41
8	<i>Fazit</i>	47
	<i>Literaturverzeichnis</i>	51

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Häufigkeit der Behandlungsfehler mit und ohne Patientenschaden in Prozent</i>	<i>2</i>
<i>Abbildung 2: Das Eisbergmodell.</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 3: Swiss Cheese Model of System Accidents nach J. Reason.....</i>	<i>12</i>
<i>Abbildung 4: Einflussfaktoren auf die Patientensicht im Kontext von „Reden ist Gold“</i>	<i>44</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Fehler-Ursachen bei der Behandlung.....</i>	<i>13</i>
---	-----------

Abstract

Diese Arbeit thematisiert die Problematik ärztlicher Behandlungsfehler vor dem Hintergrund der Ist-Situation des Spannungsfeldes zwischen Ärzten und Patienten. Ziel der Arbeit ist es Möglichkeiten eines verbesserten Umgangs mit Behandlungsfehlern aufzuzeigen. Die Arbeit verweist dabei auf rechtliche, medizinische und kommunikative Gesichtspunkte des Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten bei Behandlungsfehlern. Fokussiert wird dabei auf bestimmte Inhalte der konfliktbelasteten Situation zwischen Arzt und Patient nach einem Behandlungsfehler. Um aufzuzeigen, wie der Umgang mit Behandlungsfehlern verbessert werden kann, werden in der Arbeit die Empfehlungen der Bundesregierung zur Kommunikation bei Behandlungsfehlern mit dem Schwerpunkt „Reden ist Gold“ kritisch diskutiert. Die Arbeit kommt zu dem Schluss, dass das mit dem Slogan „Reden ist Gold“ thematisierte Sprechen über fehlerhaftes Verhalten der Ärzte in der Praxis vor dem Hintergrund widersprüchlicher Einflüsse stattfindet, wozu auch wirtschaftliche und institutionelle Interessen gehören. Verwiesen werden kann dabei auch auf Machtinteressen, die nicht notwendigerweise ein ehrliches Eingestehen von Schuld umfassen. Letztendlich ist ein ehrliches Eingeständnis der Schuld, so schlussfolgert die Arbeit, auch zivilrechtlich problematisch. Insgesamt wird somit in der Arbeit vor allem mit der Darstellung von „Reden ist Gold“ die Vielfältigkeit des Spannungsfeldes zwischen Arzt und Patient bei Behandlungsfehlern aufgezeigt, die einem gradlinigen und für den Patienten akzeptablen Umgang mit medizinischen Fehlern zuwiderlaufen.

1 Einleitung

1.1 Zur Relevanz des Themas

Die Behandlungsfehlerproblematik und die damit verbundene Rechtsprechung haben eine jahrtausende Geschichte. Aktuell schätzt das Bundesministerium für Gesundheit die Anzahl der jährlichen Behandlungsfehler auf 40 000 bis 170 000¹ – ein einheitliches Register gibt es nicht. Diese spekulativen „Statistiken“ in der Berichterstattung werden häufig auch „Dunkelziffern“ genannt und werfen damit zwangsläufig auf die Mediziner das Licht krimineller Machenschaften.

Seit 2007 führt die Bundesärztekammer eine Behandlungsfehlerstatistik unter dem Namen Medical Error Reporting Systeme (MERS). Diese statistische Erhebung stellt die gemeinsamen Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen dar.

In einer Studie der Stiftung Gesundheit „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009 (eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte)“ gaben 935 von 985 Respondern eine Auskunft über die Behandlungsfehler-Häufigkeit.

Die folgende Grafik stellt die prozentuale Fehlerhäufigkeit im Zusammenhang mit Patientenschaden in der ärztlichen Praxis dar. Dabei wurden als „Behandlungsfehler“ sogenannte „kritische Ereignisse (critical incident: Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis hätte führen können oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht hat)“² bezeichnet.

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013.

² Obermann/Müller 2009, S. 19.

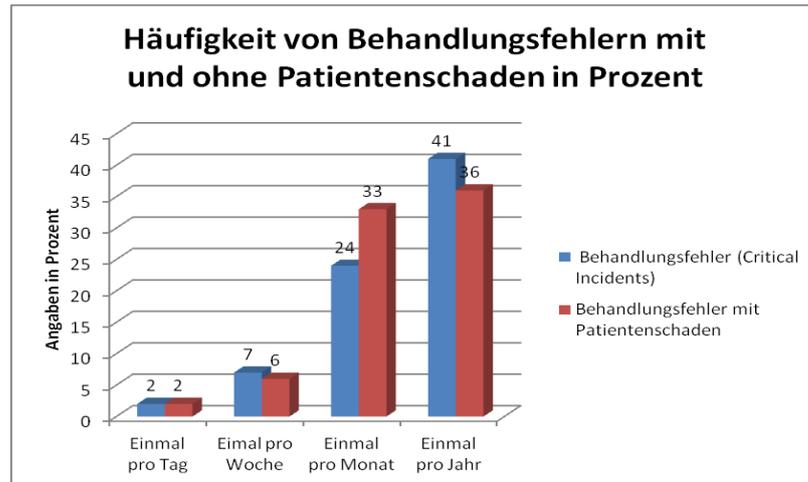


Abbildung 1: Häufigkeit der Behandlungsfehler mit und ohne Patientenschaden in Prozent

Quelle: Eigene Abbildung in Anlehnung an Obermann/Müller (2009), S. 20

Wie ersichtlich, gaben die Ärzte die eigenen Fehlerquoten wie folgt an:

- 41 % gaben eine Häufigkeit von „Critical Incidents“ einmal pro Jahr an, 36 % geben an, Behandlungsfehler mit Patientenschaden pro Jahr zu begehen.
- 33 % der befragten Mediziner gaben an, „einmal pro Monat“ Behandlungsfehler herbeigeführt zu haben, und 24 % solche mit einem Patientenschaden.
- 7 % der Ärzte unterlaufen nach eigenen Angaben „einmal pro Woche“ Behandlungsfehler, 6 % mit einem Patientenschaden.
- 2 % der Befragten gaben an, „einmal pro Woche“ Behandlungsfehler zu begehen, ebenfalls 2 % solche mit Patientenschaden.

Insgesamt zeigte sich in dieser Studie eine 94,3% Bereitschaft über das Thema „Fehler“ zu sprechen.³

Trotz der vielen Diskussionen zum Thema auf der Makro- und Mesoebene des Gesundheitswesens existiert bis heute keine einheitliche, standardisierte „Vorgehensweise“ beim Eintritt eines Behandlungsfehlers. Dieser Zustand wirkt sich auf die Mikroebene des Geschehens aus und bildet ein Nährboden für Diskrepanzen zwischen Ärzten und Patienten. Die Umsetzbarkeit der in den 1990er-Jahren propagierten „Null-Fehler-Kultur“⁴ in den medizinischen Berufen stellt aus heutiger Sicht eine Utopie dar. Die gegenwärtigen Versuche, eine Fehlerkultur zu etablieren, erscheinen als selbstverständlich, stoßen

³ Vgl. Obermann/Müller 2009, S. 20.

⁴ Vgl. Wolte 2009, S. 98 f.

möglicherweise aber nur einen Prozess an, dessen Ergebnisse erst in weiteren Dekaden zu beobachten sein werden.

1.2 Forschungsfrage/Untersuchungsgegenstand

Ziel dieser Arbeit ist es, das Spannungsverhältnis in der Konstellation zwischen Ärzten und betroffenen Patienten in Anbetracht eines eingetretenen Behandlungsfehlers darzustellen. Ausgenommen werden Behandlungsfehler, die von Grund auf einen kriminellen Hintergrund haben oder vorsätzliches Fehlverhalten aufweisen.

So sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie kann der Umgang mit Behandlungsfehlern optimiert werden?
- Wie beeinflusst die aktuelle Ist-Situation das Spannungsfeld zwischen Ärzten und Patienten nach Eintritt eines Behandlungsfehlers?
- Wie stellt sich die Situation eines Patienten/Arztes⁵ im Fall eines Behandlungsfehlers heute dar?
- Woraus ergeben sich die Diskrepanzen in der Arzt-Patient-Beziehung und wie können die Schwierigkeiten behoben werden?

1.3 Methodisches Vorgehen

Um diese Fragen zu beantworten, ist eine komplexe multiperspektivische Haltung erforderlich. Es sind mögliche Maßnahmen zur Optimierung des Zustandes nach einem Behandlungsfehler zu erarbeiten.

Diese Arbeit analysiert die vorgestellten Fragen anhand von subjektiv ausgewähltem Datenmaterial, um den Fokus auf die Problematik zu lenken und relevante Ansatzpunkte für ein Handling bzw. Interventionsmaßnahmen zu schlussfolgern.

Ausgehend von der zuvor skizzierten Problemstellung wurde für die vorliegende Arbeit eine Forschungsfrage entwickelt, die die grundsätzliche Fragestellung nach der Qualität des Spannungsfeldes zwischen Arzt- und Patientenperspektive präzisiert:

Welche Aspekte eines Spannungsfeldes zwischen Arzt- und Patientenperspektive lassen sich, vor dem Hintergrund der rechtlichen Situation, der organisatorischen, institutionellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten und der öffentlichen Diskussion, im

⁵ Allein aus Gründen der Lesbarkeit wird hier und im Folgenden nur die maskuline Form verwendet; es sind stets beide Geschlechter gemeint.

Hinblick auf die Frage des Umgangs mit medizinischen Behandlungsfehlern und Verdachtsmomenten bzw. Streitfällen in diesem Gebiet herausarbeiten?

Die oben stehende Formulierung der hier relevanten Forschungsfrage zeigt bereits, dass pauschale Antworten nicht zu erwarten sind: Das betreffende Spannungsfeld weist sowohl Differenzen zwischen den Akteuren auf, die auf die einschlägigen Wissensstände zurückgeht also auch solche, die in sachlichen Auffassungsunterschieden, in Dimensionen der subjektiven Wahrnehmung, in unterschiedlichen Zugängen zum Recht und zur Durchsetzung rechtlicher Ansprüche als auch in wirtschaftlichen und institutionellen Interessen und Zwängen begründet sind.

Angesichts der Tatsache, dass Teilaspekte der oben erwähnten Fragestellung gut erforscht sind, setzt sich die vorliegende Arbeit das Ziel, einen qualitativen Überblick zu gewinnen und daraus Aspekte einer systemischen Differenz der Perspektiven zu ziehen: Aus den zahlreichen Einzelteilen der perspektivischen Differenz soll ein Eindruck eines Systems kollidierender Zugänge zu einem Problemfeld gewonnen werden.

Die qualitative Natur der formulierten Forschungsfrage verweist zudem darauf, dass die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit nicht mit einer verbindlichen quantitativen Abschätzung der Systemqualitäten eines einschlägigen Spannungsfelds verbunden sein kann. Dies erweist sich angesichts des Umstands, dass das Thema stark emotional besetzt und medialen Mechanismen unterworfen ist, auch als sachlich sekundär: Behandlungsfehler werden von den Beteiligten selten im statistischen Zusammenhang rezipiert sondern entweder konkret bezogen auf eigene sachlichen Perspektiven oder aber in einem stark emotionalisierten Kontext⁶, der der qualitativen Analyse neben der quantitativen Darstellung eine ebenbürtige Bedeutung zuweist.

Aufgrund des gewählten qualitativen Forschungsansatzes spielt die theoretische Durchdringung der hier interessierenden Materie eine große Rolle. Dieser Umstand bedingt eine starke Orientierung an der aktuellen Fachliteratur, sofern sie sich auf diese theoretischen Aspekte bezieht und bringt den methodischen Ansatz einer Literaturarbeit mit sich.

Dieser methodische Ansatz ist allerdings insofern modifiziert worden, als die vorliegende Arbeit neben der aktuellen Fachliteratur auch solche Quellen einbeziehen

⁶ In diesem Zusammenhang sollte nicht vergessen werden, dass der subjektive Vertrauensverlust, der mit der Vermutung eines Behandlungsfehlers einhergeht, ebenfalls als gesundheitliche Belastung in Betracht kommt und medial im Fokus steht. Vgl. dazu: Hausch 2007, S. 249f.

muss, die die Perspektiven der Akteure in ihrer öffentlich-medialen sowie ihrer subjektiven Dimension aufschließen. Es wurden daher in die Literaturlauswertung auch solche Titel aufgenommen, die ansonsten aus einer wissenschaftlichen Literaturlausarbeit ausgeschlossen sind und allenfalls in der wissenschaftlichen Medienanalyse in Betracht kommen können.

Hervorzuheben ist hier vor allem die Verwendung von Quellen aus dem Internet sowie so genannte „graue Literatur“⁷, die im Folgenden als Literatur zwischen medialer Vermittlung von Interessen, Positionspapieren sowie populärer Analysen verstanden wird. Auch so genannte Working Papers, also Literatur, die sich als Diskussionsgrundlage versteht und nicht über den Buchhandel publiziert ist, wurde in die Auswertung einbezogen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss an diese Einleitung widmet sich Kap. 2 der theoretischen Grundlegung. Hier werden Begriffsbestimmungen und eine mögliche Klassifikation von Fehlern vorgenommen. Ebenso wird nach Fehlerursachen gefragt. Auf dieser Grundlage erörtert Kapitel 3 die Grundlagen der Haftung in der Medizin. Das 4. Kapitel fragt folgerichtig nach Wegen, wie Patientenansprüche durchgesetzt werden können. Kapitel 5 fragt nach den haftungsrechtlichen Grundlagen, und Kapitel 6 untersucht das Arzt-Patient-Verhältnis. Schließlich bietet Kapitel 8 eine kritische Diskussion der Resultate dieser Arbeit. Ein Fazit (Kapitel 9) schließt sie ab.

⁷ Vgl. Baade 2010, S. 58f.

2 Theoretische Grundlegung: Begriff, Fehlerentstehungsmodelle und die Frage nach den Ursachen

Eine einheitliche Definition des Behandlungsfehlers fehlt bislang, vielmehr werden Kategorien geschaffen bzw. mögliche Begriffe erfasst.

Eine medizinische Behandlung führt nicht immer zu einem Behandlungserfolg. Insbesondere ist dabei zu beachten, dass der Arzt keinen bestimmten Erfolg einer Behandlung zu erbringen hat. Er muss *lege artis* handeln: nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft.⁸ Der Bereich der Behandlungsfehler ist durch eine Vielfalt von Begriffen gekennzeichnet. Eine Kategorisierung ist in vereinzelt Fällen sogar unmöglich. Um ein Verständnis dafür zu gewinnen, werden im Folgenden einige der relevanten Anordnungen vorgenommen.

2.1 Zu den Begriffen „Kunstfehler“ und „Behandlungsfehler“

Eine der frühesten und für die heutige Zeit relevante Definition von „Kunstfehler“ wurde 1871 bei der Novellierung des Strafgesetzbuches von Rudolf Virchow genannt. Seiner Definition nach entsteht die Gesundheitsschädigung eines Patienten „aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht und zuwider allgemein anerkannter Regeln der Heilkunde“⁹.

In den 70er-Jahren wurde die Zusammensetzung der Begriffe „Kunst“ und „Fehler“ in Fachdiskussionen als ungünstig betrachtet, da das Wort „Kunst“ der Lehre und Wissenschaft der Medizin nicht entspreche. Insbesondere Laien verstanden darunter, dass es sich um ein schuldhaftes Vergehen handle. Um zu differenzieren, wurde häufiger auch der Begriff „Fahrlässigkeit“ gebraucht, der im Straf- und Zivilrecht unterschiedlich definiert wurde.¹⁰

Heutzutage wird nicht mehr vom „Kunstfehler“ gesprochen, sondern der Begriff „Behandlungsfehler“ vorgezogen.

Während Virchow nur im absoluten „Verstoß gegen allgemein anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft“ einen Kunstfehler sah, plädierte Deutsch 1978 bei einem Vortrag auf dem Juristentag zur Reform des Arztrechts dafür, zukünftig die Strafbarkeit für ärztliche Fehlbehandlung einzuschränken. Seiner Ansicht nach sollte die Strafbarkeit

⁸ Vgl. BGH NJW 1980, 1452 f.; BGH NJW 1981, 2002; OLG Koblenz NJW-RR 1994, 52.

⁹ Eisenmenger/Spann 1979, S. 198.

¹⁰ Vgl. Katzenmeier 2002, 274.

der ärztlichen Fehlbehandlung nur für grobe Fahrlässigkeit – beim „absoluten Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Wissenschaft“ – gelten, da jeder medizinische Eingriff auch Gefahren mit sich bringe.¹¹

2.2 Schaden

Die Definition der Schadensdimension des medizinischen Behandlungsfehlers erweist sich als äußerst komplexe Herausforderung. Dies ist damit zu begründen, dass der medizinische Behandlungsfehler weder in der Rechtsprechung noch im Versicherungswesen sauber ausdefiniert und mit klaren Kriterien versehen ist. Zudem hat sich der Begriff des Behandlungsfehlers historisch aus dem Begriff des Kunstfehlers entwickelt, ohne deckungsgleich zu sein, was ebenfalls zu Unklarheiten beiträgt.¹²

Grundsätzlich wird in der Literatur der medizinische Behandlungsfehler, auch der schwere medizinische Behandlungsfehler ohne die Schadensdimension definiert, also auf einer prozessualen Ebene, unabhängig von dem Schaden, der damit verursacht wurde.¹³

Die „iatrogene Schädigung“, also die konkrete Schadensfolge einer medizinischen Behandlung, bezieht sich auf die medizinische Dimension einer mit dem Behandlungsfehler nachweisbar kausal verknüpften gesundheitlichen Schädigung. Allerdings ist hier davon auszugehen, dass der Begriff der iatrogenen Schädigung auch solche Schadensfolgen medizinischer Behandlung einbezieht, die nicht schuldhaft zustande kommen (z.B. die so genannte iatrogenische Krankheit in der Geriatrie, eine zwangsläufige Medikamentenvergiftung¹⁴).

Das „widrige Ereignis“ einer iatrogenen Schädigung wird also entlang der genannten Aspekte abgrenzend definiert, als eine Schädigung, die im Rahmen eines Kausalzusammenhangs wenigstens teilweise auf die medizinische Behandlung (oder Diagnostik) zurückzuführen ist, die mit Behinderungen oder funktionalen Einschränkungen verbunden ist und nicht im Rahmen einer intendierten Körperverletzung zustande gekommen ist.¹⁵

¹¹ Vgl. Eisenmenger/Spann 1979, S. 201.

¹² Vgl. Madea 2006, S. 578.

¹³ Vgl. ebd.

¹⁴ Vgl. Renteln-Krise 2009, S. 70f.

¹⁵ Vgl. ebd.

Grundsätzlich lassen sich iatrogene Schädigungen auf der Basis der oben beschriebenen Handlungs- und Kontextstruktur in drei hierarchische Klassen einordnen:

- Primäre Schäden durch Behandlungsfehler: Gesundheitliche Schäden, die funktionale Einschränkungen (auch von einzelnen Körperteilen) oder Behinderungen (zu denen auch psychische Beschwerden und subjektive Schmerzen zu rechnen sind) mit sich bringen.
- Sekundäre Schäden durch Behandlungsfehler: Folgen für den Patienten und sein Umfeld, sowohl auf einer sozialen auch auf einer wirtschaftlichen Ebene (Verlust der Arbeitsstelle, Verdienstaustausfall, Zerrüttung der menschlichen Beziehungen etc.).
- Tertiäre Schäden durch Behandlungsfehler: Darunter sind insbesondere Verlust an institutionellem Vertrauen (in die Medizin oder das Gesundheitswesen) sowie Schäden für die behandelnde Institution (Imageschaden etc.) zu verstehen.¹⁶

Aus der Aufstellung der unterschiedlichen Schadensdimensionen geht deutlich hervor, dass als Schadensobjekt auch jenes „verborgene Verhältnis“ zwischen Arzt und Patient in Frage kommt, das die soziale Institution der Medizin hochgradig konstituiert. Die Art und Weise der Schädigung dieses so wichtigen Vertrauensverhältnisses lässt sich dahingehend spezifizieren, dass sich angesichts einer konkreten Situation unterschiedliche Perspektiven auftun, die nicht mehr oder nur schwer in Einklang zu bringen sind.¹⁷

Die vorliegende Arbeit bezieht sich mit der Aufarbeitung dieser unterschiedlichen Perspektiven also auch auf einen bestimmten Aspekt der Schadensfolge des medizinischen Behandlungsfehlers: Der Gefährdung einer sozialen Institution im Rahmen des Auseinanderfalls der Perspektiven der Akteure.¹⁸

2.3 Theoretische Modelle zur Entstehung von Fehlern

Um besser zu verstehen, wie Fehler entstehen, werden theoretische Modelle verwendet. Ursprünglich wurden sie für die Risikobranchen (z. B. Luftfahrt) entwickelt. Nachdem die Parallelen zum Gesundheitswesen erkannt worden waren, wurden diese Modelle im Rahmen des Risikomanagements weiterentwickelt und sind in der Prävention angewend-

¹⁶ Vgl. Imhof 2010, S. 251.

¹⁷ Vgl. ebd.

¹⁸ Vgl. dazu etwa auch: Luhmann 1990, S. 143.

bar. Ein Modell ist das Eisbergmodell nach St. Pierre. Ein weiteres Modell, das eine Fehleranalyse im System/in der Organisation aufzeigt, ist das Swiss-Chess-Modell des englischen Psychologen Reason, das die ärztliche Interaktion als einen Teil einer komplexen Arbeitswelt darstellt.

2.3.1 Das Eisbergmodell

Eine grundsätzliche Frage der Fehlerforschung lautet: Was führt zum Fehler? Die Zusammenhänge zwischen den Unfällen, Zwischenfällen und minimalen Ereignissen haben St. Pierre et al. auf einem Modell des Eisbergs demonstriert. Die Kernaussage dieses Modells lautet, dass das Auftreten eines unerwünschten Ereignisses mit schweren Folgen, sich durch einige weniger gravierende Ereignisse ankündigt. Somit ist die Beschaffenheit des Eisbergs auf Behandlungsfehler projiziert. Nach St. Pierre lassen sich demnach medizinische Behandlungsfehler in drei Stufen (siehe Abb. 2) klassifizieren:

Unfälle sind unerwünschte Ereignisse, bei denen ein Schaden entstanden ist. Der Schaden an sich ist nun sichtbar und entspricht somit der Spitze des Eisbergs.

Bevor es zum Schaden gekommen ist, existierte noch ein anderer Teil des Eisberges unter der Wasseroberfläche:

Zwischenfälle (Vorkommnisse, die deutlich zu erkennen sind, aber ohne größere Schäden für Patienten bleiben)

und *minimale Ereignisse* (kleine Abweichungen die keine Folgen mit sich bringen und deren Korrektur einfach ist)¹⁹

Der nicht sichtbare Teil des Eisbergs unter der Wasseroberfläche stellt nach Glazinski & Wiedensohler die „Fehlervorstufen“ dar, deren Anzahl insgesamt auch größer ist als diejenige der Unfälle mit Folgen.²⁰ Aufbauend darauf wird deutlich, dass einem gravierenden Fehler viele andere Warnzeichen vorangehen, bevor er sich manifestiert.

¹⁹ Vgl. Hofinger 2008, S. 44.

²⁰ Vgl. Glazinski/Wiedensohler 2004. S. 61.

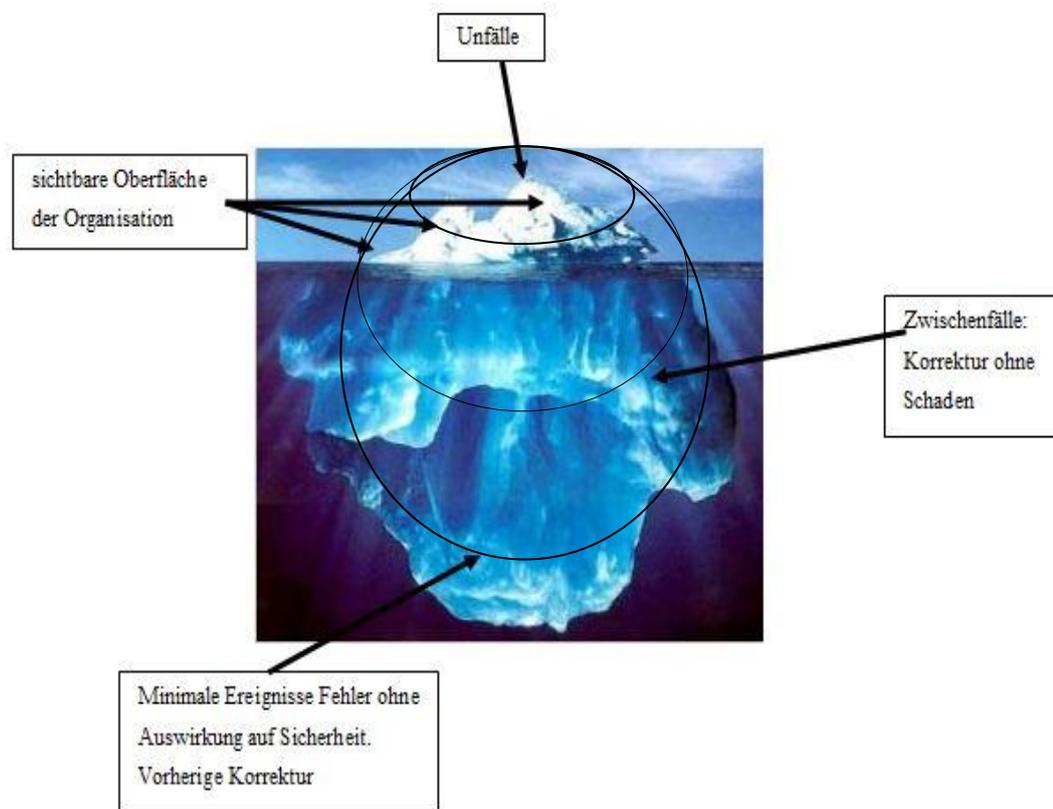


Abbildung 2: Das Eisbergmodell.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: St.Pierre/Hofinger/Buerschaper, 2005, S. 53

Diese möglicherweise gefährlichen Fehlerquellen dienen in speziell dazu entwickelten statistischen Programmen zur Risikoermittlung und Risikoeinschätzung. Der bekannteste ist das Critical Incident Reporting System (CIRS), das in den USA konzipiert und seit 2004 in Deutschland eingeführt wurde und nun ein Bestandteil des Risikomanagements in Krankenhäusern ist.²¹

In diesem Rahmen werden die Zwischenfälle, auch Beinahe-Fehler genannt, im Bereich Fehlerprävention analysiert und ausgewertet. Weil „jeder Fehler zählt“, wird versucht, die Situationen auf Basis der gesammelten Daten auszuwerten und Lösungsansätze zu entwickeln. Dadurch, dass das CIRS potenzielle Quellen von Fehlern und Beinahefehler ohne irreversible Schäden auswertet, stellt sich ihre Analyse für Hofinger günstiger dar. So ist dieses System durch Organisationen verwertbar.²²

²¹ Vgl. Haller/Fink 2006, S. 52.

²² Vgl. Hofinger 2008, S. 44.

2.3.2 Fehlerketten

Eine weitere theoretische Überlegung zur Fehlerentstehung ist die Bildung von Fehlerketten. Imhof weist darauf hin, dass sich häufig in den Arzthaftungsverfahren die Frage stellt, welcher Fehler von mehreren die Ursache des ungünstigen Ausgangs wurde. Somit wird gesagt, dass eine Fehlleistung an einer Stelle eine Kette von Fehlleistungen nach sich ziehen kann.²³ Eine solche Kette bei der Entstehung von Behandlungsfehlern schilderte ein Chirurg so:

„Eine Patientin kommt mit einer Einweisung zur Kniespiegelung in die Klinik, in der statt des rechten das linke Knie beschrieben wird. Normalerweise wird dies in der Aufnahmeuntersuchung bemerkt und korrigiert. Der aufnehmende Kollege stellt auch die Indikation fest, wird aber aus der Untersuchung zu einem Notfall gerufen. Er schreibt den Aufnahmebefund erst drei Stunden später unter Beachtung der Einweisung und verwechselt nun auch die Seite. Die folgende OP-Aufklärung führt ein anderer Kollege durch. Spätestens hier sollte die Patientin die Seitenverwechslung anmerken und den Schaden verhindern, aber sie ist so aufgeregt, dass sie die Einwilligung für die falsche Seite unterschreibt. Als letzte Barriere sollte nun am Folgetag der Operateur die Unterlagen und Befunde vor der Operation sichten und so den Schaden verhindern. Da konsequenterweise das falsche Bein abgedeckt und vorbereitet wurde und der Operateur in Zeitnot ist, sichtet er die vorliegenden Befunde nicht mehr und schneidet in das falsche Bein. Der Schaden tritt ein.“²⁴

2.3.3 „Aktive Fehler“ und „latente Bedingungen“: Käsescheibenmodell (Swiss Cheese Model) nach James Reason

Systemisch betrachtet, lassen sich Fehlerursachen auch zeitlich in „aktive Fehler“ und „latente Bedingungen“ unterscheiden (Reason). Aktive Fehler sind schnell zu erkennen, weil sie in einer Organisation am „scharfen Ende“, an der Mensch-System-Schnittstelle, entstehen. Folglich ist auch die verursachende Person leicht zu identifizieren. In der Praxis wäre z. B. das Verwechseln von zwei Medikamenten ein aktiver Fehler. Latente Bedingungen dagegen spielen sich fern von der Mensch-System-Schnittstelle ab, am „stumpfen Ende“ der Organisation, und sind zeitlich und räumlich von einem Unfall entfernt. Solche Fehler können auf allen Ebenen des Systems passieren. Latente Bedingungen bleiben so lange verborgen, bis sie sich mit auslösenden Faktoren verknüpfen und zum Fehler führen. Dies geschieht, wenn die gegebenen „Schutzbarrieren“ des Systems durchbrochen werden.²⁵ Reason zieht den Schluss: „... we cannot change the human condition, we can change the conditions under which humans work“²⁶. Haller und Fink (2006) betonen, dass die Schwachstellen beseitigt werden müssen, indem sie sys-

²³ Vgl. Imhof 2010, S. 38.

²⁴ Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., in Anlehnung an einen Beitrag von Bertil Bouillon, zit. n. Tönneßen 2009, S. 10.

²⁵ Vgl. Hofinger 2008, S. 40 f.

²⁶ Reason 2000, S. 768.

tematisch erfasst und analysiert werden, damit folgenschwere Zwischenfälle verhindert werden können.²⁷

Aus dem Bereich Risikomanagement etablierten sich Modelle zur Veranschaulichung der Organisationsfehler. Eines ist das bekannte ursprünglich aus der Prozessindustrie²⁸ stammende „Schweizer-Käse-Modell“ (Reason 1997):

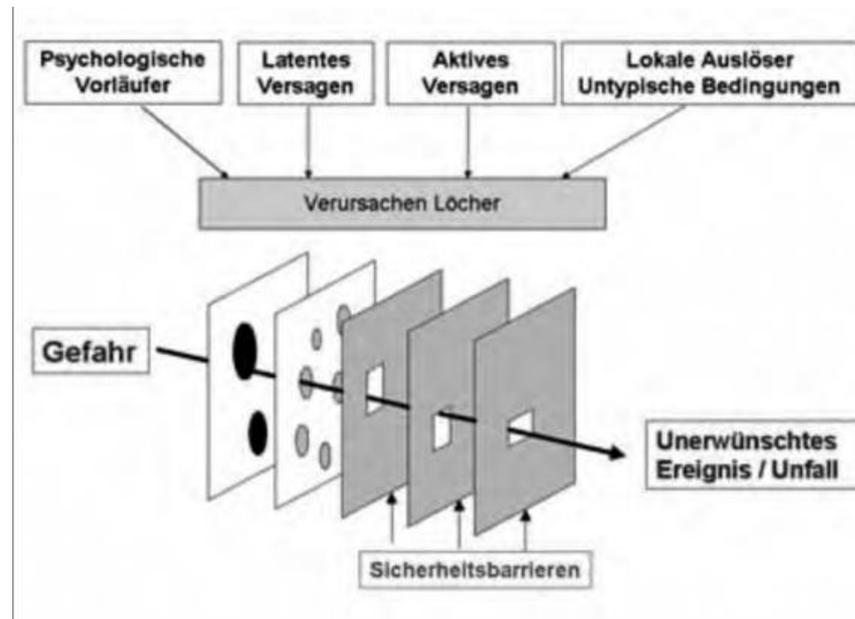


Abbildung 3: Swiss Cheese Model of System Accidents nach J. Reason.

Quelle: Johna (2011), S. 491

Reason zeigt in seinem Model ein System/eine Organisation, das/die über mehrere Sicherheitsbarrieren verfügt. Diese Barrieren unterliegen im System Kontrollen und werden überwacht. Der Annahme nach, dass menschliches Handeln immer ein Fehlerisiko in sich trägt, sind in den Barrierscheiben dort Lücken (Löcher) vorhanden. Durch die Barrieren und Sicherheitsvorkehrungen werden die meisten Fehler abgewehrt, außer wenn es zu einer Konstellation von Umständen kommt, die einen Fehler alle Lücken durchdringen lässt (siehe Abbildung 3) und zu einem irreversiblen Schaden führt. Haller und Fink (2006) betonen, dass die Schwachstellen beseitigt werden müssen, indem sie systematisch erfasst und analysiert werden, damit folgenschwere Zwischenfälle verhindert werden können.

²⁷ Vgl. Haller/Fink 2006, S. 52.

²⁸ Vgl. Haller/Fink 2006, S. 50.

2.4 Arten und Ursachen medizinischer Fehler

Imhof teilt die meisten Ursachen für Behandlungsfehler auf einer abstrakten Ebene schematisch in personale und strukturell-systematische auf:

Tabelle 1: Fehler-Ursachen bei der Behandlung.

Quelle: Imhof (2010), S. 3

A Allgemeine Behandlungsfehler	B Personenfehler	C Systemfehler
-falsche Diagnosen	-mangelndes Wissen	-mangelhafte Planung
-falsche Entscheidungen	-Regelverletzungen	-fehlerhafte Koordination der Schnittstellen
	-Mangelhafte Fähigkeiten	-Mangelhafte Beratung
		-technische Systemfehler
		-mangelnde Kontrollen

Die Relevanz der Fehlerforschung für die Medizin fasste Fudickar folgendermaßen zusammen: „Systematische Fehleranalyse bedeutet, bestimmte Fehlertypen bei der Analyse von kritischen Situationen und Komplikationen zu identifizieren und Strategien zu ihrer Vermeidung zu entwickeln.“²⁹

Behandlungsfehler umfassen eine Reihe von Komponenten, die zunächst in Diagnose-, Indikation-, Therapiefehler und gleichermaßen die ärztliche Aufklärungspflicht und Übernahmeverschulden gegliedert werden können.

2.4.1 Diagnosefehler

Der Rechtsanwalt Neu von der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammer bezeichnete Diagnosefehler als ein *Unterfall* des Behandlungsfehlers.³⁰ Eine medizinische Behandlung ist zwar an einen Behandlungsvertrag geknüpft, ist jedoch kein Werkvertrag, bei dem die Objektivität immer gewährleistet sein muss. Ein Diagnoseirrtum (Fehlinterpretation) ist somit haftungsrechtlich irrelevant und wird mit einer unterschiedlichen Ausprägung der Symptomatik begründet. Sollten sich bei der Anamnese Mehrdeutigkeiten ergeben, so ist ein Arzt verpflichtet, diese mit allen ihm zu Verfügung stehenden Methoden abzuklären ggf. weitere Fachärzte hinzuzuziehen. Erst eine Unterlassung von Untersuchungen, die eine Diagnose sichern könnten, stellt einen Behand-

²⁹ Fudickar 2012, S. 16.

³⁰ Vgl. Neu 2011, S. 21.

lungsfehler dar. Sowohl mangelnde Befunderhebung als auch eine nicht gerechtfertigte Invasivdiagnostik kann eine Haftung nach sich ziehen.³¹ Fenger et al. fügen hinzu, dass auch eine Therapie, die wirkungslos verbleibt, bei nicht revidierter Erstdiagnose ebenfalls einen Fehler darstellt.³²

2.4.2 Aufklärungs- und Dokumentationsfehler

Jeder Eingriff an dem menschlichen Körper stellt aus juristischer Sicht eine Körperverletzung dar – dieses gilt seit der 1894 getroffenen Entscheidung des Reichsgerichts. Erst durch eine wirksame Einwilligung des Patienten wird ein medizinischer Eingriff gerechtfertigt.³³ Eine Einwilligung in einen Eingriff ist dann möglich, wenn der Patient unter einer Risikoabwägung eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann. Der Arzt muss dafür sorgen, dass die von ihm verwendete Sprache auch einem Laien verständlich wird.³⁴ Zu beachten sind auch der Umfang, Zeitpunkt und Ort der durchgeführten Aufklärung. Dem Patienten muss genügend Zeit eingeräumt werden, um Für und Wider des Eingriffs abschätzen zu können. Einwilligungen, die nicht rechtzeitig durchgeführt wurden, können als unwirksam eingestuft werden³⁵ und sind somit als Aufklärungsfehler zu verstehen.

Einiger Sonderregulierung bedarf die Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen und Bewusstlosen. Bei Minderjährigen unter 14 Jahren wird das Einverständnis in der Regel von den Sorgeberechtigten eingeholt. Bei älteren Jugendlichen reicht häufig deren Entscheidung aus; nur für große Eingriffe soll immer die Einwilligung der Eltern eingeholt werden.³⁶ Mängel in der Aufklärung führen zu einer Haftung, selbst wenn der Eingriff „lege artis“ (fachgerecht) ausgeführt wurde.

Nach § 51 (1) des Ärztegesetzes ist der Arzt verpflichtet, zu jedem Patienten Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentation muss u. a. folgende Inhalte umfassen: Zustand des Patienten bei der Übernahme, Vorgeschichte seiner Erkrankung, Diagnose, therapeutische Maßnahmen.³⁷ Mängel in der Dokumentation führen zur Beweiserleichterung

³¹ Vgl. ebd.

³² Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 27.

³³ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 27 f.

³⁴ Vgl. Biermann 2006, S. 202 f.

³⁵ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 30.

³⁶ Vgl. ebd., S. 28.

³⁷ Vgl. ÄrzteG 1998, § 51 Abs. 1: „§ 51. 1 Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließ-

gen für den Patienten. Demnach entschied der Bundesgerichtshof im Fall eines entstandenen Dekubitus. Weil in der Krankenakte über die Gefahr dessen Entstehung kein Vermerk eingetragen worden war, entnahm das Gericht daraus ein Indiz dafür, dass diese Gefahr nicht erkannt und die notwendige Prophylaxe nicht angeordnet worden sei (vgl. BGH NJW 1986, 2365).³⁸

2.4.3 Organisationsfehler/Systemfehler/Fehler im System

Die Versorgungsmodalitäten in der heutigen Medizin sind an komplexe Systeme gebunden, die eine Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Pflegepersonal und weiteren medizinisch-technischem Personal sichern. Somit werden hohe Anforderungen an diese Organisation gestellt. Die Versorgungsabläufe werden durch ausreichende personelle und materielle Ressourcen gesichert.³⁹ Imhof weist darauf hin, dass Organisationsfehler eine spezifische Besonderheit in komplexen Systemen darstellen, in denen das Maß an Komplexität ursächlich für einen Zusammenbruch des Systems ist: Schon eine geringfügige Änderung der Ausgangslage kann zur einer „Fehlerlawine“ führen.

Reason fügt hinzu: „Fehler sind keine Ursachen von Zwischenfällen, sondern Fehler sind die Folge von mehreren Ursachen“, Ein Zwischenfall sei kein plötzliches Ereignis, sondern immer durch eine Entwicklungsphase bedingt.⁴⁰ Genauer sieht Rupprecht die Quelle medizinischer Irrtümer innerhalb des Krankenhauses in Koordinationsmängeln infolge von Informationsmangel.⁴¹ Im engeren Sinne sind die Krankenhausträger durch die primäre Sorgfaltspflicht dazu angehalten, für die entsprechende Organisation zu sorgen. Im Rahmen der Erstellung von Haushalts- und Wirtschaftsplänen müsse der strukturelle Aufbau einer Klinik eine effektive Arbeit garantieren. Es gehöre nicht zu den Aufgaben des einzelnen Arztes, sich z. B. um den Dienstplan, die Einsätze weiteren medizinischen Hilfspersonals, die Bereitstellung von Geräten oder die Durchführung von Wartungen zu kümmern. Außerdem ist der Träger zusätzlich zu der Erstorganisati-

lich der Anwendung von Arztspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arztspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenden oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.“ Zitiert nach Bundeskanzleramt 2013.

³⁸ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 49.

³⁹ Vgl. ebd.

⁴⁰ Vgl. Reason 1997.

⁴¹ Vgl. Rupprecht 2002, S. 53–57.

on dazu verpflichtet, die Organisationsstruktur zu kontrollieren.⁴² Bei Nichtbeachtung von Organisationspflichten erschließt sich eine Haftung für Organisationsverschulden (auch Organisationspflichtverletzung).⁴³ Statistisch gesehen sind, Organisationsverschulden eine der häufigsten Ursachen für Behandlungsfehler im Setting Krankenhaus. Um sich einen Einblick über die Organisationspflichten zu verschaffen, wird im nächsten Kapitel auf die wichtigsten Merkmale zu den Pflichten eines Krankenhausträgers eingegangen.

Exkurs: Organisationspflichten im engeren Sinne (des Krankenhausträgers)

a) *Allgemeines*

Den Organisationspflichten nachzugehen ist dem einzelnen Arzt nur begrenzt oder kaum möglich. Dazu gehört z. B., die Präsenz einer angemessener Anzahl an Ärzten, medizinischem und nicht medizinischem Personal, deren Einsatz gemäß deren Ausbildungsstand und deren Kenntnissen oder die Bereitstellung von Geräten und deren Wartungsverträgen zu gewährleisten.

b) *Wahl der zweckmäßigen Rechtsform*

Eine grundlegende Sorgfaltspflicht eines Krankenhausträgers besteht in der Zweckmäßigkeit des Krankenhauses unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Ein Verstoß dagegen stellt ein körperschaftliches Organisationsverschulden dar.

c) *Erstellen eines Haushalts- bzw. Wirtschaftsplans*

Der Krankenhausträger muss gleichermaßen für die finanzielle, räumliche und personelle Ausstattung sorgen. Die Erarbeitung des Haushalts- und Wirtschaftsplanes muss außerdem berücksichtigen, dass sich Ausstattung und Aufgabenstellung ausreichend decken. Außerdem ist der Träger verpflichtet zu kontrollieren, ob die Organisationsstruktur und eine effektive Arbeit gewährleistet sind.⁴⁴

2.4.4 Übernahmeverschulden

Um den Qualitätsstandard zu garantieren, darf der Arzt nur solche Behandlungen durchführen, die sowohl seine persönlichen Fähigkeiten als auch technische Ausstattung nicht

⁴² Vgl. Kern 2006, S. 61.

⁴³ Vgl. Kern 2006, S. 59.

⁴⁴ Vgl. Kern 2006, S. 61.

übersteigen.⁴⁵ Ausgenommen davon sind nur die Notfälle. Eine Abweichung entspricht einer Sorgfaltspflichtverletzung. Wenn „ein Arzt an die Grenzen seiner persönlichen Fähigkeiten anlangt“ (OLG Oldenburg VersR 1983, 536)⁴⁶, muss ein Konsiliararzt einberufen werden, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

Ebenfalls als Übernahmeverschulden gelten die sog. Anfängeroperationen, bei denen bei einer Übertragung eines Eingriffs auf einen unerfahrenen Kollegen keine fachärztliche Begleitung stattfindet⁴⁷. Der Patient muss nicht darüber informiert werden, dass ein Anfänger die Operation durchführen wird, es müssen ihm jedoch die fachärztliche Aufsichtspflicht und der Standard eines erfahrenen Chirurgen garantiert werden.⁴⁸

2.4.5 Fehler bei der Behandlung (medical errors): Therapiefehler

Zu den „klassischen Behandlungsfehlern“ zählt die fehlerhafte Behandlung, die im Fall eines nicht lege artis ausgeführten ärztlichen Eingriffs ebenfalls ein Unterlassen der Durchführung einer notwendigen Maßnahme darstellt.⁴⁹ Rosenau zählt einige Beispiele für Fehler in der Therapie auf:

- Anästhesist verlässt Patient trotz Atemstörung
- Bei Hörsturz ist HNO-Facharzt nicht konsultiert worden
- Keine Thromboseprophylaxe in der Extremitätenchirurgie
- Nicht-Abwarten von 30 Sekunden nach Desinfektion der Einstichstelle vor der Injektion⁵⁰

3 Medizinische Standards, Leit- und Richtlinien

3.1 Medizinische Standards

Medizinische Standards sind gegenüber den Standards anderer Professionen speziell zu betrachten. Imhoff beschreibt den Facharztstandard als „Handlungskorridor“, in dem die bestmöglichen Vorgehensweisen und Therapieverfahren erfasst sind. An dessen Rand befinden sich all jene, die nur als „vertretbar“ eingestuft werden. Überschreitet ein Arzt

⁴⁵ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 32.

⁴⁶ Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 32.

⁴⁷ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 32.

⁴⁸ Vgl. Reding/Dautert 2011, S. 174.

⁴⁹ Vgl. Laum 2000.

⁵⁰ Vgl. Rosenau 2010.

diesen, bedarf es einer besonderen Begründung. Kommt es dabei allerdings zu gesundheitlichen Schäden beim Patienten, kann der Arzt mit Verweis auf den medizinischen Standard haftbar gemacht werden. Sollte es in diesem Zusammenhang zu einem juristischen Verfahren kommen, wird auch geprüft, ob die unter § 276 BGB beschriebene Sorgfaltspflicht eingehalten wurde.⁵¹ Nach Laufs ist dies ein Maßstab für die Urteilsbildung.⁵² Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn ein Arzt eine Behandlung oder Diagnostik fehlerhaft ausübt oder unterlässt. Maßgebend dafür sind die geltenden Erkenntnisse seines Faches. Er haftet in beiden Fällen, weil er gleichermaßen nicht die gebotene Sorgfalt eingehalten hat.⁵³

Die Standards sind somit variable Größen, die sich mit der Entwicklung und dem Fortschritt in der Wissenschaft verändern können.⁵⁴

3.2 Medizinische Leitlinien und deren Bedeutung

Die medizinischen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin lehnen sich an die Definition von „guidelines“ des „Institute of Medicine“ und der amerikanischen „Agency for Health Care Policy and Research“ an.⁵⁵ Demnach sind sie „systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlage für die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten und deren Patienten zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen“. Diese Definition ist zu erklären:

Unter „systematischer Entwicklung“ versteht man die Erfahrungen der praktizierenden Ärzte, verbunden mit den Erkenntnissen aus Studien medizinischer Fachgesellschaften.

„Stellungnahmen im Sinne von Empfehlungen“ sind keine Vorschriften, sondern sollen eine Richtung weisen, um die Flexibilität einer Entscheidung zu gewährleisten. Eine „gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten und deren Patienten“ strebt einen Dialog an, der den gesellschaftlichen Wandel mit einbezieht. Die „im Einzelfall sinnvolle gesundheitliche Versorgung“ berücksichtigt die Individualität und Präferenzen des Patienten, sodass trotz ähnlicher Krankheitsbilder die Vorgehensweise verschieden sein kann.⁵⁶

⁵¹ Vgl. Imhof, 2010, S. 16–20.

⁵² Vgl. Laufs 1995, S. 554.

⁵³ Vgl. Laufs 1995, S. 554.

⁵⁴ Vgl. Imhof 2010, S. 16.

⁵⁵ Vgl. Field/Lohr 1990.

⁵⁶ Vgl. Gerlach/Abholz/Bernd 1999, S. 8 und Gerlach/Bernd/Beyer 2000, S. 125–127.

Es wird selbst dann, wenn auch das medizinische Wissen nach der sog. Evidence-Based Medicine zugrunde gelegt wird, die ärztliche Kompetenz in Entscheidung und Behandlungsfindung immer situativ betrachtet.

Leitlinien geben eine Handlungsempfehlungen für bestimmte Situationen vor. Sie umfassen nicht, wie, sondern welche Behandlung eingesetzt wird. Einzelfälle können davon abweichen, was von weiteren Faktoren abhängt. Sie dienen der Qualitätssicherung in der Behandlung, haben jedoch bei der juristischen Bewertung keine verbindliche Bedeutung.

3.3 Medizinische Richtlinien versus Leitlinien

Ein normatives Vorgehen des ärztlichen Handelns definieren die Richtlinien.⁵⁷ Diese sind von der Ärztekammer (BÄK) und durch den Gesetzgeber in SGB V § 137 a und b verbindlich geregelt. Verstöße dagegen führen demnach zu konkreten Sanktionen.⁵⁸ Richtlinien werden von Ärzten häufig kritisiert, weil dadurch ihre Berufsfreiheit eingeschränkt und die Medizin von rechtlichen Bestimmungen diktiert wird.⁵⁹ Insofern legt man darauf Wert, die Anzahl von Richtlinien in einem überschaubaren Rahmen zu halten. Leitlinien werden ständig überarbeitet, damit der medizinische Fortschritt und der aktuelle Wissensstand des Arztes gewährleistet bleiben. Dies kann jedoch zu einem Teufelskreis (circulus vitiosus) führen. Denn immer präzisere Leitlinien ziehen strengere Richtlinien nach sich. Dadurch steigen die Anforderungen an die Sorgfaltspflicht und somit auch das Risiko einer Haftung im Zivil- und Strafrecht.⁶⁰

4 Haftungsrechtliche Grundlagen

Wie bereits angeklungen ist, haben ärztliche Fehler nicht nur für den betroffenen Patienten, sondern auch für die Mediziner selbst empfindliche Konsequenzen, beispielsweise strafrechtlicher Art. Zunächst soll in diesem Kapitel ein kurzer Abriss zur Geschichte der strafrechtlichen Verfolgung von Behandlungsfehlern gegeben werden.

⁵⁷ Vgl. Vosteen 2000, S. 23–29.

⁵⁸ Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung, Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung v. Juni 1997, DÄBl. 1997, Heft 33, A-2154-2155, B-1622-1623, C-1754-1755.

⁵⁹ Vgl. Fenger/Holznapel/Neuroth 2009, S. 27.

⁶⁰ Vgl. Ulsenheimer 1995.

4.1 Geschichtlicher Abriss der strafrechtlichen Verfolgung von Behandlungsfehlern

Die frühesten Berichte über die juristische Verfolgung von Behandlungsfehlern sind bereits in der ältesten Gesetzgebung aus dem 17. Jahrhundert v. Ch., dem Codex des babylonischen Herrschers Hammurabi von Babylon, zu verzeichnen. Es wird dort ausgeführt, wie der Arzt nach einer Fehlbehandlung bestraft werden soll. Nach § 218 drohte ihm das Schicksal, die Hände abgeschlagen zu bekommen, wenn beispielsweise ein Patient bei einer Augenbehandlung erblindete.⁶¹

Die alten Ägypter bestrafte eine Abweichung von den „gelehrten Vorschriften der priesterlichen Heilkunst“ mit dem Tod.⁶²

Im hellenistischen Griechenland wurde ein Mediziner zwar nicht körperlich bestraft, aber seine Reputation durch öffentliche Bekanntmachung ruiniert. Im Corpus Hippocraticum wird bezüglich dieser Praxis ausgeführt, dass ärztlicher Pfusch und mangelndes Wissen der Allgemeinheit dem Ansehen der Heilkunst und eines ganzen Berufsstandes schadeten.⁶³

Die Lex Aquilia, ein römisches Gesetz, das den Schadenersatz bei Sachbeschädigung reguliert, ließ sich auch bei ärztlichen Behandlungsfehlern anwenden. War der geschädigte Patient ein Sklave, so musste sein Kaufpreis ersetzt werden.⁶⁴ Falls er keiner war, wurde eine dienstverträgliche Haftung (Locatio Conductio) wirksam.

Ausführlich definiert wurden ärztliche Behandlungsfehler im Artikel 134 der Constitutio Criminalis Carolina, auch Peinliche Gerichtsordnung genannt, die 1532 unter Karl V. auf dem Reichstag zu Regensburg als erstes Strafgesetzbuch des Heiligen Römischen Reiches entstand. Fortschrittlich war, dass darin erstmals die Einberufung eines medizinischen Sachverständigen gesetzlich festgeschrieben wurde. Somit schuf der Artikel 134 bis Anfang des 19. Jahrhunderts die juristische Grundlage für die Strafverfolgung bei Behandlungsfehlern. In jener Zeit wurden nur wenige „Kunstfehlerprozesse“ geführt, da eindeutige Beweise für die Schuld schwer zu erbringen waren.⁶⁵

Im 19. Jahrhundert kam es unter Wissenschaftlern zu neuen grundlegenden Diskussionen zur Kunstfehlerproblematik. Der Gerichtsmediziner Ernst Platner, seit 1790 Dekan

⁶¹ Vgl. Gerlach 2000, S. 391 f.

⁶² Vgl. Der Chirurg 1979 S. 199.

⁶³ Vgl. Preiser 1970, S.1, 4.

⁶⁴ Vgl. Jansen 2003, S.204.

⁶⁵ Vgl. Constitutio Criminalis Carolina, Artikel 134. Zitiert nach : Kehr,H.; 1972; S.48., der sich auf die 1967 in Stuttgart erschienene, von Gustav Radbruch editierte Textausgabe beruft.

der Leipziger medizinischen Fakultät, hielt es aufgrund ihrer Komplexität für aussichtslos, Behandlungsfehler nachzuweisen. Der Wissenschaftler Henke nannte es ein „noch wenig und ungenügend bearbeitetes Feld“.⁶⁶

Bedeutsamkeit erlangte ein Prozess, der 1811 gegen den bekannten Mediziner Horn angestrengt wurde. In jenem Fall war eine psychisch kranke Patientin in der Charité aufgenommen worden. Die 21-Jährige befand sich in einem Zustand besonderer Unruhe. Als Maßnahme wurde die Patientin in einen zugebundenen Sack gesteckt und auf die Erde gelegt. Als sie unter dieser Behandlung verstarb, erstattete beim Königlichen Kammergericht in Berlin ein Verwandter Anzeige gegen den behandelnden Dr. Horn. Das Gericht beauftragte daraufhin drei weitere Mediziner mit Gutachten, die klären sollten:

- a) Wurde der Tod der Patientin durch eine verfehlte Behandlung hervorgerufen?
- b) War sie erstickt oder an Schlagfluss verstorben?
- c) Hatte der Sack bei der Behandlung der Geisteskranken als zulässiges oder schädliches Instrumentarium zu gelten?

Die Gutachter kamen nach sehr umfangreicher Prüfung zu einem eindeutigen Schluss: Die Patientin war korrekt nach dem damaligen medizinischen Stand behandelt worden, und der benutzte Sack galt als bewährtes Mittel bei der Behandlung von Geisteskranken. Die Luftdurchlässigkeit des Sackes wurde getestet und bestätigt, sodass eine Erstickung definitiv ausgeschlossen werden konnte. Als Todesursache wurde Schlagfluss angegeben. Dadurch endete das Verfahren mit einem Freispruch für Dr. Horn.

Der Hornsche Prozess war damals nicht der einzige Fall, der vor Gericht entschieden wurde. Er löste damals eine wissenschaftliche Debatte aus, da die Anklage sich gegen einen angesehenen Arzt in leitender Position richtete.

Ein Novum stellte zu jener Zeit die Benennung von Sachverständigen durch das Gericht dar, was bis heute juristische Praxis ist.⁶⁷

4.2 Haftung und Schadenersatzanspruch nach BGB

Die meisten europäischen Länder haben keine speziellen Gesetze für die Arzthaftung. In Holland wurde 1995 ein Heilwesengesetz geschaffen mit einigem Regelungen für die Arzthaftung. In der BRD jedoch unterliegen medizinische Behandlungsfehler keiner

⁶⁶ ?

⁶⁷ Vgl. Carstensen 1983 S. 3-7.

speziellen juristischen Bestimmung. Aus haftungsrechtlicher Hinsicht sind die vorgestellte Diagnose-, Aufklärungs-, Indikations- und gleichermaßen die ärztliche Aufklärungspflicht juristisch belangvoll.⁶⁸ Die Haftung eines Arztes wird anhand der allgemeingültigen Gesetze geprüft.⁶⁹ In Betracht kommen die Vertragshaftung und das Recht der sogenannten unerlaubten Handlung. Die Grundlage solcher Haftung stellt der durch einen Behandlungsfehler eingetretener Schaden (materieller oder immaterieller Art) dar.

4.2.1 Vertragliche Haftung: Schadenersatzanspruch aus § 280 Abs. 1 BGB

Der Arzt ist verpflichtet, jeden Patienten mit aller fachlichen beruflichen Sorgfalt zu behandeln. Dies muss dem Standard der medizinischen Wissenschaft entsprechend geschehen.⁷⁰ Wird die Behandlung demnach unsachgemäß ausgeführt und ein Patient kommt zu Schaden, haftet der Arzt nach der allgemeingültigen Vertragshaftung aus § 280 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Demnach haftet jeder, der eine Behandlungsaufgabe vertraglich übernimmt: „(1) Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.“ Danach ist zu prüfen welche Leistungen geschuldet waren, welche vertraglichen oder nebenvertraglichen Pflichten verletzt wurden und ob die Pflichtverletzung schuldhaft war. Dies gilt i. V. m. § 276 BGB: „Der Schuldner hat, sofern nicht ein anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt.“ Es gilt vor allem zu prüfen, ob der Schaden im direkten Zusammenhang mit einer Pflichtverletzung steht.⁷¹

4.2.2 Deliktische Haftung aus § 823 Abs. 1 und 2 BGB

Gemäß der Haftung aus unerlaubten Handlung⁷² wegen Vorliegen eines Delikts nach § 823 Abs. 1 und 2 BGB haftet der Arzt persönlich, wenn er die Rechtsgüter des Patienten bei einem Behandlungsfehler durch eigenes Verschulden verletzt:

⁶⁸ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 26.

⁶⁹ Vgl. Jorzig S.2.

⁷⁰ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 27.

⁷¹ Vgl. Arbeitsgruppen Ü1 2007 S.11.

⁷² Zu den rechtsdogmatischen Grundlagen der Vertraglichen und deliktischen Haftung vgl. Katzenmeier, S. 76-126

„(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.“ Entscheidend dafür ist: „das Verschuldensprinzip. Der Arzt hat für Unrecht und nicht Unglück einzustehen (Laufs in Laufs/Uhlenbruck, § 97 Rn. 4). Für einen nicht aufzuhaltenden, schicksalhaften Verlauf ist der Arzt nicht verantwortlich.“⁷³

Wie bereits beschrieben, greift der Paragraph auch, wenn eine notwendige Behandlung fachgerecht („lege artis“), aber ohne wirksame Einwilligung des Patienten erfolgte.⁷⁴

Beide Haftungsarten ziehen dieselben Konsequenzen nach sich: eine Entschädigung sowohl für materielle als auch für immateriellen Schaden in Form von Schmerzensgeld. Ein entstandener Körperschaden ist häufig mit weiteren Konsequenzen verbunden, einige davon sind Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit, Ausgleich der entstandenen Kosten und Nachteile (z. B. Verdienstaufschlag, Unterhalt, Folgebehandlungen). Das Schmerzensgeld dient dem Patienten zum Ausgleich der erlittenen körperlichen und seelischen Leiden.⁷⁵

Die Verjährungsfristen sind bei den deliktischen und vertraglichen Ansprüchen gem. §§ 195, 199 BGB auf 3 Jahre festgelegt.

⁷³ Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 26.

⁷⁴ Vgl. ebd.

⁷⁵ Vgl. Arbeitsgruppen Ü1-MedJur, Forum MedJur 2007, S. 9.

5 Ermittlung von Behandlungsfehlern und Anspruchsdurchsetzung

Nicht jeder Misserfolg gleicht einem Behandlungsfehler. Zum einen stellt ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst einen Behandlungsfehler dar. Bei der Auswertung von möglichen Behandlungsfehlern muss noch bedacht werden, dass diverse Komplikationen behandlungsimmanent sind, da auch medizinische Handlungen risikobehaftet sind und Risiken krankheitsimmanent sind.

5.1 Beweislast und Beweislastverteilung

Nach Hansis ist die Beweislastführung im Arzthaftungsprozess grundsätzlich schwierig. Denn trotz medizinischer Fortschritte sind den Erkenntnissen über die komplexen Prozesse im menschlichen Körper weiterhin Grenzen gesetzt. Infolgedessen nennt er drei wichtige Entwicklungsfaktoren, die einen Behandlungserfolg negativ beeinflussen können:

-Krankheitsimmanente Faktoren: Ein bösartiger Tumor kann Metastasen bilden; eine Zuckererkrankung kann so weit fortschreiten, dass eine Amputation nötig ist; durch die Schwere einer Unfallverletzung kann das Leben des Patienten nicht mehr gerettet oder eine Invalidität vermieden werden.

-Behandlungsimmanente Nebenwirkungen und Komplikationen: Eine Behandlung kann eine allergische Reaktion hervorrufen; bei einer Operation kann es zu Blutungen, Infektionen oder Verletzungen von Organen, Gefäßen, Nerven etc. kommen.

-Ärztliche Behandlungsfehler: Zu gesundheitlichen Schäden kann es kommen, weil die medizinischen Standards oder die vorgeschriebene Sorgfalt vernachlässigt wurden.

Zudem weist Hansis auf die Möglichkeit hin, dass durchaus eine Konstellation vorliegen kann, die aus allen drei Ursachenkomplexen hervorgeht.⁷⁶

Mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz muss der Patient (gleichlautend mit der früheren Fassung) zunächst selbst die Beweislast erbringen, d. h.: Der Arzt ist nicht verpflichtet, den Patienten darüber zu informieren, dass ihm ein Fehler bei der Behandlung unterlaufen ist, sondern der geschädigte Patient muss die fehlerhafte Behandlung nachweisen. Nur bei groben Behandlungsfehlern kommt es zu einer Beweislastumkehr, d. h. der behandelnde Arzt muss nachgewiesen haben, dass

⁷⁶ Vgl. Hansis/ Hansis 1999, S. 9, 1999.

ihm kein Fehler unterlaufen ist.

Eine derartige Regelung bildet viele Hürden für die Patientenseite. Deshalb hatten u. a. die Vertreter der Patientenverbände auf die Neufassung des Gesetzes mit großer Hoffnung gewartet, jedoch verlautete nach der Veröffentlichung viel Enttäuschung und Kritik aus Fachkreisen, weil es zu keiner günstigeren Lösung für die Beweislastbringung gekommen war. Einer der Kritiker des „neuen“ Patientenrechtegesetzes (PGR), die Verbraucherzentrale, äußerte sich diesbezüglich und fasste es knapp zusammen: „Kleine Fortschritte – kaum was Neues“.⁷⁷ Zusammenfassend gilt bei der Beweislastbringung nach Pardey, dass derjenige, der einen Anspruch geltend machen möchte, auch die Beweislast dafür trägt. Für den geschädigten Patienten bedeutet dies, den Vollbeweis zu führen.⁷⁸

Die Möglichkeit, einen Behandlungsfehler nachzuweisen, ist für den Patienten das Einholen eines Gutachtens.

5.2 Wege, um die Ansprüche der Geschädigten durchzusetzen

Eine große sich aus der Beweislast ergebende Hürde sind Bestätigung und Nachweis eines Behandlungsfehlers. Um diesen zu erbringen, ist ein Sachverständigen-Gutachten unentbehrlich. Solche Gutachten können privat in Auftrag gegeben oder durch dafür bestimmte Institutionen geprüft werden. Anhand der Behandlungsdokumente (Krankenakten) wird durch externe Mediziner ein „Sachverständigen-Gutachten“ erstellt und geprüft, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. In gerichtlichen Auseinandersetzungen dienen diese zur Klärung des Sachverhaltes und haben im Prozess eine vorbestimmende Aufgabe.⁷⁹

5.2.1 Prüfung der Gutachterkommission der Landesärztekammern (Schlichtungsstellen der Ärztekammern)

Eine Möglichkeit, einen potenziellen Behandlungsfehler zu prüfen, bietet die Gutachterkommission an. Diese seit 1975 gegründete Kommission hat den Auftrag, die geschädigten Patienten bei der Durchsetzung der Ansprüche zu unterstützen und den Ärzten zu helfen, im Fall eines unbegründeten Vorwurfs dessen Zurückweisung zu erleichtern.

⁷⁷ <http://www.verbraucherzentrale-sachsen.de/das-neue-patientenrechte-gesetz>.

⁷⁸ Vgl. Pardey 2005 S.27

⁷⁹ Vgl. Ulsenheimer 1987, S. 214

Die fachliche Besetzung der Kommission besteht aus Juristen und Medizinern aller Fachbereiche. Sie hat interdisziplinären Charakter. Die Begutachtung erfolgt kostenfrei. Diese Arbeit mündet in einen Erstbescheid, der nach Bedarf wiederholt geprüft und geändert werden kann. Die bearbeiteten Fälle werden von den Ärztekammern gesammelt und die prägnantesten jährlich veröffentlicht und zu Fortbildungszwecken verwendet.⁸⁰ Die Begutachtung durch die Gutachter der Schlichtungsstellen der Ärztekammer wird skeptisch betrachtet, weil sie Gremien der Ärzteschaft sind und keinerlei Patientenvertreter zulassen.

5.2.2 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

An der Ermittlung von Behandlungsfehlern haben die Krankenversicherer u. a. ein eigenes Interesse. Die Techniker Krankenkasse nahm im Jahr 2011 ca. zwölf Millionen Euro für regressierbare Schäden für fehlerhafte Behandlungen der Versicherten und meldete gleichzeitig über 4 000 neue Fälle von Verdacht auf Fehlbehandlung.⁸¹ Nach dem Patientenrechtegesetz vom 2013 ist die Krankenversicherung durch die Gesetzgebung verpflichtet, den Patienten bei der Aufklärung eines Verdachts zu unterstützen. Die Krankenversicherer beauftragen die MDK mit der Stellungnahme.

⁸⁰ [Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein : gutachtliche Entscheidungen veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt in der Zeit von Mai 2000 bis November 2004/](#) Herbert Weltrich. - Düsseldorf : Ärztekammer Nordrhein, 2004 Weltrich, H. Über die Arbeit der Gutachterkommission in Aus der Arbeit der Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungfehler bei Ärztekammer Nordrhein 2004

⁸¹ http://www.gkvnetzwerk.de/CMS/Techniker_Krankenkasse_fast_zwoelf_Millionen_Euro_aus_Behandlungsfehlern-b46bf03c-77e4-4e34-b40b-660aea6b7436_Meldung.html.

6 Die Basis ärztlichen Handelns in der medizinischen Profession

In der heutigen, modernen Medizin sind die ethischen Werte durchaus gefährdet, weil das Gesundheitswesen sich inzwischen zu einem Wirtschaftszweig entwickelt hat. Solche Entwicklung führte zu einem „Paradigmenwechsel“ in der medizinischen Ethik.⁸² Durch die Allgegenwart der Ökonomie wurden die Krankenhäuser zu Organisationen bzw. zu Gesundheitsunternehmen, in denen verschiedene ethische Welten zur Entwicklung von Spannungspolen beitragen. Somit wurden die Patienten zunehmend als „Kunden“ verstanden – neben den weiteren Mitarbeitern und Aktionären. Die medizinische Ethik wurde vielmehr als Wirtschaftsethik („stakeholder theory“) verstanden.⁸³ Kettner führt aus, dass eine Reflexion im medizinischen Handeln unentbehrlich sei: „Es ist die Aufgabe der Ethik, unseren moralischen Urteilen auf den Grund zu gehen, d. h. sie auf ihre Verallgemeinerbarkeit, Einsichtigkeit, Triftigkeit und Vereinbarkeit [...] zu untersuchen.“⁸⁴ Welche Grundlage für den Umgang mit Behandlungsfehlern in der medizinischen Beruf gibt es, und welche Aspekte wirken sich auf die „Korrektheit“ des ärztlichen Handelns aus?

6.1 Ärztliche Berufsethik

Eines der bekanntesten und bis heute weitgehend für Laien als aktuell angenommenes Leitbild stellte der „hippokratische Eid“ 400 v. Ch. dar. Darin wurden die grundlegenden Ansätze der medizinischen Ethik festgelegt, u. a.: dass ärztliches Handeln zum Nutzen des Kranken zu geschehen habe und jeglicher Schaden von ihm abzuwenden sei; niemals dürfe der Arzt zum Nachteil und Unrecht eines Kranken tätig zu werden.⁸⁵ Basierend darauf wird in der „Genfer Deklaration“ des Weltärztebundes formuliert: „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“ Ähnlich macht auch das Gelöbnis der Bundesärztekammer für alle Ärzte geltend: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“ (BÄK 2007).⁸⁶

Amerikanische und europäische Gesellschaften wie American Board of Internal Medicine, American Society of Internal Medicine, American College of Physicians, Euro-

⁸² Vgl. Labisch 1998, S.131.

⁸³ Vgl. Kettner, 2003 S.40.

⁸⁴ Kettner 2003 S.84.

⁸⁵ Vgl. Adam 2011, S. 157.

⁸⁶ Lieb, Klemperer, Ludwig 2011. S. 15.

pean Federation of Internal Medicine haben das Patientenwohl zum „principle of primacy“ ärztlichen Handelns erhoben.⁸⁷ Diese sind in der Charta zur medizinischen Berufsethik „Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter“ (2002) zusammengetragen. Köbberling bedauert, dass die Charta in Deutschland wenig Resonanz erhalten habe gegenüber anderen europäischen Ländern, deren medizinische Gesellschaften sie intensiv diskutiert hätten.⁸⁸ Sinngemäß wird diese in BRD „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ genannt.⁸⁹ In der Präambel der Schrift wird Bedeutung der Berufsethik des Arztes hervorgehoben. Diese „ist die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft“.⁹⁰ Zu den grundlegenden Prinzipien gehören:

- 1. Das Primat vom Wohlergehen des Patienten (Principle of primacy of patient welfare). Hierzu gehört die Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen. Der Altruismus trägt zum Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht. Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht beeinflussen.
- 2. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Principle of patient autonomy): Dieses muss grundsätzlich respektiert werden. Man muss dem Patienten gegenüber aufrichtig sein und ihn darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen über die Behandlung zu fällen. Die Entscheidungsfreiheit des Patienten über seine Behandlung sind oberstes Gebot.
- 3. Die soziale Gerechtigkeit (Principle of social justice): Die Ärzteschaft ist aufgerufen, sich für eine faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel aktiv einzusetzen und Diskriminierungen im Gesundheitswesen auszumerzen.

Aus diesen drei Prinzipien ergeben sich weitere ärztliche Verantwortlichkeiten:

1. Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz
2. Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten
3. Verpflichtung zur Vertraulichkeit
4. Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten
5. Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung
6. Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen
7. Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen

⁸⁷ Vgl. Lieb, Klemperer, Ludwig 2011. S.15.

⁸⁸ <http://homepage.univie.ac.at/juergen.wallner/doc/hcer/medicalprofde.pdf>.

⁸⁹ Vgl. ebd.

⁹⁰ <http://homepage.univie.ac.at/juergen.wallner/doc/hcer/medicalprofde.pdf>.

- 8. Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- 9. Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenkonflikten
- 10. Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung⁹¹

Die Korrektheit des medizinischen Handelns wird von der Ethik untermauert. Einen weiteren viel diskutierten Aspekt stellt die „Profession des Arztberufes“ dar, die sich in Anbetracht der zunehmenden Ökonomisierung als schwierig gestaltet. Die Kerninhalte werden im nächsten Kapitel erörtert.

6.2 Bedeutung der medizinischen Profession/Professionalismus

Die ethische Anforderung, die der Arztberuf stellt, wird häufig in Zusammenhang mit dem hippokratischen Eid gebracht. Irrtümlicherweise wird heute in der Gesellschaft/Allgemeinheit davon ausgegangen, dass die Mediziner zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit solch ein Gelöbnis *aussprechen*. Köbberling verdeutlicht, dass der Eid des Hippokrates völlig überholt und heutzutage keine verpflichtende Erklärung sei.⁹² Was sind nun die aktuellen „Wegweiser“ der Mediziner? Worauf baut der moderne Arzt seine Profession und was macht die medizinische Profession aus?

In Bezug auf die oben beschriebene Charta unternimmt Köbberling noch eine genauere Übersetzung des englischen „Professionalism“. Er weist darauf hin, dass in der deutschen Sprache dieses Wort als solches nicht übertragen werden könne. Das Wort „Professionalism“ beinhaltet das lateinische Wort „*professio*“ = „Bekanntnis, Äußerung“, zugleich ein Hinweis auf den Beruf. Aus diesem Grund wird für die deutsche Fassung die Bezeichnung „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ empfohlen (Köbberling). Aufbauend auf den Prinzipien der medizinischen Profession soll ein pflichtbewusster Umgang mit dem Patienten entstehen, wobei neben den ethischen Kompetenzen auch die fachlichen garantiert werden:⁹³

- Ärzte stellen ihre eigenen Interessen hinter die Interessen anderer zurück
- Ärzte halten an hohem ethischen und moralischen Standard fest

⁹¹ Eckpunkte der Charta zur ärztlichen Berufsethik nach Ollenschläger ÄBW 3/2004; Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter; Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and Europe Federation of Internal Medicine 2002

⁹² Medizinische Klinik 2002;97:S.697 Nr. 11, © Urban & Vogel, München
<http://homepage.univie.ac.at/juergen.wallner/doc/hcer/medicalprofde.pdf> Abruf 20.06.13.

⁹³ Vgl. Swick 2000, S. 612–616.

- Ärzte bekennen sich zu grundlegenden ethischen Werten, einschließlich Ehrlichkeit und Integrität, Fürsorge und Mitgefühl, Altruismus und Empathie, Respekt gegenüber anderen und Vertrauenswürdigkeit
- Ärzte bekennen sich dauerhaft zu Spitzenleistungen.

Der medizinische Professionalismus ruht gemäß Conen auf drei Säulen, die die konstitutionelle Basis für Unabhängigkeit und Autonomie darstellen:⁹⁴

- „Expertise: aus wissenschaftlicher und persönlicher Erfahrung, deren Nützlichkeit konstant erneuert wird durch die Resultate der Forschung
- Ethisches Verhalten: entspringt aus einer Kombination von Werten und Standards
- Service: die berufliche Verpflichtung stellt den Patienten an die erste Stelle, eine Profession mit einem ausgesprochenen Sinn für ethische Verpflichtungen liefert einen wichtigen Beitrag zur bürgerlichen Gesellschaft“

6.3 Qualität der ärztlichen Behandlung: Das Arzt-Patient-Verhältnis

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein ganz spezifisches Verhältnis zwischen zwei Menschen, das an eine bestimmte Situation, an einen bestimmten Ort und an einen bestimmten Raum gebunden ist. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient basiert dabei darauf, dass der Patient seine Leiden schildert und der Arzt diese Schilderungen in medizinisches Wissen übersetzt, um die Gesundheit des Patienten zu verbessern. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist dabei asymmetrisch: Der Patient ist Experte für seine individuelle Krankheit und der Arzt ist Experte für eine zu empfehlende Intervention und das damit verbundene medizinische Wissen.⁹⁵

Traditionellerweise wird und wurde dabei mit dem Beruf des Arztes eine herausragende Stellung in der Gesellschaft verbunden. Aus Sicht des Patienten wurde der Arzt dabei aufgrund des speziellen Wissens im Hinblick auf Krankheiten und Heilungsmöglichkeiten als übergeordnete Autorität verstanden. Dieses spezielle Wissensbasis ist an die Entwicklung und Anwendung des Wissensbestandes zum Wohle der Gesundheit des

94

http://www.gqmg.de/Dokumente/jahrestagung2007/folien/patientensicherheit/Patientensicherheit_Rolle_GOMG.pdf

⁹⁵ Vgl. Hanchen 2006, S. 100.

Patienten gebunden. Dem Arzt wurde deshalb von der Gesellschaft eine Autonomie gewährt, die mit den speziellen Inhalten der ärztlichen Tätigkeit und einer durch einen speziellen Berufsethos des Arztes gewährleisteten Ethik zu tun hat.⁹⁶ Seit Jahrhunderten genießt der Arzt daher ein besonderes Ansehen und eine spezielle Autorität, da der Arzt aufgrund seiner besonderen Fähigkeiten und der speziellen Ausbildung als eine Person mit einer speziellen für die Gesellschaft wichtigen Funktion angesehen wird, die Krankheit lindern und Gesundheit der Menschen befördern kann. Der Arzt ist nicht zuletzt aufgrund dessen privilegiert, in den intimsten Bereich eines jeden Menschen einzudringen und ihn untersuchen zu dürfen.⁹⁷ Vera macht dieses besondere gesellschaftliche Ansehen des Arztes am Begriff „Professional“ fest. Bei einem Professional handelt es sich um Angehörige von Berufen, die mit besonderer Macht und Prestige ausgestattet sind, die über ein besonderes, abstraktes Fachwissen verfügen und die eine zentrale Rolle in Bezug auf wichtige gesellschaftliche Bedürfnisse und Werte spielen.⁹⁸ Klemperer spricht von dem Arztberuf als Profession. Der Arztberuf ist aus berufssoziologischer Profession deshalb als Profession zu bezeichnen, da der Arzt über eben jene gesellschaftliche Stellung und Autorität verfügt. Die Tätigkeit des Arztes zeichnet sich dabei durch eine Hilfeleistung aus, die sich von den Hilfeleistungen anderer Berufe grundlegend unterscheidet.⁹⁹

Die Wichtigkeit der Arzt-Patient-Beziehung wurde schon in der Zeit des Hippokrates erkannt und nahm einen besonderen Stellenwert ein. Bis in die Gegenwart beruht das Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und Patienten auf dem Grundsatz „salus aegroti suprema lex“ = „Das Wohl des Patienten ist das oberste Gebot“. Es wird nach Rosenau in der aktuellen Gesetzgebung in §§ 222, 223 StGB; 823 I BGB als „neminem laedere“ und „voluntas aegroti suprema lex“ = Wille des Patienten als oberstes Gebot in Art. 2 I i. V. m. Art. 2 I GG wiedergefunden. Daraus resultiert „salus aut voluntas aegroti suprema lex“.¹⁰⁰ Vielfach war und ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient durch ein paternalistisches Verhältnis geprägt. Das paternalistische Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist vergleichbar mit einer Beziehung zwischen Vater und Kind. Charakteristisch ist ein hierarchisches Gefälle zwischen Arzt und Patient sowie eine

⁹⁶ Vgl. Klemperer 2006, S. 61.

⁹⁷ Vgl. Saynisch 1997.

⁹⁸ Vgl. Vera 2007, S. 302.

⁹⁹ Vgl. Klemperer 2006, S. 61-62.

¹⁰⁰ <http://www.jura.uni->

[augs-burg.de/fakultaet/lehrstuehle/rosenau/lehrestudium/03_lehre_rosenau_ss_2010/01_vorlesungen_ss_2010/01_biostrafrecht/download/LE_10_Arzthaftung.pdf](http://www.jura.uni-augs-burg.de/fakultaet/lehrstuehle/rosenau/lehrestudium/03_lehre_rosenau_ss_2010/01_vorlesungen_ss_2010/01_biostrafrecht/download/LE_10_Arzthaftung.pdf)

passive Rolle des Patienten, der sich an der durch den Arzt vorgegebenen übergeordneten Autorität orientiert und ihr gehorcht. Diese Haltung kann vom Patienten als beschützend empfunden werden, wobei der Patient das Vertrauen hat, sich dem Arzt aufgrund des mit ihm verbundenen uneinholbaren Vorsprungs an Kompetenz, Wissen und Macht anzuvertrauen.¹⁰¹ Im paternalistischen Verhältnis gibt der Arzt dem Patienten Anweisungen, die darauf basieren, dass er es gut mit ihm meint und selbst am besten beurteilen kann, wie sich der Heilungsprozess des Patienten unterstützen und beschleunigen lässt. Der Patient richtet sich nach den Anweisungen des Arztes, wobei es keine Rolle spielt, ob er die Informationen, die ihm vom Arzt übermittelt werden, verstanden hat und die Entscheidung des Arztes nachvollziehen kann. Im paternalistischen Verhältnis bleibt der Patient letztendlich unwissend und unmündig und hat sich der Autorität des Arztes zu unterwerfen. Der Patient hat dabei zu akzeptieren, dass das Fachwissen des Arztes zu seinem Vorteil ist und dem Arzt auch eine Kontrollfunktion zukommt.¹⁰² Diese speziellen Inhalte der Rolle des Patienten leiten sich auch aus dem Begriff ‚Patient‘ ab, wie sie in medizinischen Schriften der vergangenen Jahrhunderte entwickelt wurde. Bei einem Patienten handelte es sich danach um eine in ärztlicher Behandlung stehende Person. Der Ausdruck ‚ärztliche Behandlung‘ impliziert, dass sich der Patient unter die Autorität des Arztes begeben hat und auf den Arzt bezogen ist. Der Patient selbst hat sich passiv und dulgend zu verhalten.¹⁰³

Klemperer weist darauf hin, dass dieses Verhältnis zwischen Arzt und Patient noch Mitte des 20. Jahrhunderts wesentlich war für die medizinische Behandlung. Dabei wurde davon ausgegangen, dass der Arzt aufgrund seines Wissensvorsprungs am besten dazu geeignet sei, medizinische Entscheidungen zu treffen. Aufgabe des Patienten war es lediglich, dem Arzt die erforderlichen Informationen über Krankheitszeichen zur Verfügung zu stellen, die die Grundlage bildeten für die diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen.¹⁰⁴ Dabei impliziert diese übergeordnete Autorität des Arztes auch, dass der Arzt den Patienten beeinflusst und versucht ihn zu steuern, damit er seinen Anweisungen folgt. Dazu werden Informationen, durch die die Behandlung zweifelhaft erscheinen könnte und durch die der Patient den Eindruck gewinnen könnte, dass die Behandlung mit Risiken verbunden ist, die für ihn nicht tragbar erscheinen,

¹⁰¹ Vgl. Dörner, S. 145.

¹⁰² Vgl. Diez 2006, S. 30.

¹⁰³ Vgl. Landgraf/Hubert/Bartl 2006, S. 12.

¹⁰⁴ Vgl. Klemperer 2006, S. 63.

zurückgehalten.¹⁰⁵ Außerdem suggeriert der Arzt mit seiner so autoritär vermittelten Entscheidung, dass es für viele Krankheiten nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, die für den Patienten eine bestmögliche Heilung verspricht. Gibt es mehrere Möglichkeiten der Behandlung, so impliziert das asymmetrische Verhältnis zwischen Arzt und Patient nach dem paternalistischen Modell, dass der Arzt allein entscheiden kann, welche Behandlung für den Patienten in Frage kommt. Es wird dabei angenommen, dass der Arzt aufgrund seiner Entscheidung und seines Fachwissens zu dieser Entscheidung befähigt ist.¹⁰⁶

Das paternalistische Modell erfordert ein großes Vertrauen des Patienten, der annehmen muss, dass das Handeln des Arztes zu seinem Wohl erfolgt und dass der Arzt die Interessen des Patienten vor die eigenen Interessen stellt.¹⁰⁷ Diese Vorstellung von den Grundlagen des ärztlichen Handelns ist aber zunächst einmal eine bloße Annahme und muss in der Praxis nicht immer Grundlage des Handelns des Arztes sein. So kann die Auswahl bestimmter Medikamente z.B. auch aus ökonomischen Erwägungen erfolgen. Auch kann der Arzt aus ökonomischer Motivation eine längere Therapie empfehlen, während für den Patienten eine kürzere Therapie besser geeignet ist.¹⁰⁸ Stockler verweist deshalb darauf, dass das Modell des Paternalismus für eine Arzt-Patienten-Beziehung nicht als generell anwendbares Kommunikationskonzept geeignet ist. Es fußt auf der Vorstellung von einem unabhängigen, nur seinem Gewissen unterworfenen Arzt und einer damit verbundenen Standesethik, nach der der Arzt auch wirklich handelt. Ein Arzt, der nach wirtschaftlichen oder beruflichen Zwängen handelt und Behandlungsmethoden nach diesen sachfremden Erwägungen auswählt, kommt in diesem Modell nicht vor. Letztlich kann sich daraus die Problematik ergeben, dass dem Patienten, der sich in der paternalistischen Beziehung unwissend der Autorität des Arztes überlässt, durch das Handeln des Arztes eine Ausrichtung des Handelns auf das eigene Wohl suggeriert wird, obwohl der Arzt in Wirklichkeit ganz anderen Motiven folgt. Heute kann deshalb nicht notwendigerweise von einer derartigen Unabhängigkeit eines Arztes ausgegangen werden, der bei seinen Entscheidungen völlig frei ist von ökonomischen Erwägungen und dem deshalb unbedingtes Vertrauen geschenkt werden kann, weil er nur seinem Gewissen verpflichtet ist.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Vgl. Stockler 2008, S. 84.

¹⁰⁶ Vgl. Klemperer 2003, S. 11.

¹⁰⁷ Vgl. Klemperer 2006, S. 62.

¹⁰⁸ Vgl. Bürger 2003, S. 19.

¹⁰⁹ Vgl. Stockler 2008, S. 86.

Fragwürdig ist auch die dem paternalistischen Modell zugrunde liegende Autorität des Arztes als allein wissender und die Zusammenhänge durchschauender Fachmann. Dabei wird dem Patienten suggeriert, dass es für bestimmte Krankheiten nur eine Heilungsmöglichkeit gibt, eben jene, die vom Arzt empfohlen und dem Patienten präsentiert wird.¹¹⁰ Für die heutige Zeit ist das paternalistische Modell, so Coulter, daher abzulehnen. Für den Patienten, der sich im Rahmen einer paternalistischen Verhaltens unter die Autorität des Arztes begibt, entsteht so eine deutliche Abhängigkeit, eine unmündige Situation, die mit anderen Entwicklungen in der Gesellschaft nicht vereinbar ist.¹¹¹

Im Anblick auf die in Kap. 6.1 angerissenen ethischen Aspekte ist die Medizin auf die Probe gestellt. Diese spielt sich auf einem Gesundheitsmarkt ab, wo die Ethik der Ärzte um die Komponenten der Betriebswirtschaft erweitert wurde. Auch die Rolle des Patienten unterliegt einer Wandlung. Das paternalistische Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten wurde seit den 1980er-Jahren allmählich verdrängt. Anstelle des Abhängigkeitsverhältnisses wird heute vermehrt vom „mündigen Patient“ gesprochen, der ein partnerschaftliches Verhältnis mit dem Arzt und gegenseitigen Respekt wünscht. Nach dem partnerschaftlichen Modell zwischen Arzt und Patient gibt es im Gegensatz zum paternalistischen Verhältnis keine auf dem Fachwissen und einer bestimmten ausschließlichen Informiertheit beruhende Hierarchie zwischen Arzt und Patient. Charakteristisch ist vielmehr ein Umgang auf der gleichen Ebene. Wichtig ist dabei, dass sowohl Arzt, als auch Patient wichtige Partner sind im Heilungsprozess. Zwar ist die Fachkompetenz des Arztes weiterhin wesentlich für den Heilungserfolg, allerdings beschränkt sich die Rolle des Patienten nicht darauf, nur Anweisungen umzusetzen. Der Patient ist vielmehr eine mündige Persönlichkeit, der aktiv am Heilungserfolg mitwirkt und auch selbst darüber entscheidet, welche Umsetzung des durch den Arzt vorgegebenen Wissens für ihn in Frage kommt.¹¹² Dies setzt allerdings eine entsprechende Informiertheit und eine Transparenz über die umzusetzenden Maßnahmen voraus.¹¹³

Die Entwicklung des partnerschaftlichen Modells ist durch gesellschaftliche Veränderungen begründet und hat mit dem gewachsenen Selbstbewusstsein von Patienten und gestärkten Patientenrechten zu tun. Viele Patienten sehen sich heute nicht mehr als Kranke, die blind auf das medizinische Wissen des Arztes vertrauen und sich unbedingt danach richten wollen. Verbesserte Patientenrechte haben dazu geführt, dass der Patient

¹¹⁰ Vgl. Bürger 2003, S. 19.

¹¹¹ Vgl. Coulter 1999, S. 719.

¹¹² Vgl. Bürger 2003, S. 20.

¹¹³ Vgl. Diez 2006, S. 30.

nicht mehr nicht verpflichtet ist, eine Entscheidung durch den Arzt annehmen, ohne von diesem umfassend informiert worden zu sein. Dies impliziert auch, dass sich der Patient selbst besser über Krankheit und Heilungsmöglichkeiten informiert.¹¹⁴ Dieses Modell wird den Bedürfnissen der Patienten und den Vorstellungen von Patientenautonomie besser gerecht.¹¹⁵ Zudem hat sich gezeigt, dass das medizinische Wissen, auf dem die Entscheidung des Arztes im Rahmen des paternalistischen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient basiert, kritisch hinterfragt werden kann. So gibt es nicht notwendigerweise eine beste Lösung für die Bewältigung einer Krankheit, sondern verschiedene Lösungen, die mit verschiedenen Vor- und Nachteilen verbunden sind und durchaus abwägbar sind. Eine Entscheidung für eine bestimmte Behandlung gerade mit Blick auf diese Vor- und Nachteile kann dabei nur der Patient fällen, da er mit den Konsequenzen, die sich aus der Behandlung ergeben, leben muss.¹¹⁶ Außerdem konnte festgestellt werden, dass Effektivität und Angemessenheit der medizinischen Intervention längst nicht so optimal war, wie dies aufgrund des spezifischen fachlichen Wissens des Arztes und der damit verbundenen gesellschaftlichen Position angenommen worden war. So wurden je nach Bundesland unterschiedliche Behandlungen empfohlen, wobei sich Unterschiede in der Behandlung auch durch die jeweilige Vergütung oder durch die Wahl des Krankenhauses ergaben. Auch wurde nicht notwendigerweise für die Krankheiten von Ärzten die beste Möglichkeit empfohlen.¹¹⁷ Studien zeigen dabei, dass ein Großteil der Patienten zumindest ein Mitspracherecht bei der Entscheidung über die Wahl der Therapie wünscht. Nur ein geringer Prozentsatz will dabei die Entscheidung allein dem Arzt überlassen. Bei einer Befragung von 1543 Patienten der Allgemeinmedizin waren lediglich 6% der Befragten der Meinung, dass sie dem Arzt allein die Entscheidung überlassen würden.¹¹⁸

Charls et al. sprechen von Shared Decision Making (SDM), einem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Eine Verpflichtung zur Aufklärung stärkt die Patientenrechte und bindet den Patienten in die Entscheidung stärker ein. Der Patient trifft eine informierte Entscheidung (informed consent), die ethisch und juristisch sein Patienten-

¹¹⁴ Vgl. Klemperer 2003, S. 10.

¹¹⁵ Vgl. Klemperer 2003, S. 10-11.

¹¹⁶ Vgl. ebd., S. 11.

¹¹⁷ Vgl. ebendasselbst.

¹¹⁸ Vgl. Klemperer 2003, S. 25.

recht kennzeichnet und wodurch er immer mehr an Autonomie gegenüber den Ärzten gewinnt.¹¹⁹ Das Shared Decision Making beruht auf folgenden Prämissen:

- Die Entscheidung wird mindestens von zwei Personen (Patient und Arzt) getroffen
- Es gibt eine Zwei-Wege-Kommunikation, d.h. Informationen werden nicht nur vom Arzt vom Patienten weitergegeben, sondern der Patient tauscht auch Informationen mit dem Arzt aus.
- Arzt und Patient haben ein Wissen über Wahlmöglichkeiten verschiedener Behandlungsmöglichkeiten
- Beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein
- Beide Partner übernehmen für die Entscheidung Verantwortung.¹²⁰

Die gemeinsame Entscheidungsfindung impliziert dabei, dass der Arzt dem Patienten die Optionen, die der Patient hat, verdeutlicht und seine Autorität und sein Wissen nicht dazu einsetzt, eine bestimmte Handlungsmöglichkeit als den einzig richtigen Weg der Behandlung darzustellen. Außerdem sollte der Arzt sicherstellen, dass der Patient die Informationen des Arztes verstanden hat. Dies bedeutet auch, dass sich der Arzt in Gesprächen mit dem Patienten darum bemühen muss, Erwartungen und Sorgen des Patienten kennenzulernen, um darauf aufbauend eine Entscheidung zu treffen, an der sich der Patient in einem gewünschten Ausmaß beteiligen kann. Der Arzt muss dabei im Entscheidungsprozess auch bestimmte soziale Kompetenzen, wie z.B. Empathie oder gute Kommunikationsfähigkeit aufbringen, die nicht notwendigerweise bei ihm vorhanden sein müssen. Diese Kompetenzen können aber vom Arzt erlernt werden.¹²¹ Wesentlich ist dabei das Bemühen des Arztes, dem Patienten die Entscheidungskriterien für eine bestimmte Form der Behandlung oder Medikation verständlich zu machen. Dazu ist es erforderlich, sich dem Patienten gegenüber auf Augenhöhe zu bewegen.¹²²

Auch Hlatky sieht die Einbeziehung des Patienten als unerlässlich an. Er verdeutlicht, dass jeder Patient als Individuum betrachtet werden solle, weil die Symptome derselben Krankheit unterschiedliche Ausprägungen haben könnten und unterschiedliches Leiden verursachen. Diese Individualität solle in den Leitlinien berücksichtigt werden.¹²³ In

¹¹⁹ Vgl. Charles, Gafni, Whelan 1996, S. 681-682.

¹²⁰ Vgl. Klemperer 2003, S. 70.

¹²¹ Vgl. Klemperer 2003, S. 70-71.

¹²² Vgl. Stockter 2008, S. 90.

¹²³ Vgl. Hlatky 1995, S. 1219-20.

Anbetracht eines Behandlungsfehlers berichten Fenger et al. über die Inhalte der gerichtlichen Verhandlungen, wo geschädigte Patienten äußerten, nach einem Behandlungsfehler habe „plötzlich kein Vertrauensverhältnis mehr zwischen ihm und dem Arzt bestanden“. Als Grund dafür sehen Fenger et al. Mehrdeutigkeiten im Verhalten eines Arztes, dessen Unsicherheit vom Patienten als Arroganz gedeutet werde.¹²⁴

7 Patientensicherheit am des Beispiel der Empfehlung der Bundesregierung zu Kommunikation im Gesundheitswesen „Reden ist Gold“

7.1 Skizze der Arzt-Perspektive

Die Vorstellung einer totalen technologischen Machbarkeit im Kontext der medizinischen Behandlung, die sich in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Länder die Bahn gebrochen hat, hat einer Reihe von Implikationen mit sich gebracht, die als die „dunkle Seite“ des technischen Fortschritts in der Medizin anzusehen sind: Nach der Vorstellung einer zunehmenden Anzahl von Menschen hat sich die Herausforderung der Behandlung von gesundheitlichen Problemen auf den korrekten Einsatz von Instrumenten diagnostischer und therapeutischer reduziert, wobei Abweichungen vom „Goldstandard“ in Diagnose und Behandlung, welcher Art auch immer und welcher Ursache auch immer, zunehmen per se als Fehler verstanden werden.

Umgekehrt hat sich Vorstellung herausgebildet, dass das Scheitern der medizinischen Bemühungen - vor dem Hintergrund der totalen technologischen Machbarkeit - stets als ein „Versagen“ darstellen muss, das der Person des Arztes, aber auch den Institutionen des Gesundheitswesens zuzuschreiben sei. Eine solche kausale Vorstellung, die zum subjektiv-emotionalen und medialen Automatismus zu werden droht, stellt die Ärzteschaft vor zunehmende Probleme mit einem starke Erwartungsdruck durch die Gesellschaft, wie eine Vielzahl an einschlägigen Veröffentlichungen beweist.¹²⁵

Diese „Rückseite“ der technokratischen Ideologie unserer Zeit kollidiert mit der Tatsache, dass Tod und Krankheit nach wie vor auch abseits der naturwissenschaftlich begründbaren Zusammenhänge ihren Platz und ihre Mechanismen haben. Das Wissen um

¹²⁴ Vgl. Fenger/Holznagel/Neuroth 2009, S. 16 f.

¹²⁵ Vgl. dazu etwa Protschka 2012, S. 2574ff.

diese Tatsache ist uralte; es wird allerdings im technologischen Zeitalter zunehmend verdrängt.¹²⁶

Eine weitere, oft verdrängte, Tatsache der Medizin im technologischen Zeitalter besteht darin, dass die enorme Zunahme an Wissen in diesem Bereich und der galoppierende technische Fortschritt zu steigenden Ansprüchen an die Mediziner geführt haben. In dieser Hinsicht kommt es zu einer Kollision zwischen der traditionellen Vorstellung vom Arzt als einem allwissenden, im Grunde mythisch kompetenten „Heiler“: Die zwangsläufigen Begrenzungen der universellen Kompetenz einer solchen mythischen Figur in der Realität der technologischen Zeitalters führt im Schadens- oder Problemfall oftmals auch zu wütenden emotionalen Reaktionen („Sozialpsychologie der Entzauberung“, ein Motiv wichtiger Schriften des Soziologen Max Weber¹²⁷).

Die oben angeführten Aspekte müssen selbstverständlich zusammen mit der Tatsache gesehen werden, dass auch im Berufsfeld des Arztes und in den angeschlossenen technologischen Feldern Fehler, Nachlässigkeit und Fahrlässigkeit sowie Verstöße gegen ethische und fachliche Prinzipien vorkommen. Das allgemeine Bedürfnis nach einer totalen (naturwissenschaftlichen) Kontrolle der medizinischen Prozesse lässt diese im Grunde unvermeidlichen negativen Aspekte menschlicher Arbeit oftmals schon per se als ethischen Verstoß erscheinen.¹²⁸

Für die Perspektive des Arztes hat sich aus den oben genannten Gründen daher ein allgemeiner, interpersoneller „Schulddiskurs“ etabliert: Sowohl im Fall konkreter Fehler als auch im Fall eines institutionellen oder technologisch bedingten Versagens muss der Arzt geeignete Strategien entwickeln, mit schwersten Vorwürfen und Schuldzuschreibungen umzugehen.¹²⁹

Verkompliziert wird diese Situation dadurch, dass der Arzt in der Praxis seiner beruflichen Arbeit in den meisten Fällen in eine institutionelle Hierarchie eingebunden ist, die institutionelle Zwänge mit sich bringt und die Handlungsmöglichkeiten sowie die Gestaltungsmöglichkeiten der medizinischen Prozesse aus subjektiver Sicht stark einschränkt. Eine solche Eingebundenheit führt zusammen mit den zuvor erwähnten Kontrollmechanismen der ärztlichen Arbeit einerseits zur totalen Verantwortung, andererseits zu einer defensiven Tendenz („Fehlervermeidung“, so genannte Defensivmedizin)

¹²⁶ Vgl. Begemann 2010, S. 68.

¹²⁷ Vgl. Lehmann 2009, S. 104f.

¹²⁸ Vgl. Wettreck 2010, S. 96.

¹²⁹ Vgl. ebd.

in der therapeutischen Strategie, die wiederum Behandlungsfehler nach sich ziehen kann.¹³⁰

Der Arzt entwickelt also eine Perspektive auf mögliche Behandlungsfehler, die seine medizinische Handlungsfreiheit weiter einschränkt. Das Moment der Angst vor dem Fehler und seinen Konsequenzen, die neben dem Haftungsanspruch und den beruflichen Konsequenzen auch eine Reihe von ethischen und emotionalen Aspekten beinhalten können, ist vor allem in Gesellschaften bedeutend, in denen die private Schadenersatzklage eine große Rolle spielt (etwa in den USA, aber zunehmend auch in Europa).¹³¹

Das Moment der Angst vor der hohen persönlichen Verantwortung im Rahmen der so genannten Defensivmedizin realisiert sich auch darin, dass Ärzte die mediale Vermittlung von Behandlungsfehlern oder auch subjektiven Eindrücken dieser Art vermeiden wollen. Die Skandalisierung der Schuld des Arztes in den Massenmedien, oftmals verbunden mit der (impliziten) Unterstellung einer Abhängigkeit von industriellen Komplexen (Krankenhaus- und Pharmaindustrie) und mit persönlichen wirtschaftlichen Interessen führt zu einer weiteren Belastung der Perspektive des Arztes auf die Frage der potentielle und tatsächlichen Behandlungsfehler.¹³²

Ausgehend von einer Perspektive wie der oben skizzierten haben sich in der Öffentlichkeit, in den Berufsverbänden und in der Politik, aber auch in den institutionellen Strukturen des Gesundheitswesens Bestrebungen ergeben, die den Ärzten Strategien und Instrumente zur Überwindung der einschlägigen Probleme an die Hand geben wollen. Der Status des Arztes als „second victim“ eines potentiellen Behandlungsfehlers¹³³ hat etwa das Aktionsbündnis für Patientensicherheit (beim Bundesministerium für Gesundheit) zur Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen bewogen. Diese Handlungsempfehlungen¹³⁴ sollen im Folgenden als analytische Grundlage für eine weitere Spezifikation der Perspektive des Arztes auf (potentielle) Behandlungsfehler dienen.

Zunächst wird empfohlen, eventuelle iatrogene Schäden als „Zwischenfälle“ anzusprechen, also eine Terminologie zu wählen, die rechtlich und ethisch neutral ist und zunächst die Schuldfrage offen lässt.¹³⁵ Weiter wird darauf hingewiesen, offen die Kommunikation mit dem betroffenen Patienten zu suchen sei, unabhängig ob der Arzt ein

¹³⁰ Vgl. Neufeind 2010, S. 43.

¹³¹ Vgl. Peintinger 2003, S. 111f.

¹³² Vgl. dazu etwa: Peters 2011, S. 54.

¹³³ Vgl. dazu etwa: Laue 2012, S. 367-370.

¹³⁴ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011.

¹³⁵ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 6.

Gefühl der subjektiven Verantwortung empfindet. In diese offensive Diskursstrategie seien alle Zwischenfälle einzubeziehen, die faktisch festgestellt oder vermutet, vom Patienten vermutet oder behauptet, vom Personal vorausgesehen oder aber auch vom Patienten entdeckt wurden, bevor es zu konkreten Schäden gekommen ist (so genannten neutraler Behandlungsfehler).¹³⁶

Die Empfehlungen der Bundesregierung lassen sich weiter dahingehend charakterisieren, dass ein Handlungsplan entworfen wird (Pflichtenheft), was im Fall eines Zwischenfalls zu geschehen hat. Zudem werden erste rechtliche „Fallstricke“ insbesondere im Hinblick auf die persönliche Haftung des Arztes benannt und mit entsprechenden Empfehlungen versehen, die zu einer Vermeidung von schwerwiegenden persönlichen Folgen für den Arzt führen sollen.¹³⁷ Die Warnung von einem voreiligen Schuldanerkennnis wird dabei mit dem Hinweis verbunden, dass der Patient im Gespräch nicht nur voll zu informieren sondern auch mit entsprechender Zuwendung bedacht werden sollte: Fürsorge und Kompetenz sollen mit einer Aufstellung der realen Möglichkeiten zur medizinischen Schadenregulierung verbunden werden.¹³⁸

Weiter soll in der Kommunikation mit dem betroffenen Arzt die teamperspektive betont werden, um den Schuldiskurs zumindest teilweise auf den Aspekt der Lernfähigkeit des Teams umzulenken. Daneben sollen aber auch alle Informationen gesammelt werden, die notwendig sind und es soll eine angemessene Rahmensetzung für die entscheidenden Gespräche stattfinden (nicht „zwischen Tür und Angel“).¹³⁹

In der Außenkommunikation wird empfohlen, schriftliche Leitlinien festzulegen konsistent und homogen zu argumentieren, Mitgefühl zu zeigen und die Fakten zu kommunizieren, ohne Spekulationen anzustellen.¹⁴⁰

Die oben angeführten Aspekte der Empfehlungen „Reden ist Gold“ lassen darauf schließen, dass die Arztperspektive und die institutionelle Perspektive vom Bestreben der Vermeidung von Kommunikationsfehlern geprägt ist: Die Kommunikation mit dem Patienten und eventuell der Öffentlichkeit soll offensiv, kontrolliert und reduziert auf Fakten und „positive Botschaften“ erfolgen. Ziel einer solchen Kommunikationsstrategie ist die Vermeidung der Eskalation einer emotionalen Kommunikationsatmosphä-

¹³⁶ Vgl. ebd., S. 7.

¹³⁷ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 8f.

¹³⁸ Vgl. ebd.

¹³⁹ Vgl. ebd., S. 14f.

¹⁴⁰ Vgl. ebd., S. 16.

re.¹⁴¹ Weiter sollen dadurch rechtliche Probleme vermieden werden, die den einzelnen Arzt betreffen.

Die Minimierung der Gefahr einer emotionalen Eskalation wird nicht nur im Hinblick auf die Kommunikation mit dem Patienten sondern auch im Hinblick auf die Kommunikation mit den ärztliche und pflegerischen Akteuren als Ziel bezeichnet. Dies lässt darauf schließen, dass die ärztliche Perspektive auf den (potentiellen) Behandlungsfehler von einem großen Respekt vor dem negativen emotionalen Potential geprägt ist, das mit der Wahrnehmung des Scheiterns medizinischer Bemühungen verbunden sein kann.

7.2 Skizze der Patientenperspektive

Die Perspektive eines betroffenen Patienten auf einen vermuteten oder tatsächlichen Behandlungsfehler wird durch vollkommen andere Voraussetzungen der Wahrnehmung geprägt, die durch die folgenden Aspekte determiniert sind:

- Die allermeisten Patienten sind aus fachlicher Hinsicht nicht in der Lage, ein umfassendes Bild von den Vorgängen, die zur Vermutung des Behandlungsfehlers geführt haben, zu gewinnen und daher auf eine laienhafte Sicht angewiesen, die nicht fachlich fundiert argumentiert werden kann.
- Der Umstand, dass der Patient an seiner Gesundheit persönlich betroffen ist, löst angesichts problematischer Beobachtungen oder Wahrnehmungen eine starke emotionale Dynamik aus, die vollkommen verständlich ist aber zunächst nichts zur Wahrheitsfindung beiträgt.
- Der Patient steht einem subjektiv oftmals als übermächtig empfundenen institutionellen Apparat gegenüber, an dem Kritik in vielen Fällen subjektiv als aussichtslos und als Querulantentum erscheint. Es herrscht eine Scham vor dem Apparat und ein Gefühl der Machtlosigkeit, das mit der nachvollziehbaren Empörung, der Angst und den faktischen gesundheitlichen Belastungen und Behinderungen in einem in vielen Fällen sehr schwer aufzulösenden Widerspruch steht.¹⁴²

Die Perspektive als „first victim“ bedingt weiter, dass auf Seiten des betroffenen Patienten ein Aufklärungsdruck entsteht, dem die Versicherungen des medizinischen Apparats widersprüchlich entgegen stehen. Die Meinungsbildung des Betroffenen muss also op-

¹⁴¹ Vgl. Hoefert et al. 2008, S. 278f.

¹⁴² Vgl. Imhof 2010, S. 246.

positionell erfolgen und wird in vielen Fällen auch im Rahmen der Kommunikationsstrategie den oppositionellen und widerständigen Aspekt betonen (müssen). Angesichts einer rückständigen Fehlerkultur und Kommunikationsmängeln kann diese oppositionelle Haltung emotional eskalieren.¹⁴³

Weiter ist daran zu denken, dass die Perspektive des Betroffenen auch von einer starken Personalisierung geprägt ist; im Rahmen der medizinischen Behandlungsabläufe sind dem Betroffenen oftmals nicht die Umstände der medizinischen Behandlungsprozesse und deren Arbeitsteilung bekannt und sichtbar. Deshalb machen sich die oben beschriebenen Mechanismen einer Meinungsbildung oft an einzelnen Personen fest.¹⁴⁴

Die oben beschriebenen Determinanten der Patientenperspektive treten in Kombination mit objektiven rechtlichen Problemen, die diese Perspektive kennzeichnen: Die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen angesichts von Behandlungsfehlern ist als äußerst schwierig verschrien; es existiert ein breites Laienwissen über die Beweislast des Betroffenen, die eventuellen Kosten eines einschlägigen Verfahrens, die Taktiken der Prozessgegner sowie einschlägigen Verfahrensdauern. Die Möglichkeiten eines außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens sind dagegen oftmals zu wenig bekannt.¹⁴⁵

Die genannten Aspekte der Patientenperspektive sind weiter in einem Kontext des Vertrauensverlustes zu sehen, der gegenüber den medizinischen Institutionen und bestimmten Personen im Umfeld der Behandlung entstehen kann: In Folge dessen sind auch keine Ansprechpartner vorhanden, die den Patienten in seinem Sinn aufklären, und es kommt zu einer Tendenz der Suche nach „alternativen Meinungen“, die sich angesichts der Probleme bei der Feststellung, Dokumentation und Bewertung der einschlägigen Sachverhalte als äußerst schwierig erweisen kann.¹⁴⁶

Die Analyse von publizierten Fällen extremer Folgen von medizinischen Behandlungsfällen zeigt, dass die Haltung der Betroffenen zu den Vorgängen, die zu dem Schaden geführt haben, zwischen Verständnis für die schadensrelevanten Akteure und dem unbedingten Bedürfnis der strafrechtlichen Verfolgung reichen können. Offensichtlich ist hier also auch ein Faktor wirksam, der mit der bereits im Rahmen der Analyse der Arztperspektive dargestellten offenen und positiven Kommunikation in Verbindung steht.¹⁴⁷

¹⁴³ Vgl. Löber 2011, S. 166f.

¹⁴⁴ Vgl. ebd., S. 168.

¹⁴⁵ Vgl. Meurer 2008, S. 60.

¹⁴⁶ Vgl. MDK Bayern 2013, S. 205.

¹⁴⁷ Vgl. Bachstein 2008, S. 2214ff.

Betrachtet man nun die Kommunikationsempfehlungen, die im Rahmen des Programms „Reden ist Gold“ abgegeben werden aus Patientensicht und gewinnt daraus Aspekte dieser Perspektive, dann lassen sich folgende grundsätzlichen Feststellungen treffen:

- Der betroffene Patient wird nach den Empfehlungen der Bundesregierung in eine stark perspektivisch gefärbte Kommunikation einbezogen, die durch die Perspektive des Arztes und seiner Institutionen bestimmt ist.¹⁴⁸
- Der Patient wird im besten Fall fachlich aufgeklärt, erfährt aber nichts über die eigenen rechtlichen Möglichkeiten und die rechtlichen Rahmenbedingungen des „Zwischenfalls“.¹⁴⁹
- Der Betroffene ist mit einer Kommunikationsstrategie konfrontiert, die einheitlich konzipiert und schriftlich festgehalten ist. Meinungsäußerungen seitens der Ärzte sind nicht vorgesehen, auch keine Möglichkeit, Schuld oder Verantwortung einzugestehen.¹⁵⁰

Die genannten Aspekte bedingen, dass der Betroffene zunächst keine Hilfestellung erhält, die seiner Rechtsgewinnung zuträglich sein kann. Vielmehr werden Strategien gewählt, die die Patientenperspektive auf den fachlichen Aspekt und den engen Rahmen der konkreten Situation festlegen sollen.

Analysiert man die Strategien der Kommunikation, die sich hinter den oben referierten abstrakten Aspekten ergeben, aus Patientensicht, dann können sich für die Perspektive des Patienten auf den vermuteten Behandlungsfehler widersprüchliche Konsequenzen ergeben. Zunächst fällt auf, dass im Rahmen der Empfehlungen die Verlagerung von Verantwortung von Einzelpersonen auf das „Team“ im Vordergrund steht.¹⁵¹

Dieser Aspekt schafft aus Patientensicht potentiell den Eindruck, dass dem Betroffenen keine konkreten Personen sondern tatsächlich ein abstrakter Apparat gegenüber stehen, dem keine greifbaren Verantwortlichkeiten zugeschrieben werden können. Weiter ist davon auszugehen, dass die subjektive Unfähigkeit des Patienten, die Vorgänge zu bewerten, angesichts des Gesprächs mit Personen, die „nicht dabei waren“, sich zu einem fortschreitenden Vertrauensverlust auswächst.

¹⁴⁸ Vgl. dazu etwa: Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 6.

¹⁴⁹ Vgl. ebd.

¹⁵⁰ Vgl. ebd., S. 14f.

¹⁵¹ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 10f.

Die „konsistente Kommunikationsstrategie“, die die Empfehlungen beinhaltet, erweist sich bei näherer Betrachtung als Standard- Kommunikationsstrategie, die im Bereich des institutionellen Konfliktmanagements routinemäßig eingesetzt wird. Es handelt sich dabei um eine Deeskalationsstrategie, die auf den Elementen der emotionalen Eigenbesetzung, der diskursiven Deeskalation sowie der so genannten fokussierten Versachlichung basiert. Diese Strategie gilt in der kritischen Literatur als autoritär und manipulativ.¹⁵²

Im Folgenden sollen diese Elemente einer potentiell autoritären und manipulativen Kommunikation auf die Patientensicht im Kontext eines vermuteten Behandlungsfehlers herunter gebrochen werden.

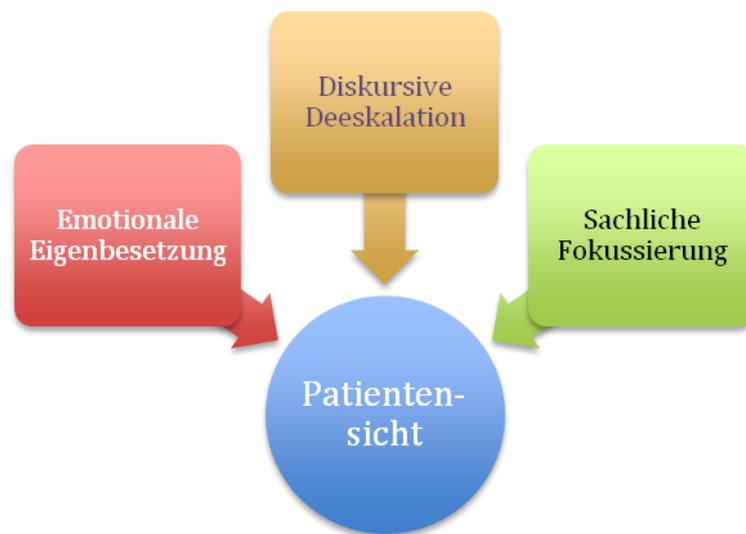


Abbildung 4: Einflussfaktoren auf die Patientensicht im Kontext von „Reden ist Gold“

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 4 zeigt deutlich, dass die Kommunikationsstrategie von „Reden ist Gold“ ein vielfältiges Spektrum an manipulativen Aspekten bereithält, die dem Selbstschutz der Ärzte und der medizinischen Institutionen dienen soll, aber aus Patientensicht kaum konstruktiv beantwortet werden kann.

- Die emotionale Eigenbesetzung der Gesprächspartner im „Schadensfall“ wird in den Empfehlungen dadurch als erreichbar bezeichnet, dass der Gesprächspartner des Betroffenen sich selbst als „betroffen“ markiert. Es sollen offensiv Emotionen gezeigt werden, ob diese nun vorhanden sind oder nicht, ob es dazu eine reale Möglichkeit gibt oder nicht.¹⁵³ Dieser Aspekt ist insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache zu verstehen,

¹⁵² Vgl. König 2011, S. 254.

¹⁵³ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 11.

das im Rahmen der Empfehlungen der Gesprächspartner nicht identisch ist mit dem potentiell verantwortlichen Akteur.

Als Wirkung wird angenommen, dass der betroffene Patient das Gegenüber nicht mehr als „Gegner“ oder als potentiellen Widersacher auf juristischer Ebene wahrnimmt sondern als jemanden, der selbst emotional in das Geschehen involviert ist. Hier lässt sich aber ein klarer sachlicher Widerspruch zur Ausgangslage der Kommunikation darstellen, die von der Arbeitsteilung in der Kommunikation ausgeht.

- In der diskursiven Deeskalation wird gegenüber dem Patienten eine Strategie verfochten, die mit dem formalen Gesprächsrahmen zu tun hat: der Patient soll durch seine Fragen das Gespräch „bestimmen“. Dadurch werden die fachlich relevanten Aspekte, also die Substanz möglicher Vorwürfe, aufgrund der medizinischen Inkompetenz des Betroffenen wohl nur in seltenen Fällen berührt. Weiter wird die Deeskalation angeblich dadurch erreicht, dass nur der „Zwischenfall“ selbst, aber nicht die potenziellen Konsequenzen daraus geschildert werden. Diese sollen dann erst auf Nachfrage hin bekannt gegeben werden.¹⁵⁴

Das enorme Gefälle an Fachkompetenz wird also dazu genutzt, um den Patienten mit seinen Fragen „ins Leere laufen zu lassen“ und ihn mit Teilwahrheiten zufrieden zu stellen.¹⁵⁵ Eine solche Folge kann selbstverständlich nur dann angenommen werden, wenn es aus Sicht des Arztes nicht möglich oder vorteilhaft erscheint, die volle fachliche Dimension des Vorgangs darzustellen.

Das Fehlen eines funktionierenden Diskurses (Widerspruch, inhaltliche Auseinandersetzung und Nachfrage werden weitgehend durch die oben skizzierte rhetorische Strategie einer bewussten Manipulation des Gesprächsrahmens besonders in emotionalen Extremsituationen blockiert¹⁵⁶) kann sich aus Patientensicht in einer kurzfristigen Beruhigung äußern. Ob es sich dabei um eine nachhaltige Beruhigung handelt, muss dahingestellt bleiben.

- Die sachliche Fokussierung, also die Lenkung des Gesprächs auf solche Aspekte, die inhaltlich kontrolliert werden können, stellt im Konzept von „Reden ist Gold“ eine Frage dar, die auch auf rechtlicher Ebene problematisiert werden muss. Der Patient wird durch die Strategie des Gesprächspartners, inhaltlich auf solche Aspekte zu fokussieren,

¹⁵⁴ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 12.

¹⁵⁵ Vgl. dazu auch: Hoffmann et al. 2008, S. 159f.

¹⁵⁶ Vgl. Hoefert 2008, S. 28f.

die unverfänglich besprochen werden können, potentiell auf autoritäre Weise von Wissensbeständen fern gehalten, die für eine sinnvolle selbständige Beurteilung seiner Lage unabdingbar sind.

Ein offener Widerspruch zur Offenbarungspflicht im „Schadensfall“ ist hier zwar nicht zu erkennen, weil nur gesicherte Fakten herausgegeben werden müssen und es keine Offenbarungspflicht über die eigenen Fehler der Vergangenheit aus rechtlicher Sicht gibt.¹⁵⁷ Es stellt sich aber die Frage, wie gleichzeitig die medizinische Situation offen gelegt und ihre Ursachen ausgeklammert werden sollen, wenn eine umfassende Information des Patienten über die medizinische Lage nach einem Behandlungsfehler gleichzeitig als rechtliche Verpflichtung¹⁵⁸ gilt.

Es ist also theoretisch möglich, die Empfehlungen aus „Reden ist Gold“ zu befolgen und eine sachliche Irreführung des Patienten zu begehen, indem über die Ursachen eines „Zwischenfalls“ nicht vollständig informiert wird. Unter solchen Umständen kann der Patient seine Möglichkeiten einer vollständigen Informationsgewinnung nicht selbständig erweitern und müsste externe Gutachter einschalten, obwohl für ihn diese Notwendigkeit nicht ersichtlich ist.¹⁵⁹

Auch ist es für den Patienten aus der Informationslage heraus, die sich aus einer Anwendung der Empfehlungen ergibt (es wird explizit darauf verwiesen, dass kein Schuldanerkenntnis ausgesprochen werden soll, was in Kombination mit den oben referierten Aspekten der Täuschung Tür und Tor öffnet¹⁶⁰) nicht möglich, zu entscheiden, ob strafrechtlich relevantes Verhalten vorliegt oder es sich um einen potentiellen zivilrechtlichen Anspruch handelt.¹⁶¹ Straftaten müssen also gegenüber dem Patienten zunächst nicht offen gelegt werden.

Die oben beschriebenen Aspekte lassen den Schluss zu, dass das Programm „Reden ist Gold“ die Patientenperspektive im Rahmen der Bewältigung der Folgen eines Behandlungsfehlers nicht per se verbessert, weil sich der Patient im Hinblick auf seine Rechte auf sich selbst gestellt sieht. Zwar wird in den Empfehlungen (auf Nachfrage!) die Ver-

¹⁵⁷ Vgl. Bauch et al. 2010, S. 39.

¹⁵⁸ Vgl. ebd., S. 40.

¹⁵⁹ Vgl. dazu auch: Hoefert 2008, S. 41.

¹⁶⁰ Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 12.

¹⁶¹ Vgl. Imhof 2011, S. 55.

mittlung von externen Ansprechpartnern nahe gelegt,¹⁶² welche dies sein sollen, wird aber nicht ausgesprochen.

8 Fazit

Die Auseinandersetzung mit den Widersprüchen zwischen den Perspektiven von Arzt und Patient vor dem Hintergrund potentieller Behandlungsfehler hat gezeigt, dass diese Widersprüche in einem Raum angesiedelt sind, der sowohl rechtlich als auch ethisch als „Grauzone“ anzusehen ist. Zudem spielen in das genannte Spannungsfeld auch starke wirtschaftliche und institutionelle Interessen sowie starke persönliche Emotionen hinein, was die Bewertung der spezifischen Eigenschaften des Problemfeldes zusätzlich erschwert.

In den ersten fünf Abschnitten der vorliegenden Arbeit wurden die „offiziellen“ Grundlagen der Problemstellung umrissen: Diese verweisen auf ein nach wie vor starkes Ungleichgewicht des Zugangs zu Wissen und der Macht über die Verhältnisse. Nach wie vor ist es für den Patienten in den allermeisten Fällen kaum zu beurteilen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. Das Wissensgefälle, das hier vorliegt, wird allerdings nicht systematisch behoben, wie es einer demokratischen Rechtskultur entspräche, sondern es wird teilweise manipulativ genutzt, wie die Empfehlungen der Bundesregierung „Reden ist Gold“ deutlich zeigen.

Ein wesentlicher Aspekt des Spannungsfeldes von Arzt- und Patientensicht auf potentielle Behandlungsfehler ist also eine wissenssoziologische Differenz, die dem Erhalt von Machtinteressen sowie wirtschaftlichen Interessen dient. Eine solche wissenssoziologische Differenz wird in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens und des behördlichen Umgangs durch die Pflicht zu ihrer Milderung oder Aufhebung systematisch beseitigt (Aufklärungspflicht über die Rechte von Betroffenen im Behördenumgang, etwa bei der Polizei, aber auch im notariell kontrollierten Vertragswesen etc.).¹⁶³

Der Machtfaktor des Wissensgefälles wird durch systematische Schutzmaßnahmen wie eine gelenkte und geplante Kommunikationsstrategie, die Vermeidung von Schuldanerkennnissen sowie die sachliche Fokussierung im Eigeninteresse nicht aufgehoben sondern verstärkt. Eine solche systematische Ausnutzung eines Wissensgefälles für wirt-

¹⁶² Vgl. Aktionsbündnis für Patientensicherheit 2011, S. 12f.

¹⁶³ Vgl. Armbrüster et al. 2009, S. 274f.

schaftliche und institutionelle Interessen ist im Kontext der Medizin als ethisch bedenklich anzusehen.¹⁶⁴

Weiter ist die Frage zu stellen, wie das Spannungsfeld der gegenläufigen Perspektiven in ein Verhältnis zu den strafrechtlichen Fragen, die im Raum stehen, zu bringen ist. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Konzept von „Reden ist Gold“ keinesfalls die Möglichkeit ausschließt, Straftaten gegenüber dem Patienten zu verschweigen. Obwohl es aus formaljuristischer Sicht eine Verpflichtung der Vorgesetzten Gäbe, ein solches Verhalten zu melden, läuft eine solche Verpflichtung ins Leere, wenn nur die Umgebung, aber nicht der Vorgesetzte davon weiß.¹⁶⁵

Auch eine solche Fortführung von Wissens- und vor allem Informationsdifferenzen zwischen Arzt und Patient ist als ethisch ausgesprochen bedenklich einzustufen.

Umgekehrt ist zu sagen, dass die Position des Arztes in einem entsprechenden Schuldiskurs vor dem Hintergrund der einschlägigen haftungsrechtlichen Konsequenzen mehr als schwierig ist: Der Arzt, der potentiell einen Fehler gemacht hat, kann diesen gegenüber dem Betroffenen nicht persönlich und direkt eingestehen, weil er sonst durch das Anerkenntnis schuldhaften Verhaltens in die zivilrechtliche Haftung gegenüber dem Patienten treten müsste. Dieser unauflösbare Widerspruch zwischen der Notwendigkeit, eine offene Kommunikation mit dem Betroffenen herzustellen und die eigene Position im Rahmen der Existenzhaltung zu wahren, wird in „Reden ist Gold“ nicht thematisiert. Es ist die Frage zu stellen, wie eine offene Kommunikation zustande kommen soll, wenn keine Schuld einbekannt werden kann.¹⁶⁶

Der Arzt kann also keinesfalls selbständig aus dem problematischen Spannungsfeld heraustreten: Würde er dies tun, müsste er mit unabsehbaren wirtschaftlichen Konsequenzen rechnen. Der oben genannte Aspekt des ethisch problematischen Spannungsfelds zwischen Arzt- und Patientenperspektive ist also auch als eine Folge der Rechtslage anzusehen.

Weiter muss die Frage gestellt werden nach der praktischen Durchführbarkeit der Empfehlungen der Bundesregierung. Hier ergibt sich das Problem, dass die fehlende Möglichkeit, Schuld einzugestehen und die gleichzeitige Forderung, emotionale Anteilnahme zu zeigen, fast zwangsläufig eine Arbeitsteilung in der Kommunikation mit dem

¹⁶⁴ Vgl. Vollmann 2008, S. 24.

¹⁶⁵ Vgl. ebd., S. 71.

¹⁶⁶ Vgl. dazu auch: Bauch 2010, S. 38.

betroffenen potentiellen Geschädigten herbeiführt: Ein Arzt, der emotionale Anteilnahme am Patienten markiert und gleichzeitig, als schuldhafter Akteur, seine Schuld nicht eingesteht, muss in hohem Maß unglaubwürdig wirken.¹⁶⁷

Die umfassende Darstellung der Widersprüche und ethisch bedenklichen Spannungen und Interessenkonflikte zwischen den Akteuren und ihren handlungsräumen auf ärztlicher Seite und der Informations- und Wissensmängel, aber auch der fehlenden institutionellen Einbettung der betroffenen Patienten wirft die Frage nach Lösungsmöglichkeiten auf. Diese bieten sich insofern an, als die Empfehlungen der Bundesregierung modifiziert werden könnten mit dem Ziel, das einschlägige Informations- und Wissensgefälle zu beseitigen, die derzeit eng beschränkten Kommunikationsmöglichkeiten der Ärzte zu stärken und die Rechtswahrung auf der Patientenseite zu erleichtern:

- Unter der Voraussetzung, dass die zivilrechtliche Lage entsprechend geändert würde, könnte dem Arzt, der die faktische fachliche Verantwortung für den Behandlungsfehler trägt, die Möglichkeit gegeben werden, offen über sein schuldhaftes Verhalten zu sprechen oder Fahrlässigkeit einzugestehen. Dies könnte die Ausgangslage der Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt deutlich verbessern und tatsächlich zu einer Deeskalation beitragen.
- Die „Arbeitsteilung“ in der Kommunikation zwischen der Gesundheitsinstitution und dem betroffenen Patienten wird aufgehoben. Es werden Strukturen eingeführt, die die rechtlichen Interessen des Patienten und des Arztes im Rahmen eines sofortigen, internen Schlichtungsverfahrens gleichzeitig wahrnehmen, wie dies auch bei Mediationsverfahren in anderen außergerichtlichen Bereichen üblich ist.
- Es wird auf eine einseitige „Beschwichtigung“ verzichtet, die in einer einheitlichen rhetorischen Strategie besteht. Wenn es keine Möglichkeit gibt, eine sinnvolle Äußerung zu tun, wird darauf auch von Seiten der Öffentlichkeitsarbeit einer großen Institution verzichtet. Dazu werden ethische Leitlinien ausgearbeitet, die im Rahmen der CRM implementiert werden.
- Zur Vertrauensbildung ist das Verschwiegen von Straftaten im Rahmen von Behandlungsfehlern rechtlich nicht mehr möglich. Zum Schutz für die Ärzte werden transparentere regeln für den Umgang mit Haftungsansprüchen und strafrechtlichen Konsequen-

¹⁶⁷ Aufgrund dieses Umstands wird in der ärztliche Praxisliteratur die genannte Arbeitsteilung grundsätzlich gefordert, vgl. dazu etwa: Ries 2012, S. 139.

zen eingeführt, die von den wirtschaftlichen Interessen von großen Trägerunternehmen vollkommen unabhängig sind (Ethikkommission).

Abschließend ist zu sagen, dass eine solche Modifikation aufgrund einer starren Rechtslage wenig realistisch erscheint. Allerdings wäre es als ein erster Schritt anzusehen, wenn diese Tatsache offen kommuniziert werden könnte und es nicht fortgesetzt zu einer Strategie der Manipulation und er einsteigen Information über die Ziele der Akteure kommen müsste.

Literaturverzeichnis

Adam, Karl-Uwe (2011): *Therapeutisches Arbeiten mit dem Ich*, Norderstedt: Books on Demand.

Aktionsbündnis für Patientensicherheit (2011): *Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall*. Online, abgerufen am 7.8. 2013, 16 Uhr 45: http://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/Reden_ist_Gold_final.pdf

Armbrüster, Christian et al. (2009): *Beurkundungsgesetz und Dienstordnung für Notarinnen und Notare: Kommentar*. Berlin: De Gruyter.

Baade, Jussi (2010): *Wissenschaftliches Arbeiten: Ein Leitfaden für Studierende*. Stuttgart: UTB.

Bachstein, Stefanie (2008): *Über Medizinfehler sprechen und daraus lernen*, in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 42, 17.10.2008, S. 2214-2216.

Bauch, Jürgen et al. (2010): *Behandlungsfehler und Haftpflicht in der Viszeralchirurgie*, Wiesbaden et al.: Springer.

Begemann, Verena (2010): *Der Tod gibt zu denken. Interdisziplinäre Reflexionen zur (einzig) Gewissheit des Lebens*. Göttingen: Waxmann, S. 68.

Biermann, Elmar (2006): *Aufklärung des Patienten*, in: Berg, Dietrich (u. a.) (Hrsg.): *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation: mit 14 Tabellen*. Berlin (u.a.) : Springer, 2006, S. 197–222

Bundeskanzleramt (2013): *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, Fassung vom 14.08.2013*, abrufbar unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>, Stand: 14.08.2013

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): *Patientenrechte: Behandlungsfehler*. Abrufbar unter <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>, Stand: 27.02.2013, abgerufen am 20.06.2013

Bürger, Claudia (2003): *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Gesundheits- und Qualitätsmanagement*, Wiesbaden: Gabler 2003.

Carstensen, G. (1983): *Chirurgie und Recht*, in: Häring, R. (Hrsg.): *Chirurgie und Recht*, Berlin: Blackwell 1983, S. 3-7.

Charles C., Gafni A., Whelan TJ. (1996): *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, in: *Social Science and Medicine*, 44, 1996, S. 681-692.

Conen, D. (2007): *Patientensicherheit. Rolle der GQMG*, http://www.gqmg.de/Dokumente/jahrestagung2007/folien/patientensicherheit/Patientensicherheit_Rolle_GQMG.pdf, Abruf am: 21.05.13.

Coulter, A. (1999): *Paternalism oder partnership?* In: *British Medical Journal* 319, 1999, S. 719-720.

die Patientensicherheit verbessert, in: *Universitätsklinikum Intern* 08/2009, S. 9 f., abrufbar unter <http://wasd.urz.uni-magdeburg.de/UA/dokumente/F-Bestand-8/TF015434-TF015435.pdf>, abgerufen am 13.08.2013

Diez, Beatrix (2006): *Patientenmündigkeit: Messung, Determinanten, Auswirkungen und Typologie mündiger Patienten*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006.

Dörner, Klaus (2002): *Arzt vom anderen her*, in: Schnell, Martin W. (Hrsg.): *Pflege und Philosophie: interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen*, Bern: Huber 2002, S. 137-172.

Eisenmenger, Wolfgang; Spann, Wolfgang (1979): *Der sogenannte Kunstfehler in der Chirurgie*, in: *Der Chirurg: Zeitschrift für alle operativen Gebiete der Medizin*, Jg. 50 (1979), S. 198–201

Fenger, Hermann; Holznagel, Ina; Neuroth, Bettina (2009): *Zivilrechtliche Auseinandersetzung*, in: Fenger, Hermann; Holznagel, Ina; Neuroth, Bettina (u. a.) (Hrsg.): *Schadensmanagement für Ärzte: Juristische Tipps für den Ernstfall*. Berlin (u. a.): Springer-Verlag, 2009, S. 25–54

Field, Marilyn F.; Lohr, Kathleen N. (1990): *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington: Institute of Medicine, 1990

Fudickar, Axel (2012): *Systematische Fehleranalyse in der Anästhesie*, in: Meybohm, Patrick; St. Pierre, Michael; Heinrichs, Wolfgang (u. a.) (Hrsg.): *Fehler und Irrtümer in der Anästhesie*. Stuttgart (u. a.): Thieme, 2012, S. 16–19

Gerlach, Ferdinand M.; Abholz, Heinz-Harald; Berndt, Matthias. (u. a.) (1999): Konzept zur Entwicklung, Vorbereitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Düsseldorf und Hannover: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 1999

Gerlach, Ferdinand M.; Berndt, Matthias; Beyer, Martin (2000): *Professionelle Normensetzung durch implementation medizinischer Leitlinien*, in: Hart, Dieter (Hrsg.): *Ärztliche Leitlinien: Empirie und Recht professioneller Normsetzung*. Nomos-Verlags-Gesellschaft: Baden-Baden, 2000, S.125–127

Gerlach, Jürgen von (2000): *Das Arzthaftungsrecht in der Antike*, in: Brandner, Hans Erich; Hagen, Horst; Stürmer, Rolf (Hrsg.): *Festschrift für Karlmann Geiß zum 65. Geburtstag*, Köln (u. a.) 2000, S. 389–410

Glazinski, Rolf; Wiedensohler, Ralph (2004): *Patientensicherheit und Fehlerkultur im Gesundheitswesen : Fehlermanagement als interdisziplinäre Aufgabe in der Patientenversorgung*. Eschborn : Glazinski, 2004

Haller, U.; Fink, D. (2006): *Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin Risiken, Fehler und Patientensicherheit*, in: Berg, Dietrich (Hrsg.): *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*. Berlin (u. a.): Springer, 2006, S. 45–58

Hanchen, Helfried (2006): *Das Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen Individualisierung und Standardisierung*, in: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Berichte und Abhandlungen Band 11, Berlin 2006, S. 99-118.

Hansis, Martin/Hansis, Dorothe (1999): *Der Ärztliche Behandlungsfehler -Verbessern statt streiten*, Landsberg: Verlag für Moderne Industrie.

Hausch, Axel (2007): *Der grobe Behandlungsfehler in der gerichtlichen Praxis: Eine kritische Bestandsaufnahme*. Hamburg: VVW.

Hlatky MA (1995): *Patient Preferences and Clinical Guidelines*, in: JAMA 273,1995, S. 1219-20.

Hoefert, Hans et al. (2008): *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Heidelberg: Economica.

Hoffmann, Nicolas et al. (2008): *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.

Hofinger, Gesine (2008): *Fehler und Unfälle*, in: Badke-Schaub, Petra; Hofinger, Gesine; Lauche, Kristina (Hrsg.): *Human Factors: Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2008, S. 36–58

Imhof, Michael (2010): *Behandlungsfehler in der Medizin – Was nun?: Verborgenes im Arzt-Patienten-Verhältnis*. Idstein: Schulz-Kirchner, 2010

Jansen, Nils (2003): *Die Struktur des Haftungsrechts: Geschichte, Theorie und Dogmatik außervertraglicher Ansprüche auf Schadensersatz*, Tübingen: Mohr-Siebeck 2003.

Johna, Susanne (2011): *Medizinisches Risikomanagement im Krankenhaus*, in: Hessisches Ärzteblatt 8/2011, S. 491-499.

Jorzig, A. (2013): Die ärztliche Haftung Wichtige Richtlinien im Europäischen Vergleich 2006
http://www.mathysmedical.com/fileadmin/user_upload/pdf_download/Arztforum/Arzthaftung_D.pdf (Abruf: 05.06.2013)

Katzenmeier, Christian (2002): *Arzthaftung*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2002

Kern, B.-R. (2006): *Organisationsverschulden in der Judikatur*, in: Berg, Dietrich (u. a.) (Hrsg.): *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*. Berlin (u. a.): Springer Verlag, 2006, S. 59–72

Kettner, M. (2003): *Wozu ist Organisationsethik gut?*, in: Seidel-Kwem, B./Pfeiffer, R. (Hrsg.): *Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch*, Wegscheid: WIKOM, S. 32-47.

Klemperer, David (2003): *Arzt-Patient-Beziehung Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden*, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 12 vom 21.3.2003, S. 753-755.

Klemperer, David (2006): *Vom Paternalismus zur Partnerschaft - Eine Profession im Wandel*, in: Hurrelmann H (Hrsg.). *Professionalisierung im Gesundheitswesen - Positionen - Potenziale - Perspektiven*. Bern: Huber, 2006, S.61-75

König, Jan (2011): *Über die Wirkungsmacht der Rede: Strategien politischer Eloquenz in Literatur und Alltag.* Heidelberg: V&R.

Labisch, A.; Paul, N. (1998): *Gesundheitswesen*, in: Korff, W. (Hrsg.): *Lexikon der Bioethik*, Bd.2, Gütersloh 1988, S.131.

Landgraf, Rochus/ Huber, Frank/Bartl, Reiner (2006): *Patienten als Partner: Möglichkeiten und Einflussfaktoren der Patientenintegration im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006.

Laue, Nocoletta von et al. (2012): „*Second victim*“. *Umgang mit der Krise nach dem Fehler*. In: *Therapeutische Umschau*, Vol. 69, Nr. 6, S. 367-370.

Laufs, A. (1995): *Die zivilrechtliche Einstandspflicht des Arztes - Inhalt und Grenzen*, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, Heft 6, Jg. 89 (1995), S. 554–561

Laum, Dieter (2000): *Statut der Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein : Kurzkommentar nach der Praxis der Kommission*, Köln: Schmidt, 2000

Lehmann, Hartmut (2009): *Die Entzauberung der Welt: Studien Zu Themen Von Max Weber*. Göttingen: Wallstein Verlag.

Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen Pflegekassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern du Pflegefehlern Hrsg. Arbeitsgruppen Ü1-MedJur, Forum MedJur (2007) S.11.

Lieb K., Klemperer D., Ludwig W-D. (2011) (Hrsg.) *Interessenkonflikte in der Medizin Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten*, Berlin: Springer 2011.

Löber, Nils (2011): *Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus*. Wiesbaden et al.: Springer 2011.

Luhmann, Niklas (1990): *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1990.

Madea, Burkhard (2006): *Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Wiesbaden et al.: Springer.

MDK Bayern (2013): *Der Medizinische Behandlungsfehler: Rechtssicherheit zwischen Patientenschutz und Arzthaftung. Ein Ratgeber für Ärzte, Patienten und Juristen.* Heidelberg: HJR.

Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter; Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and Europe Federation of Internal Medicine (2002)

Meurer, Christina (2008): *Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachenunter besonderer Berücksichtigung der Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern.* Wiesbaden et al.: Springer.

Neu, Johann (2011): *Haftungsfragen. Diesmal: Diagnostik*, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 2/2011, S. 21–23, abrufbar unter <http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/wp-content/uploads/2012/05/arzthaftung-diagnostik.pdf>, abgerufen am 10.06.2013

Neuefeind, Wolfgang (2010): *Arzthaftungsrecht: Ein Überblick für Rechtsanwender, Ärzte und Patienten.* Hamburg: Tectum.

Obermann, Konrad; Müller, Peter (2009): *Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Eine Studie der Stiftung Gesundheit, durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse in Zusammenarbeit mit dem TÜV SÜD.* Abrufbar unter http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Studie_QM_2009.pdf#page=20&zoom=auto,0,842, Stand: 2009, abgerufen am 26.05.2013

Pardey F. (2005): *Berechnung von Personenschäden*, Heidelberg: CF Müller 2005.

Peintinger, Michael (2003): *Therapeutische Partnerschaft: Aufklärung Zwischen Patientenautonomie und Ärztlicher Selbstbestimmung.* Wiesbaden: Springer 2003.

Peters, Helge et al. (2011): *Langweiliges Verbrechen: Warum Kriminologinnen den Umgang mit Kriminalität interessanter finden als Kriminalität.* Wiesbaden: VS 2011.

Preiser, Gert (1970): *Über die Sorgfaltspflicht der Ärzte von Kos*, in: *Medizinhistorisches Journal* 1970, S.1-8.

Protschka, Johanna (2012): *Die Angst vor der Schuld*, in: Deutsche Ärzteblatt 109, Heft 51-52, 24.12.2012, S. 2574-2578.

Reason, James (1997): *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot (u. a.): Ashgate, 1997

Reason, James (2000): *Managing the risks of organizational accidents*. Repr. (d. Ausg. 1997). Aldershot (u. a.): Ashgate, 2000

Reding, Richard; Dautert, Ilse (2011): *Was Patienten beanstanden : Auswertung von 1200 Patientenanträgen wegen möglicher Sorgfaltspflichtverletzung (Behandlungsfehler) in der Chirurgie*. Bochum: Ponte Press, 2011

Renteln-Krise, Wolfgang von (2009): *Medizin Des Alterns und Des Alten Menschen*. Wiesbaden et al.: Springer.

Ries, Hans Peter (2012): *Arztrecht: Praxishandbuch für Mediziner*. Wiesbaden et al.: Springer.

Rupprecht, H. (2002): *Mangelnde Sorgfalt durch Informationsverlust – Koordinationsmängel*, in: Wolff, Helmut (Hrsg.): *Der chirurgische „Kundstfehler“: Behandlungsfehler. Teupitzer Gespräche 2001*, Heidelberg: Kaden, 2002, S. 53–57

Saynisch, D. (1997): *Arzt und Patient: Die bedrohte Beziehung: Ein ärztlicher Befund.*; Münster: Lit 1997.

St. Pierre, Michael; Hofinger, Gesine; Buerschaper, Cornelius (2005): *Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin*. Berlin (u. a.): Springer Medizin, 2005

Stockter, Ulrich (2008): *Präventivmedizin und Informed Consent. Zu den Anforderungen an die informierte Einwilligung in die Teilnahme an Screeningprogrammen*, Münster u.a.: Lit 2008.

Swick, H. M. (2000): Toward a normative definition of medical professionalism, in: *Acad. Med.* 2000;75, S. 612–616.

Tönnessen, Björn (2009): *Risikomanagement – oder wie ein Schweizer-Käse-Modell*

Ulsenheimer, K. (1987): Zur Strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes für Behandlungs-, Organisations- und Aufklärungsfehler, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 89, 562 (1987), S. 212-218.

Vera, Antonio (2007): Der Arzt im Krankenhaus des 21. Jahrhunderts: Professional oder klinischer Manager? in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 30 (3), 2007, S. 300 – 316

Vollmann, Jochen (2008): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit: Beiträge zur Klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer.

Vosteen, Karl-Heinz (2000): Leitlinien der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, in: Hart, D. (Hrsg.) *Ärztliche Leitlinien, Empirie und Recht professioneller Normsetzung*. Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft, 2000, S. 23–29

Wettreck, Rainer (2010): „Arzt sein - Mensch bleiben.“ *Eine qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin*. Münster: LIT.

Wolte, Beate (2009): Grundlagen des Risikomanagements, in: Roeder, Norbert; Hensen, Peter (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege: Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2009, S. 92–108

Internetseiten

<http://homepage.univie.ac.at/juergen.wallner/doc/hcer/medicalprofde.pdf> (Abruf 20.06.13)

http://www.gkvnetzwerk.de/CMS/Techniker_Krankenkasse_fast_zwoelf_Millionen_Euro_aus_Behandlungsfehlern-b46bf03c-77e4-4e34-b40b-660aea6b7436_Meldung.html (Abruf.04.06.13)

http://www.jura.uni-augs-burg.de/fakultaet/lehrstuehle/rosenau/lehrestudium/03_lehre_rosenau_ss_2010/01_vorlesungen_ss_2010/01_biostrafrecht/download/LE_10_Arzhftung.pdf

<http://www.verbraucherzentrale-sachsen.de/das-neue-patientenrechte-gesetz> (Abruf am 25.06.13)

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt worden ist, insbesondere dass ich alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, durch Zitate als solche gekennzeichnet habe. Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat.

Hamburg, den 15.08.2013
