

FMH-Gutachterstellen

Jahresbericht für die Berichtsperiode 2003

Fürsprecher Hanspeter Kuhn, stv. Generalsekretär
Nathalie Favre, lic. iur., Rechtsdienst FMH

Bei den beiden FMH-Gutachterstellen in Bern und Lausanne wurden im Jahr 2003 insgesamt 88 Gutachten erstattet. In 35 Fällen haben die Gutachterinnen [1] einen Behandlungsfehler festgestellt; in 53 Fällen wurde kein Fehler festgestellt.

Die FMH-Gutachterstelle ist nicht für alle Streitigkeiten zuständig. Ihre Aufgabe ist es, dann ein Gutachten in Auftrag zu geben, wenn die Patientin vermutet, der Ärztin oder im Spital sei ein Diagnose- oder Behandlungsfehler unterlaufen, der zu einem Gesundheitsschaden geführt hat, und wenn zudem zwischen Patientin und Haftpflichtversicherer von Ärztin oder Spital keine Einigung ohne Gutachten möglich war.

Das im Februar 2002 in Kraft gesetzte neue Reglement hat sich bewährt. Die Informationen über die Geschichte des Falls, die wir dank dem neuen Reglement von Patientin und Versicherer/Ärztin oder Spital erhalten, lassen heute die zu untersuchende Problematik wesentlich besser erkennen. Dies erlaubt der FMH-Gutachterstelle mit grösserer Wahrscheinlichkeit, einem für den Fall geeigneten Gutachterteam den richtigen Gutachterauftrag zu erteilen. Umgekehrt wird auch die Komplexität vieler Fälle schon früher erkennbar; in 14 Fällen mussten gemischte Teams mit Gutachterinnen aus zwei oder drei Fachbereichen beauftragt werden.

Methode

Seit Bestehen der Gutachterstelle geben die Gutachterinnen bei Abschluss ihres Gutachtens der Gutachterstelle an, ob ein Diagnose- oder Behandlungsfehler im Gutachten bejaht oder verneint wird.

Die Zuordnung dieser Angabe zum entsprechenden Fachgebiet erfolgt danach durch die Leiterin der Gutachterstelle. Bei multidisziplinären Gutachten erfolgt die Zuordnung zum soweit erkennbar am intensivsten betroffenen Fachgebiet. Beispiel: Ist ein Gutachterinnenteam primär für die Gynäkologie und sekundär für die Gastroenterologie eingesetzt worden und wird ein Fehler in der Gynäkologie bejaht und in der Gastroenterologie verneint, so wird das Gutachten der Kategorie «Gynäkologie, Fehler bejaht» zugeordnet, nicht aber «Gastroenterologie, Fehler verneint». Die Statistik spiegelt damit das Resultat für die Patientin wider, hingegen nicht vollumfänglich das Mass der geleisteten Untersuchungsarbeit der Gutachterinnen.

Nicht statistisch erfasst werden die Schlussfolgerungen der Gutachterinnen zur Frage des

Schadens und zur Kausalitätsfrage, also zum Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden. Eine statistische Auswertung dieser Frage nach dem einfachen Muster «ja» oder «nein» würde einen falschen Eindruck erwecken, weil die Auswirkungen eines festgestellten Fehlers quantitativ höchst unterschiedlich ausfallen. Sie reichen von «keine feststellbare nachteilige Folge» bis zu «hat den Tod der Patientin verursacht».

Resultate

Gutachten über mehr als einen Fachbereich

Die moderne Medizin ist komplex geworden. Das historische Bild der Ärztin, die als Einzelkämpferin die Patientin behandelt, prägt auch die Tätigkeit der Gutachterstelle nicht mehr. In rund der Hälfte aller Fälle des letzten Jahres ging es um die Analyse von Spitalbehandlungen, und in vielen anderen Fällen war eine Behandlungskette von mehreren praktizierenden Ärztinnen zu untersuchen. Konkret waren für die in 2003 erstatteten Gutachten 14 fachübergreifende Begutachtungsteams im Einsatz [2].

Diskussion

Begrenzte Aussagekraft der Gutachterstellenfälle

Die Statistik der Gutachterstelle ist nur begrenzt repräsentativ für die Spital- und Arzthaftpflichtsituation in der Schweiz. Die letztes Jahr im Rahmen der beiden FMH-Gutachterstellen erstatteten 88 Gutachten sind beispielsweise in Relation zu setzen zu den rund 30 bis 40 Haftpflichtfällen, die typischerweise jährlich in einem einzelnen grossen nichtuniversitären Kantonsspital anfallen.

Zur Rolle der Patientinnenanwältinnen und -beraterinnen

Die Fehleranerkennungsquote ist nach dem, was wir über die Arbeitsweise der Anwältinnen von Patientinnen erfahren, eindeutig davon abhän-

1 Der Jahresbericht für 2002 erschien in der männlichen Form. Dieses Jahr sind turnusgemäss die Frauen an der Reihe. Das andere Geschlecht ist jeweils mitgemeint.

2 Orthopädie/Anästhesie/Radiologie (Fehler verneint; B = Gutachterstelle Bern); Anästhesie/Neurologie/Neurochirurgie (nein; B); Orthopädie/Radiologie (ja; B); Herzchirurgie/Anästhesie (ja; B); Gynäkologie/Gastroenterologie (ja/nein [d.h. Fehler ja in 1 Fach / nein in den übrigen]; B); Pathologie/Zytologie (nein; B); Chirurgie/Gastroenterologie (nein; B); Chirurgie/Radiologie/Innere Medizin (ja/nein; L = Gutachterstelle Lausanne); Innere Medizin/Herzchirurgie (ja/nein; L); Kardiologie/Neurologie (ja/nein; L); Allgemeine Medizin/Psychiatrie/Innere Medizin (ja/nein; L); Urologie/Innere Medizin (nein; L); Gynäkologie/Neuropädiatrie (nein; L); Chirurgie/Radiologie (ja/nein; L).

Tabelle 1
Übersicht globale Zahlen 1982–2003.

	Erstellte Gutachten	Behandlungs-/ Diagnosefehler bejaht	Behandlungs-/ Diagnosefehler verneint	Behandlungs-/ Diagnosefehler unbestimmt
Lausanne und Bern 1982–2002	2720	838	1795	87
Büro Bern 2003	46	19	27	–
Büro Lausanne 2003	42	16	26	–
Total 1982–2003	2808 (100%)	873 (31,44%)	1848 (65,45%)	87 (3,1%)

Tabelle 2
Ergebnisse nach Fachgebieten 1982–2003.

	Erstellte Gutachten	Behandlungs-/ Diagnosefehler bejaht	Behandlungs-/ Diagnosefehler verneint	Behandlungs-/ Diagnosefehler unbestimmt
Allgemeinmedizin	197	67	121	9
Anästhesiologie	99	28	69	2
Chirurgie	730	250	454	26
Dermatologie	28	8	18	2
Gastroenterologie	10	1	9	–
Gynäkologie und Geburtshilfe	337	123	209	6
Handchirurgie	39	12	26	1
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	18	4	13	1
Innere Medizin	185	48	133	4
Kardiologie	14	8	6	–
Kieferchirurgie	20	3	17	–
Kinderchirurgie	14	4	10	–
Kinderpsychiatrie	1	–	1	–
Nephrologie	2	–	2	–
Neurochirurgie	65	18	45	2
Neurologie	21	6	14	1
Onkologie	5	3	2	–
Ophthalmologie	110	28	77	5
Orthopädische Chirurgie	491	158	321	12
Oto-Rhino-Laryngologie ORL	102	21	77	4
Pädiatrie	51	19	29	3
Pathologie	5	3	2	–
Physikalische Medizin und Rehabilitation	13	3	9	1
Plastische und Wiederherstellungschirurgie	119	27	90	2
Pneumologie	1	1	–	–
Psychiatrie	13	6	7	–
Radiologie	39	11	25	3
Rheumatologie	14	4	10	–
Urologie	65	9	53	3
Total	2808	873	1848	87

Längsschnitt

Seit 1982 wurde insgesamt in 31,4% der Fälle ein Fehler festgestellt, in 65,4% verneint und in 3,1% blieb die Fehlerfrage letztlich offen.

gig, wie gut deren medizinisches Beratungsnetz ist. Im Bereich der Medizinhaftpflicht ist die Anwältin primär Übersetzerin medizinischen Wissens (nicht anders als beispielsweise eine Patentanwältin sich zunächst wesentlich um technische Fragen kümmern und dafür ein Beratungsnetz aufbauen muss). Es ist unverzichtbar, auf Patientinnenseite vor grossen juristischen Aufwendungen eine medizinische Lagebeurteilung zu veranlassen. Das heisst konkret, aufgrund der Krankengeschichte und der Röntgenbilder zwischen Patientin oder Anwältin und beratenden Ärztinnen zu überlegen, ob es richtig ist, dass die Patientin an ihrer ersten Vermutung festhält, es sei wohl bei der Untersuchung oder Behandlung ein Fehler unterlaufen.

Von dieser (selbst)kritischen internen medizinischen Analyse auf Patientinnenseite hängt bereits ab, wie man versucht, mit dem Haftpflichtversicherer von Spital oder Arzt eine direkte Einigung ohne Gutachten zu erreichen. Und dann, wenn der Haftpflichtversicherer sich nicht auf eine Einigung ohne Gutachten einlässt, ist die medizinische Lagebeurteilung auf Patientinnenseite entscheidend dafür, ob und wie ein Gutachten organisiert werden soll. Dies gilt unabhängig davon, ob man für die Gutachtenphase die FMH-Gutachterstelle einschaltet oder direkt zwischen den Parteien eine Gutachterin oder ein Gutachterinnenteam sucht und beauftragt. Den Patientinnen ist deshalb zu empfehlen, ihre Anwältin danach auszuwählen, ob und mit welchen medizinischen Beraterinnen sie zusammenarbeitet.

Die eigentlich rechtlichen Fragen, für die die Anwältinnen selbst die nötige Fachkompetenz haben, stellen sich erst, *nachdem* die medizinische Frage nach Untersuchungs- oder Behandlungsfehler und dessen medizinischen Folgen für den Gesundheitszustand der Patientin geklärt ist.

Rolle der Haftpflichtversicherer im Vorfeld einer Begutachtung

Die FMH-Gutachterstelle erwartet nicht nur von der Patientin, sondern auch vom Haftpflichtversicherer des Spitals oder der Ärztin, dass medizinische Vorabklärungen getroffen werden, bevor die Weiche in Richtung FMH-Gutachten gestellt wird. Deshalb verlangt das Reglement für die Gutachterstelle auch eine vorgängige materielle Stellungnahme des Haftpflichtversicherers: Weshalb erachtet er die Fehler- und Schadensvermutungen der Patientin als unzutreffend?

Überlastete Gutachterinnen am öffentlichen Spital

Behandlungsfehlerfragen am öffentlichen Spital können je nach Fall vernünftigerweise nur durch Gutachterinnen untersucht werden, die selbst ebenfalls an einem öffentlichen Spital arbeiten und damit die Verhältnisse beurteilen können. Leider führt die *zunehmende offensichtliche Arbeitsüberlastung der Chefärztinnen, Leitenden Ärztinnen und erfahrenen Oberärztinnen* am öffentlichen Spital zusammen mit der Komplexität der Gutachterfälle dazu, dass heute nicht mehr nur in einigen wenigen Fällen die reglementarische Frist von 3, allenfalls 4 Monaten erheblich überschritten wird. Im Vergleich zu anderen aussergerichtlichen Gutachten und zu Sozialversicherungsgutachten ist die Situation bei uns zwar noch deutlich besser. Wir werden aber dennoch im laufenden Jahr prüfen, was die Gutachterstelle zusätzlich dazu beitragen kann, dass Gutachten innert nützlicher Frist erstellt werden.

Steigende Haftpflichtprämien

Auch wenn wir keine Statistiken für die ganze Schweiz zur Verfügung haben, scheint aufgrund von Berichten grosser Versicherer und vieler Spitäler eindeutig, dass die Versicherungsprämien erheblich angestiegen sind und voraussichtlich noch weiter ansteigen werden. Alle Anzeichen deuten dabei darauf hin, dass nicht die Fallzahlen steigen, sondern die *Versicherungsleistungen pro Schadensfall* (übrigens parallel zu anderen Bereichen: Auch bei den Strassenverkehrsunfällen steigen nicht primär die Anzahl Fälle an, sondern die Kosten für den Personenschaden pro Fall).

Gutachterstelle und Critical Incident

Reporting (CIRS): komplementäre Funktionen

Die Tätigkeit der Gutachterstelle und CIRS sind komplementär: Die Gutachterstelle beauftragt Gutachterinnen, wenn die Patientin vermutet, sie habe aufgrund eines Fehlers einen Gesundheitsschaden erlitten. Das Verfahren gibt allen Beteiligten Parteirechte, und alle erhalten ein Exemplar des Gutachtens. Unter den Parteien gilt damit das Prinzip der Transparenz.

Critical Incident Reporting – und Reacting!, wie man ergänzen sollte – analysiert hingegen die *Beinahe*-Schadensfälle, um die Sicherheit zu verbessern. An einer Tagung am 23. März 2004 im USZ wurde geschätzt, dass nun in rund 10% der Schweizer Spitäler CIRS in einer oder in mehreren Abteilungen/Kliniken stattfindet, also etwa doppelt so häufig wie in Deutschland. Unbefriedigend ist dabei die Tatsache, dass

die Gesetzgebung immer noch nicht reagiert hat. Es ist international sowohl für die Luftfahrt wie die Medizin unbestritten, dass die freiwilligen Meldungen von Ereignissen, in welchen ein Schaden hätte eintreten können, aber gerade noch verhindert werden konnte, in einem *vertraulichen* Rahmen erfasst und ausgewertet werden müssen. Die Chefin des NASA-CIRS für die US-Zivilluftfahrt erinnerte im US-Kongress schon vor 4 Jahren an diese Grundregel. Das CIRS-System für die Zivilluftfahrt eines Landes war völlig zusammengebrochen, nachdem in einem einzigen Fall öffentlich bekannt wurde, wer die Meldung ins System eingegeben hatte [3]. Und es ist ebenso unbestritten, dass es dafür eine klare gesetzliche Grundlage braucht, weil Vertraulichkeit der Analyse von Beinahe-Zwischenfällen bedeutet, dass letztlich auch die Informationsmöglichkeiten der Gerichte beschnitten werden müssen. Verbesserung der Sicherheit hat ihren Preis [4].

- 3 Linda J. Connell, Director, NASA Aviation Safety Reporting System, before the US-Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives, February 10, 2000: "There are currently seven countries that have operating voluntary, confidential incident reporting systems. These countries are United Kingdom, Australia, Canada, Russia, Taiwan, Korea, and the United States. Each country has preserved the concepts of voluntary and confidential as the necessary structure to accomplish the receipt of reports. But all countries are very aware of their survivability in relation to confidentiality. As an example to all systems, one country's first system was completely destroyed due to lack of reporting after a breach of a reporter's identity." <http://legislative.nasa.gov/hearings/connell2-10.html>
- 4 Siehe die Literaturhinweise in Kuhn HP, von Below G. Melden Sie keine Flugzeugunfälle auf diesem Formular! Schweiz Ärztezeitung 2003;84(26):1400-7.
- 5 So schon Bogner MS (notabene nicht als Vertreterin der Ärzte, sondern für die US-amerikanische FDA). A Frontier for Change. In: Bogner MS (ed.). Human Error in Medicine. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1994. p. 373-83.
- 6 Gute Übersicht bei: Studdert DM, Brennan TA. Toward a workable model of "no-fault" compensation for medical injury in the United States. Am J Law Med. 2001;27(2-3):225-52.

No-Fault-Compensation wäre gerechter und würde CIRS unterstützen

Unbestritten dürfte zudem sein, dass die Ablösung des heutigen fehlerbasierten Haftpflichtsys-

tems durch eine Lösung mit No-Fault-Compensation nicht nur den Einsatz von CIRS weniger riskant machen würde, sondern auch gerechter wäre [5]. No-Fault-Compensation für die Schweiz hiesse faktisch, eine neue Sozialversicherung einzuführen. In einem Bundesgesetz würde geregelt, welche Komplikationen entschädigt werden, ohne die Fehlerfrage im Einzelfall abzuklären. Seit Jahren zeigen Untersuchungen im Ausland, dass bei vielen Patientinnen, die Klage einreichen, kein Behandlungsfehler vorliegt – und dass umgekehrt viele Patientinnen, die infolge eines Fehlers einen Schaden erlitten haben, nicht klagen. Unser System ist also nicht sehr gerecht [6].

Wissenschaftlicher Beirat

Der wissenschaftliche Beirat hat sich im Berichtsjahr zu zwei Sitzungen getroffen und stichprobenweise einzelne Gutachtensdossiers durchgesehen. Auch wenn der Beirat formal nur beratende Funktion hat, entlastet er den FMH-Zentralvorstand als oberstes verantwortliches Organ für das Funktionieren der Gutachterstelle wesentlich. Der Beirat setzt bzw. setzte sich zusammen aus Dr. med. B. Kehrer (Präsident, ab 1. Januar 2004), Prof. Dr. med.

Die Patientin vermutet einen Behandlungs- oder Diagnosefehler – was soll die betroffene Ärztin tun?

1. Mit der Patientin in Ruhe einen für beide Seiten passenden Besprechungstermin vereinbaren. Will sie eine Person ihres Vertrauens zu dieser Besprechung mitnehmen?
2. Den Fall rasch (!) der Haftpflichtversicherung melden und das weitere Vorgehen besprechen; vorher das Einverständnis der Patientin dafür einholen (mündlich, Eintrag in Krankengeschichte). Die Benachrichtigung des Haftpflichtversicherers bedeutet nicht das Eingeständnis eines Fehlers.
3. Im öffentlichen Spital: mit der Vorgesetzten und mit der zuständigen Person in der Spitaldirektion rasch eine interne Standortbestimmung vornehmen.
4. Möglichst bald aus dem Gedächtnis ein möglichst vollständiges Protokoll der entscheidenden Untersuchungs- oder Behandlungsphasen diktieren oder aufschreiben («den Film noch einmal ablaufen lassen»).
5. Der Patientin auf Verlangen ohne weiteres und unentgeltlich eine Fotokopie der Krankengeschichte zur Verfügung stellen. Röntgenbilder gegen Quittung der Patientin ausleihen.
6. Falls das Gespräch zwischen Ärztin und Patientin keine Klarheit brachte: der Patientin aufzeigen, mit wem sie den Fall weiter besprechen kann, um sich eine eigene Meinung bilden zu können.
7. Die Patientin nicht an die Gutachterstelle verweisen, ohne vorher (ohne Bekanntgabe der Patientenidentifikation) den Fall telefonisch mit der Leiterin der Gutachterstelle zu besprechen.
8. Braucht die betroffene Ärztin selbst eine Anwältin? Der Haftpflichtversicherer ist nicht nur dafür da zu bezahlen, wenn ein Haftpflichtfall vorliegt, sondern auch dafür, ungerechtfertigte Haftpflichtansprüche abzuwehren. Insoweit braucht die Ärztin grundsätzlich keine eigene Anwältin. Hingegen zeigt die Erfahrung, dass es je nach Fall sinnvoll sein kann, die Situation mit einer aussenstehenden Anwältin unverbindlich zu besprechen. Eine solche Standortbestimmung kann unter anderem Ängste und Verunsicherungen abbauen. In der Regel übernimmt aber der Haftpflichtversicherer diese Kosten nicht.

P. Aeberhard (Präsident bis 2003); Dr. med. T. Froesch; Dr. iur. U. Karlen; Prof. Dr. iur. F. Werro (bis 2004).

Dank

Wir danken den Gutachterinnen, insbesondere aber auch den delegierten Ärztinnen der Fachgesellschaften und den beiden Leiterinnen der Gutachterstellen Bern und Lausanne, für ihre grosse Arbeit im Interesse aller beteiligten Parteien.

Dass überall, wo gearbeitet wird, Fehler unterlaufen können, ist eine banale Erkenntnis. Dieser Erkenntnis nachzuleben ist jedoch für die direkt Betroffenen durchaus nicht banal. Ein aufrichtiger Dank geht deshalb ebenfalls an die vielen Ärztinnen und Spitalleitungen, die bei der von der Patientin beantragten gutachterlichen Abklärung offen und fair mitwirken.

Telefonische Vorbesprechung, Adresse, Unterlagen

Die FMH-Gutachterstelle ermöglicht seit Jahren den Patientinnen, ihren Anwältinnen

und auch den anderen Personen, die die Patientin beraten, den Fall vor Einreichung des definitiven Gutachterantrags telefonisch mit der Leiterin der Gutachterstelle zu besprechen: Wo und bei wem erscheint aufgrund der bisherigen Vorabklärungen ein Fehler plausibel? An welche weiteren potentiellen Fehlerquellen sollte noch gedacht werden? Worin könnte der Gesundheitsschaden bestehen? Auf welche besonderen Aspekte soll die Gutachterstelle den Delegierten der Fachgesellschaft hinweisen, der einen Gutachternvorschlag unterbreiten muss? etc. Diese Vorbesprechungen benötigen vielleicht eine halbe oder eine ganze Stunde Zeit – damit können viele Rückfragen vermieden und wertvolle Zeit im Gutachterverfahren gewonnen werden.

Die Unterlagen für die Einreichung eines Antrags auf Begutachtung sind für die deutsche Schweiz und das Tessin [7] erhältlich bei: Susanne Friedli, Leiterin der FMH-Gutachterstelle, Postfach 293, 3000 Bern 16, Tel. 031 312 08 77, Fax. 031 311 99 81

7 Adresse für die Romandie: Mme Brigitte Mottet, responsable du Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH, case postale 64, 1010 Lausanne, tél. 021 652 16 74, fax 021 652 33 85.