

Zur Schadenprophylaxe im Bereich der Arzthaftung

Präventive Strategien zur Fehlervermeidung und damit zur Reduzierung des Haftungsrisikos durch Erfassen vorhandener Schwachstellen und möglicher Schadensursachen

von Herbert Weltrich*

Erheblich gestiegene Aufwendungen für Arzthaftpflichtschäden

Ärztliche Haftpflichtfragen haben „Hochkonjunktur“, wie ein Blick in die Medienwelt zeigt. Auch wenn eine exakte bundesweite Statistik über die Höhe der zu regulierenden Schäden fehlt, so zeigen Berichte großer Haftpflichtversicherer eine erschreckende Entwicklung der Aufwendungen für Arzthaftpflichtschäden in den letzten Jahrzehnten. Gestiegen ist nicht nur die Zahl der gemeldeten Schäden. Auf das Vielfache vermehrt hat sich insbesondere die durchschnittliche Höhe des einzelnen Schadens, so z.B. in der Gynäkologie/Geburtshilfe von unter 20.000 DM im Jahre 1981 auf rund 100.000 DM im Jahre 1995 (so ein Bericht eines bedeutenden Haftpflichtversicherers, der Winterthur AG, im Februar 1997). Es liegt auf der Hand, daß die Haftpflichtprämien die gleiche erschreckende Entwicklung genommen haben.

Vielfältige Gründe

Die Gründe sind vielfältig: Zu nennen sind einmal die Fortschritte der Medizin mit der Ausweitung ihrer Leistungen und Behandlungsmethoden, die den Behandlungsstandard und damit auch das Haftpflichtrisiko erhöhen. Risikoträchtig sind vor allem die operativen Fächer und die Geburtshilfe. Neue

Risiken bringt die Entwicklung der Endoskopie und der mikroinvasiven Chirurgie. Mittlerweile betreiben auch die Internisten eine invasive Diagnostik und Therapie. Zusätzliche Arzthaftpflichtrisiken birgt das ambulante Operieren.

Fehlerquellen

Fehlerquellen sind allerdings auch die immer komplizierter werdende Organisation und die zunehmende Arbeitsteilung in der Medizin. Hier sind aufzuzählen mangelhafte Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen Abläufe, Delegationsfehler und Fehleinschätzungen der fachlichen Kompetenz. Letzteres hat sich nach den bisherigen Erfahrungen der Gutachterkommission Nordrhein vielfach bei laparoskopischen Eingriffen gezeigt.

Gestiegene Konfliktbereitschaft

Eine der Ursachen der gestiegenen Zahl der geltend gemachten Schäden liegt sicherlich auch in der gesteigerten Konfliktbereitschaft der Patienten, die in einer erfolglosen Therapie, mißlungenen Operation oder beim Eintritt von Komplikationen in erster Linie ärztliches Versagen sehen und zwischen Schicksal und Schuld nicht immer zu unterscheiden vermögen. Rechtsschutzversicherungen übernehmen häufiger das Kostenrisiko auch eines zweifelhaf-

ten Prozesses. Die „psychologische Hemmschwelle“ des Patienten, gegen seinen Arzt Ansprüche geltend zu machen, liegt heute niedriger als noch vor Jahrzehnten. Dazu hat das oft unpersönlicher gewordene Verhältnis zum Arzt beigetragen. Es ist daher plausibel, daß die niedergelassenen Ärzte von der Antragsflut weit weniger betroffen sind als die Krankenhausärzte. Auch wird in Städten mehr prozessiert als auf dem Land.

Entwicklung der Rechtsprechung

Zu dem erheblichen Anstieg der Aufwendungen der Haftpflichtversicherer hat auch die Rechtsprechung seit Beginn der 70er Jahre beigetragen. Sie hat bei der Anwendung des materiellen und prozesualen Rechts neue Grundsätze zugunsten des Patienten mit dem Stichwort „Waffengleichheit“ entwickelt, so bei den Anforderungen an den medizinischen Standard und an die Sorgfalts- und Fortbildungspflichten, bei der Anwendung des Anscheinsbeweises und der Beweislastregelungen, insbesondere beim groben Behandlungsfehler und bei Dokumentationsmängeln, sowie nicht zuletzt bei der erheblichen Verschärfung der Anforderungen an die ärztliche Aufklärung.

Zu nennen ist weiter die Tendenz der Rechtsprechung, die Schmerzensgelder bei schwersten Verlet-

*Herbert Weltrich, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D., ist Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

zungen deutlich zu erhöhen. Auch hat der BGH seine frühere Rechtsprechung im Bereich der Zerstörung der Persönlichkeit bzw. der Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit aufgegeben und entschieden, daß dieser Umstand eine lediglich symbolische Wiedergutmachung nicht zulasse, sondern bei der Bemessung des Schmerzensgeldes eine eigenständige Bewertung gebiete (BGH vom 13.10.1992, NJW 1993, 781). Der Anspruch aus § 847 BGB ist im übrigen aufgrund einer Gesetzesänderung seit dem 1.7.1990 vererblich, ohne daß es – wie früher – noch zu Lebzeiten des Verletzten der Rechtshängigkeit und einer Willenskundgebung oder einer Anerkennung des Anspruchs bedarf.

Mit welchen Mitteln läßt sich die dargestellte Schadenentwicklung beeinflussen?

Bemühungen der Gutachterkommission Nordrhein zur Schadenprophylaxe

Die Gutachterkommission Nordrhein hat es sich zur Aufgabe gemacht, nicht nur ärztliche Behandlungsfehler festzustellen, sondern mit Hilfe ihres bedeutenden Gutachtensmaterials, das aufgrund ihrer von der Ärztekammer bewirkten technischen Ausrüstung griffbereit gespeichert ist (z.Zt. über 11.000 gutachtliche Entscheidungen), einen Beitrag zur Schadenprophylaxe zu leisten. Das geschieht durch gezielte Materialauswertung zu bestimmten Fehlerquellen, die bei den gutachtlichen Beurteilungen besonders häufig oder mit schwerwiegenden Komplikations- und Schadensfolgen in Erscheinung getreten sind.

An die Ärzteschaft herangetragen werden diese Erkenntnisse einmal durch Veranstaltungen im Rahmen des von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gemeinsam geschaffenen Instituts für Qualität im Gesundheitswesen. Behandelt wurden bereits aktuelle Fehlerquellen im Bereich der Handverletzungen und der Früherkennung des Mammakarzinoms. Diese von der Kommis-

sion angeregten Veranstaltungen beruhten auf ihren Materialbeiträgen. In Vorbereitung sind weitere Problembereiche wie z.B. der minimalinvasiven Chirurgie, der Radiusfrakturen und der Proktologie. Intensiv unterstützt wird diese Arbeit der Gutachterkommission seit einhalb Jahren durch eine von der Ärztekammer der Kommissionsgeschäftsstelle zugeteilte Ärztin (Teilzeitarbeitskraft) mit der Aufgabe der Fortführung der EDV-gestützten Dokumentation und Materialaufbereitung.

Die Mitglieder der Gutachterkommission bringen darüber hinaus ihre Erkenntnisse in den Veranstaltungen ihrer Fachgesellschaften und in den Fachzeitschriften zur Kenntnis der Ärzte. Der jährlich der Kammerversammlung zu erstattende ausführliche Tätigkeitsbericht der Gutachterkommission enthält in der Regel ebenfalls Ausführungen, die der Schadenprophylaxe dienen. In dringenden Fällen veröffentlicht die Kommission sorgfältig formulierte warnende Hinweise im Rheinischen Ärzteblatt, so z.B. vor kurzem zur Vermeidung von Läsionen des Nervus recurrens bei Schilddrüsenoperationen (März 1996) und zur Vermeidung einer Plexusparese bei Schulterdystokie und sonstiger erschwerter Schulterentwicklung (Juli 1997).

Qualitätssicherung

Zur Schadenprophylaxe trägt in steigendem Maße die seit langem praktizierte und nun auch gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung in Gestalt einer ärztlichen Selbstkontrolle bei. Es handelt sich dabei um Verfahren, mit denen die Einhaltung der fachlichen Standards erreicht werden soll. Selbstkritische Analyse über Dokumentations- und Informationssysteme kann hier helfen, die medizinische Versorgung zu verbessern und dem wissenschaftlich-medizinischen Fortschritt anzupassen, also auch Innovationen zu fördern. Es geht auch um die Qualifizierung des ärztlichen und nichtärztlichen Per-

sonals, die Ausstattung von Kliniken und Praxen, die Optimierung der diagnostischen und therapeutischen Abläufe, schließlich um die Prüfung medizinischer Ergebnisse vornehmlich mittels definierter Maßstäbe.

Dabei ist interne Qualitätssicherung das, was Ärzte, Schwestern und alle im Krankenhaus Tätigen schon immer gemacht haben, um die Qualität ihrer Arbeit zu sichern und zu verbessern. Jede Chefarztvisite, jede Arztbesprechung, jede Stationskonferenz ist interne Qualitätssicherung, bei der es um Fragen z.B. nach der Häufigkeit bestimmter Komplikationen, der Vollständigkeit der Operationsberichte und der sonstigen Dokumentation oder nach der Rechtzeitigkeit und dem Informationsgehalt der Entlassungsberichte geht.

Die externe Qualitätssicherung dagegen ist eine „vergleichende Prüfung“, die gesetzlich (§§ 112 II Nr. 3, 137 SGB V) geregelt ist und alle Bereiche der Krankenbehandlung erfaßt. Dazu gehören die ärztlichen Leistungen, die Pflege, die Funktionsbereiche wie das Röntgen, die Krankengymnastik, die Hygiene und auch die Organisation.

Bei der Qualitätssicherung, wie sie die Ärzteschaft und – wie oben dargestellt – auch die Gutachterkommission betreibt, geht es also nicht um die Kontrolle des einzelnen Arztes oder der einzelnen Pflegekraft, sondern um Fragen der Effektivität und Qualität der Patientenversorgung und damit zugleich um eine Risikominderung.

Das Risk-Management

In letzter Zeit werden Vorschläge erörtert, die unter dem Stichwort „Risk-Management“ die Bemühungen zur Schadenminderung erweitern sollen. Auf einer Arbeitstagung der Münchener Rück Versicherungsgesellschaft mit Betriebs- und Schadenleitern deutscher, österreichischer und schweizerischer Arzt- und Krankenhaus-Haftpflichtversicherer referierte hierzu kürzlich Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenhei-

mer, ein im Arzthaftpflichtrecht erfahrener Anwalt, der sich inzwischen intensiv mit dem Thema „Schadenprophylaxe durch Risk-Management“ befaßt, auch aufgrund von aktuellen Erfahrungen, die er in den USA gesammelt hat. Dort gibt es nach seinem Bericht ein dichtes Netz von Management-Aktivitäten, das zusammen mit Gesetzesreformen (Begrenzung der Schmerzensgeldbeträge) innerhalb weniger Jahre dazu geführt habe, die Krise der Arzthaftpflichtversicherung zu überwinden und für Ärzte und Pflegekräfte wieder vernünftige, bezahlbare Prämien zu vereinbaren. Der Erfolg des Risk-Managements sei so offenkundig gewesen, daß seine Verwirklichung für Krankenhäuser, Ärzte und Pfl-

gekräfte zur Selbstverständlichkeit geworden sei und zugleich zu einer Grundvoraussetzung, ohne die keine Versicherungsgesellschaft eine Police zeichne.

Es ist hier nicht der Ort, Einzelheiten eines praktizierten Risk-Managements darzulegen. Es seien nur einige Leitlinien aus dem Referat des Sachkenners Prof. Ulsenheimer aufgezeigt. Danach bedeutet Risk-Management zunächst in einem ganz allgemeinen Sinne: Früherkennung von Gefahrenzuständen durch systematische Fehlersuche und Schadensuntersuchung, die sich nicht nur auf medizinische, sondern auch auf juristische, organisatorische, technische, bauliche und sonstige haftungsrelevante Aspekte erstreckt. Es ist also eine präventive

Strategie zur Fehlervermeidung und damit Reduzierung des Haftungsrisikos durch Erfassen vorhandener Schwachstellen und möglicher Schadensursachen. Es geht dabei insbesondere um die Aufdeckung und das Abstellen der berufsspezifischen Gefahrenquellen für Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus oder in der Praxis bei der Krankenbehandlung, also vor allem um die Vermeidung von Behandlungs-, Aufklärungs-, Organisations-, Dokumentations- und Gerätefehlern, einschließlich ihrer ggf. mangelhaften Bedienung, sowie von Ausstattungs- und Hygienemängeln. Im Vordergrund steht hier die Rechtsprechung, die in ihren Aussagen sozusagen den Soll-Zustand aufzeigt, an dem der Ist-Zustand gemessen wird. Auch die Gutachterkommission kann mit ihrem Gutachtenmaterial Hilfe bei der Verwirklichung leisten.

Das Vorgehen beim Risk-Management

Bezüglich der Methode des Vorgehens unterscheidet Prof. Ulsenheimer insgesamt vier Phasen:

Erste Phase: Abbau von Vorbehalten

Bei der ersten Präsentation im Krankenhaus sollte das Risk-Management-Team versuchen, durch interdisziplinäre Gespräche Vorbehalte abzubauen und klarzumachen, daß nur Offenheit und gemeinsame Bemühungen das unter Umständen existentielle Ziel der Haftungsminde- rung erreichen lassen. Es zeige sich immer wieder, daß beim Auftreten von Problemen und Komplikationen die Art und Weise, wie man darüber spreche und den Dingen auf den Grund gehe, eine maßgebliche Rolle für die Lösungs- und Vermeidungsstrategie spiele. Dazu gehöre auch das richtige Wort zur richtigen Zeit im richtigen Ton seitens des Verantwortlichen. Ärzten, Pflegekräften und den Angehörigen der Verwaltung sollte in dieser ersten Phase die Gewißheit vermittelt werden, daß nicht „Kontrolleure mit erhobenem Zeigefinger“, nicht belehrende „Besserwisser“ kommen, sondern sie selbst in ihrer täglichen Arbeit bei der Risikovermeidung bzw. Schadensminde- rung eine partnerschaftliche Beratung und Unterstützung kompetenter Fachleute erfahren sollen.

Zweite Phase: Einzelgespräch und Prüfung

In der zweiten Phase sollten Einzelbefragungen der Chef- und Oberärzte, der Pflegedienstleitung und der Verwaltung hinsichtlich aller risikoträchtigen Fachgebiete erfolgen. Soweit es um medizinische Schadensfragen geht, habe der im Untersuchungsteam mitwirkende Arzt eingehend die Schadenshistorie der letzten fünf bis zehn Jahre zu prüfen, die die Krankenhausverwaltung oder die Schadensabteilung des Versicherers für die Risikoanalyse vorbereitend zusammenstellt. Bei dieser Prüfung werde vielfach auch ein Jurist mitwirken müssen, wenn, wie dies häufig der Fall sei, Rechtsfragen im Zusammenhang mit Standard-, Ausbildungs-, Aufklärungs-, Organisations- und Dokumentationsdefiziten zu beurteilen sind.

Dritte Phase: Auswertung

Die dritte Phase bilde die Auswertung aller Einzelbefragungen und sonstigen Erhebungen in einem schriftlichen Risikobericht, der zugleich Forderungen, Vorschläge und Anregungen zur Beseitigung bzw. Reduzierung der aufgezeigten Risiken enthalte. Dabei werde zu unterscheiden sein, was sofort, kurz-, mittel- und langfristig verwirklicht werden sollte.

Vierte Phase: Umsetzung

In der vierten Phase beginne dann die praktische Umsetzung des Vorschlagkatalogs. Dabei sei das Risk-Management keine bloße „Momentaufnahme“ von Risiken und Schadensquellen, sondern ein dynamischer Prozeß, der, einmal angestoßen, weiterlaufen müsse in Gestalt von Kontrolle, Beratung, Fortbildung, Schulung und – vor allem – der Institutionalisierung eines Risk-Managers bzw. einer entsprechenden Kommission im Krankenhaus, eventuell auch in Einzelabteilungen. Ihre Aufgaben sind die Sorge nicht nur für die Durchführung aller vorgeschlagenen Maßnahmen zur Risikoverminderung und für die Beachtung neuer Entwicklungen der Rechtsprechung, sondern ganz allgemein für eine permanente Aktualisierung des Risikobewußtseins beim ärztlichen und pflegerischen Handeln.

Ausblick

Zusammenfassend wird man feststellen können: Es dürfte, wie auch Prof. Ulsenheimer einräumt, noch zu früh sein, eine Wertung bezüglich der Effektivität des Risk-Managements in deutschen Krankenhäusern und Arztpraxen vorzunehmen. Z. Zt. werden erst in wenigen Häusern praktische Erfahrungen gesammelt. Soweit Haftpflichtversicherer hier weiter initiativ werden, sollten sie die volle Unterstützung der im Heilwesen Tätigen erhalten. Der Erfolg der entsprechenden Aktivitäten in den USA läßt hoffen, daß das Risk-Management auch in Deutschland in Erweiterung und Intensivierung der bisherigen Bemühungen zur Qualitätssicherung zu weniger Schäden, weniger Haftung, niedrigeren Prämien und damit auch zu einer besseren Partnerschaft zwischen den Ärzten bzw. Krankenhausträgern und den Haftpflichtversicherern führt.

Auch die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler wird mit ihrem Erkenntnismaterial zur Unterstützung engagiert bereit sein.