

AUS DEM LEHRSTUHL FÜR ORTHOPÄDIE

Prof. Dr. med. J. Grifka

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

Regressansprüche in Orthopädie und Traumatologie

- Warum klagen unsere Patienten? –

retrospektive Datenanalyse der Voten der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der BLÄK

1999 bis 2004

zur Erlangung des Doktorgrades

der

Medizinischen Fakultät

der Universität Regensburg

vorgelegt von

Alexander Reinhard Wolf

2009



AUS DEM LEHRSTUHL FÜR ORTHOPÄDIE

Prof. Dr. med. J. Grifka

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

Regressansprüche in Orthopädie und Traumatologie

- Warum klagen unsere Patienten? –

retrospektive Datenanalyse der Voten der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der BLÄK

1999 bis 2004

zur Erlangung des Doktorgrades

der

Medizinischen Fakultät

der Universität Regensburg

vorgelegt von

Alexander Reinhard Wolf

2009

Dekan:

Prof. Dr. Bernhard Weber

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Joachim Grifka

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Fleck

Tag der mündlichen Prüfung:

05. Mai 2009

# INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1. Der Verfahrensablauf der Gutachter- und Schlichtungsstellen	5
1.2. Die Gutachterstelle an der Bayerischen Landesärztekammer	7
1.3. Verfahrensordnung der Gutachterstelle der BLÄK	9
1.4. Die Zahlen der BLÄK	11
1.5. Gutachterverfahren und Gerichtsklagen	15
1.6. Die Aufklärung	17
1.7. Definitionen und Juristisches	20
1.8. Zielsetzung	24
<b>2. Material und Methoden</b>	<b>26</b>
2.1. Datenkollektiv	26
2.2. Auswertungsverfahren	28
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>29</b>
3.1. Datenpool	29
3.2. Auswertung im Allgemeinen	31
3.2.1. Auswertung der Antragsteller	
3.2.2. Auswertung der Voten	
3.3. Auswertung im Speziellen	51
3.3.1. Hüftendoprothetik	51
3.3.1.1. Kategorisierung	
3.3.1.2. Geschlechterverteilung	

- 3.3.1.3. Altersverteilung
- 3.3.1.4. Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung
- 3.3.1.5. Beanstandung mit juristischer Hilfe
- 3.3.1.6. Verfahrensausgang
- 3.3.1.7. Versorgungsstufen beklagt
- 3.3.1.8. Versorgungsstufe bei Fehler ja
- 3.3.1.9. Fehlerquote der Versorgungsstufe
- 3.3.1.10. Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja
- 3.3.1.11. Fehlerzeitpunkt beklagt
- 3.3.1.12. Aufklärungsrüge
- 3.3.1.13. Fehlerbejahung in Abhängigkeit von juristischer Unterstützung
- 3.3.1.14. Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt?

### **3.3.2. Knieendoprothetik**

**63**

- 3.3.2.1. Kategorisierung
- 3.3.2.2. Geschlechterverteilung
- 3.3.2.3. Altersverteilung
- 3.3.2.4. Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung
- 3.3.2.5. Beanstandung mit juristischer Hilfe
- 3.3.2.6. Verfahrensausgang
- 3.3.2.7. Versorgungsstufen beklagt
- 3.3.2.8. Versorgungsstufe bei Fehler ja
- 3.3.2.9. Fehlerquote der Versorgungsstufe

- 3.3.2.10. Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja
- 3.3.2.11. Fehlerzeitpunkt beklagt
- 3.3.2.12. Aufklärungsrüge
- 3.3.2.13. Fehlerbejahung in Abhängigkeit von juristischer Unterstützung
- 3.3.2.14. Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt?

### **3.3.3. Kniearthroskopie 74**

- 3.3.3.1. Kategorisierung
- 3.3.3.2. Geschlechterverteilung
- 3.3.3.3. Altersverteilung
- 3.3.3.4. Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung
- 3.3.3.5. Beanstandung mit juristischer Hilfe
- 3.3.3.6. Verfahrensausgang
- 3.3.3.7. Versorgungsstufen beklagt
- 3.3.3.8. Versorgungsstufe bei Fehler ja
- 3.3.3.9. Fehlerquote der Versorgungsstufe
- 3.3.3.10. Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja
- 3.3.3.11. Fehlerzeitpunkt beklagt
- 3.3.3.12. Aufklärungsrüge
- 3.3.3.13. Fehlerbejahung in Abhängigkeit von juristischer Unterstützung
- 3.3.3.14. Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt?

## **4. Diskussion 86**

### **4.1. Probleme der Auswertung 86**

4.2. Repräsentanz der ausgewerteten Voten	87
4.3. Rechtsbeistand und Aufklärungsmangel	92
4.4. Versorgungsstufe	94
4.5. Erwähnenswerte essentielle Einzelaspekte	96
4.6. Behandlungsimmanente Komplikationen, Spätfolgen	99
4.7. Kasuistik	102
5. Zusammenfassung	107
6. Literaturverzeichnis	109
7. Abbildungsverzeichnis	113
8. Tabellenverzeichnis	114
9. Diagrammverzeichnis	116
10. Abkürzungsverzeichnis	118
11. Danksagung	119
12. Lebenslauf	120



## **1. Einleitung**

Täglich begeben sich in der Bundesrepublik Deutschland mehrere tausend Patienten in die ambulante und stationäre Behandlung von Ärzten, vertrauend auf deren Kompetenz und Richtigkeit ihres ärztlichen Handelns. In den letzten Jahren scheint dieses Vertrauen allerdings in Frage gestellt, betrachtet man landes- und bundesweit die stetig steigenden Zahlen der eingegangenen Anträge zur Überprüfung auf ärztliche Fehlbehandlung an die jeweiligen Gutachter- und Schlichtungsstellen. Um einer „Amerikanisierung“ der Verhältnisse bei Haftrechtsfällen entgegenzuwirken, ist eine Analyse der Beweggründe erforderlich, die einen Patienten dazu veranlassen, einen Behandlungsmisserfolg als Behandlungsfehler zu werten, vermeintlich oder gerechtfertigt. Im Sinne eines Beitrags zur Qualitätssicherung, zum Risikomanagements und zur Fehlerprophylaxe sollen im Anschluss Gutachterfälle der Bayerischen Landesärztekammer (kurz: BLÄK) im Zeitraum von 1999 bis 2004 ausgewertet werden.

### **1.1. Der Verfahrensablauf der Gutachter- und Schlichtungsstellen**

„Der Patient erwartet in einer Zeit, in der die Medizin wesentlich auch als Reparaturbetrieb verstanden wird, ein vorauskalkulierbares und nachvollziehbares Ergebnis. Abweichungen davon mit einem für ihn unbefriedigenden Resultat legen leicht den Vorwurf nahe, dass etwas nicht korrekt abgelaufen sei. Die Beschreitung des Klageweges mit der Unterstellung eines Kunstfehlers ist die häufige Folge.“ [1] Fühlt sich ein Patient von einem Arzt fehlerhaft behandelt, so existieren fünf Möglichkeiten zur Durchsetzung seines vermeintlichen Rechts.

Zum einen „steht der Weg zu den Zivilgerichten oder zu einer Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung offen. Daneben gibt es drei Formen außergerichtlicher Klärung:

- über die Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Ärztekammern,
- über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und
- die direkte Verhandlung zwischen Anwalt und Haftpflichtversicherung des Arztes.“ [2]

Als „harmloseste Form“ der rechtlichen Auseinandersetzung gilt nach Ekkenkamp und Scheibe die Anrufung der Einrichtungen der jeweiligen Ärztekammern [3].

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Bezeichnung „Gutachterkommission“ und „Schlichtungsstelle“ nicht als Synonym verwandt werden soll. Sie „arbeiten nach differierenden Verfahrensordnungen, gelangen aber, wenn man die Verfahrensbesonderheiten bei dem Vergleich statistischer Daten berücksichtigt, zu annähernd gleichen Ergebnissen.“ [4]

Folgende Grafik veranschaulicht den **Verfahrensablauf** bis zur Gutachtenerstellung:

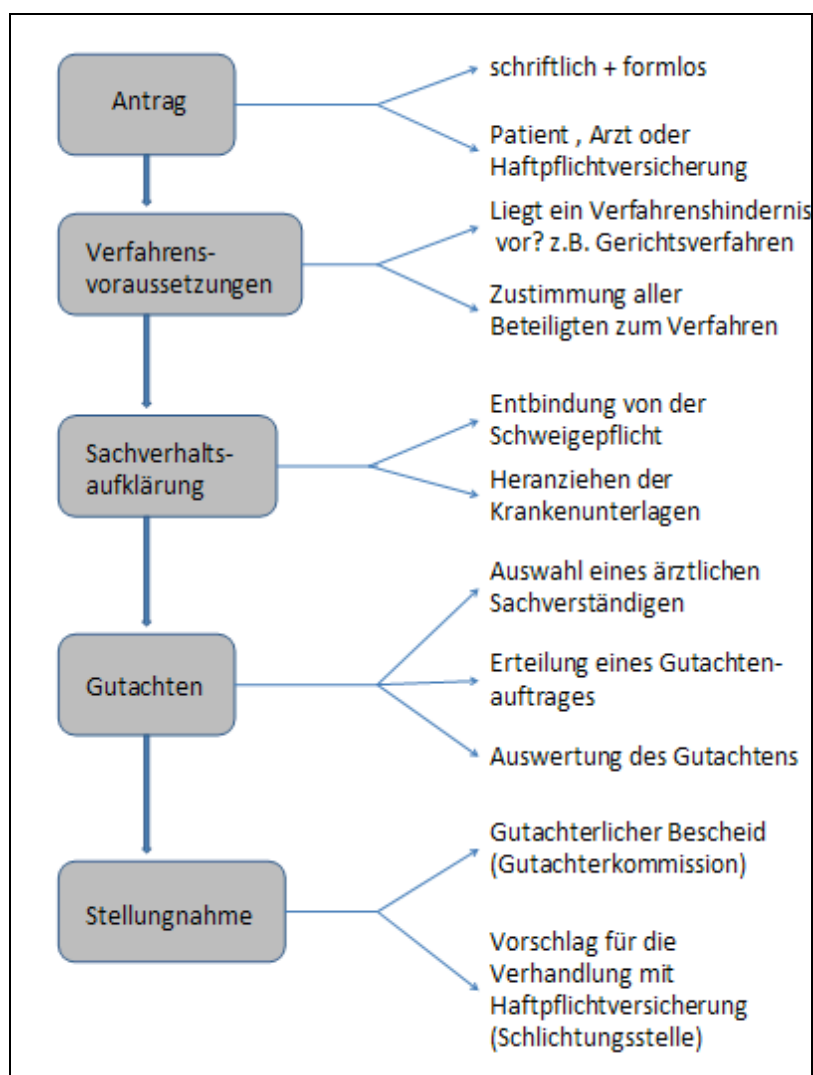


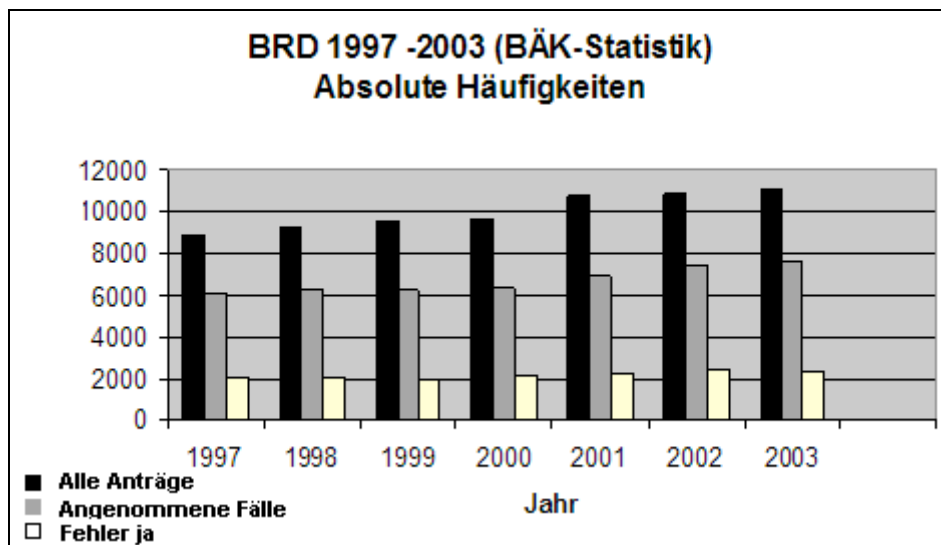
Abb. 1 [5]

## 1.2. Die Gutachterstelle an der Bayerischen Landesärztekammer

Die Bayerische Landesärztekammer (kurz: BLÄK) unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Sewering hat als erste Ärztekammer der BRD im April 1975 gemeinsam mit dem Verband der Haftpflichtversicherer eine „Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten“ eingerichtet und im Juli 1975 dann ihre Arbeit aufgenommen. In der Präambel ist die Aufgabe dieser Schlichtungsstelle wie folgt präzisiert: „Diese Schlichtungsstelle soll im Interesse aller Beteiligten möglichst rasch und sorgfältig Sachverhalte bei Haftpflichtstreitigkeiten aufklären und einen Vorschlag für die außergerichtliche Behebung der Streitigkeiten machen. Es soll auf diese Weise ein Beitrag geleistet werden, um für Patienten und Ärzte gleichermaßen unbefriedigende und langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden“ [6]. Dass in der Bevölkerung Bedarf nach einer derartigen Institution bestand, zeigt die Zahl der Anträge. Im Zeitraum Juli 1975 bis Juni 1977 gingen bereits 903 Anträge an der Gutachter- und Schlichtungsstelle (kurz: GUS) der BLÄK ein. Einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der **bundesweit** gestellten Anträge der letzten Jahre gibt folgende Tabelle und das anschließende Diagramm:

Zahl der <b>bundesweit</b> gestellten Anträge der letzten Jahre an den jeweiligen Gutachter- und Schlichtungsstellen				
Jahr	Alle Anträge	Angen. Fälle	Fehler ja	Fehlerquote (Fehler ja / Angen. Fälle)
1997	8884	6086	2057	0,34
1998	9289	6245	2054	0,33
1999	9545	6192	1953	0,32
2000	9666	6372	2146	0,34
2001	10739	6901	2269	0,33
2002	10887	7449	2432	0,33
2003	11053	7686	2401	0,33

Tab. 1 [7]



Diagr. 1 [7]

Mittlerweile bestehen in allen Bundesländern derartige Institutionen, die jede gemäß ihrer eigenen Verfahrensordnung arbeiten.

### Die deutsche „Schlichtungsstellenlandschaft“

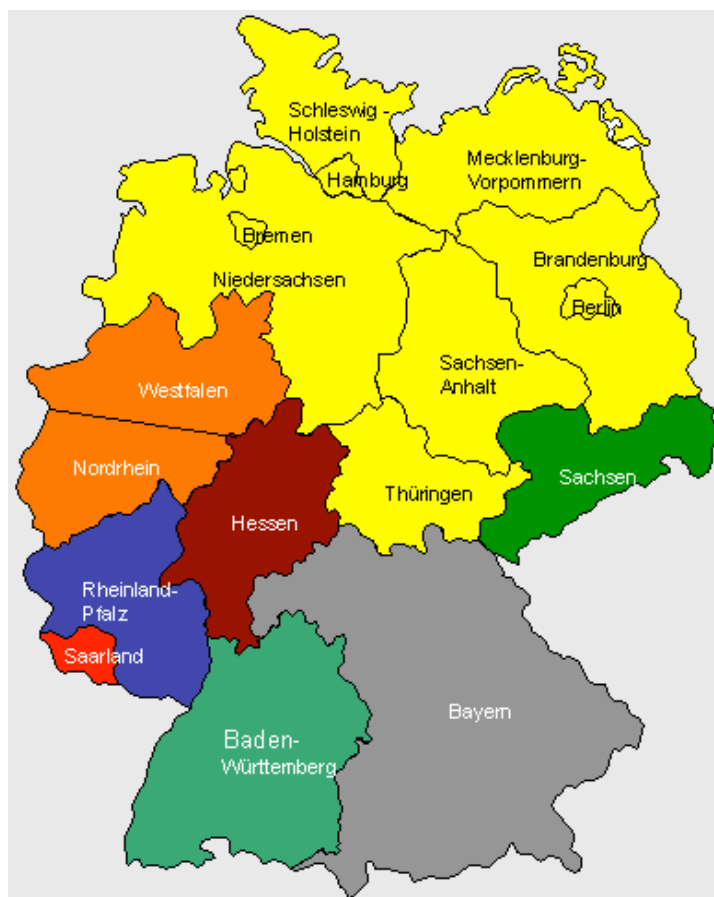


Abb. 2 [4]

Die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind in der größten derartigen Institution, der „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammer“ repräsentiert. Das zweitgrößte (nach Bayern) und bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen unterhält zwei Gutachterstellen – Nordrhein („Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“) und Westfalen-Lippe („Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe“). Vergleicht man die jeweiligen Geschäfts- bzw. Verfahrensordnungen, so ergeben sich deutliche Unterschiede im Ablauf der einzelnen Verfahren. Gleich ist jedoch allen, dass von einem Patienten erhobene Vorwürfe einer ärztlichen Fehlbehandlung überprüft und auf deren Relevanz / Berechtigung beurteilt werden. Bei allen Einrichtungen ist bislang das Verfahren für den Patienten kostenlos. Die Kosten werden von den einzelnen Kammern allein oder anteilig zusammen mit der zuständigen Haftpflichtversicherung getragen.

### **1.3. Verfahrensordnung der Gutachterstelle der BLÄK**

Die Geschäftsordnung der Gutachterstelle an der Bayerischen Landesärztekammer ist im Laufe der Jahre jeweils mit Genehmigung des Bayerischen Ärztetages mehrfach geändert worden. Eine wesentliche Änderung erfolgte im Jahr 1997 und war ab 1.1.1998 gültig. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte ein Gutachterverfahren nur dann durchgeführt werden, wenn die zuständige Haftpflichtversicherung des beschuldigten Arztes / Krankenhauses Schadensersatzleistungen im Vorfeld bereits abgelehnt hatte. Ohne Vorlage einer derartigen Ablehnung von Regressansprüchen konnte ein Verfahren nicht eingeleitet werden. Dieser Passus wurde zum 1.1.1998 gestrichen. D.h. Fälle, die vor diesem Zeitpunkt von der Haftpflichtversicherung ohne Inanspruchnahme der GUS reguliert wurden, wurden nun von der GUS bearbeitet. Dadurch ist die prozentuale Fehleranerkennungsquote der GUS der BLÄK deutlich gestiegen, da nun auch initial eindeutig fehlerhafte ärztliche Maßnahmen durch die GUS abgehandelt wurden. Eine weitere Änderung erfolgte zum Oktober 2000. Die bis dato möglichen „Plausibilitätsprüfungen“ (§4 Absatz 5 der Verfahrensordnung 10/00: „Jeder Antrag wird zunächst bezüglich Schlüssigkeit geprüft, gegebenenfalls unter Einbeziehung eines fachärztlich zuständigen Beiratsmitglieds. Ergibt die

Vorprüfung ausreichende Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Diagnose- oder Behandlungsfehlers des Arztes, so ist unverzüglich das Schlichtungsverfahren einzuleiten. Dazu beauftragt die Gutachter – und Schlichtungsstelle einen geeigneten Fachgutachter zur Klärung der Frage, ob ein schuldhafter Behandlungsfehler eines Arztes einen Gesundheitsschaden des Patienten herbeigeführt hat.“) wurden gestrichen, die Beurteilung der gegenständlichen ärztlichen Maßnahmen wurde nun immer durch ein Fachgutachten bewertet. Weiterhin wurde der GUS die Möglichkeit eingeräumt, einen Antrag wegen Geringfügigkeit abzulehnen. Zudem wurde der Name „Gutachter- und Schlichtungsstelle“ geändert. Da eine Schlichtung im eigentlichen Sinn nicht erfolgte, wurde als neue Bezeichnung lediglich „Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen“ gewählt.

Die in der vorliegenden Arbeit ausgewerteten Fälle beinhalten die Jahrgänge 1999 – 2003 und wurden nach der jeweils zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Verfahrensordnung abgehandelt. In den wesentlichen Punkten besteht kein Unterschied zwischen den Fällen des Jahrgangs 1999 und denen der folgenden Jahrgänge ab 2000, sodass eine einheitliche Auswertung dieser Jahrgänge möglich ist.

Die einzelnen Paragraphen der Verfahrensordnung lauten kurz gefasst:

1. Einrichtung und Aufgaben

- Eine unabhängige Stelle
- Soll durch objektive Prüfung/Begutachtung ärztlichen Handelns Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe erleichtern

2. Zusammensetzung: Entscheidungsbefugte Mitglieder

- Vorsitzender Arzt + ärztliche Kommissionsmitglieder
- Jurist mit Befähigung zum Richteramt

3. Unabhängigkeit der Mitglieder

- Die Mitglieder sind nicht weisungsgebunden/freie Mitarbeiter
- Ein Mitglied, das mit dem Fall früher befasst war, ist ausgeschlossen

4. Anträge - Verfahren - Beschlussfassung

- Zur Einleitung des Verfahrens genügt ein formloser schriftlicher Antrag

- Antragsberechtigt sind Patienten, der behandelnde Arzt/das Krankenhaus sowie deren Haftpflichtversicherung
- Das Verfahren setzt das Einverständnis aller Parteien voraus
- Die Gutachterstelle klärt den medizinischen Sachverhalt so weit als möglich auf
- Zur Feststellung, ob eine schuldhafte fehlerhafte ärztliche Handlung zu einem Gesundheitsschaden des Patienten geführt hat, wird ein Gutachten von einem Sachverständigen des entsprechenden Fachgebietes eingeholt
- Möglichkeit der Stellungnahme zum Gutachtenauftrag und Gutachten
- Abschließendes Votum mit begründeter Stellungnahme, ob eine fehlerhafte ärztliche Behandlung vorliegt oder nicht
- Das Verfahren ist schriftlich, eine Untersuchung oder mündliche Anhörung findet nicht statt
- Anträge, deren Sachverhalt länger als 5 Jahre zurückliegt, können abgewiesen werden
- Anträge, deren Sachverhalt Gegenstand staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen oder eines zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Verfahrens war, werden abgewiesen
- Sind nur geringfügige Beeinträchtigungen vorhanden, kann der Antrag abgewiesen werden
- Eine Überprüfung bereits erstellter Gutachten erfolgt nicht

#### 5. Kosten

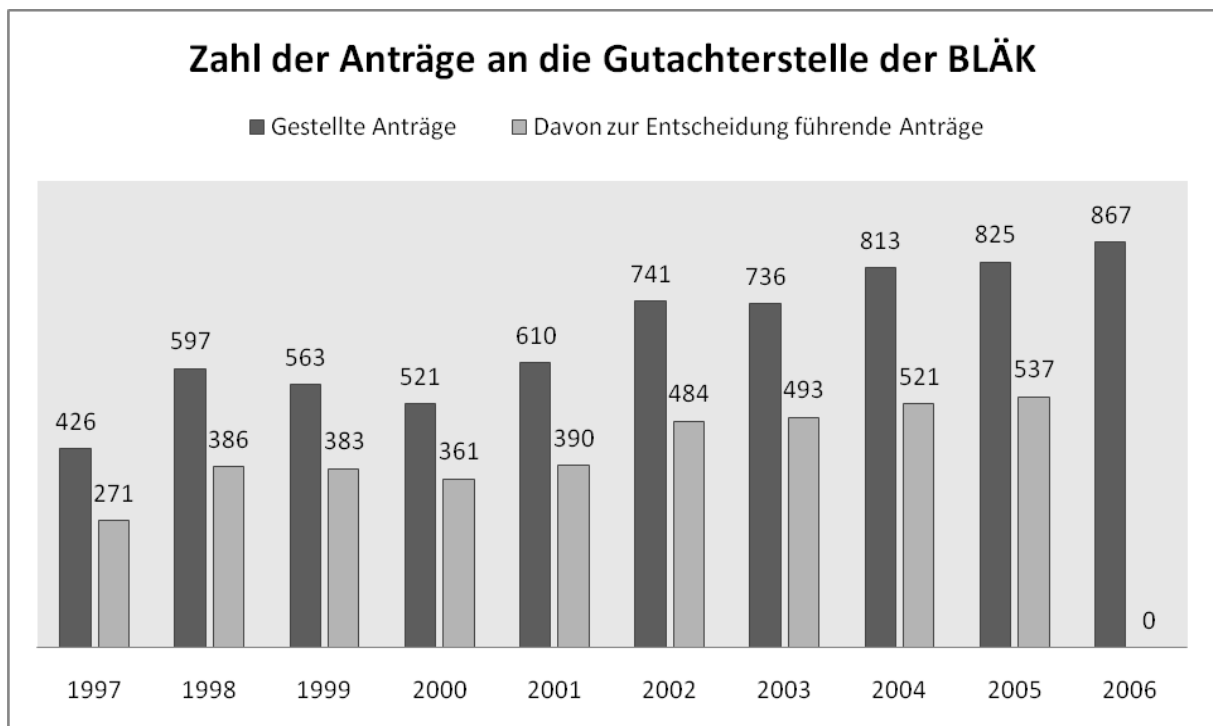
- Für den Patienten und den Arzt/das Krankenhaus ist das Verfahren kostenlos, sie tragen lediglich ihre eigenen Kosten inkl. Honorar eines Rechtsanwaltes
- Die Gutachterstelle verlangt von der Haftpflichtversicherung des Arztes/des Krankenhauses eine Fallpauschale von derzeit 300.-€ erhoben und die Kosten des erstellten Gutachtens

### 1.4. Die Zahlen der BLÄK

Wie aus dem oben gesagten hervorgeht, wird ein Gutachterverfahren mit einer begründeten Stellungnahme zum Behandlungsfehlervorwurf beendet. Es wird die überprüfte ärztliche Maßnahme entweder als nicht fehlerhaft befunden oder als

fehlerhaft. Weiterführend wird geprüft, ob für den Patienten gesundheitliche Folgeschäden entstanden sind bzw. ob die Ansprüche des Patienten begründet sind.

Einen Überblick über die Zahl der in den letzten 10 Jahren an der Gutachterstelle der BLAEK gestellten Anträge und die Zahl der daraus resultierenden Voten gibt die folgende Graphik. Erkennbar ist, dass sich die Zahl der gestellten Anträge im Laufe der letzten 10 Jahre in etwa verdoppelt hat.



**Diagr. 2**, Quelle: BLAEK: Jahresstatistik an die Bundesärztekammer, zuletzt aktualisiert am 11.03.07

Weiterhin erkennbar : zwischen 63% und 69% der gestellten Anträge durchlaufen das komplette Gutachterverfahren bis inklusive Votum; die anderen 31% bis 37% werden entweder durch ein Verfahrenshindernis gemäß Geschäftsordnung nicht zum Verfahren zugelassen – sind also z.B. bereits „gerichtsanhängig“ gewesen oder „verjährt“; es kann die Zustimmung des Antragsgegners und / oder der Haftpflichtversicherung nicht erteilt worden sein, der Patient hat sich nach einem ersten Anschreiben nicht mehr gemeldet o.ä. . Weiterhin kann - wenn Einverständnis zwischen allen drei Parteien besteht – das laufende Verfahren auch zu jedem beliebigen Zeitpunkt beendet werden, noch vor Erstellen eines Votums.



Für die Jahre 1999 – 2003 wurden die abschließenden Voten nach medizinischen Fachrichtungen sortiert und die Fehlerquote der einzelnen Disziplinen errechnet. Da für das Jahr 2004 noch zu viele Verfahren offen - also ohne abschließendes Votum - waren, sind diese in nachfolgender Tabelle nicht miteinbezogen worden.

<b>Fehlerquote nach Fachrichtungen 1999 bis 2003</b>			
<b>Fachrichtung</b>	<b>n beklagt</b>	<b>Fehler ja</b>	<b>Fehlerquote %</b>
Allgemeinmedizin	96	41	42,7
Anästhesie/Intensivmedizin	60	10	16,7
Augenheilkunde	62	10	16,1
Chirurgie	776	247	31,8
Dermatologie	32	7	21,9
Gynäkologie	275	77	28,0
HNO	72	9	12,5
Innere Medizin	178	54	30,3
Labormedizin	1	0	0
MKG-Chirurgie	8	4	50,0
Neurochirurgie	42	6	14,3
Neurologie	37	10	27,0
Orthopädie	266	51	19,2
Pädiatrie	33	3	9,1
Pathologie	5	4	80,0
Pflegebereich	17	7	41,2
Psychiatrie	7	0	0
Radiologie	48	17	35,4
Rehabilitative und physikalische Therapie	37	10	27,0
Urologie	59	15	25,4
<b>Summe</b>	<b>2111</b>	<b>582</b>	<b>27,6</b>

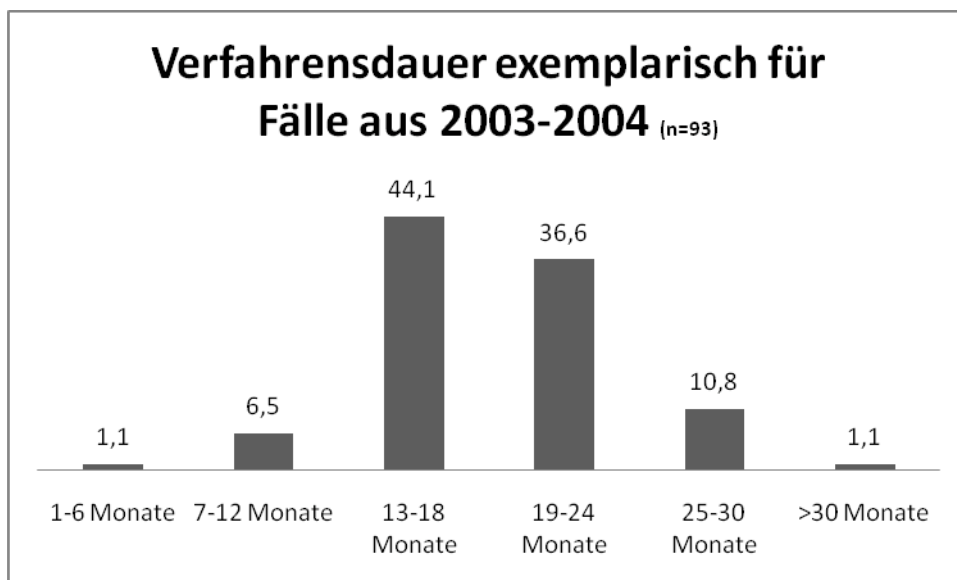
**Tab. 2**

**Die durchschnittliche Fehlerquote der Jahrgänge 1999 – 2003 liegt bei 28%**

Daraus ergibt sich, was hinreichend bekannt ist [8] [9] [10] [11] [12] , dass die operativen Fächer am häufigsten beklagt werden: Nach Prof. Dr. med. Martin L. Hansis, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Professur für Klinisches

Qualitätsmanagement, „sind über Jahre gleich bleibend die sog. „schneidenden Fächer“ (Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie) relativ überrepräsentiert, die sog. konservativen Fächer (Innere Medizin, Dermatologie, Kinderheilkunde u.a.) unterrepräsentiert. Ein wahres Abbild der Realität der Fehler- oder Irrtumswahrscheinlichkeit stellt dies wahrscheinlich nicht dar. Vielmehr dürfte sich diese Verteilung aus der Evidenz der Wahrnehmbarkeit von Fehlern bzw. unglücklichen Behandlungsverläufen ergeben.“ [9]

Um die Aktualität der Daten wiederzugeben, wurde die Verfahrensdauer aus dem Datum des Antragseingangs und aus dem Datum des abgeschlossenen Votums berechnet. Exemplarisch für die vorliegenden Fälle aus den Jahren 2003 und 2004 ergibt sich nachfolgendes Diagramm:



**Diagr. 3**

Daraus folgt, dass **innerhalb der ersten 2 Jahre nach Antragstellung 88,2 Prozent der Anträge abgeschlossen** sind.

Anzuführen ist hier, dass aus dem Jahr 2004 zum Stichtag des 01.09.2007 zwei Fälle noch nicht durch ein Votum beendet wurden und nur begrenzt in die Auswertung mit eingingen. Dementsprechend wird auch verständlich, dass die eben für diese Arbeit relevanten Anträge aus dem Jahr 2005 zum Zeitpunkt dieser Arbeit zum großen Teil noch offen, also ohne Verfahrensausgang, sind bzw. waren.

## 1.5. Gutachterverfahren und Gerichtsklagen

**Prämisse:** Die Zahl der nach einem abgeschlossenen Gutachterverfahren noch entstandenen Gerichtsverfahren gibt Aufschluss über die Akzeptanz des Gutachterverfahrens. Zu berücksichtigen bei der Zahl der entstandenen Gerichtsverfahren ist zudem noch, dass es bei einigen dieser Gerichtsverfahren nicht um die Bewertung der vermuteten Fehlbehandlung an sich geht, also um die Frage Fehler ja/Fehler nein, sondern dass es um die Höhe des zu zahlenden Schmerzensgeldes. Damit wird die Akzeptanz des Votums prozentual gesehen noch größer.

Wie in der Verfahrensordnung verankert, ist das abschließend erteilte Votum für die Parteien nicht bindend im Gegensatz zu einem Gerichtsurteil. Auskünfte über den weiteren Verlauf eines Falles nach Erstellen des Votums erreichten die Gutachterstelle nur sporadisch.

Es ist davon auszugehen, dass der Patient, der einen Behandlungsfehler vermutet und diesen im Votum nicht bestätigt bekommt, weitere Institutionen anruft, um sein vermeintliches Recht zu bekommen. Dies wird bei einem Patienten umso eher zu erwarten, wenn er dazu finanziell in der Lage ist oder eine Rechtsschutzversicherung in Anspruch nehmen kann. Da eine für alle drei Parteien bindende Beurteilung nur durch ein ordentliches Gericht erfolgen kann, ist davon auszugehen, dass eine der Parteien ein Gerichtsverfahren anstrengen wird.

Die Gutachterstelle der BLÄK hat für den Jahrgang 2000 recherchiert, wie der weitere Verlauf der Fälle dieses Jahrgangs sich gestaltete, wie hoch die Akzeptanz des Votums ist, d.h. wie oft im Anschluss an ein Gutachterverfahren ein Gericht angerufen wurde und wie das Gericht im jeweiligen Fall entschieden hat. Diese Recherche wurde im Jahr 2005 begonnen, bis dato liegen jedoch die Ergebnisse mehrerer Gerichtsverhandlungen noch nicht vor.

Folgende Möglichkeiten haben sich ergeben:

gestellte Anträge 2000	n=521
bis zum Votum gekommen im Jahrgang 2000	n=362
kein Verfahren 2000	n=159

a) Von diesen 159 Fällen ohne Gutachterverfahren wurde in acht Fällen von der Versicherung im Vorfeld oder bereits bei Erhalt des Schreibens der Gutachterstelle eine Zahlung angeboten bzw. ein Vergleich geschlossen.

In diesen acht Fällen wurde kein Verfahren durchgeführt, da die Versicherung dem Verfahren nicht zugestimmt hat, sondern gleich in Regulierungsverhandlungen eingetreten ist, d.h. das Ziel des Gutachterverfahrens ist ohne das Verfahren selbst erreicht worden.

Wie oft in diesen 159 Fällen vor Gericht geklagt wurde, ist unbekannt.

b) Von 362 Voten waren

kein Fehler            n=249

Fehler ja            n=113

Fehlerquote            31,2%

In fünf Fällen war der weitere Verlauf nicht eruierbar, es verbleiben 357 Voten.

Von n=357 wurde pauschal gesehen – also unabhängig vom Votum-Tenor Fehler ja/nein

von der Haftpflichtversicherung Zahlung geleistet	69
---	----

von der Haftpflichtversicherung keine Zahlung geleistet	244
---	-----

Klage erhoben	44 von 357 Fällen = 12,3%
---------------	---------------------------

c) Votum kongruent zum Gerichtsergebnis

kongruent: Votum-Tenor Fehler ja und kausal ja – Antragsteller hat Schmerzensgeld erhalten durch Gericht, ansonsten inkongruent.

bei insgesamt 44 Klagen im Jahr 2000 ist das

Ergebnis derzeit offen	17
------------------------	----

Ergebnis kongruent zum Votum	22
------------------------------	----

Ergebnis inkongruent zum Votum	5
--------------------------------	---

Wie auch schon an anderen Stellen aufgezeigt [13] [14] , kann hier festgehalten werden, dass rund 85% aller Verfahren der Gutachterstelle Bayern in ihrem Ausgang akzeptiert und so eine friedliche Lösung für alle beteiligten gefunden wurde. In den restlichen Fällen wurde der Rechtsweg beschritten. In letzteren Fällen handelte es sich häufig um Unstimmigkeiten bzgl. der Höhe des Schmerzensgeldes.[15] In nur wenigen Fällen weicht der Ausgang vor Gericht vom Votum der Gutachterstelle ab.

## 1.6. Aufklärung und Aufklärungsgespräch

Sowohl diagnostische als auch therapeutische ärztliche Interventionen erfüllen laut Gesetzgebung der BRD den Tatbestand der Körperverletzung (strafrechtlich gemäß §§ 223, 223 a und 230 StGB, zivilrechtlich Schadensersatzanspruch gemäß §§ 823 ff), sofern diese ohne Einwilligung des Patienten erfolgt sind. Eine Einwilligungserklärung ist allerdings nur dann rechtskräftig und erlaubt dem Arzt den geplanten Eingriff, wenn vor dem Eingriff eine ordnungsgemäße und vollständige **Aufklärung** erfolgt ist (vgl. § 226 a StGB). Ohne diese wird die medizinisch indizierte und sachgerecht ausgeführte Behandlung rechtswidrig. [16]

Zudem ist der Arzt Beweislastträger, d.h. im Falle einer so genannten Aufklärungsrüge hat der Arzt nachzuweisen, dass der Patient regelrecht über den Eingriff und seine Risiken informiert wurde. War dies der Fall, „dann ist es nicht dem Arzt anzulasten, wenn sich trotz eines lege artis durchgeführten Eingriffes der gewünschte Erfolg nicht eingestellt hat und möglicherweise sogar eine Verschlechterung eingetreten ist.“ [17]

Eine **Dokumentation** über das erfolgte Aufklärungsgespräch ist unverzichtbar. Als beweismäßige Absicherung befreit sie den Arzt vom Vorwurf, dass der Patient über den Eingriff selbst und dessen mögliche Komplikationen nicht unterrichtet wurde. Denn „der Patient oder sein juristischer Vertreter sehen in Fällen mangelnder oder schwindender Substanz der Klage mit einer Verlagerung des Klageschwerpunktes auf die Aufklärung nicht selten den Hebel für den Erfolg des Verfahrens.“ [4] Zusätzlich sind noch Uhrzeit, Datum, Dauer, Ort des Aufklärungsgespräches und die Unterschrift des Arztes, der diese durchgeführt hat, festzuhalten. Verzichtet der

Patient bewusst auf die Aufklärung – was sein gutes Recht ist - , so sollte dies auf jeden Fall in den Krankenunterlagen dokumentiert werden.

Nicht zwingend vorgeschrieben, aber als gute Gedächtnisstütze durchaus hilfreich sind sog. **Aufklärungsformulare**. „Auf keinen Fall reicht es ... aus, dem Patienten ein Aufklärungsformular zu überreichen und unterschreiben zu lassen. „Denn es beweist nicht, dass der vorstehende Text gelesen und noch weniger, dass er auch verstanden wurde.““ [18] Außerdem bieten die Formulare zum einen Platzhalterkästen an, um alle wichtigen anzusprechenden Komplikationen stichpunktartig und handschriftlich anzuführen – „eine gute Möglichkeit, um glaubhaft darzustellen, dass auch tatsächlich über den beabsichtigten Eingriff gesprochen wurde“ [17] – zum anderen kann in skizzenhaften Zeichnungen der genaue Ablauf des Eingriffs erläutert werden. Zusätzlich können Unterstreichungen bestimmter Sachverhalte die besondere Betonung im Aufklärungsgespräch wiedergeben.

„Ziel und Zweck des Aufklärungsgespräches ist es, dem Patienten einen Einblick in die Diagnose, in die Therapieoptionen einschließlich der Vor- und Nachteile der einzelnen Möglichkeiten und möglichen Komplikationen und Folgeoperationen sowie der erforderlichen Nachbehandlung als auch der etwaigen Konsequenzen bei Nichtdurchführen sowie der postoperativ notwendigen physiotherapeutischen Behandlung und klinischen Kontrollen zu geben.“ [19] Somit gliedert sich das Gespräch in eine Eingriffsaufklärung und in eine Sicherungsaufklärung (oder auch therapeutische Aufklärung). Erstere soll einen Überblick über die Durchführung des Eingriffs geben und dem Patienten eine Risiko-Nutzen-Abwägung vermitteln. Dabei muss „dem Patienten ... ein zutreffender Eindruck von der Schwere des Eingriffs und von der Art der Belastungen vermittelt werden, die für seine körperliche Integrität und Lebensführung auf ihn zukommen können, der Patient muss auch einen Hinweis auf das schwerste in Betracht kommende Risiko erhalten haben.“ [16] Eine Angabe von Prozentsätzen ist nicht nötig, sinnvoller erscheint die Umschreibung mit z.B. „häufig“ oder „selten“, damit „der Patient in die Lage versetzt wird, zumindest eine ungefähre Vorstellung von dem Ausmaß der Risiken zu erhalten und er sich damit ein zutreffendes Bild vom Eingriff und dessen Folgen machen kann, um eine eigenverantwortete Entscheidung zu treffen.“ [4]

Die Sicherungs- oder auch therapeutische Aufklärung hingegen umfasst Anweisungen für das richtige postoperative Verhalten des Patienten. Bei vielen

chirurgischen und orthopädischen Erkrankungen sichert sie so den Erfolg. [16] Grundsätzlich muss sie „den Patienten in die Lage versetzen, seinen Gesundheitszustand selbst zu begreifen – weiterhin selbst zu überblicken, was er für dessen Aufrechterhaltung tun oder lassen muss.“ [20] Hier ist auch der richtige Zeitpunkt, einer Überschätzung der Therapie vorzubeugen, „falsche Vorstellungen über die Möglichkeiten und Grenzen der modernen Chirurgie oder Orthopädie zu korrigieren und damit eine überzogene Anspruchshaltung auf das normale Maß zurückzuführen.“ [16]

Eine Delegation der Aufklärung von Arzt zu Arzt ist „zulässig und im heutigen arbeitsteiligen Klinikbetrieb sogar oft unumgänglich.“ [16] Jedoch haftet im Fall einer möglichen und berechtigten Aufklärungsrüge immer der Arzt, der aufgeklärt hat. [4]

Bezüglich einer zeitgerechten Aufklärung empfiehlt es sich im Allgemeinen: je elektiver und größer ein Eingriff ist, desto früher soll das Aufklärungsgespräch erfolgen. Diese Zeitspanne soll dem Patienten als Überlegungsfrist dienen und ihm die Möglichkeit einräumen, noch jederzeit vor dem Eingriff zurücktreten zu können. [10] Eine Aufklärung am Operationstag gilt grundsätzlich als verspätet mit der Ausnahme, dass „bei einfachen Eingriffen und bei Eingriffen mit weniger einschneidenden Risiken... eine Aufklärung am selben Tage für ausreichend erachtet“ wird. [4] Als optimaler Zeitpunkt für die Aufklärung gilt der Tag, an dem die Entscheidung zum Eingriff fällt [16] und ein Operationstermin vereinbart wird [4]. „Bei normalen ambulanten und diagnostischen Eingriffen reicht es nach der Rechtsprechung grundsätzlich aus, wenn die Aufklärung am Tag des Eingriffs erfolgt.“ [21]

Gesonderte Bedingungen an die Aufklärung gelten bei Patienten, die minderjährig, beschränkt geschäftsfähig oder geschäftsunfähig, bewusstlos und ausländisch (d.h. der deutschen Sprache nicht mächtig) sind. Minderjährige können eigenständig ihre Einwilligungserklärung abgeben, sofern „sie die natürliche Einsichtsfähigkeit in die von ihnen zu treffende Entscheidung haben. Die Entscheidung hängt nicht, wie oft irrig angenommen, von der Vollendung des 18. Lebensjahres ab.“ [16] Bei beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten ist der gesetzlich bestimmte Betreuer Aufklärungsadressat. Nach dem mutmaßlichen Willen eines bewusstlosen Patienten sind Notfalleingriffe auch ohne Aufklärung zulässig. Ausländische Patienten mit eingeschränkten deutschsprachigen Kenntnissen sollten

Dolmetscherdienste von Angehörigen oder Krankenhausangestellten in Anspruch nehmen. [22]

Das **Aufklärungsgespräch an sich** sollte angepasst an das Gesprächsniveau des Patienten sein und durchschnittlich 10 bis 20minütiger dauern. Dabei bleibt der „Umfang der Aufklärung ... stets abhängig von der Dringlichkeit des Eingriffs, der Häufigkeit und der Schwere möglicher Komplikationen...“ [22]. Wichtiger inhaltlicher Bestandteil ist auch die Erwähnung alternativer Behandlungsmethoden, vor allem dann, wenn „für den konkreten Behandlungsfall mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden, die gleichwertig sind, aber unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen haben. Besteht mithin für den Patienten eine echte Wahlmöglichkeit, dann muss ihm durch entsprechende vollständige ärztliche Belehrung die Entscheidung darüber überlassen bleiben, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will.“ [4] Laut Bundesgerichtshof muss der Patient auch unterrichtet werden, wenn anstelle einer Operation konservativ behandelt werden kann. [4] In manchen Fällen kann eine Erweiterung der Operation notwendig werden. Hat der Arzt im Vorfeld über eine vorhersehbare und im Fall der Fälle auch erforderlich gewordene Operationserweiterung nicht aufgeklärt und trotzdem unternommen, so ist er dafür wegen fehlender Einwilligung des Patienten rechtlich haftbar. [4]

Abschließend sollte sich der Arzt vergewissern, dass der Patient die Aufklärung verstanden hat [19].

## 1.7. Definitionen und Juristisches

### a) Kunstfehler und Behandlungsfehler

Der auch heute noch in den Medien weit verbreitete und kursierende Begriff „ärztlicher Kunstfehler“ wurde wegen negativen Beigeschmacks in der juristischen Terminologie durch den Begriff „ärztlicher Behandlungsfehler“ ersetzt, ein „Etikettentausch“ [23]. Er lässt sich in einen einfachen und einen groben Behandlungsfehler untergliedern. Der **einfache Behandlungsfehler** „wird definiert als eine nicht angemessene, zum Beispiel nicht sorgfältige, nicht richtige oder nicht zeitgerechte Behandlung eines Arztes und kann alle Bereiche



ärztlicher Tätigkeit (Tun oder Unterlassen) betreffen. Dabei kann der Fehler rein medizinischen Charakters sein, sich auf organisatorische Fragen beziehen, oder es kann sich um Fehler nachgeordneter oder zuarbeitender Personen handeln.“ („Auch fehlende oder unrichtige, unverständliche oder unvollständige Aufklärung über medizinische Eingriffe und ihre Risiken zählen zu Behandlungsfehlern.“ ). [24]

Ein **grober Behandlungsfehler** liegt dann vor, „wenn eindeutig gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen oder wenn auf eindeutige Befunde nicht nach gefestigten Regeln der ärztlichen Kunst reagiert wird, oder aber wenn grundlos Standardmethoden zur Bekämpfung möglicher, bekannter Risiken nicht angewandt werden.“[1] „Es geht um die Vernachlässigung elementarer Regeln, ein Fehler, der schlechterdings nicht unterlaufen darf“ [16], ein „Verstoß gegen das Dickgedruckte in der Medizin.“ [25] „Auch die Gesamtheit mehrerer – jeweils betrachtet nicht schwerwiegender Einzelfehler – kann die Bewertung als grober Behandlungsfehler rechtfertigen.“ [26]

Der einfache und der grobe Behandlungsfehler unterscheiden sich aber nicht nur im medizinischen Bereich, sondern weitaus folgenreicher im juristischen Bereich, nämlich darin, auf wessen Seite die Beweislast liegt. Beim einfachen Behandlungsfehler „muss der Patient den vollen Nachweis führen, dass das ärztliche Handeln seine Gesundheitsschädigung hervorgerufen hat. „Wenn der Arzt dagegen ... eine grobe Sorgfaltspflichtverletzung begeht, muss er den Nachweis führen, dass der Schaden auch bei einer fehlerfreien Behandlung aufgetreten wäre.“ [18] Letzteres gelingt so gut wie nie.

In Verbindung mit dem Behandlungsvertrag wird dem Patienten eine Behandlung *lege artis* garantiert, d.h. die Behandlung erfolgt mit der erforderlichen Sorgfalt und nach medizinischem Standard, „...wobei der Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der konkreten Behandlung maßgebend ist“ [27]. Dabei unterscheidet sich der medizinische Standard sowohl innerhalb der Versorgungsstufen als auch in einzelnen medizinischen Fachdisziplinen in Abhängigkeit von der Behandlung. So „...nimmt die Rechtsprechung auf gruppenspezifische Besonderheiten, z.B. die Verschiedenheit der Fachgebiete und besondere Umstände im

Behandlungszeitpunkt Rücksicht. Deshalb schuldet z.B. ein Facharzt für Chirurgie „ein anderes Maß an Sorgfalt als der Arzt für Allgemeinmedizin“ [28]. „Entsprechende Unterschiede sind auch zwischen klinisch tätigen und dem niedergelassenen Arzt zu machen [28] und auch zwischen einem kleineren kommunalen Haus und einer Universitäts- oder Spezialklinik.“ [1] Um daher generell eine konstante Qualität zu gewährleisten, wird von vielen Seiten die Einführung verbindlicher Leitlinien gefordert. Diese jedoch „stellen juristisch weder Gesetzesrecht noch Gewohnheitsrecht dar.“ [16] Sie gelten lediglich als „Handlungsempfehlungen“ [29] [30] oder als „Orientierungsmarken“ [31] für das ärztliche Handeln. Auch wird von der weitläufig bekannten Institution für Leitlinien, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (kurz AWMF) auf deren Internetportal nochmals betont, dass die Fachgesellschaften bereits „über 900 "Leitlinien für Diagnostik und Therapie" als Hilfen zur Entscheidungsfindung für Ärzte und Patienten in spezifischen medizinischen Situationen entwickelt haben und weitere erarbeiten. Ebenso strikt wird von den Fachgesellschaften jeder Versuch abgelehnt, die ihrer Natur nach juristisch unverbindlichen, als Hilfe zur Entscheidungsfindung zu verstehenden Leitlinien in irgendeiner Form "verbindlich" zu machen.“ [32]

## **b) voll beherrschbares Risiko**

In den Bereich des voll beherrschbaren Risikos gehören [4]

- Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens
- Ordnungsgemäßer Zustand der benötigten Geräte und Materialien
- Gefahrlose Geräteanwendung
- Reine Pflegemaßnahmen
- Bewegungs- und Transportmaßnahmen
- Richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch

Auch hier kommt es zu Beweiserleichterungen für den Patienten.

### **c) Übernahmeverschulden**

Es tritt ein, wenn ein Arzt die Behandlung eines Patienten aufnimmt, deren Anforderungen er „nach seinen persönlichen Fähigkeiten, seiner apparativen Ausstattung oder in seiner persönlichen Situation (z.B. Erkrankung oder Übermüdung) nicht gewachsen ist.“ [4] Der Patient „muss darauf vertrauen können, dass“...der Arzt... „die Behandlung nur beginnt, wenn er und seine Einrichtung die Therapie voraussichtlich adäquat durchführen können“. [20]

### **d) Vertrauensgrundsatz**

Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen dürfen darauf vertrauen, dass der vorbehandelnde Arzt „des jeweils anderen Fachgebiets ordnungsgemäß und entsprechend dem dort geltenden Standard“ [22] behandelt hat. „Nur dann beschränkt sich die Verantwortung und damit die Haftung des Arztes auf das eigene Fachgebiet.“ [22]

### **e) Dokumentation der Behandlung:**

„Bis Mitte der 70er- Jahre bewertete die Rechtsprechung ärztliche Aufzeichnungen als interne Gedächtnisstützen, die der Patient nicht einsehen durfte. Von dieser Rechtsprechung erfolgte eine endgültige Abkehr durch ein Urteil des Bundesgerichtshofs im Jahre 1978. [33] Seit diesem Zeitpunkt ist anerkannt, dass die Dokumentation von Patientendaten zu den dem Patienten geschuldeten vertraglichen Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zählt.“ [16]

Grundsätzlich umfasst die ärztliche Dokumentation 3 Bestandteile: [16]

- das Krankenblatt mit Anamnese und Aufnahmebefund
- die chronologisch geordnete Sammlung aller schriftlichen Befunde, z.B. Bildgebung, Histologie, bakterieller Befund usw.
- die Verlaufskurven, z.B. Fieberkurve und ärztliche Verlaufsdokumentation

Fundamentale Inhalte sind also Anamnese, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, vor allem die für die künftige Behandlung relevanten Befunde und Eingriffe, die es dem behandelnden Arzt oder dem Nachbehandler ermöglichen, bisherige Maßnahmen logisch nachzuvollziehen und darauf aufbauend „lege artis“ zu behandeln. „Trotz der Dokumentationspflicht...ist die fehlende oder mangelhafte Dokumentation von Befunden oder Behandlungen an sich kein Behandlungsfehler und damit auch kein direkter Haftungsgrund“ [34] , „können aber Fehler mit verursachen und vor allem zu Beweismängeln für einen belasteten Arzt führen“ [35]. Denn „das Fehlen ... aufzeichnungspflichtiger Maßnahmen begründet die Vermutung, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme vom Arzt auch nicht getroffen worden ist und impliziert Beweiserleichterung.“ [36]

Für die Praxis bedeutet dies, dass im Rahmen eines Gutachterverfahrens der Gutachter immer zugunsten des Patienten entscheiden wird; denn der klagende Patient braucht den haftungsbegründenden Fehler und dessen Ursächlichkeit für den geltend gemachten Körperschaden nicht mehr zu beweisen.“ [37]

## **1.8. Zielsetzung**

Das ausgewählte Gutachtenmaterial soll typische ärztliche Fehler bei orthopädisch – traumatologischen Behandlungen aufzeigen und Ansätze zu deren Vermeidung und Vorbeugung liefern, sehen sich doch die mit einem vorgeworfenen Behandlungsfehler konfrontierten Ärzte vielmehr tiefgreifenderen Belastungen ausgesetzt, die weit über das tatsächliche Ergebnis eines Verfahrens hinausreichen – sei es ein bestätigter Behandlungsfehler oder ein vermeintlicher. Als Konsequenz entsteht eine defensiv praktizierte Medizin mit steigenden Kosten durch vermehrte Kontrolluntersuchungen und Diagnostik. [38] Somit ist es notwendig, die Beweggründe eines Patienten, einen Regress gegen seinen behandelnden Arzt in Orthopädie und Traumatologie anzustreben, in einer Analyse zu erfassen. Davon profitieren beide Behandlungsseiten, indem zum einen eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, zum anderen eine Haftungsprophylaxe für den behandelnden Arzt vor derartigen Behandlungsfehlervorwürfen und deren Folgen erreicht werden kann.

Aus diesem Grund soll diese Untersuchung einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Orthopädie und Traumatologie leisten, indem typische ärztliche Fehler aus dem orthopädischen und traumatologischen Behandlungsspektrum aufgezeigt werden.

Damit sind die Zielfragen dieser Dissertation wie folgt zu formulieren:

1. Welche Beweggründe veranlassen einen Patienten, ein gutachterliches Verfahren gegen seinen behandelnden Arzt im Fachgebiet der Orthopädie und Traumatologie einzuleiten, sei es ein für ihn nicht akzeptables Behandlungsergebnis, das Eintreten einer Komplikation trotz Erwähnung im Aufklärungsgespräch, die beiläufige Bemerkung des Nachbehandlers usw.?
2. Lassen sich entsprechende Maßnahmen an der Qualität der medizinischen Versorgung dahingehend ergreifen, den Patienten wieder mehr zufrieden zu stellen?

## **2. Material und Methoden**

Zur Klärung der o.g. Fragen wurden Voten der Gutachterstelle der Bayerischen Landesärztekammer ausgewertet. Bei mehrmaligen persönlichen Besuchen an der BLÄK in München fand eine Vorauswahl der Voten nach traumatologischem und orthopädischem Fachgebiet statt. Nach ausreichender Anonymisierung wurden Kopien angefertigt.

Art und Weise der Kategorisierung:

Anhand der Voten konnte nicht immer sichergestellt werden, welcher medizinischen Fachrichtung im Speziellen der beklagte Arzt angehört. So war vor allem für Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufe zum großen Teil nicht eruierbar, ob eine Gelenkprothesen-Operation von einem Unfallchirurgen oder einem Allgemeinchirurgen durchgeführt wurde. Deswegen fiel die Entscheidung, wie die Voten zu selektionieren sind, nicht auf die Fachdisziplin des beklagten Arztes, sondern auf die beklagte ärztliche Maßnahme, um der Zielsetzung, warum unsere Patienten klagen, noch näher zu kommen. Die aus den Daten eruierte ärztliche Maßnahme wiederum wurde jeweils nach der anatomischen Region kategorisiert. Anschließend entschied man sich wegen der Unübersichtlichkeit der Daten und nicht zuletzt wegen der Fallzahl in den einzelnen anatomischen Bereichen, den Schwerpunkt der Auswertung auf die großen Gelenke der unteren Extremität zu legen, speziell wurden die Voten nach Hüftendoprothetik, Knieendoprothetik und Kniearthroskopie untersucht. Heraus kam ein geschlossenes Kollektiv mit einer ausreichenden Anzahl an abgeschlossenen Fällen.

### **2.1. Datenkollektiv**

Erfassungszeitraum: alle thematisch relevanten Behandlungsfehleranträge,

von: 01.01.1999 (= Eingangsdatum – von BLÄK vergeben)

bis: einschließlich der Behandlungsfehleranträge mit einem abschließenden Votum zum 01.09.2007

In die Auswertung gehen nur beklagte Behandlungen (in Form von schriftlichen Anträgen) ein, die nicht entgegen der Verfahrensordnung schon im Vorfeld wegen oben genannter Kriterien (siehe Punkt 1.3.) ihren Ausschluss fanden, also all jene, die von der Gutachterstelle der BLÄK mit einem Votum abgeschlossen wurden.

Ausschlaggebend für die Zuteilung eines Votums zu einem Jahr ist nicht dessen Fertigstellung, sondern der schriftliche Eingang einer Behandlungsrüge bei der BLÄK. Diese werden dort mit einem Aktenzeichen mit fortlaufender Nummer für das jeweilige Jahr versehen. So erklärt es sich auch, dass Anträge, die z.B. 2003 gestellt, zu einem nicht unerheblichen Teil erst 2005 vollendet wurden.

Innerhalb der Jahre 1999 und 2004 gingen bei der Gutachterstelle Bayern aus allen Fachrichtungen knapp 4000 Anträge (siehe Diagramm 2) ein, von denen zum Stichtag 01.09.2007 etwa 2/3 bis zum Votum gekommen sind (die noch offenen Verfahren aus dem Jahre 2004 seien hier vernachlässigt). Eine Analyse des Anteils von Fällen mit unfallchirurgischer und orthopädischer Thematik an der Gesamtheit aller Fehlbehandlungsverfahren zeigt exemplarisch für die Jahre 1999-2002 (anhand der vorliegenden Daten zum Zeitpunkt der Auswertung) folgende Tabelle:

<b>Anteil der Fälle mit traumatologisch-orthopädischer Thematik an der Gesamtheit aller Fehlbehandlungsverfahren der Jahre 1999 bis 2002</b>			
<b>Jahr</b>	<b>Alle Fachrichtungen</b>	<b>Orthopädie und Traumatologie</b>	<b>in Prozent</b>
1999	383	115	30,0
2000	361	138	38,2
2001	390	126	32,3
2002	484	133	27,5
<b>Summe</b>	<b>1618</b>	<b>512</b>	<b>31,6</b>

**Tab. 3**

Es zeigt sich, dass die Verfahren aus dem orthopädischen und traumatologischen Fachgebiet zusammen über die Jahre einen konstanten Anteil von etwa einem Drittel aller medizinischen Disziplinen innerhalb der Verfahrensanträge bei der BLÄK einnehmen.

Innerhalb des o.g. Erfassungszeitraums und innerhalb der Verfahrensanträge aus den o.g. Fachbereichen konnte das Datengut nach beanstandeten Eingriffen an den anatomischen Regionen der „großen“ Gelenke, speziell „Hüftgelenk“ und „Kniegelenk“, aufgeschlüsselt werden. Dabei fielen auf den Bereich „Hüftgelenk“ 109 Fälle, auf den Bereich „Kniegelenk“ 164 Fälle.

Von diesen Zahlen der Voten ist die Zahl der Antragsteller zu unterscheiden. Die Zahl der Antragsteller entspricht keineswegs der Zahl der bis zum Votum durchgelaufenen Anträge. Die Gutachterstelle der BLÄK verfolgt nämlich „grundsätzlich einen „arztbezogenen“ Ansatz. Das bedeutet, dass in Bayern pro beschuldigten Arzt ein Verfahren vorliegt.“ Demgegenüber verfolgte die BÄK-Jahresstatistik bis 2007 einen „patientenbezogenen“ Verfahrensansatz, d.h. dass pro antragstellenden Patienten ein Verfahren vorlag. [39]

Daraus folgt, dass die Zahl der Antragsteller geringer ist als die der Antragsgegner, also auch der Voten. In den hier zur Auswertung vorliegenden 273 Fällen fanden sich neun Anträge mit je zwei Antragsgegnern (Weiterführendes unter Punkt 3.1.)

## **2.2. Auswertungsverfahren**

Die vorliegenden 273 Fälle wurden schließlich mit Hilfe von Microsoft Office Excel nach beanstandeten ärztlichen Maßnahmen jeweils für die Fälle aus dem Hüft- und dem Kniebereich kategorisiert, innerhalb der Kategorie tabellarisiert, gezählt und ausgewertet. Es wurden folgende Ergebnisse gefunden.



### 3. Ergebnisse

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Auswertung aus den vorliegenden 273 Fällen vorgestellt werden.

#### 3.1. Datenpool

**Erfassungszeitraum:** vom 01.01.1999 bis zum 31.12.2004 eingegangenen themenrelevante - d.h. alle aus dem orthopädischen und traumatologischen Fachbereich mit Themenschwerpunkt Hüfte und Knie - Beschwerdeschriften mit Bearbeitungsstatus zum 01.09.2007.

Zur Auswertung stand eine Fallzahl von 273. In neun Fällen wurden mehrere Antragsgegner benannt.

Von diesen neun...

- wurde dreimal das Pflegepersonal mitbeklagt. Diese fließen nicht mit in die Auswertung ein, weil nur ärztliche Behandlungen im Vordergrund stehen.
- wurde in zwei Fällen ein Internist mitbeklagt (einmal konsiliarisch krankenhauses-intern, einmal gegen einen Niedergelassenen), die ebenfalls nicht in die Auswertung miteinbezogen werden, da sie „fachfremd“ sind. Sie sollen aber an dieser Stelle erwähnt werden.
- wurde in vier Fällen speziell von der Fachdisziplin, von der betroffenen Gelenkregion und zusätzlich Dissertations-relevant ein zweiter Antragsgegner benannt. Diese fließen in die Auswertung der Stimmen mit ein, nicht aber in die Auswertung der Antragsteller; denn der Antragsteller bleibt in eben diesen Fällen gleich.

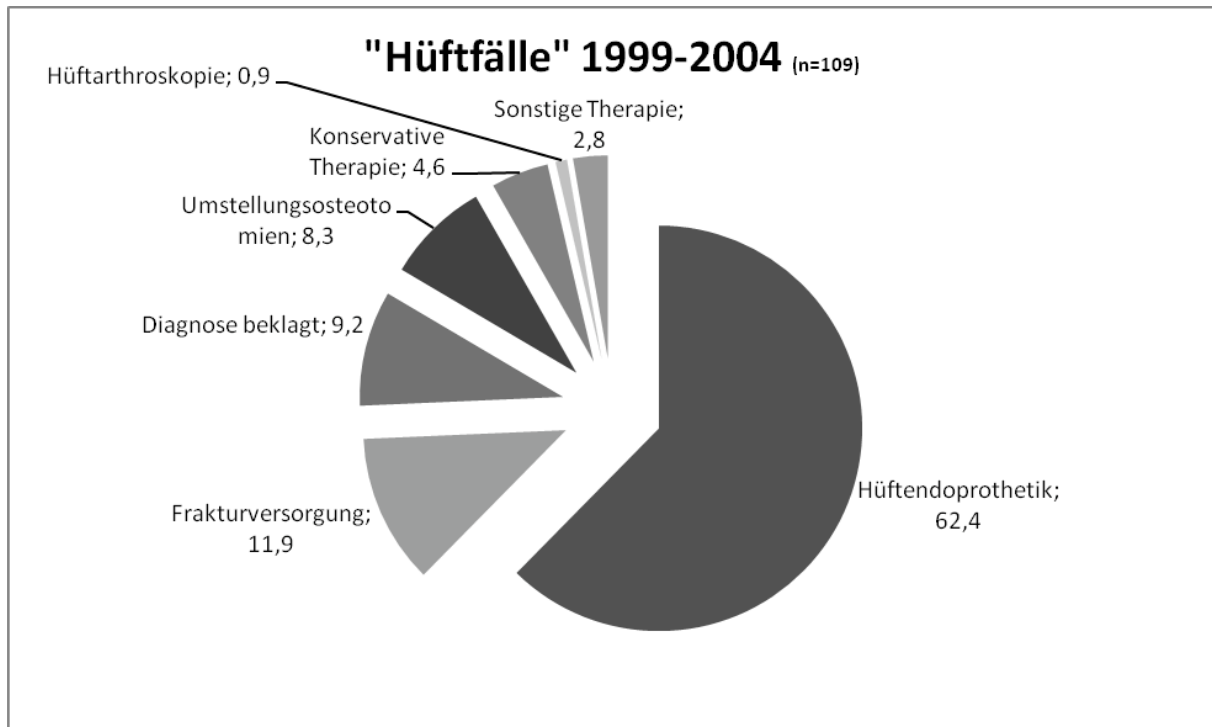
Aus letzterem geht hervor, dass sich für die Auswertung der Antragsteller eine Fallzahl von 269 und für die Auswertung der Stimmen eine Fallzahl von 273 ergeben.

Zudem ist es wichtig anzumerken, dass zum Stichtag des 01.09.2007 bei zwei Verfahrensanträgen noch kein Verfahrensausgang bekannt war.

In einem Fall war ein Votum Alternativentscheid.

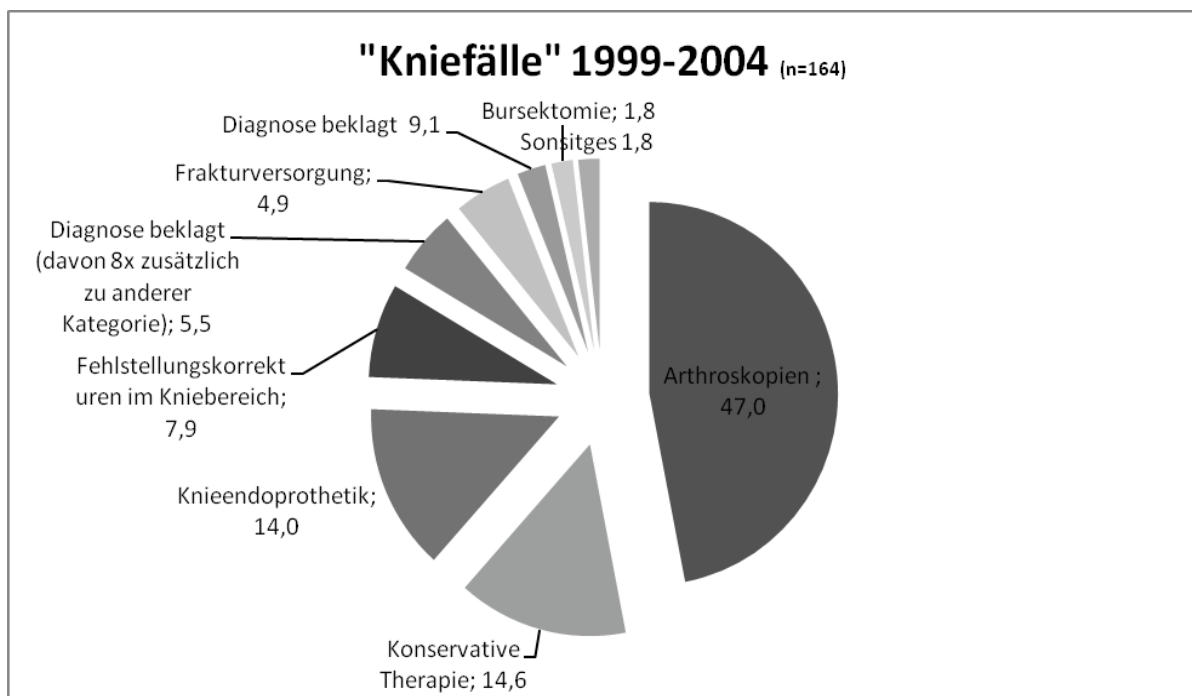
Ein Diagramm soll das Spektrum der Fallauswahl für den jeweiligen Gelenkbereich veranschaulichen:

Für den Bereich der „Hüftfälle“ zeigt sich wie folgt graphisch dargestellt (in Prozent):



**Diagr. 4**

Entsprechend für den „Kniebereich“ (in Prozent):



**Diagr. 5**

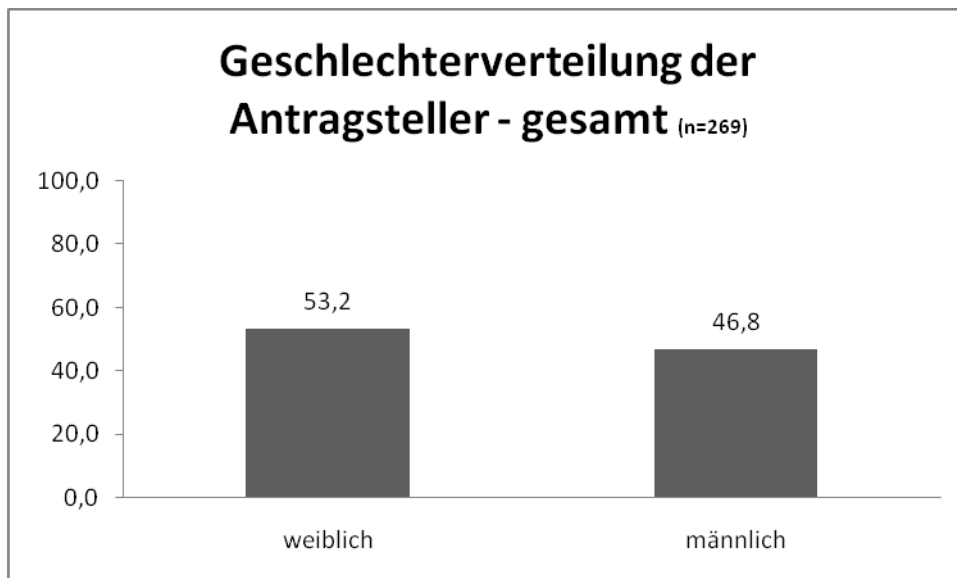
### 3.2. Auswertung im Allgemeinen

Hier wurden zum einen global alle Fälle nach der Fallzahl der Antragsteller, zum anderen nach der Fallzahl der Voten zusammengefasst. Diese Ergebnisse sollen in der Diskussion mit bereits veröffentlichten Daten verglichen werden.

#### 3.2.1. Auswertung der Antragsteller

Die Auswertung der Antragsteller umfasst eine Fallzahl von 269 und umschließt folgende Kriterien:

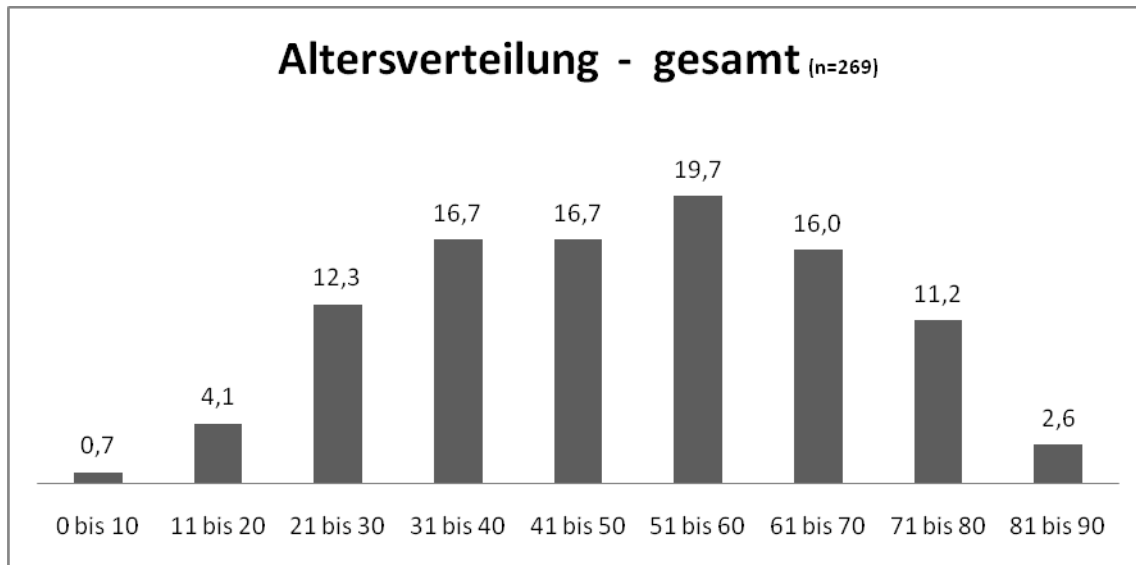
##### a) Geschlecht (in Prozent)



**Diagr. 6**

Die Grafik veranschaulicht die Geschlechterverteilung der Antragsteller und zeigt einen um 6,4%igen höheren Klageanteil der weiblichen Antragsteller.

**b) Alter zum Zeitpunkt der beklagten Behandlung (in Prozent)**

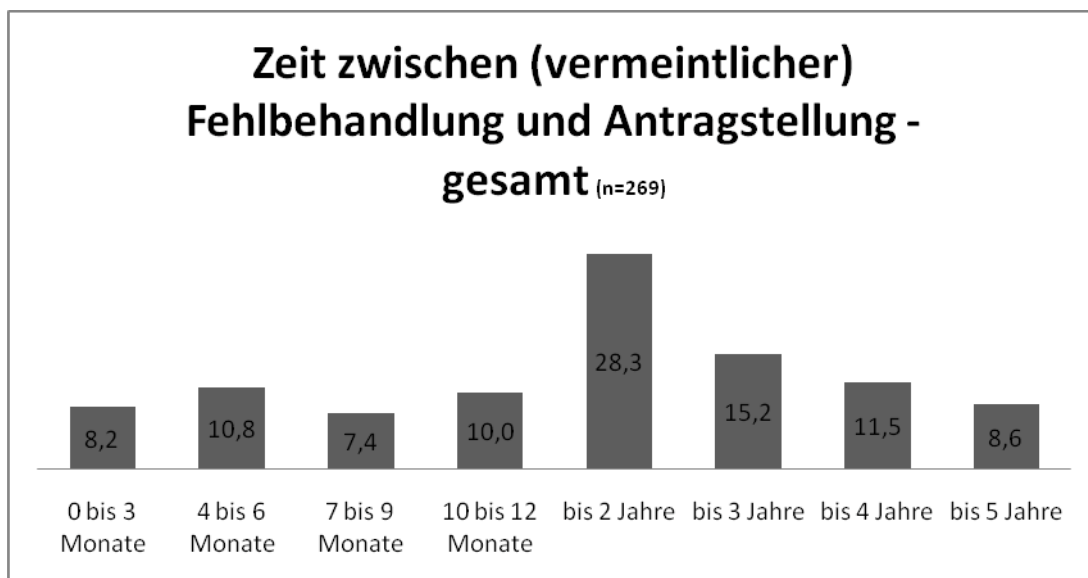


**Diagr. 7**

Es wurde für jeden Antragsteller das Alter zum Zeitpunkt der beklagten Behandlung wie folgt errechnet:

Vom Datum der (vermeintlichen) Fehlbehandlung wurde das Geburtsdatum abgezogen. Die höchsten Werte finden sich im Alter von 21 bis 70 mit einem Maximum von 19,7% bei den 51-60 jährigen.

**c) Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung (in Prozent)**

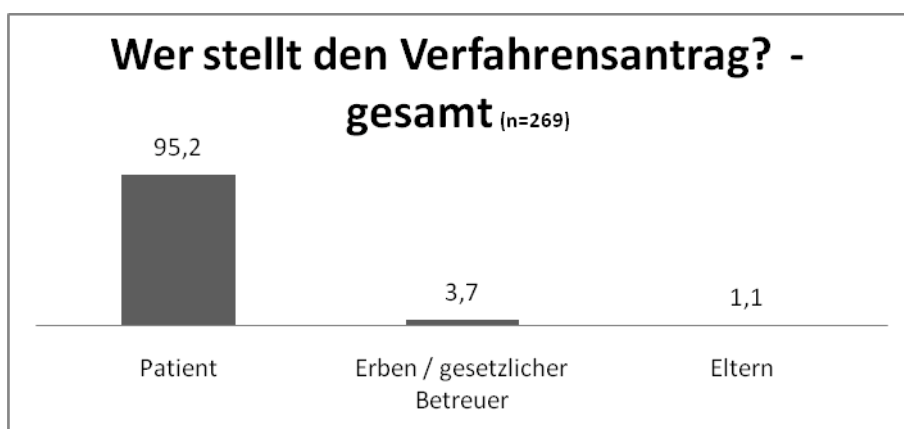


**Diagr. 8**

Es wurde für jeden Antragsteller das Zeitintervall beginnend ab Datum der beklagten Behandlung bis zum Eingang des Verfahrensantrags bei der BLÄK errechnet. Obige Verteilung gibt das Ergebnis zurück.

In **36,4%** wird der Antrag ein Jahr nach (vermeintlicher) Fehlbehandlung gestellt. Innerhalb der Verjährungsfrist von fünf Jahren werden in den ersten zwei Jahren **64,7%** ein Verfahren eingeleitet.

#### d) Wer stellt den Verfahrensantrag? (in Prozent)



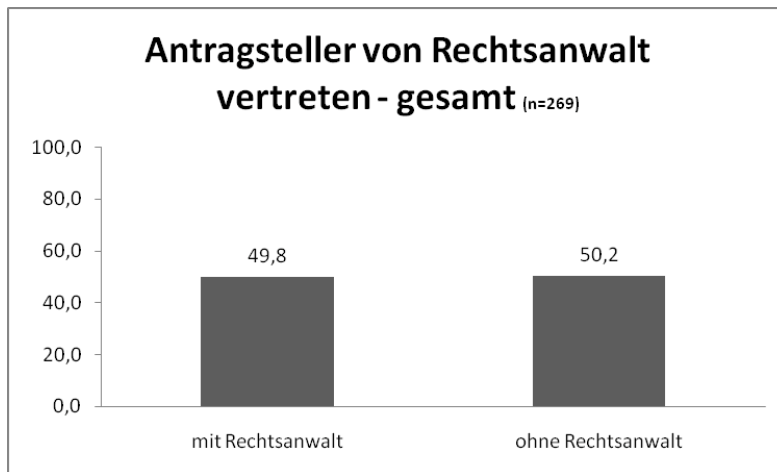
Diagr. 9

Wichtig zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass ein Verfahren grundsätzlich durch Patient, Arzt oder Haftpflichtversicherung des Arztes eingeleitet werden kann. In dem vorliegenden Datenpool war in keinem Fall der Antragsteller der beklagte Arzt oder dessen Haftpflichtversicherung.

Es konnten 3 Kategorien erstellt werden:

- in die Kategorie **Patient** fiel also der vermeintlich Geschädigte selbst.
- die Kategorie **Erben bzw. gesetzlicher Betreuer**, da der Geschädigte nicht willensfähig oder mittlerweile verstorben war.
- Die Kategorie **Eltern**, da Geschädigter minderjährig und nicht geschäftsfähig.

**e) War der Antragsteller von einem Rechtsanwalt vertreten? (in Prozent)**

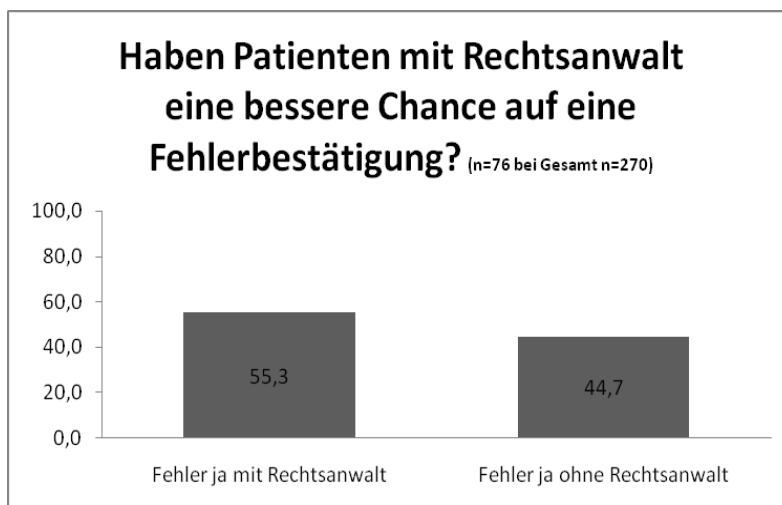


**Diagr. 10**

Im Speziellen ist zu erwähnen, dass von 269 Fällen in zwei Fällen der Antragsteller selbst Rechtsanwalt war; in weiteren zwei Fällen waren Familienangehörige der Antragsteller Juristen, von denen sie vertreten wurden.

**f) Lässt sich ein positiver Verfahrensausgang mit juristischer Hilfe eher verwirklichen? (in Prozent)**

Um zu analysieren, ob durch juristische Unterstützung eher eine Fehlerbestätigung über die bayerische Landesärztekammer zu erreichen ist, wurden die Fälle mit Fehlerbejahung dahingehend untersucht, ob das Verfahren mit Hilfe eines Rechtsanwalts geführt wurde.



**Diagr. 11**

Hier wurde allerdings die Fallzahl der abgeschlossenen Voten (n=270; zwei Voten noch ohne Verfahrensausgang; ein Votum ist Alternativentscheid) in Bezug auf die Anzahl der bejahten Fehler (n=76) herangezogen, weil der Verfahrensausgang und nicht der Antragsteller im Focus der Untersuchung liegt.

### 3.2.2. Auswertung der Voten:

Hier umfasst der Datenpool wie schon oben angeführt grundsätzlich eine Fallzahl von 273 Anträgen.

#### a) Verfahrensausgang mit Kausalität

Wegen zwei noch nicht abgeschlossenen Fällen aus 2004 und einem Verfahrensausgang mit Alternativentscheid ergibt sich eine Fallzahl in Höhe von 270 Anträgen.

Folgende Tabelle gibt die gefundenen Zahlen wieder:

Verfahrensausgang (gesamt)	
	Gesamt (n)
Anzahl Voten	270
Fehler nein	194
Fehler ja	76
Fehlerquote (Fehler ja/Anzahl Voten)	28,1%
Fehler ja und Kausalität bejaht	57
Kausalitätskorrigierte Fehlerquote	21,1%
anteilmäßig kausal	2
Fehler ja und Kausalität unklar/offen	8
Fehler ja und Kausalität verneint	9

**Tab. 4**

Von gesamt 270 ausgewerteten abgeschlossenen Verfahrensanträgen wurden 76 mit einer Fehlerbejahung bewertet. Daraus lässt sich eine **Fehlerquote** von **28,1%** errechnen.

Unter Berücksichtigung der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität konnte eine Fehlerquote in Höhe von **21,1%** gefunden werden.

In acht Fällen war es der Gutachtenstelle der BLÄK nicht möglich, die Kausalitätszusammenhänge eindeutig zu klären.

Jedoch in genau **75%** der Fälle war der bestätigte Fehler auch kausalitätserfüllend.

## b) Versorgungsstufe

Folgende Grafik gibt die beklagten Versorgungsstufen bei der gesamten Fallzahl von 273 wieder.

Es wurde eine Einteilung in acht Kategorien vorgenommen, die neben den Kategorien Beleger/Praxis, Fachkrankenhaus, Universitätsklinik und Rehaklinik die Versorgungsstufen 1 bis 4 enthält.

In die Kategorie Beleger/Praxis wurden auch Belegkliniken, Privatkliniken und OP-Zentren mit aufgenommen.

<b>Versorgungsstufen beklagt (gesamt)</b>		
	<b>n</b>	<b>in Prozent</b>
Beleger/Praxis	96	35,2
Fachkrankenhaus	36	13,2
Universitätsklinik	5	1,8
V1	11	4,0
V2	67	24,5
V3	46	16,8
V4	11	4,0
Reha-Klinik	1	0,4
<b>Summe</b>	<b>273</b>	<b>100</b>

Tab. 5

Auf den ersten Blick wird ersichtlich, dass die Kategorie **Beleger/Praxis** mit **35,2%** und die **Versorgungsstufe 2** mit **24,5% am häufigsten** mit Fehlbehandlungsanträgen konfrontiert wurden.

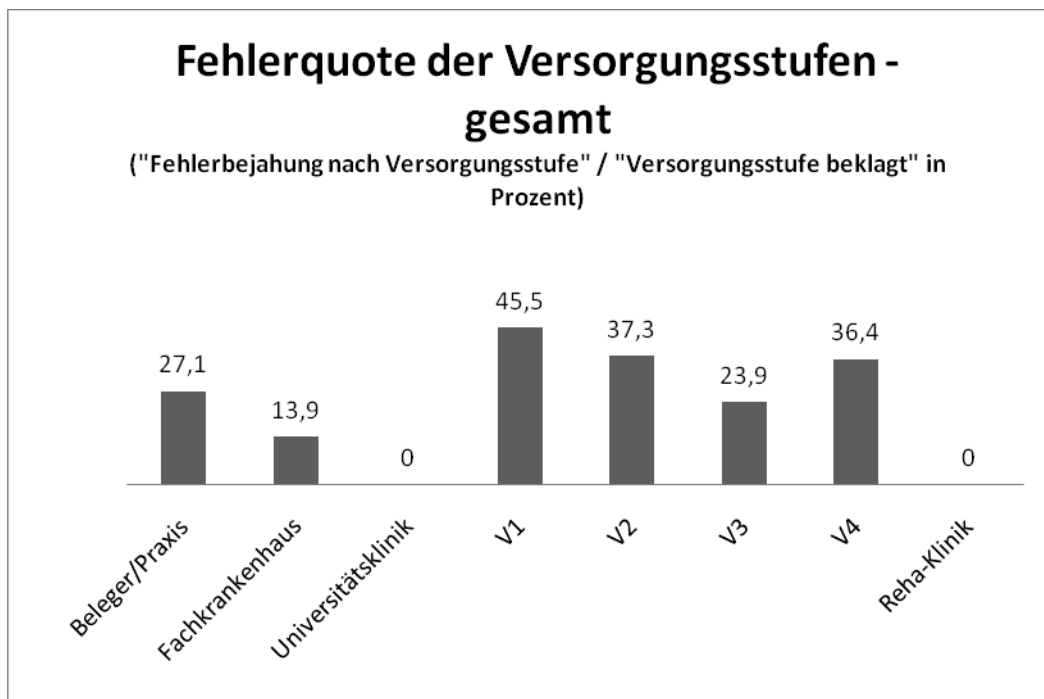
Davon zu unterscheiden ist folgendes Ergebnis, welches aufzeigen soll, **in welcher Versorgungsstufe die meisten Behandlungsfehler** gemacht werden. Hierfür wurden die 76 Fälle mit Fehlerbestätigung herangezogen.



Versorgungsstufe bei Fehler ja (gesamt)		
	n	in Prozent
Beleger/Praxis	26	34,2
Fachkrankenhaus	5	6,6
Universitätsklinik	0	0,0
V1	5	6,6
V2	25	32,9
V3	11	14,5
V4	4	5,3
Reha-Klinik	0	0
<b>Summe</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tab. 6

Setzt man die Zahlen beider Tabellen in Beziehung, so kann damit die **Fehlerquote für die einzelnen Versorgungsstufen** errechnet werden.



Diagr. 12

### **c) Fehlerzeitpunkt vermeintlich**

Mehrfachnennungen möglich!

Die Fallzahl beträgt 273.

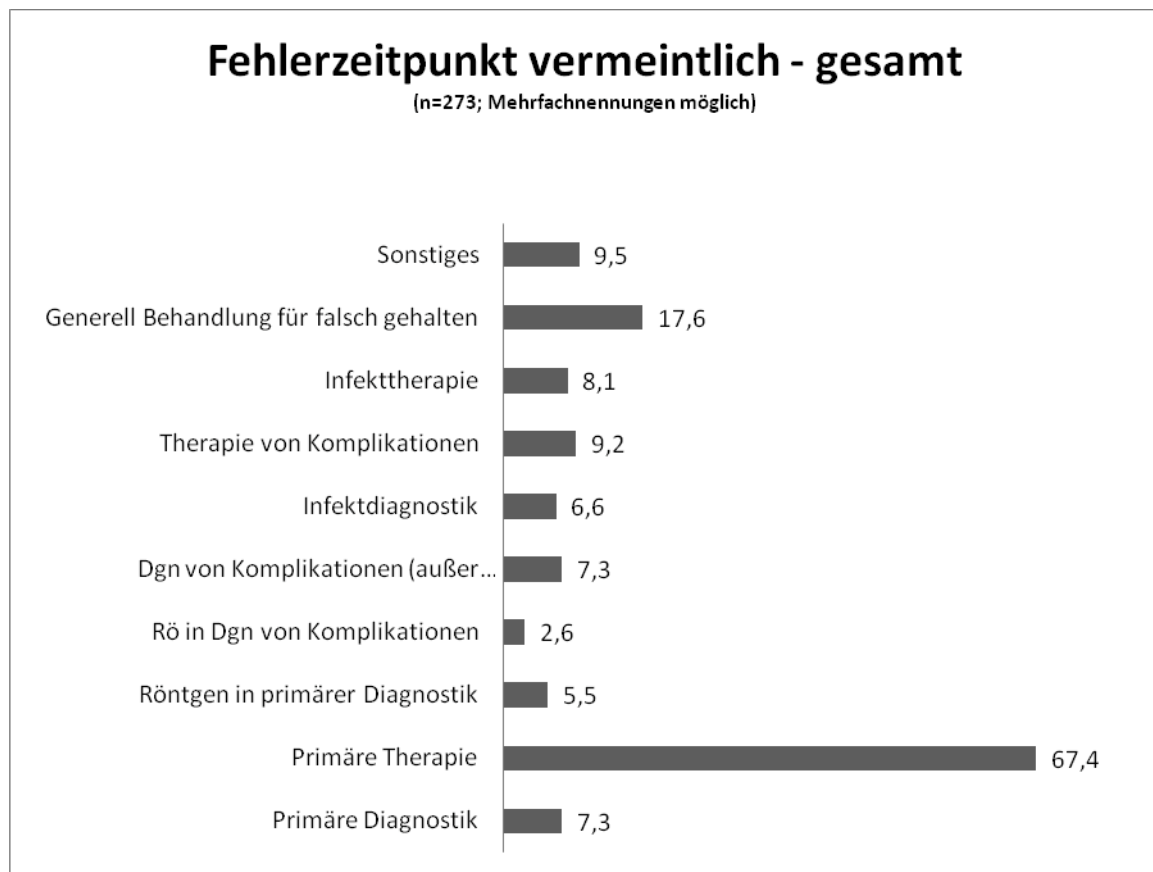
In diesem Abschnitt der Untersuchung wurde die Frage behandelt, welche bestimmten Bereiche des klinischen Behandlungsablaufs – sei es operativ oder konservativ – der Antragsteller als Laie als fehlerträchtig sah. Es wurden folgende Bereiche unterschieden:

- Primäre Diagnostik (außer Röntgen)
- Primäre Therapie
- Diagnostik von Komplikationen (außer Infektdiagnostik und Röntgen)
- Infektdiagnostik
- Therapie von Komplikationen (außer Infekttherapie)
- Infekttherapie
- Röntgen in der primären Diagnostik
- Röntgen in der Diagnostik von Komplikationen
- Generell die Behandlung für fehlerhaft angesehen
- Sonstiges

Natürlich war es möglich, dass in einem einzelnen Fall ein oder sogar mehrere o.g. Bereiche beanstandet, jedoch bei mehrfacher Nennung eines einzelnen Bereichs diese jeweils nur einmal gezählt wurden.

Die primäre Diagnostik und die Diagnostik von Komplikationen beziehen sich vor allem auf die klinische Untersuchung, aber natürlich auch auf die anderen diagnostischen Mittel apparativer Art, außer der Röntgendiagnostik. Diese wurde separat betrachtet, wobei auch auf die Zugehörigkeit zur primären Diagnostik und Diagnostik von Komplikationen geachtet wurde.

Es zeichnet sich folgendes Diagramm ab:



**Diagr. 13**

Der mit Abstand am häufigsten genannte vermeintlich fehlerhafte Behandlungsabschnitt ist die **primäre Therapie** mit **67,4%**. Mit **17,6%** wurde vom Antragsteller die gesamte Behandlung bzw. ganz **allgemein** die Behandlung als fehlerbelastet empfunden.

Die restlichen Ergebnisse lassen sich der Grafik entnehmen.

#### **d) Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja**

In diesem Abschnitt der Untersuchung wurde die Frage behandelt, ob es eine Häufung von Fehlern in bestimmten Bereichen des klinischen Behandlungsablaufs

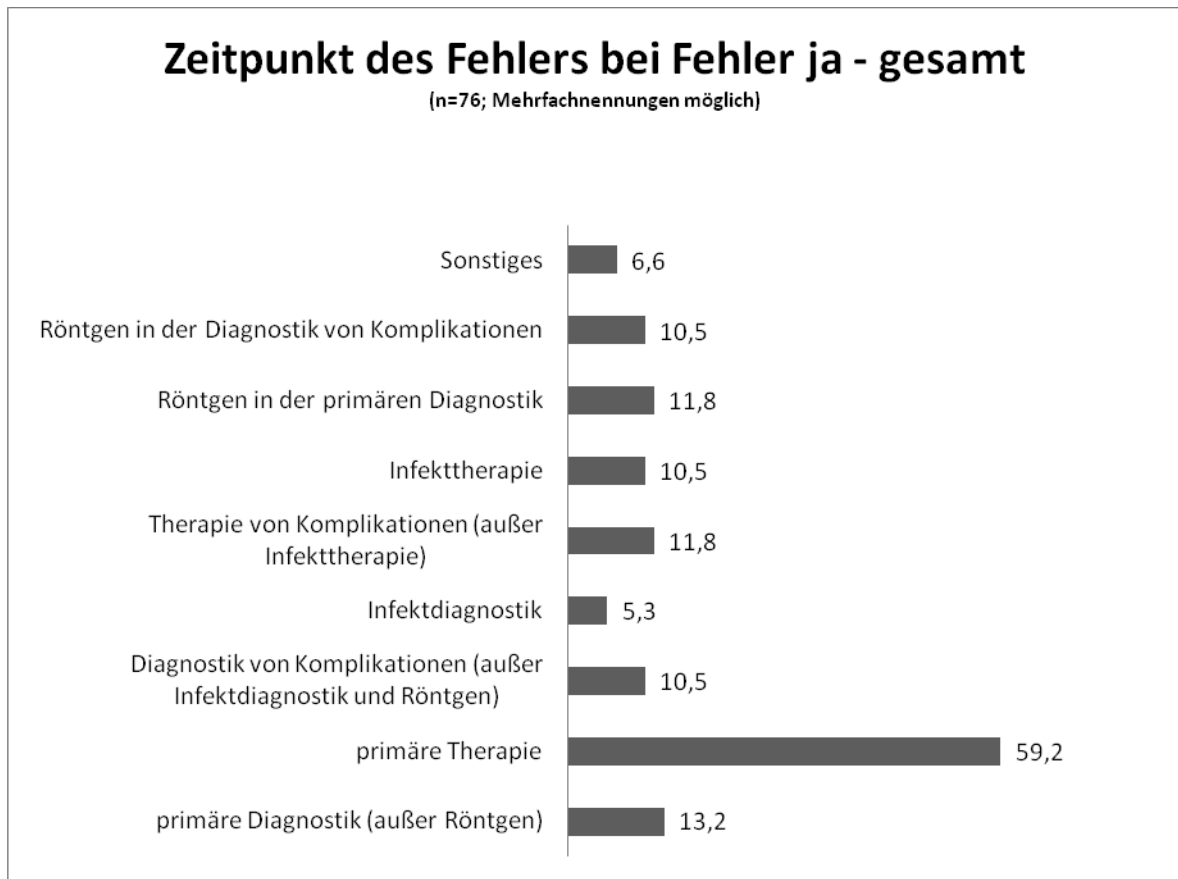
sowohl bei operativen als auch bei konservativen Behandlungen gibt und um welche Bereiche es sich dabei handelt.

Es war natürlich möglich, dass einem bestimmten Fall ein oder sogar mehrere Fehler innewohnten. Die feststellbaren Fehler konnten einen einzigen speziellen Bereich der ärztlichen Behandlung betreffen, u.U. jedoch auch verschiedene spezielle Bereiche. In dieser Untersuchung wurde jeder fehlerhafte Behandlungsbereich eines einzelnen Falles nur einmal registriert, unabhängig davon, ob er einen oder mehrere Fehler aufwies.

Im einzelnen wurden folgende Bereiche unterschieden:

- Primäre Diagnostik (außer Röntgen)
- Primäre Therapie
- Diagnostik von Komplikationen (außer Infektdiagnostik und Röntgen)
- Infektdiagnostik
- Therapie von Komplikationen (außer Infekttherapie)
- Infekttherapie
- Röntgen in der primären Diagnostik
- Röntgen in der Diagnostik von Komplikationen
- Sonstiges

Die primäre Diagnostik und die Diagnostik von Komplikationen beziehen sich vor allem auf die klinische Untersuchung, aber natürlich auch auf die anderen diagnostischen Mittel apparativer Art, außer der Röntgendiagnostik. Diese wurde separat betrachtet, wobei auch auf die Zugehörigkeit zur primären Diagnostik und Diagnostik von Komplikationen geachtet wurde.



**Diagr. 14**

Die Grafik zeigt, dass im klinischen Behandlungsabschnitt der primären Therapie mit 59,2% am häufigsten Fehler bestätigt wurden. Die restlichen Ergebnisse lassen sich dem Diagramm entnehmen.

#### **e) Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja (operativ)**

Rein unter dem Gesichtspunkt „Behandlungsfehler im operativen Bereich“ konnten die 76 fehlerbehafteten Fälle nach dem Zeitpunkt des Fehlers im Bezug auf die Operation ausgewertet werden.

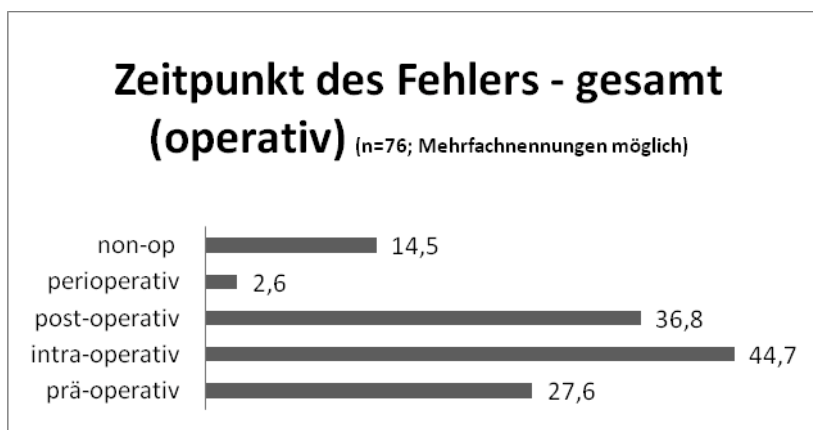
Auch hier waren wieder pro Fall Mehrfachnennungen möglich. Es wurde wieder jeder fehlerhafte Behandlungszeitpunkt eines einzelnen Falles nur einmal registriert, unabhängig davon, ob er einen oder mehrere Fehler aufwies.

Eine Einteilung in fünf Kategorien wurde vorgenommen, und zwar wie folgt:

prä-operativ	Diagnostik, Indikation, OP-Planung
intra-operativ	OP-Methodik nicht lege artis

post-operativ	gesamte post-operative Nachbetreuung inklusive Komplikationsmanagement
peri-operativ	Antibiotika-Prophylaxe, Gerinnungshemmung
non-operativ	konservative Therapie

Unter der Kategorie „non-operativ“ sind neben Fällen mit reiner konservativer Therapie auch diejenigen enthalten, die aufgrund falscher Diagnostik keiner operativen Therapie zugeführt wurden.



**Diagr. 15**

Die Grafik zeigt, dass mit **44,7%** die meisten Fehler in der **intraoperativen** Phase geschehen, gefolgt vom Nachbehandlungs- und Komplikationsmanagement in der **postoperativen** Phase mit **36,8%**.

#### **f) Aufklärungsrüge und bestätigter Aufklärungsfehler**

An dieser Stelle wurde untersucht, wie oft in der Gesamtheit aller Fälle vom Antragsteller die schriftliche bzw. mündliche Aufklärung im Antragsbegehren als fehlerbehaftet gewertet wurde.

Vorneweg sei hier zu erwähnen, dass der Gutachter nur die schriftliche Aufklärung auf Vorhandensein und Vollständigkeit überprüft und ob laut Datum diese zeitgemäß erfolgt ist. Der Gutachter bzw. die Gutachterstelle an der BLÄK haben nicht die Möglichkeit eines Schiedsgerichts, wenn widersprüchige Aussagen zwischen

Antragsteller und Antragsgegner bezüglich einer mangelhaften Aufklärung auftreten. Es ist nur beurteilbar, was ihnen schriftlich vorgelegt wird.

<b>Wie häufig wird die Aufklärungsrüge erhoben? (gesamt)</b>		
	<b>Summe</b>	<b>in Prozent</b>
Fälle gesamt	273	100
Aufklärungsrüge beanstandet	70	25,6
Aufklärungsrüge bestätigt	7	2,6

**Tab. 7**

Von den insgesamt 273 Fällen wurde 70mal die **Aufklärung vom Antragsteller als fehlerhaft empfunden**. Dies entspricht einem Prozentsatz von **25,6%**.

In sieben Fällen, gerundet **2,6%**, wurde die Aufklärung **vom Gutachter als fehlerhaft** eingestuft.

Eine Einteilung nach Kriterien, weshalb der Antragsteller mit der Aufklärung unzufrieden war, war möglich.

<b>Kategorisierung der Aufklärungsrügen (gesamt)</b>		
<b>Kategorie</b>	<b>Anzahl</b>	<b>in Prozent</b>
andere OP-Methodik als vereinbart	1	1,4
Aufklärung an sich	29	41,4
Aufklärung über anderen Eingriff	1	1,4
Eingriffserweiterung	5	7,4
keine Aufklärung	5	7,4
OP-Methodik unzureichend erläutert	4	5,7
Risikoaufklärung	26	37,1
Verstoß gegen Überlegungsfrist	2	2,9
<b>Summe</b>	<b>73</b>	<b>-</b>
(in 3 Fällen wurde die Aufklärung in 2 Kategorien gerügt)		

**Tab. 8**

Mit **41,4%** wird die Aufklärung **ganz allgemein** beklagt, ohne dass vom Antragsteller eine Kategorie im speziellen genannt wird.

Am häufigsten mit **37,1% im speziellen** Bereich wurde vom Antragsteller beklagt, dass er **nicht oder nur unvollständig über die Risiken** seiner ihm damals bevorstehenden medizinischen Behandlung aufgeklärt worden war.

In insgesamt 46 von 70 Fällen (65,7%) der beanstandeten Aufklärung konnte ein Aufklärungsfehler vom Gutachter sicher abgewiesen werden, in insgesamt 17 Fällen (24,3%) verwies der Gutachter jedoch auf seine eingeschränkte Möglichkeit, nur die ihm schriftlich vorliegenden Aufklärungsunterlagen auf Präsenz, Vollständigkeit, eingehaltene Überlegungsfrist etc. (s. Punkt 1.6.) prüfen zu können. Zu den Inhalten des mündlichen Aufklärungsgesprächs könne er keine Stellung nehmen und verwies diesbezüglich auf eine gerichtliche Entscheidung.

<b>(Bestätigter) Aufklärungsfehler (gesamt)</b>	<b>Summe</b>
nur gerichtlich klärbar	17
Anzahl abgewiesener Aufklärungsrügen	46
Anzahl bestätigter Aufklärungsrügen	7
<b>Summe</b>	<b>70</b>

**Tab. 9**

Betrachtet man die **7 Fälle mit bestätigter Aufklärungsrüge**, so ist/sind in...

- 3 Fällen die Aufklärungsunterlagen nicht auffindbar oder die Aufklärung wurde nicht dokumentiert,
- 1 Fall die Aufklärung nicht über den dann operativ durchgeführten Eingriff erfolgt.
- 2 Fällen die Aufklärung zwar erfolgt und vollständig, jedoch operativ die falsche Körperseite behandelt,
- 1 Fall die Aufklärung ungenügend.

Besonders zu erwähnen ist, dass in einem Fall der Verdacht auf nachträgliche Korrektur des Aufklärungsbogens erhoben wurde.



### g) Diskrepanz zwischen Gutachten und Gutachterstelle

Hier wurde untersucht, inwieweit eine Akzeptanz der Gutachten vor der Gutachterstelle stattfand.

Die Fallzahl betrug hier 271, da noch 2 Fälle aus 2004 ohne abschließendes Votum zum Zeitpunkt der Auswertung vorlagen und deswegen keine Beurteilung hinsichtlich dieser Fragestellung möglich war.

In 263 von 271 Fällen wurde das Gutachten für wissenschaftlich überzeugend und schlüssig befunden. Dies entspricht rund 97,05 %.

In 8 von 271 Fällen wurde dem Gutachten weitgehend bzw. teilweise zugestimmt (rund 2,95%). Bei diesen 8 Fällen wurden in einem Fall erhebliche Zweifel bezüglich des erstellten Gutachtens erhoben.

### h) operative versus konservative Therapie beklagt

Hier wurde untersucht, welcher Therapiecharakter beklagt wird. Eine Kategorisierung in die 4 Bereiche der Diagnostik, der konservativen, der minimal invasiven und der operativen Therapie. Dabei konnten vom (vermeintlich) Geschädigten abhängig von dessen speziellen Fall mehrere Bereiche benannt werden. Es wurden aber mehrere Benennungen in einem Bereich nur einmal gezählt.

Der Bereich „minimal invasive Therapie“ beinhaltet sowohl intraartikuläre Injektionen als auch Gelenkspunktionen.

Folgendes Ergebnis wurde gefunden:

<b>Operative vs. konservative Therapie beanstandet (gesamt)</b>		
<b>(n=273; Mehrfachnennungen möglich)</b>		
	<b>Summe</b>	<b>In Prozent</b>
Diagnostik beanstandet	22	8,1
Konservative Therapie beanstandet	23	8,4
Minimal invasive Therapie beanstandet	16	5,9
Operative Therapie beanstandet	231	84,6

**Tab. 10**

Mit **84,6%** wurde die **operative Therapie mit Abstand am häufigsten als fehlerhaft empfunden**, gefolgt von einer annähernd anteilsgleichen prozentualen Verteilung der anderen 3 Bereiche beginnend mit der konservativen Therapie mit 8,4%, der Diagnostik mit 8,1% und der minimal invasiven Therapie mit 5,9%.

#### **i) Häufigkeit von operativen Revisionen**

Die **Fallzahl** beträgt hier **273**.

Hier wurde untersucht, ob bei Antragstellern gemäß Laiendenken das Misstrauen durch Revisionseingriffe gegenüber der ärztlichen Tätigkeit geschürt wurde. Dazu wurde der Unterpunkt „Sachverhalt“ des Votums nach entsprechenden Einträgen durchsucht.

Bei der Zählung entfielen die rein diagnostischen Untersuchungen bzw. die rein konservativen Behandlungen, ebenso die minimal invasive Therapie (i.a. Injektion, Gelenkpunktion), sofern sich keine operative Maßnahme anschloss. Es bleibt trotzdem eine Fallzahl von 267, auf die sich die Prozentzahlen beziehen.

Dabei konnte **in 56,9%** aller Fälle ein **operativer Revisionseingriff** gezählt werden, **in 34,8% aller Fälle nicht**.

Zudem wurde in 22 Fällen (**8,2%**) **zunächst konservativ** anbehandelt und schließlich entschied man sich **doch noch für eine operative Behandlung**.

#### **j) Trauma versus Degeneration beklagt**

Die **Fallzahl** beträgt hier **273**.

Die Fragestellung zielte hier darauf ab, ob eher traumatisch bedingte oder degenerativ bedingte Therapien den Vorwurf eines ärztlichen Fehlers nach sich ziehen.

Von dem vorliegenden Patientengut konnte in **56,8%** der Fälle eine **degenerative** Erkrankung als Indikation für ärztliches Handeln ausfindig gemacht werden, in **34,8%** eine **traumatisch** bedingte.

In genau 13 Fällen (4,8%) war die ärztliche Behandlung wegen posttraumatisch degenerativer Erkrankung indiziert.

<b>Trauma vs. Degeneration beklagt (gesamt)</b> (n=273)		
	<b>Summe</b>	<b>in Prozent</b>
Trauma	95	34,8
Degeneration	155	56,8
posttraumatisch degenerativ	13	4,8
Sonstiges	10	3,7
<b>Summe</b>	<b>273</b>	

**Tab. 11**

### **k) traumatisch oder degenerativ bedingte fehlerhafte Therapien**

Die Fallzahl entspricht allen bestätigten Behandlungsfehler (n=76).

Die Fragestellung zielte hier darauf ab, ob eher traumatisch bedingte oder degenerativ bedingte Therapien einen ärztlichen Fehler nach sich ziehen.

Von den vorliegenden 76 bestätigten Behandlungsfehlern konnten genau die Hälfte (**50%**) der Kategorie „**degenerative Erkrankung**“ zugeordnet werden, Behandlungsfehler nach **Traumen** schlugen mit **39,5%** zu Buche. Mit **3,9%** wurden Behandlungsfehler bei **posttraumatisch degenerativen** Erkrankungen gefunden.

<b>Werden bei Traumen oder bei degenerativen Erkrankungen mehr Fehler gemacht? (gesamt)</b> (n=76)		
	<b>Summe</b>	<b>in Prozent</b>
Trauma	30	39,5
Degeneration	38	50,0
posttraumatisch degenerativ	3	3,9
unklar	5	6,6
<b>Summe</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

**Tab. 12**

### **l) Spätfolgen beklagt**

Ziel dieser Untersuchung war die Frage, inwiefern sich ein Patient dazu veranlasst sah, seinen behandelnden Arzt haftungsrechtlich zu belangen– sei es aufgrund von Behandlungsnebenwirkungen oder behandlungsimmanenten Komplikationen. Die

Untersuchung soll auch zur Klärung der Frage beitragen, welche Einschränkungen seiner Lebensqualität der Patient als Spätfolgen der ärztlichen Behandlung anführte. Eine Einteilung in Kategorien wurde vorgenommen, wie sie unten in der Tabelle zu sehen ist.

Die Fallzahl beträgt 273, Mehrfachnennungen waren verständlicherweise sehr zahlreich.

<b>Spätfolgen - vom Antragsteller angegeben (gesamt)</b> (n=273; Mehrfachnennungen möglich)	
<b>Kategorie</b>	<b>in Prozent</b>
weiter bestehende Schmerzen oder Verschlechterung des Schmerzstatus	50,9
eingeschränkte Bewegungsfähigkeit	44,7
verlängerter Krankheitsprozess	12,5
psychische Belastung	3,3
soziale Einschränkungen	10,6
zusätzliche Medikamenteneinnahme	6,2
invasiverer Eingriff aus vermeintlicher Fehlbehandlung in Planung	2,9
unbefriedigendes Behandlungsergebnis	14,3
Revisions-OP	20,1
Todesfall	0,7
Sonstiges	9,5

**Tab. 13**

**Am häufigsten mit 50,9%** wurden vom Patienten als Grund für seinen Antrag Status idem mit **weiterbestehenden Schmerzen** bzw. **Verschlechterung des Schmerzstatus** nach erfolgter ärztlicher Behandlung angegeben, gefolgt von **eingeschränkter Bewegungsfähigkeit des behandelten Gelenks mit 44,7%**. An dritter Stelle mit **20,1%** wurde ein – bei (vermeintlich) richtiger Behandlung – unnötiger, evtl. noch bevorstehender **Revisionseingriff** beklagt.

**In 0,7% wurde ein Todesfall als Folge der ärztlichen Behandlung beklagt.**

### m) Spätfolgen bei Fehler ja

Analog zu 3.2.2.1) wurde hier ausgewertet, welche Spätfolgen für den Patienten aufgrund der bestätigten Behandlungsfehler tatsächlich eingetreten sind.

Als Fallzahl standen wiederum die 76 bestätigten Behandlungsfehler zur Verfügung. Zudem waren wiederum Mehrfachnennungen innerhalb der Kategorien vorhanden. Sie wurden aber bei Nennung in einer Kategorie auch nur einmal registriert.

Es ergab sich folgende Tabelle:

<b>Spätfolgen bei Fehler ja (gesamt)</b> (n=76; Mehrfachnennungen möglich)	
<b>Kategorie</b>	<b>in Prozent</b>
weiter bestehende Schmerzen oder Verschlechterung des Schmerzstatus	26,3
eingeschränkte Bewegungsfähigkeit	21,1
verlängerter Krankheitsprozess	36,8
psychische Belastung	0,0
soziale Einschränkungen	1,3
zusätzliche Medikamenteneinnahme	0,0
invasiverer Eingriff aus vermeintlicher Fehlbehandlung in Planung	6,6
unbefriedigendes Behandlungsergebnis	11,8
Revisions-OP	19,7
Todesfall	0,0
Sonstiges	10,5

**Tab. 14**

An erster Stelle der Spätfolgen bei den Fällen mit Fehlerbestätigung steht mit **36,8%** der **verlängerte Krankheitsprozess**. Die zweithäufigste Spätfolge nach ärztlichem Behandlungsfehler ist der **Status idem bei Schmerzen bzw. Verschlechterung des Schmerzstatus** mit **26,3%**.

Es folgen die **eingeschränkte Bewegungsfähigkeit mit 21,1%** und die **Notwendigkeit eines Revisionseingriffes mit 19,7%** als Folge eines Behandlungsdefizites.

In **sieben Fällen** wurde vom Gutachter ein interdisziplinäres Zusatzgutachten gefordert, um das exakte Ausmaß des Behandlungsfehlers zu eruieren.

## **n) Dokumentationsmängel und ihre Folgen auf die Fehlerbestätigung**

Hier wurde untersucht, inwiefern sich Dokumentationsmängel auf einen bejahenden Verfahrensausgang auswirkten. Die Tatsache, dass Dokumentationsmängel zu einer Beweislastumkehr führen können, wurde bereits in der Einleitung unter Punkt 1.7.e) ausführlich behandelt.

Analysiert wurden wiederum die 273 Voten bezüglich der Anmerkungen des Gutachters auf eine mangelhafte bzw. fehlerhafte Dokumentation. Wurden pro Votum zugleich mehrere Dokumentationsfehler vom Gutachter gefunden, so wurden diese jedoch pro Votum nur als einmal gezählt.

In insgesamt 14 von den 273 vorliegenden Voten wurden vom jeweiligen Gutachter Mängel in der Dokumentation beanstandet. Dies entspricht einem Prozentsatz von 5,13%. Davon 11mal bei Verfahrensausgang „Behandlungsfehler ja“, 3mal bei Verfahrensausgang „kein Behandlungsfehler“.

Inwiefern hat sich nun der Dokumentationsfehler auf eine Fehlerbejahung ausgewirkt?

Verständlicherweise werden die 3 Fälle mit Dokumentationsmängel, aber ohne bejahenden Verfahrensausgang, hier nicht mitgezählt; es verbleibt also für die folgende Untersuchung eine Fallzahl von 11. Das Ergebnis lässt sich tabellarisch darstellen.

<b>Inwiefern erwirken Dokumentationsmängel einen bejahenden Verfahrensausgang? (gesamt)</b>		
	<b>n=11</b>	<b>in Prozent</b>
nicht Fehler verursachend	1	9,1
Fehler mitverursachend	4	36,4
Fehler verursachend	6	54,5

**Tab. 15**

### 3.3. Auswertung im Speziellen

Nachfolgend wird der Focus der Untersuchung speziell auf die Fälle mit der Thematik Hüftendoprothetik, Knieendoprothetik und Kniearthroskopie gelegt.

#### 3.3.1. Hüftendoprothetik

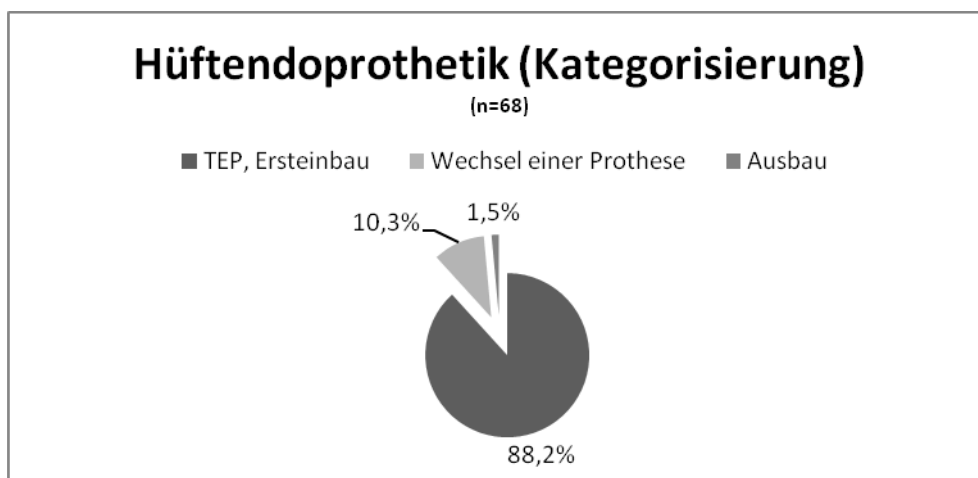
Im Folgenden sollen gezielt alle Voten mit der Thematik Endoprothetik am Hüftgelenk analysiert und anschaulich dargestellt werden.

##### 3.3.1.1. Kategorisierung

68 Voten mit o.g. Thematik ließen sich nachfolgend untergliedern in

- Totalendoprothetik, Erstimplantation mit über 88% (davon in zwei Fällen eine partiale Endoprothese)
- Prothesenwechsel mit über 10%
- Prothesenausbau mit 1,5%

Es wurde immer die (vermeintlich) fehlerhafte Behandlung gezählt, die als erste vom Antragsteller als fehlerhaft genannt wurde. Somit wurden Mehrfachnennungen ausgeschlossen.

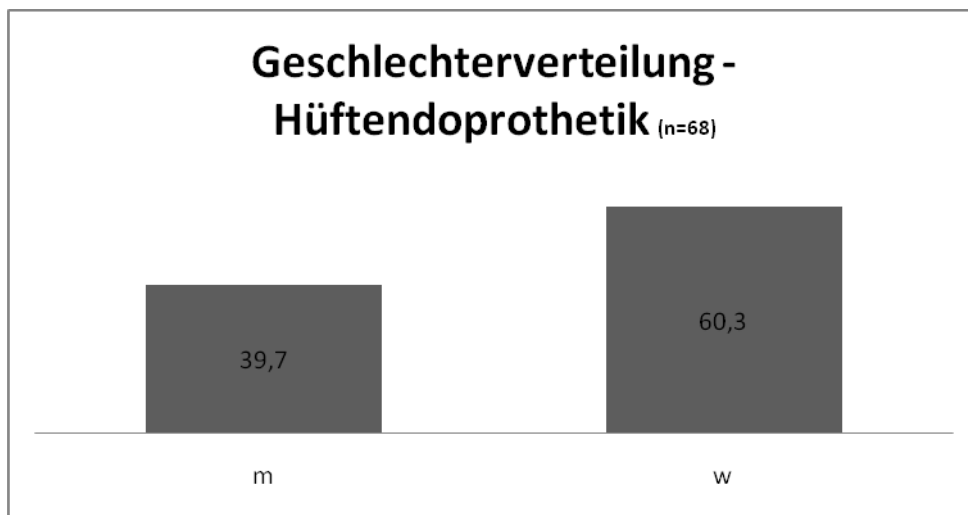


Diagr. 16

Dem Diagramm ist zu entnehmen, dass am häufigsten mit 88,2% die Erstimplantation einer Hüfttotalendoprothese beanstandet wurde, gefolgt von Prothesenwechsel mit 10,3% und Prothesenausbau mit 1,5%.

### 3.3.1.2. Geschlechterverteilung

Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigte sich bei den vorliegenden 68 „Hüft-TEP-Fällen“ ein um **20,6% größeres Klagepotential bei weiblichen Behandelten**.

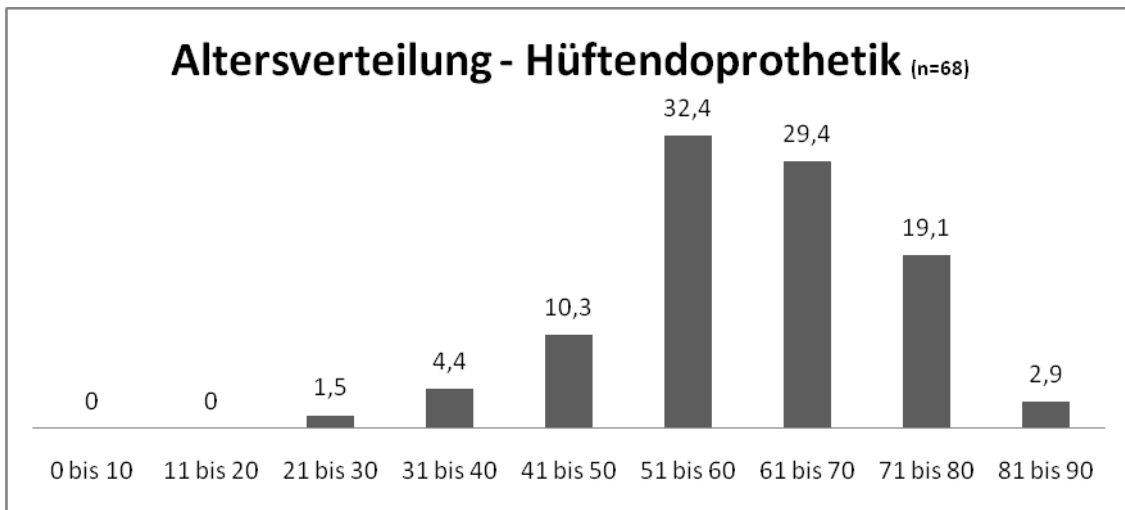


Diagr. 17

### 3.3.1.3. Altersverteilung

Bezüglich der Altersverteilung bei den vorliegenden 68 „Hüft-TEP-Fällen“ zeigte sich ein **Maximum bei den 51 bis 70 Jährigen mit 61,8%**.



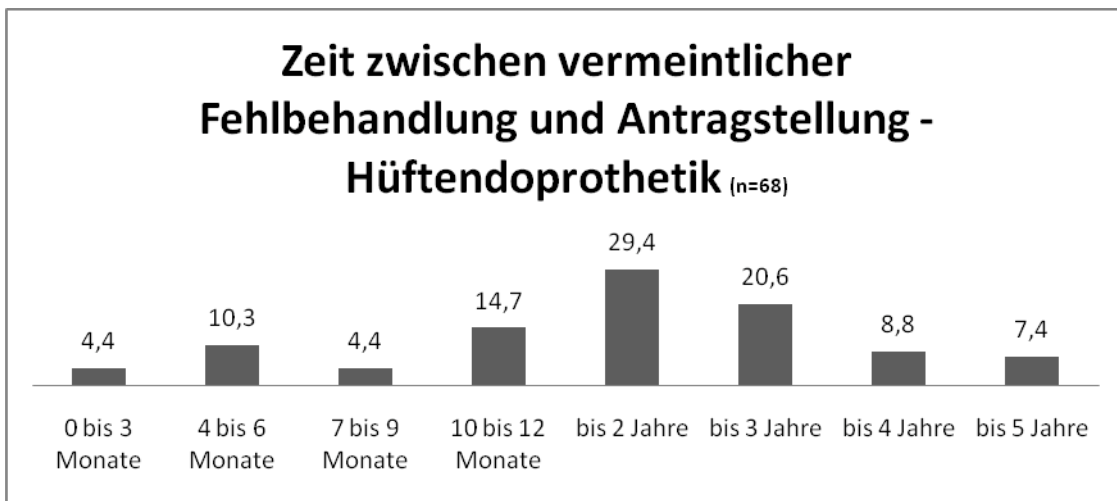


**Diagr. 18**

#### **3.3.1.4. Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung**

Hier wurde analog zu 3.2.1.c) das Zeitintervall errechnet, ausgehend vom Tag der (vermeintlichen) Fehlbehandlung bis zum Tag des Antrageingangs bei der bayerischen Gutachterstelle.

Fallzahl wiederum 68.



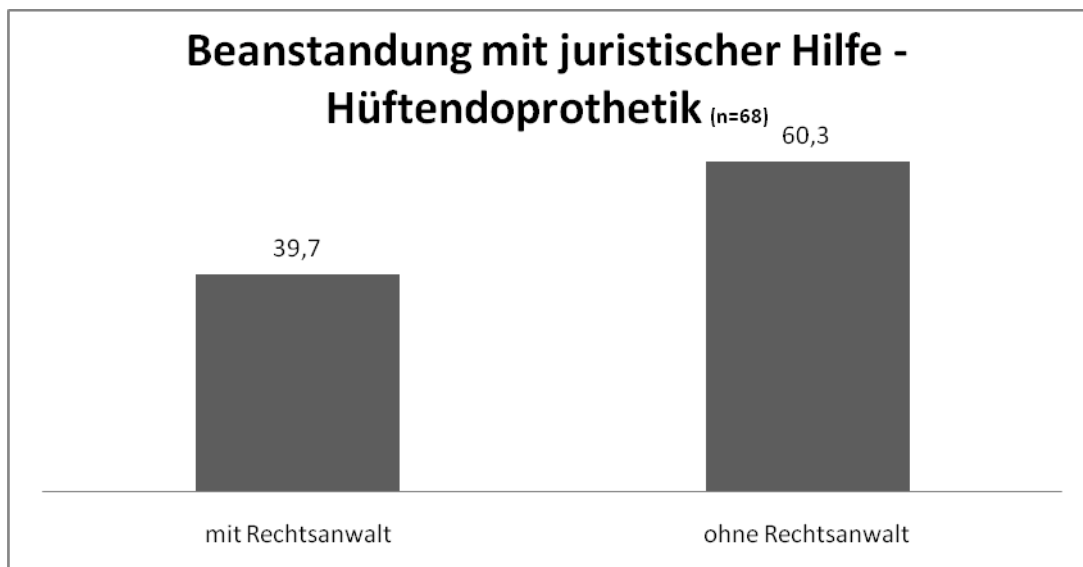
**Diagr. 19**

Das Diagramm zeigt, dass in 33,8% der 68 Fälle im ersten Jahr und in 29,4% der 68 Fälle im zweiten Jahr nach (vermeintlicher) Fehlbehandlung der Antrag bei der Gutachterstelle Bayern eingereicht wurde. Daraus folgt, dass **in 63,2% der**

**„Hüftendoprothetik-Fälle“ in den ersten zwei Jahren nach vermeintlicher Fehlbehandlung** ein Antrag an der bayerischen Gutachterstelle gestellt wurde.

### **3.3.1.5. Beanstandung mit juristischer Hilfe**

Analog zu 3.2.1.e) wurde für die 68 „Hüftendoprothetik-Fälle“ eruiert, ob der vermeintlich geschädigte Patient den Antrag unter Zuhilfenahme eines Rechtsanwalts stellte. Es ergab sich folgende Verteilung:



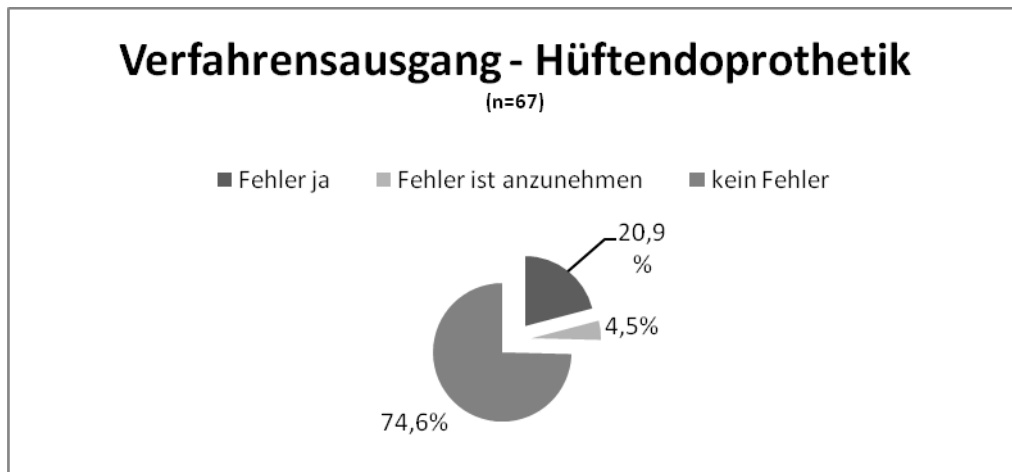
**Diagr. 20**

In gut einem Drittel wurde der Antrag bei den „Hüftendoprothetik-Fällen“ mit Hilfe eines Rechtsanwalts an der bayerischen Gutachterstelle eingereicht.

### **3.3.1.6. Verfahrensausgang**

Die jeweiligen abschließenden Voten wurden nach den Kategorien „Fehler ja“, „Fehler ist anzunehmen“ und „kein Fehler“ eingeteilt.

Ein Fall war zum Auswertungszeitpunkt noch offen, daher beträgt die Fallzahl nur 67 anstatt 68 Fälle!



**Diagr. 21**

Fehler ja                                      n=14

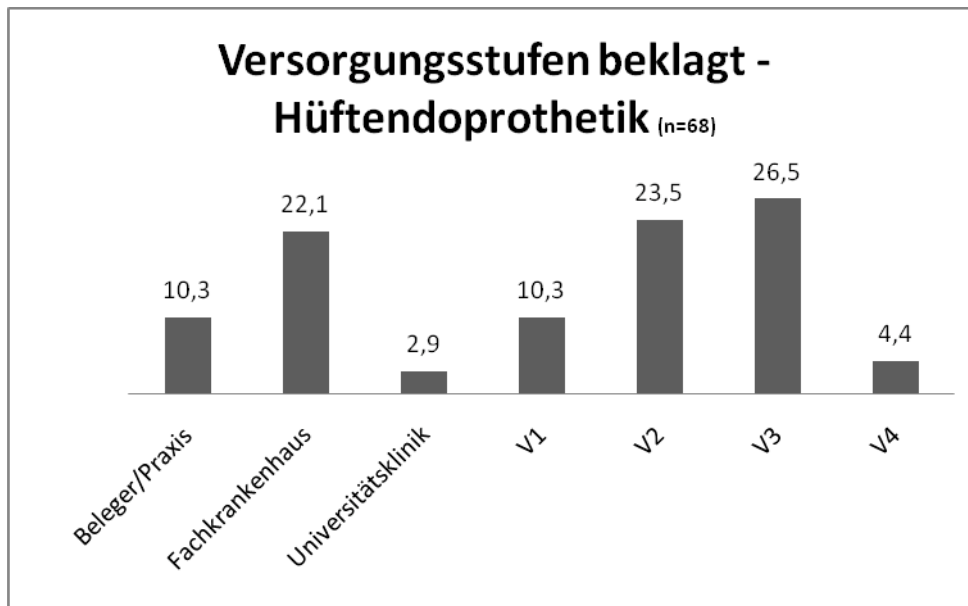
Fehler ist anzunehmen                      n=3

Das Diagramm zeigt eine **Fehlerquote von 20,9%** bei 14 sicheren Fehlern, zählt man die Kategorie „Fehler ja“ und „Fehler ist anzunehmen“ (n=3) zusammen, erhält man eine Fehlerquote in Höhe von 25,4%.

### **3.3.1.7. Versorgungsstufen beklagt**

Hier sollte analog zu 3.2.2.b) untersucht werden, welche Versorgungsstufen von den Antragsstellern bevorzugt beklagt werden, speziell bei den vorliegenden „Hüftendoprothetik-Fällen“. Die Kategorie „Reha-Klinik“ wurde allerdings als nichtoperatives Fach weggelassen.

Das untenstehende Diagramm zeigt, dass die Versorgungsstufen in Reihenfolge V3, V2 und Fachkrankenhäuser mit am häufigsten (V3=26,5%; V2=23,5%; Fachkrankenhaus=22,1%) bei Hüftendoprothetik-Fällen beklagt werden.

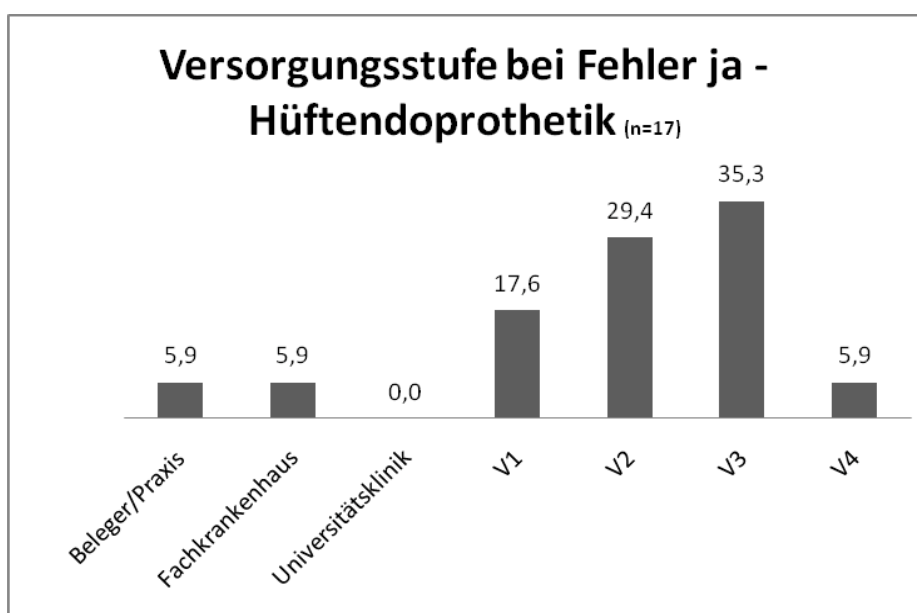


**Diagr. 22**

### **3.3.1.8. Versorgungsstufe bei Fehler ja**

Hier sollte ebenfalls analog zu 3.2.2.b) untersucht werden, welche Versorgungsstufen die meisten Fehler produzierten. Die Kategorie „Reha-Klinik“ wurde allerdings als nichtoperatives Fach weggelassen.

Bei n=17 bestätigten Fehlern der 67 (ein Fall noch offen!) Hüftendoprothetik-Fälle ergab sich folgendes Diagramm:

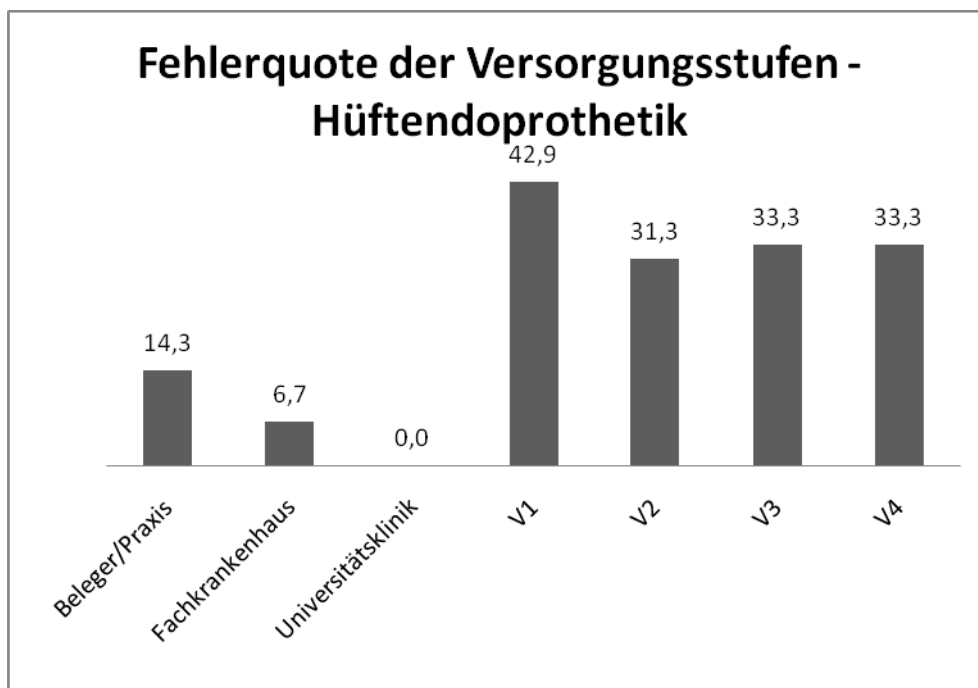


**Diagr. 23**

Im Vergleich zu den anderen Kategorien ist die Versorgungsstufe V3 mit 35,3% die Kategorie mit den meisten bestätigten Behandlungsfehlern aus dem Bereich der Hüftendoprothetik, gefolgt von der Versorgungsstufe V2 mit 29,4% und Versorgungsstufe V1 mit 17,6%. War das Fachkrankenhaus unter 3.3.1.7 noch mit 22,1%iger Verteilung aller Beanstandungen konfrontiert, zeigt sich hier eine nur 5,9%ige Fehlerbelastung.

### 3.3.1.9. Fehlerquote der Versorgungsstufe

Teilt man die jeweilige Zahl der Versorgungsstufe bei Fehler ja durch die entsprechende Zahl der beklagten Versorgungsstufen, so erhält man die Fehlerquote der Versorgungsstufe, also welche Versorgungsstufe die meisten Fehler macht. Das Ergebnis zeigt folgendes Diagramm:



**Diagr. 24**

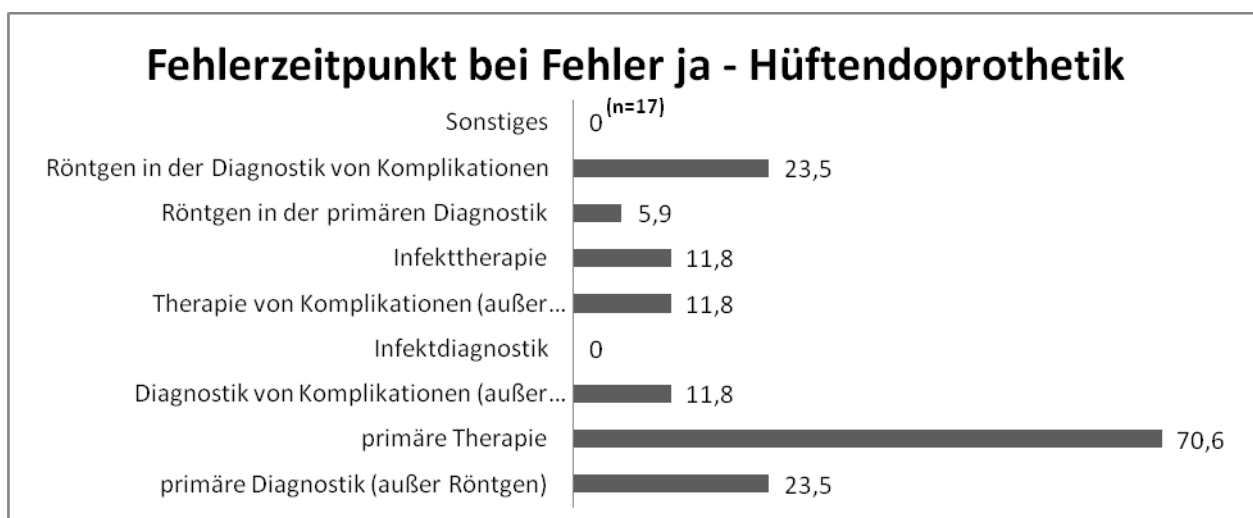
Die Versorgungsstufe V1 ist mit 42,9% bei Hüftendoprothetik-Eingriffen am fehlerträchtigsten gefolgt von V3, V4 und V2 mit jeweils über 30%.

### 3.3.1.10. Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja

Analog zu 3.2.2.d) soll hier nur die fehlerhafte Maßnahme oder das Unterlassen einer erforderlichen Maßnahme durch den Arzt wiedergegeben werden, nicht aber das Eintreten einer Komplikation.

Ebenso waren wieder Mehrfachnennungen möglich, die jedoch pro Kategorie nur einmal gezählt wurden.

Die Fallzahl beträgt wiederum die 17 bestätigten Behandlungsfehler.



**Diagr. 25**

Der Behandlungsfehler liess sich in 70,6% auf die primäre Therapie zurückführen, in 23,5% auf die primäre Diagnostik (ohne Röntgendiagnostik) und mit ebenfalls 23,5% auf die Röntgendiagnostik von Komplikationen. Die übrigen Zahlen sind dem Diagramm zu entnehmen.

### 3.3.1.11. Fehlerzeitpunkt beklagt

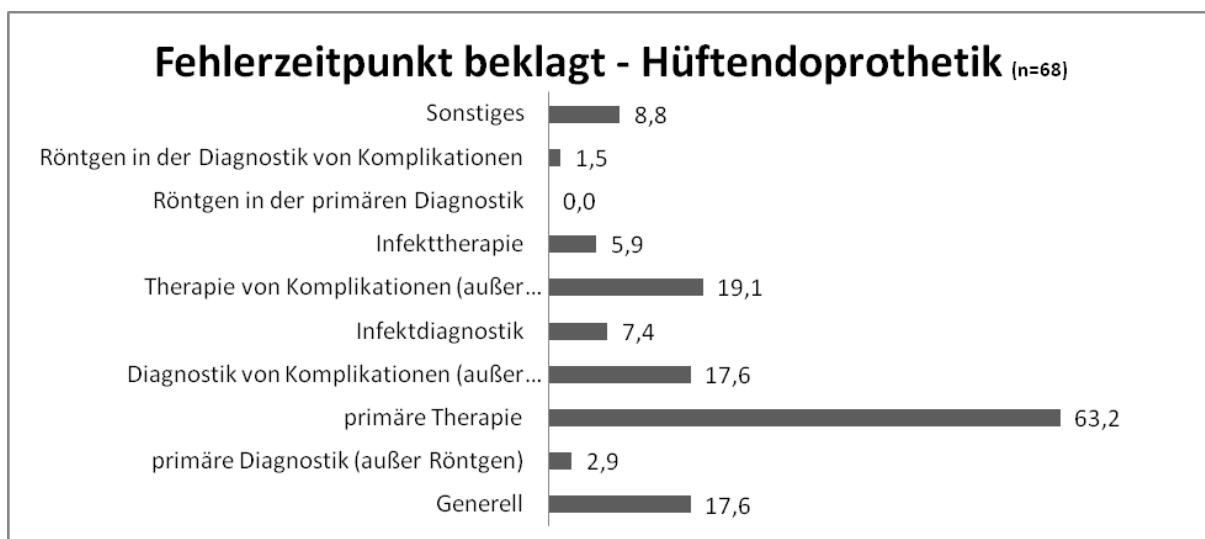
Hier wurde analog zu 3.2.2.d) versucht, darzustellen, in welchem Behandlungszeitpunkt der Antragsteller als „Laie“ einen Behandlungsfehler vermutete.

Wie unter 3.3.1.10 soll hier nur die vermutete fehlerhafte Maßnahme oder das vermeintliche Unterlassen einer erforderlichen Maßnahme durch den Arzt aus Sicht

des Antragstellers wiedergegeben werden, nicht aber das Eintreten einer Komplikation.

Mehrfachnennungen waren möglich, wurden allerdings pro Kategorie nur einmal registriert.

Die Fallzahl umschließt alle 68 beanstandeten Hüftendoprothetik-Behandlungen.



**Diagr. 26**

Die Antragsteller vermuteten in 63,2% der Fälle einen Behandlungsfehler in der primären Therapie, in 19,1% einen Fehler in der Therapie von Komplikationen (außer der Infekttherapie). Dass Komplikationen nicht erkannt wurden, glaubten 17,6% der vermeintlich Fehlbehandelten. Zu gleicher Prozentzahl konnte der Antragsteller nicht exakt den Fehlerzeitpunkt bestimmen bzw. wurde von ihm generell unterstellt, dass die gesamte Behandlung fehlerhaft gewesen sei.

### **3.3.1.12. Aufklärungsrüge**

Analog zu 3.2.2.f) wurde innerhalb der „Hüftendoprothetik-Fälle“ untersucht, wie oft vom Antragsteller die schriftliche bzw. mündliche Aufklärung im Antragsbegehren als fehlerbehaftet gewertet wurde und wie vom Gutachter – soweit es ihm überhaupt möglich war (vgl. 3.2.2.f) – die Patientenaufklärung beurteilt wurde.

Von den 68 Fällen aus der Hüftendoprothetik wurde vom Antragsteller in 15 Fällen die Aufklärung bemängelt, dies entspricht 22,1%.

Eine Kategorisierung der 15 Aufklärungsrügen analog zu 3.2.2.f) ließ eine exaktere Analyse zu.

Mehrfachnennungen waren möglich.

In sieben Fällen (46,7%) bemängelten die Antragsteller, nicht über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt worden zu sein. Folgende Tabelle soll die Verteilung wiedergeben:

<b>Kategorisierung der Aufklärungsrügen (Hüftendoprothetik) (n=15)</b>		
<b>Kategorie</b>	<b>Anzahl</b>	<b>In Prozent</b>
Andere OP-Methodik als vereinbart	1	6,7
Aufklärung an sich	5	33,3
Aufklärung über anderen Eingriff	0	0
Eingriffserweiterung	0	0
Keine Aufklärung erfolgt	1	6,7
OP-Methodik unzureichend erläutert	1	6,7
Risikoaufklärung	7	46,7
Verstoß gegen Überlegungsfrist	0	0

**Tab. 16**

In fünf Fällen (33,3%) wurde die Aufklärung ganz allgemein als fehlerhaft empfunden.

Von diesen 15 vorgeworfenen Aufklärungsfehlern konnten neun (60,0%) vom Gutachter abgewiesen werden, in einem Fall wurde der Aufklärungsfehler bestätigt (operativer Eingriff auf falscher Seite). In den restlichen fünf Fällen (33,3%) müsste laut Gutachter die Entscheidung vor einem ordentlichen Gericht gefällt werden.

### **3.3.1.13. Fehlerbejahung in Abhängigkeit von juristischer Unterstützung**

Hier wurde analog zu 3.2.1.f) untersucht, ob bei den 17 fehlerbestätigten Fällen aus der Hüftendoprothetik eine Fehlerbejahung durch juristische Unterstützung eher zu erreichen war.



Von den 17 bestätigten Fehlern wurde in elf Fällen ohne Rechtsanwalt (64,7%) geklagt, folgend in sechs Fällen (35,3%) mit Rechtsanwalt.

Somit lässt sich nachweisen, dass die Zuhilfenahme eines Rechtsanwalt keinen erkennbaren Vorteil in Hinsicht auf eine Fehlerbestätigung bei den vorliegenden „Hüftendoprothetik-Fällen“ mit sich bringt.

#### **3.3.1.14. Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt?**

Ziel dieser Untersuchung war, wie häufig ein Patient durch das Auftreten einer behandlungsimmanenten Komplikation speziell bei der Implantation einer Hüftgelenksprothese zu einem Behandlungsfehlervorwurf veranlasst wird. Zudem soll aufgezeigt werden, dass Patienten trotz regelrechter Aufklärung mit Erwähnung behandlungsimmanenter Komplikationen eben diese in ihrem Antragsbegehren anführen.

Als Informationsquelle für die behandlungsimmanenten Komplikationen der Hüftendoprothetik diene ein Diomed – Aufklärungsbogen mit Titel „Hüftgelenkersatz“ aus dem Jahre 2001, der sich hinsichtlich der aufgeführten Nebenwirkungen und Komplikationen des Eingriffs wohl nicht von Bögen anderer Hersteller unterscheiden mag.

Nur die Fallzahl der Erstimplantationen (n=60) dienten als Datenpool. Der eine bestätigte Aufklärungsfehler (siehe 3.3.1.12.) sei vernachlässigt.

In zwei Fällen wurde keine Komplikation, sondern ein voll beherrschbares Risiko (vergessene Komresse; Operation auf falscher Körperseite) beanstandet. Daraus folgt eine Fallzahl von 58. Desweiteren waren natürlich Mehrfachnennungen möglich, so wie auch mehrere Komplikationen pro Fall eintreten konnten.

Nachfolgend sind die Komplikationen in Reihenfolge ihrer genannten Häufigkeit aufgeführt (nichtgenannte Komplikationen sind demnach nicht enthalten):

Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt? (Hüftendoprothetik) (n=58; Mehrfachnennungen möglich)		
Beklagte Komplikation	Anzahl	In Prozent
Nervenschädigung mit Gefühlsstörungen, Nervenschmerzen oder Lähmungen	18	31,0
Beinlängendifferenz	13	22,4
Prothesenverschleiss, Prothesenlockerung, Prothesenbruch nach einigen Jahren (davon 8x Prothesenlockerung, 2x Prothesenbruch)	10	17,2
Knochen- oder Gelenkinfektion mit der Folge eines erneuten Eingriffs	6	10,3
Luxationen mit evtl. anschließender OP	6	10,3
Fraktur des Oberschenkelchaftes	1	1,7
Wundheilungsstörung	1	1,7
Thrombose mit konsekutiver Embolie	1	1,7

**Tab. 17**

Zählt man die **Beanstandung einer oder mehrerer Komplikationen pro Fall als Ja bzw. Nein**, so wird in 50 von den 58 Fällen eine eingetretene Komplikation beanstandet. Dies entspricht prozentual **86,2%**.

### 3.3.2. Knieendoprothetik

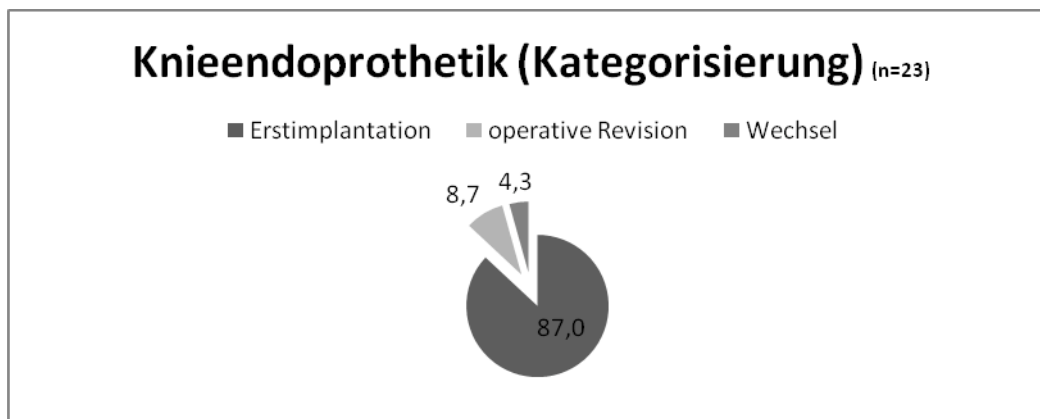
Im Folgenden werden analog zu den Fällen der Hüftendoprothetik die Ergebnisse für die Knieendoprothetik dargestellt.

#### 3.3.2.1. Kategorisierung

Von den vorhandenen 273 Anträgen konnten **23** der Thematik der Knieendoprothetik zugeordnet werden. Innerhalb dieser Thematik konnte noch wie folgt unterschieden werden zwischen:

- Erstimplantation einer Knie-Totalendoprothese mit 87,0% (davon in drei Fällen eine partielle Knieendoprothese)
- Operativer Revision mit 8,7%
- Implantatwechsel mit 4,3%

Es wurde immer die (vermeintlich) fehlerhafte Behandlung gezählt, die als erste vom Antragsteller als fehlerhaft genannt wurde. Somit wurden Mehrfachnennungen ausgeschlossen.

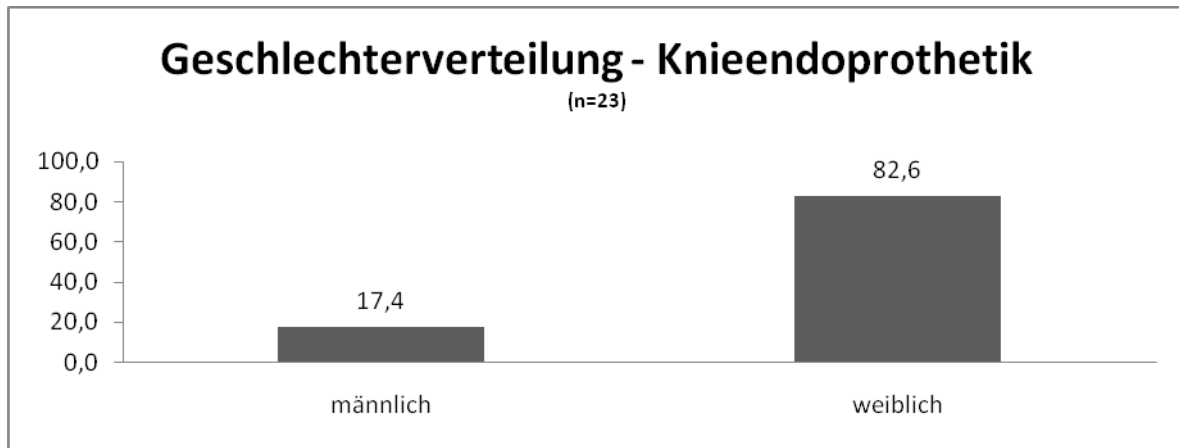


**Diagr. 27**

Dem Diagramm ist zu entnehmen, dass am häufigsten mit 87,0% die Erstimplantationen von Knieendoprothesen beanstandet wurden, gefolgt von operativen Revisionen nach Protheseneingriffen am Kniegelenk mit 8,7% und Prothesenwechsel am Kniegelenk mit 4,3%.

### 3.3.2.2. Geschlechterverteilung

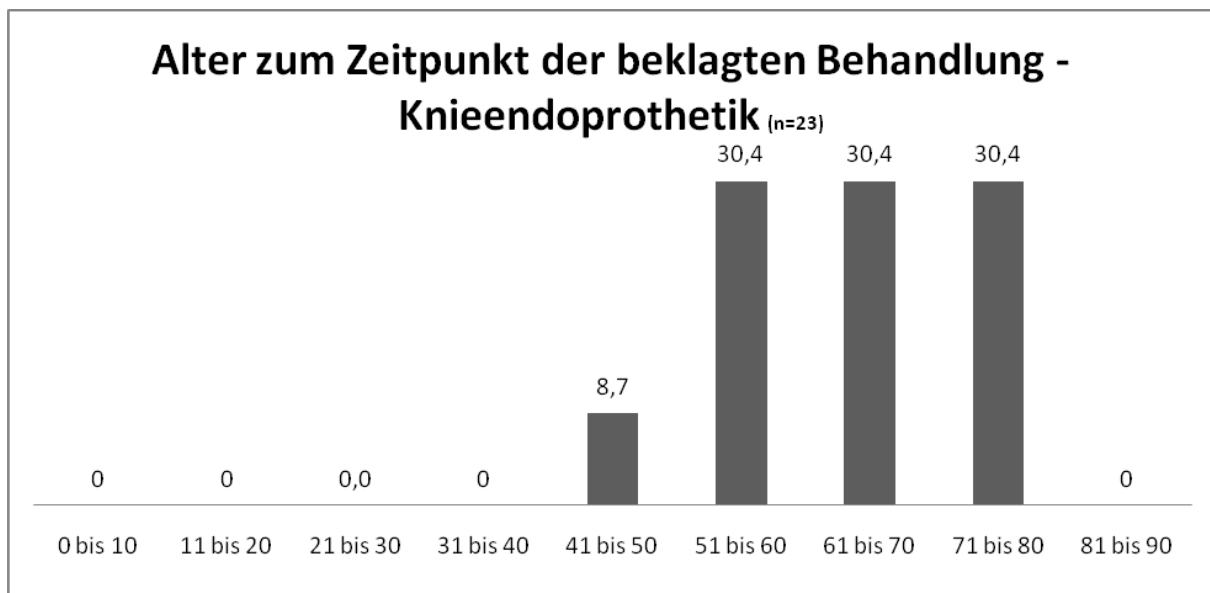
Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigte sich bei den vorliegenden 23 „Knie-TEP-Fällen“ ein um **65,2% größeres Klagepotential bei weiblichen Behandelten**.



Diagr. 28

### 3.3.2.3. Altersverteilung

Bezüglich der Altersverteilung bei den vorliegend 23 „Knie-TEP-Fällen“ zeigte sich ein **Maximum bei den 51 bis 80 Jährigen mit 91,4%**.

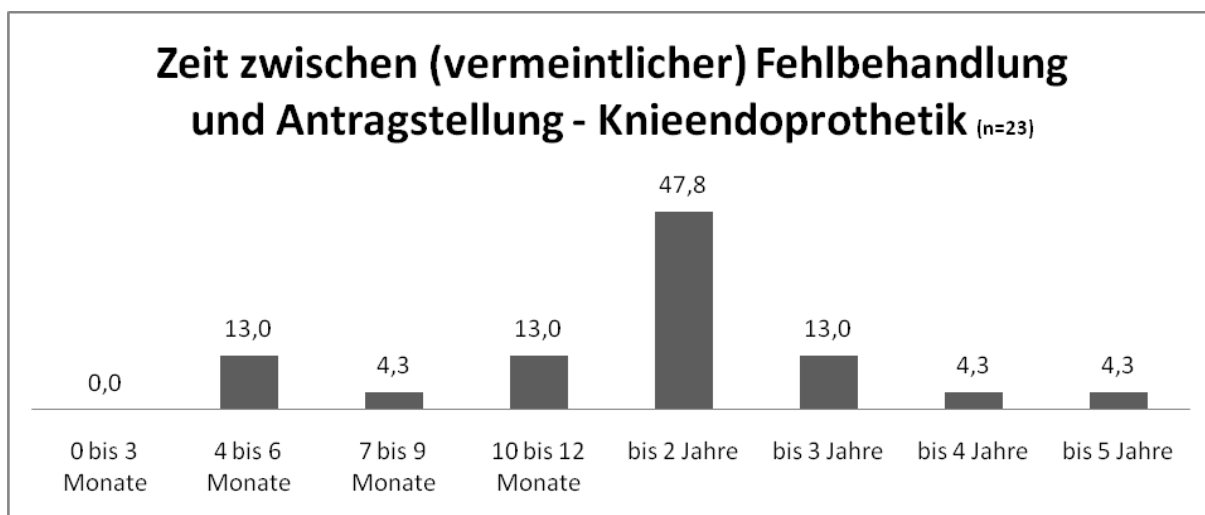


Diagr. 29

### 3.3.2.4. Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung

Hier wurde analog zu 3.2.1.c) das Zeitintervall errechnet, ausgehend vom Tag der (vermeintlichen) Fehlbehandlung bis zum Tag des Antrageingangs bei der bayerischen Gutachterstelle.

Fallzahl wiederum 23.

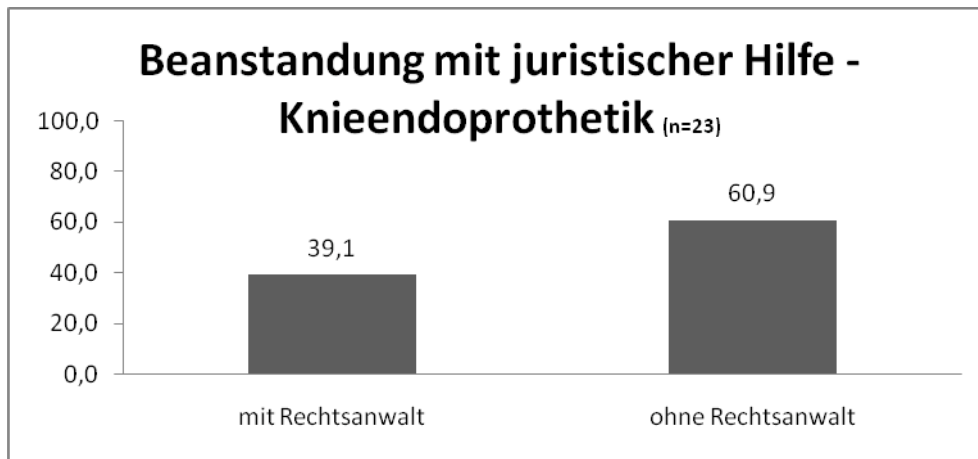


**Diagr. 30**

Das Diagramm zeigt, dass in 30,3% der 23 Fälle im ersten Jahr und in 47,8% der 23 Fälle im zweiten Jahr nach (vermeintlicher) Fehlbehandlung der Antrag bei der Gutachterstelle Bayern eingereicht wurde. Daraus folgt, dass **in 78,1% der „Knieendoprothetik-Fälle“ in den ersten zwei Jahren nach vermeintlicher Fehlbehandlung** ein Antrag an der bayerischen Gutachterstelle gestellt wurde.

### 3.3.2.5. Beanstandung mit juristischer Hilfe

Analog zu 3.2.1.e) wurde für die 23 „Knieendoprothetik-Fälle“ eruiert, ob der vermeintlich geschädigte Patient den Antrag unter Zuhilfenahme eines Rechtsanwalts stellte. Es ergab sich folgende Verteilung:



**Diagr. 31**

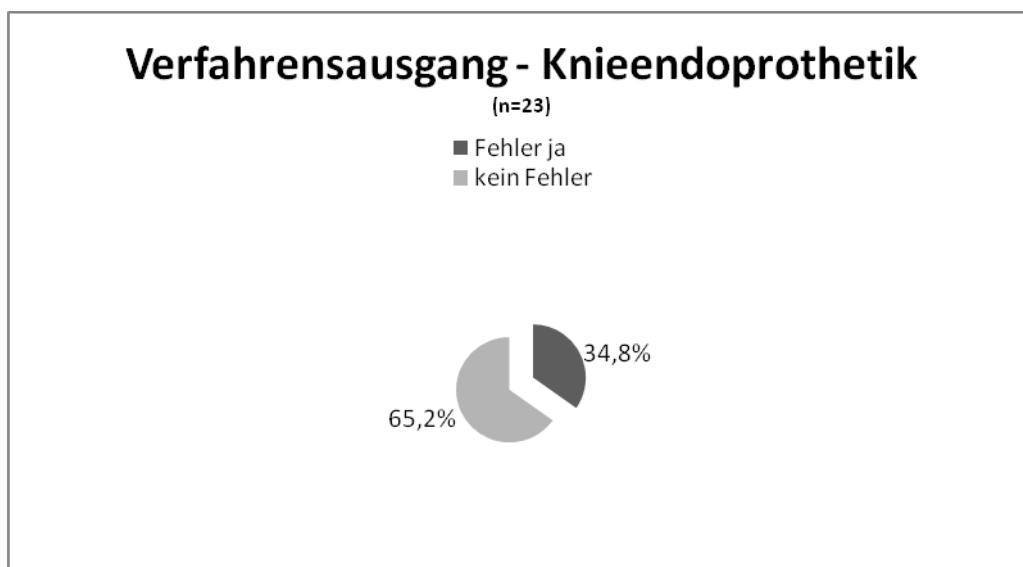
Mehr als jeder dritte Antrag bei den „Knieendoprothetik-Fällen“ wurde mit Hilfe eines Rechtsanwalts an der bayerischen Gutachterstelle eingereicht.

### 3.3.2.6. Verfahrensausgang

Die jeweiligen abschließenden Voten wurden nach den Kategorien „Fehler ja“, „Fehler ist anzunehmen“ und „kein Fehler“ eingeteilt.

Innerhalb der Fälle mit Thematik Knieendoprothetik wurde kein Fall mit „Fehler ist anzunehmen“ von der bayerischen Gutachterstelle bewertet.

Fallzahl beträgt wieder 23.



**Diagr. 32**

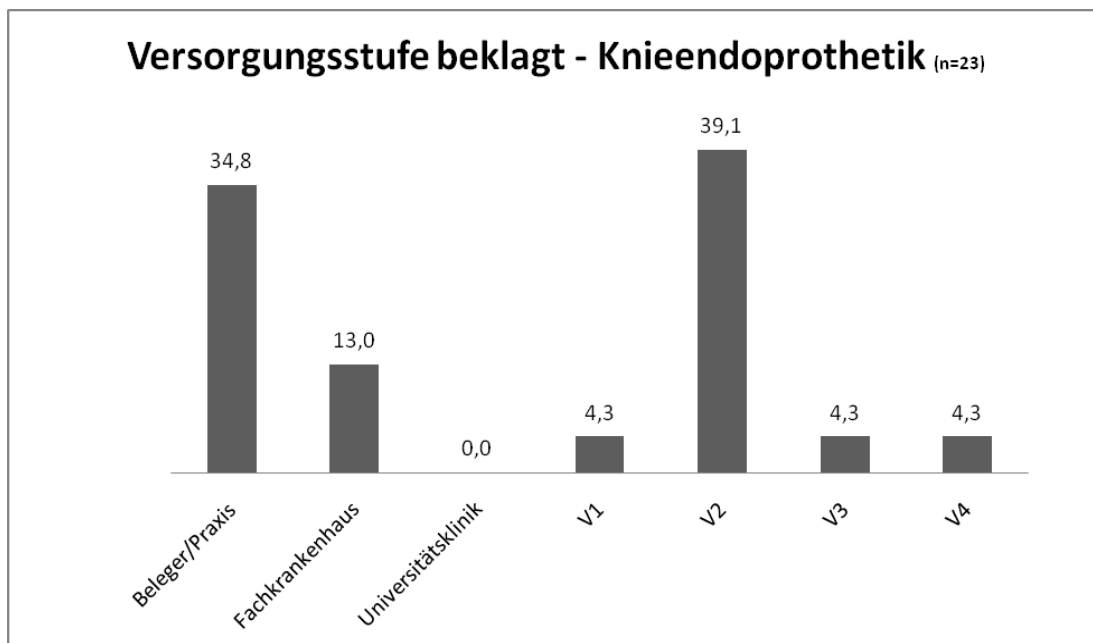
Das Diagramm gibt die Fehlerquote der „Knieendoprothetik-Fälle“ für die Jahre 1999-2004 wieder. Von den vorliegenden 23 Fällen wurden **gut ein Drittel (34,8%) als fehlerbehaftet** gewertet.

### 3.3.2.7. Versorgungsstufe beklagt

Hier sollte analog zu 3.2.2.b) untersucht werden, welche Versorgungsstufen von den Antragsstellern bevorzugt beklagt werden, speziell bei den vorliegenden „Knieendoprothetik-Fällen“. Die Kategorie „Reha-Klinik“ wurde allerdings als nichtoperatives Fach weggelassen.

Die Fallzahl beträgt wieder 23.

Das untenstehende Diagramm zeigt, dass bei „Knieendoprothetik-Fällen“ vor allem Versorgungsstufe V2 mit 39,1% und die Kategorie Beleger/Praxis mit 34,8% beklagt wurden.

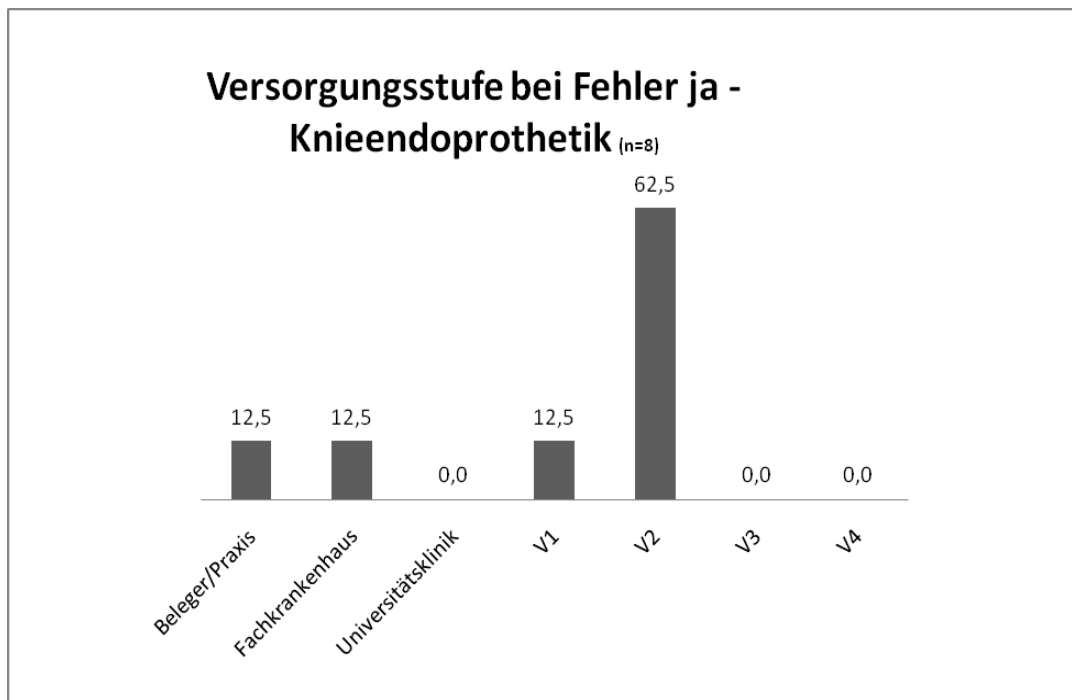


Diagr. 33

### 3.3.2.8. Versorgungsstufe bei Fehler ja

Hier sollte ebenfalls analog zu 3.2.2.b) untersucht werden, welche Versorgungsstufen die meisten Fehler produzierten. Die Kategorie „Reha-Klinik“ wurde allerdings als nichtoperatives Fach weggelassen.

Bei n=8 bestätigten Fehlern der 23 „Knieendoprothetikfälle“ ergab sich folgendes Diagramm:



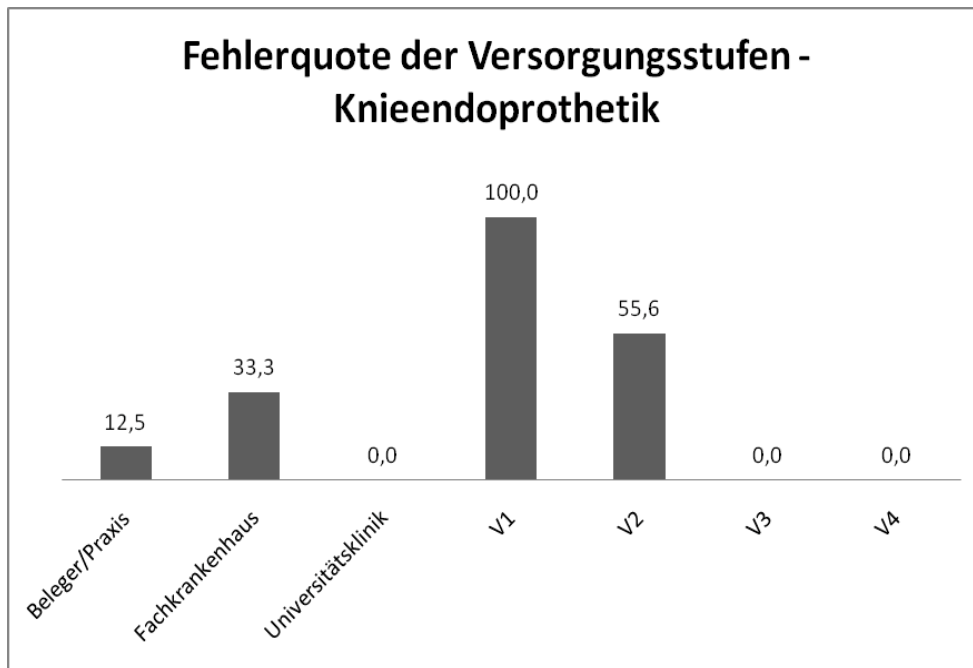
Diagr. 34

Hier zeigt sich, dass sich für die Jahre 1999-2004 mit **62,5%** die meisten „Knieendoprothetik-Fehler“ in der **Versorgungsstufe V2** ereigneten.

### 3.3.2.9. Fehlerquote der Versorgungsstufen

Teilt man analog zu 3.3.1.9. die jeweilige Zahl der Versorgungsstufe bei Fehler ja durch die entsprechende Zahl der beklagten Versorgungsstufen, so erhält man die Fehlerquote der Versorgungsstufe, also welche Versorgungsstufe die meisten Fehler macht. Das Ergebnis zeigt folgendes Diagramm:





**Diagr. 35**

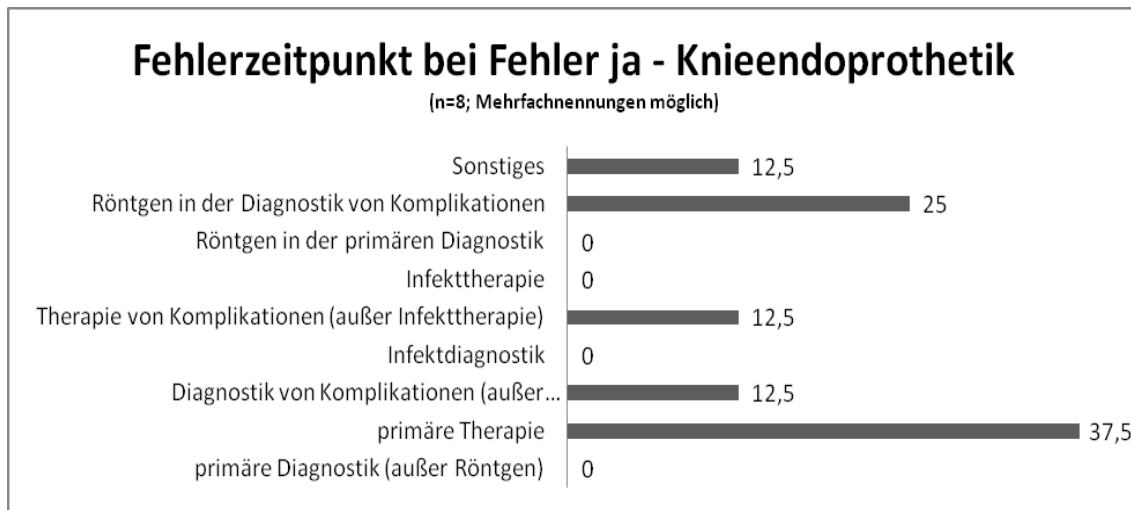
Die Versorgungsstufe V1 erreicht hier 100, d.h. alle von 1999-2004 an die Versorgungsstufe V1 gerichteten Anträge wurden mit einem medizinischen Behandlungsfehler gewertet. Bei Versorgungsstufe V2 waren es mehr als die Hälfte aller Anträge, die einen Behandlungsfehler attestiert bekamen.

### **3.3.2.10. Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja**

Analog zu 3.2.2.d) soll hier nur die fehlerhafte Maßnahme oder das Unterlassen einer erforderlichen Maßnahme durch den Arzt wiedergegeben werden, nicht aber das Eintreten einer Komplikation.

Ebenso waren wieder Mehrfachnennungen möglich, die jedoch pro Kategorie nur einmal gezählt wurden.

Die Fallzahl beinhaltet die 8 bestätigten Behandlungsfehler.



**Diagr. 36**

Mit 37,5% wird vom Gutachter die primäre Therapie als fehlerhaft bewertet, gefolgt von der Röntgendiagnostik von Komplikationen mit 25%. Die Diagnostik und die Therapie von Komplikationen waren mit jeweils 12,5% fehlerbehaftet.

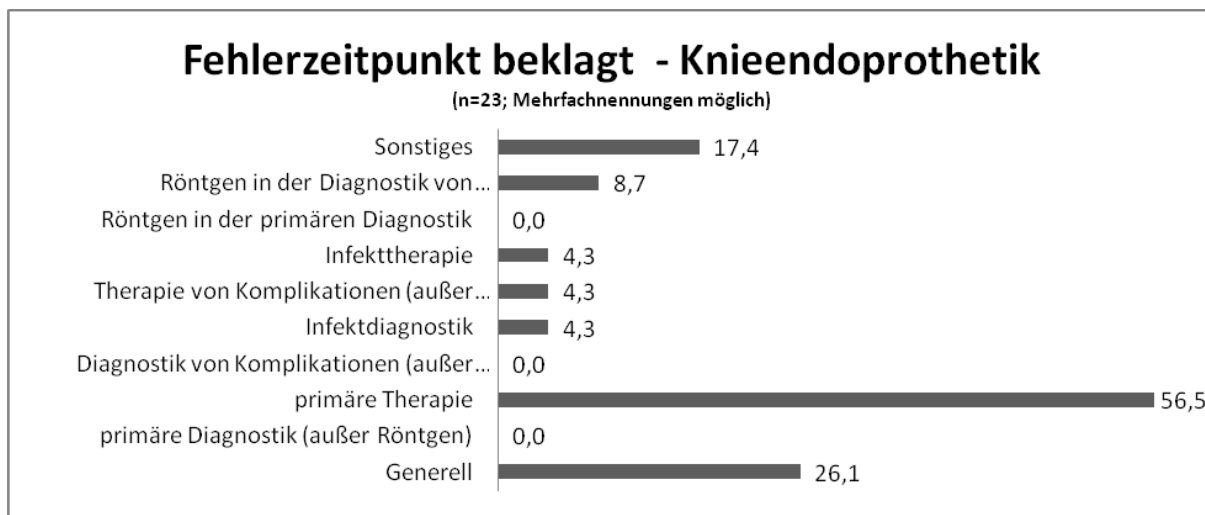
### **3.3.2.11 Fehlerzeitpunkt beklagt**

Hier wurde analog zu 3.2.2.c) versucht, darzustellen, in welchem Behandlungszeitpunkt der Antragsteller als „Laie“ einen Behandlungsfehler vermutete.

Wie unter 3.3.2.10 soll hier nur die vermutete fehlerhafte Maßnahme oder das vermeintliche Unterlassen einer erforderlichen Maßnahme durch den Arzt aus Sicht des Antragstellers wiedergegeben werden, nicht aber das Eintreten einer Komplikation.

Mehrfachnennungen waren möglich, wurden allerdings pro Kategorie nur einmal registriert.

Die Fallzahl umschließt alle 23 beanstandeten Knieendoprothetik-Behandlungen.



**Diagr. 37**

Der Antragsteller vermutete mit 56,5% den Fehler in der primären Therapie, in 26,1% deklarierte er die Behandlung an sich bzw. die gesamte Behandlung ganz allgemein als fehlerhaft.

### 3.3.2.12. Aufklärungsrüge

Analog zu 3.2.2.f) wurde innerhalb der „Knieendoprothetik-Fälle“ untersucht, wie oft vom Antragsteller die schriftliche bzw. mündliche Aufklärung im Antragsbegehren als fehlerbehaftet gewertet wurde und wie vom Gutachter – soweit es ihm überhaupt möglich war (vgl. 3.2.2.f) – die Patientenaufklärung beurteilt wurde.

Von den 23 Fällen aus der Knieendoprothetik wurde vom Antragsteller in 5 Fällen die Aufklärung bemängelt, dies entspricht 21,7%.

Eine Kategorisierung der 5 Aufklärungsrügen analog zu 3.2.2.f) ließ eine exaktere Analyse zu.

Mehrfachnennungen waren möglich.

In zwei Fällen (40,0%) bemängelten die Antragsteller, nicht über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt worden zu sein, in einem Fall (20,0%) sei vom Antragsgegner die OP-Methodik unzureichend erklärt worden. Die restlichen zwei Fälle beinhalteten eine allgemeine Beschwerde über eine mangelhafte Aufklärung.

Folgende Tabelle soll die Verteilung wiedergeben:

<b>Kategorisierung der Aufklärungsrügen (Knieendoprothetik)</b> (n=5)		
<b>Kategorie</b>	<b>Anzahl</b>	<b>In Prozent</b>
Andere OP-Methodik als vereinbart	0	0
Aufklärung an sich	2	40,0
Aufklärung über anderen Eingriff	0	0
Eingriffserweiterung	0	0
Keine Aufklärung erfolgt	0	0
OP-Methodik unzureichend erläutert	1	20,0
Risikoaufklärung	2	40,0
Verstoß gegen Überlegungsfrist	0	0

**Tab. 18**

Von diesen fünf vorgeworfenen Aufklärungsfehlern konnten zwei (40,0%) vom Gutachter sicher abgewiesen werden, in keinem Fall wurde ein Aufklärungsfehler bestätigt. In den restlichen drei Fällen (60,0%) müsste laut Gutachter die Entscheidung vor einem ordentlichen Gericht gefällt werden.

### **3.3.2.13. Fehlerbejahung in Abhängigkeit von juristischer Unterstützung**

Hier wurde analog zu 3.2.1.f) untersucht, ob bei den 8 fehlerbestätigten Fällen aus der Knieendoprothetik eine Fehlerbejahung durch juristische Unterstützung eher zu erreichen war.

Von den acht bestätigten Fehlern wurde in fünf Fällen ohne Rechtsanwalt (62,5%) geklagt, folglich in drei Fällen (37,5%) mit Rechtsanwalt.

Somit lässt sich nachweisen, dass die Zuhilfenahme eines Rechtsanwalt keinen erkennbaren Vorteil in Hinsicht auf eine Fehlerbestätigung bei den vorliegenden „Knieendoprothetik-Fällen“ mit sich bringt.

### 3.3.2.14. Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt?

Ziel dieser Untersuchung war, wie häufig ein Patient durch das Auftreten einer behandlungsimmanenten Komplikation speziell bei der Implantation einer Kniegelenksprothese zu einem Behandlungsfehlervorwurf veranlasst wird. Zudem soll aufgezeigt werden, dass Patienten trotz regelrechter Aufklärung mit Erwähnung behandlungsimmanenter Komplikationen eben diese in ihrem Antragsbegehren anführen.

Als Informationsquelle für die behandlungsimmanenten Komplikationen der Knieendoprothetik diente ein Diomed– Aufklärungsbogen mit Titel „Kniegelenkersatz“ aus dem Jahre 2001, der sich hinsichtlich der aufgeführten Nebenwirkungen und Komplikationen des Eingriffs wohl nicht von Bögen anderer Hersteller unterscheiden mag. Nur die Fallzahl der Erstimplantationen (n=20) dienten als Datenpool. Desweiteren waren natürlich Mehrfachnennungen möglich, so wie auch mehrere Komplikationen pro Fall eintreten konnten.

Nachfolgend sind die Komplikationen in Reihenfolge ihrer genannten Häufigkeit aufgeführt (nichtgenannte Komplikationen sind demnach nicht enthalten):

<b>Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt? (Knieendoprothetik) (n=20; Mehrfachnennungen möglich)</b>		
<b>Beklagte Komplikation</b>	<b>Anzahl</b>	<b>In Prozent</b>
Nervenschädigung mit Gefühlsstörung, irreversibler Nervenschaden und Lähmungen des Beines	5	25,0
Beinlängendifferenz	1	5,0
Lockerung oder Bruch der Prothese nach einigen Jahren	1	5,0
Verletzung Blutgefäß	1	5,0
Nachblutung	1	5,0
Wundheilungsstörung	1	5,0
Thrombose mit konsekutiver Embolie	1	5,0

**Tab. 19**

Zählt man die **Beanstandung einer oder mehrerer Komplikationen pro Fall als Ja bzw. Nein**, so wird in 10 von den 20 Fällen eine eingetretene Komplikation beanstandet. Dies entspricht prozentual **50%**.

### **3.3.3. Kniearthroskopie**

Im Folgenden werden analog zu den Fällen der Hüftendoprothetik und Knieendoprothetik die Ergebnisse für die Kniearthroskopie dargestellt.

Die Fallzahl für die „Kniearthroskopie-Fälle“ beträgt 77. Zum Zeitpunkt der Auswertung war ein Fall aus dem Jahr 2004 noch ohne abschließendes Votum, d.h. ohne Wertung Behandlungsfehler Ja / Nein.

#### **3.3.3.1. Kategorisierung**

Von den vorhandenen 273 Anträgen konnten **77** der Thematik der Kniearthroskopie zugeordnet werden. Innerhalb dieser Thematik konnte noch wie folgt in Reihenfolge ansteigender Häufigkeit unterschieden werden zwischen:

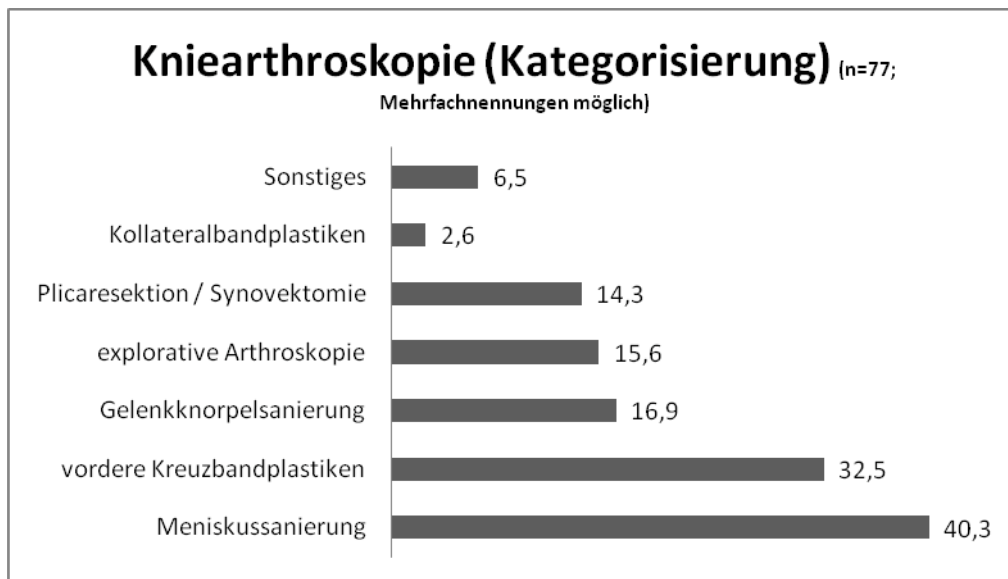
- Kollateralbandplastiken
- Plicaresektion / Synovektomie
- Gelenkknorpelsanierung
- Vordere Kreuzbandplastik
- Meniskussanierung

Die Besonderheit dieser Fälle lag in der Tatsache, dass die Kniearthroskopie sowohl explorativen, diagnostischen und therapeutischen Charakter besitzt. Eine Auftrennung in diese drei Kriterien von Fall zu Fall war unmöglich, ist es doch bekannt, dass z.B. bei einer geplanten explorativen Kniearthroskopie sich interventionell eine Therapie anschließt, abhängig vom vorliegenden arthroskopischen Befund.

Dadurch wird auch verständlich, dass die im obigen Diagramm enthaltenen Kategorien zwar die Fallzahl von 77 wiedergeben, dass aber pro Fall eine Nennung mehrerer Kategorien möglich war.

Blieb eine Arthroscopie ohne Intervention, so wurde sie der Kategorie „explorative Arthroscopie“ zugeteilt.

Das Ergebnis lässt sich in folgendem Diagramm darstellen:

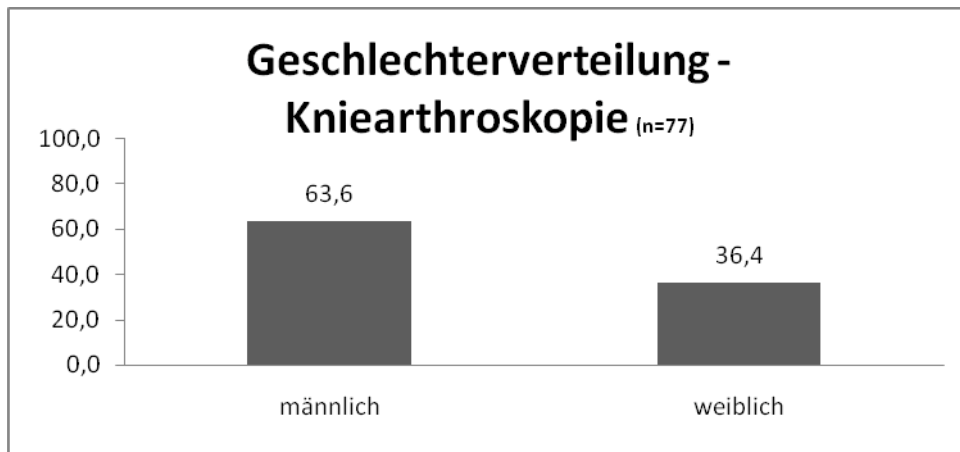


**Diagr. 38**

Mit 40,3% standen die arthroskopischen Meniskusanierungen bei den beanstandeten 77 Kniearthroskopien an erster Stelle, gefolgt von vorderen Kreuzbandplastiken mit 32,5%. In 16,9% der Fälle wurde eine Gelenkknorpelsanierung beklagt, in 15,6% der Fälle die reine explorative Arthroscopie. Plicaresektionen bzw. Synovektomien fanden in 14,3% der Fälle von Seiten des Antragstellers Grund zur Beanstandung. Kollateralbandplastiken wurden lediglich zu 2,6% der Fälle beanstandet.

### **3.3.3.2. Geschlechterverteilung**

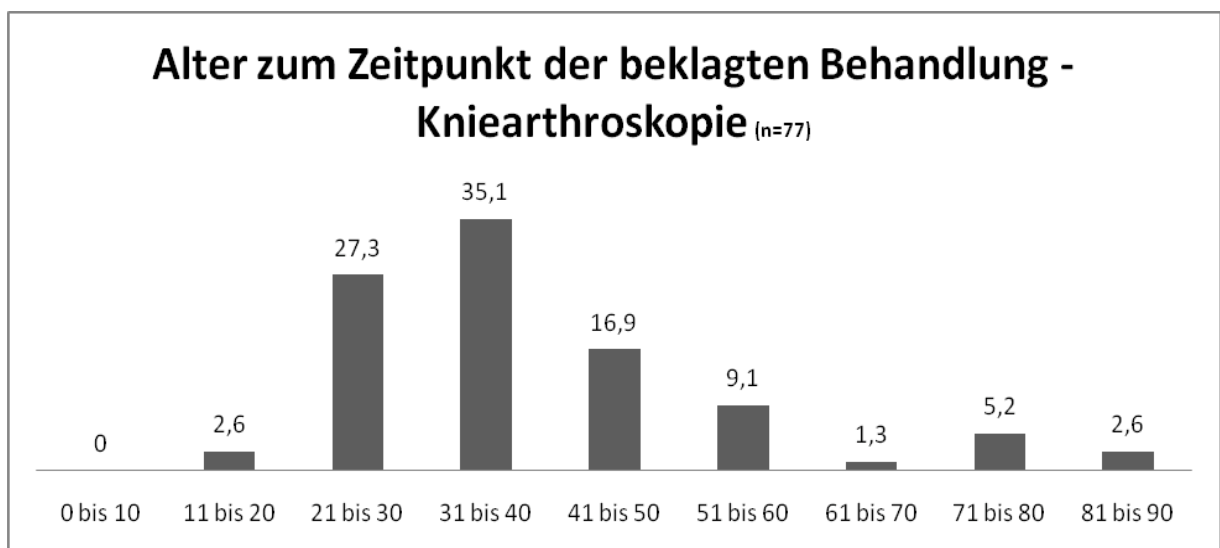
Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigte sich bei den vorliegenden 77 „Kniearthroskopie-Fällen“ ein um **27,2% größeres Klagepotential bei männlichen Behandelten**.



**Diagr. 39**

### 3.3.3.3. Altersverteilung

Bezüglich der Altersverteilung bei den vorliegend 77 „Kniearthroskopie-Fällen“ zeigte sich ein **Maximum bei den 21 bis 50 Jährigen mit 79,3%**.



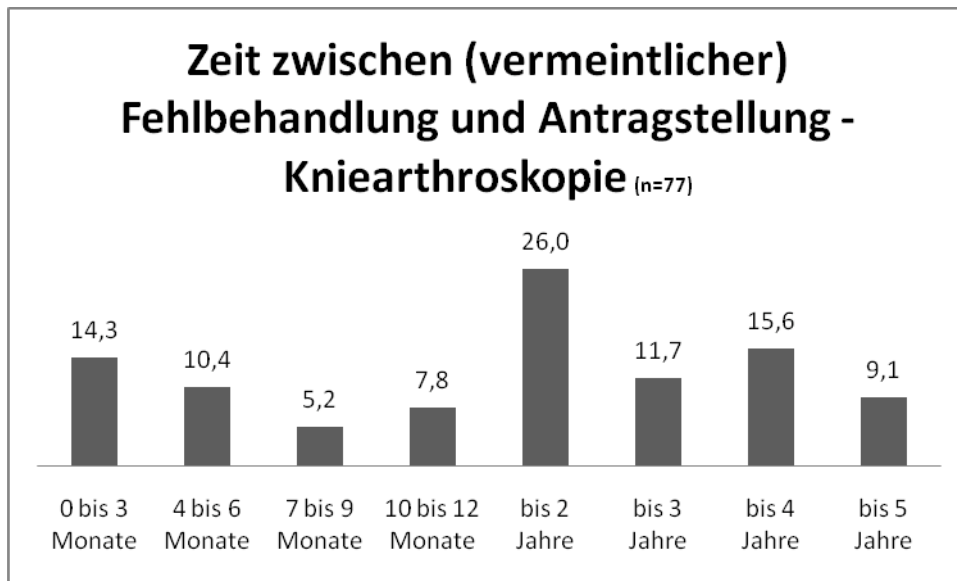
**Diagr. 40**

### 3.3.3.4. Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung

Hier wurde analog zu 3.2.1.c) das Zeitintervall errechnet, ausgehend vom Tag der (vermeintlichen) Fehlbehandlung bis zum Tag des Antrageingangs bei der bayerischen Gutachterstelle.

Fallzahl wiederum 77.



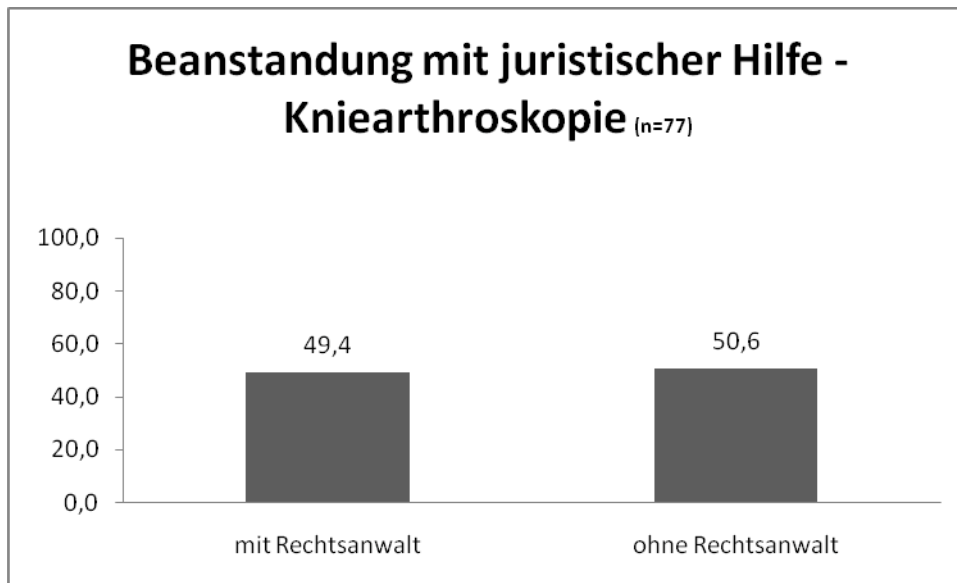


**Diagr. 41**

Das Diagramm zeigt, dass in 37,7% der 77 Fälle im ersten Jahr und in 26,0% der 77 Fälle im zweiten Jahr nach (vermeintlicher) Fehlbehandlung der Antrag bei der Gutachterstelle Bayern eingereicht wurde. Daraus folgt, dass **in 63,7% der „Kniearthroskopie-Fälle“ in den ersten zwei Jahren nach vermeintlicher Fehlbehandlung** ein Antrag an der bayerischen Gutachterstelle gestellt wurde. 24,7% aller Kniearthroskopierten suchten innerhalb der ersten sechs Monate die Gutachterstelle auf.

### **3.3.3.5. Beanstandung mit juristischer Hilfe**

Analog zu 3.2.1.e) wurde für die 77 „Kniearthroskopie-Fälle“ eruiert, ob der vermeintlich geschädigte Patient den Antrag unter Zuhilfenahme eines Rechtsanwalts stellte. Es ergab sich eine nahezu ausgeglichene Verteilung, d.h. knapp jeder zweite ließ sich von seinem Rechtsanwalt vertreten.

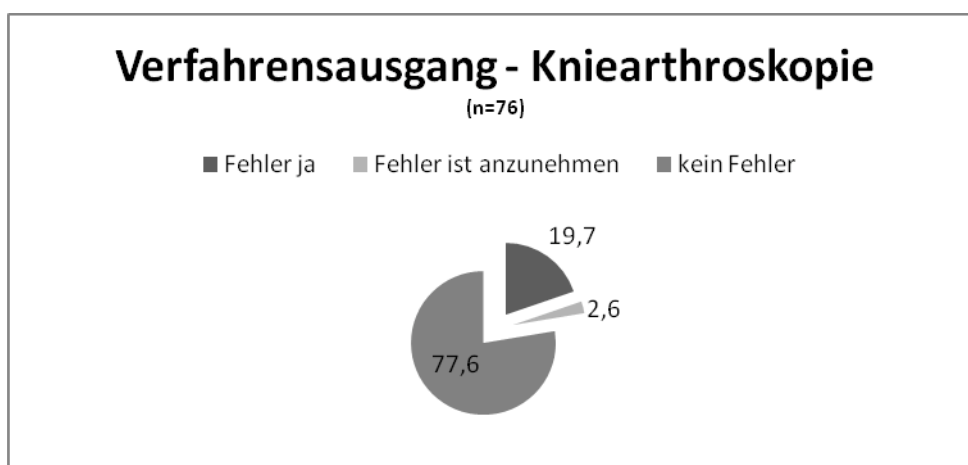


**Diagr. 42**

### 3.3.3.6. Verfahrensausgang

Die jeweiligen abschließenden Voten wurden nach den Kategorien „Fehler ja“, „Fehler ist anzunehmen“ und „kein Fehler“ eingeteilt.

Anzuführen ist, dass ein Fall aus dem Jahr 2004 zum Zeitpunkt der Auswertung noch offen, d.h. ohne abschließendes Votum der Gutachterstelle (mit Fehlerbescheid oder Abweisung eines Behandlungsfehlers) war. Es sind daher nur 76 anstatt 77 Fälle zu werten.



**Diagr. 43**

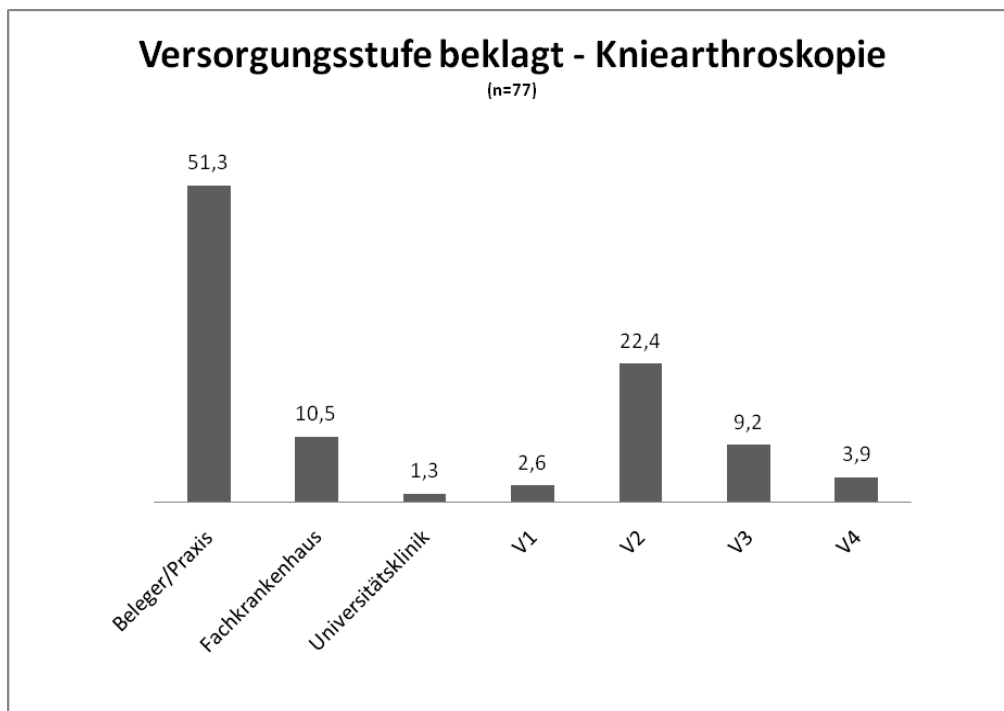
In 77,6% der 76 Fälle wurde das Verfahren mit Fehler nein bewertet, lediglich mit 19,7% wurde der beanstandete Fehler bejaht. Zählt man dazu noch die Kategorie „Fehler ist anzunehmen“ mit 2,6%, so liegt die Fehlerquote bei den „Kniearthroskopie-Fällen“ bei 22,4% (n=17).

### 3.3.3.7. Versorgungsstufe beklagt

Hier sollte analog zu 3.2.2.b) untersucht werden, welche Versorgungsstufen von den Antragsstellern bevorzugt beklagt werden, speziell bei den vorliegenden „Kniearthroskopie-Fällen“. Die Kategorie „Reha-Klinik“ wurde allerdings als nichtoperatives Fach weggelassen.

Die Fallzahl beträgt 77.

Das unten stehende Diagramm zeigt, dass bei „Kniearthroskopie-Fällen“ vor allem Kategorie Beleger/Praxis mit 51,3% und die Versorgungsstufe V2 mit 22,4% beklagt wurden.

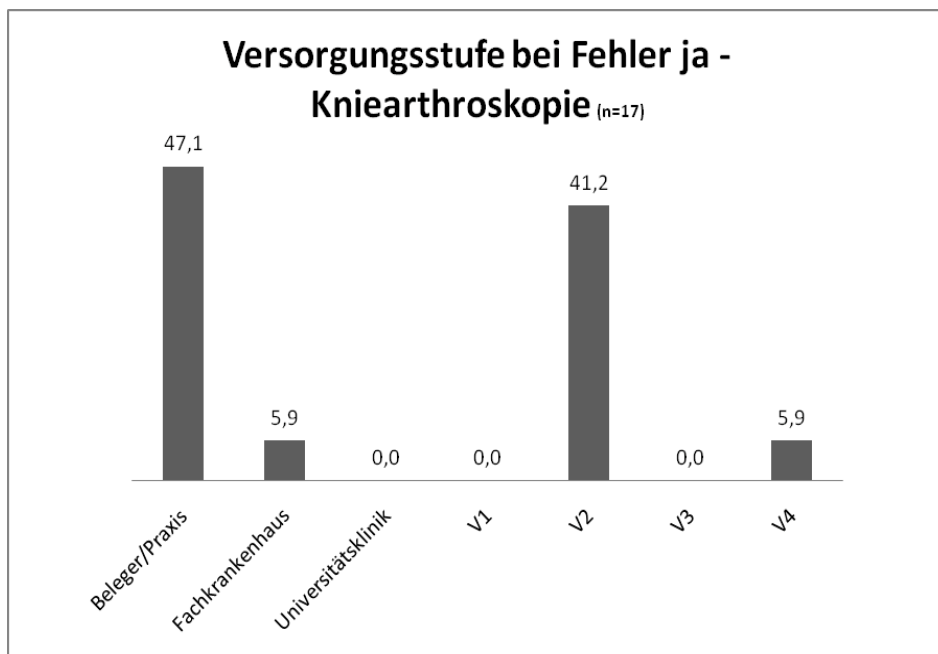


Diagr. 44

### 3.3.3.8. Versorgungsstufe bei Fehler ja

Hier sollte ebenfalls analog zu 3.2.2.b) untersucht werden, welche Versorgungsstufen die meisten Fehler produzierten. Die Kategorie „Reha-Klinik“ wurde allerdings als nichtoperatives Fach weggelassen.

Bei n=17 bestätigten Fehlern der 77 „Kniearthroskopie-Fälle“ ergab sich folgendes Diagramm:



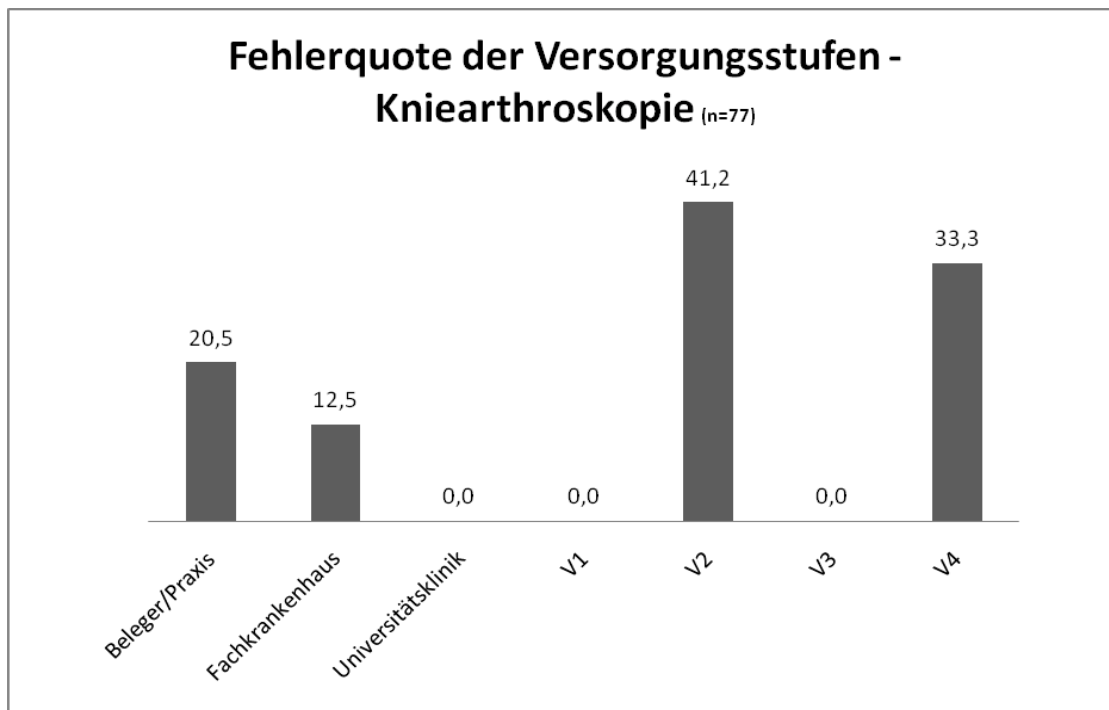
Diagr. 45

Hier zeigt sich, dass sich für die Jahre 1999-2004 mit **47,1%** die meisten „Kniearthroskopie-Fehler“ in der **Kategorie Beleger/Praixis** und mit **41,2%** in der **Versorgungsstufe V2** ereigneten.

### 3.3.3.9. Fehlerquote der Versorgungsstufen

Teilt man analog zu 3.3.1.9. die jeweilige Zahl der Versorgungsstufe bei Fehler ja durch die entsprechende Zahl der beklagten Versorgungsstufen, so erhält man die Fehlerquote der Versorgungsstufe, also welche Versorgungsstufe die meisten Fehler macht. Der eine offene Fall aus 2004 kann hier vernachlässigt werden.

Das Ergebnis zeigt folgendes Diagramm:



**Diagr. 46**

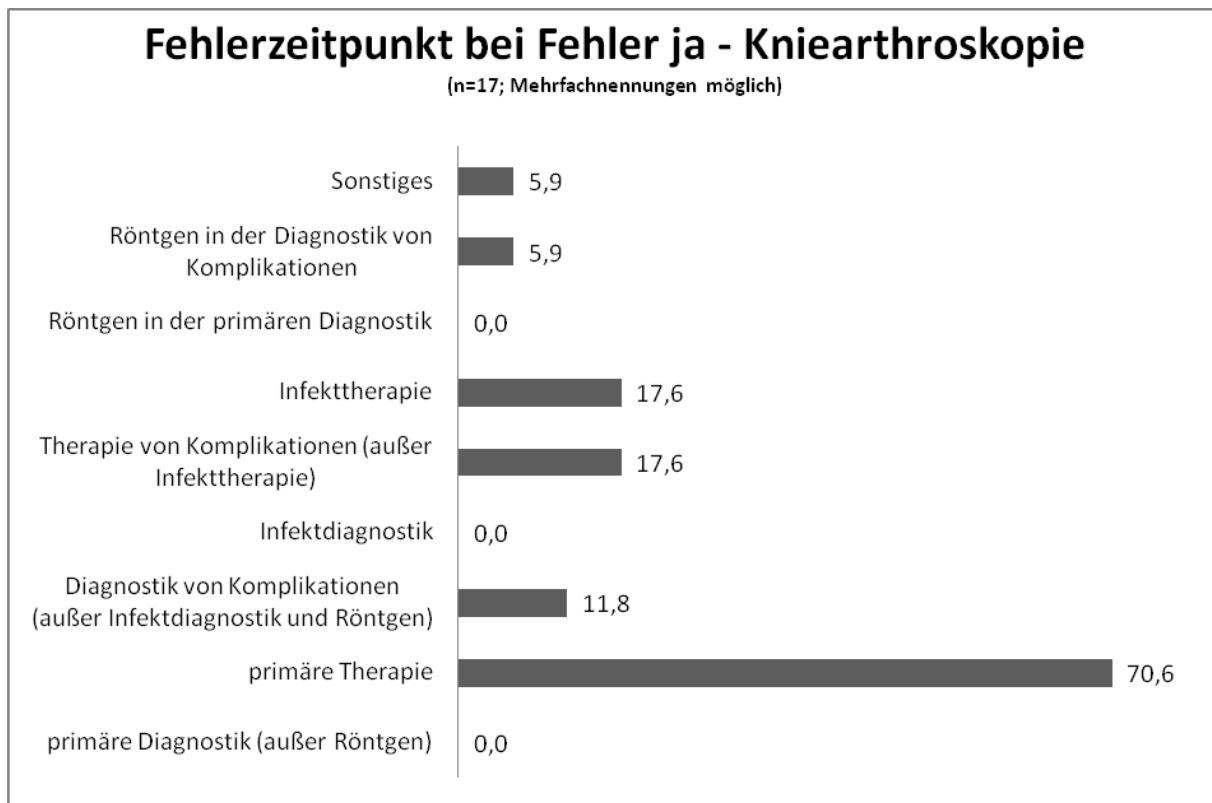
Mit 41,2% hat die Versorgungsstufe V2 die höchste Fehlerquote, gefolgt von der Versorgungsstufe V4 mit 33,3%. Auffallend ist hier die relativ niedrige Fehlerquote der Kategorie Beleger/Praxis, war das doch mit 51,3% die meist beklagte Versorgungstufenkategorie.

### **3.3.3.10. Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja**

Analog zu 3.2.2.d) soll hier nur die fehlerhafte Maßnahme oder das Unterlassen einer erforderlichen Maßnahme durch den Arzt wiedergegeben werden, nicht aber das Eintreten einer Komplikation.

Ebenso waren wieder Mehrfachnennungen möglich, die jedoch pro Kategorie nur einmal gezählt wurden.

Die Fallzahl beträgt die 17 bestätigten Behandlungsfehler.



**Diagr. 47**

Mit 70,6% wird vom Gutachter der Fehler in der primären Therapie ausfindig gemacht. Die Infekttherapie und die Therapie anderer Komplikationen waren dem Gutachter zufolge jeweils mit 17,6% fehlerbehaftet. In 11,8% konnte der Fehler auf die Diagnostik von Komplikationen (außer Infektdiagnostik) zurückgeführt werden. Die primäre Röntgendiagnostik war mit 5,9% der bestätigte Fehlerzeitpunkt.

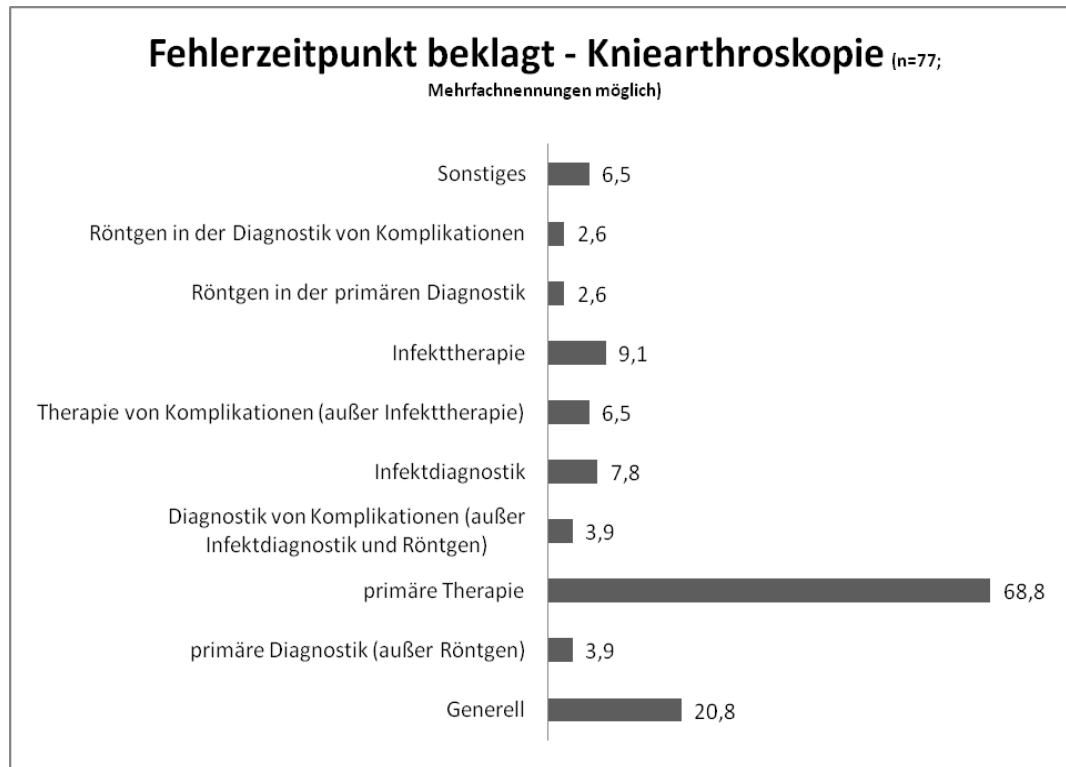
### **3.3.3.11. Fehlerzeitpunkt beklagt**

Hier wurde analog zu 3.2.2.c) versucht, darzustellen, in welchem Behandlungszeitpunkt der Antragsteller als „Laie“ einen Behandlungsfehler vermutete.

Wie unter 3.3.2.10 soll hier nur die vermutete fehlerhafte Maßnahme oder das vermeintliche Unterlassen einer erforderlichen Maßnahme durch den Arzt aus Sicht des Antragstellers wiedergegeben werden, nicht aber das Eintreten einer Komplikation.

Mehrfachnennungen waren möglich, wurden allerdings pro Kategorie nur einmal registriert.

Die Fallzahl umschließt alle 77 beanstandeten Kniearthroskopie-Behandlungen.



#### Diagr. 48

Der Antragsteller vermutete mit 68,8% den Fehler in der primären Therapie, in 26,1% deklarierte er die Behandlung an sich bzw. die gesamte Behandlung ganz allgemein als fehlerhaft.

#### 3.3.3.12. Aufklärungsrüge

Analog zu 3.2.2.f) wurde innerhalb der „Kniearthroskopie-Fälle“ untersucht, wie oft vom Antragsteller die schriftliche bzw. mündliche Aufklärung im Antragsbegehren als fehlerbehaftet gewertet wurde und wie vom Gutachter – soweit es ihm überhaupt möglich war (vgl. 3.2.2.f) – die Patientenaufklärung beurteilt wurde.

**Von den 77 Fällen aus der Knieendoprothetik wurde vom Antragsteller in 22 Fällen die Aufklärung bemängelt, dies entspricht 28,6%.**

Eine Kategorisierung der 22 Aufklärungsrügen analog zu 3.2.2.f) ließ eine exaktere Analyse zu. Mehrfachnennungen waren möglich.

In vier Fällen (18,2%) bemängelten die Antragsteller, nicht über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt worden zu sein, in drei Fällen (13,6%) fühlte sich der Antragsteller nicht über die Erweiterung des eigentlich geplanten Eingriffs aufgeklärt. In zwei Fällen (9,1%) sei vom Antragsgegner die OP-Methodik unzureichend erklärt worden. In einem Fall sogar (4,5%) wurde von Seiten des Antragstellers bemängelt, über einen anderen Eingriff als den dann durchgeführten aufgeklärt worden zu sein. Dass eine Aufklärung erst gar nicht präoperativ erfolgt sei, wurde dreimal (13,6%) bemängelt. In neun Fällen (40,9%) wäre die Aufklärung ganz allgemein unzureichend oder unvollständig gewesen.

Folgende Tabelle soll die Verteilung wiedergeben:

<b>Kategorisierung der Aufklärungsrügen (Kniearthroskopie) (n=22)</b>		
<b>Kategorie</b>	<b>Anzahl</b>	<b>In Prozent</b>
Andere OP-Methodik als vereinbart	0	0
Aufklärung an sich	9	40,9
Aufklärung über anderen Eingriff	1	4,5
Eingriffserweiterung	3	13,6
Keine Aufklärung erfolgt	3	13,6
OP-Methodik unzureichend erläutert	2	9,1
Risikoaufklärung	4	18,2
Verstoß gegen Überlegungsfrist	0	0

**Tab. 20**

Von diesen 22 vorgeworfenen Aufklärungsfehlern konnten 14 (63,6%) vom Gutachter sicher abgewiesen werden, in drei Fällen (13,6%) wurde ein Aufklärungsfehler bestätigt. Von diesen drei Fällen sei ein Fall erwähnenswert, bei dem die Arthroskopie auf der falschen Körperseite durchgeführt wurde und somit die Aufklärung als nichtig galt.

In den restlichen fünf Fällen (22,7%) musste laut Gutachter die Entscheidung vor einem ordentlichen Gericht gefällt werden.



#### **3.3.3.13. Fehlerbejahung in Abhängigkeit von juristischer Unterstützung**

Hier wurde analog zu 3.2.1.f) untersucht, ob bei den 17 fehlerbestätigten Fällen aus der Kniearthroskopie eine Fehlerbejahung durch juristische Unterstützung eher zu erreichen war.

Von den 17 bestätigten Fehlern wurde in fünf Fällen ohne Rechtsanwalt (29,4%) geklagt, folglich in zwölf Fällen (70,6%) mit Rechtsanwalt.

Aus diesen Fällen könnte hervorgehen, dass ein positiver Ausgang des Verfahrens mit Rechtsanwalt eher erreichbar ist. Allerdings scheint die Anzahl der Fälle zu gering und deswegen nicht repräsentativ genug, als dass diese Aussage generalisiert werden könnte.

#### **3.3.3.14. Wie häufig werden behandlungsimmanente Komplikationen beklagt?**

Wegen des explorativen Charakters der Knie-Arthroskopie macht eine Auswertung über behandlungsimmanente Komplikationen bei den „Kniearthroskopie-Fällen“ wenig Sinn, würde zum einen doch allein durch die rein explorativen Kniearthroskopien ohne Intervention das Ergebnis verfälscht werden, zum anderen sind die therapeutischen Eingriffe bezogen auf die Kategorisierung unter 3.3.3.1 je nach Indikation zu verschieden.

## **4. Diskussion**

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Beweggründe des Patienten zu analysieren, einen Regress gegen seinen behandelnden Arzt in Orthopädie und Traumatologie anzustreben. Die oben angegebenen Daten wurden wertungsfrei, neutral und anonym aufgearbeitet und grafisch dargestellt, um einerseits einen Überblick über die Häufigkeit zu erlangen und andererseits die Qualität des Begehrens aufzuzeigen. Darüber hinaus wurde wertungsfrei herausgearbeitet, in welchem Prozentsatz die Stimmen positiv, also als Behandlungsfehler ausfallen. Die so erhaltenen Daten sollen nun im Anschluss mit bereits veröffentlichten Daten aus der Literatur verglichen und auf Übereinstimmung bzw. Abweichung untersucht werden.

### **4.1. Probleme bei der Auswertung:**

Hinsichtlich einer exakten Datenanalyse traten nachfolgende Schwierigkeiten auf:

Der Antragsteller, in unserem Falle der Patient, zählte in seinem Antragsbegehren mehrere Fehler auf. Aus diesem Beschwerdekomples wurden schließlich einzelne Fehler anerkannt, andere jedoch nicht. Das Gesamtvotum endete aber mit „Fehler ja“.

Zudem muss - um schadenersatzpflichtig zu werden - zwischen der Handlung des Schädigers und dem Schaden ein Zusammenhang bestehen. Man bezeichnet diesen Zurechnungszusammenhang mit dem Begriff der Kausalität. Dabei wird im Schadenersatzrecht zwischen haftungsbegründender (die Verletzungshandlung führt zur Rechtsgutsverletzung) und haftungsausfüllender (die Rechtsgutsverletzung führt zum Schaden) Kausalität unterschieden. In dem vorliegenden Datengut war es möglich, dass Fehler anerkannt wurden, diese aber nicht kausal für den monierten Schaden waren.

Grundsätzlich ist und war es dem klagenden Patienten möglich, dass gleichzeitig mehrere Ärzte bezüglich einer einzigen medizinischen Behandlung beschuldigt wurden, und dass eventuell nur bei einem Antragsgegner (Arzt/Klinik) eine fehlerhafte Behandlung attestiert wurde, bei dem/den anderen nicht (siehe auch **3.1**). Somit konnte sich auch folgende Konstellation ergeben, dass bei einem Fall mit zwei Antragsgegnern der erste Antragsgegner, der keinen Fehler begangen hat, dem

Verfahren zustimmte, während der zweite Antragsgegner, der einen Fehler begangen hätte, dem Verfahren nicht zustimmte. Das Verfahren wurde in diesem Fall mit „kein Fehler“ votiert.

#### **4.2. Repräsentanz der ausgewerteten Voten**

Eine umfassende Studie in den USA ergab, dass ein sog. „adverse event“, also ein unerwünschtes Behandlungsergebnis, in ca. 3-4% aller stationären Behandlungen eintritt [40], und dass davon wiederum nur zwischen 1-3% rechtliche Schritte („negligence“) ergreifen. [41] In Deutschland kommt es pro Jahr zu über 15 Millionen Krankenhausbehandlungen, zusätzlich „könne man hochgerechnet von rund 400 Millionen ambulanten Arztkontakten jährlich ausgehen.“ [18] [5]

Angesichts dieser Zahlen herrscht die Meinung vor, man müsse in Deutschland von 400.000 ärztlichen Behandlungsfehlern pro Jahr ausgehen, wobei aber nur 40.000 in rechtlichen Auseinandersetzungen endeten. [42] [18] „Da nicht bei allen Klagen tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt, ist der Anteil der Behandlungsfehler, die letztendlich sanktioniert werden, noch geringer.“ [34]

Skeptisch an den eben erwähnten Zahlen ist aufgrund nachfolgender Tatsache angebracht:

Unter Punkt 1.1 wurde angeführt, dass es für den Patienten 5 Möglichkeiten gibt, sein (vermeintliches) Recht durchzusetzen,

- entweder über seine Krankenkasse, die den Sachverhalt an den MDK weiterleitet und dort überprüfen lässt.
- Bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen der jeweiligen Landesärztekammer ein Gutachten beantragen.
- Er wendet sich direkt an die Haftpflichtversicherung des Arztes.
- Er kann mit Hilfe eines Anwalts ein zivil- oder
- ein strafrechtliches Verfahren anstreben. [9] [36]

Demnach ist es auch denkbar, dass es angesichts der o.g. Möglichkeiten auch zu „Doppelbegutachtungen“ kommen kann [9] , weil die Entscheidungen der GUS zwar rechtskräftig sind, jedoch unverbindlichen Charakter haben. So steht es dem Patient bei verlorenem Verfahren vor der Gutachterkommission immer noch offen, in seiner Sache ein Gericht anzurufen. [22] [36] Somit wäre die o.a. Vermutung über die Häufigkeit von Behandlungsfehlern, denen rechtliche Schritte folgen, nach unten zu korrigieren. Wie häufig Doppelbegutachtungen sind, ist nicht bekannt. Wie häufig nun Ärzten Fehler vorgeworfen werden bzw. wie viele ärztliche Behandlungsfehler tatsächlich passieren, darüber existiert in Deutschland keine einheitliche und zusammenfassende statistische Angabe, weder beim statistischen Bundesamt noch beim Robert-Koch-Institut. [35] Vor allem auch deswegen, weil unbekannt ist, „wie viele Beschwerden vor der Anrufung des Gerichts oder der Gutachterstelle von der Haftpflichtversicherung reguliert werden. Auch die Gerichte kennen den Ausgang eines einmal gestellten Antrags dann nicht, wenn es im Lauf des Verfahrens zu einem außergerichtlichen Vergleich kam. Letztlich wissen nur die Haftpflichtversicherungen, wie ein Haftungsvorwurfs-Verfahren ausgegangen ist; dies allerdings nur für den eigenen Stamm an Versicherungsnehmern und im Falle von Zivilklagen.“ [15] In der Literatur findet man ausschließlich Zahlen der DBV-Winterthur, einem der größten Haftpflichtversicherer für Ärzte in Deutschland. Demzufolge werden durch die DBV-Winterthur 10% aller eingegangenen Arzthaftungsfälle gerichtlich, 30% durch ein Verfahren bei der jeweiligen GUS und 60% in Eigenregie reguliert. [9]

Bei einer Häufigkeit von 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen pro Jahr und einer vor GUS, MDK und Gericht anzufindenden Anerkennungsquote von ungefähr 30% (s.u.), käme man pro Jahr auf gut 12.000 anerkannte Behandlungsfehler. [43]

Nach einer indirekten Schätzung von Hansis käme man so bei einer Zahl berufstätiger Ärzte in Deutschland (im Jahr 1999: 291.000 Ärzte) auf rund 140 Fehlvorwürfe je 1000 Ärzte bzw. pro Arzt auf einen Fehlvorwurf etwa alle 7 Jahre. [9] Von der Bundesärztekammer wird die Zahl der berufstätigen Ärzte zum 31.12.2006 auf 311.230 festgelegt. [44] Daher könnte von rund 130 Fehlvorwürfen je 1000 Ärzte bzw. von einem Fehlvorwurf pro Arzt etwa alle 8 Jahre ausgegangen werden. Setzte man sein Augenmerk jedoch nur auf die Fälle, die an der

Gutachterstelle eingehen, und diese zugleich nur für die Region Bayern, würden nach Eissler von 1000 berufstätigen Ärzten lediglich 13 pro Jahr mit einem Verfahrensantrag auf Fehlbehandlung konfrontiert. [7]

Wie schon unter Punkt 3.2.2. erwähnt, wurde für die gesamten 270 ausgewerteten abgeschlossenen Verfahrensträge eine Fehlerquote von 28,1% errechnet. Diese Zahl lässt sich wohl als repräsentativ sowohl für die Statistik der Gutachterstelle an der BLÄK bezeichnen als auch vor den GUS anderer Bundesländer. Wirft man einen Blick in den aktuellen Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer (2006/2007) [39] , findet man ein Diagramm, das die festgestellten Behandlungsfehler in Bezug auf die durch Sachentscheidung abgeschlossenen Verfahren für die Jahre 2002/2003 bis 2006/2007 darstellt: „Die sogenannte Behandlungsfehlerquote ... betrug im Berichtszeitraum etwa 30 Prozent und entspricht in etwa der Behandlungsfehlerquote der Gutachter- und Schlichtungsstellen im Bundesgebiet. Sie lag damit auf Höhe des Vorjahres.“ [39] Eissler gibt den Durchschnitt der Fehlerquote bundesweit mit ziemlich konstant 33 Prozent an. [7]

Nach einer Leistungsstatistik des MDK 2000 wurden für das Berichtsjahr 1999 24% der Begutachtungen als fehlerhaft anerkannt. Offen bleibt, „ob der medizinische Dienst tatsächlich anders beurteilt als die Gutachterkommission oder ob dort anders ausgewählte Fälle zur Begutachtung vorgelegt werden.“ [35]

Die Rate der angenommenen Ansprüche von ca. 30% entspräche also in etwa den Erfahrungen anderer Gutachterstellen [45] und des MDK. Auch vor Gericht soll eine Arzthaftungsklage in 30% der Fälle in einer Behandlungsfehlerbestätigung enden. [46] [36]

Es soll nun die Fehlerquote aus der allgemeinen Auswertung (28,1% bei n=273) mit den einzelnen Fehlerquoten der speziellen Auswertung verglichen werden.

Unter den jeweiligen Punkten 3.3.1.6, 3.3.2.6 und 3.3.3.6 ließen sich folgende Zahlen erheben:

- Fehlerquote von 20,9% für Hüftendoprothetikfälle (bei n=67)
- Fehlerquote von 34,8% für Knieendoprothetikfälle (bei n=23)
- Fehlerquote von 19,7% für Kniearthroskopiefällen (bei n=76)

Man sieht auf den ersten Blick, dass die Fehlerquote der Hüftendoprothetikfälle und die der Kniearthroskopiefälle im Vergleich zu der der allgemeinen Auswertung um fast 10% niedriger liegt. Dass die Fehlerquote für die Knieendoprothetikfälle um gut 5% höher liegt, könnte zum einen daran liegen, dass der Eingriff tatsächlich fehlerträchtiger ist, oder zum anderen daran, dass die Fallzahl deutlich geringer (ca. 1/3) ist als die der Hüftendoprothetik- und Kniearthroskopiefälle und dadurch das Ergebnis möglicherweise verfälscht wurde.

Aus einem anderem Blickwinkel betrachtet fällt auf, dass die Kniearthroskopie mit 28,2% (n=77; inklusive offenem Fall aus 2004) am häufigsten unter den vorgeworfenen ärztlichen Therapien im Bezug auf alle vorliegenden Voten (n=273) war , gefolgt von der Hüftendoprothetik mit 24,9% (n=68; inklusive offenem Fall aus 2004). Zugleich waren die Kniearthroskopie gefolgt von der Hüftendoprothetik auch die am häufigsten beanstandeten operativen Eingriffe.

Erklären ließe sich dies für die Kniearthroskopie mit der Tatsache, dass das klagende Patientengut, dem eine Kniearthroskopie zu seiner Unzufriedenheit widerfahren ist, im Verhältnis zum Durchschnittsalter aller klagenden Patienten - medizinisch gesehen - jung bzw. jünger ist.

Durchschnittsalter aller klagenden Patienten (bei n=269; Zahl der Antragsteller) ist knapp 50 Jahre.

Im Vergleich dazu:

- Durchschnittsalter des Patientenguts mit Behandlungsfehlervorwurf nach Kniearthroskopie (n=77) ist knapp 40 Jahre.
- Durchschnittsalter des Patientenguts mit Behandlungsfehlervorwurf nach Hüftendoprothetik (n=68) ist ca. 61 Jahre.
- Durchschnittsalter des Patientenguts mit Behandlungsfehlervorwurf nach Knieendoprothetik (n=23) ist etwas über 63 Jahre.

Die Patienten, die eine mangelhaft durchgeführte Kniearthroskopie beanstanden, könnten klagefreudiger sein, weil sie noch mitten im Berufsleben stehen. Die Konsequenzen eines Behandlungsfehlers sind für sie sehr wahrscheinlich viel folgenreicher und von größerer existenzieller Bedeutung als es für einen über 60-jährigen der Fall sein würde. Zudem wird der (vermeintlich) Geschädigte sportlich aktiver sein und diversen Freizeitaktivitäten nachgehen. Ein nicht beschwerdefreies Knie ist dann sicherlich ein großer Verlust an Lebensqualität. Spekulativ bleibt, ob sich jüngere Patienten, geprägt von den Medien und sich selbst informierend, einfach selbstbewusster und kritischer in die ärztliche Behandlung begeben, um den Arzt bei seiner Fertigkeit genau „auf die Finger zu schauen oder notfalls auf die Finger zu klopfen.“ [37] Ein scheinbarer Beleg dafür könnte die Tatsache sein, dass - im Vergleich zu den Zahlen aus Knie- und Hüftendoprothetik - knapp jeder vierte Kniearthroskopierte (24,5%) schon in den ersten sechs Monaten nach einer (vermeintlich) misslungenen Kniearthroskopie die Gutachterstelle aufsuchte. Unbestätigt bleibt auch, ob ältere Patienten vertrauend auf die Omnipotenz der Medizin mit dementsprechender Anspruchshaltung einfach krankheitsimmanente Komplikationen nicht als schicksalhaft hinnehmen wollen.

Ein weiterer Aspekt, vorgebracht von Hansis, dürfte sich hier nur teilweise bestätigen, nämlich, dass die Arthroskopie vorzüglich ambulant durchgeführt wird und sich deswegen mögliche Fehlerquellen „wie durch eine Lupe“ verstärken. [20] „Aus Sicht der Qualitätssicherung hat dies durchgehend den Grund, dass dort die aus dem stationären Betrieb bekannten und in die Alltagsabläufe eingeplanten Risiko-Puffer entfallen. Folgende Risiko-Puffer sind zum Beispiel zu benennen:

- Überprüfung der Indikation: Üblicherweise wird die Operationsindikation und die Verfahrenswahl mit Beginn der stationären Behandlung nochmals überprüft, diese Korrekturmöglichkeit entfällt. Beim ambulanten Operieren muss die Indikation (nach z.B. nur einem Arztkontakt) „stehen“.
- Abklärung des allgemeinen Operationsrisikos: Dies muss Tage oder Wochen vor dem Eingriff fehlerfrei und lückenlos geschehen – auch hier gibt es die Korrektur- und Kontrollmöglichkeit am Vorabend des Eingriffs nicht.
- Patientenaufklärung: Die Patientenaufklärung erfolgt natürlich bereits bei der vorangehenden Indikationsstellung... Dennoch ergeben sich - zumal bei

differenzierten Patienten - bis zum Eingriff oft noch verbleibende oder neue Fragen; ausgedehnte Gespräche am Vortag belegen dies. Diese Fragen kann der Patient beim ambulanten Eingriff – wenn überhaupt – nur am OP-Morgen, quasi zwischen Tür und Angel, loswerden.

- Die erste Nacht: Die erste postoperative Nacht ist für den Patienten oft geprägt von Schmerzen und Angst, für den Arzt – manchmal – durch Sorge und Selbstzweifel. Beides lässt sich im stationären Fall durch eine Spätvisite um 22 Uhr problemlos lösen. Auch schlimme Frühkomplikationen können hier u.U. leicht erkannt und angegangen werden. Beim ambulanten Operieren entfällt dies in der Regel.“ [20] [47]

#### **4.3. Rechtsbeistand und Aufklärungsmangel**

In dem gesamten vorliegenden Datengut ließ sich jeder zweite Antragsteller von einem Anwalt vertreten (siehe Diagramm 3.2.1.e). Neben der Tatsache, dass die Zuhilfenahme eines Juristen für den Antragsteller zum einen nicht obligat für das Antragsverfahren vor der Gutachterstelle der BLÄK ist, zum anderen mit Selbstkosten verbunden ist, stellt sich die Frage nach der „Effektivität“.

Unter Punkt 3.2.1.f) konnte gezeigt werden, dass es bei 270 Fällen mit 76 Fehlerbestätigungen um **10,6%** wahrscheinlicher war, ein mit Rechtsbeistand eingeleitetes Verfahren von Seiten des Gutachters bzw. der Gutachterstelle an der BLÄK als ärztlichen Behandlungsfehler bewertet zu bekommen. Nicht selten wird von Rechtsanwälten versucht, über eine Rüge der Aufklärung zum Ziel zu kommen (siehe Punkt 1.6.). Nach Bruns „wird eine Haftung wegen Aufklärungs- oder Einwilligungsmängeln häufig auch dann zu Lasten der Behandlungsseite bejaht, wenn medizinische Fehler im eigentlichen Sinn nicht vorliegen oder nicht nachgewiesen werden können.“ [22]

In unserem Fall wurde in den gesamt 70 Fällen der erhobenen Aufklärungsrüge ein Aufklärungsfehler nur in 54,3% von einem Antragsteller in anwaltlicher Vertretung bemängelt. Der Wert scheint zu gering, als dass man die Literatur bestätigen könnte. Außerdem sind die Möglichkeiten des Gutachters auf Überprüfung einer korrekten Aufklärung beschränkt (siehe Punkt 1.6.).

Mit Blick auf die spezielle Auswertung (vgl. 3.3.1.13., 3.3.2.13., 3.3.3.13.) stellt man fest, dass die Rechtsvertretung für Hüft- und Knieendoprothetik für den Ausgang des



Verfahrens scheinbar keinen Vorteil darstellt. Warum dieser Sachverhalt nicht für die Fälle aus der Kniearthroskopie zutrifft, bleibt unbekannt. Möglich wäre, dass aufgrund der niedrigen Fehlerquote die Fallzahl von 17 bestätigten Fehlern zu gering ist. Zumindest wäre festzuhalten, dass es bzgl. der „Kniearthroskopie-Fälle“ nicht nachweisbar sei, dass kein erkennbarer Vorteil durch juristische Unterstützung hervorgeht.

Abschließend dürfte man wie auch schon Neumann festhalten: „Im Ergebnis garantiert anwaltschaftliche Vertretung für Verfahren vor einer Gutachterkommission keineswegs immer eine Entschädigung, die aber durchaus auch ohne Anwalt erreichbar ist.“ [48]

Betrachtet man nochmals die Zahl der Aufklärungsrügen innerhalb des Datenpools unabhängig von juristischer Unterstützung, wird deutlich, dass bei einem Prozentsatz von 25,6% jeder vierte Antragsteller die Aufklärung tadelt, aber davon nur jede zehnte gerügte Aufklärung tatsächlich vom Gutachter als fehlerhaft eingestuft wird. Im speziellen Bereich der Hüftendoprothetik (22,1%), Knieendoprothetik (21,7%) und Kniearthroskopie (28,6%) weichen die erhaltenen Zahlen kaum von oben genannter ab.

In mehr als der Hälfte der Aufklärungsrügen (58,6%) wurde im Antragsbegehren vom Antragsteller dezidiert erwähnt, was genau er an der Aufklärung auszusetzen hatte. Mit über einem Drittel aller speziellen Angaben wurde am häufigsten vom Antragsteller beanstandet, zu wenig bzw. gar nicht über die Risiken der durchgeführten Therapie aufgeklärt worden zu sein. Für die „Hüftendoprothetik-Fälle“ waren es sogar knapp die Hälfte, für die „Knieendoprothetik-Fälle“ 40% und für die „Kniearthroskopie-Fälle“ knapp ein Fünftel.

Insgesamt wurde in sieben von 273 Fällen ein Aufklärungsfehler bestätigt. Betrachtet man diese sieben jedoch genauer, stellt man fest, dass in nur drei Fällen eine (sehr wahrscheinlich) tatsächlich stattgefundene Aufklärung nicht bewiesen werden konnte, und auch nur deswegen, weil Unterlagen abhanden gekommen sind. Drei weitere Aufklärungsfehler führten ebenfalls zu Behandlungsfehlern, weil sie im Bereich des „voll beherrschbaren Risikos“ lagen: falsche Seite operiert bzw. Aufklärungsformular für anderen Eingriff unterschrieben. In nur einem einzigen Fall waren wirklich die Inhalte des Aufklärungsgesprächs (wiedergegeben durch das Formularblatt) ungenügend.

6 von 7 Aufklärungsfehlern wären also sicher vermeidbar gewesen und nur in einem Fall käme man mit der Meinung der Antragsteller über eine mangelhafte Aufklärung überein.

Nicht nur als Fehlerprophylaxe sondern viel mehr als Fehlervorwurfprophylaxe müsste man hier ansetzen, das Aufklärungsgespräch zu intensivieren und sich lieber zweimal zu vergewissern, dass der Patient wirklich alles verstanden hat und genau weiß, auf welche Risiken er sich einlässt, vorausgesetzt natürlich, der ärztliche Alltag ließe es zu. Die Aufklärung wäre allein als Vermeidungsstrategie von Fehlervorwürfen einer der wichtigsten Abschnitte in der ärztlichen Behandlung. Das Aufklärungsgespräch ist oftmals der längste und intensivste Patientenkontakt während der gesamten Behandlung. Hier bestünde eine gute Möglichkeit, das durch Medien in Frage gestellte Vertrauensverhältnis Arzt-Patient durch besondere Sorgfalt und Pflege wieder zu stärken.

#### **4.4. Versorgungsstufe**

Neben den vier offiziellen Versorgungsstufen [49] wurden noch die Universitätsklinik (anderer Kostenträger), das Fachkrankenhaus (höherer medizinischer Standard) und die Rehabilitationsklinik als eigenständige Kategorien vorgestellt. Um die niedergelassenen Ärzte von ihren Kollegen auf stationären Einrichtungen zu differenzieren, wurde ebenfalls die Kategorie Beleger/Praxis geschaffen, in der auch Belegkliniken, Privatkliniken und OP-Zentren vertreten sind.

Das Ergebnis der Auswertung im Allgemeinen (vgl. 3.2.2.b)) mit 273 Zählern resultiert dahingehend, dass jeder dritte Behandlungsfehlervorwurf gegen Beleger bzw. Praxen und jeder fünfte gegen die Versorgungsstufe 2 gerichtet war.

Ein in etwa ähnliches Verhältnis zeigte sich bei der Untersuchung, wie fehlerbehaftet die einzelnen Versorgungsstufen sind. Ca. jeder dritte Behandlungsfehler war bei Belegern, in Praxen bzw. in der Versorgungsstufe 2 vorzufinden.

Somit produzierten die am häufigsten beklagten Versorgungsstufen auch prozentual gesehen am häufigsten die Fehlbehandlungen.

Auffällig scheint für die Versorgungsstufen 2 bis 4, dass sowohl die Behandlungsfehlervorwürfe als auch die tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler mit steigender Versorgungsstufe abnehmen. Zudem ist das Fachkrankenhaus trotz relativ hoher Fehlerbeanstandungen eine medizinische Einrichtung mit der niedrigsten Fehlerquote (13,5%), im relativen Vergleich zu der der Versorgungsstufe

2 (37,2%) und zu der der Niedergelassenen (27,3%). Es sei dahingestellt, ob diese Sachverhalte als Qualitätskriterien für medizinische Behandlungen gelten können. Es kann jedoch festgehalten werden, dass „eine Spezialklinik dem Patienten einen anderen Level des Standards schuldet als das Krankenhaus der Regelversorgung.“

[4]

Dass dies nicht für Versorgungsstufe 1 gilt, mag daran liegen, dass hier weniger therapiert wird als in höheren Versorgungsstufen. Denn sie leisten nur einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung [49] .

Ein Vergleich zwischen stationär tätigen und niedergelassenen Ärzten wäre durch Summation möglich:

Stationär tätig = V1 bis V4, Universitätsklinik und Fachkrankenhaus: 64,5%

Niedergelassene = Praxis/Beleger: 35,2%

Kategorie Rehabilitationsklinik mit Fallzahl 1 bleibt vernachlässigt.

Daraus resultierend gehen knapp zwei Drittel (64,5%) der 273 Fehlervorwürfe gegen stationäre Behandlungen, mit gut einem Drittel (35,2%) aller Fehlervorwürfe werden die Niedergelassenen konfrontiert. Das Studium der Literatur lässt den Schluss zu, dass in stationären Einrichtungen kompliziertere Fälle behandelt werden. „Und die Patienten erwarten mehr.“ [50] „Hier mag der Umstand eine Rolle spielen, dass mit der „Institution Krankenhaus“ kritischer umgegangen wird als mit dem einzelnen, persönlich bekannten niedergelassenen Arzt“, sind doch in Bayern nahezu gleich viele Ärzte im stationären Betrieb (2006: 22.039) als auch im ambulanten bzw. praktischen Bereich (2006: 23.419). [39]

Andererseits ist nicht auszuschließen, dass gerade die so wichtigen „organisatorischen Defizite“ (gemeint sind: Aufsummierung mehrerer kleinerer Fehler und „mehr oder weniger vermeidbaren Lässlichkeiten“ zu einem „ganzen“ Fehler; Kommunikationsdefizite abteilungsintern, abteilungsübergreifend, delegativ) „im Krankenhaus mehr Wirkung entfalten als in einer Praxis.“ [9] „Darüber hinaus bestehen im Krankenhaus wesentlich mehr horizontale und vertikale Schnittstellen als in der Arztpraxis, mit einer Fülle von zusätzlichen Fehlermöglichkeiten (Informationsverluste, unscharfe Aufgabenabgrenzung, etc.). [11]

Dementsprechend soll anhand der vorliegenden Daten (Fehleranzahl n=76) dargestellt werden, ob im stationären oder im ambulanten Bereich mehr Fehler gemacht wurden, wiederum durch Summation:

Stationär tätig = V1 bis V4, Universitätsklinik und Fachkrankenhaus: 65,8%

Niedergelassene = Praxis/Beleger: 34,2%

Kategorie Rehabilitationsklinik mit Fallzahl 0 bleibt vernachlässigt.

Wie schon bei den Fehlervorwürfen gegen die Versorgungsstufen zeichnet sich hier bei den tatsächlich passierten Fehlern ein fast identisches Ergebnis ab:

2/3 der Fehler passierten im stationären Arbeitsablauf, 1/3 im ambulanten.

Im speziellen Bereich der Auswertung, der „Kniearthroskopie-Fälle“, sticht der Wert der Behandlungsfehlervorwürfe und der bestätigten Behandlungsfehler gegen die Niedergelassenen ins Auge: Jede zweite Behandlungsfehlerklage einer Kniearthroskopie richtete sich gegen die Praxis- und Belegärzte; von den festgestellten Fehlern ließ sich auch knapp jeder zweite Fehler den Niedergelassenen zuordnen.

Für die Fälle der Hüftendoprothetik konnte festgestellt werden, dass hier der Schwerpunkt der Vorwürfe gegen die Versorgungsstufe 3 und gegen Fachkrankenhäuser gerichtet ist, erst an dritter Stelle gegen Versorgungsstufe 2.

Jedoch ließ sich nur jeder 15. Fehlervorwurf gegen ein Fachkrankenhaus bestätigen, im Gegensatz zu jedem 3. Fehlervorwurf gegen ein Krankenhaus der Versorgungsstufe 3.

#### **4.5. Erwähnenswerte essentielle Einzelaspekte**

Fehlervorwurf ist nicht gleich Fehlervorwurf. Deswegen wurde anhand der vorliegenden orthopädischen und traumatologischen Falldaten untersucht, mit welchen spezifischen Vorwürfen die Antragsgegner konfrontiert wurden.

##### **a) Operative Therapie im Vergleich zu konservativer Therapie:**

Primär wurde zwischen operativer und konservativer Therapie unterschieden. Es konnte gezeigt werden, dass der Antragsteller mit der operativen Therapie mit Abstand am häufigsten (84,5%) unzufrieden war. Lediglich jeder zwölfte Antragsteller (8,4%) beanstandete, dass die konservative Therapie falsch gelaufen sei. Dies dürfte – wie auch schon unter Punkt 1.4. erläutert, hier ging es allerdings um die am häufigsten beklagten Fachdisziplinen mit den schneidenden Fächern an der Spitze – mit der Tatsache vereinbar sein, dass

„eine Wundheilungsstörung, ein in Fehlstellung verheilter Knochenbruch, eine instabil eingebaute Endoprothese... auch für medizinische Laien erkennbar“ sind. [43] Es schürt doch jede eingetretene Komplikation, ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis das Misstrauen des Patienten umso mehr, wenn als Arzt nicht adäquat mit dem unzufriedenen Patienten umgegangen wird.

#### **b) Fehlerzeitpunkt:**

Man könnte sich die Frage stellen, ob aus den vorliegenden Daten für Hüftendoprothetik, Knieendoprothetik und Kniearthroskopie eventuell ein schlechtes Komplikationsmanagement hervorgeht:

Für die GUS der Norddeutschen Ärztekammern gilt: „Mit dem Ziel der „Waffengleichheit“ zwischen Laien und Medizinern prüft die Schlichtungsstelle ggf. auch ärztliche Arbeitsgänge, die von der Patientenseite gar nicht beanstandet wurden.“ [8] So ist dies auch in Bayern der Fall. Deswegen soll es nachfolgend nicht verwunderlich scheinen, wenn vom Gutachter häufiger als beklagt ein Fehler im Komplikationsmanagement bestätigt wird.

**Hüftendoprothetik:** Die gesamte Komplikationsdiagnostik, bestehend aus der Diagnostik von Komplikationen (17,6%), der Infektdiagnostik (7,4%) und der Röntgendiagnostik von Komplikationen (1,5%), wurde in mehr als jedem vierten Fall fehlerbehaftet empfunden. Sie wurde aber in mehr als jedem dritten (35,3%) Fall als Fehlerursache ausfindig gemacht. Die gesamte Komplikationstherapie (25%), bestehend aus der Therapie von Komplikationen und der Infekttherapie, wurde in genau jedem vierten Fall moniert, bestätigte sich in fast genau jedem vierten Fall (23,6%).

Analog für die Zahlen der Hüftendoprothetik ließe sich folgendes für die Behandlungsbereiche Knieendoprothetik und Kniearthroskopie eruieren:

Für den Bereich der **Knieendoprothetik** wurde von gut jedem siebten Antragsteller (13%) der Fehler in der Komplikationsdiagnostik vermutet, ließ sich aber vom Gutachter in mehr als jeden dritten Fall (37,5%) bestätigen. Dass Komplikationen fehlerhaft therapiert wurden, glaubte jeder elfte Antragsteller (8,6%), der Gutachter hatte in jedem achten Fall (12,5%) etwas an der Komplikationstherapie auszusetzen.

Anhand der Daten der „**Kniearthroskopie-Fälle**“ konnte festgestellt werden, dass den Antragsgegnern in jedem siebten Fall (14,3%) eine mangelhafte

Komplikationsdiagnostik vorgeworfen wurde. Vom Gutachter konnte dies jedoch in mehr als jedem fünften Fall (17,7%) als fehlerhaft gewertet werden. Dass aufgetretene Komplikationen nicht korrekt behandelt wurden, gab mehr als jeder sechste (15,6%) Antragsteller an, vom Gutachter fehlerhaft befunden wurde aber mindestens jeder dritte „Kniearthroskopie-Fall“ .

Der Sinn dieser ganzen Aufzählung liegt darin, aufzuzeigen, dass Fehler möglicherweise nicht immer dort passieren, wo sie vom Laien vermutet werden. Konkret bedeutet dies, dass der Patient mit einem anderen Umstand seiner Behandlung unzufrieden ist als dies dann im Gutachten als fehlerhaft aufgeführt wird.

Andererseits wurde im Gesamten die primäre Therapie am häufigsten beklagt (67,4%) und auch annähernd relativ gleich vom Gutachter fehlerhaft eingestuft (59,2%). Von den operativen Eingriffen scheint die größte Fehlerquelle die direkte Operation zu sein. Fast jeder zweite Fehler (44,7%) lag an einer nicht „lege artis“ durchgeführten Operation, jeder dritte Fehler (36,8%) passierte während der Behandlungsphase nach der eigentlichen Operation.

Die Diagnostik wurde bezüglich aller vorliegenden Voten nur von jedem zwölften bemängelt. Es dürfte anzuführen sein, dass wahrscheinlich vom Nachbehandler revidierte Diagnosen gepaart mit einem unbefriedigenden Ergebnis aus der Vorbehandlung den Antragsteller dazu veranlassen, die Diagnostik zu bemängeln. Dass z.B. ein medizinischer Laie auf einem Röntgenbild mehr erkennen kann als die Bruchstellen einer Fraktur eines langen Röhrenknochens, ist eher unwahrscheinlich. Dennoch wurde von jedem 20. (5,5%) die primäre Röntgendiagnostik als fehlerhaft empfunden.

### **c) operative Revision:**

In 3.2.2.i) wurde untersucht, ob Revisionseingriffe gegebenenfalls Misstrauen in die ärztliche Behandlung bringen. Beim erneuten Eingriff könnte ein Laie sicher leicht vermuten, dass beim ersten Eingriff etwas schief gelaufen sei. Beim vorliegenden Datenpool war bei jeder zweiten (56,9%) beklagten Behandlung eine Revisionsoperation durchgeführt worden. Rein von der

Thematik her könnte man auch noch die Fälle mit einbeziehen, bei denen zunächst konservativ (=die beklagte Behandlung) und anschließend doch operiert werden musste (8,2%). Denn auch so könnte der Patient das Gefühl bekommen haben, dass bei der ersten Behandlung ein Fehler passiert ist, der in einer zweiten „Runde“ korrigiert werden sollte. Ganz gleich, ob der Operateur derselbe war oder ein anderer.

#### **d) traumatisch bedingte versus degenerativ bedingte Therapie:**

In der weiteren Untersuchung wurde herausgefunden, dass die Mehrheit (56,8%) aller vorliegenden Behandlungsfehlervorwürfe auf Behandlungen degenerativer Erkrankungen beruhte, jeder dritte Vorwurf (34,8%) richtete sich gegen die Therapie nach Trauma. Es stellt sich als nächstes die Frage, ob denn die Traumatherapie oder die Therapie einer degenerativen Erkrankung fehlerträchtiger ist. Es fanden sich annähernd gleichwertige Ergebnisse wie bei den Vorwürfen. Innerhalb des Datenpools „Trauma“ konnte anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht zwischen „dringendem Eingriff“ und „absolutem Notfall“ unterschieden werden.

Dass mehr die Therapie der degenerativen Erkrankung beklagt wird, mag damit zusammenhängen, dass dieser Eingriff elektiven Charakter hat. Aus Sicht eines Patienten mit einer degenerativen Erkrankung könnte nach Therapie das Ergebnis ernüchternder ausfallen als gewünscht, weil für ihn die Beschwerden, die ihn zum Eingriff veranlasst haben, einen anderen Maßstab haben könnten, als dies für Patienten nach einem Trauma der Fall wäre.

#### **4.6. Behandlungsimmanente Komplikationen, Spätfolgen**

Des weiteren wurde untersucht, wie häufig behandlungsimmanente und daher aufklärungspflichtige Komplikationen nach den speziellen Eingriffen Hüft- und Kniearthroplastik beanstandet wurden. Die Kniearthroskopie wurde wegen o.g. Gründe außen vor gelassen (vg. 3.3.3.14) In folgenden Fällen wurde eine regelrechte Aufklärung vorausgesetzt, d.h. also, dass trotz einer ausführlich stattgefundenen Aufklärung über jene möglichen Komplikationen die betroffenen

Patienten den Antragsgegnern bei Eintreten eben dieser Komplikationen die medizinische Behandlung als fehlerhaft anlasteten.

#### Hüftendoprothetik (vgl. 3.3.1.14):

Fast jeder dritte Patient (31,0%) beklagte nach der ihm widerfahrenen Erstimplantation eines künstlichen Hüftgelenks das Eintreten einer Nervenschädigung mit Gefühlsstörungen, Nervenschmerzen oder sogar Lähmungen. Dass die Beanstandung einer Nervenschädigung nach Hüft-TEP die am häufigsten beanstandete Komplikation war, scheint nicht verwunderlich; denn von Oldenburg und Miller [51] wurde das Eintreten dieser schwerwiegenden Komplikation nach Implantation eines Hüftgelenkersatzes [52] mit einer Rate von 2,1 - 3% beziffert. „Dies und die zumindest aus Patientensicht unbefriedigende Rückbildung der Beschwerden in 2/3 der Fälle mögen Gründe für relativ häufige Haftpflichtansprüche sein.“ [16]

Dass das operierte Bein zu lang oder zu kurz sei, wurde von gut jedem fünften (22,4%) Antragsteller reklamiert. Jeder sechste glaubte, eine Prothesenlockerung hätte nicht eintreten dürfen, und jeder zehnte Antragsteller gab als Gegenstand des Vorwurfs eine eingetretene Infektion bzw. Hüftgelenkluxationen mit evtl. anschließender Revisionsoperation an.

#### Knieendoprothetik: (vgl. 3.3.2.14)

Aufgrund der Fallzahl aus dem Themengebiet Knieendoprothetik wird die Aussagekraft geringer sein als es bei der Auswertung aus dem Themengebiet Hüftendoprothetik der Fall ist. Es zeichnet sich aber ab, dass wiederum die verbliebene Nervenschädigung mit 25% am häufigsten angeprangert wurde.

Man könnte also zu dem Schluss kommen, dass die Komplikation einer Nervenschädigung mit Gefühlstörung oder Lähmung für den Patienten am wenigsten akzeptabel und aus Patientensicht nicht vereinbar mit dem Glauben an eine korrekt durchgeführte arthroplastische Operation ist. Es konnte anhand der vorliegenden Voten nicht bestätigt werden, dass speziell postoperative Infektionen am häufigsten zu Arzthaftungsklagen geführt hätten. [34] [53]



Wurden zudem bei Hüftendoprothetik-Ersteingriffen fast immer (86,2%) Komplikationen als Grund für ein Antragsbegehren genannt, war dies bei Knieendoprothetikeingriffen in genau jedem zweiten Verfahren (50%) der Fall.

Was aus den Voten nicht hervorging bzw. was auch für den Gutachter schwerlich differenziert werden konnte, war die „kausale Zurechnung einer Komplikation“, „ob sie als trotz korrekten ärztlichen Vorgehens unvermeidbare Komplikation oder aufgrund unsorgfältigen ärztlichen Vorgehens als vermeidbare Komplikation einzuordnen“ war. [4]

Nach Hansis können Komplikationen oder sonst unerwünschten Behandlungsergebnissen drei Teilursachen (einzeln oder kumuliert) zugrunde liegen:

- Krankheitsimmanente Faktoren: Begleiterscheinungen der Krankheit an sich, die auch bei bestem Verlauf nicht zu vermeiden sind.
- Behandlungsimmanente Faktoren, sprich Nebenwirkungen und Komplikationen der durchgeführten Behandlung: unerwünschte Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung, die ebenfalls nicht immer zu umgehen sind.
- Ärztliche Behandlungsfehler: Folgen einer unzureichenden Diagnostik oder Therapie und im Zusammenhang hiermit Folgen medizinischer Behandlungsfehler.“ [35] [20]

Zudem sind hochbetagte Patienten keine Seltenheit mehr. „Dies mache sie anfälliger für Risiken und Nebenwirkungen medizinischer Behandlungen.“ [54]

Im Allgemeinen wurde noch untersucht, welcher Schaden dem Patienten aus der (vermeintlichen) Fehlbehandlung entstanden ist, sei er materieller oder immaterieller Natur. [4] Denn ohne Schadensangabe kein Recht auf Schadensersatz. Jeder zweite Antragsteller gab an, aufgrund der (vermeintlichen) Fehlbehandlung weiter bestehende Schmerzen oder sogar eine Verschlechterung des Schmerzstatus zu verspüren. Außerdem sei die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, hieß es in ebenfalls knapp jedem zweiten Fall.

Nur gering (0,7%) war die Anzahl der Fälle, in denen Behandlungsfehler mit Todesfolge beanstandet wurden und sich auch in keinem einzigen Fall bestätigen ließen. Bestätigen ließ sich aber vom Gutachter in jedem dritten bejahten Fall (36,8%), dass dem Patienten durch den Behandlungsfehler ein verlängerter

Krankheitsprozess mit eventuell längerem Krankenhausaufenthalt und/oder längerer Behandlungsdauer entstanden ist. Jeder vierte Fehlbehandelte müsste laut Gutachter mit weiter bestehenden Schmerzen und einer eingeschränkten Bewegungsfähigkeit leben und jeder fünfte Fehlbehandelte müsste sich aufgrund der Fehlbehandlung einer erneuten Operation unterziehen. „Nicht immer, wenn ein Patient nicht die optimale medizinische Behandlung erfahren hat, liegt sofort ein Kunstfehler vor.“ [14] Jedoch ist „bei ausbleibendem Heilerfolg der Patient geneigt, erst einmal nicht seine Krankheit als Ursache einer möglichen bleibenden Behinderung zu sehen, sondern ein Fehlverhalten des Arztes.“ [55]

Besonders erwähnenswert ist die Tatsache, dass in 17 von den 76 Fällen mit bestätigtem Behandlungsfehler keine Spätfolgen verblieben sind, Das entspricht einer Prozentzahl von 22,4. Es bedeutet schließlich, dass gut jeder fünfte Behandlungsfehler ohne Spätfolgen für den Patienten blieb.

#### **4.7. Kasuistik**

In einer Veröffentlichung der Gutachterstelle der Bayerischen Ärztekammer heißt es: „In der Literatur – auch in der Diskussion der Gutachterstellen auf Bundesebene – wird immer wieder die Forderung erhoben, aus den gutachterlich abgeklärten Fällen der Gutachterstelle konstruktive, aussagekräftige und für die Fehlervermeidungsstrategie verwertbare Konsequenzen zu ziehen. Fehlermanagement bzw. Fehlervermeidungsstrategie im Krankenhaus sind im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement Gegenstand heftiger und intensiver Diskussionen, insbesondere im operativen Bereich ...

... Es wird aber grundsätzlich bezweifelt, ob das Material der Gutachterstellen insoweit aussagefähiges statistisches Material darstellt, um entsprechende Rückschlüsse zuzulassen. Dass nur eine kasuistische Betrachtung/Einzelfallanalyse sinnvoll sein kann, soll exemplarisch an folgenden willkürlich gewählten Beispielen dargestellt werden...“ [56]

Diese Aussage wird zum Anlass genommen, kurz auf herausragende Fälle der vorliegenden Voten hingewiesen.

1. 30-jährige Antragstellerin mit juristischer Unterstützung gegen eine orthopädische Klinik der Versorgungsstufenkategorie „Fachkrankenhaus“:

Sachverhalt: Skiunfall mit Verletzung am Knie

Diagnose: Patellaluxation **links**

Therapie: arthroskopische Operation des **rechten** Knies

Antragsbegehren: Die Antragstellerin lässt durch ihren Rechtsanwalt vortragen, dass das falsche Knie operiert wurde.

Beweisaufnahme: Ein Oberarzt und ein Chefarzt einer orthopädischen Abteilung einer BG-Unfallklinik fungierten als Gutachter

Beurteilung: fehlerhafte ärztliche Behandlung. Diese hat jedoch zu keinen wesentlichen funktionellen Dauerfolgen geführt.

Begründung: Diagnostische Maßnahmen und Indikation waren an sich richtig. Fälschlicherweise wurde dabei jedoch das nicht durch den Unfall betroffene rechte Knie operativ behandelt. Es versteht sich von selbst, dass dies mit der Antragstellerin auch vorher nicht vereinbart worden war. Die Gutachter führen aus, dass intraoperativ am sog. gesunden Bein ebenfalls Verformungen bestanden, die darauf hinwiesen, dass diese Kniescheibe wegen ihrer Fehlförmigkeit ebenfalls hätte luxieren können. Aus diesem Grund nahm der Antraggegner die relativ unaufwendige operative Korrektur vor, zu der er aber von der Antragstellerin keinen Auftrag hatte. Im späteren Verlauf wurde auch die Korrektur am „richtigen linken Knie“ durchgeführt, ebenfalls mit Erfolg.

Die Gutachter haben die Antragstellerin untersucht und fanden abgesehen von der Narbenbildung am rechten Knie keine negativen Folgen der fälschlicherweise durchgeführten Knieoperation rechts. Im Gegenteil zeigte sich bei den durchgeführten Spezialaufnahmen von der rechten Kniescheibe, dass diese im Gegensatz zum präoperativen Befund vom 09.04.03 nun besser im Gleitlager beweglich war, ohne Tendenz zur Verrenkung.

Dieses Vorgehen wurde von der Gutachterstelle Bayern als ärztlicher Behandlungsfehler gewertet, da eine Aufklärung über den arthroskopischen Eingriff für das rechte Kniegelenk nicht vorlag und somit durch fehlende Einwilligung der Patientin der Tatbestand der Körperverletzung bestand, und zwar ganz unabhängig davon,

- dass durch diese Operation kein funktioneller Schaden entstanden ist,

- dass diese operative Korrektur einer Fehlstellung der Kniescheibe im rechten Knie mit Wahrscheinlichkeit auf Dauer von Nutzen war.

Die Operation an der falschen Seite ist ein klares Missmanagement des voll beherrschbaren Risikos und daher grob fahrlässig.

2. 80-jährige Antragstellerin, ohne Rechtsanwalt gegen ein Krankenhaus der Versorgungsstufe 1.

Sachverhalt:

Diagnose: degenerativ bedingte Coxarthrose

Therapie: beiderseitige Implantation von Kunstgelenken; klinisch rechtsseitig stärkere Beschwerden. Die Antragstellerin sei der Meinung gewesen, dass man zunächst die rechte Seite operieren würde. Der Antragsgegner operierte jedoch linksseitig mit der Option, nach etwa einem halben Jahr die rechte Seite ebenfalls zu sanieren.

Antragsbegehren:

Wegen erheblicher Schmerzen an der rechten Hüfte hätte sie nur für eine dortige TEP eingewilligt, nicht aber linksseitig. Insofern habe man die falsche Hüfte operiert, wozu sie keine Einwilligung erteilt habe. Deshalb werte sie das Einsetzen einer TEP an der linken Seite als Körperverletzung.

Beweisaufnahme: Ein Facharzt für Chirurgie fungierte als Gutachter

Beurteilung: Die ärztliche Behandlung ist als solche nicht zu beanstanden. Aufgrund der Unterlagen muss jedoch angenommen werden, dass die Operation ohne Einwilligung der Patientin erfolgt ist.

Begründung:

- ein ärztlicher Behandlungsfehler im eigentlichen Sinn ist nicht festzustellen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist die medizinische Begründung für die Operation der weniger schmerzhaften linken Seite stichhaltig und nachvollziehbar. Geht man davon aus, dass die Beschwerden der Antragstellerin auf Dauer beseitigt oder zumindest gebessert werden sollten, erscheint die getroffene Entscheidung, die linke Seite zunächst zu operieren, vertretbar. Ein ärztlicher Fehler liegt insoweit also nicht vor.

Auch die Durchführung der Operation und die Nachbehandlung ist nicht zu beanstanden. Insoweit hat die Antragstellerin auch keine Beanstandungen erhoben.

- Die Antragstellerin macht ausschließlich geltend, dass sie lediglich in eine Operation der rechten Hüfte eingewilligt habe und die Operation der linken Seite deshalb rechtswidrig ohne Einwilligung durchgeführt worden sei.

In der Tat lässt sich der ärztlichen Dokumentation eine Einwilligung der Antragstellerin in die durchgeführte Operation nicht entnehmen. Aufgrund der Unterlagen ist deswegen von einer Operation ohne die erforderliche Einwilligung auszugehen.

Ob die Einwilligung dennoch vorgelegen hat, wie der Antragsgegner geltend macht, kann im vorliegenden Verfahren nicht geklärt werden.

Die Gutachterstelle hat nicht die Möglichkeit eines Gerichts, etwa durch Einvernahme von Zeugen den wahren Sachverhalt zu erforschen.

Fest steht jedenfalls, dass aus den zeitnah erstellten Unterlagen weder eine Einwilligung der Patientin, noch ein Anhalt dafür zu entnehmen ist, dass die Operation der rechten Seite im Rahmen eines „Gesamtbehandlungsplanes“ nur zurückgestellt und die Operation der linken Seite vorgezogen worden ist. Ob die Antragstellerin tatsächlich in die Operation eingewilligt hat, muss demnach offen bleiben. Auch die Frage, ob die nach Darstellung des Antragsgegners am Vortag der Operation gegebene Einwilligung als wirksam anerkannt werden könnte, ist ohne Aufklärung der Einzelumstände nicht abschließend zu beurteilen. Da der Gutachterstelle entsprechende Ermittlungen nicht möglich sind, muss auch diese Frage offen bleiben.

Fazit: Beide abgehandelten Fälle würden in einer Statistik entsprechend einer Häufigkeitsverteilung wahrscheinlich – abgesehen von Diagnose und Therapie - in die gleichen einzelnen Kategorien fallen. Eine genaue Fallanalyse würde an den Tag bringen, dass beim ersten Fall tatsächlich aus ärztlichem Versehen die Körperseite vertauscht worden ist, wohingegen beim zweiten Fall nach vorheriger Übereinkunft, beide Seiten zu operieren, scheinbar lediglich ein Missverständnis zwischen Antragstellerin und Antragsgegner darüber bestand, welche Seite zuerst operiert

werden soll. Zusätzlich erschwerte eine fehlende Dokumentation die Beweislast des Antragsgegners. Es darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass in beiden Fällen ohne Schaden für den Patienten eine Fehlbehandlung bestätigt worden ist. Hätte der erste Fehler durch gutes Management verhindert werden können, lag es womöglich beim zweiten Fall lediglich an einer mangelhaften Arzt-Patient-Kommunikation, eine sicherlich leicht zu umgehende Fehlerquelle.

## 5. Zusammenfassung

In der hier vorliegenden Studie wurden anhand eines nach den anatomischen Regionen Hüft- und Kniegelenk selektierten Datenkollektivs von 273 Voten der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Bayerischen Landesärztekammer retrospektiv sowohl die vom Patienten erhobenen Vorwürfe als auch die festgestellten Behandlungsfehler unter den in Punkt 1.8. genannten Fragestellungen betrachtet.

Es ließ sich aus dem Datenpool eine Fehlerquote von 28,1% eruieren, welche im Vergleich zu der Gesamtfehlerquote (die alle medizinischen Fachgebiete umfasst) der Gutachterstelle der BLÄK (ca. 30%) etwas darunter liegt, und welche den bundesweiten Fehlerquotendurchschnitt (ca. 33%) etwas unterschreitet.

Im speziellen Bereich lag die Fehlerquote im Bereich Hüftendoprothetik und Kniearthroskopie um fast 10% niedriger als die im Datenpool eruierte globale Fehlerquote von 28,1%. Lediglich die Fehlerquote im Bereich Knieendoprothetik (bei einer relativ kleinen Fallzahl: n=23) war um 5% höher.

Bezüglich aller vorliegenden Voten war die Kniearthroskopie mit 28,2% die am häufigsten beanstandete ärztliche Maßnahme, gefolgt von der Hüftendoprothetik mit 24,9%. In gleicher Reihenfolge waren zuletzt genannte auch unter den operativen Eingriffen die am häufigsten beanstandeten Interventionen. Anhand der „Kniearthroskopie-Fälle“ könnte man festhalten, dass jüngere Patienten wesentlich kritischer gegenüber dem postoperativen Ergebnis eingestellt sind.

Jeder zweite Antragsteller reichte seinen Antrag mit Hilfe eines Juristen bei der Gutachterstelle ein. Die Wahrscheinlichkeit, durch einen Anwalt, eher einen positiven Verfahrensausgang zu erwirken, lag um 10,6% höher als ohne Rechtsbeistand.

Jeder vierte Antragsteller (25,6%) sah sich nicht richtig über den durchgeführten Eingriff aufgeklärt. Von diesen Fällen aber war nur jede zehnte Aufklärung tatsächlich fehlerbehaftet – soweit vom Gutachter beurteilt. Lediglich in einem einzigen Fall war das Aufklärungsgespräch (wiedergegeben durch das Aufklärungsformular) inhaltlich eindeutig mangelhaft. Wurden spezielle Angaben über eine falsche oder fehlerhafte Aufklärung von Patientenseite angeführt, so zeigte sich, dass mehr als jede dritte Angabe eine mangelhafte Risikoaufklärung beinhaltete.

Bezüglich der Klagen gegen die einzelnen Versorgungsstufen und die zusätzlich eingeführten Kategorien konnte herausgefunden werden, dass die am häufigsten beklagten Versorgungsstufen auch prozentual gesehen am häufigsten die Fehlbehandlungen produzierten. Zudem konnte für die Versorgungsstufen 2 bis 4 herausgearbeitet werden, dass sowohl die Behandlungsfehlervorwürfe als auch die tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler je höherer Versorgungsstufe abnehmen. Es wurde weiter herausgearbeitet, dass knapp zwei Drittel (64,5%) der 273 Fehlvorwürfe gegen stationäre Behandlungen gingen, und dass mit gut einem Drittel (35,2%) aller Fehlvorwürfe die Niedergelassenen konfrontiert waren.

Innerhalb des Behandlungsablaufs wurde im Gesamten die primäre Therapie am häufigsten beklagt (67,4%) und auch annähernd relativ gleich vom Gutachter fehlerhaft eingestuft (59,2%). Von den operativen Eingriffen scheint die größte Fehlerquelle die direkte Operation zu sein. Fast jeder zweite Fehler (44,7%) lag an einer nicht „lege artis“ durchgeführten Operation, jeder dritte Fehler (36,8%) passierte während der Behandlungsphase nach der eigentlichen Operation.

Fehlvorwürfe nach Behandlungen degenerativer Erkrankungen waren häufiger (56,8%) als Fehlvorwürfe nach Behandlungen von Traumata (34,8%). Für die Fälle mit Fehlerbejahung fand man annähernd gleiche Ergebnisse.

Das Ein- bzw. Auftreten behandlungsimmanenter und daher aufklärungspflichtiger Komplikationen wurde – eine korrekte Aufklärung vorausgesetzt - im Fall der Hüftendoprothetik in 86,2% und im Fall der Knieendoprothetik in 43,5% von den Antragsstellern als mögliche Fehlerquelle eingeschätzt. Am häufigsten (Hüftendoprothetik: 31,0%; Knieendoprothetik: 25,0%) gaben die Patienten in ihrem Antragsbegehren die Komplikation der Nervenanschädigung/Nervenläsion als vermeidbar an.

Von jedem zweiten Antragsteller wurde angeführt, durch die (vermeintlich) fehlerhafte Therapie an weiter bestehenden Schmerzen oder sogar an einer Verschlechterung des Schmerzstatus zu leiden. Gleich häufig war die Angabe einer eingeschränkten Funktions- und Bewegungsfähigkeit des entsprechenden Gelenks.



## 6. Literaturverzeichnis

- [1] Wolff H. Der chirurgische "Kunstfehler" - Behandlungsfehler; Teupitzer Gespräche. Heidelberg: Kaden Verlag 2001.
- [2] Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut. Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2001 04/01.
- [3] Ekkenkamp, Scheibe. Qualitätsmanagement in der Medizin. 2002 03/02;16. Erg.Lfg.
- [4] Neu J., Petersen D., Schellmann W.-D. . Arzthaftung, Arztfehler - Orthopädie, Unfallchirurgie: Steinkopf Verlag 2001.
- [5] [www.blaek.de/docs/pat\\_info/gutachter/Wegweiser\\_Gutachter\\_Schlichtungsstellen.pdf](http://www.blaek.de/docs/pat_info/gutachter/Wegweiser_Gutachter_Schlichtungsstellen.pdf), Bundesärztekammer. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern - ein Wegweiser. 2007; Stand: Mai: [www.blaek.de](http://www.blaek.de)
- [6] Bayerisches Ärzteblatt 6/1975.440-2.
- [7] Eissler M. Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland - ein bundesweiter Vergleich. MedR. 2005;Heft 5.
- [8] Neu J., Scheppokat K.-D., Vinz H. Behandlungsrisiko und iatrogener Schaden - "Unfallberichte" aus der Norddeutschen Schlichtungsstelle. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. (ZaeFQ). 2004;98:567-74.
- [9] Hansis M. Medizinische Behandlungsfehler - Bewertung und Vermeidung. Die Ersatzkasse. 2002;10:370ff.
- [10] Klinkhammer G. Ärztliche Behandlungsfehler - Offenheit gefordert. Deutsches Ärzteblatt, Jg 100, Heft 18. 2003 2. Mai.
- [11] Maier C. Arzthaftung 2000 - Behandlungsfehler aus Sicht der beratenden Mediziner eines Arzt-Haftpflichtversicherers. Versicherungsmedizin 53. 2001;Heft 3:129-37.
- [12] Scheppokat K.D. Fehler in der Medizin - Anfälligkeit komplexer Systeme. Deutsches Ärzteblatt, Jg 101, Heft 15. 2004 9. April.
- [13] Mayer C. 30 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Münchner ärztliche Anzeigen. 2005 9.Juli;Ausgabe 14:15.
- [14] Niedermaier F. Entwicklung einer Fehlerkultur - 30 Jahre Gutachterausschuss. Bayerisches Ärzteblatt. 2005;9:564.
- [15] Berg D., Seiermann B. Aus Fehlern lernen. Frauenarzt. 2006;47(Nr. 3):212-20.
- [16] Müller T.R., Bergmann K.O. Haftungsgefahren und Risikomanagement in Orthopädie und Chirurgie. Stuttgart: Thieme Verlag 2000.

- [17] Doms T. Arzt Haftungsrecht - Transparenz als beste Vorsorge. Deutsches Ärzteblatt, Jg 102, Heft 3. 2005 21. Januar.
- [18] Klinkhammer G. Ärztliche Behandlungsfehler - Ein neues Qualitätsbewusstsein. Deutsches Ärzteblatt, Jg 100, Heft 18. 2003 2. Mai.
- [19] Lenhard W. Die rechtlichen Aspekte der Heilbehandlung. Orthopädische Praxis 41, 1. 2005:35-7.
- [20] Hansis M.L., Hansis D.E. Der ärztliche Behandlungsfehler - Verbessern statt streiten. Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG 1999.
- [21] Behandlungsfehler. Deutsches Ärzteblatt, Jg 100, Heft 37. 2003 12. September.
- [22] Dr. Bruns W. Haftungsprophylaxe für den Chefarzt. ArztRecht 10/2001. 2001:256-63.
- [23] Mallach J.H., Schenkler G., Weiser A. Ärztliche Kunstfehler. Jena, New York: Gustav Fischer Verlag 1993.
- [24] <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/behandlungsfehler.html> .
- [25] BGH. VersR. 1986:366.
- [26] Sommer A. Rechtliche Grundlagen der Beweisführung und der Beweislast. Versicherungsmedizin 53. 2001;Heft 3:105ff.
- [27] OLG, Frankfurt. VersR.1378.
- [28] Franzki. MedR. 1984;189 (unter Hinweis auf OLG Celle, Urteil vom 1.12.1980).
- [29] Hart D. Ärztliche Leitlinien - Definition, Funktion, rechtliche Bewertungen. MedR. 1998;8-16.
- [30] Wienke A. Leitlinien als Mittel der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. MedR. 1998;172-174.
- [31] Pelz. Leitlinien in der Chirurgie. In: Jost, Langkau, eds. 1997:23f.
- [32] <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/awmf-frp.htm> .
- [33] BGH, NJW. 1978;2237.
- [34] Arens S., Müller L., Hansis M. Vorgeworfene Behandlungsfehler nach postoperativen Infekten am Bewegungsapparat. Der Chirurg. 1998;69:1263-9.
- [35] Prof. Dr. med. Hansis M.L., Prof.Dr. jur. Hart D., Dr. Becker-Schwarze K., Dr. Hansis D.E.. Medizinische Behandlungsfehler - Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2001 04/01.

- [36] Dr. med. Sandvoß G. Prophylaxe und Management von Arzthaftpflichtansprüchen. ArztRecht 6/1999. 1999:144-55.
- [37] Grill W. Chirurgie und Recht - Erfahrungen der Schlichtungsstelle Bayern: Häring, R. 1993.
- [38] Bauer H. Effizienz und Ökonomie in der Chirurgie. Der Chirurg. 1997;68:285-9.
- [39] BLÄK. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 2006/2007 dem 64. Bayerischen Ärztetag vorgelegt. unter [www.blaek.de/werwaswo/bay\\_aerztetag/berichte/TB2007.pdf](http://www.blaek.de/werwaswo/bay_aerztetag/berichte/TB2007.pdf) 2007.
- [40] Brennan T., Leape L., Laird N., Herbert L., AR L., Lawthers A., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. . N Engl J Med. 1991;324:370-6.
- [41] Studdert D., Thomas E., Burstin H., Zbar B., Orav E., Brennan T. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. Med Care. 2000;38:250-60.
- [42] Loose H. Wenn Ärzte ihre Patienten krank machen. Die Welt. 1997 19.06.1997.
- [43] Landschek I. Buchbesprechungen - "Schneidende" Fächer machen häufiger Fehler. Orthopädie Mitteilungen. 2002 2/02.
- [44] <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztestatistik2006.pdf>, Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2006. 2007 19. März.
- [45] Ottmann. 55. Bayerischer Ärztetag - Patientenrechte. Bayerisches Ärzteblatt 11/2002. 2002.
- [46] ks. Doppelt so viele monierte Behandlungen wie vor zehn Jahren - Gutachter bestätigen jeden dritten Kunstfehler-Verdacht. Medical Tribune. 2005 8. Juli.
- [47] Heberer J. Grober Behandlungsfehler bei grundlosem Verschieben einer notfallmäßigen Operation um mehr als sechs Stunden. Der Chirurg. 004;BDC 5:134.
- [48] Neumann G. Konsequenzen aus Entscheidungen von Gutachterkommissionen. MedR. 2003;Heft 6.
- [49] Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKRG). in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 1990 (GVBI S. 386), zuletzt geändert durch § 6 des Gesetzes vom 24. Dezember 2002 (GVBI S. 975).
- [50] Merten M. Risikomanagement - Den Ursachen auf der Spur. Deutsches Ärzteblatt, Jg 104, Heft 17. 2007 27. April.
- [51] Oldenburg M., Müller R.T. Frequency, prognosis and importance of peripheral nerval lesions associated with total hip arthroplasty. Int Orthop. 1997;21:1-2.
- [52] Steinberg M. The Hip and its Disorders. Saunders. 1991;Philadelphia.

- [53] Kellsey D. The anatomy of orthopaedic malpractice. A study of two hundred and fifty cases. J Bone Joint Surg (Am). 1975;57:1013.
- [54] Klinkhammer G. TOP IV: Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit - Offenheit und Transparenz. Deutsches Ärzteblatt, Jg 102, Heft 19. 2005 13.Mai:C1069-C70.
- [55] Heyde R. "die UNPARTEIISCHEN". niedersächsisches Ärzteblatt. 2004;Heft 5.
- [56] Die Gutachterstelle - Zahlen und Ziele. Bayerisches Ärzteblatt 5/2004. 2004.

## **7. Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung 1:       Verfahrensablauf bis zum Gutachten (bzw.  
                      Schlichtungsvorschlag)
- Abbildung 2:       Die deutsche „Schlichtungsstellenlandschaft“

## 8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anzahl der gestellten Anträge, Anzahl der zur Sachentscheidung angenommenen Fälle und jeweilige Fehlerquoten für den Zeitraum 1997 bis 2003 (nach Eissler)
Tabelle 2:	Fehlerquote nach Fachrichtungen 1999 bis 2003
Tabelle 3:	Anteil der Fälle mit traumatologisch-orthopädischer Thematik an der Gesamtheit aller Fehlbehandlungsverfahren der Jahre 1999 bis 2002
Tabelle 4:	Auswertung im Allgemeinen: Verfahrensausgang mit Kausalität
Tabelle 5:	Auswertung im Allgemeinen: Versorgungsstufen beklagt
Tabelle 6:	Auswertung im Allgemeinen: bestätigte Behandlungsfehler innerhalb der einzelnen Versorgungsstufen
Tabelle 7:	Auswertung im Allgemeinen: Wie häufig wird Aufklärungsrüge erhoben?
Tabelle 8:	Auswertung im Allgemeinen: Kategorisierung der Aufklärungsrügen
Tabelle 9:	Auswertung im Allgemeinen: (bestätigter) Aufklärungsfehler
Tabelle 10:	Auswertung im Allgemeinen: operative versus konservative Therapie beanstandet
Tabelle 11:	Auswertung im Allgemeinen: Trauma versus degenerative Erkrankung beklagt
Tabelle 12:	Auswertung im Allgemeinen: Werden bei Traumen oder bei degenerativen Erkrankungen mehr Fehler gemacht?
Tabelle 13:	Auswertung im Allgemeinen: Spätfolgen – vom Antragsteller angegeben
Tabelle 14:	Auswertung im Allgemeinen: Spätfolgen bei Fehler ja

Tabelle 15:	Auswertung im Allgemeinen: Inwiefern erwirken Dokumentationsmängel einen positiven Verfahrensausgang?
Tabelle 16:	Hüftendoprothetik: Kategorisierung der Aufklärungsrügen
Tabelle 17:	Hüftendoprothetik: behandlungsimmanente Komplikationen beklagt
Tabelle 18:	Knieendoprothetik: Kategorisierung der Aufklärungsrügen
Tabelle 19:	Knieendoprothetik: behandlungsimmanente Komplikationen beklagt
Tabelle 20:	Kniearthroskopie: Kategorisierung der Aufklärungsrügen

## 9. Diagrammverzeichnis

Diagramm 1:	Anzahl der gestellten Anträge, Anzahl der zur Sachentscheidung angenommenen Fälle und jeweilige Fehlerquoten für den Zeitraum 1997 bis 2003 (nach Eissler)
Diagramm 2:	Zahl der Anträge an die Gutachterstelle der BLÄK für Zeitraum 1997 bis 2006 (Jahresstatistik der BLÄK für die BÄK)
Diagramm 3:	Verfahrensdauer exemplarisch für Fälle aus 2003 / 2004
Diagramm 4:	„Hüftfälle“ 1999-2004
Diagramm 5:	„Kniefälle“ 1999-2004
Diagramm 6:	Auswertung im Allgemeinen – Geschlechterverteilung der Antragsteller
Diagramm 7:	Auswertung im Allgemeinen – Altersverteilung der Antragsteller
Diagramm 8:	Auswertung im Allgemeinen – Zeit zwischen (vermeintlicher) Fehlbehandlung und Antragstellung
Diagramm 9:	Auswertung im Allgemeinen – Wer stellt Verfahrensantrag?
Diagramm 10:	Auswertung im Allgemeinen – Antragsteller mit / ohne Rechtsanwalt
Diagramm 11:	Auswertung im Allgemeinen – Haben Patienten mit Rechtsanwalt eine bessere Chance auf eine Fehlerbestätigung?
Diagramm 12:	Auswertung im Allgemeinen: Fehlerquote für die einzelnen Versorgungsstufen
Diagramm 13:	Auswertung im Allgemeinen: Fehlerzeitpunkt vermeintlich
Diagramm 14:	Auswertung im Allgemeinen: Fehlerzeitpunkt bei bestätigtem Fehler
Diagramm 15:	Auswertung im Allgemeinen: Fehlerzeitpunkt (nur operativ)
Diagramm 16:	Hüftendoprothetik (Kategorisierung)
Diagramm 17:	Hüftendoprothetik: Geschlechterverteilung
Diagramm 18:	Hüftendoprothetik: Altersverteilung
Diagramm 19:	Hüftendoprothetik: Zeit zwischen vermeintlicher Fehlbehandlung und Antragstellung
Diagramm 20:	Hüftendoprothetik: Beanstandung mit juristischer Hilfe
Diagramm 21:	Hüftendoprothetik: Verfahrensausgang
Diagramm 22:	Hüftendoprothetik: Versorgungsstufen beklagt



Diagramm 23:	Hüftendoprothetik: Versorgungsstufen bei Fehler ja
Diagramm 24:	Hüftendoprothetik: Fehlerquote der Versorgungsstufen
Diagramm 25:	Hüftendoprothetik: Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja
Diagramm 26:	Hüftendoprothetik: Fehlerzeitpunkt beklagt
Diagramm 27:	Knieendoprothetik (Kategorisierung)
Diagramm 28:	Knieendoprothetik: Geschlechterverteilung
Diagramm 29:	Knieendoprothetik: Altersverteilung
Diagramm 30:	Knieendoprothetik: Zeit zwischen vermeintlicher Fehlbehandlung und Antragstellung
Diagramm 31:	Knieendoprothetik: Beanstandung mit juristischer Hilfe
Diagramm 32:	Knieendoprothetik: Verfahrensausgang
Diagramm 33:	Knieendoprothetik: Versorgungsstufe beklagt
Diagramm 34:	Knieendoprothetik: Versorgungsstufe bei Fehler ja
Diagramm 35:	Knieendoprothetik: Fehlerquote der Versorgungsstufen
Diagramm 36:	Knieendoprothetik: Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja
Diagramm 37:	Knieendoprothetik: Fehlerzeitpunkt beklagt
Diagramm 38:	Kniearthroskopie (Kategorisierung)
Diagramm 39:	Kniearthroskopie: Geschlechterverteilung
Diagramm 40:	Kniearthroskopie: Altersverteilung
Diagramm 41:	Kniearthroskopie: Zeit zwischen vermeintlicher Fehlbehandlung und Antragstellung
Diagramm 42:	Kniearthroskopie: Beanstandung mit juristischer Hilfe
Diagramm 43:	Kniearthroskopie: Verfahrensausgang
Diagramm 44:	Kniearthroskopie: Versorgungsstufe beklagt
Diagramm 45:	Kniearthroskopie: Versorgungsstufe bei Fehler ja
Diagramm 46:	Kniearthroskopie: Fehlerquote der Versorgungsstufen
Diagramm 47:	Kniearthroskopie: Fehlerzeitpunkt bei Fehler ja
Diagramm 48:	Kniearthroskopie: Fehlerzeitpunkt beklagt

## 10. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Angen.	Angenommen
BÄK	Bundesärztekammer
BG	Berufsgenossenschaft(lich)
BLÄK	Bayerische Landesärztekammer
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Diagr.	Diagramm
d.h.	das heisst
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
GUS	Gutachter- und Schlichtungsstelle(n)
i.a.	intraartikulär
inkl.	inklusive
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
o.ä.	oder ähnliches
o.g.	oben genannte(r/s)
sog.	sogenannt(e/er/es)
s.u.	siehe unten
Tab.	Tabelle
TEP	Totalendoprothese
u.U.	unter Umständen
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

## **11. Danksagung**

Herrn Professor Dr. med. Joachim Grifka danke ich sehr herzlich für die Möglichkeit, die vorliegende Untersuchung an der von ihm geleiteten Klinik und Poliklinik für Orthopädie der Universität zu Regensburg durchführen zu können.

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Christian Lüring danke ich sehr herzlich für die verlässliche und zielgerichtete Führung zur Fertigstellung der vorliegenden Arbeit.

Frau Dr. med. Barbara Seiermann danke ich sehr herzlich für die Bereitstellung der Daten und für die ausgiebige Unterstützung sowohl telefonisch als auch vor Ort an der Gutachterstelle der Bayerischen Landesärztekammer in München.

## 12. Lebenslauf

Persönliche Daten	Geburtstag	03.09.1980 in Roding
	Familienstand	ledig
	Familie	Friedrich Wolf, Hauptschulrektor a.D. Therese Wolf, geb. Weitzer, Hausfrau 2 Geschwister
Schulausbildung	1987-1990	Grundschule Wetterfeld
	1990-2000	Robert-Schuman-Gymnasium Cham
Wehrdienst	2000-2001	2. GebBeobArtBat 86 in Hemau
Studium	2001-2008	Universität Regensburg
Famulaturen	März 2004	Gemeinschaftspraxis Hecht - Neuking - Mayer für Allgemeinmedizin, Chirurgie und Sportmedizin in Regensburg
	Aug/Okt 2004	Kreiskrankenhaus Roding, Dr. Romain Diederich, Chirurgie - Unfallchirurgie
	Febr/März 2005	Asklepios Klinik Bad Abbach, Prof. Dr. J. Grifka, Klinik und Poliklinik für Orthopädie
	Sept 2006	Gemeinschaftspraxis Schäfer – Thanner, Allgemeinmedizin, in Geigant
Praktisches Jahr	Erstes Tertial	Klinikum Weiden, Prof. Dr. med. H. Wagner, Prof. Dr. R. Schwinger, Medizinische Klinik I und II
	Zweites Tertial	Klinikum Weiden, Prof. Dr. med Th. Klotz, Urologie, Andrologie,

		Medikamentöse Tumorthherapie und Palliativmedizin
	Drittes Tertial	Klinikum Weiden, Dr. med. Neubauer-Gartzke, Unfallchirurgie-Orthopädie-Handchirurgie-Sportmedizin; PD Dr. med. K.-H. Dietl, Chirurgie-Viszeralchirurgie; Dr. med. E. Müller, Gefäßchirurgie
Staatsexamen	Herbst 2008	
Berufsantritt	seit 16.03.09 am Klinikum Passau – Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie / Neuroradiologie, Prof. Dr. med. J. Tacke	
Promotion	Regressansprüche in Orthopädie und Traumatologie - Warum klagen unsere Patienten? - retrospektive Datenanalyse der Voten der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der BLÄK Klinik und Poliklinik für Orthopädie Bad Abbach, Prof. Dr. med. J. Grifka	