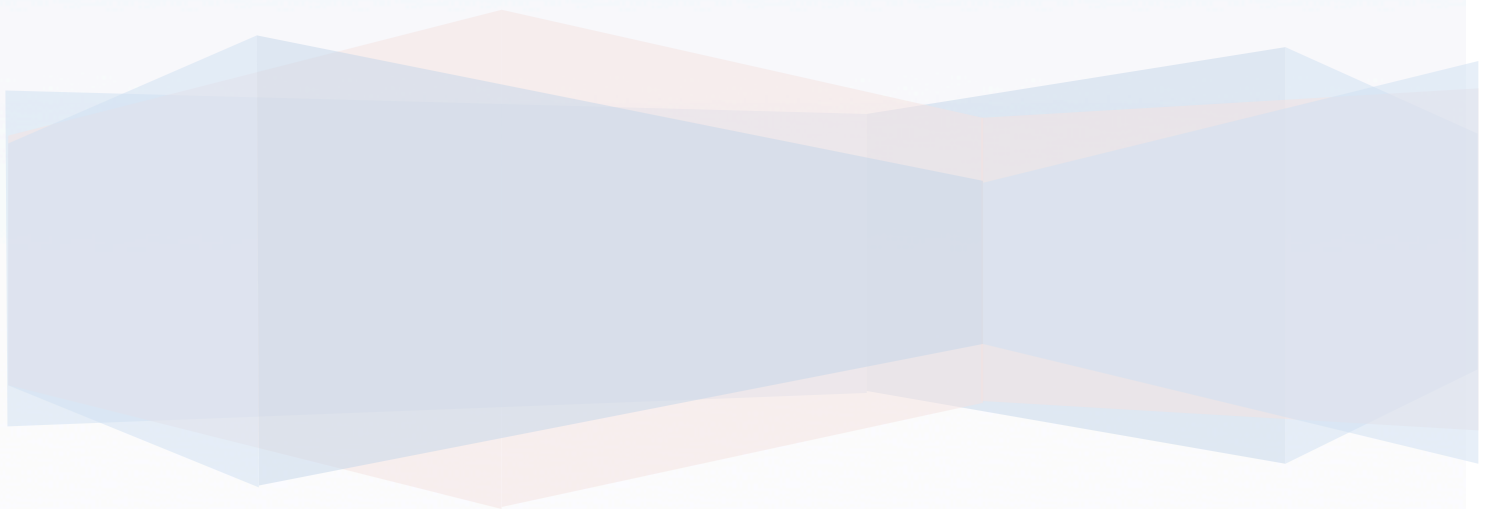


Statistisches Gutachten zur Untersuchung von Behandlungsfehlern im Heilpraktikerberuf

verfasst von Paulina Pabel, B.A. Soziologie

im Auftrag des

Berufs- und Fachverbandes Freie Heilpraktiker e.V.
Düsseldorf 2020



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Theoretische Einführung.....	6
2.1 Rechtlicher Rahmen der Patientensicherheit bei Heilpraktikern.....	9
2.2 Ergebnisse.....	11
2.2.1 Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern.....	11
2.2.2 Medizinischer Dienst der Krankenkassen.....	14
2.2.3 Rechtsmedizinische Begutachtungen	15
3. Fazit.....	19
4. Ausblick.....	21
5. Literaturverzeichnis.....	23

Abstract

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die statistische Lage der Behandlungsfehler im Heilpraktikerberuf zu beschreiben und analysieren. Im Zusammenhang mit der Re-Evaluierung dieses Berufs durch das Gesundheitsministerium ist die Betrachtung der Patientensicherheit in diesem Beruf relevant für die Entscheidungslage. Dazu wurde der heilpraktische Beruf zunächst in einen rechtlichen Rahmen der Patientensicherheit gesetzt, um anschließend die aktuelle Datenlage auszuwerten. Die Frage, ob Heilpraktiker häufig Behandlungsfehler begehen, kann in dieser Arbeit verneint werden. Jedoch sollten weitere Studien zu Behandlungsfehlern und zur Patientensicherheit im breiten Spektrum der medizinischen Berufe einschließlich des Heilpraktikers durchgeführt werden.

Schlagwörter: *Heilpraktiker, Behandlungsfehler, Patientensicherheit, Naturheilkunde*

Abstract

The purpose of this work is to describe and analyse the data regarding medical errors in the profession of Heilpraktiker (accredited German naturopaths). In the context of reevaluating this profession by the German Ministry of Health, reviewing the patient safety is key to the reevaluation. Considering that, naturopathy is firstly set into a legal framework. Then the collected data is reviewed to answer the question whether medical errors commonly occur in the naturopathic profession. Although the answer to this question is in the negative, further studies are needed to establish an comprehensive overview of patient safety and medical errors in all medical professions including naturopathy.

Key words: *naturopaths, medical errors, patient safety, naturopathy*

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Gutachten oftmals die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. Einleitung

Es ist ein gesellschaftlicher Wandel zu beobachten, in dem insbesondere ein medizinisch-technischer Fortschritt zu verzeichnen ist. Dieser trägt unzählige medizinisch innovative Produkte und Prozesse mit sich, mitunter eine Gestaltung eines Gesundheitssystems, das eine "qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gewährleisten" soll (Kälble 2015: 94ff.).

Ein verhältnismäßig wenig thematisierter Aspekt dieses Wandels ist die Naturheilkunde. Wie in vielen anderen Ländern hat die Naturheilkunde auch in Deutschland einen etablierten Platz im Gesundheitssystem, die mit der Zeit weder an Wichtigkeit noch an Popularität verloren hat.

„Persönliche Erfahrungen mit alternativer Medizin oder auch Naturheilverfahren wurden in Bevölkerungsumfragen etwa seit Anfang der 90er Jahre immer wieder erhoben. [...] Es wird deutlich, dass es auch in diesen Umfragen erhebliche Differenzen zur Inanspruchnahme gibt, die sicher nicht nur durch zeitliche Veränderungen verursacht sind, sondern auch zurückgehen auf unterschiedliche Vorstellungen in der Bevölkerung, was unter »alternativer Medizin« zu verstehen ist“ (Marstedt & Moebus 2002 : 12f.).

Trotzdem kann man aus diesen Erhebungen erkennen, dass bei knapp drei Vierteln aller Deutschen über 16 Jahre heutzutage Erfahrungen mit Naturheilmitteln vorliegen (73%). Dies macht einen deutlich höheren Anteil im Vergleich zu 1970 aus, denn damals war es nur etwa die Hälfte (52%) der Bevölkerung (ebd.). Dabei hatte 34% der Bevölkerung laut Marstedt (1993) schon einmal Erfahrungen mit einem alternativen Therapeuten (Arzt, Homöopath oder Heilpraktiker).

Diese Verhältnisse spiegeln sich auch in der Gesellschaft wider. Der Lebensbereich Gesundheit wird für die Menschen immer relevanter. Vor allem die steigende Lebenserwartung und Morbidität sorgen für gesteigerte Versorgungsansprüche der Patienten und damit einhergehende erhöhte finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems führen im Gesundheitswesen zu einem enormen Anpassungsdruck.

Wie in allen komplexen gesellschaftlichen Systemen kommt es auch im Gesundheitssystem unter verschiedenen Einflüssen zu Fehlern. Fehlentscheidungen und -handlungen bei medizinischen Behandlungen stehen allerdings nicht im Vordergrund öffentlicher und wissenschaftlicher Diskurse. Der fehlende Diskurs betrifft vor allem Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Systemfehler im Zuge eines Anstiegs vorgeworfener Behandlungsfehler. Doch auch bei Heilpraktikern fehlt ein solcher Diskurs und gestaltet sich auf Grund der mangelnden Datenlage zusätzlich als schwieriger.

Infolge von Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen der medizinischen Berufsgruppen erleben individuell betroffene Patienten beträchtliche Belastungen, die unter Umständen "schicksalhaft existenzielle Dimensionen erlangen" können. Dazu summieren sich für das Gesundheitssystem hohe Folgekosten, die durch den Schaden des Behandlungsfehlers verursacht werden (vgl. Schmitz 2012: 12). Dieser Zusammenhang trägt zur Relevanz sowohl auf individueller Ebene als auch auf gesellschaftlicher Ebene bei.

Der zu beobachtende Trend, dass Medien eine immer wichtigere Rolle bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen einnehmen, sollte hinsichtlich der Art und Weise, wie die Informationen präsentiert werden, kritisch evaluiert werden. Zudem nutzen Rezipientinnen und Rezipienten die Plattform der Medien vermehrt, um sich selbst Informationen über Gesundheit und Krankheit einzuholen (vgl. Rossmann 2016: 307).

„So neigen Medien zu Über- und Unterrepräsentation, Victim Blaming¹, Medikalisierung² und Technologisierung³, Fehlinformation, negativen Rollenmodellen, Stereotypisierung und Stigmatisierung. Diese Darstellungsmuster können bei den Nutzerinnen und Nutzern zu Wahrnehmungsverzerrungen und Fehlverhalten führen“ (ebd.).

In den letzten Jahren ist eine vermehrte Ausstrahlung von Berichten bezüglich Heilpraktikern in den Medien festzustellen. Einige dieser Berichte werfen dem Heilpraktikerberuf vor, eine Gefahr für die kollektive Gesundheit zu sein, die sich in Form von Behandlungsfehlern manifestiert.

Ziel dieses Gutachtens ist es, die aktuelle Datenlage hinsichtlich Behandlungsfehlern, die von Heilpraktikern getätigt werden, zusammenzufassen und zu beurteilen.

Dazu werden als erstes die theoretischen Aspekte von Behandlungsfehlern erläutert. Es folgt der rechtliche Rahmen der Patientensicherheit im Heilpraktikerberuf. Im Anschluss wird die aktuelle Datenlage zusammengefasst, um im Fazit Schlussfolgerungen aus den gesammelten Daten zu ziehen. Am Ende werden im Ausblick vor allem vorbeugende Lösungsansätze in Bezug auf und im Umgang mit Behandlungsfehlern geboten.

¹ Unter dem Begriff „Victim Blaming wird die Tendenz diskutiert, den Betroffenen die Schuld an ihrem Leiden selbst zuzuschreiben (z.B. Krebserkrankungen, Übergewicht), wohingegen soziale und politische Ursachen in der Berichterstattung vernachlässigt werden“ (Rossmann 2016: 304).

² „Medien neigen zur sogenannten Medikalisierung von körperlichen Problemen, die eigentlich normale körperliche Prozesse sind. Allerdings werden sie als gesundheitliches Problem benannt, dem mithilfe von Medikamenten Abhilfe geleistet werden muss (z.B. Schlafprobleme, Menopause)“ (ebd.).

³ „Mit den Begriffen Professionalisierung und Technologisierung beschreibt Kline (2011) außerdem die Beobachtung, dass die Berichterstattung über Gesundheit und Krankheit von einem bestimmten Mainstream von Medizinern bestimmt wird, während Experten, die mit ihren Meinungen am Rande stehen, etwa auch Alternativmedizin[er], weniger häufig zu Wort kommen. Dabei werden technologische und pharmazeutische Lösungen überbetont“ (ebd.).

2. Theoretische Einführung

Behandlungsfehler können im gesamten Prozess der medizinischen Versorgung passieren, angefangen beim Aufklärungsgespräch mit den Patient*innen über eine falsch gestellte Diagnose zu inkorrekten oder nicht benötigten Behandlungsmethoden. Auch bleibt keine medizinische Berufsgruppe vor ihnen verschont.

Das Gesundheitssystem reagierte mit der Entstehung einer Patientensicherheitskultur. Obwohl der Fokus auf Krankenhäuser und Ärzte gelenkt wird, aufgrund der oftmals invasiven Arbeit, sollte man auch im Heilpraktikerberuf die Patientensicherheit nicht außer Acht lassen.

Dieses Gutachten konzentriert sich auf die Untersuchung der Patientensicherheit im Heilpraktikerberuf und wird an einigen Stellen den Vergleich zum ärztlichen Beruf vornehmen. Insbesondere gilt das für die niedergelassenen Praxen. Der Vergleich dieser Berufe dient in erster Linie zur Kontextualisierung, da sich der Arztberuf im niedergelassenen Bereich in der Arbeitsstruktur vom Heilpraktikerberuf unterscheidet.

Kommt es zu einem Behandlungsfehlervorwurf und die medizinische Versorgung hatte nicht den erwarteten bzw. einen negativen Effekt, so führt dies nicht selten zu einem Vertrauensbruch im Arzt / Heilpraktiker-Patienten-Verhältnis und Verunsicherung seitens des Patienten.

Für den Behandelten ergeben sich verschiedene Möglichkeiten mit der Situation umzugehen. Einige Wege sind auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums⁴ zu finden: „Aus Befragungen ist bekannt, dass ein sehr wichtiges Bedürfnis von Betroffenen, ein klärendes Gespräch mit der verantwortlichen Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt ist. In diesem Fall ist der Ansprechpartner entweder das Krankenhaus oder die Ärztin oder der Arzt selbst. Im Krankenhaus können Sie sich auch an das Beschwerdemanagement wenden“. Diese Maßnahmen können besonders hilfreich bei einem geschädigten Arzt-Patienten-Verhältnis sein. Des Weiteren wird empfohlen, sich an die Krankenkasse zu wenden. Anschließend wird die Vermutung, dass ein Behandlungsfehler eingetreten ist, vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) gutachterlich überprüft.

„Die Ärzteschaft selbst hat Einrichtungen gegründet, die Patientinnen und Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts unterstützen. Diese Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen sind meistens bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer oder der Landeszahnärztekammer angesiedelt. Hier können Sie ebenfalls begutachten lassen, ob Ihr Verdacht zutrifft oder nicht“ (ebd.). Letztlich gibt es in Deutschland die Unabhängige

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>

Patientenberatung, bei der sich jede Bürgerin und jeder Bürger beraten lassen kann.

Eine in der Literatur verwendete Kategorisierung der verschiedenen Fehlerarten wurde von Martin L. Hansis erstellt. Sie wird sowohl vom Robert Koch Institut⁵ verwendet, als auch im Buch *Klinische Ethik* Kap. 7, das von A. Ziegler verfasst wurde.

Die Kategorisierung von Hansis (2001) ist die Einteilung in krankheitsimmanente Faktoren (1), behandlungsimmanente Faktoren (2) und ärztliche Behandlungsfehler (3).

Ein krankheitsimmanenter Faktor kommt zustande, wenn sich der gewünschte Erfolg der Behandlung nicht verwirklicht, der Arzt / Heilpraktiker jedoch alle 'Regeln der Kunst' befolgt.

Ein Beispiel wäre die Metastasierung eines bösartigen Tumors (1).

Erfolgen Nebenwirkungen oder Komplikationen, die nicht vorhersehbar waren, wie z.B. ein allergischer Schock auf ein bestimmtes Medikament, ohne dass eine solche Information im Vorhinein bekannt war, so handelt es sich hierbei um keinen Behandlungsfehler, sondern um behandlungsimmanente Faktoren (2).

Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor, wenn das Verhalten des Arztes ursächlich für das nicht erwartete Resultat ist. Ein Beispiel wäre eine Gallenverletzung bei einer Gallenblasenentfernung (3).

„Häufig vermengen sich alle drei Komponenten in unterschiedlicher Gewichtung. Dies hat zur Folge, dass die Frage, ob einem schlechten Behandlungsergebnis etwa ein medizinischer Fehler zugrunde liegt, oftmals nur sehr schwer zu beantworten ist, da die Einzelkomponenten sorgfältig analysiert und getrennt werden müssen. Daraus resultiert auch, dass eine gutachterliche Einschätzung oft nicht leicht zu vermitteln ist“ (Hansis 2001: 4).

Der Begriff des Behandlungsfehlers ist nicht gesetzlich definiert, wird jedoch als „diagnostische[r] oder medizinische[r] Eingriff, der medizinisch nicht indiziert war; oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen wurde; sowie beim Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs“ verstanden (Forum Patientensicherheit: 2009).

Des Weiteren beschreibt das Bundesgesundheitsministerium den Behandlungsfehler wie folgt: „Allgemein lässt sich sagen, dass ein Behandlungsfehler dann vorliegt, wenn die medizinische Maßnahme nicht dem allgemein anerkannten Standard entspricht, der im Zeitpunkt ihrer Durchführung besteht. Auch wenn nicht ausreichend qualifiziertes Personal eine Behandlung durchführt oder Abläufe im Krankenhaus schlecht aufeinander abgestimmt

⁵ Gesundheitsberichterstattung des Bundes Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt Heft 04/01 Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland

sind, kann ein Fehler vorliegen, ein sogenannter Organisationsfehler“.

Patientensicherheit bzw. Sicherheitskultur kann beschrieben werden als „die Art und Weise, die Verbindlichkeit und Intensität, mit der in der Praxis Risiko- und Sicherheitsmanagement betrieben wird. Sie besteht aus Werten, Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensmustern im Praxisteam und der einzelnen dort arbeitenden ÄrztInnen und ArzthelferInnen. Die Sicherheitskultur beeinflusst, welchen Stellenwert wir in der Praxis Qualität und Sicherheit überhaupt zuerkennen, wie wir mit Fehlern umgehen und über sie sprechen, wie fair wir dabei miteinander umgehen. Sicherheit umfasst hierbei sowohl die Bereiche der Sicherheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz als auch die Sicherheit für den Patienten im Behandlungsablauf (Patientensicherheit = Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen während der medizinischen Versorgung)“ (Müller 2012: 19). Für eine verbesserte Patientensicherheit sollte demnach die Relation zwischen Fehler, Schuld und Ursache näher untersucht werden.

Wird ein Behandlungsfehler vermutet und der Patient ist im Zuge der Behandlung gestorben, so muss die Kausalität geprüft werden, ob erstens: Der vermutete Behandlungsfehler tatsächlich ein Behandlungsfehler ist, und zweitens: jener Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen Tod ist. Es erfolgt die Prüfung des Behandlungsfehlervorwurfs im strafrechtlichen Rahmen durch die Rechtsmedizin mittels einer Obduktion und folgendem Gutachten. Dabei ist folgendes zu beachten: „Der Zeitkorridor für eine Entscheidungsfindung zu der Frage, ob eine Obduktion stattfinden soll, ist jedoch sehr klein, da schon kurze Zeit nach dem Todeseintritt unter Umständen wichtige Befunde nicht mehr erhoben werden können. In einer Vielzahl der Fälle (n=1303; 29,3%) war der unmittelbare Anlass des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen.“ (Preuß et al. 2005: 33). Dazu wird in rechtsmedizinischen Behandlungsfehlergutachten eine einheitliche Differenzierung bei der Analyse der Daten eingehalten:

1. Behandlungsfehler verneint
2. Behandlungsfehler bejaht, aber ohne Kausalität für den Tod
3. Behandlungsfehler bejaht, mit kausaler Bedeutung für Tod
4. Behandlungsfehlerproblematik nicht zu klären

„Diese Differenzierung ist bedeutsam, da bei einem bejahten Behandlungsfehler, der aber ohne (beweisbare) ursächliche Bedeutung für den Todeseintritt geblieben ist, der Straftatbestand der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) bereits aus diesem Grunde nicht mehr belegt werden kann und ermittlungsseitig unter Umständen die Tatbestände der Körperverletzungsdelikte (§§ 223 ff. StGB) zu prüfen bleiben“ (ebd.: 55).

2.1 Rechtlicher Rahmen der Patientensicherheit bei Heilpraktikern

Der Beruf des Heilpraktikers ist rechtlich reglementiert und umfasst eine breitgefächerte Reihe an der Naturheilkunde orientierten Diagnose- und Therapieverfahren, die sich allerdings nicht ausschließlich auf die Naturheilkunde beschränken.

Die Berufsordnung der Heilpraktiker dient als Leitbild für den Beruf und nennt Regelungen und Vorgaben des Gesetzesgebers, die rechtlich bindend sind. Allerdings ist die Berufsordnung selbst keine staatlich reglementierte Ordnung. Die Vorkehrungen und Normen bezüglich der Patientensicherheit im Heilpraktikerwesen setzen sich aus unterschiedlichen Teilen verschiedener Gesetzestexte zusammen und bilden den rechtlichen Rahmen für die Patientensicherheit, der genauer in diesem Abschnitt erläutert wird:

Zu den beruflichen Pflichten des Heilpraktikers gehört es über schulmedizinische Grundkenntnisse zu verfügen und im Rahmen der naturheilkundlichen Fachkenntnisse die Grenzen seines Könnens zu kennen, um einer notwendigen ärztlichen Behandlung seines Patienten nicht im Wege zu stehen und keine Gefahr für die Patienten darzustellen (vgl. Sasse 2018: 8).

Die Sorgfaltspflicht müssen Ärzte wie Heilpraktiker im gleichen Maße beachten.

Dazu unterliegt der Heilpraktiker den allgemeinen zivilrechtlichen Haftungsregelungen und „[...] muss für jedes von ihm ausgeübte Therapieverfahren hinreichend fachlich qualifiziert sein. Andernfalls liegt bereits in der Übernahme der Behandlung ein Übernahmeverschulden. [...] Das Patientenrechtsgesetz hat in § 630a Abs. 2 BGB erstmals einen Fachstandard für Heilpraktiker gesetzlich fixiert. Heilpraktiker sind demnach verpflichtet, die Behandlung am Binnenstandard der Heilpraktikerschaft auszurichten“ (ebd.).

Heilpraktiker sind wie alle heilkundlichen Therapeuten verpflichtet, ihre Patienten vor einem heilkundlichen Eingriff ordnungsgemäß aufzuklären (§630e BGB; Patientenrechtegesetz). Sowohl eine Aufklärung, die nicht nach Vorgaben durchgeführt wurde, als auch ein nicht ordnungsgemäß durchgeführter Heileingriff münden in den Tatbestand einer Körperverletzung (vgl. ebd.: 11f.).

Hinzu kommt, dass laut Heilmittelwerbeengesetz (HWG) Heilpraktiker keine „Heilversprechen“ tätigen dürfen. Dies greift insbesondere, wenn die therapeutischen Verfahren nicht wissenschaftlich bewiesen sind.

Auch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) spielt eine Rolle bei der Patientensicherheit, da es bestimmt, welche Erkrankungen dem Behandlungsverbot für Heilpraktiker unterliegen. Dabei handelt es sich um namentlich meldepflichtige Krankheiten nach § 6 IfSG, wie Masern, Mumps oder Windpocken und zusätzlich bösartige Neubildungen (Krebs), Suchtkrankheiten

und krankhafte Komplikationen der Schwangerschaft (vgl. ebd.: 10f.).

Ebenfalls ist es z.B. auf der Landesebene Nordrhein-Westfalen laut ÖGDG-NRW nach § 36 Abs. 2 IfSG dem Gesundheitsamt erlaubt, routinemäßige infektionshygienische Überprüfungen in den Heilpraktikerpraxen durchzuführen, wenn invasive Eingriffe durchgeführt werden, was durch die allein immer häufiger in der Naturheilkunde angewandte Akupunktur eine große Anzahl an Praxen zu einer Überprüfung zulässt.

Für Heilpraktiker gilt außerdem § 5 des AMG. „Nach § 5 AMG ist es jedem Therapeuten verboten, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen oder bei einem anderen Menschen anzuwenden. Bedenklich sind solche Arzneimittel, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen haben, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen“ (ebd.: 11).

Auch in der Zeit der Ausbildung bestehen Maßnahmen, die zur Erhöhung der Patientensicherheit führen sollten. Die Voraussetzung für das Erlangen einer Heilpraktikererlaubnis stellt die Durchführungsverordnung (DVO) in Verbindung mit dem Heilpraktikergesetz dar.

„Die Erlaubnis wird nicht erteilt, wenn sich nach einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt, die auf der Grundlage von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern durchgeführt wurde, ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patientinnen und Patienten bedeuten würde“ so § 2 Abs. 1 lit. DVO-HeilprG.

Ein Hauptkriterium ist demnach die Überprüfung und Gewährleistung der geforderten Kenntnisse und Fähigkeiten des Heilpraktikeranwärters auf Grundlage der Bundesleitlinien, sodass sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der gesellschaftlichen Ebene die Patientensicherheit im Mittelpunkt steht.

„Die antragstellende Person muss unter Anwendung ihrer medizinischen Kenntnisse, unter Einbeziehung vorliegender Befunde, gestützt auf ihre Anamnese und im Bewusstsein der Grenzen ihrer diagnostischen und therapeutischen Methoden sowie möglicher Kontraindikationen in der Lage sein, eine berufsbezogene Diagnose zu stellen, aus der sie einen Behandlungsvorschlag herleitet, der keine Gefährdung der Patientengesundheit erwarten lässt. Die antragstellende Person muss insbesondere dann, wenn der Behandlungsvorschlag die Anwendung invasiver Maßnahmen beinhaltet, in der Lage sein zu zeigen, dass sie diese Maßnahmen ohne Gefährdung der Patientengesundheit anwenden kann“

(ebd.: 6).

Dennoch sollte an dieser Stelle zur Klarstellung angemerkt werden, dass es für die Heilpraktikerausbildung und -überprüfung keine gesetzliche Ordnung gibt und die Ausbildung in der Regel an privaten Heilpraktikerschulen durchgeführt wird. Die Schulen stellen Anforderungen an die Heilpraktikeranwärter*innen zur Vorbereitung der abschließenden Überprüfung.

2.2 Ergebnisse

Grundsätzlich gestaltet sich eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der derzeitigen Datenlage als erschwert, da nur sehr wenige systematisch gesammelte Datenquellen vorhanden sind. Dies betrifft vor allem den Heilpraktikerberuf.

Die Datenquellen, die für dieses Gutachten genutzt werden, stellen sich zusammen aus den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern, den Datensammlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und den Begutachtungen rechtsmedizinischer Institute.

2.2.1 Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern

Zunächst sollen die Zahlen der Bundesärztekammer zusammengefasst werden. Die Bundesärztekammer setzt sich mit ihrer statistischen Erhebung jedes Jahr das Ziel, die Fehlerhäufigkeiten und Fehlerursachen bei medizinischen Behandlungen auszuwerten.

Heilpraktiker werden bei dieser statistischen Erfassung zwar außer Acht gelassen, jedoch spielt die Bundesärztekammer eine bisher elementare Rolle in der Datensammlungen bzgl. Behandlungsfehlern und gibt somit einen Überblick zu den bestehenden Behandlungs- und Diagnosefehlern im ärztlichen Tätigkeitsbereich. Im Schlussteil des Gutachtens kann dann beurteilt werden, ob der Heilpraktikerberuf strukturell zu den Fehlerarten passt.

Im Jahr 2017 gingen 11.100 Anträge bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ein. Im Jahr 2018 waren es 10.839. Dies entspricht einer Abnahme von 2,35%. 2019 waren es 10.705 und somit eine erneute Senkung um 1,2% im Vergleich zu 2018. Im Durchschnitt der letzten 3 Jahre lag der Anteil der Sachentscheidungen an den Gesamterledigungen bei 61,85% (vgl. Tabellen 1).

Die Anzahl der Sachentscheidungen liegt 2017 bei 7.307, 2018 bei 5.972 und 2019 bei 6.412. Dabei sind die häufigsten Vorwürfe die Durchführung der operativen Therapie und bei der Diagnostik das bildgebende Verfahren und anschließend die Anamnese. Zusammen bilden sie

2019 einen Anteil von rund 42%. Die Rangordnung der Patientenvorwürfe ist in den drei Jahren gleich geblieben (vgl. Tabellen 2).

Tabelle 3 zeigt die bejahten und verneinten Behandlungsfehler mit Bezug auf Kausalität im Jahr 2019 in ärztlichen Berufen. Von 6.412 Sachentscheidungen wurden rund 70% der Behandlungsfehler und ein Mangel der Risikoaufklärung verneint. 2018 waren es 69% und 2017 wie 2019 rund 70%.

Die Fälle, die 2019 als Behandlungsfehler angesehen wurden, liegen prozentual bei 29% davon 84% mit bejahter Kausalität und verneinter Kausalität bei 19%.

An dieser Stelle fällt folgendes auf: Summiert man den Prozentsatz der bejahten und verneinten Behandlungsfehler in Bezug auf Kausalität, so ergeben die Summanden mehr als 100%. Das sollte i.d.R. nicht auftreten. Hier sollte die Auswertung der Bundesärztekammer nochmals überprüft werden.

2018 wurden 68,9% aller Sachentscheidungen als keine Behandlungsfehler eingestuft. 31,1% wurden demnach als Behandlungsfehler bestätigt. Davon 25,1% mit bejahter Kausalität und 6% mit verneinter Kausalität. Für das Jahr 2017 waren die Verhältnisse vergleichbar mit den

Behandlungsfehler bejaht/verneint		2019
3.	Anzahl aller Sachentscheidungen	6.412
3.1	Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel verneint	4.485
3.2	Nur Risikoaufklärungsmangel bejaht	29
3.3	Behandlungsfehler bejaht	1.871
3.4	Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel bejaht und Kausalität verneint	359
3.5	Behandlungsfehler / Risikoaufklärungsmangel und Kausalität bejaht	1.568
3.6	Schäden, iatrogen fehlerbedingt (Bezug: 3.5)	1.568
	3.6.1 Geringfügiger Schaden	17
	3.6.2 Schaden: passager leicht/mittel	684
	3.6.3 Schaden: passager schwer	179
	3.6.4 Dauerschaden leicht/mittel	460
	3.6.5 Dauerschaden schwer	141
	3.6.6 Tod	87

Jahren 2018 und 2019.

Dazu lässt sich eine Konsistenz in der Rangordnung des Schweregrades der fehlbedingten Schäden beobachten. In den beschriebenen Jahren ist ein passager leichter bis mittlerer Schaden am häufigsten aufgetreten, wobei im Jahr 2019 684 Menschen einen solchen Schaden ertragen haben. Gefolgt von leichten bis mittleren Dauerschäden und vorübergehenden schwerem Schaden. An vierter Stelle steht der schwere Dauerschaden und anschließend der Tod. Der Tod macht durchschnittlich in den drei Jahren bei den iatrogen fehlbedingten Schäden 4,9%, also 79 Menschen pro Jahr aus. An letzter Stelle steht der geringfügige Schaden.

Betrachtet man die zehn häufigsten Diagnosen, die zu einer Sachentscheidung geführt haben, so fällt auf, dass jeweils vier von den zehn Diagnosen Frakturen unterschiedlicher Knochen und Gelenke betreffen und einen durchschnittlichen Anteil von 8,1% ausmachen. An den ersten beiden Stellen steht die Arthrose des Knie -und Hüftgelenks. Zusammen ergeben sie einen durchschnittlichen Anteil von 6,5%. Vertreten sind außerdem auf den unteren Stellen: Bandscheibenschäden (Lendenwirbelsäule), Bursitis der Schulter, Kniebinnenschaden (traumatisch/degenerativ). In der letzten Spalte lässt sich eine Abweichung im Jahr 2017 mit der bösartigen Neubildung der Brustdrüse und 2019 mit Cholelithiasis beobachten.

Als nächstes werden die Antragsgegner bzw. Versorgungsbereiche betrachtet. In den drei Jahren blieb das Verhältnis des Krankenhausbereiches ($\frac{3}{4}$) zum niedergelassenen Bereich ($\frac{1}{4}$) gleich.

Auch der Anteil der bejahten Kausalität zwischen 2017 und 2019 ist so gut wie unterschiedslos geblieben. Er liegt bei Krankenhäusern bei etwas über 26% und im niedergelassenen Bereich bei 28%. Zu den häufigsten Fachgebieten im niedergelassenen Bereich gehören die Unfallchirurgie/Orthopädie, der hausärztlich tätige Arzt, die Allgemeinchirurgie und Innere Medizin. 2019 nahm die Augenheilkunde die dritte Spalte ein. Dabei passieren im niedergelassenen Bereich vor allem bei der bildgebenden Diagnostik und der Anamnese Fehler. Gefolgt wird diese von der operativen Therapie und der Labordiagnostik.

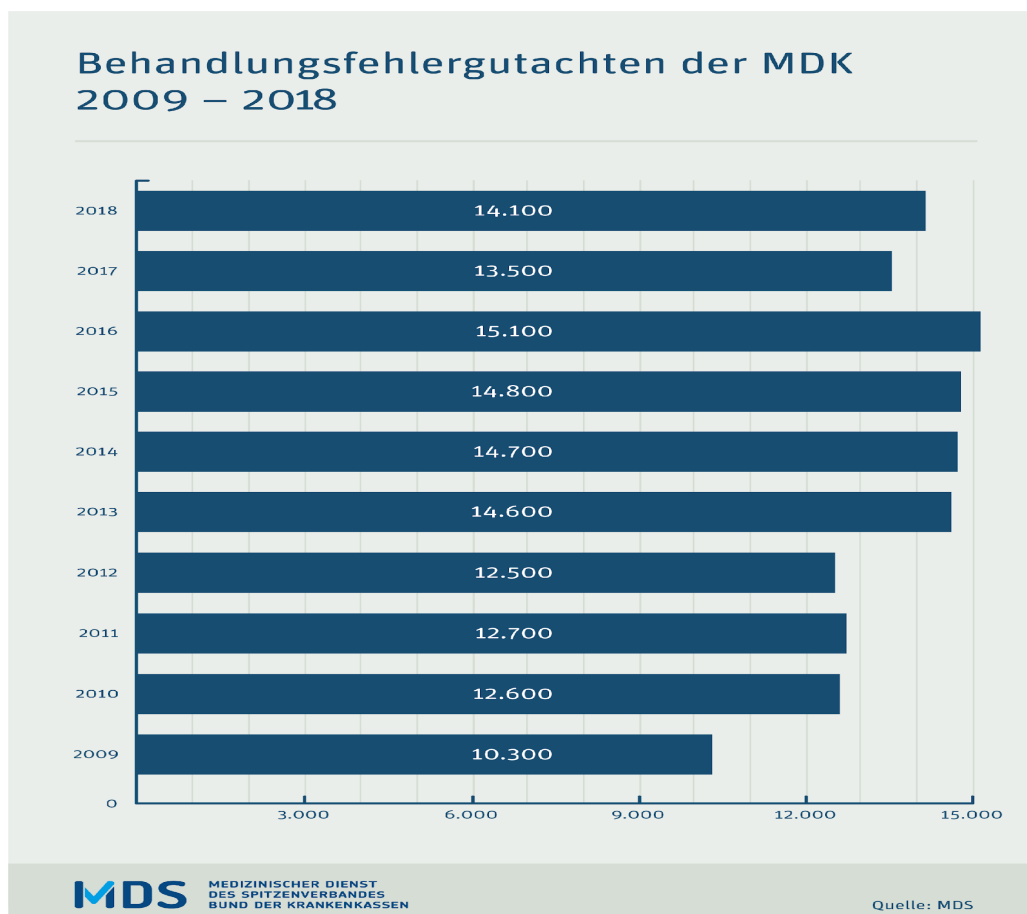
2.2.2 Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) „ist eine medizinische und pflegfachliche Expertenorganisation. Er berät die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene – insbesondere den GKV-Spitzenverband – in Versorgungs-, Leistungs-, Qualitäts- und Strukturfragen“⁶. Auch sammelt die Organisation u.a. Daten zu Behandlungsfehlern und stellt Infografiken zur Verfügung.

Eine davon zeigt die reine Anzahl der Behandlungsfehlergutachten des MDK im Zeitraum von 2009 bis 2018. Es ist grundsätzlich ein Anstieg der Gutachten festzustellen. Insgesamt wurden zwischen 2009 und 2018 3.800 Behandlungsfehlergutachten mehr verfasst. Dies entspricht einer Erhöhung von 27%.

Von 14.100 Gutachten im Jahr 2018 wurde in 24,7% der Fälle der Behandlungsfehlerwurf bestätigt und in 75,3% der Fälle verneint⁷.

Es wird nicht genauer spezifiziert, welche Berufsgruppen oder Fehlerarten hier betroffen sind. Die Statistik dient für dieses Gutachten zur Veranschaulichung gemeldeter Behandlungsfehler, die in einem Behandlungsfehlergutachten mündeten.



⁶ <https://www.mds-ev.de/der-mds/mds-aufgabe-und-beitrag.html>

⁷ <https://www.mds-ev.de/mdk-statistik/infografiken-zu-mdk-behandlungsfehlergutachten.html>

2.2.3 Rechtsmedizinische Begutachtungen

Als nächste Datenquelle wird die *Begutachtung letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin* verwendet. Sie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung verfasst und betrachtet im Rahmen einer bundesweiten Multicenter-Studie Obduktionsdaten bei Behandlungsfehlervorwürfen aus 17 rechtsmedizinischen Instituten im Beobachtungszeitraum zwischen 1990 und 2000. In diesen beiden Studien werden auch Heilpraktiker inkludiert.

Ergebnisse der ersten Studie: Behandlungsfehlervorwürfe mit letalem Ausgang

Betrachtet man zunächst die Anzahl der rechtsmedizinischen Obduktionen zur Aufklärung eines Behandlungsfehlers, so ist erkennbar, dass sich die Fallzahlen seit 1990 mit ca. 300 Obduktionen pro Jahr auf 600 pro Jahr im Jahr 2000 verdoppelt haben (vgl. Preuß et al. 2005: 25).

In der folgenden Tabelle sieht man die Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe gegen unterschiedliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Heilpraktiker, die zur nicht-ärztlichen Berufsgruppe gehören, erfahren seltener den Vorwurf, einen Behandlungsfehler begangen zu haben. Von insgesamt 4450 Behandlungsfehlervorwürfen machen Heilpraktiker mit 12 Fällen einen Anteil von 0,3% aus. Im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten liegt der prozentuale Anteil bei 19,7% (ebd.: 35).

Tabelle 7: Verteilung der Behandlungsfehlervorwürfe (n=4450) auf verschiedene Arztgruppen bzw. Berufsgruppen sowie der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfehlervorwürfe

Ermittlungsverfahren gegen	Fallzahl	Prozentualer Anteil an der Gesamtfallzahl
Krankenhausärzte	2809	63,1 %
Niedergelassene Ärzte	877	19,7 %
Notdienstärzte	253	5,8 %
Pflegepersonal	172	3,9 %
Notärzte	108	2,4 %
Nicht zu klären	58	1,3 %
Einen Arzt*	57	1,3 %
Mehrere Ärzte*	50	1,1 %
Rettungssanitäter/-assistenten	23	0,5 %
Belegarzt	14	0,3 %
Heilpraktiker	12	0,3 %
Sonstige	8	0,2 %
AiP'ler/in	6	0,1 %
Apotheker	2	0,04 %
PJ-Studentin /PJ-Student	1	0,02 %
Summe	4450	100 %

* Nähere Klärung der Berufsgruppe nicht möglich

Obwohl Krankenhausärzte die meisten Fehler begehen, gefolgt von den niedergelassenen Ärzten, bietet sich aufgrund der Praxistätigkeit der Vergleich von Heilpraktikern mit dem niedergelassenen Hausarzt am ehesten an und soll im weiteren Verlauf für ein Verständnis der Verhältnisse sorgen.

Im nächsten Schritt stellt sich die Frage nach der Kausalität. Die Fallzahl bei Heilpraktikern liegt mit bejahten Behandlungsfehlern ohne Berücksichtigung der Kausalität des bejahten Behandlungsfehlers bei 3 von insgesamt 12 Fällen. Bei den niedergelassenen Ärzten sind es vergleichsweise 129 von 877 Fällen (vgl. ebd.: 56).

Die Kausalität der Behandlungsfehler wird differenzierter aufgliedert. In 7 von 12 Fällen bei Heilpraktikern wurde ein Behandlungsfehler verneint. In 2 Fällen liegt ein Behandlungsfehler im möglichen Bereich. In keinem der Fälle war eine Entscheidung nicht möglich. Wie bereits gesagt wurde, besteht in 3 Fällen ein Behandlungsfehler. Von diesen 3 Fällen wurde in 2 Fällen die Kausalität des bejahten Behandlungsfehlers verneint und in einem Fall wurde die Kausalität bejaht (vgl. ebd.: 58f.).

Betrachtet man die einzelnen medizinischen Fachgebiete, so lässt sich feststellen, dass naturheilkundliche Verfahren, mit insgesamt 16 Fällen vertreten sind. Die Studie selbst definiert an dieser Stelle nicht, was unter naturheilkundlichen Verfahren verstanden wird und wer sie praktiziert.

In 9 Fällen wurden die Behandlungsfehler verneint und in einem Fall bestand die Möglichkeit eines Behandlungsfehlers. In 6 Fällen wurde ein Behandlungsfehler bejaht. Von diesen 6 Fällen wurde in 4 Fällen die Kausalität des bestätigten Behandlungsfehlers verneint und in 2 Fällen wurde die Kausalität bejaht. Im Vergleich begingen Hausärzte / praktischer Ärzte 21 letale Behandlungsfehler mit bejahter Ursächlichkeit bei insgesamt 434 Fällen (vgl. ebd.: 59f.).

Die Verteilung (n=189) der gutachterlich bejahten Behandlungsfehler einzelner medizinischer Fachgebiete in Bezug mit einer ebenfalls bejahten Kausalität für den Eintritt des Todes als Folge des Behandlungsfehlers liegt bei den Naturheilverfahren bei 2 von 12 Fällen.

Betrachtet man die Kausalität für die einzelnen Berufsgruppen, so lässt sich feststellen, dass Heilpraktiker einen kausal bejahten letalen Behandlungsfehler von 12 vorgeworfenen Behandlungsfehlern begangen haben (vgl. ebd.: 61ff.).

Als Nächstes werden die bejahten Behandlungsfehler ohne nachweisbare Kausalität für den Eintritt des Todes für die Fachgebiete beschrieben. In 4 von insgesamt 16 Fällen war keine Kausalität für den Tod nachweisbar. In der Berufsgruppe der Heilpraktiker waren 2 Fälle von Behandlungsfehlern nicht ursächlich für den Todeseintritt (vgl. ebd.: 63ff.).

Von den insgesamt 4450 Fällen aller Behandlungsfehlervorwürfe wurden 64,6% der Behandlungsfehler verneint.

Im nächsten Schritt werden die Behandlungsfehlerarten genauer betrachtet. In der Begutachtung werden die Behandlungsfehler in sechs Gruppen eingeteilt:

1. Vorwurf des Unterlassens medizinisch gebotener Maßnahmen (48,5%)
2. Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen (33,1%)
3. Falschbehandlung (17,2%)
4. Medikationszwischenfall (12,5%)
5. Pflegefehler (7,2%)
6. Behandlungsfehlervorwurf nicht konkretisiert (3,4%)

Diese Anordnung wurde nach der Häufigkeit der Fehlerart sortiert. Es ist auffällig, dass die Unterlassung fast die Hälfte aller 4450 Fälle ausmacht (vgl. ebd.: 70ff.).

Heilpraktiker sind in den Gruppen 1–4 mit insgesamt 12 Fällen vertreten. Von insgesamt 766 vorgeworfenen **Falschbehandlungen** sind Heilpraktiker in 7 Fällen vertreten. Der Vorwurf der Falschbehandlung ist hiernach die häufigste Fehlerart der Heilpraktiker. Gefolgt wird diese von der vorgeworfenen **Unterlassung medizinisch gebotener Maßnahmen**. Heilpraktikern wurde die Unterlassung viermal vorgeworfen und niedergelassenen Ärzten in 575 von 2.158 Fällen (vgl. ebd.: 73f.). In dieser Gruppe wurde der Vorwurf des Unterlassens erforderlicher diagnostischer Maßnahmen am häufigsten festgestellt. Heilpraktiker haben den Vorwurf mangelnder Diagnostik einmal erfahren. Niedergelassene Ärzte hingegen in 417 Fällen (vgl. ebd.: 63ff.).

Wie in der letzten Gruppe wurden Heilpraktiker ebenfalls in 4 von 557 Fällen im Zusammenhang mit der **Gabe von Medikamenten** angeschuldigt. In der nach Fachgebieten verteilte fehlerhafte Medikation mit letalem Verlauf, wurden bzgl. der Naturheilkunde 6 Fälle festgestellt (vgl. ebd.: 99).

Als Letztes sind Vorwürfe hinsichtlich **intra- bzw. postoperativer Komplikationen** erfasst worden. In einem Fall werden Heilpraktiker mit diesem Vorwurf in Verbindung gebracht (vgl. ebd.: 80).

Ergebnisse der zweiten Studie: Behandlungsfehlervorwürfe mit nicht-letalem Ausgang

Für diese Studie wurden 434 rechtmedizinische Gutachten in Bezug auf vorgeworfene Behandlungsfehler ausgewertet. Unter diesen Gutachten registrierte man 6 Ermittlungsverfahren bzw. Patientenvorwürfe gegen die Berufsgruppe der Heilpraktiker (vgl. ebd.: 115f.) und 7 Ermittlungsverfahren, in denen sich der Vorwurf gegen das Fachgebiet der Naturheilverfahren richtet.

Auffällig ist auch hier, dass die Anzahl der Vorwürfe gegen Heilpraktiker und Naturheilverfahren nicht ganz übereinstimmen. Wie in der ersten Studie der Behandlungsfehlervorwürfe mit letalem Ausgang ist auch hier nicht eindeutig, wie dieser Unterschied zustande kommt.

Die Verteilung der Vorwürfe im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten auf die einzelnen Berufsgruppen und medizinischen Fachgebiete, zeigen 3 von 78 Fällen für den Heilpraktiker und 4 für Naturheilverfahren an (vgl. ebd.: 122f.).

„Der Vorwurf, die Behandlung sei nicht entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sondern explizit falsch gewesen, wurde in 124 Fällen erhoben“ (ebd.: 126). Heilpraktiker sind in 5 Fällen vertreten und niedergelassene Ärzte in 46 Fällen.

Betrachtet man den Anteil der Behandlungsfehlervorwürfe mit nicht-letalem Ausgang, so liegt dieser mit 28,3% höher als der Anteil bei Behandlungsfehlervorwürfe mit letalem Ausgang (10%).

Die Zahl der bejahten Behandlungsfehler bei nicht-letalen Behandlungsfehlervorwürfen gegenüber Heilpraktikern liegt bei 3 Fällen und in der Naturheilkunde, als Fachgebiet sind es 4 von insgesamt 123 bejahten Behandlungsfehlervorwürfen (vgl. ebd.: 128ff.).

Die anderen 3 Fälle von den insgesamt 6 Ermittlungsverfahren gegen Heilpraktiker wurden hinsichtlich eines Behandlungsfehlers verneint. Dabei konnte die Kausalität bei den bejahten Behandlungsfehlern weder verneint noch bejaht werden.

Etwas anders sieht es bei den Naturheilverfahren aus. Hier wird die Kausalität von den 4 bestätigten Behandlungsfehlern in einem Fall verneint (ebd.).

Aufbauend auf die Multicenter-Studie von (Preuß et al.: 2005) und die Folgestudie (Schmitz et al.: 2009) wurde 2008 eine Dissertation mit dem Thema *Rechtsmedizinische Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit* verfasst, mit einer *Analyse bestätigter Behandlungsfehler in den Instituten für Rechtsmedizin Bonn und Düsseldorf 1990–2006*. Insgesamt liegen dieser Studie 73 bestätigte Behandlungsfehler vor.

Heilpraktiker wurden aufgrund ihrer Praxisarbeit, die mit dem Pflege -oder

Rettungsmitarbeitern nicht vergleichbar wäre, in die Kategorie der niedergelassenen Ärzte aufgenommen.

Unter die Kategorie der niedergelassenen Ärzte fallen: Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, Ärzte im fachübergreifenden kassenärztlichen Notdienst und Heilpraktiker. Es wurden gutachterlich insgesamt 33 Behandlungsfehler für diese Kategorie bestätigt. Überwiegend wurden sie von Hausärzten begangen, und zwar in 57,6% der Fälle, was 19 Behandlungen entspricht. In 4 Fällen waren die niedergelassene Fachärzte verantwortlich (12,1%) und in 9 Fällen der kassenärztliche Notdienst (27,3%). Bei Heilpraktikern wurde ein Behandlungsfehler (3%) ausgemacht.

In etwa 60% der Fälle ereigneten sich die Fehler im Kontext einer länger dauernden Behandlung. Notfallbehandlungen waren dementsprechend mit etwa 40% seltener betroffen. Die Behandlung des Heilpraktikers umfasste ebenfalls einen längerfristigen Zeitraum (vgl. Schmitz 2012: 54ff.). Betrachtet man die Fehlerart, so lässt sich feststellen, dass bei den länger dauernden Behandlungen der Behandlungsfehler in 65% der Fälle in einem Unterlassen besteht. Auch fällt der begangene Fehler des Heilpraktikers unter diese Fehlerart. Konkretisiert wird „eine unterlassene Zuweisung, die an einen Arzt oder ein Krankenhaus hätte erfolgen müssen“ (Schmitz 2012: 57).

3. Fazit

Hauptsächlich in den letzten 30 Jahren hat in Deutschland der Diskurs zum Thema Patientensicherheit und Behandlungsfehlern an Bedeutung gewonnen. Effekte dieses Diskurses sind gewiss die eingeführten Fehlerregister, wie die der Schlichtungsstellen und Gutachterkommission der Bundesärztekammern, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder Erhebungen und der Begutachtungen rechtsmedizinischer Institute.

Bei dem MDK ist alleinig ein Anstieg der Gutachten festzustellen. Insgesamt wurden zwischen 2009 und 2019 knapp 30% Behandlungsfehlergutachten mehr verfasst.

Die Schlichtungsstellen und Gutachterkommission der Bundesärztekammern hat in den Jahren 2017-2019 jeweils 30% aller Sachentscheidungen als Behandlungsfehler bejaht ($\frac{1}{4}$ davon mit bejahter Kausalität), wobei die operative Therapie als der häufigste Fehler und Arthrose und Frakturen als häufigste Diagnose erfasst wurden. Dabei ertrugen die Patienten*innen am häufigsten einen passager leichten bis mittelschweren Schaden. Das Verhältnis des Krankenhausbereiches ($\frac{3}{4}$) zum niedergelassenen Bereich ($\frac{1}{4}$) ist konstant

geblieben.

Obwohl Heilpraktiker kein Teil in dieser Erhebung darstellen, da sie zu den nicht-ärztlichen Berufen gehören, so ist erkennbar, dass Heilpraktiker z.B. aufgrund des hohen Anteils der Frakturen oder in der Naturheilkunde unüblichen bildgebenden Diagnostik überwiegend nicht in das hiesig skizzierte Bild der Behandlungsfehler passen. Solche Diagnosen und Diagnosemethoden sind bei Heilpraktikern grundsätzlich möglich, allerdings tendenziell unwahrscheinlich.

Die Begutachtungen der Multicenterstudie, die nicht-ärztliche Berufe in die Studie einbezogen haben, zeigen, dass Heilpraktiker von insgesamt 4450 Behandlungsfehlervorwürfen, einen Anteil von nur 12 Fällen (0,3%) ausmachen. Davon wurde in 3 Fällen das Eintreten eines Behandlungsfehlers bestätigt, wobei die Kausalität nur in einem Fall bejaht wurde, was bedeutet, dass Heilpraktiker für einen einzigen Behandlungsfehler mit tödlichem Ausgang verantwortlich sind. Im Vergleich sind niedergelassene Ärzte für 46 Todesfälle durch Behandlungsfehler verantwortlich.

Die häufigste Fehlerart aller medizinischen Berufsgruppen war ein Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen. Doch bei Heilpraktikern steht als häufigste Fehlerart die Falschbehandlung an erster Stelle, gefolgt von der Unterlassung. Dazu wurde Heilpraktikern eine mangelnde Diagnostik in einem Fall vorgeworfen.

In den 434 rechtsmedizinischen Gutachten mit nicht-letalem Verlauf wurde Heilpraktikern in 3 Fällen der Behandlungsfehler bestätigt.

Letztlich weist die Dissertation (Schmitz: 2012) auf einen von insgesamt 73 bestätigten Behandlungsfehlern für Heilpraktiker mit dem Fehler der Unterlassung hin.

So lässt sich abschließend sagen, dass Heilpraktiker in solch einem langen Zeitraum einen sehr geringen Anteil in der Anzahl der Behandlungsfehler ausmachen und sie somit sehr unwahrscheinlich eine Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung sein können, obwohl Menschen stetig häufiger den Kontakt zu Heilpraktiker*innen suchen.

Das liegt vermutlich u.a. auch an den risikoarmen Diagnose -und Therapieverfahren.

Und doch drohen im Falle eines Behandlungsfehlers Heilpraktikern genauso wie Ärzten straf-, zivil- und berufsrechtliche Konsequenzen.

Es bleibt anzumerken, dass alle Datensammlungen zu Behandlungsfehlern sich für die weitere Erforschung der Patientensicherheit nutzen lassen. Obwohl die ärztlichen Berufe im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern, ob stationär oder niedergelassen, quantitativ hinreichend erfasst sind, ist der Forschungsstand in qualitativer Hinsicht zu erweitern. Letzteres gilt auch für den Heilpraktikerberuf.

4. Ausblick

Eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Behandlungsfehler und Patientensicherheit ist mit Beginn der 1990er Jahre zu erkennen.

Die Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler eingetreten ist oder nicht, und ob er tatsächlich als ursächlich für den unerwarteten Effekt der medizinischen Versorgung angesehen werden kann, ist für die Rechtsmedizin keine einfache Aufgabe. Heilpraktiker, Ärzte und alle anderen medizinischen Fachberufe können nie den Erfolg der medizinischen Versorgung sicherstellen, sondern sind lediglich an ihre Berufspflicht, die Durchführung nach dem allgemein anerkannten fachlichen Standard vorzunehmen, gebunden.

Es ist nicht möglich, menschliche Fehler oder Systemfehler komplett zu vermeiden. Tritt doch ein Behandlungsfehler mit unerwünschten gesundheitlichen Folgen auf, sollte auf einen ethisch und rechtlich angemessenen Umgang mit den Patienten geachtet werden. Dazu gehört eine offene, vertrauensvolle und transparente Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. Ziegler 2007: 187).

Im Rahmen dieser Beziehung sollte der Patient im ersten Schritt die Risiken und Vorteile der bevorstehenden Behandlung erfahren.

„Der Patient, ohnehin beschäftigt mit seiner Krankheit bzw. seinen Erkrankungen, erlebt sich in seiner Position als medizinischer Laie als abhängig von den Informationen der behandelnden Ärzte. Da er regelmäßig fachlich im Einzelfall keine hinreichenden eigenen Kenntnisse hat, wird sein Verhalten zwangsläufig in erheblichem Umfang vom bloßen Vertrauen zu den Ärzten getragen sein müssen“ (Preuß et al. 2005: 111).

Obwohl man dazu sagen sollte, dass eine vermehrte Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit / Krankheit bei Menschen im Allgemeinen zu verzeichnen ist, kann dadurch auch eine höhere Klagebereitschaft seitens der Patienten im zeitlichen Verlauf entstanden sein.

Daher ist ein offener Umgang mit Fehlern notwendig. Werden Fehler nicht registriert oder gar vertuscht und verschwiegen, so hat keiner die Möglichkeit aus ihnen zu lernen.

Ausschließlich nach einem Schuldigen zu suchen, wäre ebenfalls nicht sinnvoll. Vielmehr sollte man nach dem *Was war schuld?* fragen und sich hinsichtlich dessen auf einen besseren Umgang mit Fehlern fokussieren. Schließlich geht es nicht nur um die Schuldzuweisung, sondern auch darum, zu erfassen, wie ein Fehler passiert ist. Zu vernachlässigen ist die Schuldzuweisung wiederum auch nicht, da sie für eine rechtliche Beurteilung maßgeblich ist.

Die Prävention von Behandlungsfehlern im Sinne der Patientensicherheit sollte eine Grundlage des Gesundheitssystems darstellen. In diesem Rahmen könnte die Unterstützung

der Forschungsgebiete der Patientensicherheit und Behandlungsfehler förderlich sein, zur bsp. Entwicklung von Berichtssystemen zur Patientensicherheit oder die verbesserte Schulung der Gesundheitsberufe in diesem Thema (vgl. Schmitz 2012: 16).

Die bestehenden Statistiken spiegeln nur einen Bruchteil der realen Lage wider. Es lässt anmuten, dass die Dunkelziffer bei Ärzten wie auch bei Heilpraktikern erheblich ist, wobei das Fehlerverhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und Heilpraktikern, das die Multicenterstudie gezeigt hatte, in etwa gleich bleiben sollte.

Daraus folgt, dass die in diesem Gutachten entstandenen Schlussfolgerungen in der Zukunft neu überprüft werden sollten z.B. in Form eines neuen, großen rechtsmedizinischen Gutachtens.

Das Bundesgesundheitsministerium, das für die Datenlage verantwortlich ist, hat versäumt, eine adäquate Datenlage zu schaffen. Daher sollte ein neues umfangreiches rechtsmedizinisches Gutachten erstellt werden und mit der Multicenterstudie aus dem Jahr 2008 verglichen werden, sodass die Evaluation der bestehenden Datenlage weitergeführt wird. Weiterhin ist auch nötig, im breiteren Spektrum Daten, quantitativ und qualitativ zu erheben und analysieren, um das daraus gewonnene Wissen schließlich in die Praxis umzusetzen.

Diese Maßnahmen gelten selbstverständlich für alle medizinischen Fachberufe einschließlich des Heilpraktikerberufs. Ziel ist es, das Problembewusstsein zu erhöhen und somit potenzielle Leben zu retten oder auch die Lebensqualität der Menschen zu verbessern.

Für den Heilpraktikerberuf, der datentechnisch grundsätzlich mangelhaft vertreten ist, ist es zunächst wichtig, die Datenlage umfassend, über Behandlungsfehler hinaus, aufzurüsten.

Bevor eine planmäßige Reform des Heilpraktikerberufs angegangen wird, muss erst eine fundierte Grundlage für eine sachliche Diskussion geschaffen werden. Die Verantwortung hierfür lag und liegt beim Bundesgesundheitsministerium.

5. Literaturverzeichnis

- Bundesärztekammer (2017): *Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.*
- Bundesärztekammer (2018): *Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.*
- Bundesärztekammer (2019): *Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.*
- Hansis, M.L., Hansis, D.E., (2001): *Der ärztliche Behandlungsfehler. Verbessern statt streiten.* Ecomed Lansberg/Lech.
- Hansis, M.L., Hart D.H., Robert Koch Institut (Hrsg.), (2001): *Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland.* In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 04/01. Berlin: Verlag Robert Koch Institut.
- Kline, K.N., (2011): *Popular media and health. Images and effects.* S. 252-267 in: Thompson, T.L., Parrott, R. & Nussbaum, J.F. (Hrsg.), *The Routledge Handbook of Health Communication.* New York: Routledge.
- Marstedt, G., Last, R., Wahl, W., Müller, R., (Hrsg.) Angestelltenkammer Bremen (1993): *Gesundheit und Lebensqualität, Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen.*
- Marstedt, G., Moebus S., Robert Koch Institut (Hrsg.), (2002): *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin.* In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 9. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.
- Müller, B., (2012): *Methoden zur Messung von Patientensicherheitskultur in der Hausarztpraxis. Auswertung der Basisdaten einer randomisiert-kontrollierten Studie über die Effekte der Frankfurter Patientensicherheitsmatrix.* Frankfurt am Main: Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Preuß, J., Dettmeyer, R.; Madea, B., (2005): *Begutachtung behaupteter letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (bundesweite Multicenterstudie). Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadensforschung.* Bonn: Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität.
- Pundt, J., Kälble, K., (Hrsg.), (2015): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte.* Bremen: Apollon University Press.
- Rossmann, C., (2016): *Die mediale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit* S.301-311 in: Richter, M.; Hurrelmann, K., 2016: *Soziologie von Gesundheit und Krankheit.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Schmitz, M., (2012): *Rechtsmedizinische Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit. Analyse bestätigter Behandlungsfehler in den Instituten für Rechtsmedizin Bonn und Düsseldorf*. Bonn: Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität.

Ziegler, A., (2007): *Behandlungsfehler*. S. 185-195 in: Hick, C., 2007: *Klinische Ethik*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Internet:

<https://www.mds-ev.de/mdk-statistik/infografiken-zu-mdk-behandlungsfehlergutachten.html>

(zuletzt besucht am 15.04.2020).

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html> (zuletzt besucht am 15.04.2020).

<https://www.aezq.de/patientensicherheit/service-ps-online/glossar-patientensicherheit>

(zuletzt besucht am 10.04.2020).

Sasse, R., (2018): Kurz-Gutachten zum Heilpraktikerrecht:

<https://freieheilpraktiker.com/infos-fuer-presse-politik/214-heilpraktikerrecht-fakten-gegen-fake-news>