

Organisationsfehler in Klinik und Praxis

Vor Fehlern ist niemand gefeit, auch Ärztinnen und Ärzte sind es nicht. Um eine Schädigung des Patienten zu vermeiden, ist jedoch eine ordnungsgemäße und standardgerechte Organisation aller Untersuchungs- und Behandlungsschritte sicherzustellen.

von Beate Weber und Lothar Jaeger

Wenn auch im Begutachtungsverfahren die Hintergründe, die zum Behandlungsfehler geführt haben, meist ungeklärt bleiben, ergeben sich in etwa 11 Prozent der zu Ungunsten der Ärzte entschiedenen Verfahren für den Gutachter doch Hinweise darauf, dass Organisationsfehler zumindest eine Teilursache darstellten.

Solche Abläufe, die eine mangelhafte Organisation vermuten lassen, können zum Beispiel darin gesehen werden,

- dass der Patient ärztlich nicht gesehen wird,
- dass für die weitere Behandlung maßgebliche Befunde nicht zur Kenntnis genommen werden, oder
- dass indizierte Maßnahmen versäumt wurden.

Auch Kommunikationsstörungen bei der Arbeitsteilung können als unzureichende Ablauforganisation bewertet werden, wenn zum Beispiel eine ambulant nach einem Sturz durch ein anderes Krankenhaus zur Weiterbehandlung überwiesene ältere Patientin einen Nachmittag lang zwischen drei Abteilungen hin- und hergeschickt wird, ohne dass die Zuständigkeit geklärt ist.

Ebenso können Versäumnisse bei voll beherrschbaren Risiken, wie beispielsweise belassene Fremdkörper infolge mangelhafter Kontrolle oder Seitenverwechslungen auf Organisationsmängel zurückzuführen sein. Solche Fehler, die durch einfache Methoden verhindert werden könnten, kommen auch heute noch vor, immerhin in 4 Prozent der Verfahren mit bejahem Fehler.

Der klinische Alltag mit den immer komplexer werdenden apparativen Möglichkeiten in der Diagnostik und Therapie erfordert

- eine optimale Organisation der beteiligten Ärzte und medizinischen Hilfspersonen sowie
- eine gute Koordination und Kontrolle der Abläufe [1].

Ein Organisationsfehler besteht beispielsweise in der Verletzung der Pflicht, zur rechten Zeit erforderliches Personal oder sachliche Mittel verfügbar zu halten. Nach der Rechtsprechung hat die Behandlungsseite die Diagnostik und Therapie so zu gestalten, dass jede vermeidbare Gefährdung des Patienten ausgeschlossen ist. Sicherstellungspflichten betreffen auch

- den hygienischen Standard,
- die Vorbhaltung der notwendigen Arzneimittel und
- die ausreichende Risikoaufklärung des Patienten.
- Auch Dokumentationsverstöße können als Organisationsfehler bewertet werden [2, 4, 6].

Wie oft Fehler in der Organisation für die festgestellten Behandlungsfehler tatsächlich ursächlich waren, kann naturgemäß im schriftlich geführten Begutachtungsverfahren anhand der Krankenunterlagen des Patienten nicht immer festgestellt werden. In den meisten Fällen bleiben die Strukturen, die zu Behandlungsfehler geführt haben, dem Gutachter verborgen, da er beispielsweise weder Zeugen befragen kann noch Dienstpläne einsieht [2]. Auch sind erkennbare Organisationsmängel nicht in jedem Fall vorwerfbare Fehler und führen nicht immer zu einem Schaden des Patienten.

Statistische Grundlagen

Hinweise auf eine fehlerhafte Organisation als eine (Teil-)Ursache eines vorwerfbaren Behandlungsfehlers wurden bei der systematischen Suche in 239 von 2.234 in Nordrhein mit der Feststellung von Behandlungsfehlern abgeschlossenen Begutachtungsverfahren der Jahre 2003 bis 2007 erkennbar. Bezogen auf die Anzahl der jeweils festgestellten Behandlungsfehler wurden bei Krankenhausärzten fast doppelt so häufig, nämlich mit 13,4 gegenüber 7,4 Prozent, organisatorische Fehler gefunden (siehe Tabelle 1 unten).

Weiterhin fehlte es in 103 Verfahren an einer Sicherungsaufklärung, darunter 23 Verfahren, in denen die Patienten vor der Behandlung nicht ausreichend über Behandlungsalternativen informiert worden waren. Die von der Behandlungsseite vorgelegte Dokumentation wurde in 145 Verfahren von der Gutachterkommission gerügt (siehe Tabelle 2, Seite 19).

Aufklärung und Dokumentation

Risikoaufklärung

Von der Gutachterkommission wird auf Antrag des Patienten geprüft, ob der Patient vollständig und richtig aufgeklärt wurde [2]. Die Einwilligung in die Behandlung ist grundsätzlich nur wirksam, wenn der Patient in einem Gespräch mit dem Arzt rechtzeitig, umfassend und verständlich aufgeklärt wird. Da der Arzt hierfür die Beweislast trägt, ist er gut bera-

Tabelle 1
Abgeschlossene Begutachtungen der Gutachterkommission Nordrhein

1.1.2003 – 31.12.2007	Gesamt		Fehler bejaht (BF)			
	n	Anteil in % v. n	n-bejaht	BF-Quote in % v. Sp. 2	Hinweise auf Organisationsmängel	Anteil in % v. n-bejaht
Gutachtliche Verfahren*	6.961	100,0	2.234	32,1	239	10,7
Anzahl der Ärzte ² :	8.194	100,0	2.362	28,8	265	11,2
Krankenhausärzte	5.478	66,9	1.498	27,3	201	13,4
Niedergelassene Ärzte	2.716	33,1	864	31,8	64	7,4

* Gutachtliche Verfahren = Gutachtliche Bescheide (96 Prozent) oder Einstellungen nach Einholung eines einen Behandlungsfehler verneinenden Gutachtens

² Ein Arzt pro Abteilung oder Gemeinschaftspraxis; Belegärzte werden den niedergelassenen Ärzten zugerechnet

ten, wenn er die wesentlichen Inhalte des Aufklärungsgesprächs dokumentiert.

Eine Aufklärungsrüge wurde gegen 13,7 Prozent der insgesamt 8.194 in allen Verfahren in Anspruch genommenen Ärzte erhoben. Aufklärungsversäumnisse – vielfach aufgrund fehlender oder unzureichender Dokumentation – fanden sich bei 2,9 Prozent der Ärzte, darunter in 1,4 Prozent bei ansonsten sachgerechter Behandlung.

Sicherungsaufklärung

Die Pflicht zur Sicherungsaufklärung, das heißt die therapeutisch gebotene Pflicht zur Gefahrenabwehr, erstreckt sich auch auf die Mitteilung der erhobenen Befunde und die nunmehr gebotene Therapie an den Patienten und den weiterbehandelnden Arzt, die resultierenden Folgen für die weitere Lebensführung des Patienten und auf die Sicherstellung der Verhaltensmaßregeln und möglichen Folgen der Untersuchung für die Zeit nach der Entlassung des Patienten [2].

Lehnt ein Patient eine dringend gebotene Therapie ab, muss der Arzt gegebenenfalls auch drastisch „bis zum Eklat“ intervenieren und ihm einen drohenden Gesundheitsschaden deutlich vor Augen führen [3].

Von einem Organisationsmangel ist beispielweise auszugehen, wenn pathologische Blutzuckerwerte bei Erstmanifestation eines Diabetes mellitus unbeachtet „zu den Akten“ gelegt werden.

Dokumentationspflichten

Der Arzt ist vertraglich zu Aufzeichnungen über den Behandlungsablauf – zur Therapiesicherung und Erfüllung der Rechenschaftspflicht gegenüber dem Patienten – verpflichtet. Verletzungen dieser Pflicht sind – von Ausnahmen abgesehen – zwar keine Behandlungsfehler, können aber dafür sprechen, dass ärztliche Maßnahmen unterblieben oder nicht fachgerecht ausgeführt worden sind. Eine sorgfältige, im Begutachtungsfall auch für andere Ärzte nachvollziehbare Dokumentation schützt den Arzt vor unberechtigt gestellten Ansprüchen. In der Rechtsprechung gilt der Grundsatz, dass der ordnungsgemäßen zeitnahen Dokumentation so lange Glauben zu schenken ist, bis das Gegenteil bewiesen wurde [2,7].

Tabelle 2
Hinweise auf Organisationsfehler

1.1.2003 – 31.12.2007	n	Anteil in % v. n
Verfahren mit vorwerfbaren Behandlungsfehlern	2.234	100,00
mit Hinweis auf Organisationsfehler	239	10,70
davon*		
Unzulässige Delegation ärztlicher Leistungen	1	0,04
Keine Inaugenscheinnahme des Patienten	38	1,70
Missachten maßgeblicher Befunde	32	1,43
Unterlassung indizierter Maßnahmen	15	0,67
Arbeitsteilung und Kommunikation	35	1,57
Übernahmeverschulden	6	0,27
Überwachungsmangel	24	1,07
Voll beherrschbares Risiko	88	3,94
Fehlende Sicherungsaufklärung	103	4,61
Dokumentationsversäumnisse	145	6,49

* Benennung eines Fehlers pro Verfahren

Beweiserleichterungen wurden beispielsweise bei einer in 4-5 Sitzungen erfolgten Laserung einer Laientätowierung zugestanden, für die weder die Anzahl, Art und Weise noch die jeweilige Impulsstärke dokumentiert waren.

Organisationsfehler und Behandlungsfehler

Inaugenscheinnahme

Der Patient, insbesondere in einer von ihm geschilderten „Notsituation“, hat ein Anrecht darauf, in angemessener Zeit ärztlich untersucht zu werden. Kann dies nicht oder nicht ausreichend gewährleistet werden, so ist – entsprechend dem klinischen Befund – eine Verlegung oder Überweisung zu veranlassen.

Delegierbare Behandlungen bedürfen der Untersuchung und Indikationsstellung durch den Arzt und dürfen nicht – insbesondere nicht „auf Verlangen“ der Patienten – eigenmächtig durch das Hilfspersonal erbracht werden, beispielsweise Schmerzmittelinjektionen [5].

Eine zeitgerechte ärztliche Untersuchung versäumt zu haben wurde gegenüber 38 Ärzten festgestellt: Trotz Indikation wurden Hausbesuche oder Einbestellungen nach telefonischer Besprechung unterlassen. Telefonische Erstverschreibungen erfolgten an unbekannte Patienten und Folgerezepte wurden ohne erneute Prüfung der Indikation ausgehändigt, so beispielsweise über 17 Monate bei einer über der Cushingschwelle liegenden Steroidtherapie.

Auf einer Intensivstation erfolgte die erste ärztliche Untersuchung erst nach

2 Stunden wegen „Schichtwechsels“. Ein Notfallpatient wurde wegen „Bettenmangels“ verlegt, ohne dass er von einem Arzt gesehen worden war.

Missachten von Befunden

Wegweisende (Vor)-Befunde unberücksichtigt gelassen zu haben, wurde in 32 Verfahren als Behandlungsfehler bewertet, weil zum Beispiel

- *Medikamente trotz bekannter Unverträglichkeit verabreicht wurden,*
- *technisch unzureichende Röntgenaufnahmen mit fehlender Beurteilbarkeit zur Grundlage von Therapieentscheidungen gemacht wurden,*
- *eine Notfallappendektomie ohne Abwarten des Notfallobers erfolgte, das eine akute Pankreatitis aufdeckte oder*
- *die Musterpackung eines Medikaments herausgegeben wurde, dessen Verfallsdatum um 2 Jahren überschritten und das wegen gravierender Nebenwirkungen seit 5 Jahren vom Markt genommen war.*

Unterlassen gebotener Maßnahmen

Werden schwerwiegende Fehler des Arztes festgestellt, die aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheinen, oder unterlässt der Arzt die gebotene Befunderhebung, die mit hinreichender Sicherheit pathologische Ergebnisse ergeben hätte, und wäre die Nichtreaktion auf diesen Befund als grob fehlerhaft zu bewerten, kommt es zur Umkehr der Beweislast zu Ungunsten des Arztes, mit der Folge der Haftung für den weiteren Verlauf, wenn der Fehler generell geeignet war, den Schaden herbeizuführen [2].

Kommt beispielsweise ein Augenarzt bei 10 Konsultationen in 14 Jahren seiner Befunderhebungs- und Dokumentationspflicht nicht nach, so haftet er bei glaukombedingter Sehinderung.

Arbeitsteilung und Kommunikation

Arbeitsteilung

Bei horizontaler Arbeitsteilung zwischen gleichgeordneten Ärzten verschiedener Fachabteilungen kann jeder beteiligte Arzt in Grenzen darauf vertrauen, dass der mitwirkende Spezialist sorgfältig untersucht und eine zutreffende Diagnose gestellt hat, es sei denn es müssen ihm aufgrund bestimmter Tatsachen Zweifel kommen.

Für die vertikale Arbeitsteilung zwischen Ärzten in einem Über-/Unterordnungsverhältnis gilt, dass die Gefahrenabwendung nicht nur Sache des Gehilfen, sondern auch des behandlungsführenden Arztes ist. Die Führungsrolle des Chefarztes entlastet den Assistenzarzt jedoch nicht von der eigenverantwortlichen Überprüfung der stattfindenden Betreuung. Ein Übernahmeverschulden besteht in der nicht notfallmäßigen Übernahme einer Behandlung, obwohl der Arzt nicht über ausreichende Fachkompetenz verfügt.

Vertraglich haftet der Arzt auch für das Verschulden seiner Erfüllungsgehilfen [4]. Dies gilt auch für die Aufklärung: Fehlt sie, so ist die ergriffene Maßnahme rechtswidrig. Auch bei Delegation der Aufklärung durch den Chefarzt auf einen anderen Arzt bleibt der Chefarzt in der Pflicht. Es kann jedoch beispielsweise das Verschulden des Operateurs fehlen, wenn er durch organisatorische Maßnahmen und Kontrollen sichergestellt hat, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung durch den nachgeordneten Arzt grundsätzlich sichergestellt war [5].

Kommunikation

Kommunikationsstörungen zu Lasten des Patienten fanden sich in 35 Verfahren:

- Eine potentiell traumatische Intubation wurde postoperativ weder dem Nachbarhändler mitgeteilt noch selbst vom Anästhesisten kontrolliert.
- Notdienstaufnahmen wurden nicht nachbegutachtet.
- Ein pathologisches CTG wurde nicht einem Facharzt vorgelegt.
- Ein Chefarzt verließ den Operationssaal – nach Beiziehen aus einer Notfallindikation – wieder, ohne eine suffiziente Blutstillung sicherzustellen.

Fortbildungsveranstaltung

zum Thema „Organisationsverschulden in Klinik und Praxis“

Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
am 13.8.2008 von 16 Uhr bis 19.30 Uhr
Programm siehe auch Seite 17.

- Eine Notfallverlegung erfolgte mit 40-minütiger Verzögerung, da vorher das Brennen der CCT-Bilder nicht möglich war.

Überwachung und Notfallmaßnahmen

Überwachungspflichten wurden bei 24 Patienten vernachlässigt:

- Es erfolgten verfrühte Verlegungen von der Intensivstation.
- Patienten wurden nach Sedierung beziehungsweise Kreislaufbelastung allein gelassen, so beispielsweise eine Gebärende mit vollständig eröffnetem Muttermund nach Wannenbad oder ein älterer Patient auf einem Toilettenstuhl über 45 Minuten ohne Klingel.
- Durch Sturz von der Untersuchungsliege kamen 5 Patienten zu Schaden.
- Unbemerkt kam es 2-mal zur Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr bei einem Transportbeatmungsgerät mit der Folge einer schwersten Pflegebedürftigkeit.

Voll beherrschbares Risiko

Die Behandlerseite hat die Pflicht, einen generellen Sicherheitsstandard gegen bekannte Risiken zu gewährleisten. Hierzu gehören beispielsweise die Kontrolle des ordnungsgemäßen Funktionierens von technischen Geräten, die technisch richtige Lagerung des Patienten, das Sicherstellen der Entfernung eingebrachter Fremdkörper und auch Anforderungen an die Hygiene. Die Beweislast, dass eine Schädigung des Patienten nicht auf einen Sorgfaltsmangel zurückzuführen ist, obliegt dem Arzt [3].

Verbrennungsläsionen durch unzureichenden Umgang im Zusammenhang mit Desinfektionsmittel und Koagulationsstrom traten bei 11 Patienten auf; ein Patient wurde durch ein defektes Pulsoxymeter geschädigt. Eine unzureichende Lagerung erfolgte bei 20 Patienten. Mangelnde Kontrolle führte 11-mal zum intraoperati-

ven Verbleib von Verbandsstoffen und 25-mal kam es zum (teilweisen) Materialverbleib von Instrumentarium, Katheterstücken und Osteosyntheseteilen. Hygienemängel wurden 7-mal festgestellt. Verwechslungen lagen 13-mal vor, darunter 5-mal bei der Seitenlokalisierung, 7-mal bei Medikamenten und einmal beim Linsentyp.

Fazit

Vor Fehlern ist niemand gefeit. Um eine Schädigung des Patienten zu vermeiden, ist jedoch eine ordnungsgemäße und standardgerechte Organisation aller Untersuchungs- und Behandlungsschritte sicherzustellen. Eine sorgfältige – auch für andere Ärzte nachvollziehbare – Dokumentation aller klinischen Befunde, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen schützt den Patienten vor unnötigem Schaden und den Arzt vor unberechtigt gestellten Ansprüchen. Zur Gefahrenabwehr ist eine Sicherungsaufklärung für den Patienten erforderlich. Eine gute Kommunikation mit dem Patienten oder gegebenenfalls mit seinen Angehörigen über die notwendige Diagnostik, Therapie und unerwartete Komplikationen dient dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Vermeidung von Arzthaftpflichtauseinandersetzungen.

Literatur kann an bei der Redaktion angefragt werden.

Dr. med. Beate Weber, Geschäftsstelle
Gutachterkommission Nordrhein;
Vors. Richter am OLG a. D. Lothar Jaeger,
Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Seit 50 Jahren:
Mit Zorn und Zärtlichkeit
an der Seite der Armen
www.misereor50.de

50 MISEREOR
IHR HILFSWERK

Spendenkonto 10 10 10
Pax Bank · BLZ 370 601 93