

Kunstfehler – Fehler – Begutachtung – Qualitätskontrolle!

Anmerkungen und Ergänzungen zum Bericht
der Gutachterstelle der FMH*

B. P. Gloor

Mit dem Bericht der FMH-Gutachterstelle [1, 2] für das Jahr 2000 weist sich diese über eine eindrückliche Tätigkeit aus. Für die von Frau Friedli und Fürsprecher Kuhn geleistete Arbeit kann nur gedankt werden. Aus der Tatsache, dass in 50% der Fälle die Begutachter zugunsten der Patienten entschieden haben, schliesst dann Kollege Trutmann [3, 4] in seinem Editorial auf Mut und Objektivität der Gutachter. Die Befriedigung, welche man über das gute Funktionieren einer Stelle der FMH empfinden mag, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass damit nur ein kleiner Teil des Problemkreises *Kunstfehler – oder einfach Behandlungsfehler – Begutachtung – Qualitätskontrolle* abgedeckt wird. Im folgenden geht es keineswegs darum, die vermittelnde Arbeit und die Auswertungen der Gutachterstelle oder die erheblichen Mühen der Gutachter zu schmälern, aber darauf hinzuweisen, dass mit der aussergerichtlichen Beurteilung auch Nachteile verbunden sein können, oder dass bei dieser Form von Begutachtung, nämlich Begutachtung des isolierten Einzelfalles, eine bestimmte Art von Behandlungsfehlern bzw. Ungenügen eines Arztes nicht erfasst werden kann und dass es eine schwer abschätzbare Dunkelziffer ungedeckter Behandlungsfehler gibt. M. Kessler, Präsidentin der Schweizerischen Patienten- und Versicherungsorganisation SPO, schätzt sie bei 90% der Fälle, bei welchen die Frage nach Haftpflicht gestellt werden sollte [5]. Ähnliches lehrte mich 40jährige klinische Tätigkeit – und auch der Umgang mit mir selbst. Dabei liegt nahe, dass ich Beispiele aus der Ophthalmologie wähle, um damit aber auf Grundsätzlicheres, was auch für andere Fachgebiete Geltung haben könnte, hinzuweisen.

Vorteil der aussergerichtlichen Begutachtung ist zweifellos die Vereinfachung, auch die Beschleunigung der Abläufe, vor allem, wenn mit Abschluss des

* Für die Durchsicht des Manuskriptes und Ergänzungen bin ich Herrn Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär der FMH, sehr dankbar. Für den Inhalt des Artikels bin ich allein verantwortlich.

Korrespondenz:
Prof. em. Dr. med. Balder P. Gloor
Hinterbergstrasse 91
CH-8044 Zürich
E-mail: bgloor@access.unizh.ch

Verfahrens offensichtlich wird, dass dem Patienten Entschädigungen zustehen. Mit der aussergerichtlichen Begutachtung werden aber auch Fälle der eigentlichen Rechtsprechung entzogen [6]. So kommt es bei Fragen, in welchen Klärung dringend notwendig wäre, nicht zu solcher durch veröffentlichte Urteile. Solche sind in gewissen Fällen anzustreben, selbst auf die Gefahr hin, dass juristische Beurteilung ärztlichem Fachwissen gelegentlich zuwiderläuft [6]. So möchte man z.B. rechtsverbindlich wissen, wie heute die Aufklärung des Patienten dokumentiert sein muss, damit sie vor Gerichten bestehen kann, oder welche Fristen verlaufen dürfen, bis eine die Makula und damit das zentrale Sehvermögen bedrohende Netzhautablösung operiert worden sein muss – mit Implikationen für das ganze Gesundheitssystem übrigens –, oder um wieviel die Dioptrienzahl einer ins Auge implantierten künstlichen Linse von ihrem Sollwert abweichen darf – wenn das falsche Bein amputiert wird, ist die Haftung klar, wenn eine falsche Linse implantiert wird, noch keineswegs! –, d.h., es besteht die Frage, ob und unter welchen Umständen ein erforderlicher Linsenaustausch von der Haftpflichtversicherung des implantierenden Chirurgen oder von der Sozialversicherung getragen werden muss, ob auch die umgetauschte Linse eine «falsche» Linse sein darf, ab wann durch besondere Nachlässigkeit des Operateurs verschuldete Nachoperationen als Körperverletzung strafrechtlich geahndet werden müssen.

Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Beurteilung im gerichtlichen Verfahren anders als im aussergerichtlichen ausfallen würde, z.B. wenn es um den oben erwähnten Nachweis erfolgter Aufklärung geht.

Eine Analyse der Urteile der von der Gutachterstelle vermittelten Fälle kann helfen, nicht nur die Begutachtung zu verbessern, sondern auch weitere Behandlungsfehler zu vermeiden. Die Übermittlung der Gutachten an die Fachgesellschaften, falls die Patienten einverstanden sind, ist ein erster Schritt zur fachspezifischen Auswertung. Wie häufig was zu welchen Klagen führt und wie Haftpflichtansprüche aussergerichtlich – auch ausserhalb der von der Gutachterstelle betreuten Fälle – und gerichtlich geregelt werden, kann aber erst erfasst werden, wenn nicht nur die über die Begutachterstelle laufenden Begutachtungen erfasst, sondern wenn sämtliche Fälle, bei welchen Haftpflichtfragen auftauchen, gesammelt werden, wie das offenbar z.B. in der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation gehandhabt wird. Erst dies wird eine genügend grosse Zahl von fachspezifischen Fällen ergeben, um einigermaßen wegleitende Resultate und verbindliche Masse für die Beurteilung zu erhalten, wie sie z.B. in den USA Bettmann für die Ophthalmologie präsentierte [7].

Damit, dass im Jahre 2001 von der Gutachterstelle Bern in etwa 50% der von ihr betreuten Fälle auf Behandlungsfehler entschieden wurde, lässt annehmen, dass, wenn einmal ein Patient sich entschlossen hat, die Gutachterstelle anzurufen, die Dinge korrekt laufen und dass auf dieser Ebene das Problem «Solidarität des Arztes mit dem Patienten oder mit dem Kol-

legen?» weitgehend gelöst ist. Wenn dazu aber Mut gehört, wie das Dr. Trutmann [3, 4] bescheinigt, weist dies darauf, dass nach wie vor diese Begutachtung mit Gratwanderungen verbunden ist. So wie Patienten nicht selten zu Unrecht – als Laien verständlicherweise – Behandlungsfehler annehmen, so gibt es aber vermutlich eine wesentlich grössere Dunkelziffer von Fällen, in welchen der Patient geschehene Fehler nicht erkennt oder sich nicht wehren mag. So kann ein Patient, wenn er mehrere Male wegen sich folgender Fehler operiert werden musste, im Glauben bleiben, er sei glücklicherweise auf einen hervorragenden Chirurgen gestossen, «denn welcher gewöhnliche Chirurg hätte ihn viermal operieren können!» Aber auch zahlreiche Patienten, die eine Fehlbehandlung vermuten, überwinden oft die inneren Hürden und Zweifel nicht, um mit kritischem Hinterfragen bis zur Klage gegen den Arzt zu gehen.

Grösstes Defizit in der Begutachtung des Einzelfalles, und das gilt für aussergerichtliche wie für gerichtliche Begutachtung, ist aber, dass nur die Leistung des Arztes in dem jeweiligen Einzelfall zur Diskussion steht, aber nicht seine Resultate im Vergleich zum üblichen Qualitätsstandard. So werden mit der Begutachtung eines Falles, bei welchem ein einzelner Patient klagt, Komplikationen vorwiegend daraufhin untersucht, ob und in welchem Prozentsatz mit ihnen im Einzelfall gerechnet werden muss. Perforiert z.B. ein Netzhautchirurg ungewollt die Sklera mit folgender Inkarzation der Netzhaut in der Perforationsstelle, welche dann Ursache eines komplizierten Verlaufes, ja sogar der Erblindung und des Augenverlustes werden kann, und bezichtigt darauf der Patient den Netzhautchirurgen eines Kunstfehlers, wird der begutachtende Chirurg gerade dank seiner Erfahrung und aufgrund seiner Kenntnisse der Literatur festhalten, dass eine Perforation z.B. beim Legen von Plombennähten jedem Netzhautchirurgen passieren kann, bei dünner Sklera bei Myopie eher als bei normal dicker Sklera. Ebenso kann es zur Inkarzation der Netzhaut oder zur Blutung bei der Flüssigkeitspunktion kommen oder zur Bildung einer massiven Zellproliferation mit inoperabler Schrumpfung der Netzhaut. Deshalb wird der Gutachter beim Vorliegen solcher Komplikationen korrekterweise zum Schluss kommen, es liege zwar ein besonders ungünstiger Verlauf vor, aber kein eigentlicher Kunstfehler. Nun übersteigen aber solche Komplikationen bei einem guten Netzhautchirurgen ein aus grossen Fallzusammenstellungen ermitteltes Niveau nicht. So erreicht der Standardnetzhautchirurg bei Netzhautablösungen z.B. mit einem ersten und einzigen Eingriff eine Wiederanlegungsrate von 90%. Dem beklagten Chirurgen unterlaufen solche Komplikationen aber auf hundert Fälle z.B. 20mal häufiger als dem Standardchirurgen oder seine Wiederanlegungsrate nach der ersten Operation liegt deutlich unter 80%. Oder ein Kataraktchirurg muss z.B. bei 10% seiner Fälle noch im frühen postoperativen Verlauf Nachoperationen durchführen oder gar Linsen austauschen. Der Normwert liegt bei letzteren Eingriffen aber deutlich unter 1%, der beklagte Chirurg erreicht diese Resultate jedoch bei weitem nicht.

Solch (schlechte) Ergebnisse fliessen in die Begutachtung des Einzelfalles nicht ein, können gar nicht einfließen. Das im Einzelfall beklagte Ereignis kann nicht als Kunstfehler gewertet werden, bei Betrachtung eines grösseren Kollektives unterlaufen dem Chirurgen aber so viele Fehler, dass er aus dem Betrieb genommen werden müsste. Dies heisst, *was im Einzelfall u.U. akzeptiert werden muss, darf sich beim einzelnen Chirurgen nicht häufen!*

Zwar wird an den FMH-Gutachter die Frage gestellt: «Hätte der Arzt die Behandlung übernehmen dürfen?» Das lässt aber heute noch ein sehr weites Feld offen: Das Feld zwischen Papierform bzw. Facharztzeugnissen und möglicherweise noch Impact factor und dem wirklichen Können. So bleibt die Frage, wie vermag ein Gutachter zu entscheiden, ob ein Arzt die Behandlung hätte übernehmen dürfen, wenn er die «Overall-Ergebnisse» des Begutachteten nicht kennt, nicht eruieren kann und sich hütet, diese eruieren zu wollen. Bis sich jedoch solche Fehler aus einer Statistik, welche eine Qualitätskontrolle ermöglichen soll, herauslesen lassen, vergehen Jahre, d.h., die zurzeit laufenden, von KVG und Obrigkeiten verordneten Statistiken können da noch lange keine Hilfe bringen. Und dort, wo sie im Ansatz vorhanden sind (Projekt «Outcome» der Zürcher Spitäler [8]), bestehen für die Offenlegung der Ergebnisse die von Kuhn dargelegten, gesetzgeberisch nicht geregelten Schwierigkeiten von «critical incident reporting» und Qualitätssicherung [9]. Kurz- und mittelfristig werden es nicht verbesserte Statistiken sein, welche Abhilfe bringen werden, sondern essentiell ist, wie im täglichen Betrieb mit Fehlern umgegangen wird, ob mit Bemühungen, diese offenzulegen oder ihr Vorkommen zu bagatellisieren, zu ignorieren und zuzudecken. Die oben erwähnte zentrale Erfassung von Haftpflichtfällen durch die Fachgesellschaft vermöchte vielleicht eine lokale Häufung zutage zu fördern, aber auch erst wenn Fehler wirklich offengelegt werden.

Damit stellt sich 1. die Frage, ob es überhaupt Wege gibt, unterdurchschnittliche Resultate bzw. überdurchschnittliche hohe Fehlerraten zu erfassen, und damit 2. die nächste Frage, wer denn diese Fehler sieht und bemerkt? Ist es in einem Klinikbetrieb leichter als für den Chirurgen in selbständiger Praxis? Gegenseitige Assistenz selbständiger Chirurgen ist ein wichtiges Mittel der Qualitätssicherung und -verbesserung, wenn auch vom Versicherer ungern bezahlt. In der Klinik sind es der/die (erfahrene) Assistent/in und der/die Oberarzt/-ärztin, welche die Fehler wahrnehmen. Aber was sagt der Assistent, wenn ihn der Patient fragt, ob denn eine Operation gut gelaufen sei? Wie verhält er sich, wenn er dem Patienten erklären muss, es seien Komplikationen aufgetreten, weil der Operateur nicht genügt? Da kann dann die Solidarität mit dem Patienten aus mehreren Gründen zugunsten einer ungunstigen Solidarität mit dem Operateur und der eigenen Laufbahn zurücktreten. Wenn der Operateur sogar der Chef ist, befinden sich der/die Assistent/in und/oder der/die Oberarzt/-ärztin in einem schweren Gewissensnotstand und einer Situation, die recht eigentlich nach

grundsätzlicher Behandlung des Problems durch eine Ethikkommission ruft, dies auch, um Richtlinien für die heikle Wanderung im Grenzgebiet zwischen hochzuhaltender Kollegialität und der mindestens so imperativen Verpflichtung gegenüber dem Patienten zu erarbeiten.

Hemmend für eine sachliche Diskussion möglicher Fehler bleibt aber auch der Umstand, dass der Haftpflichtversicherer dem Versicherten verbietet, Behandlungsfehler als solche zu deklarieren und dem Patienten einzugestehen. Die Abwehr unberechtigter Forderungen und die Verteidigung des Arztes und/oder des Spitals wird von der Versicherung dermassen weit in den Vordergrund gestellt, dass der Umgang mit Fehlern deutlich erschwert wird. Die zwischenmenschliche Kommunikation wird da von Anfang an durch die Verschiebung auf die juristische Ebene mit dem Kampf um Rechtsansprüche erschwert. Immerhin sollten hier die nötigen dem Patienten Sicherheit verschaffenden Worte gefunden werden. Dass aber bei irgendwelchen Unsicherheiten die Fälle der Haftpflichtversicherung mindestens gemeldet werden, das sollte eine Selbstverständlichkeit sein, wobei bei dieser Meldung offengelassen werden kann, ob nun eine Handlung eines Arztes wirklich als Fehler zu werten ist.

Der Umgang mit Behandlungsfehlern ist zusätzlich belastet, einmal durch die Furcht, dass Haftpflichtforderungen auch in der Schweiz Dimensionen wie in den USA annehmen mit der Gefahr der Verteuerung und Paralisierung des Gesundheitswesens, dann aber ganz besonders wegen der Bedrohung durch in der Schweiz leicht mögliche Strafverfahren [9]. Diese Furcht darf aber nicht dazu führen, dass über Fehler der Mantel des Schweigens ausgebreitet wird. Dann mag die Äusserung der Vermutung, dass es eine Dunkelziffer von Behandlungsfehlern gebe, dazu führen, dass dies von Kritikern der Ärzte und der Spitäler begierig aufgegriffen wird. Diesen kann ich nur sagen, dass ich das Ausmass der Dunkelziffer, trotz der Schätzungen von Frau Kessler [5], so wenig wie die Leser kenne, dass es sie mehr und weniger verbreitet gibt und dass unter anderem dieser Aufsatz dazu dient, Dunkelziffern in sichtbare Zahlen umzuwandeln und zum Verschwinden zu bringen, dann dass Behandlungsfehler aus allen möglichen Tabubereichen herausgeholt werden und mit ihnen immer mehr so umgegangen wird, dass der Schaden für den Patienten soweit wie möglich begrenzt wird, wozu – am Rande zu erwähnen – auch das in Bearbeitung stehende neue Haftpflichtgesetz dienen soll.

Zusammenfassung

Die Genugtuung über das gute Funktionieren der von der Gutachterstelle der FMH geleiteten aussergerichtlichen Begutachtung von Kunstfehlerklagen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass damit nur ein Teil des Problemkreises Behandlungsfehler und Qualitätskontrolle, welche mit der Zeit Behandlungsfehler deutlich reduzieren soll, gelöst ist. Die ausser-

gerichtliche Begutachtung kann Fälle und Sachverhalte der Rechtsprechung entziehen, über welche gerichtliche Urteile verbindliche Richtlinien bringen könnten. Mit der aussergerichtlichen hat die gerichtliche Begutachtung des Einzelfalles den Nachteil, dass Operationskomplikationen, welche im Einzelfall akzeptiert werden müssen, wenn sie aber beim einzelnen Chirurgen gehäuft vorkommen, nicht in die Beurteilung miteinfließen. Dies heisst, ob die Komplikation mit üblicher statistischer Wahrscheinlichkeit eingetreten ist oder ob der Operateur überdurchschnittlich schlecht operiert, bleibt offen. Die Erfassung des schlechten Operateurs wird sich noch über lange Zeit Qualitätskontrollen, welche mit statistischen Methoden arbeiten, entziehen. Unterdurchschnittliche Ergebnisse von Vorgesetzten bringen Mitarbeiter und Untergebene in kaum lösbare Loyalitäts- und Gewissenskonflikte auf der Gratwanderung zwischen Kollegialität und Verpflichtung gegenüber dem Patienten. Neben ungerechtfertigt beklagten Ereignissen geschieht eine schwer abschätzbare Zahl von Fehlern, die der Patient entweder nicht erkennt oder bei welchen er sich nicht zur Klage aufrafft. Dem Patienten wird man erst gerecht, wenn eine eigentliche Kultur der Offenlegung von Fehlern erarbeitet wird, wobei auch die Hemmnisse, dass die Haftpflichtversicherer dem Arzt verbieten möchten, ihm als Fehler erscheinende Handlungen als solche anzuerkennen, beseitigt werden sollten. Übereinstimmend mit Kuhn [9] dürfte, um eine offene Fehlerkultur rascher und besser zu etablieren, noch wichtiger sein, dass man von der Fehlerfrage weggeht und eine «no fault compensation» eingeführt wird. Zudem wäre zu begrüssen, dass fahrlässige Tötung – um über die Ophthalmologie hinauszugehen – in der Medizin ein Antragsdelikt würde, wie dies mit gutem Grund gerade von der Präsidentin der Patientenorganisation SPO, Frau Kessler, vorgeschlagen wird.

Literatur

- 1 Kuhn HP. FMH-Gutachterstelle – Berichtsperiode 2000. Schweiz. Ärztezeitung 2001;82:1585-91.
- 2 Kuhn HP. Bureau d'expertises de la FMH – Rapport annuel 2000. Bull. Med. Suisses 2001;82:1595-601.
- 3 Trutmann M. Gutachterstelle: Mut und Objektivität. Schweiz. Ärztezeitung 2001;82:1559.
- 4 Trutmann M. Bureau d'expertises: courage et objectivité. Bull. Med. Suisses 2001;82:1559.
- 5 Kessler M. Medizinische Gutachten aus Patientensicht. VSAO-Journal 2001;6:44-8.
- 6 Gloor B. Vom gegenseitigen Einfluss der Jurisprudenz und der Medizin in der Schweiz, erläutert am Beispiel der Ophthalmologie. Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 1993;202:389-96.
- 7 Bettman JW. Seven hundred medicolegal cases in ophthalmology. Ophthalmology 1990;97:1379-84.
- 8 tox. Zürcher Spitäler kontrollieren ihre Qualität – Differenzen über eine Publikation der Resultate. NZZ, 20. September 2001.
- 9 Kuhn HP. «Congress should pass legislation to extend protections ...» – Critical incident reporting und Recht. Schweiz. Ärztezeitung 2001;82:1394-403.