Behandlungsfehler in der Medizin

- *Jährlich kommt es zu rund 400 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten im ambulanten und stationären Bereich. Man geht von 17 Millionen Behandlungen und Operationen in Krankenhäusern aus. Nach vorsichtigen Schätzungen kommt es in drei bis vier Prozent zu Behandlungsfehlern. Laut Schätzungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sterben rund 17.000 Patienten jedes Jahr als Folge vermeidbarer Behandlungsfehler.*
- *Ca. 40.000 Behandlungsfehlervorwürfe kommen geschätzt jedes Jahr zur Anzeige. Nur in einem kleinen Prozentsatz erhalten die geschädigten Patienten Recht.*
- *Für Michael Imhof ist das nicht überraschend. Seine Erfahrung zeigt: Nicht die Fehler der Ärzte sind der eigentliche Skandal, sondern die Art und Weise, wie Gutachter, Anwälte, Versicherungen und Krankenhäuser damit umgehen. Sie bringen die Beteiligten in eine Ausnahmesituation, unter der beide – Patienten wie Ärzte – leiden. Und der unbefriedigende Umgang mit Behandlungsfehlern schädigt das Arzt-Patienten-Verhältnis immer mehr.*
- *Als Ausweg aus dem gruseligen Dilemma fordert er in seinem Buch eine neue Offenheit im Umgang mit Fehlern und die Schaffung eines Vertrauens zwischen Ärzten und Patienten. „Behandlungsfehler in der Medizin. Was nun?" hat ein erfreuliches Pressecho gefunden.*
- *Am 10. November haben Angelika Beyreuther und Michael Imhof diese Themen in einem Gespräch vertieft. .*

Sie problematisieren in Ihrem Buch die „industrialisierte Medizin". Was ist daran so problematisch?

Die moderne Medizin ist in viele Subdisziplinen aufgegliedert, die bei Organerkrankungen über das denkbar beste Wissen und technisches Know how verfügen. Die zunehmende Spezialisierung muss aber gesetzmäßig zu einem immer größeren Gewicht der technischen Aspekte führen. Der Einsatz von Technik ist steuerbar, berechenbar und ökonomisch kalkulierbar. Technische Prozeduren sind überindividuell normierbar, Patienten sind aber als Individuen nicht normierbar. Es ist schon heute die Tendenz zu einem Gesundheitswesen zu beobachten, das nach den Gesetzen eines Dienstleistungsbetriebes funktioniert und Gesundheit wird zu einem Produkt in der Wertschöpfungskette innerhalb einer weitgehend industrialisierten Medizin, in deren Walzstraßen und Förderbänder keine Stahlträger, Autotüren, Waschmittel oder Sahnebonbons hergestellt werden, vielmehr reicht die im Akkord produzierte Produktpalette von entfernten Magengeschwüren über die Reparation von verschlossenen Herzkranzgefäßen bis hin zur Operationen, Bestrahlung und Chemotherapie von bisher als inkurabel geltenden Hirntumoren. In der Vermarktungslogik von Gesundheit und Krankheit scheint die



Dr. med. habil. Michael Imhof, Jahrgang 1951, absolvierte sein Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Er habilitierte über Pathophysiologie/Pathobiochemie entzündlicher Darmerkrankungen und neue Wege der chirurgischen Therapie. Bevor er sich als medizinisch-wissenschaftlicher Berater und Gutachter selbstständig machte, war er lange Jahre als Oberarzt an der Chirurgischen Uniklinik Würzburg tätig. Seit vielen Jahren erstellt er Gutachten auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechtes mit dem Schwerpunkt operative Medizin und chirurgische Onkologie. Einen weiteren Schwerpunkt seiner Arbeit stellt die Beschäftigung mit ethisch-philosophischen Grundfragen der modernen Medizin dar.

dr.imhof@gmx.de

These zu gelten, dass Gesundheit und Krankheit eine Ware ist und dass sich Patienten wie souveräne und kenntnisreiche Kunden verhalten, was natürlich ein Unding ist.
Die Industrialisierung der Medizin sieht nicht so sehr die Individualität jedes einzelnen Patienten, sondern sie sieht im Patienten eher eine statistische Größe, die mit anderen Größen vergleichbar ist. Diese industrialisierte Medizin ist zwar ungemein erfolgreich, was allein daran abzulesen ist, dass ihre „Produkte" ja längst globalisiert sind. So werden Herz-, Nieren-, Leberkrankheiten oder bösartige Tumoren rund um den Globus standardisiert und nach den gleichen wissenschaftlich-technischen Prinzipien behandelt. Dennoch ist unverkennbar, dass die Öffentlichkeit und die Patienten dieser offensichtlich so erfolgreichen Medizin und ihren Ärzten gegenüber immer misstrauischer und argwöhnischer werden, ihnen teilweise sogar feindlich gegenübertreten. Und ist es nicht so, dass auch eine große Unzufriedenheit unter den Ärzten selbst grassiert? Da sich die wissenschaftliche Medizin nahezu ausschließlich auf das Soma konzentriert hatte, so musste quasi gesetzmäßig etwas anderes und ungemein Wertvolles verlorengehen, nämlich das Wissen um die nicht normierbare Individualität des Menschen in seiner Krankheit, seiner Einzigartigkeit und das jedem Menschen innewohnende Maß an Schicksal. Der modernen Medizin ist bei all ihren grandiosen Erfolgen ein Stück ihrer Seele verlorengegangen. Letzten Endes sind Empathie, Freundlichkeit, Altruismus, Güte nicht nach ökonomischen Kriterien einzuschätzen. Die Patienten suchen nach Partnerschaft mit ihrem Arzt und wollen keine Kundenorientierung.

Was schlagen Sie vor?

Die moderne Medizin muss sich wieder dem individuellen Menschen in seiner Erkrankung zuwenden. Sie muss sich aus ihren bürokratischen, technisierten und ökonomischen Versklavungen lösen oder sie wird nicht mehr als Kunst sondern nur noch als reiner, ökonomisch genormter Dienstleistungsbetrieb überleben. Diese Tendenzen einer rasch zunehmenden Ökonomisierung, ja einer Kommerzialisierung der modernen Medizin stellt somit immer drängender die Frage nach ihrem verbliebenen Ethos und nach der Gültigkeit eines seit Jahrtausenden geltenden Wertekanons unter den Bedingungen der heutigen Zeit. Im hippokratischen Eid hatte es einmal geheißen: „Meine Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen und Frommen der Kranken, nach meinem besten Vermögen und Urteil, sie schützen vor allem, was ihnen Schaden und Unrecht zufügen könnte". Ich bin der Meinung, dass in dieser hippokratischen Eidesformel solche Werte kodifiziert sind, die zeitlos sind und die gerade auch für unsere heutige hochtechnisierte Medizin Gültigkeit besitzen. Der Eid fordert das Eintreten für Humanität, Fürsorge, Achtung und Verständnis für den Kranken und Schwachen, somit solche Werte, die über den Bereich der Medizin hinaus in unseren gesamten gesellschaftlichen Raum hineinwirken, der in zunehmendem Maße dem Wahnsinn von Selbstsucht, Egomanie und einem rücksichtslosen Gewinnstreben verfallen zu sein scheint. Eine solche Rückbesinnung auf diese alten und immer neuen Werte muss aus der Ärzteschaft heraus erfolgen und kann nicht durch die Politik geleistet werden.

Nun konkret zu Behandlungsfehlern. Welches sind die häufigsten Fehlerquellen in deutschen Krankenhäusern? Sind diese primär auf die ökonomischen Zwänge zurückzuführen oder auf menschliches Versagen, also Schlamperei und mangelnde Hygiene?

Die rasch voranschreitende Technisierung führt zu einer zunehmenden Komplexität in der Medizin: Heute wird der Patient oft nicht mehr von einem einzigen Arzt behandelt, sondern nicht selten von mehreren Fachärzten aus verschiedenen Fachdisziplinen. Damit tritt die so genannte Schnittstellenproblematik in den Vordergrund: Angesichts der immer komplexer werdenden Medizin besteht die Gefahr, dass es zu Informationsdefiziten in diesen sensiblen Schnittstellen und somit zu Fehlern und Beinahezwischenfällen kommen kann. Eine häufige Quelle von Fehlervorwürfen ist oft die Nichtbeachtung von auffälligen Befunden in der Onkologie, das Übersehen von Komplikationen nach Eingriffen an Knochen und Gelenken. Es geht oft um postoperative Infektionen und Hygienefehler. Wir wissen heute, dass individuelle Fehler meist ihre Ursache im System selbst haben, dass sie also Folge von Systemfehlern sind.

Wie könnte man die Fehler vermeiden?

Es geht weniger darum zu fragen, „Wer" den Fehler begangen hat, sondern es geht um die Frage „Was", d.h. welche Situation zum Fehler geführt hatte. Diese Erkenntnis führte zur Etablierung von Fehlermeldesystemen. Statt Fehler aus Angst vor Sanktionen zu vertuschen, brauchen wir zukünftig eine Kultur der Transparenz und Offenheit. Ziel muss sein, unerwünschte Ereignisse, Beinahe-Zwischenfälle und Fehler lückenlos zu erfassen, um so fehlerträchtige Situationen rechtzeitig erkennen zu können. In Deutschland wurde im Jahre 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet, das sich die Etablierung einer solchen Fehlerkultur zur Aufgabe gemacht hatte. Man kann die Menschen nicht ändern, man kann aber die Bedingungen ändern, unter denen Menschen arbeiten und Fehler begehen. Während früher versucht wurde, Fehler durch Forderungen nach immer größerer Perfektion zu vermeiden, so erzwingen die modernen anonymisierten Fehlermeldesysteme zwangsläufig eine größere Transparenz und Offenheit im Umgang mit Fehlern.

Haftpflichtversicherungen halten Patienten, die durch Behandlungsfehler und die Folgen schon mehr als gestraft sind, skrupellos jahrelang hin und zermürben und quälen sie in Verfahren. Sie bringen die Beispiele in Ihrem Buch. Versicherung weigerten sich sogar schon bei ganz eindeutigen Sachverhalten wie einer Seitenverwechslung bei Knie- oder Hüftprothesen den Schaden anzuerkennen. Das kann man kaum fassen! Ich habe für mich den Schluss gezogen, dass in solchen Fällen ein Einzelner überfordert und stattdessen die Politik gefordert ist, hier ganz klare, opferfreundlichere Richtlinien festzulegen.

Ein neues Patientenschutzgesetz ist derzeit in der Diskussion und soll möglicherweise im nächsten Jahr vom Bundestag verabschiedet werden.
Bisher ist es so: In einer gerichtlichen Auseinandersetzung muss der Patient den Beweis erbringen, dass erstens ein Behandlungsfehler vorgelegen hat. Zum zweiten muss der kausale Beleg dafür erbracht werden, dass der Behandlungsfehler auch zu einem Schaden bei dem Patienten geführt hat. Darin liegt die doppelte Beweisnot des Patienten. Das bedeutet, dass nach der Alles-oder-Nichts-Regel der Zusammenhang

zwischen Fehler und Schaden belegt sein muss. Anders verhält es sich bei einem so genannten „groben" Behandlungsfehler. Ein solcher Fehler liegt dann vor, wenn ein ärztliches Verhalten aus objektiver ärztlicher Sicht schlechterdings unverständlich erscheint, weil ein solcher Fehler einem sorgfältig handelnden Arzt nicht unterlaufen darf. Wenn das Gericht einen solchen groben Behandlungsfehler feststellt, kann die Beweislast auf den beklagten Arzt übergehen. Dann muss der Arzt den Beweis erbringen, dass der Fehler als Ursache für den Schaden ausscheidet, was in der Regel nicht gelingen kann. Insbesondere der Nachweis von so genannten Hygienefehlern vor Gericht ist für den Patienten extrem schwierig und nur selten zu erbringen. Prinzipiell räumt unser Zivilrecht den Patienten in bestimmten Fällen aber durchaus Beweiserleichterungen ein. Andererseits ist in bestimmten Fällen eine Erleichterung der Beweislast durchaus zu fordern, beispielsweise dann, wenn es sich um Infektionen nach iatrogenen Eingriffen oder um so genannte nosokomiale Infektionen, d.h. um Infektionen handelt, die im Krankenhaus erworben wurden. Nach realistischen Schätzungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit bzw. auch des Robert-Koch-Instituts sterben jährlich ca. 30.000 Patienten an derartigen nosokomialen Infektionen, wobei ca. ein Drittel dieser Infektionen vermeidbar gewesen wäre.

Es ist also wirklich höchste Zeit, das Thema offen zu diskutieren und Änderungen herbeizuführen! Wozu Ihr Buch hoffentlich weitere Anstöße geben wird. Sie beschreiben darin auch die Ausbreitung einer Defensivmedizin, die darauf ausgerichtet ist, möglichst keine Angriffspunkte für gerichtliche Klagen zu bieten.

Defensivmedizin bedeutet, dass möglichst viele, technisch aufwändige Untersuchungen und Prozeduren durchgeführt werden, um in Diagnostik und Therapie nicht das Wahrscheinliche nachzuweisen und zu praktizieren, sondern vor allem das Unwahrscheinliche auszuschließen. Defensivmedizin basiert nicht auf einem grundlegenden Vertrauen zwischen Arzt und Patient, sondern ist durch gegenseitiges Misstrauen geprägt. Die Defensivmedizin führt somit gesetzmäßig zur Zerstörung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, sie befördert den Einfluss von Technik und Ökonomie und macht Medizin immer teuerer und letztendlich unbezahlbar. Defensivmedizin sieht den Patienten als potentiellen Gegner und beraubt die ärztliche Tätigkeit der Menschlichkeit. Eine Defensivmedizin führt nach meiner Auffassung zu immer größerem Desinteresse der beiden Partner aneinander und letztendlich zur Gleichgültigkeit. Defensivmedizin schadet deshalb sich selbst, weil sich Patienten aus dem Gefühl dieser Gleichgültigkeit heraus immer weniger scheuen, ein Arzthaftungsverfahren schon bei einem leisen Verdacht gegen den Arzt anzustrengen. So schaufelt sich die Defensivmedizin ihr eigenes Grab. Hier sind wir wieder beim Anfang angelangt: Es ist die Besinnung auf die alten ethischen Grundwerte von Menschlichkeit, Fürsorge, Freundlichkeit, Hingabebereitschaft, Altruismus, auf das sich die Medizin aus rein ökonomischen Gründen und aus vitalem Interesse rückbesinnen muss. Heute drohen nicht wenige Ärzte zwischen technischer Rationalität und berufsspezifischer Emotionalität zu zerbrechen. Jährlich nehmen sich ca. 200 Ärzte das Leben. Der moderne Arzt steht im Zentrum immer größerer Konflikte, zwischen Rationalisierungs- und Rationierungszwängen auf



Michael Imhof: Behandlungsfehler in der Medizin – Was nun? Verborgenes im Arzt-Patienten-Verhältnis.
Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 2010. 272 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-8248-0841-0
€ 19.95

der einen Seite und einer immer älter werdenden Patientenklientel auf der anderen Seite, die weniger den hervorragenden technisch und wissenschaftlich versierten Arzt benötigt, als vielmehr den „family doctor", den Freund, Fürsprecher und Anwalt des Menschen.

Können Sie Kriterien nennen, nach denen eine Patientin oder ein Patient ein Krankenhaus aussuchen sollte?

Ein Patient oder eine Patientin, bei dem/der beispielsweise die Implantation einer Hüft- oder Knieprothese ansteht, hat das Recht, die behandelnden Ärzte zu fragen, wie viele derartige Eingriffe im Krankenhaus jährlich durchgeführt werden. Es gehört auch zu den Rechten des Patienten, nach den Komplikationenstatistiken des Krankenhauses zu fragen. Allgemein gilt: Je höher die Anzahl der Eingriffe, die auf einem speziellen Gebiet durchgeführt werden, umso geringer ist die Komplikationsrate und umso besser fällt das Behandlungsergebnis aus. In der Regel ist auch der Hausarzt recht gut über Ergebnis, Qualität und Behandlungsstandards in den entsprechenden Krankenhäusern informiert, da ihm in vielen Fällen die Nachbehandlung übertragen ist.

Vielen Dank für das Gespräch.