



Information zur Sendung

vom 12. März 2009

Pfusch im Krankenhaus

Schluss mit dem Schweigen – denn die Zahlen sind erdrückend: Jedes Jahr erleiden ca. 500.000 Patienten im Krankenhaus gesundheitliche Schäden, 130.000 von ihnen wegen falscher Behandlung. Die meisten Fehler passieren bei Operationen, bei der Medikamentengabe und bei invasiven Maßnahmen, wie zum Beispiel dem Legen von Herzkathetern. Aber auch in der Diagnostik werden Fehler gemacht. Natürlich nicht absichtlich. Ärzte und Pflegepersonal stehen unter Druck. Hohe Arbeitsbelastung, Kostendruck und das Fällen schneller Entscheidungen in Krisensituationen sind geradezu klassische



Die meisten Fehler passieren bei Operationen

Risikofaktoren im Gesundheitswesen. Daran lässt sich leider oft nichts ändern. Umso wichtiger ist ein offensives Fehlermanagement ohne Schuldzuweisungen, denn nur die genaue Analyse deckt Schwachpunkte auf und bietet die Chance es besser zu machen.

Odyssey erzählt von Patienten, die durch ärztliche Fehler leiden mussten. Von Ärzten, die lernen mussten, dass Irren menschlich ist und zeigt wie gutes Fehlermanagement aussieht.



Inhalt

- S. 2 Schwerer Chirurgenpfusch
- S. 3 Fehler im System
- S. 6 Fehlermanagement im Krankenhaus
- S. 8 Situation Patientenrecht
- S. 10 Adressen, Links und Literatur

Schwerer Chirurgenpfusch

von Frank Wittig

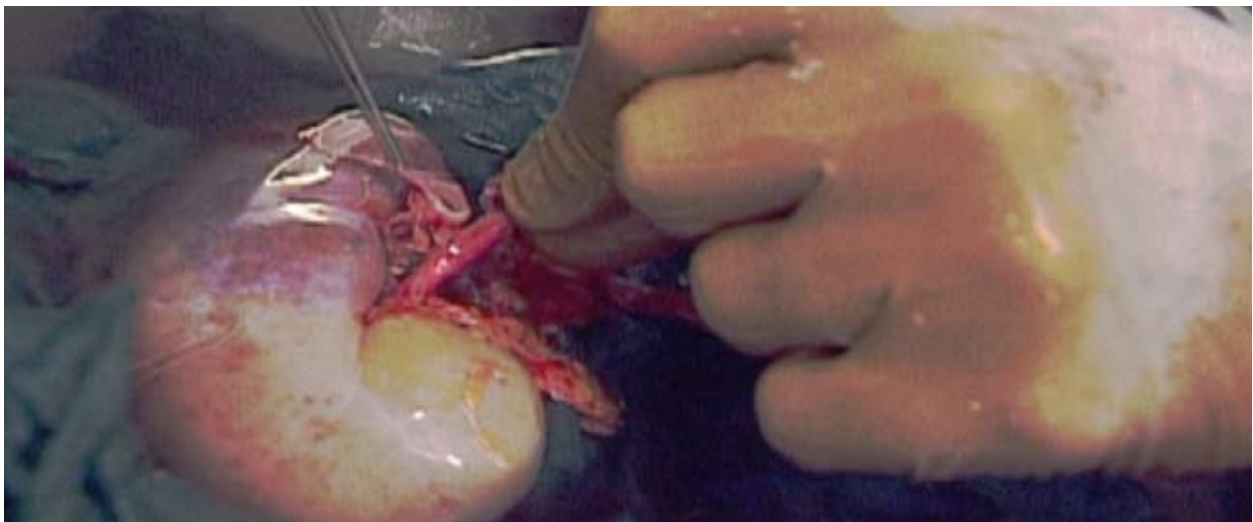
Wer ins Krankenhaus muss, hofft natürlich so schnell als möglich gesund wieder heraus zu kommen. Aber das ist viel zu häufig nicht der Fall. Jörg Malzbender hatte seiner Mutter eine Niere gespendet, um sie vor der Dialyse zu bewahren. Doch bei der Transplantation im November 2006 ging alles schief. Die Chirurgen pfuschten laut Gutachten der Ärztekommision. Nun ist Marlene Malzbender körperlich schwer behindert.

Drei mal die Woche muss sie an die Dialyse: vier Stunden Blut waschen. Lebensrettend ist diese Prozedur, keine Frage, aber auch eine Tortur für Leib und Seele. Dabei sah es noch vor zweieinhalb Jahren so gut aus. Marlene Malzbender war fit. Zweimal die Woche joggen, Gymnastik: all das war bis zu dem Eingriff kein Problem – jetzt kann sie kaum mehr 50 Meter schmerzfrei gehen. Und sie ist auf die Hilfe ihres Sohnes und ihres Lebensgefährten Dieter Rudek angewiesen. Die Chance ist für immer vertan. Was ist in der Uniklinik Aachen passiert? Wie konnte das kostbare Organ ihres Sohnes verloren gehen? Warum hängt Marlene Malzbenders Leben jetzt an der Dialysemaschine?

Versuch wurde ein künstliches Blutgefäß aus Goretex verwendet. Damit klappte der Anschluss – scheinbar.

Ungeeignete Prothese und fehlerhaft rekonstruierte Blutgefäße

Die Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungsfehler stellte später fest, dass Goretex-Prothesen für eine Nierentransplantation nicht geeignet sind, dass Blutgefäße fehlerhaft rekonstruiert wurden und dass das frühzeitige Hinzuziehen eines Gefäßchirurgen die schweren Komplikationen hätten verhindern können.



Die komplizierten Gefäßanschlüsse der Spenderniere entwickelten sich zum Problem, da – anders als besprochen – kein spezieller Gefäßchirurg hinzugezogen wurde

Die erste OP war am 27.11.2006 an der Uniklinik in Aachen. Die Spenderniere des Sohnes hatte komplizierte Gefäßanschlüsse. Das war aus Voruntersuchungen bekannt und entwickelte sich zum Problem, weil – anders als besprochen – kein spezieller Gefäßchirurg hinzugezogen wurde. Zweimal misslang der Versuch, die Niere an die Blutgefäße der Mutter anzuschließen. Im OP-Bericht stand: die Niere war blau und weich – schlecht durchblutet. In einem dritten

Dieter Rudek kann nur mit Mühe die Tränen unterdrücken, wenn er erzählt, wie er seine Lebensgefährtin nach der OP in der Intensivstation vorfand: „Dann bin ich um sechs Uhr zu ihr und dann war es so: da hat sie nur gebrüllt: mir platzt der Bauch, mir platzt der Bauch. Und dann habe ich den Arzt gerufen und die Schwester, die hat ihr noch eine schmerzstillende Spritze gegeben. Das hat aber überhaupt nichts geholfen. Und dann kam der Doktor, der hat gleich UI-

traschall gemacht. Da hat man festgestellt, dass die Niere nicht durchblutet war. Da haben sie die Ärzte gerufen, da haben die gesagt, dass da wahrscheinlich was abgeknickt ist, wahrscheinlich ein Goretex-Schlauch abgeknickt ist. Ich habe bloß geguckt und habe gedacht: was ist denn das, ein Goretex-Schlauch an der Niere.“

Drei Stunden später lag Marlene Malzbender wieder im OP. Die Niere ihres Sohnes wurde wieder entnommen, gespült und an einem anderen Bereich der Gefäßarterie angeschlossen. Die Niere war gut durchblutet, aber das rechte Bein der Patientin nicht mehr. Wieder wurde die Naht geöffnet. Mit einem zweiten Zusatzanschluss aus Goretex glaubten die Chirurgen das Problem in den Griff zu bekommen. Sie irrten. Die Untersuchungen am nächsten Morgen zeigten: Die transplantierte Niere war kaum durchblutet.

Die dritte Operation wurde anberaumt. Erst jetzt taten die Aachener Chirurgen, was sie laut Gutachten von Anfang an hätten tun müssen: Ein spezieller Gefäßchirurg kümmerte sich um die Anschlüsse. Er explantierte die ungeeigneten Goretex-Anschlüsse und ersetzte sie durch Venen aus einem Oberschenkel der Patientin. Die Niere war zu diesem Zeitpunkt offenbar schon irreparabel geschädigt. Sie begann sich zu zersetzen. Doch erst zwei Tage später wurde die Niere entfernt. Lebensgefährlich spät. Marlene Malzbender bekam eine schwere Sepsis sowie eine eitrige Lungenentzündung. 12 Tage lag sie auf Leben und Tod. Heute ist sie schwerbehindert.

Die Klinik schweigt zu allen Vorwürfen. Daher suchen die Geschädigten jetzt juristische Hilfe. Der Münchener Anwalt Wolfgang Putz hat Hunderte Fälle von Ärztepfusch verhandelt. Der Fall von Marlene Malzbender ist in seinen Augen allerdings besonders bitter: „Dieser Fall ist die Verkettung von Tragödien: erst einmal die Tragödie, dass die Lebendspende des Sohne fehlschlägt. An sich schon schrecklich. Dann kommt hinzu, dass es aufgrund von mehreren ärztlichen Behandlungsfehlern passiert ist. Das ist natürlich noch furchtbarer. Und als ob das alles noch nicht genügt, bekommt sie noch ein Trauma, nach dieser Folge von Traumen, nämlich eine Abwicklung durch die Universitätsklinik, die sie erst einmal fünf Monate mit Schweigen bedient. Und jetzt, nach Ablauf der Frist, bekommen wir gesagt: Übrigens wir lassen hier seit Monaten eine Begutachtung laufen.“

Eine Anfrage beim Aachener Klinikum bestätigt diese Einschätzung. Am Telefon heißt es nur: „Kein Kommentar vom Klinikum“, obwohl Odysso mehrfach um eine Stellungnahme bittet. Marlene Malzbender fühlt sich allein gelassen: „Ja, diese Arroganz der Ärzte, diese Arroganz des Klinikums, keine Entschuldigung, kein Garnichts. Ich bin keine Kämpfernaut. Aber jetzt, nach zwei Jahren bin ich der Meinung, man muss andere Wege gehen. Wir werden jetzt klagen und gegen das Klinikum vorgehen.“ Jetzt wird Justitia über den Fall entscheiden. Eine eventuelle Entschädigungszahlung bringt Marlene Malzbender zwar nicht die Gesundheit zurück, doch sie würde gegen das Gefühl helfen, dem großen Klinikum ausgeliefert, unbedeutend und wertlos zu sein.

Fehler im System

von Scarlet Löhcke

Etwa 500.000 ärztliche Fehler passieren jährlich in Deutschland, so schätzen die Experten – 17.000 davon mit tödlichen Folgen. Durch Behandlungs- und Diagnosefehler sterben also jährlich mehr Menschen als im Straßenverkehr – die Medizin ist ein typischer Risikoberuf. Ähnlich wie der Pilot eines Flugzeuges hat der Mediziner das Leben seiner Patienten in der Hand. Doch während in der Luftfahrt längst eine strenge Fehlerkontrolle üblich ist, wird das in Kliniken gerade erst seit wenigen Jahren zögerlich eingeführt. Dabei ist es längst höchste Zeit, die Fehlerquellen im System Krankenhaus offen zu legen und auszuschalten. Denn die so genannten Kunstfehler sind nicht einfach nur unglücklichen Zufälle.

Meist wird der ärztliche Fehler mit persönlichem Versagen gleichgesetzt. Dabei liegt die Schuld eigentlich nie beim Einzelnen. Vielmehr steht er am Ende einer langen Kette scheinbar unbedeutender Regelverstöße. Der Fehler steckt im System – meinen auch die Gesundheitsexperten Günther Jonitz und Gerd Glaeske. Sie kennen die Risiken, mit denen eine typische Fehlerkette beginnt. Zum Beispiel damit, sich zu sicher zu fühlen. Eine „Fehlerkultur“, in der es möglich ist offen über Ursachen medizinischer Irrtümer zu sprechen, um sie in Zukunft zu vermeiden, beginnt sich in Kliniken erst in letzter Zeit langsam zu entwickeln. Lange Zeit wurden Fehler unter Ärzten totgeschwiegen.

Risikofaktor Selbstüberschätzung

Ob aus Angst oder falsch verstandenem Berufsethos, zu viele Ärzte hielten – und halten – sich für völlig fehlerfrei. Denn falsche Diagnosen und Behandlungen sind seit vielen Jahren ein Tabu: „Wir hatten eine Null-Fehler-Erwartung. Das heißt, man darf keine Fehler machen, also gibt es auch keine Fehler“, beschreibt Dr. Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer die Situation. „Und wenn es tatsächlich Fehler gab, dann wurden die irgendwie heimlich geregelt, es wird aber nicht offen darüber geredet. Es gibt Studien, die belegen, dass 30 Prozent aller Ärzte von sich aus sagen, dass sie zwar müde sein können, aber trotzdem keine Fehler machen. Das ist nichts weiter als eine glatte Fehleinschätzung. Und das ist insoweit fatal, als dass jeder Fehler, der verschwiegen wird, sich an einer anderen Stelle wiederholt“.

Fehler die man nicht registriert, kann man auch nicht ausräumen. Der Mythos der fehlerfreien Medizin ist also eine gefährliche Form der Selbstüberschätzung, die oft noch weitere Probleme mit sich bringt: Wer sich selbst für unfehlbar hält, nimmt auch seine Patienten oft nicht ernst genug und ist im Kontakt mit ihnen eher unaufmerksam. Diese Schieflage in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient erhöht das Fehlerrisiko bei der Diagnose, denn dem Mediziner entgehen wesentliche Informationen: Nur durchschnittlich 20 Sekunden hören Ärzte zu, bevor sie ihren Patienten bei der Beschreibung seiner Symptome unterbrechen. Oft steht die Diagnose schon nach drei

Minuten, dann kommt der nächste Fall. Trotzdem gibt kaum einer gibt zu, dass dabei auch Fehler passieren. „Wir haben noch immer die Halbgötter in weiß, die sozusagen von oben nach unten schauen und im Grunde genommen dem Patienten wenig Raum lassen für Kommunikation“, kritisiert Gesundheitsexperte Professor Gerd Glaeske von der Universität Bremen. „Der Patient wird nur noch zum Fall, zum Blinddarm von Zimmer 6, man entscheidet ganz bestimmte Dinge, aber aufgrund mangelnder Kommunikation. Aufgrund mangelnder Information kann das dann zu Problemen führen, die sich auch als Fehler auswirken können.“

„... Ärzte und Schwestern desinfizieren sich nach wie vor zu selten die Hände ...“

Dabei sind es oft nicht mal die großen Versäumnisse, sondern Kleinigkeiten, die zu Fehlern führen. Etwa wenn ein Arzt vergisst, sich während der Visite die Hände zu desinfizieren. Doch so eine winzige Nachlässigkeit im falschen Moment kann tödlich sein: 500.000 Krankenhausinfektionen gibt es jährlich, zwischen 20- und 40.000 Patienten sterben sogar daran. Dabei ließe sich das Problem mit einfachen Mitteln vermeiden: „Ärzte und Schwestern desinfizieren sich nach wie vor viel zu selten die Hände, wenn sie von einem Patienten zum anderen gehen, und viel zu oft wird die Haut, bevor man einen Katheter legt, nicht ausreichend lange desinfiziert“, erklärt Ärztekammerpräsident Günther Jonitz. „Das Problem liegt sicherlich darin, dass der Arzt oder die Schwester gar nicht realisiert, dass die Keime die er in den Patienten eingebracht hat, diejenigen sind, die vier oder fünf Tage später den Patienten richtig krankmachen.“

Oft nur Kleinigkeiten, wie etwa Hände desinfizieren vergessen



Zu oft wird vergessen, dass man auch als Angehöriger eines Heilberufes Infektionen übertragen kann. Gesundheitsexperte Gerd Glaeske wundert sich über dieses mangelnde Problembewusstsein bei Medizinern und Pflegekräften: „Ein bekannter Hygieniker hat einmal den Spruch geprägt, den ich nachdrücklich unterstütze: Man kann sich auf jede Autobahntoilette setzen ohne sich zu infizieren, aber geben sie niemals einem Arzt im Krankenhaus die Hand. Das ist sicher übertrieben dargestellt, aber dennoch zeigt es das Problem.“

Die Sorgfalt leidet unter dem hohem Zeit- und Gelddruck

Und je hektischer es wird, desto mehr leidet die Hygiene. Oft arbeiten Ärzte und Pflegekräfte in Eile – denn Zeit ist Geld und im Gesundheitssystem wächst der Druck zu sparen. Ärztekammerpräsident Günther Jonitz warnt vor den Auswirkungen dieses Sparzwangs, denn auch hier liegt eine gefährliche Fehlerquelle: „Im Krankenhaus gibt es Vorgaben von Managern die sagen, wer mehr als vier Minuten pro Patient pro Tag verbringt, arbeitet unwirtschaftlich und riskiert seinen Arbeitsplatz. Bei einem solchen Zeit- und Gelddruck leidet selbstverständlich die Sorgfalt, mit der ich mich um den Patienten kümmern kann. Es wird schon mal ein Röntgenbild verkehrt herum angehängt, es wird ein Medikament verwechselt, oder es wird auch mal das falsche Bein operiert.“ Und das, obwohl die Ärzte jedes Detail sorgsam dokumentieren. Die Bürokratie in den Kliniken nimmt stetig zu, doch nicht unbedingt zu Gunsten der Patientensicherheit. Denn der Arzt hat immer weniger Zeit seine eigentliche Aufgabe wahrzunehmen und sich um den Patienten zu kümmern, kritisiert Ärztekammerpräsident Günther Jonitz: „Eine der Ursachen dafür liegt sicherlich darin, dass ein normaler Krankenhausarzt derzeit knapp zwei bis drei Stunden pro Tag nur noch Zettel oder Formulare ausfüllt, um Anfragen von Krankenkassen oder anderen Einrichtungen zu beantworten, die mit der konkreten Heilung des Patienten gar nichts mehr zu tun haben.“

Doch wenn der Arzt immer mehr am Schreibtisch und immer weniger als Mediziner arbeitet, liegt das nicht nur am Kostendruck. Vielmehr an einem falschen Kli-

nik-Management, meint Gesundheitsökonom Gerd Glaeske: „Kliniken müssen heute so reagieren, dass sie mit den neuen finanziellen Rahmenbedingungen zurechtkommen, das bedeutet dass sie sich auch intern umstrukturieren und umorganisieren müssen. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass man für die Dokumentation von Erkrankungen nicht Ärzte einspannt, sondern dass es Dokumentationsassistenten gibt, also spezielle Berufe, die dies im übrigen sehr viel besser können und letzten Endes günstiger.“

Spart das Krankenhaus dagegen an der falschen Stelle, geraten Ärzte und Pflegepersonal unter Druck. Das gefährdet auch die Patienten, warnt Dr. Günther Jonitz: „Krankenhäuser sparen gerne am Personal, weil das der teuerste Faktor ist. Wir haben anstatt drei Ärzte auf Station nur noch zwei Ärzte, wir haben anstatt zwei Ärzte in der Rettungsstation nur noch einen. Der junge Arzt wird zunehmend alleine gelassen, der Oberarzt steht im OP und kann sich nicht mehr um den jungen Arzt kümmern. Dieser erlebt dann alle Schattenseiten des Berufslebens, mit Übermüdung, Überanstrengung, Alleingelassensein, nähert sich dem Burnout, ist frustriert und ausgebrannt – und das ist ein eigenständiges Sicherheitsrisiko.“ Schuld daran sind auch zu lange Dienstzeiten. Noch immer arbeiten Ärzte in 24- oder gar 36-Stunden-Schichten, dabei sind Arbeitszeiten über 24 Stunden an sich gar nicht mehr erlaubt.

Noch immer arbeiten Ärzte in 24- oder gar 36-Stunden-Schichten

Trotzdem sind die langen Schichtdienste in vielen Kliniken weiterhin üblich, dabei sind sie in den Augen der Gesundheitsexperten meist nur ein Problem der falschen Organisation und ließen sich mit systematischer Planung vermeiden. Bisher werden die Arbeitszeiten in vielen Kliniken allerdings nicht einmal vollständig dokumentiert, kritisiert Günther Jonitz. Um die Missstände zu ändern tut sich bisher zu wenig – und das ist fatal, denn wer müde ist macht leicht Fehler. „Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus haben sich zwar verbessert, es ist aber nach wie vor so, dass in 60 Prozent der Krankenhäuser Ärzte 24 Stunden am Stück und länger arbeiten“, beschreibt Jonitz die Situation. „Das heißt, nach 24 Stunden fühlt sich der Arzt

so, wie mit 1,0 Promille Alkohol im Blut und macht nachgewiesenermaßen doppelt so viele Fehler, wie der Arzt der ausgeruht seine Arbeit macht.“

Stimmt die Organisation nicht, häufen sich also die Flüchtigkeitsfehler – auch bei der Medikation. Schnell wird eine unleserliche Verordnung geschrieben, eine Medikament verwechselt, zu hoch dosiert oder die Verabreichung ganz vergessen. Gesundheitsexperte Gerd Glaeske ruft dazu auf, genau solche Fehler zu dokumentieren und offen zu besprechen, denn nur so lassen sie sich vermeiden: „Da wird zum Beispiel in einem Krankenzimmer eine Thrombosespritze hingelegt, weil man spritzen möchte, es geht aber in dem Moment nicht und dann vergisst man halt diesem Patienten die Spritze zu setzen. Das bedeutet zum Bei-

spiel, es muss Ablaufpläne geben und klare Regeln für die Kommunikation. Wenn ich Fehler totschweige bedeutet das, dass Patientinnen und Patienten darunter leiden können. Das muss man versuchen abzustellen und darum muss man über Fehler diskutieren.“

Genau diese Diskussion wird seit 2005 verstärkt vom „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ angestoßen, in dem Vertreter der Gesundheitsberufe und Patientenorganisationen an einem Tisch sitzen. Stück für Stück schließen sich inzwischen zunehmend mehr Kliniken der neuen Diskussionskultur an. Und dafür ist es höchste Zeit. Denn nur wer seine Schwachstellen kennt und den offenen Umgang damit übt, kann das System verbessern und die Patienten effektiv vor Fehlern schützen.

Fehlermanagement im Krankenhaus

von Oliver Wittkowski

Leben am seidenen Faden – auf einer Intensivstation für Frühchen. Hier kann jeder Fehler schwerwiegende Folgen haben. Deshalb muss alles perfekt sein. Es darf kein Fehler passieren! Aber: Wo Menschen arbeiten, ist nie alles perfekt – Fehler passieren. Wichtig ist, sie nicht zu verschweigen. Und das ist nicht selbstverständlich. Keiner geht gerne an die Öffentlichkeit und gibt zu, was falsch gemacht zu haben. Georg Selzer von der Klinik Bremen Mitte hat es auf seiner Station erreicht, dass über Fehler offen gesprochen wird.

Passieren kann viel beim Hantieren mit Maschinen und Mixturen: sich verrechnen, verschreiben, verhören – viele Missgeschicke sind trivial und daher peinlich. Der Gedanke „zum Glück hat's keiner gesehen“ kommt schnell. Doch hier greifen die Mitarbeiter zum Meldungszettel. Es geht ja um „die Sache“, und außerdem, so Georg Selzer: „Wir garantieren den Mitarbeitern, dass die Mitteilungen anonym behandelt werden, und dass daraus keine Bestrafungen resultieren.“

Beispiel: Jemand vergisst beim Montieren eines Beatmungsbeutels fast den Dichtungsring. Ein kleines Teil, so was passiert. In die Meldung schreibt die Person dann anonym wann, wo, was passiert ist – und auch, wie es ab sofort zu verhindern ist. Ein freiwilliges Berichtssystem für kritische Ereignisse, auf englisch „Critical Incident Reporting System“. Abgekürzt: „CIRS“.

Alle sechs Wochen trifft sich das Team zur Besprechung der Fehlerberichte. Vor allem Feedback hält das „CIRS“ am Leben, weiß Dr. Selzer: „Leider muss ich sagen, dass es kein Selbstläufer ist, also sobald man da ein bisschen nachlässt, so bald man keine Rückmeldung mehr gibt, was dann aus diesen Meldungen wirklich an Konsequenzen gezogen worden ist, was verändert worden ist, schläft sofort die Bereitschaft ein – also wir sehen dann nur, die Meldungen gehen zurück.“

Mitarbeiter berichten also ihre Fehler, wenn sie merken, sie bewirken etwas damit. Verbessert hat sich in jedem Fall das Betriebsklima. Die Arbeitsabläufe sind optimiert, Medikamente klarer gekennzeichnet, Dokumentation verbessert, das System wirkt. So was müsste es doch überall geben.

Gibt es aber nicht. Noch ist gelebtes Fehlermanagement die Ausnahme in Krankenhäusern, meinen Experten. In einer Pilotstudie, an der auch die Bremer Kinderklinik teilnahm, wurden mehr als tausend Fehlermeldungen zum Berichtssystem CIRS, ausgewertet. Überraschend für den Leiter der Studie, Prof. Dieter Hart von der Universität Bremen, war, dass 73 Prozent der Berichte von der Pflege und der Rest von der Ärzteschaft stammten. Die Pflege und die Ärzteschaft berichteten unterschiedlich: Die Pflege berichtete über eigene Verfehlungen und Unaufmerksamkeit; die Ärzteschaft darüber, dass etwas nicht richtig organisiert wurde oder es Mängel im System der Kommunikation gab.

Gelebtes Fehlermanagement ist in Krankenhäusern die Ausnahme

Ob Ärzte weniger selbstkritisch sind, oder eher die Fehler im System überblicken, ist da schwer zu sagen. In einigen der untersuchten Kliniken meldeten die Ärzte jedenfalls häufiger Fehler – auch auf der Intensivstation von Dr. Selzer. Beim offenen Umgang mit Missgeschicken Vorbild sein, das zeigt Wirkung, so Prof. Hart: „Wenn sie einen engagierten Oberarzt haben an einer Klinik, und der macht das CIRS und das Risikomanagement zu seinem eigenen Kind, dann werden sie feststellen, entwickelt sich das CIRS auch ganz anders, als dort, wo man mit einer relativen Gleichgültigkeit dem CIRS gegenübersteht“

Doch sind Krankenhäuser wirklich daran interessiert, dass alles, was beinahe schief gegangen wäre, gemeldet und damit öffentlich wird? Ist das nicht schlecht für das Image? Prof. Hart sieht eher das Gegenteil: „Es sollte so sein, dass Patienten, die sehen, dass so mit Fehlern umgegangen wird, beeindruckt sein müssten, und sehen müssten, dass sie in einem solchen Krankenhaus gut aufgehoben sind.“

Noch ist eine offene Fehlerkommunikation, sowohl für Patienten wie auch für Mediziner nicht selbstverständlich

Noch ist es für Patienten wie Mediziner nicht selbstverständlich, dass offene Fehlerkommunikation Ausdruck einer gesunden Risikokultur ist. Fehler zuzugeben, heißt oft auch Schaden vermeiden. Den fehlerlosen Arzt vorzuspielen – eine gefährliche Illusion, so Dr. Selzer: „Was ich den großen Schritt bei dieser ganzen Geschichte finde, ist, dass man eben offener und bereitwilliger damit umgeht. Die Änderung der Kultur, das ist das, was ich in den letzten Jahren gemerkt habe, ist für mich das wichtigste dabei.“

Das Berichtssystem wurde inzwischen in allen öffentlichen Bremer Krankenhäusern eingeführt. Hier hat man verstanden, dass das Wohl der Patienten wirklich über allem steht.

Eine gefährliche Illusion: den fehlerlosen Arzt vorzuspielen





Situation Patientenrecht

von Oliver

Wer durch einen Arzt um seine Gesundheit gebracht wurde, hat häufig soviel Frust und Ärger aufgebaut, dass er auch den Gang vor den Richter nicht scheut. Schließlich leben wir in einem Rechtsstaat, in dem es zwar ein Verbraucherschutzgesetz, aber kein Patientenrechte-Gesetz gibt. Den Beweis, dass ein Fehler begangen wurde, muss der Kläger selbst bringen. Die Aussicht auf Erfolg ist meist gering. Ein Aktenschrank voller Schicksale steht im Büro des Deutschen Patienten Schutzbundes: Hier lagern Hunderte Dossiers über Patienten, die Opfer von Behandlungsfehlern wurden.

Gisela Bartz, Vorsitzende des Schutzbundes, hat bereits zahlreiche Menschen bei der Wahl von Gutachtern, Anwälten oder dem Gang zum Gericht beraten und begleitet. Gisela Bartz zu ihren Erfahrungen: „Wir wissen wie hoffnungslos die Sachen sind, wenn die Leute versuchen, ihr gutes Recht durchzusetzen... Man erkennt die Ohnmacht, und die Wut ist immer wieder da, mit jedem neuen Fall, aber wir müssen damit umgehen.“

Besonders aufreibend: Prozesse,
die sich ewig hinziehen

Aufreibend sind Prozesse, die sich ewig hinziehen. Da ist der typische Fall einer heute 58-jährigen Frau: Sie bekam 1991 wohl durch ein Verhütungsmittel dauerhafte Krämpfe und ein schweres Darmleiden. Am Ende empfahl der Arzt, der ihr auch das Mittel verschrieben hatte, eine operative Entfernung des Dickdarms. Die Frau, seitdem schwerbehindert, klagte. Ein Fachgutachter stellte 1998 Behandlungsfehler

fest, doch erst 2007, neun Jahre später, gibt das Gericht der Klägerin recht. Dazwischen ein Hin und Her der Gutachter und Instanzen über den Zusammenhang zwischen Behandlung und Schaden. Gisela Bartz dazu: „Und da muss dann eben der Betroffene oder sein Anwalt die Kausalität nachweisen. Und das machen sie mal. Das ist fast unmöglich, wenn die Gegenseite immer wieder dagegen hält.“

Der Kläger muss also die Fehlbehandlung nachweisen, sofern kein offensichtlicher Pfusch vorliegt. Fehler oder „schicksalhafter Verlauf“, darüber wird vor Gericht gerne gestritten. Das Urteil „schicksalhaft“ heißt: Zum Schaden kam es durch Umstände, die im Rahmen des Behandlungsrisikos nicht auszuschließen waren. Und damit hat der Kläger den Prozess meist verloren.

In einer Düsseldorfer Kanzlei, die geschädigte Patienten vertritt, heißt es, etwa einem Drittel aller Klagen würde stattgegeben. Den Patientenanwälten stehen meist die Haftpflichtversicherer von Ärzten oder Kliniken gegenüber. Eine gütliche Einigung ist

da immer eine Option – so meint Patientenanwalt Kim Roger Feiertag mit Vorbehalt: „Wir versuchen zu Beginn eigentlich immer, das Ganze außergerichtlich irgendwie zu klären. Aber vor dem Hintergrund, dass nun mal die Tendenz da ist, dass Versicherer das gerne in die Länge ziehen, bis zu dem Moment, dass vielleicht unser Mandant verstorben ist, was leider häufiger vorkommt, setzen wir relativ kurze Fristen.“

„... Versicherer das gerne in die Länge ziehen, bis (...) unser Mandant verstorben ist, was leider häufiger vorkommt ...“

Arzthaftungsprozesse sollten Patienten nur mit Anwälten führen, die auf Medizinrecht spezialisiert sind. Auch Gutachter sollten Experten für das Thema sein, um das es vor Gericht geht – das ist nicht selbstverständlich. Bei der Operation eines Beinbruchs kam es bei einer älteren Frau zu einer schweren Infektion. Am Ende wurde das ganze Bein amputiert. Auslöser: Hygienemängel? Im ersten Prozess war der Gutachter kein Experte für Infektionen, die Frau verlor. Mit einem Spezialisten als Gutachter gewann sie aber den zweiten Prozess. Ausgestanden ist der Fall noch nicht. Gisela Bartz glaubt, dass Versicherungen aus Prinzip immer weiter prozessieren.

Besuch beim Unternehmen Ecclesia in Detmold – ein Versicherungs-Makler, der Ärzten und Krankenhäusern Haftpflichtversicherungen vermittelt. Langzeitprozesse seien die Ausnahme und für Versicherer auch nicht immer vorteilhaft, sagt Michael Petry, Mitglied der Geschäftsleitung: „Versicherung ist aus der Sicht des Versicherers ein Geschäft. Insofern gibt es natürlich schon, wenn sie so wollen, ein Ziel, in möglichst wenigen Fällen zahlen zu müssen. Andererseits gibt es auch eine Erwartung des Krankenhauses, dass reguliert wird, weil für das Krankenhaus ja jeder dieser Fälle unangenehm ist.“

In etwa einem von tausend Behandlungsfällen passieren Fehler, die als solche anerkannt werden. Die Zahl der Klagen steigt seit Jahren an – vielleicht auch befördert durch eine High-Tech-Medizin die immer wagemutiger wird? Michael Petry: „Na ja, zumindest insoweit, als in den Grenzbereichen diese Entscheidung, schicksalhaft, Fehler,

immer schwerer wird – interessanterweise gerade durch den Fortschritt der Medizin.“

Was tun, um den Trend zu immer komplizierteren Haftungsprozessen zu stoppen? Diskutiert wird ein „Patientenrechte-Gesetz“, das es in Deutschland bisher so nicht gibt. Aus Zivilrecht, Straf- oder Sozialgesetz, müssen sich die Kläger ihr gutes Recht zusammensuchen – daran wird sich sobald wohl nichts ändern. Allerdings verdeckt der Kampf um Entschädigungen, dass es den Opfern von Fehlbehandlungen oft auch um etwas anderes geht – um Respekt und Würde, so Patientenanwalt Feiertag: „Es geht teilweise gar nicht darum, dass wir den Schaden, wie immer sich darstellt, ersetzt bekommen wollen, sondern dass wir einfach hören, dass es dem Arzt Leid tut, dass er eingesteht, er hat da was falsch gemacht, und sich dazu bekennt, dann einfach auch.“

Den Opfern geht es häufig einfach um Respekt und Würde

Michael Petry vom Ecclesia Versicherungsdienst ist das Problem durchaus vertraut: „Da gab es in der Vergangenheit durchaus Probleme und da gibt es bis heute auch Missverständnisse, dass Ärzte immer der Meinung sind, sie dürften gar nichts sagen, weil sie sonst ihren Versicherungsschutz in Frage stellen. Tatsächlich stimmt das gar nicht.“

Ärzte sollen mit Geschädigten offen reden, nur nicht Haftung versprechen, heißt es hier. Die Patientenschützer meinen auch, dass angstfreie Gespräche helfen könnten, Gerichtsschlachten zu entschärfen. Dennoch: Jeder neue Fall zeige, wie wenig sich bewegt, im Kampf um die Patientenrechte.

Adressen



Dr. Jörg Lauterberg
Institut für Patientensicherheit der
Universität Bonn
Stiftsplatz 12
D-53111 Bonn
Telefon: 0228/738366
Telefax: 0228/738305
[\[www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de\]](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)

Dr. Günther Jonitz
Ärztchamber Berlin
Friedrichstr 16
D-10969 Berlin
Telefon: 030/40806-0
Telefax: 030/40806-3499
E-Mail: kammer@aekb.de
[\[www.zes.uni-bremen.de\]](http://www.zes.uni-bremen.de)

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Parkallee 39
D-28209 Bremen
Telefon: 0421/218-4378
Telefax: 0421/218-4016
E-Mail:
buero_glaeske@zes.uni-bremen.de

Prof. Dieter Hart
Institut für Gesundheits- und
Medizinrecht
Universität Bremen
GW 1, Universitätsallee
D-28359 Bremen
[\[www.igmr.uni-bremen.de\]](http://www.igmr.uni-bremen.de)

Klinikum Bremen-Mitte GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Göttingen
St.-Jürgen-Str. 1
D-28177 Bremen
[\[www.klinikum-bremen-mitte.de\]](http://www.klinikum-bremen-mitte.de)

Deutscher Patienten Schutzbund e.V.
Schloßstr. 37
D-41541 Dormagen
E-Mail: info@dpsb.de
[\[www.bag-notgemeinschaften.de\]](http://www.bag-notgemeinschaften.de)

Rechtsanwälte für Patienten e.V.
Wildenbruchstr. 41
D-40545 Düsseldorf
[\[www.ra-fuer-patienten.de\]](http://www.ra-fuer-patienten.de)

Patientenschutz e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Buschkrugallee 53
D-12359 Berlin
[\[www.patientenschutz.de\]](http://www.patientenschutz.de)

Helga Kühn-Mengel
Beauftragte der Bundesregierung für
die Belange der Patientinnen und
Patienten
Friedrichstraße 108
D-10117 Berlin
[\[www.patientenbeauftragte.de\]](http://www.patientenbeauftragte.de)

Links



[\[www.putz-medizinrecht.de\]](http://www.putz-medizinrecht.de)
Rechtsanwaltssozietät Putz und
Steldinger in München. Spezialisiert
auf Medizinrecht.

Literatur



Ellis Huber, Kurt Langbein:
**Die Gesundheits-Revolution
Radikale Wege aus der Krise – was
Patienten wissen müssen**
Aufbau-Verlag, 2004
ISBN-13: 978-3351025724

D. Hart, M. Mattern, M. Trend, J.
Lauterberg:
**Risiken verringern, Sicherheit
steigern. Kinderkliniken für Patien-
tensicherheit**
Deutscher Ärzte Verlag, 2008
ISBN-13: 978-3769140002

M. Rall, P. Dieckmann, E. Stricker:
**Erhöhung der Patientensicherheit
durch effektive Incident Reporting
Systeme am Beispiel von PaSIS**
Beitrag in: Risikomanagement in der
operativen Medizin
Steinkopff, Darmstadt, 2007
ISBN-13: 978-3-7985-1737-0

Annegret Markendorf:
**Opfer eines Arztes: Ein unterstüt-
zender Ratgeber vor und während
einer Arzthaftungsklage**
Papierfresserchens MTM-Verlag, 2008
ISBN-13: 978-3940367204

Udo Ludwig:
**Tatort Krankenhaus: Wie Patienten
zu Opfern werden.**
dva Verlag, 2008
ISBN-13: 978-3421043863

Kontakt



Südwestrundfunk (SWR)
FS-Wissenschaft und Bildung
Redaktion Odysso
76522 Baden-Baden
E-Mail: odysso@swr.de
[\[www.swr.de/odysso/\]](http://www.swr.de/odysso/)

Unsere nächste Sendung kommt am 19. März 2009:

ÜBERGEWICHT ENTSTEHT IM KOPF

Essen hat nicht nur mit Hunger zu tun – wir essen auch, weil es die Laune bessert und die Seele tröstet. Das erscheint nicht weiter dramatisch, solange es nur ab und zu passiert. Lübecker Forscher haben aber herausgefunden, dass Frustsnacks den Stoffwechsel unseres Gehirns gewaltig durcheinander bringen können. Bei Überforderung, Zeitdruck oder Schlafmangel verlangt das Gehirn mehr Energie und sendet Hungersignale aus. Wir essen mehr als der Körper benötigt und nehmen zu. Wer sich aber erst einmal angewöhnt hat, bei negativen Gefühlen zum Essen zu greifen, muss erst wieder lernen, wie sich das übermäßige Verlangen nach Essen reduzieren lässt. Odysso zeigt, warum Übergewicht im Kopf entsteht und weshalb Abnehmen ebenfalls dort beginnt.