



E. Berg

Prosper-Hospital, Recklinghausen, Deutschland

Robotische und laparoskopische totale Mesorektumexzision

Ein Vergleich

Originalpublikation

Colombo PE, Bertrand MM, Alline M, Boulay E, Mourregot A, Carrère S, Quénet F, Jarlier M, Rouanet P (2016) Robotic versus laparoscopic total mesorectal excision (TME) for sphincter-saving surgery: is there any difference in the transanal TME rectal approach? A single-center series of 120 consecutive patients. *Ann Surg Oncol* 23(5):1594–1600

Zusammenfassung der Studie

Fragestellung und Hintergrund. Die robotische totale Mesorektumexzision (R-TME) hat sich in früheren Studien als sicher und effektiv erwiesen. Im Vergleich zur laparoskopischen totalen Mesorektumexzision (L-TME) ergaben sich insbesondere bei den Hochrisikopatienten unterschiedliche Ergebnisse.

Ziel der Studie war es, R-TME und L-TME hinsichtlich des technischen rektalen Zuganges zu vergleichen.

Patienten und Methodik. Zwischen Oktober 2009 und März 2013 wurden insgesamt 120 Patienten in die Studie aufgenommen. Dies waren die letzten 60 laparoskopischen OPs und die ersten 60 robotischen, dabei gab es keinen Ausschluss von Patienten.

Ergebnisse. Bei statistisch nicht unterschiedlichen Patientengruppen hinsichtlich Alter, BMI, Geschlecht, ASA, Tumorlokalisation, neoadjuvanter Ra-

diochemotherapie und initialem Tumorstadium ergaben sich für R-TME und L-TME gleiche Ergebnisse hinsichtlich Blutverlust (200 versus 100 ml), postoperativem Klinikaufenthalt (12 versus 11 Tage) Konversionsrate (3,2 versus 4,8 %), Lymphknotenausbeute (15 versus 19) distaler Tumorfreiheit (100 %), positivem seitlichem Resektionsrand (6,4 versus 9,3 %), Entlastungsileostomie (73 versus 58 %), TME-Qualität (Quirke 3 93 versus 90 %) und schwerer Morbidität (28 versus 20 %). Signifikante Unterschiede wurden gefunden für die mediane Operationszeit (274 versus 228 Minuten; $p = 0,003$) und einem zusätzlichen transanal Vorgehen zum Absetzen des Rektums (1,7 versus 16,7 %; $p = 0,004$). Die Operationszeit für die R-TME stabilisierte sich nach den 25 ersten Operationen auf 245 Minuten.

Schlussfolgerung. Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass die R-TME machbar und sicher in der Technik ist. In ihrer Praxis, insbesondere für schwierige Fälle, erlaubt die R-TME häufiger eine komplette OP über einen abdominalen Zugang, während die L-TME signifikant häufiger mit einem zusätzlichem transanal Vorgehen durchgeführt werden muss.

Kommentar

Die Autoren beschreiben die Ergebnisse von insgesamt 120 laparoskopischen bzw. robotischen Operationen beim Rektumkarzinom, die alle von einem einzigen Chirurgen, Philippe Rouanet, durchgeführt wurden. Sowohl bei der R-TME

als auch bei der L-TME wurden jeweils vier Ports und eine 0-Grad-Optik benutzt. Die linke Flexur wurde komplett mobilisiert unter Absetzen der Arteria und Vena mesenterica inferior. In der R-TME-Gruppe war dabei nur einmal zum distalen Absetzen des Rektums ein transanales Vorgehen erforderlich wegen eines sehr tief sitzenden Tumors. Dagegen waren dies bei den L-TME Patienten 10-mal nötig: in der Regel aus mehreren Gründen, etwa wegen eines engen Beckens und einer schlechten Regression nach Radiochemotherapie ($p = 0,004$). Die Rekonstruktion erfolgte als End-zu-Seit-Anastomose in 55 % bei der R-TME und in 50 % bei der L-TME; 11-mal, bzw. 19-mal wurde eine Pouch-Anastomose durchgeführt ($p = 0,0013$). Ein doppel-läufiges Ileostoma wurde je nach Präferenz des Chirurgen in beiden Gruppen gleich häufig angelegt.

Postoperativ kam es bei R-TME und L-TME je 3-mal, bzw. 4-mal zum Auftreten von Anastomoseninsuffizienzen, 4-mal bzw. keinmal zu einer ischämischen Colitis. 2 bzw. 4 Patienten mussten nachoperiert werden. Das Überleben nach 18 Monaten betrug 95 bzw. 96,7 %, das tumorfreie Überleben 92 bzw. 96 %. Über postop. Störungen urogenital berichteten die Autoren nicht.

Erstaunlich bei der operativen Technik ist, dass jeweils eine 0-Grad-Optik verwendet wurde, obwohl gerade bei der Präparation tief im kleinen Becken sich die 30-Grad-Optik bewährt hat mit der Möglichkeit des Blicks von unten nach oben. Erstaunlich ist auch, dass bei der R-TME nur zwei robotische Arme neben der robotischen Kamera benutzt wurden,

Die Zusammenfassung der Studie ist die Übersetzung des englischen Abstracts der Originalpublikation.

obwohl ein dritter robotischer Arbeitstrokerar möglich ist und von den meisten Chirurgen auch genutzt wird. Die Mobilisation der linken Flexur ist robotisch problematisch, da eine intraoperative Umlagerung des Patienten sehr, sehr umständlich ist, weil ein neues Andocken erforderlich ist; in der Studie wurde dies auch durchgeführt. Man hegt den Verdacht, dass die robotische Flexurenmobilisation nicht komplett durchgeführt wurde, da im Vergleich zur L-TME sehr viel weniger oft ein Pouch angelegt wurde und es insgesamt 4-mal zu einer ischämischen Kolitis kam; möglicherweise wegen einer Durchblutungsstörung bei zu wenig weit mobilisiertem linksseitigem Dickdarm. Die eigentliche Präparation des Rektums erscheint den Autoren durch den robotischen Zugang einfacher und sicherer, sodass signifikant seltener eine zusätzliche endoskopische transanale Mobilisation erforderlich war (TaTME). Begründet wird dies mit der dreidimensionalen Sicht und der besseren Beweglichkeit der da-Vinci-Instrumente.

Die robotische Prostatektomie ist weit verbreitet mit einem Anstieg von 8 % radikaler Prostatektomien in den USA im Jahr 2004 bis auf 67 % in 2010. Die Prostatektomie hat dabei den großen Vorteil, dass das Operationsfeld sehr begrenzt und klein ist. Bei der TME ist jedoch das OP-Feld ausgedehnter, von supraanal bis in den linken Ober- und Mittelbauch, sodass sich dieses Verfahren bisher nicht durchsetzen konnte.

Weitere Gründe sind die hohen Kosten (ca. 1,5 Millionen € für den da-Vinci-Roboter (Intuitive Surgery, Kalifornien), 150.000 € jährliche Unterhaltungskosten und 1400 bis 3900 € für jede OP) [1]. Bisherige Studien vergleichen insbes. die R-TME mit der L-TME. Bei ansonsten gleichen Kurzeitergebnissen fanden sich meist signifikant geringere Konversionsraten (2 vs. 7,5 %, $p = 0,0007$) [2]. Dies konnte jedoch in der europaweiten ROLLAR-Studie unter der Leitung von David Jayne, Leeds, nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse wurden bisher aber nur als Kongressberichte veröffentlicht [3]. Tendenziell scheint die postop. urogenitale Funktion sich nach R-TME besser zu erholen [2], leider verschweigen Colombo et al. die eigenen Resultate. Die onkologischen Kurz- und auch die bisher nur sehr gering vorhandenen onkologischen Langzeitdaten scheinen ähnlich der offenen Chirurgie zu sein. Manche Autoren berichten auch über eine bessere TME-Qualität durch die R-TME im Vergleich zur L-TME [4]. Seit 2014 gibt es auch eine neuere Version des da-Vinci-Systems mit größerer Bewegungsfreiheit und auch der Möglichkeit, die Kameraposition zu variieren, mit ersten vielversprechenden Ergebnissen [5]. Letztendlich gibt es zurzeit selbst für die laparoskopische TME im Vergleich zur offenen nur Daten, die eine Verbesserung der Kurzeitergebnisse nachweisen konnten [6]. Zur endgültigen Beurteilung der Wertigkeit

des da-Vinci-Systems in der operativen Therapie des Rektumkarzinoms werden noch viele Studien erforderlich sein.

Korrespondenzadresse

Dr. E. Berg

Prosper-Hospital
Mühlenstr. 27, 45659 Recklinghausen,
Deutschland
Eugen.Berg@Prosper-Hospital.de

Interessenkonflikt. E. Berg gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Jensen CC, Madoff RD (2016) Value of robotic colorectal surgery. *Br J Surg* 103:12–13
2. Biffi R, Luca F, Bianchi PP, Cenciarelli S, Petz W, Monsellato I, Valvo M, Cossu ML, Ghezzi TL, Shmaissany K (2016) Dealing with robot-assisted surgery for rectal cancer: current status and perspectives. *World J Gastroenterol* 22:546–556
3. Pigazzi A (2015) Robotic versus Laparoscopic resection for rectal cancer (ROLLAR) trial ASCRS Annual meeting, Boston, 1 June 2015.
4. Allemann P, Duvoisin C, Mare L Di, Hübner M, Demartines N, Hahnloser D (2015) Robotic-assisted surgery improves the quality of total Mesorectal excision for rectal cancer compared to Laparoscopy: results of a case-controlled analysis. *World J Surg* April 40(4):1010–1016
5. Morelli L, Guadagni S, Franco G Di, Palmeri M, Caprili G, D'Isidoro C, Cobuccio L, Marciano E, Candio G Di, Mosca F (2016) Use of the new da Vinci Xi® during robotic rectal resection for cancer: a pilot matched-case comparison with the da Vinci Si®. *Int J Med Robot* 15(22):9985–9996
6. Zhang FW, Zhou ZY, Wang HL, Zhang JX, Di BS, Huang WH, Yang KH (2014) Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian Pac J Cancer Prev* 15(22):9985–9996



S. Farke

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Delmenhorst gGmbH, Delmenhorst, Deutschland

Folgt die Therapie der chronischen Analfissur einem Algorithmus?

Originalpublikation

Farkas N, Solanki K, Frampton AE, Black J, Gupta A, West NJ (2016) Are we following an algorithm for managing chronic anal fissure? A completed audit cycle. *Ann Med Surg* 5:38–44

Hintergrund und Ziel. Die Analfissur ist eine der häufigsten proktologischen Erkrankungen. Dennoch erfolgt ihre sequentielle Therapie in Großbritannien uneinheitlich. Unser Ziel war es zu prüfen, ob unser Vorgehen bei der Therapie der chronischen Analfissur (CAF) den Empfehlungen der Leitlinien der Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) entspricht.

Patienten und Methodik. Wir untersuchten retrospektiv Patienten mit CAF, die sich über einen Zeitraum von 6 Monaten in Krankenhausambulanzen vorstellten. Auf der Basis von elektronischen Patientenakten, Aufzeichnungen und Arztbriefen verglichen wir das Management dieser Patienten mit dem Algorithmus der ACPGBI. Anschließend erfolgte eine prospektive erneute Prüfung.

Ergebnisse. In die Analyse wurden 41 Patienten aufgenommen (59 % männlich). Eine leitlinienkonforme Einleitung der Behandlung mit konservativer Ernährungstherapie erfolgte in 68 % ($n = 28/41$) der Patienten. Allerdings stellte sich bei nur 7,1 % ($n = 2/28$) dieser Patienten ein

Behandlungserfolg ein. Anschließend wurden 89 % ($n = 25/28$) der Patienten dem Algorithmus folgend mit entweder topisch angewandtem Diltiazem 2 % oder GTN 0,4 % behandelt. Insgesamt entsprach bei 43,9 % ($n = 18/41$) aller Patienten die Gesamtbehandlungsstrategie den Leitlinien der ACPGBI. Eine chirurgische Therapie (Botox ausgeschlossen) erfolgte bei 48,8 % ($n = 20/41$) der Patienten, von denen nur 15 % ($n = 3/20$) zuvor den Leitlinien der ACPGBI entsprechend behandelt worden waren. Nach Verbreitung der Untersuchungsergebnisse und Schulungen auf lokaler Ebene zeigte eine erneute Prüfung von 20 Patienten eine statistisch signifikant bessere Einhaltung der Leitlinienempfehlungen (43,9 % vs. 95 %; $p = 0,0001$).

Schlussfolgerung. Die topische Cremetherapie zeigte die besten Erfolge (50 %; $n = 9/18$) unter den ACPGBI-konformen Behandlungsstrategien. Von besonderem Interesse ist hier, dass diesen Ergebnissen zufolge bei Einhaltung des Algorithmus der ACPGBI eine Fistelheilung ohne chirurgische Therapie bei 83,3 % ($n = 15/18$) der Patienten erreicht wird, im Vergleich zu 26,1 % ($n = 6/23$) bei Verwendung von nicht den Leitlinien entsprechenden Methoden ($p = 0,0004$). Dies macht den Nutzen einer frühen konservativen, nichtoperativen Therapie deutlich, die dem Versuch einer chirurgischen Therapie vorangeht.

Kommentar

Leitlinien, Richtlinien, Behandlungspfade und -algorithmen gehören heute un-

verzichtbar zu unserer ärztlichen Tätigkeit. Nicht immer sind wir vom Nutzen dieser Hilfsmittel überzeugt. Leitlinien werden kritisch gesehen, weil sie zu bevormunden scheinen, Behandlungspfade werden nicht eingehalten, weil wir glauben, es aus unserer Erfahrung heraus besser zu wissen.

Tatsächlich fehlen bisher auch sichere Belege, dass Leitlinien oder Behandlungspfade die Ergebnisse unserer Therapie verbessern können, wenn sie denn eingehalten werden. Vor diesem Hintergrund verfolgt die Arbeit von Farkas et al. einen sehr kreativen und spannenden Ansatz: In einem retrospektiven Setting wird für die Behandlung der chronischen Analfissur anhand der Krankenakten überprüft, ob und wie genau die vorliegenden Vorgaben in Form des Behandlungspfades der „Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI)“ bei der Behandlung eingehalten und beachtet werden. Dabei verwundert es zunächst nicht, dass weniger als 50 % vollständig gemäß der Vorgaben der ACPGBI behandelt wurden.

Besonders hervorzuheben ist aber das Ergebnis der Behandlung, abhängig davon, ob der Behandlungspfad eingehalten wurde oder nicht. So ist bei über 80 % der Patienten, die gemäß des Behandlungspfades therapiert wurden, eine Abheilung der chronischen Analfissuren gesehen worden, bei den nicht Pfadgemäß behandelten nur bei 26 %.

Diese Ergebnisse belegen sicher nicht, dass alle Teile des Behandlungspfades optimal sind und dass es keine alternativen erfolgsversprechenden Konzepte gibt. Sie belegen aber deutlich, dass es zumin-

Die Zusammenfassung der Studie ist die Übersetzung des englischen Abstracts der Originalpublikation.

dest für den hier untersuchten Behandlungspfad sehr sinnvoll zu sein scheint, die Vorgaben einzuhalten, um eine möglichst hohe Rate an erfolgreichen Therapien zu erzielen. Nachvollziehbar erscheint dies besonders bei vermeintlich einfachen, wenig bedrohlichen Krankheitsbildern wie der chronischen Analfissur.

Mit diesen Ergebnissen ist die vorliegende Arbeit ein deutliches Argument, die Einhaltung des hier untersuchten Behandlungsalgorithmus zu fordern und

alle an der Therapie Beteiligten ausreichend darüber zu informieren. Durch weitere ähnliche Arbeiten sollten auch für andere etablierte und von den Fachgesellschaften propagierte Behandlungspfade die Nachweise geführt werden, dass durch die Einhaltung der Empfehlungen die Ergebnisse der Therapie verbessert werden können.

Um die Akzeptanz von Behandlungspfaden zu verbessern, sind Arbeiten wie die hier vorliegende sicher ein hervorragendes Argument.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Farke

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Klinikum Delmenhorst gGmbH
Wildeshauser Straße 92, 27753 Delmenhorst,
Deutschland
Prof.Farke@online.de

Interessenkonflikt. S. Farke gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

coloproctology 2016 · 38:197–198
DOI 10.1007/s00053-016-0087-2
Online publiziert: 10. Mai 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

I. Ilesalniks

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrine und Minimal-invasive Chirurgie, Städtisches Klinikum München Bogenhausen, München, Deutschland

Ligatur des intersphinkteren Fistelgangs vs. Ligatur des intersphinkteren Fistelgangs plus bioprothetischer Analfistelplug bei Patienten mit transsphinkteren Analfisteln

Originalpublikation

Han JG, Wagn ZJ, Zheng Y (2015) Ligation of intersphincteric fistula tract vs ligation of the intersphincteric fistula tract plus a bioprothetic anal fistula plug procedure in patients with transsphincteric anal fistula. *Ann Surg* (Epub ahead of print)
doi:10.1097/SLA.0000000000001562

Hintergrund und Ziel. Ziel der Studie war es, die Ligatur des intersphinkteren Fistelgangs (LIFT) mit und ohne zusätzlichem Plug (LIFT-Plug) bei der Behandlung transsphinkterer Analfisteln zu vergleichen. Sowohl LIFT als auch LIFT-Plug wurden in jüngster Zeit als wirk-

same Behandlungsalternativen bei transsphinkteren Analfisteln beschrieben.

Patienten und Methodik. Die vorliegende prospektive, randomisierte Multizenterstudie (NCT01478139) wurde an 5 Universitätskliniken in China durchgeführt. Insgesamt wurden 235 Patienten randomisiert entweder mittels LIFT (118 Patienten) oder LIFT-Plug (117 Patienten) zwischen März 2011 und April 2013 behandelt. Der Hauptzielparameter der Studie war die Primärheilungsrate 6 Monaten nach der Operation und die Heilungsdauer. Zu den Nebenzielparametern gehörten die Rezidivrate, postoperative Schmerzen und die Inkontinenzrate.

Ergebnisse. Für das LIFT-Verfahren fand sich eine kürzere Operationsdauer im Vergleich zur LIFT-Plug-Technik (26,7 min vs. 28,5 min; $p = 0,03$). Die mediane Heilungsdauer betrug 22 Tage in der LIFT-Plug-Gruppe gegenüber 30 Tage in der LIFT-Gruppe ($p < 0,001$). Hinsichtlich der VAS-Scores fand sich zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den 2 Gruppen ($p = 0,13$). Die primäre Heilungsrate war in LIFT-Plug-Gruppe höher als in der LIFT-Gruppe: (94,0 % [95 % Konfidenzintervall (CI) 89,7 %–98,3 %] vs. 83,9 % [95 % CI 77,2 %–90,6 %]; $p < 0,001$). Während der Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten wurde nicht über Inkontinenz und das Auftreten eines Rezidivs berichtet.

Die Zusammenfassung der Studie ist die Übersetzung des englischen Abstracts der Originalpublikation.

Schlussfolgerung. Bei Patienten mit transsphinkteren Analfisteln stellen die LIFT-Plug- und die LIFT-Technik einfache, sichere und wirksame Verfahren dar. LIFT-Plug bietet den Vorteil einer höheren Heilungsrate, kürzeren Heilungsdauer und eines niedrigeren frühpostoperativen Schmerzscores.

Kommentar

Die LIFT-Operation ist ein sphinkterschonendes Verfahren, das zum ersten Mal 2007 von Rojanasakul [1] beschrieben wurde. Die Methode hat seitdem in vielen Ländern an Popularität gewonnen, in Deutschland wird sie dagegen noch selten eingesetzt. Die Heilungsraten von 60–95 % werden berichtet. Allerdings existieren zahlreiche Modifikationen der Methode [2], und fast alle bis jetzt vorliegenden Studien sind retrospektive Fallserien.

Han et al. [3] stellten nun die Ergebnisse einer großen prospektiv-randomisierten Studie vor. Dabei wurde die vom Erstauteur entwickelte und 2013 veröffentlichte LIFT-Plug-Technik [4] mit der klassischen LIFT-Methode [1] verglichen. Bei der LIFT-Plug-Technik wird der Fisteltrakt zum Internus hin ligiert, während der Anteil der Fistel im Externus mit einem Fistula-Plug (Shaanxi Reshine Biotech Co. Ltd.) versehen wird. Die Studie wies sehr hohe 6-Monats-Heilungsraten in beiden Gruppen auf, wobei die Ergebnisse in der LIFT-Plug-Gruppe signifikant besser waren.

Die fehlende *Verblindung* der Operateure ist der wichtigste Kritikpunkt der Studie. Der Erstauteur ist zugleich der Erfinder der LIFT-Plug-Technik und alle teilnehmenden Chirurgen haben die Technik von ihm erlernt. Diese Art von *Bias* ist typisch für die randomisierten chirurgischen Studien [5]. Es wird befürchtet, dass die von den Autoren *bevorzugte* Methode sorgfältiger und mit mehr Expertise durchgeführt wird als die *unliebsame* Methode in der Kontrollgruppe. Dieses *Bias* könnte verhindert werden, dass die zu vergleichenden Verfahren jeweils von Experten durchgeführt werden [5], was jedoch in der wissenschaftlichen Praxis leider nur selten geschieht. Nichtsdestotrotz sollten die

beeindruckenden Ergebnisse der Studie nicht schlecht geredet werden. Die hohen Heilungsraten und die niedrigen Inkontinenzraten nach LIFT-Operation, die bis jetzt in kleineren Studien demonstriert wurden, können nun mit einem hohen Evidenzlevel bestätigt werden. Die Ergebnisse der Studie decken sich auch mit der eigenen Erfahrung nach etwa 50 LIFT-Operationen.

Korrespondenzadresse

PD Dr. I. Iesalnieks

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrine und Minimal-invasive Chirurgie, Städtisches Klinikum München Bogenhausen Englschalkinger Str. 77, 81925 München, Deutschland
 igors.iesalnieks@klinikum-muenchen.de

Interessenkonflikt. I. Iesalnieks gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K (2007) Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Assoc Thai* 90:581–586
2. Sirany AM, Nygaard RM, Morken JJ (2015) The ligation of the intersphincteric fistula tract procedure for anal fistula: a mixed bag of results. *Dis Colon Rectum* 58:604–612
3. Han JG, Wang ZJ, Zheng Y, Chen CW, Wang XQ, Che XM, Song WL, Cui JJ (2015) Ligation of Intersphincteric fistula tract vs ligation of the Intersphincteric fistula tract plus a Bioprothetic anal fistula plug procedure in patients with Transsphincteric anal fistula: early results of a Multicenter prospective randomized Trial. *Ann Surg*: (Epub ahead of print)
4. Han JG, Yi BQ, Wang ZJ, Zheng Y, Cui JJ, Yu XQ, Zhao BC, Yang XQ (2013) Ligation of the intersphincteric fistula tract plus a bioprothetic anal fistula plug (LIFT-Plug): a new technique for fistula-in-ano. *Colorectal Dis* 15:582–586
5. Voineskos SH, Coroneos CJ, Ziolkowski NI, Kaur MN, Banfield L, Meade MO, Thoma A, Chung KC, Bhandari M (2016) A systematic review of surgical randomized controlled trials: part I. risk of bias and outcomes: common pitfalls plastic surgeons can overcome. *Plast Reconstr Surg* 137:696–706

BÄK: Weniger Behandlungsfehler

Insgesamt 2.132 Behandlungsfehler sind Ärzten im vergangenen Jahr unterlaufen. Die Zahl ärztlicher Kunstfehler lag damit leicht unter dem Wert von 2014, als 2.252 Fehler bestätigt wurden, berichtet die Bundesärztekammer (BÄK). Davon wurde in 1.774 Fällen ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Wie in den vergangenen Jahren auch waren im Klinikbereich vor allem die Fachbereiche Unfallchirurgie/Orthopädie (1.933 Anträge) und Allgemeinchirurgie (952) betroffen, gefolgt von Innerer Medizin (541 Anträge). Die häufigsten Diagnosen, die zu den Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. In 358 Fällen lag ein Behandlungsfehler oder Aufklärungsmangel vor, der jedoch keinen kausalen Gesundheitsschaden zur Folge hatte. In rund 90 Prozent der Fälle akzeptierten laut BÄK beide Parteien die Streitschlichtung. Ihren Angaben zufolge wurden im vergangenen Jahr 7.215 Sachentscheidungen (Vorjahr: 7.751) getroffen, insgesamt seien 11.822 Anträge eingegangen. Gemessen an der Gesamtzahl der Behandlungszahlen - 2014 waren es im ambulanten Bereich 688 Millionen Fälle, im stationären Bereich mehr als 19 Millionen - liegt die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler aber im Promillebereich, so die BÄK.

Quelle: Bundesärztekammer, www.bundesaerztekammer.de