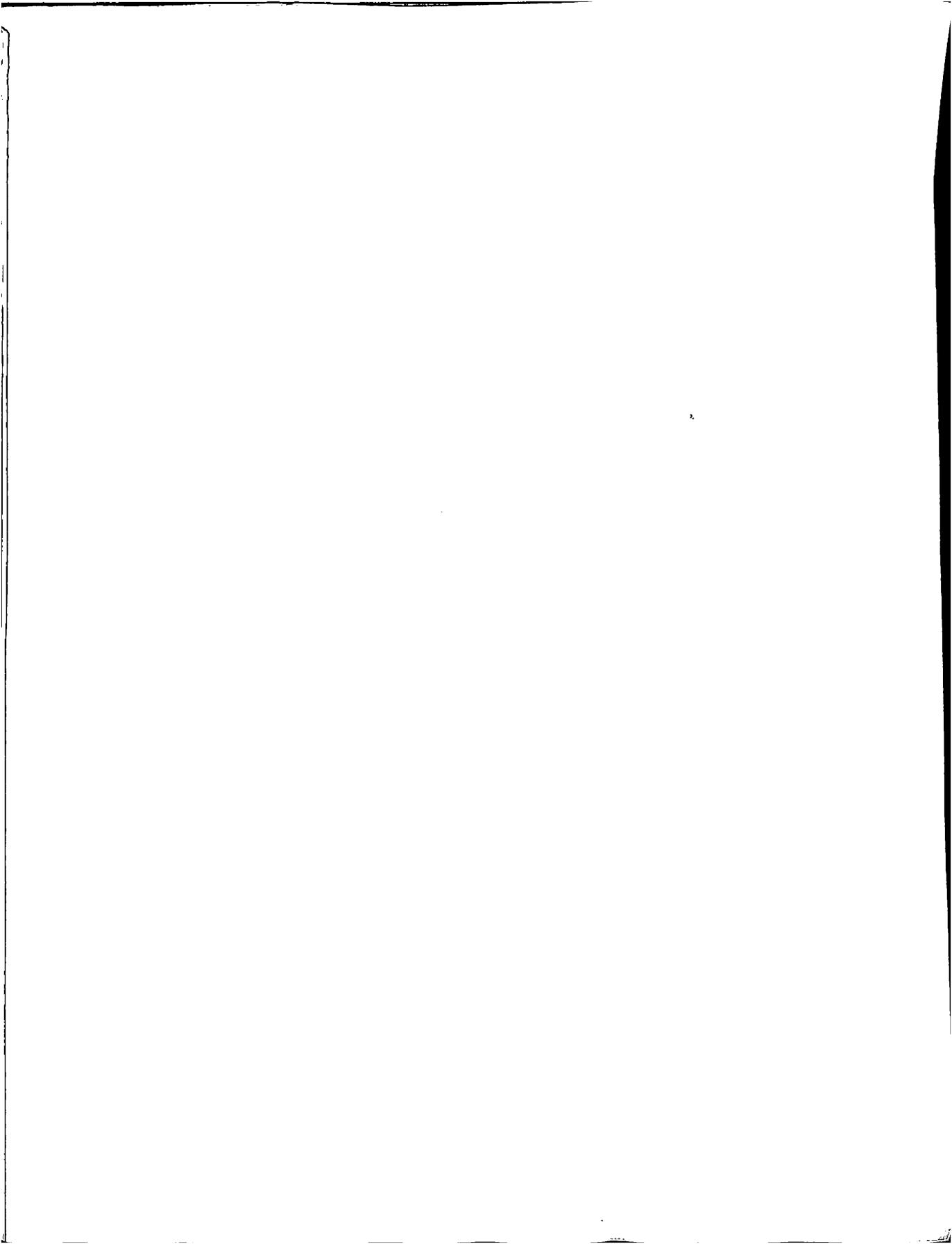


BULLETIN de la



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Fondé en 1864



PROPHAC

La Construction de notre succès au fil des années.

1er mai 1946 Fondation de la Société au 25, rue Baudoin - HOLLERICH
par Monsieur Philippe ZIRNHELD (Senior) et Charles Montburn.
Publication au Mémorial No. 34 du 13 juin 1946

Premières représentations:

Cilag	1er	février	1946
Agpharm 10	avril	1946	
Sapos	24	septembre	1946

1er janvier	1975	Monsieur Théo ZIRNHELD succède à son père aux fonctions de gérant.
1er mai	1964	Introduction des premiers BIOCHEMICA TEST-COMBINATION
1er janvier	1972	Monsieur Pierre KUTTEN devient chef du département DIAGNOSTICA.
27 mars	1976	Nomination de Monsieur Nicolas SCHINTGEN aux fonctions de fondé de pouvoir.
Décembre	1981	Vente du premier analyseur de biochimie, le HITACHI 705
26 juillet	1982	Informatisation de la compatibilité et de la gestion.
15 octobre	1992	Engagement de Monsieur Marc SCHMIT en tant que pharmacien responsable.
1er mai	1996	Engagement de Monsieur Philippe ZIRNHELD comme Directeur-Adjoint.

Aujourd'hui, vingt-sept employés construisent tous les jours le succès de la PROPHAC S.à r.l., Nous représentons, au Luxembourg, les Laboratoires Pharmaceutiques suivants:

MEDECINES HUMAINE

Byk Belga
Ciba Vision Optalmics
Dr. Rentschler
Pierre Fabre Medicaments
Schwarz Pharma
Yamanouchi

MEDECINE VETERINAIRE

Vetoquinol
Merial GmbH

DIAGNOSTICA

Roche Diagnostics



Philippe ZIRNHELD	Nico OURTH	Jean-Paul HEIM	Marc SCHMIT
Eugène HALSDORF	Denis PUTZ		

BULLETIN

de la

Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg

3

1999



**Bulletin de la Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg**
Publié sous la direction du Conseil d'Administration
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales
de l'Institut Grand-Ducal

Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales:

Président: Prof. H. Metz FRCP (Edin.)
Vice-président: Prof. R. Wennig
Secrétaire général: Dr. M. Schroeder
Membres: Dr. R. Blum;
Prof. M. Dicato FRCP (Edin.); Dr. A. Kerschen; Dr. R. Stein;
Dr. G. Theves; J. M. Halsdorf (pharmacien);
Dr. R. Welter (coopté); Dr. R. Putzeys; Dr. M. Keipes

Bulletin de la Société des Sciences Médicales:

Administration: Dr. M. Schroeder, Secrétaire général,
72, rue de Schoenfels, L-8151 Bridel,
Tél. 33 96 08 - Fax 33 96 08 Tél. 021 28 20 29
Rédaction: Prof. M.-A. Dicato, Rédacteur en chef,
manuscrits Dr. G. Theves, Rédacteur
Publicité: Optimed S.à.r.l
24a, rue de Remich
L-5471 Wellenstein
Tél. ++352 647621
Fax ++352 69762132

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg publie des articles en français, en allemand et en anglais. Les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne et en deux exemplaires, au rédacteur en chef.

Les références, classées par ordre alphabétique, doivent comporter dans l'ordre:

a) Le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms. b) le titre du travail, c) le nom du journal, d) le tome, e) la première page de l'article, f) l'année de parution. Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera dans l'ordre, outre les noms des auteurs et le titre du livre: a) la ville, b) l'année de parution, c) le nom de la maison d'édition.

Il est recommandé aux auteurs que les articles soient succincts et, Si possible, précédés d'un résumé en anglais. Tous les articles seront lus par le rédacteur et un consultant-spécialiste.

Les articles n'engagent que leurs signataires, et sauf avis spécial les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement la position de la Société des Sciences Médicales.

The Bulletin is published two or three times per year and accepts articles in french, german and english. The authors are invited to submit the original copy and a duplicate, typed doublespaced, to the editor. The references, in alphabetical order should conform to the style of the Index Medicus: Surname and initials of authors, title of article, name of journal, volume number, first page and year.

All the articles, which should be succinct, are reviewed by the editor and a member of the editorial board.

Copyright 1999 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Physicians World GmbH, Optimed	13
Introduction au Seminaire - Einführung/Ausblick Dr. Daniel Mart	15
Risk Management aus der Sicht des Versicherers Jürgen Vellguth, Jürgen Dettmer, Daniel Schweitzer	17
Persönliches Risk Management: private Altersvorsorge Vico Kohlat	23
Berufsunfähigkeit: Bedeutung, Definition, Tarife, Prüfung Dr. med. Sylvia Thießen-Lüders	27
Die Stellung von Schlichtungsorganen in der Praxis Maître Gast Neu	35
Risikomanagement in Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Alexander Scharf	41
Risk Management in den USA Philip A. Dombrowski	53
Präventive Einbindung von Risk Management und Qualitätssicherung in der medizinischen Ausbildung am Beispiel EU und USA Prof. Josef Pflug	63
Haftungsrisiken des niedergelassenen Arztes aus der Arzt-Patient Beziehung Dr. Brigitte Schorz	69
Aus der Rechtspraxis Prof. Walther Weißbauer	79

Inhaltsverzeichnis

Das DIOMed-Patientenaufklärungssystem Dr. Dagmar Schillik	87
Risk-Management in der praktischen Umsetzung im ambulanten Operieren an der Schnittstelle zwischen Haus- und Belegärzten Reinhold Linn	91
Risikomanagement beim Klinikambulanten Operieren Dr. Thomas Buhr	97

Autorenliste

Dr. Daniel Mart
Secrétaire général de AMMD
29, rue de Vianden
L-2680 Luxembourg

Jürgen Vellguth, Jürgen Dettmer
Colonia Nordstern BKK
Axa Konzern Betriebskrankenkasse
Coloniaallee 11-20
D-51067 Köln

Daniel Schweitzer
Schweitzer Versicherungen S.à r.l.
24 a, rue de Remich
L 5471 Wellenstein

Vico Kohlat
Berlinische Leben
Martinistr. 16-20
D-50667 Köln

Dr. med Sylvia Thießen-Lüders
Berlinische Leben
Gustav-Stresemann-Ring 7-9
D-65189 Wiesbaden

Maître Gast Neu
1, Avenue de la Gare
L-1611 Luxembourg

Dr. Alexander Scharf
Uniklinikum Johann Wolfgang Goethe
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt/Main

Philip A. Dombrowski
Physicians World GmbH
Erzberger Str. 18
D-68165 Mannheim

Prof. Josef Pflug
Parkside Hospital
53, Parkside, Wimbledon
GB-London SW19 5NX

Dr. Brigitte Schorz
Heinrich-Brüning-Str. 203
D-51371 Leverkusen

Prof. Walther Weißbauer
Diomed Verlags GmbH
Obere Schmiedgasse 11
D-90403 Nürnberg

Dr. Dagmar Schillik
Diomed Verlags GmbH
Obere Schmiedgasse 11
D-90403 Nürnberg

Reinhold Linn
c./o. KMT Krankenhaus
Management Team
Wormser Straße 3
D-68647 Biblis

Dr. Thomas Buhr
c./o. Ilmtalklinik
Krankenhausstraße 70
D-85276 Pfaffenhofen/Ilm

COMPETENCE:

Das Wissen und die Erfahrung der Besten setzen wir ein, um für unsere Kunden hervorragende Lösungen zu erarbeiten.

CONSULTING:

Wir beraten unsere Kunden und entwickeln mit ihnen strategische Lösungen, die einen Vorsprung im Markt sichern.

COMMUNICATION:

Wir sind unserer Leitlinie verpflichtet, unseren Kunden und deren Kunden zuzuhören, die Probleme zu verstehen und die Lösung gemeinsam zu erarbeiten.

CONTACT:

Wir machen aus Marktbeteiligten Partner zum gemeinsamen Nutzen.

CHANGE:

Der Fortschritt lebt von ständigem Wandel. Wir gestalten ihn mit!

Exklusivvertrieb
für Luxembour:
DIOmed
Patientenauf-
klärungssystem

Kennen Sie schon:



Marketingpartner für

BULLETIN de la



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Fondé en 1864

Numéro Spécial

OptiMed s.à.r.l.
human relationships
in medicine and
pharma line

Office:

24a, rue de Remich

L 5471 Wellenstein

Tel. ++ 352 69 76 21

Fax ++ 352 69 76 21 -32

e-mail schweitzer@sl.lu

Vorwort

Das vorliegende Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg 3/99 ist eine besondere Ausgabe.

Angebunden an den diesjährigen CALASS (Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé) in Luxemburg wurde die Veranstaltung FORUM GESUNDHEIT durchgeführt.

Ein zentraler Bestandteil dieser Veranstaltung bildete der Workshop "Risk-Management".

Unter Beteiligung einer Vielzahl von Experten im Gesundheitswesen wurde das Thema Risk-Management und Qualitätssicherung unter den verschiedensten Aspekten behandelt und diskutiert. Es wurde über die verschiedenen Ausrichtungen in Europa und den USA referiert. Aspekte zu Risk-Management in der Praxis, dh. zur Anwendung bei der täglichen Arbeit im Umgang mit den Patienten, wurden aus der Sicht von Medizinern vorgetragen. Weitere Beiträge bezogen sich auf das persönliche Risk-Management des Arztes - z.B. in Form einer Absicherung durch Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder andere Haftungsrisiken.

Eine qualifizierte Ausbildung und kontinuierliche Weiterbildung sind wesentlicher Bestandteil von Qualitätssicherung und Risikomanagement. Im Gesundheitsbereich tragen detaillierte Dokumentationen zum

Austausch von Daten zur Ausbildung und zum Erfahrungsgewinn bei. Auch die ausführliche Patientenaufklärung, Richtlinien zur Diagnose und Therapie spielen beim Risk-Management zur Reduzierung von Risiken eine zentrale Rolle. Dies sind Themen mit denen sich Beteiligte im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren zunehmend beschäftigen müssen.

Optimed S.a.r.L. als Hauptorganisator der Veranstaltung und Physicians World GmbH – ein Unternehmen welches sich auf "Medical Education" - qualifizierte Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich - spezialisiert hat, haben ein abwechslungsreiches Programm zusammengestellt. Die Beiträge sind im vorliegenden Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg veröffentlicht. Das Ziel der Veranstaltung und der vorliegenden Ausgabe ist es, einen Beitrag zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu leisten.

Nach dieser erfolgreichen Auftraktveranstaltung wird FORUM GESUNDHEIT im nächsten Jahr fortgesetzt werden. Wir danken allen Beteiligten für Ihren Beitrag zum Risk-Management Workshop und der Veranstaltung FORUM GESUNDHEIT.

Physicians World GmbH
OPTIMED S.a.r.l.

Dezember 1999

Einführung / Ausblick

Introduction au Séminaire

Dr. Daniel Mart

29, rue de Vianden, L-2680 Luxembourg

Pourquoi organiser un séminaire entier autour du sujet du risk-management? Pour répondre à cette question il faut d'abord expliquer le terme en lui-même. Il s'agit d'un néologisme récent qui englobe toutes les activités liées à la réduction du risque d'être pris en défaut au sujet de la responsabilité professionnelle. La récente augmentation des primes pour les RC professionnelle nous a démontré à suffisance l'actualité du problème. Nous ne pouvons pas ignorer que le simple fait d'être «un bon médecin» ne suffit absolument pas à éviter une augmentation des plaintes déposées par les patients. Nous sommes confrontés à un phénomène de société qui exige un environnement de la faute «zéro», là où nous travaillons quotidiennement dans le règne de l'interprétatif et de l'inpondérable. La formation de base et le travail impeccable et irréprochable constitue aujourd'hui le benchmark de la profession et non l'exception. C'est le minimum que le patient exige de notre part. Il faut y ajouter une formation continue impeccable et documentée, de préférence organisée et évaluée par les pairs (de type «peer-review»). Avec l'évolution rapide des connaissances médicales et leur banalisation par les nouveaux médias de type internet, nos patients sont parfois mieux informés que nous-mêmes sur certaines pathologies. Il faut au moins disposer de la

même maîtrise de ces nouveaux moyens de communication que nos patients.

Le patient est de plus responsabilisé et le bon vieux temps du médecin «demi-dieu en blanc» est définitivement révolu. Le patient participe aux processus décisionnels et demande à être informé complètement sur son état. Ceci pose toute la problématique du «informed consent», qui consiste à documenter de manière irréfutable que la patient a été totalement informé sur son état dans des termes suffisamment simples pour lui permettre une prise de décision. Comment prouver que cette information ait été complète et faite suivant les règles de l'art? C'est un des sujets de notre séminaire.

Comment réagir quand nous sommes confrontés à une plainte? Comment on se comporte en face du patient, envers son assureur peut être déterminant pour la suite du processus dès le premier contact.

Est-ce que des niveaux de conciliation sont-ils utiles et peuvent-ils diminuer les nombre de procès?

Comment s'assurer que des experts soient vraiment neutres et se basent sur un jugement réaliste et correspondant aux pratiques du terrain et non sur des utopies de pratiques universitaires et-élitistes?

Nous allons essayer par la suite de répondre à ces questions.

Est-ce qu'il y a moyen de prévoir certains problèmes et est-ce qu'on peut introduire une espèce de contrôle de qualité dans nos cabinets et dans nos institutions hospitalières pour diminuer le risque?

Souvent il s'agit de moyens assez simples qui se basent sur des problèmes de transmission d'information et non sur des sujets aussi accrocheurs que les guidelines et les protocoles. On vous exposera par la suite des exemples illustrant cet aspect de risk-management.

Comme vous pouvez donc le constater, le risk-mangement n'est pas un mot creux, il s'agit de toute une mentalité qui doit peu à peu pénétrer le corps médical et qui lui fera changer certaines habitudes séculaires et dépassées. Nous ne pouvons plus nous limiter à pratiquer de la bonne médecine, il faudra le prouver et le documenter. Il faudra surtout accepter que nos patients réclament un nouveau statut qui tend à se généraliser par la généralisation des lois sur les droit des malades. L'augmentation des primes des RC professionnelles n'était que la pointe de l'iceberg et ce n'est qu'en appliquant et en intégrant tous les aspects du risk-management dans notre pratique quotidienne que nous éviterons que le corps médical ne finisse comme le Titanic.

Arzthaftpflicht-Versicherung

Risk Management aus der Sicht des Versicherers

Jürgen Vellguth, Jürgen Dettmer

AXA Colonia

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

und

Daniel Schweitzer

Schweitzer Versicherungen S.à r.l.

24a, rue de Remich, L-5471 Wellenstein

I. Die Schadensentwicklung in der Arzthaftpflichtversicherung

Zahlen, Daten, Fakten

1. Die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland zeigt, daß von 357.700 Ärzten 124.600 ambulant, 112.700 als Vertragsärzte, 4.100 als Privatärzte und 7.800 als angestellte Ärzte arbeiten.
2. 135.800 Ärzte arbeiten stationär, 26.600 sind bei Behörden beschäftigt und 70.700 Ärzte sind ohne Tätigkeit.
3. Mitte der 80 Jahre resultieren aus 335 Mio ambulanten und 13 Mio stationären Behandlungen ca. 6.000 Schadensersatzansprüche. Im Vergleich dazu gibt es im Jahr 1997 schon ca. 30.000 Schadensersatzansprüche.
4. Die Abwicklung dieser Schäden erfolgt zu 60% direkt durch den Versicherer, zu 40% unter Einschaltung von Schlichtungsstellen. 10% der Fälle werden inzwischen gerichtlich weiterverfolgt.

1989 betrug der Aufwand hierfür ca. 167 Mio DM. Hochrechnungen zur Folge erhöhten sich die Kosten im Jahr 1997 auf ca. 600 Mio. DM.

II. Risk Management – Ein Geheimnis?

1. Die Position des Arztes

Der Arzt nimmt die zentrale Position eines Risk Managements ein.

- 1.1. An erster Stelle stehen dabei vertrauensbildende Maßnahmen.

Dem Patienten fehlt das medizinische Wissen, deshalb ist für ihn in erster Linie die Qualität der Kommunikation von Bedeutung. Das Auftreten der Vertrauensperson ist wichtigster Maßstab der medizinischen Fürsorge beziehungsweise der medizinischen Leistung.

- 1.2. Gleiches gilt bei Erhebung von Ansprüchen. Die Zurückweisung oder Verharmlosung von vermeintlichen und tatsächlichen Ansprüchen führt in der Regel zur Eskalation und dann zur Einschaltung von Anwälten und Gerichten.

1.3. Der Arzt soll schnell und umfassend eine Schadenmeldung an seinen Versicherer geben, auch wenn Ansprüche nur angedroht und noch nicht konkretisiert sind.

1.4. Versicherungsvertragliche Regelungen in verschiedenen Staaten sehen vor, daß der Arzt die Pflicht zur Aufklärung und Dokumentation hat; d.h. im einzelnen: alle Aufklärungen und alle Leistungen einschließlich der während der Behandlung benutzten Geräte, die der Arzt in Ausübung seines Berufes tätigt, sind aufzuzeichnen. Eine etwaige Nichteinhaltung führt zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Das Standesrecht der Ärzteschaft sieht eine Pflicht zur permanenten Fort- und Weiterbildung vor. Die Realität zeigt jedoch, daß zur Zeit noch toleriert wird, daß die Ärzte aus Zeit- und Kostengründen eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung nicht betreiben.

1.5. In Zukunft werden die Haftpflichtversicherer nicht umhin kommen und im Prozedere darauf drängen, den Versicherungsschutz an Zertifizierungskriterien zu knüpfen.

2. Die Position der Verbände und Ärztekammern

2.1. Aus dem Gesichtspunkt der Prävention sind Gutachter- und Schlichtungsstellen einzurichten.

2.2. Einsatz von Risk-Managern auf der Verbandsseite (in der Regel Anwälte), die im Sinne von Rechtsberatung für den betroffenen Arzt agieren.

Der Verband konzentriert somit aus Schadensfällen das Risiko Know how und sichert den Transfer dieser Erkenntnisse zu den Ärzten.

2.3. Gemeinsam werden mit dem Haftpflichtversicherer die Ansprüche abgewickelt sowie die Kommunikationsstrategie zwischen Arzt, Versicherer und den Patienten entwickelt.

2.4. Der Verband organisiert und stellt die Fort- und Weiterbildung sicher und zeichnet unter Festlegung von möglichst konkreten Maßnahmen und Kriterien für die Qualitätssicherung verantwortlich. Dabei soll Wert gelegt werden auf die Verknüpfung von Qualitätssicherung und Versicherungsschutz.

3. Die Position des Haftpflichtversicherers

3.1. Der Versicherer akzeptiert die Tätigkeit von Schlichtungsstellen und Riskmanagern und gewährleistet eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

3.2. Die Kommunikationsstrategie zwischen Arzt-Versicherer und Arzt-Patient wird aktiv begleitet.

3.3. Im Schadensfall wird nicht reagiert sondern agiert.

3.4. Im Hinblick auf die Realisierung der Vision Zertifizierungskriterien Bereitstellung vorversicherungsvertraglicher Lösungen mit der Zielsetzung der mittel- und langfristigen Versicherbarkeit der Ärzte unter Beibehaltung diffiziler Arztfachrichtungen zu vertretbaren Prämien.

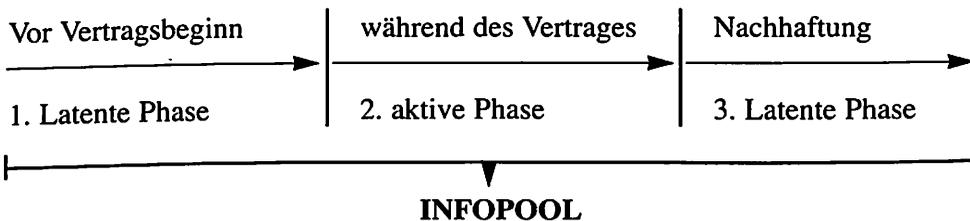
III. Risk Management eine Chance

1. Risk Management beginnt bei der Selektion der originären ärztlichen Tätigkeitsfelder

Das Tätigkeitsprofil niedergelassener Ärzte unterscheidet sich wesentlich von dem angestellter Ärzte, daher leiten sich sowohl aus medizinischer als auch aus versicherungstechnischer Sicht sehr unterschiedliche Ansätze ab:

Abkehr von klassischen neuen pauschalen Tarifstrukturen hin zur Bildung möglichst homogener Risikogruppen aus den sehr differenzierten ärztlichen Tätigkeiten.

2. Die Drei-Phasen-Theorie als Risk Management Tool



Hierzu im einzelnen:

2.1. Die latente Phase vor Vertragsbeginn - Die Schaffung und Pflege eines Infopools

In Deutschland ist dieser Infopool im Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GdV) mit Beteiligung führender Versicherer der deutschen Assekuranz, Schadenspezialisten, Gutachter- und Schlichtungsstellen, berufsständi-

gen Interessenvertretungen und Verbänden installiert worden.

Unter Einbeziehung statistischer Erhebungen (Beitrags- und Schadenstatistiken), mathematisch-technischen Kalkulationen und Erwartungsrechnungen, zeitkritischen Ergebnissimulationen werden neben der laufenden Beobachtung sowohl der nationalen als auch der europäischen Rechtsprechung Tendenzen focussiert und die erworbenen Kenntnisse ständig reflektiert. Darüberhinaus werden geeignete Maßnahmen eruiert, das Risiko versicherbar zu machen (z.B. durch Selbstbehalte, Beitragszuschläge, Ausschlüsse) oder die Ablehnung des Risikos herbeizuführen.

In die Überlegungen werden Wei-

sungen und Empfehlungen aus dem Zivilrecht, aus übergeordneten Institutionen wie Bundesärztekammer oder Kassenärztliche Vereinigungen, der Berufsverbände sowie der standesrechtlichen Vertretungen einbezogen.

Eine der wichtigsten Aufgaben liegt in der Sensibilisierung des Arztes auf das Thema Qualitätssicherung, vor allem in Bezug auf die

- Durchführung ambulanter versus stationärer Eingriffe
- Sicherstellung einer reibungslosen Praxisorganisation
- Sicherstellung ärztlicher und nichtärztlicher Qualifikation
- Sicherstellung angemessener Aufklärungs- und Dokumentationsmerkmale
- Sicherstellung des Qualitätsstandards "lege artis"
- schnelle und effiziente Abwicklung (ethische Komponente!)
- Einbindung der ärztlichen Interessenvertretung (pares inter pares) und Nutzung des dortigen know how
- Vermeidung zusätzlicher Kosten durch lange gerichtliche Auseinandersetzungen

2.2. Aktive Phase während des Vertrages

Im Schadensfall ist das Risk Management aktiv zu betreiben.

Dabei beginnen die vertrauensbildenden Maßnahmen gegenüber dem Arzt bereits mit den Vorteilen des "passiven Rechtsschutzes" bei latent vorhandenen Ansprüchen, gegenüber dem Anspruchsteller spätestens bei angemeldeten Ansprüchen.

Aktives Risk Management im Schadenfall beinhaltet:

- klare "Verhaltensregeln" für die Beteiligten und Einbindung des Maklers
- aktive Ansprache an die Beteiligten mit regelmässigem Feedback
- klare Anforderungen an die Schadenmeldung und laufende Kommunikation
- Einschaltung objektiver, aussergerichtlicher Instanzen (Schlichtungsstellen)

Der Rückfluß der in der Schadensphase gemachten Erfahrungen ermöglicht:

- einen ständigen Know-how-Transfer in alle Phasen des Risk Managements aus latenten oder angemeldeten Ansprüchen
- eine ständige qualitative und quantitative Überprüfung der in den anderen Phasen aufgestellten Thesen
- eine ständige Überprüfung der sehr wichtigen Schnittstellen Arzt-Patient- Versicherer und damit Verbesserung der gegenseitigen Ansprache in allen Risk-Management-Phasen

2.3. Latente Phase in der Nachhaftung

Die latente Phase der sogenannten "Nachhaftungsphase" regelt sich grundsätzlich inhaltlich nach den Erfordernissen der vorhergehenden Phasen, da alle dort aufgestellten Risk-Management-Regeln Gültigkeit behalten und darüberhinaus hier in aller Regel eine letztmalige Vertragsumstellung nach dem individuellen Tätigkeitsprofil des "Arztes im Ruhestand"

bereits erfolgt ist und insoweit keine eklatanten Besonderheiten mehr zu erwarten sind.

Die vorstehenden Ausführungen basieren auf den Gegebenheiten bzw. den Erfahrungen des Haftpflichtversicherers in der Bundesrepublik Deutschland und können unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten auf nationalem Terrain auf das Großherzogtum Luxemburg adäquat transferiert werden

Persönliches Risk Management: Private Altersvorsorge

Vico Kohlat

Martinistrasse 16-20, D-50667 Köln

Wir haben diesen Komplex in zwei Teile gegliedert:

1. Was verstehen wir darunter?
2. Welche Möglichkeiten bieten sich den Medizinern an?

- a) National (gesetzliche Absicherung)
- b) International (z. B. Deutsch)

1. Was verstehen wir unter Personal Risk Management?

Wir verstehen darunter alle persönlichen Risiken, die dem Mediziner von Beginn seines Studiums bis zum Rentenalter drohen.

In den einzelnen Bereichen sind dieses:

- Krankenversicherung und Verdienstaussfall
- Todesfall (Familie, Praxis-Kollegen)
- Altersversorgung
- Berufsunfähigkeit/Invalidität/Unfall

Wenn wir differenzieren in kurzfristige Risiken und langfristige Risiken so haben wir unter kurzfristig den Bereich:

a) Krankenversicherung, Verdienstaussfall:

Damit sind gemeint alle persönlichen Risiken, die den Arzt, bzw. Mediziner, kurzfristig von der Ausübung seines

Berufes fernhalten und für die erstens eine Erstattung der Krankheitskosten und zweitens ein entsprechender Verdienstaussfall für diesen Zeitraum anfallen.

Langfristig differenzieren wir in:

b) Todesfall:

Hier sind die Betroffenen die Familie des Mediziners sowie ggf. Kollegen aus einer Gemeinschaftspraxis, die den plötzlichen Verlust mittelfristig ersetzen müssen.

c) Altersversorgung:

Welche Ansprüche hätte ich nach Abschluß meiner beruflichen Tätigkeit in den verschiedenen Systemen?

d) Was kann auf dem Weg bis zur Altersrente passieren:

Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität und welche Ansprüche habe ich?

2. Welche Möglichkeiten der Absicherung bieten sich den Medizinern an?

a) National

Die gesetzliche Versicherung der Mediziner ist in den Bereich Krankenversicherung, Altersversorgung und Invalidität auf einem niederen Standard.

Innerhalb Luxemburgs ist die Krankenversorgung möglicherweise ausreichend, sie sollte durch eine private Ergänzungsversicherung bzw. eine komplette private Krankenversicherung verbessert werden.

Die gesetzliche Rente am Ende der Berufstätigkeit umfaßt in Luxemburg einen maximalen Betrag von ca. LUF 100.000 pro Monat, was einer ordentlichen Grundabsicherung dienen soll.

Im Rahmen der Invaliditätsversorgung/Berufsunfähigkeit sieht es etwas anders aus. Der gesetzliche Anspruch auf eine Rente besteht dann „...wenn der Versicherte (Mediziner) vor Erreichen der normalen Altersgrenze ... Invalide wird.“

Dabei ist Invalide wer infolge längerer Krankheit, eines Gebrechens, oder infolge Abnutzung seiner Kräfte nicht mehr in der Lage ist, seinen zuletzt ausgeübten Beruf weiterzuführen oder eine andere Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht, auszuüben. Die med. Entscheidung wird nach Begutachtung durch den med. Kontrolldienst der sozialen Sicherheit getroffen.

Da keine exakte Beschreibung in Form von Prozentsätzen oder prozentualer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angewiesen ist, besteht für die sozialen Sicherungssysteme einfach die Möglichkeit, je nach Kassenlage zu entscheiden.

Der jeweilige Antragssteller muß auch jede selbständige Tätigkeit aufge-

ben, wenn er der Versicherungspflicht unterliegt. Das ist in der Regel der Fall. Dies gilt auch für die Beteiligung an Unternehmen, die im Namen des jetzt möglicherweise Berufsunfähigen durchgeführt werden.

Es besteht außerdem die Möglichkeit, dass Personen, die das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, vom med. Kontrolldienst für eine Umschulung vorgeschlagen zu werden. Das bedeutet, dass jede andere vom Kontrolldienst zugewiesene Tätigkeit ausgeübt, bzw. jede Umschulung angenommen werden muß, da ansonsten kein Anspruch auf Invalidenrente besteht, d.h. im Einzelfall, dass man eigentlich nicht von einem Sicherungssystem für Berufsunfähigkeit sprechen kann, denn Willkür, die im Falle eines Falles die Entscheidung beeinflussen kann, ist sehr groß.

Das hat jedoch zur Folge, dass der Mediziner

- a) finanzielle Einbußen verkraften muß und
- b) sein Lebensstandard sinkt.

Invalidenrenten in Luxemburg liegen in der Regel zwischen 30.000 LUF und ca. 60.000 LUF. In Einzelfallentscheidung kann diese Rente auch bis 100.000 LUF sein, das geht jedoch nur dann, wenn die Person relativ jung schon sehr viel Geld verdient.

Als Konsequenz der nationalen Sicherungssysteme bleibt festzustellen, dass eine Zusatzabsicherung erforderlich wird.

2b) Internationale Möglichkeiten der Absicherung für Mediziner (z. B. Deutschland):

Im Rahmen der privaten Versicherungsmärkte hat sich in Deutschland seit längerer Zeit die private Berufsunfähigkeitsversicherung als stark nachgefragtes Produkt herauskrastiliert.

Mit genau festgelegten Bedingungen, mit speziellen Klauseln für verschiedene Berufsgruppen (insbesondere Mediziner), bietet sich hier dem Kunden eine klar abgegrenzte und sichere Möglichkeit Risiken während seines Berufslebens finanzielle abzusichern.

Die exakte Beschreibung und die Beurteilung, wie Berufsunfähigkeit ermittelt wird und wann Berufsunfähigkeit eintritt, bzw. wann ein Versicherer leistet, wird im Folgenden Frau Dr. Thießen-Lüders näher darstellen.



Berufsunfähigkeit: Bedeutung, Definition, Tarife Prüfung

Dr. med. Sylvia Thießen-Lüders, Gesellschaftsärztin
Gustav-Stresemann Ring 7 - 9, D-65173 Wiesbaden

Die Absicherung der Berufsunfähigkeit steht - nicht nur in Deutschland - im Brennpunkt des Interesses.

Die Bevölkerungsentwicklung, die Zivilisationskrankheiten, sowie in Deutschland die veränderten gesetzlichen Gegebenheiten der Absicherung sind die wesentlichsten Themen, die ich Ihnen hierzu kurz aufzeigen möchte.

Als kurzen Einblick in deutsche Verhältnisse gestatten Sie mir einen Überblick über die dortige Situation:

Wie Sie wissen, haben wir im letzten September einen Regierungswechsel gehabt. Die Regierung Kohl hatte ein Rentenreformgesetz verabschiedet, das die Absicherung der Berufsunfähigkeit nicht mehr vorsah, statt dessen lediglich eine Absicherung der Erwerbsunfähigkeit in zwei Stufen.

Für Antragsteller, die noch mehr als 3 Stunden täglich arbeiten können, war danach nur eine halbe Erwerbsunfähigkeitsrente vorgesehen, lediglich für solche, die nur noch weniger als 3 Stunden in irgendeinem Beruf, der auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, arbeiten können, würde eine volle Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt werden und auch diese nur auf einen Zeitraum von 3 Jahren.

Dieses Gesetz wurde von der Regierung Schröder sofort nach Amtsantritt ausgesetzt, so dass wir zwar de jure noch eine gesetzliche Absicherung der Berufsunfähigkeit haben, de facto aber nicht, da auch die heutige Regierung die Absicherung der Berufsunfähigkeit gesetzlich nicht mehr plant.

Der derzeitige gesetzliche Stand der Invalidenabsicherung ist in Luxemburg noch wesentlich geringer, da Berufsunfähige sich Umschulungsmassnahmen beugen müssen, schon ein geringer Hinzuverdienst einen Entzug der Invalidenrente zur Folge hat, keine Berücksichtigung des ausgeübten Berufes erfolgt und die Renten insgesamt sehr niedrig sind.

Soviel zum gesetzlichen Hintergrund.

Die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung am Beginn des nächsten Jahrtausends führt zu einer zunehmenden Überalterung der Bevölkerungsstruktur, so dass der Anteil der über 65jährigen sich im Jahr 2040 gegenüber 1995 verdoppelt und der Anteil der 25 - 44-jährigen halbiert haben wird (siehe Abb. 1) (1).

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt ist die Entwicklung der Privathaushalte. Hier ist eine erhebliche

Bevölkerungsentwicklung nach Altergruppen

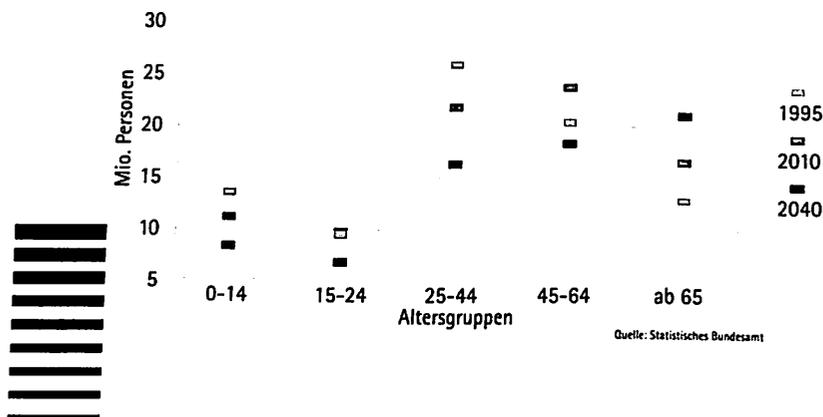


Abb. 1: Der Anteil der über 45-jährigen wird voraussichtlich im Jahr 2012 50% der Gesamtbevölkerung entsprechen

Steigerung der Anzahl der 1- und 2-Personenhaushalte zu verzeichnen. Insgesamt steigt die Zahl der 1 - 2-Personenhaushalte bis zum Jahr 2015 auf 70 % der Gesamthaushalte. Da natürlich der Absicherungsbedarf bei Singles - die nicht auf die Unterstützung einer Familie im Falle der Berufsunfähigkeit zurückgreifen können - deutlich höher ist, spielt auch diese Entwicklung in der Betrachtung der Berufsunfähigkeit eine wesentliche Rolle (siehe Tabelle 2) (1).

Lassen Sie mich darüber hinaus auch einen kurzen Blick auf die Entwicklung der Kosten eines privaten Haushaltes werfen. Diese sind in Deutschland - und ich denke hier dürfte es keine großen Unterschiede zu Luxemburg geben - nach den Angaben des statistischen Bundesamtes in der Zeit von 1987 bis 1997 um 40 % gestiegen (1).

Dies alles bedeutet, dass die Notwendigkeit einer ausreichenden und sich den Verhältnissen der Bevölkerungsentwicklung anpassenden Absicherung des Falles der Berufsunfähigkeit immens an Bedeutung zunimmt.

Wenden wir uns den Ursachen der Berufsunfähigkeit in der heutigen Zeit zu, so kann man feststellen, dass allein in Deutschland heute weit über 2.000.000 Menschen erwerbs- und berufsunfähig sind; das bedeutet, dass jeder 5. Arbeitnehmer vorzeitig wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus dem Berufsleben ausscheidet (2).

Nur 10 % der Fälle von Berufsunfähigkeit gehen auf einen Unfall zurück, 90 % sind krankheitsbedingt, wobei hier die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit 35 % den Löwenanteil ausmachen,

Entwicklung der Privathaushalte

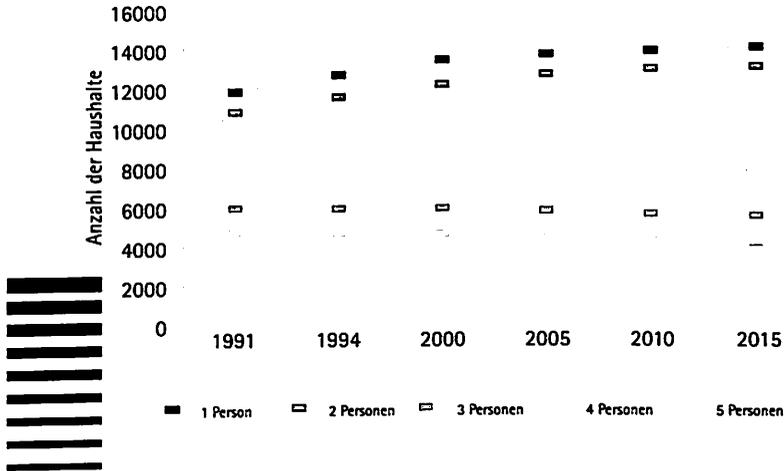


Abb. 2: Bis 2015 steigt die Zahl der 1-2 Personenhaushalte auf 70% der Gesamthaushalte an

gefolgt von den Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, die 22 % der Gesamtzahl bedingen. Beide Krankheitsgruppen sind Folgen unserer Zivilisation und unseres Wohlstandes, was Fehlernährung und mangelnde Bewegung anbelangt. Besonders hervorzuheben ist der in den letzten Jahren ständig steigende Anteil von Nerven- und Geisteskrankheiten (13 %), hinter denen sich vor allem auch viele psychosomatische Erkrankungen verbergen. Nur 15 % der Gesamtzahl der Berufsunfähigkeiten sind Folgen von Erkrankungen der inneren Organe bzw. Krebs (siehe Abb. 3) (3).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Nerven- und Geisteskrankheiten bis zum Alter von 40 Jahren die häufigste Ursache für Berufsunfähigkeit sind (25 %). Auch das durchschnittliche Rentenzugangsalter ist seit 1983 für Männer von 54,6

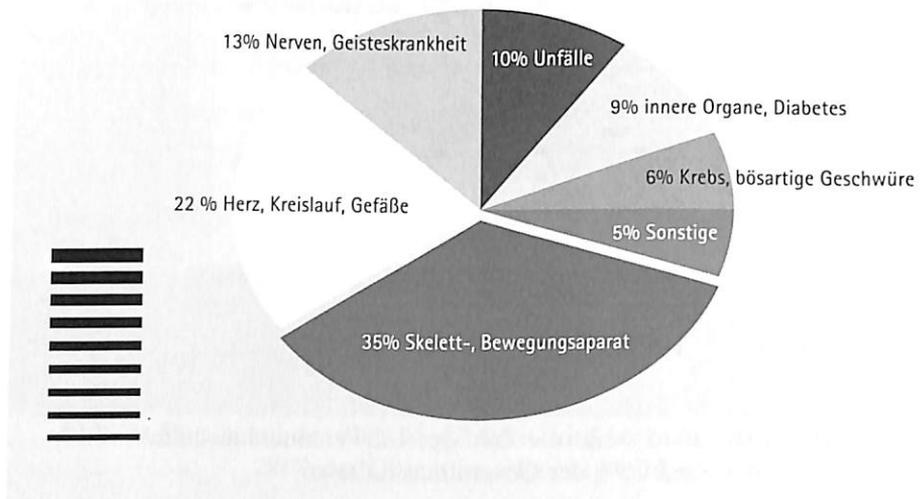
auf 52,4 Jahre gesunken, bei Frauen sogar von 57,8 auf 50,5 Jahre (2).

Sie sehen, unter Würdigung aller der von mir kurz aufgeführten Gesichtspunkte ist die Absicherung der Berufsunfähigkeit ein wichtiger und nicht zu vernachlässigender Faktor des personal risk managements.

Ich möchte Ihnen im weiteren kurz die Möglichkeiten einer Berufsunfähigkeitsversicherung darstellen.

Wir kennen hier zunächst die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu einer Kapital-Risiko- oder Rentenversicherung. Diese kann in Form einer Rente, bzw. auch einer Beitragsbefreiung der Hauptversicherung abgeschlossen werden. Daneben bieten wir auch die Berufsunfähigkeitsversicherung als alleinige Hauptversicherung an. In diesem Falle können die Gewinne, die üblicherweise zur

Ursachen für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit



Beitragsverrechnung verwendet werden, auch in einem Aktienfonds angelegt werden. Bei unserer Gesellschaft ist dies ein Fonds der Deutschen Bank, der in den letzten 20 Jahren eine durchschnittliche Rendite von 13,8 % hatte. Ein derartiges Modell bietet dann neben der versicherungsgemäßen Absicherung der Berufsunfähigkeit, im Falle des Ablaufes der Versicherung, ohne dass Berufsunfähigkeit eingetreten wäre, eine Ablaufleistung, die je nach Eintrittsalter und Laufzeit bis zu 5 x so hoch wie die eingezahlten Beiträge sein kann (siehe Abb. 4 a + b).

Interessant für Sie ist nicht nur die Höhe der monatlichen Absicherung Ihrer BU, die Sie frei wählen können, sondern auch die Definition der privaten Berufsunfähigkeit in Ihrem speziellen Falle als Ärzte:

Danach liegt Berufsunfähigkeit dann vor, wenn:

Bei Stellung des Antrages abzusehen ist, dass der Versicherte infolge einer Körperverletzung, einer Krankheit, eines Gebrechens oder einer Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte, die ärztlich nachgewiesen werden müssen, voraussichtlich mehr als 6 Monate außerstande sein wird, seinen Beruf "z. B. als Arzt" auszuüben.

Die Gesellschaft stellt den Begriff der Berufsunfähigkeit allein auf den ausgeübten Beruf des Versicherten ab und es wird kein Verweis auf andere Berufe vorgenommen, so lange der Versicherte bei Beantragung der Leistung einen Beruf aus unserem Berufsklauselkatalog (z. B. Ärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte etc.) ausübt (siehe Abb. 5).

Beispiele für eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei einer Versicherungsdauer bis zum Alter 65

Mann

monatliche Berufsunfähigkeitsrente	Eintrittsalter	Gewinnsystem	monatlicher Bruttobetrag	monatlicher Nettobetrag *)	Fondsguthaben bei Ablauf *)
3000,00 DM	30	Verrechnung	219,93 DM	178,61 DM	---
	30	Fondsanlage	219,93 DM	219,93 DM	371.974,00 DM
	40	Verrechnung	311,08 DM	252,40 DM	---
	40	Fondsanlage	311,08 DM	311,08 DM	139.784,00 DM
5000,00 DM	30	Verrechnung	364,54 DM	295,67 DM	---
	30	Fondsanlage	364,54 DM	364,54 DM	619.962,00 DM
	40	Verrechnung	516,46 DM	418,66 DM	---
	40	Fondsanlage	516,46 DM	516,46 DM	232.974,00 DM

*) Die angegebenen Werte enthalten Gewinne, die nicht garantiert werden können. Sie gelten nur dann, wenn die für 1999 festgesetzten Gewinnsätze und die für die Fondsentwicklung angenommene Wertsteigerung von 13,89 % über die gesamte Versicherungsdauer unverändert und konstant bleiben.

Abb. 4a

Beispiele für eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei einer Versicherungsdauer bis zum Alter 65

Frau

monatliche Berufsunfähigkeitsrente	Eintrittsalter	Gewinnsystem	monatlicher Bruttobetrag	monatlicher Nettobetrag *)	Fondsguthaben bei Ablauf *)
3000,00 DM	30	Verrechnung	238,35 DM	193,52 DM	---
	30	Fondsanlage	238,35 DM	238,52 DM	403.566,00 DM
	40	Verrechnung	351,91 DM	285,45 DM	---
	40	Fondsanlage	351,91 DM	351,91 DM	158.313,00 DM
5000,00 DM	30	Verrechnung	395,25 DM	320,54 DM	---
	30	Fondsanlage	395,25 DM	395,25 DM	672.604,00 DM
	40	Verrechnung	584,52 DM	473,75 DM	---
	40	Fondsanlage	584,52 DM	584,52 DM	263.856,00 DM

*) Die angegebenen Werte enthalten Gewinne, die nicht garantiert werden können. Sie gelten nur dann, wenn die für 1999 festgesetzten Gewinnsätze und die für die Fondsentwicklung angenommene Wertsteigerung von 13,89 % über die gesamte Versicherungsdauer unverändert und konstant bleiben.

Abb. 4b

Architekten, Rechtsanwälte etc.) aus-
übt (siehe Abb. 5).

Dies setzt natürlich neben der medi-
zischen Risikoprüfung auch eine
finanzielle voraus, um das Risiko für

Abb. 5 Mögliche „Berufe“ für die die Berufsklausel vereinbart werden kann:

Abteilungsleiter
(Bank- und Kreditwesen)
Apotheker
Architekt
Arzt
(Humanmediziner)
Bankdirektor
Bilanzbuchhalter
Diplombetriebswirt
Diplombibliothekar
Diplomingenieur
(Elektroingenieur, Ingenieur für Lebensmittelindustrie, Kraftfahrzeugingenieur,
Nahrungsmittelingenieur, Maschinenbauingenieur, Umweltingenieur, Wirtschaftsingenieur)
Diplominformtiker
Diplomkaufmann
Diplommathematiker
Diplompsychologe
Diplomsoziologe
Diplomvolkswirt
Geistlicher
(mit Hochschulabschluß)
Hochschullehrer
Notar
Patentanwalt
Rechtsanwalt
Richter
Staatsanwalt
Steuerberater
Tierarzt
Wirtschaftsprüfer
Zahnarzt

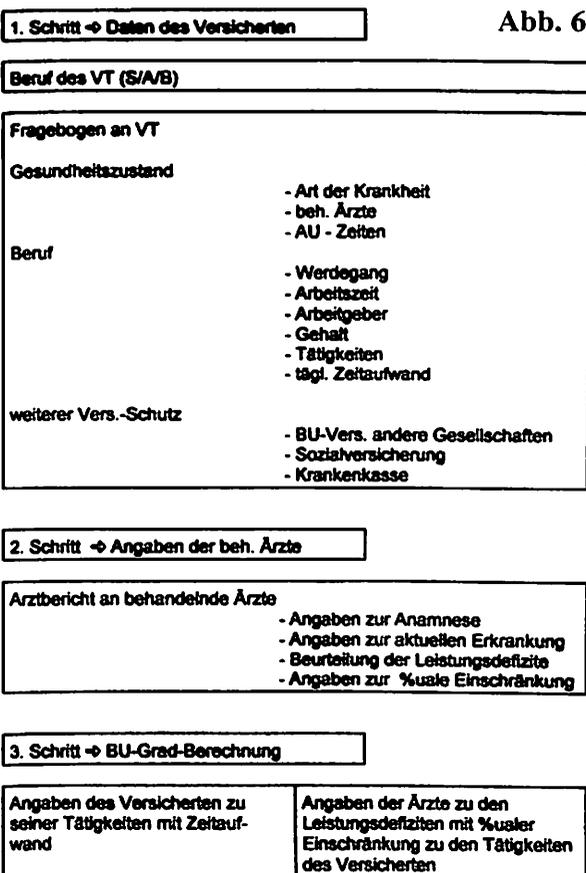
die Gesellschaft kalkulierbar zu machen. Es wird daher mit dem Antrag nach allen Erkrankungen und Gebrechen der letzten 10 Jahre gefragt, ebenso nach Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und anderen Sonder Risiken, wie z. B. Tauchen oder Auslandsaufenthalten. Ab gewissen Summen - bei uns

DM 48.000 Jahresrente - werden dann auch körperliche Untersuchungen, EKG und Blutentnahmen gefordert.

Erkrankungen, die ein höheres Risiko der Berufsunfähigkeit in sich bergen, werden mit Risikozuschlägen oder

Ausschlüssen der Leistung belegt (z. B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Bandscheibenvorfälle).

Im Leistungsfalle gilt bei Standardbedingungen das "Alles oder Nichts" Prinzip, da unterhalb eines Berufsunfähigkeitsgrades von 50 % keine Rente gewährt wird. Sie können aber auch preisgünstigere Staffelungsregelungen wählen, die bei unserer Gesellschaft bis 35 % Berufsunfähigkeit zu keiner Rentenzahlung, zwischen 35 - 65 % zu einer Rentenzahlung analog dem Berufsunfähigkeitsgrad und über 65 % zu einer vollen Berufsunfähigkeitsrente, wie beantragt, führt.



Da die Definition der Berufsunfähigkeit auf den Beruf des Versicherten abhebt, ist die Bemessung des Grades der BU kein rein medizinisches Problem, sondern neben dem medizinischen Befund muß auch das Berufsbild, sowie die konkrete Ausgestaltung des Arbeitsplatzes unter Wertung der dort zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, berücksichtigt werden.

Die Aufgabe des Leistungsprüfers ist es, das vom Mediziner erstellte Leistungsprofil mit dem Anforderungsprofil des zuletzt konkret von der versicherten Person ausgeübten Berufes abzugleichen (Tabelle 5).

Es ist denkbar, dass ein Versicherter bereits zu deutlich über 50 % berufsunfähig ist, weil er eine Kerntätigkeit nicht mehr ausüben kann, deren zeitlicher Umfang nur einen Bruchteil des Gesamtarbeitsumfanges ausmacht, sofern die Kerntätigkeit wesentlich prägend für das Berufsbild ist und nicht vermieden oder ersetzt werden kann (4).

Das Kriterium der Verweisbarkeit auf einen anderen Beruf, spielt bei Ihrer Berufsgruppe keine Rolle, da wir, wie bereits erwähnt, bei Ihrer Berufsgruppe darauf verzichten. Auch ein etwa erzielttes Einkommen aus einer anderen Tätigkeit, die sie trotz ihrer Behinderung noch ausüben können, wird nicht berücksichtigt.

Diese umfassenden Leistungen setzen natürlich eine diffizile Leistungsprüfung, die sich neben dem Gesundheitszustand auch intensiv mit dem Berufsbild und dem persönlichen

Werdegang befassen muss, voraus (siehe Abb. 6).

Die Bearbeitungszeit liegt in unserer Gesellschaft bei 85 % der Anträge bei 3 - 4 Monaten, die Anerkennungsrate bei knapp 90 % der gestellten Anträge.

Ich hoffe, Ihnen hiermit einen kurzen Einblick in die private Absicherung der Berufsunfähigkeit gegeben zu haben.

Literatur

- (1) Statistisches Bundesamt Bundesrepublik Deutschland
- (2) VDR (Verband der Rentenversicherungsträger) - statistisch
- (3) BLV-Statistik
- (4) Versicherungsmedizin Heft 2/98 "Berufsende", Regina Wilde
"Berufs.. Versicherungsnehmerin, 1998, April 2; 45

Die Stellung von Schlichtungsorganen in der Praxis

Maître Gast Neu,

1, avenue de la Gare, L-1611 Luxemburg

Unsere Gesellschaft steht an der Schwelle des 21. Jahrhunderts. Trotzdem, die gesetzliche Haftung und insbesondere diejenige des Arztes unterliegt dem Code Civil von 1804 und den damals aufgestellten Prinzipien. In einer Gesellschaft welche solidarischer ist denn je stehen diese Prinzipien im Kreuzfeuer der Kritik. Unsere Gesellschaft ist vom Los der Betroffenen bewegt. In vielen Ländern hat dies zu Lösungen geführt wie das „No fault system“ sowie zur Einrichtung von Schlichtungsstellen, übrigens mit unterschiedlichem Erfolg. Wie ist die Lage in Luxemburg?

1) DIE KLASSISCHE HAFTUNG DES ARZTES:

Arrêt Mercier von 1936.

Vor 1936 war die Haftung des Arztes deliktuelle Natur. Ein berühmtes Urteil des französischen Kassationshofes Dr. Nicolas Mercier befand dass zwischen Arzt und Patient ein Vertrag zustande kommt: Der Arzt hat die vertragliche Pflicht dem Patienten sorgfältige und aufmerksame Pflege zukommen zu lassen. Diese Pflege muss den sicheren Erkenntnissen der ärztlichen Kunst entsprechen. Die Folgen dieses Urteils waren:

- Dem Arzt obliegt prinzipiell keine Erfolgspflicht (obligation de résultat). Er muss bloss geeignete Mittel einsetzen welche dem Stand der Medizin entsprechen.
- Der Patient muss den Kunstfehler beweisen: dies bringt den Patienten oft in Beweisnot. Trotz der Ernennung von Sachverständigen steht der Patient im Kampf gegen einen eventuellen Kunstfehler in schlechter Position.

II) DIE ENTWICKLUNG DER LETZTEN JAHRE

Die unbequeme Situation des Patienten hat im Laufe der letzten Jahrzehnte und insbesondere im Laufe der letzten 10 Jahre zu einer bedeutenden Entwicklung im Bereich des französischen Rechtssystems geführt. Sie ist hauptsächlich das Werk der Jurisprudenz, ausnahmsweise dasjenige des Gesetzgebers.

- Zu allererst wurde entschieden dass in verschiedenen Fällen der Arzt trotzdem eine Erfolgspflicht hat. So muss zum Beispiel eine Prothese an und für sich richtig funktionieren. Des weiteren muss der Arzt bei Schönheitschirurgie ein gewisses resultat erbringen, und das was er versprochen hat, einhalten, Seine

Tätigkeit wird umso strenger gewürdigt als der unternommene Eingriff gesundheitlich nicht notwendig war.

- Die Gerichte haben ebenfalls die Theorie des Chaneenverlustes (perte de chance) erfunden. Die Anwendung dieser Theorie erlaubt es den Gerichten das Problem des notwendigen kausalen Zusammenhanges zwischen Arztfehler und Schaden auszutricksen. Falls es nicht sicher ist, was ohne Arztfehler geschehen wäre, nimmt man an dass auf jeden Fall der Fehler eine Chance vertan hat. Der durch den Verlust einer Chance entstandene Schaden wird vom Gericht pauschal geschätzt.
- In etlichen Fällen haben die Gerichte das Bestehen einer Sicherheitspflicht des Arztes angenommen, insbesondere was das zur Anwendung gekommene Material, bei Diagnose und Eingriff, anbelangt.
- Ganz rezent ist folgende Entwicklung: Hat man bislang angenommen dass zwischen Arzt und Patienten ein Vertrauensverhältnis besteht so dass vom Arzt angenommen werden muss dass er den Patienten richtig und voll aufgeklärt hat, und dieser bei vollem Wissen sein Eingeständnis zum Eingriff gegeben hat, so haben rezente Urteile des französischen Kassationshofes angenommen, dass es am Arzt ist den Beweis der Aufklärung und des Einverständnis des Patienten zu erbringen. Noch nehmen die Gerichte jedoch an, dass dieser Beweis mit allen Mitteln erbracht werden kann;
- Schlussendlich sei bemerkt dass neuerdings die Tendenz noch größer

wird dem Arzt eine Erfolgspflicht aufzubürden:

Entgegen der früheren französischen Jurisprudenz wird heute angenommen dass Arzt oder Krankenhaus haften wenn es bei der Behandlung zur Infektion kommt. Generell wird auch immer öfters angenommen dass die Beweislast beim Arzt liegt falls es bei einem Eingriff zu einer Fehlentwicklung kommt und diese Fehlentwicklung beim bestehenden Krankbild nicht vorherzusehen war. Schlussendlich sei bemerkt dass die europäische Gemeinschaft vor Jahren den Entwurf einer Direktive über die Haftung des Dienstleistungssektors unternommen hat; dieselbe wurde jedoch wegen den Protesten der Betroffenen zurückgenommen; es sei jedoch bemerkt dass eine neue Direktive in Ausarbeitung ist.

III) WEITERE ENTWICKLUNG

Durch Presse und Fernseher ist der Eindruck entstanden die Medizin sei unfehlbar. Tagtäglich wird solches dem Publikum vorgegaukelt. In unserer Gesellschaft sind viele nicht mehr gewohnt selbst ein Risiko zu tragen. Die Gesellschaft schützt den Bürger wie die Henne die Kücken. In unseren Ländern, und besonders in Luxemburg, haben Rechtshilfeversicherungen eine weite Verbreitung. Hinzu kommt die Schützenhilfe von Verbrauchervereinen und Gewerkschaften. Unter dem Dmck dieser gesellschaftlichen Mentalität scheint es als wohnten zwei Seelen in der Brust der Gerichte: einerseits dem Schwachen, das heisst dem Patienten zu helfen:

andererseits die gesetzlichen Prinzipien zu beachten.

Das hieraus entstehende Resultat ist denkbar unbefriedigend.

- Unbefriedigend vom intellektuellen und logischen Standpunkt, da allzu oft gegen die allgemeinen Rechtsprinzipien gesündigt wird, bloss um den Betroffenen Hilfestellung zu leisten.
- Unbefriedigend für den Patienten da ihm in vielen Fällen trotzdem nicht geholfen werden kann.
- Unbefriedigend für die Ärzte wenn man ihnen Pseudo-Fehler ankreidet, welche aber eigentlich nicht so richtig bewiesen sind.

Es werden somit immer mehr Stimmen laut dass, falls dem Patienten geholfen werden soll, wenn ihm bei einem Eingriff ein Gesundheitsschaden entsteht, man doch an die Einführung eines „No fault systems“ denken sollte. Die Diskussion wird aber nicht einfach sein: was wird genau abgedeckt und wer zahlt die Kosten, sind knifflige Fragen.

Bis sie gelöst sind könnte das leidige Problem der therapeutischen Unfälle beziehungsweise Kunstfehler dadurch entschärft werden dass man auf die Mithilfe von Schlichtungsstellen zurückgreifen würde. Solche Zwischenstellen funktionieren in Deutschland und in skandinavischen Ländern. Ob das System überall und in Luxemburg funktionieren kann ist eine andere Frage:

Frankreich hat in dieser Hinsicht erfolglos viele Anläufe unternommen. Bloss die Zukunft wird sagen können ob in einem Land wo die meisten

rechtsversichert sind, wo den Mittellosen der Prozess und die Kosten vom Staat bezahlt werden, das Publikum genug kompromissbereit ist.

Bloss der Versuch könnte die Antwort hierzu bringen.

IV) WELCHE VORTEILE KANN MAN VON DER EINRICHTUNG EINER SCHLICHTUNGSSTELLE ERWARTEN?

- Zuallererst sei hervorgehoben dass eine solche Schlichtungsstelle als Sicherheitsventil eine grosse Rolle zu erfüllen hätte.

Nach einem therapeutischem Unfall, ob fehlerhaft oder nicht, sind der Patient respektiv seine Hinterlassenen unsicher. Wenn sie sich mit ihren Zweifeln an Pflegepersonal, andere Ärzte, Gewerkschaften oder an Kollegen wenden, wird oft Öl auf ein glimmendes Feuer gegossen. Der Patient wird sich dann an einen Rechtsanwalt wenden, sozusagen als erste Anlaufstelle. Der Prozess ist vorprogrammiert.

Das Bestehen einer Schlichtungsstelle könnte die Rolle der Anlaufstelle übernehmen.

- Sie hätte dabei die Rolle einer objektiven Informationsstelle zu erfüllen. Diese Information ist nicht bloss objektiv, sondern auch medizinisch kompetent. Falsche Hoffnungen könnten ein schnelles Ende finden. Der Patient wird über die Schwierigkeiten eines etwaigen Prozesses aufgeklärt, so zum Beispiel über die Problematik des Beweisführung.

Der Patient wäre somit nach einem

therapeutischem Unfall in einer kompetenten Art und Weise in seiner Entscheidung geleitet.

- Betreffend den Arzt wäre das Bestehen des Schlichtungsstelle ebenfalls von Vorteil. Er würde nicht sofort in einen Zivilprozess oder zumindest in einen Beweissicherungsprozess hineingezogen. Er könnte Erklärungen abgeben und den Dialog mit den Patienten aufnehmen, falls er bislang nicht stattfand. Das Risiko einer Strafanzeige wäre vermindert und die im Falle einer Beschuldigung damit verbundene schlechte Publizität seitens der Gerichtsberichterstatte wäre inexistent. Im Grossen und Ganzen sei gesagt dass durch das kompetente und objektive Funktionieren der Schlichtungsstelle der Arzt die Schwächen in der Ausübung des Berufes kennenlernen würde, sich damit abgeben und sich umstellen könnte. Somit würde die Ärzteschaft zu einem kommunikativeren Benehmen gegenüber dem Patienten erzogen; dies scheint ungemein wichtig. Die schlechte Qualität der Kommunikation Arzt/Patient führt zu vielen Prozessen, während eine gute Kommunikation und ein korrekt geführter Dialog viele Prozesse vermeiden könnte.
- Schlussendlich sei noch aus beider Sicht die einfache Prozedur, die kurze Dauer des Streites, die niedrige Kosten sowie schlussendlich die Möglichkeit eines Vergleiches hervorgehoben.

V) AWF DER ANDEREN SEITE GIBT ES NATÜRLICH AUCH NACHTEILE

- In der Tat kann das Funktionieren der Schlichtungsstelle nicht immer und unbedingt einen Prozess verhindern. Die Aussagen von Experten, sogar die eigenen Aussagen des Arztes könnten somit die spätere Beweislast des Patienten erleichtern.
- Im übrigen sollte man sich davor hüten zuviel Publizität für das Bestehen der Schlichtungsstelle zu machen und auf jeden Fall des Zugang nicht zu einfach zu machen. Es könnte sonst zu einer Zunahme der Reklamationen kommen welche dann eventuell zu einer lawinenartigen Explosion der Prozesse führen könnte. Man muss sich immer vergegenwärtigen, dass in diesem Land eine grosse Mehrzahl von Leuten ein ohne grosses finanzielles Risiko einen Prozess anstrengen kann.
- Schlussendlich ändert das Bestehen einer Schlichtungsstelle überhaupt nichts am Regime der Haftung, welches unverändert bleibt. Viele medizinische Unfälle werden auch durch das Bestehen der Schlichtungsstelle nicht entschädigt, und zwar dann wenn kein Anhaltspunkt für einen Fehler besteht.

VI) EINE REIHE VON FRAGEN BLEIBT OFFEN

- Das Augenmerk der interessierten Ärzteschaft soll sich insbesondere auf die Unabhängigkeit der Schlichtungsstelle richten. Dieselbe darf auf keinen Fall von Gewerkschaftlern,

Ministerialbeamten oder Pflegepersonal besetzt sein. Auf der anderen Seite wäre eine Besetzung mit Koriphäen aus der Universitätswelt auch nicht unbedingt von Nutzen da dieselben allzu oft aus der Warte eines hochspezialisierten und top-ausgestatteten Wissenschaftlers urteilen. Dies hat nichts mehr mit der Alltagspraxis eines gewöhnlichen Arztes gemein.

Um Resultate zu bringen, soll die Besetzung der Schlichtungsstelle von „bon-sens“ geprägt sein. Am besten vielleicht wäre die Besetzung mit Fachspezialisten aus der Grossregion sowie dem einen oder anderen hiesigen Arzt (Collage Médical?).

Magistraten wird die notwendige medizinische Fachkenntnis fehlen. Der Versuch, eine Schlichtungsstelle mit Magistraten zu errichten, hat in Frankreich zwischen 1981 und 1989 zu einem kompletten Fiasko geführt.

- Es müsste des weiteren geklärt werden ob die in Inanspruchnahme der Schlichtungsstelle fakultativ oder obligatorisch wäre. Eine obligatorische Inanspruchnahme bedeutete eine *conditio sine qua non* für einen späteren Prozess. Falls ein solcher Prozess unumgänglich schiene - etwa durch die unachgiebige Position der Parteien -, würden unnötig Kosten entstehen. Es sei bemerkt dass eine obligatorische Inanspruchnahme wenig mit unserer juristischen Kultur vereinbar scheint. Solche Vorprozeduren hat es in unserer Gesetzgebung gegeben; Sie sind aber weitgehend abgeschafft worden. Desweiteren würde eine obliga-

torische Inanspruchnahme zu einer Zunahme der Strafanträge bei der Staatsanwaltschaft führen. Als Bedingung für einen Strafantrag wäre nämlich eine obligatorische Inanspruchnahme legal nicht möglich, so dass man, um der Notwendigkeit der Schlichtungsstelle zu entgehen, sofort Strafantrag stellen würde.

- Man müsste sich ebenfalls einig werden über die Kraft der Entscheidung. Handelt es sich um eine Empfehlung oder um eine richtige Entscheidung? Im letzteren Falle müsste man sich die Frage stellen in welcher Form die Entscheidung und deren Rechtskraft durchzusetzen wäre.
- Am Streit zwischen Arzt und Patienten sind noch andere Parteien interessiert.

Dies gilt zu aller erst für die Versicherungsgesellschaft welche die Haftung des Arztes garantiert. Ihr steht, laut Gesetz und Versicherungsvertrag, eine Führungsrolle im Prozess zu.

Der Versicherer verteidigt den Arzt und muss gegebenenfalls die Entschädigung vornehmen. Die Gesellschaft muss also die Gelegenheit haben in die Diskussionen bei der Schlichtungsstelle führend einzugreifen. Auf der anderen Seite muss gesichert sein dass hierbei kein Interessenkonflikt zwischen Arzt und Versicherung auftritt, und die in dieser Hinsicht bestehenden zwingenden Bestimmungen des Gesetzes über den Versicherungsvertrag beobachtet sind.

- Es gibt noch zwei weitere Interessenparteien bei einem solchen

Konflikt. Laut luxemburgischem Gesetz muss nämlich den Sozialversicherungen, normalerweise der Krankenkasse, sowie dem Arbeitgeber des Betroffenen, der Streit verkündet werden. Der Schadensverursacher respektiv dessen Versicherer muss für den ganzen Schaden aufkommen aber nicht für mehr als den Schaden. Das heisst dass der Schaden global aufgestellt wird und danach die verschiedenen Interessierten laut den gesetzlichen Bestimmungen an der Teilung des Schadenersatzkuchens teilnehmen. Das Regressrecht der Sozialversicherungen bezieht sich auf die Pseudo-Behandlung notwendigen finanziellen Mittel sowie auf alle anderen gesetzlichen oder statutarischen Leistungen, wie zum Beispiel das Krankengeld.

Eine vor der Schlichtungsstelle eingegangener Vergleich zwischen Arzt respektiv Versicherung einerseits und dem Betroffenen andererseits, könnte den Sozialversicherungen nicht entgegengehalten werden und es könnte ebenfalls zu einem weiteren Prozess gegen den Arzt führen.

Der Arbeitgeber hat das Recht den ihm durch die Abwesenheit des Betroffenen zugefügten Schaden zurückbezahlt zu bekommen. Er soll seine Forderung bei demselben Gericht stellen welches den Streitfall zwischen Schadensverursacher und Betroffenen aburteilen muss, dies um widersprüchliche Urteile zu vermeiden.

Endlich sei noch bemerkt, dass es neben dem Direktbetroffenen auch

Familie oder Angehörige gibt, welche in schweren Fällen Schadenersatz beantragen können.

Die Rollen dieses gesamten Personenkreises vor der Schlichtungsstelle muss also vorher diskutiert und definiert werden.

- Um wirksam arbeiten zu können muss die Schlichtungsstellen bestimmte Rechte besitzen. Es ist aber kaum anzunehmen, dass diese Rechte soweit wie diejenigen eines Untersuchungsrichters gehen könnten. Man könnte sich vorstellen, dass die Schlichtungsstelle Zeugen anhören könnte; es ist aber kaum anzunehmen dass sie zu Hausdrucksuchungen beim Arzt oder in einer Klinik oder zur Beschlagnahmung von Dokumenten befähigt wäre.

Eine letzte Frage drängt sich auf welche in einem kleinen Land von sehr grosser Bedeutung ist:

Wie wird das Berufsgeheimnis geschützt? Die Frage drängt sich nicht bloss im Interesse des Arztes auf sondern ebenfalls im Interesse des betroffenen Patienten.

Alle diese Fragen sind nicht unlösbar.

Die Suche nach einer Lösung muss jedoch mit grosser Vorsicht angegangen werden. Die Erfahrungen des Auslandes sind in dieser Richtung bestimmt interessant. Die Besonderheiten unseres Landes dürfen jedoch nicht ausser Acht gelassen werden.

Die Einrichtung einer Schlichtungsstelle muss schlussendlich auf einem allgemeinen Konsensus beruhen.

Risikomanagement in Gynäkologie und Geburtshilfe

Forensische Fragen in Zusammenhang mit operativer Gynäkologie und Geburtshilfe

Alexander Scharf, Andrea Steinborn, Fani Geka, Christof Sohn
Universitäts-Frauenklinik Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main

Keywords:

Legislation & Jurisprudence
Documentation
Methods
Obstetrics and Gynecology, standards
Malpractice
Practice Guidelines
Decision Making
Knowledge, Attitudes, Practice
Insurance & Liability

Risk management in obstetrics and gynecology – Forensic questions in context with operative gynecology and obstetrics

Abstract

Due to the avalanche-like increase of malpractice suits, it has become mandatory for doctors in hospitals and private practices to acquire a profound knowledge relating to modern management and to become familiar with the legal aspects of medical procedures. The article at hand reviews the standards of medical documentation and risk information within the scope

of operative gynaecology and obstetrics and provides guidelines for a structured behaviour once an incident has occurred. The typical sources of complications are presented and strategies to avoid them are outlined: professional clinical management including the definition of competences for all therapists working together in a hospital. By observing these principles a professional medical level even in administrative respect is provided and thus enables an atmosphere of mutual confidence among doctors and patients.

Zusammenfassung

Das lawinenartige Anwachsen von sog. Kunstfehlerprozessen macht es immer mehr notwendig, daß über die fachlich kompetente Anwendung des bestehenden Wissens hinaus der Arzt sich eingehende Kenntnisse bezüglich des modernen Managements in Klinik und Praxis erwirbt und vertraut ist mit den rechtlichen Aspekten ärztlichen Tuns. Im vorliegenden Artikel werden für den Bereich der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe zusammenfassend die Standards bezüglich ärztlicher Dokumentation und Auf-

klärung sowie das strukturierte Verhalten nach Eintritt eines Zwischenfalls dargestellt. Es werden die typischen Gefahrenquellen präsentiert und Strategien zu ihrer Vermeidung durch professionelles klinisches Management mit Definition der Kompetenzen aller im Krankenhaus tätigen Mitarbeiter aufgezeigt. Die Beachtung dieser Grundsätze führt zu einem professionellen ärztlichen Niveau, auch in verwaltungstechnischer Hinsicht ermöglicht es Ärzten und Patienten, in wechselseitigem Vertrauen miteinander umzugehen.

Einleitung

Das ursprüngliche grenzenlose Vertrauen der Patienten in die ärztliche Heilkunst hat sich in den letzten Jahrzehnten umgekehrt in ein ausgeprägtes Mißtrauen gegen den Ärztestand im Allgemeinen und die Tätigkeit des einzelnen Arztes im konkreten Falle. Dies bedingt, daß eine zunehmende Bereitschaft besteht, Regeßansprüche im Falle tatsächlicher oder vermeintlicher Behandlungsfehler seitens der Patienten oder ihrer Angehörigen anzumelden.

Der Kunstfehlerprozess – Ein seltenes Ereignis?

Betrachten wir die Klagebereitschaft der Patienten, so müssen wir einer Verdoppelung der sog. Kunstfehlerprozesse in den letzten 15 Jahren feststellen; 15.000 neuen Arzthaftpflichtfällen und 2500 staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren werden in Deutschland pro Jahr neu aufgeworfen. Die Folge ist ein lawinenartiger Anstiegs der Aufträge für sog.

Kunstfehlergutachten (1).

Im Fachgebiet der Frauenheilkunde verteilen sich die angestrebten Verfahren fast paritätisch im Verhältnis 50-50 auf die Gynäkologie und die Geburtshilfe: Analysiert man die Geburtshilfe allein, so dominieren die Klagen wegen Hirnläsionen Reif- und Frühgeborener, gefolgt von embryopathischen Klagen und Prozessen wegen Knochen- oder Nervenläsionen. In der Gynäkologie geht fast jeder 4te angestrebte Prozeß à Konto der Senologie gefolgt von operativen Verletzungen von Nachbarorganen des inneren Genitales und Fragen der Antikonzeption (2, 3, 4, 5).

Risikomanagement

Das erfolgreiche primäre Vermeiden eines Behandlungsfehlers ist nicht ausschließlich durch korrektes ärztliches Handeln gesichert: Hierzu gehört auch der strukturierte Umgang mit formalen Regeln des modernen Managements in Klinik und Praxis sowie Kenntnis über die rechtlichen Aspekte des ärztlichen Tuns (6):

Der ärztliche Heileingriff

Der sogenannte ärztliche Heileingriff stellt strafrechtlich gesehen zunächst einmal selbst bei medizinischer Indikation, juristisch handelt es sich dabei um einen Rechtfertigungsgrund, den Tatbestand der Körperverletzung dar. Erst die Einwilligung des Patienten als sog. Rechtfertigungsschranke führt den Eingriff auf den Boden der Legalität.

Bei seinen therapeutischen Bemühungen schuldet der Arzt dem Pati-

enten gegenüber nicht die von beiden Seiten angestrebte Heilung, sondern vielmehr die Durchführung seines ärztlichen Handelns nach bestem Wissen und Gewissen. Man spricht dann von einem Behandlungsfehler, wenn eine Verletzung des medizinischen Behandlungsstandards eines Facharztes der gleichen Fachrichtung zum Behandlungszeitpunkt stattfindet. Der eingeforderte Standard ist hierbei eine personenunabhängige Bezugsgröße: Sie ist ex ante definiert, maßgebend ist hierbei der jeweilige Standard der medizinischen Wissenschaft, sie besitzt generelle Gültigkeit und ist als dynamische Größe abhängig vom jeweiligen Fortschritt des Fachgebietes, darf allerdings abhängig von der spezifischen Logistik vor Ort (personelle und sachliche Gegebenheiten z.B. Uniklinik versus Kreis-krankenhaus) in engen Grenzen variieren (7).

Ist es zu einem Behandlungsfehler gekommen, so kommt der richtigen begrifflichen Qualifizierung desselben durch den Gutachter eine erhebliche Bedeutung bei: Im Strafprozeß bedingt der Grad der Fahrlässigkeit bzw. die Schwere des Fehlers die Strafzumessung und die Art der Verfahrenserledigung (Geldzahlung-Strafbefehls-Anklage), im Zivilprozeß führt die Einstufung eines fehlerhaften Therapie als "Grober" Behandlungsfehler zu einer Umkehr der Beweislast zuungunsten des beklagten Arztes. Insoweit erlangt die Einstufung des Fehlers oft eine streitentscheidende Rolle (8). Eine Behandlung wird dann als grob fehlerhaft eingestuft, wenn aus objek-

tiver ärztlicher Betreuung und bei Anlegung des für den Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes das ärztliche Verhalten nicht mehr verständlich und verantwortlich ist. Es wird konkret dann als gegeben angesehen, wenn

- eindeutig gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen wird,
- auf eindeutige Befunde nicht nach gefestigten Regeln der ärztlichen Kunst reagiert wird,
- grundlos Standardmethoden zur Bekämpfung möglicher, bekannter Risiken nicht angewandt werden.

Zusammengefasst handelt derjenige grob fehlerhaft, wer einen Behandlungsfehler begeht, welcher schlechterdings nicht hätte passieren dürfen (9).

Folgen eines Behandlungsfehlers

Was erwächst einem inkriminierten Arzt aus einem Behandlungsfehler? Hier muß unterschieden werden zwischen Zivil- und Strafrecht:

Zivilrechtlich führt der eingetretene und nachgewiesene Behandlungsfehler im Falle eines hieraus erwachsenen Schadens für den Patienten zur Haftung des Arztes. Die Kausalität ist nach der Definition der Adäquanztheorie gegeben, wenn der Behandlungsfehler nach dem gewöhnlichen Lebenslauf geeignet war, den eingetretenen Schaden herbeizuführen.

Im Strafrecht erwächst aus einem Behandlungsfehler, welcher zu einer

Körperverletzung geführt hat, Strafbarkeit. Der betroffene Arzt muß auch subjektiv, d.h. nach seinen persönlichen Fähigkeiten und individuellen Kenntnissen imstande sein, die objektiv verlangte Sorgfalt aufzubringen. Die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und der Körperverletzung ist dann gegeben, wenn bei sorgfaltsgemäßigem Verhalten die Körperverletzung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden worden wäre. Hier gilt der Grundsatz: Unwissenheit schützt vor Schaden nicht. Mangelnde Erfahrung in einer gewissen gegebenen Situation führt vielmehr zum Tatbestand des Übernahmeverschuldens (10).

Der Sachverständige

Der Richter, welcher die juristische Frage: "Hat der Arzt im konkreten Falle seine Sorgfaltspflicht erfüllt?" zu beantworten hat, kann dies in aller Regel nur unter Zuhilfenahme eines ärztlichen Sachverständigen. Dieser beschreibt den medizinischen Standard und nimmt Stellung zur Frage, ob im konkreten Fall dieser eingehalten wurde oder nicht. Der Sachverständige sollte ein wissenschaftlich aktiver Facharzt sein, der sine ira et studio die verschiedenen möglichen Therapieverfahren darlegt und im konkreten Fall wertet. Dem Wort des Sachverständigen kommt insoweit eine zentrale Bedeutung bei, als daß in der grundsätzlichen juristischen Entscheidung der Richter in der Regel nach einer entsprechenden Plausibilitätskontrolle dessen Votum folgt (11, 12, 13).

Die Aufklärung bzw. Eingriffseinwilligung

Die Durchführung und Dokumentation der ordnungsgemäßen Aufklärung ist Sache des Arztes und sollte daher gründlich erfolgen: Bei einem juristischen Nachspiel nach einem eingetretenen Zwischenfall wird häufig nicht der Behandlungsablauf an sich, sondern die ordnungsgemäße Aufklärung hierzu in Abrede gestellt. Wir kennen verschiedene Formen der Aufklärung, juristisch relevant ist in der Regel die sogenannte Eingriffs- oder Risikoaufklärung: Es wird ein hoher Maßstab an den Inhalt dieser Aufklärung gelegt (Tabelle I). Wichtig zu beachten ist hierbei, daß eingriffsspezifische Risiken, auch wenn sie extrem selten sind, immer besprochen

Tabelle I: Bestandteile der Risikoaufklärung

- Sichere und mögliche Folgen der geplanten Maßnahme
- Nebenwirkungen
- alternative Behandlungsformen
- Anlaß und Dringlichkeit des Eingriffes
- Dauer der Behandlung, Art, Schwere, Umfang ihrer Durchführung
- Schmerzhaftigkeit des Eingriffes
- Folgen der Nicht-Behandlung
- Spezialkliniken, Spezialisten
- eingriffsspezifische Risiken: immer, auch wenn extrem sel-

werden müssen. Ansonsten richtet sich der Umfang der Aufklärung nach Komplikationsdichte, Dringlichkeit des Eingriffes und Schwere der Eingriffsfolgen. Es gilt die Faustregel: Je weniger dringlich, umso weitreichender sollte die Aufklärung sein (14, 15, 16, 17).

Bei der Frage nach der Einwilligungsfähigkeit ist die bürgerlich-rechtlich Geschäftsfähigkeit des aufklärungsbedürftigen Patienten hierbei irrelevant, da es sich bei der Einwilligung um keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung handelt. Entscheidend ist, ob der Patient über eine natürliche Einsichts-, Urteils- und Verständnisfähigkeit zur Erkenntnis von Wesen, Bedeutung und Tragweite des geplanten Eingriffes verfügt. Bei Entscheidungsunfähigkeit willigt der gesetzliche Vertreter bzw. Betreuer in die Durchführung des Eingriffes ein.

Bei Minderjährigen unter 14 Jahren geht man generell vom Vorliegen der Einwilligungsunfähigkeit aus. Bei Patienten im Alter zwischen 14-18 Jahren hängt die Einwilligungsunfähigkeit von der Art des Eingriffes und der Schwere der Erkrankung ab.

Die Aufklärung kann an einen Kollegen delegiert werden: Sie sollte nie später als am Vortag des Eingriffes erfolgen. Die Schriftform ist empfehlenswert, allerdings nicht zwingend. Die Niederschrift des Gesprächsinhaltes sollte detailliert erfolgen: Bei heiklen Inhalten empfiehlt es sich, anwesende Zeugen zu notieren (18).

Rechtfertigungsgrund: Mutmaßliche Einwilligung

Eine nicht allzu seltene Situation eines Operateurs ist es, nach Operationsbeginn mit einem unvorhergesehenen Befund konfrontiert zu werden, welcher eine vorher nicht besprochene Operationserweiterung notwendig macht: Es gilt dann, den sogenannten mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln und danach zu handeln. Der mutmaßliche Wille leitet sich aus persönlichen Umständen der Patienten und ihren individuellen Interessen, Wünschen und Wertvorstellungen, so sie bekannt sind, ab. Der Rechtfertigungsgrund "mutmaßlicher Wille" auch dann gültig, wenn infolge mangelnder Sorgfalt die Einholung der Entscheidung des Patienten verabsäumt wurde.

Als Faustregel gilt hierbei: Bei einer akut vitalen Indikation ist der Operateur zur Op-Erweiterung verpflichtet. Die mutmaßliche Einwilligung ist auch dann gegeben, wenn der Op-Abbruch und Folgeeingriff u.U. mit größeren Gefahren, jedenfalls mit weiteren körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen verbunden ist (19, 20).

Die ärztliche Dokumentation

Der Arzt ist gem. §11 der Berufsordnung zur Dokumentation verpflichtet. Die Funktion der ärztlichen Dokumentation ist die Gedächtnisstütze des Arztes einerseits, erfolgt aber auch im Interesse des Patienten an der ordnungsgemäßen Dokumentation seiner Behandlung und ist im Bedarfsfall diesem zugänglich zu machen. Eine unterlassenen Dokumentation kann im Klagefall zu einer Beweislastumkehr

zuungunsten des Arztes führen. Dokumentiert werden sollte praktisch jede über die Basisstandards hinausgehende Verrichtung am Patienten (Tabelle II).

Tabelle II: Bestandteile der ärztlichen Dokumentation

- Anamnese, Beschwerden, körperlicher Befund, Diagnosen incl. Verdachtsdiagnosen
- Behandlung mit Medikation, Ergebnis der Behandlung, Art der Nachbehandlung
- Sektionsbefunde, Op-Berichte incl. Dokumentation der Lagerung, Anästhesieprotokolle
- Einsatz besonderer Behandlungsarten, Zwischenfälle, Röntgen- und Sonographieaufnahmen, EKG- und CTG-Streifen, Laborbefunde
- Warnhinweise (vorzeitige Entlassung etc.), Hinweis auf Versagerquote bei Sterilisationen, Überweisungsempfehlung etc.

Besonders hohe Ansprüche gelten für die Dokumentation einer Geburt: Hier ist der Ablauf leserlich und lückenlos bis hin zur genauen Uhrzeit der durchgeführten Verrichtung hin zu erfolgen. Keine Dokumentationspflicht gilt lediglich für pflegerische Grundstandards, die Dokumentationsart kann in Form einer Karteikarte oder EDV-gestützt sein (21).

Gefahrenquellen und Verantwortlichkeit

Betreibt man eine Schadensanalyse (Tabelle III) betreiben, so entfallen die häufigsten zum Vorwurf eines Behandlungsfehler führenden Zwischenfälle auf Fehler der Organisation, Fehler der Aufklärung und Fehler der Dokumentation. In einer arbeitsteiligen Gesellschaft stellt sich in diesem

Tabelle III: Gefahrenquellen

- Wachsende Spezialisierung, damit einhergehend wachsende Arbeitsteilung und vermehrt ärztliche Teamarbeit
- Organisationsfehler
- Koordinationsfehler
- Kommunikationsmängel
- Überwachungsmängel
- Delegationsfehler
- Fehleinschätzung der fachlichen und persönlichen Qualifikation des Partners
- Kompetenzkonflikte

Zusammenhang die Frage der Verantwortlichkeit: Generell gilt, daß jeder Mitarbeiter für sein therapeutisches Tun am Patienten selbst verantwortlich ist (Prinzip der Einzel- und Selbstverantwortlichkeit). Wichtig, und das bedeutet Risikomanagement im eigentlichen Sinne, ist im Vorfeld die organisatorisch klare Umreissung der Aufgabenfelder der therapeutisch tätigen Mitarbeiter im Sinne der hori-

zontalen Arbeitsteilung (Kompetenzabgrenzung der Ärzte zueinander) und der vertikalen Arbeitsteilung (hierarchische und fachliche Weisungsrechte und Weisungspflichten des Klinikdirektors den nachgeordneten Ärzten und Assistenzpersonal gegenüber) (22).

Neben dem Prinzip der Einzelverantwortlichkeit gilt der Vertrauensgrundsatz, welcher besagt, daß der mitbeteiligte Kollege seine Aufgabe beherrscht und seine Verantwortung wahrnimmt. Im der Definition der Verantwortlichkeit leitender Ärzte zueinander ist es wichtig, diese schriftlich zu fixieren: Dies vermeidet Kompetenzkonflikte, Zuständigkeitdefizite für Patienten und Haftungsrisiken für Ärzte(20).

Arzt-Hebamme

Das Verhältnis Arzt-Hebamme im Kreißaal ist ein ganz besonderes: Hier begegnen zwei eigenständige Medizinalberufe einander, wobei der Kompetenzbereich der Hebamme recht weitreichend und unabhängig vom Arzt ist (23): Die Hebamme kann eigenständig alle normalen Geburten aus Kopflege einschließlich Dammschnittanlage leiten, lediglich bei Risikogeburten besteht eine Hinzuziehungspflicht des Arztes. Im weiteren Verlauf ist die Hebamme dann dem Arzt weisungsgebunden. Insoweit ist jeder Träger eines Krankenhauses gut beraten, wenn er einen Katalog der eigenverantwortlichen und hinzuziehungspflichtigen Tätigkeiten der Hebamme festschreibt (24, 25).

Bezüglich der Haftung im Kreißaal muß zwischen vertraglicher Haftung und deliktischer Haftung unterschieden werden: Vertraglich, d.h. für die Organisation haftet der Träger, deliktisch, d.h. für die Tat bei Kassenpatienten jeder Beteiligte für sich, bei Privatpatienten der Chefarzt als Geschäftsherr der ihm nachgeordneten Ärzte und Hebammen, welche hierbei seine Erfüllungsgehilfen darstellen (26).

Im Belegsystem sind die Zuständigkeiten etwas anders: Hier haftet der Belegarzt für alle Schäden, die aus der ärztlichen Versorgung eintreten, gleichgültig, ob er diese selbst verschuldet oder durch Erfüllungsgehilfen (=Angestellte des Krankenhauses) erfolgen, sofern diese zum eigenen Fach gehören. Die Hebamme fungiert bei allen ärztlichen Tätigkeiten als Erfüllungsgehilfin. Die Beleghebamme geht bis zum Eintreffen des Arztes im Kreißaal eine eigene Vertragsbeziehung zur Patientin ein. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang eine Organisationsanweisung des Belegarztes der rechtzeitigen Information des diensthabenden Arztes durch die Hebamme bei laufender Geburt (27).

Verhalten nach einem Zwischenfall

Nach einem eingetretenen Zwischenfall sollte das ärztliche Verhalten durch eine regelhafte Abfolge von Maßnahmen klar definiert sein. Hierbei muß zwischen Zivil- und Strafrecht unterschieden werden:

Zivilrechtlich muß wegen der zu erwartenden Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld unverzüglich der Haftpflichtversicherer und die

Verwaltung schriftlich informiert werden. Die Hinzuziehungspflicht eines Anwalts besteht erst dann, wenn ein Gerichtsverfahren ansteht.

Strafrechtlich geht es um einer persönlichen Schuldvorwurf, der eine Vorstrafe und u.U. die Gefährdung der beruflichen Existenz bedeuten kann. Häufig wird in den Zusammenhang der Charakter einer polizeilichen Ladung als Bestandteil eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahren verkannt.

Im Einzelnen sollte nach den in Tabelle IV zusammengefassten Punkten vorgegangen werden.

Hierbei ist besonders zu beachten:

Bei unerwartetem Tod während einer Operation sollte die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft durch leitenden Arzt /Chefarzt benachrichtigt werden. Der vom Schuldvorwurf betroffene Arzt sollte zum Schutz vor dem Vorwurf der Vertuschung oder Kumpanei nicht selbst die Leichenschau vornehmen.

Fehlende Gesprächsbereitschaft des Arztes nach einem eingetretenen Zwischenfall ist häufig Ursache für Mißtrauen und Verdacht, welche einer laienhafte Fehldeutung eines Vorganges Tür und Tor öffnen. Erfahrungsgemäß lassen sich im Sinne der Schadensbegrenzung durch ein persönliches Gespräch vor Zeugen Mißverständnisse und damit Vorwürfe wirkungsvoll entkräften und entschärfen. Insoweit kommt dem Gespräch nach einem Zwischenfall eine zentrale Bedeutung bei. Es sollte nicht im

Tabelle IV: Verhaltensempfehlungen nach einem Zwischenfall

- Kein Schuldeingeständnis
 - Information des Vorgesetzten, Krankenhausverwaltung, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung
 - Im Zweifelsfalle: Todesursache ungeklärt
 - Gespräch mit Patienten oder Angehörigen suchen
 - Keine Einflußnahme auf Zeugen, keine Gemeinschaftsprotokolle, keine Beweismittelvernichtung
- oder – unterdrückung
- Genaue Aufzeichnungen
 - Kopien der Beweismittel (=Krankenblatt)
 - Sektion beantragen bei Staatsanwaltschaft bei grundlosen Vorwürfen durch Angehörige bei tödlichem Zwischenfall
 - Wahrnehmung der Rechte des Zeugen: Bei informatorischer Befragung durch Polizei oder Staatsanwaltschaft: Betroffener Arzt zunächst Zeuge mit wahrheitsgemäßer Aussagepflicht; Auskunft auf Fragen, welche ihn oder Angehörige gefährden, wegen einer Straftat verfolgt zu werden, kann verweigert werden (§55 StPO, Auskunftverweigerungsrecht)
 - Keine mündliche Erklärung gegenüber Polizei oder Staatsanwaltschaft

Schwange akuter Emotionen spontan unmittelbar nach dem Zwischenfall erfolgen. Vielmehr hat sich bewährt, ein sofortiges Gesprächsangebot für einen Termin in einem gewissen zeitlichen Abstand anzubieten.

Im Falle einer Beschlagnahmung der Krankenunterlagen durch die Staatsanwaltschaft erhält der Beschuldigte selbst keine Akteneinsicht. Diese ist nur über den Verteidiger nach Abschluß der Ermittlungen gegeben. Zu einer wirkungsvollen Verteidigung ist daher bei einem eingetretenen Zwischenfall die Erstellung von genauen persönlichen Aufzeichnungen sowie von Kopien der Beweismittel (=Krankenblatt) dringend anzuraten.

Die Grenze der Inanspruchnahme des Auskunftsverweigerungsrechts sollte weit gezogen werden, Erklärungen gegenüber der Polizei bzw. der Staatsanwaltschaft sollten mit dem Ziel der Ermittlungseinstellung früh und nur schriftlich erfolgen (28).

Zusammenfassung

In der Vermeidung von unnötigen rechtlichen Auseinandersetzungen mit Patienten bzw. deren Angehörigen sind die Grundprinzipien der primären und sekundären Prophylaxe anzuwenden:

Als primäre Prophylaxe sollte die Summe aus kompetentem fachlichen Handeln, klarer Kompetenz- und Pflichtzuweisung, eingehender Dokumentation sowie die Kenntnis medico-legaler Grundprinzipien einschließlich typischer Gefahrenquellen betrachtet werden. Die sekundäre Prophylaxe

umfasst die Bewahrung eines kühlen Kopfes nach Eintritt eines Zwischenfalles und der strukturierte Umgang mit der Situation in formaler, psychologischer und dokumentatorischer Hinsicht.

Unter Beachtung dieser Prinzipien ist davon auszugehen, daß einerseits der behandelnde Arzt in ruhiger Zuversicht seinem ärztlichen Tun nachgehen kann und daß andererseits der Patient die Sicherheit einer professionellen und kompetenten Behandlung in Anspruch nehmen darf, welche gerade auch bei einem Zwischenfall über das Recht hinaus zu einer gerechten Lösung des aufgeworfenen Problems führt.

Literatur

1. Hickl EJ: Geburtshilfe aus forensischer Sicht am Beispiel der Becken-endlage. Gynäkologe 1994; 27: 184-90
2. B-Lynch C; Coker A; Dua JA: A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. Br J Obstet Gynaecol 1996 Dec;103(12):1236-42
3. Schneider KTM: Die Überwachung der Geburt aus forensischer Sicht. Gynäkologe 1994; 27: 212-21
4. Fitting W: Vermeidbare ärztliche Behandlungsfehler im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Feststellungen der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Geburtshilfe Frauenheilkd 1996 Jun;56(6): 87-90
5. Mosny DS, Nitz U: Behandlungsfehler in der Brustchirurgie aus forensischer Sicht. Gynäkologe 1994; 27: 249-55
6. Ulsenheimer K: Qualitätssicherung und Risk-Management in Gynäkologie und Geburtshilfe. Zentralbl Gynakol 1998; 120(12): 593-7
7. Ulsenheimer K, Ratzel R: Forensische Fragen in Zusammenhang mit der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe in Beck L, Bender HG: Intra- und postoperative Komplikationen in Gynäkologie und Geburtshilfe, Thieme Verlag 1996: 334-54
8. Martius G: Gutachterliche Probleme in der Geburtshilfe. Zur "Schuld des Sachverständigen". Geburtshilfe Frauenheilkd 1995 Sep; 55(9): 505-9
9. Cyran W: Vermeidbare Behandlungsfehler in Gynäkologie und Geburtshilfe. Gynäkologe 1994; 27: 256-9
10. Ulsenheimer K: Zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes für Behandlungs-, Organisations- und Aufklärungsfehler. Z Arztl Fortbild (Jena) 1995 Nov;89(6):562-70
11. Ulsenheimer K: Qualitätssicherung durch den medizinischen Sachverständigen. Zentralbl Gynakol 1998;120(12):588-92
12. Ulsenheimer K; Schlund GH; Ratzel R: Das fachärztliche Gutachten aus der Sicht des Juristen. Anaesthesist 1998 Oct; 47(10): 818-31
13. Ulsenheimer K: Stellung und Funktion des gynäkologischen Sachverständigen im Zivil- und Strafprozess. Arch Gynecol Obstet 1989; 245(1-4): 1094-102
14. Ulsenheimer K: Risikoaufklärung im Rahmen der Geburtshilfe. Geburtshilfe Frauenheilkd 1995 Jun; 55(6): 68-72
15. Ulsenheimer K: Aufklärung bei Wahleingriff. Anaesthesist 1998 Sep; 47(9): 786

16. Ulsenheimer K: Perioperative Risikofaktoren aus juristischer Sicht und Patientenaufklärung. Gynäkologe 1995 Apr; 28(2): 117-23
17. Ulsenheimer K: Endoskopische Chirurgie und Haftung. Arch Gynecol Obstet 1995;257(1-4): 29-36
18. Ulsenheimer K: Zum Zeitpunkt der Aufklärung vor operativen Eingriffen. Geburtshilfe Frauenheilkd 1992 Nov; 52(11): 704-6
19. Ulsenheimer K, Schlüter U, Böcker MH, Bayer M: Rechtliche Probleme in Gynäkologie und Geburtshilfe, Enke, Stuttgart 1990: 1-160
20. Ulsenheimer K; Bock RW: Patientenaufklärung--mutmassliche Einwilligung--Erweiterungsoperation. Geburtshilfe Frauenheilkd 1991 Nov; 51(11): 948-50
21. Ulsenheimer K, Ratzel R: Forensische Fragen in Zusammenhang mit der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe in Beck L, Bender HG: Intra- und postoperative Komplikationen in Gynäkologie und Geburtshilfe, Thieme Verlag 1996: 334-54
22. Ratzel R: Personalbefugnisse leitender Krankenhausärzte und Organisationspflichten des Krankenhausträgers. Z Geburtshilfe Neonatol 1999 May-Jun; 203(3): 134-40. Frauenarzt 1992; 33: 159-80
23. Jacobson HN; Richter AM; Mahan CS; Boisvert PT: Physician attitudes toward nurse-midwives. Results of 1993 survey. J Fla Med Assoc 1994 Dec; 81(12): 825-9
24. Ratzel R: Organisatorische Verantwortungsbereiche in der modernen Geburtshilfe-Kooperation, Delegation, Risikoprophylaxe. Frauenarzt; 33: 159-80
25. Ulsenheimer K: Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz bei der Zusammenarbeit von Geburtshelfer und Hebamme. Einsatz wehenfördernder Mittel ohne CTG- Überwachung ist ein grober Behandlungsfehler. Gynäkologe 1992 Feb; 25(1): 44-5
26. Ratzel R: Professional aspects of OB/GYN in Germany [editorial] Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995 Nov;63(1):1-5
27. Franzki H: Der Belegarzt-Stellung und Haftung im Verhältnis zum Krankenhausträger. NJW 1990; 12: 737-92
28. Ulsenheimer K; Bock RW: Verhalten nach einem Zwischenfall. Was kann, was sollte, was muss man aus rechtlicher Sicht tun? Chirurg 1996 May; 67(5): suppl 110-4



Risk Management in den USA

Philip A. Dombrowski
Senior Executive Vice President
Physicians World Communications Group, USA
Geschäftsführer Physicians World GmbH
D-68165 Mannheim, Deutschland

In the US and even within healthcare, Risk Management as a concept has existed for a long time – however, never as formally as it exists today. The change in how risk is identified and managed in hospitals and within medical care has evolved considerably in just the last 25 years. Risk management took on increased importance with the medical malpractice crisis the US experienced in the mid-1970s. Up until then, it appears its primary function had been to economically transfer risk. With the advent of managed care, risks have been recognized as generators of considerable potential cost to the healthcare system and one that must be proactively managed. Today, the successful management of risk is an essential part of healthcare administration.

Keywords:

Risikomanagement, klinische Guidelines, Algorithmen, Kunstfehler, Arzthaftung.

Risikomanagement als Konzept – im Gesundheitswesen - existiert in den USA bereits seit langem, allerdings noch nie so formalisiert wie heutzutage. Die Erkennung, Beurteilung und das Management von Risiken in Kliniken und im gesamten Gesundheitssystem hat sich in den letzten 25 Jahren grundsätzlich gewandelt. Angetrieben durch eine Zeit häufiger Kunstfehlerprozesse und Anklagen aufgrund ärztlichen Fehlverhaltens in der medizinischen Betreuung in den 70er Jahren, erlangte Risikomanagement in den USA zunehmend an Bedeutung. Bis zu dieser Zeit schien Risikomanagement in erster Linie einem finanziellen Risikoausgleich zu dienen. Mit dem Auftreten von "Managed Care" zeigte sich, dass Risiken sich zu hohen potentiellen Kostenbelastungen für das Gesundheitssystem entwickeln können. Proaktives Risikomanagement wurde erforderlich. Heute ist Risikomanagement ein essentieller Bestandteil des Gesundheitssystems.

Historie

Viele Tätigkeiten in der Patientenbetreuung, auch wenn sie sehr sorgfältig und fachmännisch ausgeführt werden, bergen Risiken und können den Beteiligten schaden. Risiken zu erkennen und zu minimieren gehört daher schon immer zur guten medizinischen Praxis.

Das Gesundheitssystem in den USA wurde in den 70er Jahren von einer Reihe von Kunstfehlerprozessen und Anklagen wegen ärztlichem Fehlverhalten heimgesucht. Zwischen 1970 und 1976 überstieg die Zahl der Prozesse die der vorangegangenen 35 Jahre.

Quasi über Nacht wandelte sich dies durch die enorme Zunahme und Risikomanagement wurde in die vorderste Front des Gesundheitssystems gestellt.

Ausgleichszahlungen mussten bis dato durch die Kliniken getragen werden, für die es zunehmend schwerer wurde, Gelder dafür aufzubringen. Viele Versicherer, die die Risiken nicht einschätzen konnten, mussten sich aus dem Geschäftsfeld Gesundheitsversorgung zurückziehen, um erhebliche finanzielle Einbußen zu vermeiden. Als Ergebnis versuchten Kliniken Alternativen zur Deckung der Risiken zu finden, während die noch verbliebenen Versicherer Beiträge immens erhöhten, um ihr eigenes Risiko zu minimieren. Viele Staaten verabschiedeten ausserdem Gesetze zur Beschränkung der Arzthaftung, zur Überprüfung von laufenden Kunstfehlerprozessen und forderten Risikomanagement Programme.

Eines der ersten Fachgebiete, in welchem enorm hohe Versicherungsbeiträge anfielen war die Anaesthesie. In den späten 80er Jahren sah sich die American Society of Anaesthesiology (ASA) mit einer Situation von schier unbezahlbaren Versicherungsbeiträgen konfrontiert und startete eine genaue Analyse der Ursachen. In der technischen Ausrüstung und fehlenden Aus- und Weiterbildung der Anästhesie sah man die Hauptursachen. Die Gruppe initiierte daher Massnahmen zur Verbesserung der technischen Ausstattung und führte ein Monitoringsystem ein, was zu einer verbesserten Versorgung und reduzierten Versicherungsbeiträgen führte. Der Stellenwert von Risiko Managern wurde mit dieser Initiative erheblich aufgewertet und die nächste Etappe der Entwicklung von Risikomanagement begann.

Schon zurück in 1980 erkannte man, dass gewisse Risikomanagementansätze zu besseren Ergebnissen führten, z.B. Aufsichtsteams zur Qualitätskontrolle und Klinikregularien zur Patientenaufklärung oder zur Weitergabe von Informationen an Patienten und deren Angehörige, als ein Teil im Risikomanagement. Mit der erfolgreichen Initiative der ASA wurde klar, dass Risikomanagement mehr als ein theoretisches Programm auf Papier geschrieben, sein sollte. Risikomanagement musste eine Aufgabe werden, die die notwendigen Analysen von Risiken beinhaltete, um zum effektiven Management zu kommen. Versicherung war nur eine Möglichkeit, Risikokontrolle war gleichermassen wichtig.

Die Akzeptanz der Entwicklung von Risikokontrolltechniken führte zur Entwicklung eines einfachen strategischen Plans zur Identifizierung von Risiken, Gewichtung und Analyse ihrer Ursachen. Spezielle Ziele und Einzelmaßnahmen wurden für die Hauptrisikokriterien definiert, um deren Ursachen anzugehen. Das Messen an diesen Zielen und Maßnahmen wurde zu einer Möglichkeit, Fortschritte zu erfassen – ein frühes Risikokontrollsystem. Auch die wissenschaftliche Betrachtung von Risikomanagement entwickelte sich zu dieser Zeit weiter und neue Techniken wie z.B. Benchmarking oder Erstellen von Leitlinien und klinischen Guidelines entstanden. Mit der Weiterentwicklung des "Managed Care" – Ansatzes wuchs auch das Interesse an Empfehlungen und Vorgaben als ein wichtiger Faktor zur Erfassung von Risiken.

Obwohl die Unterstützung dieser neuen Ansätze durch die Ärzte sehr oft unterschiedlich war, entwickelte sich die Methode weiter, die am ehesten kontrovers diskutiert worden war: Klinische Guidelines.

Klinische Guidelines

Richtlinien und Leitlinien für die klinische Praxis haben sich aus dem Wunsch nach Qualitätsverbesserung und - Management entwickelt. Der Bedarf nach einheitlichen Verfahren, Einhaltung und Optimierung von Qualitätsstandards und Kostenkontrolle wuchs und das Interesse nach einheitlichen Guidelines stieg.

Eine Unterstützung für diese Ent-

wicklung war nicht immer gleichermassen vorhanden. In der Tat gab es oft Widerstände. Aus Angst, es entstünden höhere Haftungsrisiken bei nicht exakter Einhaltung der Guidelines, leisteten viele Widerstand. Auch hatte man Bedenken, dass gängige Medizinpraxis zur Kochbuch-Medizin werden könnte.

Heute ist es kaum möglich medizinische Fachliteratur zu lesen ohne auf einen Artikel über neue Guidelines oder neue Algorithmen zum Gesundheitsmanagement zu stossen. Was 1971 als ein Versuch des "National Centre of Health Services Research and Development" begann, wurde zu einem verbreiteten Usus bei medizinischen Fachgesellschaften und -vereinigungen, Versorgungseinrichtungen, Gesundheitsorganisationen und sogar der pharmazeutischen Industrie.

Die US Regierung war einer der ersten Protagonisten, die Erstellung von Guidelines und richtungsweisenden Empfehlungen für die Klinik voranzutreiben. Der US Kongress hatte bereits 1973 Gesetze zur Einrichtung von Kontrollinstitutionen (PROs: Peer-Review Organizations) und die Erstellung und Einführung von klinischen Guidelines, zum Einsatz in "Medicare" Programmen, verabschiedet. Es dauerte aber noch bis in die 80er Jahre bis ein deutlicher Fortschritt in der Einführung von Guidelines erreicht wurde.

Vom Beginn der DRG Gruppen (DRGs: Diagnosis-Related Groups) in den frühen 80ern bis zur Etablierung der Agency for Health Care Policy and

Research (AHCPR) in 1989 richteten sich die Aktivitäten der Regierung auf die Analyse und Entwicklung von klinischen Abläufen in Bezug auf Klinikpatienten (DRG) und im Niedergelassenen Bereich (AHCPR).

Der Antrieb für die Initiierung dieser Programme war das Bestreben, allgemeine Standards zu vereinfachen und für eine breite Anwendung anzupassen, um damit objektiv messbare Qualität in der Versorgung zu erreichen. Dies entwickelte sich schnell in eine Phase in der sich der Schwerpunkt auf "medizinische Notwendigkeit" und "Zumutbarkeit" verlagerte. Ende der 80er Jahre konzentrierte sich das Interesse der Regierung zunehmend auf die Einhaltung von Qualität, Effektivität (inklusive der Erfassung von Resultaten) und Eignung der Maßnahmen im Rahmen der durch die Regierung bezahlten medizinischen Versorgung.

Aber was ist mit den rechtlichen Problemen im Zusammenhang mit klinischen Guidelines? Führten Guidelines nur zu Frustrationen und erhöhten Haftungsrisiken der Ärzte?

Im Wall Street Journal wurde in einem Beitrag 1994 zitiert: "Gerichtsberichte, sowie eine Harvard University Studie zeigen, dass Guidelines mit Behandlungsempfehlungen zu bestimmten Krankheitsbildern eine wirksame Waffe für Anwälte in Kunstfehlerprozessen geworden sind. Allerdings unterstützt eine Analyse der Präzedenzfälle diese Aussage nicht".

Wir haben alle von den enorm hohen Entschädigungssummen gehört, die in

Kunstfehlerprozessen zugesprochen wurden. Allerdings wird sehr oft die Höhe der Summen nach Einspruch reduziert oder aussergerichtlich geregelt.

Die Gesetze zur Arzthaftung bei Kunstfehlern wurden entsprechend durch die Urteile zu Einspruchsfällen von höheren Instanzen geprägt.

Es gibt 2 weitere Gründe warum US Präzedenzfälle nicht wirklich genau die Auswirkungen von Schadensersatzklagen widerspiegeln:

a) klinische Guidelines sind eine relativ neue Entwicklung und es gibt bisher nur wenige Fälle, die durch die Berufungsinstanzen gingen,

b) Guidelines werden in der Tat dazu benutzt um Ärzte zu schützen und nicht um sie eines Fehlverhaltens zu überführen.

Eine Übersicht über Kunstfehlerprozesse in den USA zeigt, daß die Einhaltung von gründlich erarbeiteten Guidelines Ärzte schützt und u.U. Kläger davon abhält, ein Verfahren anzustreben. Es bleibt daher eher die Frage wie die besten Guidelines erstellt werden können und wie bereits erstellte Guidelines etabliert werden und nicht ob Guidelines überhaupt erstellt werden sollen. (Zum näheren Verständnis über den besten Ansatz qualitativ hochwertige Guidelines zu erstellen, mit hoher wissenschaftlichen Integrität oder zum Evaluieren von bestehenden Guidelines sollte man entweder das "Institute of Medicine Model" von Lohr und Field oder die "University Hospital Consortium

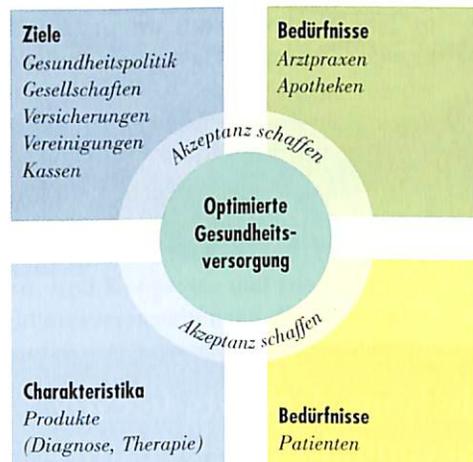
Medical Education

ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Wir bieten Entwicklung, Vorbereitung und Umsetzung medizinischer Fortbildungen.

Mit professionellen medizinischen Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen schaffen wir die Informations- und Wissensgrundlage für eine qualifizierte Gesundheitsversorgung. Diese Programme nennen wir Medical Education.

Physicians World berücksichtigt die Bedürfnisse verschiedener Gruppen.

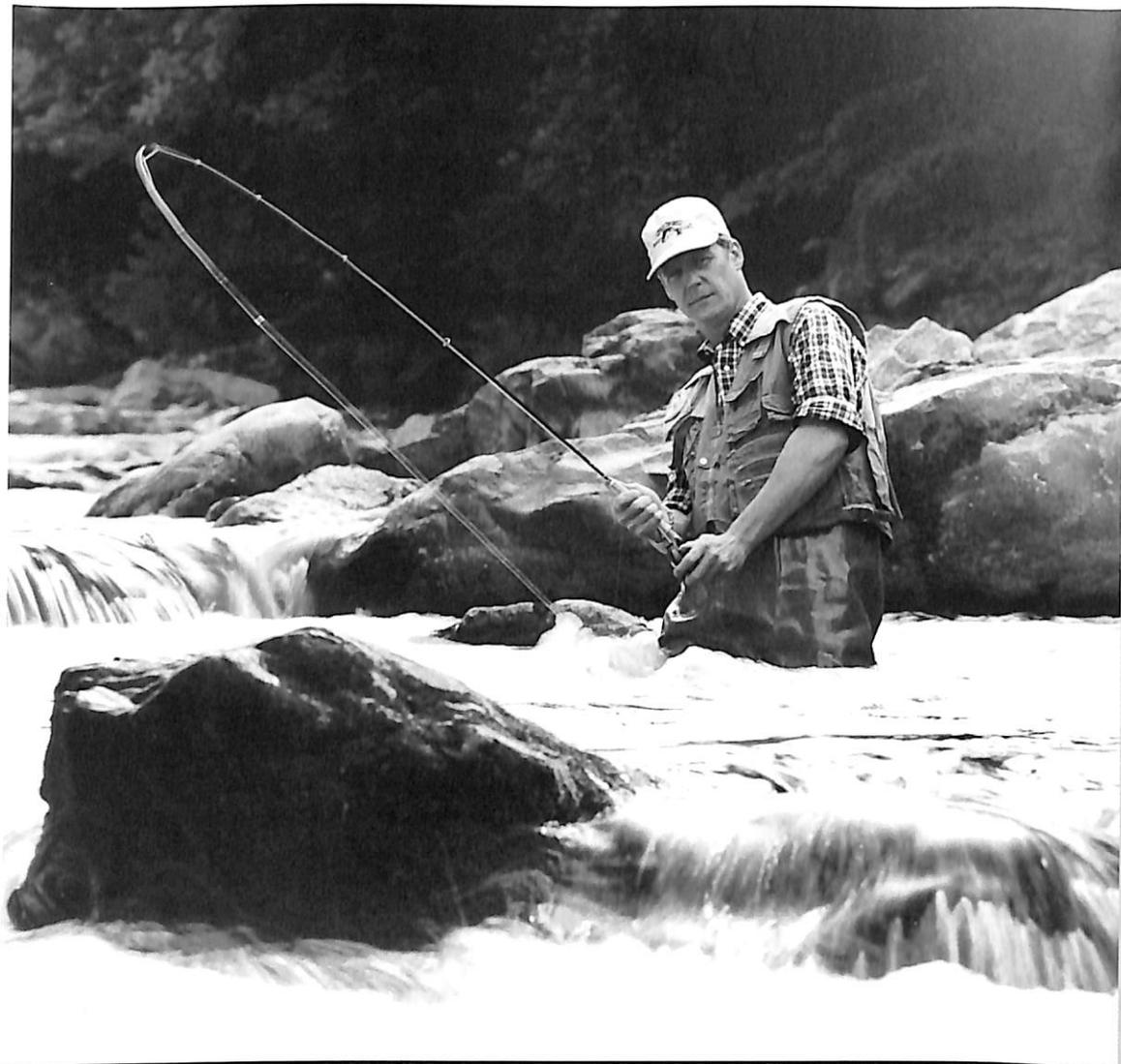


Kompetenz und Leistung von Physicians World:

- Langjährige Erfahrung in den meisten Pharma- und Medizintechnikbereichen
- Bedarfsorientierte Schulungsprogramme
- Umfangreiches Know-how erfolgreicher Produkteinführungen
- Professionelle medizinische Ausbildung (CME = continuous medical education)
- Leistungen mit Gütesiegel

Ihr Ansprechpartner: Dr. Edgar Ingold

Physicians World GmbH
Erzbergerstraße 18
D-68165 Mannheim
Telefon ++49/621/4261-190
Telefax ++49/621/4261-666



GREY

**Aujourd'hui de bons produits fiscaux
peuvent avoir des effets secondaires très positifs
sur votre bien-être et votre avenir.**

En matière de fiscalité, nul n'a envie de nager en eaux troubles.
C'est la raison pour laquelle la BIL vous propose une gamme très complète
de produits fiscaux. N'hésitez surtout pas à rencontrer l'un de nos conseillers.

Vous choisirez avec lui les solutions les plus appropriées
pour vous et ainsi tout sera clair comme de l'eau de roche.

BANQUE INTERNATIONALE **BIL**
A LUXEMBOURG

DEXIA

Société anonyme, fondée en 1856, 69 route d'Esch, L-2953 Luxembourg
Tél. : 4590-1 - Fax : 4590-2010
<http://www.bil.lu> - e-mail : contact@bil-dexia.com

VOU
AVAI
TOU

Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich mit Physicians World

Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich mit Physicians World

Wie in vielen anderen Berufen ist es auch für den Arzt von größter Wichtigkeit, sich über neue Entwicklungen in seinem Fachgebiet, z.B. bezüglich Diagnose und Therapie, auf dem Laufenden zu halten.

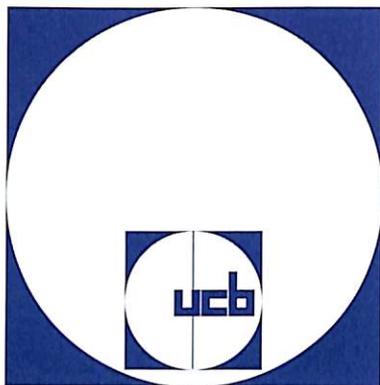
Ausgelernt hat ein Arzt nie. Gemäß der ärztlichen Berufsordnung in Deutschland hat jeder Mediziner die Pflicht, auch nach Abschluß seines Studiums, sich beruflich weiterzubilden. Auf welche Art und Weise er dies tut, liegt dabei größtenteils im Ermessen des einzelnen Arztes. Ein Zwang oder eine Pflicht die Fortbildung zu dokumentieren und zu belegen, wie es etwa in der Schweiz oder in den USA der Fall ist, ist von der Bundesärztekammer derzeit nicht gegeben. Vielmehr soll der Arzt über Motivation für seine eigene Fortbildung begeistert werden. Neben der Lektüre von Fachzeitschriften und Publikationen, sind Kongresse und spezielle Fortbildungsveranstaltungen die Hauptquelle zur Weiterbildung. Das Medium Internet spielt in dieser Hinsicht in Zukunft sicher eine zunehmende Rolle.

Heute werden etwa zwei von drei Fortbildungsveranstaltungen unter Beteiligung der Pharmaindustrie durchgeführt. Häufig werden dabei auch direkt Produkte der Pharmahersteller beworben. Qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen dem Arzt die Möglichkeit bieten auch nach dem Studium, mit den Entwicklungen in der Medizin und besonders bei praxisrelevanten Themen und Fragestellungen seines Fachgebiets Schritt halten zu können. Im Sinne von Qualitäts- und Risi-

komanagementaspekten ergeben sich eine Reihe von Forderungen an die Fortbildungsprogramme. Sie sollten auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingehen, problemorientiert und praxisrelevant sein, den aktuellen Kenntnisstand darstellen und den fachlichen Austausch zwischen Referent und Teilnehmer ermöglichen. Vollständigkeit, Ausgewogenheit und Neutralität sind dabei wichtige Qualitätsmerkmale.

Mit der Vorgabe, diesen Anforderungen zu entsprechen, entwickelt Physicians World als unabhängiger Anbieter in den USA seit über 20 Jahren und nun auch in Deutschland / Europa Fortbildungsprogramme für Ärzte und andere Gruppen im Gesundheitsbereich. Die Programme erfüllen die Anforderungen für "Continuing Medical Education" (CME), was in Amerika mit der Vergabe von sogenannten Kreditpunkten, mit Hilfe derer die Fortbildung belegt wird, verbunden ist. Sehr häufig werden die Programme in Abstimmung mit Fachgesellschaften wie z.B. National Lung and Blood Institute, American Diabetes Association oder International Osteoporosis Foundation entwickelt. Die Wege über die die Schulungsinhalte den Interessenten angeboten werden, sind vielfältig und reichen von Publikationen, Reviews, Newsletters, über Symposien, Seminare, Workshops, Audiokonferenzen, bis hin zu Video, CD-Rom und Internet.

Nur durch kontinuierliche Weiterbildung wird eine qualitativ hochwertige Medizin gewährleistet. "Medical Education" in diesem Sinne ist in zunehmendem Maße ein wichtiger Baustein in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung.



VOTRE PARTENAIRE SANTÉ

ZYERTEC®
BONEFOS®
NOOTROPIL®
BIOFENAC®
SOMATOSTATINE UCB®



S.A. UCB N.V. SECTEUR PHARMA
1420 BRAINE-L'ALLEUD
Verd.-Distr.-Vert. :

S.A. UCB Pharma N.V.
1180 BRUXELLES • BRUSSEL • BRÜSSEL

Erfolg ist keine Zufallsgröße

In turbulenten Zeiten mit komplexen Szenarien liegt es kaum mehr in den Möglichkeiten eines Einzelnen erfolgreich zu sein.

Es braucht einen Partner mit Systemdenken, Partner, die Wissen mit Erfahrung kombinieren und den Wandel als eine gemeinsame Herausforderung verstehen.

Eine handvoll Gründe, weshalb OPTIMED für Sie der richtige Partner ist:

competence • Das Wissen und die Erfahrung der Besten setzen wir ein, um für unsere Kunden hervorragende Lösungen zu erarbeiten.

consulting • Wir beraten Kunden und entwickeln mit ihnen strategische Lösungen, die einen Vorsprung im Markt sichern.

communication • Wir sind unserer Leitlinie verpflichtet, unseren Kunden und deren Kunden zuzuhören, die Probleme zu verstehen und die Lösung gemeinsam zu erarbeiten.

contact • Wir machen aus Marktbeteiligten Partner zum gemeinsamen Nutzen.

change • Der Fortschritt lebt vom ständigen Wandel. Wir gestalten ihn mit.

Seit 01.01.2000 ist Optimed S.à.r.l. der exclusive Vertriebspartner von DIOMED für das Großherzogtum Luxemburg. Patientenaufklärung und Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil des Risk Management von Ärzten.

Das Diomed-Patientenaufklärungssystem wurde von Prof. Weißbauer als Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen entwickelt. Seit zwei Jahrzehnten hat es sich millionenfach bewährt.

Die Vorteile des Diomed-Trennsystems:

- Der Patient kann den Informationsteil behalten. Er kann wichtige Informationen wie z.B. Verhaltensweisen jederzeit nachlesen.
- Übersichtlicher Dokumentationsteil, d.h. wichtige Fakten der Aufklärung auf einen Blick.
- Schnelles Handling. Alle Bögen sind an der Trennlinie perforiert und gelocht.
- Die Krankenakte wird reduziert

Fordern Sie weitere Informationen an über:

OPTIMED S.à.r.l.
24a, rue de Remich
L-5471 Wellenstein
Telefon 00352 697621
Telefax 00352 697621-32
email schweitzer@sl.lu

Neupogen[®]

filgrastim

G-CSF

For rapid recovery after optimal chemotherapy



Island of Neutropenia Michele Angelo Petrone. First published in the *Lancet*, Medicine and art section, vol 348. July 20 1996

Improving survival with innovative and intensified chemotherapy regimens is a key therapy objective for cancer patients.¹ Neupogen allows this challenge to be met by improving haematopoietic support.²

References

1. Crown J, Norton L. *Ann Oncol* 1995; 6(Suppl 4): S21-6.
2. Bezwoda W, Seymour L, Dansey RD. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2483-9.

AMGEN

Neue Möglichkeiten im Risk-Management durch zielgruppenorientierte Konzeptionen

Die Versicherungssituation im europäischen Binnenmarkt verändert sich schnell und permanent. Insbesondere durch gesellschaftliche Umwandlungen, durch die Veränderung der Verhaltensstruktur von Patienten etc. bedarf die Versicherungsstruktur der Ärzte einer Modifikation.

Wer ist

Schweitzer Versicherungen S.à r.l.?

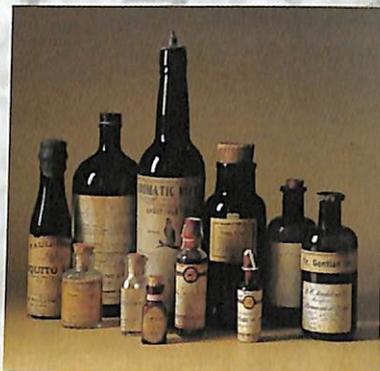
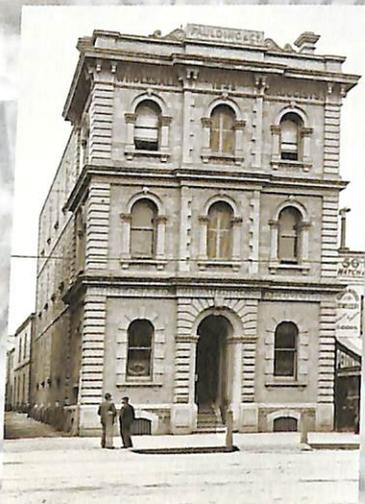
Schweitzer Versicherungen S.à r.l. ist ein internationaler Assekuranzmakler mit Sitz in Luxemburg. Als Makler vertreten wir ausschließlich die Interessen unserer Klienten und entwickeln in Zusammenarbeit mit renommierten Gesellschaften aus der Versicherungs- und Vermögensanlagebranche sowie Bankhäusern innovative Deckungskonzepte und Strategien, die Klienten unter dem Gesichtspunkt des optimalen Preis-Leistungsverhältnisses, eine aus einer Hand gesteuerte Vorsorgebetreuung bieten.

Die Entwicklung dieser Vorsorgekonzepte erfolgt nach den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe auf individueller Basis.

Beispielsweise hat Schweitzer Versicherungen S.à r.l. mit der Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg eine unter Ausnutzung aller steuerlichen Vorteile, den heutigen Anforderungen angepaßte Vorsorgeinitiative initiiert, die eine Optimierung der Versicherungsleistungen für den Berufsstand Arzt bietet. Möglich war "LUX MEDICAL CARE" durch die Kooperation mit weltweit führenden Versicherungsunternehmen, z.B. der

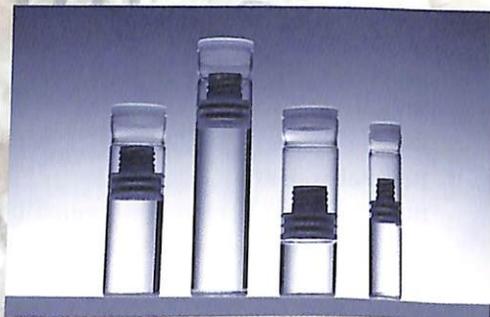
AXA Colonia. Diese Kooperation wird auch in Zukunft dafür Sorge tragen, daß aktuelle Probleme, die Beobachtung von Risiken und das damit in Verbindung stehende Risk-Management, Marktveränderungen usw. umgehend kompetent und unkompliziert für die individuellen Belange und Interessen unserer Klienten Berücksichtigung finden werden. Wir sind jederzeit erreichbar, im Hinblick auf Problemlösungen oder Abwicklung von Schadensfällen ein erheblicher Nutzen.

* Desweiteren bietet Schweitzer Versicherungen S.à r.l. Deckungskonzepte für Krankengymnasten (Lux Kiné Care), Tierärzte und Apotheker an.



 **Faulding**

*Tradition
and
Innovation*



sa Faulding Pharmaceuticals nv
Rue des Trois Arbres 16
Driebomenstraat 16
Bruxelles 1180 Brussel (Belgium)
Telephone + 32 2 332 03 15
Facsimile + 32 2 332 19 67



ONCO-TAIN®
et
ONCO-VIAL®

*Votre partenaire en
oncologie*

Services Corporation's Policy on Practice Guidelines Development" studieren.)

Es bleiben noch 2 Einwände, die die Guidelines betreffen.

Zum Einen die Befürchtung, dass klinische Guidelines zu einer Standardbehandlung führen. Rein rechtlich gesehen umschreibt eine Standardbehandlung Wissen, Können und Behandlung wie sie ein kompetenter Arzt unter ähnlichen Bedingungen durchführen würde. Es ist wichtig sich darüber im Klaren zu sein, dass Guidelines nur die Behandlung von Patienten unter ähnlichen Bedingungen beschreiben. Als solche helfen sie, klinische Variabilität in der Therapie zu vermindern (was zu besseren Resultaten und Kostenreduktion führt). Dies erfordert aber dennoch gutes professionelles Urteilsvermögen. Trotz der Verfügbarkeit von Guidelines, sollten die ärztliche Kompetenz und persönliche Beurteilung des spezifischen Patientenfalles im Vordergrund stehen. Mit anderen Worten: die Behandlung von unterschiedlichen Patienten erfordert auch, daß Ärzte sich von engen klinischen Regelungen lösen. Allerdings erfordert ein kluges Risikomanagement, daß sie ihre Vorgehensweise dokumentieren und beschreiben, wie und worin sich die Situation des Patienten von der Norm, wie in den Guidelines beschrieben, unterscheidet. Diese Dokumentation ist essentiell um zu belegen, dass die adäquate Behandlung für diesen Patienten eine andere ist als in den klinischen Guidelines beschrieben. Es ist weiterhin wichtig herauszustellen, daß Guidelines nur

eine von vielen möglichen Quellen sind, die einen Standard zur Behandlung von Patienten beschreiben. Weitere Quellen sind z.B. Expertenwissen und veröffentlichte medizinische Literatur. Es ist sehr wahrscheinlich, dass Anwälte weiterhin ihre Aufmerksamkeit auf Abweichungen richten, insbesondere auf gravierende Unterschiede, die darüber hinaus unzureichend dokumentiert sind.

Eine weitere Frage, vielleicht die wichtigste, ist: Sind klinische Guidelines überhaupt umsetzbar? Leider sind Ergebnisanalysen zur Anwendung von guten klinischen Guidelines in der medizinischen Literatur kaum veröffentlicht. Dennoch gab es in den letzten Jahren Fallbeispiele, in denen Versorgungseinrichtungen durch die Entwicklung von Guidelines zur Risikomodifizierung, kostspielige Klagen vermeiden und eine verbesserte Behandlung der Patienten erreichen konnten. In einem Fall erstellten Ärzte einer Einrichtung Guidelines, die dann von einem nationalen Panel von Ärzten unterstützt wurden (Benchmarking).

Das Cuyahoga Falls General Hospital in Cuyahoga Falls, Ohio (USA) erarbeitete zusammen mit dem Versicherer MMI Companies, Inc. Deerfield, Illinois (USA) Lösungen zur Reduktion von Entschädigungskosten, die in 3 Tätigkeitsbereichen mit hohem Risiko- und Kostenpotential auftraten. Nach einer Analyse für den Notfall-, Perinatal- und perioperativen Bereich gelang der Klinik durch die Durchführung von Risikomodifizierungsprogrammen und die durchgängige

Einhaltung von Guidelines, eine 96% Reduktion der durchschnittlichen Kosten pro Schadensersatzforderung. Die durchschnittlichen Kosten pro Fall beliefen sich auf \$72,767 bei Nichtbefolgung von Guidelines, aber auf nur \$2,834 bei Einhaltung aller Guidelines in diesen risiko- und kostenintensiven Bereichen (Physician Profiling and Behavior Change Report).

Für Cuyahoga Falls ist eindeutig belegt, dass die Umsetzung von klinischen Guidelines - von Experten entwickelt und an landesweiten Normen ausgerichtet – sowohl zu einer verbesserten Versorgung, als auch zu einer signifikanten Kostenreduktion geführt hat.

Was kann aber der einzelne niedergelassene Arzt machen, der u.U. keinen Zugang zu nationalen Bestimmungen und klinischen Guidelines hat, oder auch nicht die Zeit zur Evaluierung und Umzusetzung ?

Risikomanagement für den niedergelassenen Arzt

Mit der direkten Verfügbarkeit über das Internet haben Ärzte leicht Zugang zu Veröffentlichungen der AMA (American Medical Association) unter der Internetadresse: www.ama-assn.org. Viele Versicherungsgesellschaften bieten ebenfalls Literatur und auch Ausbildungskurse an. Die Empfehlungen, die man aus diesen zahlreichen Quellen herauslesen kann, sind einfache Ratschläge, die das allgemeine Verständnis widerspiegeln. Allerdings sollten wir uns daran erinnern, dass die Mehrzahl der Schadensersatzklagen und die wahre Gefahr für Ärzte nicht

auf mangelnder medizinischer Sorgfaltspflicht beruhen. Fehlende Beachtung von Verwaltungsabläufen, Kommunikationsdefizite (gegenüber Patienten und gegenüber Personal) und mangelnde Dokumentation bringen den Arzt in eine Situation erhöhten Risikos und in eine schwer zu verteidigende Position bei Gerichtsverfahren (Risk Management Principle & Commentaries for the Medical Office, the American Medical Association). Es ist wichtig für Anbieter in der Gesundheitsversorgung zu erkennen, dass Risiken erfassbar und kontrollierbar sind. Einige der wesentlichen Massnahmen, die Ärzte zur Risikominimierung in die Wege leiten können, beziehen sich auf folgende Bereiche:

- Dokumentation und Patientenakte: objektiv, genau, verständlich, lesendlich, aktuell, vollständig, mit erkennbaren Änderungen erstellt
- Einwilligungserklärungen – Verantwortung des Arztes
- Informationsfluss – Praxisdokumentationssystem
- Beratung
- Praxisvertretung
- Beziehung zu Patienten – Patientendatei
- Terminplanung
- Telefonische Beratung
- Abrechnung
- Assistenzpersonal
- Medizinisch-technische Ausstattung und Verschreibung von Arzneimitteln
- Empfangsbereich, Praxisgestaltung und Einrichtung

Wo und wann werden diese Punkte integriert? Die wachsende Zahl von Schadensersatzansprüchen in den USA kann nach 4 Kategorien klassifiziert werden. Ärzte sollten die oben aufgelisteten Punkte heranziehen und entsprechend der 4 Kategorien hinterfragen. Diese Empfehlungen sollten als Werkzeuge dazu dienen, Systeme zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung aufzubauen; sie sind keine Garantie dafür, dass Risiken ausgeschlossen sind.

1. Kategorie: Bevor der Patient in das System der Gesundheitsversorgung eintritt. Hier ist es wichtig seine Erwartungen zu erfüllen. Dies umfasst Professionalität des medizinischen Personals, Qualität und Verfügbarkeit der technische Ausstattung und die Bedienung von Ausrüstung und Software durch kompetentes Personal. Andere Gebiete beziehen sich auf das Praxiskommunikationssystem: sowohl für die interne Kommunikation als auch für die externe zu Patienten und Beratern. Ein weiteres Feld ist die Patientendatei – hier sind Gewährleistung der Genauigkeit und des Datenschutzes hervorzuheben. Allgemein gesagt fallen in diese Kategorie Risiken des Geschäftsmanagements.

2. Kategorie: Wenn der Patient in das System eingetreten ist. Dies ist der Bereich des berufsbezogenen Risikomanagements. Auch hier steht der Patient im Mittelpunkt – Schweigepflicht, Einwilligungserklärung, Kommunikation, Arzt-Patient-Beziehung und in zunehmendem Masse ethische Probleme. In diese Kategorie gehört auch die Koordination mit anderen

Anbietern. Dies beinhaltet Referenzen und Empfehlungen bezüglich Ärzten, Assistenten und Schwestern.

3. Kategorie: Risikomanagement in Bezug auf medizinische Behandlung, Risikomanagement in der Therapie. Hier sind klinische Kompetenz (Kunstfehler), nicht-standardisierte Versorgung (Variabilität in der Versorgung des Patienten/verschiedene Patienten), die zunehmende Eigenverantwortung und Mitsprache des Patienten sowie der off-label Einsatz von Medikamenten eingruppiert.

4. Kategorie: Situation nach schlechten Resultaten und Fehlverhalten. Welche Schritte der Arzt unternimmt, um in einer ehrlichen, aufrichtigen Weise damit umzugehen und seine bestehende Beziehung zum Patienten sind massgeblich für die Entscheidung des Patienten, ob er eine Schadensersatzklage einreicht oder nicht.

Sofern in den ersten 3 Kategorien gutes Risikomanagement erfolgt ist, sind Risiken in der Kategorie 4 weitgehend minimiert.

Wenn Ursachen und Probleme identifiziert und eingestuft sind, sind für die Umsetzung von Empfehlungen und zur weiteren Vorgehensweise oft Schulungen für Arzt und Assistenzpersonal erforderlich. In vielen Fällen werden auch Probleme umgangen, wenn Patienten durch Ärzte geschult werden. Risikobereiche in denen Schulungen besonders zu Verbesserungen führen sind:

Kommunikation zwischen Personal, Patienten (inklusive Behandlungsver-

einbarungen), anderen Anbietern im Gesundheitssektor und Kollegen;
Verbesserung von Patientendokumentationssystemen;

Erhöhung der Professionalität des Personals;

Umgang mit ethischen Problemen;

Aufrechterhaltung der Fachkompetenz (hier ist CME, continuous medical education, die Hauptinformationsquelle).

Fazit:

Eine vernünftige und logische Auseinandersetzung mit Risikomanagement ist möglich und kann mit einem proaktiven Ansatz zur Problemerkennung und Problemlösung sehr erfolgreich sein. Sie ist einem reaktiven Agieren, das oft problemüberfrachtet und immer bestrafend ist, vorzuziehen.

Ob Gemeinschaftspraxis, Versorgungseinrichtung mit vielen Spezialbereichen oder der einzelne Arzt - alle können Massnahmen zur Risikominimierung unternehmen. Die Erfahrungen in den USA zeigen, dass Schadensersatzverfahren oft mit Leistungen, die den Qualitätsanforderungen nicht genügen oder mit Fehlverhalten einhergehen. Eine detaillierte Ursachenanalyse sollte Ärzte in die Lage versetzen, Risikoquellen zu erkennen, zu priorisieren und die grössten bzw. strategisch wichtigsten Problemfelder anzugehen. Häufig werden dem Arzt in bereits existierenden oder kundenorientiert entwickelten Weiterbildungsmassnahmen neue Ideen und Konzepte zur Mängelreduzierung im Praxisumfeld

vorge stellt. Schon der Einsatz von einfachen Risikomanagementstrategien bringt gute Ergebnisse.

Medizin ist Wissenschaft und Kunst - erbracht von Menschen. Oft müssen schwierige Entscheidungen getroffen werden - dabei entstehen auch Fehler. Aber ohne Risikomanagement ist wiederholtes Fehlverhalten vorbestimmt.

Referenzen:

Amer Acad Fam Physicians, Risk Management and Medical Liability, Recommended Core Educational Guidelines for Family Practice Residents, AAFP Reprint 281.

Amer Med Assoc, Legal Issues for Physicians.

Bartlett EE, Holman KI, Reducing malpractice risk and increasing quality in managed care, Manag Care Interface 11(5): 66-72, May 1998.

Capitation Management Report, Adopting guidelines improves quality of care while reducing provider liability, (12): 189-91, Dec 5, 1998.

Enman C, Legal issues associated with the use and development of practice guidelines, UHC Services Corporation, 1995.

Fifer WR, Risk Management: the art of preventing 'people failure', Trustee, September 1977.

Fiscina SF, Risk Management, Presentation at Third Annual Risk Management Symposium, E. Carolina University School of Medicine, Greenville, NC March 1992.

Holzer JF, The advent of clinical

standards for professional liability, Qual Rev Bul 16(2): 71-79 Feb 1990.

King JY, Practice guidelines & medical malpractice litigation, Med Law 16(1): 29-30, 1997.

Mandell DB, Limiting liability in today's health care environment, Guardian Publishing, webpage, 1999.

Pendrack RF, Top ten issues in medical malpractice, Medical Practice Communicator 4(5): 6, 1997.

Physician Guide to Risk Management, PHICO Insurance Co, The Risk Manager's Desk Reference

Physician Profiling & Behavior Change Report, Save money on malpractice costs with these guidelines, 108-12, July 1999.

Risk Management Principles & Commentaries for the Medical Office, AMA.

Sprouse MW, Whitmore BC, Developing a hospital policy for clinical pathways, J Healthc Qual 17(6): 40-51, Nov-Dec 1995.

Study details injuries to hospitalized patients, AMNews, March 18, 1991.

Tingle J, Clinical guidelines: legal and clinical risk management issues, Br J Nurs 6(11): 639-41, June 12-25, 1991.

Weber DO, Rx for lawsuits, Insurance Review, April 1990.

Weinstein SM, Legal implications/risk management, J Intraven Nurs 19(3 Suppl): S 16-18, May-June 1996.

Präventive Einbindung von Risk Management und Qualitätssicherung in der medizinischen Ausbildung am Beispiel EU und USA

Prof. Josef Pflug

Imperial College of Science, Technology and Medicine
University of London Hammersmith Hospital Swollen Limb Clinic
London, W 12 OHN

Abstract

The risk to be sued for clinical negligence by a patient is an integral part of modern medicine characterised by numerical evaluation of data, quality control of the results and cost containment. All three issues raised already at the beginning of the century by the American Surgeon Codman are without any doubt the basis of the spectacular achievements in the management of practically all diseases. At the same time they became a basis for compensation claims of patients who were not satisfied with the results of their treatment. The spiralling legal costs diverting resources of patients care and associated with feeling of doctors not being valued were interpreted as a profoundly negative aspect of modern medicine. Surprisingly, however, the complaints had also positive impact: revival of better documentation, involvement of the patient in the management of his disease and the realisation that a non-adversarial dispute resolution should replace the existing blame culture.

Keywords:

Clinical negligence settlements;
positive and negative aspects.

Für die heutigen Medizinstudenten sowie für die junge Ärztegeneration ist die Penalisierung einer fehlerhaften Behandlung des Patienten ein etablierter Bestandteil der modernen Medizin. Die charakteristischen Veränderungen, welche im Laufe der letzten 20 - 30 Jahre die Ausübung des medizinischen Berufes grundlegend beeinflussten, kann man in der Reihenfolge der Wichtigkeit wie folgt zusammenfassen:

- Quantifizierung der medizinischen Daten
- Qualitätssicherung der therapeutischen Leistungen
- und Costcontainment d. h. strikte finanzielle Kontrolle aller mit der Behandlung zusammenhängenden Ausgaben.

Die Auswirkung der Objektivierung und Meßbarkeit der medizinischen insbesondere therapeutischen Leistungen (1), blieb nicht nur auf den Therapeuten beschränkt. Auch der Patient

bekam dadurch die Möglichkeit, das therapeutische Resultat zu überprüfen und mit ebenso Betroffenen zu vergleichen.

Einer der wichtigsten Voraussetzungen der erfolgreichen Behandlung, das Arzt-Patienten Verhältnis, hat sich radikal verändert. Der seit Jahrhunderten humanitär-paternalistisch betreute Patient, wurde zu einem Partner und zwar zu einem Geschäftspartner (2). Die durch seinen Kassenbeitrag bezahlten Leistungen bekamen neben der medizinischen auch eine von ihm leicht begreifbare finanzielle Dimension.

Die rechtlichen Grundlagen für die Haftung bei Behandlungsfehlern ergeben sich aus dem Vertragsrecht (Behandlungsvertrag) und dem Recht der unerlaubten Handlung (Deliktsrecht). Ein spezielles Gesetz über die Berufshaftpflicht gibt es weder im amerikanischen noch im europäischen Recht (3). Als Leistung schuldet der Arzt dem Patienten die ärztliche Behandlung unter Einhaltung des medizinischen Standardes d.h. einer nicht scharf definierten und vom technischen Fortschritt abhängigen Kategorie.

Genauso unscharf definiert sind die Patientenrechte.

In Gesellschaften mit einer freien Marktwirtschaft, welche durch hohe Ansprüche und überzogene Forderungen des einzelnen Bürgers an die Gemeinschaft charakterisiert sind, entstand neben der hoch positiven Erweiterung des Therapiespektrums in der modernen Medizin auch eine negative Kategorie, d.h. das Recht des Patienten, den Arzt für ein, seines

Erachtens nach, schlechtes Behandlungsergebnis zu verklagen. Diese Kategorie, auch Verrechtlichung der Medizin bezeichnet, war von Anfang an negativ und bleibt bis jetzt sowohl für den Patienten als auch für den Arzt kontrovers. Der Grund liegt in der völlig unterschiedlichen Vorstellungswelt und Begriffswelt, in der die Jurisprudenz und die Medizin arbeiten. Der Richter trifft seine Entscheidungen nach genau definierten, d.h. absoluten Maßstäben. Der Arzt dagegen muß seine Entscheidungen aufgrund von individuell unterschiedlichen und nie ursächlich restlos bewiesenen Krankheitssymptomen treffen. Diese Problematik wird noch dadurch betont, daß bei den meisten Erkrankungen unterschiedliche Therapieverfahren in Frage kommen, deren Ausgang nie mit absoluter Sicherheit voraussagbar ist. Wie setzte sich die moderne Medizin mit diesen ungewohnten Aspekten auseinander?

Bei der Befragung meiner postgraduate Studenten, einer Ärztegeneration, die in den letzten 2 Jahrzehnten Examen ablegte, konnte ich erfahren, daß während des Studiums weder in den USA noch in den EWG Ländern die Risikofrage der beruflichen Tätigkeit systematisch behandelt wurde. Denn in der medizinischen Ausbildung, in der die Krankheit als eine objektiv scharf definierte Entität dargestellt wird, ist eine fehlerhafte Behandlung nicht existent.

Erst in der praktischen Ausübung des Berufes wird klar, daß eine Erkrankung individuell unterschiedlich verläuft und nicht immer gleich auf dieselbe Therapie reagiert.

Adäquate Aufmerksamkeit bekam die Verrechtlichung der Medizin in den Fachzeitschriften, Fortbildungsveranstaltungen und an den Kongressen der Fachgesellschaften. So gab es z.B. bei den Jahreskongressen der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft in den letzten 5 Jahren regelmäßig Vorträge über chirurgische Kunstfehler und Empfehlungen, wie sich die Mitglieder verhalten sollten. Das Thema wurde jedoch von fast ausschließlich juristischer Sicht behandelt, welche den Medizinern fremd war.

Die Standesorganisationen (in Deutschland die Landesärztekammern) setzten sich für eine vorgerichtliche Einigung durch Einrichtung von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ein.

In derselben Richtung wirkte auch die schnelle Reaktion der Versicherungsgesellschaften durch Einführung der Berufshaftpflichtversicherung und die Forderung nach einer gründlicheren Dokumentation.

Die durchwegs ablehnende Haltung der Ärzte, die ich befragte, wurde ohne Ausnahme durch dasselbe Argument begründet: "Zu viel Zeit für die Dokumentation, zu wenig für die Patienten". Mit anderen Worten, die gründlichere Dokumentationspflicht wurde als medizinisch kontraproduktiv aufgefaßt.

Ist sie es?

Die Antwort scheint ein klares Nein zu sein (4). Denn bei der Nominierung des bedeutendsten amerikanischen Arztes dieses Jahrhunderts fiel die Wahl nicht auf einen der vielen Nobelpreisträger oder auf Abraham

Flexner, der das Medizinstudium in der USA reformierte und zu einem der besten in der Welt machte, sondern auf den fast unbekanntem Harvard Chirurgen Ernest Amory Codman (1869 - 1940).

Codman kam in der ersten Dekade dieses Jahrhunderts zu dem Schluß, daß die von Lord Kelvin verlangte numerische Erfassung der Therapieresultate der effektivste Weg zu einer Minimierung der Behandlungsmißerfolge sei und bewies die Effizienz dieses Zuganges am eigenen Krankengut. Weil er dasselbe von seinen Kollegen verlangte, wurde er vom damaligen Establishment in totale Isolation verbannt und geriet in Vergessenheit.

Seine Schlußfolgerungen und sein Ziel, daß die medizinischen Daten nicht, wie üblich, qualitativ, d.h. subjektiv und nicht überprüfbar, sondern objektiv und nachvollziehbar erfaßt werden müssen, wurden erst nach seinem Tode in den letzten zwei Jahrzehnten unseres Jahrhunderts unter der Etikette "outcome driven medicine" realisiert.

Codman bekam die höchste Anerkennung des heutigen amerikanischen medizinischen Establishments, weil er an seinem eigenen Krankengut nachwies, daß nur eine gründliche Dokumentation die eigenen Mißerfolge bloßlegt und so den effektivsten Weg zu deren Beseitigung darstellt. An sich eine Binsenwahrheit, wie das alte englische Sprichwort dokumentiert: "The best way to the better lies in taking a full look at the worst".

Warum dauerte es fast ein ganzes Jahrhundert, bis Codman's Forderungen erfüllt wurden? Dafür gibt es zwei

Gründe. Ersterer wird mit der englische Definition der Medizin am besten erklärt "an art guided by the science". Der zweite geht auf die von Lord Kelvin festgelegte Einschränkung der numerischen Erfassung der Daten zurück:

"Everything can be measured, provided it has been defined".

Denn in der Tat ist die jahrhundertelange Evolution der Heilkunde vom Mystizismus zur Wissenschaft noch nicht abgeschlossen.

Überraschenderweise hat die Metaanalyse, eine praktisch höhere Stufe der prospektiven kontrollierten Beurteilung des Therapieresultates, die Schwächen dieser bewährten Säule der wissenschaftlichen Medizin bloßgestellt und damit indirekt die retrospektive Auswertung der eigenen Resultate und die Erfahrung des Einzelnen aufgewertet. Des weiteren zeigte die Metaanalyse, daß die Voraussage des therapeutischen Resultates auch bei numerisch gut erfaßten Erkrankungen wegen der multifaktoriellen und individuell unterschiedlichen Einwirkung der Therapie auf den Organismus sehr schwierig ist (5).

Bezogen auf die Schadenersatzansprüche stellt sich die Frage: Wie kann man von qualitativen in der Regel kontroversen Daten eine quantitative Kategorie ableiten d. h. ein gerechtes Urteil fällen?

Obwohl wir mit den berechtigten und meistens unberechtigten Ersatzansprüchen der Patienten (2) weiter rechnen müssen, ebbt die Prozesswelle auf der ganzen Welt ab. Der Hauptgrund liegt, wie die Nominierung Codmans zum besten amerikanischen Arzt des

zwanzigsten Jahrhunderts beweist, in der Wahrnehmung der medizinischen Dimension von zwei von ihm vorweggenommenen Faktoren:

- In der exakten Dokumentation der medizinischen Daten und
- in der Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozeß.

Die effektivste Gegenmaßnahme einer potentiellen Beschuldigung seitens des Patienten ist eine lückenlose Erfassung der anamnestischen, diagnostischen und mit der Behandlung zusammenhängenden Daten. Der alte Grundsatz, daß eine erfolgreiche Therapie von einer guten Fragestellung und deren Beantwortung abhängt wird durch die schriftliche Ausfüllung von auch juristisch überprüften Formularen oder elektronisch mit Hilfe eines Computers auf allen Ebenen der medizinischen Dienstleistungen realisiert. Für jedes Fachgebiet gibt es guidelines d. h. kollektive Erfahrungen, welche ebenfalls die forensischen Aspekte respektieren und mit minimaler Modifizierung jeder individuellen Anforderung angepaßt werden können. Durch derartige Maßnahmen wurde der forensisch defensive Charakter der adäquaten Dokumentation verdrängt und ihr medizinischer Wert hergestellt.

Auch die Partnerschaft mit dem Patienten ist wenigstens in England auf dem Vormarsch. Die Therapie wird nicht mehr nur verordnet, sondern mit dem Patienten ausführlich besprochen und schriftlich dokumentiert. Der hohe Stellenwert des heutigen Arzt - Patientenverhältnisses wird auch in der Literatur reflektiert (6, 7, 8).

Historisch gesehen stellt das "risk

management“ in der rasant fortschreitenden technischen und sozio-ökonomischen Entwicklung der Medizin nur einen von vielen Faktoren dar. Neben der unbestreitbar negativen Auswirkung durch Kostenanstieg der medizinischen Leistungen führte es jedoch zur signifikanten Verbesserung des Arzt-Patienten Verhältnisses und zur besseren beidseitigen Einschätzung des Behandlungsrisikos.

Den Beweis, daß es eine Medizin ohne Risiko nicht gibt und auch in der Zukunft trotz aller Fortschritte nicht geben kann, lieferte der Streit zwischen zwei weltbekannten englischen Internisten Lord Platt und Sir George Pickering über die Meßbarkeit der medizinischen Daten. Die in den sechziger Jahren öffentlich im Lancet ausgetragene pro- und contra Argumentation endete mit dem Konsens, der bis heute nicht in Frage gestellt wird: “In medicine not everything that counts is countable, and not everything that is countable counts”.

Zusammenfassend darf man behaupten

- daß die Grundlagen des spektakulären medizinischen Fortschrittes den wir erleben, gleichzeitig die Grundlagen der heftig kritisierten Prozeßwelle sind
- daß eine ausführliche Dokumentation der medizinischen Daten nicht nur die effektivste Maßnahme gegen die Schadenersatzansprüche ist, sondern gleichzeitig die unabdingbare Voraussetzung der allseits geforderten Verbesserung der Therapieresultate.

Referenzen:

- 1) Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- 2) Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ 1999 Sept; 319: 719-20
- 3) Berner B. Rechtslinien durch eine gütliche Einigung sichern. Deutsches Ärzteblatt 1999; 96: 2134-7.
- 4) Passaro E Jr, Organ CH Jr. Ernest A Codman: The Improper Bostonian. Bulletin of the American College of Surgeons 1999 Jan; 84: 16-22.
- 5) Livingston MG, Livingston HM: New antidepressants for old people? BMJ 1999 June; 318:1640-1.
- 6) Health Expectations. 1998 gegründete Zeitschrift. Blackwell Science, London.
- 7) Platt FW, Gordon GH: Field Guide to the Difficult Patient Interview. Lippincott Williams and Wilkins 1999, London
- 8) Hogg C. Patients, Power and Politics. Sage 1999, London

Haftungsrisiken des niedergelassenen Arztes aus der Arzt-Patient-Beziehung

Dr. Brigitte Schorz
Heinrich Brüning-Str. 203
D-51371 Leverkusen

Abstract:

Liability risks of medical doctors in their relationship to patients. Claims for compensations from patients, unallowed and non-approved treatment practices, offences against doctors, malfunctions of medical devices, risks of gynecologists, radiologists and orthopedic surgeons in private practice,

Rechtsnatur der Arzt-Patient-Beziehung

- Schadenersatzansprüche des Patienten aus Behandlungsvertrag und unerlaubter Handlung - deliktische Ansprüche des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt, Versagen von medizinischen Geräten
- Haftungsrisiken niedergelassener Gynäkologen, Radiologen, Orthopäden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Ihnen heute diejenigen Risiken vorstellen, die für den niedergelassenen Arzt die Gefahr einer Haftung bedeuten können.

Dies ist dann der Fall, wenn der niedergelassene Arzt auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen auf Ersatz des durch ihn verursachten oder auch nur ihm zugerechneten Schadens in Anspruch genommen wird.

Denn: Gesetzliche Haftpflichtbestimmungen sind Rechtsnormen, an die das Gesetz unabhängig vom Willen der Beteiligten eine bestimmte Rechtsfolge knüpft'. Diese Rechtsfolge heißt Haftung, also vollständiger Ersatz des Schadens (§ 249 BGB). Es muss für den Geschädigten derjenige Zustand hergestellt werden, der ohne das schädigende Ereignis bestehen würde².

Das kann für den niedergelassenen Arzt mit sehr hohen Kosten verbunden sein.

Zuordnung der Haftungsnormen

Wo verbergen sich nun diese Fußangeln in Form von Haftungsnormen?

Es hat eigentlich immer etwas mit der Störung einer Rechtsbeziehung zu tun. Der Arzt hat ihm obliegende Pflichten aus dieser Rechtsbeziehung verletzt, ein anderer hat dadurch einen Schaden und dieser Schaden wird dem Arzt zugerechnet. Das Verhalten muss also adäquat kausal für den eingetretenen Schaden sein.

Nun ist der niedergelassene Arzt bei der Ausübung seiner Berufstätigkeit in verschiedene Rechtsbeziehungen eingebunden, wie etwa zur Ärztekammer, zur Kassenärztlichen Vereinigung, zu Krankenversicherungen, als Arbeitgeber zu den Praxisangestellten oder auch auf Grund ärztlicher Kooperationsverträge zu anderen Ärzten.

Die wichtigste Rechtsbeziehung ist jedoch der Behandlungsvertrag mit dem Patienten. Dies ergibt sich aus dem Sinn und Zweck der ärztlichen Tätigkeit. Dabei handelt es sich um einen Dienstvertrag i. S. des § 611 BGB, bei dem der Arzt zur Erbringung der ordnungsgemäßen Heilbehandlung verpflichtet ist, der Patient grundsätzlich zur Zahlung der Vergütung³.

Auch die Rechtsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Kassenpatient ist ein vertragliches Rechtsverhältnis zum Patienten⁴. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Rechtsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung dem Sozialrecht zuzuordnen ist⁵.

Infolge der Bedeutung der Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient können Störungen diese Beziehung für den Arzt existenzbedrohend werden⁶. Um die Existenzbedrohung durch Haftungsrisiken darstellen zu können, möchte ich zunächst kurz auf die Rechtsnatur der Arzt-Patient-Beziehung eingehen.

Rechtsnatur der Arzt-Patient-Beziehung

Die vertragliche Verpflichtung des Arztes besteht darin, sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst um die Pflege und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten zu bemühen. Was im Einzelnen unter den Regeln der ärztlichen Kunst zu verstehen ist, wird durch "fachgutachterlich gestützte Rechtsprechung" definiert und ständig verfeinert. D. h., Juristen entscheiden darüber, ob die Regeln der ärztlichen Kunst eingehalten wurden, was unter diesen Regeln zu verstehen ist, bestimmen Mediziner, bzw. in einem Prozess der medizinische Gutachter⁷.

Die Grunderfordernisse ärztlichen Handelns sind

- Indiziertheit
D. h., es muss eine Indikation vorliegen, der medizinische Heileingriff muss die Maßnahme umfassen und gebieten⁸.
- Einverständnis
Das Einverständnis des Patienten muss vorliegen⁹. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist insbesondere, dass eine umfassende Aufklärung über die Behandlungsrisiken erfolgt ist¹⁰. Zumindest aber

ist eine mutmaßliche Einwilligung erforderlich (z. B. bei Bewusstlosen) bzw. die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters.

- Verfahren lege artis

Beim Vollzug des Eingriffs hat der Arzt den fachlichen Regeln sowie den wachsenden Sorgfaltspflichten zu genügen. Der medizinische Fortschritt und die zunehmenden Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung verschärfen die Sorgfaltspflichten immer mehr. Auf Grund der vielseitigen Rechtsbeziehungen sind die Sorgfaltspflichten z. T. unterschiedlich definiert. So gelten im Haftpflichtrecht andere Maßstäbe als im Sozialrecht¹¹.

Schadenersatzansprüche des Patienten aus Behandlungsvertrag und aus unerlaubter Handlung

Bei schuldhafter Verletzung der Pflichten aus dem Behandlungsvertrag durch den Arzt besteht Anspruchskonkurrenz zwischen den Ansprüchen aus positiver Vertragsverletzung des Behandlungsvertrages und deliktischen Schadenersatzansprüchen aus § 823 BGB¹².

Geschützte Rechtsgüter sind in § 823 Abs. 1 BGB genannte Rechtsgüter Leben, Körper, Gesundheit¹³ oder durch ein Schutzgesetz i. S. des § 823 Abs. 2 geschützte Rechtsgüter.

Ein Schutzgesetz ist z.B. die Körperverletzung gem. § 223 StGB, die die körperliche Unversehrtheit schützt. In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass der ärztliche Heileingriff eine tatbestandliche Körperverletzung ist, deren Rechts-

widrigkeit durch die Einwilligung ausgeschlossen wird¹⁴.

Vertragliche und deliktische Ansprüche sind miteinander verknüpft, d. h. der Arzt muss bei Vorliegen eines Behandlungsvertrages sowohl nach vertraglichen als auch nach deliktischen Grundsätzen einstehen. Dabei sind die Bereiche Rechtswidrigkeit, Verschulden und Schaden in beiden Bereichen weitgehend identisch¹⁵.

Da bei der Behandlung des Patienten praktisch nur Fahrlässigkeit in Betracht kommt, kommt es auf die Zurechnung an. Die Abweichung vom Standard der medizinischen Wissenschaft wird zum Haftungsgrund. Dies bedeutet, dass auch hier bei der Zurechnung nicht der medizinische, sondern der juristische Maßstab entscheidend ist.

Erfolgt die Aufklärung nur mangelhaft oder wird diese gar unterlassen, liegt keine wirksame Einwilligung des Patienten vor, mit der Folge, dass der Arzt das Risiko des Misserfolges trägt.

Bei der Aufklärung, kommt es entscheidend darauf an, dass der Patient in die Lage versetzt wird, eine informierte Entscheidung über die Qualität seiner Behandlung zu treffen.

Es liegt keine wirksame Einwilligung des Patienten vor, wenn der Eingriff nicht de lege artis durchgeführt wird. Schwächt der Arzt das Risiko mündlich ab, verliert der strengere Aufklärungsbogen seine Indizwirkung. Für den Nachweis der hypothetischen Einwilligung bleibt es bei den strengeren Voraussetzungen. Das Aufklär-

ungserfordernis darf jedoch auch das zumutbare Maß nicht überschreiten¹⁶.

Ein Schadenersatzanspruch nach § 823 Abs. 2 in Verbindung mit einem Schutzgesetz besteht in den Fällen, in denen der Arzt rechtswidrig und schuldhaft gegen ein den Schutz des Patienten bezweckendes Gesetz verstoßen hat. Wichtigstes Schutzgesetz ist die Körperverletzung gem. § 223 StGB.

Die Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages hat einen schuldrechtlichen Schadenersatzanspruch gegen den niedergelassenen Arzt als Vertragspartner aus positiver Vertragsverletzung zur Folge. Der Arzt muss auch für das Verschulden seiner Erfüllungsgehilfen einstehen. Daneben bestehen deliktische Ansprüche wegen der Verletzung der in § 823 Abs. 1 geschützten Rechtsgüter Körper, Gesundheit oder Leben¹⁷.

Voraussetzung ist sowohl für vertragliche Ansprüche als auch für deliktische Ansprüche das Vorliegen einer schuldhaften Pflichtverletzung und eines kausalen Schadens. Da die Prüfung der Pflichtverletzung auf Grund der von der Rechtsprechung objektiv umschriebenen ärztlichen Berufspflichten erfolgt, und die Regeln über die Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht in gleicher Weise wie im Vertragsrecht erfolgen, stellt das von der Rechtsprechung entwickelte Arzthaftungsrecht eine einheitliche Form der Berufshaftung dar, die von Wertungen geprägt sind, die nicht von der Art der Anspruchsgrundlage abhängig sind¹⁸.

Gravierende Unterschiede zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung gibt es jedoch in der Rechtsfolge. Bei der Vertragshaftung ist die Verjährungsfrist 30 Jahre, es besteht eine Haftung für Erfüllungsgehilfen gem. § 278 BGB und es besteht keine Verpflichtung des Arztes auf Zahlung von Schmerzensgeld.

Bei der deliktischen Haftung beträgt die Verjährungsfrist nur drei Jahre, es besteht eine Exkulpationsmöglichkeit gem. § 831 BGB bei der Haftung für Verrichtungsgehilfen und Schmerzensgeldansprüche sind gem. § 847 BGB möglich.

Dies hat zur Folge, dass vielfach noch eine Anzeige wegen Körperverletzung gemacht wird, um Schmerzensgeldansprüche durchzusetzen.

Deliktische Ansprüche des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt - Behandlungsfehler durch Versagen medizinischer Geräte

In der medizinischen Behandlung werden zunehmend hochtechnisierte Geräte eingesetzt. Problematisch ist, inwieweit ein Behandlungsfehler, der auf das Versagen medizintechnischer Geräte zurückzuführen ist, dem behandelnden Arzt haftungsrechtlich zuzurechnen ist¹⁹.

Nach einer amerikanischen Untersuchung für Unfallursachen beim Einsatz elektromedizinischer Geräte waren 2% durch unvorhersehbare Umstände, 8% durch fehlerhafte Konstruktion, 16% durch unzureichende Stromversorgung oder Installation, 64% durch menschliches Bedienungs-

versagen, d.h. unsachgemäße Anwendung, Unkenntnis, Leichtsinns oder durch unzureichende Instandhaltung verursacht²⁰.

Es lassen sich die folgenden Grundsätze zusammenfassen: Bei der Haftung durch Apparateversagen ist die Schädigung von Patienten durch fehlerhafte Geräte primär ein Problem der deliktischen Produzentenhaftung. Der BGH hat sich zu diesem Thema in zwei grundlegenden Entscheidungen geäußert²¹.

Unter Berücksichtigung der §§ 6 - 16 MedGV lassen sich folgende Verhaltenspflichten für den Betreiber medizinischer Geräte feststellen: Bei der Anschaffung ist der Betreiber verpflichtet, nur solche Geräte in Betrieb zu nehmen, die den einschlägigen Vorschriften der Technik entsprechen. Dies ist dann der Fall, wenn der Betreiber nur Geräte anschafft, die mit dem Sicherheitsprüfzeichen einer der in der Anlage 2 zum MedGV aufgeführten Prüfstellen versehen sind. In diesem Fall ist dem Betreiber bei einer Funktionsstörung des Gerätes kein Vorwurf zu machen.

Zu den Pflichten des Betreibers gehört die Gewährleistung der sachgerechten Bedienung. Dies bedeutet, dass Ärzte und ärztliches Hilfspersonal entsprechend eingewiesen werden müssen. Die regelmäßige Wartung muss durch Fachpersonal erfolgen. Es sind sicherheitstechnische Kontrollen vorzunehmen. (§ 11 MedGV). Das Gerät ist vor unbefugtem Gebrauch zu sichern, was bedeutet, dass Unbefugte keinen Zutritt haben dürfen. Das Gerät

ist vor jeder Benutzung auf seinen einwandfreien Zustand zu überprüfen und während des Einsatzes zu kontrollieren.

Durch genaues Beobachten der Reaktionen des Patienten ist dafür zu sorgen, dass nicht offenkundiges Apparateversagen zu vermeidbaren Gesundheitsschäden führt. Für den Fall des Ausfalls oder der Störung muss ein Notaggregat oder ein Ersatzgerät zur Verfügung stehen.

Schließlich besteht eine Produktbeobachtungspflicht des Betreibers insofern, dass ein medizinisches Gerät, dessen Fehlerhaftigkeit oder Fehleranfälligkeit durch medizinische Zeitschriften oder Mitteilung der Gewerbeaufsicht bekannt wird, nicht länger eingesetzt werden darf.

Diese Berufspflichten treffen unmittelbar den Betreiber des Gerätes und können nicht delegiert werden. Der Handwerksbetrieb haftet allerdings für fehlerhafte Installationen²².

Haftungsrisiken niedergelassener Gynäkologen, Radiologen, Orthopäden

Diejenigen Berufsgruppen, die besonders von Haftungsrisiken betroffen sind, sind Gynäkologen, Radiologen und Orthopäden²³.

Haftungsrisiken von Gynäkologen

Bei den niedergelassenen Gynäkologen sind insbesondere die Haftungsrisiken im Zusammenhang mit der unerwünschten Geburt eines Kindes wichtig. Zu nennen sind hier:

- Fehlgeschlagene Sterilisation
- Unzureichende Beratung einer Schwangeren über mögliche Schädigungen des Embryos
- und fehlgeschlagener Schwangerschaftsabbruch²⁴.

Auch hier sind konkurrierende Ansprüche aus Vertrag und aus Delikt denkbar. In Betracht kommt bei der Sterilisation Vertraghaftung unter dem Gesichtspunkt der positiven Vertragsverletzung. Voraussetzung ist ein wirksam zustandegekommener Behandlungsvertrag.

Bei der Sterilisation wurde bis zu einer BGH Entscheidung Mitte der 70er Jahre die Sterilisationsverträge für nicht wirksam gehalten²⁵. Beratungsverträge der Schwangeren über mögliche Schädigungen des Embryos sind selbstverständlich wirksam. Beim fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruch kommt es für die Wirksamkeit des Vertrages darauf an, dass eine Indikation vorliegt²⁶.

Der Patient muss grundsätzlich den Kunstfehler (Pflichtverletzung) beweisen. Beweiserleichterungen bis zur Umkehr der Beweislast bestehen grundsätzlich dann, wenn der ärztliche Heileingriff lückenhaft dokumentiert ist²⁷.

Bei Sterilisationsverträgen kann der Fehler auch in der mangelhaften Aufklärung z. B. der Versagerquote liegen. Hier ist eine vertragliche Nebenpflicht betroffen. Zum Nachteil des Arztes reicht es auch, wenn dieser die schriftliche Bestätigung des Patienten nicht vorlegen kann. Damit

trifft den Arzt im Ergebnis doch wieder die Beweislast²⁸.

Bei der Beratung einer Schwangeren über mögliche Schädigungen des Embryos ist die Beratung Hauptpflicht des Vertrages. Mögliches Fehlverhalten ist auch hier die mangelnde Aufklärung über mögliche Schädigungen. Der Arzt muss der Schwangeren die notwendigen medizinischen Fakten mitteilen²⁹.

Bei einem Schwangerschaftsabbruch muss der Arzt den Eingriff *de lege artis* durchführen und bei einem möglichen Misslingen dies der Patientin sofort mitteilen³⁰. Ein fehlgeschlagener Schwangerschaftsabbruch ist daher fast immer ein ärztlicher Behandlungsfehler. Wenn eine Pflichtverletzung vorliegt, ist das Verschulden in der Regel indiziert.

Der BGH hat hier aus dem Schutzzweck der Aufklärung eine Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes dahingehend hergeleitet, dass sich die Schwangere in Kenntnis aller relevanten Umstände nicht für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hätte³¹.

Schaden ist nicht das Kind, sondern die durch seine planwidrige Geburt ausgelöste Unterhaltsbelastung der Eltern³². Bei der Schadensbemessung orientiert sich der BGH am Regelunterhalt für nichteheliche Kinder nach der Regelunterhaltsverordnung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres³³. Bei der unerwünschten Geburt eines behinderten Kindes wird den Eltern der gesamte Unterhaltsaufwand zugesprochen³⁴.

Der BGH erkennt keine eigenen Ansprüche des behinderten Kindes an, da § 218 a StGB den Schwangerschaftsabbruch im Interesse der Mutter fordert. Es besteht keine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, das Leben des Kindes zu verhindern. Hinsichtlich der Frau sind deliktisch Schmerzensgeldansprüche nach § 847 BGB denkbar³⁵.

Schmerzensgeld für die Existenz eines behinderten Kindes wird dann zugesprochen, wenn die Belastung der Eltern Krankheitswert erreicht³⁶. Beim fehlgeschlagenen Schwangerschaftsabbruch spricht der BGH ein Schmerzensgeld dann zu, wenn besondere Komplikationen eingetreten sind, die gerade auf dem Indikationsgrund beruhen.

Ein besonderes Problem mit dem Gynäkologen konfrontiert sind, die auch Geburtshelfer sind, ist die Behandlung von Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen oder äußerster Unreife. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer darf der Arzt bei nicht als extrem schwer zu beurteilenden Schädigungen lebenserhaltende Maßnahmen nicht abrechnen oder vorenthalten, auch dann nicht, wenn die Eltern dies fordern³⁷.

Erwähnenswert ist auch die Pränatalmedizin, bei der sich die Zunahme ethischer Probleme durch den medizinischen Fortschritt besonders stark bemerkbar macht. Dies ist beispielsweise bei der in-vitro-Fertilisation der Fall³⁸. Auch hier verstärken sich ethische Probleme, so soll hier die entfernt damit zusammenhängende Möglich-

keit der Genomanalyse bzw. des Massen-screenings erwähnt werden (Fortpflanzungsmedizin). Hier stellt sich die Kernfrage nach der Aufgabe ärztlichen Handelns³⁹.

Nach Mitteilung der Ärzte Zeitung v. 7.10.92 hat das amerikanische Ärzte-magazin "medical economics" von der Ärzteversicherungsvereinigung Physicians Assoziation of America (IAA) Daten zur Verfügung gestellt bekommen, die 44 der größten Ärzteversicherer aus ihren Unterlagen in den USA zusammengestellt haben.

Danach waren die kostenaufwändigsten Haftungsfälle die Fehler von Geburtshelfern, die bei Neugeborenen zu bleibenden Schäden geführt hatten, gefolgt von Behandlungsfehlern bei Malignomen, Knochenbrüchen, Wirbelsäulen und Herzerkrankungen.

Nach dieser Statistik wurden Gynäkologen und Geburtshelfer nicht nur am häufigsten verklagt, sondern bei ihnen wurden auch die häufigsten Schadenersatzsummen fällig. Danach folgen die Chirurgen, gefolgt von Allgemeinmedizinerinnen und Orthopäden. Kostenaufwändig waren Kaiserschnittfälle der Geburtshelfer bzw. diagnostische Versäumnisse bei Krebspatienten⁴⁰.

Haftungsrisiken von Radiologen

Für niedergelassene Radiologen gilt insbesondere das, was zuvor über Betreiber medizintechnischer Geräte gesagt wurde.

Durch den Einsatz der Strahlendiagnostik, insbesondere bei der Röntgen-diagnostik zu Untersuchungszwecken,

kann es zu einer Schädigung des Patienten kommen, wobei die genetische Schädigung die schwerwiegendste ist. Zu nennen ist auch die karzinogene und leukogene Strahlenwirkung.

Auch der Einsatz von Radioisotopen in der Nuklear diagnostik beinhaltet das Risiko von Schädigungen. Die Gefahr genetischer Schäden kann, wenn der Nachweis zu führen ist, eine unendliche Haftungskette auslösen, die den Schädiger noch überlebt⁴¹.

Versäumnisse können insbesondere im Unterlassen liegen. Der BGH hat kürzlich einen Fall entschieden⁴² wonach einem Arzt die Verletzung berufsspezifischer Sorgfaltspflichten vorgeworfen wurde, weil er es versäumt hatte, unverzüglich ein Computertomogramm anfertigen zu lassen, nachdem ein Patient nach einer Hydrozephalus-Operation über Gesichtsersehen klagte.

Der Arzt schuldet nach § 276 BGB dem Patienten vertraglich wie deliktisch die im Verkehr erforderliche Sorgfalt. Diese bestimmt sich nach der medizinischen Sorgfalt des jeweiligen Fachgebietes. Der Arzt muss diejenigen Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus beruflicher Sicht seines Fachgebietes erwartet werden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen gebietet der medizinische Standard die unverzügliche Anfertigung des Computertomogramms.

Haftungsrisiken von Orthopäden

Niedergelassenen Orthopäden wurden vielfach von den Haftpflichtversicherungen gekündigt, da das Risiko kaum zu übersehen war. Im Barnbeck Prozess kamen 250 Fälle zur Anklage, die fehlerhaft, nachlässig und teilweise regelrecht zu Krüppeln operiert wurden⁴³.

Ausblick

Insgesamt zeichnet sich eine Entwicklung ab, wonach das Arztrecht immer mehr zum Patientenschutzrecht wird⁴⁴. Zurückzuführen ist dies auf die Rechtsfortbildung in der Straf- und Ziviljustiz. Im Zentrum steht das oft gemeinsame Bemühen von Medizinern und Juristen um die Einhaltung des medizinischen Standards. Es gibt zahlreiche Beweiserleichterungen zu Gunsten des klagenden Patienten.

Hinzu kommt, dass das, was unter medizinischem Standard zu verstehen ist, immer höheren Anforderungen genügen muss. Dies ist auf die Entwicklung in der Medizin zurückzuführen, die immer mehr Möglichkeiten bietet und so die Anforderungen an den medizinischen Standard erhöht. Hinzu kommt weiter zunehmender Kostendruck. Die Gefahr von Haftungsrisiken für niedergelassene Ärzte ist daher auf ein Vielfaches gewachsen in Zukunft weiter zunehmen⁴⁵.

Literatur:

- 1 Lang, HANS - Ulrich,
Praxisgründung, Praxisführung,
Erlangen 1987
- 2 Schlegelmilch in Geigel,
Der Haftlichtprozess, München
1900, 942 ff
- 3 Tiermann, Susanne,
Das Recht in der Arztpraxis,
Berlin, Chicago, London,
Rio de Janeiro, Tokyo 1984; RGZ
78, 435; BGH NJW 1975, 305,
OLG Düsseldorf NJW 75, 595
- 4 Laufs, Arzt, Patient und Recht am
Ende des Jahrhunderts, NRW
1999, 1758ff,
- 5 Scholz, Brigitte,
Versicherungsschutz für niederge-
lassene Ärzte, Frankfurt 1996, 45
ff, zugl Diss. Rechtswissenschaf-
ten Universität Saarbrücken 1995
- 6 Schorz, aaO, S.132
- 7 Saenger, Ingo, Die Arzthaftpflicht
im Prozess, VersR 1991, 743 ff
- 8 BGH NJW 78, 1206
- 9 BGH VersR 89, 186
- 10 Schlegelmilch in Geigel,
Der Haftpflichtprozess, München
1990, 1395 ff
- 11 OLG Köln, VersR 1998, 1249
- 12 Schlegelmilch in Geigel, Der
Haftpflichtprozess 942 ff Vogeler,
Michael, das verhältnis von
Arzthaftung und Arzneimittelhaf-
tung Diss. Göttingen 1983, S. 1ff
- 13 Vogeler, aaO, S, 19
- 14 RGZ 68, 431, 433;88, 433; 436;
BGHZ 29, 46, 49, NJW 66,
1855;74, 1422; Rg ST. 25, 375;
94, 91; BGHSt 11, 111; 16, 309
- 15 BGH VersR 88, 1273
- 16 Laufs, aaO, 1765 f
- 17 Schorz aaO, 74 m. w. N.
- 18 Saenger, Ingo, Arzthaftpflicht im
Prozess, VersR 91, 743 ff
- 19 Brüggeheimer, Gert, Deliktsrecht, 1.
Auflage Baden-Baden 1986, 402 f
- 20 Schorz aaO, S 74 f
- 21 BGH NJW 75, 2245, BGH NJW
78, 584 = VersR 1978, 82 = JZ
1978, 275
- 22 Brüggeheimer, aaO, 403 ff
- 23 Dies ergibt sich aus der Statistik
von Arzthaftpflichtversicherungen
- 24 Dannemann, Gerd, Arzthaftung für
die unerwünschte Geburt eines
Kindes; VersR 1989, 676 ff
- 25 BGH v. 29.06.76 =BGHZ 76,48 =
VersR 76, S. 1088
- 26 BGH v. 27.11.84, VersR 85, 240 =
NJW 85, 671
- 27 BGH v. 27.06.78 BGZ 72, 139 =
VersR 78, 1022 = NJW 78, 2337;
BGH v. 09.11.82 VersR 836, 151 =
NJW 83, 151, = NJW 83, 322
- 28 BGH VersR 81, 730 = NJW 81,
2002
- 29 BGH v. 22.11.83 BGHZ 89, 95 =
VersR 84, 86 = NJW 84, 658;
BGH v. 07.07.87 = VersR 88, 155
= NJW 87, 2923
- 30 OLG Zweibrücken v. 06.12.83 =
NJW 84, 1824
- 31 BGHZ89, 95 = VersR 84; 186
- 32 BGH v. 19.06.84 = VersR 1984,
864 ff
- 33 BGHZ 76, 259 = VersR80, 558
- 34 BGHZ 89, 95 = VersR 84, 186

- 35 BGH v. 18.03.80 = VersR 80, 558
= NJW 80, 1452
- 36 BGH v. 18.01.83 = NJW 83, 1371
- 37 Laufs, Arzt, Patient und Recht am
Ende des Jahrhunderts, aaO, 1762
- 38 Laufs, aaO
- 39 Laufs, Arzt, Patient und Recht am
ende des Jahrhunderts, aaO
- 40 Ein Haftpflichtversicherer am teu-
ersten, Fehler von Geburtshelfern,
Ärzte Zeitung v. 07.10.92, 14
- 41 Weber, Dieter, Arzthaftpflicht für
Nachkommenschaftsschäden,
Tübingen 1988, 20
- 42 BGH v. 16.03.99, NJW 1999,
1778 f
- 43 Ratajczak Thomas und Steegers,
Christoph M. Medizin haftpflicht-
schäden, Heidelberg 1989, S.640 ff
- 44 Laufs, aaO, 1766
- 45 Schorz, aaO, 170

Aus der Rechtspraxis

Prof. Walther Weißbauer
Obere Schmiedegasse 11
D-90403 Nürnberg

Die Haftung des Arztes

Risk-management, prospective and preventive quality-management and liability of doctors are important topics in daily practice and administration of justice.

Unser Workshop umfaßt in einem breiten Bogen die Themenkomplexe Qualitätssicherung, Risk-Management und Arzthaftung. Lassen Sie mich zunächst versuchen, den Sachzusammenhang zwischen den drei Themenkomplexen zu skizzieren.

Die Qualitätssicherung als zentrales Anliegen

Die Qualitätssicherung in der Medizin ist so alt wie der Beruf des Arztes. Ihr Ziel ist es, die bestmögliche Behandlung des Patienten nach dem jeweiligen Leistungsvermögen der Medizin auf breiter Basis zu gewährleisten und ihre Risiken auf das unvermeidliche Minimum zu reduzieren. Qualitätssicherung wirkt prospektiv und präventiv; sie soll Behandlungsmißerfolge und darauf beruhende (iatrogene) Schäden verhindern.

Dagegen reagiert die Rechtsordnung mit der Arzthaftung retrospektiv und insbesondere mit der strafrechtlichen Ahndung repressiv auf ärztliche Fehlleistungen. Doch schon ein Blick in die medizinischen Fachzeitschriften genügt, um sich davon zu überzeugen,

daß den Zivilprozessen auf Schadensersatz und den Strafverfahren eine generalpräventive Wirkung zukommt, deren Gewicht kaum hoch genug eingeschätzt werden kann. Der Arzt, der sich von forensischen Sanktionen schützen will, muß nach den von der Rechtsprechung zum Schutz des Patienten entwickelten Grundsätzen verfahren.

Das Risk-Management steht zwischen Qualitätssicherung und Arzthaftung. Es läßt sich definieren als ein System von Methoden und Techniken, mit dem sich, oft auch unter Zuhilfenahme professioneller Beratung durch Außenstehende, die Anforderungen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern und Arztpraxen realisieren lassen. Ziel ist der Schutz des Patienten vor den medizinischen Risiken, darüber hinaus aber auch der Schutz des Arztes vor den spezifischen forensischen Risiken, die sich in den "paramedizinischen Bereichen" ergeben, insbesondere aus Mängeln in der Organisation, Dokumentation und der Eingriffsaufklärung.

Ein zweiter Aspekt: Die Anforderungen der Rechtsprechung an die Leistungs- und Sorgfaltsstandards sind deckungsgleich mit den Maßstäben, die von den Ärzten und ihren Verbänden den eigenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zugrunde gelegt werden.

Damit schließt sich der Kreis: Jeder iatrogene Schaden, der sich durch die Qualitätssicherung verhindern läßt, vermindert die Zahl der potentiellen Haftungsfälle. Die Annäherung der Erfahrungswissenschaft Medizin an die exakten Naturwissenschaften, die Professionalisierung im Bereich der Organisation und die Verrechtlichung (z.B. durch Richt- und Leitlinien) wird das Handeln des Arztes meßbarer und die Ergebnisse berechenbarer machen. Die mit dieser Entwicklung verbundenen Verluste an Intuition und Methodenfreiheit wird man im Interesse der Qualitätssicherung hinnehmen müssen.

Die Hoffnung, daß es damit gelingen müßte, Schritt für Schritt auch die Arzthaftung zu reduzieren, erscheint jedoch wegen deren Eigendynamik als trügerisch. Dazu ein Blick zurück: In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin Fortschritte erzielt wie nie zuvor in der Menschheitsgeschichte. Es ist ihr gelungen, die Behandlungsmöglichkeiten zu erweitern und die Behandlungsrisiken zu reduzieren. Zugleich ist aber die Zahl der Haftungsfälle bei uns nahezu ebenso drastisch angestiegen. Diese Entwicklung erscheint auf den ersten Blick paradox; bei näherer Prüfung ist sie zu einem guten Teil freilich nicht nur folgerichtig, sondern sogar zwingend.

Grundlagen der Arzthaftung

Es gibt keine Medizin ohne Risiken und es wird sie trotz aller Fortschritte in Wissenschaft und Praxis auch in der für uns überschaubaren Zukunft nicht geben. Biologisches Geschehen ist nie frei von Unwägbarkeiten.

Die sorgfältige Nutzen-Risikobilanz, die der Arzt seiner Indikationsstellung zugrunde legt, bleibt eine Rechnung mit vielen Unbekannten. Selbst beim kleinen Routineeingriff kann der Arzt Behandlungserfolg und Risikofreiheit nicht garantieren.

Daraus folgt für die Frage, ob und inwieweit bei der Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen der Arzt für Behandlungsmißerfolge zu haften hat, ein Doppeltes:

- Das medizinische Risiko trägt der Patient. Er hat zu entscheiden, ob er die Eingriffsgefahren in Kauf nehmen will. Willigt er in Kenntnis der Heilungschancen und Heilungsrisiken in den Eingriff ein, so macht er damit die schicksalhaften, mit ärztlicher Sorgfalt nicht beherrschbaren Eingriffsgefahren zum erlaubten Risiko.
- Der Behandlungsmißerfolg und daraus resultierende (iatrogene) Schäden reichen für sich allein nicht aus, um eine zivil- und/oder strafrechtliche Haftung des Arztes zu begründen. Arzthaftung ist Verschuldenshaftung.

Es gilt der Grundsatz: Der indizierte und lege artis ausgeführte Heileingriff, in den der Patient wirksam eingewilligt hat, bleibt rechtmäßig, auch wenn er mißlingt und den Patienten schwer schädigt.

Haftungsvoraussetzungen

Sowohl die strafrechtliche als auch die zivilrechtliche Haftung des Arztes für einen Gesundheitsschaden setzen ein rechtswidriges und schuldhaftes

(fahrlässiges oder vorsätzliches) Handeln des Arztes sowie die Ursächlichkeit (Kausalität) der schuldhaften Fehlleistung für den Schaden voraus. Fahrlässig und damit schuldhaft handelt der Arzt, der die in der konkreten Situation erforderliche Sorgfalt außer acht läßt.

Die Haftungsgründe

Bei den Gründen, die zur Arzthaftung führen, sind zu unterscheiden:

- der schuldhafte Behandlungsfehler, der auch auf einem Organisationsfehler (z.B. Mängel bei der Auswahl, Anweisung und Überwachung ärztlicher und nichtärztlicher Mitarbeiter durch leitende Ärzte) oder einer unzureichenden therapeutischen Aufklärung/ Sicherungsaufklärung beruhen kann

und

- die schuldhafte ärztliche Eigenmacht, d.h. die Durchführung eines Heileingriffs ohne wirksame Einwilligung des Patienten.

Die haftungsrechtliche Differenzierung zwischen schuldhaftem Behandlungsfehler und schuldhafter ärztlicher Eigenmacht deckt sich im wesentlichen mit der Abgrenzung zwischen

- beherrschbaren und
- schicksalhaften Risiken.

Die Trennlinie zwischen diesen beiden Risikogruppen ist in ständiger Bewegung. Die Fortschritte der Medizin machen aus schicksalhaften Risiken beherrschbare, meist freilich um den Preis neuer und strengerer Leistungs- und Sorgfaltsanforderun-

gen. Oft sind aber auch die Methoden, die ein schicksalhaftes Risiko beherrschbar machen, selbst wieder mit seltenen und extrem seltenen schicksalhaften Risiken belastet, die im Falle ihrer Realisierung zu schweren Gesundheitsschäden führen können.

Als Beispiel kann die Entwicklung des Bluttransfusionswesens dienen, die das Risiko hoher Blutverluste in vielen Fällen beherrschbar machte und insbesondere der operativen Medizin neue Anwendungsbereiche eröffnete. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Bluttransfusion füllen mit den Sorgfaltsstandards, die der Arzt zu beachten hat, inzwischen eine Broschüre, und ein Teil der Risiken der Bluttransfusion, insbesondere die Übertragung von Infektionen, läßt sich auch mit diesen Standards nicht voll beherrschen.

Der schuldhafte Behandlungsfehler

Bei der Beurteilung, ob der Behandlungsmißerfolg auf einer schuldhaften Fehlleistung des Arztes beruht, stellt die Rechtsprechung auf die berufsspezifische Sorgfalt ab. Prüfungsmaßstab sind danach die Leistungs- und Sorgfaltsstandards, die aus medizinischer Sicht und insbesondere aus der Sicht der zuständigen Fachgebiete, der Arzt in der konkreten Sicht zu beachten hat, also die Facharztqualität. Der ärztliche Sachverständige, auf dessen Sachkunde das Gericht angewiesen ist, hat zu prüfen, wie sich ein gewissenhafter Arzt oder Facharzt desselben Gebietes in der gleichen Situation verhalten hätte, und ob er unter

Beachtung der zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden Standards das Risiko, das zum Behandlungsmißerfolg führte, hätte vorhersehen und beherrschen können.

Diese rechtliche Ausgangssituation ist sachgerecht und darf aus ärztlicher Sicht als optimal gelten. Unsere Rechtsordnung stellt zwar strenge Anforderungen an die ärztliche Sorgfalt, weil selbst kleine Fehlleistungen in der Medizin deletäre Folgen haben können. Leichte Fahrlässigkeit reicht für die zivilrechtliche und für die strafrechtliche Haftung aus. Hinsichtlich der konkreten Anforderungen an die Qualität der Leistung legt die Rechtsprechung aber nicht ihre eigenen Vorstellungen, sondern die Maßstäbe zugrunde, die der Arzt aus der Sicht der Medizin und ihrer Fachgebiete in der konkreten Situation zu beachten hatte.

Daraus ergibt sich andererseits jedoch der fatale Automatismus, daß der Arzt in Parallele zu den Fortschritten der Medizin an immer strengeren Leistungsstandards gemessen wird. Kann der Arzt dieser Entwicklung nicht folgen und beherrscht er die neuen, strengeren Sorgfaltsstandards nicht, so darf er diese Leistung nicht mehr übernehmen. Andernfalls haftet er für Behandlungsmißerfolge, die auf seinem unzureichenden Leistungsvermögen beruhen, zivilrechtlich auf Schadensersatz. Darüber hinaus haftet er auch strafrechtlich unter dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens.

Darlegungs- und Beweislast beim Behandlungsfehler

Optimal ist für den Arzt, soweit es um den schuldhaften Behandlungsfehler als mögliche Schadensursache geht, auch die prozessuale Ausgangssituation.

Im Zivilprozeß über den Schadensersatz muß der Patient nach den allgemeinen Beweisregeln den schuldhaften Behandlungsfehler und dessen Ursächlichkeit für den Schaden beweisen. Damit kommt er oft in evidente Beweisnot. Die Rechtsprechung räumt ihm im Interesse der "Waffengleichheit von Arzt und Patient" zunehmend Beweiserleichterungen ein. Sie reichen vom Beweis des ersten Anscheins, bei dem das Gericht mit Hilfe von Erfahrungssätzen von einem Behandlungsmißerfolg auf eine schuldhafte Fehlleistung oder umgekehrt von einer nachweisbaren Fehlleistung auf ihre Ursächlichkeit für den Schaden schließt, bis zur Umkehrung der Beweislast.

Das Netzwerk der typischen Fakten und Situationen, bei denen die Beweislast auf den Arzt übergeht, wird zunehmend dichter. Dabei spielt die Dokumentationspflicht eine wichtige Rolle. Der Arzt muß im Zivilprozeß anhand seiner Behandlungsunterlagen nachweisen, daß er die Behandlung sorgfältig geführt hat. Weist seine Dokumentation Lücken auf, die dem Patienten die Beweisführung erschweren, so geht dies zu Lasten des Arztes.

Die Verteilung der Beweislast ist vor allem dort von Bedeutung, wo Be-

handlungsmißerfolge ebenso gut auf Behandlungsfehlern wie auf schicksalhaften Risiken beruhen können und die Gutachten der Sachverständigen im konkreten Fall weder die eine noch die andere Möglichkeit ausschließen können. Dazu ein Beispiel, das die forensischen Konsequenzen deutlich macht: Im Falle einer Nahtinsuffizienz nach einer Appendektomie, die von zwei Weiterbildungsassistenten durchgeführt wurde, blieb auf Grund des Sachverständigenurteils offen, ob der Behandlungsmißerfolg auf Fehlern bei der Naht oder auf schicksalhaften Risiken beruhte. Der Bundesgerichtshof entschied, die Ärzte müßten beweisen, daß der Behandlungsmißerfolg auch dann eingetreten wäre, wenn ein Facharzt für Chirurgie operiert oder die Operation beaufsichtigt hätte.¹

Wer diesen Beweis zu führen hat, verliert den Prozeß. Bei einer sachgerechten Abwägung hätte aber von den operierenden Ärzten nur der Beweis gefordert werden dürfen, daß sie nach dem Stand ihrer Weiterbildung für den Eingriff fachlich qualifiziert waren.

Im Strafverfahren gibt es keine Beweislast des Angeklagten. Nach dem Grundsatz "im Zweifel für den Angeklagten" muß der Arzt freigesprochen werden, wenn seine schuldhafteste Fehlleistung und ihre Ursächlichkeit für den Schaden nicht zur vollen Überzeugung des Gerichts feststeht.

Haftung wegen ärztlicher Eigenmacht

Seit mehr als 100 Jahren vertritt unsere Rechtsprechung die Auffassung, daß selbst der vital indizierte, dringende Heileingriff den (äußeren) Tatbestand der Körperverletzung erfüllt und deshalb der Rechtfertigung bedarf. Der weitaus wichtigste Rechtfertigungsgrund ist die Einwilligung des Patienten und im Falle seiner Entscheidungsunfähigkeit die seines dazu legitimierten Vertreters (Bevollmächtigter, gerichtlich bestellter Betreuer, Eltern noch nicht einwilligungsfähiger Kinder); bei unaufschiebbaren Eingriffen hat der Arzt nach dem mutmaßlichen Willen des nicht entscheidungsfähigen Patienten zu verfahren.

Wirksam ist die Eingriffseinwilligung aber nur dann, wenn der Patient die für ihn wesentlichen Umstände kennt. Die dazu erforderlichen Informationen hat ihm der Arzt von sich aus im Rahmen der Eingriffsaufklärung zu vermitteln. Sie sollen den Patienten befähigen, die der Indikationsstellung des Arztes zugrundeliegende Abwägung der indizierenden gegen die kontra-indizierenden Faktoren in großen Zügen nachzuvollziehen und eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen den Eingriff zu treffen. Eingriffserklärung ist Selbstbestimmungsaufklärung mit der Konsequenz, daß der Patient eine Totalaufklärung fordern, aber auch auf die Aufklärung weitgehend verzichten kann.

¹) Urteil v. 10.03.1992, VI ZR 64/91, Opperbecke H. W./Weißbauer W., vgl. Facharztqualität versus formelle Facharztqualifikation, Anästh. Intensiv-med. 1993, 134.

Im Regelfall erstreckt sich die Aufklärung auf

- die Art, den Verlauf und die Bedeutung des Eingriffs,
- die Sicherheit der Diagnose und der Prognose (Erfolgsaussichten des Eingriffs),
- seine notwendigen oder möglichen nachteiligen Folgen (Organverluste, Funktionseinschränkungen),
- seine schicksalhaften Risiken und
- die ernsthaft in Betracht kommenden Behandlungsalternativen.

Unsere Rechtsprechung begnügt sich mit einer dem Auffassungsvermögen des Patienten angepaßten Aufklärung in großen Zügen. Eine Ausnahme gilt für die Aufklärung über die eingriffsspezifischen "typischen" Risiken. Können sie im Falle ihrer Realisierung die Lebensführung des Patienten schwerwiegend beeinträchtigen, so bedürfen diese "typischen" Risiken auch dann der Aufklärung, wenn sie extrem selten sind.

Dazu ein Beispiel: Der Bundesgerichtshof², unsere höchste Instanz in Zivil- und Strafprozessen, hat 1991 die präoperative Aufklärung des Patienten über die Risiken der Hepatitis- und HIV-Infektion gefordert, wenn die intra- oder postoperative Bluttransfusion ernsthaft in Betracht kommt.

Das Risiko der HIV-Infektion liegt bei etwa 1:1 Mio. Blutkonserven.

Das Dilemma ist offensichtlich. Die Arzt-/Patientenbeziehung basiert auf Vertrauen; die Eingriffsaufklärung sollte eine vertrauensbildende Maßnahme sein. Die Konfrontation mit den schicksalhaften Risiken kann jedoch für den Patienten eine so schwere psychische Belastung bedeuten, daß er die Einwilligung in einen vital indizierten Eingriff verweigert. Der von der Rechtsprechung geforderte Schutz des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten (*voluntas aegroti*) kann mit dem Schutz seiner Gesundheit (*salus aegroti*) kollidieren.

Der berühmt berüchtigte kalte Krieg zwischen Ärzten und Rechtsprechung, in dem es um diese Interessenkollision ging, endete 1979 mit der vorhersehbaren totalen Niederlage der Ärzte vor dem Bundesverfassungsgericht³. Die Gefahren der Fehlentscheidung des Patienten wurden offenbar überschätzt. Offenkundig ist aber, daß die von der Rechtsprechung postulierte Risikoaufklärung oft das Auffassungsvermögen des Patienten überfordert. Andererseits ist es schwierig, eine Methode zu entwickeln, die es ermöglicht, den Patienten über das Gesamtgewicht der Risiken zu informieren, ohne die schwerwiegenden Risiken im einzelnen zu benennen.

2) Urteil v. 17.12.1991, VI ZR 40/91, MedR 1992, 159; W. Weißbauer/ H. W. Opperbecke, Die präoperative Patientenaufklärung über Transfusionsrisiken, MedR 1992, S. 307.

3) Beschluß vom 27.07.1979, 2 BVR 878/74, NJW 1979, 1425; Weißbauer W., Die Arzthaftungsentscheidung des Berufsverfassungsgerichts. Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen 1980, 76.

Darlegungs- und Beweislast für die wirksame Einwilligung

Die wirksame Einwilligung des Patienten und damit auch seine ausreichende Aufklärung hat im Schadensersatzprozeß der Arzt zu beweisen. Er kommt damit oft selbst in evidente Beweisnot: Regelmäßig begründet der Patient seine Klage primär mit der Behauptung, Ursache des iatrogenen Schadens sei ein Behandlungsfehler. Dagegen hat der Arzt nur die Verteidigung, Schadensursache sei nicht ein beherrschbares, sondern ein schicksalhaftes Risiko. Auf die Erwiderung des Patienten, über dieses Risiko hätte er ihn aufklären müssen, hat der Arzt im wesentlichen nur die Verteidigung, er habe darüber aufgeklärt - was er beweisen muß - oder das Risiko habe nicht der Aufklärung bedurft. Die letztere Verteidigung ist angesichts der Anforderungen der Rechtsprechung oft von vornherein aussichtslos und die ausreichende Aufklärung kann der Arzt nur dann beweisen, wenn er Vorkehrungen zur Sicherung dieses Beweises getroffen hat.

Das System der Stufenaufklärung

Um die Aufklärung des Patienten zu verbessern und den Arzt bei der Standardaufklärung zu entlasten sowie zur Sicherung der Beweisführung hat der Verfasser dieses Beitrages 1978 das Konzept der Stufenaufklärung als pragmatische Lösung entwickelt. Nach diesem Konzept bereiten die Aufklärungsbögen das unverzichtbare Aufklärungsgespräch vor.

Der Informationsteil der Bögen umfasst alle wesentlichen standardisierbaren Aufklärungsinhalte. Der Arzt gewinnt damit Zeit für das Aufklärungsgespräch über die individuellen Umstände des konkreten Falles. Im Dokumentationsteil bestätigt der Patient, daß er den Informationsteil gelesen hat. In dem vorgesehenen Freiraum dokumentiert der Arzt in Stichworten zusätzliche Inhalte des Aufklärungsgespräches.

Nach gut einem Jahrzehnt umfaßte das System der Stufenaufklärung bereits mehr als 500 Bögen und wurde jährlich bei etwa 20 Millionen Eingriffen eingesetzt.

Das Fazit

Der Fortschritt der Medizin demonstriert am Beispiel der Bluttransfusion, daß der Hydra der medizinischen Risiken ein gefährlicher Kopf abgeschlagen wurde, aber nicht zwei, sondern eine Vielzahl neuer, nicht weniger gefährlicher forensischer Risiken sind ihr nachgewachsen.

Die Konsequenz für die Qualitätssicherung:

Im Bereich der Haftung für Behandlungsfehler ist die rechtliche Ausgangsposition optimal. Aber die Rückverweisung des Rechts auf die Sorgfaltsanforderungen der Medizin führt dazu, daß ihre Qualitätsfortschritte im Haftungsrecht nachvollzogen werden. Damit kommt es zum Wettlauf des Hasen mit dem Igel, bei dem die Qualitätssicherung bestenfalls ein Patt erreicht.

Bei der Darlegungs- und Beweislast für den Behandlungsfehler muß das Risk-Management gezielt und planmäßig auf die Tendenz der Rechtsprechung zur Verschiebung der Beweislast reagieren. Die Chancen liegen vor allem im Bereich der Organisation, Dokumentation und Aufklärung.

Zur Verteidigung gegen den Vorwurf der ärztlichen Eigenmacht hat sich die Stufenaufklärung bewährt. Sie hilft dem Arzt, den Patienten aufzuklären und die ausreichende Aufklärung zu beweisen. Damit kann der prozesstaktische Zangenangriff abgewehrt werden, der zur Surrogathaftung des Arztes für nicht beweisbare Behandlungsfehler führt.

Nationales Recht und übergeordnete Aspekte

Die nationalen Rechtsordnungen differieren erheblich. Gleiche Ursachen erzeugen jedoch gleiche Wirkungen. Die haftungsrechtlichen Ergebnisse stimmen in den Grundsatzfragen weitgehend überein. Dies gilt auch - und insbesondere - für das Erfordernis der Einwilligung des informierten Patienten in den Heileingriff.

Der große Chirurg K. H. Bauer hat die Quintessenz Jahrzehnte vor der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in eine Sentenz gefaßt, die über die Grenzen der nationalen Rechtsordnungen hinausreicht:

"Vor den Eingriff haben die Götter und nach ihnen die Juristen die Einwilligung gesetzt und vor der Einwilligung die Aufklärung."

Das DIOmed-Patientenaufklärungssystem

Dr. Dagmar Schillik

Geschäftsführerin

An der Lohwiese • D-97500 Ebersbach

Abstract:

Doctors have to inform their patients about their disease, the procedures and risks of the treatments which will follow. This information is an essential topic in risk-management of our health care systems. DIOmed has designed over 500 checklists in different languages and for different medical treatments. These sheets facilitate the procedure and guarantee a high quality of information.

Eingriffe in die Körperintegrität - auch z.B. eine medikamentöse Behandlung, invasive Diagnostik, eine Narkose - bedürfen der Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich und ausdrücklich oder stillschweigend durch schlüssiges Handeln (etwa indem sich der Patient für eine Behandlung freimacht) erteilt werden. Häufig schreiben Krankenhausträger für die Einwilligung des Patienten die Schriftform vor. Dabei geht es aber nicht um die Wirksamkeit der Einwilligung, sondern um die Beweisführung.

Die Einwilligung ist nur wirksam, wenn der Patient willensfähig ist und die für ihn wesentlichen Umstände kennt. Damit der Patient eine selbstbe-

stimmte Entscheidung treffen kann, muß er über die Art und Bedeutung des Eingriffs, die Sicherheit der Diagnose, die Erfolgsaussichten, über ernsthaft in Betracht kommende Behandlungsalternativen (z.B. konservative statt operative Behandlung) sowie über die nachteiligen Folgen des Eingriffs und seine schicksalshaften Risiken aufgeklärt werden.

Nach der Rechtsprechung ist eine Aufklärung über den Eingriff nur in großen Zügen erforderlich. Technische Details werden nicht gefordert; sie sind für den Patienten kontraproduktiv. Dies gilt prinzipiell auch für die Aufklärung über die Risiken. Bei den allgemeinen oder allgemeinbekannten Eingriffsrisiken (z.B. Infektionen) kann auf die Aufklärung verzichtet werden kann, weil davon auszugehen ist, daß der Patient diese Risiken kennt.

Strengere Anforderungen stellt die Rechtsprechung an die Aufklärung über die eingriffsspezifischen Risiken. Können sie im Falle ihrer Realisierung die weitere Lebensführung des Patienten schwerwiegend beeinträchtigen, so muß über diese Risiken ohne Rücksicht auf ihre Komplikationsdichte aufgeklärt werden.

Die wirksame Einwilligung des Pa-

tienten und damit auch dessen ausreichende Aufklärung muß der Arzt im Haftungsprozeß beweisen. Die früher weit verbreiteten, nicht auf bestimmte Eingriffe spezialisierten Kurzformulare bringen wenig für die Beweisführung oder schaden sogar. Daß der Patient mit dem Eingriff einverstanden war, ist im Prozeß meist nicht strittig. Es geht vielmehr um die Frage, ob der Patient über die für ihn wesentlichen Umstände informiert war und damit wirksam einwilligen konnte. Deshalb nützen solche pauschalen schriftlichen Einwilligungserklärungen auch dann nichts, wenn sie die Erklärung des Patienten enthalten, er sei über alle Eingriffsrisiken unterrichtet worden. Der Patient kann mangels medizinischer Fachkenntnisse nicht beurteilen, ob eine mündliche Aufklärung auch nur einen Bruchteil der relevanten Fakten umfaßt.

Als in Deutschland die Zahl der Schadensersatzprozesse und Strafverfahren wegen Eingriffen ohne wirksame Einwilligung des Patienten rasch und drastisch zunahm, entwickelte Professor Weißbauer als Justitiar der Berufsverbände der deutschen Anästhesisten und der deutschen Chirurgen das Konzept der Stufenaufklärung als pragmatische Lösung der Aufklärungsproblematik.

Das System setzte sich rasch durch und hat sich seit mehr als zwei Jahrzehnten bewährt. Sein Ziel ist es, dem Patienten durch eine schriftliche Basisinformation soviel an Wissen zu vermitteln, daß er im Aufklärungsgespräch zielgerichtete Fragen stellen oder aufgrund seines Selbstbestim-

mungsrechtes bewußt auf eine weiterführende Aufklärung verzichten kann.

Dazu erhält der Patient auf der 1. Stufe einen auf den vorgesehenen Eingriff spezialisierten, laienverständlich geschriebenen Aufklärungsbogen, der im Informationsteil alle wesentlichen, standardisierbaren Aufklärungsinhalte umfaßt.

Durch die Entlastung von den Standardinformationen gewinnt der Arzt im Aufklärungsgespräch (2. Stufe) Zeit für die Erörterung der individuellen Umstände der Erkrankung und der beabsichtigten Behandlung des Patienten sowie für die Beantwortung seiner Fragen. Die meisten Bögen enthalten Abbildungen, die es dem Arzt erleichtern, den Eingriff plastisch zu erklären, ohne daß er selbst eine Zeichnung anfertigen muß.

Das Motto der Stufenaufklärung ist also nicht schriftliche statt mündlicher Aufklärung, sondern eine Kombination von schriftlicher und mündlicher Aufklärung.

Im Dokumentationsteil des Bogens bestätigt der Patient, daß er die Informationen gelesen hat. Der Arzt kann sich deshalb darauf beschränken, in den Freizeilen (Vermerke zum Aufklärungsgespräch) stichpunktartig zusätzliche Inhalte des Aufklärungsgesprächs festzuhalten, z.B. individuelle risikoerhöhende Umstände.

In der anschließenden Einwilligungserklärung hat der Patient die Möglichkeit, sich für oder gegen den vorgeschlagenen Eingriff zu entscheiden.

Der Informationsteil-Teil der

DIOMed-Bögen enthält vielfach über die Eingriffsaufklärung hinaus auch Hinweise zum Verhalten des Patienten vor und/oder nach der Untersuchung bzw. Behandlung (therapeutische Aufklärung/ Sicherungsaufklärung). Der Informations-Teil kann deshalb an der Perforationslinie vom Dokumentationssteil abgetrennt und dem Patienten belassen werden. Der Inhalt des Info-Teils läßt sich durch Vorlage eines beim Verlagsarchiv abrufbaren Bogens mit gleichem Redaktionsdatum beweisen.

Der entscheidende Vorteil der Stufen-aufklärung liegt für den Arzt in der Zeitersparnis bei der Standardaufklärung und in der Sicherung des Beweises, daß er den Patienten ausreichend aufgeklärt hat. Der finanzielle Aufwand für den Aufklärungsbogen liegt bei einem Bruchteil der Kosten für eine Arbeitsminute des Arztes.

Es war die große Sorge von Professor Weißbauer, die schriftliche Aufklärung könne den Patienten mehr beunruhigen als die mündliche. Verschiedene unabhängige Patientenbefragungen^{1,2} haben jedoch ergeben, daß eine gründliche Information irrationale Ängste zu beheben vermag. Weit überwiegend haben die Patienten erklärt, die schriftliche Aufklärung habe sie eher beruhigt als beunruhigt.

Das DIOMed-System umfaßt an die 500 Aufklärungsbögen für nahezu alle medizinischen Standardeingriffe. Die Zahl der Bögen erklärt sich aus dem Bestreben, in jedem Bogen möglichst nur einen speziellen Eingriff bzw. nur eine Indikation zu erfassen. Dadurch

wird der Patient von Informationen entlastet, die in seinem Fall ohne Bedeutung sind und ihn nur verwirren.

Seit Anfang der 90er Jahre werden jährlich etwa 20 Mio. Eingriffe mit Aufklärungsbögen durchgeführt, die auf dem System der Stufenaufklärung beruhen. Mehr als 100 namhafte Fachautoren aus allen medizinischen Fachgebieten gewährleisten die hervorragende medizinisch-fachliche Qualität der Bögen, die laufend ergänzt und überarbeitet werden.

Der DIOMed Verlag ist auf der CALASS '99 in Luxemburg mit einem Ausstellungsstand vertreten, weil wir sicher sind, daß die Einwilligung und die Eingriffsaufklärung des Patienten im Laufe der Zeit in allen nationalen Rechtsordnungen eine entscheidende haftungsrechtliche Bedeutung gewinnen werden.

Literatur:

- (1) Katz Ch., Mann F. "Positive Wirkung auf Angstniveau und Wissensstand", *Kliniker* 1986 (15) : 410
- (2) Lembcke B., Specht J., Nippel G., Caspary W.F. "Struktur- und Ergebnisqualität deutschsprachiger Gastroskopie-Aufklärungsbögen aus Patientensicht", *Zeitschrift Gastroenterologie* 1998 Sept.: 829-830

”Risk-Management in der praktischen Umsetzung im ambulanten Operieren an der Schnittstelle zwischen Haus- und Belegärzten”,

dargestellt am praktischen Beispiel in der Ilmtalklinik in Pfaffenhofen.

Reinhold Linn
Wormser Strasse 3
D-68647 Biblis

Abstract:

Caring for patients in out-patients departments with ambulant surgery requires new thinking, new organizational structures and administration in hospitals. Ilmtal-Clinic in Pfaffenhofen has designed a model system to facilitate procedures with a high standard and risk management.

In der Ilmtalklinik wurde recht zügig nach Schaffung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen im SGB V mit der Einführung des ambulanten Operierens begonnen. Dazu muss auch gesagt werden, dass der Landkreis Pfaffenhofen eine hohe Zuzugsrate aufweist und dementsprechend auch die Krankenhaushäufigkeit deutlich angestiegen ist. Diesem Anwachsen der Patientenzahlen wollte die Geschäftsführung zusammen mit den Ärzten rechtzeitig mit entsprechend anderen Entgeltformen begegnen.

Deshalb war auch von folgenden Zielen beim ambulanten Operieren auszugehen:

Globalziele:

- Vermeidung vollstationärer Behandlung

- bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung
- damit einhergehend muss auch mit einer Verminderung des Bettenbedarfs bei gleichbleibender Krankenhaushäufigkeit gerechnet werden.

Individualziele für die Ilmtalklinik:

- Sicherung der Marktposition
- Bindung der Patienten an die Klinik
- Ergebnisergänzung.

Andererseits stellt natürlich das ambulante Operieren erhebliche Anforderungen an die Organisation im Krankenhaus dar. Über die Schaffung von entsprechenden Strukturen gibt es ganze Bücher, wir brauchen hier nicht näher darauf einzugehen. Für die Klinikleitung und die Ärzte war klar, dass neben den nicht von der Hand zu weisenden Vorteilen auch erhebliche Risiken in Kauf zu nehmen sind. Der ambulante Patient ist organisatorisch zunächst einmal in der fest gefügten Klinikorganisation ein Fremdkörper, gleichwohl aber herzlich willkommen. Ihm soll, und das ist der Vorteil beim ambulanten Operieren im Krankenhaus, die gleiche Fürsorge wie dem stationären Patienten zugute kommen.

Deshalb war von Anfang an ein Umdenkungsprozess in der Klinik angesagt. Vor allem musste vermieden werden, dass irgendwelche Haftungsrisiken die Klinik belasten. Das noch junge Kind "ambulantes Operieren" sollte nicht durch organisatorische Risiken gefährdet werden.

Es sind Leitgedanken zur Organisation und zum Aufbau eines Systems zur Vermeidung von Haftungsrisiken formuliert worden. Diese gehen zunächst einmal von folgenden Grundgedanken aus:

1. Die Weitergabe von Informationen ist zwischen Station und OP im stationären Ablauf gesichert. Hier sind eingespielte und bewährte Regelmechanismen vorhanden.
2. Die Weitergabe von Informationen zwischen z.B. dem Hausarzt und der Klinikambulanz ist neu zu definieren.

Deshalb war beschlossene Sache, die Weitergabe von Informationen im Bereich des ambulanten Operierens so gut zu organisieren, dass Risiken weitgehend ausgeschlossen werden können.

An dieser Stelle auch die erste Feststellung, dass vorbeugendes Risikomanagement nur folgendermassen ablaufen kann:

1. Abläufe feststellen
2. Abläufe standardisieren zwischen Erstkontakt mit dem Patienten / Hausarzt bis zum Behandlungsabschluss.

Diese Art, das Thema Risk-Management anzupacken, ist sicher eine von vielen Möglichkeiten. In der Ilmtalklinik wurde versucht, aus diesem Thema kein Geheimnis zumachen. Hier ist der Versuch, die vielen Theorien praxisnah umzusetzen. In der Klinik sah man in der Möglichkeit, die Abläufe entsprechend auszuwerten und zu gestalten, einen praktikablen Weg, Haftungsrisiken zu vermeiden. Das sollte insgesamt das Ziel aller Bemühungen sein. Ganz nebenbei ist aber auch festzustellen, dass den Patienten über die vielen Informationen, die fließen, auch ein Stück Geborgenheit mit auf den Weg gegeben wird. Zudem erhalten die Hausärzte die Sicherheit, dass die von Ihnen überwiesenen Patienten gut aufgehoben sind. Gerade die Ausgestaltung dieser "soft-facts" hat einen nicht zu unterschätzenden Anteil am Gelingen des ambulanten Operierens.

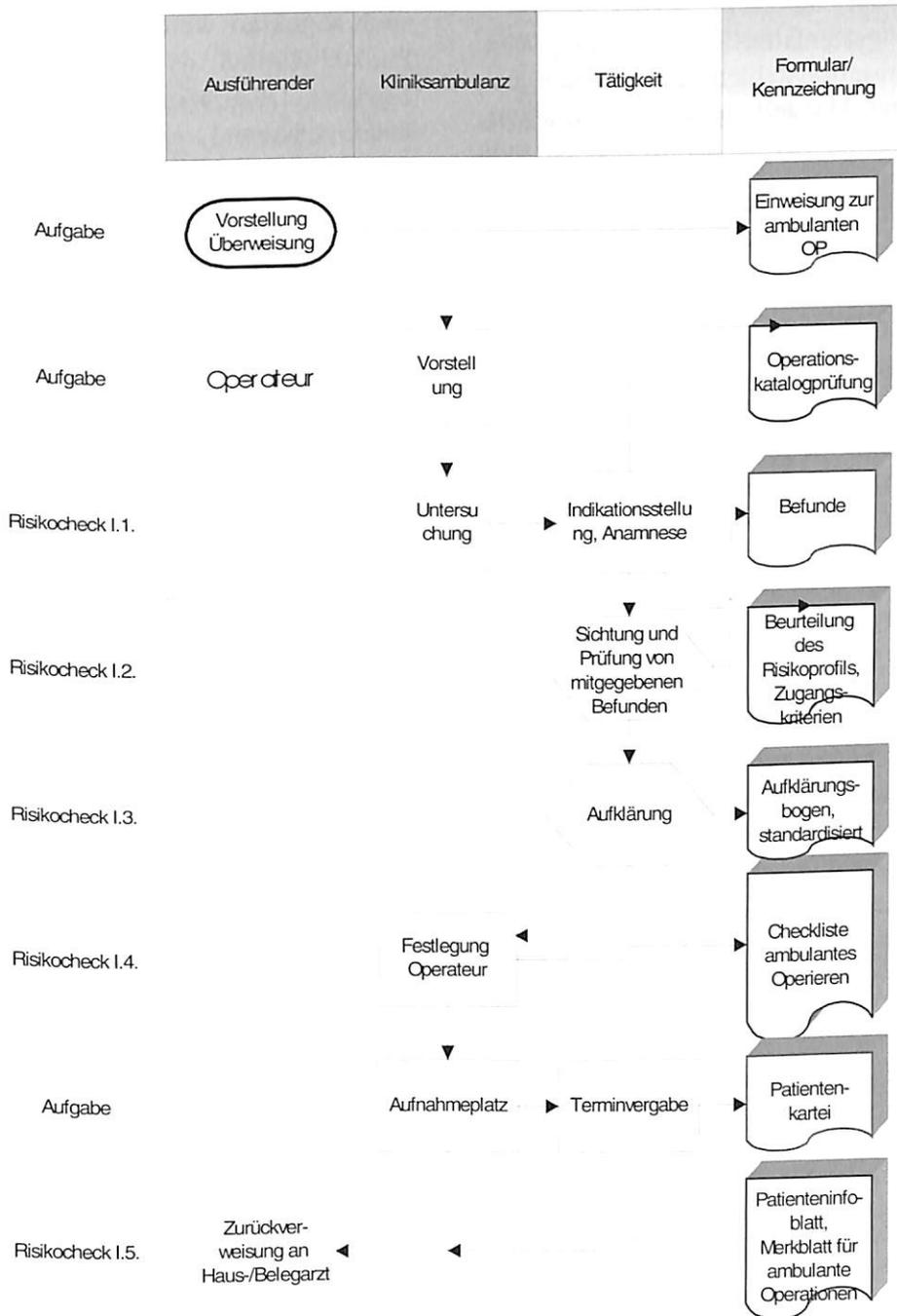
Deshalb galt für die betriebswirtschaftliche Ausgestaltung dieses Aspektes der Grundsatz:

"Erkennen der Abläufe ist Erkennen der Risiken und Schwachstellen". Nur wer seine Abläufe kennt, kann sie auch verändern und kann Gefahren vorbeugen.

Vordringliche Aufgabe also der Aufbau eines Risk-Management-Systems. Dies kann so genannt werden, weil:

- systematisch die Abläufe erfasst
- systematisch die Abläufe bewertet und systematische Auswertungen erfolgt sind:

Ablauf Patientenorganisation vor der Operation, I



1. Wo entstehen Risiken
2. Wie vermeiden wir Organisationsfehler

Die systematische Vermeidung von Organisationsfehlern ist möglich bei exakter Darstellung der Ablaufpläne, der dazugehörigen Vordrucke und Formulare und der erforderlichen Checklisten.

An dieser Stelle ein kurzer Ausflug ist die Prozessorganisation, wie er hier als Grundlage für das gesamte Arbeiten diene.

Verbesserung beginnt mit Standardisierung. Jeder Mitarbeiter und jeder Beteiligte muss wissen

- was er zu tun hat,
- womit er es zu tun hat,
- wie es getan werden muss.

Auf dieser Grundlage können Strukturen geschaffen werden, die eine menschlich unkomplizierte Kommunikation ermöglichen. Der Umgang miteinander muss zu einfach und übersichtlich wie möglich gestaltet werden. Danach ist es möglich, einen kontinuierlichen Prozess zur Verbesserung der eigenen Organisation aufzubauen.

Die erste Aufgabe war dann also die, dass strukturierte Ablaufpläne zu erstellen waren. Ein Beispiel für einen solchen Ablaufplan sehen Sie in der folgenden Darstellung auf der nächsten Seite:

Beispiele für die Formulare und Checklisten können dem Beitrag von Dr. Buhr entnommen werden.

Bei der Darstellung der Abläufe sind bestimmte Punkte aufgefallen, an denen Risiken entstehen und die dann auch abgeklärt werden müssen. Diese Punkte wurden als Risikochecks bezeichnet. Dazu wurden dann Fragenkataloge anhand von Checklisten erarbeitet. Die Antworten auf diese Fragen waren durchzuführende Massnahmen, in aller Regel dann Vordrucke oder Checklisten.

Dazu ein Beispiel:

Bei der Erstvorstellung der Patienten müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Ist diese Operation überhaupt ambulant durchführbar?
- Ist diese Operation ambulant im eigenen Hause durchführbar?

Diese Fragen sind Bestandteil des **Risikochecks I.1.**

Das Ergebnis dieses Checks war die Operationskatalog-prüfung. Die im Hause durchzuführenden ambulanten Operation können bei dem betreffenden Patienten anhand einer Checkliste (siehe Beispiel Dr. Buhr) abgeprüft werden.

Weitere Fragen zu Risikochecks sind beispielhaft hier dargestellt.

Risikocheck I.2.

- Ist der Patient selbst geeignet, um ambulante Operationen durchführen zu können?
- Sind die Risiken in der Person des Patienten so gering als möglich?

Antwort darauf gibt der Vordruck "Beurteilung des Risikoprofils"

Risikocheck I.3.

- Verwenden wir Aufklärungsbögen, die ausreichend informieren?
- Versteht der Patient den Inhalt?
- Können wir die Aufklärungsinhalte verständlich genug vermitteln?

Antwort darauf gibt der Vordruck "Aufklärungsbogen (standardisiert)"

Risikocheck I.4.

- Wie vermeiden wir Kommunikationsprobleme in der Vorbereitung der Operation?
- Wie steuern wir die optimale

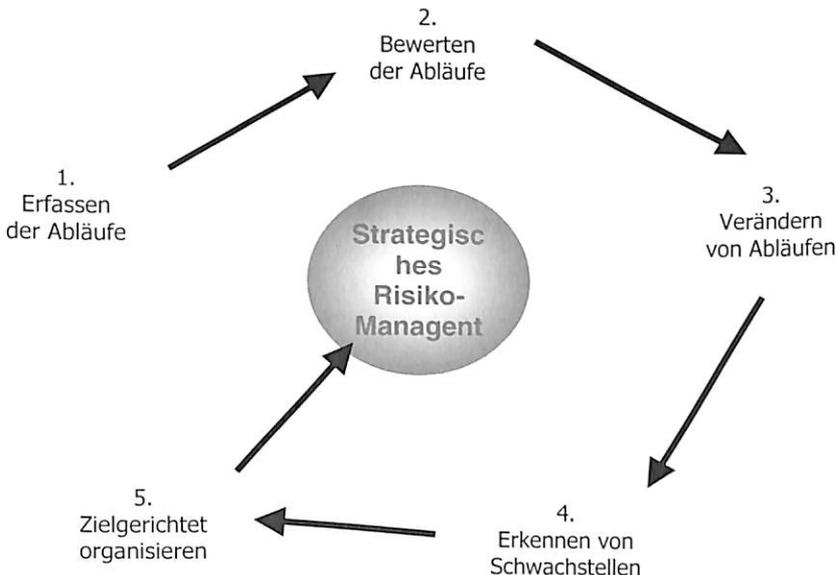
Operationsvorbereitung im Hinblick auf Kosteneffizienz und Sicherheit?

Antwort darauf gibt der Vordruck "Checkliste ambulantes Operieren"

Weitere Abläufe wurden erstellt, insbesondere für die OP – Durchführung und –nachbereitung und natürlich wurden auch hier Risikochecks durchgeführt und Antworten auf die gestellten Fragen gegeben. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, diese alle aufzulisten.

Aus unserer praktischen Erfahrung verstehen wir unter einem "Strategischen Risikomanagement"

1. Erfassen der Abläufe
2. Bewerten der Abläufe
3. Verändern von Abläufen
4. Erkennen von Schwachstellen
5. Zielgerichtetes Organisieren



1. Erfassen der Abläufe
2. Bewerten der Abläufe
3. Verändern von Abläufen
4. Erkennen von Schwachstellen
5. Zielgerichtetes Organisieren

Wenn diese Schritte eingeleitet sind, kann daraus ein kundenorientiertes und zertifiziertes Qualitätsmanagement entstehen.

Ausgewählte KMT –
Referenzobjekte zu erhalten beim
Verfasser Reinhold Linn,
Geschäftsführer

Krankenhausmanagement-Team
GmbH
Wormser Strasse 3, D-68647 Biblis
Tel. und Fax 06245-905959
e-mail: KMTGmbH@t-online.de

18 Jahre Verwaltungsdirektor in
Kliniken

seit 1991 Geschäftsführer von KMT
GmbH

Unternehmensberatung für Kranken-
häuser und Einrichtungen des Gesund-
heitswesens und der Altenpflege

Risikomanagement beim Klinikambulanten Operieren

Dr. med. Thomas Buhr
c./o. Ilmtalklinik
Krankenhausstraße 70
D-85276 Pfaffenhofen/Ilm

Zusammenfassung:

Die besonderen Gegebenheiten des Ambulanten Operierens im Krankenhaus erfordern eine vorbeugendes Risikomanagement, um eine mit der stationären Therapie vergleichbare Patientensicherheit zu erreichen und um den umfangreichen forensischen Anforderungen zu genügen. Es werden diese Anforderungen kurz umrissen und am Beispiel der Organisation des Ambulanten Operierens der Ilmtalklinik Pfaffenhofen ein Risk-management-System dargestellt. Die dort definierten Abläufe und entwickelten Werkzeuge und deren Bezug zum Risikomanagement werden vorgestellt. Die Autoren sehen das Risikomanagement dabei als wesentlichen Teil eines allgemeinen Qualitätsmanagements.

Schlüsselwörter:

Ambulantes Operieren
Risikomanagement
Qualitätssicherung

Abstract:

The special conditions in ambulant surgery in hospital require a preventing risk management to reach a security for patients which is comparable to stationary therapy. These requirements will be outlined concisely. At the example of organisation of ambulant

surgery at the Ilmtalklinik Pfaffenhofen (Germany) a system of risk management is described. There defined running offs and developed checklists and their relation to risk management will be represented. In meaning of the authors risk-management is an essential part of general quality management.

Keywords:

ambulant surgery
risk management
quality management

Durch §115b SGB V und die Bundespflegesatzverordnung von 1993 wurde in Deutschland das Ambulante Operieren als Institutsleistung den Krankenhäusern zugänglich gemacht. Es handelt sich also um eine relativ neue Behandlungsform. Die entsprechenden Organisationsstrukturen mußten von den Kliniken neu entwickelt werden.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben entschied sich die Ilmtalklinik Pfaffenhofen 1995, das Ambulante Operieren ab 1996 als neue Form der Leistungserbringung und Erweiterung des Behandlungsangebotes einzurichten. Mit der Entwicklung der Organisation und Implementierung in die Klinikorganisation wurde der Autor als einer der Oberärzte betraut.

Zur Entwicklung geeigneter Organi-

sationsstrukturen wurde eine ‚Projektgruppe Ambulantes Operieren‘ gegründet, die nachfolgend als zentrale Diskussions- und Kommunikationsplattform den zeitweilig schwierigen Integrationsprozeß lenkte. Diese Arbeitsgruppe entwickelte sich nach erfolgreichem Abschluß der Gründungsphase weiter zu einem Qualitätssicherungskreis, der die Entwicklung und Anpassung der Ablauforganisation bis heute steuert.

Die gesetzlichen Vorgaben und Empfehlungen der Fachgesellschaften für das ambulante Operieren gehen von der Grundprämisse aus, daß durch die ambulante Leistungserbringung für den Patienten keine Risikoerhöhung resultieren darf und für beide Behandlungsformen ein gleicher, hinreichender Standard zu gelten hat. Zu den Charakteristika des ambulanten Operierens gehört es aber, daß sich Arzt-Patienten-Kontakte auf eine sehr kurze Zeit beschränken und damit grundsätzlich mögliche Probleme schwer zu erkennen und Fehler kaum zu korrigieren sind. Verschärfend wirkt sich der knappe wirtschaftliche Spielraum bei diesen in der Regel ‚kleinen‘ Eingriffen aus. Daraus ergibt sich, daß eine vergleichbare hohe Patientensicherheit nur durch geeignete, standardisierte Ablaufschemata zu erreichen ist. Für die bestehende Organisation einer Klinik stellt das ambulante Operieren zudem einen nur schwer einzubindenden Fremdkörper dar.

Ziel der Projektgruppe war es daher, die Abläufe vom Erstkontakt des Patienten bis zum Behandlungsabschluß durch Formulierung von stan-

dardisierten Ablaufprotokollen festzulegen und die Verantwortung entsprechend dem jeweiligen Aufgabenbereich und der fachlichen Qualifikation den beteiligten Gruppen und Abteilungen zuzuordnen. Außerdem wurde von Anfang an nicht nur eine Optimierung des Ablaufs, sondern auch eine Risikokontrolle angestrebt. Bereits im ersten organisatorischen Ansatz wurden die bereits formulierten Vorgaben der Fachgesellschaften und die Vorgaben der Rechtsprechung umgesetzt. Aufgabe der Projektgruppe war es dann, in Kenntnis der vorhandenen räumlichen und personellen Strukturen diese Vorgaben in Organisationsabläufe umzusetzen und mit zunehmender Erfahrung anzupassen und weiterzuentwickeln.

Die nachfolgende Darstellung gibt unsere derzeitige Ablauforganisation wieder, soweit ein direkter Bezug zum Risikomanagement besteht, auf eine komplette Darstellung wurde verzichtet.

Für die vorausschauende Risikominimierung im ambulanten Bereich ist der Erstkontakt mit dem Patienten von großer Bedeutung.

Eine ambulante Vorstellung jedes Patienten spätestens einen Tag vor der OP ist für uns unabdingbar, um den hohen Anforderungen der Rechtsprechung an den ‚informed consent‘ bei einem Elektiveingriff zu genügen. Die Erstuntersuchung muß durch eine Facharzt für Chirurgie bzw. für das entsprechende operative Fachgebiet erfolgen. Wir streben sowohl im Interesse einer optimalen Arzt-

Patienten-Beziehung als auch zur Risikominimierung als Regelfall an, daß die Erstuntersuchung durch den Operateur selbst erfolgt.

Häufig ist die Erstvorstellung bis zum OP-Tag der einzige Kontakt, so daß an den Umfang und die Sorgfalt der durchgeführten Untersuchung und die Dokumentation der erhobenen Befunde in die Krankenakte besondere Anforderungen gestellt werden müssen. Erforderlich ist nicht nur ein exakter Lokalbefund, sondern auch die Anamnese bezüglich Risikofaktoren und eine orientierender Allgemeinuntersuchung. Der Operateur prüft auch die vom Hausarzt mitgegebenen Befunde, wobei hier in der Regel der Vertrauensgrundsatz gelten kann. Die kritische Würdigung dieser Befunde mündet in eine Prüfung der Indikation und des Risikoprofils durch den Operateur und stellt den ersten Risikocheck dar.

Im Hinblick darauf, ob eine ambulante Durchführung des Eingriffs möglich ist, muß der verantwortliche Chirurg im Zweifelsfall zunächst aus forensischen Gründen überprüfen, ob die entsprechende Operation in der von den Fachgesellschaften entwickelten Katalogen aufgeführt ist. Außerdem ist zu bedenken, ob er Teil der für unser Haus im Konsens festgelegten ‚Liste der Ambulanten Operationen‘ ist, da er nur dann von einem Routineablauf ausgehen kann und es sichergestellt ist, daß die weitere Behandlung definiert abläuft und für die weiteren beteiligten Mitarbeiter vorhersehbar ist.

Als nächster Schritt erfolgt eine

gezielten Risikoprüfung anhand der von uns entwickelten ‚Checkliste Zugangskriterien‘ (siehe Abb.1), die medizinischen und psychosozialen Mindestvoraussetzungen und Ausschlußkriterien speziell für die ambulanten Durchführung einer Operation prüft.

Es folgt als nächster Schritt die OP-Aufklärung durch den Operateur selbst unter Verwendung standardisierter Formulare.

An die Operationsaufklärung, bestehend aus Diagnoseaufklärung, Verlaufsaufklärung, Risikoaufklärung und Therapeutischer Aufklärung werden von der Rechtssprechung gerade beim Ambulanten Operieren besondere Anforderungen gestellt. Empfehlenswert sind kurze handschriftliche Ergänzungen der Standardvordrucke betreffend individuelle Besonderheiten und die Besonderheiten der ambulanten Durchführung des Eingriffs.

Zur Ergänzung der bekannten Standardaufklärungsbögen setzen wir speziellen Aufklärungsbögen ein, die auf die besonderen Belange wie Nüchternheit vor dem Eingriff, telefonische Erreichbarkeit des Patienten, vorhandene Betreuungspersonen etc. abstellen und vom Patienten gegengezeichnet werden müssen.

Der nächste Punkt zur vorausschauenden Risikominimierung stellt das von uns entwickelte ‚Patienteninfo‘ dar, das jeder Patient erhält. Es informiert ihn, welche besondere Probleme durch die geplante ambulante Operation auf ihn persönlich zukommen und in seinem häuslichen Bereich ent-

Abb. 1

Checkliste Ambulantes Operieren

ILMTALKLINIK
Ambulantes Operieren

Patientenname : Vorname : Geb. datum : / /

Telefon : Hausarzt : Dr.

Frühere Krankenhausaufenthalte in der Ilmtalklinik? ja nein

Diagnose : (ICD 10:)
(ICD 9 :)

geplante OP : (ICPM :)
(Dauer: ca. min) (EBM :)

geplanter OP Termin : Mittwoch, den / / um Uhr

einbestellt um Uhr oder telefon. Rückruf wg. Einbestellung

OP-Aufklärung durchgeführt ja nein

Wiedervorstellung präop.in Chirurgie : nein ja am / /
wegen:

Perioperative Antibiotikaprophylaxe nein ja (Med.:)

geplante Anästhesie : Lokalanästhesie
andere
Prämedikation am / / um Uhr

für OP-Tag bereitstellen : Rote Karte
frühere Krankenakten
Röntgentüte
Überweisungsschein
anderes

im OP bereitstellen : Minisieb
anderes Sieb
Röntgenbildwandler
Histologie
Blutleere
anderes

ärztliche Assistenz erforderlich ? ja nein

Instrumentierschwester erforderlich ? ja nein

Postop. Thrombembolieprophylaxe ? nein ja (Mono-Embolex)

Sprechstunde Chirurgie am / / Chirurg :

stehen können. Das Merkblatt gibt Empfehlungen zu Vorbereitungen, in der Wohnung, zu persönlichen Vorbereitungen betreffend Kleidung, Rasur etc. sowie Informationen. Außerdem beschreibt es allgemeine Warnsymptome, die präoperativ das Risiko von Operation oder Anästhesie erhöhen könnten oder postoperativ auf Komplikationen hindeuten, gibt entsprechende Verhaltensempfehlungen und enthält unsere Kontaktnummern.

Der Patient erhält ein Merkblatt zur Terminorganisation, auf dem die für ihn wichtigen Termine für weitere Voruntersuchungen, eventuelle weitere ambulante Wiedervorstellungen präoperativ (z.B. zur Markierung von Varizen) und der Prämedikationstermin vermerkt sind.

Der überweisende Hausarzt wird über das geplante Vorgehen durch einen Kurzbrief informiert. Dieser Brief stellt gleichzeitig auch einen ersten Schritt dar, den Hausarzt im Interesse der Patientensicherheit in die postoperative Weiterbehandlung einzubinden.

Der nächste wichtige Schritt in der Patientenorganisation ist die Festlegung des weiteren Ablaufs der Behandlung durch den Operateur mittels der ‚Checkliste‘ (siehe Abb.2).

Sie stellt das entscheidende Instrument zur Steuerung des Ablaufs dar und legt für die weiteren beteiligten Abteilungen und Mitarbeitergruppen Anästhesie, Verwaltung, Ambulanz und OP-Team das geplante Vorgehen fest. Eine solche ‚Checkliste‘ sollte die weitere Organisation der Behandlung

regeln, ohne daß Rückfragen erforderlich sind und muß den jeweiligen Bedingungen eines Hauses individuell Rechnung tragen.

In unserem Hause stellte die Konzipierung und schrittweise Weiterentwicklung dieser Checkliste innerhalb der Projektgruppe ‚Ambulantes Operieren‘ den entscheidenden Punkt im vorbeugendem Risikomanagement dar, da jeweils anhand von Problemen die Abläufe neu überdacht, diskutiert und damit optimiert werden konnten.

Im weiteren Behandlungsablauf folgt nun in der Regel die Prämedikation mit Risikocheck und Aufklärung durch die Anästhesie. Auch hier kommen standardisierte Aufklärungsbögen zum Einsatz.

Am Operationstag selbst erfolgt nach kurzer Sichtung der Unterlagen, Überprüfung der vorbesprochenen Rahmenbedingungen betreffend Nüchternheit etc. und kurzer Untersuchung den Operateur der Eingriff selbst operationstechnisch im wesentlichen in gleicher Weise wie beim stationären Patienten. Lediglich einzelne Maßnahmen wie z.B. die Verbandsfixierung und vor allem die Art der Schmerzbehandlung werden den besonderen Erfordernissen angepaßt.

Die OP-Dokumentation und Erstellung des Operationsberichtes erfolgt EDV-gestützt während des Wechsels im OP, außerdem die in Deutschland obligate Qualitätssicherungsdokumentation auf einem speziellen Erfassungsbogen.

Einen weiteren wichtiger Punkt zur

Risikominimierung stellt die Abschlußuntersuchung des Patienten durch Operateur und Anästhesisten dar. Auf der ‚Checkliste Entlaßkriterien‘ werden durch Ankreuzen u.a. der Entlassungsbefund sowie die Effizienz der Analgesie und das sichere Abklingen aller Narkosefolgen dokumentiert. Der Patient wird mit den erforderlichen Analgetika und dem Beipackzettel in Kopie und einer Einnahmeweisung entlassen.

Die Rechtsprechung fordert beim ambulanten Operieren vom Operateur eine besondere Sorgfalt zur Sicherung des Therapieerfolges durch ärztliche Verhaltensmaßregeln. Erforderlich sind z. B Informationen über den normalen postoperativen Verlauf, Empfehlungen zu Bettruhe, Entlastung etc. sowie eine gezielte Aufklärung über Zeichen für Komplikationen und spezifische Verhaltensmaßregeln. Wir tragen dem Rechnung, indem wir unseren Patienten indikationsspezifisch durch von uns entwickelte Merkblätter, z.B. das ‚Merkblatt nach ambulanter Leistenhernienoperation‘ informieren. Damit ist nicht nur den rechtlichen Anforderungen Genüge getan, sondern es sind auch die meisten vom Patienten sowieso regelmäßig gestellten Fragen zur Nachbehandlung beantwortet.

Der Hausarzt wird durch einen Kurarztbrief über die Operation und geplante Weiterbehandlung informiert

Aus der Darstellung wird deutlich, daß für die eher kleinern ambulanten Operationen ein erheblicher Dokumentationsaufwand besteht. Anderer-

seits ist in Deutschland das ambulante Operieren von der Ertragsseite her gerade eben kostendeckend, d.h. den hohen Anforderungen an die Dokumentation und Ablauforganisation steht ein enger wirtschaftlicher Spielraum gegenüber. Daraus folgt, daß die Abläufe und Checklisten nicht nur aus Gründen des Risikomanagementes, sondern auch aus ökonomischen Gründen besonders kurz und exakt zugeschnitten sein müssen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß nach anfänglicher Skepsis über den großen Aufwand alle Mitarbeiter das gemeinsam entwickelte Konzept und die Checklisten nicht nur als Instrument der Risikominderung, sondern nach einer Eingewöhnungsphase auch als Mittel der Arbeitserleichterung akzeptiert haben.

Wir betrachten das Risikomanagement als eine Form der Qualitätssicherung, bei dem die Analyse der Abläufe Risikokonstellationen und Schwachstellen erkennen läßt. Daraus entwickeln sich Ablaufprotokolle und Behandlungsguidelines, als Instrumente dienen im Konsens entwickelten Checklisten. Die Einbindung von qualifizierter externer Beratung mit Know-how in Organisationsmanagement ist notwendig oder zumindest sehr hilfreich. Die entwickelten Strukturen und die Organisation müssen den gesetzlichen Vorschriften und medizinischen Empfehlungen genügen. Die Leitung der Qualitätsmanagementgruppe sollte in ärztlicher Hand liegen.

Wir halten es für sehr wichtig, daß die entsprechenden Strukturen und Organisationsabläufe analog dem

Prozeß der internen Qualitätssicherung von den Betroffenen selbst entwickelt werden. Die optimale Anpassung an ggf. bereits bestehende, bewährte Strukturen ergibt sich dadurch von selbst. Darüber hinaus bringt dieser Ansatz das Potential aller Mitarbeiter optimal in den Prozeß der Risikomanagementes ein. Die innere Akzeptanz der standardisierten Organisationsabläufe, die oft auf den ersten Blick ‚umständlich‘ erscheinen, ist auf Dauer nur dann zu erwarten, wenn die Mitarbeiter sich damit identifizieren können. Wir sehen gerade in diesem Punkt einen wesentlichen Unterschied zu anderen Ansätzen des risk-managements, bei denen ein vorwiegend juristisch ausgelegtes, starres und vorgeformtes System den vorhandenen Strukturen von außen übergestülpt wird.

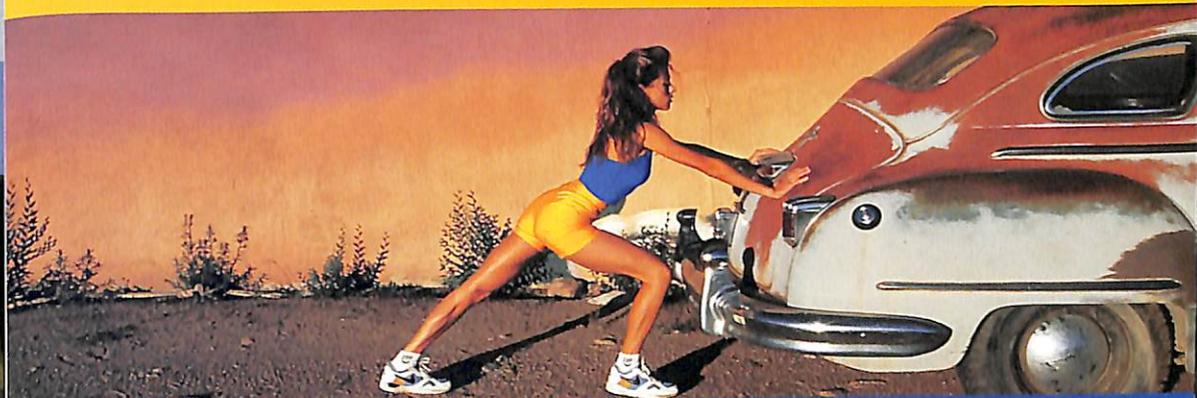
(Literatur auf Anfrage beim Verfasser)



ASSURANCE & ASSISTANCE

EXTRA BONUS
50%
des Primes
BON CONDUCTEUR

DIE GANZ SCHLAUEN KOMMEN IMMER SICHER NACH HAUSE



... IN EINEM ERSATZWAGEN, DER SCHON
AN ORT UND STELLE BEREITSTEHT.

Wenn es kracht, ist es schon zu spät: ein Unfall ist schnell passiert! Wir stellen Ihnen ein neues Ersatzfahrzeug zur Verfügung - und zwar sofort! In dem Moment, wo Ihr eigener verunfallter Wagen abgeschleppt wird, steht das Ersatzauto schon an Ort und Stelle bereit! Und im Ausland übernehmen wir eine ganze Reihe der Nebenkosten, die bei einem Unfall entstehen können.

Für die unfallfreien Fahrer haben wir jetzt eine besonders gute Nachricht! Ab sofort erhalten Sie eine Ermäßigung auf Ihre Kaskoversicherung, die bis zu 50% der normalen Prämie betragen kann. Und falls Sie doch einmal einen Unfall haben, berechnen wir die Neueinstufung in der Bonus-Malus-Tabelle nicht mehr nach einer allgemein gültigen Pauschale, sondern auf Grundlage des wirklich entstandenen Schadens!

Aber Autoflex ist weit mehr als nur eine einfache Kaskoversicherung. Mit der obligatorischen Autohaftpflichtversicherung, der Unfallversicherung und dem Rechtsschutz haben wir für Sie ein Versicherungspaket geschnürt, das Sie in jeder Situation optimal schützt.

Service total, fairer Preis und globaler Versicherungsschutz... Für einen Kostenvoranschlag, oder wenn Sie an weiteren Informationen interessiert sind, steht Ihnen Ihr Versicherungsagent der Bâloise gerne zur Verfügung. Oder rufen Sie uns an unter der Nummer 290 190 290!

 **Bâloise**
Assurances

MAT SECHERHEET MEI FREED UM LIEWEN

Zone d'activité Cloche d'Or - 1, rue Emile Bian - L-1235 Luxembourg - Tel.: 290 190-1 - Fax: 290 592
47, rue Prince Henri - L-9047 Ettelbruck - Tel.: 81 69 79-1 - Fax: 81 90 60

VOLVO

SWEDISH IS SAFE. AND BEAUTIFUL.



Volvo S80

Il y a quelques années encore, les Volvos étaient surtout connues pour leur robustesse. Aujourd'hui, elles sont également élues pour leurs formes. Ainsi, en 1999, la Volvo S80 n'a pas seulement reçu le European Security Award, chose somme toute banale pour une Volvo, mais elle a également été récompensée par le European Design Award.

Et si l'Award du meilleur service au client existait, nous serions sûrement nominés. Car, afin de vous faciliter la vie, nous avons adapté nos heures d'ouverture à votre emploi du temps, nous mettons à votre disposition une voiture de remplacement, instrument de travail indispensable pour les médecins, et nous vous proposons un service «Airport» unique au Luxembourg.

Heures d'ouverture Scancar Luxembourg: 06h00 - 22h00

SCANCAR
N O R D

2, PORTE DES ARDENNES
L-9145 ERPELDANGE-ETTELBRUCK
TEL.: 81 22 55-1 FAX: 81 22 55-22
E-MAIL: scancarn@pt.lu

SCANCAR
LUXEMBOURG

18, RUE DES PEUPLIERS
L-2328 LUXEMBOURG-HAMM
TEL.: 43 96 96-1 FAX: 43 96 76
E-MAIL: scancar@pt.lu

