



ROBERT KOCH INSTITUT  
Statistisches Bundesamt

Es gibt in Deutschland keine umfassende Statistik über medizinische Behandlungsfehler. Die Häufigkeit von Vorwürfen vermuteter medizinischer Behandlungsfehler liegt bundesweit derzeit bei etwa 40.000 pro Jahr. Bei einer Fehler-Anerkennungsrate von rund 30% entspricht dies einer Anzahl anerkannter medizinischer Behandlungsfehler von etwa 12.000 pro Jahr. Fehlervorwürfe betreffen vornehmlich die operativen Disziplinen und in überdurchschnittlichem Maße Krankenhausärzte. Es ist davon auszugehen, dass dies kein getreues Abbild der Realität (tatsächliche Fehlerverteilung) ist, sondern eher ein Wahrnehmungseffekt. Sieht man von fachspezifischen Problemen ab, werden vorrangig drei Gründe für die Entstehung von medizinischen Behandlungsfehlern deutlich – organisatorische Defizite, Dokumentationsdefizite und die Behandlung von Patienten in nicht optimal geeigneten Einrichtungen. Präventionsansätze beinhalten die Einführung von Qualitätssicherungs- und -managementinstrumenten in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen. Dazu kommen auf nationaler fachinterner Ebene die themenbezogene Analyse zusammengefasster Fehlervorwürfe, z. B. aus dem Fundus von Gutachterkommissionen und Medizinischen Diensten sowie die Entwicklung von Leitlinien. Greift zusätzlich die Gesundheits-Selbstverwaltung diese Analysen auf, können sich die Erkenntnisse zur Fehlervermeidung schließlich auch in der Versorgungs- und der Vertragsgestaltung des Gesundheitswesens niederschlagen. Die Möglichkeiten der Einrichtung eines nationalen Behandlungsfehler-Registers wären zu diskutieren.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
Heft 04/01

## Medizinische Behandlungsfehler

© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-126-7

ISSN 1437-5478

Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
Heft 04/01

## Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland

### Medical malpractice in Germany

There are no summary statistics of medical malpractice in Germany. Combined analysis of data presented by the institutions named above yields approximately 40,000 cases of suspected medical malpractice and 12,000 cases of admitted medical malpractice every year in Germany. There is a predominance of malpractice cases concerning operative procedures and in-hospital procedures in general, but this may reflect rather the perception of the problem than the distribution of actual malpractice cases. Causes for medical malpractice are multiple. Apart from treatment-specific causes three general problem areas can be identified: organisational deficits, lack of appropriate documentation and treatment of patients in inappropriate facilities.

Measures to prevent malpractice include the introduction of quality assessment and quality management tools at the level of health care delivery and the evaluation of medical malpractice cases by medical associations followed by the promotion and implementation of guidelines. Medical malpractice issues should be considered at all health care system levels. And last but not least, the introduction of a national malpractice registry should be discussed.

*Autoren: Prof. Dr. med. Martin L. Hansis und Prof. Dr. jur. Dieter Hart  
unter Mitarbeit von Dr. Kathrin Becker-Schwarze  
und Dr. Dorothee E. Hansis*

*Herausgeber: Robert Koch-Institut*

## Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die GBE des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei. Nicht zuletzt bietet sie allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage.

Nach dem Erscheinen des ersten kompletten *Gesundheitsberichts für Deutschland*<sup>1</sup> wird die Gesundheitsberichterstattung durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten und weiter ausgestaltet. Dies gewährleistet:

- ▶ aktuelle Berichte,
- ▶ ein flexibles Themenspektrum,
- ▶ die Berücksichtigung des Leserinteresses.

Schwerpunktberichte und Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung ergänzen und vertiefen die regelmäßig erscheinenden Hefte.

Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- ▶ Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- ▶ Gesundheitliche Lage
- ▶ Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
  - ▶ Risikomerkmale
    - ▶ *Medizinische Behandlungsfehler (04/01)*
- ▶ Krankheiten / Gesundheitsprobleme

- ▶ Ressourcen der Gesundheitsversorgung
- ▶ Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Dieser Aufbau liegt dem 1998 erschienenen *Gesundheitsbericht für Deutschland* mit über 100 verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen zugrunde und ist kompatibel mit dem Aufbau der GBE in den Bundesländern. In diese Struktur integrieren sich auch die bereits erschienenen Themenhefte.

Der *Gesundheitsbericht für Deutschland* ist über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) abrufbar. Darüber hinaus bietet das Informationssystem eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Informationen und Kennziffern zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. Die Zusammenarbeit des Robert Koch-Instituts mit dem *Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten* am Statistischen Bundesamt gewährleistet die Einbeziehung valider und aktueller Daten in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 01/00 »Schutzimpfungen«
- Heft 01/01 »Sterbebegleitung«
- Heft 02/01 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 03/01 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«

Die Berichte können über das Robert Koch-Institut bezogen werden und stehen außerdem unter [www.rki.de](http://www.rki.de) zur Verfügung.

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (Hg.): *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart (Metzler-Poeschel) 1998

## Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland

### 1. Definition und öffentliche Wahrnehmung medizinischer Behandlungsfehler

Kommt es bei einer ärztlichen Behandlung zu einer Komplikation oder zu einem Ergebnis, das nicht den Erwartungen entspricht, liegt die Frage nahe, ob dafür wohl ein Fehler auf Seiten des Arztes oder seiner Kooperationspartner die Ursache sei. Komplikationen oder sonst unerwünschten Behandlungsergebnissen können *drei Teilsachen* (einzeln oder kumuliert) zugrunde liegen:

- ▶ die Begleiterscheinungen der Krankheit an sich, die auch bei bestem Verlauf nicht zu vermeiden sind,
- ▶ unerwünschte Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung, die ebenfalls nicht immer zu umgehen sind (sog. methodenimmanente Probleme) und
- ▶ Folgen einer unzureichenden Diagnostik oder Therapie und im Zusammenhang hiermit Folgen medizinischer Behandlungsfehler.

Häufig vermengen sich alle drei Komponenten in unterschiedlicher Gewichtung. Dies hat zur Folge, dass die Frage, ob einem schlechten Behandlungsergebnis etwa ein medizinischer Fehler zugrunde liegt oftmals nur sehr schwer zu beantworten ist, da die Einzelkomponenten sorgfältig analysiert und getrennt werden müssen. Daraus resultiert auch, dass eine gutachterliche Einschätzung oft nicht leicht zu vermitteln ist: Der unzufriedene Patient hat ein schlechtes Behandlungsergebnis vor Augen und vermutet, dass hieran auch der ehemals behandelnde Arzt eine Mitschuld trage. In diesem Zusammenhang kann es problematisch sein, dem Patienten die genannte Differenziertheit zu vermitteln und plausibel zu machen.

Ein Fehler, d.h. eine nicht angemessene – z.B. nicht sorgfältige, nicht richtige, nicht zeitgerechte Behandlung – kann alle Bereiche ärztlicher Tätigkeit (Tun oder Unterlassen) betreffen: Pro-

phylaxe, Diagnostik, Auswahl des Behandlungsverfahrens, Therapie und Nachsorge. Er kann rein medizinischen Charakter haben (z.B. fehlerhafte Beurteilung eines Röntgenbildes, fehlerhafte OP-Technik) oder sich auf organisatorische Fragen beziehen (z.B. ungenügende Absprache zwischen Ärzten, fehlerhafte Ablaufplanung im OP). Dem Arzt zugerechnet werden nicht nur eigene Versäumnisse sondern in der Regel auch Fehler ihm nachgeordneter oder zuarbeitender Personen (Pflegekräfte, Laborkräfte etc.). Kritisch überprüft werden muss nicht nur, ob dem Arzt ein Fehler unterlaufen ist, sondern auch, ob er den Patienten richtig, verständlich, umfassend und rechtzeitig aufgeklärt hat – über die Risiken der vorgesehenen Diagnostik oder Behandlung, über ihre Alternativen und über die notwendigen Verhaltensmaßregeln des Patienten.

In der fachlichen und nichtfachlichen Öffentlichkeit nehmen medizinische Behandlungsfehler immer größeren Raum ein. Neben einer möglicherweise absolut steigenden Zahl vermeidbarer und vorwerfbarer ärztlicher Fehlleistungen, mag vermutlich auch eine zunehmende *Wahrnehmung* medizinischer Behandlungsfehler eine Rolle spielen, so z.B. wegen eines erhöhten Kostendrucks innerhalb des Gesundheitssystems (Bereitschaft zu Regressforderungen), einer zunehmenden Transparenz aller (auch medizinischer) Dienstleistungen und einer sich stetig steigenden Anspruchshaltung, von der auch die Beziehung Arzt – Patient nicht ausgeschlossen bleiben kann. Dabei ist die *öffentliche Präsentation* vermeintlicher oder tatsächlicher medizinisch-ärztlicher Fehlleistungen in der Regel nicht so differenziert, wie es die Thematik notwendig machen würde. Im Allgemeinen hat sie mehr den Charakter einer eher statischen, anklagenden bis destruktiven »Bewusstmachung des Problems«. Vorwärtsgerichtete, konstruktive Elemente sind meistens unterrepräsentiert. Dieses Phänomen lässt sich zum Teil durch eine traditionell überhöhte Erwartungshaltung an die Möglichkeiten ärztlicher Tätigkeit und durch eine über lange Zeit ebenfalls äußerst zu-

rückhaltende Bearbeitung der Thematik durch die Leistungsanbieter selbst erklären.

Der Patient, der sich seiner Rechte mehr und mehr bewusst wird, fragt dabei nicht nur kritisch nach einem eventuell nachweisbaren Fehler. Er will darüber hinaus insgesamt vermehrt Transparenz hinsichtlich der *Qualität medizinischer Maßnahmen*, unabhängig von einer eventuellen punktuellen Fehlerhaftigkeit. So gesehen, stellt die Frage nach einem medizinischen Behandlungsfehler nur einen Gesichtspunkt eines zunehmenden patientenseitigen Qualitätsbewusstseins dar. Dieses wiederum ist Teilaspekt eines wachsenden Selbstbewusstseins, welches in Dienstleistungsverhältnissen aller Art beobachtet werden kann.

Die Beschäftigung mit medizinischen Behandlungsfehlern hat zwei grundlegende Blickrichtungen:

- ▶ Eine Behandlung, die nicht zu dem erwünschten Resultat geführt hat, muss exakt aufgearbeitet und die Frage, ob der Patient tatsächlich durch zu geringe Sorgfalt des Arztes geschädigt wurde, sauber analytisch geklärt werden. Patienten, die diese Klärung suchen, 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.
- ▶ Die Beschäftigung mit medizinischen Behandlungsfehlern sollte einen vorwärtsgerichteten Charakter haben: Es gilt, aus Fehlern zu lernen und Vermeidungsstrategien abzuleiten, dies sowohl für die individuelle Praxis bzw. das einzelne Krankenhaus als auch für ganze Fachgruppen. In diese prospektive, qualitätssichernde Bearbeitung medizinischer Behandlungsfehler fließen vernünftigerweise nicht nur die im engen juristischen Sinne anerkannten Fehler ein. Vielmehr müssen dort alle unbefriedigenden Behandlungsverläufe analysiert werden – unabhängig davon, wie weit im Einzelfall tatsächlich ein Fehlverhalten des Arztes zugrunde lag.

Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über die Häufigkeit vermuteter und tatsächlich nachgewiesener Behandlungsfehler in Deutschland. Dabei werden allgemeine (nicht fachspezifische) Fehlerursachen revidiert, der aktuelle Stand der einschlägigen Rechtsprechung skizziert und schließlich Möglichkeiten der Fehlervermeidung aufgezeigt. Grundlage sind neben der einschlägigen, allgemein zugänglichen Literatur Informationen aus dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von den Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Ärztekammern, aus den zuständigen Kammern der Landgerichte und von Haftpflichtversicherern. Zusätzlich wurden eigene Daten der Autoren herangezogen, die demnächst publiziert werden. Diese beziehen sich auf 600 nicht selektierte, konsekutiv ergangene gutachterliche Bescheide einer Gutachterkommission, die einer gezielten Analyse unterzogen wurden.

### 2. Häufigkeit vermuteter bzw. nachgewiesener medizinischer Behandlungsfehler in Deutschland

Eine einheitliche, zusammenfassende Darstellung der Zahl vermuteter oder tatsächlich nachgewiesener medizinischer Behandlungsfehler gibt es in Deutschland bislang nicht. Patienten haben, wie bereits erwähnt, fünf Wege, die Frage nach einem Fehler klären zu lassen. Von den entsprechenden Organisationen liegen für das Jahr 1999 folgende Informationen zur Häufigkeit vermuteter Behandlungsfehler vor (Strafverfahren spielen numerisch eine verschwindend geringe Rolle):

- ▶ *Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern*: Dort wurden im Jahre 1999 bundesweit insgesamt ca. 9.800 Anträge auf ein Überprüfungsverfahren wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingereicht. Durch einen gutachterlichen Bescheid konnten im gleichen Zeitraum 6.300 Verfahren abgeschlossen werden. Die Zahl der Anträge und der Bescheide steigt kontinuierlich – gegenüber 1997 haben die Anträge um 10,3%, die ergangenen Bescheide um 3,5% zugenommen.

Bei Verfahren vor einer Gutachterkommission/Schlichtungsstelle wurden in etwa 30% der abgeschlossenen Fälle ein Behandlungsfehler anerkannt (mit oder ohne nachfolgenden Schaden). Die Anerkennungsrate unterscheidet sich regional – sie ist am höchsten bei der Ärztekammer Nordrhein (35%), am niedrigsten bei der Ärztekammer Bayern (18%). Insgesamt steigt die Rate über die Jahre gesehen leicht an.

- ▶ *Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) der Bundesländer hat in den vergangenen Jahren rasch zunehmend und in erheblichem Umfang Begutachtungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen zu vermuteten Behandlungsfehlern durchgeführt. Die zusammenfassende interne Statistik weist für das Jahr 1999 9.678 Begutachtungen wegen vermutterter Behandlungsfehler aus.<sup>1</sup> Die Rate der Fälle, in denen der Medizinische Dienst einen Behandlungsfehler anerkannte, lag für das gleiche Jahr bei 24%. Ob der Medizinische Dienst tatsächlich anders beurteilt als die Gutachterkommissionen oder ob dort anders ausgewählte Fälle zur Begutachtung vorgelegt werden, ist nicht untersucht.*
- ▶ *Zivilkammern der Landgerichte: Die Zahl der bei Zivilkammern der Landgerichte verhandelten Fälle vermuteter Behandlungsfehler ist nicht bekannt; eine zusammenfassende Statistik wird dort nicht geführt. Im Rahmen einer Umfrage bei sämtlichen 116 Landgerichten Deutschlands zu den Eingängen von Arzthaftungsklagen in den Jahren 1998–2000 gingen von 52 Gerichten Angaben zur Zahl der dort verhandelten Fälle ein. Eine Modellrechnung ergab, dass die Zahl der Zivilklagen wegen vermuteten Behandlungsfehlers allenfalls noch gering (nicht signifikant) ansteigt (1999 gegenüber 1998 um 2,3%). Wie häufig im Zivilprozess Ärzte wegen eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers verurteilt werden, ist nicht bekannt. Die DBV Winterthur (einer der größten Haftpflichtversicherer für Ärzte) teilt mit, dass in deren bei Gericht verhandelten Fällen ein Behandlungsfehler in nur 4% (1999) durch ein Urteil bestätigt wird.<sup>2</sup>*
- ▶ *Direkte Regulierung mit der Versicherung: Die Zahl der Fälle, in denen wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers direkt Verbindung mit*

der Haftpflichtversicherung des Arztes aufgenommen, bzw. in denen ein Fehler als bewiesen bestätigt wird, ist nicht ausgewiesen. Die DBV Winterthur registriert jährlich 4.500 Schadensmeldungen (1999) bei 108.000 versicherten Ärzten. Nach Auskunft dieser Versicherung werden etwa 30% der Schadensmeldungen durch ein Schlichtungsverfahren (Gutachterkommissionen, Schlichtungsstellen) geklärt, rund 10% aller Fälle kommen vor Gericht. In 4% der Prozesse wird ein Behandlungsfehler durch Urteil bestätigt.<sup>3</sup>

- ▶ *Doppelbegutachtung: Bei Aussagen über die Häufigkeit vermuteter Behandlungsfehler sollte berücksichtigt werden, dass Mehrfacherfassungen – bedingt durch Doppelbegutachtungen – zunächst durch eine Schlichtungsstelle und/oder den Medizinischen Dienst sowie anschließend im Zivilprozess möglich sind. Ihre Anzahl ist nicht bekannt.*
- ▶ *Indirekte Schätzung: Es existieren einige Kennzahlen, die die Häufigkeit vermuteter Behandlungsfehler indirekt abschätzen lassen:*
  - ▶ *Die Haftpflichtversicherungen in Deutschland verzeichneten im Jahre 1999 4 Meldungen vermuteter Behandlungsfehler je 100 Krankenhausbetten. Bei 565.000 Krankenhausbetten (1999) entspräche dies rund 22.600 Fehlervorfällen in Krankenhäusern.*
  - ▶ *Die »National Practitioner Data Bank« (eine Art Behandlungsfehlerregister der Versicherungen in den USA) verzeichnet für die Jahre 1992/93 je 1.000 Ärzte 38 Schadensvorfälle. Bei 291.000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten (1999 in Deutschland) entspräche dies 11.100 Fehlervorfällen pro Jahr. Allerdings lag 1992/93 die Zahl von Behandlungsfehlervorfällen sowohl in den USA als auch in Deutschland noch deutlich niedriger als heute.*

*Zusammenfassend kann derzeit – bei aller bekannter Unsicherheit und bei insgesamt steigender Tendenz – von rund 40.000 Behandlungsfehler-*

1 Leistungsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen 2000

2 Ergebnisstatistik der DBV Winterthur 2000

3 Ergebnisstatistik der DBV Winterthur 2000

Vorwürfen pro Jahr und von nicht über 12.000 nachgewiesenen Behandlungsfehlern pro Jahr in Deutschland ausgegangen werden. Genauere Kalkulationen sind auf der vorliegenden Datenbasis nicht möglich.

### Bedeutung medizinischer Behandlungsfehler

Für *Patienten*: Jede Behandlung, die mit einer Komplikation behaftet ist oder die nicht im erwarteten guten Ergebnis mündet, führt beim Patienten zu zusätzlichen Beschwerden und persönlichem Leid. Darüber hinaus entsteht ein Vertrauensverlust sowohl zwischen Betroffenen und Arzt, als auch seitens des Patienten gegenüber der »Gesundheitsversorgung« an sich. Dieser Vertrauensverlust bemisst sich nicht allein nach der absoluten Schwere des eingetretenen Schadens; er hängt auch davon ab, wie der Arzt einerseits und die Organe der Gesundheitsversorgung bzw. der Rechtsprechung andererseits darauf reagieren.

Für *Ärzte* ist jeder Fall eines Fehlervorwurfs mit finanziellen und subjektiven Belastungen verbunden, letzteres um so mehr, wenn es die (im Ansehen eigentlich hoch stehende) ärztliche Behandlung betrifft, wenn sich gerechtfertigte mit ungegerechtfertigten Vorwürfen mischen und wenn die Vorwürfe öffentlich vorgetragen werden. Verlorene Zivilprozesse oder gar Strafprozesse können, weniger wegen der damit verbundenen Kosten, sondern vielmehr wegen Ansehensverlust sowie arbeitsrechtlicher und berufsrechtlicher Konsequenzen, beruflich existenziell bedrohlich sein.

*Allgemeinheit*: Jede Komplikation einer ärztlichen Behandlung – ob fehlerhaft oder nicht fehlerhaft bedingt – führt zu zusätzlichen Krankheitskosten, Rentenzahlungen, Arbeitsausfall etc.:

- ▶ *Die Barmer Ersatzkasse (8,7 Millionen Versicherte) verzeichnet 1999 materielle regressierbare Schäden durch medizinische Behandlungsfehler in Höhe von 8,78 Millionen DM.<sup>4</sup>*
- ▶ *Der durchschnittliche Schadensaufwand pro Fall liegt bei der DBV Winterthur (einem Haftpflichtversicherer mit 108.000 versicherten Ärzten (1999)) bei 50.000 DM. Er steigt bei Schäden in Gynäkologie und Geburtshilfe auf über 200.000 DM pro Fall an.<sup>5</sup>*
- ▶ *Die Haftpflichtversicherer von Krankenhäusern rechnen pro Krankenhausbett mit Scha-*

denzahlungen von ca. 550 DM (1997).<sup>6</sup> Bei 580.000 Krankenhausbetten in Deutschland wandten die Versicherungen demnach im Krankenhausbereich für das Jahr 1997 319 Millionen DM für Schadenszahlungen auf.

Da diese Angaben nur uneinheitliche Teilgruppen betreffen, sind die Werte inhomogen und nicht unmittelbar miteinander vergleichbar. Der Gesamtumfang des »volkswirtschaftlichen Schadens« lässt sich daraus nicht kalkulieren.

### 3. Typische Fehler und fehlerverursachende Konstellationen

Wie bereits ausgeführt, muss sich eine effiziente Medizinschadensforschung mit allen Verläufen medizinischer Behandlungen, die mit Komplikationen einhergingen, oder die aus anderen Gründen nicht den Erwartungen entsprachen, befassen. Stets ist zu fragen, ob die Komplikation oder der sonst unbefriedigende Verlauf zumindest anteilig durch eine ungenügende ärztliche Sorgfalt verursacht oder mitverursacht wurde, und ob es Ansätze gibt, diese oder vergleichbare Verläufe zukünftig zu vermeiden. Wesentliche Grundlage hierfür sind zusammengefasste Analysen von Gutachten, bei denen sich Hinweise ergeben, welche Probleme bei speziellen Situationen gehäuft auftreten (z. B. bei der Diagnose bösartiger Tumoren, bei bestimmten Operationen o. ä.). Herauszuarbeiten sind aber auch Fehler und fehlerverursachende Konstellationen, die unabhängig vom betreffenden klinischen Fach zu sehen sind.

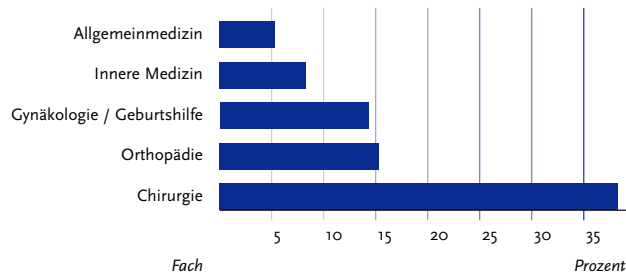
*Häufigkeit von Fehlervorfällen in operativen bzw. konservativen Fächern*: Die Behandlungsfehlervorfälle verteilen sich in Deutschland traditionell unsymmetrisch auf die verschiedenen medizinischen Fächer. So sind über Jahre gleichbleibend die sog. »schneidenden Fächer« (Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie) relativ überrepräsentiert, die sog. konservativen Fächer (Innere Medizin, Dermatologie, Kinderheilkunde u. a.) unterre-

4 Leistungsdaten der Barmer Ersatzkasse 1999/2000

5 Ergebnisstatistik der DBV Winterthur 2000

6 Münchner Rückversicherungsgesellschaft 2000

Abbildung 1  
Häufigkeit von Fehlervorwürfen nach Fächern oder Fachgruppen  
in Prozent  
Quelle: Hansis, M



präsentiert. Auch die vorliegenden aktuell herangezogenen Daten der Autoren bestätigen dies (Abbildung 1). Die Verteilung ergibt sich aus der Evidenz, der Wahrnehmbarkeit von Fehlern bzw. unglücklichen Behandlungsverläufen. Dies entspricht wahrscheinlich nicht der tatsächlichen Fehler- oder Irrtumswahrscheinlichkeit: Eine Wundheilungsstörung, ein in Fehlstellung verheilter Knochenbruch, eine instabil eingebrachte Endoprothese oder der Geburtsschaden eines Neugeborenen sind auch für medizinische Laien leicht erkennbar oder zumindest zu vermuten. Eine Medikamentenverwechslung, die schlechte Einstellung einer Zuckerkrankheit oder gar die inkonsequente Behandlung eines psychischen Leidens sind für Fachleute u. U. schwer, für Nicht-Fachleute in der Regel überhaupt nicht evident. Liegt andererseits jedoch in den konservativen Fächern ein Behandlungsfehler vor, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser von den entsprechenden Gutachtergremien als solcher angenommen wird, relativ hoch: Innere Medizin in 20,0%, Allgemeinmedizin in 27%, Chirurgie in 16%, Orthopädie in 12%, Gynäkologie in 28% der Fälle.<sup>7</sup> Zusätzlichen Erkenntnisgewinn hinsichtlich medizinischer Behandlungsfehler würde eine systematische Erfassung und Auswertung von Daten ergeben, die im Rahmen von Obduktionen erhoben werden.

**Versorgungsbereiche:** Obwohl in Praxen nahezu gleich viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten (1999: 126.000) wie im Krankenhaus (1999: 137.000), ist der Krankenhausbereich deutlich stärker von Fehl-

vorwürfen betroffen als der Bereich der niedergelassenen Ärzte/Belegärzte. Bei der Schlichtungsstelle Baden-Württemberg wurden 1999 ca. 60% der Vorwürfe gegen Krankenhäuser, ca. 35% gegen Praxen und etwa 4% gegen Belegkliniken erhoben. Die vorliegenden Daten der aktuellen Untersuchung der Autoren ergaben in 70% Vorwürfe gegen Krankenhausärzte und in fast 40% der Fälle Vorwürfe gegen niedergelassene Ärzte<sup>8</sup>. Hier mag der Umstand eine Rolle spielen, dass mit »der Institution Krankenhaus« kritischer umgegangen wird als mit dem einzelnen, persönlich bekannten niedergelassenen Arzt. Gleichzeitig ist nicht auszuschließen, dass gerade die so wichtigen organisatorischen Defizite (s. u.) im Krankenhaus mehr Wirkung entfalten als in einer Praxis.

**Krankenhausgröße und -Spezialisierung:** Je kleiner ein Krankenhaus ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein vermuteter Behandlungsfehler auch bestätigen lässt. Die aktuellen Daten ergaben, dass in kleinen Krankenhäusern (weniger als 200 Betten) 44% der Fehlervorwürfe anerkannt wurden, in mittleren (200 bis 500 Betten) 30% und in großen (über 500 Betten) 29%. In Universitätskliniken wurde in nur 24% der Fälle ein Vorwurf als Fehler anerkannt. Auch wenn einerseits die Kritikbereitschaft gerade

<sup>7</sup> Schlichtungsstelle der Ärztekammer Baden-Württemberg: Leistungsstatistik

<sup>8</sup> Da sich ein Teil der Vorwürfe sowohl gegen Krankenhausärzte als auch gegen niedergelassene Ärzte richtete, liegt die Gesamtzahl bei über 100%.

gegenüber Großkrankenhäusern und Spezialkliniken zunimmt, scheinen sich jedoch andererseits gebündelte und spezialisierte Fachkompetenzen fehlerhemmend auszuwirken.

**Dokumentationsmängel:** Eine exakte ärztliche Dokumentation ist wichtige Grundlage für eine optimal geführte und nachvollziehbare Behandlung und vor allem für eine gute Kooperation mit anderen ärztlichen oder nicht ärztlichen Mitarbeitern. Dokumentationsmängel stellen dem Grunde nach keinen Behandlungsfehler dar. Sie können aber Fehler mit verursachen und vor allem zu Beweisnachteilen für einen belasteten Arzt führen. Die aktuell erhobenen Daten ergaben in 20% der gutachterlichen Bescheide gravierende Dokumentationsmängel, die erkennbar den schlechten Verlauf bzw. den Fehlervorwurf einer Behandlung (mit-)verursacht hatten.

**Aufklärungsmängel:** Die rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung über eine vorgesehene Behandlung, ihre Alternativen und Risiken sowie weitere Behandlungsschritte ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer guten und rechtmäßigen Behandlung. Die Analyse der Autoren wies in 7% der Bescheide deutliche Defizite der Aufklärung nach.

**Ungenügende Absprachen/Koordination:** Eine immer komplexer werdende Medizin und eine zunehmende Arbeitsteiligkeit machen immer präzisere Absprachen zwischen Ärzten während einer laufenden Behandlung notwendig. Es stellt sich die Frage, wie oft in ungenügenden Absprachen die Ursache für einen Fehlervorwurf oder sogar für einen beweisbaren Fehler zu sehen ist: In 345 Gutachten wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eines einzelnen Faches (Unfallchirurgie) waren in 78 Fällen (23%) im Behandlungsduktus Koordinationsdefizite sichtbar, die für das ungünstige Ergebnis und die Erhebung des Fehlervorwurfs mitverantwortlich zu machen waren. Die Absprachendefizite betrafen sowohl den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung (33 von 78 Fällen), wie auch die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten (45 von 78 Fällen).

Ein wichtiges Instrument interner Qualitätssichernder Organisation liegt in der *Vorhaltung und Pflege abteilungsinterner Arbeitsanweisungen/Leitlinien*: Derartige abteilungsinterne oder praxisinterne Vorgaben sind nicht gleichzusetzen mit

nationalen, fachgesellschaftsinternen Leitlinien. Sie stellen vielmehr eine auf die jeweilige Abteilung zugeschnittene Absprache oder Vorgabe im Sinne ganz konkreter Handlungsanweisungen dar. Für weniger komplexe Organisationsformen (kleine Praxen, kleine gut überschaubare Krankenhausabteilungen) mögen diese verzichtbar sein, für große Krankenhausabteilungen stellen sie jedoch eine eminent wichtige Verständigungshilfe dar. Es zeigte sich, dass in mindestens 14% der Fälle abteilungsintern keine Klarheit bestand, wie man vernünftigerweise im konkreten Fall vorzugehen habe. Interne Arbeitsanweisungen hätten diese Fehlervorwürfe weitgehend vermeiden können.

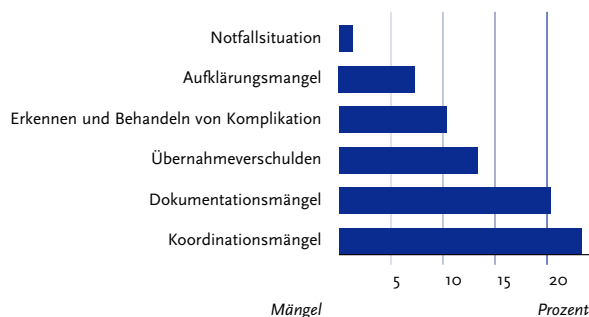
In der öffentlichen Diskussion wird häufig die Vorstellung bemüht, besondere *Notfallsituationen* könnten sich fehlerhäufend auswirken. Dies konnte nicht bestätigt werden: Eine medizinisch besonders problematische Situation, eine Notsituation oder eine medizinisch besonders schwierige akute Entscheidung lag offenbar nur bei 4 von 600 Fehlervorwürfen zugrunde. Wie dies zu erklären ist – ob die Neigung, ungenau zu arbeiten in Standardsituationen tatsächlich größer ist, oder ob andererseits die Patienten nach einer medizinisch schwierigen Behandlung auch weniger dazu neigen, den Arzt zu belasten – muss dahingestellt bleiben.

**Übernahmeverschulden/nicht angemessene Versorgungstufe:** Gelegentlich ist es für einen Patienten nicht einfach, die für sein gesundheitliches Problem richtige Praxis oder Krankenhausabteilung zu finden. Umgekehrt kann es für einen Arzt (auch bei bestem Bemühen) schwierig sein, zu erkennen, wann er mit einer Behandlung überfordert ist. Es fanden sich in 80 von 600 Fällen (13%) gewichtige Hinweise dafür, dass die betreffende Krankenhausabteilung oder Praxis mit der speziellen Problematik offenbar nicht ausreichend vertraut, mit ihr überfordert war.

Besonders auffallend war dies, wenn es um die *Erkennung und Behandlung von Komplikationen* ging: Wie bereits in vorangegangenen Publikationen erwähnt, wird von vielen Patienten offenbar noch verstanden und hingenommen, wenn im Laufe einer Behandlung Komplikationen auftreten. Kritisch werden die Nachfragen häufig erst dann, wenn der Arzt offenbar nicht professionell mit einer solchen Komplikation umgeht, wenn er



**Abbildung 2**  
**Organisatorische Mängel als (Mit-)Ursache von Fehlerwürfen**  
 in Prozent  
 Quelle: Hansis, M



sie zu spät erkennt, inkonsequent behandelt oder gar vor dem Patienten zu verheimlichen sucht. Auch nach den eigenen aktuellen Untersuchungen wären mindestens 10% der Fehlerwürfe gar nicht entstanden, hätte sich der Arzt der Komplikation angemessen angenommen oder hätte er nach eingetretener Komplikation die Behandlung rechtzeitig abgegeben.

**Kostendruck:** In keinem der analysierten 600 Fälle wurde vom belasteten Arzt ein spezieller Kostendruck geltend gemacht: Die Vorstellung, weit verbreitete Sparmaßnahmen würden gehäuft zum unvollständigen Einsatz z. B. wichtiger Diagnoseverfahren führen und damit Fehler bzw. Fehlerwürfe auslösen, konnte nicht bestätigt werden. Auch indirekt ergaben sich aus den Verläufen keine Hinweise darauf, dass ein behinderter Mitteleinsatz erkennbar zum ungünstigen Verlauf beigetragen habe.

**Hygiene:** Eine prospektive nationale Studie errechnete 1995, dass bei rund 3,5% aller stationär behandelten Patienten während der Krankenhausbehandlung eine Infektion (nosokomiale Infektion) auftritt (z. B. Wundinfektion, Harnwegsinfektion, Atemwegsinfektion, Sepsis). Im Jahre 1999 wurden über 16 Millionen Patienten stationär behandelt, so dass eigentlich eine hohe Zahl von Fehlerwürfen und Fehlerfeststellungen bezüglich der Krankenhaushygiene erwartet werden müsste. Dies konnte anhand der erhobenen Daten nicht bestätigt werden: Ein Hygienefehler war in

nur 4 von 600 Fällen (unter 1%) nachweisbar. Auch dies bestätigt frühere mehrfache Untersuchungen: Hygienemängel und insbesondere deren Folgen sind derart schwer zu fassen und zuzuordnen, dass sie sich der nachträglichen Beurteilung in aller Regel entziehen. (siehe auch Heft »Nosokomiale Infektionen« der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, in Vorbereitung)

**Zusammenfassend** präsentieren sich *organisatorische Defizite* unterschiedlichster Art als offenbar bedeutende, fachunabhängige fehlerverursachende Faktoren (Abbildung 2). Sofern es gelingt, diesen durch qualitätssichernde Maßnahmen beizukommen, müsste sich ein Gutteil der Fehlerwürfe bzw. der tatsächlich nachgewiesenen Fehler vermeiden lassen.

#### 4. Der medizinische Behandlungsfehler im Spiegel der Rechtsprechung

Die vorstehend genannten und andere medizinische Fehlertypen finden ihre Entsprechung auf der rechtlichen Seite. Üblicherweise wird zwischen *Behandlungsfehlern* (geschützte Rechtsgüter Leben, Körper, Gesundheit), *Aufklärungspflichtverletzungen* (geschütztes Rechtsgut Selbstbestimmung, allgemeines Persönlichkeitsrecht), *Doku-*

*mentationsdefiziten* und *Organisationsfehlern* (geschützte Rechtsgüter Leben, Körper, Gesundheit und Selbstbestimmung) unterschieden. Dokumentationsdefizite stellen dem Grunde nach keine eigenständigen Fehler dar (sie sind nicht eigenständig sanktionsbewehrt). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass ein *Behandlungsfehler* nur aufgrund sachverständiger medizinischer Beratung und auch nur dann, wenn medizinische und rechtliche Wertung nicht auseinanderfallen, festgestellt werden kann. In Zukunft werden wohl die evidenzbasierten Konsensus-Leitlinien eine erhebliche Bedeutung bei der Überprüfung des medizinischen Standards (im Rahmen des gerichtlichen Sachverständigenbeweises oder in den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen) erlangen, auch wenn sie bisher kaum gerichtsrelevant geworden sind. Prinzipiell muss der Geschädigte selbst den Nachweis führen, dass die Voraussetzungen eines Behandlungsfehlers gegeben sind. Die Verletzung der Dokumentationspflicht – dafür ist der Geschädigte beweisbelastet – führt prinzipiell nicht zu einem Schadenersatzanspruch, sondern zu Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten, wenn durch die fehlende oder fehlerhafte Dokumentation entstehende Aufklärungshindernisse dem Patienten nicht mehr zumutbar sind. Hinsichtlich der erfolgten Aufklärung ist der Arzt beweisbelastet. Für Organisationsmängel, die sich auf Behandlung, Aufklärung und Dokumentation beziehen können, ist der Organisationsverantwortliche (z. B. der Arzt, Krankenhausträger) insoweit entlastungspflichtig.

**Aufklärungsfragen:** Die Rechtsprechung zum Umfang der Aufklärung, zur Aufklärung über Behandlungsalternativen sowie zu Fragen der Organisation der Aufklärung (d. h. wer ist zur Aufklärung verpflichtet, wer ist Adressat der Aufklärung) und zum Zeitpunkt der Aufklärung hat in der jüngeren Vergangenheit keine erheblichen Veränderungen erfahren.

Hinsichtlich der Art und Weise der Aufklärung zeichnet sich möglicherweise ein Wandel der Rechtsprechung ab<sup>9</sup>: Bei Routinebehandlungen, wie Schutzimpfungen, soll es genügen, wenn dem Patienten nach schriftlicher Aufklärung Gelegenheit zu weiteren Informationen durch ein Gespräch mit dem Arzt gegeben wird. Nach der Auffassung des Bundesgerichtshofs (BGH) reicht es aus, wenn der Arzt bei Betreten des Behandlungs-

zimmers danach fragt, ob das Merkblatt gelesen wurde. Damit sei in ausreichender Weise Gelegenheit gegeben, weitere Fragen zu stellen, wenn dieses gewollt sei. Aus dem Schweigen eines Patienten dürfe entnommen werden, dass ein Wunsch nach weiterer Aufklärung nicht bestehe. Darin sieht die Literatur, zwar für einen engen Bereich, einen Einstieg in die sog. Stufenaufklärung. Auch bei einfacheren Eingriffen und Behandlungsmaßnahmen, die so gleichförmig verlaufen, dass sich die mit ihnen verbundenen Risiken in einer knapp gefassten und allgemein verständlich geschriebenen Informationsschrift erfassen lassen, ist es nach einer neueren Literaturstellungnahme vertretbar, das persönliche Aufklärungsgespräch durch die Aushändigung eines Merkblattes zu ersetzen. Ein solcher Wandel der Rechtsprechung wäre im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten durchaus kontrovers diskutierbar.

**Kooperation/Übernahmeverschulden:** Haftungsrechtlich ist die Organisation des Behandlungsprozesses eigenständige Pflicht des Arztes. Kooperationsanforderungen im Krankenhaus werden im Haftungsrecht traditionell unter den Begriffen der vertikalen und horizontalen Arbeitsteilung abgehandelt. Die Rechtsprechung hat in diesen Feldern umfassende Organisationspflichten aufgestellt. Hinsichtlich des ersten Problemfeldes der vertikalen Arbeitsteilung gibt es eine umfangreiche Judikatur zu den Organisationsanforderungen an die Überwachung, an den Einsatz von AiP und Berufsanfängern zum Bereitschaftsdienst, an die »Anfängeroperation« und die »Narkosefälle«. Hinsichtlich der Anforderungen an die horizontale Arbeitsteilung folgen aus dem Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und dem Vertrauensgrundsatz Informations- und Unterrichtspflichtigen für den nachbehandelnden Arzt und den Konsiliararzt. Die Gefahr von Verstößen und Informationsmängeln bis hin zu negativen Kompetenzkonflikten steigt mit der Vielzahl der beteiligten Ärzte. Der BGH hat in diesem Zusammenhang die Koordinierungspflichten der Ärzte erweitert.<sup>10</sup> Danach sind die beteiligten medizinischen Disziplinen gleichermaßen kooperations- wie organisationsverpflichtet.

<sup>9</sup> BGH v. 15.2.2000, MedR 2000, 898 ff.

<sup>10</sup> BGH v. 26.1.1999, VersR 1999, 579 ff.

*Rechtsprechungstendenzen:* Empirisch gesicherte Aussagen über Rechtsprechungstendenzen sind nur schwer möglich. Es ergeben sich jedoch zwei wesentliche Tendenzaussagen:

- ▶ Die Vermutung über die Zunahme von Aufklärungspflichtverletzungen als Auffangtatbestand<sup>11</sup> für nicht beweisbare Behandlungsfehler lässt sich kaum bestätigen.
- ▶ Die Bedeutung von Organisationsfehlern scheint – sowohl was ihre rechtliche Relevanz wie ihre Häufigkeit betrifft – zuzunehmen.

## 5. „Lernen aus Fehlern“ – im klinischen Alltag und in der allgemeinen Gesundheitsversorgung

*Lokale Ebene:* Es ist notwendig, im einzelnen Krankenhaus, in der einzelnen Praxis, regelmäßig nachzusehen, welche unerwünschten Behandlungsfolgen sich ergeben haben. Dies geschieht in Form einer sog. Komplikationenstatistik. Darüber hinaus ist es sinnvoll, alle »unerwünschten Ereignisse« aufzuarbeiten, immer unter der Fragestellung, wie eine eingetretene Komplikation trotz anteiliger schicksalhafter Komponenten dennoch hätte möglicherweise verhindert werden können. Die effektivste Form des Lernens aus Fehlern ist die systematische Erfassung auch der risikobehafteten Situationen, der Beinahe-Fehler (»incidents«). Sie regelhaft zu benennen und nach ihren Abwendungs- bzw. Vermeidungstechniken zu fragen, fördert weitab vom tatsächlichen Fehler dessen Vermeidung.

*Zusammenfassende Fehleranalyse – nationaler fachinterner Ansatz:* Die themenbezogene Untersuchung fehlertypischer Situationen einschließlich derer Vermeidungsstrategien geschieht am einfachsten und wirksamsten aus der detaillierten Analyse einer jeweils ausreichend großen Zahl von Gutachten vermuteter Behandlungsfehler zu einheitlichen Themenkomplexen. Nur so (aber so mit hoher Treffsicherheit) lassen sich typische Fehlerkonstellationen und deren Vermeidungsstrategien herausarbeiten. Weder rein statistische Auswertungen noch eine Durchsicht von Gerichtsentscheidungen lassen diese Genauigkeit

der Fehlerbeschreibung oder vor allem klare operationalisierbare Handlungsoptimierungen erwarten. Je größer die Zahl der ausgewerteten Fälle zu einem Thema, umso belastbarer sind die abgeleiteten Empfehlungen. Es ist grundsätzlich zu überlegen, ob z. B. der Aufbau eines Behandlungsfehler-Registers ein geeigneter Weg wäre, zu entsprechend belastbaren Ergebnissen bzw. Empfehlungen zu gelangen, und gegebenenfalls zu diskutieren, welche Möglichkeiten der Realisierung eines solchen Registers bestehen.

*Systemischer Ansatz – Übergang in die Gesundheits-Selbstverwaltung:* Die themenbezogene Analyse zusammengefasster Fehlervorwürfe stellt zunächst eine fachinterne aber auch gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Gelingt es, Themen eminenter Bedeutung aufzugreifen und sauber zu bearbeiten, dann könnten die so gewonnenen Erkenntnisse auch in die Gesundheits-Selbstverwaltung, in das Leistungs-, Vertrags- und Versorgungsgeschehen Eingang finden. Auf diesem Wege würde aus der ursprünglichen Privatsache »aus Fehlern lernen« eine Aufgabe von hoher systemischer Bedeutung.

<sup>11</sup> Gelegentlich wird behauptet, ein Aufklärungsmangel würde hilfsweise geltend gemacht, wenn sich ein eigentlicher Behandlungsfehler nicht nachweisen lässt.

## Weiterführende Literatur

- Deutsch E (1999) Medizinrecht – Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht. 4. Auflage Springer.
- Francke R, Hart D (1999) Charta der Patientenrechte. Nomos.
- Geiß K, Greiner HP (1999) Arzthaftpflichtrecht. Beck. München.
- Giesen D (1995) Arzthaftungsrecht. 4. Auflage Mohr-Siebeck.
- Hansis ML, Hansis DE (1999) Der ärztliche Behandlungsfehler. Verbessern statt streiten. Ecomed, Landsberg.
- Hart D (1999) »Organisationsaufklärung« Zum Verhältnis von Standardbehandlung, Organisationspflichten und ärztlicher Aufklärung. MedR S.47 ff..
- Hart D (Hrsg.) (2000) Ärztliche Leitlinien. Nomos.
- Kullmann HJ, Bischoff R, Dressler WD (1998) Arzthaftpflicht-Rechtsprechung (AHRs). E. Schmidt. Berlin.
- Laufs A, Dierks Ch, Wienke A, Graf-Baumann T, Hirsch G (Hrsg) (1997) Die Entwicklung der Arzthaftung. Springer, Heidelberg.
- Lepa M (2000) Beweisprobleme beim Schadenersatz. Aus: Verletzung der Verpflichtung des Arztes zur Risikoaufklärung. In: Brandner HE, Hagen H, Stürmer R (Hrsg) Festschrift für K Geiß. S. 449 ff
- Steffen E, Dressler WD (1999) Arzthaftungsrecht. Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung. RWS Script.



Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes** präsentiert ihr Daten- und Informationsangebot auch im Internet unter

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

Die dort angebotenen Informationen geben Ihnen einen umfassenden Überblick über alle Teilaspekte des tief gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland.

Sie haben die Möglichkeit anhand der vorliegenden Daten Ihre eigenen Tabellen zu erstellen. Die Tabellen sowie die darüber hinaus angebotenen Grafiken und Texte können Sie zur weiteren Verarbeitung auf Ihren eigenen Rechner übertragen.

Das Informationsangebot der Gesundheitsberichterstattung steht Ihnen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es wird ständig erweitert und aktualisiert.

Zur Anmeldung verwenden Sie bitte den Nutzernamen »gast«. Dieser Name benötigt kein Passwort.

Weitere Auskünfte erhalten Sie unter **018 88-644-81 21**.

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme  
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Dr. Thomas Ziese (v.i.S.d.P.)  
General-Pape-Str. 62-66  
12101 Berlin

#### Autoren

Prof. Dr. med. Martin L. Hansis  
Medizinischer Dienst der  
Spitzenverbände der Krankenkassen  
Essen

Prof. Dr. jur. Dieter Hart  
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht des  
Fachbereichs Rechtswissenschaft der Universität  
Bremen

#### Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des Bundes« erscheinen in der Regel monatlich. Sie können im Jahresabonnement oder als einzelne Hefte bezogen werden:

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.gbe-rki.de](http://www.gbe-rki.de)  
Tel.: 018 88 .7 54 - 3400  
Fax: 018 88 .7 54 - 3513

#### Druck

Paul Fieck KG, Berlin

#### ISBN

3-89606-126-7

#### ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

**Heft 04/01**

**Medizinische Behandlungsfehler  
in Deutschland**

**Berlin: Verlag Robert Koch-Institut**  
ISBN 3-89606-126-7  
ISSN 1437-5478



**Abbildung 1**

**Häufigkeit von Fehlervorwürfen nach Fächern oder Fachgruppen**

Angaben in Prozent

Quelle: Hansis, M

Fach/Fachgruppe	Angaben in Prozent
Chirurgie	38
Orthopädie	15
Gynäkologie / Geburtshilfe	14
Innere Medizin	8
Allgemeinmedizin	5

**Abbildung 2**

**Organisatorische Mängel als (Mit-)Ursache von Fehlervorwürfen**

Angaben in Prozent

Quelle: Hansis, M

Ursache	Angaben in Prozent
Koordinationsmängel	23
Dokumentationsmängel	20
Übernahmeverschulden	13
Erkennen und Behandeln von Komplikationen	10
Aufklärungsmangel	7
Notfallsituation	1