

Aus der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Friese

**Die statistische Auswertung der gynäkologischen
und geburtshilflichen Schadensfälle bei der
Gutachterstelle der Bayerischen
Landesärztekammer aus den Jahren 2000 bis 2010.**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Katrin Windbichler

aus

Traunstein

2014

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Harald L. Sommer

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. Klaus Adelhard

Mitbetreuung durch den

promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. med. Dietrich Berg

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Reiser,
FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 03.04.2014

Vorwort

Auf geschlechtsneutrale Formulierungen wurde aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet. Mit den Bezeichnungen „Arzt“, „Gynäkologe“, „Radiologe“ und „Gutachter“ ist immer auch die weibliche Berufsbezeichnung gemeint. Das Wort „Antragsgegner“ bezieht sich ebenfalls auch auf die „Antragsgegnerin“. Bei den Begriffen „Antragstellerin“ und „Patientin“ sind in der Geburtshilfe ebenfalls männliche Kinder eingeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 8 |
| 1.1 | Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer | 8 |
| 1.2 | Ärztlicher Behandlungsfehler..... | 11 |
| 1.3 | Fragestellung | 13 |
| 2 | Material und Methoden | 15 |
| 2.1 | Datenmaterial | 15 |
| 2.2 | Fragebogen an die Haftpflichtversicherungen..... | 19 |
| 2.3 | Datenverarbeitung und Statistik | 20 |
| 3 | Ergebnisse | 21 |
| 3.1 | Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie | 21 |
| 3.1.1 | Diagnosen | 23 |
| 3.1.1.1 | Mammakarzinom..... | 23 |
| 3.1.1.2 | Zervixkarzinom | 28 |
| 3.1.1.3 | Corpuskarzinom | 32 |
| 3.1.1.4 | Extrauterin gravidität | 35 |
| 3.1.1.5 | Ovarialzyste..... | 39 |
| 3.1.1.6 | Descensus uteri..... | 42 |
| 3.1.2 | Operationen..... | 45 |
| 3.1.2.1 | Hysterektomie | 45 |
| 3.1.2.2 | Laparoskopie..... | 51 |
| 3.1.2.3 | Mammoplastik | 56 |
| 3.1.2.4 | Inkontinenzoperation | 60 |
| 3.1.3 | Schäden | 63 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.1.3.1 | Läsion von Nachbarorganen | 63 |
| 3.1.3.2 | Lagerungs- und Verbrennungsschäden..... | 69 |
| 3.2 | Antragsschwerpunkte in der Geburtshilfe | 72 |
| 3.2.1 | Sectio caesarea..... | 76 |
| 3.2.2 | Intrauteriner Fruchttod..... | 81 |
| 3.2.3 | Gestationsdiabetes..... | 85 |
| 3.2.4 | Übersehene Fehlbildung | 88 |
| 3.2.5 | Schulterdystokie | 92 |
| 3.2.6 | Cerebralparese..... | 97 |
| 3.2.7 | Dammriss | 101 |
| 3.2.8 | Infektion..... | 104 |
| 3.2.9 | Hypoxie | 107 |
| 3.3 | Vergleich der abschließenden Stellungnahme mit dem Gutachten und mit dem Ergebnis des Verfahrens bei der Haftpflichtversicherung | 110 |
| 3.3.1 | Übereinstimmung von Gutachten und Votum | 110 |
| 3.3.2 | Akzeptanz der Voten bei den Haftpflichtversicherungen | 113 |
| 3.4 | Durchschnittliche Dauer eines Gutachterverfahrens und Beteiligung von Rechtsanwälten | 118 |
| 3.4.1 | Bearbeitungszeit der Behandlungsfehlerüberprüfung bei der bayerischen Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen..... | 118 |
| 3.4.2 | Beteiligung von Rechtsanwälten am Gutachterverfahren..... | 120 |
| 4 | Diskussion | 123 |
| 4.1 | Datenmaterial und -verarbeitung | 123 |
| 4.2 | Vergleich der abschließenden Stellungnahme mit dem Ergebnis des Verfahrens bei der Haftpflicht-versicherung | 127 |
| 4.3 | Durchschnittliche Dauer eines Gutachterverfahrens und Beteiligung von Rechanwälten | 131 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.3.1 | Bearbeitungszeit eines Gutachterverfahrens | 131 |
| 4.3.2 | Rechtsanwaltsbeteiligung an den Gutachterverfahren | 131 |
| 4.4 | Behandlungsfehlerschwerpunkte in der Gynäkologie | 133 |
| 4.4.1 | Mammakarzinom..... | 133 |
| 4.4.2 | Läsion von Nachbarorganen | 136 |
| 4.4.2.1 | Verletzungen des Darms bei der Laparoskopie | 137 |
| 4.4.2.2 | Verletzungen des Harnleiters bei der Hysterektomie..... | 139 |
| 4.4.2.3 | Verletzungen der Harnblase | 142 |
| 4.4.3 | Extrauterin gravidität | 143 |
| 4.5 | Behandlungsfehlerschwerpunkte in der Geburtshilfe | 146 |
| 4.5.1 | Sectio caesarea..... | 146 |
| 4.5.2 | Intrauteriner Fruchttod..... | 149 |
| 4.5.3 | Schulterdystokie | 152 |
| 4.6 | Fazit | 156 |
| 5 | Zusammenfassung..... | 158 |
| | Abkürzungsverzeichnis..... | 162 |
| | Abbildungsverzeichnis..... | 163 |
| | Literaturverzeichnis | 168 |
| | Anhang | 174 |
| | Anhang 1 - Datentabelle Gynäkologie | 174 |
| | Anhang 2 - Datentabelle Geburtshilfe | 174 |
| | Anhang 3 - Fragebogen an Haftpflichtversicherung | 175 |
| | Anhang 4 - Anträge Gynäkologie..... | 176 |
| | Anhang 5 - Anträge Geburtshilfe | 177 |
| | Anhang 6 – Klassifikation der Brustdichte nach dem ACR | 178 |

| | |
|---|------------|
| Anhang 7 – BI-RADS Klassifikation des American College of Radiology | 179 |
| Danksagung..... | 180 |
| Eidesstattliche Versicherung..... | 181 |

1 Einleitung

1.1 Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer

Die Bayerische Landesärztekammer gründete 1975 die deutschlandweit erste „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“. Seit dem Jahr 2000 wurde diese im Rahmen einer neuen Verfahrensordnung in „Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen“ umbenannt.

Die Gutachterstelle prüft durch objektive Begutachtung der Behandlungsunterlagen, ob ein ärztlicher Fehler vorliegt oder nicht. Dadurch wird dem „Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe“¹ erleichtert.

Eingeleitet wird ein Verfahren durch einen schriftlichen Antrag des Patienten (Antragsteller). Anschließend wird geprüft, ob alle Voraussetzungen für ein Verfahren bei der Gutachterstelle erfüllt sind. Dazu gehören:

- Es handelt sich um eine Behandlung eines in Bayern ansässigen Arztes oder um ein bayerisches Krankenhaus.
- Der beschuldigte Arzt bzw. das beschuldigte Krankenhaus (Antragsgegner) sowie deren Berufshaftpflichtversicherung(en) stimmen dem Verfahren zu.
- Es muss vom Antragsteller eine Schweigepflichtentbindung gegenüber der Gutachterstelle bezüglich aller relevanten Behandlungsunterlagen vorliegen.
- Mit der vorgeworfenen ärztlichen Behandlung hat sich weder ein Gericht noch die Staatsanwaltschaft bisher befasst.²
- Die, von der Gutachterstelle, zu untersuchende ärztliche Behandlung darf nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.
- Der vorgetragene Gesundheitsschaden fällt hinsichtlich Art, Dauer und Auswirkung nicht unter die Geringfügigkeitsgrenze.³

Sind alle Bedingungen erfüllt, werden Vorbereitungen für die Gutachtenerstellung getroffen. Der medizinische Sachverhalt und das Antragsbegehren werden erfasst und fehlende Behandlungsunterlagen nachgefordert. Im Anschluss wird ein Gutachtauftrag erstellt, der den Verfahrensbeteiligten mit der Möglichkeit zur Stellungnahme vorab zugesandt wird. Ein externer, unabhängiger Facharzt mit entsprechender Spezialisierung fertigt ein Gutachten an, das wiederum alle Verfahrensbeteiligten kommentieren können.

¹ URL: <http://www.gutachterstelle-bayern.de/wir-ueber-uns> [28.06.2012]

² Vgl. Koch, 2000, S. 570f.

³ URL: http://www.blaek.de/pdf_rechtliches/haupt/Gutachterstelle_Arzthaftungsfragen.pdf [24.05.2013]

Bei relevanten Anmerkungen wird ein Zusatzgutachten / eine Stellungnahme des Gutachters angefordert. Abschließend entscheiden ein medizinisches und ein juristisches Kommissionsmitglied in Form eines „Votums“ darüber, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt. Damit ist das Verfahren bei der Gutachterstelle beendet. Grundlage für die Beurteilung, ob einem Arzt bei der Behandlung seines Patienten ein Fehler unterlaufen ist, bildet die Auswertung der medizinischen Krankenakte des Antragstellers. Die Berücksichtigung oder Einholung einer Zeugenaussage ist der Gutachterstelle nicht möglich, weil es ihr nicht, wie einem Gericht, die Möglichkeit hat, Zeugen bei der Anhörung zur Wahrheit zu verpflichten. Sollte eine beteiligte Partei mit dem Votum nicht zufrieden sein, bleibt ihr der Rechtsweg offen.⁴

Die betroffenen Ärzte praktizieren in allen Fachrichtungen, da kein Arzt vor einem Fehler bewahrt ist. „Es irrt der Mensch, solange er strebt.“ sagte schon Johann Wolfgang von Goethe. In der Statistik der Bundesärztekammer sind die Hauptantragsgegner seit Jahren Orthopäden und Unfallchirurgen. Bei den Top 20 der Jahresstatistik aus dem Jahr 2009 belegen die Gynäkologen den fünften Platz mit 36 Antragsgegnern, was einem Prozentsatz von fast 7% entspricht. Die Geburtshilfe nimmt mit fast 2% (10 Fälle) im Jahr 2009 den 15. Rang ein.

⁴ Vgl. URL: <http://www.gutachterstelle-bayern.de> [28.06.2012]

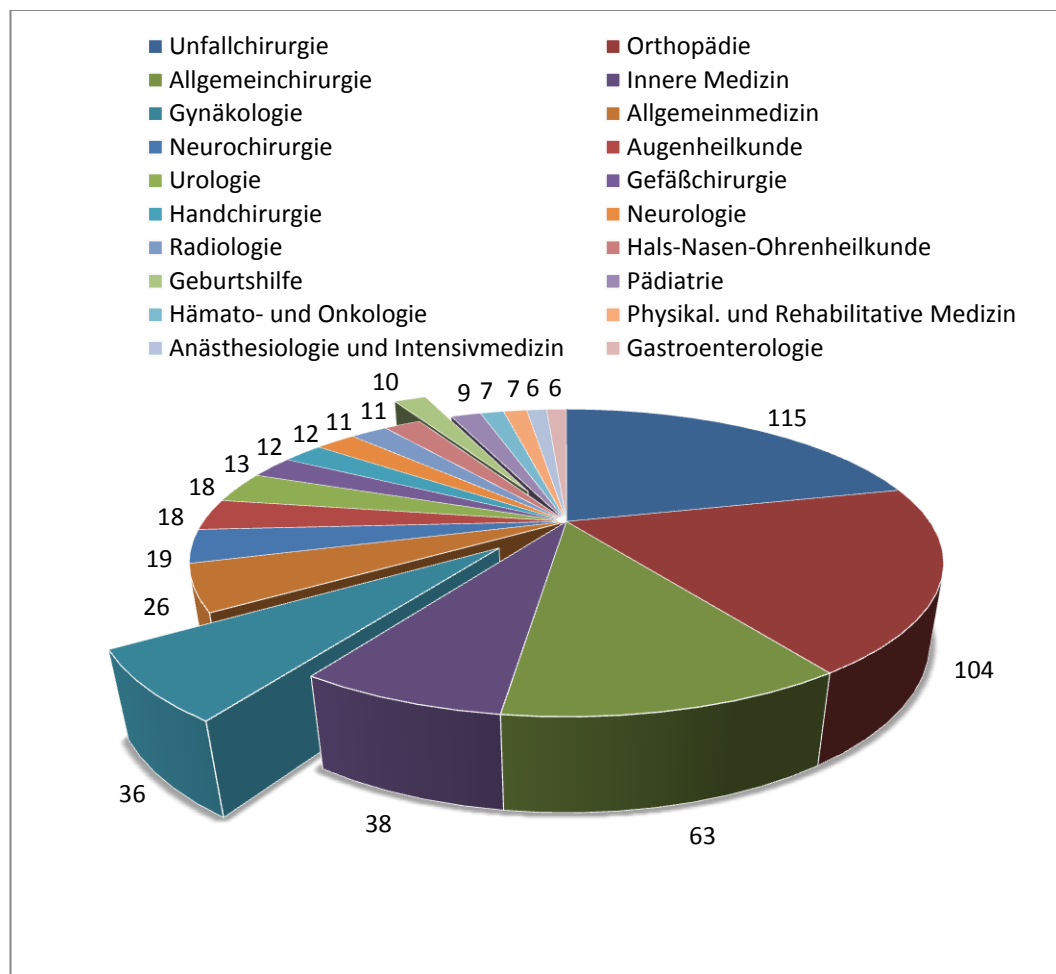


Abbildung 1: Die 20 häufigsten Fachgebiete von allen Antrageingängen im Jahr 2009

Seit einigen Jahren steigen die Anträge auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung. Im Geschäftsjahr 2010/11 wandten sich 1023 Patienten mit ihrem Anliegen an die Gutachterstelle. Dies ist seit Bestehen der Gutachterstelle die höchste Zahl an Verfahrensanhträgen. Im gleichen Zeitraum konnten 948 Verfahren abgeschlossen werden.

Die Gutachterkommission setzt sich aus sieben Kommissionsmitgliedern und weiteren sieben Mitarbeitern zusammen. Durchschnittlich dauert die Bearbeitung der Verfahren von der Antragstellung bis zur abschließenden Stellungnahme 88 Wochen. Die Anerkennungsquote eines Behandlungsfehlers durch die Gutachterkommission ist seit Jahren stabil bei etwa 32%. Dies entspricht auch der Quote aller deutschen Gutachterstellen.⁵

⁵ Vgl. URL: <http://www.gutachterstelle-bayern.de/wir-ueber-uns> [28.06.2012]

1.2 Ärztlicher Behandlungsfehler

Besser als „ärztlicher Behandlungsfehler“ ist der Begriff „ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung“. Darunter versteht man, dass ein verantwortungsbewusster und gründlicher Arzt seiner Fachrichtung in einer bestimmten Behandlungssituation die allgemein geltenden Regeln und Richtlinien missachtet oder die erforderliche Sorgfalt verletzt.⁶ Als Grundlage wird der geltende Standard in der Heilkunde zur Zeit der ärztlichen Versorgung herangezogen. Die Sorgfaltspflichtverletzung wird in Behandlungsfehler und Aufklärungsfehler eingeteilt. Die Einwilligung in eine Behandlung ist nur dann wirksam, wenn der Patient „Information über Art und Bedeutung des Eingriffs einschließlich der Nebeneingriffe sowie über die Nebenwirkungen und Risiken, über die Heilungschancen und über die ohne den Eingriff zu erwartenden gesundheitlichen Folgen in einer laienverständlichen Sprache“⁷ erhalten hat. Zur eigenen Absicherung empfiehlt sich eine schriftliche Aufklärung inklusive Einwilligung. Offiziell ist die Entscheidung des Patienten jedoch an keine Form gebunden.⁸ Zu den „Behandlungsfehlern“ gehören:

- Diagnosefehler,
- Dokumentationsfehler und
- Organisationsfehler, im folgenden Managementfehler genannt.

Wegen der großen Anzahl wird der „klassische Behandlungsfehler“ in dieser Arbeit noch in nachstehende Untergruppen:

- Keine Therapie,
- Konservative Therapie,
- Keine Indikation für Operation,
- Fehlerhafte Durchführung der Operation,
- Operation zu spät und
- Falsche Therapie

untergliedert.

Generell liegt die Beweislast für einen ärztlichen Behandlungsfehler beim Patienten. Dieser muss allerdings nicht nur den Fehler an sich nachweisen, sondern auch die Kausalität des Fehlers bezüglich des eingetretenen Gesundheitsschadens, da es auch Behandlungsfehler gibt, die keine negativen Konsequenzen nach sich ziehen und somit nicht für den vorgebrachten Schaden verantwortlich sind. Bei unterlassener Befunderhebung, also wenn eine solche indiziert gewesen wäre, und bei „grobe“ Behandlungsfehlern kommt es zur Erleichterung des Geschädigten zur

⁶ Vgl. Redling u.a., 2011, S. 9

⁷ Vgl. Biermann, 2006, S. 203

⁸ Vgl. Biermann, 2006, S. 198

Beweislastumkehr beim Nachweis des Kausalzusammenhangs. Das Gericht entscheidet darüber, wann ein grober Behandlungsfehler vorliegt.⁹

Bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen geht die Rechtsprechung davon aus, dass eine vom Arzt nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht stattgefunden hat. Wäre die nicht aufgeführte Behandlung medizinisch indiziert gewesen, kann der Arzt unter Umständen dafür haftbar gemacht werden.¹⁰

⁹ Vgl. Redling R u.a., 2011, S. 162

¹⁰ Vgl. Redling R u.a. 2011, S. 9 f.

1.3 Fragestellung

Diese Arbeit befasst sich mit der statistischen Auswertung aller gynäkologischen und geburtshilflichen Schadensfälle der Gutachterstelle aus den Jahren 2000 bis 2010.

Ziel ist es, die häufigsten Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie und Geburtshilfe herauszuarbeiten und diese jeweils auf folgende Kriterien zu untersuchen:

- Wer sind die Antragsgegner? Krankenhäuser, Unikliniken, niedergelassene Ärzte oder Belegärzte?
- Wo liegen deren Hauptfehlerquellen? Sind die festgestellten ärztlichen Behandlungsfehler auch kausal für den eingetretenen Gesundheitsschaden?
- Unterscheiden sich die Vorwürfe von den Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern?

Ein weiteres Augenmerk sollte auf die Akzeptanz der Voten bei den Haftpflichtversicherungen gelegt werden. In der Literatur gibt es bisher kaum Auswertungen darüber, ob sich die Versicherungen im Allgemeinen an das Urteil der Kommissionsmitglieder halten oder ob der Ausgang der Behandlungsfehlerüberprüfung häufiger durch ein Gerichtsverfahren entschieden wird. Außerdem gilt es zu untersuchen, ob das Ergebnis von Gutachten und Votum übereinstimmt.

Anschließend wird geklärt, wie lange ein Verfahren von der Antragsstellung bis zur abschließenden Stellungnahme durch die Kommissionsmitglieder dauert, wie häufig ein Rechtsanwalt am Gutachterverfahren beteiligt ist und ob dies eine Auswirkung auf den Ausgang bzw. auf Dauer des Prozesses in der Gutachterstelle hat.

Zum Schluss werden die häufigsten Behandlungsfehler herausgearbeitet, die für die Verbesserung der Patientenversorgung in Bayern die größte Relevanz haben. Das sind in der Gynäkologie:

- Das Mammakarzinom
- Die Läsion von Nachbarorganen
 - Bei der Laparoskopie
 - Bei der Hysterektomie
- Die Extrauterin gravidität

Und in der Geburtshilfe:

- Die Sectio caesarea
- Der intrauterine Fruchttod

- Die Schulterdystokie

Zunächst wird jeweils auf den derzeit gültigen medizinischen Standard eingegangen. Danach sollen Vorschläge gemacht werden, wie man gängige Fehler in Zukunft vermeiden kann.

2 Material und Methoden

2.1 Datenmaterial

Für die retrospektive Untersuchung wurden alle gynäkologischen und geburtshilflichen Anträge eingeschlossen, die von der Gutachterstelle in Bayern zwischen den Jahren 2000 und 2010 angenommen und / oder abgeschlossen worden sind. Wenn eine Antragstellerin zwei verschiedenen Ärzten einen Behandlungsfehler vorwarf, wurden die beiden Verfahren als getrennte Fälle registriert und untersucht. Insgesamt wurden 683 gynäkologische und geburtshilfliche Schadensfälle in die statistische Auswertung mit einbezogen. Darunter hat die Gynäkologie einen Anteil von 2/3 (455 Fälle) und die Geburtshilfe einen Anteil von 1/3 (228 Fälle). Zum Zeitpunkt der Auswertung sind noch acht gynäkologische und ein geburtshilfliches Gutachten ausstehend.

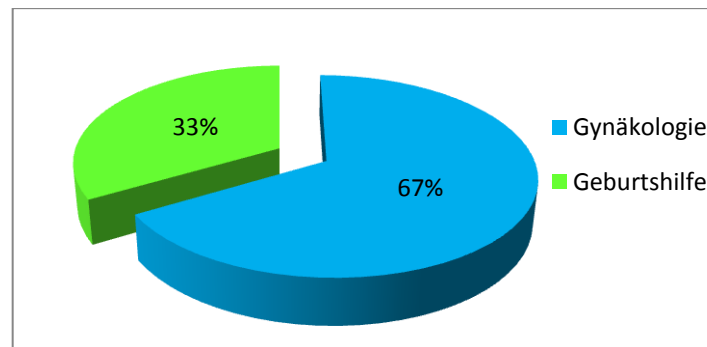


Abbildung 2: Verhältnis von den eingeschlossenen gynäkologischen zu den geburtshilflichen Fällen

Von allen eingeschlossenen Schadensfällen wurden folgende Daten erhoben (Anhang 1: Datentabelle Gynäkologie und Anhang 2: Datentabelle Geburtshilfe):

- **Art des Antragsgegners:** Es wurde unterschieden, ob der beschuldigte Arzt entweder niedergelassen, in einem Krankenhaus, einer Universitätsklinik oder belegärztlich tätig war. An den untersuchten Gutachterverfahren waren zu 93% Gynäkologen beteiligt. Abweichende Fachrichtungen waren: Allgemeinmedizin, Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Radiologie und Urologie.

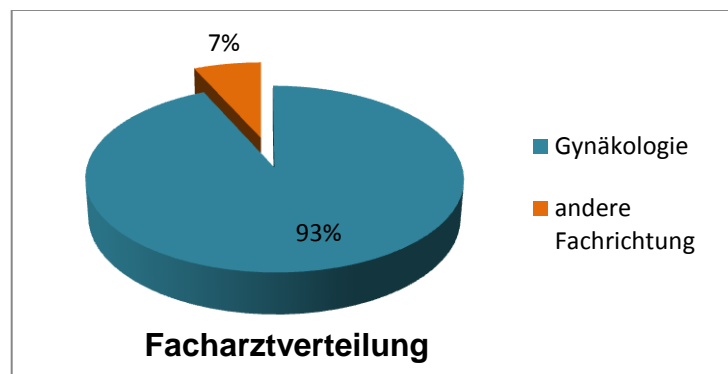


Abbildung 3: Facharztverteilung der eingeschlossenen Schadensfälle

- **Antragsschwerpunkt:** Untersucht wurde, im Rahmen welcher Erkrankung oder Therapie die beanstandete ärztliche Behandlung stattfand.
- **Vorwurf der Antragstellerin:** Aus einem, von der jeweiligen Antragstellerin, frei formulierten Text wurden die Vorwürfe in zwölf Kategorien eingeteilt:
 - a) Keine Befunderhebung: Es wurden die notwendigen Untersuchungen zur Diagnosestellung nicht durchgeführt bzw. angeordnet.
 - b) Unzureichende Befunderhebung: Obwohl weitere Maßnahmen zum Ausschluss von Differentialdiagnosen indiziert gewesen wären, wurden keine weiterführenden Maßnahmen eingeleitet. Dadurch wurde die Diagnosestellung teilweise erheblich verzögert. Dies wiederum führte zu einer Verschlechterung der Prognose oder zur Durchführung einer invasiveren Therapie.
 - c) Diagnosefehler: Der Antragsgegner stellte die falsche Diagnose.
 - d) Aufklärungsfehler: Die durchgeführte Aufklärung war nicht ausreichend oder fehlte ganz.
 - e) Keine Therapie: Eine Therapie, welche bei der gestellten Diagnose indiziert gewesen wäre, wurde nicht eingeleitet.
 - f) Konservative Therapie: Die Antragstellerin war mit der konservativen Therapie nicht zufrieden. Diese Kategorie betrifft jede Therapie, die nichts mit einer Operation zu tun hat, zum Beispiel die Medikation oder die Vorgehensweise bei der Geburt.
 - g) Keine Indikation für Operation: Für den durchgeführten Eingriff gab es keine ausreichende Indikation.

- h) Fehlerhafte Durchführung der Operation: Dies betrifft die falsche Auswahl oder Durchführung der Operationsmethode.
 - i) Operation zu spät: Der Eingriff war zwar gerechtfertigt, hätte aber schon früher erfolgen müssen. Deshalb traten unnötige Komplikationen auf.
 - j) Falsche Therapie: Zur Behandlung der festgestellten Erkrankung wäre die Therapie der Wahl eine andere gewesen.
 - k) Lückenhafte Dokumentation: In den Unterlagen liegt eine Dokumentation bei, diese ist aber nicht ausreichend.
 - l) Managementfehler: Der Untersuchungs- oder Therapieablauf entsprach nicht den allgemein gültigen Leitlinien.
- **Gutachten:** Die Beurteilung des Schadensfalles der externen Gutachter wurde in 15 Gruppen eingeteilt. Zusätzlich zu den oben genannten zwölf Kategorien, gab es noch folgende Zuordnungsmöglichkeiten:
 - m) Kein Fehler: Der Gutachter konnte keinen ärztlichen Behandlungsfehler feststellen.
 - n) Unklar: Aufgrund der mangelnden Möglichkeit der Gutachterstelle, Zeugen zu vernehmen, konnte der Sachverhalt nicht abschließend geklärt werden und es wurde auf den Rechtsweg verwiesen.
 - o) Kein Gutachten: Die Kommissionsmitglieder verzichteten auf die Erstellung eines externen Gutachtens.
 - **Votum:** Das Votum wurde in dieselben Kategorien wie das Gutachten eingeteilt, mit dem Unterschied, dass die Gruppe „kein Gutachten“ entfällt.
 - **Kausalität:** Wenn von den Kommissionsmitgliedern der Gutachterstelle ein ärztlicher Behandlungsfehler festgestellt werden konnte, wurde geprüft, ob der Behandlungsfehler kausal für den eingetretenen Gesundheitsschaden war.
 - **Haftpflichtversicherung und Sachbearbeiter:** Um die Haftpflichtversicherungen der betreffenden Ärzte bezüglich des Ausgangs des Haftungsverfahrens zu kontaktieren, wurden die betreffenden Versicherungen und die zuständigen Sachbearbeiter des Verfahrens notiert.
 - **Ausgang bei den Versicherungen:** Ziel war es, die Akzeptanz der Voten von der Gutachterstelle bei den Haftpflichtversicherungen zu ermitteln. Aus den

Rücksendungen der Haftpflichtversicherungen konnten folgende Kategorien unterschieden werden.

- a) Keine Haftung: Die Akte wurde von der Haftpflichtversicherung, ohne eine Entschädigung an die Antragstellerin zu zahlen, geschlossen.
 - b) Einigung: Zwischen Antragstellerin und Haftpflichtversicherung des Antragsgegners erfolgte eine außergerichtliche Regulierung.
 - c) Gerichtsverfahren: Zur abschließenden Beurteilung der Haftungsfrage fand ein Gerichtsverfahren statt. Außerdem wurde erfasst, ob das Urteil mit dem Votum übereinstimmte oder nicht. Bei manchen Fällen waren die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen, so dass ein abschließendes Urteil noch ausstand.
 - d) Archiviert: Die Versicherung konnte den Ausgang des Falles nicht mehr ermitteln, weil dieser schon zu lange abgeschlossen war und damit im Computer nicht mehr erfasst wurde.
 - e) Offen: Die Gutachterstelle hatte der Versicherung noch keine abschließende Stellungnahme zukommen lassen. Deshalb konnte über den Ausgang bei der Haftpflichtversicherung noch keine Aussage gemacht werden.
 - f) Unbekannt: Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnte die Versicherung den Ausgang des Verfahrens der Gutachterstelle nicht mitteilen.
- **Rechtsanwalt**: Manche Antragstellerinnen ließen das Gutachterverfahren durch einen rechtlichen Beistand begleiten.
 - **Dauer des Gutachterverfahrens**: Es wurde die Dauer vom Eingang des Antrags auf ein Schlichtungsverfahren bis zum Versand des Votums in Tagen berechnet.

Mit Ausnahme des „Ausgangs bei den Versicherungen“ wurden diese Daten mit Hilfe des Programms GUSTAV (**GU**tachterstelle **STA**tistik und **V**erwaltungsprogramm) der Bayerischen Landesärztekammer sowie den jeweiligen Dokumenten (Sachverhaltszusammenfassung, Antragsbegehren, Gutachten und Votum) eines Verfahrens erhoben. Der Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen wurde durch Auswertung der zurückgesendeten Fragebögen ermittelt.

2.2 Fragebogen an die Haftpflichtversicherungen

Seit 2004 versendet die Gutachterstelle zusammen mit ihren Voten einen Erfassungsbogen an die Haftpflichtversicherungen mit der Bitte, diesen nach Abschluss des Verfahrens ausgefüllt zurückzuschicken. Ziel dieses Bogens ist es, ein Feedback von den Versicherungen zu erhalten, ob ein möglicher Fehler reguliert wurde oder ob entweder zur Höhe des Schadens oder zum Anspruchsgrund ein Gerichtsverfahren stattgefunden hat und wie dieses ausgegangen ist. Leider ist der Rücklauf dieser Fragebögen sehr gering, so dass für alle im Jahr 2008 abgeschlossenen Fälle mit einer bestimmten Haftpflichtversicherung eine engere Zusammenarbeit vereinbart wurde. Für diese Kooperation konnte diejenige Haftpflichtversicherung gewonnen werden, welche die bayerischen Ärzte am häufigsten vertrat.

Meine Aufgabe bestand darin, auf zwei Fachgebiete begrenzt, den Ausgang bei allen Haftpflichtversicherungen über einen Zeitraum von elf Jahren zu analysieren.

Um herauszufinden, ob die Entscheidungen der Gutachterstelle von den Haftpflichtversicherungen akzeptiert wurden, kontaktierte ich in allen 683 Fällen den jeweiligen Sachbearbeiter bzw. die Versicherung an sich, wenn dieser aus dem Archiv der Gutachterstelle nicht zu eruieren war, per E-Mail, Post, Telefon oder Fax. Dazu änderte ich den üblichen Fragebogen von der Gutachterstelle meiner Problemstellung entsprechend ab und leitete ihn wie oben beschrieben an die entsprechenden Ansprechpartner (Anhang 3). Es gab drei Möglichkeiten, meine Frage nach dem Ausgang des Schadensfalles zu beantworten:

- 1) Die Akte wurde ohne Aufwendungen geschlossen
- 2) Es wurde außergerichtlich reguliert
- 3) Es fand ein Gerichtsverfahren statt
 - a) Ergebnis konform mit Votum der Gutachterstelle
 - b) Ergebnis konträr zum Votum der Gutachterstelle

Die Sachbearbeiter wurden gebeten, mir das Ergebnis ihres Verfahrens anhand des versandten Fragebogens mitzuteilen.

2.3 Datenverarbeitung und Statistik

Die erhobenen Daten wurden in das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel 2010 eingetragen und sowohl damit ausgewertet als auch Tabellen und Graphiken erstellt. Der Text wurde mit Microsoft Word 2010 verarbeitet.

Bei allen erhobenen Kategorien wurden Untergruppen gebildet und deren absolute Zahlen berechnet. Anschließend konnten mithilfe der relativen Häufigkeiten die Zahlen untereinander verglichen werden. Die Dauer des Schlichtungsverfahrens wurde mit Hilfe der Excel-Funktion „Tage360“ berechnet. Diese Funktion ermittelt die Anzahl der Tage, die zwischen dem Eingangsdatum des Antrags auf ein Schlichtungsverfahren und dem Versanddatum des Votums liegen. Es wird dabei von einem Jahr mit 360 Tagen ausgegangen, also von zwölf Monaten mit je 30 Tagen. Die durchschnittliche Dauer eines Gutachterverfahrens bei der Gutachterstelle der bayerischen Ärztekammer wird mit Hilfe des Medians angegeben. Der Median ist der Wert, der in der Mitte einer Zahlenreihe steht, die der Größe nach geordnet ist.¹¹

¹¹ Vgl. Lindenberg u.a., 2007, S.36

3 Ergebnisse

3.1 Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie

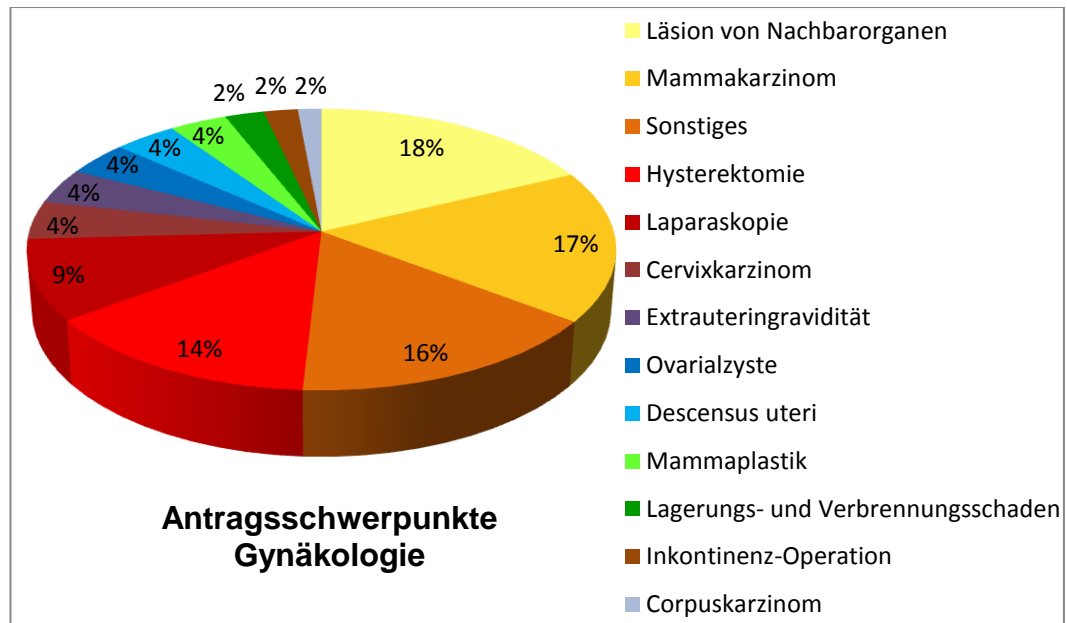


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie

Zwischen 2000 und 2010 wurden von der Gutachterstelle in Bayern 455 gynäkologische Schlichtungsverfahren durchgeführt. Dabei gaben die Antragsteller 615 Antragsschwerpunkte an (Mehrfachnennung möglich). Der häufigste beklagte Schaden war die Läsion eines Nachbarorgans während einer Operation mit 18% (110). Spitzenreiter der beschädigten Organe war der Darm mit 40 Verletzungen. Folge dieser Läsionen war entweder eine Übernähung des Defektes, eine End-zu-End-Anastomose oder die Anlage eines Stomas. Halb so oft wurde eine Läsion der Ureteren beklagt. Weitere lädierte Organe waren die Blase (19), ein benachbarter Nerv (16), ein in der Nähe verlaufendes Gefäß (6), die Urethra (5), der Uterus (3) und die Niere (1). 41% der Organverletzungen (45) ereigneten sich bei einem laparoskopischen Eingriffsverfahren. Mit 17% (107) war die Diagnostik bzw. Behandlung des Mammakarzinoms der zweithäufigste Beschwerdepunkt. 16% der Anträge wurden unter der Rubrik „Sonstiges“ zusammengefasst. Dabei handelt es sich um eine Reihe seltenerer Behandlungen, die in der gynäkologischen Praxis einerseits nur vereinzelt durchgeführt werden, zum Beispiel kosmetische Eingriffe wie eine Bauchdeckenplastik oder eine Labienreduktion, und andererseits entweder nicht beanstandet werden oder bei denen kaum ärztliche Behandlungsfehler unterlaufen, wie Verhütungsfragen oder die Kürettage. Mit 14 % belegte die Hysterektomie (86 Fälle) den vierten Platz hinter „sonstigen Antragsschwerpunkten“. Im Rahmen der beklagten Gebärmutterentfernungen kam es zu

Läsionen von 53 Nachbarorganen. Ein weiterer Antragsschwerpunkt war die Laparoskopie mit 57 Fällen (9%). Bei einer Patientin wurde wegen zunehmender Unterbauchschmerzen eine diagnostische Laparoskopie vorgenommen und dabei eine Ovarialzyste gefensterter sowie eine Adhäsionslyse durchgeführt. Postoperativ kam es zu einer Blutung aus der Wunde am Nabel, weshalb die Antragstellerin weitere acht Tage in einer externen Klinik stationär betreut werden musste. Im Ergebnisteil wird allerdings nur auf die häufigsten zwölf Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie näher eingegangen. In der Diskussion werden dann Lösungsvorschläge für die drei, in der Patientenversorgung bedeutendsten Sorgfaltspflichtverletzungen herausgearbeitet, damit diese in Zukunft reduziert werden können. Diese drei Antragsschwerpunkte sind: Der Brustkrebs, Nachbarorganverletzungen (bei der Hysterektomie und der Laparoskopie) und die Extrauterin gravidität. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der häufigsten Gründe für Beschwerdeanträge. Die vollständige Liste der Antragsschwerpunkte befindet sich im Anhang 4.

| Antragsschwerpunkt Gynäkologie | Anzahl |
|---------------------------------------|---------------|
| Mammakarzinom | 107 |
| Mammaplastik | 22 |
| Zervixkarzinom | 27 |
| Corpuskarzinom | 9 |
| Hysterektomie | 86 |
| Laparoskopie | 57 |
| Läsion von Nachbarorganen | 110 |
| <i>Darm</i> | 40 |
| <i>Ureter</i> | 20 |
| <i>Blase</i> | 19 |
| <i>Nerv</i> | 16 |
| <i>Gefäß</i> | 6 |
| <i>Urethra</i> | 5 |
| <i>Uterus</i> | 3 |
| <i>Niere</i> | 1 |
| Lagerungs- und Verbrennungsschaden | 15 |
| <i>Verbrennung</i> | 10 |
| <i>Lagerung</i> | 5 |
| Inkontinenzoperation | 13 |
| Extrauterin gravidität | 25 |
| Ovarialzyste | 24 |
| Descensus uteri | 24 |
| Sonstiges | 96 |
| Gesamtergebnis | 615 |

Abbildung 5: Genaue Aufschlüsselung der Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie

3.1.1 Diagnosen

3.1.1.1 *Mammakarzinom*

Die Behandlung des Brustkrebses stellt mit 107 Fällen (17%) die zweithäufigste Beschwerde unter den gynäkologischen Gutachteranträgen in Bayern dar. Insgesamt wurden 129 Klagen von den Antragstellerinnen vorgebracht. Davon sind fünf Verfahren derzeit noch nicht abgeschlossen. Tatsächlich können die Gutachter in 55 Fällen einen ärztlichen Behandlungsfehler feststellen und in den Voten werden insgesamt 57 Fehler beanstandet. Dies entspricht einem Prozentsatz von 44.

In 38 Fällen wird von den Antragstellerinnen eine unzureichende Befunderhebung bemängelt. Durch die Verzögerung der Diagnosestellung kommt es zu einer Verschlechterung der Prognose, weil in dieser Zeit bereits eine Metastasierung stattfinden kann. Bei einer Vorsorgeuntersuchung am 07.02.2002 wurde bei einer 30-jährigen Frau ein Knoten in der rechten Brust getastet. Der Gynäkologe kam mittels Sonographie zu der Verdachtsdiagnose Fibroadenom und empfahl eine Kontrolluntersuchung in drei Monaten. Er ließ seine Diagnose jedoch nicht mit einer Mammographie absichern. Im Mai 2003 wurde dann ein Mammakarzinom mit bereits vorhandener Metastasierung festgestellt. Insgesamt kann von den externen Gutachtern in 20 Fällen, von den Kommissionsmitgliedern in 22 Fällen, eine unzureichende Befunderhebung festgestellt werden. 28 Patientinnen meinen, dass den Ärzten ein Diagnosefehler unterlaufen sei. Dieser Vorwurf kann im Gutachten und Votum 16-mal bestätigt werden. Als weiterer Behandlungsfehler wird 19-mal eine fehlerhafte Durchführung der Operation vorgetragen. Im Votum wurde dies viermal anerkannt und im Gutachten dreimal. Die konservative Therapie ist für 16 Frauen der Grund für die Beantragung eines Gutachterverfahrens. Dazu zählt zum Beispiel die Paravasation eines Chemotherapeutikums. Dies geschah bei einer Patientin mit Epirubicin, weil keine Kochsalzlösung nachgespült worden sei, bevor die Infusionsnadel gezogen wurde. Dadurch kam es zu einer erheblichen Bewegungseinschränkung der Hand. Sowohl Gutachter als auch Kommissionsmitglieder stellten in drei Fällen einen Fehler in der konservativen Therapie fest. Eine weitere häufige Fehlerquelle ist die Aufklärung. 12 Antragstellerinnen fühlten sich nicht ausreichend über mögliche Risiken informiert. Dies sehen in fünf Fällen sowohl Gutachter als auch Kommissionsmitglieder so.

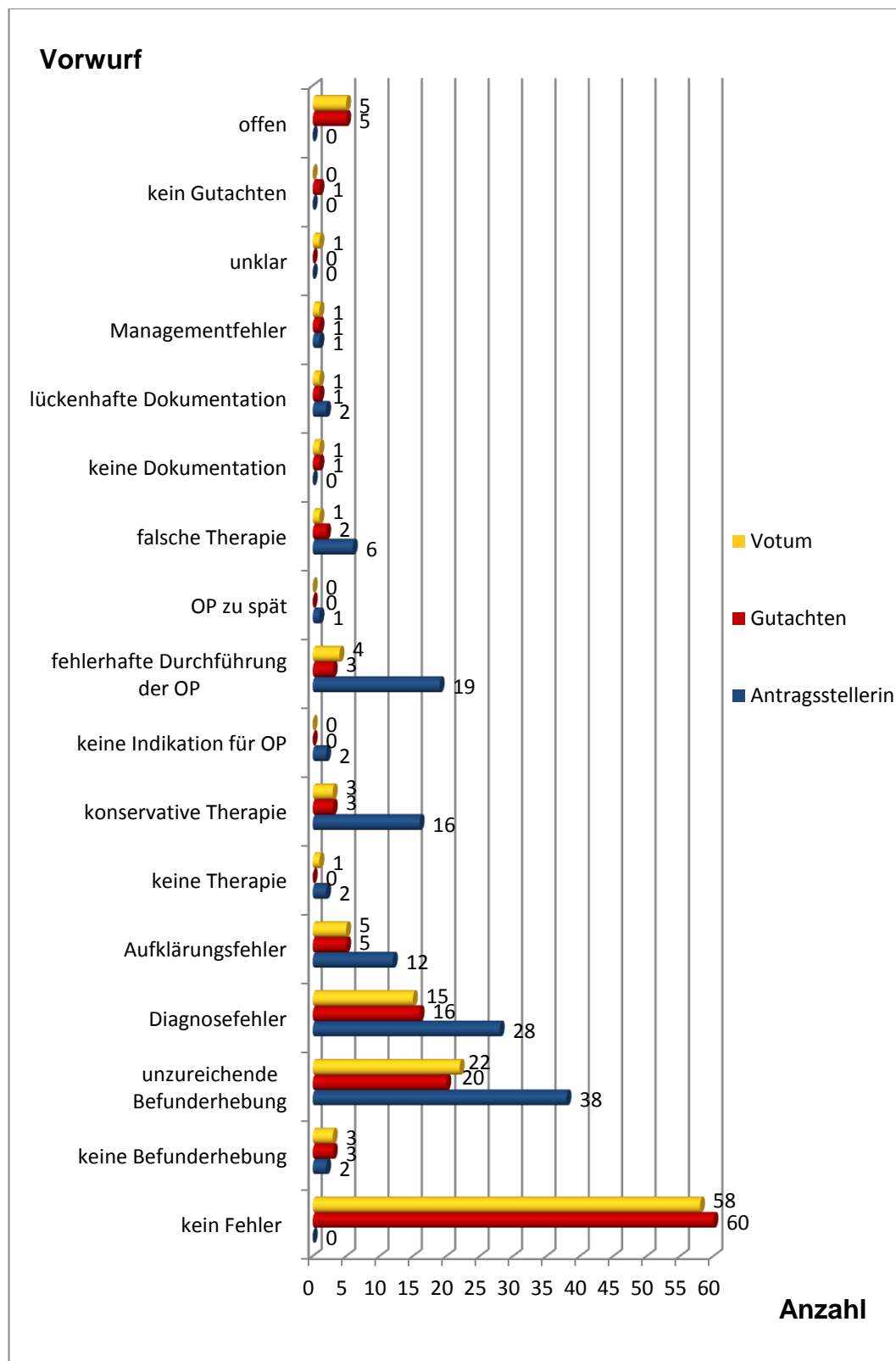


Abbildung 6: Behandlungsfehlervorwürfe beim Mammakarzinom von Antragsstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Der Hauptvorwurf der Antragstellerinnen ist eine unzureichende Befunderhebung und somit eine verspätete Diagnosestellung. Deshalb erscheint es logisch, wenn von den 107 Antragsgegnern 63 niedergelassene Ärzte (59%) sind, darunter 21 Radiologen und ein Facharzt für Innere Medizin. Radiologen werden vor allem wegen der fehlenden Einleitung einer Biopsie bei suspekter Mammographie gerügt. Wenn man die Statistik bezüglich der Voten in Brustkrebsfällen betrachtet, stellt man fest, dass 20 unzureichende Befunderhebungen den niedergelassenen Ärzten angelastet werden. Außerdem konnten 13 Diagnosefehler festgestellt werden. Alle anderen Fehler im niedergelassenen Bereich kommen nur ein bis zweimal vor. Weitere 29 Vorwürfe (27%) betreffen Krankenhäuser. Fünf davon betreffen Radiologen und einer einen Anästhesisten. Hier konnten vier Operationsfehler, drei Aufklärungsfehler und zwei unzureichende Befunderhebungen von den Kommissionsmitgliedern aufgedeckt werden. Außerdem waren noch acht Belegärzte (7%) und sieben Universitätskliniken (7%), darunter ein Radiologe von einem Gutachterverfahren betroffen. Dabei muss man jedoch bedenken, dass die Universitätskliniken selbst bzw. deren Haftpflichtversicherungen einem Schlichtungsverfahren nur sehr selten zustimmen. Das heißt nicht, dass in den Universitätskliniken weniger Fehler gemacht werden.

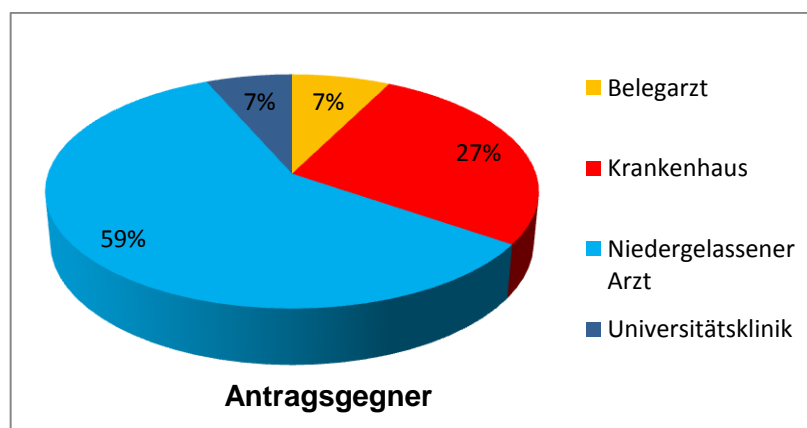


Abbildung 7: Antragsgegner beim Mammakarzinom

Betrachtet man die Radiologen isoliert, so werden ihnen von der Gutachterstelle fünf unzureichende Befunderhebungen und acht Diagnosefehler vorgeworfen. Unter den Diagnosefehlern befindet sich ein Radiologe von der Universitätsklinik und einer aus dem Krankenhaus, die anderen sechs haben eine eigene Praxis. Diagnosefehler heißt, dass eine Verdichtung irrtümlicherweise als nicht suspekt eingestuft wird.

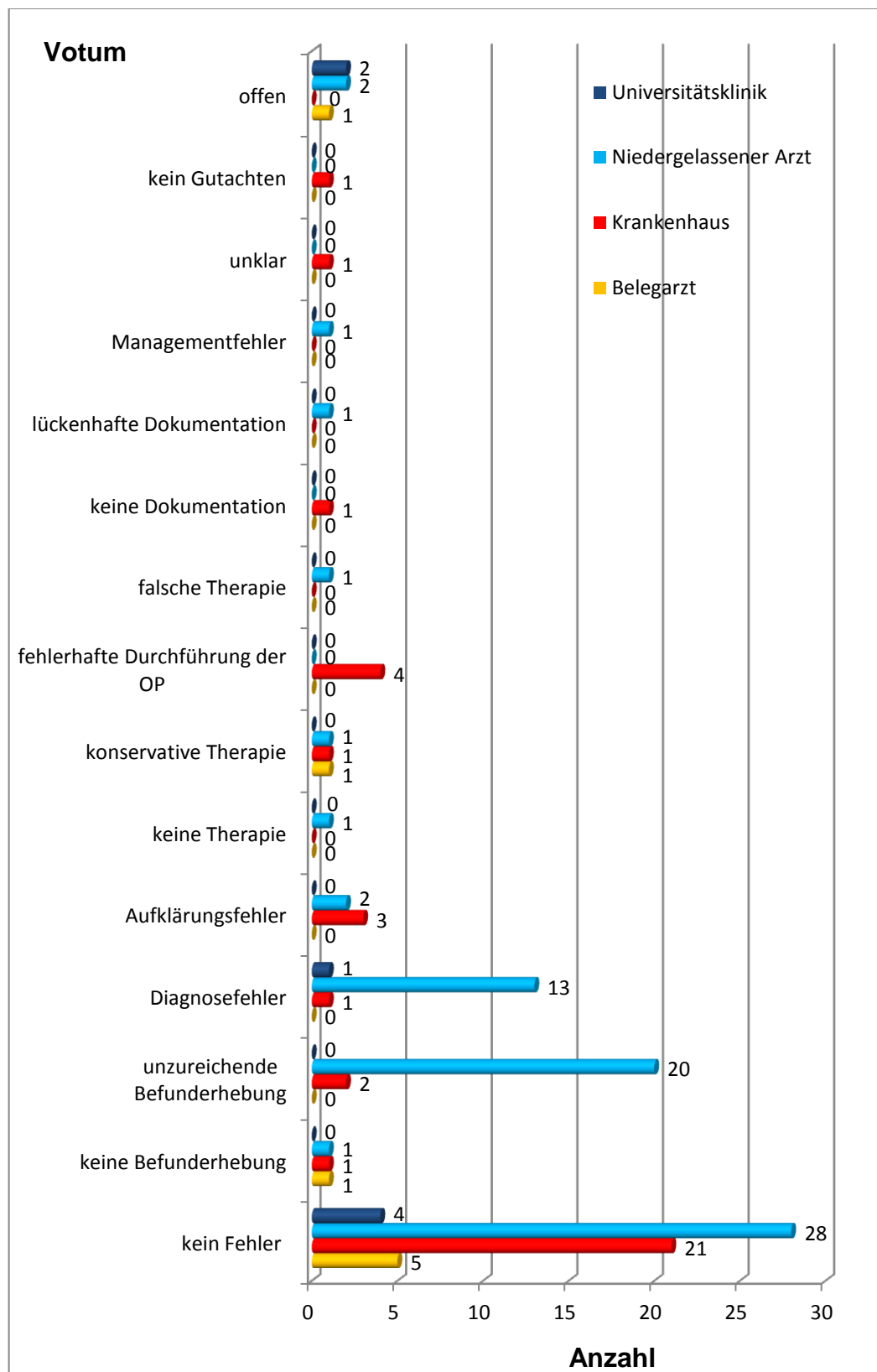


Abbildung 8: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler des Mammakarzinoms von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich

Von den 57 durch die Kommissionsmitglieder der Gutachterstelle festgestellten ärztlichen Behandlungsfehlern des Mammakarzinoms sind 63% ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden. Bei 37% wurde zwar ein Fehler durch einen Arzt begangen, dies führte jedoch nicht zu dem beklagten Defizit.

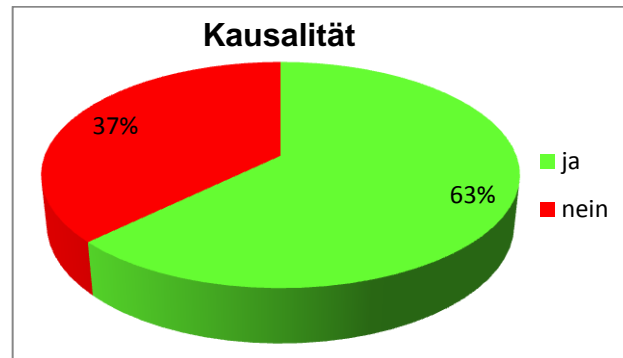


Abbildung 9: Kausalität von Behandlungsfehlern des Mammakarzinoms

3.1.1.2 Zervixkarzinom

Mit 27 Fällen (4%) belegt der Gebärmutterhalskrebs den vierten Platz der meistgenannten Antragschwerpunkte in der Gynäkologie in Bayern. Einer dieser Fälle ist zum derzeitigen Zeitpunkt noch offen. Die Antragstellerinnen rügten 37 zu überprüfende Sorgfaltspflichtverletzungen. In den Gutachten werden acht Behandlungsfehler vorgeschlagen, die Kommissionsmitglieder einigten sich auf sechs, was einer tatsächlichen Fehlerquote von 16% entspricht.

Zwölfmal trugen die Antragstellerinnen vor, dass ein Diagnosefehler vorgelegen habe. Im September des Jahres 2000 stellte sich eine Frau bei ihrem Gynäkologen zum zytologischen Abstrich vor. Dieser ergab einen PAP III-Befund. Der Gynäkologe interpretierte den klinischen Befund als Zervizitis. Es erfolgten innerhalb eines Monats zwei weitere Kontrolluntersuchungen mit demselben Ergebnis. Als die Patientin einen weiteren Monat später den Gynäkologen wechselte, stellte dieser ein Zervixkarzinom fest. Es folgte eine Konisation sowie die Radikaloperation nach Wertheim. Insgesamt konnten die Gutachter zwei Diagnosefehler feststellen, die Gutachterstelle kam auf einen Fall. Weitere Vorwurfsschwerpunkte der Antragstellerinnen im Zusammenhang mit der Diagnose Zervixkarzinom waren achtmal die unzureichende Befunderhebung und siebenmal die fehlerhafte Durchführung der Operation. Der Vorwurf der unzureichenden Befunderhebung wurde auch von den Gutachtern fünfmal und von den Kommissionsmitgliedern dreimal festgestellt. Beim Zervixkarzinom besteht die unzureichende Befunderhebung meist darin, dass eine Überweisung zum Facharzt oder eine Gewebeprobe bzw. Abrasio fehlerhaft unterlassen wurde, wenn klinischer Befund und zytologischer Abstrich nicht übereinstimmen. Die sieben Operationsvorwürfe, die vor allem die Operation nach Wertheim betrafen, konnten weder im Gutachten noch im Votum bestätigt werden. Bei einer 48-jährigen Patientin bestand nach der Wertheim-Operation der Verdacht auf eine Harnleiterläsion, die sich auch bestätigte. Das Votum urteilte, dass der Eingriff fehlerfrei und nach den Regeln der ärztlichen Kunst verlief. Es bestand eine Indikation und die Aufklärung war ausreichend. Die vorgetragenen Beschwerden seien für diese Radikaloperation typisch und auch bei korrekter Operationsdurchführung nicht immer zu vermeiden.

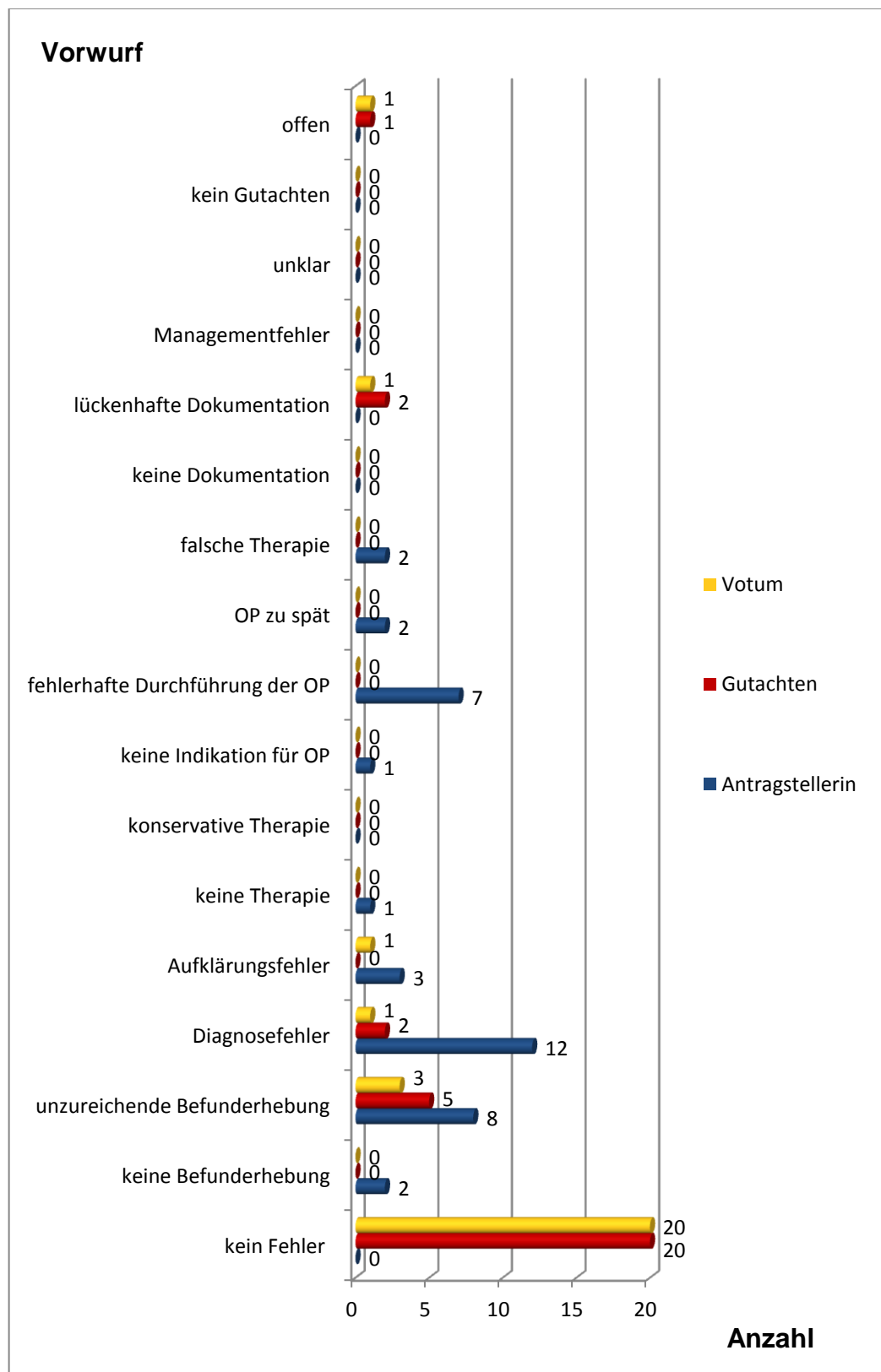


Abbildung 10: Behandlungsfehlervorwürfe beim Zervixkarzinom von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Ähnlich wie beim Brustkrebs sind auch beim Gebärmutterhalskrebs Hauptantragsgegner die niedergelassenen Ärzte mit 19 Fällen (70%). Dies passt mit den Hauptvorwürfen Diagnosefehler und unzureichende Befunderhebung zusammen. Im Votum wurden auch fünf der sechs Fehler den Praxisinhabern angelastet. Es konnten drei unzureichende Befunderhebungen festgestellt werden, einmal davon bei einem Allgemeinmediziner. Ein Fall ist bei der Gutachterstelle noch nicht abgeschlossen. Jeweils einmal wurden ein Diagnosefehler und eine lückenhafte Dokumentation gerügt. Weiter wurden auch drei Universitätskliniken (11%) und zwei Krankenhäuser (8%) auf ärztliche Behandlungsfehler überprüft. Die Kommissionsmitglieder konnten aber keine fehlerhafte Vorgehensweise bestätigen. Mit 11% (dreimal) waren auch die Belegärzte an der gutachterlichen Kontrolle ihrer Arbeit beteiligt. Hier konnte ein Aufklärungsfehler im Votum vorgebracht werden. Bei allen bezüglich des Zervixkarzinoms festgestellten Sorgfaltspflichtverletzungen konnte auch die Kausalität für den entstandenen Gesundheitsschaden nachvollzogen werden.

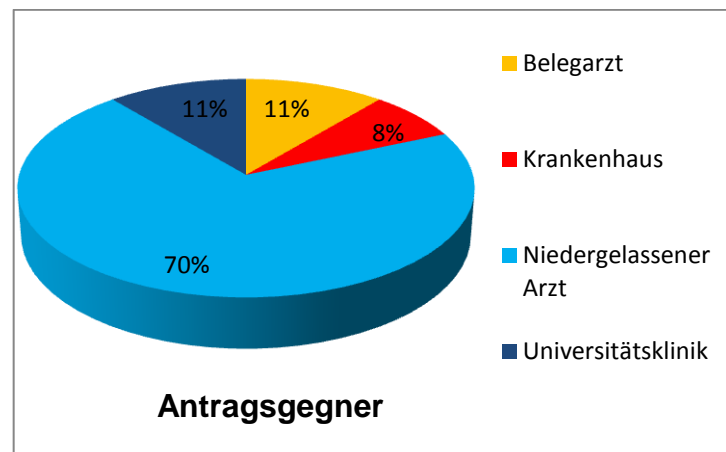


Abbildung 11: Antragsgegner beim Zervixkarzinom

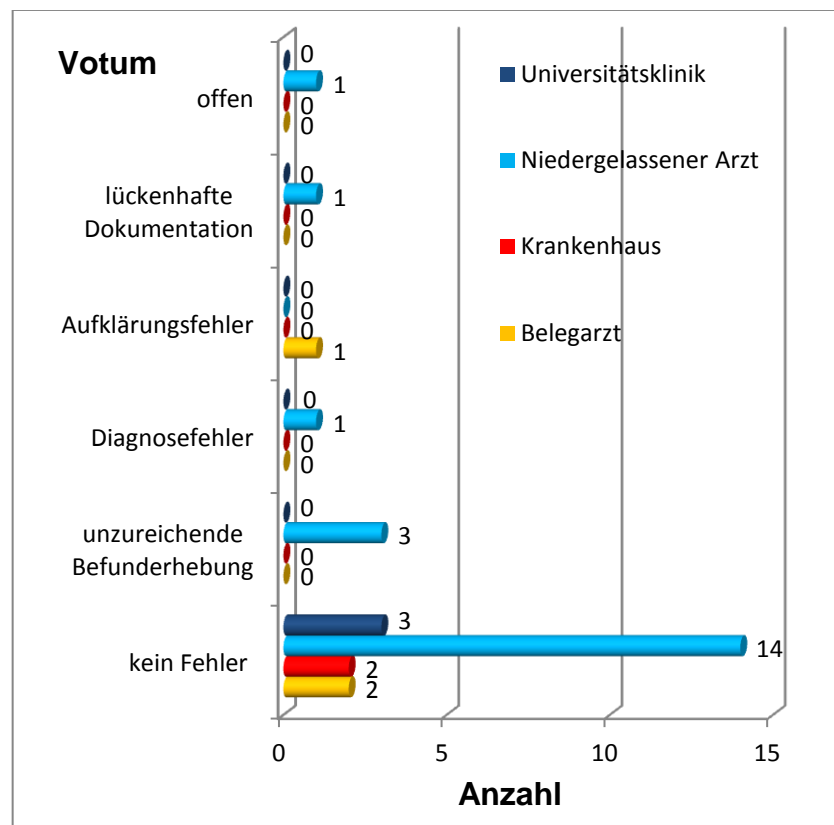


Abbildung 12: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Zervixkarzinom von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich

3.1.1.3 Corpuskarzinom

Das Corpuskarzinom nimmt zwei Prozent (neun Fälle) der gynäkologischen Antragsschwerpunkte in der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen in Bayern ein. In allen neun Behandlungsüberprüfungen kommen die Kommissionsmitglieder zu dem Schluss, dass jeweils kein ärztlicher Fehler vorgefallen ist. Die Hauptbeschwerden der Antragstellerinnen sind mit jeweils dreimal die unzureichende Befunderhebung bzw. die fehlerhafte Durchführung der Operation, gefolgt von zweimal der falschen Therapie. Letzteres kann auch einmal von einem Gutachter festgestellt werden. Außerdem wird von einer Patientin noch ein Diagnosefehler vorgetragen.

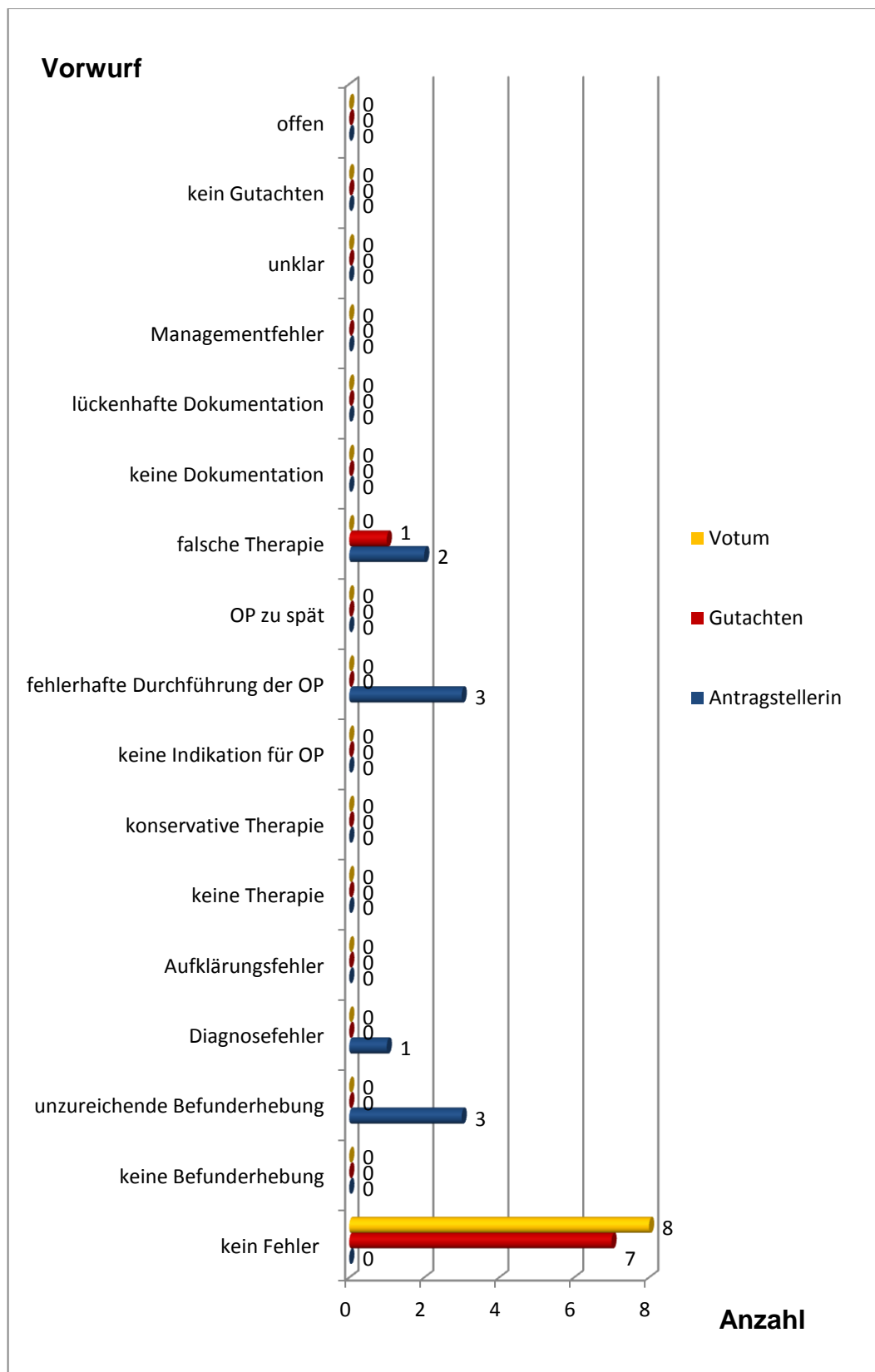


Abbildung 13: Behandlungsfehlervorwürfe beim Corpuskarzinom von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Klassisch für eine Tumordiagnose betreffen die meisten Vorwürfe niedergelassene Ärzte (56%, fünfmal). In 33% der Fälle (dreimal) werden Krankenhäuser eines Fehlers beschuldigt und in einem Fall (11%) eine Universitätsklinik. Ein Belegarzt wird nicht gerügt.

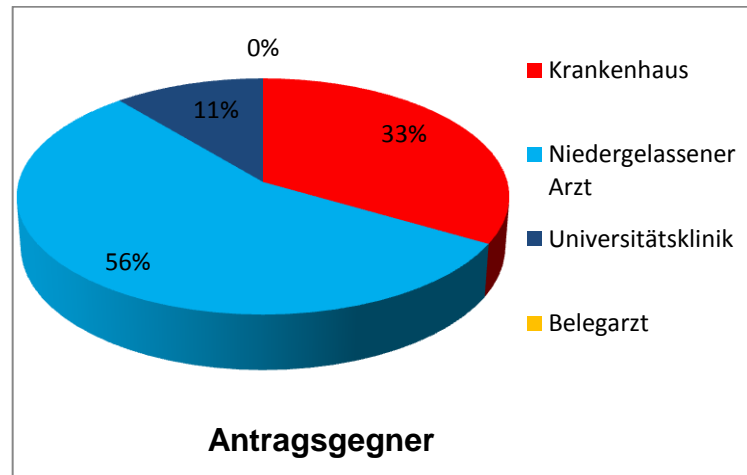


Abbildung 14: Antragsgegner beim Corpuskarzinom

3.1.1.4 Extrauterin gravidität

Vier Prozent der Schadensfälle in Bayern im Zeitraum zwischen 2000 und 2010 betrafen die Diagnostik und Therapie der Extrauterin gravidität (25 Fälle). Die Antragstellerinnen trugen 33 Vorwürfe zur Überprüfung an die Gutachterstelle heran. Tatsächlich wurden dabei zehn Fehler festgestellt, was einer Fehlerquote von 30% entspricht.

Zwölfmal wurden die Ärzte der unzureichenden Befunderhebung beschuldigt. Die externen Gutachter bestätigten diesen Verdacht viermal, die Kommissionsmitglieder kamen zu dem Schluss, dass der Vorwurf fünfmal gerechtfertigt war. Eine Patientin stellte sich bei ihrem Gynäkologen wegen seit Tagen anhaltenden Schmerzen im Mittel- und Unterbauch vor. Der Gynäkologe führte die Schmerzen auf den bevorstehenden Eisprung zurück und führte eine vaginale und sonographische Untersuchung durch. Er hatte es versäumt, zum Ausschluss einer Extrauterin gravidität eine hCG-Bestimmung durchzuführen. Ein paar Tage später kam es zur Ruptur der Tubargravidität, so dass der Eileiter nicht erhalten werden konnte. Sechsmal wurde von den betroffenen Frauen ein Diagnosefehler vorgetragen. Das Nichterkennen einer Eileiterschwangerschaft rügten auch zweimal sowohl Gutachter als auch Kommissionsmitglieder. Bei ein und derselben Patientin konnten gleich drei Fehler bei der Behandlungsüberprüfung beanstandet werden: Der Gynäkologe diagnostizierte mit Hilfe von mehreren hCG-Messungen eine gestörte Schwangerschaft. Einen Monat später vermutete der Arzt einen unvollständigen Abort, weshalb er eine Abrasio durchführte. Zwei Tage später wurde die Patientin stationär aufgenommen, wobei man im Krankenhaus eine Extrauterin gravidität feststellte. Es erfolgte eine laparoskopische Salpingektomie. Dem Gynäkologen wird vorgeworfen, eine falsche Diagnose gestellt, die falsche Therapie angewandt und eine Operation zu spät veranlasst zu haben. Bei einer Überprüfung kam die Gutachterstelle zu keinem Ergebnis und riet der Antragstellerin zu einem Gerichtsverfahren.

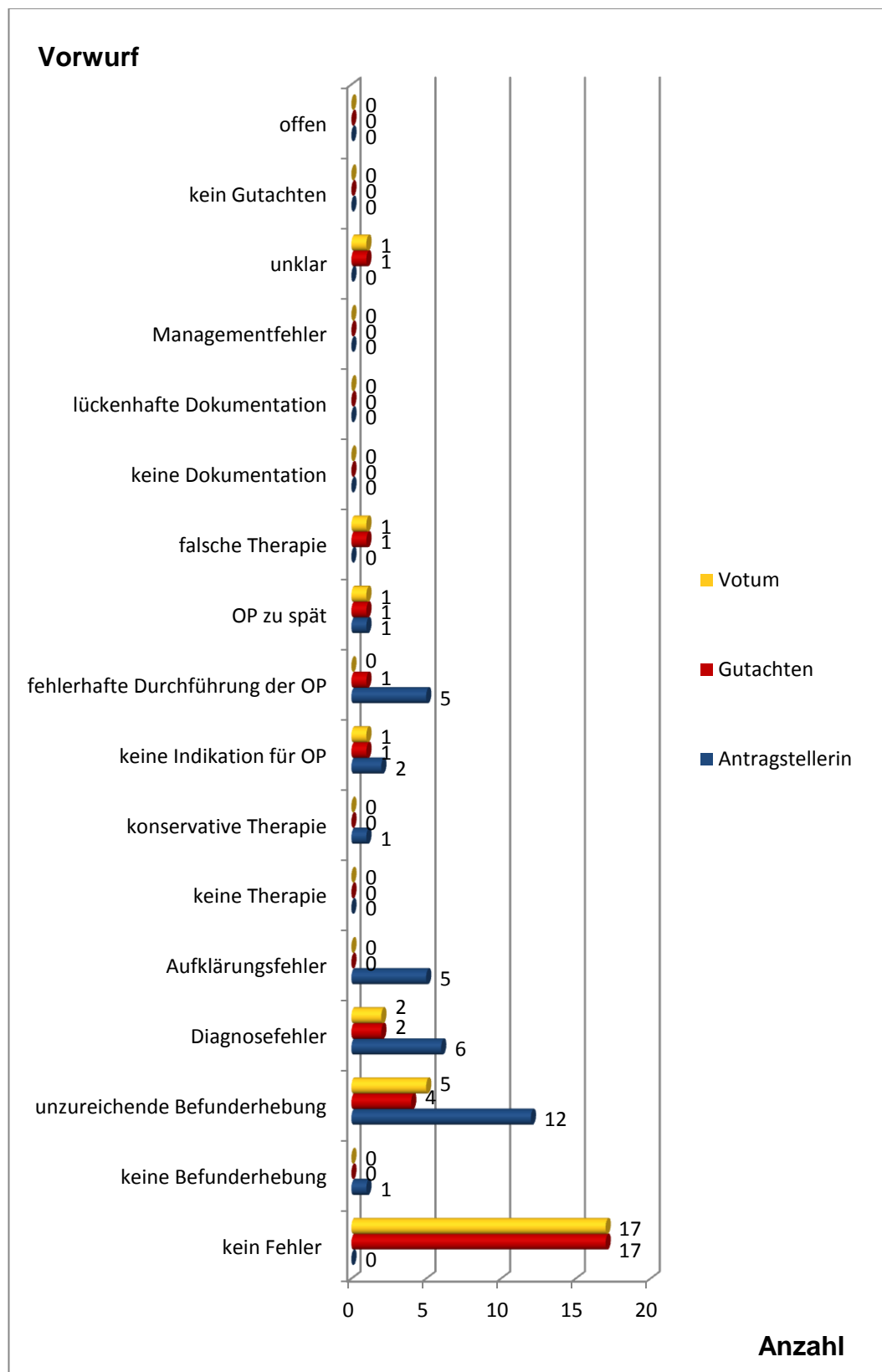


Abbildung 15: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Extrauterin gravidität von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Vierzehn der Anschuldigungen betrafen niedergelassene Ärzte (56%). Die Kommissionsmitglieder kamen zu dem Schluss, dass dreimal eine unzureichende Befunderhebung, zweimal ein Diagnosefehler und jeweils einmal eine falsche Therapie und eine zu späte Operation vorlagen. 32% der Schadensfälle wegen einer Extrauterin gravidität wurden von Krankenhäusern (8) verursacht. Nur ein Krankenhaus wurde einer unzureichenden Befunderhebung beschuldigt, bei den restlichen sieben konnte kein Fehler gefunden werden. Ebenfalls unter den Antragsgegnern befanden sich drei Belegärzte (12%). Hier konnte einmal eine unzureichende Befunderhebung und ein weiteres Mal eine fehlende Eingriffsrechtfertigung beanstandet werden. Bei letzterer Sorgfaltspflichtverletzung handelte es sich um eine Frau, die wegen Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft stationär aufgenommen und einer Abrasio sowie diagnostischen Lapraoskopie mit Umstieg auf Laparotomie unterzogen wurde. Wegen des frühen Gestationsalters war eine solche invasive Diagnostik und Therapie nicht gerechtfertigt, weil die Aussicht darauf, an den Eileitern etwas zu sehen, sehr gering war. Eine Universitätsklinik wurde nicht überprüft.

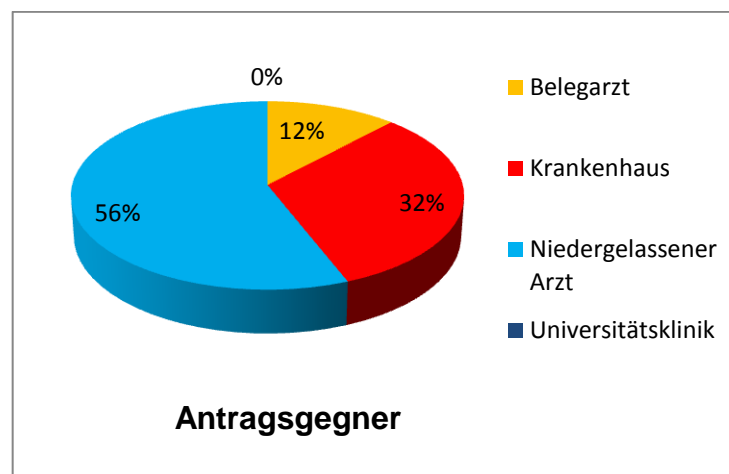


Abbildung 16: Antragsgegner bei der Extrauterin gravidität

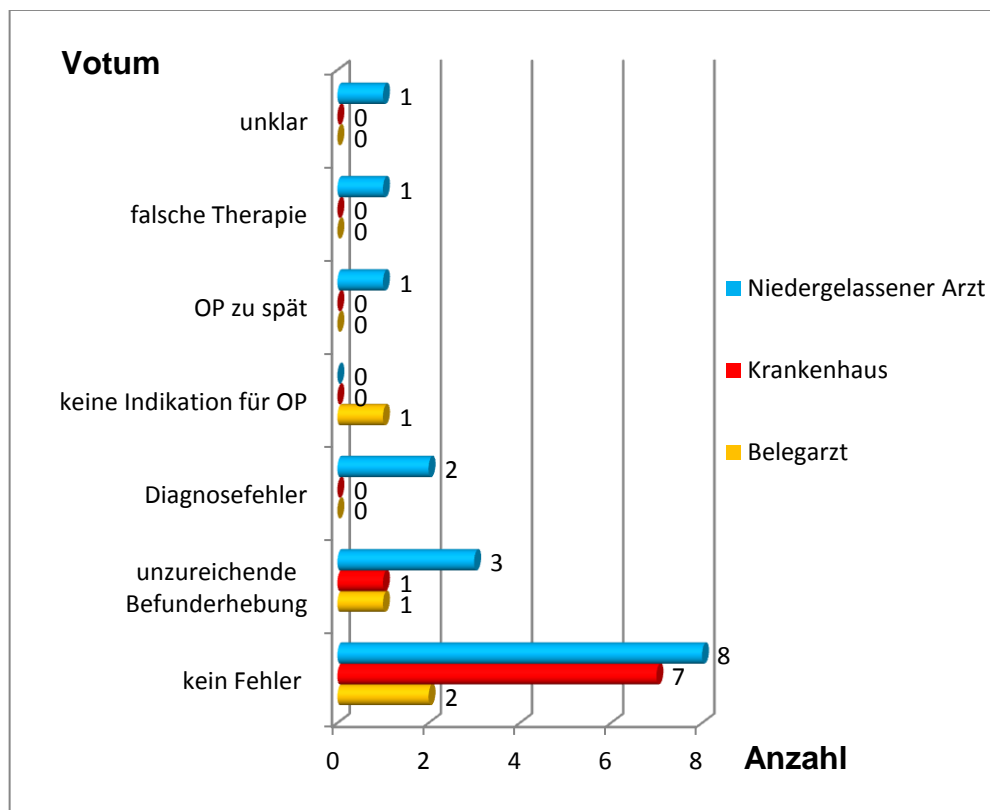


Abbildung 17: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Extrauterin gravidität von Niedergelassenen, Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich

71% der von der Gutachterstelle bestätigten Sorgfaltspflichtverletzungen waren kausal für die Entstehung des Schadens. Bei 29% konnte kein Zusammenhang zwischen Gesundheitsschädigung und stattgehabtem Behandlungsfehler gefunden werden.

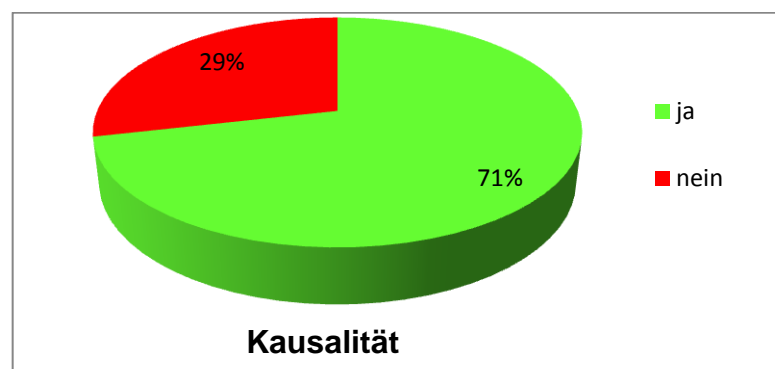


Abbildung 18: Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Extrauterin gravidität

3.1.1.5 Ovarialzyste

Eine Ovarialzyste war 24-mal der Grund für eine ärztliche Behandlung, die auf Richtigkeit von der Gutachterstelle überprüft werden sollte. Diese Diagnose nahm 4% der Antragsschwerpunkte in den Jahren 2000 bis 2010 ein. Bei den 24 Eingriffen kam es zu 14 Organverletzungen. Der Darm war am häufigsten betroffen (sechsmal). 35 Anschuldigungen wurden von der bayerischen Gutachtachterstelle überprüft, festgestellt werden konnten vier Sorgfaltspflichtverletzungen, also konnten 11% der Vorwürfe als fehlerhaft beurteilt werden.

Die häufigste Beschwerde betraf die fehlerhafte Durchführung der Operation, dies wurde 16-mal beanstandet. Tatsächlich konnte dieser Fehler jedoch nur einmal bestätigt werden. Sechsmal rügten die Antragstellerinnen eine unzureichende Befunderhebung, fünfmal das Fehlen einer Operationsindikation. Beide Vorwurfsarten wurden von Gutachtern und Kommissionsmitgliedern widerlegt. Dass gar keine Befunderhebung stattgefunden habe, behaupteten drei Frauen. In zwei Fällen stimmte ihnen die Schlichtungsstelle zu. Bei einer Patientin sollte eine Gewebeprobe histologisch untersucht werden. Diese Probe ist auf dem Weg zum Pathologen abhanden gekommen, somit konnte keine Beurteilung stattfinden. Der Arzt, der die histopathologische Untersuchung veranlasst, ist dafür verantwortlich, dass das Präparat zum Histopathologen gelangt. In diesem Fall wurde kein Gutachten von einem externen Facharzt angefordert.

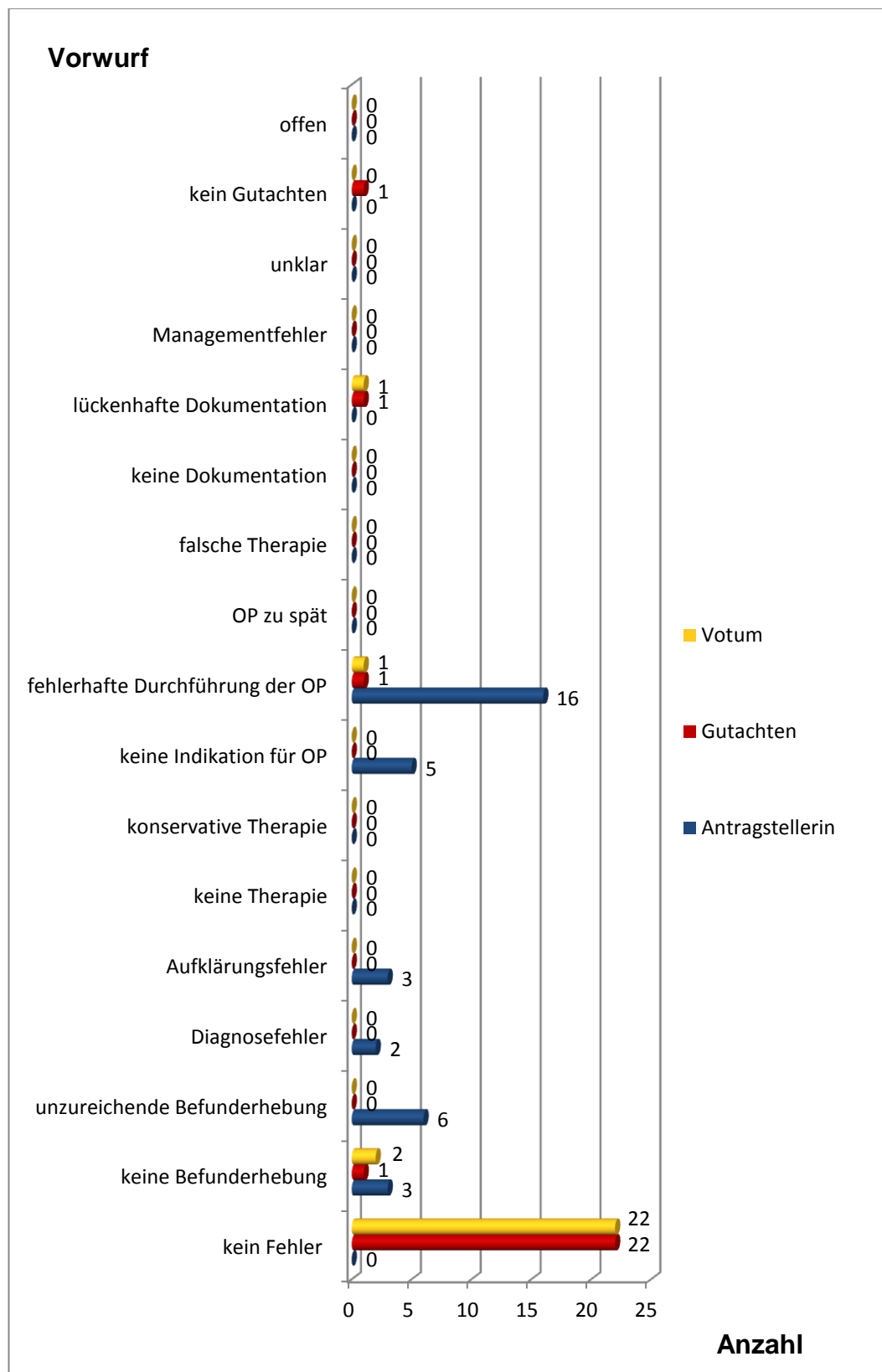


Abbildung 19: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Ovarialzyste von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Elf Belegärzte mussten ihre Behandlung gegenüber der Schlichtungsstelle darlegen (48%). Zehnmal konnte ein Fehler verneint werden. In einem Fall wurde der Verantwortliche der fehlenden Befunderhebung, der lückenhaften Dokumentation und der fehlerhaften Durchführung der Operation beschuldigt. Zweithäufigster Antragsgegner war das Krankenhaus, das neunmal vertreten war (39%). Hier wurde ebenfalls nur ein Fall als nicht der ärztlichen Kunst entsprechend gewertet. Diesem Krankenhaus wurde vorgeworfen, keine Befunderhebung durchgeführt zu haben. Außerdem war noch die Behandlung von drei niedergelassenen Ärzten näher unter die Lupe genommen worden. Bei allen konnten die Vorwürfe der Antragstellerinnen zurückgewiesen werden. Alle von den Kommissionsmitgliedern beanstandeten Sorgfaltspflichtverletzungen waren ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden.

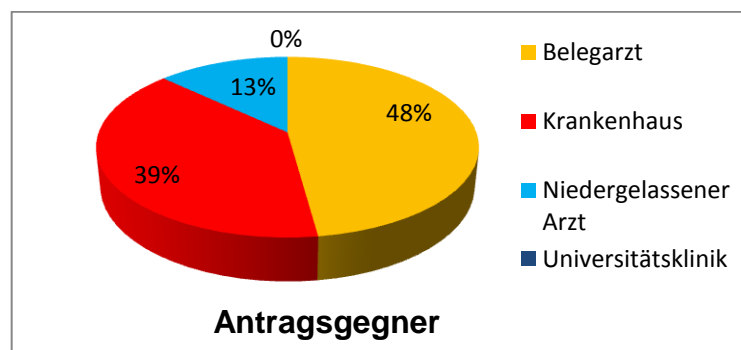


Abbildung 20: Antragsgegner bei einer Ovarialzyste

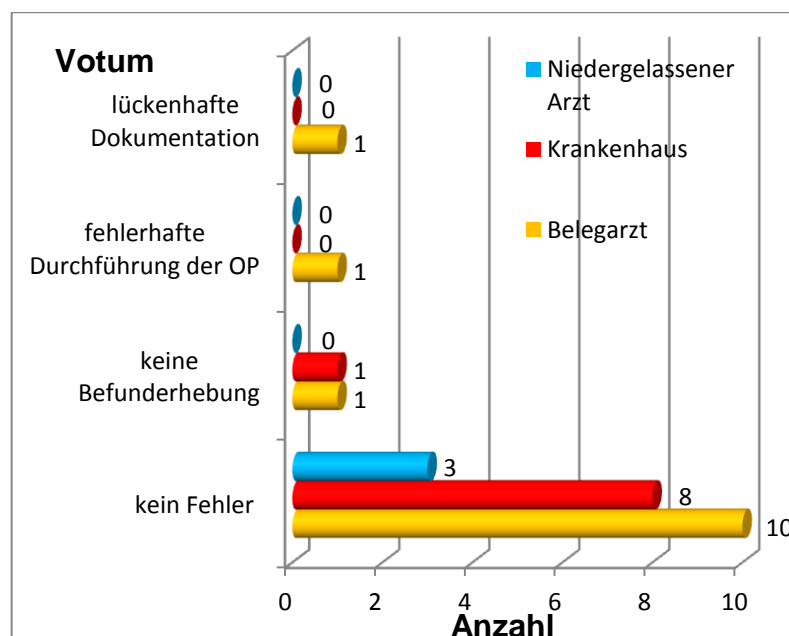


Abbildung 21: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei einer Ovarialzyste von Niedergelassenen, Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich

3.1.1.6 Descensus uteri

Vier Prozent der von der Gutachterstelle untersuchten Anträge auf Überprüfung einer ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung gaben als Grund für die Behandlung einen Descensus uteri (24) an. Die Antragstellerinnen erhoben 34 Vorwürfe gegen die Antragsgegner. Von der Schlichtungsstelle wurden letztendlich nur vier Fehler bei den ärztlichen Versorgungen gefunden, also 12% der ursprünglich gerügten Handlungen. Elfmal wurde die Gebärmutterensenkung mit Hilfe einer vaginalen Hysterektomie und zum Teil mit Kolporrhaphie therapiert.

Insgesamt wurde von den Antragstellerinnen 20-mal die Operation als fehlerhaft angesehen. Die Gutachter konnten diesen Fehler einmal, die Kommissionsmitglieder zweimal feststellen. In beiden Fällen wurde bei dem Eingriff der Darm verletzt. Einmal wurde die Verletzung des Darmes an sich gerügt, das andere Mal war die Versorgung der Darmverletzung der Stein des Anstoßes. Fünfmal wurde den Antragsgegnern ein Aufklärungsfehler vorgeworfen, dieser konnte einmal im Votum, nicht jedoch im Gutachten bestätigt werden. Außerdem beklagten die Patientinnen noch viermal eine unzureichende Befunderhebung, dreimal einen Diagnosefehler und zweimal die falsche Therapie. Diese Anschuldigungen konnten alle bei der Überprüfung nicht bestätigt werden. Dagegen konnte eine lückenhafte Dokumentation aufgezeigt werden. Aufgrund mangelnder Unterlagen bereitete die Beurteilung eines Falles dem externen Gutachter und den Kommissionsmitgliedern Schwierigkeiten.

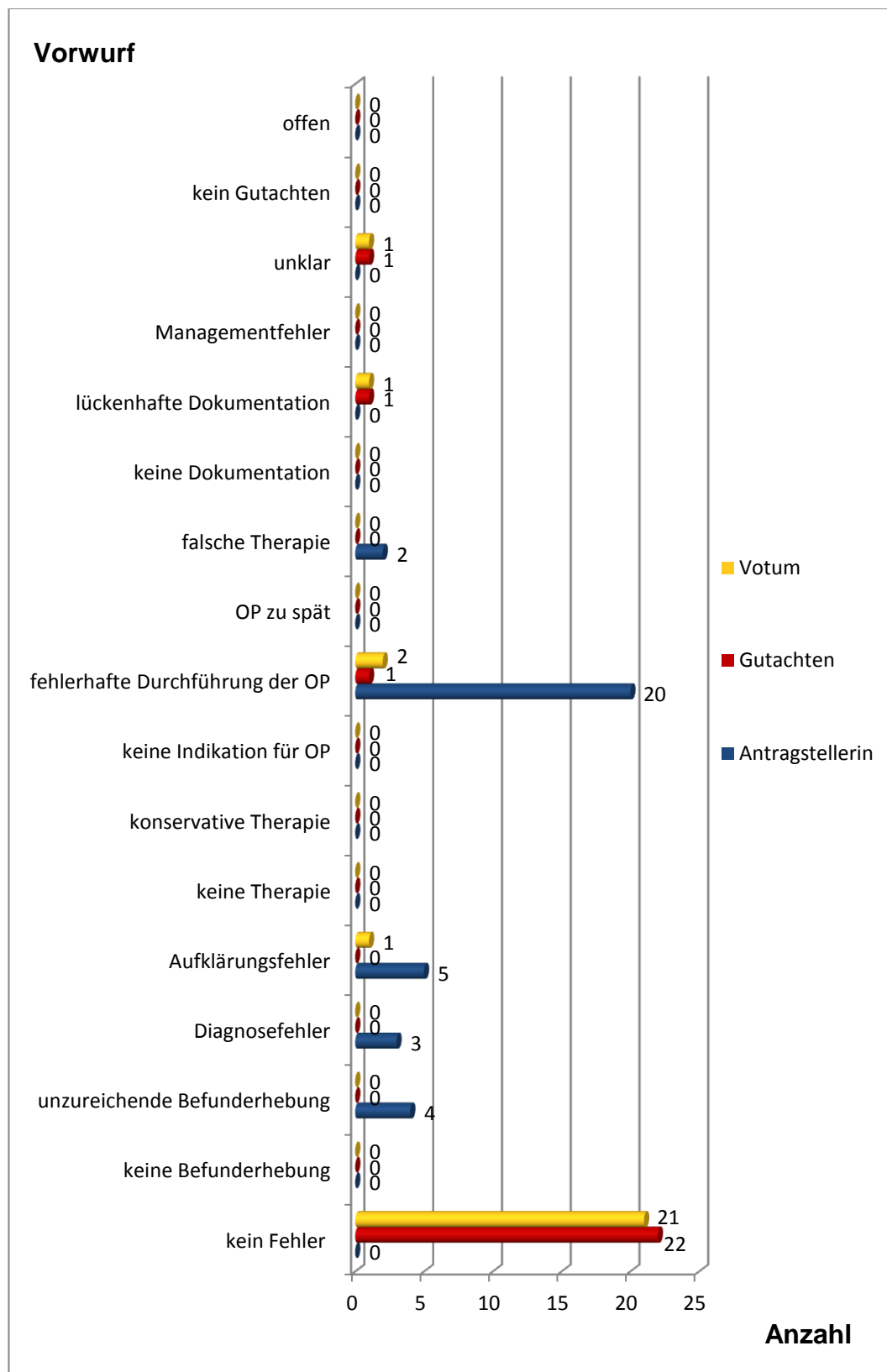


Abbildung 22: Behandlungsfehlervorwürfe beim Descensus uteri von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

54% der Antragsgegner waren Krankenhäuser (13). Im Votum konnte ihnen jedoch kein Fehler nachgewiesen werden. Zweithäufigster Antragsgegner waren Belegärzte (9) mit 38%. Sechsmal wurde ein ärztlicher Behandlungsfehler verneint. Die anderen drei Ärzte verursachten zwei fehlerhafte Eingriffe, eine lückenhafte Dokumentation und einen Aufklärungsfehler. Ein Fall konnte durch Überprüfung der Behandlungsunterlagen nicht sicher geklärt werden. Alle festgestellten Sorgfaltspflichtverletzungen waren kausal für den entstandenen Schaden. Außerdem waren noch ein niedergelassener Arzt und eine Universitätsklinik an den Gutachterverfahren beteiligt. In beiden Fällen wurde die Behandlung gemäß dem geltenden medizinischen Standard durchgeführt.

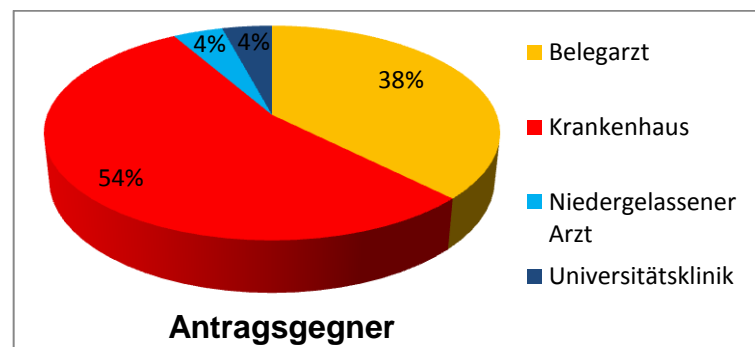


Abbildung 23: Antragsgegner beim Descensus uteri

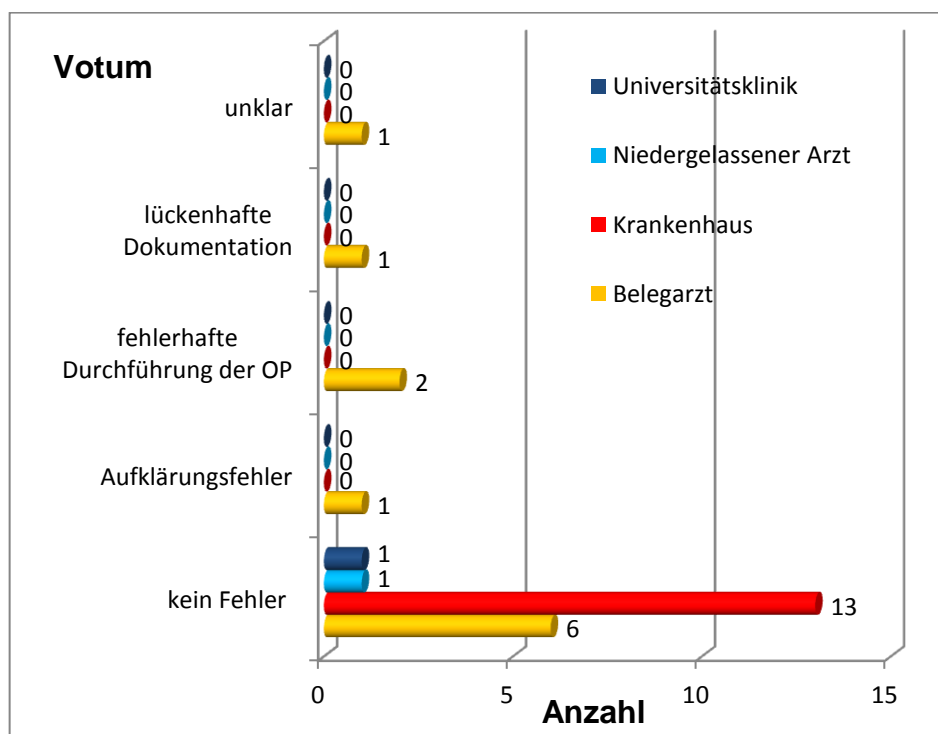


Abbildung 24: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Descensus uteri von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich

3.1.2 Operationen

3.1.2.1 Hysterektomie

In den Jahren 2000 bis 2010 wurden von der Gutachterstelle in Bayern 86 Hysterektomien auf Fehler untersucht. Bei 56% der Hysterektomien (48) wurde ein abdominaler Zugang gewählt, bei 30 % (26) ein vaginaler. 7% (6) der Gebärmutterentfernungen erfolgten durch eine laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH), 4% (3) durch eine Laparoskopie über den abdominalen Weg. Bei drei Fällen war die Vorgehensweise aus den vorhandenen Unterlagen nicht ersichtlich. Hauptursache für eine Hysterektomie bei den Anträgen auf Fehlerüberprüfung war der Uterus myomatosus (40-mal). 27 dieser Fälle wurden über den abdominalen Weg operiert. Weitere häufige Diagnosen, welche die Hysterektomie begründeten, waren die Dys- und Hypermenorrhoe (12-mal) und der Descensus uteri (11-mal). Letzteres wurde ausschließlich über den vaginalen Weg korrigiert.

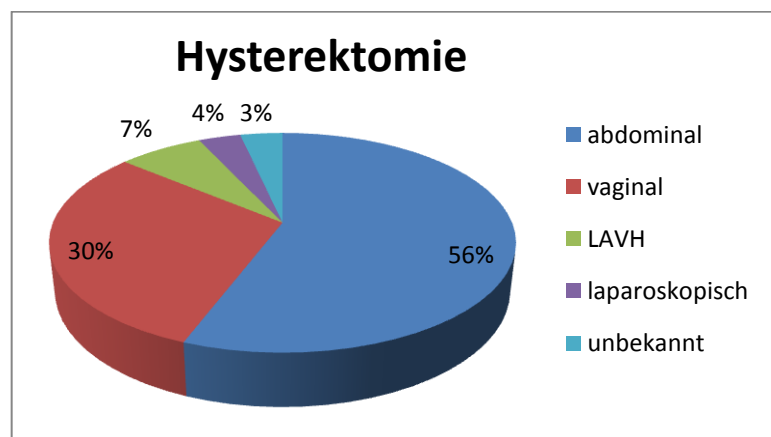


Abbildung 25: Vorgehensweise bei der Hysterektomie

Bei 50 Gebärmuttereingriffen kam es zu einer Läsion eines oder mehrerer Nachbarorgane des Uterus. 15-mal wurde der Ureter verletzt, jeweils 13-mal die Blase und der Darm. Zehnmal war ein in der Nähe verlaufender Nerv betroffen und jeweils einmal wurden die Urethra und der Uterus lädiert. Gefäße und die Niere waren bei den Hysterektomien nicht betroffen. Die erwähnte Uterusläsion wurde während einer Küretage verursacht. Wegen anhaltender Schmerzen im Unterleib musste dann nach fast zwei Jahren die Gebärmutter entfernt werden.

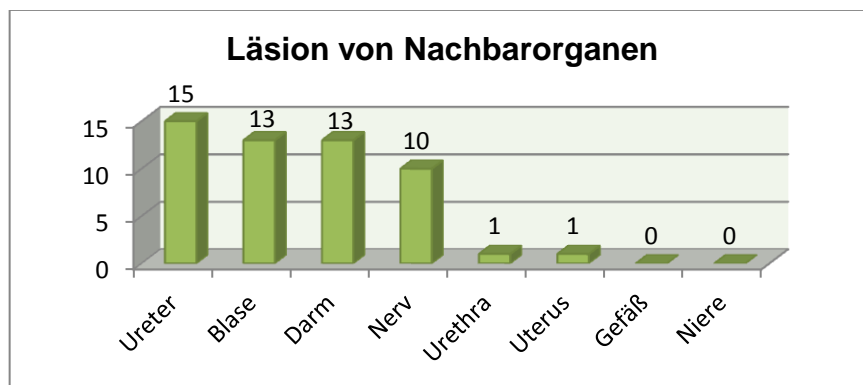


Abbildung 26: Läsion von Nachbarorganen bei der Hysterektomie

Die Hysterektomien nahmen insgesamt 14% der begutachteten gynäkologischen Fälle ein. Es wurden 134 Vorwürfe von den Antragstellerinnen vorgebracht. 22% (29 Vorwürfe) davon wurden von den Kommissionsmitgliedern als Fehler anerkannt.

Hauptvorwurf der betroffenen Antragstellerinnen war 71-mal eine fehlerhafte Durchführung der Operation. Dies wurde jedoch nur fünfmal von den Gutachtern und achtmal von den Kommissionsmitgliedern bestätigt. Einer Patientin wurde die Gebärmutter wegen der Diagnose Uterus myomatosus entfernt. Postoperativ fiel der Austritt von Urin durch die intraabdominale Drainage auf. Die festgestellte Blasenläsion wurde konservativ mithilfe eines Blasen-Dauerkatheters behandelt. Die Patientin sah den Fehler in der Durchführung der Operation. Im Gutachten und im Votum wurde jedoch ein solcher ausgeschlossen. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass die Antragstellerin über die Möglichkeit einer Organläsion aufgeklärt wurde. Da das retroperitoneale Myom relativ groß war, war das Risiko einer entsprechenden Verletzung gegeben. Der Schaden wurde postoperativ unverzüglich erkannt und erfolgreich behoben. Eine solche Verletzung muss aufgrund der vorgelegenen anatomischen Situation als schicksalhaft angesehen werden. Zweithäufigste Anschuldigung der Antragstellerinnen war eine unzureichende Befunderhebung (25-mal). In den Voten wurden vier solcher Fehler festgestellt, in den Gutachten nur drei. Während einer abdominalen Hysterektomie kam es zu einer Blasenverletzung. Diese wurde jedoch trotz Vorsichtsmaßnahmen intraoperativ nicht erkannt. Postoperativ litt die Patientin an Harnwegsinfekten und Stressinkontinenz. Erst zehn Monate später wurde die Diagnose einer Vesikovaginalfistel gestellt. Wegen der unzureichenden Befunderhebung des Antragsgegners musste die Antragstellerin über mehrere Monate eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität hinnehmen. Ein Aufklärungsfehler wurde von den Beauftragten der Schlichtungsstelle im Votum und im Gutachten genauso häufig bemängelt. Die Antragstellerinnen gaben diesen Vorwurf 15-mal in ihren Anträgen an. Insgesamt konnte von den Kommissionsmitgliedern in 66 Fällen kein Fehler nachgewiesen werden. Die Gutachter waren dieser Meinung sogar 68-mal.

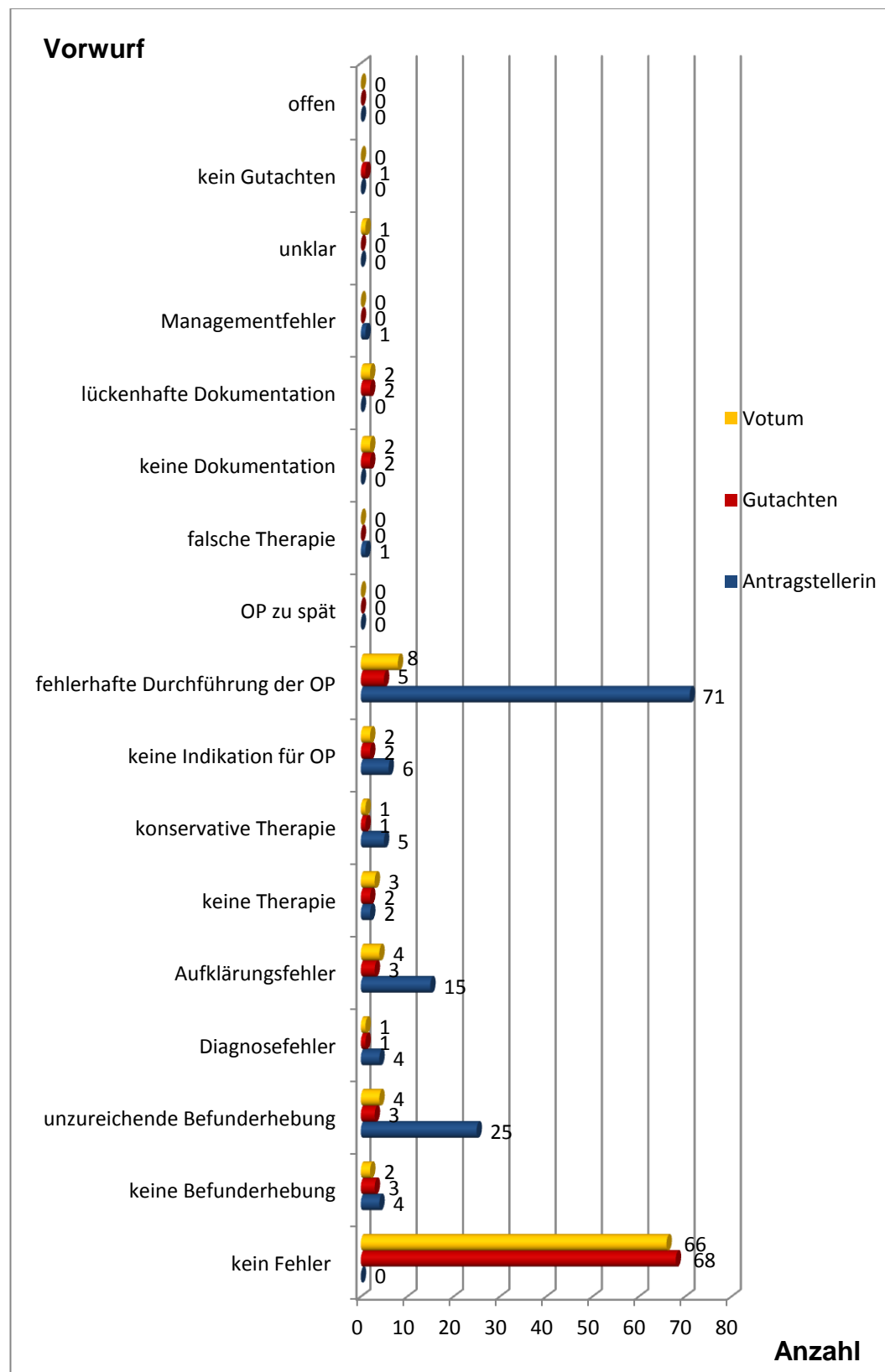


Abbildung 27: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Hysterektomie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Da es sich bei der Hysterektomie um einen invasiven Eingriff handelt, der stationär durchgeführt wird, handelt es sich bei 98% der Antragsgegner um in Krankenhäusern tätige Ärzte. 41% (35) davon waren Belegärzte. 22 von ihnen konnten die Kommissionsmitglieder keinen Behandlungsfehler vorwerfen. Fünfmal wurde eine Operation fehlerhaft durchgeführt, jeweils dreimal wurde eine unzureichende Befunderhebung bzw. ein Aufklärungsfehler festgestellt. Jeweils zweimal wurde den Belegärzten eine lückenhafte Dokumentation und das Unterlassen einer Therapie vorgeworfen. Eine Patientin entwickelte nach vaginaler Hysterektomie Fieber. Der Antragsgegner entließ sie trotz einer Temperatur von 38°C nach sieben Tagen aus der stationären Betreuung. Als Behandlungsfehler wurde das Nicht-Fortführen der antibiotischen Therapie gewertet. Häufigster Antragsgegner bei der Hysterektomie war das Krankenhaus mit 54% (46-mal). Darunter waren auch ein Anästhesist und ein Chirurg. Ihnen konnte jedoch kein ärztlicher Fehler nachgewiesen werden. Die im Krankenhaus tätigen Ärzte konnten insgesamt 40-mal keiner Sorgfaltspflichtverletzung beschuldigt werden. Falsch gemacht wurde dreimal die Operation an sich und zweimal wurde keine Dokumentation angefertigt. Die anderen Fehler wurden nur einmal begangen. Außerdem waren noch drei Universitätskliniken und zwei niedergelassene Ärzte an den Verfahren bezüglich der Hysterektomie beteiligt. Der Belegarzt hatte bei einer Hysterektomie mit Kolposuspension nur über einen Teil des Eingriffes aufgeklärt. Somit war für diesen Operationsschritt keine wirksame Einwilligung der Patientin erteilt worden, was als Behandlungsfehler gewertet wurde.

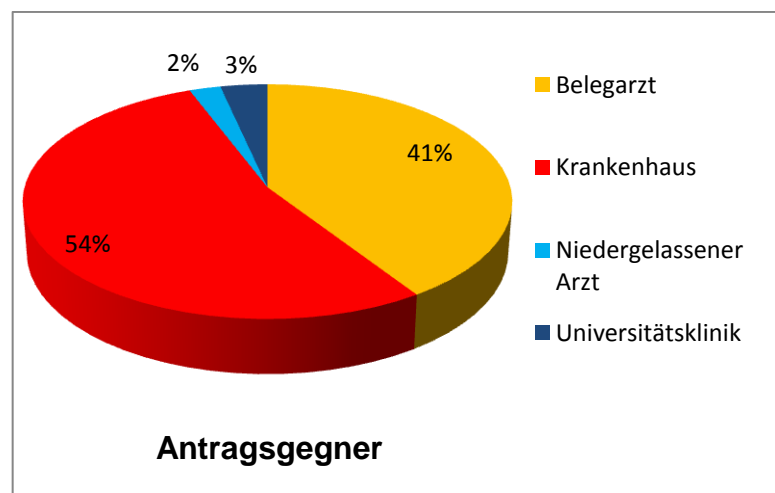


Abbildung 28: Antragsgegner bei der Hysterektomie

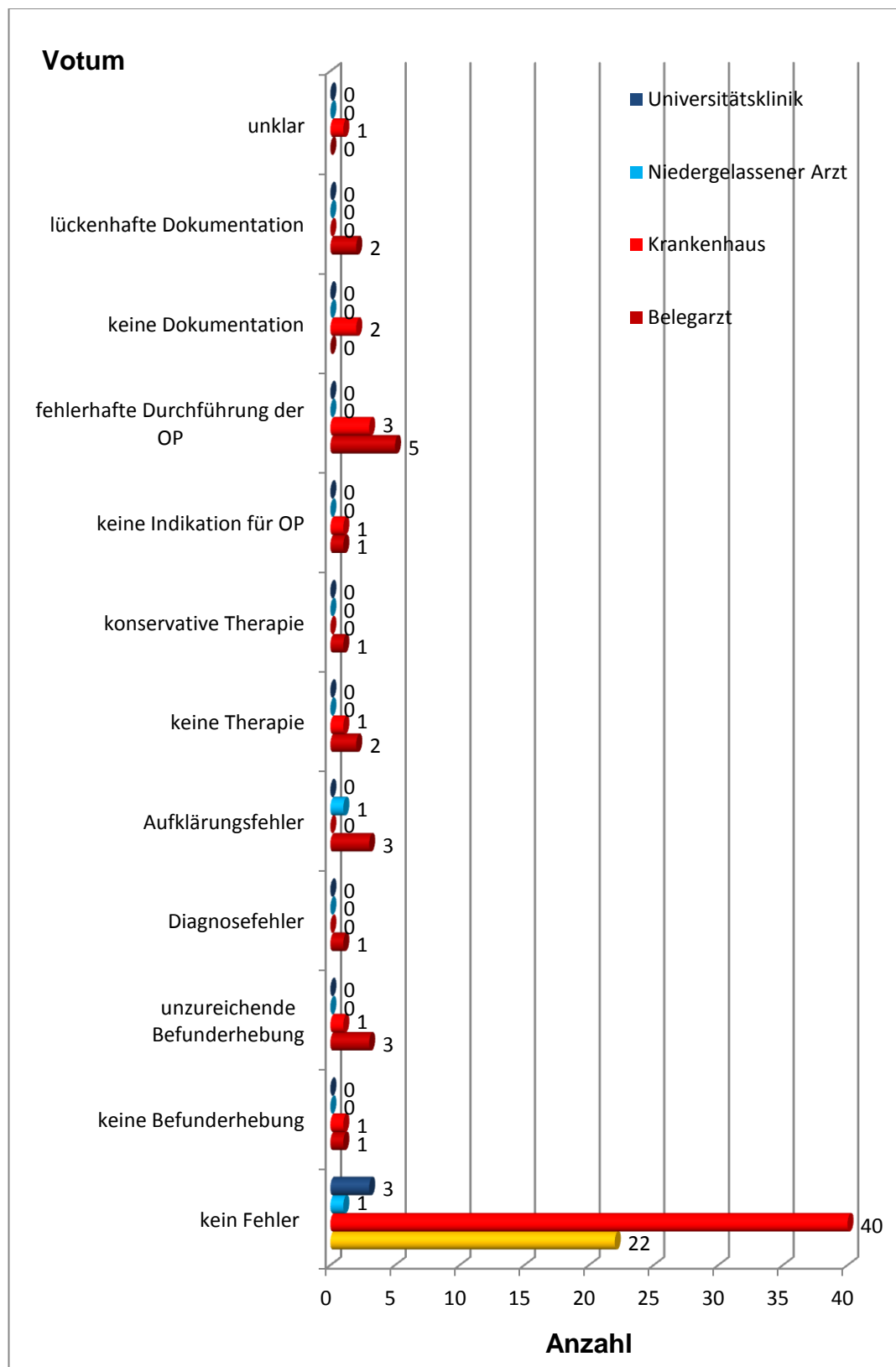


Abbildung 29: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Hysterektomie von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich

Die Kommissionsmitglieder konnten 29 Sorgfaltspflichtverletzungen feststellen. Davon waren 79% für den entstandenen Gesundheitsschaden verantwortlich. 21% der Behandlungsfehler zogen keine gesundheitlichen Konsequenzen nach sich.

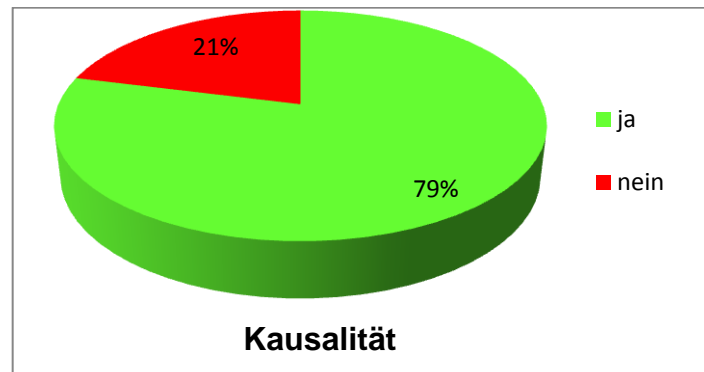


Abbildung 30: Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Hysterektomie

3.1.2.2 Laparoskopie

57 Anträge zur Überprüfung der Laparoskopie wurden in den letzten elf Jahren von der Schlichtungsstelle in Bayern bearbeitet. Dabei kam es 43-mal zu einer Verletzung eines Nachbarorgans, wobei insgesamt 46 Organe lädiert wurden. 29-mal wurde der Darm in Mitleidenschaft gezogen. Zur Abklärung einer postmenopausalen Blutung wurde bei einer Frau eine fraktionierte Abrasio mit Hysteroskopie durchgeführt. Danach musste die Patientin noch zwei weitere Male operiert werden, da es bei dem Eingriff zu einer Uterusperforation und zu einer Verletzung des Ileums gekommen ist. Die Gutachterstelle rügte, dass zur Abrasio eine Abortzange benutzt wurde, welche nicht zur Abklärung der festgestellten Diagnose geeignet war. Die dritte Operation musste durchgeführt werden, weil wegen der lückenhaften Diagnostik eine Peritonitis vor und während des zweiten Eingriffs nicht festgestellt wurde. Das erforderliche Abdomen-CT wurde fehlerhaft zu spät veranlasst. Von weiteren Organverletzungen waren jeweils viermal der Ureter, die Blase und benachbarte Gefäße betroffen. Dreimal kam es zu einer Läsion der Gebärmutter und jeweils einmal zu einem Schaden an Nerv und Harnröhre.

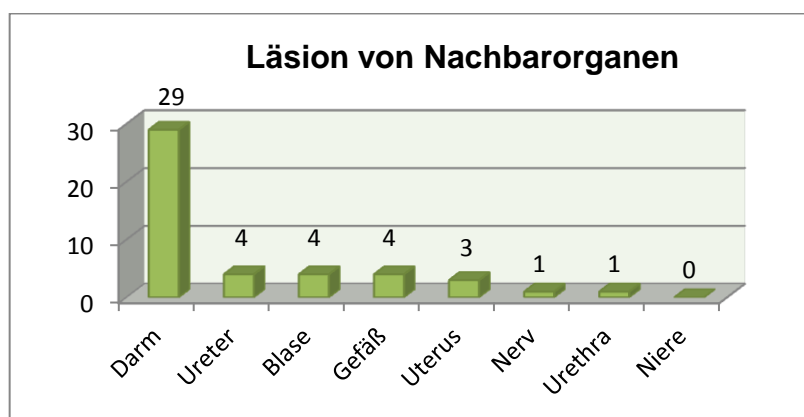


Abbildung 31: Läsion von Nachbarorganen bei der Laparoskopie

Hauptindikation für eine Laparoskopie war die Ovarialzyste (neunmal), fünfmal wurde eine Hysteroskopie laparoskopisch durchgeführt. Die Laparoskopie nahm einen Anteil von 9% der Gutachtenaufträge ein. Dazu wurden 84 Anschuldigungen von den Antragstellerinnen genannt. Im Votum wurden davon nur 13% (11) als Fehler bewertet.

Der Meinung, dass der Eingriff fehlerhaft gewesen sei, sind 45 Patientinnen. Dreimal können die externen Gutachter einen Operationsfehler in den Behandlungsunterlagen entdecken, die Gutachterkommission rügte diesen Fehler viermal. Eine unzureichende Befunderhebung beklagen die Antragstellerinnen zwölfmal. Im Gutachten wird dieser Vorwurf viermal erhoben, im Votum dreimal. Ebenfalls zwölfmal vermuten die Frauen einen Aufklärungsfehler. Sowohl Gutachter als auch Kommissionsmitglieder bestätigen diesen Fehler nur einmal. Bei dieser Patientin lag eine Hypermenorrhoe durch einen

Endometriumpolyp vor. Es wurde eine hysteroskopische Polyp- und Endometriumresektion durchgeführt. Dadurch kam es zur postoperativen Amenorrhoe bei bestehendem Kinderwunsch. Es wurde ein Asherman-Syndrom festgestellt. Gutachter und Kommissionsmitglieder sind sich einig, dass für diesen Eingriff keine Indikation bestanden habe. Stattdessen hätte eine fraktionierte Abrasio gegebenenfalls mit Polypektomie erfolgen müssen. Aus den vorhandenen Unterlagen gingen keine ausreichenden Informationen bezüglich der Aufklärung hervor. Es musste davon ausgegangen werden, dass der Antragsgegner sich nicht über die Zukunftsperspektiven der Antragstellerin informiert hatte, weshalb die präoperative Aufklärung als mangelhaft bewertet wurde. Dass keine Indikation für die durchgeführte Laparoskopie vorlag, entschieden die beiden Institutionen noch ein weiteres Mal. Die Antragstellerinnen forderten die Überprüfung diesbezüglich viermal. Bei zwei Fällen mussten die Gutachter und Kommissionsmitglieder auf den Rechtsweg verweisen, da aus den vorhandenen Behandlungsunterlagen nicht klar hervorging, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorlag oder nicht. Bei dem einen Fall machten der Antragsgegner und der Ehemann der Antragstellerin widersprüchliche Angaben zum Sachverhalt. Da es der Gutachterstelle nicht möglich ist, Zeugen zu vernehmen und in die Beurteilung mit einzubeziehen, muss dieser Sachverhalt vor Gericht geklärt werden.

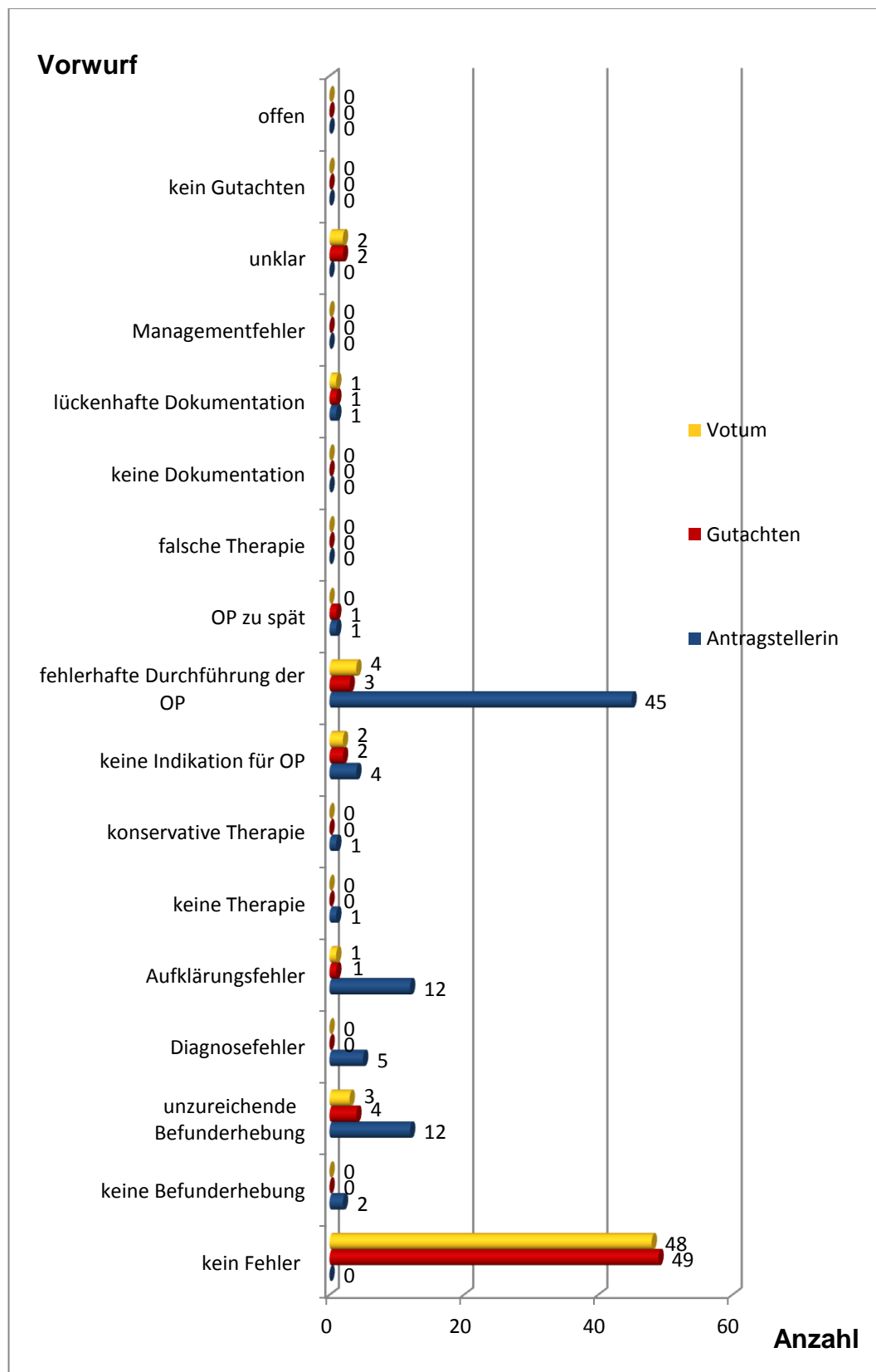


Abbildung 32: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Laparoskopie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

51% der Antragsgegner war ein Krankenhaus (29-mal). Darunter befand sich ein Chirurg, dem allerdings kein Fehler vorgeworfen werden konnte. Diese wurden dreimal der fehlerhaften Durchführung der Laparoskopie und zweimal der unzureichenden Befunderhebung beschuldigt. Einmal konnte der Sachverhalt nicht abschließend geklärt werden. Mit 46% bildeten die Belegärzte (26) den zweithäufigsten Antragsgegner. Ihnen konnte jeweils einmal eine unzureichende Befunderhebung, ein Aufklärungsfehler, eine fehlende Indikation, eine fehlerhafte Durchführung der Operation und eine lückenhafte Dokumentation vorgeworfen werden. Auch hier blieb ein Kasus ungeklärt. Unter den Beschuldigten befanden sich auch zwei niedergelassene Ärzte (3%), ihnen konnte aber keine Sorgfaltspflichtverletzung nachgewiesen werden. Unikliniken wurden bezüglich der Laparoskopie nicht überprüft.

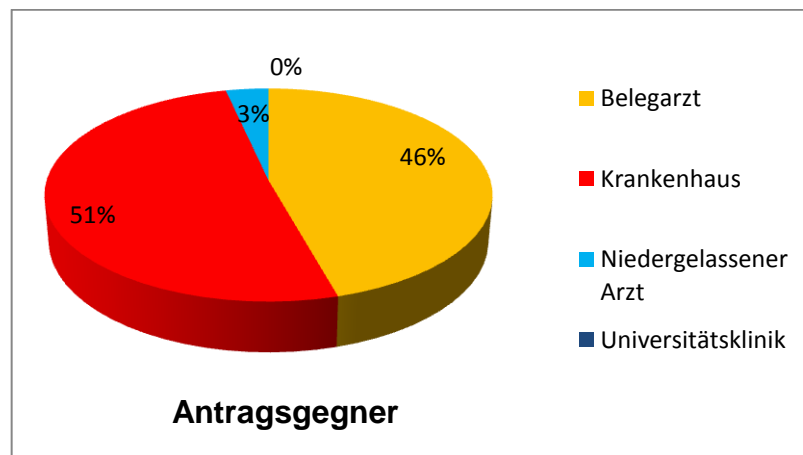


Abbildung 33: Antragsgegner bei der Laparoskopie

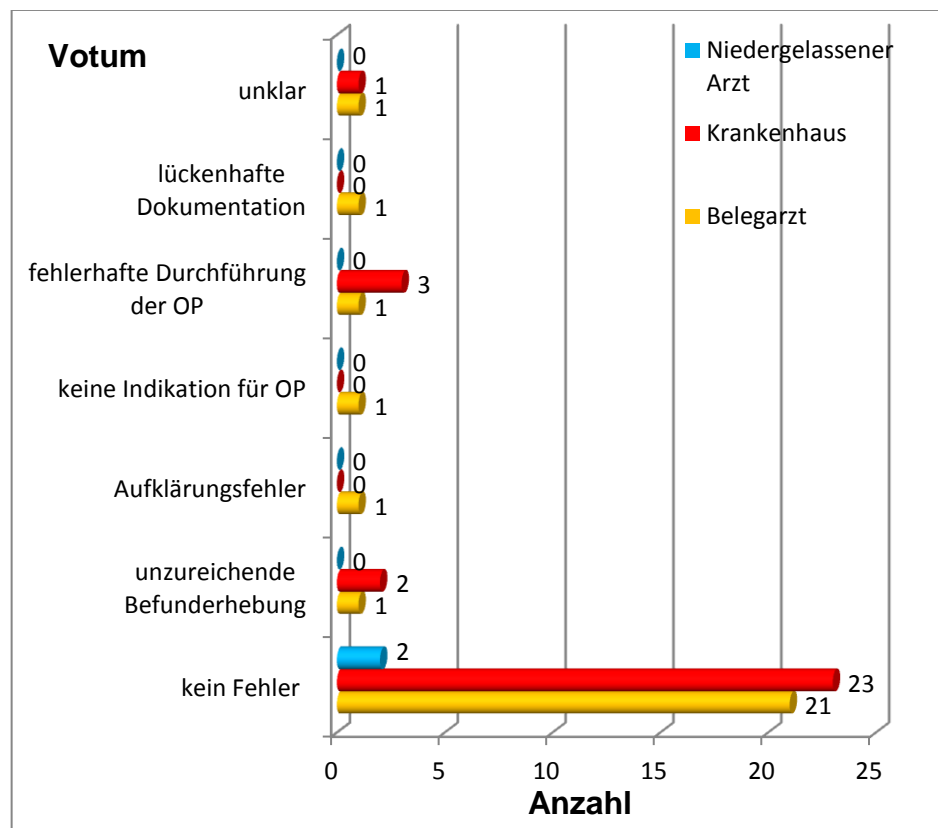


Abbildung 34: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Laparoskopie von Niedergelassenen, Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich

Bei neun der 57 Anträge wurde im Votum ein Behandlungsfehler bemängelt. Alle Vorwürfe konnten auch für den entstandenen Gesundheitsschaden verantwortlich gemacht werden.

3.1.2.3 Mammoplastik

Die Mammoplastik nimmt einen Anteil von 4% (22 Schadensfälle) an den Antragsschwerpunkten in der Gynäkologie ein. Die Antragstellerinnen bringen 31 Vorwürfe gegen die behandelnden Ärzte vor. In den Voten werden zehn Behandlungsfehler festgestellt, die Gutachter beanstanden neun Behandlungen. Damit sind 32% der gerügten Fehler von den Kommissionsmitgliedern der Gutachterstelle bestätigt worden.

Wenn sich eine Frau dazu entscheidet, einen kosmetischen Eingriff an der Brust durchführen zu lassen, erwartet sie, dass das Ergebnis besser aussieht als vor der Operation. Ist dies nicht der Fall, geht sie davon aus, dass der Operateur einen Fehler begangen hat. Sei es die falsche Operationsmethode oder ein Vorgehen, das nicht der ärztlichen Kunst entspricht. Eine fehlerhafte Durchführung der Operation wird den Antragsgegnern in 18 Fällen vorgeworfen. Die Gutachter bejahen dies fünfmal, im Votum erscheint dieser Vorwurf sechsmal. Dies ist der häufigste Fehler bei einer Brustverschönerung. Bei einer 54-jährigen Frau bestand ein Zustand nach Mammakarzinom beidseits mit einseitiger radikaler Mastektomie. Deshalb wurde auf der rechten Seite eine Expanderprothese präpektoral eingelegt. Das Votum entschied, dass bei ausreichend vorhandener Muskulatur die Prothese submuskulär hätte eingebracht werden müssen. Angesichts der mangelhaften Muskulatur wäre eine gestielte oder freie Lappenplastik indiziert gewesen. Weitere Fehlerquellen sind jeweils zwei Aufklärungs- und Dokumentationsfehler. Diese sind nicht spezifisch für die Mammoplastik, sondern kommen allgemein bei chirurgischen Eingriffen vor.

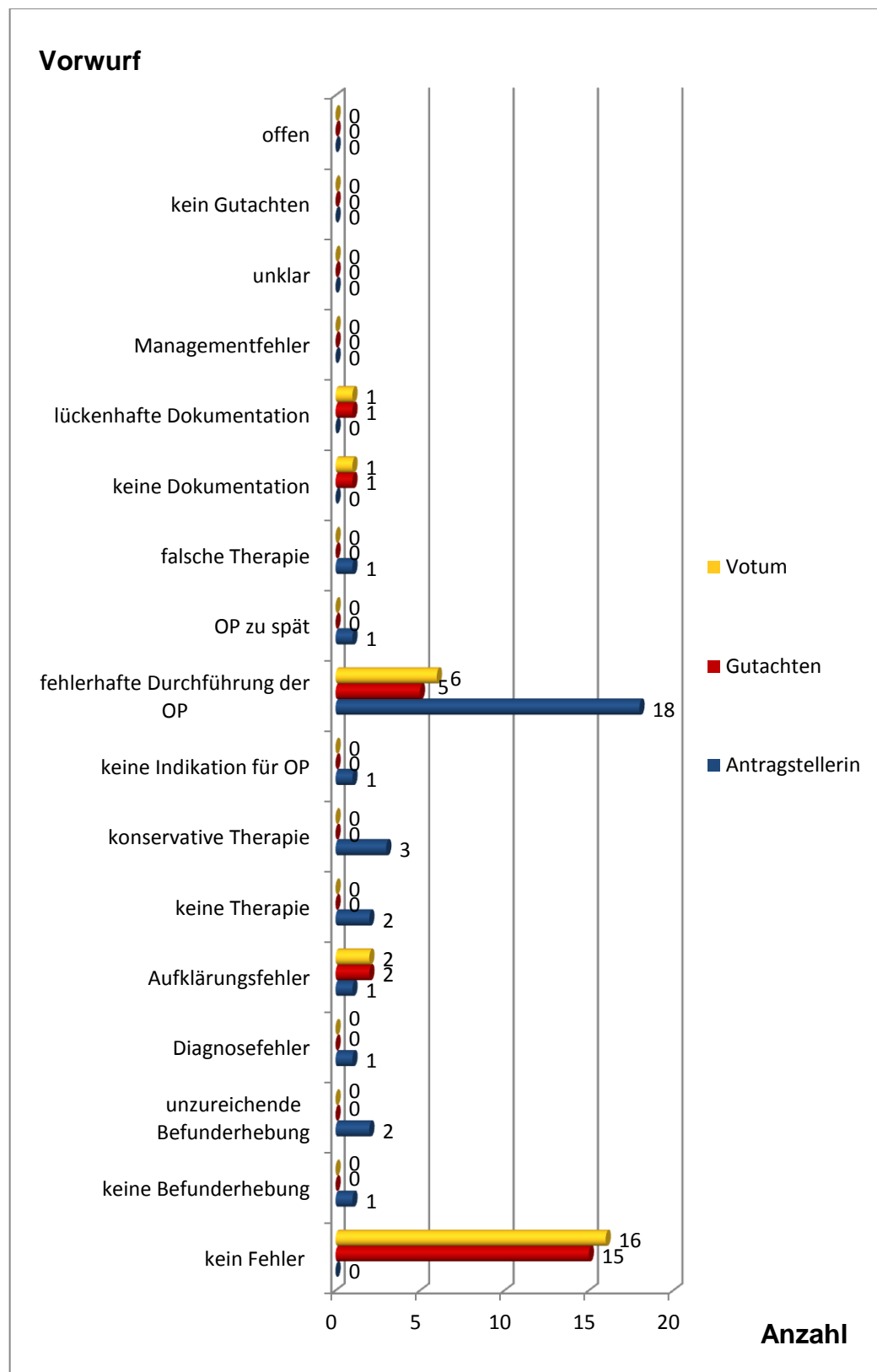


Abbildung 35: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Mammoplastik von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Die Mammaplastik ist eine der Aufgaben von Chirurgen oder in der Klinik tätigen Gynäkologen. So ist es nicht verwunderlich, dass man unter den Antragsgegnern keinen niedergelassenen Arzt findet. Mit 59% (13) ist das Krankenhaus der häufigste Antragsgegner, darunter sind auch zwei Chirurgen zu finden. Die Krankenhäuser werden in vier Fällen der fehlerhaften Durchführung des Eingriffs, in zwei Fällen eines Aufklärungsfehlers und in einem Fall der fehlenden Dokumentation beschuldigt. Die beiden Chirurgen sind davon nicht betroffen. Eine Antragstellerin wurde zwar vor der Operation über die durchgeführte Methode schriftlich aufgeklärt, es wurden ihr jedoch keine alternativen Techniken genannt. Dies wurde im Votum als Aufklärungsfehler bemängelt. Der Dokumentationsfehler liegt vor, weil ein Arzt die erforderliche Bilddokumentation nicht durchgeführt hatte. 36% der Antragsgegner sind Belegärzte (8), wiederum zwei Chirurgen. Hier können zwei fehlerhafte Operationen, bei einem Chirurgen und einem Gynäkologen, und eine lückenhafte Dokumentation von der Gutachterstelle festgestellt werden. Außerdem war an den Schlichtungsverfahren bezüglich der Mammaplastiken noch eine Universitätsklinik (5%) beteiligt.

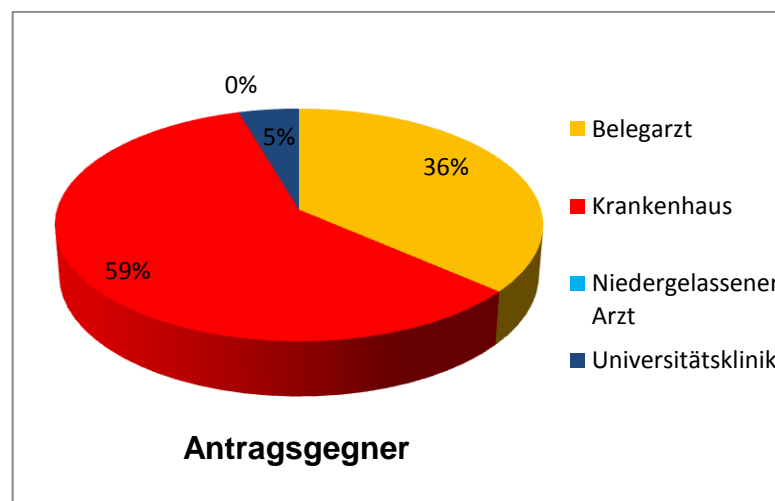


Abbildung 36: Antragsgegner bei der Mammaplastik

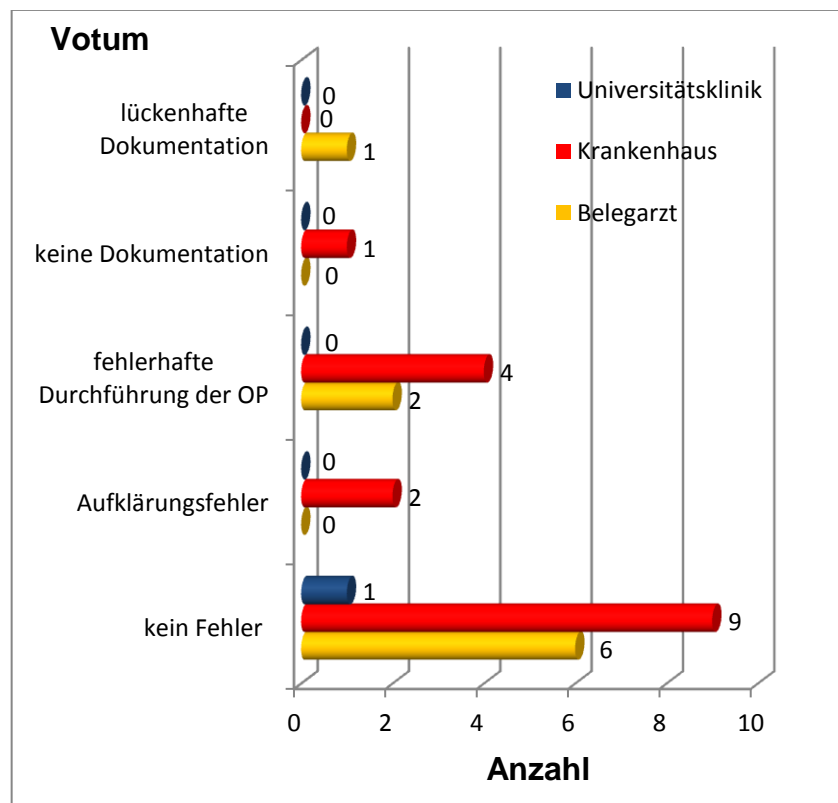


Abbildung 37: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Mammaplastik von Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich

Bei sechs Antragsgegnern konnten insgesamt zehn ärztliche Behandlungsfehler von den Kommissionsmitgliedern festgestellt werden. Diese waren alle ursächlich für den entstandenen Gesundheitsschaden. Bei 16 beklagten Ärzten, die eine Mammaplastik vornahmen, konnte kein Fehler gefunden werden.

3.1.2.4 Inkontinenzoperation

Dreizehnmal (2%) wurde die Inkontinenzoperation von der Gutachterstelle auf Fehler untersucht. Zwei Fälle sind derzeit von den Gutachtern noch nicht bearbeitet worden. Die Antragsstellerinnen beanstandeten 19-mal, dass etwas schief gelaufen sei. Im Votum lagen die tatsächlichen Fehler (4) bei 21% der Vorwürfe.

Die fehlerhafte Durchführung war bei den Inkontinenzoperationen die meist vermutete Fehlbehandlung (neunmal). Gutachten und Votum waren sich einig, dass dies nur einmal falsch gemacht worden ist. Die Antragstellerin leidet an einer ausgeprägten Bindegewebsschwäche im Bereich des Beckenbodens. Angesichts des bekannten Totalprolaps der Patientin ist es unverständlich, dass der Antragsgegner keine Fixation des Vaginalstumpfes vorgenommen hat. Ohne diese Maßnahme ist die Rezidivrate deutlich erhöht. Das Unterlassen dieses Operationsschrittes stellt einen Behandlungsfehler dar. Eine Kausalität konnte aber nicht nachgewiesen werden, da das Auftreten des frühen Rezidivs vermutlich durch frühe körperliche Tätigkeit der Frau zurückzuführen war. Die anderen Sorgfaltspflichtverletzungen waren auch für den entstandenen Gesundheitsschaden verantwortlich. Dreimal wurde sowohl ein Aufklärungsfehler von den Antragsstellerinnen beanstandet als auch eine unzureichende Befunderhebung. Die Anschuldigungen bezüglich der Aufklärungsfehler wurden als unbegründet abgewiesen. Eine unzureichende Befunderhebung wurde im Gutachten zweimal im Votum einmal bestätigt. Eine Fehlerfrage konnte mit der abschließenden Stellungnahme nicht endgültig geklärt werden.

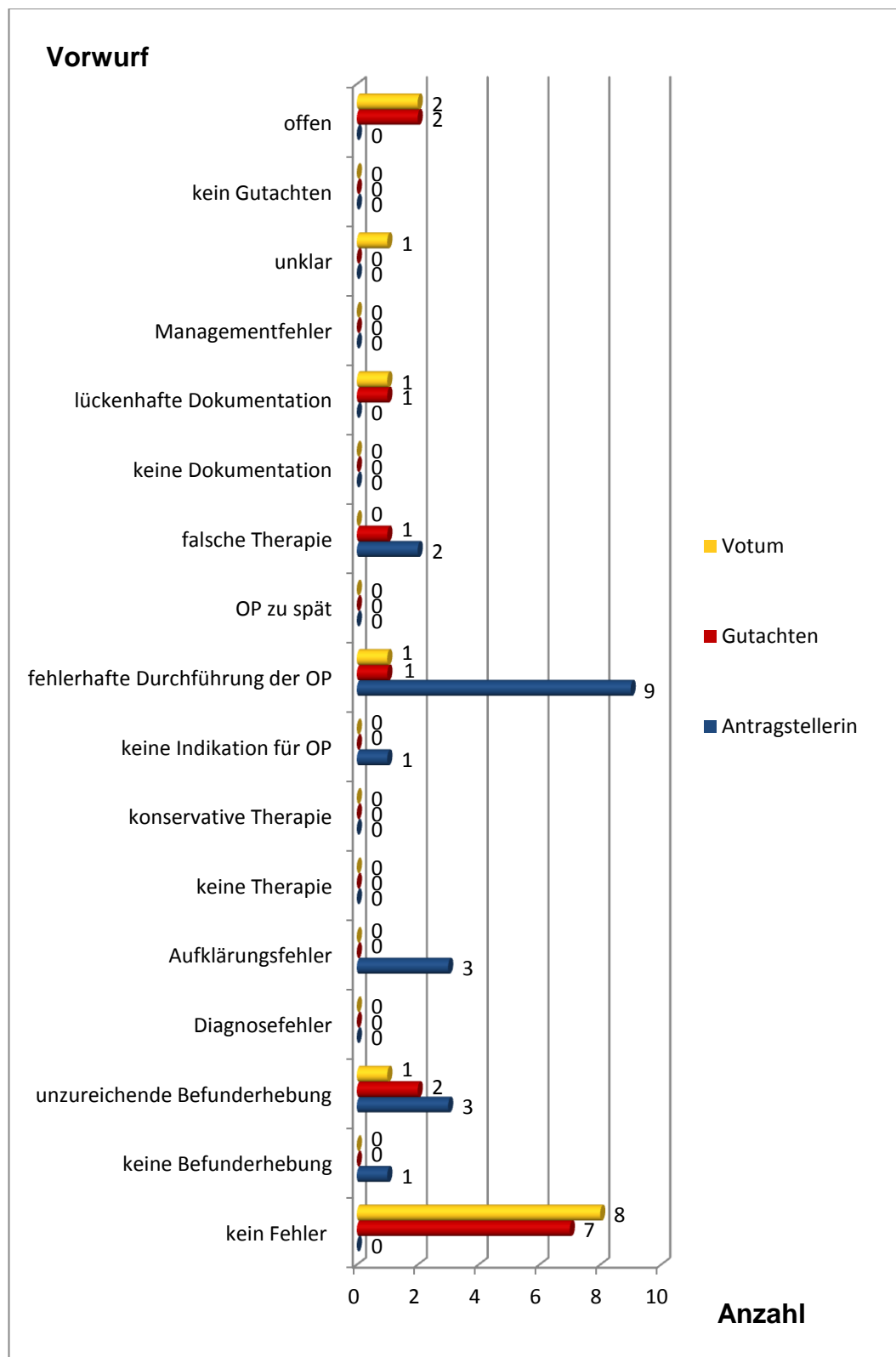


Abbildung 38: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Inkontinenzoperation von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Ein weiteres Mal waren nur Krankenhäuser und Belegärzte als Antragsgegner an den Schlichtungsverfahren beteiligt. Beschuldigt wurden acht Krankenhäuser (62%). Davon sind zwei Fälle noch nicht abgeschlossen. Fünfmal konnte kein Fehler gefunden werden und jeweils einmal lagen eine lückenhafte Dokumentation sowie eine unzureichende Befunderhebung vor. 38% der Antragsgegner waren Belegärzte (5). Einmal blieb der Ausgang des Verfahrens ungeklärt, bei einem anderen Fall wurde eine fehlerhafte Operation gerügt. Drei Behandlungen wurden als fehlerlos bewertet.

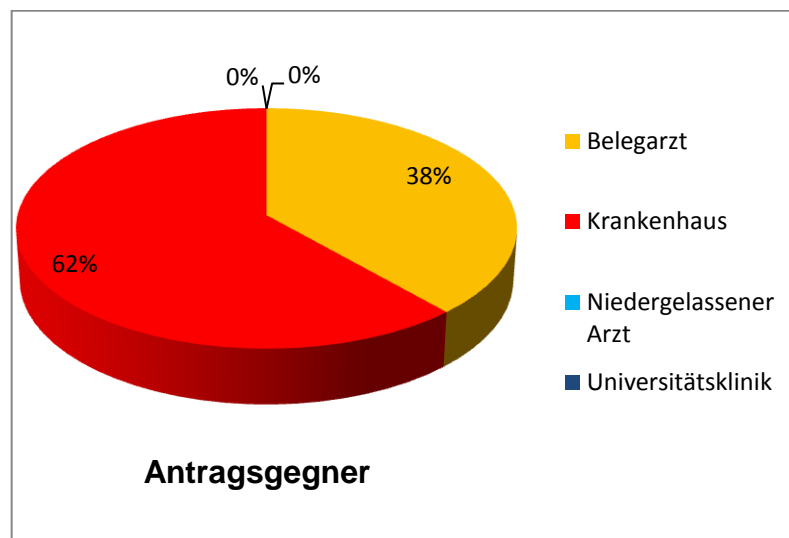


Abbildung 39: Antragsgegner bei der Inkontinenzoperation

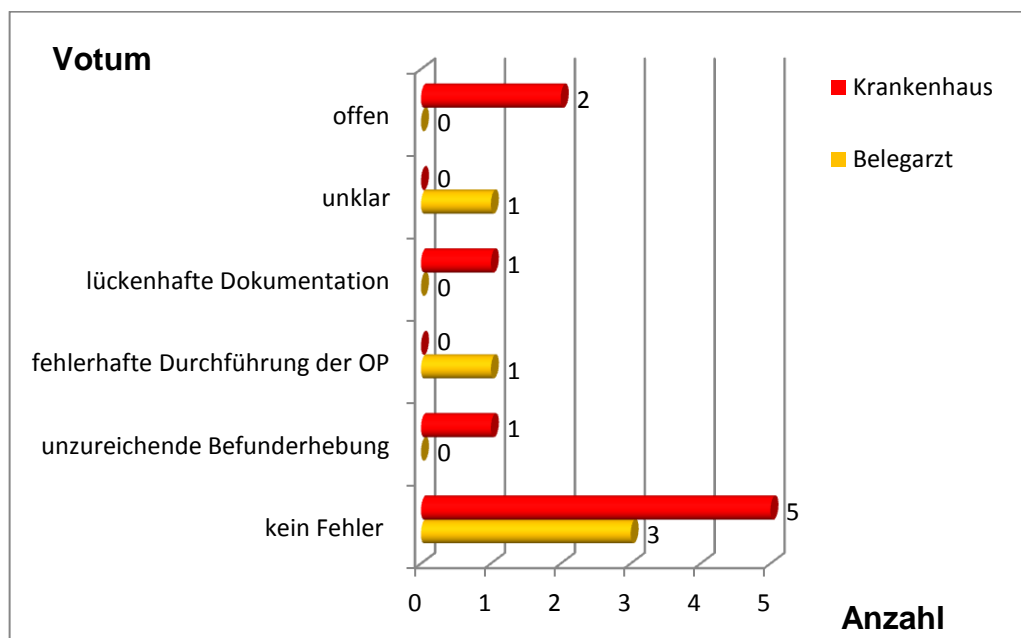


Abbildung 40: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Inkontinenzoperation von Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich

3.1.3 Schäden

3.1.3.1 Läsion von Nachbarorganen

Die Läsion von Nachbarorganen war der häufigste Antragsgrund zur Überprüfung auf eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung bei der bayerischen Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen in den Jahren 2000 bis 2010. Es wurden 104 Fälle untersucht, in denen es zu insgesamt 110 Organläsionen gekommen war. Damit bezogen sich 18% der Gutachtenaufträge auf Organverletzungen. Das am meisten geschädigte Organ war der Darm, der 40-mal betroffen war. Sechsmal geschah dies im Rahmen eines Eingriffs mit der Diagnose Ovarialzyste, die hauptsächlich laparoskopisch operiert wurde (fünfmal). Weitere häufig betroffene Organe sind der Harnleiter (20), die Blase (19) und ein Nerv (16).

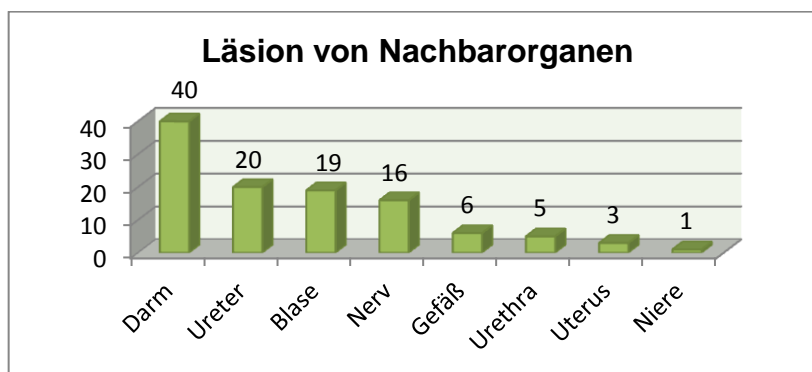


Abbildung 41: Anzahl der beschädigten Organe

53 Organverletzungen ereigneten sich im Rahmen einer Hysterektomie. Außerdem wurden 41% der Organe (46 Verletzungen) bei einer Laparoskopie lädiert. Von den 104 zu überprüfenden Fällen konnte ein Fall noch nicht von der Gutachterstelle abgeschlossen werden. Insgesamt mussten sich die Kommissionsmitglieder mit 173 Vorwürfen auseinandersetzen. Sie kamen zu dem Schluss, dass 33 Fehler auch wirklich nachzuweisen waren.

Die meisten Vorwürfe betrafen die Operationsdurchführung, diese wurde von den Antragstellerinnen 94-mal als fehlerhaft empfunden. Zwölfmal konnten auch die Kommissionsmitglieder eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung während des Eingriffs feststellen. Die Gutachter schlugen neunmal einen solchen Behandlungsfehler vor. Im Rahmen einer vaginalen Hysterektomie wegen der Diagnose Descensus uteri kam es zu einer Verletzung des Darmes, weshalb ein Chirurg hinzugezogen und auf eine Laparotomie mit Pfannenstielschnitt gewechselt werden musste. Die Rektumläsion wurde versorgt und ein Stoma angelegt. Der externe Gutachter konnte keinen Anhalt für einen ärztlichen Behandlungsfehler feststellen. Die Kommissionsmitglieder hingegen waren der

Meinung, dass bei unauffälligen anatomischen Begebenheiten ohne Begleiterkrankungen (z.B. Endometriose) eine Verletzung solchen Ausmaßes (10 cm) nicht unterlaufen darf. Es musste davon ausgegangen werden, dass die Nähe des Darms bei der Blutstillung nicht ausreichend beachtet wurde. 31 Anschuldigungen betrafen den Vorwurf der unzureichenden Befunderhebung. Im Gutachten und der abschließenden Stellungnahme wurde dieser Fehler neunmal vorgebracht. Hier wurde meist gerügt, dass die Organverletzung zu spät erkannt wurde, da keine ausreichende Diagnostik durchgeführt wurde. Somit kam es zu einer verspäteten Operation und Verzögerung des Heilungsverlaufs. Ein Aufklärungsfehler war 25-mal Bestandteil einer gutachterlichen Überprüfung. Die Gutachter kamen auf einen Aufklärungsfehler, die Voten auf drei Stück. Dreimal beanstandeten Gutachter und Kommissionsmitglieder eine lückenhafte Dokumentation. Eine solche erschwerte die gutachterliche Untersuchung enorm.

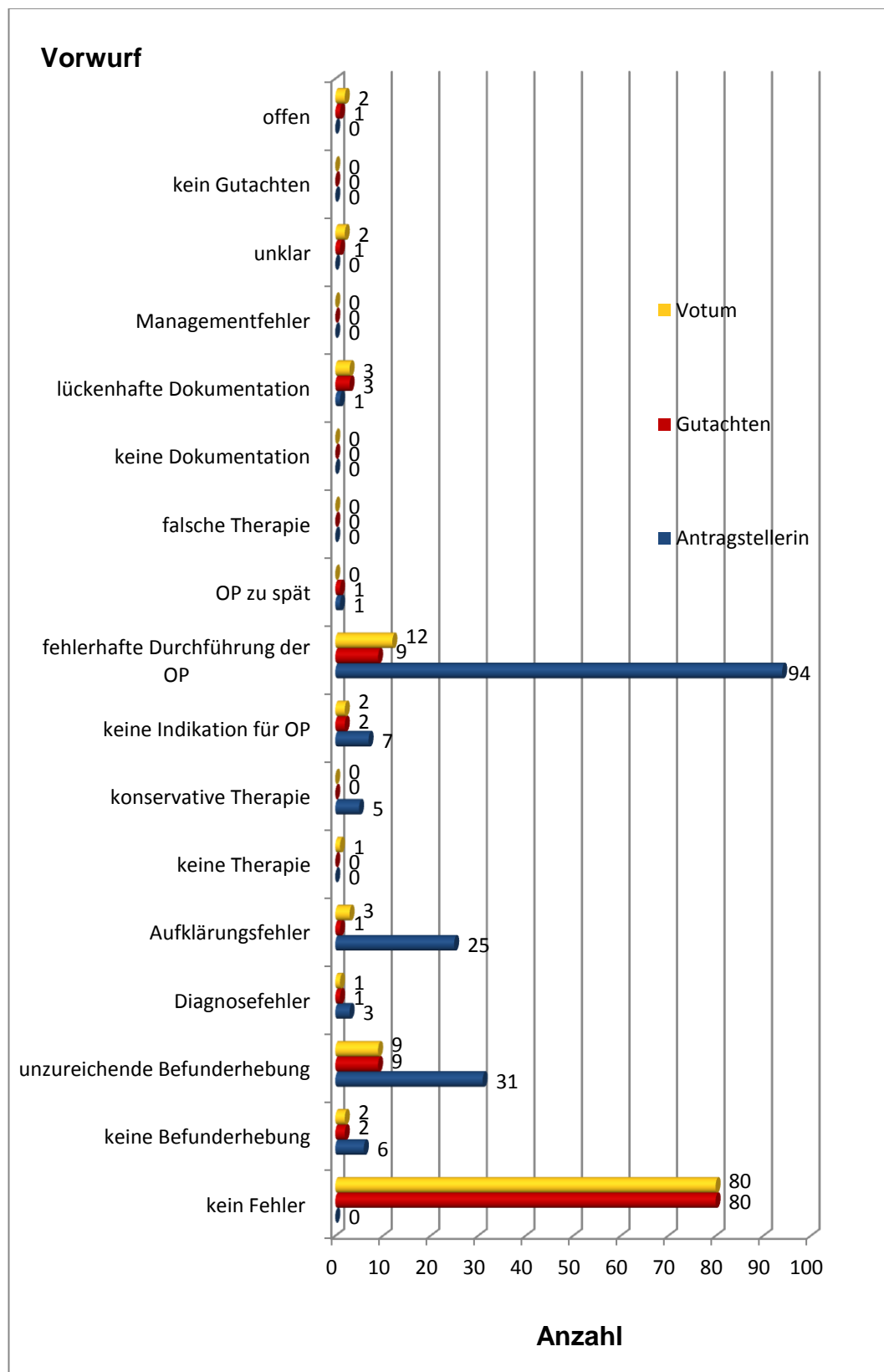


Abbildung 42: Behandlungsfehlervorwürfe bei Verletzungen von Nachbarorganen von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Krankenhäuser nahmen einen Anteil von 53% (55) an den Antragsgegnern ein, darunter befanden sich zwei Chirurgen. Den Krankenhäusern wurde von den Kommissionsmitgliedern sechsmal der Vorwurf einer fehlerhaften Operation und fünfmal der unzureichenden Befunderhebung gemacht. Zweimal wurde ein Aufklärungsfehler festgestellt. In 43% der Fälle (45) waren Belegärzte, davon einer Urologe, von den Anschuldigungen betroffen. Hier konnten ebenfalls sechs fehlerhafte Operationstechniken gefunden werden. Viermal wurden die nicht ausreichende Befunderhebung, dreimal eine lückenhafte Dokumentation und zweimal sogar die fehlende Diagnostik gerügt. Letzterer Vorwurf wurde zum Beispiel bei einer Laparotomie wegen einer Ovarialzyste erhoben. Bemängelt wurde die fehlende Beschreibung des Ureterverlaufs im Operationsgebiet und dass darauf geachtet wurde, den Harnleiter nicht zu verletzen und dass dies auch überprüft wurde. Außerdem waren an den Untersuchungen noch vier Universitätskliniken (4%) beteiligt. Auch ein Radiologe war unter ihnen. Viermal konnte keine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung festgestellt werden. Niedergelassene Ärzte waren an den Verfahren bezüglich Organverletzungen nicht beteiligt.

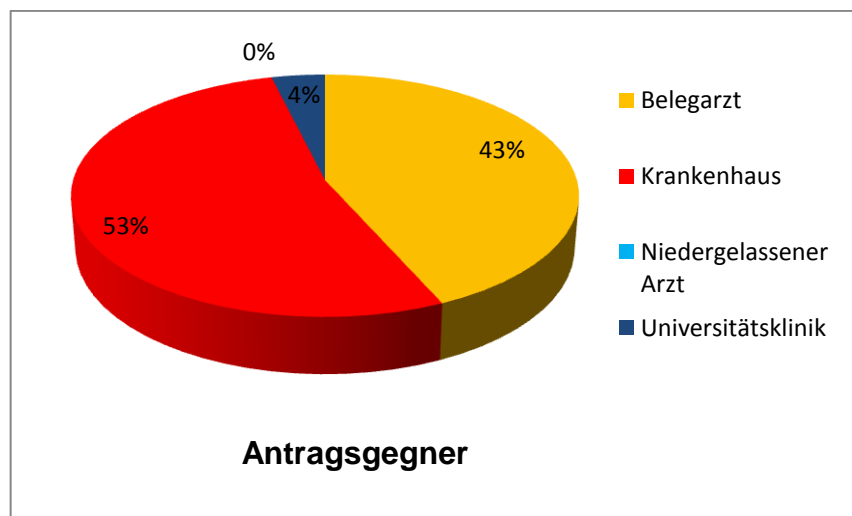


Abbildung 43: Antragsgegner bei Organläsionen

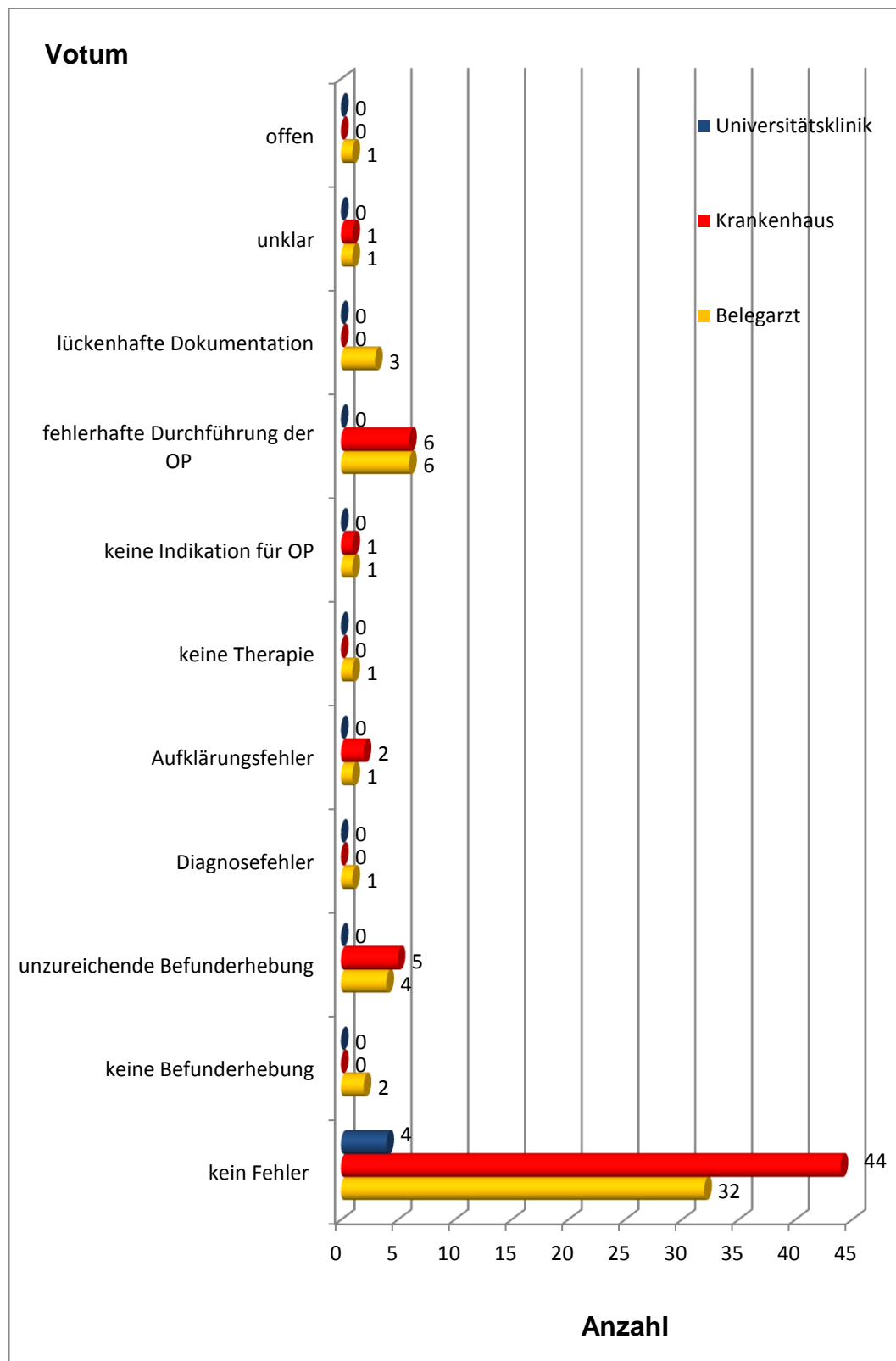


Abbildung 44: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei Organläsionen von Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich

90% der festgestellten 33 Behandlungsfehler waren verantwortlich für die eingetretene Gesundheitsbeeinträchtigung. Bei 10% konnte kein Zusammenhang zwischen erfolgtem Fehler und vorhandener Gesundheitsschädigung erkannt werden.

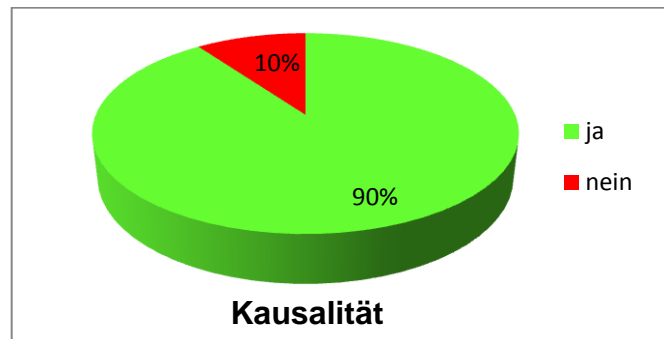


Abbildung 45: Kausalität von Behandlungsfehlern bei Organläsionen

3.1.3.2 Lagerungs- und Verbrennungsschäden

In den zehn ausgewerteten Jahren wurden fünf Lagerungsschäden und zehn Verbrennungsschäden von den Antragstellerinnen beklagt. Zusammen bilden sie zwei Prozent der Antragschwerpunkte in der Gynäkologie. Den Antragsgegnern werden 18 Vorwürfe gemacht. Die Kommissionsmitglieder beanstanden zwölf Sorgfaltspflichtverletzungen, was einer Fehlerquote von 56% entspricht.

Der Hauptvorwurf der Antragstellerinnen war die fehlerhafte Durchführung der Operation (13-mal). Die Gutachter bestätigten diesen Vorwurf sechsmal, die Kommissionsmitglieder sogar neunmal. Eine Patientin erlitt Verbrennungen mit Blasenbildung am Gesäß durch die verwendete Heizmatte während einer Sectio verbunden mit einer Tubensterilisation. Im Votum hieß es, dass in diesem Krankenhaus monopolarer Strom zu Blutstillung verwendet wurde. Dieser ist, mehr als bipolarer Strom, in der Lage vor allem an feuchten Auflageflächen Hautverbrennungen auszulösen. Im Operationsprotokoll wurde nicht erwähnt, dass darauf geachtet wurde eine Durchnässung der aufgelegenen Körperstellen zu vermeiden. Gerade bei einem Kaiserschnitt, wo gewöhnlich viel Blut und Fruchtwasser austritt, ist es wichtig, die Trockenheit der Körperauflageflächen sicherzustellen. Ein Unterlassen stellt eine Sorgfaltspflichtverletzung dar. Zweimal wurde von den Patientinnen die konservative Behandlung beanstandet. Dem Antragsteller wurde vorgeworfen, dass er die Verbrennung nicht ausreichend behandelt habe.

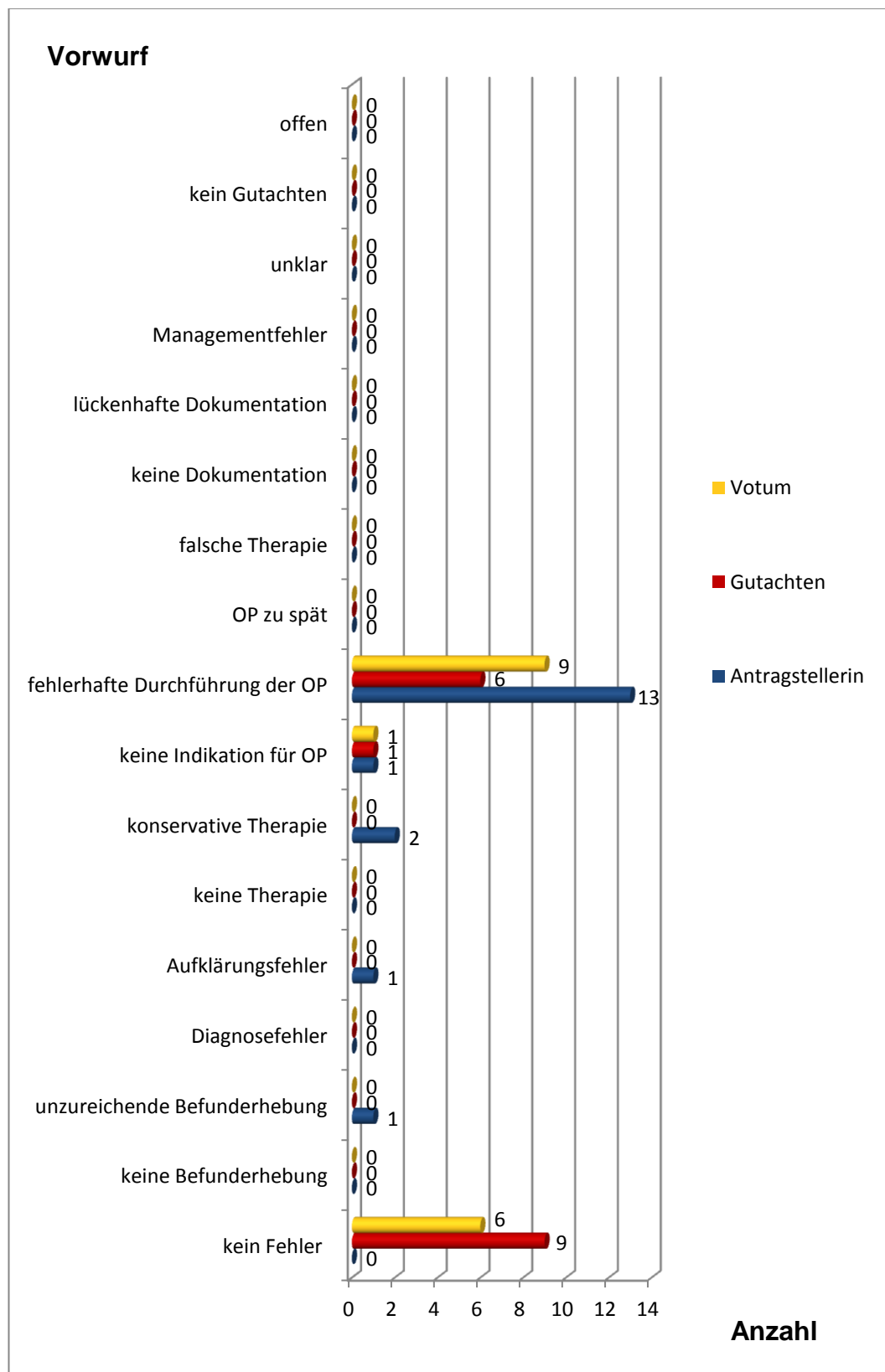


Abbildung 46: Behandlungsfehlervorwürfe bei Lagerungs- und Verbrennungsschäden von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Achtmal (53%) wurde einem Krankenhaus ein Lagerungs- (2) bzw. Verbrennungsschaden (3) vorgeworfen. Fünfmal bewerteten die Kommissionsmitglieder die Operation als fehlerhaft durchgeführt, dreimal konnten sie nichts Falsches feststellen. Die Behandlung der Belegärzte wurden siebenmal (47%) überprüft. Auch hier wurden vier Eingriffe nicht richtig ausgeführt und dreimal verlief die Operation fehlerfrei. Niedergelassene Ärzte und Universitätskliniken wurden keiner Sorgfaltspflichtverletzung verdächtigt.

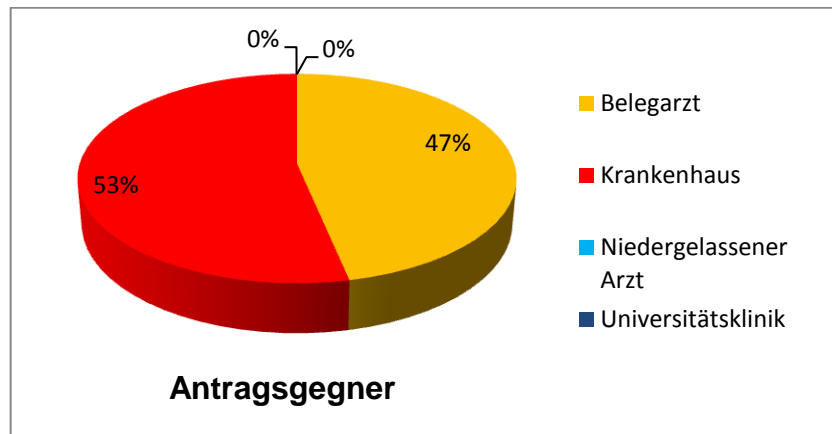


Abbildung 47: Antragsgegner bei Lagerungs- und Verbrennungsschäden

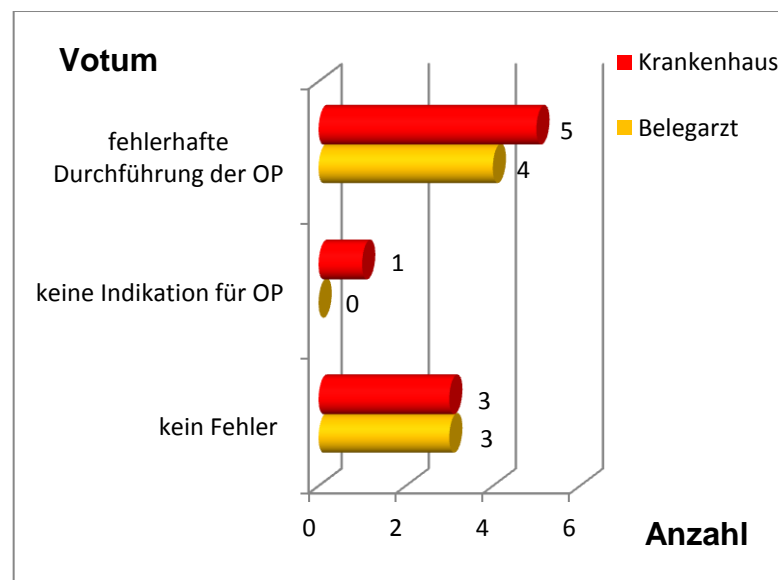


Abbildung 48: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei Lagerungs- und Verbrennungsschäden von Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich

Bei allen neun Fällen, bei denen ärztliche Behandlungsfehler vorlagen, konnte auch die Kausalität des Fehlers bestätigt werden.

3.2 Antragsschwerpunkte in der Geburtshilfe

Die Überprüfung von ärztlichen Behandlungsfehlern umfasste in der Geburtshilfe 228 Fälle in Bayern zwischen 2000 und 2010. Die betroffenen Frauen gaben 257 Antragsschwerpunkte an (Mehrfachnennung möglich). Die geburtshilflichen Fälle können in die Gruppen Schwangerschaftsbetreuung, Geburtsmanagement sowie mütterliche und kindliche Geburtsfolgen eingeteilt werden. Die Anträge bezüglich der Schwangerschaftsbetreuung umfassten 26% (68 Anträge). Dazu gehörte unter anderem: der intrauterine Fruchttod (24), übersehene Fehlbildungen (16), Gestationsdiabetes (7) und das HELLP (hemolysis - elevated liver enzymes- low platlets) - Syndrom (7). Letzteres ist eine Sonderform der Präeklampsie. Eine Patientin in der 32. SSW wurde am Morgen des 12.10.2000 von ihrer Mutter bewusstlos und in einer Blutlache liegend in der Wohnung aufgefunden. In der Klinik wurde die Exazerbation einer Schwangerschaftsgestose mit HELLP-Syndrom diagnostiziert und der intrauterine Fruchttod festgestellt. Die Frau stand in regelmäßiger Betreuung bei ihrem Frauenarzt, zuletzt in der 31. SSW. Dieser erhob folgende Befunde: Hypertonie von 140/90, dreimalige Proteinurie und Gewichtszunahme von 20,5 kg. Einen Tag vor dem Ereignis stellte sich die Frau außerdem bei ihrem Allgemeinarzt vor und klagte über Oberbauchschmerzen. Der Hausarzt ging von einer Gastritis aus und verschrieb der Frau Iberogasttropfen. Gutachter und Kommissionsmitglieder waren sich einig, dass einem gewissenhaft arbeitenden Mediziner die pathologische Bedeutung der erhobenen Werte in einer Schwangerschaft nicht entgehen darf, da sie klassisch für oben genannte Diagnose seien. Den Ärzten wurde eine unzureichende Befunderhebung dahingehend vorgeworfen, dass engmaschigere Kontrollen bzw. eine Überweisung zum Facharzt hätten erfolgen müssen. Der Gynäkologe wird außerdem eines Diagnosefehlers beschuldigt. 28% der Anträge auf Überprüfung einer Sorgfaltspflichtverletzung betrafen das Geburtsmanagement (70). Dazu zählt die Sectio (52), andere Maßnahmen bei der Geburtseinleitung wie zum Beispiel Episiotomie (6) oder Zangengeburt (2) und Schmerzlinderungen durch die Periduralanästhesie (PDA) (5). Zu Erleichterung der Geburt erfolgte bei einer Frau eine Episiotomie. Bei der Abschlussuntersuchung zeigte sich eine recto-vaginale Fistel, die operativ versorgt werden musste. Die Gutachterstelle urteilte, dass das Auftreten einer fingerdurchgängigen Rectovaginalfistel wenige Tage nach der Geburt bei Zustand nach Episiotomie äußerst ungewöhnlich und damit eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung anzunehmen sei. Ob der Schaden durch den Dammschnitt, die Nahttechnik oder fehlende digitale Nachuntersuchung nach Abschluss der Versorgung entstand, konnte nicht geklärt werden. Die meisten Antragsschwerpunkte (74 Stück) konnten der Gruppe kindliche Geburtsfolgen zugeordnet werden. Diese nahmen einen Anteil von 29% an den geburtshilflichen Antragsschwerpunkten ein. Vier dieser Geburtsfolgen, nämlich die Schulterdystokie (23), die Cerebralparese (18), die

Infektion (13) und die Hypoxie (9), werden im nachfolgenden Teil genauer analysiert. Die mütterlichen Geburtsfolgen entsprechen 17% (43 Anträge) der, von betroffenen Frauen, gestellten Aufträge. Diese Gruppe fasst unter anderem den Dammriss (16), die postpartale Blutung (5) und die Uterusperforation (4) zusammen. Bei Zustand nach Sectio wurde eine Patientin mit starken Unterbauchschmerzen in der 40. SSW ins Krankenhaus eingeliefert. Hier konnte nur noch der Tod des Kindes festgestellt werden. Zur Entbindung musste zwischen vaginaler Geburt und Kaiserschnitt abgewogen werden. Die Ärzte entschieden sich, ohne die Frau über die Alternativen aufzuklären, für eine vaginale Geburt. Dies wurde von der Gutachterstelle als Aufklärungsfehler bewertet. Bei der natürlichen Geburt riss die alte Kaiserschnittwunde quer auf, so dass eine sekundäre Sectio durchgeführt werden musste. Ursache für den Kindstod war eine schwere Nabelschnurkomplikation. Der Kopf des Kindes war bereits durch das Loch in der Gebärmutter in den Bauchraum ausgetreten. Da es aus den Wundrändern der Uterusruptur stark blutete, musste eine Hysterektomie durchgeführt werden, um das Leben der Patientin zu retten. Die Kommissionsmitglieder kamen zu dem Schluss, dass die Gebärmutter wegen der zu hohen Dosierung von Oxytocin gerissen sei. Das Risiko sei durch den hohen Geradstand des Kindes erhöht worden. Wären diese Umstände frühzeitig erkannt worden und engmaschigere Kontrollen erfolgt, hätte eine Uterusruptur durch eine frühere Sectio verhindert und somit die Gebärmutter für weitere Schwangerschaften erhalten werden können.

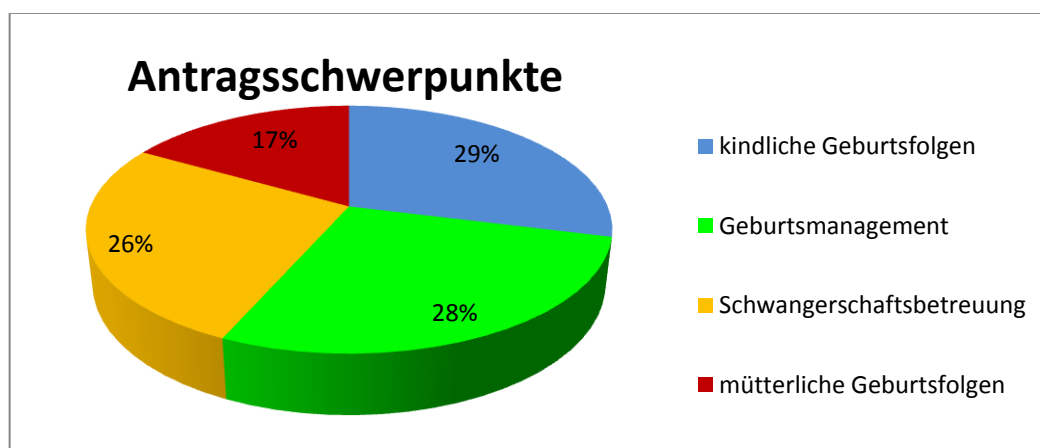


Abbildung 49: Verteilung der geburtshilflichen Antragsschwerpunkte auf die vier Kategorien Schwangerschaftsbetreuung, Geburtsmanagement sowie mütterliche und kindliche Geburtsfolgen

Wenn man nun die Anträge für sich betrachtet, wurde die Sectio caesarea 52-mal als Grund für die Konsultation der Schlichtungsstelle angegeben. Dieser Eingriff wurde am häufigsten genannt und bildete 20% der überprüften Behandlungen. In 9% der Fälle wurde jeweils der intrauterine Fruchttod (24-mal) und die Schulterdystokie (23-mal), in 7% die Cerebralparese (18-mal) und in jeweils 6% eine übersehene Fehlbildung (16-mal)

sowie der Dammriss (16-mal) vorgetragen. 31% der Anträge werden zu „Sonstige“ zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um seltenere Begründungen für die Untersuchung auf eine Sorgfaltspflichtverletzung. Beispiele hierfür sind der Abort, welcher 6-mal, oder die Küretage, die fünfmal von den Antragsstellerinnen gerügt wurde. Eine Frau stellte sich in der 22. SSW wegen Blutungen im Krankenhaus vor. Dort wurde sie ohne Therapie wieder nach Hause geschickt. Am Nachmittag desselben Tages wurde sie erneut in der Klinik vorstellig. Wegen drohender Frühgeburt wurde sie in ein anderes Krankenhaus verlegt, wo sie eine Fehlgeburt erlitt. Die Kommissionsmitglieder entschieden, dass ein Fehler ohne Kausalität vorlag. Das erste Krankenhaus habe es fehlerhaft unterlassen, eine Spekulum-Untersuchung durchzuführen. Dies hätte aber nichts am Ausgang der Schwangerschaft geändert, da der Grund eine Mutation im Faktor V-Gen gewesen sei, was mit einer häufigen Fehlgeburtsrate assoziiert sei.

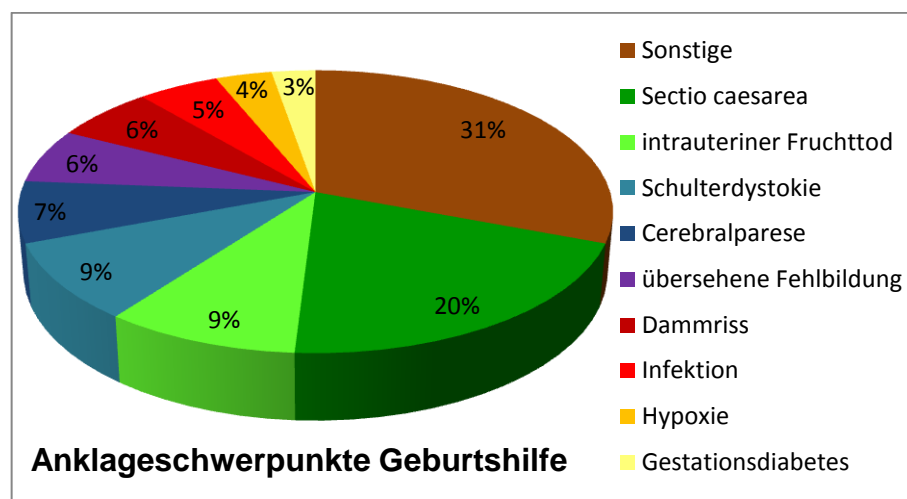


Abbildung 50: Prozentuale Verteilung der Antragsschwerpunkte in der Geburtshilfe

Genauer aufgeschlüsselt werden im Ergebnisteil die häufigsten neun Antragsschwerpunkte. In der Diskussion wird für die drei in der Geburtshilfe in Bayern relevantesten Schwerpunkte ein Ansatz zur Vermeidung von ärztlichen Behandlungsfehlern vorgestellt. Dieser wird für den Kaiserschnitt, den intrauterinen Fruchttod und die Schulterdystokie herausgearbeitet. Die genaue Unterteilung der Antragsschwerpunkte befindet sich im Anhang 5. Die prozentuale Verteilung der häufigsten geburtshilflichen Problemstellungen sind in oben stehender Graphik, die genaue Anzahl in unten stehender Tabelle zusammengefasst.

| Antragsschwerpunkt | Anzahl |
|---------------------------|---------------|
| Sonstige | 79 |
| Sectio caesarea | 52 |
| intrauteriner Fruchttod | 24 |
| Schulterdystokie | 23 |
| Cerebralparese | 18 |
| übersehene Fehlbildung | 16 |
| Dammriss | 16 |
| Infektion | 13 |
| Hypoxie | 9 |
| Gestationsdiabetes | 7 |
| Gesamt | 257 |

Abbildung 51: Genaue Aufschlüsselung der Antragsschwerpunkte in der Geburtshilfe

3.2.1 Sectio caesarea

Der Kaiserschnitt wurde 52-mal von den Antragstellerinnen als Anlass für ein Gutachterverfahren angegeben. Er ist mit 21% der häufigste Grund in der Geburtshilfe. Insgesamt wurden 85 Beschwerden vorgetragen. 27 Vorwürfe konnten auch die Kommissionsmitglieder anhand der Behandlungsunterlagen vorbringen. Also konnten 32% der von den Laien gerügten Anschuldigungen von der Gutachterstelle bestätigt werden. Ein Fall blieb bis zur Auswertung dieser Arbeit noch offen.

Der häufigste Vorwurf der Antragstellerinnen war 23-mal die fehlerhafte Durchführung der Operation. Die Gutachter stellten einen solchen Fehler einmal fest, im Votum wurde er dreimal genannt. Bei einer Frau war bereits in der vorhergehenden Schwangerschaft eine Sectio durchgeführt worden, außerdem bestand aktuell eine Risikoschwangerschaft, so dass eine Re-Sectio geplant war. Dabei war die Narkose nicht ausreichend dosiert, so dass die Antragstellerin die Operation vollständig miterlebt habe. Laut Gutachter und Kommissionsmitglieder hätte diese Unterdosierung bemerkt und nochmals nachdosiert werden müssen. Als Schaden wurde ein posttraumatisches Stresssyndrom als Folge der intraoperativen Wachheit angegeben. Eine weitere häufige Anschuldigung war eine zu späte Operation. Diese wurde 15-mal genannt und sowohl im Gutachten als auch im Votum viermal bestätigt. Eine Patientin erlitt während der natürlichen Geburt einen Geburtsstillstand, es wurde eine sekundäre Sectio durchgeführt. Postoperativ musste die Gebärmutter wegen einer intraabdominellen Blutung entfernt werden. Es wurde festgestellt, dass der Zeitraum zwischen Indikationsstellung zum Kaiserschnitt und erfolgter Notsectio 82 Minuten betrug. Diese Verzögerung wurde als fehlerhaft bewertet und begünstigte das Entstehen einer Nachblutung. Die Hysterektomie war die einzig richtige Entscheidung, um das Leben der Frau zu retten. Außerdem wurde 14-mal eine unzureichende Befunderhebung seitens der Antragstellerinnen vorgetragen. Gutachter und Kommissionsmitglieder bewerteten diesen Vorwurf jeweils fünfmal als berechtigt. Eine Sorgfaltspflichtverletzung bei der konservativen Therapie wurde ebenfalls fünfmal im Votum genannt, im Gutachten nur viermal, die Antragstellerinnen meinten, dass neunmal ein solcher Fehler vorgelegen habe.

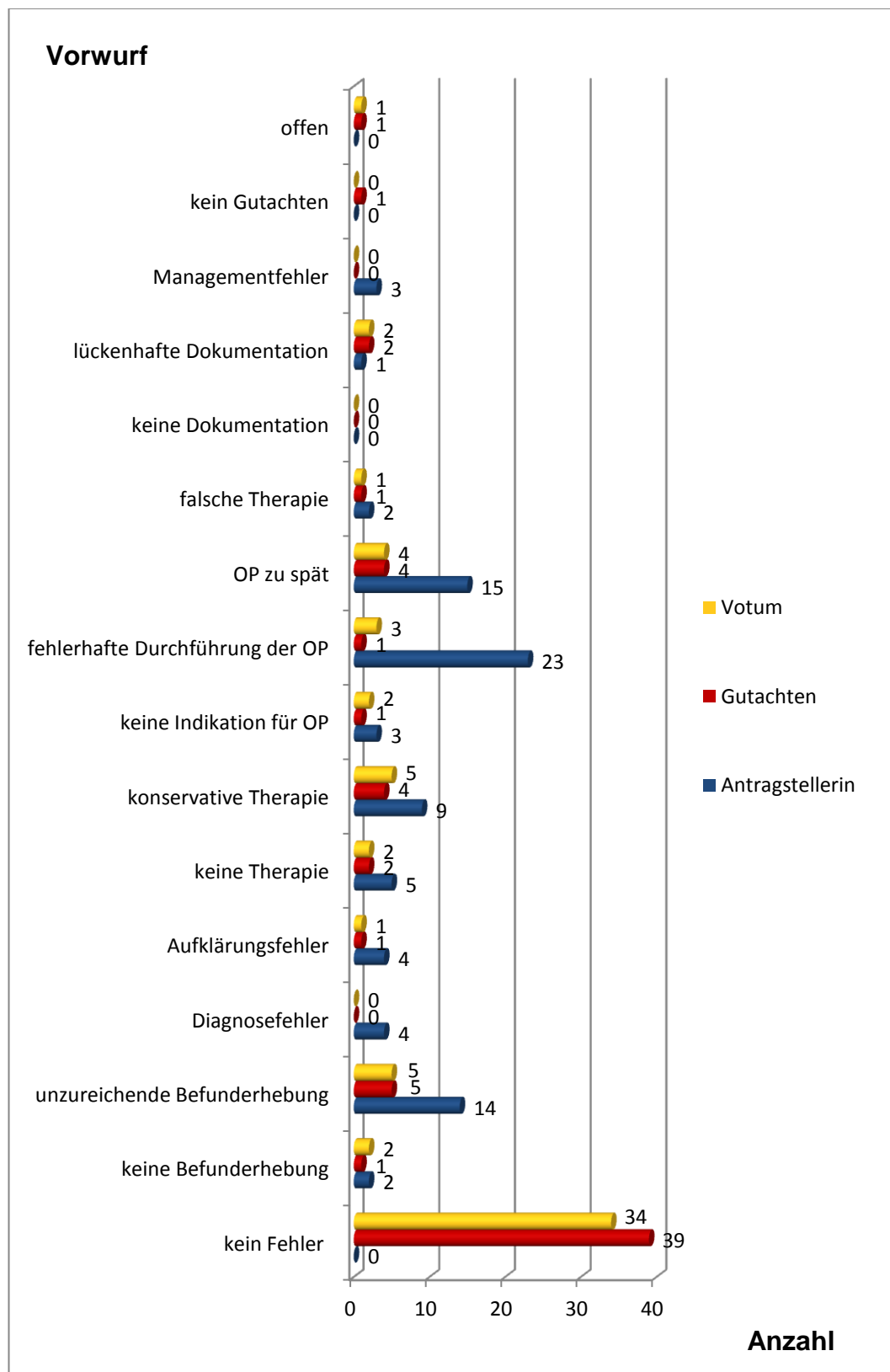


Abbildung 52: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Sectio caesarea von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

71% der Antragsgegner waren Krankenhäuser (37). Viermal stellten die Kommissionsmitglieder einen Fehler in der konservativen Therapie fest, jeweils dreimal eine fehlerhafte bzw. verspätete Operation. Unter den 37 Antragsgegnern befand sich auch ein Urologe, bei dessen Behandlung jedoch nichts Falsches gefunden werden konnte. Den Vorwurf der falschen konservativen Therapie musste ein Gynäkologe verantworten, weil er einer Patientin mit Blasensprung und einer Geburtsdauer mit über 20 Stunden und sekundärer Sectio keine perioperative Antibiotikaphylaxe verabreicht habe. Postoperativ kam es zu einer Endomyometritis und zu einem sogenannten Wochenbettfieber. Letzteres wurde nicht mit dem Antibiotikum der Wahl bei dieser Diagnose behandelt, was einen weiteren Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht darstellt. Bei einem Fall konnte noch keine abschließende Stellungnahme gemacht werden, da das Gutachten noch aussteht. 14-mal wurde ein Belegarzt auf einen ärztlichen Fehler geprüft, dies entspricht 27% der Antragsgegner. 10-mal konnte den Belegärzten kein Vorwurf gemacht werden. Viermal kam es zu einer unzureichenden Befunderhebung. Jeweils einmal stellten die Kommissionsmitglieder eine fehlende Therapie bzw. Indikation, eine zu späte Operation und eine fehlerhafte konservative Therapie fest. Einmal wurde eine Universitätsklinik auf einen ärztlichen Behandlungsfehler überprüft. Dieser konnte nicht festgestellt werden. Ein niedergelassener Arzt wurde nicht beschuldigt.

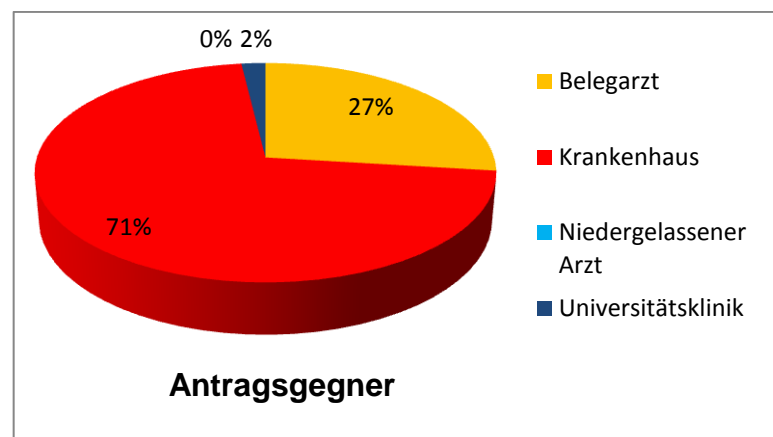


Abbildung 53: Antragsgegner bei der Sectio caesarea

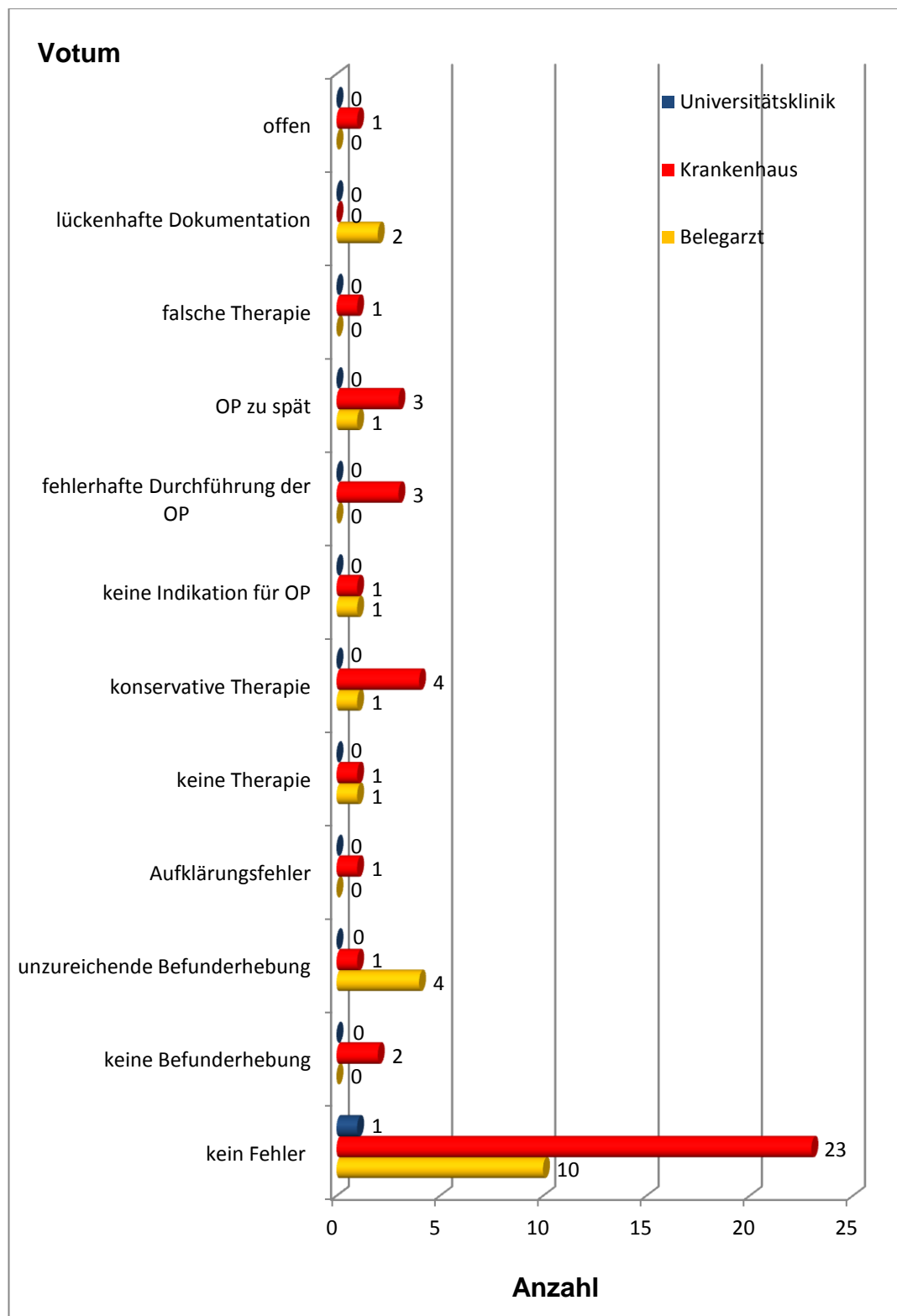


Abbildung 54: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Sectio caesarea von Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich

Von den 27 bei der Sectio caesarea beanstandeten Behandlungen konnten 87% für den entstandenen Schaden verantwortlich gemacht werden. 13% waren nicht kausal für die von den Antragstellerinnen vorgetragenen Beeinträchtigungen.

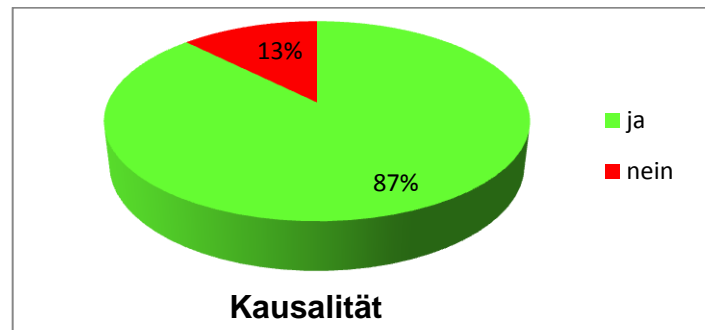


Abbildung 55: Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Sectio caesarea

3.2.2 Intrauteriner Fruchttod

Der intrauterine Fruchttod (24-mal) nimmt in der Geburtshilfe 10% der angenommenen Anträge auf Überprüfung einer Sorgfaltspflichtverletzung ein. Von 257 Schwerpunkten wurde insgesamt siebenmal Diabetes angegeben. Bei diesen Fällen wurde auch gleichzeitig der intrauterine Fruchttod beklagt. Das heißt, dass die Ursache des intrauterinen Fruchttods häufig ein unerkannter oder nicht vernünftig eingestellter Gestationsdiabetes ist. Den Antragsgegnern wurden 35 Fehler von den Antragstellerinnen vorgeworfen, die Kommissionsmitglieder konnten sich auf 18 Fehler einigen, was einem Prozentsatz von 51 der beklagten Handlungen entspricht.

Die Antragstellerinnen trugen zehnmal den Vorwurf einer unzureichenden Befunderhebung vor. Die externen Gutachter konnten achtmal einen solchen Fehler feststellen, die Kommissionsmitglieder neunmal. Am Entbindungstermin stellte sich eine Frau bei ihrem Gynäkologen vor. Dieser führte eine Amnioskopie durch und stellte klares Fruchtwasser fest. Am Abend bekam die Schwangere ziehende Bauchschmerzen und fuhr am nächsten Morgen ins Krankenhaus, wo nur noch der intrauterine Fruchttod diagnostiziert werden konnte. Bei bestehender Wachstumsretardierung hätte der Antragsgegner neben einer Amnioskopie und einem CTG eine Dopplersonographie vornehmen und die Frau an ein Perinatalzentrum überweisen müssen. Diese Maßnahmen sind fehlerhaft unterlassen worden. Siebenmal ließen die Patientinnen ihre Behandlung auf einen Diagnosefehler prüfen. Die Gutachter konnten zweimal einen solchen finden, die Kommissionsmitglieder dreimal. Ebenfalls siebenmal wurde eine fehlende Therapie gerügt, die im Gutachten und Votum nur einmal bestätigt werden konnte. Dabei wurden vom Hausarzt Hinweise auf einen Gestationsdiabetes festgestellt, jedoch keine Therapie eingeleitet, so dass es wegen Fetopathia diabetica zum intrauterinen Fruchttod kam. Die konservative Therapie beanstandeten vier Frauen. Das Ergebnis von Gutachter und Gutachterstelle waren zwei fehlerhafte konservative Therapien.

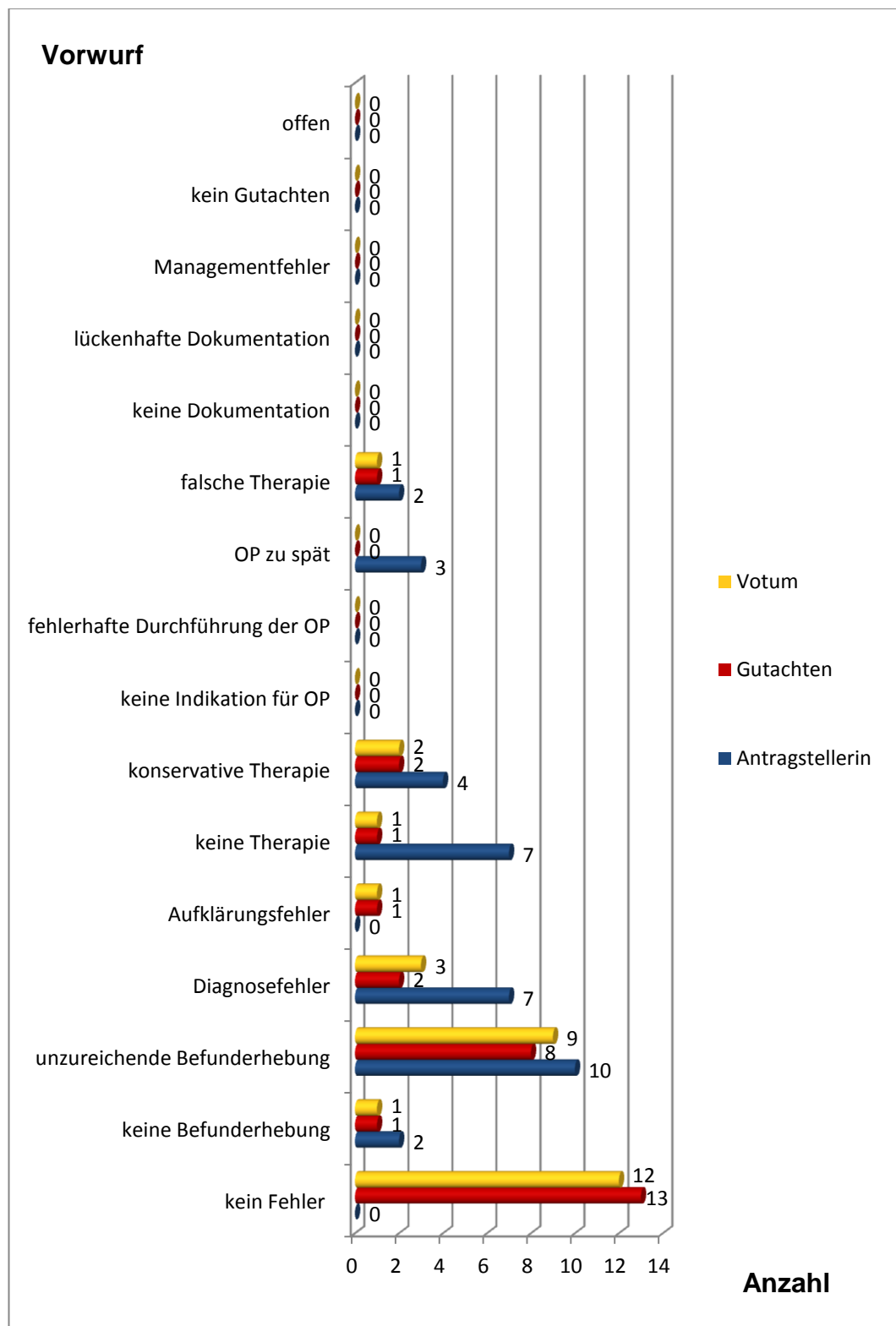


Abbildung 56: Behandlungsfehlervorwürfe beim intrauterinen Fruchttod von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Eine Fehlbehandlung beim intrauterinen Fruchttod wurde 15 niedergelassenen Ärzten (63%) vorgeworfen. Nur sechsmal verneinten die Kommissionsmitglieder eine Sorgfaltspflichtverletzung. Ebenfalls sechsmal kamen sie zu dem Schluss, dass eine unzureichende Befunderhebung vorgelegen habe. Dreimal wurde ein Diagnosefehler festgestellt und jeweils einmal entschieden sie sich für falsche, konservative bzw. fehlende Therapie. Eine Patientin erlitt in der Schwangerschaft eine Vulvacandidose und einen Virusinfekt. Der Gynäkologe verordnete ihr Aspirin und Mysteclin. Wenige Tage später kam es zu Wehen und zum Spontanabort. Bei der Patientin waren ein Spontanabort und mehrere Schwangerschaftsabbrüche vorbekannt. Dem Gynäkologen wird von der Gutachterstelle vorgeworfen, dass er bei septischen Temperaturen eine eingehende gynäkologische und Labor-Untersuchung vornehmen und eine antibiotische Therapie sowie die Einweisung in die Klinik einleiten hätte müssen. Somit habe er eine falsche Therapie zu verantworten. 25% der Antragsgegner waren Krankenhäuser (6). Ihnen wurden zweimal eine unzureichende Befunderhebung und jeweils einmal eine falsche Therapie sowie ein Aufklärungsfehler vorgeworfen. Universitätskliniken waren an den Gutachterverfahren nicht beteiligt. Dreimal war ein Belegarzt (12%) Grund für eine Behandlungsfehlerüberprüfung. Hier konnte einmal eine unzureichende Befunderhebung bewiesen werden.

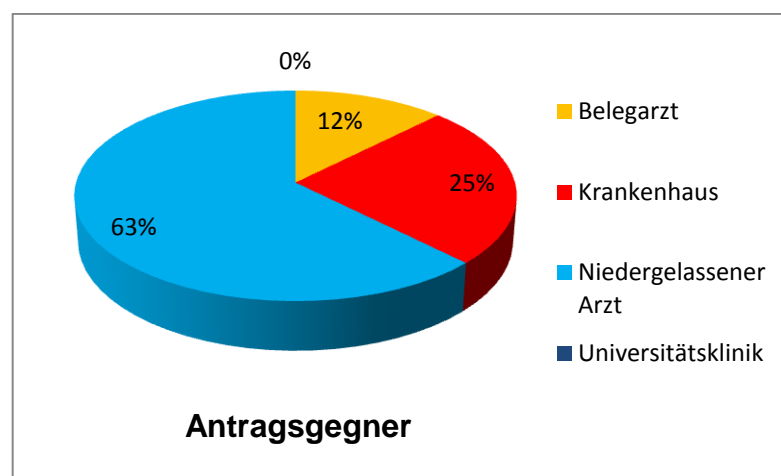


Abbildung 57: Antragsgegner beim intrauterinen Fruchttod

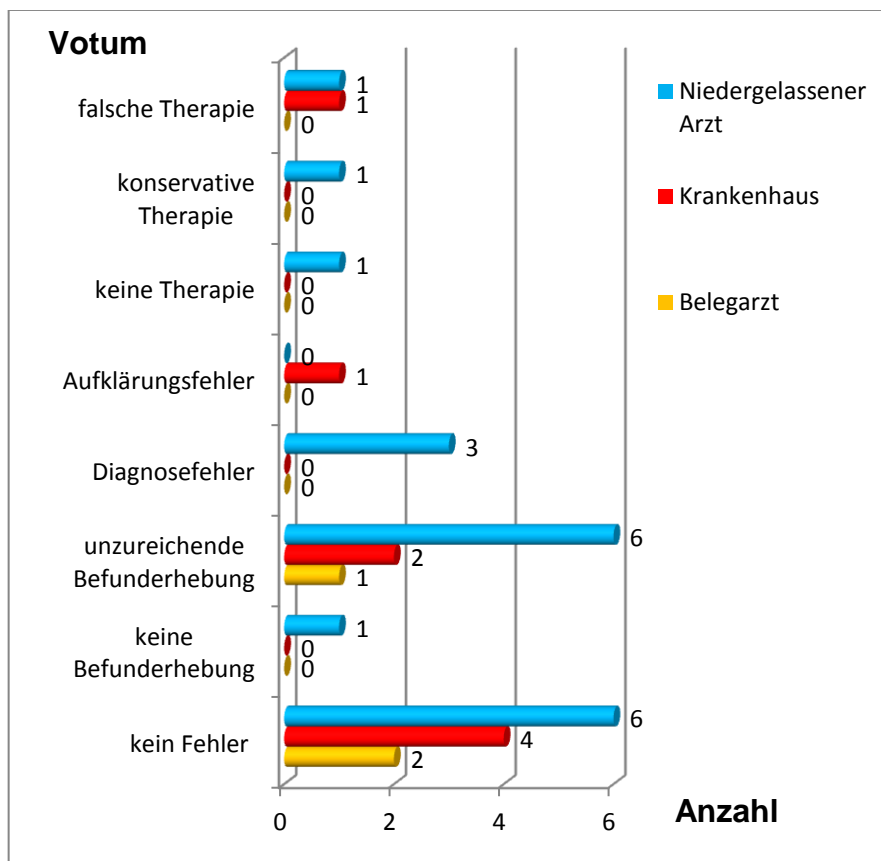


Abbildung 58: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim intrauterinen Fruchttod von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich

83% der festgestellten Behandlungsfehler waren für den entstandenen Schaden verantwortlich. Bei 17% konnten die Kommissionsmitglieder keinen Zusammenhang zwischen Fehlbehandlung und gerügter Gesundheitsbeeinträchtigung finden.

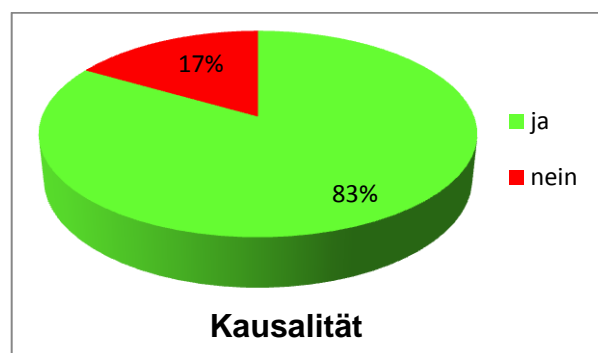


Abbildung 59: Kausalität von Behandlungsfehlern beim intrauterinen Fruchttod

3.2.3 Gestationsdiabetes

Der Schwangerschaftsdiabetes (3%) wird von den Antragstellerinnen siebenmal als Behandlungsschwerpunkt angegeben. Wie bereits erwähnt, waren alle diese vorgetragenen Fälle mit dem intrauterinen Fruchttod vergesellschaftet. Entsprechende Beispiele wurden auch schon unter 3.2.2 vorgestellt. Betrachtet man nun diese sieben Fälle separat, baten die Patientinnen, acht Vorwürfe zu überprüfen. Die Gutachterstelle konnte sechs Sorgfaltspflichtverletzungen aufdecken. Dementsprechend waren dreiviertel der vermuteten Fehler tatsächlich vorhanden.

Jeweils dreimal wurden eine unzureichende Befunderhebung und eine fehlende Therapie beklagt. Dass keine Therapie durchgeführt wurde, sahen auch Gutachter und Kommissionsmitglieder in einem Fall so. Bei der unzureichenden Befunderhebung kamen die Gutachter auf drei Beispiele, die Gutachterstelle auf vier. Eine adipöse Patientin stellte sich in der Klinik wegen fraglichem Fruchtwasserabgang vor. Es wurde ein erhöhter Blutzuckerspiegel gemessen, allerdings keine weiterführende Diagnostik eingeleitet. Einen Monat später stellte sich die Antragstellerin erneut in diesem Krankenhaus vor, weil sie seit ein paar Tagen keine Kindsbewegungen mehr bemerkt habe. Es konnte nur noch der Tod des Kindes festgestellt werden. Die Kommissionsmitglieder waren entgegen dem beauftragten Gutachter der Meinung, dass die Adipositas, der erhöhte Blutzuckerwert und das fortgeschrittene Alter der Patientin hätte Anlass geben müssen, zumindest einen oralen Glukose-Toleranztest durchzuführen. Außerdem wurde sowohl von den Antragstellerinnen als auch von der Gutachterstelle ein Diagnosefehler gerügt.

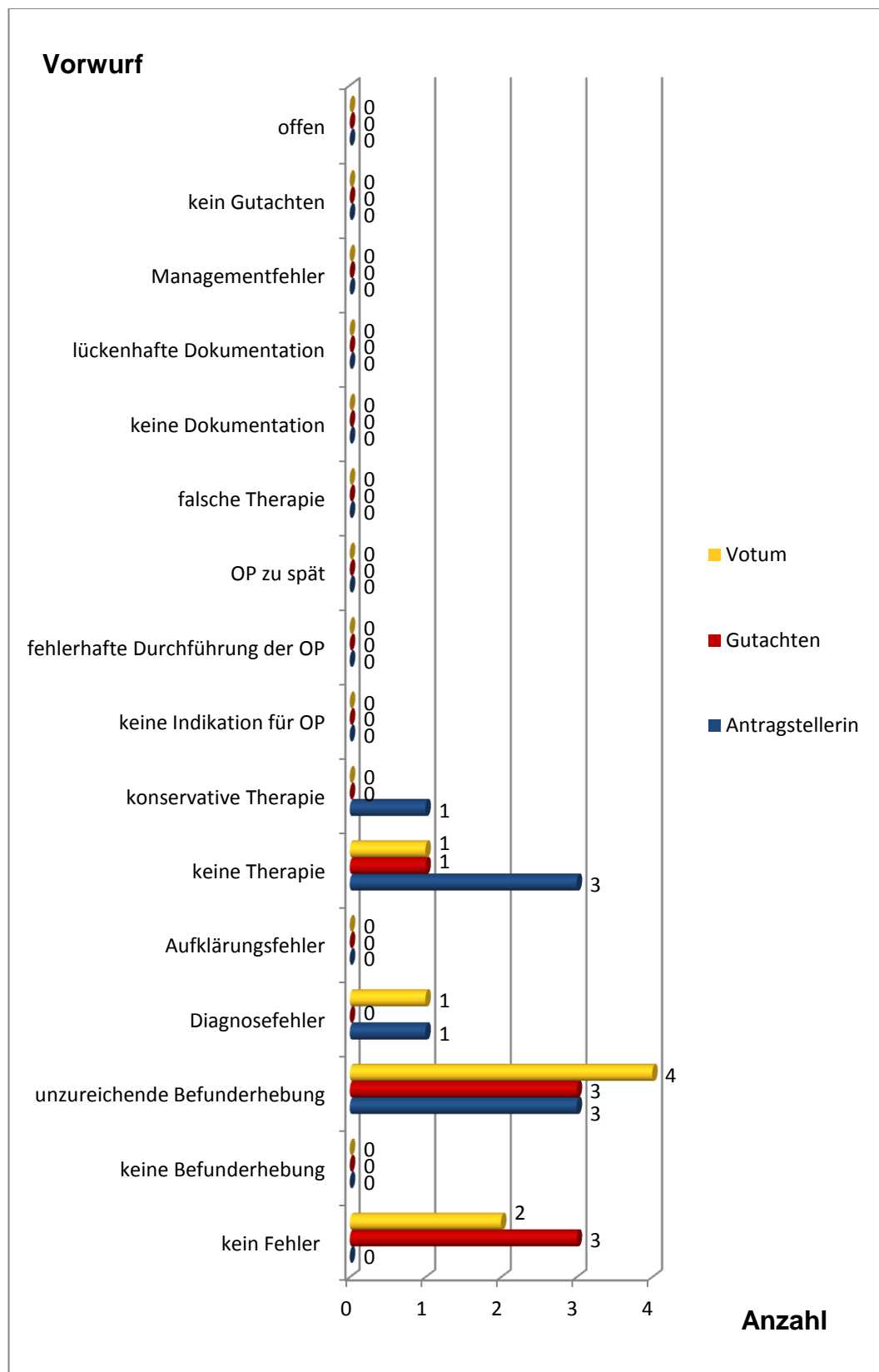


Abbildung 60: Behandlungsfehlervorwürfe beim Gestationsdiabetes von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Unter den Antragsgegnern befanden sich fünf niedergelassene Ärzte (72%), sowie jeweils ein Belegarzt (14%) und ein Krankenhaus (14%). Eine Universitätsklinik war an den Schlichtungsverfahren nicht beteiligt. Die niedergelassenen Ärzte verursachten zwei unzureichende Befunderhebungen und jeweils einen Diagnosefehler sowie eine fehlende Therapie. Letztere wurde durch einen Allgemeinmediziner verschuldet. Das Krankenhaus und der Belegarzt mussten sich für jeweils eine unzureichende Befunderhebung verantworten. Alle festgestellten Behandlungsfehler waren auch kausal für den eingetretenen Gesundheitsschaden.

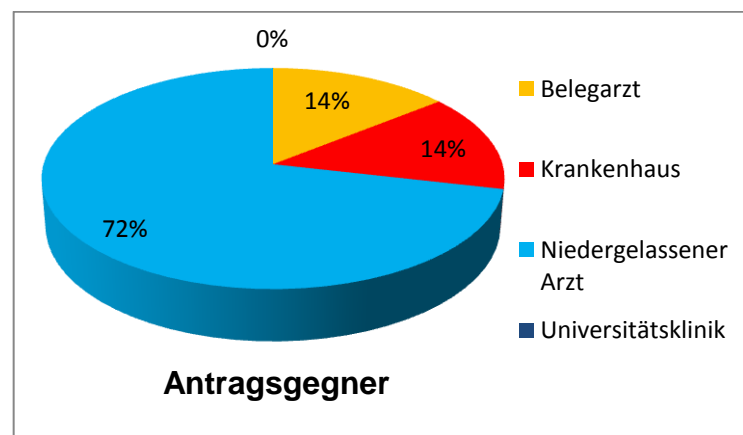


Abbildung 61: Antragsgegner beim Gestationsdiabetes

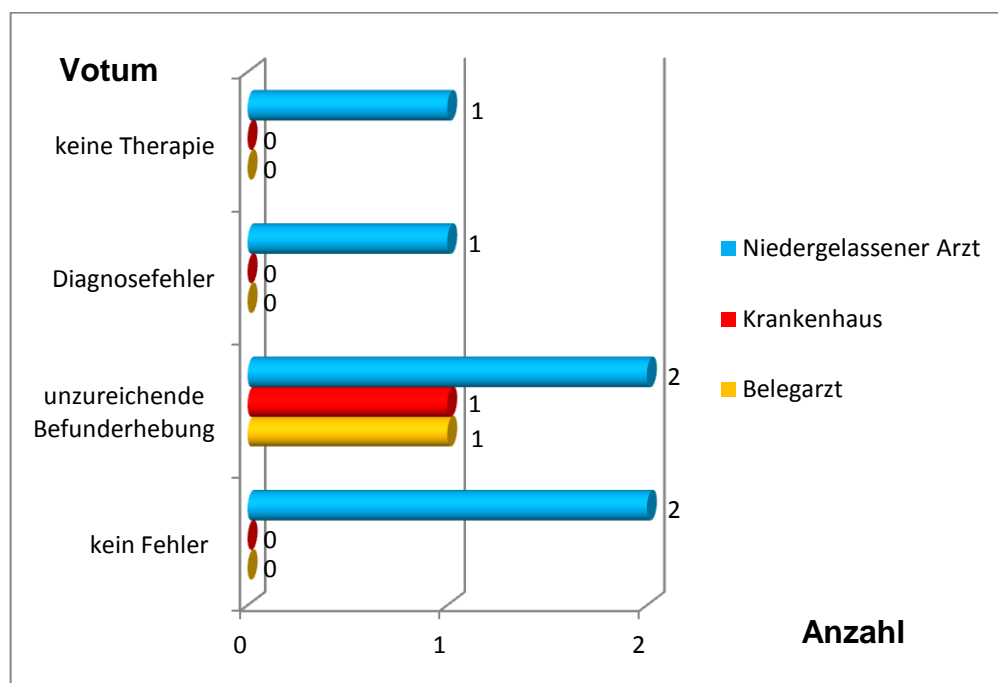


Abbildung 62: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Gestationsdiabetes von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich

3.2.4 Übersehene Fehlbildung

6% der geburtshilflichen Anträge betrafen eine übersehene Fehlbildung (16). Die Antragstellerinnen brachten 17 Vorwürfe gegen die Antragsgegner vor. Im Votum wurden 5 Behandlungsfehler anerkannt, das entspricht einer tatsächlichen Fehlerquote von 29%.

Der Hauptvorwurf der Frauen war achtmal ein Diagnosefehler, welcher auch zweimal im Gutachten und Votum bestätigt wurde. Eine Patientin wurde von einem Jungen mit komplexen Fehlbildungen entbunden. Der behandelnde Gynäkologe hatte diese in der Schwangerschaft nicht diagnostiziert. Da dieser eine höhere Qualifikation für Ultraschalluntersuchungen besaß, hätte er laut Kommissionsmitglieder spätestens in der 19. SSW wenigstens einen Teil der Fehlbildungen erkennen müssen. Durch das komplexe Fehlbildungssyndrom war der Junge nicht lange lebensfähig. Außerdem wurde sechsmal eine unzureichende Befunderhebung beanstandet. Externe Gutachter kamen zu dem Schluss, dass dies auf zwei Fälle zutrif, die Gutachterstelle konnte noch einen Fall mehr hinzufügen.

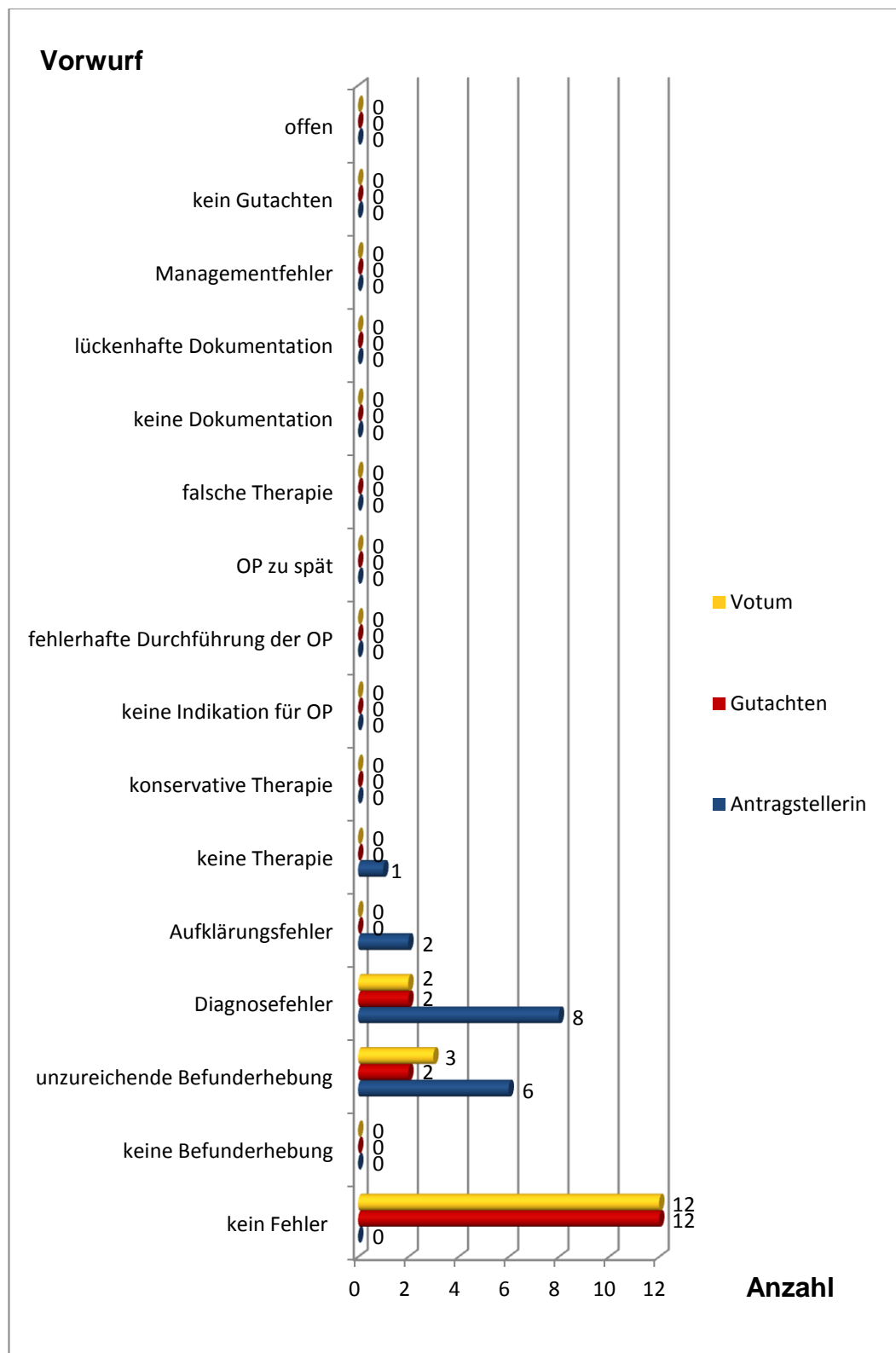


Abbildung 63: Behandlungsfehlervorwürfe bei übersehenen Fehlbildungen von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Mit 88% waren die niedergelassenen Ärzte (14) die Hauptbetroffenen in den Schlichtungsverfahren der Gutachterstelle bei übersehenen Fehlbildungen. Alle fünf festgestellten Behandlungsfehler wurden auch von in Praxen tätigen Ärzten begangen. Dies waren zwei Diagnosefehler und drei unzureichende Befunderhebungen. Eine 19-jährige Patientin wurde per Sectio von ihrem ersten Kind entbunden. Bei dem Kind lag eine große Spina bifida vor. Dem Antragsgegner wurde eine mangelhafte Ultraschalldiagnostik vorgeworfen. Die Kommissionsmitglieder bestätigten, dass nicht alle in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Messparameter untersucht oder dokumentiert worden seien. Eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführte Sonographie hätte eine Fehlbildung dieses Ausmaßes zeigen können.

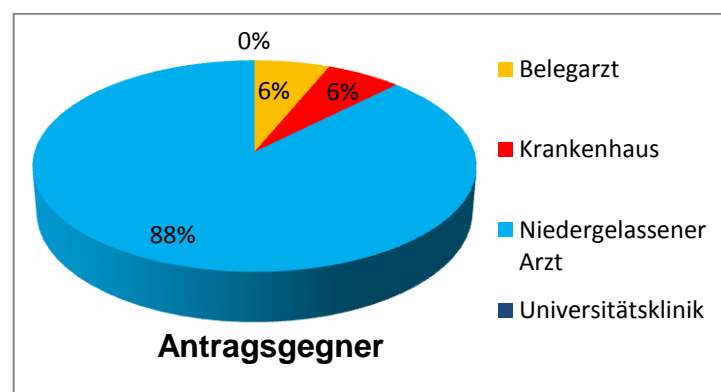


Abbildung 64: Antragsgegner bei übersehenen Fehlbildungen

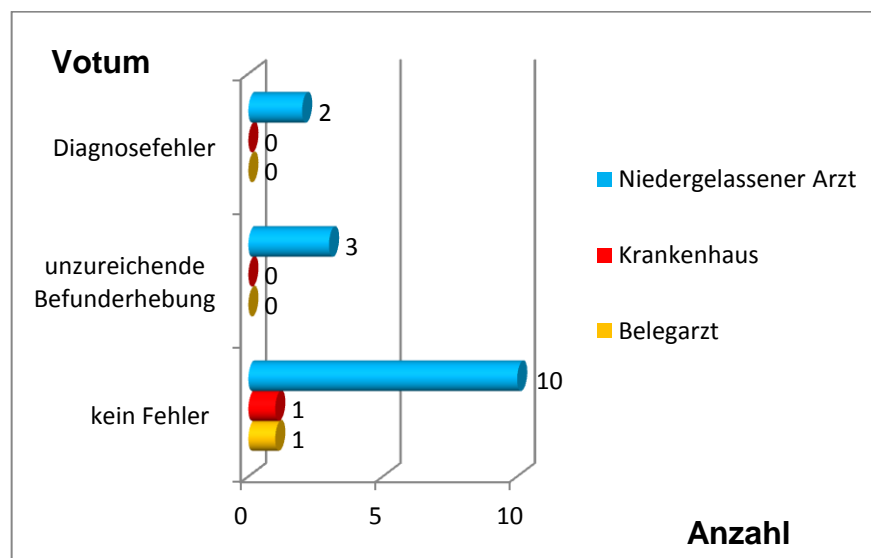


Abbildung 65: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei übersehenen Fehlbildungen von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich

Bei den festgestellten ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzungen konnte die Kausalität bei der Hälfte der Fälle bewiesen werden, bei der anderen Hälfte gelang dies nicht. Das heißt, die Erkennung einer Fehlbildung bedeutet nicht zugleich ihre Vermeidbarkeit.

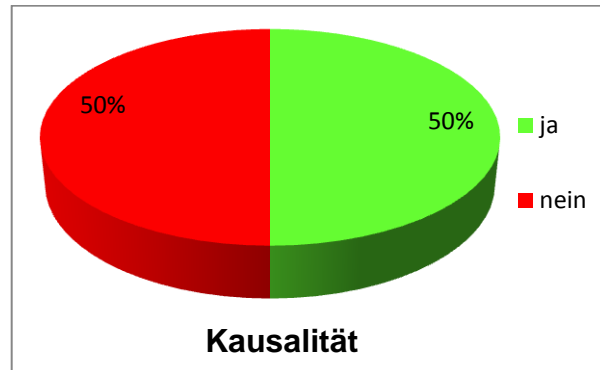


Abbildung 66: Kausalität von Behandlungsfehlern bei übersehenen Fehlbildungen

3.2.5 Schulterdystokie

Neun Prozent der geburtshilflichen Beschwerdeanträge in der Gutachterstelle in Bayern betreffen die Behandlung der Schulterdystokie (23 Fälle). Die Antragstellerinnen machten den Antragsgegnern 37 Vorwürfe. Die Kommissionsmitglieder kamen bei der Überprüfung der Patientenunterlagen auf zehn Fehler. Damit liegt die tatsächliche Fehlerquote bei 27%.

Vierzehnmals beanstandeten die Antragstellerinnen, dass die Ärzte die falschen Maßnahmen zur Behebung der Schulterdystokie unternommen haben. Die externen Gutachter kamen zu dem Schluss, dass dieser Fehler einmal gemacht wurde, die Gutachterstelle konnte diesen Fehler zweimal bestätigen. Eine Patientin stellte sich mit vorzeitigem Blasensprung und Wehentätigkeit im Krankenhaus vor. Die Geburt erfolgte durch eine Vakuumextraktion in Sectiobereitschaft. Dabei kam es zur Schulterdystokie. Es dauerte 29 Minuten bis der Kopf und die Schulter entwickelt werden konnten. Dies ist laut Kommission zu lange, so dass es wahrscheinlich erscheint, dass der Kopf bei Beginn der Vakuumextraktion noch nicht tief genug stand. Angesichts der entstandenen Schwierigkeiten bei der Entwicklung des Kindes, hätte diese Maßnahme abgebrochen und auf eine sekundäre Sectio umgestellt werden müssen. Die Folge war eine passagere Oberarmplexusläsion, ein dauerhafter Schaden ist nicht entstanden. Die zweithäufigste Rüge war die fehlerhafte konservative Therapie, sie wurde von den Antragstellerinnen zehnmal beanstandet. Im Votum wurde dieser Fehler zweimal, im Gutachten dreimal vorgetragen. Außerdem wurden den Antragsgegnern fünfmal eine unzureichende und viermal eine fehlende Befunderhebung vorgeworfen. Beide Fehler konnten von Gutachtern und Kommissionsmitgliedern jeweils einmal festgestellt werden.

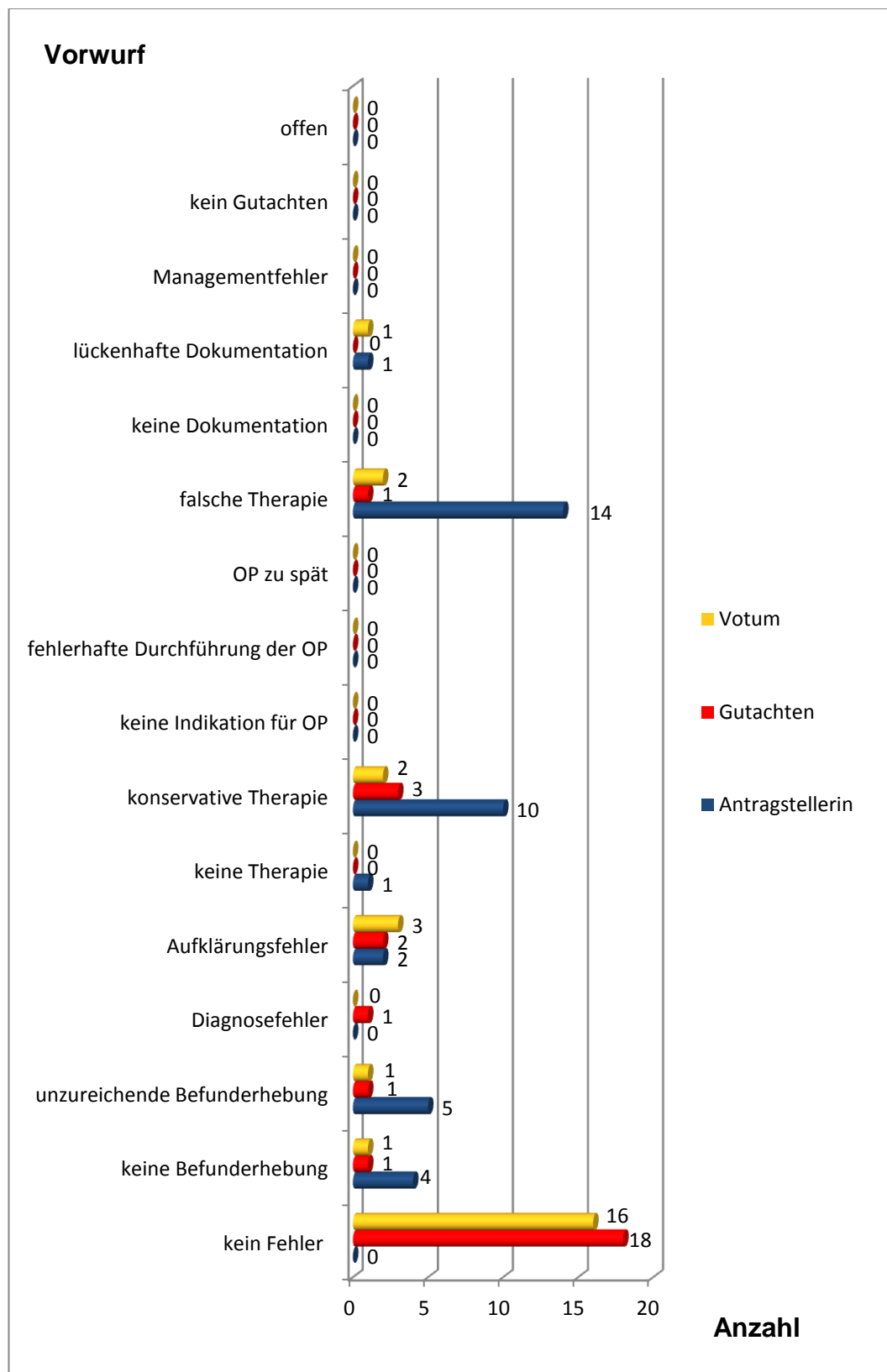


Abbildung 67: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Schulterdystokie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Zwölfmal wurde ein Belegarzt (52%) auf einen Behandlungsfehler bei der Behebung der Schulterdystokie überprüft. Es konnten insgesamt fünf fehlerhafte Behandlungen aufgezeigt werden. Diese waren jeweils einmal eine unzureichende Befunderhebung, ein Aufklärungsfehler, eine fehlerhafte konservative sowie eine falsche Therapie und eine lückenhafte Dokumentation. Wegen eines pathologischen CTGs entschied sich der entbindende Gynäkologe für eine Vakuumextraktion, da diese schneller als ein Notkaiserschnitt durchgeführt werden konnte. Da der Kopf des Kindes noch am Beckeneingang stand, musste das Kind forciert entwickelt werden, weshalb es zu einer Schulterdystokie kam. Die Maßnahmen zur Behebung der Schulterdystokie wurden korrekt ausgeführt. Am Tag nach der Geburt wurde eine obere und untere Armplexusläsion festgestellt, die operativ mit autologer Nerven-Transplantation behoben werden musste. Die Gutachterstelle kam zu dem Entschluss, dass wenn zur Abklärung des pathologischen CTGs eine Mikroblutuntersuchung vorgenommen worden wäre, man feststellen hätte können, dass aufgrund des normalen pHs nach der Geburt, ein kindlicher Sauerstoffmangel nur in geringem Ausmaß bestand. Somit hätte man genug Zeit für eine sekundäre Sectio gehabt und eine Schulterdystokie wäre verhindert worden. 39% der Antragsgegner waren Krankenhäuser (9). Ihnen wurden zweimal ein Aufklärungsfehler und jeweils einmal eine fehlende Befunderhebung, eine falsche sowie fehlerhafte konservative Therapie vorgeworfen. Ein Junge musste nach der vaginalen Geburt reanimiert werden. Es wurde eine infantile Cerebralparase mit Tetraspastik, eine Opticus-Atrophie, eine Plexusparase und eine fokale Epilepsie diagnostiziert. Ursache war die fetale Makrosomie des Kindes, die von den Ärzten übersehen wurde. Angesichts der Gewichtszunahme der Mutter und ihres Bauchumfanges war dies anzunehmen und es hätte eine Ultraschalluntersuchung mit fetaler Biometrie durchgeführt werden müssen. So hätte das Geburtsgewicht von über 5000g geschätzt werden können. Bei fetaler Makrosomie ist es außerdem erforderlich, die Mutter über die primäre Sectio als Geburtsalternative aufzuklären, was hier unterlassen wurde. Außerdem war es fehlerhaft die Oxytocin-Infusion nach eingetretener Schulterdystokie zu steigern. Des Weiteren wurden auch zwei niedergelassene Ärzte näher unter die Lupe genommen, ihnen konnte jedoch kein Behandlungsfehler nachgewiesen werden. Die Behandlung einer Universitätsklinik wurde nicht beanstandet.

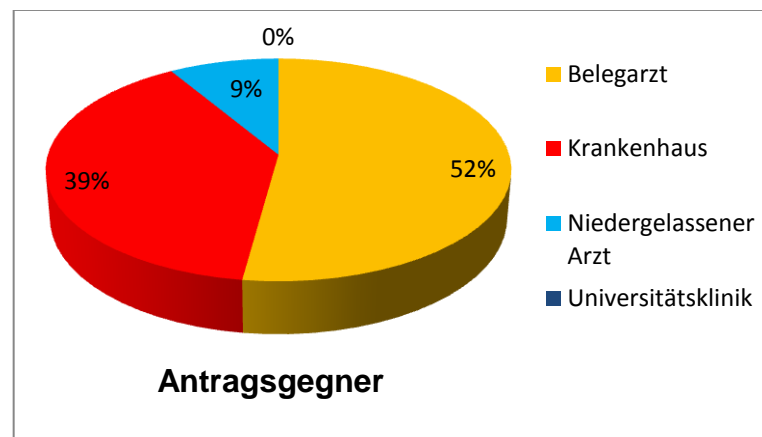


Abbildung 68: Antragsgegner bei der Schulterdystokie

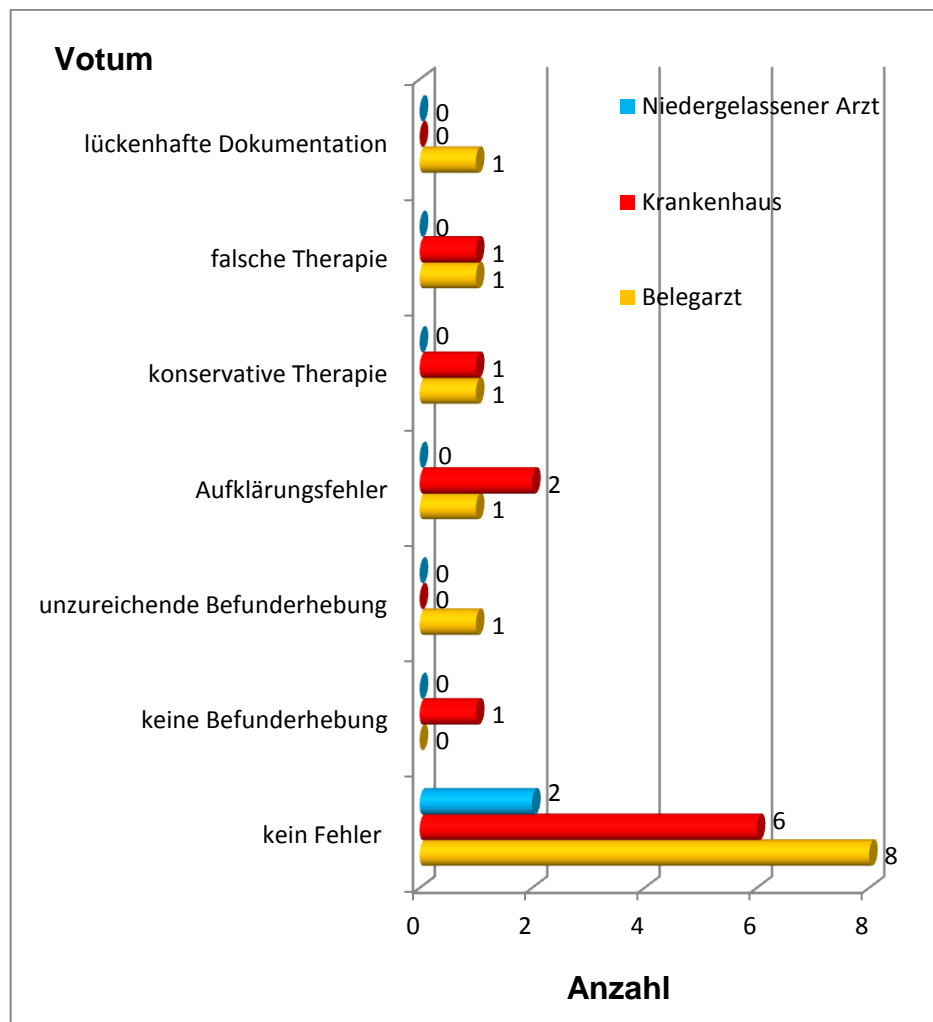


Abbildung 69: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Schulterdystokie von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich

Von den zehn fehlerhaften ärztlichen Behandlungen waren 71% verantwortlich für den vorgetragenen Gesundheitsschaden. Bei 29% konnte kein Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Beeinträchtigung gefunden werden.

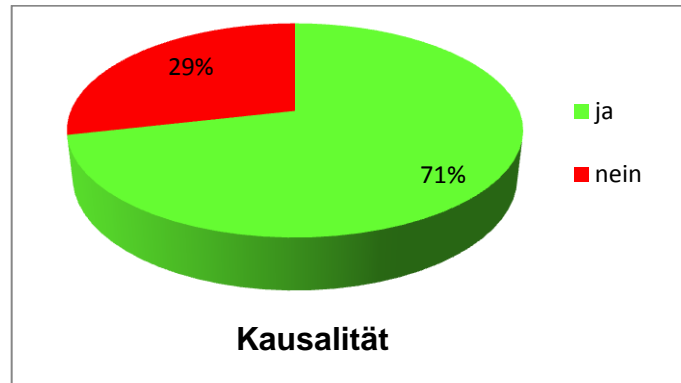


Abbildung 70: Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Schulterdystokie

3.2.6 Cerebralparese

Die Cerebralparese war für 18 Frauen ein Grund, einen Schlichtungsantrag bei der Gutachterstelle zu stellen und nimmt damit sieben Prozent der angenommenen Anträge in der Geburtshilfe ein. 33 Fehler, meinten die Patientinnen, seien den Ärzten bei den Behandlungen unterlaufen. Die Gutachterstelle kam zu dem Schluss, dass nur fünfmal eine Sorgfaltspflichtverletzung vorgelegen habe. Demnach wurden 15% der gerügten Fehler von den Kommissionsmitgliedern anerkannt.

Die Antragstellerinnen behaupteten, dass achtmal die falsche konservative Therapie durchgeführt wurde. Im Gutachten und Votum wurde nur eine konservative Therapie gerügt. Ebenso sahen die Ergebnisse beim Aufklärungsfehler und bei der falschen Therapie aus. Die Frauen waren der Meinung, dass fünf Aufklärungsfehler vorgelegen haben und viermal nicht die richtige Therapie gemacht wurde. Über die Anzahl der fehlenden Befunderhebungen waren sich Antragstellerinnen, Gutachter und Kommissionsmitglieder einig, dass dieser Fehler zweimal vorgelegen hat. Bei einem Zwillingenjungen wechselten sich in den ersten Lebenswochen Phasen von intubiert und extubiert ab. Einen Monat nach der Geburt ergab sich bei der Schädelsonographie erstmals der Hinweis auf eine periventrikuläre Leukomalazie. Gutachter und Kommissionsmitglieder sind sich einig, dass eine akute postpartale Sauerstoffmangelsituation mit Azidose durch eine Blutgasanalyse hätte erkannt und therapiert werden können. Damit hätte die Schädigung eventuell vermieden oder verringert werden können.

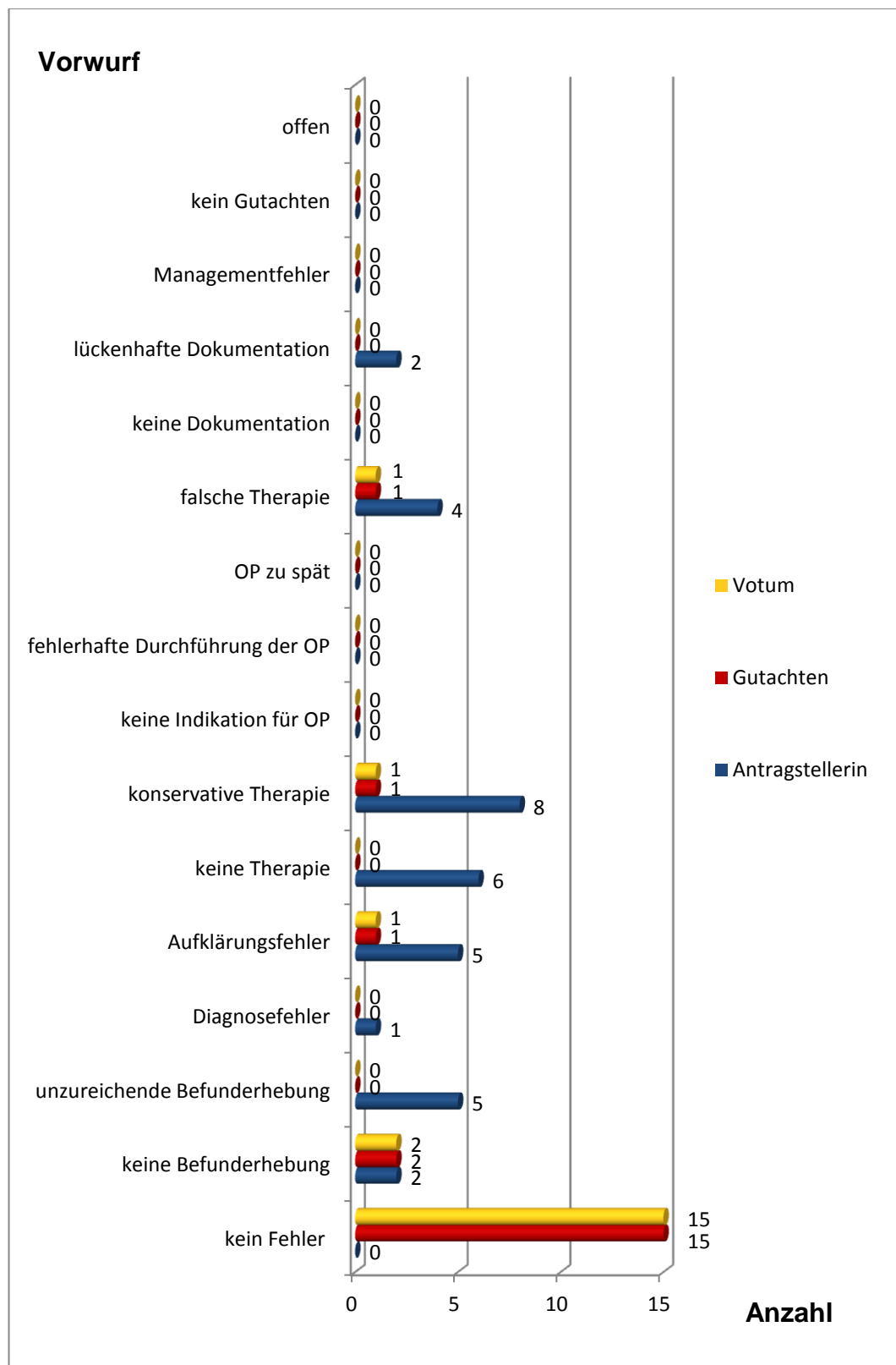


Abbildung 71: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Cerebralparese von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

44% der Antragsgegner bei der Cerebralparese waren Krankenhäuser (8). Sechs von ihnen führten die Behandlung fehlerfrei durch. Bei zwei Krankenhäuser konnten folgende Fehler festgestellt werden: Zweimal keine Befunderhebung und jeweils einmal ein Aufklärungsfehler und eine falsche konservative Therapie. Siebenmal waren Belegärzte (39%) an den Schlichtungsverfahren der Gutachterstelle beteiligt. Hier konnte nur eine falsche Therapie bemängelt werden. Außerdem wurden die Behandlungen von drei niedergelassenen Ärzten (17%) untersucht, wobei aber kein Fehler gefunden wurde. Eine mit Zwillingen schwangere Frau stellte sich in der 30. SSW mit Schmierblutungen bei ihrem Gynäkologen vor. Es wurden eine vaginale Sonographie und ein CTG durchgeführt. Eine weitere Kontrolle erfolgte am Folgetag. Einen weiteren Tag später stellte sich die Antragstellerin erneut vor, diesmal mit Blasensprung und eröffnetem Muttermund. Die Schwangere wurde ins Krankenhaus zur Entbindung eingewiesen. In der Kinderklinik wurde bei den beiden Buben ein Atemnotsyndrom unterschiedlichen Ausmaßes diagnostiziert. Gutachter und Kommissionsmitglieder trugen vor, dass keine Anhaltspunkte für eine Frühgeburt vorlagen und somit weitergehende Maßnahmen zur Vermeidung dieser, insbesondere eine Einweisung in ein Perinatalzentrum nicht indiziert waren.

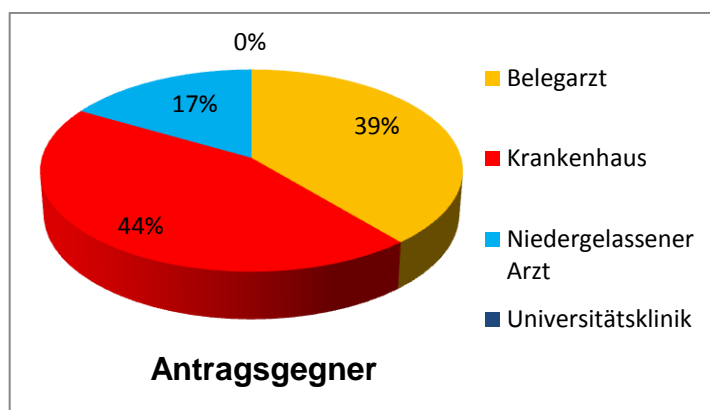


Abbildung 72: Antragsgegner bei der Cerebralparese

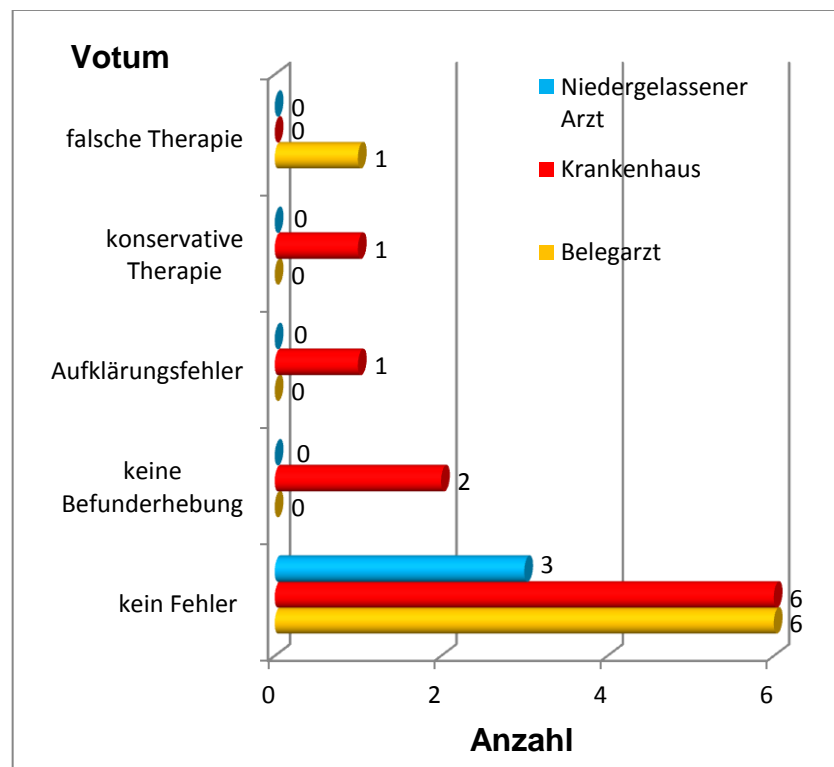


Abbildung 73: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Cerebralparese von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich

Die von der Gutachterstelle aufgedeckten Behandlungsfehler waren zu 67% kausal für den eingetretenen Gesundheitsschaden. Bei 33% der Sorgfaltspflichtverletzungen war dies nicht der Fall.

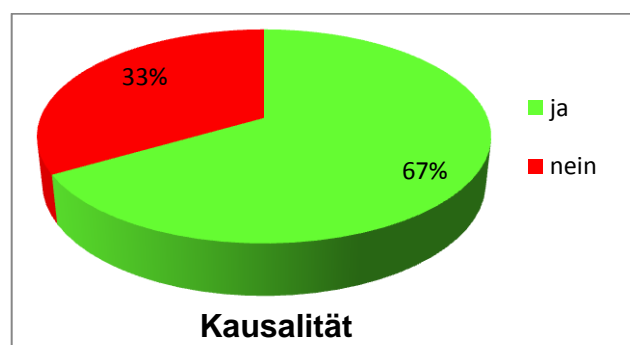


Abbildung 74: Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Cerebralparese

3.2.7 Dammriss

Sechs Prozent der Antragstellerinnen beschwerten sich über einen Dammriss (16). Insgesamt brachten sie 22 Vorwürfe vor. Die Kommissionsmitglieder beanstandeten jedoch bloß zwei Vorgänge. Das macht einen Anteil von zwei Prozent aus.

Vierzehnmals rügten die Antragstellerinnen die konservative Therapie. Diese wurde auch im Gutachten und Votum einmal beanstandet. Bei einer Spontangeburt ohne Episiotomie kam es zu einem Dammriss 1°. Dieser wurde postpartal genäht. Einem Monat später musste sich die Antragstellerin einer ambulanten Operation unterziehen. Wegen einer falschen Nahttechnik war es zur Verklebung der kleinen Schamlippen gekommen. Jeweils zweimal forderten die Antragstellerinnen eine Überprüfung der vollständigen Befunderhebung, der Aufklärung und der Therapiemethode. Nur bei der Befunderhebung kamen Gutachter und Kommissionsmitglieder einmal zu dem Schluss, dass diese unzureichend gewesen sei.

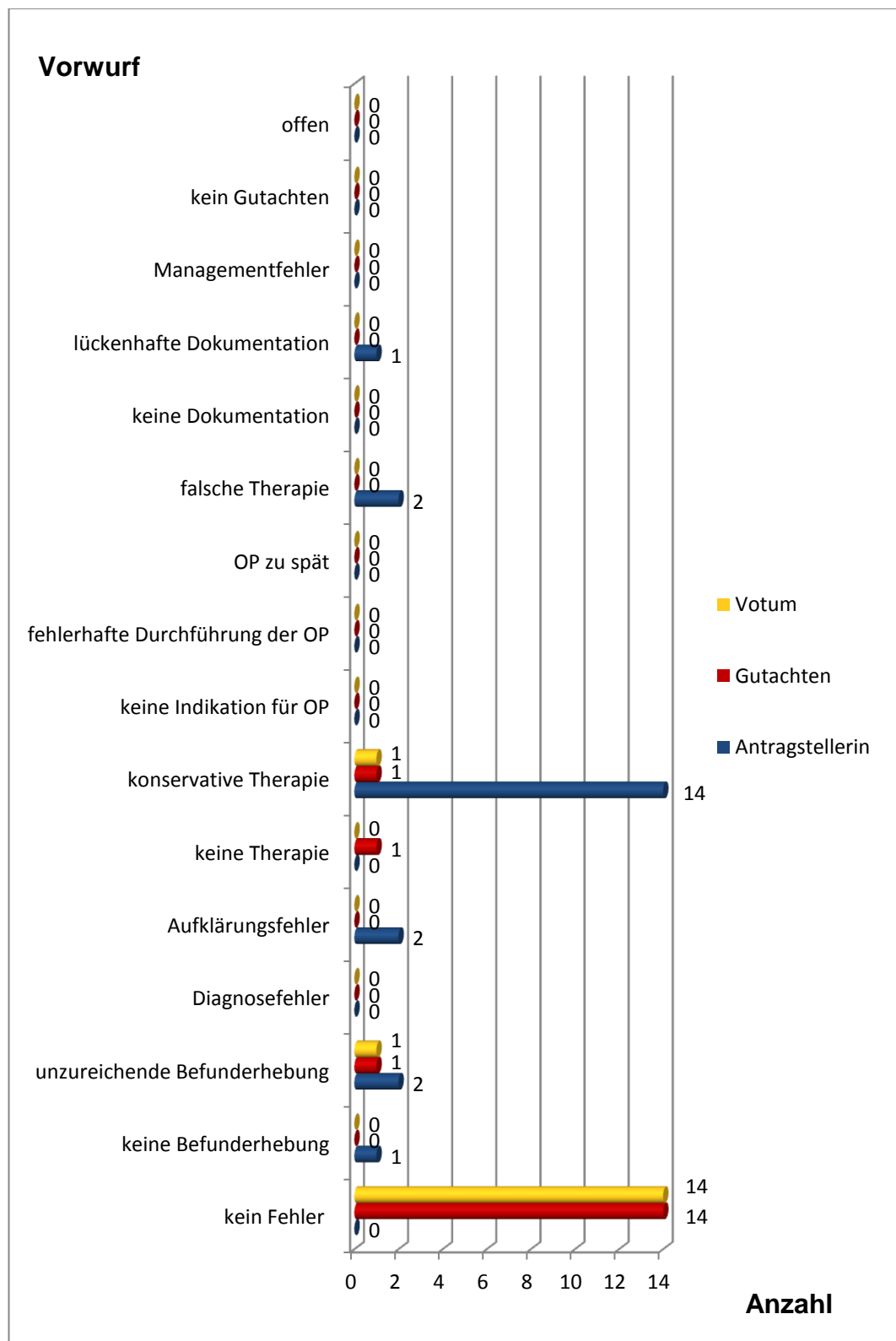


Abbildung 75: Behandlungsfehlervorwürfe beim Dammriss von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

An den Gutachterverfahren bezüglich des Dammrisses waren 69% der Antragsgegner Krankenhäuser (11), 25% waren Belegärzte (4) und 6% waren Universitätskliniken (1). Niedergelassene wurden nicht beschuldigt. Nur bei der Behandlung in Krankenhäusern waren den Ärzten Fehler unterlaufen. Einmal wurden die konservative Therapie und einmal die unzureichende Befunderhebung bemängelt. Beide ärztliche Behandlungsfehler konnten mit dem gerügten Gesundheitsschaden kausal in Verbindung gebracht werden.

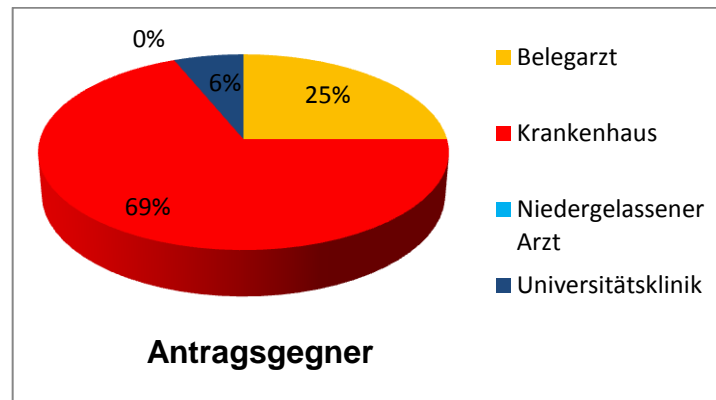


Abbildung 76: Antragsgegner beim Dammriss

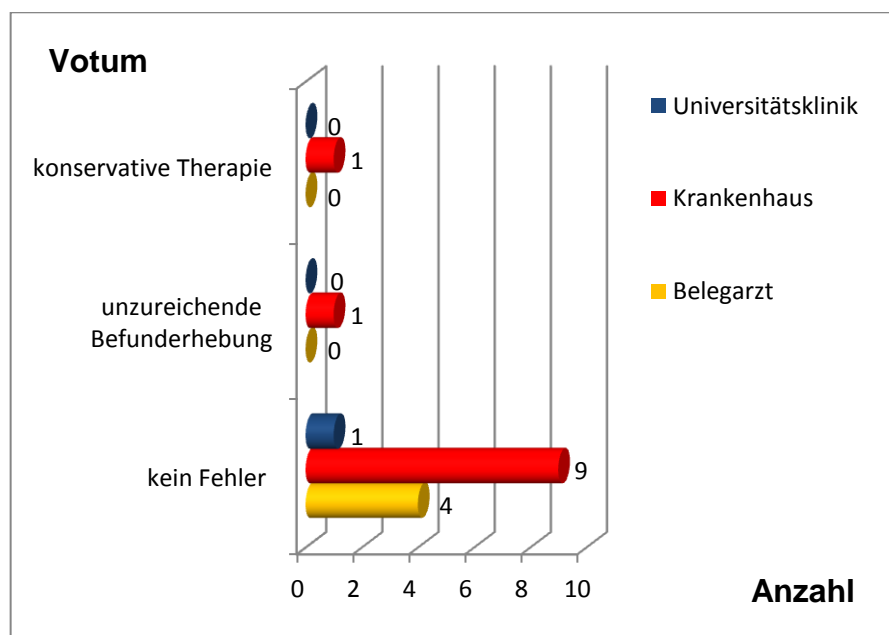


Abbildung 77: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Dammriss von Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich

3.2.8 Infektion

Dreizehnmal wurde in der Geburtshilfe eine Infektion (5%) als Grund für eine vermutete Fehlbehandlung angegeben. Die Frauen warfen den Ärzten 21 Sorgfaltspflichtverletzungen vor. Gutachter und Kommissionsmitglieder konnten diese Vorwürfe kein einziges Mal bestätigen.

Fünfmal trugen die Antragstellerinnen vor, dass keine Therapie stattgefunden habe. Im Rahmen der Entbindung wurde einer Patientin ein Periduralkatheter zur Schmerzlinderung gelegt. Die folgenden Tage hatte die Frau Rückenschmerzen, die vom Antragsgegner als LWS-Blockierung interpretiert wurden. Eine Woche nach Entlassung wurde die Antragstellerin erneut stationär aufgenommen wegen Rötung, Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit der Punktionsstelle. Es wurde die Diagnose einer oberflächlichen, subkutanen Infektion gestellt. Da die konservative Therapie keine Heilung herbeiführte, musste die Punktionsstelle nach einem Monat operativ revidiert werden. Externer Gutachter und Kommissionsmitglieder erklärten, dass nach einer rückenmarksnahen Analgesie, ein infektiöses Geschehen, eine seltene, aber nicht immer vermeidbare Komplikation ist. Hierüber sei die Frau aufgeklärt worden. Die Therapie der Infektion erfolgte nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Jeweils viermal wurden die konservative Therapie und die Aufklärung gerügt. Dreimal wurde die unzureichende Befunderhebung und jeweils zweimal eine nicht indizierte Therapie und das Vorgehen der Behandlung beanstandet.

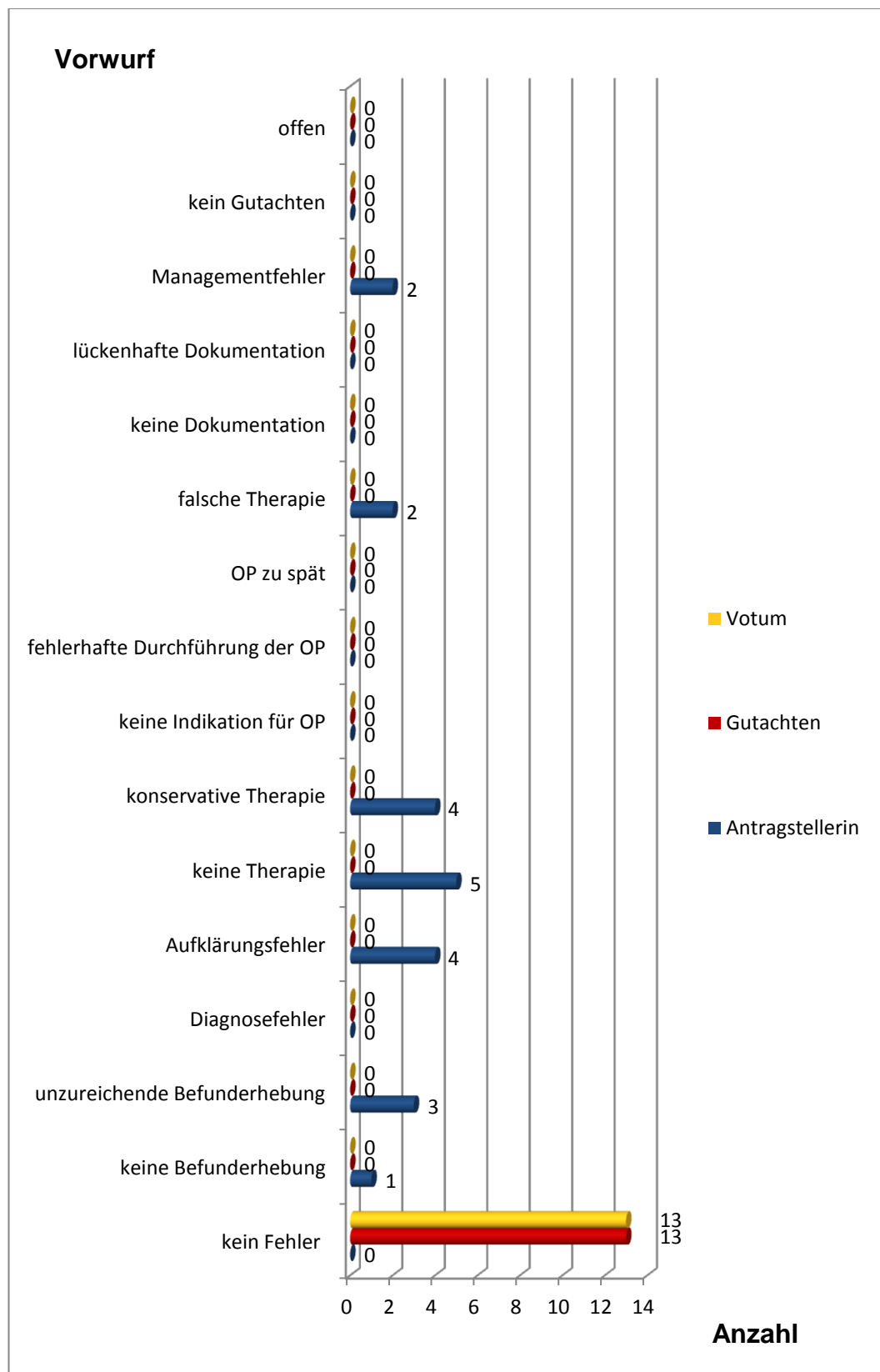


Abbildung 78: Behandlungsfehlervorwürfe bei Infektionen von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Das Krankenhaus (7) war der häufigste Antragsgegner bei der Infektion mit 54%, gefolgt von den niedergelassenen Ärzten (4) mit 31% und den Belegärzten (2) mit 15%. Universitätskliniken wurden wegen einer Fehlbehandlung der Infektion nicht überprüft.

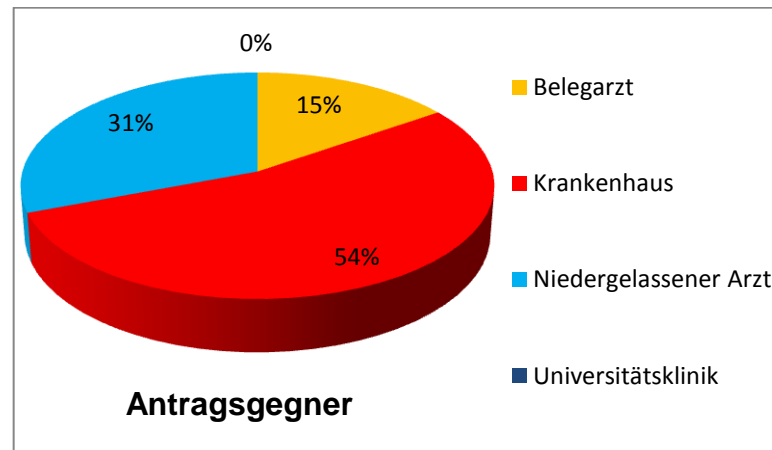


Abbildung 79: Antragsgegner bei Infektionen

3.2.9 Hypoxie

Neun Fälle betrafen eine Sauerstoffunterversorgung (4%) des Babys. Die Antragsstellerinnen beanstandeten elf Sorgfaltspflichtverletzungen. Anerkannt wurden von der bayerischen Gutachterstelle lediglich zwei, was einem Prozentsatz von 18 entspricht.

Die elf Vorwürfe der Antragstellerinnen ergaben sich aus sechsmal einer falschen konservativen Therapie, jeweils zweimal einer nicht den Leitlinien entsprechenden Therapie und einer unzureichenden Befunderhebung sowie einmal einer fehlerhaften Durchführung der Operation. Bei diesen Entscheidungen waren sich externer Gutachter und Kommissionsmitglieder einig. Sie kamen zu dem Schluss, dass ein konservativer Therapiefehler und eine falsche Therapie vorgelegen haben. Beide Fehler wurden bei dem gleichen Kind festgestellt, jedoch durch zwei verschiedene Antragsgegner verursacht, so dass jedem ein Fehler unterlaufen war. Die Schwangere stellte sich in der Nacht mit beginnender Wehentätigkeit in einem kleinen Krankenhaus vor (zweiter Antragsgegner). Der belegärztlich tätige Gynäkologe (erster Antragsgegner) entscheidet sich trotz pathologischem CTG für eine Spontangeburt. Nach der Entbindung wird der Junge mit dem Babynotarzt in eine andere Klinik verlegt, dort wird die Diagnose einer perinatalen Asphyxie gestellt. Das Kind trug eine bleibende schwere Behinderung davon. Dem zweiten Antragsgegner wird vorgeworfen, dass die Aufteilung zwischen Nachtschwester, Beleghebamme und Belegarzt nicht geregelt ist und ein organisatorischer Notfallplan nicht existiert. So vergingen vom Eintreffen der Patientin bis zur Entbindung 90 Minuten, in denen das CTG pathologisch war. Eine Gegenmaßnahme wurde nicht getroffen. Dies war der Fehler des ersten Antragsgegners. Der Gynäkologe hätte eine intrauterine Reanimation durchführen und eine Notsectio einleiten müssen. Diese beiden Fehler waren ausreichend, um die bestehende Behinderung des Jungen zu verursachen.

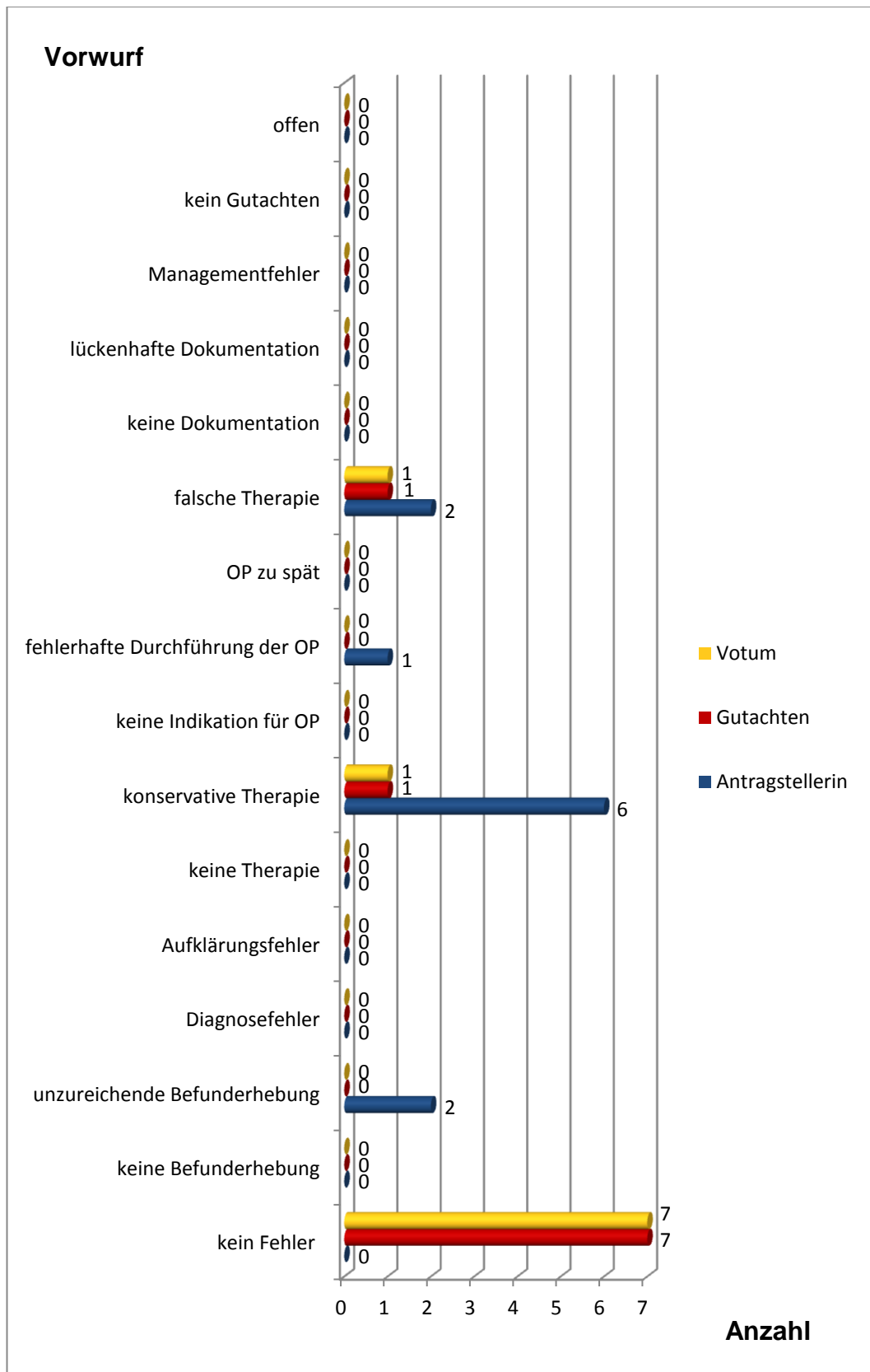


Abbildung 80: Behandlungsfehlervorwürfe bei der Hypoxie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Fünfmal wurde ein Krankenhaus (56%) auf einen ärztlichen Behandlungsfehler überprüft, dreimal ein Belegarzt (33%) und einmal ein niedergelassener Arzt (11%). Eine Universitätsklinik war nicht Gegenstand eines Schlichtungsverfahrens. Die festgestellten Sorgfaltspflichtverletzungen wurden an obigem Beispiel erläutert.

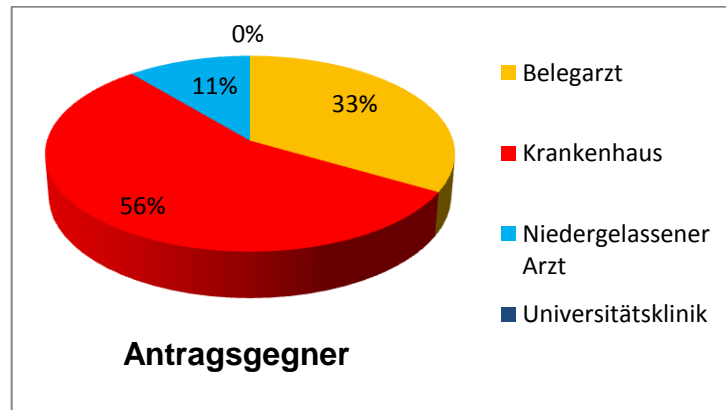


Abbildung 81: Antragsgegner bei der Hypoxie

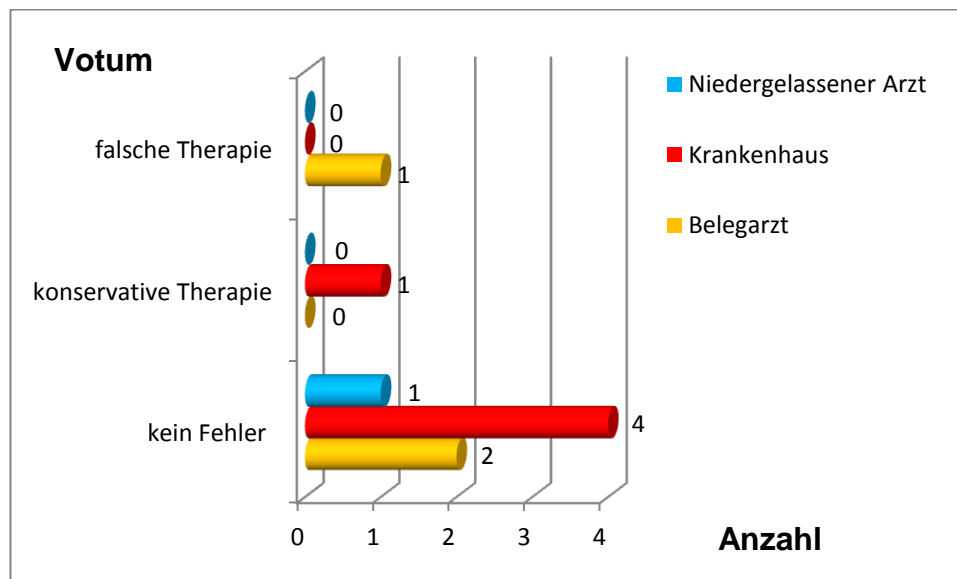


Abbildung 82: Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Hypoxie von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich

3.3 Vergleich der abschließenden Stellungnahme mit dem Gutachten und mit dem Ergebnis des Verfahrens bei der Haftpflichtversicherung

3.3.1 Übereinstimmung von Gutachten und Votum

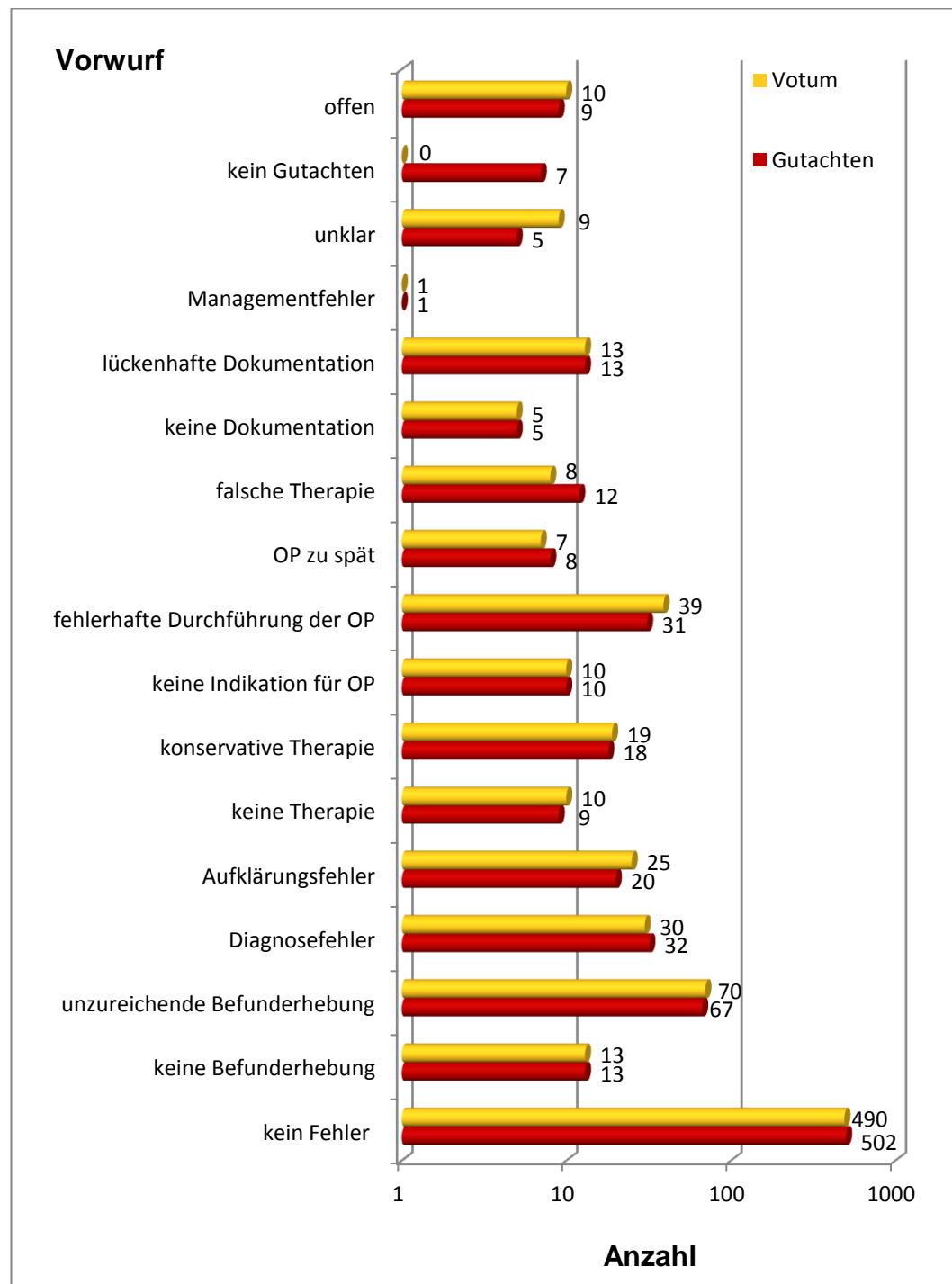


Abbildung 83: Vorwürfe von Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich

Von den 683 Fällen, die von der Gutachterstelle in Bayern zwischen den Jahren 2000 und 2010 auf ärztliche Behandlungsfehler untersucht wurden, verneinten die Kommissionsmitglieder in 490 Schadensfällen einen solchen. Die externen Gutachter fanden in 502 Fällen keinen Fehler.

Zum Zeitpunkt der statistischen Auswertung waren neun Gutachten bei der bayerischen Schlichtungsstelle noch nicht eingegangen und wurden deshalb unter „offen“ aufgezählt. Über den Ausgang eines Falles waren sich die Kommissionsmitglieder, trotz bereits angefertigtem Gutachten, noch nicht abschließend einig. Die Anzahl der offenen Voten wurde deshalb mit zehn angegeben.

In sieben Schadensfällen verzichtete die Gutachterstelle auf die Beauftragung eines externen Gutachters und kam im Rahmen der gemeinsamen monatlichen Board-Sitzung aller Kommissionsmitglieder zu einem abschließenden Ergebnis. In diesen sieben Fällen, in denen kein externes Gutachten angefordert wurde, entschieden sich die Kommissionsmitglieder nur einmal für eine fehlerhafte ärztliche Behandlung (unzureichende Befunderhebung), in vier Fällen verneinten sie einen Fehler, in zwei Fällen blieb die Frage nach einem Behandlungsfehler mangels Beweisen ungeklärt.

Des Weiteren wurde im Votum neunmal und im Gutachten fünfmal die Beurteilung des Sachverhalts als „unklar“ bezeichnet. In diesen Fällen konnten widersprüchliche Aussagen nicht ohne Zeugenvernehmungen geklärt werden, weshalb die Kommissionsmitglieder eine Gerichtsverhandlung empfohlen haben.

Die häufigste festgestellte Sorgfaltspflichtverletzung war die unzureichende Befunderhebung, die schließlich zur verspäteten Diagnosestellung führte. Diesen Vorwurf erhob die Gutachterstelle 70-mal, die externen Gutachter 67-mal.

Mit 39-mal im Votum und 31-mal im Gutachten war die fehlerhafte Durchführung der Operation der zweithäufigste gerügte Fehler, gefolgt von dem Diagnose- (Gutachten: 32-mal, Votum: 30-mal) und dem Aufklärungsfehler (Gutachten: 20-mal, Votum: 25-mal). Die genaue Aufschlüsselung der verbliebenen Vorwürfe ist in oben stehender Grafik dargestellt. Wurde eine fehlerhafte ärztliche Behandlung festgestellt, konnten in dem gleichen Fall auch mehrere Sorgfaltspflichtverletzungen aufgezeigt werden.

Insgesamt fanden die Kommissionsmitglieder anhand der Behandlungsunterlagen 250 Fehler, was einem Prozentsatz von 33 im Vergleich zu den verneinten Fehlern (66%) entspricht. Die externen Gutachter beanstandeten 239 Behandlungsfehler (32%). Die 502 negierten Fehler entsprachen 67%. Die Kausalität eines ärztlichen Behandlungsfehlers für den entstandenen Gesundheitsschaden konnte bei 175 Fällen bestimmt werden. 133 festgestellte Sorgfaltspflichtverletzungen (76%) führten zu einem kausalen Gesundheitsschaden der Antragstellerin. In 43 Fällen (24%) konnte zwar ein Fehler des

behandelnden Arztes festgestellt werden, der angegebene Schaden resultierte aber nicht aus der beschuldigten Behandlung.

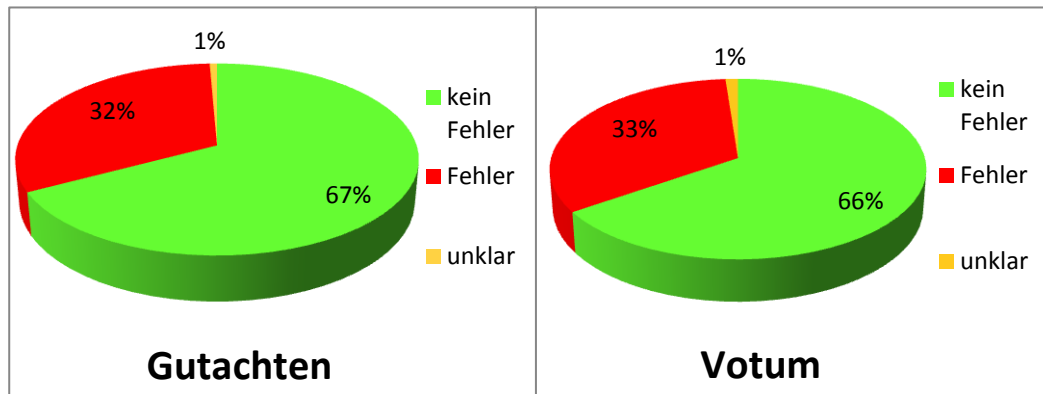


Abbildung 84: Vergleich der prozentualen Fehlererkennung von Gutachten und Votum

Insgesamt konnte eine Übereinstimmung von Gutachten und Votum in 91% (622) der Fälle erreicht werden. Nur jede 20. Entscheidung (37-mal) der Gutachterstelle entsprach nicht derjenigen des externen Gutachters. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen (33-mal) darum, dass die Gutachter eine fehlerhafte ärztliche Behandlung feststellen konnten und die Kommissionsmitglieder diese verneinten oder umgekehrt. In nur vier Fällen warfen die Kommissionsmitglieder den behandelnden Ärzten eine andere Art des Behandlungsfehlers als die beauftragten Gutachter vor. In einem Prozent der Fälle (8) stimmten die festgestellten Sorgfaltspflichtverletzungen des Gutachters zumindest teilweise überein. Auf ein externes Gutachten konnte bei einem Prozent (6) verzichtet werden. Und ebenfalls ein Prozent (10) der Fälle war zum Zeitpunkt der Auswertung bei der Gutachterstelle noch nicht abgeschlossen.

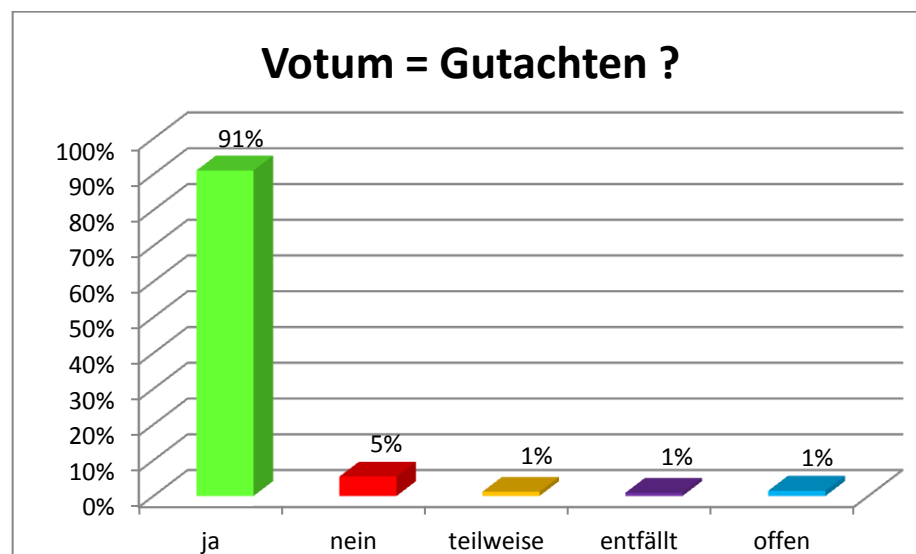


Abbildung 85: Übereinstimmung von Votum und Gutachten

3.3.2 Akzeptanz der Voten bei den Haftpflichtversicherungen

Leider konnte von den Haftpflichtversicherungen der beschuldigten Ärzte nur in 399 Fällen (58%) eine Aussage zum Abschluss des Schadensfalls gemacht werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten 42% (284) der versendeten Fragebögen nicht beantwortet werden. Ein Teil dieser Fragebögen konnte auch deshalb nicht beantwortet werden, weil der Schadensfall von der Haftpflichtversicherung noch nicht abgeschlossen oder bereits archiviert war.

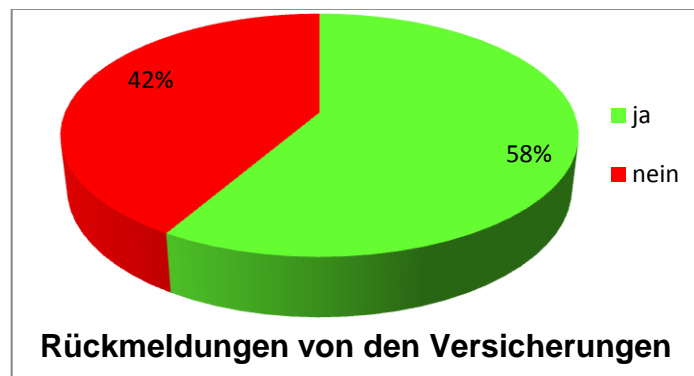


Abbildung 86: Prozentuale Anzahl an Rückmeldungen von den Versicherungen

| Ausgang bei der Versicherung | | Anzahl |
|------------------------------|----|------------|
| keine Haftung | | 277 |
| Einigung | | 68 |
| Gerichtsverfahren | | 49 |
| <i>Urteil =Votum</i> | 26 | |
| <i>Urteil ≠ Votum</i> | 8 | |
| <i>ausstehend</i> | 15 | |
| archiviert | | 5 |
| offen | | 10 |
| unbekannt | | 274 |
| Gesamtergebnis | | 683 |

Abbildung 87: Genaue Aufschlüsselung des Ausgangs bei den Versicherungen

In 41% (277) der Fälle wurde von der Versicherung keine Entschädigung geleistet und die Akte geschlossen. In 68 Schadensfällen (10%) konnten sich Antragstellerin und Versicherung des Antragsgegners über den Ausgang des Verfahrens und die Höhe der Entschädigung einigen. In 7% der Fälle (49) musste ein Gericht über die Fehlerfrage der Behandlung urteilen. Dabei stimmte die Entscheidung von Gutachterstelle und Gericht in 53% der Fälle (26) überein. Bei 31% (8) kam der Richter zu einem anderen Urteil als die Kommissionsmitglieder. Fünfzehn Gerichtsverfahren (16%) waren zum Zeitpunkt der

Abfrage bei der Versicherung noch nicht abgeschlossen. Das Ergebnis eines weiteren Prozents der Fälle war von der Gutachterstelle noch nicht abschließend geklärt. Wegen Archivierung konnten die Haftpflichtversicherungen den Ausgang von fünf Schadensfällen (1%) nicht beantworten. 274 Fragebögen (40%) wurden von den Versicherungen wegen datenschutzrechtlicher Bedenken nicht beantwortet.

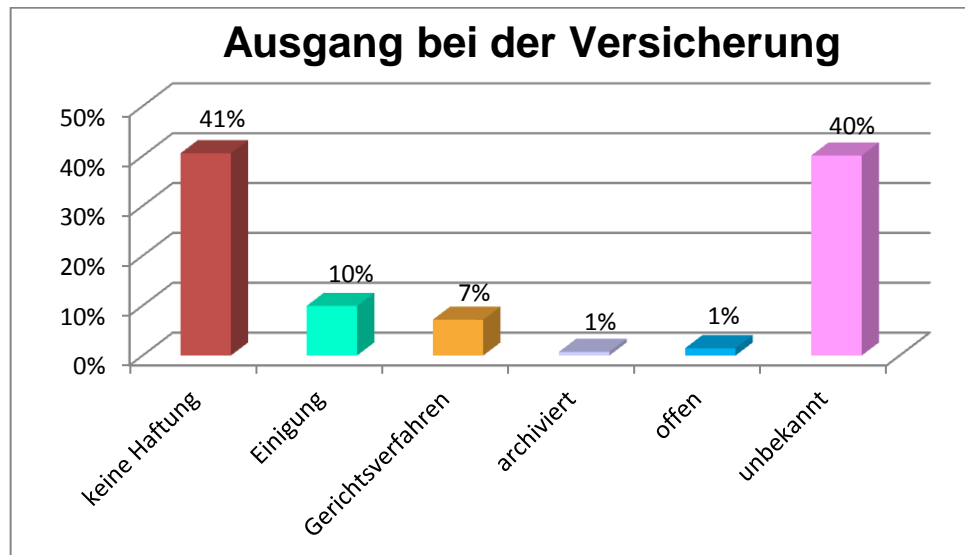


Abbildung 88: Prozentuale Verteilung des Ausgangs bei den Versicherungen

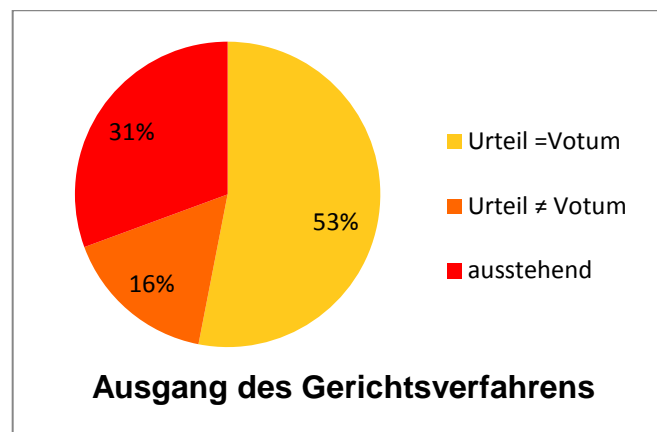


Abbildung 89: Prozentuale Verteilung des Ausgangs der Gerichtsverfahren

Lässt man die 289 Fälle (archiviert, offen und unbekannt) außer Acht, in denen man von den Versicherungen keine Rückmeldung bekam, kann man die abschließende Stellungnahme der Gutachterstelle mit dem Ausgang bei den Versicherungen direkt vergleichen. Grundlage der Betrachtung sind dann 394 Fälle. Davon waren fünf Schadensfälle (1%) von der Gutachterstelle als unklar bewertet worden, bei der Versicherung waren es fünfzehn Fälle (4%). Bei der Haftpflichtversicherung bedeutet „unklarer“ Ausgang, dass das Gerichtsverfahren noch nicht abgeschlossen war. Sowohl

bei der Schlichtungsstelle als auch bei den Versicherungen wurden 74% (Votum: 290, Versicherung: 291) der Fälle mit dem Ergebnis beendet, dass kein ärztlicher Behandlungsfehler vorgelegen hat. Die Gutachterstelle konnte 99 Ärzten (25%) eine Sorgfaltspflichtverletzung nachweisen. Die Haftpflichtversicherungen übernahmen die Verantwortung für 88 ärztliche Behandlungsfehler (22%).

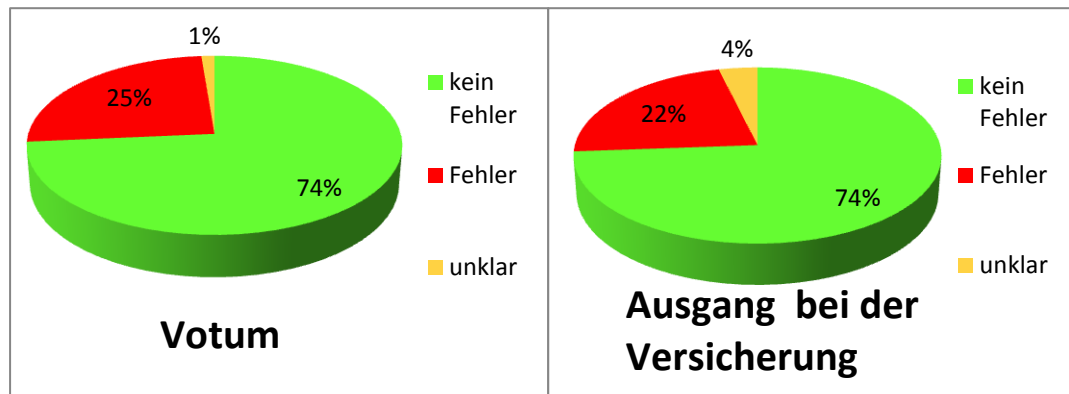


Abbildung 90: Vergleich der prozentualen Fehleranerkennung von Votum und Haftpflichtversicherung

Betrachtet man den Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen getrennt je nach Ergebnis des Votums, kommt man zu folgendem Resultat:

| | | |
|---------------|-----------------------|------------|
| Votum: | Fehler | 175 |
| Versicherung: | keine Rückmeldung | 77 |
| | Keine Haftung | 17 |
| | Einigung | 59 |
| | Gerichtsverfahren | 22 |
| | <i>Urteil = Votum</i> | 13 |
| | <i>Urteil ≠ Votum</i> | 3 |
| | <i>offen</i> | 6 |

Abbildung 91: Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen, wenn im Votum ein Behandlungsfehler festgestellt wurde

175-mal stellten die Kommissionsmitglieder mindestens eine Sorgfaltspflichtverletzung des behandelnden Arztes fest. Dabei äußerten sich die Haftpflichtversicherungen in 77 Fällen nicht über eine erfolgte Entschädigung bzw. über deren Verzicht. Bei den restlichen 98 fehlerhaften ärztlichen Behandlungen kam es in 59 Fällen zu einem außergerichtlichen Vergleich und in 22 Fällen entschied ein Gericht über den Ausgang des Verfahrens. Dreizehnmal konnten die Richter das Votum bestätigen, dreimal endete die Gerichtsverhandlung mit dem Ergebnis, dass kein ärztlicher Behandlungsfehler vorgelegen habe und sechsmal war das Urteil bei Beantwortung des Fragebogens noch

ausstehend. Trotz der Bestätigung von der Gutachterstelle, dass eine Sorgfaltspflichtverletzung seitens des Arztes vorgelegen habe, wurde die Akte in 17 Fällen geschlossen und es wurde keine Entschädigung gezahlt.

| | | |
|---------------|-----------------------|-----|
| Votum: | kein Fehler | 490 |
| Versicherung: | keine Rückmeldung | 191 |
| | Keine Haftung | 258 |
| | Einigung | 8 |
| | Gerichtsverfahren | 25 |
| | <i>Urteil = Votum</i> | 13 |
| | <i>Urteil ≠ Votum</i> | 5 |
| | <i>offen</i> | 7 |
| | unbekannt | 8 |

Abbildung 92: Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen, wenn im Votum kein Behandlungsfehler festgestellt wurde

Kein Behandlungsfehler wurde im Votum der Gutachterstelle 490-mal angegeben. Von diesen versandten Fragebögen wurden 191 nicht beantwortet. Bei 258, der 299 von den Versicherungen zurückgesandten, Fragebögen wurde angegeben, dass keine Entschädigung gezahlt und die Akte geschlossen wurde. In acht Fällen wurde außergerichtlich reguliert und in 25 Fällen urteilten Richter über den Ausgang des Verfahrens. Dabei bestätigten diese in dreizehn Fällen das Votum der Kommissionsmitglieder, in fünf Fällen kamen sie zu einer gegenteiligen Entscheidung und sieben Mal waren die Gerichtsverhandlungen noch nicht abgeschlossen. In acht Fällen konnten die Haftpflichtversicherungen keine Angaben zum Ausgang des Verfahrens bei ihnen machen.

Neun Gutachterverfahren wurden von den Kommissionsmitgliedern als unklar abgeschlossen. Viermal antworteten die Haftpflichtversicherungen in diesen Fällen nicht auf das Anschreiben. Zweimal wurde die Akte ohne Leistung der Versicherung an die Antragstellerin geschlossen, einmal wurde außergerichtlich reguliert und in zwei Fällen kam es zu einer Gerichtsverhandlung, die in beiden Fällen zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht beendet waren.

Insgesamt blieb die Übereinstimmung von Votum und Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen in 40% der Fälle (274) unbekannt. Von den restlichen 60%, nahm die Akzeptanz der Voten bei den Versicherungen mit 50% (343) den größten Anteil ein (83%). Zu einem anderen Schluss als die Gutachterstelle kamen die Haftpflichtversicherungen in 36 Fällen (5% bzw. 8% der bekannten Ausgänge). In 4% der Schadensfälle konnte kein Vergleich zwischen den beiden Institutionen erfolgen, da der

Fall entweder seitens der Versicherung (3%, 20 Fälle) oder der Gutachterstelle (1%, zehn Fälle) noch nicht beendet war.

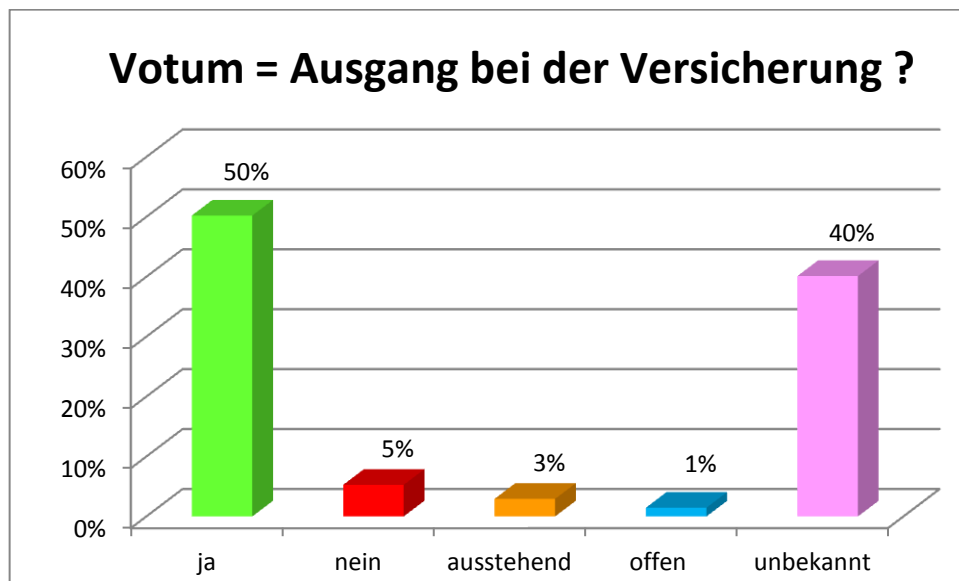


Abbildung 93: Übereinstimmung von Votum und Ausgang bei der Versicherung

3.4 Durchschnittliche Dauer eines Gutachterverfahrens und Beteiligung von Rechtsanwälten

3.4.1 Bearbeitungszeit der Behandlungsfehlerüberprüfung bei der bayerischen Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Ausgehend vom Zeitraum zwischen Eingang eines Antrags auf ein Schlichtungsverfahren bis zum Versand der abschließenden Stellungnahme, wurde die durchschnittliche Dauer eines Gutachterverfahrens bei der Bayerischen Landesärztekammer ermittelt. Der Median lag dabei bei 574,5 Tagen. Berücksichtigt wurden nur 670 Fälle, da dreizehn Fälle zum Zeitpunkt der Auswertung von der Gutachterstelle noch nicht abgeschlossen waren. Das schnellste Schlichtungsverfahren konnte in 73 Tagen abgewickelt werden. Hierbei ging es um einen gynäkologischen Fall, der in einer Board-Sitzung der gesamten Kommissionsmitglieder entschieden wurde. Auf ein externes Gutachten wurde verzichtet. Es war die Frage zu klären, ob eine Frau ausreichend über die Sinnhaftigkeit der Sentinel-Node-Biopsie (SNL) aufgeklärt wurde. Dabei stand die Aussage der Antragsstellerin gegen die Aussage des Antragsgegners. Da es der Gutachterstelle nicht möglich ist, Zeugen anzuhören, wurde der Kasus als unklar bewertet und muss vor Gericht geklärt werden. Mit 1466 Tagen dauerte ein geburtshilfliches Gutachten am Längsten. Dies betraf einen Fall mit zwei Antragsgegnern, nämlich der Frauenklinik und der Kinderklinik eines Krankenhauses. Dabei ging es um eine Frau, die in der 33. SSW mit vorzeitigen Wehen ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Mittels Tokolyse konnten die Wehen aufgehoben werden. In der 35. SSW zeigten sich dann Auffälligkeiten im CTG. Man entschied sich für einen Kaiserschnitt. Der Junge wurde anschließend in der Kinderklinik mit der Diagnose „benigne Neugeborenenkrämpfe“ behandelt. Im Verlauf stellte sich heraus, dass das Kind an einem Mikrozephalus und einer multizystischen Enzephalomalazie litt. Zur Überprüfung des Sachverhalts wurden zwei externe Gutachten eingeholt. Alle waren sich einig, dass die tragische Entstehung der Hirnschädigung des Jungen nicht aus den vorliegenden Daten zu erklären ist. Eine Schädigung des Kindes während des stationären Aufenthalts der Mutter ist wegen den zahlreichen unauffälligen CTG-Aufzeichnungen äußerst unwahrscheinlich. Als Auffälligkeiten im CTG bemerkt wurden, wurde unverzüglich gehandelt und ein Kaiserschnitt durchgeführt. Dies belegen auch die guten Apgar- und Nabelschnur-pH-Werte. Die Experten erklären, dass nach heutigem Wissensstand etwa 70% aller bleibenden Hirnschäden zu einem vor der Geburt liegenden Zeitpunkt in der Schwangerschaft entstehen, wobei die Entstehung hinsichtlich Zeitpunkt und Art unbekannt ist. Somit muss die Hirnschädigung als schicksalhaft angesehen werden, da ein ärztlicher Behandlungsfehler sowohl ante- als auch postpartal nicht zu finden war.

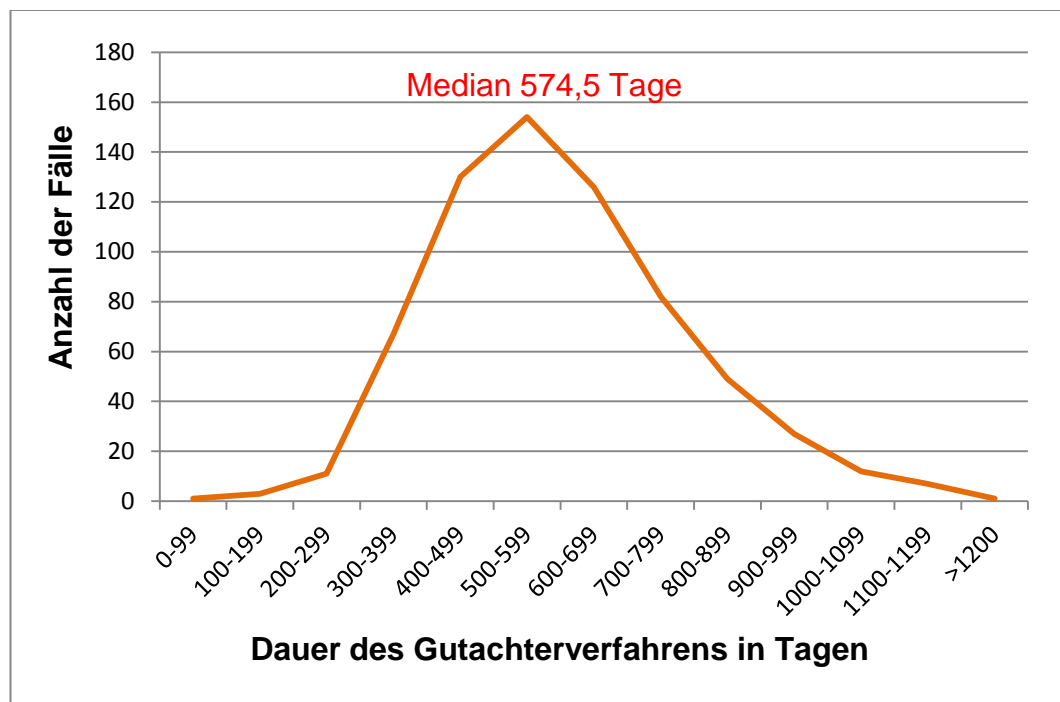


Abbildung 94: Dauer des Gutachterverfahrens in Tagen

3.4.2 Beteiligung von Rechtsanwälten am Gutachterverfahren

Nicht jeder Antragsteller lässt sich von einem Rechtsanwalt vertreten. Zu klären ist, ob eine ärztliche Behandlung häufiger als fehlerhaft bewertet wird, falls eine Vertretung durch den Rechtsanwalt erfolgt und ob dies eine Auswirkung auf die Dauer des Verfahrens bei der Gutachterstelle hat.

Betrachtet wurden 680 Schadensfälle. Davon wurden 365 Verfahren (54%) durch einen Rechtsanwalt betreut, 315 (46%) verzichteten auf einen rechtlichen Beistand.

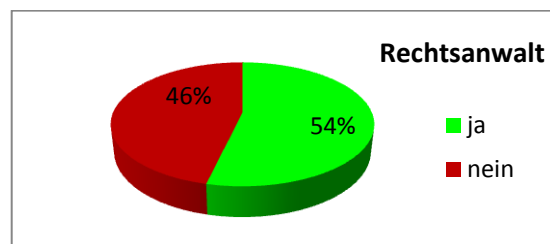


Abbildung 95: Rechtsanwaltsbeteiligung an den Gutachterverfahren

Zum Zeitpunkt der Auswertung hatten die Kommissionsmitglieder bei sieben von den 680 betrachteten Schadensfällen noch keine abschließende Stellungnahme abgegeben, so dass die Fehlerverteilung nur von 673 Fällen ausgewertet wurde. Insgesamt konnte die Gutachterstelle 175 Sorgfaltspflichtverletzungen aufdecken. Bei 490 Schadensfällen konnte kein ärztlicher Behandlungsfehler festgestellt werden und bei acht Fällen konnte sich die Schlichtungsstelle anhand der Behandlungsunterlagen kein klares Urteil bilden und musste auf den Rechtsweg verweisen. Demnach wurden 26% der gerügten Behandlungen als fehlerhaft bewertet.

| Rechtsanwalt | Anzahl | Votum | Anzahl |
|--------------|--------|-------------|--------|
| ja | 362 | kein Fehler | 259 |
| | | Fehler | 98 |
| | | unklar | 5 |
| nein | 311 | kein Fehler | 231 |
| | | Fehler | 77 |
| | | unklar | 3 |

Abbildung 96: Fehlerverteilung mit und ohne Rechtsanwalt

Vertrat ein Rechtsanwalt den Antragsteller während des Verfahrens bei der Gutachterstelle, wurde bei 27,1% der Fälle ein ärztlicher Behandlungsfehler im Votum festgestellt. In 71,5% der Fälle wurde kein Fehler beanstandet. Bei 1,4% konnte kein klares Votum verfasst werden. Verzichtete der Antragsteller auf eine rechtsanwaltliche

Vertretung wurde in 24,8% ein Fehler bemängelt, in 74,3% konnte kein Fehler gefunden werden, bei 1,0% blieb der Sachverhalt unklar.

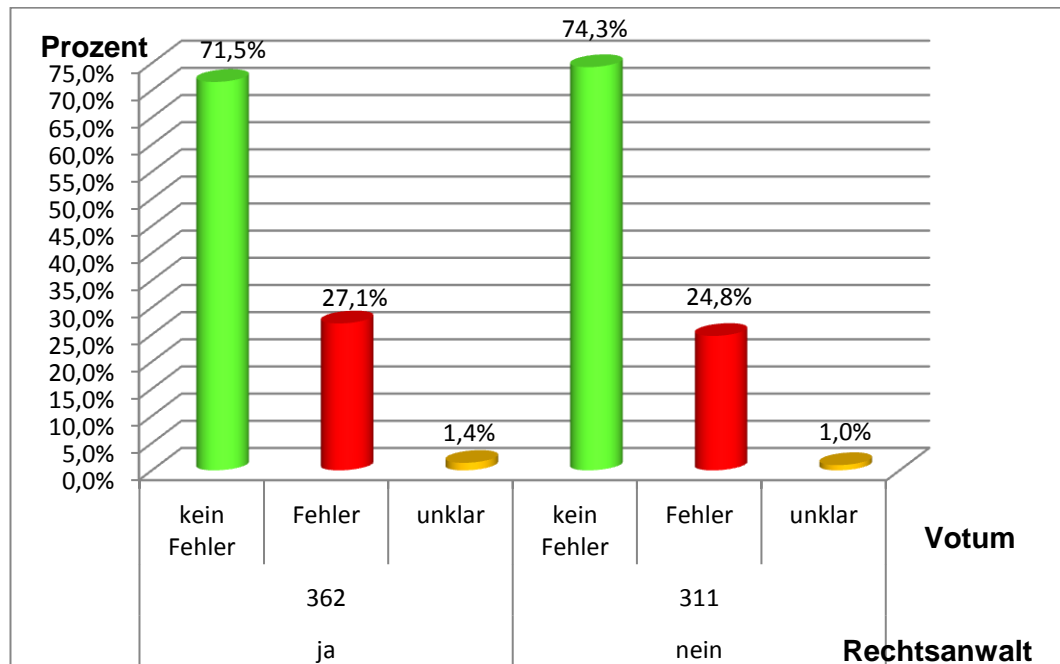


Abbildung 97: Prozentualer Anteil der Behandlungsfehler in Abhängigkeit von der Rechtsanwaltsbeteiligung

Bei der Dauer des Gutachterverfahrens wurden nur 669 Fälle betrachtet, da bei elf der insgesamt 680 Fälle zum Zeitpunkt der Auswertung das Votum noch nicht versendet bzw. erstellt worden war. Wurde der Antragsteller durch einen Rechtsanwalt vertreten, dauerte das Verfahren durchschnittlich 603 Tage, ohne Vertretung 538 Tage. Bei der Beteiligung eines Rechtsanwalts am Gutachterverfahren war die Bearbeitungszeit vom Antrag bis zur abschließenden Stellungnahme 65 Tage länger.

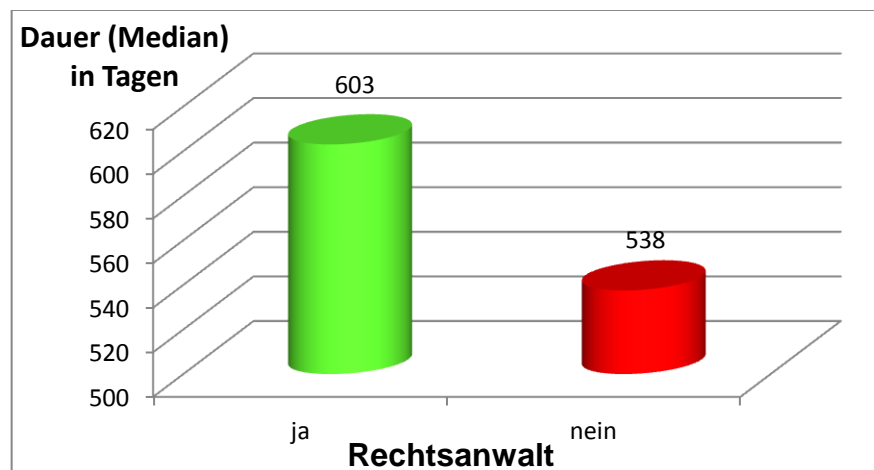


Abbildung 98: Die Dauer des Gutachterverfahrens in Abhängigkeit von der Rechtsanwaltsbeteiligung

4 Diskussion

4.1 Datenmaterial und -verarbeitung

In dieser Arbeit wurden retrospektiv 683 Schadensfälle aus der Gynäkologie und Geburtshilfe in Bayern zwischen den Jahren 2000 und 2010 ausgewertet. Unter „Schadensfälle“ verstehen wir die, von der Gutachterstelle Bayern, überprüften ärztlichen Behandlungen unabhängig vom Bestehen einer Sorgfaltspflichtverletzung. Dabei handelte es sich um eine relativ große Fallzahl.

Zehn Gutachterverfahren waren zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht abgeschlossen.

Ein Vergleich mit den Ärztekammern anderer Bundesländer war nur mit der Schlichtungsstelle Nordrhein möglich, denn eine Auswertung, die die Fachbereiche Gynäkologie und Geburtshilfe isoliert und detailliert betrachtet, ist bisher nur von Frau Dr. Weber und Kollegen von der Gutachterstelle Nordrhein vorgelegt worden. Dort wurden zwischen 2000 und 2005 980¹² und zwischen 2006 und 2010 716¹³ Begutachtungsverfahren betrachtet.

Insgesamt konnte bundesweit der Trend zu jährlich steigenden Fallzahlen beobachtet werden.^{14,15} Davon sind auch die Gynäkologen und Geburtshelfer nicht ausgenommen. Sowohl in Bayern als auch in anderen Bundesländern konnte diese Tendenz festgestellt werden. In Sachsen zum Beispiel stiegen die begutachteten Schadensfälle aus der Gynäkologie und Geburtshilfe von 21 im Jahr 2009 auf 24 im Jahr 2010.¹⁶

Konstant blieb jedoch die Anzahl der anerkannten Behandlungsfehler bundesweit bei etwa einem Drittel. In Bayern lag die Behandlungsfehlerquote im Votum in der Gynäkologie und Geburtshilfe in den Jahren 2000 bis 2010 bei 33%. Bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen Nordrhein sank der Prozentsatz der bestätigten Behandlungsfehlervorwürfe von 34,7% in den Jahren 2000 bis 2005 auf 29,3% in den Jahren 2006 bis 2010¹⁷, so dass für die Jahre 2000 bis 2010 eine Behandlungsfehlerquote von 32% angegeben werden kann. Dies entspricht der Quote an ärztlichen Behandlungsfehlern in Bayern.

Die steigenden Antragszahlen sind einerseits auf die wachsende Bekanntheit und Akzeptanz der Gutachterstellen und andererseits auf die zunehmenden und

¹² Vgl. Weber u.a., 2007, S.2

¹³ Vgl. Weber u.a., 2012, S.208

¹⁴ Vgl. Jahresstatistik der Bundesärztekammer für die Statistikjahre 2000-2010

¹⁵ Vgl. Lichtmannegger u.a., 2006, S.10

¹⁶ Vgl. URL: <http://www.slaek.de/05wir/35kommiss/40schlist/stat10.html> [21.12.2012]

¹⁷ Vgl. Weber u.a., 2012, S.208

vereinfachten Möglichkeiten für Laien, sich in den medizinischen Fachbereich einzulesen und indizierte Diagnostik und Therapien mit anderen Betroffenen zu vergleichen (Internet, Foren etc.) zurückzuführen. Hinzu kommt das Interesse der Krankenkassen, die Kosten für die bisher von ihnen getragenen Behandlungsfehler nach Möglichkeit auf die Haftpflichtversicherungen der beteiligten Ärzte und Krankenhäuser abzuwälzen.

Die Konstanz der Behandlungsfehlerquote ist dadurch zu erklären, dass durch Leitlinien (DGGG) und Fortbildungsmaßnahmen (z.B. der Ärztekammern: „Aus Fehlern lernen“ oder im „Frauenarzt“: „Fehlerquellen kennen – Fehler vermeiden“) viele häufige Sorgfaltspflichtverletzungen bereits reduziert werden konnten, während gleichzeitig mehr Behandlungen durch die Patienten kritisiert werden.

Bei der Art des Antragsgegners wurde zwischen Niedergelassen, Belegarzt, Krankenhaus und Universitätsklinik unterschieden. Die geringe Anzahl von beschuldigten Universitätskliniken (20) kann damit begründet werden, dass diese einem Gutachterverfahren nur sehr selten zustimmen. Ein Grund dafür ist der relativ hohe zeitliche Aufwand für die Vorbereitung des Schlichtungsverfahrens (Behandlungsunterlagen heraussuchen und kopieren, ärztliche Stellungnahme etc.). So ist die Anzahl der vorgebrachten bzw. bestätigten Behandlungsfehler kein Maß für die fachliche Qualifikation der betrachteten Antragsgegner zu werten. Aus diesem Grund wurde auf eine Gesamtauswertung bezüglich Behandlungsfehler und Art des Antragsgegners verzichtet. Ein Verfahren bei der Gutachterstelle in Bayern kommt nur zustande, wenn der Antragsgegner einem solchen auch zustimmt. Des Weiteren ist die behandelte „Patientenzahl pro Arzt“ und damit die Anzahl der möglichen Gelegenheiten, einen Behandlungsfehler zu begehen, zu beachten. In einem Krankenhaus arbeiten viele Ärzte, die jeweils aber eine viel kleinere Patientenanzahl therapieren als niedergelassene Kollegen.

Als Grundlage für den Aufbau dieser Arbeit dienten die Antragsschwerpunkte im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Auswertung bezog sich nur auf die jeweils häufigsten dieser Fachrichtung. Fehler bei seltenen Krankheitsbildern oder Therapien konnten nicht berücksichtigt werden. Auch die Vergleichbarkeit mit der Gutachterstelle Nordrhein war nur eingeschränkt möglich, da sich deren Gliederung an der festgestellten Fehlerart im Votum orientierte.¹⁸ Auch die Vorwürfe wurden subjektiv unterteilt und waren damit nur bedingt vergleichbar mit den Vorwürfen der Gutachterstelle Nordrhein. Dort wurden Operationsfehler beispielsweise in prä-, intra- und postoperative Fehler eingeteilt.¹⁹

¹⁸ Vgl. Weber u.a., 2012, S.208-219

¹⁹ Vgl. Weber u.a., 2012, S.208

Nicht berücksichtigt wurde in dieser Arbeit außerdem die Schwere des entstandenen Schadens. Wenn man die Vorwürfe der Antragstellerinnen mit den tatsächlich festgestellten Behandlungsfehlern im Votum vergleicht, stellt man gelegentlich keine Übereinstimmung der beiden fest. Dieser Umstand fällt besonders bei den beiden Vorwürfen „unzureichende Befunderhebung“ und „Diagnosefehler“ auf. Die Einteilung in diese beiden Kategorien ist fließend. Häufig meinten die Antragstellerinnen eventuell dasselbe, was auch im Votum festgestellt wurde, konnten es in ihren Vorwürfen aber nicht so formulieren.

Insgesamt kamen die Kommissionsmitglieder der bayerischen Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen auf 250 Behandlungsfehler. Da im Votum mehrere Sorgfaltspflichtverletzungen bei der Betreuung durch einen einzigen Mediziner angegeben werden konnten, wurde bei 175 Behandlungen ein Fehler nachgewiesen. Dabei waren 76% der bemängelten Versorgungen ursächlich für den von den Antragstellerinnen vorgebrachten Gesundheitsschaden. Ob eine Kausalität zwischen dem festgestellten ärztlichen Behandlungsfehler und dem eingetretenen Gesundheitsdefizit besteht, liegt im Ermessen der externen Gutachter und Kommissionsmitglieder. Selten konnte mit Sicherheit gesagt werden, ob eine ärztliche Maßnahme oder deren Unterlassung allein für den eingetretenen Gesundheitsschaden verantwortlich war, da häufig mehrere, teilweise auch unbekannte Faktoren an einer Schädigung beteiligt sind. Aus diesem Grund wurde die Kausalität bei den angegebenen Fehlern nicht berücksichtigt.

Bei der Aus- und Bewertung der erhobenen Daten traten folgende Schwierigkeiten auf:

- Manche Antragstellerinnen warfen den Antragsgegnern mehrere Behandlungsfehler vor. Von den Kommissionsmitgliedern konnten jedoch nicht alle, sondern eventuell andere Fehler bestätigt werden;
- Für ein und denselben Fehler wurden von den Antragstellerinnen mehrere Antragsgegner verantwortlich gemacht;
- Es konnten ärztliche Behandlungsfehler nachgewiesen werden, die aber nicht ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden waren;
- Einige der beschuldigten Ärzte lehnten ein Gutachterverfahren ab, obwohl vielleicht ein ärztlicher Behandlungsfehler hätte festgestellt werden können.

So kommt es, dass die Summen der einzelnen Kategorien nicht immer das gleiche Ergebnis bringen.

Nicht alle Patientenbeschwerden werden von der Gutachterstelle bearbeitet. In manchen Fällen ist der primäre Rechtsweg oder die direkte Beschwerde bei dem betreffenden Arzt

oder dessen Versicherung die Methode der Wahl. Daraus resultiert eine verminderte Repräsentanz der Ergebnisse.

4.2 Vergleich der abschließenden Stellungnahme mit dem Ergebnis des Verfahrens bei der Haftpflichtversicherung

Um das Ergebnis des Votums mit dem Ausgang des Verfahrens bei den Haftpflichtversicherungen vergleichen zu können, wurden die Versicherungen der an den Gutachterverfahren beteiligten Ärzte in allen 673 Fällen (10 Fälle waren zum Zeitpunkt der Auswertung von der Gutachterstelle noch nicht abgeschlossen) kontaktiert und um Mitarbeit gebeten. Mit Hilfe eines Fragebogens sollte fallbezogen die Akzeptanz der Voten bei den Haftpflichtversicherungen ermittelt werden. Dabei gab es folgende Antwortmöglichkeiten:

1) *Wir haben vom Anspruchsteller nichts mehr gehört und die Akte geschlossen:*

→ Wurde diese Antwortmöglichkeit angekreuzt, war es möglich, dass die Antragstellerin nach dem Abschluss des Gutachterverfahrens keine Ansprüche mehr geltend gemacht (egal ob das Votum auf Fehler oder kein Behandlungsfehler lautete) oder dass die Versicherung (wiederum unabhängig vom Ergebnis des Votums) keine Entschädigung an die Antragstellerin gezahlt hat.

2) *Wir haben außergerichtlich reguliert:*

→ Bei dieser Möglichkeit einigten sich Antragstellerin und Antragsgegner bzw. dessen Haftpflichtversicherung entweder auf Basis des Votums oder entgegen des Ergebnisses der Gutachterstelle auf eine Entschädigungszahlung.

3) *Es fand zum Anspruchsgrund (Fehler/Kausalität) ein Gerichtsverfahren statt:*

→ Ein Gerichtsverfahren konnte von Seiten des Antragsgegners oder der Antragstellerin eingeleitet werden. Dabei sollte diese Alternative nur angegeben werden, wenn zur Frage des Vorliegens eines ärztlichen Behandlungsfehlers eine Entscheidung gefällt werden sollte. Die Entschädigungshöhe war nicht Bestandteil dieser Auswertung, deshalb wurden Gerichtsverfahren, die zur Anspruchshöhe geführt wurden, in diesem Fragebogen nicht berücksichtigt. Entscheidend für die Auswertung des Erfolges der Gutachterstelle war die Tatsache, ob das:

- *Ergebnis konform mit dem Votum der Gutachterstelle* oder ob das
- *Ergebnis konträr zum Votum der Gutachterstelle* war.

Die Konformität des Urteils mit der abschließenden Stellungnahme war entweder gegeben, wenn beide Instanzen zu dem Vorhandensein oder dem Fehlen einer Sorgfaltspflichtverletzung gekommen waren. Die Kontrarität setzte ein gegenteiliges Ergebnis von Gericht und Gutachterstelle voraus.

Von den 673 versandten Fragebögen wurden leider nur 399 von den Haftpflichtversicherungen ausgefüllt an die Gutachterstelle zurückgeschickt. Die Fragebögen wurden an die jeweiligen Sachbearbeiter per E-Mail, Fax oder Post gesendet oder die Ergebnisse telefonisch erfragt. Bei fehlender Reaktion auf die Anfrage wurde auch noch einmal nachgefasst. Eine die Antragsgegner häufig vertretende Haftpflichtversicherung (99 vertretene Ärzte) konnte der Gutachterstelle aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Auskunft über den Ausgang des Verfahrens bei ihr geben. Die restlichen 185 fehlenden Fragebögen wurden entweder aus demselben Grund nicht beantwortet oder mangels Zeit der Sachbearbeiter. Die fehlenden Ergebnisse über die Antragstellerinnen oder deren Antragsgegner zu erfragen war ebenfalls aus datenschutzrechtlichen Aspekten nicht möglich. Somit bezogen sich meine Auswertungen und die dadurch resultierenden Schlussfolgerungen bezüglich des Ausgangs bei den Haftpflichtversicherungen auf nur 40% der gynäkologischen und geburtshilflichen Fälle der Gutachterstelle aus den Jahren 2000 bis 2010.

Lässt man die 40% unbeantworteten Fragebögen außer Acht, so kommt man zu dem Schluss, dass 83% der Voten von den Haftpflichtversicherungen akzeptiert wurden. Unter „Akzeptanz der Voten“ wurde verstanden:

- Ein von der Gutachterstelle verneinter Behandlungsfehler, der entweder von der Versicherung nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens ebenfalls abgelehnt oder durch ein Gerichtsurteil gleichfalls verneint wurde.
- Eine von den Kommissionsmitgliedern festgestellte Sorgfaltspflichtverletzung, die von der Versicherung nach Ende des Gutachterverfahrens außergerichtlich reguliert oder in einem Gerichtsurteil als solche anerkannt wurde.

Eine Auswertung von 1032 Fällen aus dem Jahr 2000 der Schlichtungsstelle Nordrhein ergab eine außergerichtliche Streitschlichtungsquote von 86,8%.²⁰ Die „außergerichtliche Streitschlichtungsquote“ war definiert als „der Anteil der Haftungsstreitigkeiten, die ohne Inanspruchnahme gerichtlicher Instanzen unmittelbar durch das Verfahren vor der Gutachterkommission als befriedet gewertet werden können“.²¹ Die Rücklaufquote der versandten Fragebögen lag bei dieser Auswertung bei 97,5%.²² Dieser immense Unterschied zwischen den Beteiligungsquoten der Haftpflichtversicherungen an den durchgeführten Evaluationen der Gutachterstelle Bayern bzw. Nordrhein mag daran

²⁰ Vgl. Laum u.a., 2003, S.10

²¹ Laum u.a., 2003, S.10

²² Vgl. Laum u.a., 2003, S.10

liegen, dass die vorliegende Auswertung einen Zeitraum von 11 Jahren umfasste und die Versicherungen eine große Anzahl an Fragebögen erhielten, was die Motivation zur Beantwortung möglicherweise stark beeinträchtigt hat. Im Gegensatz zur Untersuchung der Schlichtungsstelle Nordrhein wurde in dieser Auswertung die Kausalität des festgestellten Behandlungsfehlers aus unter 4.1 genannten Gründen nicht berücksichtigt, ebenso die Höhe der Entschädigungszahlung durch die Haftpflichtversicherungen.

Wie aus den 399 Rückmeldungen der Versicherungen hervorgeht, wurde in 49 Fällen ein Gericht zur Klärung des Sachverhalts beauftragt. Dies entspricht einem Prozentsatz von 12. Bei der Gutachterstelle Nordrhein kam es bei 13,2% der aus dem Jahr 2000 ausgewerteten Schadensfälle zu einer Gerichtsverhandlung. Jedoch waren 22 der 133 Gerichtsverfahren wegen der Anspruchshöhe eingeleitet worden. Von den abgeschlossenen Verfahren (49) waren nur 0,6% der Urteile (6) konträr zum Votum.²³ 34 der 49 bayerischen Gerichtsverhandlungen waren zum Zeitpunkt der Fragebogenbeantwortung bereits abgeschlossen. Ein mit dem Votum konformes Urteil wurde in 76% der Verhandlungen (26) gefällt. In 24% der Fälle (8) kam das Gericht zu einem anderen Ergebnis hinsichtlich des Vorliegens eines ärztlichen Behandlungsfehlers wie die Kommissionsmitglieder in ihrem Votum.

Eine Analyse der bundesweit im Jahr 2004 abgeschlossenen Schadensfälle durch Gutachterstellen bzw. erstinstanzliche Gerichte ergab zwischen den Bundesländern erhebliche Differenzen sowohl in der Zahl der beanstandeten ärztlichen Behandlungen als auch darin, ob in erster Linie die Gutachterstelle oder ein Gericht über den Vorgang entscheiden sollte. In Nordrhein-Westfalen beklagten die Einwohner am häufigsten eine ärztliche Behandlung. Dabei fielen 2588 (14/100.000 Einwohner) der bearbeiteten Schadensfälle auf die Gutachterstelle und über 4520 Fälle (25/100.000 Einwohner) urteilten Richter. Im Gegensatz dazu wurden von der Gutachterstelle in Bayern 491 (ca. 4/100.000 Einwohner) ärztliche Behandlungen unter die Lupe genommen und 1691 (in etwa 14/100.000 Einwohner) Gerichtsverhandlungen eingeleitet.²⁴ Woher diese Unterschiede kommen, kann nur spekulativ beantwortet werden. Insgesamt konnte jedoch festgestellt werden, dass in Bayern sowohl die Anzahl bezogen auf die Einwohnerzahl der überprüften Behandlungen durch die Gutachterstelle als auch durch die Gerichte im bundesweiten Vergleich zu den niedrigsten gehörten. Es ist gut möglich, dass dabei der hohe gesellschaftliche Status eines Arztes, der in den ländlichen Gegenden Bayerns wohnenden Menschen, eine entscheidende Rolle spielt.

Eine Bewertung der Versicherungskammer Bayern der zwischen 2001 und 05/2005 abgeschlossenen Verfahren ergab, dass das Votum der Gutachterstelle der Bayerischen

²³ Vgl. Laum u.a., 2003, S.12 f.

²⁴ Vgl. Berg u.a., 2006, S.214

Landesärztekammer in 95% der Fälle von der Haftpflichtversicherung akzeptiert wurde.²⁵ Dieses Ergebnis kann zwar nicht für alle Versicherungen angenommen werden, jedoch wiegt die Akzeptanz der Versicherungskammer Bayern für die Voten der Gutachterstelle Bayern am Schwersten, da diese die häufigste Haftpflichtversicherung der bayerischen Antragsgegner zwischen 2000 und 2010 war.

Ein weiterer Aspekt, der die Akzeptanz der Voten der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen in Bayern misst, ist die Quote der Zustimmung der bayerischen Ärzte zu einem Schlichtungsverfahren durch die Gutachterstelle Bayern. Diese wurde in dieser Arbeit nicht bestimmt. Zwischen 2002 und 2007 wiesen nur 3% der Ärzte ein Gutachterverfahren durch die Schlichtungsstelle Nordrhein ab.²⁶

²⁵ Vgl. Lichtmanegger u.a., 2006, S.13 f.

²⁶ Vgl. Weber u.a., 2009, S.410

4.3 Durchschnittliche Dauer eines Gutachterverfahrens und Beteiligung von Rechtsanwälten

4.3.1 Bearbeitungszeit eines Gutachterverfahrens

Bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen in Bayern dauerte ein Gutachterverfahren durchschnittlich 574,5 Tage (Median), also in etwa 19 Monate. Dabei wurde der Zeitraum vom Eingang eines Schlichtungsantrages bis zum Versand der abschließenden Stellungnahme berücksichtigt. Der Median umfasst Bearbeitungszeiten von mindestens 73 Tagen bis maximal 1466 Tage. Gründe für Verzögerungen in der Abwicklung der Gutachterverfahren sind vielfältig:

- Zustimmung zum Gutachterverfahren durch Antragsgegner und dessen Haftpflichtversicherung.
- Anforderung der benötigten Behandlungsunterlagen bei verschiedenen Ärzten.
- Erstellung der Sachverhaltszusammenfassung und Überprüfung der Behandlungsunterlagen auf Vollständigkeit.
- Anfertigung des Gutachtenauftrags.
- Mehrmalige Möglichkeit zur Stellungnahme durch die Verfahrensbeteiligten.
- Gutachtenerstellung.
- Verfassen der abschließenden Stellungnahme.

Zu beachten ist, dass die Berechnung der Dauer eines Gutachterverfahrens mit Hilfe der Excel-Funktion „Tage360“ nicht genau ist, da ein „normales“ Jahr 365 Tage und ein Schaltjahr 366 Tage hat. Deshalb ist der angegebene Median nur ein grober Richtwert.

4.3.2 Rechtsanwaltsbeteiligung an den Gutachterverfahren

Die Quote der an bayerischen Gutachterverfahren beteiligten Rechtsanwälte lag zwischen 2000 und 2010 bei 54% (365 Verfahren). Dies entspricht den Auswertungen der Jahre 1999 bis 2003, bei denen 50 bis 54% der Gutachterverfahren durch Rechtsanwälte begleitet wurden.²⁷ Unberücksichtigt der Tatsache, ob das Verfahren durch einen Rechtsanwalt vertreten wurde oder nicht, wurden 26% der von den Antragstellerinnen beanstandeten Behandlungen von der Gutachterkommission als berechtigt und damit als fehlerhaft angesehen. Mit rechtlichem Beistand wurden 27,1% der Behandlungen als fehlerhaft anerkannt, ohne Rechtsanwalt lag die Fehlerquote bei 24,8%. Dieser Unterschied von gut 2% kann unbeachtet gelassen werden. Deshalb kann

²⁷ Vgl. Berg u.a., 2006, S.213

in Summe davon ausgegangen werden, dass der Ausgang des Verfahrens unabhängig von der Vertretung durch einen Rechtsanwalt ist.

Der Median der Dauer eines Gutachterverfahrens bei der bayerischen Landesärztekammer betrug zwischen 2000 und 2010 574,5 Tage. Mit eingeschaltetem Rechtsanwalt dauerte das Schlichtungsverfahren im Mittel 603 Tage und ohne Unterstützung durch einen juristischen Fachmann 538 Tage. Dieser Unterschied von 65 Tagen zwischen einem Verfahren ohne und mit rechtsanwaltlicher Beteiligung ist bei der Gesamtdauer eines Gutachterverfahrens vernachlässigbar klein.

Diese Zahlen bestätigen die Gutachterstelle als eine, von äußeren Einflüssen, insbesondere von der Vertretung durch einen Rechtsanwalt, unabhängige Institution zur Bewertung medizinischer Sachverhalte. Sowohl der Ausgang als auch die Dauer des Verfahrens sind mit und ohne Rechtsanwalt in etwa gleich.

4.4 Behandlungsfehlerschwerpunkte in der Gynäkologie

4.4.1 Mammakarzinom

Bei Frauen ist das Mammakarzinom in Deutschland und auch in anderen Ländern der westlichen Welt die häufigste Krebserkrankung. Es hat einen Anteil von 24% der bösartigen Neuerkrankungen bei Frauen in Deutschland. An erster Stelle steht der Brustkrebs bei Frauen auch bei der Krebssterblichkeit mit 18%.²⁸ Das mittlere Erkrankungsalter lag 2008 bei 65 Jahren. In diesem Jahr wurden rund 72.000 Neuerkrankungen in Deutschland diagnostiziert, mit steigender Tendenz.²⁹

Im Jahr 2010 war der Brustkrebs gemeinsam mit der Oberschenkelfraktur bundesweit bei den Gutachterstellen auf Platz sechs der häufigsten Antragsstellungen auf ein Schlichtungsverfahren (124 Anträge).³⁰ Von den gynäkologischen Anträgen nahm die Behandlungsüberprüfung des Mammakarzinoms 17% (2000-2010) in Bayern und 22% (2000-2005) bzw. 21% (2006-2010) in der Schlichtungsstelle Nordrhein ein.³¹ Auf ganz Deutschland bezogen wurden Behandlungen der niedergelassenen Kollegen im Zusammenhang mit einem Mammakarzinom am häufigsten bemängelt (41 Fehler).³² In Bayern wurde in den Jahren 2000 bis 2010 eine Behandlungsfehlerquote von 44% festgestellt. Dies entspricht auch den statistischen Auswertungen der Gutachterstelle Nordrhein aus den Jahren 2003 bis 2007.³³ Damit liegt die Behandlungsfehlerquote beim Mammakarzinom über dem Durchschnitt von einem Drittel in der Gynäkologie und Geburtshilfe in Bayern.

Für eine günstige Prognose beim Brustkrebs, ist es sehr wichtig, dass die Erstdiagnose möglichst frühzeitig gestellt wird. Deshalb soll anhand der häufigsten Fehler in der Diagnostik dieser Erkrankung ein Weg gefunden werden, wie man diese in Zukunft vermeiden kann. Die beiden häufigsten von der Gutachterstelle in Bayern aufgezeigten Sorgfaltspflichtverletzungen waren unzureichende Befunderhebungen (22-mal) und Diagnosefehler (16-mal). Diese Vorwürfe wurden vor allem den niedergelassenen Ärzten angelastet, worunter sich auch etliche Radiologen befanden (fünf unzureichende Befunderhebungen und acht Diagnosefehler). Von der Gutachterstelle Nordrhein konnte dieser Trend ebenfalls bestätigt werden.³⁴ Auch Haftpflichtversicherungen konnten beobachten, dass unter den Gynäkologen der Vorwurf der fehlerhaften Diagnostik beim Mammakarzinom führend bei den Schadensersatzanmeldungen ist. Laut einer

²⁸ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2005, S.7 ff.

²⁹ Vgl. Robert Koch-Institut u.a. (Hrsg.), 2012, S.64

³⁰ Vgl. Bundesärztekammer (Hrsg.), 2011, S.6

³¹ Vgl. Weber u.a., 2007 bzw. 2012, S.2 bzw. 209

³² Vgl. Bundesärztekammer (Hrsg.), 2011, S.12

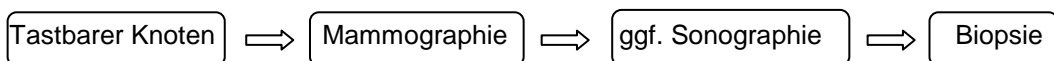
³³ Vgl. Weber u.a., 2009/2010, S.75

³⁴ Vgl. Weber u.a., 2012 bzw. 2009/2010, S.214 bzw. S.76

Auswertung ab 1991 von 157 Schadensfällen einer Gutachterstelle, wurden vor allem folgende Sorgfaltspflichtverletzungen festgestellt:³⁵

- Die Tastuntersuchung der Brüste war unzureichend;
- Indizierte Mammographien wurden nicht durchgeführt;
- Bei tastbarem Befund wurden keine weiterführenden Maßnahmen eingeleitet, um die Frage der Malignität zu klären;
- Bei der Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen wurde nicht ausreichend auf die Dringlichkeit und Konsequenzen bei Unterlassung hingewiesen.

Diese Auswertung stimmt mit meinen Ergebnissen von der bayerischen Gutachterstelle überein. Zusammenfassend betrafen die meisten Fehler Störungen in der Diagnosekette:



Um diese Defizite auszugleichen, wurde die S3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ entwickelt und im August 2003 publiziert.³⁶ Im Jahr 2008 wurde eine überarbeitete Auflage veröffentlicht.³⁷ Ziel dieser Leitlinie ist es, die Diagnosekette zu optimieren und flächendeckend zu verbreiten, so dass häufige Fehler reduziert und langfristig die Sterblichkeit des Mammakarzinoms gesenkt und die Lebensqualität der Patientinnen verbessert werden können.³⁸ Da diese Leitlinien noch nicht bei der Behandlung aller ausgewerteten Schadensfälle berücksichtigt werden konnten, erscheint es wahrscheinlich, dass in den folgenden Jahren eine Verringerung der Behandlungsfehler in der Diagnostik des Mammakarzinoms zu verzeichnen sein wird. Im Folgenden soll eine Möglichkeit zur Optimierung der einzelnen Kettenglieder in der Diagnostik gezeigt werden:

- **Palpation der Brust:**

Grundlage für die Früherkennung des Brustkrebses ist die regelmäßige Selbstuntersuchung der Brust, da über 80% der Knoten von den Betroffenen erstmals selbst ertastet werden.³⁹ Diese sollte immer zum gleichen Zeitpunkt im Zyklus vorgenommen werden, bei der geschlechtsreifen Frau am besten unmittelbar nach der Menstruation.⁴⁰ Hilfreich ist dabei eine Anleitung vom behandelnden Gynäkologen. Ab dem 30. Lebensjahr ist außerdem eine jährliche Inspektion und Palpation der Brust und deren Lymphabflusswege durch den

³⁵ Vgl. DGGG (Hrsg.): Das nicht erkannte Mammakarzinom, 2008, S.38

³⁶ Vgl. DGGG (Hrsg.), Das nicht erkannte Mammakarzinom, 2008, S.42

³⁷ Vgl. Albert u.a., 2010, S.73

³⁸ Vgl. Heilmann u.a.,2002, S.8

³⁹ Vgl. Kreienberg u.a., 2002, S.71

⁴⁰ Vgl. Kiechle, 2007, S. 52 f.

Frauenarzt zu empfehlen. Kann eine neu entstandene Verhärtung getastet werden, sollte eine Bildgebung veranlasst werden.⁴¹

- **Bildgebende Verfahren:**

Unter 40 Jahren erfolgt die Abklärung des Befundes mittels Ultraschall. Über 40 Jahren ist das Mittel der Wahl die Mammographie. Bei einer mammographisch dichten Brust (ACR 3 oder 4, siehe Anhang 6), einer BRCA1/2-Mutation und bei einem suspekten Mammographiebefund bzw. bei BI-RADS 4 oder 5 (siehe Anhang 7) sollte die Brust zur Erhöhung der Sensitivität additiv sonographisch untersucht werden.^{42,43,44} Die Mammographie sollte bei prämenopausalen Frauen in der ersten Zyklushälfte durchgeführt werden, da die Brustdrüse in dieser Phase hormonbedingt weniger dicht und druckschmerzhaft ist.^{45,46}

Um eine falsche Diagnosestellung durch die Radiologen zu vermeiden, erfolgte 2002 eine „Angleichung an die DIN-Norm und Umsetzung der Euratom-Empfehlungen hinsichtlich Geräte- und Aufnahmequalität, Ausbildung, Weiterbildung und Qualitätssicherung durch Schulungen (RöV) entsprechend der Leitlinienempfehlungen“.^{47,48} Mit Einführung der digitalen Mammographie ist es möglich, eine computergestützte Beurteilung von Mammogrammen zu nutzen. Durch eine automatisierte Mustererkennung kann die obligate Doppelbefundung durch eine Zweitdiagnose mittels Computer ersetzt werden.⁴⁹

- **Histologische Abklärung:**

Eine histopathologische Untersuchung von Gewebeproben erfolgt bei einem Befund mittels Sonographie, Mammographie oder Magnetresonanztomographie von Bi-RADS IV oder V oder suspekten Läsionen. Die Indikation für eine ultraschallgesteuerte Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie besteht bei allen Befunden, bei denen ein sonographisches Korrelat vorliegt. Nach den Leitlinien sollten mindestens vier Gewebeproben mit einer Nadeldicke von mindestens 14G gewonnen werden, um eine hohe Treffsicherheit zu ermöglichen. Bei Mikroverkalkungen bzw. mammographischen Läsionen ohne sonographischen Befund ist die stereotaktisch gesteuerte Vakuumbiopsie das Mittel der Wahl, da hierbei eine größere Gewebemenge entnommen werden kann. Bei einer 10-G-Nadel sollten mindestens 12 Biopsien gewonnen werden.^{50,51}

⁴¹ Vgl. Jonat u.a., 2011, S.3

⁴² Vgl. Albert u.a., 2010, S.74

⁴³ Vgl. DGGG (Hrsg.), Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 2008, S.45f.

⁴⁴ Vgl. Rieber-Brambs u.a., 2010, S.59

⁴⁵ Vgl. Rieber-Brambs u.a., 2010, S.55

⁴⁶ Vgl. Janni u.a., 2009, S.181

⁴⁷ Albert u.a., 2010, S.72

⁴⁸ Vgl. DGGG (Hrsg.), Das nicht erkannte Mammakarzinom, 2008, S.43

⁴⁹ Vgl. Dronkers u.a., 1999, S. 90

⁵⁰ Vgl. DGGG (Hrsg.), Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 2008, S.48

⁵¹ Vgl. Schleich u.a., 2009, S.45 f.

In der Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler betonte Prof. Dr. Krebs in seinem Vortrag über das Mammakarzinom in der gynäkologischen Praxis die Wichtigkeit der ärztlichen Dokumentation: Bei verdächtigem Tastbefund der Brust ist dieser genauestens schriftlich festzuhalten, wenn die Patientin ein bildgebendes Verfahren oder eine histologische Abklärung verweigert. Außerdem ist die Ablehnung der weiteren Diagnostik durch die Patientin zu dokumentieren. Hält der Frauenarzt einen Kontrolltermin für unerlässlich, ist diese Tatsache und der vereinbarte Abstand zur aktuellen Untersuchung in der Patientenakte zu vermerken.⁵²

Abschließend ist festzuhalten, dass ein Knoten, der einen kleineren Durchmesser als 0,5 cm hat, selbst bei sorgfältiger Untersuchung weder getastet noch mit den bildgebenden Verfahren abgebildet werden kann. Des Weiteren hängt die Qualität der Diagnostik maßgeblich von der Erfahrung des Arztes ab.⁵³

4.4.2 Läsion von Nachbarorganen

Die intraoperative Schädigung eines zum Operationsgebiet benachbarten Organs ist keine Seltenheit. Von der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen in Bayern wurden in den Jahren 2000 bis 2010 insgesamt 104 Eingriffe untersucht, bei denen 110 Organe verletzt wurden. Damit war die Läsion von Nachbarorganen mit 18% der häufigste Grund für geschädigte Patientinnen, einen Antrag auf ein Schlichtungsverfahren zu stellen. Am häufigsten verletzt wurden der Darm (40-mal), der Harnleiter (20-mal), die Harnblase (19-mal) und ein benachbarter Nerv (16-mal). Die Hysterektomie (53 Organverletzungen) und die Laparoskopie (46 Organverletzungen) stellten dabei die Verfahren mit dem größten Risiko für eine Organverletzung dar.

Als ärztlicher Behandlungsfehler wird die Läsion von Nachbarorganen aber nur dann gewertet, wenn sie durch einen intraoperativen Sorgfaltsmangel verursacht oder fehlerhaft verkannt wurde.⁵⁴ Die beiden häufigsten durch die Kommissionsmitglieder der Gutachterstelle Bayern festgestellten Sorgfaltspflichtverletzungen bei Organverletzungen waren zwölfmal die fehlerhafte Durchführung der Operation und neunmal die unzureichende Befunderhebung, welche vor allem eine postoperativ zu spät gestellte Diagnose der Läsion darstellte. Im Folgenden wird für die drei am häufigsten beschädigten Organe (Darm, Ureter und Harnblase) ein Vorgehen zur optimalen Schonung der Strukturen vorgestellt.

⁵² Vgl. Hickl u.a., 2000, S.25

⁵³ Vgl. Goecke, 1991, S.133

⁵⁴ Vgl. Weber u.a., 2012, S.212

4.4.2.1 Verletzungen des Darms bei der Laparoskopie

Bei gynäkologischen Eingriffen kommt es relativ häufig zu Verletzungen des Darms. 72% der Läsionen treten sogar bei unkomplizierten Operationen auf. Dabei betreffen dreiviertel der Verletzungen den Dünndarm, bei nur einem Viertel ist der Dickdarm betroffen.⁵⁵

Eingriffe mit folgenden Befunden sind besonders gefährdet, eine Läsion der Darmwand nach sich zu ziehen:⁵⁶

- Chronisch-entzündliche Adnextumoren (Konglomerattumoren), die mit dem Darm verwachsen sind;
- Uterusmyom;
- Geschwulste der Ovarien;
- Endometrioseherde in unmittelbarer Nachbarschaft zum Darm;
- Operation nach Wertheim beim Zervixkarzinom;
- Hintere Kolporrhaphie;
- Laparoskopische Tubensterilisation (insbesondere bei monopolarer Elektrokoagulation).

Laut Kolmorgen (2003) werden 0,06 – 0,8% der Darmverletzungen durch gynäkologische Laparoskopien verursacht. Die Laparoskopie ist damit die häufigste Ursache für eine Läsion der Darmwand.⁵⁷

Bei der Schlichtungsstelle Nordrhein kam es in den Jahren 2000 bis 2005 bei zwei Dritteln der untersuchten Laparoskopien zu Nachbarorganläsionen (Gutachterstelle Bayern 2000-2010: 75%). Die häufigsten Verletzungen betrafen den Darm (43-mal, Bayern 2000-2010: 29-mal), den Ureter (12-mal, Bayern 2000-2010: 4-mal), ein Gefäß (5-mal, Bayern 2000-2010: 4-mal) und die Harnblase (2-mal, Bayern 2000-2010: 4-mal). Die hohe Anerkennungsquote von Behandlungsfehlern bei Laparoskopien von 45% bei der Gutachterstelle Nordrhein⁵⁸, konnte mit einer Behandlungsfehlerquote von 13% in Bayern nicht bestätigt werden.

Bei der Laparoskopie kommt es entweder beim Einbringen der laparoskopischen Instrumente (Trokar, Verres-Nadel) in die Bauchhöhle oder beim laparoskopischen Operationsvorgang an sich zu Verletzungen der Darmwand. Ein erhöhtes Risiko für eine solche Art der Verletzung haben Frauen, die bereits eine Ober- oder Unterbauchoperation hinter sich haben oder Patientinnen mit vorangehender Entzündung im kleinen Becken. Bei diesen Risikopatientinnen sollte nach Möglichkeit das Verfahren

⁵⁵ Vgl. Blythe u.a., 1998, S.100

⁵⁶ Vgl. Kremling, 1991, S.92 f.

⁵⁷ Vgl. Kolmorgen, 2003, S.1178

⁵⁸ Vgl. Weber u.a., 2007, S.3

der Wahl die Minilaparoskopie, das Eingehen am Rippenbogen oder die offene Laparoskopie sein, da diese Zugangsarten eine geringere Gefahr für Darmläsionen beherbergen. Ein ebenfalls erhöhtes Risiko für das Entstehen einer Darmverletzung haben Frauen mit Verwachsungen, sowohl im Genital- als auch Extragenitalbereich. Bei diesen Frauen kommt es vor allem durch scharfe Instrumente oder Koagulationswerkzeug zu Darmläsionen.⁵⁹

Die zwei häufigsten Fehlerquellen bei Darmverletzungen bestehen darin, die Läsion intraoperativ nicht zu erkennen, was den größten Anteil der Verletzungen betrifft, und erste Anzeichen häufig nicht ernst zu nehmen. Folge ist nach einer anfänglichen Beschwerdelosigkeit von zwei bis drei Tagen eine zunehmende Bauchfellentzündung.⁶⁰ Bei Koagulationsdefekten kann dieses beschwerdefreie Intervall auch zehn bis vierzehn Tagen umfassen.⁶¹ Wegen der Häufigkeit von Darmwandläsionen ist es zwingend erforderlich, dass der gynäkologische Operateur eine solche Verletzung erkennen und diese chirurgisch versorgen kann.⁶² Durch den ständigen Druck von Genitaltumoren auf die Darmwand wird diese immer dünner, so dass eine Verletzung in dieser wie auch anderen Situationen nicht immer verhindert werden kann.⁶³ Deshalb ist es äußerst wichtig, dass auch nach einer unkompliziert verlaufenden Operation am Ende der komplette Darm explorativ nach Verletzungen abgesehen wird. Wird eine Läsion gefunden ist folgendes Vorgehen zu empfehlen:^{64,65}

- Übernähung der Verletzung mittels laparoskopischer Nahttechnik (bei unzureichender Erfahrung Laparotomie);
- Gründliche Spülung der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung zur Vermeidung einer Peritonitis;
- antibiotische Abdeckung.

Kommt es trotz intraoperativ sorgfältigem Ausschluss einer Darmwandverletzung zu postoperativen Abdominalschmerzen mit Temperaturanstieg, sollte nicht gezögert werden rechtzeitig eine Second-Look-Laparoskopie oder Laparotomie durchzuführen, um schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden.⁶⁶

⁵⁹ Vgl. Kolmorgen, 2003, S.1178

⁶⁰ Vgl. Kolmorgen, 2004, S.119

⁶¹ Vgl. Kolmorgen, 2003, S.1178

⁶² Vgl. Blythe u.a., 1998, S.100

⁶³ Vgl. Kremling, 1991, S.92

⁶⁴ Vgl. Kolmorgen, 2003, S.1179

⁶⁵ Vgl. Blythe u.a., 1998, S.103

⁶⁶ Vgl. Kolmorgen, 2003, S.1178

4.4.2.2 Verletzungen des Harnleiters bei der Hysterektomie

Von einer besonderen Gefährdung des Harnleiters ist in folgenden Situationen auszugehen:

- „Ausgedehnte Endometriose,
- Entzündliche Adnextumoren,
- Ausgedehnte Adhäsionen im kleinen Becken,
- Intraligamentäre Tumoren,
- Zervikale Myome,
- Parazervikale und paravaginale Zysten,
- Große, mit der Beckenwand verbackene maligne oder benigne Ovarialtumoren,
- Doppelmissbildungen des Uterus,
- Zervixkarzinome,
- Geplante pelvine, periaortocavale Lymphonodektomie,
- Status nach mehrmaliger Sectio; Plazenta-Insertion im Zervixbereich, besonders bei Placenta increta; Nothysterektomie nach Spontangeburt oder Sectio.“⁶⁷

Auf Grund der Nähe des Harnleiters zum Operationsgebiet, tritt eine Verletzung in der Regel an einer der folgenden Stellen auf.^{68,69}

- Am Ligamentum infundibulopelvicum,
- Im Bereich der Unterkreuzung der A. uterina,
- Vor Eintritt in die Harnblase.

Eine Beschädigung des Ureters kann verursacht werden durch:⁷⁰

- Eine Wandverletzung oder Durchtrennung,
- Das Miterfassen der Ureterwand mit der Nadel,
- Die Verlegung des Ureterlumens (z.B. durch ein Hämatom),
- Eine narbige Veränderung des Ureters postoperativ,
- Eine präparationsbedingte Störung der Durchblutung der Ureterwand.

Bei gynäkologischen Eingriffen kommt es bei ca. 0,5 - 2,5% zu Läsionen des Ureters.⁷¹ Am häufigsten passiert eine solche Verletzung bei Gebärmutterentfernungen, bei der abdominalen Hysterektomie in knapp 1% der Fälle, beim vaginalen Zugang in unter

⁶⁷ DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.51

⁶⁸ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.48

⁶⁹ Vgl. Blythe u.a., 1998, S.108

⁷⁰ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.48

⁷¹ Vgl. Blythe u.a., 1998, S.108

0,5% der Fälle.⁷² Das höchste Risiko für Organverletzungen (Ureter, Blase, Darm) birgt die laparoskopische Gebärmutterentfernung, die Höhe des Risikos schwankt je nach Verfahren.⁷³

In Bayern wurde zwischen 2000 und 2010 bei 50 von 86 Gebärmutterentfernungen eine Organläsion beanstandet. Davon wurden durch eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung zwölf Läsionen verursacht. Bei 105 beklagten Hysterektomien bei der Schlichtungsstelle Nordrhein kam es in den Jahren 2006 bis 2010 zu 11 fehlerhaften Nachbarorganläsionen. Darunter war sechsmal der Ureter (Bayern 2000-2010: viermal), dreimal der Darm (Bayern 2000-2010: dreimal) und jeweils einmal die Harnblase und ein Nerv (Bayern 2000-2010: drei- und zweimal) betroffen.⁷⁴ Insgesamt trat in Bayern 15-mal eine Ureterläsion auf, wobei der Harnleiter 12-mal bei einem abdominellen und dreimal bei einem vaginalen Zugang beschädigt worden war.

Der wichtigste Grundsatz zur Vermeidung von Ureterverletzungen ist die korrekte Indikationsstellung und die Auswahl eines geeigneten Operationsverfahrens. Die Indikation und Begründung des gewählten Zugangswegs (abdominell, vaginal, endoskopisch) sollten im Operationsbericht und im Aufklärungsbogen dokumentiert werden, vor allem dann, wenn von einem erhöhten Verletzungspotential des Harnleiters auf Grund von anatomischen Anomalien/Schwierigkeiten ausgegangen werden muss. Selbst bei erhöhter Sorgfalt des Operateurs kann eine Schädigung des Harnleiters nicht immer vermieden oder intraoperativ erkannt werden, auch darüber sollte die Patientin aufgeklärt werden.^{75,76} Die Komplikationsrate kann jedoch durch einen erfahrenen Operateur deutlich gesenkt werden.⁷⁷

Liegt einer der oben genannten Situationen vor, in denen der Harnleiter für eine Läsion besonders gefährdet ist, empfiehlt es sich vor der geplanten Operation eine Diagnostik der ableitenden Harnwege mittels Sonographie des Nierenbeckenkelchsystems durchzuführen.^{78,79} Außerdem dokumentiert eine präoperative Diagnostik den Status quo vor einer eingetretenen Komplikation. Bei zu erwartenden oder bereits vorliegenden urologischen Schwierigkeiten sollten präoperativ ein Ausscheidungsurogramm und eine Ureterschienung erfolgen.⁸⁰

⁷² Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.48

⁷³ Vgl. Söhngen u.a., 2012, S.634

⁷⁴ Vgl. Weber u.a., 2012, S.212

⁷⁵ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.49 f.

⁷⁶ Vgl. Kremling, 1991, S. 81

⁷⁷ Vgl. Söhngen u.a., 2012, S.634

⁷⁸ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.51

⁷⁹ Vgl. Kremling, 1991, S. 87

⁸⁰ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.51

Intraoperativ ist die Darstellung und Freipräparation des Ureters nur dann erforderlich, wenn einer der oben genannten den Harnleiter gefährdenden Situationen vorliegt und gleichzeitig keine unübersichtlichen Bedingungen vorherrschen, die eine Präparation komplikationsträchtiger erscheinen lassen als deren Unterlassung. In diesem Fall sollten die Umstände sorgfältig schriftlich festgehalten werden. Bei präoperativ unauffälliger Diagnostik kann, um eine Ureterläsion sicher zu verhindern, eine orientierende Verlaufskontrolle erfolgen. Dann ist eine Präparation des Ureters am hinteren Blatt des Ligamentum latum, sowie sein Verlauf in Bezug auf die geplanten Absetzungsregionen von Vorteil. Außerdem können die Ureterperistaltik und ein eventueller Aufstau eingesehen werden.⁸¹ Wichtig ist außerdem eine sorgfältige Blutstillung, damit die intraoperativen Verhältnisse übersichtlich dargestellt werden können. Eine Durchtrennung von Strukturen sollte nur unter Sicht erfolgen.⁸² Vor Schließen des Operationssitus empfiehlt es sich alle Organe auf eventuelle Verletzungen zu scannen.⁸³

Im postoperativen Verlauf empfiehlt es sich, erneut eine sonographische Kontrolle der ableitenden Harnwege durchzuführen. Kommt es nach dem erfolgten Eingriff zu „Abweichungen vom normalen Heilungsverlauf (hohes Fieber, Flankenschmerz, uncharakteristische Bauchschmerzen, Subileuserscheinungen)“⁸⁴ muss an die Möglichkeit einer Harnleiterverletzung gedacht werden und diese rechtzeitig mittels Ultraschall und / oder Ausscheidungsurographie ausgeschlossen werden.⁸⁵ Eine rechtzeitige Sicherung der Diagnose ist Bedingung für eine komplikationslose Neuimplantation des Ureters.⁸⁶

Oberste Prämisse zur Vermeidung eines ärztlichen Behandlungsfehlers ist die Dokumentation. Neben oben genannten Aspekten sollte auf folgendes geachtet werden: Bei Harnleiterverletzung bei unkompliziertem Situs muss erkennbar sein, dass der Operateur versucht hat, den Ureter zu schonen. Lagen schwierige anatomische Verhältnisse vor, muss ersichtlich sein, dass der Operateur eine Läsion des Harnleiters zu erkennen bzw. auszuschließen versuchte.⁸⁷

⁸¹ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.52

⁸² Vgl. Vgl. Kremling, 1991, S. 87

⁸³ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.53

⁸⁴ DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.52

⁸⁵ Vgl. Kremling, 1991, S. 81

⁸⁶ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.52

⁸⁷ Vgl. DGGG (Hrsg.), Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2008, S.49

4.4.2.3 Verletzungen der Harnblase

Ähnlich wie der Harnleiter ist auch die Harnblase besonders bei Gebärmutterentfernungen gefährdet. Bei der abdominalen Hysterektomie liegt das Risiko bei 0,2 bis 1,6% beim vaginalen Zugang sogar bei 0,2 bis 2,3%.⁸⁸ Weitere risikoreiche Eingriffe sind:⁸⁹

- Uterusmyom,
- Ovarialtumor,
- Chronisch-entzündliche Adnexprozesse,
- Zustand nach mehrmaliger Sectio caesarea,
- Mehrere vorausgehende Unterbauchoperationen (z.B. bei Endometriose).

Neben einer direkten Verletzung der Harnblase kann es auch postoperativ durch Nekrose zu sogenannten Blasen-Scheiden-Fisteln (häufigste Art) kommen. Wenn es während der Operation nur zu einer partiellen Läsion der Blase gekommen war und postoperativ zusätzlich eine der folgenden Umstände hinzukommt, kommt es zu einer Verbindung von Harnblase und Vagina:

- Unzureichende Durchblutung des Gewebes durch Narben;
- Lokale Entzündung zwischen Harnblase und Scheide;
- Kompression der Blasenwand durch ein Hämatom oder das postoperative Ödem;
- Rezidivierende Harnwegsinfektionen.

Die Folge ist ständiger Urinabgang über die Scheide sowie in einigen Fällen Harninkontinenz.⁹⁰ Kremling (1991) gibt das Risiko einer postoperativen Blasenfistel mit 0,05 bis 1,0% bei der Hysterektomie und bis zu 4,3% nach abdominaler Radikaloperation des Zervixkarzinoms an.⁹¹

Um eine Harnblasenverletzung zu vermeiden, sollte bei hoch stehendem Blasenscheitel die Inzision des Peritoneums in Höhe des Bauchnabels erfolgen.⁹² Um eine hochstehende Blase diagnostizieren zu können, muss präoperativ eine Sonographie erfolgen. Kommt es intraoperativ zu einer Läsion der Harnblase, tritt Urin in das Operationsgebiet aus. Dies kann durch ein auf der Blase positioniertes Bauchtuch zunächst unerkant bleiben.⁹³ Im Gegensatz zu Darmwandverletzungen werden Blasenläsionen laut Blythe u.a. (1998) in den meisten Fällen intraoperativ erkannt und versorgt. Je nach Ausmaß der Verletzung kommen zwei alternative Therapiemethoden in

⁸⁸ Vgl. Kremling, S.92

⁸⁹ Vgl. Kremling, S.88 f.

⁹⁰ Vgl. Kremling, 1991, S.90 f.

⁹¹ Vgl. Kremling, 1991, S.92

⁹² Vgl. Kremling, 1991, S.88

⁹³ Vgl. Kremling, 1991, S.90

Frage: Bei kleineren Läsion ist es häufig ausreichend, eine kontinuierliche Blasendrainage zu gewährleisten. Die Verletzung heilt daraufhin spontan.⁹⁴ Liegt eine größere Harnblasenläsion vor, sollte die Blase eröffnet und mit Einzelnähten in zwei Schichten verschlossen werden. Dazu ist es erforderlich, die Harnblase ausreichend zu mobilisieren, um eine spannungsfreie Verbindung der Wundränder zu gewährleisten. Anschließend sollte die Dichte der Blase durch das Einbringen von etwa 150ml Kochsalzlösung verifiziert werden. Postoperativ ist eine Entlastung der Harnblase durch Anlegen eines Dauerkatheters (18 oder 20 Charr.) für mindestens zwei Wochen zu empfehlen.⁹⁵

Zusammenfassend sollte es die Regel sein, zum Abschluss der Operation eine Läsion der Harnblase auszuschließen. Dies kann mit Hilfe eines Blasenkateters geschehen: Man injiziert 20ml Indigokarmin und Methylenblau verdünnt in 100-150 ml Kochsalzlösung in die Blase. Kann kein Farbaustritt aus der Blase beobachtet werden, ist eine Harnblasenläsion äußerst unwahrscheinlich.⁹⁶

4.4.3 Extrauterin gravidität

Von der Gutachterstelle in Bayern wurden in den Jahren 2000 bis 2010 insgesamt 25 Fälle, bei denen die Diagnostik und Therapie der Extrauterin gravidität bemängelt wurde, angenommen und von externen Gutachtern und Kommissionsmitgliedern bewertet. Hierbei wurde eine Fehlerquote von 30% festgestellt. Die Hauptfehlerquellen lagen in der unzureichenden Befunderhebung (fünf anerkannte Sorgfaltspflichtverletzungen) und den Diagnosefehlern (zwei anerkannte Ärztefehler). Die Hauptverantwortlichen für diese Diagnostikfehler waren in Bayern die niedergelassenen Ärzte (fünf von sieben). Dieser Trend wurde auch von der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein in den Jahren 2006 bis 2010 beobachtet. Hier lag die anerkannte Fehlerquote im Bereich der Diagnostik von niedergelassenen Frauenärzten bei drei von fünf.⁹⁷

Das Nichterkennen einer extrauterinen Schwangerschaft kann für die Schwangere zu einer lebensbedrohlichen Situation werden. Die Extrauterin gravidität ist die häufigste Ursache für die Müttersterblichkeit im ersten Trimenon und macht 4,2-9% aller mütterlichen Sterbefälle aus.⁹⁸ Deshalb ist es besonders wichtig, die Diagnose „Extrauterin gravidität“ möglichst frühzeitig zu sichern. In etwa 0,5 bis 2% aller Schwangerschaften kommt es zu einer Einnistung der befruchteten Eizelle außerhalb der

⁹⁴ Vgl. Blythe u.a., 1998, S.113

⁹⁵ Vgl. Gerstner, 2012, S.176

⁹⁶ Vgl. Gerstner, 2012, S.176

⁹⁷ Vgl. Weber u.a., 2012, S.214 f.

⁹⁸ Vgl. Strauss, 2009, S.5

Gebärmutter. Dabei ist die Eileiterschwangerschaft mit 98% die häufigste Form. Ein erhöhtes Risiko für eine extrauterine Schwangerschaft haben Frauen mit:⁹⁹

- Nikotinabusus,
- Häufig wechselnden Sexualpartnern,
- Vorausgehender Chlamydieninfektion,
- Vorausgehender abdomineller Entzündung (z.B. perforierte Blinddarmentzündung),
- Vorausgehender Operation am inneren Genitale oder an anderen Bauchorganen bzw. Kürettagen,
- Vorausgehender Fehlgeburt, Sterilisation oder Extrauterin gravidität,
- Endometriose,
- Komplikationen mit intrauterinen Pessaren (selten).

Bei einer bestehenden Frühschwangerschaft sollte deshalb bei diesen Patientinnen besonders an die Möglichkeit einer Extrauterin gravidität gedacht werden. Die Symptomatik kann sich sehr unterschiedlich äußern. Häufig ist folgende Trias:¹⁰⁰

- Ausbleiben der Regelblutung (ca. 6-8 Wochen) mit positiven Schwangerschaftstest,
- Vaginale Schmierblutungen,
- Unterbauchschmerzen.

Entscheidend in der Diagnostik der extrauterinen Schwangerschaft ist der Verlauf der β -hCG-Werte im Serum. Bei einer intakten Schwangerschaft steigt dieser Wert in den ersten Schwangerschaftswochen rasant an. Das Maximum erreicht der hCG-Wert in der 9.-10. Schwangerschaftswoche mit Werten von 50.000 bis 100.000 IU/l. Liegt eine Extrauterin gravidität vor, fällt diese Anstieg dynamik geringer aus, es wird ein stabiles niedriges Niveau erreicht und anschließend kann der Wert wieder abfallen. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Extrauterin gravidität kann zusätzlich der Progesteronspiegel bestimmt werden. Dieser liegt dann bei Werten unter 20-25 ng/ml. Zu beachten ist jedoch, dass bei dieser Kombination zwischen einer Extrauterin gravidität und einer nicht mehr intakten intrauterinen Schwangerschaft nicht unterschieden werden kann. Aus diesem Grund sind zum Ausschluss einer ektopen Schwangerschaft weitere klinische Untersuchungen indiziert. Bei der körperlichen Untersuchung können ein Portioschiebeschmerz, der auf die betroffene Seite ausstrahlt, und/oder ein druckempfindlicher, vergrößerter Eileiter vorgefunden werden. Obligat für eine vorbildliche Diagnostik ist auch der transvaginale Ultraschall. Eine Extrauterin gravidität kann damit aber nur bewiesen werden, wenn außerhalb der Gebärmutter eine

⁹⁹ Vgl. Surbek, 2007, S.248 f.

¹⁰⁰ Vgl. Strauss, 2009, S.5

Fruchthöhle mit Embryo und Herzaktion dargestellt werden kann. Alle anderen, auf eine ektope Schwangerschaft deutende, Sonographie-Befunde müssen in Zusammenschau mit dem β -hCG-Wert bewertet werden.¹⁰¹ Richtungsweisend für eine extrauterine Schwangerschaft kann auch freie Flüssigkeit im Douglas-Raum sein.¹⁰² Zu der invasiven Diagnostik einer Extrauterin gravidität zählt die Laparoskopie. Ihr Vorteil ist es, gleichzeitig Diagnostik und Therapie zu betreiben.¹⁰³

Wurde nun eine ektope Schwangerschaft zweifelsfrei festgestellt und entweder mittels Medikation oder Operation beendet, so ist es entscheidend, den Abfall des hCG-Wertes auch nach der Beendigung der extrauterinen Schwangerschaft engmaschig zu kontrollieren. Um die Wirksamkeit der Therapie zu verifizieren, sollte das β -hCG regelmäßig bis zu einem Absinken des Wertes von unter 5 IU/l gemessen werden.¹⁰⁴

¹⁰¹ Vgl. Surbek, 2007, S.249

¹⁰² Vgl. Strauss, 2009, S.6

¹⁰³ Vgl. Surbek, 2007, S.250

¹⁰⁴ Vgl. Strauss, 2009, S.7 f.

4.5 Behandlungsfehlerschwerpunkte in der Geburtshilfe

4.5.1 Sectio caesarea

Bei den Kaiserschnittentbindungen wurde den Ärzten in den Jahren 2000 bis 2010 in Bayern 52-mal eine Sorgfaltspflichtverletzung unterstellt. Die Sectio caesarea stellt damit den häufigsten Anlass zur Stellung eines Antrags auf ein Gutachten in der Geburtshilfe dar. 32% der Anschuldigungen der Antragstellerinnen wurden von den Kommissionsmitgliedern als berechtigt angesehen. Diese hohe Fehlerquote ist nicht verwunderlich wenn man bedenkt, dass die Anzahl der Kaiserschnitte in den vergangenen Jahren weltweit stetig zugenommen hat. Je nach Krankenhaus sind Sectioraten von 20-30% in Deutschland üblich.¹⁰⁵ In den Jahren 2000 bis 2005 gingen in der Gutachterstelle Nordrhein 95 Haftungsfragen bei Sectioentbindung ein. Bei der sekundären Sectio ergab sich dabei sogar eine Behandlungsfehlerquote von 44%.¹⁰⁶

Die häufigsten Gründe für eine Sorgfaltspflichtverletzung waren in Bayern mit denen der Schlichtungsstelle Nordrhein vergleichbar. Eine verspätete Durchführung des Kaiserschnitts wurde in Bayern viermal anerkannt (Gutachterkommission Nordrhein 2000-2005: zehnmal¹⁰⁷). Jeweils fünfmal wurde die konservative Therapie bzw. die unzureichende Befunderhebung bemängelt und dreimal die fehlerhafte Durchführung der Operation.

Zu Beginn jedes medizinischen Eingriffes steht die Indikationsstellung. Diese kann relativ oder absolut sein. Eine **relative Sectio-Indikation** liegt vor, wenn Risikofaktoren vorliegen, die eine Gefährdung von Mutter oder Kind während der Geburt wahrscheinlich machen.¹⁰⁸ Je nach Literatur liegt eine solche relative Begründung in 80-90% der durchgeführten Kaiserschnittentbindungen vor.^{109,110} Zu diesen gehören:^{111,112}

- Lageanomalien des Kindes (z.B. Beckenendlage),
- Geschätztes Geburtsgewicht > 4500 g,
- Mehrlingsschwangerschaft,
- Vorausgehende Entbindung per Kaiserschnitt oder Operation am Uterus,
- Pathologisches CTG,
- Protrahierte Geburt oder Geburtsstillstand,

¹⁰⁵ Vgl. Maass u.a., 2009, S.358

¹⁰⁶ Vgl. Weber u.a., 2007, S.5

¹⁰⁷ Vgl. Weber u.a., 2007, S.5

¹⁰⁸ Vgl. Dudenhausen, 2009, S.81

¹⁰⁹ Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.116

¹¹⁰ Vgl. Dudenhausen, 2009, S.81

¹¹¹ Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.116

¹¹² Vgl. Maass u.a., 2009, S.359 f.

- Hinweise auf ein relatives Missverhältnis zwischen fetaler Größe und Anatomie des weiblichen Beckens,
- Mütterliche Erschöpfung.

Liegt einer der oben genannten Risikofaktoren vor, sollten folgende Punkte veranlasst werden:¹¹³

- Aufklärung der Schwangeren und Einholen der Einwilligung in die Operation;
- Operationsvorbereitungen (Rasur, Blutentnahme, venöser Zugang, evtl. PDA);
- Information des Operationssaals und des Personals über relative Sectiobereitschaft (eine Anwesenheit im Operations- bzw. Kreißsaal ist nicht notwendig).

Von einer **absoluten Sectio-Indikation** spricht man, wenn „zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter“¹¹⁴ eine Beendigung der Schwangerschaft oder der Geburt notwendig ist. Dies ist in bis zu 10% der Kaiserschnitte der Fall.¹¹⁵ Dazu zählen:^{116,117}

- Querlage des Kindes,
- Absolutes Missverhältnis zwischen Kindsgröße und weiblicher Beckenanatomie,
- Beckenanomalien,
- (Drohende) Uterusruptur,
- Plazenta praevia oder vorzeitige Plazentalösung,
- Kindliche Azidose,
- HELLP-Syndrom oder Eklampsie,
- Amnioninfektionssyndrom,
- Nabelschnurvorfall.

Wird eine absolute Kaiserschnitt-Indikation gestellt, sind zusätzlich zu den Maßnahmen bei relativer Sectiobereitschaft folgende Vorbereitungen sinnvoll:¹¹⁸

- Das zur Sectio notwendige Personal sollte sich im Operations- bzw. Kreißsaal einfinden;
- Die Schwangere ist eingriffsbereit gelagert, desinfiziert und abgedeckt.

¹¹³ DGGG (Hrsg.), Zu Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage, 2008, S.316

¹¹⁴ DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.115

¹¹⁵ Vgl. Dudenhausen, 2009, S.80

¹¹⁶ Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.115 f.

¹¹⁷ Vgl. Maass u.a., 2009, S.359

¹¹⁸ Vgl. DGGG (Hrsg.), Zu Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage, 2008, S.317

Neben diesen aus medizinischer Sicht rechtfertigenden Begründungen für einen Kaiserschnitt kann eine Sectio auch ausschließlich auf Wunsch der Schwangeren erfolgen. Dieser Wunsch resultiert häufig aus Angst vor Schmerzen sowie vor mütterlichen und kindlichen Folgeschäden bei vaginaler Geburt. Ebenso verteidigen Mütter den „Wunschkaiserschnitt“ mit besserer Planbarkeit.¹¹⁹ Etwa 10% aller Schnittentbindungen werden ohne medizinische Indikation, also auf Verlangen der Mutter, durchgeführt.¹²⁰ Insbesondere bei der Sectio auf Wunsch ist auf eine sehr sorgfältige Aufklärung, bei der der Schwangeren alle relevanten Vor- und Nachteile eines Kaiserschnitts und einer vaginalen Entbindung dargelegt werden, zu achten. Zum Zeitpunkt der Aufklärung und Einwilligung sollte die 37. SSW bereits abgeschlossen sein. Zwischen Aufklärung und Einwilligung sollte eine angemessene Bedenkzeit eingehalten werden und die Schwangere sollte ihre Zustimmung unbeeinflusst von anderen und im Zustand voller Einwilligungsfähigkeit erteilen. Wie immer ist auf eine sorgfältige Dokumentation zu achten. Außerdem müssen Umstände, die das Eingriffsrisiko erhöhen, anamnestisch ausgeschlossen werden.¹²¹

Bei Risikofaktoren, die eine relative Sectio-Indikation rechtfertigen, ist darauf zu achten, dass die erforderliche Aufklärung zu einem Zeitpunkt erfolgt, bei dem die Schwangere dem Gespräch folgen und die Vor- und Nachteile, der zur Auswahl stehenden Entbindungsmöglichkeiten abwägen und ihre Einwilligung geben kann. Wichtig zu wissen ist, dass eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit unter Einwirkung von Schmerzen, Wehen und Medikamenten vorliegt. Die Schwangere hat außerdem das Recht auf die Aufklärung zu verzichten und die Entscheidung dem geburtsleitenden Arzt oder einer Begleitperson ihres Vertrauens zu überlassen. Diese Vollmacht kann mündlich erteilt werden und sollte schriftlich in der Patientenakte vermerkt werden.¹²² Bei einer relativen Sectio-Indikation ist die Schwangere auf Grund des Selbstbestimmungsrechts in den Entscheidungsprozess für eine Entbindungsart einzubeziehen.¹²³

Ein weiterer Aspekt, der häufig Anlass zur Beanstandung gibt, ist die sogenannte Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) beim Notkaiserschnitt. Sie ist das Intervall zwischen Entschluss zur Notwendigkeit eines Kaiserschnitts und der Entwicklung des Kindes.¹²⁴ Ein Notkaiserschnitt liegt vor, wenn eine akute, nicht reversible Bedrohung für Mutter oder Kind eine sofortige Beendigung der Schwangerschaft/Geburt notwendig

¹¹⁹ Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.116 f.

¹²⁰ Vgl. Dudenhausen, 2009, S.81

¹²¹ Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.122

¹²² Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.125 ff.

¹²³ Vgl. DGGG (Hrsg.), Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch, 2008, S.120 f.

¹²⁴ Vgl. DGGG (Hrsg.), Zu Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage, 2008, S.317

macht.¹²⁵ Dann sollte die E-E-Zeit in einem Zeitraum von 10 bis maximal 20 Minuten liegen. Es wird empfohlen, den Ablauf in der Klinik zu simulieren und die benötigte Zeit zu messen. Sollte dieses Zeitintervall nicht eingehalten werden können, sind Maßnahmen zur Verkürzung der E-E-Zeit zu ergreifen. Hilfreich kann es sein, dem Assistenzarzt oder der Hebamme zu erlauben, alle erforderlichen Maßnahmen zum Notkaiserschnitt einzuleiten. Voraussetzung für die Einhaltung der E-E-Zeit sind optimale organisatorische Gegebenheiten.¹²⁶ Dazu gehören „räumliche Voraussetzungen, technische Ausstattung, personelle Besetzung, erforderliche Präsenzzeiten, vorzuhaltendes Funktionspersonal“¹²⁷ und Anwesenheit eines Gynäkologen und Anästhesisten. Außerdem ist bei Entschluss zur Sectio ein Kinderarzt hinzuzuziehen. Andernfalls handelt es sich laut Berufungsurteil des Oberlandesgerichts Hamm um einen groben Behandlungsfehler mit resultierender Beweislastumkehr.¹²⁸

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass das postoperative Infektionsrisiko nach einem Kaiserschnitt bei 10-45% liegt. Dieses Risiko kann durch eine Prophylaxe mit einem Breitspektrumantibiotikum auf die Hälfte reduziert werden. Üblich beim Kaiserschnitt ist die Einmalgabe von Ampicillin, Amoxicillin plus Clavulansäure, Cefuroxim oder alternativ Ceftriaxon. Bei primär indizierter Sectio ohne Hinweis auf eine Infektion wird die Antibiotikum-Gabe nach der Abnabelung bei der sekundären Sectio mit Infektionshinweis sofort bei Indikationsstellung empfohlen.¹²⁹

4.5.2 Intrauteriner Fruchttod

Der intrauterine Fruchttod wird von der WHO (World Health Organisation) definiert als Tod eines Feten in der Gebärmutter ab der 22. Schwangerschaftswoche bzw. mit einem Geburtsgewicht von mehr als 500 g. Die Inzidenz variiert je nach Entwicklungsstand des Gesundheitssystems. Sie lag in Bayern im Jahr 2005 beispielsweise bei 3,4/1000 Schwangerschaften.¹³⁰ Die Ursachen für einen intrauterinen Fruchttod sind vielfältig. Sie können eingeteilt werden in:^{131,132}

- **Plazentare Ursachen:** Unter anderem chronische Plazentainsuffizienz (Hypoxie), vorzeitige Plazentalösung, Chorioamnionitis und subklinische Intervillositis.

¹²⁵ Vgl. Maass u.a., 2009, S.358

¹²⁶ Vgl. DGGG (Hrsg.), Zu Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage, 2008, S.318

¹²⁷ Lichtmanegger u.a., 2006, S.100

¹²⁸ Vgl. Lichtmanegger u.a., 2006, S.105

¹²⁹ Vgl. Maass u.a., 2009, S.362

¹³⁰ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.284

¹³¹ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.287 f.

¹³² Vgl. Merz (Hrsg.), 2002, S.200

- **Fetale Ursachen:** Wie zum Beispiel: fetale Fehlbildungen, chromosomale Auffälligkeiten, Infektionen, intrauterine Wachstumsretardierung, monochoriale Zwillingsschwangerschaft und Nabelschnurkomplikationen.
- **Mütterliche Ursachen:** EPH-Gestose (**Edema**, **Proteinurie**, **Hypertopie**), Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Rhesusinkompatibilität, Antiphospholipidsyndrom, Thrombophilie, intrauterine Infektionen (Zytomegalie, Listeriose etc.) und viele andere.

Doch nicht jeder Tod eines Feten in der Gebärmutter kann ursächlich geklärt werden. Der Prozentsatz an ungeklärten intrauterinen Todesfällen wird in der Literatur zwischen 13,7%¹³³ und 59%¹³⁴ angegeben. Außerdem gibt es Faktoren, die nachgewiesenermaßen mit der Totgeburt assoziiert werden:¹³⁵

- Nikotinabusus (>10 Zigaretten/Tag),
- Niedriger Sozialstatus (Schulbildung, Hautfarbe, soziale Herkunft, Wahrnehmung von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen),
- Adipositas und übermäßige Gewichtszunahme zwischen zwei Schwangerschaften,
- Höheres Alter der Mutter (Inzidenz: 20-29 Jahre: 2/1000, 40-44 Jahre: 6/1000 und ab 45 Jahren: 12/1000 Schwangerschaften),
- Die Entbindung eines früher geborenen Kindes erfolgte durch einen Kaiserschnitt,
- Mehrlingsschwangerschaften,
- Terminüberschreitung (Inzidenz: 37.SSW: 0,5/1000, 42.SSW: 2/1000 und in der 43. SSW: 5/1000 Schwangerschaften).

Von der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer wurden zwischen 2000 und 2010 24 Anträge auf Überprüfung eines ärztlichen Behandlungsfehlers beim intrauterinen Fruchttod angenommen. Bei der Ärztekammer Nordrhein waren es in den Jahren 2000 bis 2005 14 Fälle.¹³⁶ Von den bayerischen Kommissionsmitgliedern konnten insgesamt 18 ärztliche Sorgfaltspflichtverletzungen (Mehrfachnennung möglich) aufgedeckt werden, es ergab sich eine Behandlungsfehlerquote von 51%. Wegen dieses hohen Prozentsatzes erscheint es erforderlich, auf den intrauterinen Fruchttod näher einzugehen und vor allem deren Diagnostik näher zu beleuchten. Von den 18 festgestellten Behandlungsfehlern wurde im Votum insgesamt 13-mal ein Diagnostikfehler bemängelt (einmal keine Befunderhebung, neunmal eine unzureichende Befunderhebung und dreimal ein Diagnosefehler). Diese

¹³³ Vgl. Merz (Hrsg.), 2002, S.200

¹³⁴ Vgl. Beinder u.a., 2008, S. 288

¹³⁵ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.288 f.

¹³⁶ Vgl. Weber u.a., 2007, S.4

Sorgfaltspflichtverletzungen wurden fast ausschließlich den niedergelassenen Ärzten zur Last gelegt (10 von 13).

Der intrauterine Fruchttod kann von den Medizinerinnen an folgenden Symptomen und Befunden erkannt werden: Von der Schwangeren werden keine Kindsbewegungen mehr wahrgenommen. Der Bauchumfang und das Körpergewicht nehmen wieder ab und der Fundusstand geht zurück. Im CTG und Ultraschall sind keine Herzschläge mehr feststellbar und die Kindsbewegungen fehlen bei der Sonographie.^{137,138} Außerdem kann es zu einer vaginalen Blutung und einem Fruchtwasserabgang kommen, der dann bräunlich-blutig ist.¹³⁹

Wie bereits oben erwähnt, ist die Ursache des intrauterinen Fruchttodes nicht immer mit letzter Sicherheit festzustellen. Eine wirksame Prophylaxe für einen erneuten intrauterinen Fruchttod kann es nur dann geben, wenn die Todesursache festgestellt werden konnte. Eine ausreichende Sicherheit über die Ursache kann aber nur eine Obduktion geben, die von vielen Eltern jedoch abgelehnt wird. Wegen der dadurch bedingten geringen Anzahl an wissenschaftlichen Daten sind auch nur wenig Risiko- und Schutzfaktoren des intrauterinen Fruchttodes bekannt.¹⁴⁰ So kann den Gynäkologinnen nur geraten werden, ihre Patientinnen über oben genannte Risikofaktoren aufzuklären, um so die Rate der Totgeburten zu senken. Da ab der 39. SSW bereits ein erhöhtes Risiko eines intrauterinen Fruchttodes besteht, wird über eine Geburtseinleitung zum errechneten Termin in der Literatur viel diskutiert.¹⁴¹ Zu beachten ist jedoch, dass zur Vermeidung von nur einer Totgeburt ungefähr 300 Geburtseinleitungen notwendig wären. Dieser Umstand ist abzuwägen mit den damit verbundenen Nachteilen einer Geburtseinleitung.¹⁴² Ein Kompromiss kann gefunden werden, indem man den Geburtstermin nicht um mehr als sieben Tage überschreiten lässt.¹⁴³

In den vergangenen Jahren konnte die Inzidenz des intrauterinen Fruchttodes wegen Rhesusinkompatibilität durch die Rhesusprophylaxe um über 95% gesenkt werden. Bei Diabetes mellitus und Präeklampsie hat die Totgeburtenrate dank der aggressiven Therapie ebenfalls deutlich abgenommen.¹⁴⁴ Deshalb sollte darauf geachtet werden, dass mögliche Ursachen des intrauterinen Fruchttodes möglichst frühzeitig diagnostiziert und ausreichend therapiert werden. Dies kann erreicht werden, indem die Mutterschaftsrichtlinien und darin festgelegte Screeningzeitpunkte eingehalten und deren

¹³⁷ Vgl. Stauber u.a., 2007, S.674

¹³⁸ Vgl. Andrae u.a., 2008, S.496

¹³⁹ Vgl. Distler u.a., 2006, S.87

¹⁴⁰ Vgl. Beinder u.a., 2008, S. 284, S.287 f. und S.291

¹⁴¹ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.288

¹⁴² Vgl. Beinder u.a., 2008, S.283

¹⁴³ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.289

¹⁴⁴ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.290

Durchführung und Ergebnisse für jeden nachvollziehbar dokumentiert werden sowie über eine ständige ärztliche Fortbildung.¹⁴⁵

Bei den Fällen, die der bayerischen Gutachterstelle vorgelegt wurden, trat der intrauterine Fruchttod vor allem in Folge eines nicht erkannten bzw. unzureichend therapierten Gestationsdiabetes sowie einer unbemerkten EPH-Gestose ein. Um einen intrauterinen Fruchttod zu vermeiden, ist es also wichtig, bei allen Schwangeren einen Gestationsdiabetes und eine schwangerschaftsinduzierte Hypertonie auszuschließen. Dazu sind regelmäßige Fetometrie-, Doppler- und CTG-Kontrollen vor allem bei Schwangeren mit einem Kindstod in der Anamnese unerlässlich.¹⁴⁶ Von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden bereits im August 2010 aktuelle Leitlinien zur „Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen“¹⁴⁷ und im August 2011 Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Gestationsdiabetes mellitus¹⁴⁸ veröffentlicht.

4.5.3 Schulterdystokie

Mit einer mittleren Inzidenz von 0,5% ist die Schulterdystokie in der Geburtshilfe ein seltenes Ereignis. Von der Gutachterstelle in Bayern wurden bezüglich der Schulterdystokie in den Jahren 2000 bis 2010 23 Fälle bearbeitet und beurteilt. Insgesamt lag die Behandlungsfehlerquote bei 27%. Auffällig ist, dass 19 der 23 Fälle vor der Veröffentlichung der überarbeiteten Leitlinien „Empfehlungen zur Schulterdystokie“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Jahr 2008 bei der Gutachterkommission eingegangen sind. Diesen Trend konnte auch die Gutachterstelle der Ärztekammer Nordrhein feststellen: In den Jahren 1994 bis 1998 betrafen 32% der Behandlungsfehlervorwürfe die Behebung der Schulterdystokie. In den Jahren 2000 bis 2005 ging die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe auf 17% zurück.¹⁴⁹ Die besagten Leitlinien wurden erstmals im Jahr 2000 herausgegeben. Daraufhin sank die Antragstellung zur Überprüfung eines Behandlungsfehlers bei der Schulterdystokie und damit vermutlich gleichzeitig auch die tatsächlichen Sorgfaltspflichtverletzungen.

In Bayern war der Aufklärungsfehler (dreimal) der häufigste Grund für eine berechtigte Anschuldigung des behandelnden Arztes. Bei der Aufklärung ist darauf zu achten, dass die werdende Mutter bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für eine Schulterdystokie

¹⁴⁵ Vgl. Kozlowski, 2006, S.85

¹⁴⁶ Vgl. Beinder u.a., 2008, S.290

¹⁴⁷ Vgl. URL: http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-3-4-sws-hochdruck-2010.pdf [02.11.2012]

¹⁴⁸ Vgl. URL: http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Dokumente/Leitlinien/3-3-3-Gestationsdiabetes-2011.pdf [02.11.2012]

¹⁴⁹ Vgl. Weber u.a., 2007, S.5

rechtzeitig, das heißt bei Klinikeintritt, über ihr spezifisches Risiko und die erhöhte Gefahr einer kindlichen Schädigung durch vaginale Entbindung, über die Folgen einer Schulterdystokie, sowie über alternative Entbindungswege und deren mögliche Komplikationen informiert wird.¹⁵⁰

Risikofaktoren für das Eintreten einer Schulterdystokie sind:¹⁵¹

- **Fetale Makrosomie:** Das Risiko für eine Schulterdystokie steigt mit der Zunahme des Geburtsgewichts. Bei einem kindlichen Gewicht von über 4000 g liegt die Inzidenz bei 2%, bei einem Gewicht von über 4500 g bei 10% und bei einem Gewicht von über 5000 g bei 40%. Jedoch ist zu beachten, dass mehr als 50% der Schulterdystokien bei einem Geburtsgewicht unter 4000 g auftreten.
- **Diabetes mellitus und Gestationsdiabetes:** Dies ist häufig mit einer Adipositas der Schwangeren und einer Makrosomie des Kindes vergesellschaftet. Auch ein Diabetes mellitus bzw. Gestationsdiabetes der Mutter an sich erhöht das Risiko für eine Schulterdystokie.¹⁵²
- **Terminüberschreitung:** Auch hier steigt das Risiko für großes Geburtsgewicht an.
- **Vorausgehende Schulterdystokie:** Das Wiederholungsrisiko beträgt ca. 13%.¹⁵³
- **Multiparität:** Am häufigsten sind Zweitgebärende, gefolgt von Erst- und Drittgebärenden betroffen.¹⁵⁴
- **Unverhältnismäßige Gewichtszunahme der Mutter in der Schwangerschaft:** Ist wiederum mit einem erhöhten Geburtsgewicht des Kindes assoziiert.
- **Geburtseinleitung¹⁵⁵, protrahierte Austreibungsperiode und vaginal-operative Entbindung** (vor allem aus der Beckenmitte heraus).

Da die Schulterdystokie meist nicht vorhersehbar ist, ihr Eintreten jedoch mit einer hohen Rate an kindlichen Schädigungen einhergeht, ist ein strukturiertes Vorgehen besonders wichtig.¹⁵⁶ Eine Prophylaxe der Schulterdystokie existiert praktisch nicht, da es bei der Sectio selbst auch zu Schädigungen des Plexus brachialis oder anderer kindlicher Strukturen kommen kann.¹⁵⁷ Außerdem wären in etwa 1800 bis 5400 zusätzliche Kaiserschnitte notwendig, um nur eine Plexusschädigung zu vermeiden. Nach den gültigen Leitlinien sollte über eine Sectio als Geburtsalternative erst ab einem

¹⁵⁰ Vgl. DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.110

¹⁵¹ Vgl. DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.109

¹⁵² Vgl. Beinder, 2007, S.422

¹⁵³ Vgl. Beck u.a., 1998, S.991

¹⁵⁴ Vgl. Krause u.a., 1999, S.1309 f.

¹⁵⁵ Vgl. Beinder, 2007, S.422

¹⁵⁶ Vgl. DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.108

¹⁵⁷ Vgl. Krause u.a., 1999, S.1310

Geburtsgewicht von über 4500 g aufgeklärt werden.¹⁵⁸ Eine andere Alternative zur Prävention wäre die Geburtseinleitung. Diese ist jedoch selbst mit einem erhöhten Risiko für eine Schulterdystokie assoziiert.¹⁵⁹ Somit gilt es, die Rate der neonatalen Morbidität bei Eintreten einer Schulterdystokie zu senken.

In über 90% der Fälle ist das McRoberts-Manöver in Kombination mit einem suprasymphysärem Druck bereits erfolgreich. Das McRoberts-Manöver umfasst das mehrmalige Überstrecken und Beugen der Beine im Hüftgelenk der Schwangeren. Weitere unterstützende Maßnahmen sind die Einleitung einer Wehenhemmung mittels Tokolyse, das Abstellen des Oxytocintropfes sowie das Anlegen bzw. die Erweiterung eines Dammschnittes. Sollten diese Maßnahmen nicht zum Ziel führen, sind vaginal-operative Maßnahmen erforderlich. Dabei muss an die Analgesie der Schwangeren gedacht werden.¹⁶⁰ Entweder kann durch „Eingehen der Hand zur Rotation der hinteren Schulter von der Brust“¹⁶¹ (Woods-Manöver) oder durch „Lösung des in Sakralhöhle stehenden hinteren Arms, modifiziert nach Schwenzer“¹⁶² die Schulterdystokie gelöst werden. Eine weitere Alternative ist ein „Suprasymphysärer Druck mit der Faust bei gebeugten maternalen Beinen“¹⁶³.

Wichtig ist außerdem, dass in jeder Klinik mit einer Abteilung für Geburtshilfe eine schriftlicher Plan zur Vorgehensweise beim Eintritt einer Schulterdystokie vorliegt, der an einem Phantom in regelmäßigen Abständen trainiert werden muss. Kommt es bei der Geburt zu einer Schulterdystokie muss der Geburtsablauf minutiös dokumentiert werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass alle ergriffenen Maßnahmen mit einer Zeitangabe und der ausführenden Person festgehalten werden und von allen Beteiligten unterschrieben wird. Des Weiteren ist bei Eintreten dieses geburtshilflichen Notfalls sofort ein Facharzt, ein Anästhesist und eine erfahrene Hebamme hinzuzuziehen.¹⁶⁴

Nicht alle Schädigungen des Plexus brachialis werden durch den Geburtsprozess verursacht.¹⁶⁵ Mit der Einführung der elektromyographischen Untersuchung kann eine muskuläre Denervation etwa zwei Wochen nach Eintritt der Nervenschädigung festgestellt werden. Werden also Hinweise für eine Denervation unmittelbar nach der

¹⁵⁸ Vgl. DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S. 110

¹⁵⁹ Vgl. Beinder, 2007, S.422

¹⁶⁰ Vgl. DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S. 108

¹⁶¹ DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.109

¹⁶² DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.109

¹⁶³ DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.109

¹⁶⁴ Vgl. DGGG (Hrsg.), Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management -, 2008, S.110 f.

¹⁶⁵ Vgl. Krause u.a, 1999, S. 1313

Geburt festgestellt, muss der Auslöser für die Plexusschädigung noch vor dem Geburtsvorgang gesucht werden.¹⁶⁶

¹⁶⁶ Vgl. Schlicht, 1999, S.1315

4.6 Fazit

Die in den letzten Jahren kontinuierlich steigenden Fallzahlen bei den Gutachterstellen legen die Vermutung nahe, dass ein Handlungsbedarf bei der Verbesserung der ärztlichen Behandlung besteht. Dazu müssen vorgebrachte Patientenbeschwerden und tatsächlich festgestellte Sorgfaltspflichtverletzungen analysiert werden, um Schwerpunkte in der Patientenversorgung setzen zu können. Dies dient nicht nur der Qualitätssicherung, sondern in erster Linie auch der Prävention und damit der Patientensicherheit. Dazu ist nicht nur die Kenntnis der eigenen Schwachstellen erforderlich, entscheidend ist auch das Wissen über statistisch bedeutende Fehlerquellen des Faches.

Diese Arbeit soll eine Übersicht über die häufigsten Behandlungsfehler in der Gynäkologie und Geburtshilfe in Bayern zwischen 2000 und 2010 geben und damit helfen, diese in Zukunft zu vermeiden oder zu reduzieren. Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei dieser Auswertung um ein selektives Zahlenmaterial handelt und deshalb kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.

Neben den bei den jeweiligen Antragsschwerpunkten bereits erwähnten spezifischen Behandlungsfehlern sollte bei jedem Patientenkontakt auf eine gute Kommunikation und Dokumentation Wert gelegt werden. Zu einer zufriedenstellenden Kommunikation gehört es, auf die Bedürfnisse des Patienten hinsichtlich Aufklärung und Empathie einzugehen. Ebenso ist es wichtig, bei bereits eingetretenem Behandlungsfehler oder einer vorliegenden Komplikation das Gespräch mit dem Patienten zu suchen. Eine Sicherungsaufklärung sollte ebenfalls von einem pflichtbewussten Arzt durchgeführt werden. Darunter versteht man die Information des Patienten über die gestellte Diagnose, deren Folgen mit daraus resultierenden Verhaltensmaßnahmen und über die notwendige Therapie.¹⁶⁷ Der nachbehandelnde Arzt sollte gleichfalls davon unterrichtet werden. Dazu zählt auch die zeitnahe Anfertigung und Zusendung eines Arztbriefes. Eine sorgfältige Dokumentation erleichtert die Begutachtung und Bewertung eines Sachverhalts und verhindert somit eine Entscheidung zu Ungunsten des Arztes. Schriftlich festgehalten werden sollten die Anamnese, die erhobenen Befunde, die durchgeführte Aufklärung und Therapie sowie deren Alternativen, außerdem Hinweise und Abmachungen für und mit dem Patienten. Schon während des Medizinstudiums sollte auf die Anforderungen einer guten Patientenkommunikation und einer sorgfältigen Dokumentation verstärkt eingegangen werden, um zukünftige Behandlungsfehler dieser Art zu vermeiden.

¹⁶⁷ Vgl. Weber u.a., 2012, S.218

Zur Prävention von Behandlungsfehlern veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht regelmäßig aktualisierte Leitlinien. Diese werden vorwiegend für statistisch relevante Fehlerquellen erstellt, wie anhand der Beispiele des Mammakarzinoms, der Sectio caesarea oder der Schulterdystokie gezeigt werden konnte. Erfolgversprechend für die Verbesserung der ärztlichen Behandlung sind zudem Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere solche, die sich auf die Aufarbeitung häufiger Behandlungsfehler konzentrieren und deren Vermeidung zum Ziel haben. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang die Fortbildungsreihe „Aus Fehlern lernen“, die viermal pro Jahr von der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein (GAK) und dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) organisiert wird.¹⁶⁸

¹⁶⁸ Vgl. Weber, 2011, S.22

5 Zusammenfassung

Retrospektiv wurden 683 gynäkologische und geburtshilfliche Schadensfälle der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer untersucht. Eingeschlossen wurden alle Anträge auf Behandlungsfehlerüberprüfung, die zwischen dem 01.01.2000 und dem 31.12.2010 von der Gutachterkommission entweder angenommen oder abgeschlossen worden sind. Etwa zwei Drittel der Fälle (455) betrafen den Fachbereich der Gynäkologie und ein Drittel die Geburtshilfe (228 Fälle). Zum Zeitpunkt der Auswertung war die abschließende Stellungnahme bei neun gynäkologischen Sachverhalten und einer geburtshilflichen Fragestellung noch ausstehend.

Erfasst wurde fallbezogen jeweils die Unterstützung durch einen Rechtsanwalt, die Art und Fachrichtung des Antragsgegners und dessen Haftpflichtversicherung, der Antragsschwerpunkt, die Behandlungsfehlervorwürfe von Antragstellerin, Gutachter und Kommissionsmitglieder, die Kausalität bei Vorhandensein eines Behandlungsfehlers, die Bearbeitungszeit eines Gutachterverfahrens und der Ausgang des Schadensfalles bei der Versicherung. Diese Werte wurden in eine Tabelle von Microsoft Excel 2010 eingetragen und mit Hilfe dieses Programms absolute und relative Häufigkeiten berechnet, welche anhand von Tabellen und Graphiken veranschaulicht wurden.

Die Kommissionsmitglieder der bayerischen Gutachterstelle bewerteten 490 überprüfte ärztliche Behandlungen als fehlerfrei, was einem Prozentsatz von 66 entspricht. Demnach ergab sich für Bayern in den elf begutachteten Jahren eine Behandlungsfehlerquote von 33%, was mit dem langjährigen Durchschnitt aller Bundesländer übereinstimmt. Die festgestellten Sorgfaltspflichtverletzungen waren in 76% der Fälle für den entstandenen Gesundheitsschaden verantwortlich. Ein Prozentsatz (neun Fälle) konnte von der Schlichtungsstelle nicht abschließend bewertet werden, da der Sachverhalt mit den vorliegenden Behandlungsunterlagen nicht ausreichend beurteilt werden konnte. Siebenmal konnte auf die Erstellung eines externen Gutachtens verzichtet werden. Ansonsten bestätigten die Kommissionsmitglieder in 91% der Fälle die Entscheidungen der Gutachter, in nur 5% kamen sie zu einem anderen Votum.

Die Rückmeldung der Haftpflichtversicherungen bezüglich der Akzeptanz der abschließenden Stellungnahme der bayerischen Gutachterstelle betrug 58%. Gründe für die Nicht-Beantwortung des zugesandten Fragebogens waren datenschutzrechtlicher Natur oder der Tatsache des zusätzlichen Arbeitsaufwandes zur Ermittlung der Antworten zu verdanken. Beim Vergleich der bekannten Ausgänge bei der Haftpflichtversicherung mit dem Votum der Kommissionsmitglieder kam eine Übereinstimmung von 83% der Ergebnisse heraus. In nur 8% der Fälle beendeten die

Haftpflichtversicherungen das Verfahren entgegen der Empfehlungen der Gutachterstelle. Kam es trotz Gutachterverfahren anschließend noch zu einer Gerichtsverhandlung, stimmte das Urteil in 53% der Fälle mit dem Votum überein.

In der Gynäkologie nahmen Nachbarorganläsionen mit 18% den Hauptteil der untersuchten ärztlichen Behandlungen ein. Insgesamt kam es zu 110 Organverletzungen, wobei der Darm mit 40-mal am häufigsten betroffen war. Dieser wurde vor allem bei Laparoskopien (9% der Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie) lädiert, sodass man den Gynäkologen zu einer Exploration vor Beendigung der Operation raten sollte. Der Ureter wurde insbesondere bei Hysterektomien (14% der gestellten Anträge) geschädigt. Und auch sonst kam es bei den beanstandeten Gebärmutterentfernungen zu insgesamt 56 Organverletzungen. Von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht wurden Präventionsmaßnahmen für operationsbedingte Verletzungen des Harnleiters veröffentlicht. Am häufigsten wurden Nachbarorganläsionen von der Gutachterstelle als Fehler anerkannt, wenn es zu einem intraoperativen Sorgfaltsmangel kam oder die Organverletzung fehlerhaft verkannt wurde. 17% der Gutachterverfahren in Bayern betrafen Patientinnen mit einem Mammakarzinom. Dabei wurde vor allem die Diagnostik und Früherkennung des Brustkrebses beanstandet. Da hierbei in Bayern und auch in anderen Bundesländern eine Behandlungsfehlerquote festgestellt wurde, die über dem Durchschnitt von einem Drittel liegt (in Bayern bei 4%), reagierte die DGGG und die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht mit der Erarbeitung der Leitlinien „Das nicht erkannte Mammakarzinom“ und „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“. Dadurch konnte in den vergangenen Jahren bereits eine Verbesserung der Brustkrebs-Diagnostik im niedergelassenen Bereich erreicht werden. Ein weiterer Antragsschwerpunkt in der Gynäkologie war mit 4% die Extrauterin gravidität. Dieses seltene Ereignis (0,5-2% aller Schwangerschaften) sollte vor allem wegen den schwerwiegenden Folgen (Sterilität) bei Nichterkennung durch den Frauenarzt frühzeitig diagnostiziert und ausgeschlossen werden. Den wichtigsten Hinweis auf das Vorliegen einer extrauterinen Schwangerschaft liefert die regelmäßige Messung des β -hCG-Wertes. Weitere Antragsschwerpunkte waren das Zervix- und Corpuskarzinom, die Mammaplastik, die Inkontinenzoperation, Lagerungs- und Verbrennungsschäden, der Descensus uteri und die Ovarialzytse. Weitere 16% der Antragsschwerpunkte wurden unter „Sonstige“ zusammengefasst und konnten auf Grund der zu geringen Fallzahl nicht näher berücksichtigt werden.

In der Geburtshilfe betrafen 20% der Behandlungsfehlerüberprüfungen den Kaiserschnitt. Wegen der steigenden Anzahl von Schnittentbindungen auf derzeit 20-30% je nach Krankenhaus sollte auf eine korrekte Indikationsstellung und auf eine sorgfältige Aufklärung der Entbindenden geachtet werden. Zur Vermeidung typischer Fehler bietet die DGGG wiederum Leitlinien nach dem neuesten medizinischen Standard an:

„Absolute und relative Indikation zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch“ und „Zu Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage“. Der intrauterine Fruchttod nahm in Bayern zwischen 2000 und 2010 9% der Antragstellungen bei der Gutachterstelle ein. Hier ergab sich eine Behandlungsfehlerquote von 51%. Zu einem Absterben des Feten während der Schwangerschaft kommt es allerdings nur in 0,34% der Fälle. Da die häufigsten intrauterinen Fruchttode werdende Mütter mit Gestationsdiabetes oder mit einer Gestose betreffen, sei auf die Leitlinien der DGGG bezüglich Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen und bei Gestationsdiabetes mellitus verwiesen. Ebenfalls 9% umfasste die Begutachtung der Schulterdystokie. Wegen der Seltenheit dieses Ereignisses während der Geburt (0,5%), kann keine ausreichende Erfahrung des Geburtshelfers erwartet werden. Entscheidend ist deshalb das Vorhandensein eines schriftlichen Planes zur Vorgehensweise beim Eintritt einer Schulterdystokie in jedem Krankenhaus mit einer Abteilung für Geburtshilfe. Dieser sollte in regelmäßigen Abständen an einem Phantom trainiert werden. Außerdem ist insbesondere hier, wegen der hohen Rate an kindlichen Schädigungen, auf eine genaueste Dokumentation der eingeleiteten Maßnahmen zu achten. Des Weiteren wurden die Antragsschwerpunkte Cerebralparese, übersehene Fehlbildungen, Dammriss, Infektion, Hypoxie und Gestationsdiabetes statistisch aufgearbeitet. Unter „Sonstige“ wurden 31% der geburtshilflichen Schadensfälle zusammengefasst, auf die wegen der geringen Relevanz nicht näher eingegangen wurde.

Die Bearbeitung bei der Gutachterstelle zu Erstellung eines Gutachtens mit abschließendem Votum dauerte im Minimum 73 und maximal 1466 Tage. Der Median betrug 574,5 Tage. 54% der Antragstellerinnen ließen das Verfahren durch einen rechtlichen Beistand begleiten. Dieser Umstand wirkte sich weder wesentlich auf die Dauer des Schlichtungsverfahrens noch auf die Entscheidung der Kommissionsmitglieder, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorlag oder nicht, aus.

Insgesamt handelte es sich bei dieser Arbeit um eine Auswertung selektiver Daten, da nicht alle Patienten mit der Vermutung, dass bei ihrer Behandlung eine ärztliche Sorgfaltspflicht vorgelegen habe, die Gutachterstelle um Durchführung eines Gutachterverfahrens bitten. Einige wählen sofort den Rechtsweg und wieder Andere sprechen den verursachenden Arzt direkt oder dessen Haftpflichtversicherung darauf an. Deshalb muss von einer geringen Repräsentanz der Schlussfolgerungen ausgegangen werden. Außerdem wurden seltene aber vielleicht folgenschwere Behandlungsfehler vernachlässigt. Ebenfalls unberücksichtigt blieben die Schwere des entstandenen Schadens, die Kausalität eines festgestellten Behandlungsfehlers bezüglich des eingetretenen Gesundheitsschadens und die Art des Antragsgegners.

Wegen der kontinuierlich steigenden Fallzahlen bei den deutschen Gutachterstellen sollte zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit regelmäßig eine Auswertung der häufigsten Behandlungsfehler in allen Fachbereichen durchgeführt werden. Die Ergebnisse und Maßnahmen zur Fehlerprävention sollten anschließend in Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt werden. In der Gynäkologie und Geburtshilfe werden regelmäßig aktualisierte Leitlinien von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht zu diesen Themen veröffentlicht. Außerdem findet viermal pro Jahr von der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein (GAK) und dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) die Fortbildung „Aus Fehlern lernen“ statt. Die größten Defizite in der Patientenversorgung sind in der Dokumentation und Kommunikation mit dem Patienten anzusiedeln. Auf die Erlernung dieser Fähigkeiten sollte schon frühzeitig während des Medizinstudiums verstärkt Wert gelegt werden.

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|-------------------|--|
| ACR | American College of Radiology – Klassifikation der Brustdichte |
| BI-RADS | Breast Imaging and Reporting Data System des American College of Radiology |
| BRCA | Tumorsuppressorgen für Breast Cancer |
| CTG | Cardiotokogramm |
| EPH-Gestose | Edema – Proteinurie – Hypertonie - Gestose |
| EUG | Extrauterin gravidität |
| FFTS | Feto-fetales Transfusionssyndrom |
| hCG | Humanes Chorion-Gonadotropin |
| HELLP | Hemolysis - Elevated Liver enzymes - Low Platlets |
| IUP | Intrauterin peppsar |
| IVF | In-vitro-Fertilisation |
| LAVH | Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie |
| OP | Operation |
| PDA | Periduralanästhesie |
| Physikal. Medizin | Physikalische Medizin |
| SSW | Schwangerschaftswoche |
| PAP | Gefärbter Zellabstrich des Muttermundes nach Papanicolaou |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|----------------------|--|----|
| Abbildung 1: | Die 20 häufigsten Fachgebiete von allen Antragseingängen im Jahr 2009..... | 10 |
| Abbildung 2: | Verhältnis von den eingeschlossenen gynäkologischen zu den geburtshilflichen Fällen..... | 15 |
| Abbildung 3: | Facharztverteilung der eingeschlossenen Schadensfälle..... | 16 |
| Abbildung 4: | Prozentuale Verteilung der Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie | 21 |
| Abbildung 5: | Genauere Aufschlüsselung der Antragsschwerpunkte in der Gynäkologie | 22 |
| Abbildung 6: | Behandlungsfehlervorwürfe beim Mammakarzinom von Antragsstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 24 |
| Abbildung 7: | Antragsgegner beim Mammakarzinom | 25 |
| Abbildung 8: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler des Mammakarzinoms von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich..... | 26 |
| Abbildung 9: | Kausalität von Behandlungsfehlern des Mammakarzinoms | 27 |
| Abbildung 10: | Behandlungsfehlervorwürfe beim Zervixkarzinom von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 29 |
| Abbildung 11: | Antragsgegner beim Zervixkarzinom | 30 |
| Abbildung 12: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Zervixkarzinom von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich..... | 31 |
| Abbildung 13: | Behandlungsfehlervorwürfe beim Corpuskarzinom von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 33 |
| Abbildung 14: | Antragsgegner beim Corpuskarzinom..... | 34 |
| Abbildung 15: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Extrauterin gravidität von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 36 |
| Abbildung 16: | Antragsgegner bei der Extrauterin gravidität..... | 37 |
| Abbildung 17: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Extrauterin gravidität von Niedergelassenen, Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich..... | 38 |
| Abbildung 18: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Extrauterin gravidität | 38 |

| | | |
|----------------------|--|----|
| Abbildung 19: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Ovarialzyste von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 40 |
| Abbildung 20: | Antragsgegner bei einer Ovarialzyste | 41 |
| Abbildung 21: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei einer Ovarialzyste von Niedergelassenen, Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich . | 41 |
| Abbildung 22: | Behandlungsfehlervorwürfe beim Descensus uteri von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 43 |
| Abbildung 23: | Antragsgegner beim Descensus uteri | 44 |
| Abbildung 24: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Descensus uteri von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich..... | 44 |
| Abbildung 25: | Vorgehensweise bei der Hysterektomie..... | 45 |
| Abbildung 26: | Läsion von Nachbarorganen bei der Hysterektomie | 46 |
| Abbildung 27: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Hysterektomie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 47 |
| Abbildung 28: | Antragsgegner bei der Hysterektomie..... | 48 |
| Abbildung 29: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Hysterektomie von Niedergelassenen, Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich..... | 49 |
| Abbildung 30: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Hysterektomie | 50 |
| Abbildung 31: | Läsion von Nachbarorganen bei der Laparoskopie | 51 |
| Abbildung 32: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Laparoskopie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 53 |
| Abbildung 33: | Antragsgegner bei der Laparoskopie | 54 |
| Abbildung 34: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Laparoskopie von Niedergelassenen, Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich . | 55 |
| Abbildung 35: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Mammoplastik von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 57 |
| Abbildung 36: | Antragsgegner bei der Mammoplastik | 58 |
| Abbildung 37: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Mammoplastik von Belegärzten, Krankenhäusern und Unikliniken im Vergleich | 59 |
| Abbildung 38: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Inkontinenzoperation von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 61 |

| | | |
|----------------------|---|----|
| Abbildung 39: | Antragsgegner bei der Inkontinenzoperation | 62 |
| Abbildung 40: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Inkontinenzoperation von Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich..... | 62 |
| Abbildung 41: | Anzahl der beschädigten Organe..... | 63 |
| Abbildung 42: | Behandlungsfehlervorwürfe bei Verletzungen von Nachbarorganen von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 65 |
| Abbildung 43: | Antragsgegner bei Organläsionen | 66 |
| Abbildung 44: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei Organläsionen von Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich | 67 |
| Abbildung 45: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei Organläsionen | 68 |
| Abbildung 46: | Behandlungsfehlervorwürfe bei Lagerungs- und Verbrennungsschäden von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich | 70 |
| Abbildung 47: | Antragsgegner bei Lagerungs- und Verbrennungsschäden | 71 |
| Abbildung 48: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei Lagerungs- und Verbrennungsschäden von Belegärzten und Krankenhäusern im Vergleich..... | 71 |
| Abbildung 49: | Verteilung der geburtshilflichen Antragsschwerpunkte auf die vier Kategorien Schwangerschaftsbetreuung, Geburtsmanagement sowie mütterliche und kindliche Geburtsfolgen | 73 |
| Abbildung 50: | Prozentuale Verteilung der Antragsschwerpunkte in der Geburtshilfe | 74 |
| Abbildung 51: | Genaue Aufschlüsselung der Antragsschwerpunkte in der Geburtshilfe | 75 |
| Abbildung 52: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Sectio caesarea von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 77 |
| Abbildung 53: | Antragsgegner bei der Sectio caesarea..... | 78 |
| Abbildung 54: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Sectio caesarea von Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich..... | 79 |
| Abbildung 55: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Sectio caesarea..... | 80 |
| Abbildung 56: | Behandlungsfehlervorwürfe beim intrauterinen Fruchttod von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 82 |
| Abbildung 57: | Antragsgegner beim intrauterinen Fruchttod..... | 83 |

| | | |
|----------------------|--|-----|
| Abbildung 58: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim intrauterinen Fruchttod von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich | 84 |
| Abbildung 59: | Kausalität von Behandlungsfehlern beim intrauterinen Fruchttod | 84 |
| Abbildung 60: | Behandlungsfehlervorwürfe beim Gestationsdiabetes von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 86 |
| Abbildung 61: | Antragsgegner beim Gestationsdiabetes | 87 |
| Abbildung 62: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Gestationsdiabetes von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich..... | 87 |
| Abbildung 63: | Behandlungsfehlervorwürfe bei übersehenen Fehlbildungen von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 89 |
| Abbildung 64: | Antragsgegner bei übersehenen Fehlbildungen | 90 |
| Abbildung 65: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei übersehenen Fehlbildungen von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich..... | 90 |
| Abbildung 66: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei übersehenen Fehlbildungen | 91 |
| Abbildung 67: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Schulterdystokie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 93 |
| Abbildung 68: | Antragsgegner bei der Schulterdystokie | 95 |
| Abbildung 69: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Schulterdystokie von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich..... | 95 |
| Abbildung 70: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Schulterdystokie | 96 |
| Abbildung 71: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Cerebralparese von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich..... | 98 |
| Abbildung 72: | Antragsgegner bei der Cerebralparese | 99 |
| Abbildung 73: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Cerebralparese von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich..... | 100 |
| Abbildung 74: | Kausalität von Behandlungsfehlern bei der Cerebralparese..... | 100 |
| Abbildung 75: | Behandlungsfehlervorwürfe beim Dammriss von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich | 102 |
| Abbildung 76: | Antragsgegner beim Dammriss..... | 103 |

| | | |
|----------------------|--|-----|
| Abbildung 77: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler beim Dammriss von Belegärzten, Krankenhäusern und Universitätskliniken im Vergleich | 103 |
| Abbildung 78: | Behandlungsfehlervorwürfe bei Infektionen von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich | 105 |
| Abbildung 79: | Antragsgegner bei Infektionen | 106 |
| Abbildung 80: | Behandlungsfehlervorwürfe bei der Hypoxie von Antragstellerinnen, Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich | 108 |
| Abbildung 81: | Antragsgegner bei der Hypoxie..... | 109 |
| Abbildung 82: | Im Votum festgestellte Behandlungsfehler bei der Hypoxie von Belegärzten, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Vergleich..... | 109 |
| Abbildung 83: | Vorwürfe von Gutachtern und Kommissionsmitgliedern im Vergleich | 110 |
| Abbildung 85: | Übereinstimmung von Votum und Gutachten | 112 |
| Abbildung 84: | Vergleich der prozentualen Fehlererkennung von Gutachten und Votum | 112 |
| Abbildung 86: | Prozentuale Anzahl an Rückmeldungen von den Versicherungen.. | 113 |
| Abbildung 87: | Genauere Aufschlüsselung des Ausgangs bei den Versicherungen .. | 113 |
| Abbildung 88: | Prozentuale Verteilung des Ausgangs bei den Versicherungen..... | 114 |
| Abbildung 89: | Prozentuale Verteilung des Ausgangs der Gerichtsverfahren | 114 |
| Abbildung 91: | Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen, wenn im Votum ein Behandlungsfehler festgestellt wurde | 115 |
| Abbildung 90: | Vergleich der prozentualen Fehlererkennung von Votum und Haftpflichtversicherung..... | 115 |
| Abbildung 92: | Ausgang bei den Haftpflichtversicherungen, wenn im Votum kein Behandlungsfehler festgestellt wurde | 116 |
| Abbildung 93: | Übereinstimmung von Votum und Ausgang bei der Versicherung .. | 117 |
| Abbildung 94: | Dauer des Gutachterverfahrens in Tagen..... | 119 |
| Abbildung 95: | Rechtsanwaltsbeteiligung an den Gutachterverfahren | 120 |
| Abbildung 96: | Fehlerverteilung mit und ohne Rechtsanwalt | 120 |
| Abbildung 97: | Prozentualer Anteil der Behandlungsfehler in Abhängigkeit von der Rechtsanwaltsbeteiligung..... | 121 |
| Abbildung 98: | Die Dauer des Gutachterverfahrens in Abhängigkeit von der Rechtsanwaltsbeteiligung..... | 122 |

Literaturverzeichnis

„Abschlussbericht Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.“ Köln, Oktober 2006.

Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der so genannten Sectio auf Wunsch. Bde. IV Medizinrecht, Qualitätssicherung, in *Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfes*, Herausgeber: DGGG. Berlin, 2008.

Albert U, Schreer I, Kreipe H. „Früherkennung von Mammakarzinomen.“ In *Mammakarzinom interdisziplinär*, von Kreienberg R, Möbius V, Jonat W, Kühn T. Berlin, Heidelberg, New York, 2010.

Albert U, Schulz K. „Früherkennung von Mammakarzinomen.“ In *Management des Mammakarzinoms*, von Kreienberg R, Volm T, Möbius V, Alt D. Berlin, Heidelberg, New York, 2002.

Andrae S, Avelini P. *Lexikon der Krankheiten und Untersuchungen*. Stuttgart, 2008.

Bayerische Landesärztekammer.

http://www.blaek.de/pdf_rechtliches/haupt/Gutachterstelle_Arzthaftungsfragen.pdf (Zugriff am 24.5.2013).

Beck L, Weber B. „Die Schulterdystokie in der Beurteilung der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein.“ *Der Gynäkologe*, 11/1998.

Beinder E, Bucher H. „Totgeburt und plötzlicher Kindstod.“ *Der Gynäkologe*, 4/2008.

Beinder E. „Risikogeburt.“ In *Gynäkologie und Geburtshilfe*, von Kiechle M. München, 2007.

Berg D, Seiermann B. „Aus Fehlern lernen.“ *Frauenarzt*, 3/2006.

Biermann E. „Aufklärung des Patienten.“ In *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, von Berg D, Ulsenheimer. Heidelberg, 2006.

Bittmann I. „Erweiterte pathologische Diagnostik: Was ist neu?“ In *Mammakarzinom: Neue Aspekte zu Diagnose und Therapie*.

Blythe J, Stovall T. „Andere Verfahren.“ In *Operationen bei gutartigen gynäkologischen Erkrankungen und geburtshilfliche Eingriffe*, von Stovall T, Ling F. Köln, 1998.

Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Bde. I Allgemeine Gynäkologie, Gynäkologische Onkologie, Urogynäkologie, Gynäkologische Infektiologie, in *Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfes*, Herausgeber: DGGG. Berlin, 2008.

Bundesärztekammer (Hrsg). „Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2010.“ 2011.

Das nicht erkannte Mammakarzinom. Bde. IV Medizinrecht, Qualitätssicherung, in *Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfes*, Herausgeber: DGGG. Berlin, 2008.

DGGG (Hrsg). „Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen.“ August 2010. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-3-4-sws-hochdruck-2010.pdf (Zugriff am 2.11.2012).

DGGG, DDG (Hrsg). „Gestationsdiabetes mellitus (GDM) - Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge.“ August 2011. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Dokumente/Leitlinien/3-3-3-Gestationsdiabetes-2011.pdf (Zugriff am 2.11.2012).

Diagnostisches Mammazentrum München. <http://www.sittek.de/weitere-informationen/birads-klassifikation/index.php> (Zugriff am 7.1.2013).

Distler W, Riehn A. *Notfälle in Gynäkologie und Geburtshilfe.* Heidelberg, 2006.

Dronkers D, Hendriks J, Robra B, Verbeek A. „Screening auf Mammakarzinom.“ In *Radiologische Mammadiagnostik*, Herausgeber: Dronkers D, Hendriks J, Holland R Rosenbusch G. Stuttgart, New York, 1999.

Dudenhausen J. „Indikationen zur abdominellen Schnittentbindung.“ In *Der Kaiserschnitt*, Herausgeber: Stark M. München, Jena, 2009.

Empfehlungen zur Schulterdystokie. Bde. IV Medizinrecht, Qualitätssicherung, in *Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfes*, Herausgeber: DGGG. Berlin, 2008.

Gerstner G. *Forensische Gynäkologie - Gynäkologische Gutachten im Verfahren.* Berlin, Boston, 2012.

Gibis B, Pfandzelter R. „Bedeutung von Screeninguntersuchungen.“ In *Management des Mammakarzinoms*.

Goecke C. „Chirurgie der Brust.“ In *Forensische Gynäkologie*, von Goecke C, Solbach G Kremling H. Stuttgart, New York, 1991.

Goerke K. „Qualitätssicherung nach SGB V.“ In *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, von Berg D Ulsenheimer. Heidelberg, 2006.

Gutachterstelle Bayern. www.gutachterstelle-bayern.de (Zugriff am 28.6.2012).

Gutachterstelle Bayern. <http://www.gutachterstelle-bayern.de/wir-ueber-uns> (Zugriff am 28.6.2012).

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen Sachsen (Hrsg). *Jahresstatistik 2010.* <http://www.slaek.de/05wir/35kommis/40schlist/stat10.html> (Zugriff am 21.12.2012).

Heilmann V, Kreienberg R. „S3-Leitlinie Mammakarzinom.“ In *Management des Mammakarzinoms*, von Kreienberg R, Volm T, Möbius V Alt D. Berlin, Heidelberg, New York, 2002.

Hickl E, Weber B, Wolf H, Beck L. „Behandlungsfehlervorwürfe in der Gynäkologie.“ *Rheinisches Ärzteblatt*, 3/2000.

Jacobs W. „Disease-Management-Programm Brustkrebs.“ In *Management des Mammakarzinoms*.

Janni W, Rack B, Nestle-Krämling C. „Neoplastische Veränderungen der Mammae.“ In *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe*, von Strauss A, Janni W Maass N. Heidelberg, 2009.

Jonat W, Crohns C, Maass, N. „Malignome Tumoren der Mamma.“ In *Praxisbuch: Gynäkologische Onkologie*, von Petru E, Fink D, Jonat W Köchli O. Berlin, Heidelberg, New York, 2011.

Kiechle M, Paepke S, Schmalfeldt B, Harbeck N, Heywang-Köbrunner S, Neises M. „Tumorartige Veränderungen und Tumoren.“ In *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Herausgeber: Kiechle M. München, 2007.

Kiechle M. „Diagnostische und therapeutische Methoden.“ In *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Herausgeber: Kiechle M. München, 2007.

Kleitner G, Lichtmanegger R. „Schadensstatistik aus Sicht eines Heilwesenhaftpflichtversicherers.“ In *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, von Berg D Ulsenheimer. Heidelberg, 2006.

Koch H. „Bekanntmachung der Neufassung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK.“ *Bayerisches Ärzteblatt - Heft 12/2000*, 2000.

Kolmorgen K. „Darmverletzungen bei der gynäkologischen Laparoskopie.“ *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*, 04/2004.

Kolmorgen K. „Müssen Veres-Nadel-Dünndarmverletzungen operativ versorgt werden?“ *Frauenarzt*, 11/2003.

Kozlowski P. „Wie können schwerwiegende Fehlbildungen besser erkannt werden?“ *Ärztammer Nordrhein: Fehler und Gefahren der ärztlichen Betreuung*. 25. 1 2006. (Zugriff am 2.11.2012).

Krause M, Feige A. „Schädigung des Plexus brachialis bei Spontangeburt aus Schädellage - Prävention durch Sectio caesarea?“ *Frauenarzt*, 10/1999.

Kreienberg R, Volm T, Alt D. „Krankheitsbild: Mammakarzinom.“ In *Management des Mammakarzinoms*, von Kreienberg R, Volm T, Möbius V Alt D. Berlin, Heidelberg, New York, 2002.

Kremling H. „Komplikationen bei und nach operativer Therapie.“ In *Forensische Gynäkologie*, von Goecke C, Solbach G Kremling H. Stuttgart, New York, 1991.

Laum H, Beck L, Smentkowski U. „Schlichtung mit großer Akzeptanz.“ *Rheinisches Ärzteblatt*, 12/2003.

Lebeau A, Mitze M. „Morphologische Grundlagen.“ In *Mammakarzinom interdisziplinär*.

Lichtmanegger R, Burdelski K. „Rechtliche Aspekte der interdisziplinären ärztlichen Zusammenarbeit.“ In *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, von Berg D Ulsenheimer K. Heidelberg, 2006.

Lichtmanegger R, Kleitner G. „Schadenstatistik aus Sicht eines Heilwesenhaftpflichtversicherers.“ In *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*, von Berg D Ulsenheimer K. Heidelberg, 2006.

Lindenberg A, Wagner I. *Statistik macchiato*. München, 2007.

Maass N, Weigel M. „Sectio caesarea (Kaiserschnitt).“ In *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe*, von Strauss A, Janni W Maass N. Heidelberg, 2009.

„Mammakarzinom-Prävention.“ In *Manual Mammakarzinome*, von Wolf C, Ataseven B, Hanusch C A, Hellemann H P de Waal J C, Herausgeber: Tumorzentrum München. München, Wien, New York, 2009.

Meden H. „Operative Diagnostik und Therapie beim Mammakarzinom: Aktuelle und neue Aspekte.“ In *Mammakarzinom: Neue Aspekte zu Diagnostik und Therapie*.

Merz E (Hrsg). *Sonographische Diagnostik in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart, New York, 2002.

Müller V, Jänicke F. „Prognostische und prädiktive Faktoren bei Patientinnen mit Mammakarzinom.“ In *Management des Mammakarzinoms*.

Operationsbedingte Verletzungen des Ureters in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Bde. IV Medizinrecht, Qualitätssicherung, in *Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Herausgeber: DGGG. Berlin, 2008.

Ponhold L, Helbich T. *Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie.* <http://www.ago-manual.at/inhalt/i-mammakarzinom/14-bildgebende-diagnostik/> (Zugriff am 7.1.2013).

Redling R, Dautert I. *Was Patienten beanstanden.* Bochum, 2011.

Rieber A, Brambs H, Diedrichs C, Kreienberg R. „Bildgebende Verfahren: Früherkennung und Diagnostik.“ In *Management des Mammakarzinoms*, von Kreienberg R, Volm T, Möbius V Alt D. Berlin, Heidelberg, New York, 2002.

Rieber-Brambs A, Brambs H, Kreienberg R. „Bildgebende Verfahren: Früherkennung und Diagnostik.“ In *Mammakarzinom interdisziplinär*, von Kreienberg R, Jonat W, Möbius V Kühn T. Berlin, Heidelberg, New York, 2010.

Rijken H. „Ausführung der Mammographie.“ In *Radiologische Mammadiagnostik*, Herausgeber: Dronkers D, Hendriks J, Holland R Rosenbusch G. Stuttgart, New York, 1999.

Rijken H. „Ausführung der Mammographie.“ In *Radiologische Mammadiagnostik*, Herausgeber: Dronkers D, Hendriks J, Holland R Rosenbusch G. Stuttgart, New York, 1999.

RKI (Hrsg). „Heft 25 - Brustkrebs.“ *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 2005.

Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, (Hrsg). *Krebs in Deutschland 2007/2008*, 2012.

Säbel M, Karssemeijer N. „Physikalisch-technische Aspekte der Mammographie.“ In *Radiologische Mammadiagnostik*, Herausgeber: Dronkers D, Hendriks J, Holland R Rosenbusch G. Stuttgart, New York, 1999.

Schleich D, Artmann A, de Waal J, Difliff C, Heywang-Köbrunner S, Imhoff K, Perlet C, Rjosk D, Schmid R. „Bildgebende und interventionelle Verfahren.“ In *Manual Mammakarzinome*, Herausgeber: Tumorzentrum München. München, Wien, New York, 2009.

Schlicht E. „Kommentar zum Artikel "Schädigung des Plexus brachialis bei Spontangeburt aus Schädellage - Prävention durch Sectio caesarea?".“ *Frauenarzt*, 10/1999.

Schulz-Wendtland R, Sauer G, Kreienberg R. „Präoperative Diagnostik.“ In *Mammakarzinom interdisziplinär*.

Söhngen L, Meinhold-Heerlein I, Wöfler M, Maass N. „Hysterektomie- Interventionelle Alternativen.“ *Der Gynäkologe*, 8/2012.

Stauber M, Weyerstahl T. *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart, 2007.

Stovall T, Summitt R, Casson P. „Hysterektomie und verwandte Verfahren.“ In *Operationen bei gutartigen gynäkologischen Erkrankungen und geburtshilfliche Eingriffe*, von Stovall T Ling F. Köln, 1998.

Strauss A. „Ektopie Schwangerschaft.“ In *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe*, von Strauss A, Janni W Maass N. Heidelberg, 2009.

Surbeck D. „Störungen bei der Entstehung und Entwicklung einer Schwangerschaft.“ In *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Kiechle M (Hrsg). München, 2007.

Weber B, Beck L. „Fehlerquellen kennen - Fehler vermeiden.“ *Frauenarzt*, 5/2009.

Weber B, Beck L. „Fehlerquellen kennen - Fehler vermeiden.“ *Frauenarzt*, 3/2007.

Weber B, Beck L. „Behandlungsfehler in der Gynäkologischen Onkologie - Ergebnisse der Gutachterkommission Nordrhein 2003-2007.“ *Klinische Onkologie*, 2009/2010.

Weber B, Bender H. „Trends in der Begutachtung frauenärztlicher Tätigkeit.“ *Der Gynäkologe*, 5/2012.

Weber B, Bender H. „Fehlerquellen kennen - Fehler vermeiden.“ *Frauenarzt*, 3/2012.

Weber B. „50. Fortbildung "Aus Fehlern lernen": Diagnostik des Mammakarzinoms.“ *Rheinisches Ärzteblatt*, 2/2011.

Zu Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (E-E-Zeit) bei einer Notlage. Bde. III Pränatal- und Geburtsmedizin, in *Leitlinien in Gynäkologie und Geburtshilfe*, Herausgeber: DGGG. Berlin, 2008.

Anhang

Anhang 1 - Datentabelle Gynäkologie

Siehe beigefügte CD-Rom: „Datentabelle Gynäkologie“

Anhang 2 - Datentabelle Geburtshilfe

Siehe beigefügte CD-Rom: „Datentabelle Geburtshilfe“

Anhang 3 - Fragebogen an Haftpflichtversicherung



Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der Bayerischen Landesärztekammer

Bitte schicken Sie diesen Fragebogen ausgefüllt an eine der folgenden Kontaktmöglichkeiten:

E-Mail: K.Dirnberger@blaek.de
 Telefax: 089 / 3090 483 - 728
 Postanschrift: Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
 Mühlbaurstr. 16
 81677 München

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
 089 / 3090 483 - 459

Verfahren:

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:

Votum:

Bitte kreuzen Sie, sofern zutreffend an.

- 1) Wir haben vom Anspruchsteller nichts mehr gehört und die Akte geschlossen:
- 2) Wir haben außergerichtlich reguliert:
- 3) Es fand ein Gerichtsverfahren statt:
 - Ergebnis konform mit Votum der Gutachterstelle
 - Ergebnis konträr mit Votum der Gutachterstelle

Bei Gerichtsurteilen, die nicht dem Votum der Gutachterstelle folgen, bitten wir, wenn möglich, um eine Kopie des Gerichtsgutachtens und / oder des Urteils.

Diese Mitteilung ist ausschließlich für die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer bestimmt. Sollte Ihnen die Nachricht fälschlich zugegangen sein, möchten wir Sie bitten, dies an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen unter obiger Faxnummer zu versenden. Diese Mitteilung soll nicht an Dritte weitergegeben bzw. vervielfältigt werden.

Anhang 4 - Anträge Gynäkologie

| Operationen | Anzahl | Zervix | Anzahl |
|------------------------------------|---------------|------------------------|---------------|
| Laparoskopie | 57 | Zervixkarzinom | 27 |
| Läsion von Nachbarorganen: Darm | 40 | Abrasio/Kürettage | 9 |
| Läsion von Nachbarorganen: Ureter | 20 | Abruptio | 3 |
| Läsion von Nachbarorganen: Blase | 19 | Bartholini-Abszess | 2 |
| Läsion von Nachbarorganen: Nerv | 16 | Konisation | 1 |
| Inkontinenzoperation | 13 | Gesamtergebnis | 42 |
| Verbrennung | 10 | Ovar | Anzahl |
| Läsion von Nachbarorganen: Gefäß | 6 | Ovarialzyste | 24 |
| Lagerungsschaden | 5 | Ovarialkarzinom | 11 |
| Läsion von Nachbarorganen: Urethra | 5 | Ovarektomie | 1 |
| Labienreduktion | 3 | Ovarialabszess | 1 |
| Läsion von Nachbarorganen: Uterus | 3 | Gesamtergebnis | 37 |
| Bauchdeckenplastik | 1 | Schwangerschaft | Anzahl |
| Bauchtuch vergessen | 1 | EUG | 25 |
| Hymenalerweiterung | 1 | IVF | 5 |
| Gesamtergebnis | 200 | Gesamtergebnis | 30 |
| Mamma | Anzahl | Verhütung | Anzahl |
| Mammakarzinom | 107 | IUP-Einlage | 9 |
| Mammoplastik | 22 | Sterilisation | 6 |
| Fibroadenom | 6 | Stäbchen | 3 |
| Mastopathie | 2 | IUP-Entfernung | 1 |
| fibrocystische Mastopathie | 1 | Gesamtergebnis | 18 |
| Galaktorrhoe | 1 | Sonstiges | Anzahl |
| Mamillennekrose | 1 | Apoplex | 2 |
| Mammographie | 1 | Antibiotika-Allergie | 1 |
| Gesamtergebnis | 141 | Appendizitis | 1 |
| Uterus | Anzahl | Atherom | 1 |
| Hysterektomie | 86 | Condylomata | 1 |
| Descensus uteri | 24 | Scheidenentzündung | 1 |
| Corpuskarzinom | 9 | Spritzenabszess | 1 |
| Endometriose | 2 | Zystoskopie | 1 |
| Hysterographie | 1 | Gesamtergebnis | 9 |
| Uterus Myomatosus | 1 | | |
| Gesamtergebnis | 123 | | |

| Adnexe | Anzahl |
|-----------------------|---------------|
| Adenexitis | 1 |
| Adenextumor | 1 |
| Adnexabszess | 1 |
| Adnexitis | 2 |
| Adnextorsion | 1 |
| Salpingitis | 1 |
| Tubenabszess | 1 |
| Gesamtergebnis | 8 |

| Sonstige Tumore | Anzahl |
|------------------------|---------------|
| Harnblasenkarzinom | 1 |
| Magenkarzinom | 1 |
| Vaginalkarzinom | 3 |
| Gesamtergebnis | 5 |

Anhang 5 - Anträge Geburtshilfe

| Kindliche Geburtsfolgen | Anzahl | Schwangerschaftsbetreuung | Anzahl |
|--------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
| Schulterdystokie | 23 | Intrauteriner Fruchttod | 24 |
| Cerebralparese | 18 | Übersehene Fehlbildung | 16 |
| Infektion | 13 | Gestationsdiabetes | 7 |
| Hypoxie | 9 | HELLP | 7 |
| Hirnblutung | 3 | Abort | 6 |
| Schultergelenkläsion | 2 | Hämophilie A | 2 |
| Fazialisparese | 1 | Aneurysma | 1 |
| Kindstod | 1 | FFTS | 1 |
| Magensonde intrakraniell | 1 | Hemmkörperhämophilie | 1 |
| Nabelschnurumschlingung | 1 | Mikrozephalie | 1 |
| Nekrotisierende | | | |
| Enterokolitis | 1 | Siamesische Zwillinge | 1 |
| Schulterdeformität | 1 | Zervikale Schwangerschaft | 1 |
| Gesamtergebnis | 74 | Gesamtergebnis | 68 |

| Geburtsmanagement | Anzahl |
|--------------------------|---------------|
| Sectio caesarea | 52 |
| Episiotomie | 6 |
| Kürettage | 5 |
| PDA | 4 |
| Zangengeburt | 2 |
| Zerklage | 1 |
| PDA verweigert | 1 |
| Gesamtergebnis | 70 |

| Mütterliche Geburtsfolgen | Anzahl |
|---------------------------|-----------|
| Dammriss | 16 |
| Postpartale Blutung | 5 |
| Plazentarest | 4 |
| Uterusperforation | 4 |
| Apoplex | 2 |
| Milzruptur | 2 |
| Tiefe Venenthrombose | 2 |
| Anale Inkontinenz | 1 |
| Herzbeuteltamponade | 1 |
| Kindbettfieber | 1 |
| Kreuzbeinfraktur | 1 |
| Labienriss | 1 |
| Lagerungsschaden | 1 |
| Rippenfraktur | 1 |
| Thrombophlebitis | 1 |
| Gesamtergebnis | 43 |

Anhang 6 – Klassifikation der Brustdichte nach dem ACR¹⁶⁹

| ACR | Bedeutung |
|----------|---|
| 1 | Sehr hoher Fettgewebsanteil, geringe Brustdichte |
| 2 | Verstreute Verdichtungen |
| 3 | Sensitivitätsminderung durch überwiegend dichte Brust |
| 4 | Extreme Brustdichte |

¹⁶⁹ Vgl. URL: <http://www.ago-manual.at/inhalt/i-mammakarzinom/14-bildgebende-diagnostik/> [07.01.2013]

Anhang 7 – BI-RADS Klassifikation¹⁷⁰ des American College of Radiology

| Kategorie | Diagnose | Procedere | Karzinom-wahrscheinlichkeit ¹⁷¹ |
|-----------------|--|---|--|
| BIRADS 0 | Bildgebung unvollständig | Weitere Bildgebung notwendig | unklar |
| BIRADS 1 | Unauffällig | Normale Vorsorge | 0% |
| BIRADS 2 | Benigne Veränderung | Normale Vorsorge | 0% |
| BIRADS 3 | Mit hoher Wahrscheinlich benigner Befund | Kontrolle in sechs Monaten | ≤ 2% |
| BIRADS 4 | Suspekte Veränderung | Biopsie (minimal invasiv) | 2% bis < 95% |
| BIRADS 5 | Mit hoher Wahrscheinlichkeit maligner Befund | Biopsie (minimal invasiv) und adäquate Therapie | ≥ 95% |
| BIRADS 6 | Histologisch gesicherte Malignität | Therapie | 100% |

¹⁷⁰ Vgl. Kiechle u.a., 2007, S.564

¹⁷¹ Vgl. URL: <http://www.sittek.de/weitere-informationen/birads-klassifikation/index.php#226715a0390e89a11> [07.01.2013]

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. D. Berg für die Überlassung des Themas. Ich danke ihm für seine konstruktiven Anregungen und Ratschläge bei der Sammlung des Datenmaterials sowie für seine freundliche Unterstützung während der Erstellung der Arbeit.

Ein herzliches Dankeschön richte ich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer. Insbesondere möchte ich mich bei Frau Heck für die Hilfe bei der Aktensuche im Archiv und bei Frau Froelian, Frau Hanel, Frau Höhne, Frau Hübner, Frau Sah, Herrn Dr. Küchle und Herrn Braun für Tipps und Tricks bei den verwendeten Programmen und bei der Unterstützung während meiner Zeit in der Gutachterstelle bedanken.

Herrn Prof. Dr. B. Günther und Herrn Prof. Dr. H. Sommer danke ich ganz besonders für deren viele hilfreiche Ratschläge und die unermüdliche und verständnisvolle Betreuung.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei den Haftpflichtversicherungen, vor allem bei den Mitarbeitern der Versicherungskammer Bayern, für die Bearbeitung meiner unzähligen Fragebögen und für die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit den einzelnen Sachbearbeitern.

Zu Dank verpflichtet bin ich auch Frau Verena Hoffmann vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie am Klinikum Großhadern, München für die wertvollen Hilfestellungen.

Besonders danken möchte ich meinem Mann Thomas für die große Unterstützung, Geduld und Rücksichtnahme während der Fertigstellung der Arbeit.

Eidesstattliche Versicherung

Windbichler, Katrin

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Die statistische Auswertung der gynäkologischen und geburtshilflichen Schadensfälle bei der Gutachterstelle der Bayerischen Landesärztekammer aus den Jahren 2000 bis 2010.

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Aschau, 23.04.14

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand