

# Risk-Management zur Fehlerprophylaxe

Rechtsanwalt Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe

Um Straf- und Haftpflichtprozesse möglichst zu vermeiden oder doch deren Ausgang günstig zu beeinflussen, bietet sich das Risk-Management an. Einige besonders wichtige aus juristischer Sicht zu beachtende Punkte zur Fehlerprophylaxe sollen nachfolgend erwähnt werden:

## Einhaltung des Facharztstandards

In den Urteilen zur Anfängeroperation und zur Anfängernarkose hat der Bundesgerichtshof den Rechtssatz aufgestellt, dass der Patient einen Anspruch auf ärztliche Betreuung hat, die dem Standard eines Facharztes entspricht (ArztR 1992, 368 [370]; 1994, 73 [74]). Eine ärztliche Maßnahme ist somit nur fehlerfrei, wenn sie den Standard des jeweiligen Fachgebietes einhält.

Gemäß § 22 der Muster-Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 darf ein Facharzt grundsätzlich nur in seinem Gebiet tätig werden. Nach § 2 Abs. 2 der Muster-Weiterbildungsordnung in der Fassung des Beschlusses des 104. Deutschen Ärztetages aus dem Jahr 2001 bestimmt die Gebietsdefinition die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Diese Begrenzung auf das eigene Fachgebiet legt es nahe, den Blick über den Tellerrand zu unterlassen und sich dabei mit dem Vertrauensgrundsatz zu beruhigen.

Die Notwendigkeit der Patientenbehandlung richtet sich jedoch nicht nach per Beschluss geschaffenen Fachgebietsgrenzen. Deshalb hat der Bundesgerichtshof (ArztR 1999,

317 [319]) die Anwendung des Vertrauensgrundsatzes abgelehnt, wenn sich das besondere Risiko des Patienten aus der Kombination der Maßnahmen von Ärzten aus verschiedenen Fachgebieten ergibt. Dazu hat der Bundesgerichtshof ausgeführt, dass von jedem Arzt physikalische Grundkenntnisse erwartet werden müssen, die er auch dann zu beachten hat, wenn die ärztliche Maßnahme über den eigenen Fachbereich hinausgeht. Es ist zu erwarten, dass der Bundesgerichtshof diese Forderung auf die Beachtung medizinischer Grundkenntnisse allgemein ausweiten wird. Da die Abgrenzung zwischen Grundkenntnissen und Fachkenntnissen im Einzelfall fließend ist, folgt daraus, dass das abgeschottete Denken in Fachgebieten haftungsträchtig ist und ersetzt werden muss durch den Blick über den Tellerrand des eigenen Gebietes hinaus. Denn es geht nach den Worten des Bundesgerichtshofs darum, dass die beteiligten Ärzte die Pflicht haben, „vermeidbare Risiken für den Patienten auszuschließen“ (ArztR 1999, 320).

Schulte-Sasse hat in einer Anmerkung zu dem erwähnten Urteil des Bundesgerichtshofs in ArztR 1999, 321 ff. folgende vier Schritte des

Risk-Managements zur Fehlerprophylaxe angemahnt:

1. *Identifizierung des Problems,*
2. *Analyse der Umstände, die das Unglück verursacht haben,*
3. *Ergreifen von Maßnahmen, um künftige Unglücke zu verhindern,*
4. *Kontrolle, ob die zur Risikominderung empfohlenen Maßnahmen greifen,*

wobei diesem letzt genannten Faktor im Rahmen der Fehlerprophylaxe große Bedeutung zukommt, weil sich sonst eine trügerische Beruhigung dahingehend breitmacht, man habe das Problem erkannt und angepackt.

Die erwähnte Schnittstellenproblematik bei der Zusammenarbeit mehrerer Fachgebiete stellt sich auch bei der Lagerung, der Hygiene und der Gerätesicherheit.

a) Bei einem Lagerungsschaden gilt der Grundsatz, dass sich die Behandlungsseite von einer Fehlervermutung entlasten muss (BGH, ArztR 1984, 238 [241]; 1996, 62).

Die Behandlungsseite trägt ebenso die Verantwortung für ausreichende hygienische Verhältnisse (BGH, ArztR 1979, 91 ff.; 1982, 258).

Auch für die Funktionstüchtigkeit

der Geräte und die Kenntnis über die Funktionsweise ist die Behandlungsseite verantwortlich, weil es sich um einen beherrschbaren Bereich der Technik handelt. Der Bundesgerichtshof (ArztR 1978, 91) fordert die Kenntnis von der Funktionsweise eines Narkosegerätes, „wie dies einem naturwissenschaftlich und technisch aufgeschlossenem Menschen möglich und zumutbar ist.“

In den genannten Fällen der Lagerung, der Hygiene und der Gerätesicherheit kommt es nicht nur darauf an, korrekt vorzugehen. Entscheidend ist auch, dass konkret festgelegt wird, wer für die entsprechende Maßnahme verantwortlich ist. Diese Verantwortlichkeit bezieht sich einmal auf die Abgrenzung zu anderen Fachabteilungen, darüber hinaus aber auch auf die konkrete Zuständigkeit innerhalb des nachgeordneten Dienstes der eigenen Abteilung. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist es gleichgültig, wie die Zuständigkeiten verteilt werden. Entscheidend ist nur, dass die Zuordnungen erfolgt sind und dass danach verfahren wurde (BGH, ArztR 1980, 153 [154] zur Aufgabenabgrenzung von Chirurgen und Anästhesisten in der postoperativen Phase).

Es bedarf deshalb in jedem Krankenhaus auch einer eindeutigen Zuordnung dahingehend, wer Strahlenschutzverantwortlicher, wer Transfusionsverantwortlicher und wer Laserverantwortlicher ist. Dies wird im Regelfall der Chefarzt sein, in dessen Fachgebiet diese Aufgaben am ehesten fallen. Es kann aber auch, insbesondere dann, wenn der Chefarzt laut Dienstvertrag sich berechtigt weigert, diese Aufgaben zu übernehmen, ein Oberarzt beauftragt werden.

Die Schnittstellenproblematik im Sinne von Koordinationsdefiziten ist inzwischen auch in das Visier des MDK geraten. Dessen Leitender Arzt Prof. Dr. med. Hansis beschreibt im Deutschen Ärzteblatt vom 6.8.2001

(Seite B - 1758 ff.), wie sich alltägliche organisatorische Nachlässigkeiten zu Fehlern summieren. Am Beispiel der Unfallchirurgie erwähnt er, dass in 23 % der beurteilten Behandlungsvorgänge Koordinationsdefizite sichtbar waren. Den größten Anteil hatte die mangelhafte Kooperation der niedergelassenen Ärzte, gefolgt von mangelhaften Absprachen beim Übergang zwischen der stationären und ambulanten Behandlung. An dritter Stelle stand das Kooperationsdefizit verschiedener Krankenhausabteilungen oder innerhalb einer Krankenhausabteilung.

### Leitlinien und Risk-Management

Zur Diagnostik und Therapie sowie zur Aufklärung des Patienten werden in zunehmendem Maße Leitlinien erlassen. Diese sind zunächst rechtlich unverbindlich und können den Gutachter im Straf- und Haftpflichtprozess nicht ersetzen. In den Leitlinien zur Tromboembolie-Prophylaxe heißt es beispielsweise in der Präambel:

*„Die Leitlinien sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbe gründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“*

Sich mit dieser Feststellung zu begnügen, wäre jedoch leichtfertig. Im Sinne des Risk-Managements muss der Arzt vielmehr überlegen, ob ein Sachverständiger, der die Situation zu beurteilen hätte, den Leitlinien folgen würde. Denn in diesem Fall ist es zur Fehlerprophylaxe notwendig, die Leitlinien zu befolgen. Ob ein Sachverständiger voraussichtlich die Leitlinien seinem Gutachten zugrunde legen würden, richtet sich unter anderem danach, wie kompetent die Verfasser der Leitlinien sind und ob sie den Standard des Fachgebietes unter Berücksichtigung des aktuellen Erfahrungsschatzes korrekt beschrieben haben.

### Aufklärung und Risk-Management

Nach ständiger Haftungsrechtsprechung muss der Arzt beweisen, dass er den Patienten über die Risiken der anstehenden Behandlung ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Eine Aufklärung des Patienten, die sich an der obergerichtlichen Rechtsprechung orientiert, ist deshalb ein unerlässlicher Bestandteil des Risk-Managements. Dazu gehört, dass für nicht einwilligungsfähige Patienten seitens des Vormundschaftsgerichts ein Betreuer bestellt wird. Nur wenn die Maßnahme so dringlich ist, dass die Betreuerbestellung nicht abgewartet werden kann, darf der Arzt nach den Grundsätzen der mutmaßlichen Einwilligung handeln.

Das Aufklärungsgespräch ist Sache des Arztes. Deswegen scheidet eine Delegation der Aufklärung an nicht-ärztliches Personal aus. Auch der einweisende Arzt darf aufklären, wenn er dem Patienten die nötige Information vermitteln kann (Andreas/Debong/Bruns, Handbuch Arztrecht in der Praxis, Rdnr. 647). Entscheidend ist die klare Festlegung darüber, wer den Patienten worüber aufklärt. So ist beispielsweise auch im Krankenhaus zu regeln, in welchen Fällen der Internist und in welchen Fällen der Operateur die Aufklärung übernimmt. Der Operateur, der sich auf die anderweitige Aufklärung des Patienten verlässt, ohne dass klare Absprachen vorliegen, trägt allerdings das Risiko von Aufklärungsver säumnissen (Andreas/Debong/Bruns, a.a.O.).

### Dokumentation und Dienst-anweisungen

Die Dokumentationspflichten des Chefarztes sind in ArztR 1996, 237 ff. eingehend beschrieben worden.

Die Dokumentation muss insbesondere dann ausführlich sein, wenn die Beweislast für die in Rede ste-



widersprüchen. Der Chefarzt befürchtete bei einer konsequenten Befolgung aller Hinweise eine Paralyse seiner gesamten Abteilung. Er kritisierte zu Recht, dass Risk-Management nicht zum Selbstzweck werden dürfe.

Außerdem wurde kritisch angemerkt, dass der 174 Seiten starke Bericht auf den ersten ca. 60 Seiten lediglich Gemeinplätze zu haftungsrechtlichen Gegebenheiten enthielt. Diese Ausführungen im Stil eines Textbausteins waren letztlich so allgemein gehalten, dass sie für jedes Krankenhaus ohne individuelle Prüfung zutreffend waren.

Der Chefarzt forderte deshalb in dem genannten Periodikum eine individuelle Analyse seiner Abteilung unter Berücksichtigung der bundesweit versicherungsrelevanten Schadensereignisse und die Klärung folgender Fragen:

- ▲ Wo sind die Schadensquellen?
- ▲ Wer sind die Schadensverursacher?
- ▲ Welche Schadenskosten hat die geprüfte Abteilung bisher verursacht?

Außerdem fordert der Autor eine Kosten-Nutzen-Analyse, um abzuschät-

zen, ob die Abstellung bestimmter Mängel den unter Umständen hohen Aufwand überhaupt lohnt. Für eine solche Analyse bedarf es einer Gewichtung der festgestellten Risiken. Nur wenn eine Risk-Management-Analyse dies zu leisten vermag, kann sie der geprüften Abteilung wirklich nützen.

---

ArztR