

Kurzfassung des Vortrags von Herrn Ass. Lichtmanegger

**MediRisk Bayern Risk Management GmbH
München**

Risk Management - ein Instrumentarium zur Senkung von Haftpflichtansprüchen

I. Sichere versus grenzenlose Medizin?

Mit beeindruckenden Presseschlagzeilen wird bei Patienten nachhaltig der Glaube an grenzenlose Therapie und Gefahrlosigkeit der modernen Medizin geschürt. Das technisch Machbare scheint schier unbegrenzt. Dass dem keineswegs so ist, belegen ebenso eindrucksvolle Negativmeldungen wie „Endlager Mensch“, „Hexenjagd gegen Ärzte“ oder „Selbstmord nach vielen Kunstfehlern“. Besonders das anhaltende Medieninteresse an mangelhafter Leistungserbringung durch Ärzte und Krankenhäuser birgt gefürchtete Imageschäden.

II. Ausgangspunkt Haftpflichtfälle

Nicht nur die Medien demonstrieren die extreme Ambivalenz des Berufsstandes der Heilkundigen. Steigende Schadensfallzahlen und Aufwendungen der Arzt- und Krankenhaushaftpflichtversicherer unterstreichen eine paradoxe Ausgangssituation:

Durch die zunehmende Perfektionierung der Technik und die fortschreitende Spezialisierung der Medizin ist einerseits das Behandlungsrisiko, d.h. das Risiko im Krankheitsfall nicht sachgemäß behandelt zu werden, für den Patienten ständig gesunken. Andererseits steigt die Zahl der zivilrechtlichen Haftpflichtansprüche aber auch der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhausträger.

Betrachtet man die Verteilung des Aufwandes in Medizinschadenfällen auf medizinische Sachgebiete, so fällt auf, dass rund 50 % der Versicherungsaufwendungen für die medizinischen Fachrichtungen der Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie und Neonatologie erbracht werden müssen.

Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielschichtig:

Im Wesentlichen sorgt die ständig verschärfte Rechtsprechung für eine neue Qualität von Arzt- und Krankenhaushaftpflichtfällen. Die oft greifende Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten, z.B. in Fällen grober Behandlungsfehler oder im Zusammenhang mit Dokumentationslücken sowie die auch für Experten kaum überblickbare Kasuistik an Einzelfallurteilen zur ärztlichen Aufklärungspflicht verstärken diesen Trend.

Die zunehmende Spezialisierung und fortschreitende Arbeitsteilung in der Medizin, immer kürzere Verweildauer der Patienten, permanenter Kostendruck und die immer komplizierter werdende Organisation der Behandlungsabläufe ist eine weitere Triebfeder dieser Entwicklung. Oft lassen sich die Mediziner selbst verführen, dem Patienten die bekannten

und üblichen Risiken im Rahmen der ärztlichen Aufklärung zu verharmlosen bzw. die Gläubigkeit der Patienten in die völlige Risikolosigkeit des geplanten Eingriffes zu verstärken. Das Internet, das leicht und für jeden zugänglich medizinische Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften für individuelle Behandlungsschritte aufgliedert und den somit halbinformierten Patienten den Eindruck der vollen Beherrschbarkeit einer „Kochbuchmedizin“ vermittelt, fügt ein weiteres Mosaik zur Pflege einer völlig überzogenen Erwartungshaltung bei Patienten an.

Bei der aufgezeigten Entwicklung ist es kein Wunder, dass die Entschädigungsleistungen aller deutschen Arzt- und Krankenhausversicherer von 167 Mio. DM im Jahre 1989 auf über 500 Mio. DM im Jahr 1997 angestiegen sind und nach Expertenschätzung weiter ansteigen. Erst Ende des Jahres 2002 urteilte das Landgericht München I das erste Schmerzensgeld der deutschen Rechtsgeschichte in Höhe über 1 Mio. DM aus, so dass gegebenenfalls nun doch die im deutschen Gesundheitswesen lange befürchteten „amerikanischen Verhältnisse“ Einzug halten.

III. Aktive Risikokontrolle durch Risk Management

Der vorbeugenden Schadenverhütung bzw. der aktiven Reduzierung und Vermeidung von Schadenquellen kommt sowohl zum Wohle des Patienten als auch unter den Gesichtspunkten des „Selbstschutzes“ der behandelnden Ärzte und Pflegenden eine überragende Bedeutung zu. Die oft mit spektakulären Haftpflichtfällen einhergehende Imageschädigung im zunehmend starken Wettbewerb unter den Krankenhäusern liefert weiteren Handlungsbedarf.

Der im Volksmund bekannte Lernansatz „aus Schaden wird man klug“ wird weder dem eigenen Anspruch der Medizin an qualitative Patientenversorgung gerecht, noch reicht er aus, um sich abzeichnende „amerikanische Verhältnisse“ abzuwenden. Naheliegend und – wenn auch in anders strukturiertem Gesundheitssystem -schon erfolgreich angewandt, ist die Anwendung „amerikanischer Mittel“ – nämlich des Risk Managements, mit dessen Hilfe die US-Amerikaner in den 80er Jahren erfolgreich Haftungsflut und Versicherungs Krise in der dortigen Krankenhauslandschaft in den Griff bekamen.

In einem allgemeinen Sinn bedeutet Risk Management die Früherkennung von Gefahrezuständen durch systematische Fehlersuche und Schadenuntersuchung wie – auswertung. Um im Krankenhausbetrieb erfolgreich anzusetzen und die Flut der Anspruchsanmeldungen von Patienten und Dritten einzudämmen, muss effektives Risk Management im Zentrum zum einen die **Rechtsprechung** der Haftungsjudikatur im Auge haben. Sie bildet den Soll-Zustand, ist mithin Meßlatte im Auseinandersetzungsfalle zwischen Arzt und Patient und entscheidet über eine zivilrechtliche Haftung oder strafrechtliche Sanktion.

Mit diesem aus Sicht der Vermeidung einer Haftung quasi **Soll-Zustand** ist der **Ist-Zustand** des Krankenhauses zu vergleichen. Dabei im Focus stehen :

- Die Organisation der **Behandlungsabläufe**: Beispielsweise die Diensterteilung der Ärzte und Pflegekräfte , die 24-stündige Aufrechterhaltung des/r sog. Facharztstandards/ -Qualität, fachübergreifende Bereitschaftsdienste sowie insbesondere
- Die sog. **Schnittstellen und Fragen der medizinischen Arbeitsteilung**: Im Abgleich stehen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegekräfte, die horizontale Arbeitsteilung und Zusammenarbeit beispielsweise der Anästhesie zur Geburtshilfe bzw. zu operierenden Fächern, Fragen der Delegation (z.B. ärztlicher Aufgaben an die Pflegekräfte) sowie auch die Koordination einer Zusammenarbeit mit externen Stellen (beispielsweise bei auswärtig durchgeführten

Laboruntersuchungen, mit Schreib- und Abrechnungsbüros, externer Röntgendiagnostik, Telemedizin), etc..

- Die **apparative Ausstattung und Gerätesicherheit**: Zu prüfen sind Aspekte der Umsetzung des MPG's, Organisation, Durchführung und Dokumentation einer täglichen Gerätefunktions- und Sicherheitsüberprüfung wie die Einweisung und laufende Schulung des bedienenden Personals, der aufgrund des steten Personalwechsels in Krankenhäusern und des laufenden technischen Fortschritts der Geräte hohe Bedeutung zukommt.
- Mit einzubeziehen ist die bisherige **Schadenhistorie** des Krankenhauses, um bereits in der Vergangenheit zur Haftung führenden Risikofelder einer genaueren Prüfung zu unterziehen.
- Idealerweise - gegebenenfalls in der Phase der sog. Nachsorge (dazu später) - sind Konstellationen festzuhalten, die zu sog. „**Beinahe-Schäden**“ geführt hätten. Diese müssen beobachtet und ausgewertet werden, zum Beispiel im Rahmen von regelmäßigen Gesprächen, sog. **incident-reportings**.

IV. Risk Management und Quality Management

Oft begegnet man vor Ort bei den Krankenhausverantwortlichen dem Einwand „Wir machen ja Qualitätsmanagement“, und in der Tat: Total Quality Management ist ein neuer Zugang zur Qualitätsverbesserung im Krankenhaus zu Gunsten des Patienten. Es richtet alle klinischen und nicht klinischen Systeme, Dienstleistungen und Prozesse auf aktives Handeln zur Verbesserung der Service- und Produktqualität im Sinne der Patientenbedürfnisse und aller anderen Kundenbedürfnisse aus.

Aber reicht das? Wir meinen, nein. Denn betrachtet man sich die Bausteine von TQM, sind die Bemühungen getragen von Leitideen der Kundenzufriedenheit, nämlich der Orientierung an Ergebnissen wie Kundennähe, Minimierung von Zeit- und Kosten, der Verbesserung des Organisationsklimas, der Teamarbeit und die generelle Einstellung der Mitarbeiter zu kontinuierlicher Verbesserung sowie eine vollständige Ausrichtung der gesamten Organisation auf den Kunden mit dem Ziel, dass der „Kunde“ Patient nicht nur das Objekt der Behandlung ist.

Diese Betrachtung ist aus haftungsrechtlicher Sicht und der Erfahrung der Krankenhaushaftpflichtversicherer jedoch zu kurz, weil selbst die Erreichung guter Qualität am Patienten nicht ausschließt, dass Krankenträger, Ärzte und Pflegekräfte rechtlich angreifbar sind. Allein mit Steuerungsversuchen zur Qualitätserhöhung am Kunden kann die Haftungssituation nicht verbessert werden.

So ist es beispielsweise bei Anforderung internistischer Diagnostik durch den Chirurgen aus Qualitätssicht durchaus begrüßenswert, die Wartezeit auf dem Flur vor dem internistischen Untersuchungszimmer durch kurzfristige Vorstellung und umgehende Untersuchung zu verkürzen und somit dem Kunden Bequemlichkeit angedeihen zu lassen. Der haftungsrechtlich bedeutsame Aspekt in diesem Beispiel, nämlich die Anforderungen der Rechtsprechung an die Wirksamkeit des ärztlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Patienten unmittelbar vor dem Untersuchungsraum bzw. unmittelbar vor der Untersuchung selbst (vgl. BGH, NJW 94, 3009), bleibt von diesem qualitätsorientierten Denken her völlig unbeachtet.

Als weiteres Beispiel sei die Schnittstelle der Anästhesie zu operierenden Fächern zitiert: Der frühzeitige Transport des Patienten bei oraler Medikation vor einer OP bereits auf Station in den Vorbereitungsraum der Anästhesie mag aus Kosten- und Zeitgesichtspunkten

begrüßenswert sein. Dem haftungsrechtlich bedeutsamen Erfordernis der Aufsichtsführung des bereits betäubten Patienten im Bereich der Operationsvorbereitung wird bei diesem Qualitätsdenken keine Rechnung getragen, wie die oft bei den Haftpflichtversicherern in diesem Bereich angemeldeten Patientenstürze von Untersuchungsliegen oder Transportbetten belegen.

Auch medizinische Qualitätssicherung, zu der die Krankenhäuser nach §§ 135-139 SGB V verpflichtet sind, beinhaltet keinen haftungsrechtlich risikominimierenden Ansatz. Denn dort ist die Beteiligung der Krankenhäuser an externer Qualitätssicherung niedergelegt mit dem gesetzgeberischen Ziel, die im Krankenhaus erfolgenden Maßnahmen derart transparent zu machen, dass eine Vergleichbarkeit unter den Krankenhäusern gegeben ist und „die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch die Krankenkasse geprüft“ werden kann.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung allein reichen folglich nicht aus, um Haftung und Risiko im Krankenhaus zu minimieren. Es ist vielmehr ein ganzheitlicher Ansatz des Risk-Managements zu verfolgen.

V. Risk-Management der MediRisk Bayern Risk Management GmbH

Die MediRisk Bayern Risk Management GmbH, eine Tochtergesellschaft der Versicherungskammer Bayern, bietet ein in der Praxis bewährtes, konkret auf Risikovermeidung gerichtetes Instrument zur Senkung von Haftpflichtansprüchen an, nämlich eine **Risikoanalyse mit integrierter Nachsorge**.

Der Ablauf der Risikoanalyse gliedert sich in 5 Phasen:

Phase 1: Sog. Vorpräsentation:

Die Vorpräsentation soll die Mitarbeiter eines Krankenhauses für das Risk Management gewinnen, das die Analyse des Krankenhauses durchführende interdisziplinäre Expertenteam (Jurist, Arzt, Risk-Manager) veranschaulicht Notwendigkeit, Zielrichtung und Sicherheitsgewinn durch Risk Management und erläutert den Ablauf der Analyse. Bereits im Rahmen dieser ersten Veranstaltung kann gezielt Aufklärung und Information für haftungsrechtliche Verantwortlichkeiten erfolgen. Um dem Expertenteam einen genaueren Überblick über die zu untersuchenden Abteilungen zu verschaffen, werden Checklisten ausgegeben, mit denen Strukturdaten wie Leistungsprofil der Abteilung, Personal-, Geräte- und räumliche Ausstattung, Verantwortlichkeiten, Aspekte zur Ablauforganisation der Abteilung, Statistiken, Dienstanweisungen, Regelungen und Absprachen, etc. erhoben werden. Durch diese Vorabinformationen gelingt ein vertieftes Analyseinterview bzw. lassen sich fachübergreifende Organisationsabläufe ersteinschätzen.

Phase 2: Besichtigungen und strukturierte Interviews

In der zweiten Phase erfolgt die Feststellung des Ist-Risikozustandes des Krankenhauses.. Es werden durch Ortsbegehung/ Besichtigung beispielsweise des Kreißsaals und OP-Bereichs Risikoaspekte/ Schwachstellen erhoben, z.B. Blockade des Not-Sectio-Raums durch „geparkte“ Patientenbetten laufender Operationen oder Funktionsunfähigkeit von Patientenschleusen durch Defekt.

Mit den Leitern der untersuchten Abteilungen/Bereiche werden strukturierte Interviews geführt und im fachlichen Gespräch die konkrete Risikosituation hinterfragt. Die Interviews spiegeln den jeweils von der Haftungsjudikatur geforderten „haftungsrechtlichen Soll-Zustand“ wider. Zudem stellt das Interview für die Beteiligten eine ausführliche haftungsrechtliche Beratung dar.

Phase 3: Risikobericht:

In einem modular aufgebauten Bericht wird das individuelle Schwachstellenprofil abteilungsbezogen erfasst und konkrete Empfehlungen zur Risikovermeidung und Schadensvorsorge für die Praxis gegeben. Ein allgemeiner Berichtsteil zeichnet – quasi für alle Mitarbeiter des Krankenhauses- haftungsrechtlich bedeutsame Felder der Judikatur auf und gibt entsprechende Empfehlungen zur Risikominimierung. Natürlich erfasst der Bericht nur Risiken zum Zeitpunkt des geführten Interviews oder der Besichtigung. Gleichwohl genügt diese „Momentaufnahme“, um den kontinuierlichen Prozess eines Risikomanagements am Krankenhaus zu starten.

Phase 4: Schlussbesprechung:

Sie findet statt, nachdem der Risikobericht im Krankenhaus vorliegt und die Beteiligten Zeit zur Durcharbeitung hatten. In der Abschlussbesprechung besteht nach Zusammenfassung und Würdigung der Analyseergebnisse Gelegenheit, das weitere Vorgehen im Risk Management Prozess und ggf. erste Umsetzungsmaßnahmen mit dem Projektteam zu diskutieren. Dabei ist keinesfalls Voraussetzung, dass die untersuchten Abteilungen ihren Berichtsteil bereits vollständig abgearbeitet oder empfohlene Maßnahmen bereits umgesetzt haben. Vielmehr soll erreicht werden, dass die Mitarbeiter nach Vorliegen der Einschätzung ihres Risikopotentials bereit sind, sich mit diesem zu befassen und präventiv auseinanderzusetzen. Oftmals wird eine Umsetzung bereits deshalb schwierig sein, weil etwa juristische Kenntnisse fehlen oder bei abteilungsübergreifender Problematik Moderation wie Medikation erforderlich ist. Deshalb kann in

Phase 5: Nachsorge

durch regelmäßige Begleitung und Unterstützung des Krankenhauses von Seiten des Haftpflichtversicherers sichergestellt werden, dass eine Weiterverfolgung der mit der Analyse begonnenen Risikoprävention gelingt. Die Risk Management Nachsorge soll insbesondere erreichen, dass durch eine kontinuierliche Auseinandersetzung der Mitarbeiter des Krankenhauses mit der Risikosituation ein beständiges Streben nach Risikoverbesserung betrieben wird. Der oftmals bekannte Effekt, dass im Krankenhaus durchgeführte Projekte mit Erstellung eines Berichtes „abgeheftet“ und folgenlos „zu den Akten genommen“ werden, muss unbedingt vermieden werden. Nach dem Konzept der MediRisk Bayern wird die Risk Management Nachsorge als postanalytische Betreuungsleistung durch Spezialisten der Versicherungskammer Bayern über einen Zeitraum von zwei Jahren angeboten und dient der Unterstützung des Kunden bei der Beseitigung/Minimierung der im Risikobericht erkannten oder nachfolgend auftretenden Haftungsschwachstellen. Es bietet sich geradezu an, die Nachsorge durch den Haftpflichtversicherer des analysierten Krankenhauses zu erbringen. Denn primär der Versicherer des Hauses genießt aufgrund der Betreuung der Schadensfälle vor Ablauf der Risikoanalyse besonderes Vertrauen der Mitarbeiter des Krankenhauses. Ebenso ist er anhand neuer Schadensmeldungen kurzfristig in der Lage, gegebenenfalls neue Haftungsfelder auszumachen und der Nachsorge entsprechend zuzuführen. Die einzelnen Nachsorgeleistungen sind dabei so individuell wie die Risikoschwachstellen des Krankenhauses und werden nach Bedarf und Kundenwunsch kontinuierlich erbracht.

VI. Die Effizienz von Krankenhaus Risk Management am Beispiel der Geburtshilfe:

Der Risk Management-Ansatz der MediRisk Bayern Risk Management GmbH bietet seriöse Ansätze zur Haftungsvermeidung und zur Prävention. Seit 1995, intensiver seit 1998 wird das Risk Management der MediRisk Bayern bei Kunden der Versicherungskammer Bayern erfolgreich eingesetzt, bis dato sind weit über 30 Risiko-Analysen an Krankenhäusern durchgeführt worden. Die Mehrzahl der untersuchten Krankenhäuser befindet sich bereits im Stadium der Nachsorge. Aus den bisherigen Erfahrungen bei der Analyse von Krankenhäusern ganz unterschiedlicher Größe, Versorgungscharakteristik und Aufgabenstellung, ergibt sich eine Reihe von Gesichtspunkten, die wir wiederholt beobachtet haben und die haftungsrechtliche Schwachstellen darstellen.

Der Nachweis, dass das Risk Management der MediRisk Bayern Risk Management GmbH in der Praxis „greift“, soll in einem Dreierschritt am Beispiel der Geburtshilfe erfolgen: Zunächst wird ein Beispiele aus der Haftungsjudikatur auf mögliche Risk Managementansätze hin analysiert, im zweiten Schritt werden wiederholt beobachtete Schwachstellen aus Risikoanalysen betrachtet und in einem dritten Schritt die Deckungsgleichheit der gefundenen Schwachstellen, der von der Judikatur beanstandeten Sachverhalte mit der täglichen Praxis der Haftungsfallauswertung durch den Versicherer gezeigt.

1. Schritt: Die Judikatur:

Fallbeispiel LG Kempten (Az: 3 O 967/91, rechtskräftig)

Sachverhalt: Gegen 13.30 Uhr wird eine Schwangere in der 38. SSW wegen vorzeitiger Wehen aufgenommen. Etwa gegen 23.30 Uhr erfolgt die Verlegung der Patientin in den Kreißsaal durch eine Hebamme, die in Urlaubsvertretung für die nicht vor Ort befindliche Kollegin tätig ist. Um 01.00 Uhr ist dokumentiert: „MM 2-3 cm, CTG-Schreibung“, um 04.15 Uhr ist der Muttermund vollständig erweitert, es kommt zum Herzfrequenzabfall bis auf 60 Schläge/Minute. Die Hebamme ruft den im Haus befindlichen Bereitschaftsarzt, einen Assistenzarzt, der sich in Weiterbildung zum Chirurgen befindet. Dieser legt einen i.v.-Dauertropf. Um 04.20 Uhr ist dokumentiert: „Pressversuch bei vorzeitiger Episiotomie“, die „Herztöne (weiterhin) bei 60 Schlägen pro Minute“, der Assistenzarzt drängt auf Ruf des zu Hause befindlichen Oberarztes der Gynäkologie, der Ruf bleibt aber zunächst aus. Um 04.30 Uhr: Jetzt Ruf des Oberarztes der Gynäkologie, der um 04.40 Uhr im Kreißsaal eintrifft. Durch Erweiterung der Episiotomie und Kristellern von oben wird um 04.45 Uhr ein weiß asphyktisches und total schlaffes Kind geboren, das abgesaugt, intubiert und beatmet wird. Der erst jetzt herbeigerufene Anästhesist übernimmt die weitere Reanimation, der APGAR wird mit 2/5/7 bewertet, auf eine festgestellte Acidose erfolgt Therapie durch den Oberarzt der Gynäkologie. Erst um 07.40 Uhr erfolgt die Verlegung im Hubschrauber in die nachbehandelnde Kinderklinik. Das Kind erleidet eine spastische Tetraparese, zeigt Sprech- und Schluckstörungen sowie Krampfanfälle.

Im April 1991 wird gegen den Krankenhausträger, den Assistenzarzt und den Oberarzt sowie die Hebamme geklagt.

Das Urteil des Landgerichts weist die Klage gegen die Hebamme ab, da keine vertraglichen Ansprüche bestünden und deliktische Ansprüche verjährt seien. Die Klageabweisung gegen den Assistenzarzt (Chirurgie) und den Oberarzt (Gyn) erfolgt, weil ihnen kein deliktisches Verschulden nachgewiesen werden könne. Der Krankenhausträger wird wegen Organisationsverschuldens zu Schmerzensgeld und Übernahme des materiellen Vergangenheits- und Zukunftsschadens verurteilt.

Gutachterlich beraten hält das Gericht den Vorwurf für erwiesen, dass die im CTG erkennbare schwere Bradykardie um 04.14 Uhr von der Hebamme fehlerhaft nicht erkannt worden sei. 3 Minuten später - also ab 04.17 Uhr - hätte die Indikation für eine operativ

vaginale Entbindung bestanden. Der herbeigerufene (chirurgische) Assistenzarzt konnte die Situation zwar erkennen, war aber aufgrund seiner fachlichen Ausbildung unfähig, die operative Entbindung durchzuführen. Es wäre der sofortige Ruf - also um 04.15 Uhr - des Oberarztes erforderlich gewesen. Dem (nicht mitverklagten) Chefarzt der Gynäkologie und dem Krankenhausträger sei der Vorwurf eines Organisationsverschuldens zu machen. Zum einen habe sich der abteilungsleitende Chefarzt nicht davon überzeugt, dass die Aushilfshebamme ein CTG verlässlich beurteilen können. Zum anderen sei es organisationsfehlerhaft, dass sich der Oberarzt zu Hause in Bereitschaft aufgehalten habe, obwohl der Assistenzarzt bekanntermaßen keine Kenntnisse in der Geburtshilfe hatte. Durch die unzutreffende Bewertung des CTG durch die Hebamme sei die Verzögerung des Rufes des fachlich kompetenten Arztes deutlich verzögert worden. Auch der Anästhesist sei verspätet zugezogen worden, wie auch die zögerliche Organisation des Patiententransportes zur verzögerten Weiterbehandlung in der Kinderklinik geführt habe.

Soweit die Judikatur, die nun im zweiten Schritt zu vergleichen ist mit den

2. Schritt: Erkenntnissen aus den Risikoanalysen

Die Erkenntnisse aus den Analysen geburtshilflicher Abteilung ergeben (nicht abschließend) insbesondere folgende Schwachstellen und Ursachen:

- Schwachstellen bei der Vorhaltung des sog. Facharztstandards, insbesondere Anwesenheit des nicht im Haus befindlichen Facharztes in der Geburtshilfe binnen 10 Minuten nicht möglich
- Gesetzeswidriger, weil eigenverantwortlicher Einsatz des AIP im Kreißsaal auch entgegen der bestehenden Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.
- Fachfremde Ärzte im Bereitschaftsdienst, z.B. bei fachübergreifend organisiertem Bereitschaftsdienst, z.B. durch HNO-Arzt oder wie im Beispiel einen Chirurgen.
- Rufbereitschaft des Facharztes nicht oder völlig unzureichend geregelt
- Kein ärztlicher Bereitschaftsdienst im Haus, nachts nur Hebamme anwesend, oder geburtshilfliche Abteilung weder mit Hebamme noch mit Arzt besetzt.
- Einhaltung der EE-Zeit von 20 Minuten nicht möglich, weil kein Facharzt im Haus oder der im Rufbereitschaftsdienst befindliche Facharzt wegen langen Anfahrtsweges die EE-Zeit von vornherein nicht halten kann.
- Narkoseeinleitung durch die Anästhesie nicht möglich ist, weil der Anästhesist - vergleichbar siehe oben - wegen zu langem Anfahrtsweg nicht rechtzeitig eintreffen kann oder aus anderen Gründen, z.B. wegen der Fortführung des OP-Programmes nachts und der Gebundenheit am OP-Tisch dort, nicht in der Lage ist, die Narkose einzuleiten.
- Fehlende Kompetenzabsprachen und Verständigungspflichten z.B. zwischen Hebamme und Geburtshelfer, zwischen Geburtshelfer und Anästhesist, der ärztlichen Kontrolle bei ärztlich geleiteter Geburtsklinik.
- Nicht geregelte Zuständigkeit zur Indikationsstellung zur Sectio, keine Notfall- oder Alarmpläne betreffend der Unterrichtungspflicht des OP-Teams, der Anästhesie (etc.) bei Notsectio
- Problemfeld der Aufklärungsmöglichkeit und Überwachung der Kreißenden während der PDA,
- Mangelnde Regelung der Versorgungs- und Überwachungs- oder Reanimationszuständigkeiten zwischen Geburtshelfer, Anästhesist oder Pädiater bei gefährdetem Kind und/ oder Mutter, Entscheidungskompetenz für pädiatrisches Konzil bzw. für Ruf des Babynotarztes.

u.v.m.

3. Schritt: Auswertung von Haftpflichtfällen aus der Fachrichtung Geburtshilfe

Die Versicherungskammer Bayern hat im Jahre 2000 in einem ersten Schritt 64 Haftpflichtfälle aus dem Fachbereich der Geburtshilfe mit fachgutachterlicher Hilfe analysiert und nachfolgenden Haftungsfeldern zuordnen können, wobei eine Mehrfachnennung möglich war:

Sachverhalt:	Häufigkeit:
Facharztstandard durch fachfremden Arzt	1
Unzureichende Vorsorge (unterlassener Ultraschall, unterlassene Fruchtwasseruntersuchung, Blutdruck, Zucker, Muttermund, Lungenreifeprophylaxe)	10
Ungenügende Überwachung der Kreißenden	2
Unterlassen der CTG-Schreibung bzw. Verkennung des pathologischen CTG's	13
Unterlassene MBU	14
Indikationsfehler Wehenmittel	5
Verzögerter Arztruf durch AIP oder Hebamme	5
Fehlerhafte Indikationsstellung Vaginalgeburt (Zange, Saugglocke, unterlassene Sectio)	16
Verspätete Sectio - EE-Zeit nicht eingehalten	15
Natürliche Geburt fehlerhaft durchgeführt, auf Geburtstillstand/ Schulterdystokie nicht angemessen reagiert, unzureichende Dokumentation	8
Fehlerhafte Nachsorge bei Mutter und/oder Kind, unterlassene/ verspätete Hinzuziehung des Neonatologen /Babynotarztes	14
Fehlerhafte Lagerung bei Sektion bzw. Vakuumextraktion	2
Fehlerhafter Anästhesiewechsel von PDA auf ITN	1
Aufklärung	5
Ungenügende Dokumentation des Geburtsverlaufes	13

Zusammenfassend lässt sich nach dieser Vergleichsschau festhalten, dass die von der Judikatur ausgeurteilten Haftungsquellen, deren Risikobereiche sowie die in den Risikoanalysen gefundenen Schwach-/ Problempunkte über weite Strecken identisch sind mit den auslösenden Ursachen der von den Haftpflichtversicherern zu bearbeitenden Haftpflichtfällen.

Der Abgleich belegt weiter, dass die typisiert auftretenden Risikofelder dem Risk Management zugänglich, weil im Krankenhausalltag organisierbar, sind. Das bedeutet, dass bei präventiver Organisationsweise und entsprechender Sensibilität der Mitarbeiter in den Krankenhäusern eine Vielzahl dieser Haftpflichtfälle hätte vermieden werden können.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass sich vergleichbare Erkenntnisse auch aus Untersuchungen in anderen Fachbereichen, wie etwa der Chirurgie, der Unfall- und Neurochirurgie, der Inneren Medizin, der Anästhesie, Orthopädie, Pädiatrie usw. ergeben haben. Das oben angeführte Beispiel der Geburtshilfe zeigt nur einen Ausschnitt der Leistungsfähigkeit einer Risikoanalyse der MediRisk Bayern Risk Management GmbH mit Nachsorge.

Mit entsprechendem Untersuchungsumfang gelingt eine weitreichende Risikoerfassung von Schnittstellen im gesamten Krankenhaus insbesondere der Ärzte zur Pflege, Geburtshilfe zu Hebammen, Gynäkologie, Chirurgie und andere operative Fächer zur Anästhesie, zu Intensivbereichen, zur Radiologie, zur Medizintechnik, zu Archiven etc. sowie die strukturelle Hinterfragung der Umsetzung gesetzlicher Anforderungen, wie sie sich beispielsweise aus dem Transfusionsschutz, dem Infektionsschutzgesetz, dem AMG und BtMG, dem MPG mit der MPBetreibV und vielen anderen Gesetzen ergeben.

Trotzdem werden bei aller Analysierbarkeit Fortschritte in der Risikoprävention von der Akzeptanz und der Unterstützung der Mitarbeiter im Krankenhaus abhängen. In den USA ist Sicherheit eine kulturelle Frage. Vergleichbare Ergebnisse werden die deutschen Krankenhäuser nur erzielen, wenn es gelingt, eine auf Sicherheitsgewinn ausgerichtete Gesprächskultur weg von Schuld- und Fehlerzuweisung zu etablieren. Letztlich wird es nur mit einem aktiv gelebten und von den Krankenhausmitarbeitern getragenen wie vom Haftpflichtversicherer unterstützten Risk Management-Konzept - das kontinuierlich und beständig bestehenden Risikoschwachstellen begegnet - mittel- und langfristig gelingen, die Flut von Haftungsfällen einzudämmen und das „Haftpflichtrisiko - Krankenhaus“ zu akzeptablen Prämien versicherbar zu halten.