

Ausgabe
Nr. 8

Schriftenreihe
zu aktuellen Themen
der Schadenversicherung

I. Dautert – F. Reddering – M. Schönermark – P. Weidinger

Fachtagung der E+S Rück

*Arzt- und Krankenhaushaftpflicht zwischen
hippokratischem Eid und Verrechtlichung
der Medizin*

e+s **rück**

Schriftenreihe
zu aktuellen Themen
der Schadenversicherung

Ausgabe Nr. 8

I. Dauert – F. Reddering – M. Schönermark – P. Weidinger

Fachtagung der E+S Rück

*Arzt- und Krankenhaushaftpflicht zwischen
hippokratischem Eid und Verrechtlichung
der Medizin*

Inhalt

Kapitel		Seite
1.	Grußwort	3
2.	Arzthaftung aus der Sicht eines Patientenanwaltes	5
2.1	Aufklärung – einfache Patientenrüge?	5
2.2	Aufklärungspflicht – Verpflichtung aus dem Behandlungsvertrag	6
3.	Die Entwicklung der medizinischen Haftpflichtversicherung in den Niederlanden	11
4.	Medicine meets Management – Einfluss von strategischem Denken auf die Handlungsoptionen von Krankenhäusern	15
5.	Schaden und Risk-Management aus Sicht eines Haftpflichtversicherers	24
5.1	Qualitätssicherung	24
5.2	Schadenmanagement	25
5.3	Risk-Management	27
5.4	Qualitätssteuerung	27
5.4.1	Auf der Grundlage bekannter Schadenfälle	27
5.4.2	Durch incident-reporting	28
5.4.3	Durch Ist-/Soll-Analyse und Prozesssteuerung	28
5.4.4	Durch Aufzeigen von Gefahrenpotenzial anerkannter Behandlungsstandards	28
5.5	Ergebnis konsequenten Schadenmanagements	29
5.6	Zusammenfassung	30
6.	Referenten	31

1. Grußwort

von Dr. Michael Pickel

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Jahr 2004 haben wir unsere traditionelle juristische Fachtagung dem stets aktuellen und spannenden Thema „Arzt- und Krankenhaushaftpflicht“ gewidmet.

„Medicus curat, natura sanat“ – der Arzt kümmert sich, die Natur heilt. Dieser Ausspruch wird dem berühmten griechischen Mediziner Hippokrates von Kos (460 bis 370 v. Chr.) zugeschrieben. Er betrachtete eine Krankheit nicht als Schicksal oder Strafe der Götter, sondern als Teil der den Menschen umgebenden Natur.

Ob Hippokrates damals schon um die Zeitlosigkeit seiner Erkenntnis wusste? Denn auch heute wird eine Erkrankung nicht mehr als rein schicksalhaft gesehen, und hier genau befindet sich der Zwiespalt, den unsere Fachtagung näher betrachten will.

Der Arzt ist heute – wie auch ein Krankenhaus mit all seinen Facetten des ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienstes – vielerlei Anforderungen und Unwägbarkeiten ausgesetzt. Teilweise Technisierung und erhöhte Ansprüche der Patienten sind hier nur einige Punkte. Eine zum Teil skandalöse und rücksichtslose Berichterstattung in den Medien lässt Geschädigte aufmerken, wie sie im Falle eines Falles am wirksamsten Schadenersatz und Schmerzensgeld erlangen können. Zudem erschweren Budgetierung, überfüllte Dienstpläne, ungeklärte Arbeitszeiten und teilweise überzogene Anforderungen der Rechtsprechung Arzt und behandelndem Team das Leben.

Im Schadenfall stehen wir, Erst- und Rückversicherer, stets vor neuen Herausforderungen. Denn hinter jedem Schaden verbirgt sich ein Einzelschicksal, das gerichtlich und außergerichtlich gerecht behandelt werden muss. Der gesetzgeberische Auftrag der Qualitätssicherung macht nicht an der Klinikpforte halt. Vielmehr wurde in den letzten Jahren gerade im Bereich der Krankenhaushaftpflicht ein intensives Schadenma-

nagement etabliert, das zu einer Verbesserung des Images beitragen konnte. An dieser positiven Entwicklung hat auch die Versicherungswirtschaft ihren Anteil: In Zusammenarbeit zwischen Schadenexperten und Krankenhausmanagern konnten viele Probleme bereits im Vorfeld diskutiert, gelöst und so letztlich Schäden verhindert werden.

Wenn dies nicht immer gelingt, so liegt es nicht zuletzt an menschlichen Unzulänglichkeiten, denen wir alle unterliegen. In diesen Fällen muss entsprechend gehandelt werden: berechnete Schäden regulieren und Entschädigung leisten, unberechtigte Ansprüche abwehren. Dies ist – auf eine simple Formel gebracht – unser Auftrag.

Ein wesentlicher Teil unserer Veranstaltung wird sich dem Thema Schadenvermeidung und Risikomanagement widmen. Um in Zukunft möglichst viele Schäden vorab verhindern zu können, ist es insbesondere notwendig, die Hauptdienstleistung „Behandlung“ in ein intaktes „Organisationskorsett Krankenhausverwaltung“ zu betten. Denn: Ein gezieltes Organisationsmanagement vermag eine Vielzahl von Schäden zu vermeiden oder zumindest in ihren Auswirkungen zu minimieren. Ich denke beispielsweise an die formellen Aufklärungspflichten und die von der Rechtsprechung immer wieder bemühten Dokumentationspflichten nach ärztlichen Eingriffen, die bei Nichtbeachtung im Schadenfall zu einer Verlagerung der Beweislast vom Patienten auf den Mediziner führen.

Es gibt viele Ansatzpunkte und einen zu umfangreichen Diskussionsstoff, als dass man die gesamte Thematik in einer eintägigen Veranstaltung erschöpfen könnte. Daher wird die E+S Rück den Dialog mit ihren bewährten Ansprechpartnern, mit Ihnen, selbstverständlich aufrecht erhalten.



Mein besonderer Dank gilt unseren Referenten, die sich für diese Tagung mit ihren Beiträgen zur Verfügung gestellt haben. Moderiert wird die Veranstaltung von Herrn Jörg-Christian Deister aus dem Bereich Group Legal Services.

Ich bin überzeugt, dass unsere diesjährige Fachtagung Sie erneut in Ihrer Auffassung bestärken wird, die E+S Rück als Ihren Rückversi-

cherer der ersten Wahl in Deutschland zu betrachten.



Dr. Michael Pickel
Mitglied des Vorstands

2. Arzthaftung aus der Sicht eines Patientenanwaltes

Von Rechtsanwältin Dr. Ilse Dautert

2.1 Aufklärung – einfache Patientenrüge?

Inhalt, Umfang, Art und Weise ärztlicher Aufklärungspflicht stehen seit Jahren nicht nur im Verhältnis zwischen Arzt und Patient, sondern gleichermaßen auch im Verhältnis Arzt und Jurist im Brennpunkt kontroverser Diskussionen:

Ärztlicherseits wendet man sich gegen eine Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechtes in der Aufklärung. Zwar soll der Arzt den Patientenwillen ernst nehmen und damit dessen Selbstbestimmungsrecht. Die Wahrheit sei aber nicht das Einzige, was der Arzt seinem Patienten schuldet. Man plädiert ärztlicherseits für eine differenzierte Aufklärung:

Nur über das, was der Patient wissen will und auch ertragen kann, soll aufgeklärt werden. Von Patientenseite wird, zumindest in der forensischen Auseinandersetzung rund um Schadenersatzansprüche, regelmäßig eine schonungslose Aufklärung gefordert. Oft wird allerdings dabei übersehen, dass die Hürde der plausiblen Darlegung des Entscheidungskonfliktes bei sachgerechter Aufklärung nicht so einfach genommen werden kann. Ohne weiteres gelingt, gerade auch angesichts der jüngeren Rechtsprechung zur Aufklärungspflichtverletzung, die Darlegung des Entscheidungskonfliktes nicht.

Zugegebenermaßen wird die Verletzung von Aufklärungspflichten auf Patientenseite zum Zwecke des Schadenersatzes genutzt. Die Rechtsprechung hat hierzu in umfangreicher Kasuistik Grundsätze zu Art, Ausmaß und Umfang der Aufklärung entwickelt.

Bei nicht bewiesenen Behandlungsfehlern wird regelmäßig mit Hilfe der Aufklärungsrüge gleichwohl eine Schadenersatzpflicht des Arztes durchgesetzt. Den Behandlungsfehler des Arztes muss der Patient in der Regel beweisen, die hinreichende Aufklärung dagegen der Arzt.

Fehlt es infolge unzureichender Aufklärung an einer Einwilligung, dann besteht die Gefahr, dass

der Arzt für alle Folgen eines Eingriffes haftet, selbst dann, wenn dieser lege artis durchgeführt worden ist.

Die Verpflichtung des Arztes zur umfassenden Aufklärung des Patienten hat zahlreiche Rechtsgrundlagen (Straf- und Verfassungsrecht, ärztliches Standes- und Berufsrecht sowie Nebenpflicht aus dem zwischen Arzt und Patient geschlossenen Behandlungsvertrag).

- 1) Jede ärztliche, die Integrität des Menschen berührende Maßnahme stellt seit der Rechtsprechung des Reichsgerichts tatbestandlich eine Körperverletzung dar (RGSt 25, 375). Dies gilt völlig unabhängig davon, wie die Behandlung als solche durchgeführt worden ist (so z. B. BGHSt 11/111; BGH, NJW 1998, 2946; exemplarisch für die zivilrechtliche Rechtsprechung: OLG Köln, NJW 1978, 1690).

Auch die lege artis, d. h. fachgerecht durchgeführte und auch gebotene ärztliche Heilbehandlung, erfüllt den Tatbestand der Körperverletzung i. S. d. §§ 823 Abs. 1 BGB, 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 StGB. Ohne Einwilligung ist die Haftung des Arztes dem Grunde nach begründet (z. B. BGH, VersR 2001, 592; vgl. auch Rehborn, MDR 2002, 1281, 1284).

Die Einwilligung des Patienten allerdings entbindet den Arzt nicht von der Verantwortung für das medizinisch richtige Vorgehen (OLG Karlsruhe, VersR 1987, 1147 für einen Fall von Extraktion sämtlicher Zähne; OLG Köln, VersR 2000, 492 zur Durchtrennung des Nervus tibialis zur Behandlung von Schmerzen bei diagnostiziertem Tarsaltunnelsyndrom; OLG Köln, VersR 1999, 1371 für den Fall einer kosmetischen Korrektur der Ohrmuschel bei einem Psychopathen; OLG Oldenburg, VersR 1999, 1499 bei Extraktion von 14 Zähnen bei einem 17-jährigen Patienten).

Diese Rechtsprechung wird zum Teil heftig kritisiert:

Die Kritik wird damit begründet, dass eine lege artis durchgeführte ärztliche Behandlungsmaßnahme auch tatbestandlich keine Körperverletzung darstellen kann. Die Rechtsprechung indes hat sich trotz massiver Kritik nicht von ihrem ursprünglichen Standpunkt wegbewegt. Ärztlicher Heileingriff bleibt tatbestandlich Körperverletzung, indiziert damit im Regelfall die Rechtswidrigkeit, sofern nicht ein Rechtfertigungsgrund, nämlich die Einwilligung des umfassend aufgeklärten Patienten, vorliegt.

Das Grundgesetz (Art. 1 Abs. 1 S. 1 GG, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) normiert das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. In seine Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden (Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG).

Nach § 8 der (Muster-)Berufsordnung (DÄBl 1997, A 2354, im Internet abrufbar unter: www.bmf.de/originalia/mbo.html), bedarf der Arzt zur Behandlung der Einwilligung des Patienten.

2.2 Aufklärungspflicht – Verpflichtung aus dem Behandlungsvertrag

Der Arzt ist aus dem mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag zur Aufklärung verpflichtet. Diskutiert wird in Rechtsprechung und Literatur, ob es sich dabei um eine vertragliche Haupt- oder aber um eine vertragliche Nebenpflicht handelt. Praktische Konsequenzen hat dieser Meinungsstreit letztlich nicht (Hauptpflichten können selbständig eingeklagt werden, während vertragliche Nebenpflichten nur bei Verletzung Schadenersatzansprüche begründen können).

- 2) Man unterscheidet im Wesentlichen zwischen der Eingriffs- und der Sicherheitsaufklärung sowie der Aufklärung über wirtschaftliche Folgen der Behandlung.

Unabhängig davon ist man sich aber einig darüber, dass der Patient über Art, Umfang und Durchführung des geplanten Eingriffes informiert sein muss, dass er also, wie die Rechtsprechung es sagt, „im Großen und Ganzen“ wissen muss, worauf er sich einlässt (sog. informed consent). Allein eine derartige Aufklärung ist Grundlage des einem jeden Menschen zustehenden, verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechtes: Wer nicht weiß, worauf er sich einlässt, wer die Risiken nicht kennt, kann nicht rechtswirksam in eine ärztliche Heilmaßnahme einwilligen; dann fehlt es an einer rechtfertigenden Einwilligung und die Maßnahme selbst – ob lege artis durchgeführt oder nicht – ist rechtswidriger Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten (vgl. BGH, VersR 2001, 592; Wussow, VersR 2002, 1338; Gründel, NJW 2002, 2987 ff; ausführlich zur Aufklärungsfehlern: Martis/Winkhart, a.a.O., S. 57 ff).

Diese gravierenden, haftungsrechtlichen Konsequenzen verdeutlichen die besondere Bedeutung der Aufklärung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Fehlt es an einer derartigen Einwilligung des Patienten bzw. ist diese Einwilligung nicht rechtswirksam, dann liegt darin eine Verletzung des Behandlungsvertrages und begründet sowohl aus § 280 Abs. 1 BGB n. F. als auch aus den §§ 823 Abs. 1, Abs. 2, 839 Abs. 1 BGB die Haftung des Arztes.

a) Eingriffsaufklärung

Der Patient ist grundsätzlich über den Eingriff selbst aufzuklären. Dabei müssen dem Patienten Art und Umfang der konkret in Aussicht genommenen Behandlung, deren Tragweite, ggf. der Hinweis auf eventuelle Operationserweiterungen, gegeben werden.

Mit anderen Worten:

Der Patient muss „im Großen und Ganzen“ eine Vorstellung dessen bekommen, was auf ihn zukommt. Alles, was für seine körperliche Integrität und Lebensführung von Bedeutung werden kann, gehört zur Behandlungsaufklärung (BGH, MDR 2000, 701; Martis/Winkhart m. w. N., a. a. O., S. 58 ff).

Durch eine solche ärztliche Aufklärung soll es dem Patienten ermöglicht werden, Art, Bedeutung, Ablauf und Folgen eines solchen Eingriffes, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, so jedoch in seinen Grundzügen, verstehen zu können. Dabei reicht eine Art von „Parallelwertung in der Laiensphäre“: Im Ergebnis soll der Patient zu

einer ausgewogenen Risikoabwägung, auch als medizinischer Laie, befähigt werden.

In dieser Situation muss der Patient selbstverständlich auch darauf hingewiesen werden, welche Konsequenzen es haben könnte, wenn er sich gegen die ärztlicherseits vorgeschlagene Behandlung entscheidet.

Die Rechtsprechung verschließt sich nicht den Problemen einer Aufklärung in einer für den Patienten lebensbedrohlichen Situation. Die Vitalindikationen können aber gleichwohl nur die Eindringlichkeit und Genauigkeit der Aufklärung beeinflussen (vgl. z. B. OLG Brandenburg, NJW – RR 2000, 398, 399; Steffen/Dressler, a. a. O., S. 162 ff).

In der Praxis wird über den Umfang dieses „im Großen und Ganzen“ trefflich gestritten.

Das Ausmaß der Aufklärung im „Großen und Ganzen“ wird, wie die Praxis zeigt, maßgeblich von dem Kenntnisstand auch des Patienten geprägt (vgl. eine Vielzahl von Rechtsprechungsnachweisen bei Steffen/Dressler, a. a. O. S. 162 ff).

Übliche und typische Schadensfolgen müssen dann nicht genannt werden, wenn sie nur ganz selten auftreten, wenn insbesondere anzunehmen ist, dass sie für den Entschluss des Patienten zur Behandlung nicht ernsthaft ins Gewicht fallen (vgl. z. B. OLG Koblenz, NJW 1999, 3419 f; OLG Bremen, OLGR 2000, 403 f; Martis/Winkhart, a. a. O. S. 57 ff).

Grundsätzlich muss gleichwohl auch über „seltene“ Risiken aufgeklärt werden.

Über *Behandlungsalternativen* ist der Patient nur dann aufzuklären, wenn es in der konkreten Behandlungssituation mehrere gleichwertige Behandlungsmethoden gibt, die ähnliche Erfolgschancen, aber unterschiedliche Risiken aufweisen. Die Rechtsprechung spricht in diesem Zusammenhang von einer sog. *echten Behandlungsalternative*. Die Frage der Aufklärung bei vorliegender, echter Behandlungsalternative steht im Spannungsverhältnis zu der von der Rechtsprechung anerkannten Therapiefreiheit des Arztes (BGH, NJW 1992, 53, 52 f; BGH, NJW 1998, 1784; NJW 1998, 2734).

Der Arzt bedarf auch der Einwilligung einer Kindesmutter, wenn er sich trotz Risikogeburt gegen einen Kaiserschnitt als echte Alternative entscheidet (OLG Hamm, VersR 1997, 1403; OLG Düsseldorf, NJW 1997, 2457 = VersR 1998, 364; OLG Köln, VersR 1998, 1156).

Nicht aufklären muss der Arzt den Patienten über einen ihm unterlaufenen Behandlungsfehler (z. B. OLG München, VersR 1997, 1281; OLG Karlsruhe OLGR 2001, 449).

Dies gilt auch für die Beteiligung eines unerfahrenen Arztes, des sog. „Facharztanfängers“. Hier ist der Patient durch die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu Anfängeroperationen geschützt.

Über *bessere Behandlungsbedingungen in einem anderen Krankenhaus ist grundsätzlich nicht aufzuklären*, unabhängig davon, ob ggf. einem Krankenhausarzt unter dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens der Vorwurf gemacht werden kann, die Behandlung nicht abgelehnt und in ein besser ausgestattetes Krankenhaus überwiesen zu haben, weil für ihn erkennbar war, dass er den zu gewährleistenden Standard nicht erfüllen kann.

Die Rechtsprechung kennt keinen „groben“ Aufklärungsfehler; insoweit kommen dem Patienten auch bei eklatanten Aufklärungsmängeln keine Beweiserleichterungen zugute.

Generell bleibt festzuhalten, dass Umfang und Ausmaß der Aufklärung nach insoweit übereinstimmender Rechtsprechung maßgeblich von der Intensität der geplanten Behandlungsmaßnahme und der Indikation als solcher geprägt sind:

Operationserweiterungen *auf Grund akuter vitaler Indikation* dürfen unter dem Gesichtspunkt mutmaßlicher Einwilligung des Patienten durchgeführt werden.

Ohne entsprechende vitale Indikation ist eine Operationserweiterung nur dann erlaubt, wenn der Abbruch oder die Wiederholung der Operation den Patienten mehr belasten oder gefährden würde als die sofortige Operationserweiterung. In allen anderen Fällen ist zwingend von der Operationserweiterung abzusehen.

Je weniger dringlich oder geboten ein Eingriff ist, desto weitgehender ist die Pflicht zur Aufklärung.

Im Umkehrschluss bedeutet dies:

Bei Wahleingriffen, zum Beispiel Schönheitsoperationen, muss schonungslos über alle nur erdenklichen Risiken aufgeklärt werden.

Wer auf Patientenseite die Aufklärungsrüge erheben will, sollte sich intensiv mit der umfangreichen Kasuistik der obergerichtlichen und höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den einzelnen Aufklärungspflichtverletzungen auseinandersetzen (umfangreiche Rechtsprechungsnachweise bei Steffen/Dressler, a. a. O., S. 162 ff; Martis/Winkhart, a. a. O., S. 54 ff; Geiß/Greiner, a. a. O., S. 166 ff.).

Über die Diagnose ist im Sinne der geforderten Selbstbestimmungsaufklärung nur dann aufzuklären, wenn die Entscheidung des Patienten für den Arzt erkennbar von der Mitteilung des Befundes abhängt (OLG Oldenburg, VersR 1998, 57; bei Verdacht auf inkarzerierte Leistenhernie – nicht aufklärungsbedürftig; OLG Köln, NJW 1987, 2936 zur Verdachtsdiagnose auf malignes Geschehen auf ungesicherter Befundgrundlage mitgeteilt – fehlerhaft, m. w. N.: Geiß/Greiner, a. a. O. S. 198, Wussow, VersR 2002, 1337 ff).

Selbstverständlich ist über die Diagnose aufzuklären, wenn der Patient ausdrücklich danach fragt.

Ungesicherte, für die weitere Lebensführung des Patienten möglicherweise sehr einschneidende Verdachtsdiagnosen, dürfen solange zurückgehalten werden (vgl. OLG Stuttgart, VersR 1988, 695; OLG Frankfurt, VersR 1996, 101).

b) Sicherheitsaufklärung (therapeutische Aufklärung)

Die Sicherheitsaufklärung beinhaltet die ärztliche Aufklärung z. B. über Verhaltensmaßregeln nach operativen Eingriffen, die Anwendung und Dosierung ärztlich verordneter Arzneimittel, die Wiedervorstellung zu Kontrolluntersuchungen, Vermeidung von Genussmitteln nach operativen Eingriffen und dient damit der Sicherung des eigentlichen Behandlungserfolges.

c) Aufklärung bzw. Beratung über wirtschaftliche Konsequenzen der beabsichtigten Behandlung

Der Arzt ist im Rahmen der vertragsärztlichen, aber auch der privatärztlichen Behandlung im Einzelfall dazu verpflichtet, den Patienten auf besondere Zusatzkosten, die im Rahmen der von ihm empfohlenen medizinischen Behandlung entstehen könnten und die er ggf. selbst zu tragen hat (vgl. OLG Stuttgart, OLGR 2002, 350 f), aufzuklären.

Dies gilt z. B. bei der Empfehlung einer sehr teuren onkologischen Therapie uneingeschränkt.

Grundsätzlich gilt, dass der Patient nicht ohne weiteres erkennen kann, ob und ggf. in welchem Umfang eine Beihilfestelle oder seine private Krankenversicherung die Privatbehandlung bezahlt (für die Privatbehandlung: BGH, ArtzR 1983, 177).

Voraussetzung hierfür ist aber, dass der Arzt aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis heraus Anhaltspunkte dafür hat, dass der Patient sich über die wirtschaftlichen Begleitumstände der beabsichtigten Behandlung irrt (vgl. u. a. Rehborn, MDR 2000, 1101 ff).

Kann und darf der Arzt das Gefühl haben, dass der Patient umfassend informiert ist, insbesondere aber auch weiß, dass er ggf. selber die Kosten der Privatbehandlung zu bezahlen hat, dann besteht, so die Rechtsprechung, keine entsprechende Informations- und Aufklärungspflicht (z. T. a. A.: Wussow, VersR 2002, 1337 ff; Gründel, NJW 2002, 2987 ff). Im eigentlichen Sinn hat eine derartige Informationspflicht des Arztes primär mit der sog. Aufklärungspflicht nur wenig zu tun. Vielmehr handelt es sich bei dieser zusätzlichen, ergänzenden Information um eine weitere, aus dem Behandlungsvertrag resultierende Nebenpflicht des Arztes.

Auch hier soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass regelmäßig nicht der Patient, sondern nur der Arzt aus seinem Informationsvorsprung Kenntnisse hat, die dem Patienten als Vertragspartner erkennbar nicht zur Verfügung stehen und diesen aber letzten Endes in erheblichem Maße belasten können, so, wenn eventuelle Erstattungsansprüche gegenüber der Krankenkasse nicht bestehen, obwohl dies erwartet wird.

d) Mutmaßliche, hypothetische Einwilligung, Entscheidungskonflikt

da) Mutmaßliche Einwilligung

Eine Aufklärung kann *in seltenen Fällen* entbehrlich sein, wenn der Patient bereits *aus vorangegangenen Eingriffen ausreichend aufgeklärt ist*. Dem Patienten sei hier geraten, gleichwohl bei Wiederholung bereits bekannter Eingriffe erneut nach seinem *individuellen Risiko* zu fragen. Möglicherweise hat sich in seinem weiteren Krankheitsverlauf die Situation bzw. die Risikokonstellation verändert. Auch der Arzt ist gut beraten, wenn er sich in einem *weiteren* Aufklärungsgespräch vergewissert, dass der Patient noch „alles“ aus der (Vor-)Aufklärung weiß.

db) Hypothetische Einwilligung

Eine unzureichende Aufklärung führt dann nicht zur Arzthaftung, wenn dieser darlegen und auch beweisen kann, dass der Patient auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung den konkreten Eingriff hätte durchführen lassen, d. h., eingewilligt hätte (vgl. u. a. BGH VersR 1991, 547 f; NJW 1996, 3073 f; OLG Koblenz, NJW – RR 2002 310 f).

Die Anforderungen an den Beweis derartiger Behauptung auf Arztseite sind nach der Rechtsprechung sehr hoch angesiedelt.

Hätte der Patient den Eingriff bei ordnungsgemäßer Aufklärung durchführen lassen, allerdings zu einem anderen Zeitpunkt, ggf. unter günstigeren Bedingungen oder in einer anderen Klinik, dann obliegt dem Arzt der Beweis dafür, dass es gleichermaßen zu dem jetzt vorliegenden Gesundheitsschaden gekommen wäre.

Der Arzt muss also beweisen, dass der bei dem unzureichend aufgeklärten Patienten durchgeführte Eingriff in einer anderen Klinik zu einem anderen Zeitpunkt denselben Verlauf genommen hätte (vgl. z. B. BGH VersR 1989, 289; OLG Celle VersR 1987, 567).

dc) Entscheidungskonflikt

Dem Einwand des Arztes der hypothetischen Einwilligung kann der Patient nur dadurch begegnen, dass er behauptet und dem Gericht plausibel

macht, dass er sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem *echten Entscheidungskonflikt* befunden hätte (BGH, MDR 1991, 603; OLG Stuttgart, VersR 1998, 1111 f und OLG Brandenburg, VersR 2000, 1283 f; OLG Koblenz, MDR 1999, 871; OLG Karlsruhe, NJW – RR 1998, 459, 461).

Eine derartige „Plausibilitätserklärung“ wird regelmäßig nur durch eine persönliche Anhörung des Patienten zu beurteilen sein. Der Patient muss keine genauen Angaben darüber machen, wie er sich nun wirklich verhalten hätte. Es genügt, dass er plausibel vorträgt, dass er bei vollständiger Aufklärung sich ernsthaft die Frage gestellt hätte, ob er tatsächlich diesen Eingriff zu diesem konkreten Zeitpunkt hätte durchführen lassen. Hier hat die Rechtsprechung an die Darlegungen des Patienten eher gemäßigte Anforderungen. Der Patient muss z. B. darlegen, was er unternommen hätte, wenn er in den indizierten Eingriff zunächst nicht eingewilligt hätte (OLG Stuttgart VersR 1998, 1111).

Die Anforderungen sind umso höher, je vitaler, d. h. absoluter, die Eingriffsindikation ist.

Ist die Plausibilität des behaupteten Entscheidungskonfliktes nicht mehr beurteilbar,

- weil der Patient zwischenzeitlich verstorben ist (OLG Bamberg, VersR 1998, 1025f)

oder

- nicht zum Termin erscheint (vgl. z. B. Rehborn, MDR 2000, 1107),

dann ist bei schlüssiger Darlegung von Arztseite, dass der Patient in jedem Fall eingewilligt hätte, die Aufklärungspflichtverletzung für die Realisierung des Risikos nicht kausal geworden, die Aufklärungsrüge daher nicht haftungsauslösend (OLG Bamberg, VersR 1998, 1025 f; vgl. dazu Rehborn, MDR 2000, 1107; a. A. OLG Oldenburg, VersR 2001, 1391 f).

Das OLG Oldenburg hat im Falle eines schwer hirngeschädigten Patienten die Auffassung vertreten, dass in derartigen Fällen die Darlegung eines Entscheidungskonfliktes entbehrlich sei (OLG Oldenburg, VersR 2001, 1381 f).

Die Darstellung zeigt, dass die Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht zum Teil weit greift. Eine therapeutische Kontraindikation zur Aufklärungspflicht hat die Rechtsprechung bislang nur in sehr engen Grenzen zugelassen, nämlich dann, wenn durch eine sachgerechte Aufklärung der Patient zusätzliches Leid ertragen müsste. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen über unaufhaltsame Krankheiten mit infauster Prognose berichtet werden müsste.

Der ärztlicherseits immer wieder vorgetragene Einwand, man dürfe das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht verabsolutieren, greift aber schon deswegen nicht, weil mit Ausnahmen die Regel nicht widerlegt werden kann.

Wer ärztliche Aufklärung im arbeitsteiligen klinischen Alltag kennt, hat meistens die leidvolle Erfahrung gemacht, dass Aufklärung nur selten – auch dann, wenn ein persönliches Gespräch geführt wird – den Ansprüchen und Anforderungen des Patienten entspricht. Formelhafte, allgemein gehaltene, unverständliche Aufklärung, die den Patienten nicht erreicht, ist dabei nicht selten. Die Rechtsprechung will hier dem Individuum Patient Hilfestellung geben. Ein Patient, der über seine infauste Prognose nicht aufgeklärt werden will, muss selbstverständlich auch nach heutigem geltendem Recht nicht aufgeklärt werden.

Dass der Arzt in einem solchen Fall gut beraten ist, sich entsprechenden Patientenwillen auch gegenzeichnen zu lassen, steht auf einem ganz anderen Blatt.

Eines ist abschließend festzuhalten:

Das beste Mittel gegen eine forensische Auseinandersetzung mit dem Schwerpunkt „Aufklärungsrüge“ ist ein nicht zwischen Tür und Angel, schon gar nicht formularmäßig abgearbeitetes, sondern ein einfühlsames, für den Patienten verständliches und auch nachvollziehbares Aufklärungsgespräch, bei dem ausreichend Gelegenheit und Zeit für Nachfragen, aber auch Sorge und Ängste vorhanden ist.

Aus meiner Erfahrung ließe sich eine Vielzahl von forensischen Auseinandersetzungen vermeiden, wenn dieses ärztlicherseits viel beschworene vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis gerade auch in der Aufklärungssituation Berücksichtigung finden würde.

3. Die Entwicklung der medizinischen Haftpflichtversicherung in den Niederlanden

Von Frank Reddering

Am Ende der siebziger Jahre erlebten die Niederlande – ebenso wie die Vereinigten Staaten – geradezu eine Krise bezüglich Kunstfehler in der medizinischen Praxis, wenn auch von unterschiedlicher Natur.

In den Niederlanden fanden sich Patienten in einer unhaltbaren Situation. Sie hatten wenig Hoffnung auf Erfolg bei Versuchen, Schadenersatz für erlittene ärztliche Kunstfehler zu erhalten. Die Ärzte schoben die Verantwortung von einem zum anderen, und zudem war der Patient derjenige, der die Beweisführung erbringen musste, welcher Arzt nun für einen Fehler verantwortlich war.

Dies führte zu bitteren Fällen, oft mit einer recht offensichtlichen Schuldfrage, in denen Patienten nach langen, zeitaufwändigen und teuren Bemühungen nur deswegen leer ausgingen, weil sie die falsche Partei verklagt hatten.

Diese Fälle erregten die Aufmerksamkeit, und eine breite Diskussion unter Verbraucherorganisationen, Politikern und Versicherern entwickelte sich. 1977 dann taten sich alle 18 Versicherer für medizinische Haftpflicht zusammen und schufen die „Versicherungsgruppe für medizinische Haftpflicht-Risiken“.

In den Versicherungsbedingungen der Gruppe wurde eine „zentrale betriebliche Haftpflicht“ eingeführt, eine Police, welche auch die Spezialisten des Krankenhauses abdeckte, was wiederum den Patienten eine erkennbare Partei gab im Falle einer Schadenersatzklage.

Zu der Zeit gab es auch einige Gerichtsentscheidungen, welche die Position des Patienten, wenn es um Zugang zu medizinischen Dokumenten ging, verbesserten. Dies verschaffte den Patienten eine mehr gleichberechtigte Position, da sie nun Zugang zu Informationen hatten, die ihnen vorher verwehrt oder zumindest nur schwer zugänglich waren.

Es war jedoch erst 1995, dass diese Regeln in einem eigenen Gesetz festgeschrieben wurden. Das „Gesetz bezüglich des Vertrages für medizinische Behandlung“ regelt den Vertrag zwischen Patient und Krankenhaus. Es gibt strenge Regeln vor bezüglich der Informationspflicht gegenüber den Patienten und deren nötige Zustimmung zu medizinischer Behandlung.

Nach den Veränderungen Ende 1977 war die medizinische Haftpflicht lange kein heißes Eisen mehr. Die Anzahl der Schadenersatzforderungen stabilisierte sich, wenige der Fälle kamen überhaupt vor Gericht, und die Versicherungsprämien blieben stabil. Ein Ausbildungskrankenhaus zahlte 1985 ungefähr 100.000 EUR an Versicherungsprämien. Diese Police deckte das ganze Krankenhaus ab (1.000 Betten, alle Ärzte, medizinische Assistenten und alles weitere Personal).

Mitte der achtziger Jahre kamen neue Versicherer auf den Markt, was zu einem Preiswettbewerb führte. Die Prämien fielen unterhalb eines ausreichenden Niveaus, und so waren Versicherer am Ende der achtziger Jahre mit Verlusten konfrontiert, die über die vorangegangenen Jahre eingefahren worden waren. Die Reaktionen waren vorhersehbar: die Prämien kletterten hoch, manchmal um mehr als 200 %, und die meisten Versicherer zogen sich sogar ganz aus diesem Markt zurück.

Die Gruppe von Versicherern, die sich 1977 zusammengetan hatte, löste sich auf, und die meisten zogen sich ganz aus der medizinischen Haftpflicht zurück.

Es zeichnete sich ab, dass die Versicherungsfähigkeit für dieses Risiko in Gefahr geraten könnte, wobei natürlich die Prämien noch weiter ansteigen drohten. 1991 gab es nur noch zwei Versicherungsgesellschaften, die sich in diesem Sektor engagierten. Krankenhäusern drohte ein nicht

unbeträchtlicher Anstieg an Versicherungsbeiträgen.

Zu diesem Zeitpunkt entschlossen sich zwölf Krankenhäuser, die Sache in die eigenen Hände zu nehmen. Zusammen mit der Mediziner Vereinigung (WAA) gründeten sie „MediRisk“, eine Versicherung auf Gegenseitigkeit, die von der WAA gemanagt wird.

MediRisk hatte den Geschäftstart am 1. Januar 1993 mit 21 Mitgliedern/Versicherungsnehmern; 1994 waren es schon 29 Mitglieder, 1995 waren es 41, und zurzeit ist die Anzahl der Krankenhäuser, die durch MediRisk versichert sind, auf 70 angewachsen (von 98 allgemeinen Krankenhäusern, die es in den Niederlanden derzeit gibt). MediRisk ist also der größte medizinische Haftpflichtversicherer für Krankenhäuser in den Niederlanden.

Ein erstes positives Ergebnis für alle Krankenhäuser (und die Ärzte, die dort arbeiten) war, dass der dauernde Anstieg der Versicherungsbeiträge gestoppt werden konnte. Als zweites Ergebnis zeichnete sich ab, dass eine Orientierung auf Präventivmaßnahmen gegen Risiko zu einer allgemeinen Qualitätssteigerung geführt hat.

Um gegen einen Anstieg an Risiken anzuarbeiten, wurde ein Präventionsprogramm entwickelt mit den drei folgenden Aspekten:

- Beschwerdemanagement
- Risikomanagement
- Informationsservice.

Ihr Umgang mit Beschwerden wurde in allen Krankenhäusern genauer unter die Lupe genommen. Wo es nötig war, wurden Verbesserungen in den Verfahren und der Praxis gemacht.

Kundenbetreuer wurden geschult, um in einem Beschwerdefall besser mit Patienten und Mediziner umgehen zu können. Risikomanagement an den Krankenhäusern wurde beurteilt, indem die für den Haftpflichtversicherer kritischen Risikofaktoren eines Krankenhauses untersucht wurden.

Die Erfahrungen aus diesen Beurteilungen waren recht positiv, und so werden sie in periodischen Abständen durchgeführt. Finanziert werden die

se Beurteilungen durch die Prämieinnahmen von MediRisk. Seit Januar 1996 hat MediRisk eigene Teams aus erfahrenen Oberschwestern mit zusätzlichem Training zur Durchführung von Risikomanagement-Gutachten für Krankenhäuser, die diese Beurteilungen durchführen.

Information in den Niederlanden ist immer wichtig – ganz besonders aber, wenn es um Fragen der Haftung geht. Zunächst war der Fokus auf den Informationszugang für Ärzte und medizinisches Personal, aber zunehmend geht es auch um den Zugang der Patienten zu Informationen. MediRisk unterstützt seine Mitglieder darin, ausreichende Informationen für Patienten und Krankenhausmitarbeiter zugänglich zu machen.

MediRisk ist ein Versicherer, der mehr tut, als Schadenersatzklagen zu verwalten. Mit den Schadenersatzklagen umzugehen, wird natürlich immer wichtig bleiben, aber MediRisks erstes Ziel ist es, zu vermeiden, dass es überhaupt so weit kommt. Wir haben viel gelernt von den Erfahrungen, die in Großbritannien und in den USA gemacht wurden.

Wir arbeiten international mit anderen europäischen Versicherern von Ärzten und Krankenhäusern zusammen. Diese Versicherer entwickelten Europa Medica, ein Forum für Gesundheitsfürsorge, das auch von den Versicherern getragen wird. Es gibt auch einen Gedankenaustausch mit amerikanischen Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, die in der Physicians Insurers Association of America (PIAA/Vereinigung der Versicherer von Ärzten in den USA) zusammengefasst sind. Da wir schließlich von den Erfahrungen im Ausland profitieren können, müssen wir nicht das Rad neu erfinden. In unserem eigenen Land arbeiten wir eng mit Ärzte- und Krankenhausvereinigungen zusammen. Die Erhaltung der Versicherbarkeit ist für jedermann von höchster Wichtigkeit.

Wir meinen, dass das Konzept von MediRisk eine effektive Antwort auf die negativen Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit ist. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht das Risikomanagement.

Das wichtigste Ziel eines Risikomanagements ist es, die Zahl von Unfällen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Institutionen zu ver-

ringern, die ja dann in Schadenersatzforderungen resultieren.

Auf der Basis dieses Zieles wurden Programme entwickelt, deren wichtigste Bestandteile es sind, die Risiken für verletzte Patienten zu identifizieren, diese Risiken zu bewerten, die Anzahl an Schadenersatzforderungen zu verringern und eventuelle Forderungen professionell und effizient abzuwickeln.

Risikofaktoren zu identifizieren, ist so enorm wichtig, da ja dann Schritte unternommen werden können um zu verhindern, dass sie zum Tragen kommen. Risikomanagement identifiziert nicht nur eine z. B. unkorrekte Pflege von technischen Geräten, die Abwesenheit von Protokollen, sondern auch – und dies kommt öfter vor – die Nichteinhaltung der schon existierenden Protokolle.

Wie gut funktioniert Risikomanagement also in der Anwendung?

Die Frage ist schwierig zu beantworten, da sie nur von den Erfahrungen in den Vereinigten Staaten – mit einer längeren Geschichte des Risikomanagements – beantwortet werden kann. Das Problem ist zudem, dass man den Effekt von Risikomanagement nur dann evaluieren kann, wenn man es mit einer Situation vergleicht, in der es kein Risikomanagement gab.

Wir wissen von einer Studie in Maryland (USA), wo Daten von Krankenhäusern mit und Daten von Krankenhäusern ohne Risikomanagement verglichen wurden. Die Krankenhäuser mit Risikomanagement hatten nicht nur deutlich weniger Schadenersatzforderungen, sondern auch einen beachtlich kleineren Prozentsatz der Forderungen, in denen sie Haftung übernehmen mussten. Und nach unseren Erfahrungen sind diese Ergebnisse nicht zufällig.

In den Niederlanden ist Qualität ein heiß diskutiertes Thema, wie ja überall auf der Welt. Der medizinische Berufsstand selber hat schon einiges an Initiative gezeigt. Es gibt ein systematisches Kontrollsystem innerhalb gewisser Berufsgenossenschaften und medizinischer Abteilungen.

Auch die Regierung hat innerhalb ihres politischen Rahmens durch eine Reihe von Qualitäts-

standards Möglichkeiten für Präventivaktivitäten geschaffen.

Wie handhaben wir von MediRisk eine Risiko-managementuntersuchung?

Als erstes stellen wir normalerweise in Gesprächen mit dem Krankenhausmanagement fest, welche Abteilungen untersucht werden sollen und auf welche Gebiete der Schwerpunkt gelegt werden sollte. Wir untersuchen immer die Operationsräume, die Intensivstationen und die Notaufnahmen, da diese natürlich hohe Risiken tragen.

Ein Termin für eine Begutachtung wird zwischen Krankenhaus und Untersuchungsteam ausgemacht. Unser Team besteht aus erfahrenen Krankenschwestern. Sie erhalten alle relevanten Informationen, wie z. B. Protokolle, Organisationsdiagramme, Daten über Schadenersatzforderungen, etc.

Die Dauer der Untersuchung hängt von der Größe des Krankenhauses ab, aber im Durchschnitt dauert es eine Woche, während der das Untersuchungsteam den verschiedenen Ärzten, Schwestern und anderem Personal sozusagen über die Schultern blickt, sie befragt und eine vorbereitete Liste mit vielen Aspekten zur Untersuchung abarbeitet. Das Ganze geht sehr strukturiert vor sich, da es einem System folgt, welches internationalen Qualitätsstandards entspricht.

Wir nehmen sozusagen einen Schnappschuss der jeweiligen Organisation auf und weisen auf Punkte hin, bei denen Verbesserungen notwendig sind. Das kann z. B. das Ersetzen von Geräten sein, ein Anpassen von Protokollen oder Instruktionen, von Training für das Personal oder auch Verbesserungen im Management. Deswegen ist es auch ungeheuer wichtig, dass das Management des Krankenhauses voll und ganz dahinter steht, unsere Empfehlungen auch umzusetzen.

Nach der Untersuchung wird das Management des Krankenhauses darüber in Gänze informiert, und die Ergebnisse werden der Organisation präsentiert.

Was ist unsere Erfahrung nach zwölf Jahren?

Unsere wichtigste Schlussfolgerung ist, dass die Beteiligten in den Krankenhäusern unsere Ergebnisse akzeptiert haben, einschließlich der Ärzte, die anfangs etwas skeptisch reagiert hatten. Unser Team wurde akzeptiert und erhielt ihre volle Kooperation gleich von Anfang an. Es ist wichtig, adäquate Information an alle an der Untersuchung Beteiligten vorab zu schicken, um den Boden für gute Kooperation zu bereiten. Untersuchungen sollten nicht als Bedrohung angesehen werden, und die Zeitspanne zwischen der eigentlichen Untersuchung und der Präsentation der Ergebnisse sollte nicht zu lang sein. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass es eine absolute Notwendigkeit ist, dass unsere Empfehlungen praktischer Natur sind, und dass sie von Experten aus dem medizinischen Sektor ausgeführt werden. Unsere Erfahrungen bis jetzt sind positiv.

Allein schon die Tatsache, dass man Aufmerksamkeit auf versteckte Fehler und Unfälle richtet, bringt eine positive Veränderung bezüglich der Einstellung, wie man damit umzugehen hat.

Ein weiterer positiver Effekt ist, dass unsere Empfehlungen ein wichtiges Werkzeug für das Krankenhausmanagement sind, wenn notwendige Veränderungen durchgeführt werden, Veränderungen, die die Qualität des Krankenhauses verbessern, und – als eine Folge davon – auch sein Image. Wir als Versicherer geben die Mittel für diese Untersuchungen an die Hand. Das ist nicht nur in unserem eigenen Interesse, sondern auch im Interesse des Krankenhauses und, wichtiger noch, im Interesse der Patienten. Danach liegt die Verantwortung beim Management des Krankenhauses. Sie können unsere Ergebnisse in ihren Bemühungen, ein integriertes Quality Management zu erreichen, benutzen.

Wir sind davon überzeugt, dass wir deswegen einen Kurswechsel weg von der ständig wachsenden Zahl an Schadenersatzforderungen erreicht haben, weil wir dieser Methode gefolgt sind. Natürlich kann man nicht alles vermeiden. Es wird immer Schadenersatzforderungen geben. Und

mit denen, die es gibt, müssen wir professionell umgehen.

Schadenbearbeitung ist Teil eines Prozesses, der mit der Behandlung eines Patienten beginnt. Deswegen muss auch die Schadenbearbeitung Qualitätsstandards folgen.

In den Niederlanden ist Risikomanagement längst als Teil der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen akzeptiert, und wir meinen, dass wir durch diese Aktivitäten eine drohende Situation wie in den Vereinigten Staaten verhindern können. Für uns als Versicherer wurden die Risiken reduziert. Die Krankenhäuser, die MediRisk initiierten, weisen eine verringerte Anzahl an Schadenersatzforderungen auf, die niedriger als der Durchschnitt ist.

In zwölf Jahren ist MediRisk so gewachsen, dass wir heute der größte Versicherer für medizinische Haftpflicht in den Niederlanden sind. 1993 gab es 148 Krankenhäuser in den Niederlanden, und wir versicherten 21 davon. Heute gibt es 98 Allgemeine Krankenhäuser und MediRisk versichert 70.

Die Versicherungsbeiträge sind fast auf dem gleichen Niveau geblieben. Es gab nur einmal einen Anstieg von 10 % im Jahr 1995. Die Gesamtprämie steht bei ungefähr 11,5 Mio. EUR.

In den Unterlagen sind einige Daten angegeben, wie z. B. die Anzahl der Versicherten, die Anzahl an Schadenersatzforderungen und Schadenzahlungen. Das alles führt für uns zu dem Ergebnis, dass unser Konzept funktioniert. Wir wissen jedoch, dass wir uns nicht auf unseren Lorbeeren ausruhen können und dass wir unser System den Veränderungen im Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Ärzten anpassen müssen.

Unser Motto wird das Gleiche bleiben:

Vorbeugung ist eine absolute Notwendigkeit.

4. *Medicine meets Management – Einfluss von strategischem Denken auf die Handlungsoptionen von Krankenhäusern*

Univ.-Prof. Dr. med. Matthias P. Schönemark

Das deutsche Gesundheitswesen und die in ihm seit Jahrzehnten einbetonierte Strukturen, in denen es sich die meisten Organisationen, Institutionen und Unternehmen, die die deutsche Gesundheitswirtschaft bevölkern, recht gemütlich gemacht haben, wird von einer dramatischen Veränderungsdynamik ergriffen, deren Ende nicht abzusehen ist. Für diese Entwicklung gibt es zwei wesentliche Treiber: Einerseits die dramatisch knapper werdenden Ressourcen an Kapital und qualifizierten Arbeitskräften bei gleichzeitig steigendem Bedarf an medizinischen Leistungen und andererseits die hohe Innovationskraft und -dynamik neuer Technologien, die die bisherige Prozess- und Geschäftslogik der Klinischen Medizin zumindest in Frage stellen. Insbesondere die strukturalistischen Häuser, die in den allermeisten Fällen eine interne Ablauf- und Aufbauorganisation zeigen, die sich in den letzten 150 Jahren nicht wesentlich verändert hat, sehen sich dramatischen Anpassungsprozessen gegenüber, die, wenn sie nicht professionell und konsequent durchgesteuert werden, durchaus existenzbedrohendes Potenzial besitzen. Es ist insbesondere der Wettbewerb um die knappen Ressourcen (Personal und Kapital), der von den Krankenhäusern strategisches Denken und strategische Planungen einfordert, um nicht aus dem Markt auszuscheiden. Strategisches Denken fordert allerdings eine mittel- bis langfristige Perspektive und eine breite analytische Basis, die die eigenen Stärken und Schwächen identifiziert und adressiert, als auch ein tief greifendes und umfassendes Verständnis der Markttrends und der Wettbewerbsdynamik.

Prinzipiell kann zwischen zwei generischen Strategien unterschieden werden, die beide in der jeweiligen spezifischen Situation zur Generierung von Wettbewerbsvorteilen für das betroffene Unternehmen führen können. Dies ist einerseits die Strategie der Kostenführerschaft, in der ein gleiches oder ähnliches Produkt wie das des Wett-

bewerbers – zu deutlich geringeren Kosten produziert – werden kann. Dieser Kostenvorteil erlaubt es, mehr Wert zu schöpfen als der Wettbewerb und diesen Wert dann gezielt zu investieren, um knappe Ressourcen für das eigene Geschäft zu akquirieren. Die andere prinzipielle strategische Handlungsoption ist die Generierung von Differenzierungsvorteilen, die vom Markt wahrgenommen und belohnt werden. Hier wird versucht, einen höheren Preis für ein zumindest als besonders wahrgenommenes Produkt zu erzielen, und dieses Delta an Marge fließt wiederum direkt ein in die eigentliche Wertschöpfung des Unternehmens, die dann eben auch größer ist als die der Konkurrenz.

Für die deutschen Krankenhäuser stellt sich also zunächst einmal ganz prinzipiell die Frage, welche der beiden generischen Strategien für ihre jeweilige spezifische Situation geeignet ist. Kostenführerschaft ist im Krankenhaus auf Grund des hohen Fixkostenanteils, der im Wesentlichen durch den Personalkostenblock bedingt ist, letztlich vor allem durch Skaleneffekte, also eine Mengenauswertung bei gleichzeitiger Optimierung der internen Abläufe, zu erreichen. Die bisherige gemeinsame und einheitliche Vertragslandschaft hat jedoch Versorgungsstrukturen von erheblicher Redundanz geschaffen, die es sehr erschweren, den notwendigen Verdrängungswettbewerb aggressiv zu führen. Auch wenn der Sicherstellungsauftrag, d. h. die möglichst wohnortnahe, flächendeckende Versorgung, ein wesentliches politisches Primat darstellt, so muss doch festgestellt werden, dass zumindest in einigen Bereichen das deutsche Versorgungsangebot zumindest im Krankenhaussektor luxuriert. Für das einzelne Krankenhaus bedeutet dies, dass es seine Zuliefererstrukturen umfassend verstanden haben muss, um entsprechende Schwerpunkte setzen zu können. Die Einführung einer neuen Vergütungssystematik nach Diagnosis-Related-Groups (DRGs) erzwingt ohnehin interne Restrukturie-

rungen mit dem Ziel, möglichst effizient die benötigten klinischen Leistungen anbieten zu können. Voraussetzung ist hier allerdings ein an der klinischen Logik orientiertes Prozesskostensystem

(Activity Based Costing – ABC), das bis dato die wenigsten deutschen Krankenhäuser eingeführt haben.



Die alternative strategische Stoßrichtung, die, weil sie möglicherweise prima vista weniger Anpassungsbedarf verspricht, von den meisten Kliniken favorisiert wird, ist die Generierung von Wettbewerbsvorteilen durch Differenzierung, das heißt konkret die Definition eines Alleinstellungsmerkmals. Einer der sicherlich wirksamsten Träger ist in diesem Zusammenhang die medizinische Qualität, wenn diese allerdings vom „Kunden“, d. h. dem Patienten, nur sehr indirekt über mögliche Surrogat-Parameter erkannt werden kann. Klinische Qualität ist nahezu direkt abhängig von der klinischen Erfahrung, d. h. letztlich auch von der Menge an spezifisch behandelten Krankheitsfällen. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt, der einige Initiativen auf den Weg gebracht hat, um so genannte Mindestmengen in die Vergü-

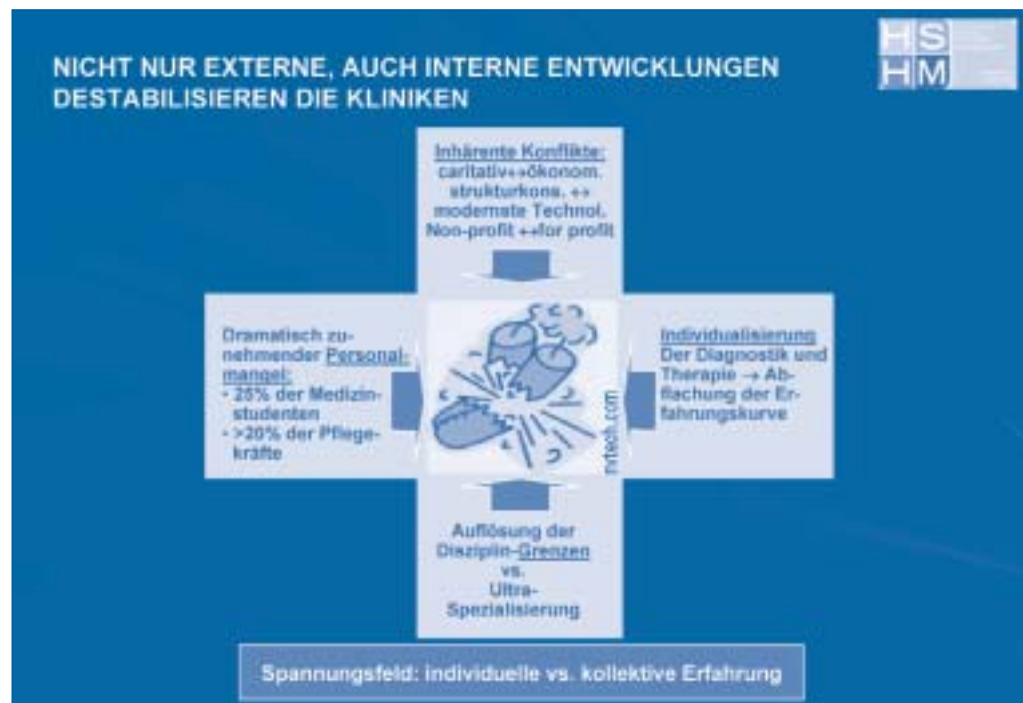
tungs- und Vertragslogik des deutschen Gesundheitswesens einzubinden. Schaut man sich allerdings die konkret vorhandene Falldichte in den jeweiligen Abteilungen und Hospitälern an, so ist sehr leicht festzustellen, dass bei einem Großteil der derzeit existierenden Einrichtungen in vielen Fällen die geforderten Mindestmengen, die als Untergrenze für eine erfahrungsbasierte hohe medizinische Qualität bürgen, nicht erreicht werden (siehe hierzu die folgende Abbildung).



Das bedeutet, dass beide prinzipiellen strategischen Stoßrichtungen (Kostenführerschaft und Differenzierung, z. B. durch Qualität) auf eine Ausweitung der klinischen Fälle, d. h. auf ein Wachstum im jeweiligen Indikationsbereich abzielen, was zu einer weiteren Verschärfung des Wettbewerbs und zu einer erheblichen Professionalisierung der strategischen Planung und der Unternehmensführung führen muss.

Diese prinzipiellen Überlegungen zur Wettbewerbsdynamik des deutschen Krankenhausmarktes können durch die Betrachtung spezifischer Trends, die ihrerseits einen erheblichen Einfluss auf die wettbewerblichen Kraftfelder im deutschen Gesundheitswesen haben, ergänzt werden. So besitzen erstens die in den Kliniken alter Prägung vorhandenen inhärenten Konflikte zwischen karitativem Anspruch und ökonomischer Realität, zwischen modernster integrativer Technologie und strukturkonservativem Abteilungsdenken und zwischen profitablen und nicht profitablen

Bereichen eine erhebliche Sprengkraft. Zweitens weitet sich der Personalmangel noch drastisch aus: bereits heute verlassen über 20 % der ausgebildeten Pflegekräfte ihren Beruf, fast ein Viertel der Medizinstudenten bricht entweder die Ausbildung ab oder wird nicht in der klassischen Arztlaufbahn tätig. Drittens lösen sich einerseits die Grenzen der medizinischen Disziplinen auf Grund von Krankheitsverläufen höherer oder steigender Komplexität und auf Grund von neuen Technologien weiter auf, andererseits besteht ein anhaltender Trend zur Ultraspezialisierung innerhalb der jeweiligen Disziplinen. Und viertens nimmt die Individualisierung sowohl der Diagnostik als auch der Therapie zu, was letztlich die oben beschriebene Erfahrungsökonomie der Medizin nachhaltig untergraben kann.



Diese Trends müssen die bisher in den Versorgungsstrukturen manifestierte Position der deutschen Krankenhäuser signifikant destabilisieren und machen adäquate Reaktionen außerordentlich schwierig. Zudem verschiebt sich das im Wesentlichen auf einem Informationsvorsprung und auf der abgeleiteten Interpretationshoheit fußende Kräfteverhältnis zwischen Arzt und Patient, indem das Informationsverhalten des Patienten sich stark ändert und das Informationsmonopol des Arztes an Bedeutung abnimmt. Nicht nur die neuen Informationsmöglichkeiten über das Internet, sondern auch ein wachsendes Engagement klassischer Printmedien in medizinischen Themen sorgt für eine veränderte Kommunikationsebene zwischen Arzt und Patient. Die für garantiert genommene Autorität wird zunehmend vom kritischen Patienten hinterfragt, und eventuelle Inkongruenzen führen nicht nur zu Irritation, sondern auch zu einem veränderten „Konsumverhalten“, d. h. auch zu einer veränderten Auswahl des geeigneten Leistungserbringers.

Dieser durch gesellschaftliche, soziodemographische, kulturelle und technologische Trends ver-

ursachte immense Veränderungsdruck, der auf den deutschen Krankenhäusern lastet, wird noch zusätzlich durch teilweise politisch motivierte Initiativen des Gesetzgebers verstärkt. Die hohe Komplexität der Herausforderungen führt bereits bei einigen Marktteilnehmern zu einer beobachtbaren Paralyse oder zu kontraproduktiven Schnellschussreaktionen. Die beiden großen legislativen Impulse, die insbesondere die Kliniken der Maximalversorgung treffen, sind die beschlossene Einführung eines neuen Vergütungssystems nach Fallpauschalen (DRGs) und die Umsetzung der vom Europäischen Gerichtshof bestätigten Arbeitszeitrichtlinie. Beide Vorhaben müssen letztlich einen dramatischen Paradigmenwechsel auslösen, dessen Folgen bislang noch nicht abzuschätzen sind.

Die Einführung der DRGs verändert die Anreizlogik der Kliniken um 180 Grad. War bisher das ökonomisch motivierte Ziel die Vollbelegung mit eher langen Krankenhausaufenthalten, führt eine Fallpauschalensystematik, wie in anderen Ländern empirisch nachweisbar, zu einer dramatischen Verkürzung der Liegezeiten und zu einer

Reduktion der Bettenzahlen. Dies kann nur durch eine konsequente und tabulose Fokussierung auf klinische Prozesse gelingen auf der Basis von Activity-Based-Costing-Systemen, die wiederum eine erhebliche Transparenz, die an der einen oder anderen Stelle auch politisch nicht unbedingt gewollt sein mag, nach sich zieht. Weiterhin wird immer klarer, dass von den Kliniken neue Fähigkeiten aufzubauen und vorzuhalten sind, die die adäquate Allokation von Ressourcen zu den klinischen Aufgaben und Prozessen vornimmt und damit nicht mehr *verwaltet* sondern *managt*.

Die notwendige Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie hat insbesondere in den operativen Fächern zunächst einmal zu einem Kulturschock geführt. Die bisher hochgradig elastische Ressource

Personal, die bis an die Grenzen der Belastbarkeit oder sogar darüber hinaus je nach klinischer Notwendigkeit eingesetzt und somit alloziert werden konnte, wird nun administrativ verknappt, was die oben beschriebene Dynamik noch weiter dramatisiert. Da die hohen Investitionssummen, die notwendig wären, um die bisherigen Ineffizienzen legal personell abzudecken, nicht vorhanden sind, sind auch im Bereich der *Human Resources* zukünftig Management-Entscheidungen gefordert, die die bisherige lohnübenbezogene Personalverwaltungstätigkeit ablösen. Es wird darauf ankommen, spezifische Karrierepfade zu entwickeln und Personalentwicklungsmaßnahmen konzentriert durchzuführen, um die prinzipiell hohe Qualität der deutschen Klinischen Medizin mindestens zu erhalten oder besser noch anzuheben.

ZWEI LEGISLATIVE VERÄNDERUNGEN DROHEN, DIE KRANKENHÄUSER VOLLENDTS ZU DESTABILISIEREN

**HS
HM**

Einführung der DRGs

- Veränderung der Anreizsysteme um 180°
- Erhöhung der Transparenz (Verhandlungsmacht)
- neue Fähigkeiten nötig:
 - Prozeßorientierung
 - Transfer-pricing
 - Portfoliomanagement
 - Kooperationsmanagement

Arbeitszeit-schutzgesetz

- dramatischer Kulturschock
- Verstärkung Interner Konflikte
- massive Kostenexplosion
- fatale Sanktionen möglich
- neue Fähigkeiten nötig:
 - Personalentwicklung
 - Networking
 - abteilungsübergreifende Koordination der Ressourcen

© Prof. Dr. M. J. Adlbrecht

Für Universitätskliniken und akademische Lehrkrankenhäuser ergibt sich noch eine besondere Problematik dadurch, dass die drei Geschäftsbereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung sehr eng miteinander verwoben und gesamtbetriebl. zusammengebunden sind, sodass die

Expansion eines Sektors auf Kosten der anderen Bereiche geht. Diese spezifische Problematik führt zu einer höheren Unsicherheit bei der Ressourcen-Allokation und erschwert die oben abgeleitete Fokussierung und Priorisierung zusätzlich.



Es ist psychologische Empirie, dass Unsicherheiten zu einer Verstärkung eingeübter Rituale führen. In der bisherigen, strikt sektoral getrennten Versorgungswirklichkeit des deutschen Gesundheitswesens bedeutet dies, dass die in der sektoralen Optimierung sozialisierten Entscheidungsträger sich weiter abschotten und damit die unzweifelhaft vorhandenen Ineffizienzen und Ineffektivitäten manifestieren. Der Gesetzgeber hat indes internationale Erfahrungen genutzt und mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) endlich die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um eine Auflösung oder auch Brechung der sektoralen Versorgungslogik zu befördern. Diese Initiative hat schon jetzt einen unumkehrbaren Trend hoher Dynamik ausgelöst, der die Wettbewerbsparameter grundlegend verändert. War bisher eine optimierte intrasektorale Positionierung Erfolg versprechend, kommt es zukünftig darauf an, sich engmaschig unter Berücksichtigung der transsektoralen klinischen Wertschöpfungskette mit den vor- und poststationären Versorgern zu vernetzen. Dabei kommt den Kliniken die Rolle

der „Spinne im Netz“ zu, die die gesamte Versorgungskette orchestriert und nach Effizienz- und Effektivitätsdimensionen optimiert. Wir erwarten hierbei einen Wettbewerb um die besten „Zulieferer“ und um die besten Anbieter poststationärer Konzepte, die beide wesentliche strategische Erfolgsfaktoren darstellen.

HS
HM

MIT DEM ZAUBERBEGRIFF „INTEGRIERTE VERSORGUNG“ WIRD DER ABBAU VON INEFFIZIENZEN VERBUNDEN

- Interdisziplinäre und sektorübergreifende Behandlung
- Verzahnung Kuration, Pflege, Rehabilitation
- Kooperation der Leistungen in einer transparenten Behandlungsabfolge (Vermeidung von Parallel- und Doppeluntersuchungen)
- Kontinuierliche Bereitstellung von benötigten Leistungen
- Verständigung der Leistungserbringer auf gemeinsame Versorgungsinhalte und Qualitätsziele

Wertversprechen:

1. Höhere Qualität
2. Geringere Belastung
3. Höhere Transparenz
4. Niedrigere Kosten
5. Bessere Differenzierung
6. Zinsvorteil für die KK

Quelle: Gutachten 2005 des Sachverständigenrates © Prof. Dr. M. P. Hoffmann

Diese Netzwerke der Zukunft könnten auf der Basis einer intelligenten Konzeption in der Lage sein, beide strategischen Stoßrichtungen, nämlich die der Kostenführerschaft und die der Differenzierung, zu adressieren.

All diese Vorhaben sind jedoch nur dann zielführend und nachhaltig Erfolg versprechend, wenn das Subjekt der klinischen Wertschöpfung, d. h. der jeweilige Patient, auch bereit, willens und fähig ist, sich in diesen Strukturen behandeln zu lassen. Studien unserer Arbeitsgruppe belegen, dass der Patient gar nicht so unmündig und hilflos ist, wie ihn Gesundheitspolitiker aller Couleur gerne hätten. So wissen Patienten beispielsweise sehr genau zwischen den verschiedenen Versorgungstufen zu wählen und ihre entsprechenden Erwartungen zu artikulieren. In einem Projekt zum Auswahlverhalten von Patienten haben wir die Top-Kriterien, die zur Wahl eines spezifischen Leistungserbringers maßgeblich sind, untersucht. So ist für die Auswahl eines Krankenhauses der Spitzen- bzw. Maximalversorgung „die möglichst

große Erfahrung auf dem entsprechenden Fachgebiet“ maßgeblich, wohingegen die örtliche Nähe nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Bei der Auswahl des Hausarztes, der im Wesentlichen für „normale“ Krankheiten zuständig ist (Husten, Schnupfen, Heiserkeit), spielt die regionale Nähe eine herausragende Rolle. Patienten erwarten vom Maximalversorger einen hohen technologischen Standard und die Verwendung neuester Methoden auf hohem Niveau. Beim Hausarzt zählen dagegen eher die „soft skills“ wie Zeit, persönliche Betreuung und die Bereitschaft, Hausbesuche durchzuführen.

Was bedeuten diese Erkenntnisse und Präferenzen der Patienten nun für das Krankenhausmanagement?

- Wenn Technologie und Innovation ein wesentlicher Differenzierungstreiber in der wettbewerblichen Positionierung sind, muss in Krankenhäusern ein systematisches Technologie- und Innovationsmanagement aufgebaut werden,

das insbesondere auch ein erstklassiges Risikomanagement ausdrücklich einschließt.

- Innovation findet täglich in der klinischen Interaktion, d. h. nahe am Problem, statt und muss dort entsprechend systematisiert aufgegriffen werden.
- Technologiemanagement-Prozesse müssen strategieorientiert und praxisnah entwickelt und implementiert werden.
- Technologie- und Innovationsmanagement im Krankenhaus bietet die Chance, den „Elfenbeinturm“ zu verlassen und die überkommenen ineffizienten Strukturen aufzubrechen.
- Systematisches Innovationsmanagement besitzt das Potenzial, die Attraktivität des Arzt- und Pflegeberufs zu erhöhen.

Wenn die weitgehend öffentlich-rechtliche deutsche Krankenhauslandschaft auch durch eine Vielzahl rechtlicher und vor allem politischer Mechanismen vor tektonischen Veränderungen geschützt erscheint, kündigt sich beim genaueren

Hinsehen doch ein aggressiver Wettbewerb an, der, wie in anderen Industriesparten auch, gnadenlose Züge tragen wird. Über die bevorstehende notwendige Bereinigung der Krankenhauslandschaft, die sich nicht nur über Konsolidierungen, sondern auch durch Insolvenzen vollziehen wird, herrscht unter Beratern und Wissenschaftlern großer Konsens. Was diese Dynamik aber letztlich für die Versorgung der Patienten und auf Systemebene für die Volkswirtschaft bedeutet, liegt für viele im Dunkeln. Wie jeder Wettbewerb ist aber auch der um die für Krankenhäuser vitale Ressourcen noch lange nicht entschieden. Krankenhäuser, die sich jetzt auf die strategischen Herausforderungen der Zukunft einstellen, haben beste Möglichkeiten, zu den Gewinnern zu gehören. Plakativ ausgedrückt: Man muss nicht unbedingt die schnellste Gazelle sein, um nicht vom Löwen gefressen zu werden. Es reicht, nicht die Langsamste zu sein.

Welche „Grundtugenden“ müssen die deutschen Kliniken besitzen, welche Erfolgsfaktoren müssen sie adressieren, um für die Zukunft gewappnet zu sein?

KERNFRAGE: SIND DIE KRANKENHÄUSER FÜR DIE ZUKUNFT GEWAPPNET?

Vorhandene Fähigkeiten und Erfahrungen in Krankenhäusern:

- Analytisches Denkvermögen
- Problemlösungskompetenz
- Priorisierungsfähigkeit
- Interdisziplinarität
- Arbeitsteilung
- Frühwarnsysteme (Erkennung und Prävention)
- Krisenkommunikation

Im Prinzip ja!

© Prof. Dr. M. J. Hübner

In der Notwendigkeit, strategisch zu denken und Entscheidungen über die richtige Allokation von Ressourcen in Unsicherheit zu treffen, treffen sich Management und Medizin bzw. ökonomisches und ärztliches Denken. Im Prinzip ist diese not-

wendige Art, Gedanken zu ordnen, in den Krankenhäusern vorhanden. Was fehlt, sind stärker funktionale Eigenschaften, Skills und Tools, die jedoch unschwer aufzubauen sind.



Fazit:

Die deutsche Krankenhauswirtschaft steht vor großen Veränderungen und massiven Umbrüchen. Die Zukunft der durch einen hohen Strukturkonservatismus geprägten Industrie ist offen. Die daraus abgeleitete Unsicherheit bedeutet eine immense Chance für die Unternehmen und Institutionen, die in der Lage sind, analytisch, strategisch und flexibel zu denken, und die ihr spezifisches Stärken-Schwächen-Profil mit den Chancen und Risiken des aufbrechenden Marktes in

Einklang bringen können. Insgesamt besteht durchaus die Möglichkeit, dass die Krankenhausmedizin in Deutschland insgesamt besser, d. h. effizienter, aber vor allem effektiver wird. Sind die Anreizsysteme durch die Gesundheits- und Ordnungspolitik richtig gesetzt, werden diejenigen aus dem Markt ausscheiden, deren medizinische Qualität unterdurchschnittlich ist. Auf dieses Ziel sollten alle in der Krankenhauswirtschaft agierenden *Stakeholder* hinwirken.

5. Schaden und Risk-Management aus Sicht eines Haftpflichtversicherers von Patrick Weidinger

Qualitätssteuerung zur Vermeidung iatrogener Schäden ist ein zentrales Interesse der Haftpflichtversicherungen von Ärzten und Krankenhäusern. Realisieren lässt sich die Schadenprophylaxe

durch einen multifaktorellen Ansatz und durch offene Diskussion konkreter und allgemeiner Gefahrenpotenziale.

5.1 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung ist an verschiedenen Stellen im Bundes-, Landes- und Kammerrecht geregelt. So verpflichtet § 137 SGB V Krankenhäuser, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen (vgl. auch §§ 111 SGB V, § 115 b SGB V). Aussagen zu Qualitätssicherung bzw. Qua-

litätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung finden sich v. a. in §§ 135a, 136a SGB V (die mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes ab 2004 gültigen Neuerungen des relevanten Gesetzestextes sind hervorgehoben):

§ 135a Abs. 2 SGB V: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und *Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht*, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. *einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.*

§ 136a SGB V: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (Auszug Satz 1)

Der *Gemeinsame Bundesausschuss* bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

Die Frage nach einer *obligaten* Einführung systematischen Qualitätsmanagements in Arztpraxen ist demnach zu bejahen. Der Gesetzgeber hat diese Auflage bezüglich der Implementierung eines QM-Systems aber nicht weiter konkretisiert, sondern überlässt dies der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es wird abzuwarten sein, inwieweit dieses Gremium kon-

krete Vorgaben ausarbeiten wird. Es ist wohl davon auszugehen, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss weder auf ein einziges, bestimmtes QM-System festlegen wird, noch dass die dafür festzulegenden Mindestanforderungen eine übermäßige Detailtiefe erreichen. Dies lässt sich zumindest aus den amtlichen Begründungstexten zu den §§ 135a Abs. 2 und 136a herauslesen:

zu § 135a Abs. 2* „Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, dass der Umfang der Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich nicht zwingend gleichzusetzen ist mit dem Aufwand, der im stationären Bereich erforderlich ist. In der jeweiligen ambulanten Einrichtung hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung zu stehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Maßnahmen durch Beschlüsse zu konkretisieren.“

zu § 136a* „Dabei beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ abhängen. Dies sichert, dass die Vertragsärzte ausreichend Gelegenheit haben, das Qualitätsmanagement ihren jeweiligen Besonderheiten entsprechend individuell zu entwickeln.“

* Auszug aus der Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz durch den 13. Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung, September 2003.

Bislang steht es demnach den Praxisbetreibern frei, ein eigenes Konzept eines Qualitätsmanagementsystems zu entwickeln oder bekannte Vorbilder, wie z. B. Systeme nach DIN EN ISO, EFQM, KTQ[®] o. ä., zu adaptieren. Das bisher auf Krankenhäuser zugeschnittene KTQ[®]-Konzept wird einen Katalog für den vertragsärztlichen Bereich

anbieten, und auch seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist ein eigenständiges Konzept vorgesehen. Sofern es nicht den noch ausstehenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zuwiderläuft, wird es also für Arztpraxen ein breites Spektrum an entsprechenden Möglichkeiten geben.

5.2. Schadenmanagement

Auch wenn das Landesrecht den Abschluss einer Arzthaftpflichtversicherung vorschreibt (§ 21 MusterBO), handelt es sich nicht um eine Pflichtversicherung (keine Passivlegitimation gegenüber dem Geschädigten).

Gem. § 1 Nr. 1 AHB gewährt der Versicherer dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für den Fall, dass er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung eines Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch indirekte, durch Personen- und Sachschäden verursachte Vermögensschäden. Gem. § 1 Nr. 3 AHB kann der Versicherungsschutz auf (direkte) Vermögensschäden ausgedehnt wer-

den. Kommt es zu einem Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Prozessführung zu überlassen und dem vom Versicherer bezeichneten Anwalt Vollmacht zu erteilen. Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruches ihm zweckmäßig erscheinende Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers (nicht der mitversicherten Person) abzugeben (§ 5 Ziff. 4 und 7 AHB), also z. B. einen Schaden auch gegen den Willen des Versicherungsnehmers zu regulieren. Mit „Regulierung“ und „Abwehr“ sind die Kernaufgaben des Haftpflichtversicherers beschrieben, in der Arzthaftpflicht sind diese mit umfassender Sach- und Sozialkompetenz auszufüllen. Ein Berufshaftpflichtversicherer muss so kurzfristig wie möglich die sachlich richtige Entscheidung treffen. In der Regel gelingt dies nur durch die Zusammenarbeit von jahrelang spezialisierten und erfahrenen Schadenjuristen mit Konsiliarärzten der jeweiligen Fachgebiete. Entgegen weitläufiger (Medien-)Meinung ist eine

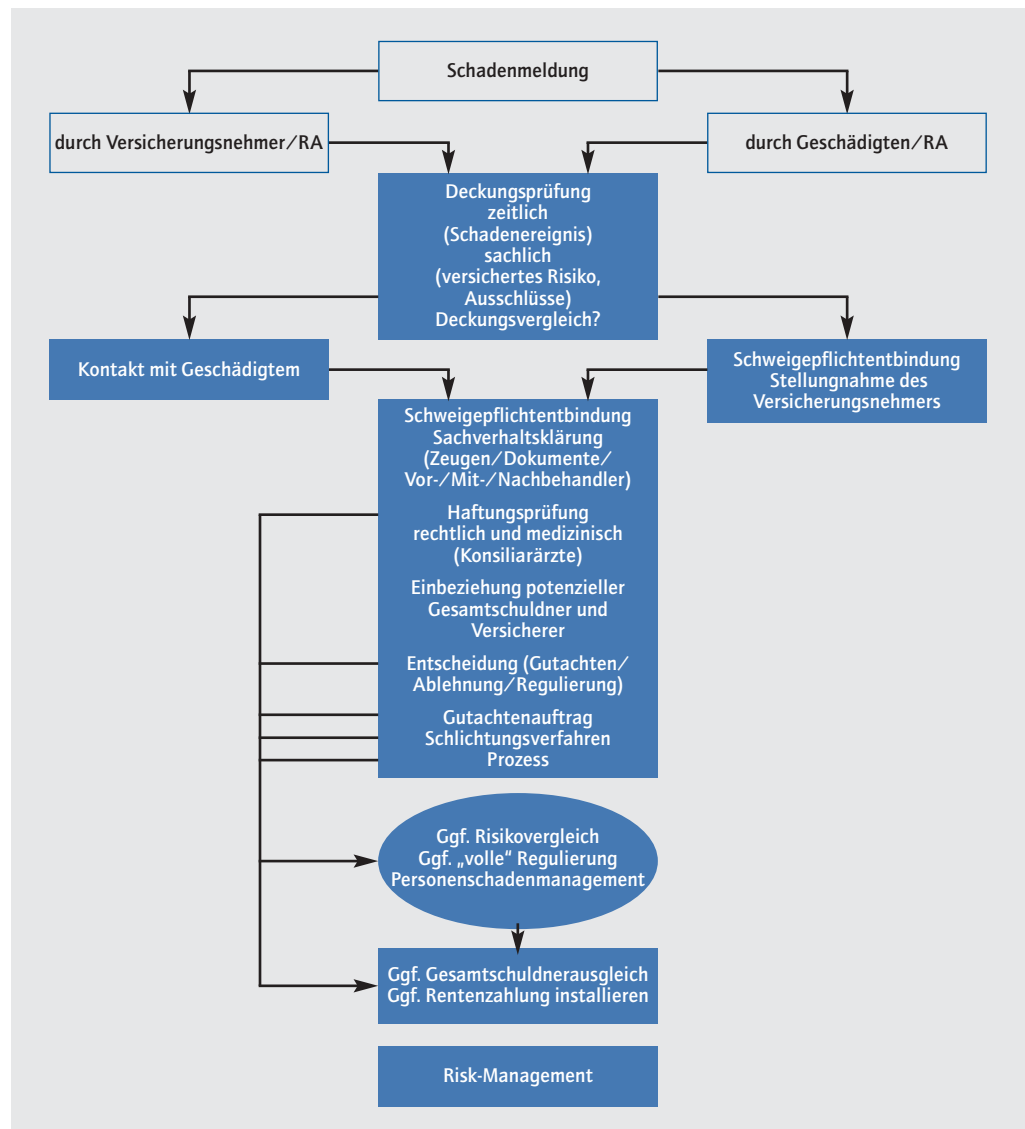
verzögerte Regulierung berechtigter Ansprüche für alle Beteiligten schädlich, zulasten des Versicherers kann sie vermeidbare negative Publizität sowie höhere Schmerzensgelder auslösen. Ein professioneller Versicherer sollte diese Auswirkungen nicht leichtfertig provozieren. Zu unterscheiden sind hiervon diejenigen Einzelfälle, in denen die Ermittlung von Sachverhalt, Rechtslage und Schadenhöhe zeitaufwändig ist und in denen überzogene Forderungen nicht akzeptiert werden können. Ist eine Anspruchserhebung unberechtigt, hat das Verständlichmachen der rechtlichen und medizinischen Situation gegenüber dem Patienten und seinem Prozessbevollmächtigten Priorität, das schlecht begründete Zurückweisen von Forderungen kann ebenfalls zu vermeidbarer Publizität oder zu gerichtlichen Streitigkeiten führen.

Des Weiteren sind wesentliche Bestandteile eines Schadenmanagements

• das Personenschadenmanagement mit Sondierung und ggf. Unterstützung einer möglichen Rehabilitation (siehe z. B. Steffen, Schadenmanagement bei Personenschäden, VersR 2000, 793 ff und Erste Erfahrungen mit dem Personenschadenmanagement, zfs2001, 389 ff) sowie

- das Risk-Management als Schadenprophylaxe auf der Grundlage (möglichst jahrzehntelanger) Schadenerfahrung.

Grundstruktur der Abläufe beim Haftpflichtversicherer



5.3 Risk-Management

Risk-Management in der Heilwesenhaftspflicht hat das Ziel, in Krankenhaus und Praxis spezifische haftungsrelevante Gefahrenquellen für mögliche Haftungsschuldner (wie Krankenhausträger, Ärzte, Pflege- und Hilfspersonal) zu minimieren. Umfassendes Risk-Management befindet sich in Deutschland noch in den Anfängen. Während das Thema Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern schon lange diskutiert wird – seit 1989 verpflichtet das Gesundheitsreformgesetz zu Maßnahmen, welche auf eine Sicherstellung und auf eine Verbesserung der Qualität mit krankenhäusvergleichenden Prüfungsmöglichkeiten ausgerichtet sind –, befinden sich die Ansätze eines ergänzenden Risk-Managements mit Schadenanalyse und hieraus abgeleiteter Prävention noch in der Entwicklung.

In den USA dagegen ist ein solches Risk-Management nach den Versichererkrise von 1969 und 1974 etabliert, nach signifikanten Erfolgen konnten Schadenaufwendungen und in der Folge Versicherungsprämien gesenkt werden. Problembewusstsein wurde z. T. mit erheblichen Captives oder Selbstbehalten (500.000 USD und mehr, z. T. auch Selbstbeteiligungen für Defense Expenses) geschaffen. Risk-Management ist für amerikanische Versicherer, die z. T. eigene Early-Warning-Systems und Risk-Management-Manuals entwickelt haben, Zeichnungsvoraussetzung. Gleichwohl ist die Entwicklung nicht befriedigend: Im Jahr 1995 wurden 15,6 Mrd. USD für iatrogene Schäden gezahlt, zuzüglich 736,5 Mio. USD an Prozess- und Anwaltskosten für abgewiesene (!) Klagen. Der Patient erhält übrigens wegen der Kostenbesonderheiten des amerikanischen De-

liktsrechts durchschnittlich nur 50 % der Schadenersatzsumme.

Zur Einordnung des Risk-Managements gibt es zwei akademische Ansätze. Es wird einmal als Bestandteil eines Total Quality Managements (TQM) und einmal als Ergänzung des TQM gesehen. Praxisrelevant ist demnach, ob ein Krankenhaus TQM, evtl. nachgewiesen durch ISO 9000 ff Zertifizierung, installiert hat oder nicht. Nur im ersten Falle sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bereits dokumentiert und damit eine bereits vorhandene Grundlage der Risikoanalyse, im Krankenhaus ohne TQM muss diese Grundlage zunächst erarbeitet werden. Zum Risk-Management gehören Auswahl und Zeichnung insbesondere von Krankenhäusern sowie eine umfassende schadenminimierende Betreuung. Risk-Management ist ein Prozess, in welchem relevante Daten und Informationen (Rechtsprechung, Änderung von Standards, Schäden) umgehend für Analysen und Entscheidungen zur Verfügung stehen. Controlling muss die Schadenauswertung zur Ableitung von Maßnahmen sicherstellen. Die Durchführung der Maßnahmen muss einer eigenen Ergebnissicherung unterliegen. Die Effizienz der Maßnahmen zeigt sich im laufenden Controlling. Grundlage eines technischen Controllings kann z. B. eine Schadenursachenstatistik sein. Durch Risk-Management kurzfristig zu beeinflussen sind rechtliche Parameter (Aufklärung, Dokumentation etc.) und trainierbares Verhalten (Kommunikation), allenfalls langfristig steuerbar sind bisher unerkannte Fehlerquellen (Instrument. incident-reporting) und subjektive Fehler.

5.4 Qualitätssteuerung

5.4.1 Auf der Grundlage bekannter Schadenfälle

Wegen §§ 5 und 6 AHB (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung) erfährt der Versicherer zeitnah von Schäden und hat somit zwangsläufig Gelegenheit zu einer Einzelschaden- und Fallgruppenanalyse. Aus diesen Analysen sollten umgehende schadenvermeidende Hinweise an den Versicherungsnehmer erfolgen (z. B. die Praxisorganisation anders zu gestalten, wenn ein Marcumarrezept von der

Praxishelferin ohne Veranlassung einer Vorstellung mit Quickwertkontrolle ausgegeben wurde). Das Versagen einer Herz-Lungen-Maschine oder das Abhandenkommen von Krankenunterlagen sind für den Versicherer Anlass, diese Schadenquellen zu thematisieren und abzustellen, unter Umständen auch mit Hinweis auf § 4 II Nr. 3 AHB.

Zur Feststellung der Struktur- (apparative Ausstattung, Personalqualifikation), Prozess- (Dokumentation) und Ergebnisqualität (Behandlungs-

erfolg, Rezidivquote) bietet sich die summarische Auswertung bekannter Schäden an. Die Gesamtschadenanalyse zeigt mögliche systemische Fehler. So waren zum Beispiel in den 80er Jahren Accessoriusparenen nach Lymphknotenextirpation wegen unterbliebener Aufklärung gehäuft Gegenstand von Schadenersatzansprüchen. Nach Rundschreiben an die Versicherungsnehmer mit entsprechenden Verhaltenshinweisen bewegt sich die diesbezügliche Schadenhäufigkeit mittlerweile gegen Null.

5.4.2 Durch incident-reporting

Die Meldung von Beinahe-Schäden ist ein in den Vereinigten Staaten etabliertes Frühwarnsystem. Dieses so genannte Ereignis-Melde-System soll alle Auffälligkeiten und Abweichungen in der medizinischen Versorgung erfassen. In der Theorie ist es das wirksamste Mittel, Potenziale zu ermitteln.

In Deutschland zeigt sich die Umsetzung eines incident-reporting als schwierig. Einheitliche Datenbanken können zwar geschaffen werden (die DBV-Winterthur hat hierzu einen eigenen Standard entwickelt), aber die Akzeptanz der Betroffenen ist nur schwer herzustellen. Hierarchische Strukturen und fehlende Bereitschaft zu einer Selbstbeichtigung werden es nur nach zeitaufwändigem Schaffen eines offenen und sanktionsfreien Klimas zulassen, dass Krankenschwestern die Klinikverwaltung über einen persönlichen Fehler des Chefarztes informieren, wenn mit viel Glück gar kein Schaden eingetreten ist.

Ein Allheilmittel ist incident-reporting nicht. Effizienz besteht nur dann, wenn systemische Fehler oder Potenziale mit Wiederholungsgefahr aufgedeckt werden.

5.4.3 Durch Ist-/Soll-Analyse und Prozesssteuerung

Entsprechendes Risk-Management wird von Versicherern direkt oder von Drittanbietern erbracht. In Facherhebungen und Audits wird der Praxis- oder Krankenhausstandard abgefragt und nach Analyse Verbesserungsvorschläge unterbreitet.

Am einfachsten und zeitnah zu korrigieren sind formal beherrschbare Tatbestände (Dokumentation, Aufklärung, Leitlinien). Am schwierigsten zu beeinflussen ist das subjektive Fehlverhalten im Einzelfall. Als Instrumente haben sich Zielvereinbarungen und Kommunikationsseminare bewährt. Vorrangig wirtschaftliche Interessen sind nicht auszuschließen, wenn mit allgemein formulierten Prospekten Analysen angeboten werden. Dezierte Hinweise zu Aufklärung und Dokumentation sowie allgemeine Verbesserungshinweise kann ein erfahrener Versicherer jedenfalls aus dem Stand heraus geben.

Problematisch ist die Aussage, was Risk-Management im konkreten Fall bewirkt. Zum einen ist es nicht möglich, nicht eingetretene Schäden zu erfassen, zum anderen handelt es sich um long-tail-Risiken (Spätschadenrisiken), die oft erst Jahre nach Eintritt des Schadenfalles bekannt werden. Eine fundierte Aussage über die Effizienz eines heute installierten Risk-Managements wird in Krankenhäusern erst nach vielen Jahren möglich sein.

5.4.4 Durch Aufzeigen von Gefahrenpotenzial anerkannter Behandlungsstandards

Dies zu thematisieren ist für einen Versicherer mehr als brisant, heißt es doch einen anerkannten Behandlungsstandard in Frage zu stellen

- wegen fehlenden Nutzens und sich dadurch dem Vorwurf auszusetzen, dies getan zu haben, um bei Verletzung eben dieses Standards eine Haftung ablehnen zu können.

Beispiel: Mammadiagnostik

Das Mammakarzinom ist in der westlichen Welt die häufigste zum Tode führende Erkrankung der Frau und das angeblich zu späte Erkennen in der Arzthaftpflicht immer wieder Gegenstand von Vorwürfen gegen den Arzt. Epidemiologische Studien belegen, dass heutzutage etwa jede zehnte Frau in der Bundesrepublik an Brustkrebs erkrankt. In verschiedenen großen Studien in den Niederlanden, in Schweden und in Großbritannien konnte gezeigt werden, dass es durch Ein-

satz des Mammographie-Screenings möglich ist, bei frühzeitiger Erstdiagnose eine Reduktion der Mortalität um ca. 30 % zu erreichen. Mittlerweile mehren sich aber die Stimmen, welche der Mammographie eine Relevanz für die Brustkrebssterblichkeit absprechen. Es ist nicht auszuschließen, dass in einigen Jahren neue Verfahren etabliert sind und screening-induzierte Mamma-Carcinoma zu einer Haftung führen.

- Qualitätsaussagen zu widerlegen.

Beispiel: Sectio caesarea versus Vaginalgeburt

Sectio und Vaginalgeburt haben für Mutter und Kind jeweils unterschiedliche Risiken. In geburts-hilflichen Schadenfällen ist Haftungsschwerpunkt

der Vorwurf zu später Schnittentbindung. Dagegen spielen Vorwürfe wegen Entscheidung gegen eine Vaginalgeburt keine Rolle. Unter *diesem* Aspekt ist es fragwürdig, wenn in Qualitätssicherungsprogrammen eine niedrige Sectiofrequenz als erstrebenswert dargestellt (z. B. Sächsische Perinatal- und Neonatalerhebung 1999/Tab 7) und mit dieser sogar geworben wird.

5.5 Ergebnis konsequenter Schadenmanagements

Ärztliche Fehler eignen sich offenbar in besonderem Maße zu interessengeprägten Hypothesen. „Werden in der Bundesrepublik Deutschland jährlich etwa 400.000 Patienten falsch behandelt?“ titelt die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. unter Bezugnahme auf eine „Schätzung von Experten“. Andere Vermutungen umfassen die Spanne von 30.000 bis 400.000 iatrogene Fehler pro Jahr.

Die Statistik der DBV-Winterthur Versicherung belegt diese Zahlen nicht (Die DBV-Winterthur berichtet seit Jahren regelmäßig über ihre Erfahrungen mit der Entwicklung von Arzthaftpflichtschäden; vgl. z. B. Jahn/Kümper, MedR 1993, 413 ff, Weidinger MedR 2004, ff).

Erledigungsstatistik: Ansprüche berechtigt/unberechtigt

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Berechtigt	58 %	55 %	53 %	51 %	49 %	48 %	48 %	47 %	46 %
Unberechtigt	42 %	45 %	47 %	49 %	51 %	52 %	52 %	53 %	54 %

Erledigungsstatistik: gerichtlich/außergerichtlich

Außergerichtlich	93 %
Gerichtlich	7 %

Erledigungsstatistik: Prozesse

Gewonnen	58 %	(absolut 4,06 %)
Vergleich	34 %	(absolut 2,38 %)
Verloren	8 %	(absolut 0,56 %)

5.6 Zusammenfassung

Die Bearbeitung von Arzthaftpflichtfällen stellt an einen Berufshaftpflichtversicherer höchste Qualitätsanforderungen. Er muss

- das jeweils aktuelle Richterrecht zur Arzthaftung beherrschen,
- über kompetente und objektive Konsiliarärzte verfügen,
- einen Sachverhalt kurzfristig rechtlich und medizinisch richtig einschätzen,
- berechnete Schadenersatzansprüche umgehend regulieren,
- unberechtigte Forderungen sensibel und nachvollziehbar zurückweisen,
- gerichtliche Streitigkeiten als ultima ratio ansehen,
- sich bei Bedarf um Rehabilitationsmanagement bemühen,
- und Schadenerfahrungen einem kontinuierlichen Risk-Management zugänglich machen.

6. Referenten

Frau [Dr. Ilse Dautert](#) hat nach dem Studium der Rechtswissenschaften an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn am dortigen Institut für Zivilprozessrecht (Prof. Dr. Gaul) promoviert und wurde 1987 als Rechtsanwältin zugelassen. Sie ist Spezialistin für Medizinrecht und schwerpunktmäßig als Patientenanwältin für Geschädigte tätig. 1998 folgte die Zulassung zum Oberlandesgericht Oldenburg, wenig später die Zulassung bei allen Landgerichten und Oberlandesgerichten in der Bundesrepublik. Die Kanzlei liegt in Oldenburg und verfügt über ein umfassendes Netzwerk von anerkannten Sachverständigen aus den Bereichen Medizin, Pflege- und Rehabilitationswissenschaften bundesweit.

Herr [Prof. Dr. Matthias P. Schönermark](#) hat zunächst Rechtswissenschaften in München studiert, bevor er das Medizinstudium in Heidelberg aufnahm und zum Abschluss führte. Nach Promotion und Approbation sowie Facharzt Ausbildung zum HNO-Arzt erfolgte 1998 die Ernennung zum Privatdozenten an der Medizinischen Hochschule Hannover. Es folgten weitere Stationen als medizinisch-unternehmerischer Berater bei der Boston Consulting Group sowie im Vorstand einer Aktiengesellschaft der Biotechnologie. Danach kehrte Herr Prof. Schönermark an die MHH als Professor für Medizinmanagement nach Hannover zurück. Er ist Mitbegründer und Geschäftsführer der Hannover School of Health Management (HSHM).

Herr [Frank Hendrik Reddering](#) war nach dem Studium der Rechtswissenschaften an der Universität in Amsterdam zunächst mehrere Jahre bei einem Versicherungsmakler in der Schadenabteilung tätig, um dann für die Zürich Versicherung als Schadenkorrespondent zu arbeiten. Seit 1975 ist Herr Reddering für die VVAA tätig, seit 1999 als Direktor. Daneben bekleidet er mehrere Ämter als Direktor für die MediRisk B. A. (gegr. 1992) sowie die MediFire B. A. (gegr. 1999). Außerdem ist er Vorsitzender der Kommission Berufshaftpflicht Tierärzte und der Arbeitsgruppe Medizinische Haftpflicht Europa Medica sowie Mitglied in mehreren Gremien, die sich mit Medizin-Haftpflicht befassen.

Herr Rechtsanwalt [Patrick Weidinger](#) ist seit 1996 Leiter Arzthaftpflicht und Prokurist der DBV-Winterthur-Versicherungen (118.000 versicherte Ärzte). Zuvor war Herr Weidinger bei einem anderen namhaften Arzt- und Krankenhausversicherer Bereichsleiter für Heilwesen-, Anwalts- und Architektenhaftpflicht. Er ist Träger des Arzt-Recht-Preises 2004, den er am 20. März 2004 in Frankfurt erhielt. Aus der Laudatio: „Herr Weidinger steuert nicht nur erfolgreich die Geschicke der Arzthaftpflicht der DBV-Winterthur, sondern er hat als Dozent der Deutschen Anwaltakademie, als Autor, als Mitglied richtungsgebender Arbeitskreise und mit seinen Vorträgen Wesentliches zu versicherungs- und medizinrechtlichen Themen beigetragen.“

Bisher erschienen:

Nr. 1

M. Rehfeld, N.A. Sittaro, E. Wehking
Psychische Folgeschäden
Ein Problem in der Unfall- und
Haftpflichtversicherung

Nr. 2

J. Brollowski, A. Kelb, H. Lemcke, E. Wehking
E+S Rück Fachtagung
Haftpflichtschaden und Psyche

Nr. 3

I.Geis, Th. Hoeren, Chr. Nießen, J. Roth
Neue Medien – Neue Risiken:
Haftpflichtfragen rund um das Internet

Nr. 4

Chr. Günther
Gebührenrecht – Legal Expenses:
Rechtskosten und Schadensersatz im
deutschen und US-amerikanischen Haftungsrecht

Nr. 5

H.-G. Bollweg, J. Brollowski, H. Lemcke, G. Wagner
Quo vadis Deliktsrecht?
Änderungen im Schadenersatzrecht und deren
Auswirkungen auf Versicherer und Verbraucher

Nr. 6

J.-Ch. Deister, A. Kelb
Neues Schadenersatzrecht ab 1. August 2002
Auswirkungen auf die Versicherungsbranche mit
Schwerpunkt in der Kraftfahrzeughaftpflicht

Nr. 7

Michael Bantje
EU-Versicherungsvermittlerrichtlinie –
Umsetzung der Deckungsvorsorgepflicht

Alle Rechte vorbehalten.
Nachdruck oder Übersetzung mit
Angabe der Quelle gestattet.
Die Urheberrechte hat die E+S Rück.

Erschienen im Juni 2005

Herausgeber:

E+S Rückversicherung AG

Karl-Wiechert-Allee 50
30625 Hannover

Telefon 05 11/56 04-0

Telefax 05 11/56 04-11 88

www.es-rueck.de

Ansprechpartner:

Jörg-Christian Deister

Telefon 05 11/56 04-13 69

joerg-christian.deister@es-rueck.de

Andreas Kelb

Telefon 05 11/56 04-13 00

andreas.kelb@es-rueck.de